



JOANNA WACHOWIAK MONIKA RUDNIK

UCZEŃ Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W SZKOLE

JOANNA WACHOWIAK MONIKA RUDNIK

UCZEŃ Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W SZKOLE

OŚRODEK ROZWOJU EDUKACJI
WARSZAWA 2020

Konsultacja merytoryczna
Wydział Specjalnych Potrzeb Edukacyjnych
Monika Dobrowolska

Redakcja i korekta
Elżbieta Gorazińska

Projekt okładki, layout, redakcja techniczna i skład
Barbara Jechalska

Fotografia na okładce: © belchonock/Bank zdjęć Photogenica

ISBN 978-83-66047-97-6

© Ośrodek Rozwoju Edukacji
Warszawa 2020
Wydanie I

Ośrodek Rozwoju Edukacji
Aleje Ujazdowskie 28
00-478 Warszawa
www.ore.edu.pl

Spis treści

Wstęp	5
1. Co może niepokoić? Sygnały ostrzegawcze wysyłane przez dziecko/ucznia	8
2. Zaburzenia psychiczne a wiek wczesnoszkolny	11
3. Okres dojrzewania	19
4. Okres rozwoju tożsamości	31
5. Praca zdalna z uczniem z zaburzeniami psychicznymi.....	38
6. Profilaktyka zaburzeń psychicznych. Co zrobić, aby zadbać o zdrowie psychiczne ucznia?	43
7. Współpraca szkoły i domu. Komunikacja nauczyciel – rodzice w przypadku ucznia z zaburzeniami psychicznymi	49
Bibliografia	53

Wstęp

Zdrowie psychiczne to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka – tak pojęcie to zostało zdefiniowane w *Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia*, przyjętej w 1948 roku¹.

Zdrowie psychiczne rozumiane jest jako stan dobrego samopoczucia, dzięki któremu możemy wykorzystywać swoje zdolności i rozwijać umiejętności, podejmować wyzwania, szukać rozwiązań sytuacji życiowych, być częścią społeczeństwa i mieć wpływ na jakość podejmowanych kontaktów i interakcji społecznych. Pozwala nam uczyć się, pracować, brać odpowiedzialność za własne życie.

Zdrowie psychiczne to o wiele więcej niż brak zaburzeń psychicznych. Życie w ciągłym stresie, pod presją czasu, nieustanna pogoń za dobrami materialnymi, a także kontakty społeczne oparte w dużej mierze na interakcji za pośrednictwem portali społecznościowych oraz komunikacji za pomocą środków multimedialnych – wszystko to działa destrukcyjnie na psychikę dzieci, młodzieży i dorosłych. Warto przy tym podkreślić, że jakość zdrowia psychicznego w okresie dzieciństwa i dorastania ma wpływ na rozwój psychomotoryczny, zakres nabytych umiejętności, efektywność nauki, sposób budowania relacji z ludźmi, dbanie o własne zdrowie, czy też samodzielne i odpowiedzialne radzenie sobie z napotkanymi w życiu trudnościami.

Można w dużej mierze przewidzieć, że obecny konsumpcyjny styl życia, zmiana struktury rodziny (eurosieroctwo, rodziny rozbite, rodziny w kryzysie), a także sytuacja gospodarcza w kraju, izolacja związana z koronawirusem i stres wynikający z warunków pandemii wpłyną na wzrost liczby diagnoz zaburzeń psychicznych.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego, zawartymi w *Roczniku Demograficznym*, z końcem 2016 roku mieszkało w Polsce ok. 6,9 mln dzieci w grupie wiekowej 0–17 lat, w roku 2018 dzieci w wieku 0–19 lat

¹ *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz.U. 1948, nr 61, poz. 477.*

było ok. 7,7 mln. Odsetek dzieci i młodzieży wykazujących zaburzenia psychiczne i wymagających profesjonalnej opieki wynosił według różnych źródeł między 9% a 15%². Pod względem liczby samobójstw dzieci i młodzieży poniżej 19. roku życia Polska w 2014 roku znajdowała się na drugim miejscu w Europie³.

Według *Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10*⁴ zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania stanowią wyodrębnioną grupę chorób, oznaczoną literą „F”. Raport z 2001 r. Światowej Organizacji Zdrowia *Zdrowie psychiczne: nowe rozumienie, nowa nadzieja*⁵, odnoszący się do kwestii zdrowia psychicznego, wśród zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wymienia jako najczęściej występujące: depresję, schizofrenię, zaburzenia zachowania, zaburzenia związane ze spożywaniem alkoholu i narkotyków, samookaleczenia.

Z kolei *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*⁶ definiuje osobę z zaburzeniami psychicznymi jako osobę chorą psychicznie (wykazującą zaburzenia psychotyczne), upośledzoną umysłowo, wykazującą inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych. Osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych, socjalnych lub innych form pomocy i opieki, niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym.

² Gruszczyńska B., Jarosz E., Kolankiewicz M., Lasocik Z., Pyżalski J., Sikorska M., Warzywoda-Kruszyńska W., (2017), *Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”; Janas-Kozik M., (2017), *Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 r. Aktualne występowanie i obraz zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego*, „Psychiatria” 2017, <https://dzieciwpolisce.pl/statystyki>; Durka W. (red.), *Ewaluacja Programu Zdrowia Psychicznego w Szkole. Raport z badania ewaluacyjnego Szkolnego Systemu Wsparcia Zdrowia Psychicznego „Myślę pozytywnie”*, https://bip.men.gov.pl/wp-content/uploads/sites/2/2019/07/profilaktyka-zdrowia-psychicznego_wersja-na-strone-www.pdf

³ Op. cit. *Dzieci się liczą 2017*.

⁴ World Health Organization, *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10*, <https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf>

⁵ World Health Organization, *The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope*, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHO_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁶ *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, Dz.U. 1994, nr 111, poz. 535.

Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organisation for Economic Cooperation and Development* – OECD) wymienia zaburzenia i choroby psychiczne wśród najważniejszych chorób przewlekłych.

Zachowania ludzi są w znacznym stopniu determinowane uczuciami. Emocje mają wpływ na ich myśli oraz sposób działania. Przewlekły stan obniżonego nastroju czy złego samopoczucia może prowadzić do kryzysu psychicznego, zaburzenia psychicznego, a nawet choroby psychicznej. A jednak w opinii społecznej wizyta u psychiatry lub psychologa nadal budzi duży lęk, często opór i wstyd. Unikamy problemu mimo niepokojących statystyk i poczucia nieradzenia sobie z sytuacją.

Celem niniejszej publikacji jest zwrócenie uwagi na najczęstsze trudności uczniów związane z zaburzeniami psychicznymi. Chcemy przybliżyć specyfikę zjawiska, a także przełamać tabu związane z chorobami psychicznymi. W przypadku tych trudności najważniejsze jest, aby osoba w kryzysie nie czuła się samotna, niezrozumiana, aby na jej obniżony stan psychiczny nie wpływała obciążająco natrętna myśl, że na pewno „zwariowała”, jest „głupia” czy „nieudolna”, że nie ma nikogo, komu może powiedzieć, co naprawdę przeżywa, co się z nią dzieje, gdyż w powszechnym odczuciu choroby psychiczne to temat, którego się nie porusza. Często to właśnie nauczyciel jest jedyną osobą, którą młody człowiek obdarzy zaufaniem i podzieli się z nią nurtującymi problemami. Znając symptomy, obserwując ucznia, będzie wiedział, kiedy wyciągnąć pomocną dłoń.

Zgodnie z badaniem nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (ang. *Health Behaviour in School-aged Children* – HBSC)⁷ czynnikiem zmniejszającym ryzyko zaburzeń psychicznych i zwiększającym odporność psychiczną jest wsparcie ze strony rodziny. Jednak obecny styl życia i często wychowywanie dzieci w niepełnych rodzinach (rozwoły, wyjazd rodzica za granicę) powoduje, że młody człowiek większość czasu spędza w placówce edukacyjnej. Dlatego to właśnie nauczyciel jest osobą, która prawdopodobnie jako pierwsza zauważy, że uczeń potrzebuje pomocy, że sytuacja, w jakiej się znalazł i to, co przeżywa, przekracza jego możliwości radzenia sobie i trzeba udzielić mu wsparcia.

⁷ Inchley J., Currie D., Cosma A. & Samdal O., (2018), *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey*, St Andrews: CAHRU, <https://drive.google.com/file/d/14DeEWLMwnl-TbwTeYdoNKviRsJz7bluU/view>

1. Co może niepokoić? Sygnały ostrzegawcze wysyłane przez dziecko/ucznia

Uważna obserwacja zmian w zachowaniu ucznia daje możliwość udzielenia wsparcia, a w konsekwencji pozwala uniknąć nasilenia zaburzenia psychicznego. Część zachowań tłumaczymy skokiem rozwojowym, losowymi sytuacjami w życiu jednostki, zmianą struktury rodziny czy tym, że dziecko posiada już opinię – ma jakąś diagnozę. Czynniki te mogą spowodować, że zignorujemy ważne symptomy.

Jeśli stan zdrowia dziecka budzi niepokój, w jego zachowaniu obserwujemy zmiany i napięcie, wyczuwamy stres przed rozmową, skrajne emocje, które nim targają – należy podjąć działania. Uczeń bez względu na wiek komunikuje – choć nie wprost – że jego dobrostan jest zaburzony, daje znać, że potrzebuje pomocy, wysyła sygnały o kryzysie, trudnościach, zmienia swoje zachowanie i nawyki.

Sytuacje w zachowaniu ucznia, wymagające szczególnej uwagi

- 1) Uczeń izoluje się społecznie, unika kontaktów z rówieśnikami (ma to szczególne znaczenie w okresie dojrzewania, gdy to grupa rówieśnicza staje się centrum dla młodego człowieka, punktem odniesienia do podejmowanych aktywności, gdy nastolatek chce być w grupie i czuć się jej częścią). Warto wówczas przeanalizować, czy uczeń unika wspólnych wyjść klasowych, udziału w uroczystościach szkolnych, zobaczyć, gdzie spędza przerwy.

Czynnik ten ma szczególne znaczenie, jeśli dotyczy osób ekstrawertywnych, które lubiły być w grupie, a teraz unikają kontaktów z grupą. Osoba w kryzysie, często podświadomie swoim zachowaniem „zniechęca” innych do kontaktu, potrzebuje czuć, że jest dla kogoś ważna, chce być blisko, choć często wprost komunikuje, że nie ma żadnych potrzeb, że chce być sama, że wszyscy mają dać jej spokój, że nikt jej nie rozumie.

- 2) Uczeń jest „tykającą bombą” emocji, jego zachowania i sposób reakcji są nieadekwatne do sytuacji, nawet w momencie wyciszenia trudno mu o wgląd w sytuację. Jego dominujące uczucia to smutek, złość, irytacja, rozdrażnienie, czasem komunikuje, że sam nie wie, co się z nim dzieje, że nie panuje nad sobą, wzrasta poziom jego impulsywności, ilość zachowań agresywnych, może dojść do stosowania przemocy, mogą pojawić się zachowania autoagresywne.
- 3) Uczeń nie przyjmuje pochwał i dobrych słów na swój temat, reaguje wręcz złością, gdy mówi się o nim dobrze, sam powtarza, że jest beznadziejny, nic nie wart, że wolałby umrzeć, że innym byłoby lepiej, gdyby jego nie było, gdyby się nie urodził, że jest tylko trudnością, problemem.
- 4) Uczeń zmienia rytm dobowy, wydaje się permanentnie zmęczony lub wprost informuje, że nie może spać, ma trudności z zaśnięciem, wybudza się w nocy, rano nie może się podnieść.
- 5) Uczeń zmienia przyzwyczajenia żywieniowe, objada się lub unika spożywania posiłków. W wieku nastoletnim eksperymentowanie z dietami, przygotowywanie wyszukanych potraw, eliminacja składników żywieniowych to zachowania rozwojowe, lecz kompulsywne jedzenie, sięganie tylko po produkty wysoko przetworzone, zawierające cukier, lub głodzenie się powinno zawsze budzić niepokój.
- 6) Uczeń wykazuje zmiany w obszarze motorycznym, jego ruchy stają się szybkie, intensywne lub spowolnione, anemiczne.
- 7) Uczeń zmienia stosunek do nauki, pracy, trudno mu się skupić, nie potrafi uzasadnić swoich zaniedbań wobec obowiązków szkolnych, nie wykazuje motywacji do nauki na żadnym z przedmiotów, sprawia wrażenie, że nic go nie interesuje, nie przejawia motywacji zarówno w pracy grupowej, jak i indywidualnej, sprawia wrażenie jakby to nauczycielowi bardziej zależało na jego osiągnięciach, gdyż nie wykorzystuje szans na poprawienie ocen, nie chce uczestniczyć w zajęciach dodatkowych, odrzuca pomoc w nauce.
- 8) Uczeń traci chęć do podejmowania aktywności, rezygnuje z hobby, nie chce brać udziału w żadnych zajęciach rozwijających pasję, nastolatek unika rozrywek, imprez, spotkań z rówieśnikami.
- 9) Uczeń podejmuje zachowania ryzykowne, wagaruje, ucieka z domu, eksperymentuje z używkami, dopalaczami.

- 10) Uczeń ucieka w świat fantazji, np. czytając tylko książki lub grając w gry, sprawia wrażenie jakby życie realne przestało go interesować, nie można z nim porozmawiać o niczym innym niż o wykreowanym świecie.
- 11) Uczeń ma na swoim ciele ślady po samouszkodzeniach, wrywa sobie włosy, kompulsywnie obgryza paznokcie, ciągle się drapie, potrzebuje często wyjść do toalety, aby załatwić potrzebę fizjologiczną lub umyć ręce, i rzeczywiście to robi.
- 12) Uczeń zaniedbuje swój wygląd zewnętrzny, komunikuje, że nie ma dla niego znaczenia rodzaj fryzury, waga, nie szuka swojego stylu w ubieraniu się, zaczyna sprawiać wrażenie osoby niechlujnej.
- 13) Uczeń zaczyna interesować się chorobami psychicznymi i/lub śmiercią, szuka intensywnie informacji na ten temat, żegna się z osobami, oddaje swoje rzeczy, pisze testament.

Czynnikami, które mają wpływ na stan zdrowia dziecka, są środowiska, w których ono żyje. Wychowywanie się w domu niezapewniającym bezpieczeństwa, w którym panuje wzajemna wrogość oraz brak szacunku między rodzicami, a młody człowiek odczuwa uwikłanie w konflikt między nimi, gdzie nie ma jasnych zasad, rodzina zmaga się z chorobą, uzależnieniem, bezrobociem – wszystko to sprzyja występowaniu zwiększonego ryzyka kryzysu psychicznego.

W środowisku szkolnym czynnikami, które chronią ucznia w obszarze zdrowia psychicznego, są więc ze szkołą, życzliwa i pełna szacunku atmosfera (warto zwrócić uwagę na relacje między nauczycielami, a także nauczycielami i uczniami), możliwość odnoszenia przez ucznia sukcesów oraz wyznaczania własnych osiągnięć, prospołeczne środowisko rówieśnicze, niezgoda szkoły i wyciąganie konsekwencji wobec zachowań przemocowych. Istotnym czynnikiem jest ponadto dopuszczenie popełniania przez ucznia błędów zarówno na poziomie edukacyjnym, jak i w sferze zachowania. Popełnianie błędów jest nieodłącznym elementem procesu nauczania, warto więc przeanalizować system oceniania pod kątem możliwości ich popełniania, jak i poprawiania. Uczniowie dużo chętniej podejmą wyzwania, zaangażują się w zadania, spróbują samodzielnej pracy, jeśli będą mieli pewność, że za popełniony błąd nie spotka ich kara. Konsekwencją błędu może być obowiązek jego poprawienia, np. pracy domowej, naprawienia wyrządzonych szkód itd.

Należy mieć na uwadze, iż dzieci z tak zwanych dobrych domów, które nie wychowują się w rodzinach dysfunkcyjnych oraz uczęszczające do

„elitarnych” szkół, także doświadczają zaburzeń psychicznych, których skutki mogą prowadzić nawet do samobójstwa. Prowadzone były badania⁸, których wyniki potwierdzają hipotezę, że geny mają wpływ na prawdopodobieństwo rozwoju zaburzenia psychicznego. Pamiętajmy, że zaspokajanie przez rodziców aspektów materialnych nie zawsze idzie w parze z czynieniem zadość potrzebom emocjonalnym i podopiecznych, coraz częściej obserwujemy bowiem tendencję do zaniedbań psychicznych dzieci w rodzinach o wysokim statusie ekonomicznym.

2. Zaburzenia psychiczne a wiek wczesnoszkolny

Rozpoczęcie nauki w szkole to czas dużej zmiany dla całej rodziny. W procesie adaptacji ważny jest stosunek rodziców do nauki, oczekiwania wobec dziecka, a także okazywanie mu pomocy. Idealnie jest, gdy rodzice mają realne oczekiwania co do wymagań stawianych dziecku oraz wspierają je w osiąganiu celów. Nadmierne żądania, brak wsparcia, patologia i przemoc w rodzinie są czynnikami, które obciążają dziecko i utrudniają mu radzenie sobie ze stresem spowodowanym zmianą środowiska przedszkolnego lub bycia w domu z opiekunem na środowisko szkolne. Dodatkowo istotny jest stosunek rodziców do norm i zasad funkcjonowania w szkole, a także kontaktów ze szkołą.

Na funkcjonowanie ucznia w szkole ogromny wpływ mają relacje społeczne, funkcja pełniona przez młodego człowieka w grupie oraz poczucie bycia częścią zespołu klasowego. Dzieci, zwłaszcza z domów z obciążającymi problemami, wchodzą w role i zachowują się adekwatnie do nich, np. błazen klasowy swoim zachowaniem prowokuje wszystkich do śmiechu. Często rola odgrywana przed otoczeniem i poprzez którą postrzega ono ucznia powoduje, że ignorowane są niepokojące symptomy i nieudzielane jest dziecku konieczne wsparcie.

⁸ Grzywa A., (2005), *Oblicza psychozy*, Lublin: Czelej; Stevens A., Price J., (1996), *Evolutionary psychiatry: a new beginning*, London: Routledge; Wiener D., Rybakowski J., (2003), *Schizofrenia w świetle koncepcji ewolucyjnych*, „Psychiatria Polska”, nr 37, s. 601–613.

Szacuje się, że zaburzenia psychiczne dotyczą około 13% dzieci i młodzieży⁹. Obecna sytuacja, związana z epidemią, i w jej następstwie duże zmiany w życiu rodzin, a także nasilony lęk, w konsekwencji mogą doprowadzić do wzrostu zaburzeń psychicznych wśród uczniów.

Zaburzenia zachowania są niespecyficznym czynnikiem ryzyka rozwoju niemal wszystkich schorzeń psychicznych, częściej dotyczą chłopców niż dziewcząt. Utrwalone zachowania antyspołeczne, agresywne lub buntownicze wpływają negatywnie na rozwój dziecka, jego rodzinę i otoczenie. Uczeń swoim zachowaniem łamie prawa innych ludzi i zasady współżycia społecznego. W procesie diagnozy należy pamiętać, że zachowania te znacznie przekraczają normy dla danego wieku i kręgu kulturowego; skrajnymi formami są konflikty z prawem i zachowania przestępcze.

Wpływ na rozwój zaburzeń zachowania mają czynniki biologiczne oraz rodzinne dziecka, a także jego temperament, poziom impulsywności, odporność na frustrację, trudności w wyrażaniu emocji.

Czynniki biologiczne:

- choroby i zakażenia w czasie ciąży oraz powikłania okresu okołoporodowego;
- wczesna separacja (zaburzenia więzi);
- zespół nadpobudliwości psychoruchowej;
- niższy iloraz inteligencji;
- specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych (dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia);
- przewlekłe choroby.

Czynniki rodzinne:

- sposób wychowania (brak konsekwencji, nadmierna sztywność, kary cielesne, brak aktywności w rodzinie);
- złe warunki socjalne;
- niskie wykształcenie rodziców;
- maltretowanie fizyczne, psychiczne, seksualne.
- konflikt między rodzicami, rozwód;
- konflikty z prawem w rodzinie;
- uzależnienia i choroby psychiczne w rodzinie;

⁹ Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Komisja Europejska, (2018), *Health at a glance: Europe*.

- słabe wsparcie i nieodpowiednia komunikacja z dzieckiem (lub jej brak), brak zainteresowania nim.

Najważniejsze zaburzenia psychiczne, które mogą pojawić się w okresie wczesnoszkolnym

- 1) Zaburzenia adaptacyjne i potraumatyczne: lęki, mutyzm wybiórczy, zaburzenia odżywiania, moczenie mimowolne.
- 2) Zaburzenia lękowe: lęk separacyjny, społeczny, fobie.
- 3) Łagodne całościowe zaburzenia rozwoju: autyzm atypowy, zespół Aspergera.
- 4) Zaburzenia powstałe w wyniku uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego: niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia psychotyczne.
- 5) Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (inaczej: nerwica natręctw), zespół anankastyczny. Nerwica anankastyczna to zaburzenie, którego cechą charakterystyczną jest występowanie nawracających, natrętnych myśli (obsesje) i/lub czynności (kompulsje), którym trudno się oprzeć, ponieważ próba powstrzymania się od nich wiąże się z narastającym lękiem, niepokojem, napięciem, cierpieniem.

Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych

1) ZABURZENIA LĘKOWE

Lęk wiąże się z naszym rozwojem, lecz zdarza się, że zamiast pełnić funkcję adaptacyjną, staje się przeszkodą w prawidłowym funkcjonowaniu, utrudnia bądź uniemożliwia życie społeczne.

Lęki specyficzne dla faz rozwojowych:

Okres przedszkolny – lęk przed obcymi ludźmi i sytuacjami, lęk przed ciemnością, lęk przed wyimaginowanymi potworami, lęk przed zwierzętami.

Okres szkolny – lęk przed odrzuceniem przez rówieśników, lęk przed zawstydzeniem.

Dorastanie – lęk dotyczący wyglądu, niepowodzenia czy sytuacji społecznych.

Lęk separacyjny (SAD) – lęk przed separacją w dzieciństwie to nadmierne zamartwianie się lub strach przed byciem z dala

od rodziny lub osób, do których dziecko jest najbardziej przywiązane. Dzieci z SAD boją się, że się zgubią lub że komuś z rodziny stanie się coś złego w czasie, gdy będą rozdzieleni.

Najczęstsze objawy lęku separacyjnego:

- odmawianie spania w swoim łóżku; kontrola w nocy, czy rodzice są w domu;
- niechęć lub odmawianie spania poza domem;
- powtarzające się koszmary senne, w których głównym tematem jest oddzielenie od rodziny;
- poważny niepokój w sytuacji oddzielenia od bliskich z powodu wyjazdu samego dziecka lub członków rodziny albo w sytuacji, gdy taka rozłąka jest spodziewana;
- nadmierne zamartwianie się o bezpieczeństwo członka rodziny i swoje bezpieczeństwo; zamartwianie się z obawy przed zgubieniem się;
- nierealistyczne zamartwianie się nieszczęściami, które mogłyby spaść na rodziców, strach, że coś im się stanie, uporczywe myśli o ich śmierci;
- odmawianie chodzenia do szkoły z obawy przed rozłąką z osobą, z którą dziecko jest związane (nie obawa przed wydarzeniami w szkole);
- lękliwość i niechęć do pozostawiania samemu;
- częste bóle brzucha, głowy, uskarżanie się na stan zdrowia;
- bóle mięśni lub napięcie mięśni;
- objawy paniki lub wybuchy złości w sytuacji separacji od bliskich;
- powtarzanie się objawów fizycznych (nudności, bóle brzucha, bóle głowy) w sytuacji separacji, np. w momencie wejścia do szkoły, wyjazdu na wakacje.

Zespół lęku uogólnionego (GAD) to chroniczne, nadmierne zamartwianie się i lęki, które zdają się nie mieć żadnej konkretnej przyczyny. Dzieci z lękiem uogólnionym bardzo często się martwią o to, co będzie, tym, co było, tym, czy będą akceptowane przez innych, sprawami rodziny, swoimi możliwościami i nauką w szkole.

Najczęstsze objawy lęku uogólnionego to:

- wiele zmartwień związanych z tym, co może się zdarzyć;
- liczne zmartwienia związane z kolegami, szkołą i innymi zajęciami;
- ciągłe myśli i lęki dotyczące bezpieczeństwa własnego i bliskich;
- odmawianie chodzenia do szkoły;
- częste skarżenie się na ból brzucha, głowy, uczucie ściskania w gardle;
- bóle i napinanie mięśni;
- zaburzenia snu;
- ciągłe tulenie się do członków rodziny;
- zmęczenie;
- trudności w koncentracji;
- irytacja;
- niemożność zrelaksowania się.

Mówiąc o lęku, warto zwrócić uwagę na zagadnienie **fobii szkolnej**. Określenie to używane jest w sytuacji, gdy uczeń ma silne objawy lękowe oraz somatyczne (nudności, gorączka, ból głowy, ból brzucha) przed pójściem do szkoły. Warto podkreślić, że zachowanie to podyktowane jest lękiem, a nie lenistwem czy brakiem motywacji.

W przypadku zaobserwowania u ucznia symptomów lęku warto przeprowadzić rozmowę z rodzicami oraz psychologiem/pedagogiem szkolnym i zachęcić rodziców do kontaktu z poradnią psychologiczno-pedagogiczną i/lub lekarzem psychiatrą.

2) MUTYZM WYBIÓRCZY

Człowiek jako istota społeczna ma silną potrzebę komunikowania się i bycia zrozumianym. Osoba z mutyzmem wybiórczym przeważnie swobodnie komunikuje się w domu, ale milczy lub rozmawia zdawkowo w środowisku szkolnym lub innym społecznym. Może to dotyczyć tylko wybranych osób, z którymi się nie komunikuje. Warto zatem zwrócić uwagę na dzieci nieśmiałe i małowówne. Pamiętajmy, że mamy tendencję do reagowania na podopiecznych, którzy prezentują zachowania agresywne i silne emocje, ale jeśli dziecko jest „cicho” i dobrze się uczy, możemy zignorować sposób, w jaki komunikuje swój lęk. Milczenie dziecka nie ma nic wspólnego z manipulacją, uporem czy skokiem

rozwojowym – podyktowane jest ogromnym lękiem. Przeważnie dzieci z mutyzmem są w normie intelektualnej, zazwyczaj nie mają trudności dydaktycznych, a często w sytuacjach, gdy mowa nie jest wymagana, mogą odnosić sukcesy szkolne. Niektóre dzieci z mutyzmem wybiórczym mają problemy z jedzeniem na terenie szkoły i korzystaniem z toalety.

W sytuacjach stresowych dzieci z mutyzmem wybiórczym często:

- mogą mieć problem z nawiązaniem kontaktu wzrokowego;
- nie uśmiechają się, mają „kamienną twarz”, nie zdradzającą żadnych emocji;
- trudno jest im powiedzieć „cześć”, „do widzenia”, „dziękuję”;
- wydaje się, że są niekulturalne, ale nie robią tego celowo;
- czują duży niepokój, gdy są zmuszane do mówienia;
- mogą ssać palce, obgryzać paznokcie, dotykać włosy lub gryźć rękaw bluzki;
- mogą być nadwrażliwe na dotyk, zapach, dźwięki z otoczenia lub tłum ludzi;
- mają niskie poczucie własnej wartości;
- mogą być perfekcjonistami;
- nie lubią zmian, szczególnie tych, które są zaskoczeniem;
- nie lubią być w centrum uwagi.

W jaki sposób zachowywać się wobec dzieci z mutyzmem?

- nie zmuszamy dziecka do mówienia i nie zawstydzamy, jeśli nie jest w stanie rozmawiać w danej chwili;
- traktujemy dziecko tak samo jak inne dzieci – nie skupiamy na nim swojej uwagi;
- nie karzmy dziecka za brak mowy, nie bądźmy sfrustrowani, jeśli dziecko nie mówi;
- nie zadawajmy otwartych pytań, zmienmy je na pytania zamknięte, aby dziecko mogło kiwnąć głową na „tak” lub „nie”;
- postaramy się unikać kontaktu wzrokowego;
- jeśli dziecko się odezwie, ukryjmy swoje zdziwienie, zachowujmy się normalnie.

3) TIKI

Tiki to mimowolne, nagłe, powtarzające się, ale nierytmiczne ruchy (tiki ruchowe) lub wokalizacje (tiki wokalne). Pojawiają się w seriach i najczęściej obejmują ograniczone grupy mięśni. Do zaburzeń tikowych według *Klasyfikacji DSM-5*¹⁰ zaliczamy: zespół Gillesa de Tourette'a (GTS), zespół przewlekłych tików ruchowych lub głosowych, zespół tików przemijających, niesklasyfikowane zespoły tików i inne sklasyfikowane zespoły tików. Stanowią one grupę zaburzeń hiperkinetycznych, wynikających z nieprawidłowej czynności układu pozapiramidowego.

Tiki ruchowe proste wywołane są skurczem pojedynczego mięśnia. Przykładem tików ruchowych prostych jest mrużenie powiek, wzruszanie ramionami, potrząsanie głową, marszczenie czoła, otwieranie ust, wytrzeszczanie oczu, unoszenie brwi, ściąganie warg w ryjek, wysuwanie języka, grymasy twarzy, ruchy żucia.

Tiki wokalne proste to dźwięki nieartykułowane: chrząkanie, pociąganie nosem, pokrzykiwanie, gwizdanie, wężanie przedmiotów lub swoich rąk, mlaskanie, cmokanie, pojękiwanie, mruczenie, szczekanie i naśladowanie innych dźwięków wydawanych przez zwierzęta, głośnie odbijanie, czkawka, krztuszenie się, jęczenie.

Tiki złożone angażują wiele grup mięśniowych, są wolniejsze, dłuższe i sprawiają wrażenie celowo wykonywanych ruchów dowolnych lub zrozumiałych wypowiedzi mających pewne znaczenie. Przykłady tików ruchowych złożonych to dotykanie nosa, dotykanie innych ludzi, wężanie przedmiotów, wężanie swoich rąk, podskakiwanie, zagryzanie warg, kopanie, wsuwanie palca do gardła, lizanie siebie lub innych, całowanie przedmiotów, sekwencyjny układ ruchów w obrębie twarzy.

Tiki wokalne złożone to oprolalia (niecelowe przeklinanie), echolalia (powtarzanie zasłyszanych sylab, fragmentów słów), palilalia (powtarzanie swoich wypowiedzi), powtarzanie sylab (np. „och”, „ach”), powtarzanie słów (np. „co powiesz”, „przestań”,

¹⁰ American Psychiatric Association, (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, Washington.

„Kasiu”) i fragmentów zdań, nietypowości mowy (przeciąganie słów, zmiany intonacji głosu).

Sekwencja wydarzeń prowadząca do pojawienia się tików:

uczucie potrzeby wykonania tików => wzrost napięcia =>
=> tik => czasowe zniesienie napięcia

Czynniki chroniące przed zaburzeniami psychicznymi na etapie wczesnoszkolnym

- 1) Skupianie na dziecku pełnej uwagi, kiedy jesteśmy zainteresowani tylko tym, co się dzieje w jego świecie. W domu, szkole, na dodatkowych zajęciach dajmy mu prawo czuć i nie umniejszajmy rangi jego trudności. Bądźmy bez telefonu, nie wykonujemy w tym czasie żadnych czynności domowych, nie planujemy w głowie, nie myślimy o liście spraw do załatwienia, nie rozmawiamy z rodzicielstwem lub innymi dziećmi. Niech to będzie chociaż 10 minut dziennie.
- 2) Na myślenie o sobie duży wpływ ma nasza samodzielność. Dajmy dziecku możliwość zdobywania nowych umiejętności i ich ćwiczenia, nie poganiajmy, docenimy wysiłek, a nie tylko efekt końcowy, mówmy o tym, co robi dziecko, nie skupiamy się tylko na wyniku, efekcie końcowym pracy, np. gdy dziecko uczy się obierania ziemniaków i widzimy, że sprawia mu to trudność, warto je wesprzeć komunikatem typu: obieranie ziemniaków wymaga precyzji, zręczności; rozegranie meczu *fair play*, bez otrzymania żółtej kartki, wymaga uważnej gry i współpracy – zauważmy, że to jest cenniejsze niż zwycięstwo.
- 3) Nazywajmy przeżywane przez dziecko uczucia, rozmawiamy o sytuacjach z życia dziecka, nie dawajmy w chwili silnych emocji tabletu, telefonu, słodyczy czy możliwości oglądania telewizji w celu rozładowania napięcia.
- 4) Dzieci najlepiej uczą się przez naśladowanie. Jeśli chcemy wprowadzić zdrowe nawyki u dziecka, wprowadźmy je także w swoją codzienność: odżywiamy się zdrowo, śpimy tak długo, aby zregenerować organizm, szanujemy innych, przestrzegamy norm społecznych, swoją postawą dawajmy pozytywny przykład dziecku.
- 5) Chronimy dziecko przed rozmowami pomiędzy dorosłymi, których nie powinno być świadkiem, a także sytuacjami, których nie powinno być uczestnikiem.

W leczeniu zaburzeń psychicznych i niwelowaniu niepokojących zachowań dziecka ważne jest, aby najpierw usunąć wszystkie możliwe fizyczne i psychiczne źródła rozdrażnienia i stresu. Niezwykle istotne okazuje się ustalenie, która dziedzina życia stanowi źródło problemu – w czym to właśnie nauczyciel często jest niezastąpiony ze względu na obserwowanie ucznia w różnych sytuacjach. Wskazane jest, aby starannie przyjrzeć się warunkom w domu, szkole, na zajęciach dodatkowych, a później rozważyć, co można zrobić, aby nie dostarczały one tyle stresu.

Czasami zmiany w środowisku nie wystarczą, aby wpłynąć na polepszenie funkcjonowania dziecka, i wtedy konieczna jest wizyta u lekarza psychiatry i/lub terapia psychologiczna. Nie możemy ignorować niepokojących objawów. Cenna będzie rozmowa o ewentualnych wątpliwościach z pedagogiem/psychologiem szkolnym, a także ze specjalistami z poradni psychologiczno-pedagogicznej. Nauczyciel może powiedzieć rodzicowi o swoim niepokoju, ale nie powinien stawiać diagnozy, gdyż może to zrazić rodzica do podjęcia decyzji o szukaniu wsparcia i terapii dla dziecka.

3. Okres dojrzewania

Okres dojrzewania, rozpoczynający się od zmian biologicznych dojrzewania płciowego w okolicach 11. roku życia, jest dosłowną rewolucją w życiu człowieka. W literaturze określany jako jeden z najtrudniejszych kryzysów rozwojowych, stanowi czas pożegnania i pogodzenia się z utratą dzieciństwa oraz wkroczenia w życie dorosłe. Dla nastolatków okres ten oznacza bycie w zawieszeniu pomiędzy światem dzieci a światem dorosłych.

Reorganizacja i zmiany na poziomie psychicznym i fizycznym niosą za sobą konsekwencje zarówno w postrzeganiu otaczającej rzeczywistości, jak i reagowaniu na nią. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, opublikowanych w 2005 r. w dokumencie *Child and adolescent mental health policies and plans*, nawet do 50%¹¹ wszystkich zaburzeń zdrowia psychicznego, prowadzących do nadużywania środków psychoaktywnych, agresji i przemocy oraz innych zachowań antyspołecznych, ma swój po-

¹¹ World Health Organization, (2005), *Child and adolescent mental health policies and plans, Mental Health Policy and Service Guidance Package*, Geneva.

czątek w okresie dojrzewania, a u 10–20% dorastających identyfikuje się problemy ze zdrowiem psychicznym.

Świadomość tego, jak ogromna ilość zmian i trudów rozwojowych stoi przed każdym nastolatkiem, jest dla nauczycieli i rodziców wielkim zasobem. Dużo łatwiej dobierać sposób komunikacji, znaleźć odrobinę zrozumienia i cierpliwości, jeśli wiemy, że za trudnym zachowaniem stoi chaos i przemiana młodego człowieka.

Wsparcie otaczających dorosłych, ich zrozumienie i empatia, są nieocenionym czynnikiem chroniącym przed wystąpieniem zaburzeń psychicznych i trudnych zachowań.

Co warto wiedzieć o zaburzeniach rozwojowych, które najczęściej występują w okresie dojrzewania?

Głównymi problemami natury psychicznej, które można wymienić na tym etapie rozwojowym, są:

- zaburzenia lękowe;
- zaburzenia nastroju, w tym depresja;
- autoagresja, w tym samookaleczanie, myśli i próby samobójcze, samobójstwa;
- zaburzenia odżywiania;
- uzależnienia.

Nie są to jedyne zaburzenia, które mogą wystąpić w wieku dojrzewania, nie ma również reguły, że nie mogą one pojawić się wcześniej lub później. Jednak są to zaburzenia charakterystyczne dla tego wieku i – jak dalej zostanie to opisane – wynikają często z zadań rozwojowych okresu dorastania.

Jak w przypadku wcześniejszych zaburzeń rozwojowych, aby uzyskać dofinansowaną pomoc instytucji, konieczna jest diagnoza zarówno psychologiczna, jak i psychiatryczna. Jednak badania nad efektywnością różnych metod leczenia wskazują¹², że wspierające, empatyczne środowisko jest kluczowe w drodze do zdrowia psychicznego. Dużą obawę rodziców

¹² Brown J.H., (2001), *Systemic reform concerning resilience in education*, [w:] Grzegorzewska I., *Odporność psychiczna dzieci i młodzieży – wyzwanie dla współczesnej edukacji*, „Tęcza” – Człowiek – Edukacja: kwartalnik myśli społeczno-pedagogicznej”, nr 1 (53), s. 37–51.

budzą środki farmakologiczne, zapisane przez lekarza psychiatrę. Jednak w większości przypadków leki nie stanowią konieczności. Psychoterapia, zwłaszcza włączająca system rodzinny, w wielu sytuacjach jest jedyną metodą pracy. Doktor Maciej Pilecki ujmuje to w następujący sposób: *W wypadku większości zaburzeń wieku rozwojowego metodą z wyboru, a więc pierwszą i najważniejszą, jest psychoterapia. Leki są konieczne od początku tylko w wypadku psychoz, które są rzadkie u dzieci i młodzieży, w ciężkich depresjach z myślami samobójczymi, nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD). W wypadku wszystkich innych problemów leczenie powinno się zaczynać od psychoterapii oraz terapii rodzin*¹³.

Zaburzenia nastroju

W ostatnich latach bardzo medialna zrobiła się **depresja** – można czasem odnieść wrażenie, że to modny termin określający wiele stanów obniżonego nastroju. Depresja kliniczna to poważna choroba, której leczenie wymaga włączenia farmakologii i stałej psychoterapii. Jednak poza depresją głęboką można zaobserwować całe spektrum zaburzeń nastroju o zróżnicowanym natężeniu. W pracy z nastolatkami bardzo ważne jest, by mieć świadomość zmian na poziomie neurobiologicznym, a także typowych dla tego wieku błędów postrzegania świata.

W okresie dojrzewania poziom serotoniny w organizmie naturalnie spada. Jest to neurotransmitter odpowiedzialny między innymi za mobilizację, dobre samopoczucie, chęć do aktywności. Jej naturalne obniżenie w okresie dojrzewania skutkuje często mniejszą chęcią aktywności, zaburzeniami rytmu snu (większa senność, zaburzenia rytmu dzień/noc). To ważne, aby wiedzieć, że brak energii może być spowodowany reorganizacją biologiczną. Jednak każdy uczeń, który z tego powodu zwraca naszą uwagę, powinien udać się do lekarza pierwszego kontaktu, chociażby po to, by wykluczyć podłoże somatyczne.

Błędy poznawcze, charakterystyczne dla wieku dorastania, to złudzenie widowni (wymagani słuchacze), przeświadczenie jednostki, że inni są nadmiernie zainteresowani jej wyglądem lub zachowaniem. Skutkuje to przesadnym przejmowaniem się i lękiem przed oceną otoczenia. W efekcie możemy obserwować samouwielbienie, ale, niestety, dużo częściej – przerośnięty samokrytycyzm.

¹³ Pilecki M., (2018), *Głęboki kryzys dojrzewania. Niepokojące dane o zaburzeniach psychicznych dzieci i młodzieży*, [w:] Fedorcuk A., (2018), „Wprost. Zdrowie i Medycyna”.

Mit o własnej osobie (fantazjowanie o sobie) to przekonanie ucznia o własnej wyjątkowości, nieśmiertelności, wiara w to, że prawa natury, które odnoszą się do innych, nie dotyczą jego samego. W konsekwencji – w okresie dorastania – z jednej strony młodzi ludzie przeceniają swoje możliwości, np. w kontekście eksperymentowania z używkami, a z drugiej – wpadają w poczucie, że nikt nie może ich zrozumieć i pojąć ich wyjątkowo beznadziejnej sytuacji.

Taki sposób postrzegania świata, choć normalny dla nastolatków, może potęgować stany obniżonego nastroju lub lęku przed odrzuceniem rówieśniczym. Warto, żebyśmy jako nauczyciele zwracali uwagę na to, jak formułujemy krytykę wobec ucznia, i starali się korzystać z technik konstruktywnego udzielania informacji zwrotnych. Znając sposób odbierania świata przez nastolatków, możemy też łatwiej zrozumieć ich trudności w rozwiązywaniu problemów. Uczniowi ciężko zauważać dostępne rozwiązania, jeśli postrzega swój problem jako jedyny i wyjątkowy na świecie.

To krótkie kompendium wiedzy na temat najważniejszych zmian rozwojowych, które w sposób naturalny obniżają nastrój młodego człowieka, może być dla wielu nauczycieli wskazówką, jak reagować na specyficzne zachowania uczniów. Gdy wiemy już, co się dzieje w organizmie dorastającego człowieka, zwróćmy uwagę na psychopatologię tych procesów. Pozwoli to na odróżnienie normy rozwojowej od problemów rozwojowych, które wymagają wsparcia.

Dobra prasa depresji, nagłaśnianie medialne jej przypadków u osób znanych i lubianych, coraz częstsze mówienie o depresji jako chorobie, ma swoje konsekwencje w społeczeństwie. Coraz więcej osób, w tym nastolatków, bierze pod uwagę, że przedłużające się złe samopoczucie może być objawem depresji. W kontekście sięgania po pomoc i szukania rozwiązań swoich problemów to bardzo konstruktywny trend. Statystyki wskazują, że w wieku pomiędzy 13. a 17. rokiem życia z powodu depresji zgłasza się do specjalisty 20–30% nastolatków. Depresja dotyka dwa razy częściej dziewcząt niż chłopców w okresie dojrzewania¹⁴.

W większości przypadków depresja ma charakter przejściowy. Wynika z rozregulowanej biochemii organizmu lub trudności rozwojowych.

¹⁴ Józefik B., Pilecki M.W., (2009), *Związek obrazu siebie z depresyjnością u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się*, „Psychiatria, Psychologia Kliniczna”, nr 9 (4), s. 233–241.

Konieczność poradzenia sobie z zadaniami rozwojowymi, które skutkować mają ukształtowaniem się tożsamości, podjęciem odpowiedzialności za siebie i własne decyzje, a także wejściem w nowe wymagające role społeczne, to trudny moment, który może wywoływać lęki i niepewność. Głęboka depresja, która ma podłoże w zmianach w funkcjonowaniu układu nerwowego, wymaga pomocy lekarza psychiatry i włączenia leczenia farmakologicznego.

Objawy depresji w wieku dorastania są dość nieswoiste. Ciężko odróżnić depresję od obniżonego nastroju, związanego np. z buntem nastoletnim, procesem dojrzewania biologicznego itd. Dlatego tak istotna jest uważność nauczycieli i rodziców na sygnały wysyłane przez dzieci.

Reagujmy, jeśli zauważymy u ucznia:

- złe samopoczucie fizyczne, np. inne niż typowe dolegliwości bólowe, nadmierne wyczerpanie na punkcie funkcjonowania swojego organizmu (wyolbrzymianie dolegliwości fizycznych), częste bóle brzucha, głowy, pleców;
- zaburzenia aktywności – brak energii, szybkie męczenie się, ciągłe uczucie znużenia, znudzenia;
- zaburzenia koncentracji uwagi i zapamiętywania, które mogą powodować problemy w nauce, niezdecydowanie, wahanie się;
- lepsze funkcjonowanie w godzinach wieczornych niż w ciągu dnia, trudności z porannym wstawaniem, zaburzenia snu i apetytu;
- rozdrażnienie, uczucie zmęczenia, przygnębiecie, zmienność nastroju;
- utratę zdolności do odczuwania przyjemności, również wobec sytuacji, które do tej pory sprawiały przyjemność;
- niskie poczucie własnej wartości, negatywną ocenę siebie, rzeczywistości i przyszłości, spadek zaufania i szacunku do siebie;
- nieracjonalne wyrzuty sumienia lub nieuzasadnione poczucie winy;
- izolowanie się – ograniczenie kontaktów z otoczeniem, zamykanie się w sobie;
- zachowania autodestrukcyjne – używanie alkoholu, substancji psychoaktywnych, samookaleczenia, myślenie o śmierci, w tym próby samobójcze;
- zaburzenia snu wszelkiego typu;
- zmiany łaknienia wraz ze zmianą wagi ciała (wzrost lub spadek)¹⁵.

¹⁵ Źródło: opracowanie własne na podstawie bibliografii.

Każdy z wyżej wymienionych objawów jednostkowo nie musi oznaczać depresji, jednak już wystąpienie więcej niż jednego z symptomów w czasie dłuższym niż 2 tygodnie powinno wzbudzić naszą czujność. **Depresja młodzieńcza** często maskowana jest dolegliwościami somatycznymi, młodzi ludzie skarżą się na ból brzucha, głowy, krzyża. Ból ten zazwyczaj jest nawracający, pojawia się bez wyraźnej przyczyny.

W okresie dojrzewania niezwykle ważne jest zwracanie uwagi na każdą potencjalną sytuację związaną z obniżeniem nastroju, ze względu na bardzo duże nasilenie myśli i zachowań autodestrukcyjnych u młodzieży w porównaniu do dzieci młodszych i dorosłych. Depresja młodzieńcza jest trudna w diagnostyce, gdyż łączy w sobie zaburzenia nastroju, lęk, zaburzenia zachowania oraz – co najbardziej niebezpieczne – znaczne nasilenie zachowań autodestrukcyjnych, niejednokrotnie prowadzących do prób samobójczych i samobójstw.

Nauczyciele mogą działać na kilku poziomach. Pierwszy poziom to edukacja na temat objawów, form pomocy i możliwości wsparcia dziecka w sytuacji depresji. Drugi – to budowanie relacji z uczniami nie tylko poprzez nauczanie, ale również rozmowę i okazywanie zainteresowania ich problemami. Ponieważ depresja w znaczący sposób wpływa na funkcjonowanie poznawcze, uczeń z depresją musi otrzymywać wsparcie, aby nauczanie było efektywne.

Budowanie relacji opartej na wzajemnym zaufaniu jest najlepszym sposobem pomocy, ale i prewencji wszelkich trudnych zachowań, w tym występowania zaburzeń psychicznych. Należy pamiętać, że jeśli nauczyciel nie czuje się na siłach udzielić wsparcia uczniowi z depresją, to może skierować go do psychologa szkolnego lub poradni. Odpowiedzialnością nauczyciela nie jest terapia, a jedynie zauważenie, że coś złego może dziać się z uczniem. Pozostając w dobrej relacji z uczniem, nauczyciel ma szansę na zaobserwowanie tego i nawiązanie kontaktu, dzięki czemu uczeń otrzyma fachową pomoc.

Nie trzeba obawiać się zadania osobistego pytania o samopoczucie czy sytuację domową. Zadbajmy o komfort i poufność takiej rozmowy i wyrażmy to, co nas niepokoi. Pamiętajmy, aby zapewnić ucznia o swoich dobrych intencjach i chęci pomocy. Być może jesteśmy jedyną osobą w jego otoczeniu, która zauważa problem i okazuje wsparcie. Warto dać uczniowi czas na odpowiedź, nie zrażajmy się, jeśli reakcja nie będzie odpowiadała

naszym oczekiwaniom. Czasami uczeń może potrzebować trochę czasu, by odważyć się opowiedzieć o swoich problemach.

Trzecim poziomem aktywności nauczyciela może być kontakt z rodzicami ucznia, zgłoszenie niepokojących obserwacji, dopytanie o sytuację rodzinną i skierowanie na konsultację do specjalisty, np. w poradni psychologiczno-pedagogicznej lub według nowego modelu do placówki ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży – powiatowego ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży.

W przypadku ucznia ze stwierdzoną depresją bardzo istotne jest utrzymywanie stałego kontaktu z rodzicami w celu monitorowania aktualnego stanu zdrowia dziecka. Ważne, aby uczeń miał większą elastyczność w wypełnianiu obowiązków szkolnych. Być może są zadania, które mógłby wykonywać z domu lub realizować program w innym tempie. Epizody depresyjne w okresie dorastania w wielu przypadkach są tymczasowe, dlatego rozłożenie w czasie obowiązków szkolnych może pomóc zrealizować program, gdy stan zdrowia ucznia będzie ulegał poprawie. Być może pojawią się takie okresy, kiedy uczeń nie będzie w stanie nawet w domu przyswajać materiału szkolnego. Wówczas pomoc ze strony nauczycieli, ich wyrozumiałość i cierpliwość będą nieocenione.

Pamiętajmy, że depresja dodatkowo nasila poczucie winy i negatywny obraz samego siebie. Stawiając sztywne wymagania, niemożliwe do zrealizowania w epizodzie depresyjnym, możemy spotęgować objawy i pogłębić chorobę ucznia. Dlatego tak ważne jest ciągle aktualizowanie informacji o uczniu w kontakcie z rodzicami, aby wiedzieć, kiedy nasilenie objawów depresyjnych zacznie się zmniejszać. W porozumieniu ze specjalistami prowadzącymi ucznia warto rozszerzać zakres odpowiedzialności, obserwując jego możliwości i reakcje na kolejne obciążenia. Informacja zwrotna od nauczyciela na temat postępów w nauce ucznia z depresją będzie dla rodziców i terapeuty bardzo cenna. Sam uczeń może nie dostrzegać swoich osiągnięć i tym samym hamować proces powrotu do zdrowia.

Dodatkowym wsparciem w przestrzeni szkolnej może być psycholog szkolny lub pedagog. Jego funkcja powinna jednak ograniczać się do monitorowania sytuacji ucznia w szkole, udzielania doraźnego wsparcia zarówno uczniom, jak i nauczycielom, a także kierowania działaniami rodziców, jeśli tego potrzebują. Szkoła nie powinna być miejscem psychoterapii dziecka.

Autoagresja

Autoagresja jest zjawiskiem coraz częściej spotykanym wśród młodzieży. Szczególnie w przebiegu zaburzeń nastroju pojawiają się myśli i czyny autodestrukcyjne. Mimo iż samookaleczanie zazwyczaj jest ukrywane przed dorosłymi – jest tragicznym wołaniem o uwagę i pomoc. Nastolatek, który ma niskie poczucie własnej wartości, trudności w relacji z rodzicami i do tego zaburzony sposób odbierania świata, np. przez epizod depresyjny, będzie próbował obniżyć napięcie poprzez zadawanie sobie cierpienia.

Uszkodzenia ciała są symbolem, czy też ekspresją tych głębszych ran psychicznych, które są niewidoczne. Osoby samookaleczające się uważają, że zasługują na ból. Jest on w jakiś sposób kontrolowany przez nie. Zatem okaleczanie własnego ciała stanowi formę odzyskiwania poczucia kontroli nad swoim życiem, daje poczucie sprawstwa.

Ze względu na przemiany biologiczne ciało zmienia się i wymyka spod jakiegokolwiek kontroli. Ciało płata figle, jest w niektórych momentach nieproporcjonalne. To sprawia, że staje się obiektem szczególnej uwagi w okresie dojrzewania. Gdy w głowie pojawia się zamęt, emocje są zbyt silne, nastolatek nie widzi szansy na rozwiązanie problemu. To wówczas myśli o niebyciu, nieistnieniu lub zadawaniu sobie bólu przychodzą same i nie dają się odpuścić.

Każda myśl samobójcza i każdy akt samookaleczania powinien zostać zauważony i podjęte powinny być odpowiednie środki pomocy. Działania autodestrukcyjne, takie jak nacinanie skóry, oparzenia, drapanie, wrywanie włosów, w wielu przypadkach nie oznaczają chęci odebrania sobie życia, ale wskazują, że jednostka przeżywa bardzo silne i trudne emocje, z którymi nie może sobie poradzić. Okaleczanie swojego ciała jest sposobem na uwolnienie napięcia i emocji. Samookaleczające się dziecko może mieć poczucie, że jest beznadziejne, nie radzi sobie ze swoim życiem lub nienawidzi siebie. Może komunikować, że równie mocno jak siebie nienawidzi również rodziców czy opiekunów, którzy tylko wymagają, krzyczą i rozkazują, zamiast je wysłuchać i zrozumieć.

W tym szczególnym okresie rozwojowym nastolatkom nie wyrażają wprost swoich uczuć, jednak bardzo potrzebują, by ważni dla nich dorośli odczytali ich niejasne komunikaty. W dzisiejszych czasach zapracowanych rodziców, którzy nie widzą nic złego w odebraniu „ważnego telefonu

z pracy” podczas rozmowy z dzieckiem, nauczyciel czasem może być jedynym dorosłym, który zauważy jakiegokolwiek problemy swojego ucznia. Myśli samobójcze czy akty samookaleczania zawsze są wyrażeniem potrzeby bliskości i uwagi. Zawsze są wołaniem o akceptację i zrozumienie. Nigdy nie są manipulacją!

Wskazówki dla nauczyciela

Jeśli u ucznia widoczne są ślady samookaleczania, wtedy warto:

- poprosić ucznia o rozmowę;
- okazać zrozumienie, zdarza się bowiem, że wyrażenie wprost: „ja cię dostrzegam i widzę, że potrzebujesz pomocy”, sprawia, że to, co najbardziej bolesne, zostaje ujawnione, a uczeń ma szansę zaufać nauczycielowi i otworzyć się przed nim;
- być szczerym, uprzedzić ucznia, że jest potrzeba rozmowy z jego rodzicami, zaplanować wspólnie to, co zostanie przekazane rodzicom;
- pozwolić uczniowi uczestniczyć w rozmowie z rodzicami, nie obawiając się tego, ponieważ to problemy ucznia będą omawiane i on wie o nich wszystko;
- zapewnić o swoim wsparciu, jeśli jesteśmy w stanie takie dać;
- nie brać na siebie odpowiedzialności za rozwiązanie problemu – każdy taki epizod ma swoje głębokie podłoże i potrzebny jest specjalista, by temu zaradzić;
- zadbać o siebie – konfrontacja z cierpieniem młodego człowieka może być obciążająca, dajmy sobie prawo do przeżywania tej sytuacji i jeśli będzie nam ciężko, poprośmy o profesjonalną pomoc.

Zaburzenia lękowe

Zaburzenia lękowe we wcześniejszych okresach rozwojowych występują z różną intensywnością. Krytyczny dla ich postępu wydaje się sposób poradzenia sobie z lękami separacyjnymi w okresie wczesnodziecięcym i wczesnoszkolnym. To, w jaki sposób jednostka uporała się z adaptacją w przedszkolu, szkole i osiągnięciem kolejnych etapów rozwojowych, jest kluczowe dla ryzyka występowania zaburzeń lękowych w okresie dojrzewania.

Ogromne znaczenie mają relacje rodzinne i otoczenie szkolne. Zaburzenia lękowe mogą dotyczyć **lęku uogólnionego**, który według *Klasyfikacji*

ICD 11¹⁶ diagnozowany jest, gdy wyraźne jego objawy utrzymują się przez co najmniej kilka miesięcy i manifestują ogólnym lękiem (tj. dotyczącym rodziny, przyjaciół, zdrowia, finansów, szkoły lub pracy) wraz z dodatkowymi objawami, takimi jak napięcie mięśniowe lub niepokój ruchowy, pobudzenie układu nerwowego, subiektywne odczuwanie nerwowości, trudności w utrzymaniu koncentracji, drażliwość lub zaburzenia snu. Objawy te powodują znaczny dyskomfort w życiu osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania. Nie są przejawem innego stanu zdrowia i nie oznaczają skutków działania substancji lub leku na ośrodkowy układ nerwowy.

Nastolatkwie zgłaszający się z zaburzeniami lękowymi zazwyczaj odczuwają lęk w dotkliwy sposób – czują ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, doświadczają izolacji od rówieśników, przed którymi wstydzą się przyznać do swojego stanu. Sytuacje, w których muszą zmierzyć się z własnym lękiem, bywają upokarzające w oczach grupy społecznej, a nawet jeśli nie są takie obiektywnie, to w perspektywie ucznia z zaburzeniami są tak interpretowane (pamiętajmy o błędach poznawczych). Uczniowie z zaburzeniami lękowymi mają świadomość odstawania w zachowaniach od norm ich grupy rówieśniczej, co znacząco obniża ich poczucie własnej wartości i utrudnia poradzenie sobie z problemem.

Uczeń z zaburzeniami lękowymi przede wszystkim potrzebuje poczucia bezpieczeństwa. Psychoterapia jest metodą pierwszego wyboru, jednak w ostrych stanach lękowych psychiatra może zdecydować o włączeniu farmakoterapii. W szkole możemy wspierać ucznia na kilku poziomach. Pierwszy to budowanie relacji z uczniem, zapewnienie o wsparciu, okazywanie zainteresowania. Na drugim poziomie znajduje się strukturalne wsparcie dziecka w szkole. Dobrym pomysłem jest zorganizowanie bezpiecznego miejsca, w którym uczeń mógłby się schronić w przypadku silnego lęku. Takie miejsce pozwoli w odosobnieniu powrócić do równowagi emocjonalnej i korzystać z wypracowanych terapii i technik. To może być krzesło w gabinecie psychologa szkolnego, bibliotece lub innym spokojnym, odosobnionym miejscu dostępnym dla ucznia. Warto, aby wszyscy nauczyciele przy wsparciu psychologa/pedagoga szkolnego zostali poinformowani o trudnościach ucznia, po to by wiedzieli, jak zareagować na wypadek napadu lęku w szkole.

¹⁶ World Health Organization, (2019), *International Classification of Diseases 11th Revision, The global standard for diagnostic health information*, www.icd.who.int

Uczeń z lękiem uogólnionym może funkcjonować w bardzo ograniczonym stopniu. Warto zachęcać go do poszerzania spektrum zachowań metodą małych kroków. Można zapytać ucznia, co byłoby dla niego pierwszym małym krokiem w kierunku poradzenia sobie z własnym lękiem. Na przykład w fobii społecznej, tzn. lęku w kontakcie z innymi, pierwszym małym krokiem może być praca w parze lub małej grupie.

Inną formą lęku, z jaką możemy spotkać się w zachowaniach uczniów, mogą być **napady paniki**. *Klasyfikacja ICD 11*¹⁷ opisuje kryteria diagnostyczne jako nawracające ataki paniki bez wyraźnej przyczyny, objawiające się intensywnym strachem lub lękiem, którym towarzyszy kilka charakterystycznych objawów, np. kołatanie lub przyspieszone bicie serca, pocenie się, drżenie, duszność, ból w klatce piersiowej, zawroty głowy lub dreszcze, uderzenia gorąca, strach przed rychłą śmiercią.

Co robić, gdy uczeń będzie miał epizod silnego lęku lub napad paniki?

- 1) Należy zapewnić uczniowi bezpieczeństwo fizyczne; dobrze jest znaleźć pustą salę, zaplecze lub inne miejsce, gdzie będzie mógł powrócić do równowagi emocjonalnej bez udziału „publiczności”.
- 2) Ważne jest zapewnienie ucznia o naszej obecności; można użyć słów: „jestem przy tobie, jesteś bezpieczny”; gdy nie wiemy, co robić, można użyć tych słów i powtarzać je jak mantrę, aż sami osiągniemy spokój i będziemy w stanie podjąć kolejne działania.
- 3) Warto być w kontakcie z psychologiem szkolnym i rodzicami; nigdy nie zostawiamy ucznia samego w stanie silnego lęku.
- 4) Pomocną techniką reagowania w sytuacji silnych emocji jest koncentracja na oddechu; można zaproponować uczniowi, aby wspólnie z nauczycielem obserwował swój oddech; samo przekierowanie uwagi z lęku na oddech może być pomocne w regulacji emocji; pamiętajmy, że nie chodzi o to, by na siłę uspokoić oddech, a jedynie skupić na nim uwagę; na początku oddech będzie płytki i szybki, ale po chwili jego rytm może się subtelnie zmienić; zwracamy uwagę na każdą zmianę, zachowujemy spokój, wracając do poczucia bezpieczeństwa.
- 5) Ważne jest, by uczeń nie został sam, kiedy wróci do równowagi emocjonalnej; emocje pochłaniają duże zasoby energii – bardzo możliwe, że uczeń będzie musiał wrócić do domu ze względu na

¹⁷ World Health Organization, (2019), *International Classification of Diseases 11th Revision, The global standard for diagnostic health information*, www.icd.who.int

- wyczerpanie fizyczne; warto zadbać o takie podstawowe potrzeby, jak okrycie ucznia kocem, podanie wody lub ciepłego napoju.
- 6) Niezmiernie ważne jest pozostanie w kontakcie z rodzicami ucznia; muszą wiedzieć o każdym epizodzie, który miał miejsce w szkole; sprawna komunikacja pomiędzy szkołą, rodzicami a specjalistami opiekującymi się uczniem jest podstawą efektywnego leczenia.

Jeżeli zauważymy u ucznia niepokojące objawy, porozmawiajmy o tym zarówno z uczniem, jak i jego rodzicami. W praktyce psychoterapeutycznej przedłużający się lęk jest bardzo często symptomem trudności w relacjach rodzinnych lub trudnych sytuacji w otoczeniu rówieśniczym. Rolą specjalisty jest pomoc w odkryciu przyczyny, jednak obserwacje i hipotezy nauczyciela będą bezcenne. To ważne, aby nauczyciel interweniował, gdy coś go niepokoi, i zachęcił rodziców do podjęcia działań.

W pewnych sytuacjach lęk staje się uporczywy – jakby przerasta ucznia i prowadzi do zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych. Natrętne myśli, przymus wykonywania kompulsywnych czynności znacząco obniżają jakość życia i możliwości rozwoju młodego człowieka. Największym niebezpieczeństwem natrętnych myśli jest ich kierunek, który ze względu na charakterystykę postrzegania siebie i świata w okresie adolescencji często dotyczy myśli autodestrukcyjnych (błędy poznawcze).

Obsesje to powtarzające się i uporczywe myśli, obrazy lub impulsy, które są natrętne, niepożądane i często wiążą się z lękiem. Człowiek próbuje ignorować lub tłumić obsesje albo neutralizować je poprzez wykonywanie kompulsji.

Kompulsje to powtarzające się zachowania, w tym czynności umysłowe, do wykonania których dana osoba czuje się zmuszona. Występują w odpowiedzi na napięcie emocjonalne związane z lękiem. Jednostka wykonuje kompulsje w celu osiągnięcia poczucia kompletności, odzyskania poczucia wpływu. Aby można było zdiagnozować zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, obsesje i kompulsje muszą być czasochłonne (np. zajmować więcej niż godzinę dziennie) i powodować znaczące obniżenie jakości życia osobistego, rodzinnego, społecznego, edukacyjnego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach funkcjonowania.

Utrudnianie, przerywanie kompulsywnych zachowań powoduje narastanie napięcia i lęku. Nawet jeśli uda się przerwać błędne koło obsesyjno-kompulsywnych wzorców zachowania ucznia, to jest wielce

prawdopodobne, że pojawi się nowy, zazwyczaj bardziej destrukcyjny, schemat działania. Diagnostą i terapią zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych zajmują się psychiatra i psycholog. Psychoterapia jest podstawową formą pomocy, czasem, decyzją psychiatry, może być wspierana farmakoterapią. W przestrzeni szkolnej dobrze jest okazywać uczniowi zrozumienie i cierpliwość wobec trudności. Warto być w stałym kontakcie z rodzicami, można poprosić ich o aktualne wskazówki, zgodne z pracą psychoterapeutyczną dziecka, by szkoła była przedłużeniem procesu leczenia.

4. Okres rozwoju tożsamości

Tożsamość formuje się w późnym okresie dojrzewania. Najważniejszym zadaniem tego okresu jest osiągnięcie indywidualizacji i separacji od rodziny. Nastolatek stoi przed ważnym wyzwaniem określenia, kim jest i dokąd zmierza. W tym czasie – kształtowania się tożsamości – staje się niezwykle wrażliwy na wszelkie nieprawidłowości. Zaburzenia w postrzeganiu siebie skutkują u niego nieadekwatnym reagowaniem na wyzwania rozwojowe.

Profesor Dariusz Doliński w badaniach z 1991 roku¹⁸ ujawnił, że młodzi ludzie postrzegają rzeczywistość w trzech aspektach: cierpienia, braku równości oraz niesprawiedliwości wobec osób uczciwych. Także Tadeusz Mądrycki w wynikach badań z roku 1993¹⁹ potwierdził społeczny pesymizm adolescentów, jednakowo wskazując na osobniczy optymizm, co w skrócie oznacza wiarę w człowieka i brak wiary w sprawiedliwość świata. Mając na uwadze błędy poznawcze, o których była mowa wcześniej, warto prześledzić mechanizm percepcji świata przez młodych ludzi.

W tym czasie bardzo ważnym składnikiem osobowościowym jest samoocena, którą młodzi ludzie budują poprzez kontakty społeczne. Będąc w grupie rówieśniczej, ale również w relacji z ważnymi dorosłymi, adolescent weryfikuje, które zachowania są aprobowane, a które nie. Im więcej jest akceptacji i zrozumienia ze strony otoczenia, tym większa staje się

¹⁸ Brzezińska A., (2005), *Společna psychologia rozwoju*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

¹⁹ Ibidem.

szansa na budowanie pozytywnej samooceny. W okresie dorastania samoocena naturalnie spada i dopiero około 20. roku życia zauważamy jej stabilizację na wyższym poziomie.

Dorastanie wiąże się z potrzebą autonomii i separacji; głównym zadaniem rozwojowym jest osiągnięcie samodzielności i niezależności od rodziny. Jednakże relacje w systemie rodzinnym, jakość więzi z rodzicami, a także bagaż rodzinnych doświadczeń wcześniejszego dzieciństwa mają determinujący wpływ na budowanie samooceny. W tym okresie kreatywność, zgoda na popełnianie błędów, realistyczne kreowanie celów to efekt pozytywnych doświadczeń wczesnego dzieciństwa. Natomiast ciągła potrzeba rywalizowania, sprawdzania się, porównywania i wywyższania wskazuje na niskie poczucie własnej wartości. Perfekcjonizm i wysokie poczucie obowiązku predysponują do niekonstruktywnych wzorców rozwiązywania trudności życiowych. Mimo iż rodzice często są zaniepokojeni obciążeniami, które nakładają na siebie nastolatki, to sami realizują perfekcjonistyczny styl życia, dając jedyny wzór funkcjonowania.

Największym niebezpieczeństwem takiego odbierania siebie i rzeczywistości jest ciągle porównywanie się do nierealnych standardów i niemożność osiągnięcia sukcesu. W skrajnych przypadkach proces formowania się tożsamości na podstawie negatywnego obrazu samego siebie może prowadzić do tożsamości negatywnej.

Obraz siebie stanowi strukturę integrującą i stabilizującą działania oraz sposób myślenia o sobie i świecie. Zaburzenia obrazu siebie, będące w szerszym kontekście wyrazem zaburzenia przeżywania siebie, mogą być traktowane jako wyraz nieprawidłowości w kształtowaniu się cech osobowości²⁰.

Jak wspierać młodzież w kształtowaniu prawidłowych form tożsamości?

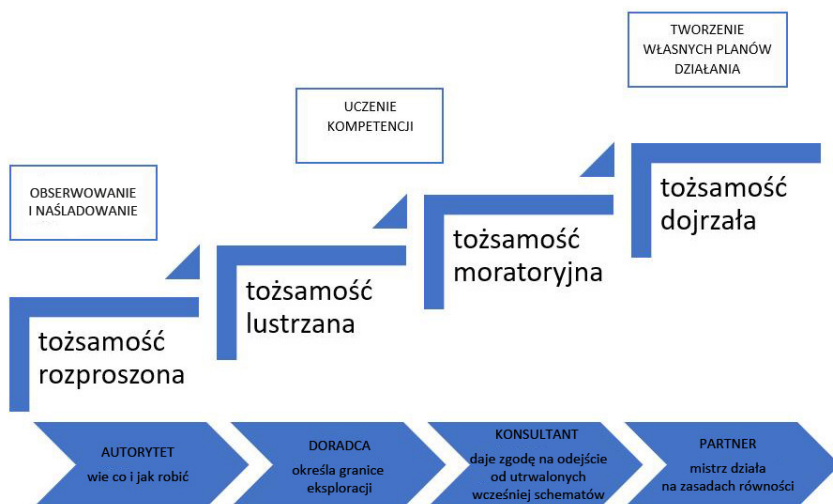
- 1) Dajmy zgodę na popełnianie błędów. Dowiedzmy się więcej o konstruktywnej informacji zwrotnej, pamiętajmy, że nauka to proces, w którym popełnianie błędów jest naturalne.
- 2) Oswajajmy z sukcesem, ale również z porażką. Pokazujmy, jak czerpać wiedzę z popełnionego błędu, jak wyciągnąć wnioski i wykorzystać niepowodzenie dla własnego rozwoju.

²⁰ Józefik B., Pilecki M.W., (2009), *Związek obrazu siebie z depresyjnością u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się*, „Psychiatria. Psychologia Kliniczna”, nr 9 (4), s. 233–241.

- 3) Nie wyręczamy w dochodzeniu do rozwiązania, stwarzamy warunki do samodzielnego opracowania problemu. Wspieramy tam, gdzie zostaniemy poproszeni o pomoc.
- 4) Odwróćmy sytuację, zachęcajmy do samodzielnego szukania błędów, podkreślając mocne strony ucznia.
- 5) Zachęcajmy do dzielenia się osobistymi zainteresowaniami i pasjami.
- 6) Uczmy obserwowania własnego rozwoju, pokazujemy, jak porównywać własne osiągnięcia do wcześniejszych w przeciwieństwie do porównywania się z innymi.
- 7) Oceniamy konstruktywnie – odnośmy się do zachowania, jednocześnie okazując akceptację ucznia. Unikajmy etykietowania, pokazujemy możliwości zmiany zachowania.
- 8) Sprawiedliwie nie znaczy po równo! Uwzględniamy indywidualne potrzeby nastolatków. Stosujemy indywidualne strategie wsparcia, nie reagujemy szablonowo.
- 9) Bądźmy otwarci na informacje zwrotne od uczniów. Obserwujmy, dopytujmy, sprawdzajmy, które z naszych działań są dla nich wspierające.
- 10) Okazujemy akceptację indywidualności ucznia, zachęcajmy do spontaniczności, otwartości, kreatywności i oryginalności.
- 11) Nie bierzmy na siebie całej odpowiedzialności, dajmy sobie prawo do niewiedzy i błędu. Otwórzmy się na pomoc specjalistów.

Kryzys dorastania i osiągania dojrzałej tożsamości najlepiej obrazuje poniższy wykres zależności pomiędzy potrzebami wsparcia adolescenta przez dorosłego a osiąganymi poziomami samodzielności. Na początku rozwoju dziecko uczy się poprzez naśladownictwo, potrzebuje więc stabilnego i pewnego wzoru zachowań. W toku rozwoju nabywa kompetencji – dlatego potrzebuje bardziej doradcy, który określi, gdzie znajdują się granice. W okresie dojrzewania potrzebny jest konsultant, który będzie bazą wyjściową dla szukania własnych schematów postępowania. Efektem końcowym prawidłowego rozwoju tożsamości stanie się osiągnięcie dojrzałej tożsamości i umiejętności planowania własnej aktywności życiowej. To moment, w którym relacja dziecko – rodzic zmienia swój charakter na partnerski i nie jest już relacją rodzic – dziecko, a relacją dwóch osób dorosłych.

Rysunek 1. Kształtowanie się form tożsamości



Źródło: opracownie własne na podstawie bibliografii

W efekcie nieprawidłowego przebiegu rozwoju tożsamości może uformować się **tożsamość negatywna**, która jest odzwierciedleniem stygmatyzacji, negatywnych doświadczeń społecznych, odrzucenia, braku pozytywnych wzorców i niskiego poczucia własnej wartości. Jednostka, która nie przejdzie prawidłowo okresu buntu i poszukiwania własnych wzorców zachowań, nie osiągnie świadomości własnych praw i realnych możliwości ich egzekwowania, a także nie uwewnętrznzi zgody na społeczne i prawne ujawnianie protestu w walce o swoje potrzeby. Tak uformowana tożsamość predysponuje do wymuszania swoich praw i zachowań przestępczych.

Świadomość, jak duży wpływ na kształtowanie się tożsamości młodego człowieka mają między innymi relacje z rodzicami, ale i rówieśnikami, może pomóc zrozumieć, z jak wielkim zamętem rozwojowym mierzy się każda dorastająca jednostka. Rola nauczyciela, jako pozytywnego wzorca reagowania i źródła pozytywnych doświadczeń w budowaniu obrazu siebie, może być determinująca dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych. Swoją postawą i podejściem może on realnie wpłynąć na losy młodego człowieka, nawet jeśli ten wpływ wydaje się niezauważony.

W okresie dorastania szczególnej uwagi wymagają osoby z **zaburzeniami odżywiania**. Według statystyk Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego²¹ tygodniowo na leczenie zostają zakwalifikowane trzy osoby, co pokazuje na przykładzie tej jednej placówki ogromną skalę problemu.

Gwałtowne zmiany wyglądu wynikające ze zmian biologicznych, rozregulowana gospodarka hormonalna, zniekształcenia postrzegania siebie w oczach innych osób prowadzą do podejmowania przez nastolatki wielu działań na swoim ciele, by przybliżyć je do szeroko pojmowanych norm. Obecnie zaburzenia odżywiania przedstawione są w klasyfikacjach międzynarodowych jako zaburzenia o charakterze psychologicznym.

W *Klasyfikacji ICD 11*²² **anoreksja** została opisana według następujących kryteriów diagnostycznych:

- istotnie niska masa ciała dla wzrostu, wieku i etapu rozwoju (wskaźnik masy ciała BMI poniżej 18,5 kg/m² u dorosłych i BMI poniżej piątego centyla u dzieci i młodzieży), niespowodowana innym stanem zdrowia lub brakiem dostępu do pożywienia;
- niskiej masie ciała towarzyszy trwałe wzorce zachowań zapobiegających przywróceniu prawidłowej masy ciała, który może obejmować zachowania mające na celu zmniejszenie spożycia energii (ograniczone odżywianie), zachowania przeczyszczające (np. wymioty wywołane przez siebie, nadużywanie środków przeczyszczających) oraz zachowania ukierunkowane na zwiększanie wydatku energetycznego (np. nadmierne ćwiczenia); zachowania te są zwykle związane z lękiem przed przyrostem masy ciała;
- niska masa ciała lub kształt ciała mają kluczowe znaczenie dla samooceny danej osoby lub są nieadekwatnie postrzegane jako normalne lub nawet nadmierne.

W najnowszej klasyfikacji zostało usunięte kryterium diagnostyczne dotyczące przerwania cyklu miesięczkowego u dziewcząt.

Specyficznych typów anoreksji opisanych w klasyfikacji medycznej jest wiele. Różnicują one sposób redukowania wagi, a także wskazują na

²¹ Pilecki M., (2018), *Głęboki kryzys dojrzewania. Niepokojące dane o zaburzeniach psychicznych dzieci i młodzieży*, [w:] Fedorczyk A., „Wprost. Zdrowie i Medycyna”.

²² World Health Organization, (2019), *International Classification of Diseases 11th Revision, The global standard for diagnostic health information*: www.icd.who.int

odmienne formy pomocy specjalistycznej w zależności od stanu zdrowia jednostki. Jedną z podkategorii diagnostycznych jest jadłowstręt psychiczny, dlatego czasami można spotkać się z używaniem tej nazwy wymiennie.

Drugą dużą grupą zaburzeń odżywiania są przypadki **bulimii**, którą charakteryzują:

- częste, nawracające epizody napadowego objadania się (np. raz w tygodniu lub częściej przez okres co najmniej jednego miesiąca);
- epizody napadowego objadania się w odrębnych okresach czasu, w których osoba doświadcza subiektywnej utraty kontroli nad jedzeniem, jedząc znacznie więcej lub inaczej niż zwykle, i czuje się niezdolna do zaprzestania jedzenia lub ograniczenia rodzaju lub ilości spożywanego pokarmu;
- towarzyszące napadowi objadania się wielokrotne niewłaściwe zachowania kompensacyjne, mające na celu zapobieganie przybieraniu na wadze (np. wymioty samoistne, nadużywanie środków przeczyszczających lub lewatyw, forsowne ćwiczenia);
- uzależnienie przez jednostkę swojej samooceny od wyglądu i masy ciała;
- niespełnianie przez pacjenta wymagań diagnostycznych jadłowstrętu psychicznego – znacznej niedowagi.

Kryteria diagnostyczne w obu przypadkach służą klasyfikacji zaburzenia dla celów formalnych i określają kierunek terapeutyczny. Dla nauczyciela ważną informacją jest to, że przyczyny występowania zaburzeń odżywiania są bardzo podobne bez względu na formę, którą przyjmują.

W publikacji zaprezentowano już, jak wrażliwym okresem jest formowanie się tożsamości i jak znaczące jest budowanie obrazu samego siebie. Zaburzenia odżywiania występują bardzo często w sytuacji, gdy poczucie własnej wartości jest bardzo niskie, do tego dochodzi niezadowolenie z wyglądu własnego ciała i pojawia się potrzeba odzyskania poczucia kontroli nad swoim życiem. Tam, gdzie więzi rodzinne nie dają poczucia bezpieczeństwa lub relacje rówieśnicze nie realizują potrzeby przynależności do grupy, pojawia się odrzucenie i negacja samego siebie. Głodówki, ćwiczenia, wymioty i ciągłe dążenie do utraty masy ciała pozwalają poczuć kontrolę nad chociaż jednym aspektem swojego życia – nad swoim ciałem. Każdy drobny „sukces” jest drogą do jeszcze większego zdeterminowania i zniekształcenia postrzegania własnego ciała.

Jak można wspierać ucznia z zaburzeniami odżywiania?

- 1) Jeśli zaniepokoi nas stan zdrowia ucznia, obniżająca się masa ciała, brak koncentracji uwagi, drażliwość i widoczne napięcie emocjonalne, porozmawiajmy z nim i jego rodzicami, skierujmy na konsultację w poradni psychologiczno-pedagogicznej lub powiatowym ośrodku pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej.
- 2) Jeżeli uczeń jest pod opieką specjalistów, warto być w stałym kontakcie z jego rodzicami – poprośmy o zalecenia od terapeuty dziecka, dotyczące funkcjonowania w szkole.
- 3) Kontakt z rodzicami i aktualizacja informacji dotyczących postępów w terapii jest istotna ze względu na adekwatne dostosowywanie wymagań szkolnych do ucznia z zaburzeniami; całkowita rezygnacja z obowiązków może być wręcz przeciwwskazana wobec powrotu do zdrowia, jednak zbytne obciążenie, które przetrasta możliwości osoby w złym stanie zdrowia, może pogłębiać stany depresyjne i poczucie winy.
- 4) Decyzje dotyczące uczestnictwa ucznia w wycieczkach, projektach i innych dodatkowych aktywnościach powinny zostać podjęte po ustaleniu zasad i warunków w porozumieniu z terapeutą i rodzicami; jeśli stan zdrowia ucznia uniemożliwia uczestnictwo w dodatkowych aktywnościach szkolnych, to powinien on zostać odebrany ze szkoły przez rodziców, którzy zapewnią mu potrzebną opiekę.
- 5) Szkoła nie jest miejscem terapii ucznia, wskazane jest, aby była przestrzenią kontynuacji działań terapeutycznych prowadzonych przez specjalistów.
- 6) Ważne jest okazywanie akceptacji i zrozumienia dla problemów nastolatków; w przypadku zaburzeń odżywiania pełna akceptacja otoczenia jest fundamentem dochodzenia do zdrowia.
- 7) Pracując z klasą jako różnorodną grupą rówieśniczą, stwarzajmy warunki do budowania sieci relacji między uczniami; jeśli widzimy, że niektóre osoby odstają od grupy, bądźmy moderatorami tych kontaktów i zachęcajmy do aktywnego udziału.
- 8) W razie wątpliwości zadbajmy o swój komfort i poprośmy o wsparcie np. psychologa szkolnego lub specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznej.
- 9) Możemy poprosić rodziców o zaświadczenie od lekarza, dotyczące zdolności ucznia do realizowania obowiązku nauki w szkole.

5. Praca zdalna z uczniem z zaburzeniami psychicznymi

Okres pandemii otworzył w wielu dziedzinach nowe spojrzenie na nasze funkcjonowanie. To, co do tej pory było absolutnie niemożliwe, w tej chwili jest osiągalne. Teleporady medyczne, psychoterapia online, mailowe załatwianie spraw w urzędach, a także edukacja za pomocą różnych form pracy zdalnej to tylko niewielka część świata, która nabrała nowych, szerokich perspektyw dzięki przymusowej izolacji. Nie można już teraz nie zauważać możliwości zapewnienia zdalnego dostępu do edukacji dzieciom, które ze względu na swój stan zdrowia czy kondycję psychofizyczną są poza szkołą. Zadaniem specjalistów jest szukanie i ustanawianie standardów takiej formy nauczania, która dla dobra uczniów pozwoli wykorzystać i usystematyzować proces edukacji zdalnej.

Uczniowie z zaburzeniami psychicznymi wymagają szczególnej uwagi ze względu na wpływ zaburzeń na możliwości poznawcze. Praca zdalna z nimi powinna być realizowana jedynie w sytuacji, gdy nie ma innej możliwości nauczania. Warto, by decydował o tym specjalista prowadzący terapię ucznia, cenna też byłaby jego współpraca z nauczycielem. W wielu opisanych przypadkach stan zdrowia uniemożliwia kontynuowanie nauki, np. w głębokim epizodzie depresyjnym, kiedy funkcje poznawcze mogą być na tyle zubożałe, że przyswajanie wiedzy będzie niemożliwe. Jednak realizowanie zadań, stawianie wyzwań czy osiąganie kolejnych „celów” ma również funkcję terapeutyczną.

Jak zatem zrównoważyć dostosowywanie wymagań do możliwości ucznia z działaniami na rzecz jego rozwoju?

- 1) Zadbajmy o kontakt z rodzicami lub specjalistą prowadzącym terapię ucznia. Dopytajmy o stan jego zdrowia i możliwości, w zakresie których uczeń może podejmować pracę edukacyjną. Nie istnieją uniwersalne wytyczne, które byłyby odpowiednie dla chociażby danej jednostki chorobowej, gdyż przebieg zaburzeń psychicznych jest na tyle zróżnicowany, że tylko stały i często aktualizowany przepływ informacji pomiędzy specjalistą – rodziną – nauczycielem pozwoli dopasować zasady nauczania do potrzeb ucznia.

- 2) Zadania, które wyznaczamy uczniowi, nie powinny go nadmiernie obciążać. Pamiętajmy, że zarówno w depresji, jak i zaburzeniach odżywiania oraz uzależnieniach funkcjonowanie poznawcze ulega pogorszeniu. Być może pomocna okaże się koncepcja strefy najbliższego rozwoju, która będzie uniwersalna w planowaniu pracy każdego ucznia. Strefa najbliższego rozwoju to taki obszar funkcjonowania, który jest wystarczająco łatwy, tzn. pozostaje w zasięgu możliwości ucznia, i jednocześnie wymagający wobec rozwoju, czyli jest odrobinę ponad dotychczasowe osiągnięcia.
 - a. Jeżeli wymagania będą zbyt wygórowane, uczeń będzie czuł, że i tak ich nie zrealizuje, a jego samoocena i samopoczucie ulegną pogorszeniu. Szczególnie wśród uczniów z zaburzeniami psychicznymi, których wspólnym mianownikiem jest obniżone poczucie własnej wartości, zawyżanie oczekiwań lub stawianie im tych samych wymagań jak pozostałym uczniom może pogłębiać objawy i działać przeciwnie.
 - b. Jeżeli wymagania będą zbyt niskie lub zrezygnujemy całkowicie z pracy z uczniem, to również może wpływać na jego postrzeganie własnej wartości. Uczeń może poczuć, że nie jest wart naszego zaangażowania lub jest zbyt mało inteligentny, by poradzić sobie z zadaniami adekwatnymi do jego poziomu rozwoju.
 - c. Praca zdalna powinna być etapem przejściowym dla uczniów z zaburzeniami psychicznymi. Jej celem jest stworzenie dogodnych warunków dla procesu terapii. Następnym ważnym elementem jest włączanie ucznia do grupy klasowej. Pamiętajmy, że kontakt z grupą rówieśniczą, czyli funkcjonowanie społeczne, jest bardzo ważnym procesem dojrzewania do dorosłości. Izolowanie ucznia od rówieśników powinno odbywać się tylko wtedy, gdy jest to konieczne.
 - d. Dodatkowym aspektem pracy zdalnej z uczniami z zaburzeniami psychicznymi jest sytuacja, której doświadczyliśmy podczas *lockdownu* na wiosnę 2020 r. Jest to nietypowa sytuacja, w której wiele zaburzeń psychicznych mogło się nasilić, warto więc, aby nauczyciel wiedział, na co zwrócić uwagę w razie jej nawrotu.

Warto wiedzieć!

- 1) Praca w formie online jest dużo bardziej obciążająca i wymagająca dla naszego układu nerwowego. Mózg rejestruje wszystkie, nawet mikropzesunięcia, zawieszenia czy niuanse w czasie odtwarzania dźwięku i obrazu podświadomie, wyczerpując tym samym własne zasoby do pracy poznawczej.
- 2) Dzieci z zaburzeniami okresu wczesnoszkolnego mogą mieć problemy w kontakcie online ze względu na trudności wynikające z zaburzeń. Uczeń z deficytami uwagi będzie miał ogromny kłopot ze skupieniem uwagi na ekranie monitora. Warto robić bardzo krótkie interwały w kontakcie online i przeplatać je pracą własną lub przerwami na odpoczynek. Dzieci z zaburzeniami lękowymi mogą czuć ogromny strach przed pokazaniem się w wideopłączeniu, dobrze jest dać im możliwość uczestniczenia w lekcji bez kamery.
- 3) Młodzież z zaburzeniami okresu dojrzewania i rozwoju tożsamości może odczuwać niechęć i brak motywacji do zajęć online. Warto pamiętać, że często są to osoby bardzo sprawne technologicznie, dlatego nasza biegłość w obsłudze programu do nauczania ma duże znaczenie. Możemy czasem poprosić uczniów o wsparcie, jeśli widzimy, że są oni chętni do urozmaicania nauczania online. Być może będą w stanie pokazać nam i reszcie klasy sposób wykorzystania programu, który okaże się zaskakujący i podniesie efektywność nauczania.
- 4) W pracy z uczniem z zaburzeniami psychicznymi bardzo ważny jest przewidywalny, jasny i czytelny plan zadań. W trudniejszych okresach można poprosić rodziców o wsparcie w realizowaniu przez ucznia tego planu, ale gdy proces zdrowienia będzie postępował, odpowiedzialność za jego wypełnianie powinna stopniowo zostać przenoszona na ucznia.

Podsumowując, najważniejsza jest dobra orientacja w sytuacji ucznia, jego indywidualnych potrzebach i możliwościach. Jeśli nie widzimy okoliczności sprzyjających realizowaniu zadań, warto zapytać ucznia, jak on chciałby je wykonywać, żeby były dla niego osiągalne. Nie obawiamy się przerzucania odpowiedzialności za sposób realizowania zadania na ucznia – w wielu sytuacjach pobudza to kreatywność i wzmacnia zaangażowanie. W przypadku uczniów z opisanymi zaburzeniami psychicznymi warto jasno i czytelnie określić zasady pracy, trzeba być konsekwentnym w ich realizowaniu i jednocześnie – paradoksalnie – elastycznie pod-

chodzić do egzekwowania konsekwencji. Ważniejsze jest zaangażowanie ucznia w pracę, włożony wysiłek i wola działania niż efekt starań. Oceniając osiągnięcia ucznia, zawsze zaczynamy od poziomu, z jakiego startował. Dla ucznia w dystymii lub fobii szkolnej samo pojawienie się na lekcji online będzie wysiłkiem, który warto zauważyć i docenić.

Jak integrować uczniów z zaburzeniami psychicznymi? Tworzenie warunków pozytywnego klimatu w szkole, wynikających ze zróżnicowanych potrzeb uczniów

Czas diagnozy i początek leczenia zaburzenia psychicznego wiążą się przeważnie z podjęciem leczenia farmakologicznego oraz terapii/psychoterapii, co często powoduje absencję ucznia w szkole. Człowiek jednak jako istota społeczna potrzebuje do swojego prawidłowego rozwoju innych ludzi oraz sprzyjającego środowiska. Dla zdrowia ucznia niezwykle ważne jest zatem, aby stopniowo integrować go z nauczycielami, klasą, środowiskiem szkolnym.

Ucznia z zaburzeniami psychicznymi należy koniecznie objąć pomocą psychologiczno-pedagogiczną na terenie szkoły, w formie dostosowanej do jego trudności, możliwości i potrzeb. Bardzo korzystne jest zorganizowanie przed powrotem ucznia do szkoły spotkania wszystkich nauczycieli, którzy go uczą, pracowników szkolnych, z którymi uczeń ma kontakt (np. wychowawców świetlicy, pań ze stołówki, pracowników biblioteki), psychologa i/lub pedagoga szkolnego, dyrektora szkoły, zaproszonych specjalistów (lekarza psychiatry, psychologa prowadzącego terapię) oraz rodziców lub opiekunów. Wspólnie z nimi trzeba ustalić plan wdrażania ucznia w środowisko szkolne.

Niezbędne jest także wyznaczenie realnych celów do osiągnięcia. Każda z osób dorosłych, która ma kontakt z uczniem, powinna znać postawioną uczniowi diagnozę, a co ważniejsze – repertuar zachowań, jakie mogą mieć miejsce, i sposoby radzenia sobie z nimi. Proces edukacyjny, nadrabianie zaległości spowodowanych absencją, uzupełnianie zaległych sprawdzianów, zdobywanie stopni są kwestią drugoplanową, najważniejsze jest, aby uczeń czuł się bezpiecznie w szkole, bo wtedy wspieramy proces leczenia.

W związku z niską tolerancją społeczną i niezrozumieniem istoty chorób psychicznych przez nasze społeczeństwo, a także silną stereotypizacją i etykietowaniem: „wariat”, „świr”, „psychol”, nie powinniśmy nigdy

przekazywać uczniom diagnozy kolegi/koleżanki z klasy (ochrona danych osobowych), lecz informować, że uczeń wraca do szkoły w ograniczonej liczbie godzin, tylko na wybrane zajęcia, w jego zachowaniu może pojawić się senność lub niechęć do rozmowy z innymi.

Powinniśmy mówić o faktach i skupiać się na tym, co uczniowi pomaga w procesie powrotu do zdrowia. Ważne jest, aby spośród zespołu wychowawczego wytypować osobę, która będzie łącznikiem między rodzicami a szkołą, a przede wszystkim osobą, do której uczeń może się zwrócić o pomoc. Ważne jest również, aby był to ktoś, kogo uczeń lubi i obdarza zaufaniem. Dodatkowe znaczenie ma zadbanie w szkole o miejsce spokoju i możliwość pełnej izolacji ucznia oraz dostęp do picia i jedzenia. Może to być sala, w której będzie puszczana muzyka relaksacyjna.

Niezwykle istotnym zadaniem nauczyciela w pracy z uczniem z zaburzeniami psychicznymi jest minimalizacja stresu oraz wzmacnianie jego poczucia własnej wartości poprzez odczuwanie akceptacji, rozwijanie zainteresowań oraz okazywanie mu uznania. Szczególnie znaczące jest, aby w kontakcie z nim wywiązywać się z podjętych wspólnie ustaleń, dawać uczniowi zadania (np.: „na naszą następną lekcję geografii przynieś zdjęcie natury, które ci się podoba”), tym samym wzmacniając motywację do przyjścia do szkoły.

Jest większa szansa, że osoby czujące się bezpiecznie jako część grupy, mające wsparcie najbliższych szybciej zwrócą się o rozmowę w przypadku napotkanych trudności lub niepokojących objawów. Niech budowanie kontaktu, zainteresowania osobą oraz przeżywane przez nią emocjami będzie kluczem do integracji ucznia z środowiskiem szkolnym.

6. Profilaktyka zaburzeń psychicznych.

Co zrobić, aby zadbać o zdrowie psychiczne ucznia?

W ocenie naszego samopoczucia, dobrostanu duże znaczenie ma sposób, w jaki myślimy o sobie – nasza samoocena wpływa bowiem na rodzaj podejmowanych przez nas działań. Warto, aby młode osoby miały szansę na pełnienie różnych ról w życiu, zarówno w rodzinie, jak i środowisku szkolnym – w takich warunkach łatwiej im będzie zmagać się z niepowodzeniami.

Zaburzenie wiąże się często z izolacją, która tym samym uszczupla aktywność społeczną i ogranicza społeczne pełnione role. Warto w młodszych klasach wprowadzić podział uczniowskich obowiązków, przyporządkowując do nich nazwę, np. ogrodnik podlewa kwiaty w klasie, багаżowy układa plecaki, bankier zapisuje, na co były wydane klasowe pieniądze. W klasach starszych wskazane jest, aby określić odpowiedzialność uczniów za różne wydarzenia, np. zorganizowanie akcji Szlachetna Paczka, prowadzenie strony internetowej szkoły, organizację świąt, poprowadzenie debaty oksfordzkiej na temat zaproponowany przez uczniów.

Szkoła powinna być miejscem, w którym uczniowie zdobywają wiedzę oraz rozwijają swoje kompetencje społeczne, inteligencję emocjonalną oraz uczą się brać odpowiedzialność za konsekwencje swoich wyborów.

W szkole ważne są relacje z innymi – coraz częściej psychologowie w swoich gabinetach słyszą od uczniów, że czują się samotni, gdyż kontakt z innymi odbywa się w dużej mierze tylko online. Pamiętajmy zatem, że szkoła to miejsce, w którym możemy zadbać o relacje *face to face*.

Dzieci coraz lepiej i szybciej rozwijają się poznawczo, ale wykazują duże trudności emocjonalne, warto więc angażować uczniów w pracę grupową, wspólne projekty, organizować zadania, które będą wymagały kontaktu z innymi osobami, np. przygotowanie występu świątecznego dla osób z domu seniora, nagranie filmu o różnych zawodach, przeprowadzenie wywiadu z kimś, kto ma ciekawe hobby.

Wskazówki dla nauczyciela

- 1) Ważne jest, aby uczniowie wiedzieli, że nie ma dobrych i złych emocji, ale **przyjemne i nieprzyjemne**. Stwórzmy w klasie tablicę z nazwami emocji, zachęcajmy uczniów do nazywania swoich stanów emocjonalnych, ćwiczymy konstruktywne sposoby radzenia sobie z nimi. Cenne będzie nie tylko mówienie o emocjach, ale również organizowanie warsztatów na temat emocji – można np. zaprosić do współpracy poradnię psychologiczno-pedagogiczną lub organizację pozarządową.
- 2) Nie zapominajmy o rytuałach, wspólnych zwyczajach, które umacniają więzi, wpływają na bezpieczeństwo oraz poczucie wspólnoty. Może to być piosenka na rozpoczęcie dnia, potrawa, którą uczniowie będą przygotowywali na święta, ubranie zaprojektowane przez uczniów na ważne uroczystości klasowe, opracowanie zasad radzenia sobie w trudnych sytuacjach, np. konfliktowych.
- 3) Warto zachęcić uczniów do zainteresowania się zdrowym stylem życia, przy czym trzeba pamiętać, że najlepiej uczymy, gdy sami stanowimy przykład. Niech uczniowie opracują plakat obrazujący piramidę zdrowego żywienia. Pamiętajmy, że według nowych wytycznych jej podstawą jest ruch, niech zatem szkoła będzie miejscem promującym i wspierającym inicjatywy sportowe, może warto zastąpić wyjście do kina wspólnymi podchodami lub zajęciami sportowymi ze specjalistą. W starszych klasach zalecane jest spotkanie z dietetykiem, trenerem personalnym (osoby te mogą stać się autorytetem dla młodych ludzi). Być może warto pogłębić wiedzę uczniów, wykraczając poza zakres podstawowej pogadanki, i zainteresować ich biologicznymi podstawami funkcjonowania organizmu człowieka, aby wiedzieli, jak to, co robią, wpływa na ich samopoczucie i możliwości poznawcze.
- 4) Odpoczynek jest równie potrzebny jak praca, a szczególnie ważny jest sen. Warto więc poświęcić godzinę wychowawczą na zagadnienia związane ze snem. Niech uczniowie poznają ten temat i dowiedzą się, jak podczas naszego życia zmienia się zapotrzebowanie na sen, niech odpowiedzą sobie na pytanie, dlaczego tak trudno im wstać rano (z biologicznego punktu widzenia).

Rozmawiając z dzieckiem czy nastolatkiem, zadbaj o otwierającą komunikację!

Nie używaj typowych „pocieszaczy”, skup się na tym, jak rozumiesz wypowiedź ucznia. Rozważ, jakie widzisz w niej emocje, jakie emocje w tobie wzbudza to, co mówi uczeń. Jednostka z trudnościami psychicznymi potrzebuje poczucia akceptacji i zrozumienia – okazuj je w sposób jasny i czytelny. Jeśli nie wiesz, co powiedzieć, jak pomóc, lepiej powiedz to wprost, zamiast bagatelizować problem.

- Zwroty zamykające komunikację:
 - „nie martw się, wszystko się ułoży”;
 - „nie przejmuj się”;
 - „wyrośniesz z tego”;
 - „ogarnij się”;
 - „chyba nie chcesz mnie wpędzić do grobu”;
 - „musisz wyjść na ludzi”;
 - „weź się w garść”;
 - „nie mogę znieść tego, co sobie robisz”.
- Zwroty budujące pozytywną komunikację:
 - „widzę, że dużo się dzieje w twoim życiu”;
 - „rozumiem, że to dla ciebie trudna sytuacja”;
 - „zauważam, że masz w sobie bardzo dużo emocji”;
 - „może chciałbyś mi opowiedzieć o tym, jak się czujesz”.

Wskazówki, które mogą pomóc w trudnej rozmowie z uczniem

- 1) Naucz się rozpoznawać sygnały silnego napięcia – w słowach, tonie głosu, mimice, postawie ciała.
- 2) Ucz się empatii – odczuwaj nastrój twojego rozmówcy.
- 3) Zwróć uwagę, jak sam radzisz sobie ze stresem i jakich strategii używasz do jego przezwyciężania; zastanów się, czy są one dobrym przykładem dla twojego ucznia.
- 4) Utrzymuj kontakt ze swoim umysłem i ciałem – zastanów się, co czujesz, gdy jesteś zestresowany, i jak się wtedy zachowujesz, bo możesz tym zwrócić uwagę swojego ucznia.
- 5) Bądź pełen wyrozumiałości i akceptacji zarówno dla dziecka, jak i dla siebie.

Pamiętaj: zaakceptowanie uczuć i problemów ucznia to nie to samo, co przyzwolenie na destrukcyjne zachowania!

Przygotowując godziny wychowawcze oraz szkolny program wychowawczo-profilaktyczny, warto przeanalizować problematykę omówioną w podręczniku wdrażania Szkolnego Systemu Wsparcia Zdrowia Psychicznego *Myślę pozytywnie*, m.in.:

- 1) Rozwijanie kompetencji miękkich w celu ochrony zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego młodzieży, w tym umiejętności komunikacji społecznej i wewnętrznej, np.:
 - budowanie poczucia własnej wartości;
 - asertywność;
 - umiejętność krytycznego myślenia;
 - budowanie informacji zwrotnej i wyrażanie własnych potrzeb;
 - efektywna komunikacja (jak mówić i jak słuchać);
 - empatia i dostrzeganie potrzeb innych osób;
 - zarządzanie sobą w czasie;
 - odnajdowanie się w grupie.
- 2) Promowanie wiedzy i umiejętności korzystania z nowych technologii komunikowania poprzez dostarczanie odpowiedniej informacji, wzmacnianie czynników chroniących i redukcję czynników ryzyka w celu utrzymania zdrowia psychicznego oraz przeciwdziałania inicjacji różnych zachowań ryzykownych, np. cyberbullyingowi.
- 3) Promowanie wiedzy i umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, które mogłyby prowadzić do pogorszenia zdrowia psychicznego, takich jak np.:
 - stres;
 - agresja (własna i zewnętrzna), przemoc;
 - negatywny wpływ społeczny (uzależnienie od alkoholu i narkotyków).
- 4) Wspieranie rozwoju duchowego młodzieży w celu zachowania dobrostanu psychicznego i radzenia sobie w obliczu dylematów, np. poprzez:
 - samokontrolę i wytrwałość;
 - umiejętność refleksyjnego myślenia o sobie;
 - samorozwój poprzez sztukę;
 - kreowanie pozytywnego systemu wartości, świadomość wyznawanych wartości;

- planowanie swojego rozwoju;
 - umiejętność wyciszania się i obserwowania swoich emocji.
- 5) Przeciwdziałanie seksualizacji młodzieży w przestrzeni publicznej oraz w procesie edukacji, np. poprzez:
- umiejętne krytyczne myślenie i spojrzenie na budowane wzorce medialne;
 - budowanie świadomości młodzieży, dotyczącej przejawów zjawiska seksualizacji;
 - promowanie postaw i zachowań sprzeciwiających się stereotypizacji płciowej i uprzedmiotowieniu.

Zdarza się, że nie reagujemy na symptomy, które nas niepokoją, ponieważ nie wiemy, jak na nie odpowiadać, zwłaszcza w sytuacjach dotyczących psychiki młodego człowieka. Zadbajmy więc, aby w naszej szkole obowiązywały jasne, opracowane przez grono pedagogiczne, procedury postępowania dla nauczycieli w sytuacjach związanych z bezpieczeństwem uczniów.

Przykładowa procedura postępowania

W celu określenia warunków zapewniających uczniom bezpieczeństwo w szkole ustala się, co następuje:

- 1) W każdym przypadku konieczności rozwiązywania problemów związanych z naruszeniem przez ucznia obowiązujących w szkole zasad niezbędna jest ścisła współpraca przedstawicieli szkoły z rodzicami/prawnymi opiekunami ucznia.
- 2) W celu rozwiązywania zaistniałego problemu wychowawca w porozumieniu z pedagogiem lub psychologiem szkolnym:
 - a) ustala najbliższy termin spotkania z uczniem i jego rodzicami;
 - b) prowadzi rozmowę interwencyjną z uczniem;
 - c) prowadzi rozmowę z rodzicami, podczas której wspólnie ustala z nimi dalsze działania wobec ucznia, zasady współpracy między rodzicami a szkołą oraz możliwość uzyskania pomocy specjalistycznej;
 - d) uczeń w obecności rodziców podpisuje kontrakt, w którym zobowiązuje się do przestrzegania określonych reguł zachowania;
 - e) nadzór nad wypełnieniem kontraktu przez ucznia sprawują rodzic i wychowawca klasy.

- 3) Uczniowie potrzebujący pomocy specjalistycznej są kierowani do odpowiedniej poradni/placówki.
- 4) Brak współpracy ze strony rodziców powoduje konieczność podjęcia innych działań przewidzianych prawem:
 - a) zastosowanie określonych w statucie szkoły konsekwencji dyscyplinarnych;
 - b) zgłoszenie sprawy do sądu rodzinnego.
- 5) W warunkach zagrożenia zdrowia ucznia szkoła zapewnia mu niezbędną opiekę medyczną (wzywane jest pogotowie).
- 6) Policja jest wzywana w przypadku:
 - a) zachowania ucznia, które zagraża bezpieczeństwu jego lub innych osób;
 - b) znalezienia na terenie szkoły nielegalnych substancji psychoaktywnych;
 - c) gdy istnieje podejrzenie, że uczeń może posiadać nielegalne substancje psychoaktywne;
 - d) kradzieży lub innych wykroczeń.

Najnowsze badania²³ pokazują, że czynnikiem wpływającym na dobre radzenie sobie z problemami i stresem jest tzw. odporność psychiczna *resilience*. Potrzebna jest zatem zmiana postrzegania problemu z tego, jak ograniczać czynniki ryzyka, na myślenie, co można zrobić. Programy profilaktyki oparte na czynnikach ochrony, czyli budowaniu odporności psychicznej, w tym między innymi na umiejętności spożytkowania własnych emocji, radzeniu sobie ze stresem i adekwatnym poszukiwaniu wsparcia, są bardziej efektywne niż programy opierające się na tzw. czynnikach ryzyka (wszystkie programy „anty”, np. antynikotynowe, antynarkotykowe, antyprzemocowe itd.). Zamiast ograniczania dostępu warto dawać młodym ludziom kompetencje i możliwości, by lepiej sobie radzili ze swoimi problemami.

²³ Grzegorzewska I., (2011), *Odporność psychiczna dzieci i młodzieży – wyzwanie dla współczesnej edukacji*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja: kwartalnik myśli społeczno-pedagogicznej”, nr 1 (53), s. 37–51.

7. Współpraca szkoły i domu. Komunikacja nauczyciel – rodzice w przypadku ucznia z zaburzeniami psychicznymi

Większość problemów psychicznych wynika z relacji w rodzinie, co nie znaczy, że wszystkie są winą rodziców. To, że stosunki rodzinne kształtują się w taki, a nie inny sposób, jest składową ogromnej ilości czynników, zaczynając od cech temperamentalnych każdego członka rodziny, a na okolicznościach niezależnych, jak np. pandemia, kończąc. Ważne jest, aby nie obarczać winą ani rodziców, ani dziecka, a jedynie mieć świadomość, że dobra współpraca z rodziną ucznia stwarza szansę na zmianę jego sytuacji i prowadzi do zdrowia psychicznego.

Psychoterapia dzieci i młodzieży w znacznej mierze polega na terapii całego systemu rodzinnego. W zależności od możliwości i zaangażowania rodziny obejmuje się nią nie tylko dziecko i rodziców, ale również rodzeństwo i najbliższą, aktywną w życiu dziecka rodzinę. Takie systemowe podejście pozwala wypracować nowe schematy pokonywania problemów i daje szansę na rozwój każdego członka rodziny. Poprawa komunikacji i lepsze radzenie sobie z emocjami stwarzają przestrzeń, by wewnątrz rodziny uzyskać zaspokojenie bazowych potrzeb człowieka, takich jak bezpieczeństwo i wsparcie.

Jako nauczyciele, możemy wspierać ten proces: z jednej strony – zgłaszać problem i kierować rodzinę po profesjonalną pomoc, a z drugiej, będąc aktywnym uczestnikiem wsparcia terapeutycznego, realizować zalecenia specjalistów.

Kiedy w klasie pojawi się uczeń z zaburzeniami psychicznymi, w integrację warto włączyć również rodziców. Można wykorzystać zebranie rodziców lub zorganizować dodatkowe spotkania, aby poszerzyć wiedzę i kompetencje wychowawcze rodziców dzieci całej klasy. To dobry sposób na budowanie relacji na poziomie nauczyciel – rodzice, ale również ważny aspekt wspierania uczniów. Możemy takie spotkanie poprowadzić osobiście lub poprosić specjalistę z poradni psychologiczno-pedagogicznej bądź szkolnego psychologa, by opowiedział rodzicom, czego mogą się spodziewać i jakie zachowania będą wspierające dla ich dzieci.

Mając na uwadze realia szkoły i myśląc o funkcjonowaniu uczniów z zaburzeniami psychicznymi w grupie rówieśniczej, warto budować świadomość różnych zaburzeń (np. w formie organizowania warsztatów edukacyjnych) oraz kształtować postawy tolerancji i wzajemnego szacunku wśród uczniów. Dając dobry przykład i dbając o relacje z uczniami, mamy szansę wpłynąć na ich zachowania względem osób z zaburzeniami.

Źródła wiedzy i wsparcia dla nauczycieli i rodziców

- 1) Warto zaprosić uczniów i rodziców do zapoznania się z portalem wyleczdepresje.pl, gdzie znajdują się zarówno materiały dotyczące objawów depresji, sposobu udzielenia pomocy, jak i przesiewowe narzędzie²⁴ do sprawdzenia, czy to już czas na szukanie wsparcia. Nauczyciel może bezpłatnie pobrać z tej strony materiały do przeprowadzenia zajęć na temat depresji.
- 2) Ciekawą pozycją zarówno dla rodziców, nauczycieli, jak i nastolatków może być książka przedstawiająca historię okaleczającej się dziewczyny *Krzywda – historia moich blizn* autorstwa E. Ainsworth, opublikowana w 2017 r.

To niezwykle istotne, by rodzice, którzy dowiedzą się od nauczyciela, że zauważa on niepokojące sygnały, nie zostali z tą informacją sami. Dobrze jest przekazać kontakty do specjalistów, odesłać do merytorycznej wiedzy, np. konkretnych adresów portali internetowych. Postarajmy się wskazać, jakie pierwsze kroki powinni podjąć rodzice, by zaopiekować się dzieckiem adekwatnie do jego potrzeb.

²⁴ <https://wyleczdepresje.pl/skala-depresji-kutchera-dla-mlodziezy/>

➡ NAUCZYCIELU/RODZICU nie jesteś sam, możesz liczyć na WSPARCIE:

- Centrum Wsparcia dla osób w kryzysie psychicznym:
800 70 2222
- Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży:
116 111 (czynny codziennie od 12:00 do 02:00)
- Kryzysowy Telefon Zaufania dla osób dorosłych:
116 123
- Całodobowa bezpłatna infolinia dla dzieci, młodzieży, rodziców i nauczycieli:
800 080 222
- Infolinia dla wychowawcy, telefon zaufania dla nauczycieli:
801 800 967 (poniedziałek, środa, czwartek od 17:00 do 19:00)
- Telefon dla rodziców i nauczycieli w sprawie bezpieczeństwa dzieci:
800 100 100 (poniedziałek – piątek, od 12.00 do 15.00)
- Antydepresyjny Telefon Forum Przeciw Depresji:
22 594 91 00 (czynny w każdą środę i czwartek od 17.00 do 19.00), koszt połączenia jak na numer stacjonarny wg taryfy operatora telefonicznego
- Telefon zaufania dla osób dorosłych w kryzysie emocjonalnym:
116 123 (poniedziałek – piątek, od 14:00 do 22:00, połączenie bezpłatne)
- ITAKA – centrum wsparcia dla osób w stanie kryzysu psychicznego:
800 70 2222 (czynne całodobowo)
- ITAKA – antydepresyjny telefon zaufania:
22 484 88 01 (czynny w poniedziałki i czwartki od 17.00 do 20.00)
- Ośrodek Interwencji Kryzysowej – pomoc psychiatryczno-pedagogiczna:
22 855 44 32
- Ośrodek Interwencji Kryzysowej:
22 837 55 59 (poniedziałek – piątek od 8:00 do 20:00)
- Ośrodek Interwencji Kryzysowej – poradnia ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie:
22 845 12 12 lub 667 833 400 (poniedziałek – piątek od 08:00 do 20:00)
- Telefon zaufania dla osób, które znalazły się w trudnej sytuacji i potrzebują natychmiastowego interwencyjnego wsparcia:
(22) 621 35 37

- Telefoniczna Pierwsza Pomoc Psychologiczna:
22 425 98 48 (poniedziałek – piątek od 17:00 do 20:00;
sobota od 15:00 do 17:00)

➞ POMOC DLA NAUCZYCIELI I RODZICÓW

- Całodobowa bezpłatna infolinia dla dzieci, młodzieży, rodziców i nauczycieli:
800 080 222 (czynna całodobowo)
- Infolinia dla wychowawcy – pierwszy ogólnopolski telefon zaufania dla nauczycieli:
0 801 800 967 (poniedziałek, środa, czwartek, od 17:00 do 19:00)
- „Pomarańczowa Linia” – program informacyjno-konsultacyjny dla rodziców dzieci pijących alkohol i zażywających narkotyki:
801 140 068 (poniedziałek – piątek od 14:00 do 20:00)

➞ POMOC DLA OFIAR PRZEMOCY

- Ogólnopolski telefon dla ofiar przemocy w rodzinie „Niebieska Linia”:
800 120 002 (całodobowo)
- Poradnia Telefoniczna „Niebieskiej Linii”:
22 668 70 00 (poniedziałek – piątek, od 12:00 do 18:00)
- Policyjny Telefon Zaufania ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie:
800 120 226 (poniedziałek – piątek, od 9.30 do 15.30, połączenie bezpłatne)
- Anonimowa policyjna linia specjalna – „Zatrzymać Przemoc”:
800 120 148 (całodobowo, połączenie bezpłatne)
- Portale internetowe, na których znajdziesz rzetelne informacje lub możesz zaproponować ich adresy uczniom i rodzicom
Depresja: <https://wyleczdepresje.pl/depresja-mlodzienca/>

Bibliografia

- Antosik-Wójcińska A., Parnowski T., Święcicki Ł., (2012), *Jak ćma – przejawy depresji w różnych okresach życia*, Warszawa: ITEM Publishing.
- Ambroziak K., Kołakowski A., Siwek K., (2019), *Depresja nastolatków. Jak ją rozpoznać, zrozumieć i pokonać*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ambroziak K., Kołakowski A., Siwek K., (2018), *Nastolatek a depresja. Praktyczny poradnik dla rodziców i młodzieży*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Baran B., (1981), *Rola więzi społeczno-emocjonalnej w kształtowaniu osobowości dziecka*, Warszawa – Poznań: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Bee H., (2004), *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Bomba J., Józefik B. (red.), (2003), *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*, Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.
- Brown J.H., (2001), *Systemic reform concerning resilience in education*, 45(4), [w:] Grzegorzewska I., *Odporność psychiczna dzieci i młodzieży – wyzwanie dla współczesnej edukacji*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja: kwartalnik myśli społeczno-pedagogicznej”, nr 1 (53), s. 3 –51).
- Brzezińska A., (2005), *Społeczna psychologia rozwoju*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Bomba J., (2007), *Depresja młodzieńcza*, [w:] Namysłowska I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich.
- Carr A., (2004), *Depresja i próby samobójcze. Sposoby przeciwdziałania i reagowania*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Firlej M., (2018), *Nastoletnia depresja. Poradnik dla rodziców*. Warszawa: Materiał opracowany w ramach ogólnopolskiej kampanii społeczno-edukacyjnej Forum Przeciw Depresji.
- Gruszczyńska B., Jarosz E., Kolankiewicz M., Lasocik Z., Pyżalski J., Sikorska M., Warzywoda-Kruszyńska W., (2017), *Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”.
- Grzegorzewska I., (2011), *Odporność psychiczna dzieci i młodzieży – wyzwanie dla współczesnej edukacji*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja: kwartalnik myśli społeczno-pedagogicznej”, nr 1 (53), s. 37–51.

- Heitzman J., *Zdrowie psychiczne i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa – cel operacyjny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020*, Instytut Psychiatrii i Neurologii: Prezentacja z III Kongresu Zdrowia Publicznego, Wrocław, 24 listopada 2016.
- Inchley J., Currie D., Cosma A. & Samdal O., (2018), *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey*, St Andrews: CAHRU, <https://drive.google.com/file/d/14DeEWLMwnl-TbwTeYdoNKviRsJz-7bluU/view>
- Jerzak M. (red.), (2016), *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe a szkolna rzeczywistość*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Józefik B., Pilecki M.W., (2009), *Związek obrazu siebie z depresyjnością u dziewcząt z różnymi typami zaburzeń odżywiania się*, „Psychiatria. Psychologia Kliniczna”, nr 9 (4), s. 233–241.
- Józefik B., Pilecki M.W., Sałapa K., (2014), *Zaburzenia odżywiania – dylematy diagnozy*, „Psychiatria. Psychologia Kliniczna”, nr 14 (2), s. 77–83.
- Kampania na rzecz przeciwdziałania samobójstwom dzieci i młodzieży „Zobacz... Znikam”, Warszawa 2016, www.zobaczznikam.pl
- Kendall P., (2004), *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kendall P., (2008), *Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u młodzieży, Podręcznik terapeuty, Program Lęk*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mazur J. (red.), (2015), *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Naukowa i Akademicka Sieć Komputerowa, (2017), *Raport z badania „Nastolatki 3.0”*: https://akademia.nask.pl/publikacje/Raport_z_badania_Nastolatki_3_0.pdf
- Pilecki M., (2018), *Głęboki kryzys dojrzewania. Niepokojące dane o zaburzeniach psychicznych dzieci i młodzieży*, [w:] Fedorczyk A., „Wprost. Zdrowie i Medycyna”.
- Szymańska J., (2014), *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju i Edukacji.
- Szukalski P., (2009), *Demografia współczesnego polskiego dzieciństwa*, „Polityka Społeczna”, nr 9, s. 2–5.
- Szukalski P., (2013), *Rodzina przyszłości w perspektywie demograficznej*, [w:] Grotowska-Leder J., Rokicka E. (red.), *Nowy ład? Dynamika struktur społecznych we współczesnych społeczeństwach*, Łódź: Wydawnictwa Uniwersytetu Łódzkiego.

- Ustawa z dnia 6 stycznia 2000 roku o Rzeczniku Praw Dziecka*, Dz.U. 2000, nr 6, poz. 69, ze zm.
- World Health Organization, *International Classification of Diseases 11th Revision*, *The global standard for diagnostic health information*, (2019), www.icd.who.int
- World Health Organization, (2005), *Child and adolescent mental health policies and plans*, *Mental Health Policy and Service Guidance Package*, https://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf
- Zielińska A., (2011), *Moje dziecko ma depresję*, [w:] Namysłowska I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich.
- Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, *Konwencja o Prawach Dziecka*, 20 listopada 1989 roku, Dz.U. 1991, nr 120, poz. 526.
- Zorraquino J.C., (2002), *Depresja u dzieci i młodzieży*, Kraków: eSPe.

