

Depresja

wśród dzieci i młodzieży

Profilaktyka i reagowanie



PROFILAKTYKA W SZKOLE

Spis treści

Występowanie depresji u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym	4
Objawy depresji u dzieci	4
Przyczyny depresji u dzieci	5
Depresyjne dziecko w szkole – kiedy bić na alarm?	6
Pierwsze sygnały – co powinno niepokoić?	6
Analiza zachowania dziecka w szkole	6
Zaburzenia lękowe u dzieci – na co zwrócić uwagę	7
Gdzie szukać pomocy wspólnie z rodzicami?	8
Przygnębienie, żaloba czy depresja dziecięca?	9
Między żalobą a depresją	9
Depresja dziecięca a depresja dorosłych	10
Depresyjna drażliwość	11
Profilaktyka depresji	11
Kiedy smutek nie ustaje. Depresja wśród dzieci i młodzieży	12
Problemy dzieci i młodzieży w wieku szkolnym	14
Jak wspierać w szkole ucznia z depresją	14
Zajęcia grupowe szkolne i pozaszkolne w celach terapeutycznych	16
Pomoc specjalistów w walce z depresją	16
Depresja u nastolatków	17
Najczęstsze objawy depresji u nastolatków	17
Przebieg i leczenie depresji u dzieci i młodzieży	18
Formy terapii towarzyszące leczeniu depresji	19
Leczenie farmakologiczne depresji	20
Jak rodzic może przygotować dziecko na spotkanie ze specjalistą	20
Scenariusze zajęć dla uczniów	22
Pomoc w depresji. Scenariusz zajęć zdalnych dla uczniów klas IV–VIII	22
Prewencja i pomoc w depresji. Scenariusz zajęć zdalnych dla uczniów szkół ponadpodstawowych	24

Wstęp

W ostatnim czasie w mediach pojawia się wiele niepokojących doniesień o rosnącym ryzyku zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, a ostatnie lata przyniosły wzrost liczby prób samobójczych u dzieci i młodzieży. Brakuje miejsc w dziecięcych oddziałach psychiatrycznych, a kolejki w poradniach są zdecydowanie za długie.

Do tego depresja nierzadko dotyka coraz młodszych ludzi – także uczniów szkoły podstawowej, a nawet dzieci w przedszkolu. Na statystyki wpływa też fakt, iż kiedyś uznawano, że dzieci nie cierpią na depresję. Prawdopodobnie powodem tego było niepoświęcanie uwagi przeżyciom dziecka. Chłopcy i dziewczęta wycofani, nadmiernie spokojni lub rozdrażnieni, byli ignorowani lub kierowani do specjalistów ze względu na uciążliwość ich zachowania. Dziś potrafimy rozróżniać depresję dziecięcą od innych problemów dziecka i proponować odpowiednią pomoc. W publikacji przeczytasz m.in., jak rozróżnić smutek czy żalobę od depresji oraz na jakie zachowania zwracać uwagę u młodszych dzieci, a jakie u nastolatków.

Wiek pacjentów z depresją obniża się m.in. w wyniku nasilających się przemian społeczno-kulturowych. To także skutek rosnących wymagań wobec młodych ludzi. Szybkie tempo życia, brak czasu, obarczanie pociech coraz większą odpowiedzialnością mogą sprzyjać zachwianiu ich zdrowia psychicznego.

Na początku publikacji podpowiadamy, jak rozpoznać depresję oraz na jakie zachowania zwrócić uwagę u najmłodszych uczniów. Dowiesz się m.in., które dzieci są najbardziej narażone na wystąpienie depresji; jakie zaburzenia często towarzyszą depresji oraz w jaki sposób rozpocząć rozmowę z dzieckiem, które ma objawy depresji.

W drugiej części przeczytasz m.in., czy depresja może być przyczyną „złego” zachowania oraz gdzie szukać pomocy dla dziecka cierpiącego na depresję.

Autorka kolejnej części wyjaśnia, jak odróżnić żalobę od depresji; czy smutek i przygnębienie zawsze prowadzą do depresji dziecięcej; jak poznać, że kończy się smutek, a zaczynają zaburzenia depresyjne; jakie są różnice między depresją dziecięcą a depresją dorosłych oraz czym jest depresyjna wrażliwość.

Z części czwartej dowiesz się, jakie są najczęstsze objawy depresji u nastolatków, kiedy szkoła i rodzice powinni reagować oraz jak często niezauważona depresja prowadzi do prób samobójczych.

Ostatnia część to omówienie przebiegu i leczenia depresji u dzieci i młodzieży. Dowiesz się m.in., które czynniki i wydarzenia w życiu dziecka zwiększają ryzyko wystąpienia depresji oraz kiedy i gdzie szukać pomocy dla ucznia z objawami depresji.

Występowanie depresji u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym

Niepokojącym zjawiskiem jest obniżanie się wieku dzieci chorujących na depresję. Sprawdź, jakie są przyczyny depresji u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym oraz dowiedz się, na co zwrócić uwagę rodziców.

Objawy depresji u dzieci

Depresja występuje tak samo często u dziewczynek i chłopców przed okresem dojrzewania. Dzieci, u których nagle rozwinął się epizod depresji, stanowią grupę wysokiego ryzyka rozwoju choroby afektywnej dwubiegunowej w okresie adolescencji lub dorosłości. Depresja u dzieci i młodzieży często wiąże się ze współwystępowaniem zaburzeń lękowych, w tym zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Dzieciom jest trudniej niż dorosłym nazywać swoje emocje, dlatego częściej wyrażają je one poprzez swoje zachowanie. U dzieci często dominującym nastrojem jest nastrój drażliwy, a specyficzne dla depresji zaburzenia snu i apetytu są u nich mniej powszechne niż u osób dorosłych. U dzieci rzadziej pojawia się poczucie winy i beznadziejności, a także anhedonia (brak lub utrata odczuwania przyjemności i radości) i wyraźne spowolnienie psychoruchowe. Plany samobójcze u dzieci z depresją rzadziej prowadzą do śmierci niż w pozostałych grupach wiekowych, jednak częste są u nich myśli o śmierci, chęć, by zasnąć i się nie obudzić. Dzieci cierpiące na depresję często skarżą się na dolegliwości somatyczne, takie jak bóle brzucha czy głowy. Dzieci odmawiają chodzenia do szkoły czy przedszkola, wycofują się z zabaw i relacji z rówieśnikami, ograniczają swoje zainteresowania.

U młodszych dzieci objawy depresyjne często związane są z innymi zaburzeniami, takimi jak:

- nadmierny lęk separacyjny,
- ADHD,
- opozycyjno-buntownicze zaburzenia zachowania,
- mutyzm wybiórczy.

Niepokojące objawy mogące mieć związek z depresją	
Dzieci w wieku przedszkolnym	Dzieci w wieku szkolnym
<ul style="list-style-type: none">• Drażliwość• Apatia• Zahamowanie w czasie zabawy• Unikanie kontaktów z rodziną, rówieśnikami• Podniecenie ruchowe, trudności w usiedzeniu bez ruchu• Widoczne przejawy niepokoju, lęku, napięcia• Napady płaczu, krzyku• Zaburzenia łaknienia• Zanieczyszczanie się kałem, mimowolne moczenie• Bóle brzucha, bóle głowy	<ul style="list-style-type: none">• Drażliwość• Niepewność• Poczucie braku bezpieczeństwa• Poczucie bezradności• Zahamowanie w zabawie• Unikanie kontaktów interpersonalnych• Trudności w uczeniu się, częstsze spóźnienia, wycofanie z aktywnego udziału w lekcjach, częste nieprzygotowanie do lekcji, utrata zainteresowania lekcjami• Moczenie nocne• Lęki nocne• Napady płaczu, krzyku, nagłe wybuchy złości• Bóle brzucha, bóle głowy

Zarówno dzieci spokojne, wycofane, jak i te drażliwe, przejawiające wybuchy złości, mogą doświadczać zaburzeń depresyjnych. Im młodsze dziecko, tym groźniejsze dla jego ogólnego rozwoju są skutki utrzymywania się nieleczzonego zespołu depresyjnego.

Jeśli u swojego dziecka w wieku przedszkolnym lub wczesnoszkolnym zauważysz:

- zwiększoną drażliwość, częste wybuchy złości,
 - apatię,
 - utratę zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały mu przyjemność,
 - utratę apetytu,
 - częste skargi na bóle brzucha, głowy,
 - niechęć do kontaktów z rówieśnikami,
 - trudne zachowania (wybuchy złości, nieposłuszeństwo) mające na celu zwrócenie na siebie uwagi,
- porozmawiaj o swoich spostrzeżeniach ze swoim dzieckiem i skonsultuj się z lekarzem lub psychologiem.**

Pytania, które można skierować do dziecka:

Zauważyłam ostatnio, że jesteś smutny, nie uśmiechasz się tak często jak dawniej, mniej się bawisz. Czy coś się stało? Od jakiegoś czasu jesteś bardziej smutna. Już tak chętnie nie spotykasz się z koleżankami. Co się wydarzyło? Widzę, że coś Cię gnębi. Jeśli chciałbyś porozmawiać, zawsze znajdę czas, by Cię wysłuchać. Wcześniej chętnie chodziłeś do szkoły, a teraz każdego ranka boli Cię brzuch. Martwię się o Ciebie. Co się wydarzyło? Widzę, że trudno Ci jest poradzić sobie ze złością, gdy coś Ci nie wychodzi, szybko się denerwujesz. Co się dzieje?

Przyczyny depresji u dzieci i młodzieży

Za przyczynę depresji u dzieci i młodzieży uważa się interakcje pomiędzy czynnikami genetycznymi, biologicznymi, rozwojowymi, osobowościowymi, środowiskowymi czy poznawczymi. Czynniki te dzieli się na predysponujące, wyzwalające i podtrzymujące.

Czynniki predysponujące, czyli mogące doprowadzić do rozwoju depresji to:

1) czynniki osobiste:

- podatność genetyczna, występowanie w rodzinie zaburzeń nastroju, choroby przebyte we wczesnym dzieciństwie, depresyjne reakcje na stresory – zaburzenia jedzenia, snu, zmęczenie,
- właściwości psychologiczne konkretnej osoby, w tym jej umiejętności społeczne, umiejętności rozwiązywania problemów, podatność na zranienie;

2) czynniki środowiskowe:

- przemoc w rodzinie,
- nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez członków rodziny,
- sytuacje psychicznego, fizycznego lub seksualnego wykorzystywania przez opiekunów,
- niedostępność rodziców z powodu ich choroby, np. depresji lub ciężkiej choroby somatycznej,
- problemy w relacji z rodzicami: negatywne postawy rodzicielskie – chłodne, odrzucające, brak wsparcia i zainteresowania ze strony rodziców,
- nadmiernie krytyczny i kontrolujący, restrykcyjny lub niezaangażowany styl wychowawczy,
- zaniedbanie,
- utrata jednego lub obojga rodziców na skutek śmierci czy rozwodu,
- trudna sytuacja materialna rodziny, złe warunki socjalne życia rodziny, społeczna izolacja rodziny.

Czynniki wyzwalające, inaczej nazywane spustowymi, to aktualne wydarzenia wpływające na pojawienie się reakcji depresyjnej. U dzieci i młodzieży pojawienie się i nawroty depresji często są poprzedzone negatywnymi zdarzeniami psychospołecznymi, takimi jak:

utrata znaczących osób – rozwód rodziców, zerwanie z ukochaną osobą,

- trudności w kontaktach z rodzicami – konflikty rodzinne,
- trudności w relacjach z rówieśnikami – odrzucenie przez grupę rówieśniczą, przemoc rówieśnicza,
- trudności w kontaktach z nauczycielami – nadmierne wymagania stawiane przez nauczycieli, przemoc stosowana przez nauczycieli,
- niepowodzenia szkolne, niesprawiedliwe ocenianie,

- brak wsparcia ze strony otoczenia,
- choroba somatyczna.

Wymienione czynniki podatności i ryzyka powstawania depresji u dzieci i młodzieży mogą stać się czynnikami podtrzymującymi zaburzenie, czyli takimi, które nasilają i utrwalają objawy depresyjne.

Depresyjne dziecko w szkole – kiedy bić na alarm?

Dużą trudnością dla dorosłych bywa określenie czy to, co widzimy w zachowaniu dziecka, jest już kłopotem i trzeba wziąć je pod lupę, czy może: minie, wyrośnie, taki wiek? Często widzimy dziecięce sprawy zbyt dorosłymi oczami. Wewnętrzny świat dziecka jest zupełnie inaczej zbudowany niż dorosły – więcej w nim zamieszania, niezrozumienia, trudno wyrażać swoje uczucia i emocje wprost.

Dzieci przeżywają lęk, który dorosłym może wydawać się nieuzasadniony i często z naszych ust pada „przecież nie ma się czego bać, to nie jest powód do hysterii”. Jednak, by pomóc dziecku, które mierzy się z psychicznym dyskomfortem, trzeba ugryźć się w język i obserwować to, co jest, a nie to, co my o tym myślimy.

Niepokojące objawy, które mogą zwiastować zaburzenia nastroju – depresję – u dorosłych są dość powszechnie znane. Obniżony nastrój, niechęć do działania, utrata radości z codzienności, trudności ze snem, wycofanie z relacji z innymi etc. Pewnie większość z nas jest w stanie zauważyć w swoim otoczeniu dorosłego z takimi objawami. Jednak z dziećmi jest inaczej.

Pierwsze sygnały – co powinno niepokoić?

Depresyjne dziecko może zachowywać się na różne sposoby. Może nas, dorosłych, maksymalnie napinać swoim zachowaniem. Być rozdrażnione, grymasne, niechętne do pracy, pobudzone, napięte. Głośne, wściekłe, łamać zasady i reguły, które do tej pory akceptował. Wagarować, nie przynosić pracy domowej, nie odpowiadać na pytania.

Młodsze dzieci – przedszkolne i w klasach 1–3 – mogą wydawać się ciągle chore, zgłaszać bóle brzucha, głowy, nudności, pojawiają się trudności ze snem, wybudzanie się w nocy, moczenie. Ważnym objawem, który towarzyszy uczniom z zaburzeniami nastroju jest spadek koncentracji uwagi – co w zasadzie natychmiast może przełożyć się na osiągnięcia w szkole. Dzieci popełniają błędy tam, gdzie do tej pory ich nie było, mniej zapamiętują, oporem reagują na wypowiedzi publiczne, pracę w grupie. Napięcie rozładowują w konfliktach z innymi, agresywnych zachowaniach, ucieczkach. Ale nie wszystkie – są również takie, które wydają się apatyczne, wycofane, zamknięte na innych. W wieku nastoletnim często pojawiają się zmiany w nastroju i przeróżne zachowania destrukcyjne – picie alkoholu, palenie papierosów, samookaleczenia.

Zamiast oceny i rozliczania – analiza zachowania dziecka

Bardzo trudno jest, obserwując podobne objawy, nie ocenić ich negatywnie. Czasem zdarza się, że depresyjne dziecko – albo takie, które jest w adaptacji do nowej sytuacji, często poważnej zmiany w swoim otoczeniu, jak rozwód rodziców, utrata bliskiej osoby, przeprowadzka, konflikty, przemoc, uzależnienie opiekunów – powoduje w otoczeniu złość, napięcie. Łatwo je odrzucić, surowo rozliczyć z zachowania. Ale to nie pomoże.

Zatrzymaj się i pomyśl, zamiast rozładowywać własną złość i napięcie, nakładając na niesforne ucznia różne konsekwencje. Kiedy nastąpiła zmiana w funkcjonowaniu Jasia czy Janka? Jaki to czas? Czy podobne sytuacje miały miejsce wcześniej, a teraz się nasiliły – choć czasem, kiedy uczeń jest wyjątkowo dokuczliwy, może nam się wydawać, że „tak było zawsze”, to może jednak jesteśmy w stanie znaleźć początek zmiany? Jakie były zainteresowania Jasia i czy nadal je ma? Co wiemy o jego środowisku domowym, otoczeniu? Co mówią o nim jego koledzy, czy przypadkiem jego relacje z dziećmi nie zmieniły się w ostatnim czasie?

Zabawa – prawdziwe laboratorium

Wszelkie zmiany w samopoczuciu dziecka najlepiej widać w zabawie – najlepszym laboratorium, które daje ogromne pole do obserwacji. Zdolność do swobodnej zabawy, budowania w wyobraźni różnych światów, wcielania się w role i rozgrywania fantazji jest naturalnym dziecięcym zasobem. W okresie trudności często zabawa traci na jakości.

Jeśli martwisz się o ucznia, spróbuj stworzyć okazję do zabawy. Dla dzieci we wczesnych klasach szkolnych to może być zwykły, swobodny czas na świetlicy szkolnej, trochę starsze i nastoletnie poobserwuj na przerwie, w czasie wolnym, przed szkołą, daj im jakieś wspólne zadanie – stworzenie scenografii na dyskotekę, zorganizuj wycieczkę do lasu. Pomysłów na pewno nie brakuje. I kiedy będzie już dobra okazja do obserwacji swobodnego zachowania, obserwuj. Na ile dziecko jest spontaniczne, swobodne, czy reaguje na innych z lękiem, napięciem. Jak reagują na nie inne dzieci, czy czują się w jego towarzystwie bezpiecznie, pewnie, czy może coś się zmieniło? Towarzysząc dzieciom bez narzucania sztywnych ram zajęć, można wiele się dowiedzieć. A taka wiedza bardzo się przydaje.

Zaburzenia lękowe u dzieci w szkole

Oprócz zaburzeń nastroju, objawów depresyjnych czy adaptacyjnych, często zgłaszany jest lęk. Zaburzenia lękowe u dzieci mogą również przybierać wiele postaci. Pamiętaj, że w wieku rozwojowym różne zjawiska mogą się dynamicznie nasilać lub wygaszać. Dzieci nie mają takich mechanizmów obronnych jak dorośli – radzą sobie ze swoimi przeżyciami tym, co jest dostępne. A ich sposoby radzenia mogą wydawać się nam absurdalne, nieprzydatne, pogarszające całą sytuację.

Czasem widzimy pobudzenie, rozdrażnienie, czasem lęk przypomina jakąś dolegliwość fizyczną – pojawiają się mdłości, przyspieszone bicie serca, pocenie się, drżenie, uczucie duszności, zawroty głowy, bóle brzucha.

Lękowe dziecko może reagować różnie. Może zgłaszać lęk przed konkretnym zjawiskiem – owadami, pajakami etc. Ale może również tworzyć różne przepojone napięciem wizje przyszłości – bać się o zdrowie i życie innych, wielokrotnie sprawdzać, czy wszystko w rodzinie jest w porządku, bać się tego, że zostanie samo, czuć niepokój przed wizją nadchodzących różnych katastrof. Dziecko może bać się wychodzić samo ze szkoły, korzystać z toalety, może bać się załatwiania z dorosłymi różnych szkolnych spraw – odniesienia książki do biblioteki, zamienienia kilku słów z nieznanym dobrze nauczycielem.

Lęki uczniów wymagają reakcji nauczycieli i rodziców

Jeśli masz poczucie, że Twój uczeń reaguje lękiem zbyt długo, mimo że trudna dla niego sytuacja minęła, pojawiają się reakcje somatyczne opisane wyżej, a cała sytuacja miała związek z czymś, co obiektywnie dla innych dzieci nie byłoby problemem, to:

- 1) postaraj się to nazwać: *Kuba, wydaje mi się, że ty się mogłeś bardzo bać, potrzebowałeś pomocy;*
- 2) opisz to, co widziałeś: *kiedy wyszliśmy przed szkołę, ręce ci się trzęsły, zbladłeś, zaczęłaś krzyczeć;*
- 3) wyraż jasno chęć towarzyszenia w takich sytuacjach – jeśli oczywiście masz na to gotowość: *Bardzo chciałabym pomóc ci poradzić sobie z tym strachem.*

Ważne w takiej sytuacji jest zbudowanie bezpiecznej bazy – w postaci dorosłego, który może pomóc sobie z tym lękiem poradzić.

Rodzicu, na pomoc!

Kiedy masz już poczucie, że zebrałeś sporą garść informacji o funkcjonowaniu dziecka – nie bój się zaprosić do współpracy rodziców. **Współpraca** to tutaj słowo klucz.

Pamiętaj, że rodzic zaproszony na rozmowę z nauczycielem czy pedagogiem przeżywa również sporo niepokoju, napięcia i lęku. Nie jest to łatwa sytuacja, gdy z dzieckiem coś się może dziać. Rodzic może czuć się oskarżany, oceniany – naturalnie reagujemy tak w sytuacji kiedy nie wiemy, czego się spodziewać. Wielu rodziców reaguje oporem – to również naturalny mechanizm w sytuacji stresującej.

Bardzo ważne jest, by rozmowę z rodzicem zacząć od tego, że potrzebujemy jego pomocy i współpracy. Dla nauczyciela rodzic jest niezbędnym partnerem w pracy z dzieckiem – bez niego nic się nie uda, nawet najbardziej przemyślane działania w szkole bez rodzica okażą się klapą. To on zna swoje dziecko najlepiej i najbardziej może je wesprzeć. Ważne, by to zaznaczyć i podkreślić.

Spróbuj sformułować spokojnie różne swoje myśli i niepokoje dotyczące dziecka. Opisać sytuacje, w których czułeś się jako nauczyciel bezradny, zmartwiony, w których widzisz zmianę w zachowaniu ucznia. Zapytaj rodzica, co o tym myśli, jakie ma odczucia. Co zauważył w domu. Być może uda się spokojnie porozmawiać o sytuacji domowej. Kontroluj napięcie, podkreślając, że rodziny przeżywają różne trudne sytuacje i być może możesz jakoś w tym pomóc.

W rozmowie z rodzicem bardzo pomocne są spokojne podsumowania tego, co razem wnosicie do myślenia o dziecku. Spróbujcie razem poszukać początku zmian w zachowaniu dziecka, odnieść je do jakiegoś wydarzenia, sytuacji albo procesu różnych zdarzeń, jakie mogły mieć miejsce.

Konieczna dyskrecja i zachowanie poufności

Bardzo istotne jest umówienie się na początku na poufność. W rodzicu może być ogrom napięcia, lęku przed tym, jak zareagują na jego rodzicielskie trudności inni nauczyciele, inni rodzice. Być może można się umówić na to, że poruszane tematy zostaną w obrębie gabinetu czy klasy, że inni dorośli pracujący z dzieckiem dowiedzą się dopiero tego, co może im się również przydać w pracy z Jasiem czy Zosią, niepotrzebny jest im cały kontekst sytuacji. Taka postawa pomoże zmniejszyć lęk mamy czy taty i znaleźć więcej rozwiązań.

Gdzie szukać pomocy ramię w ramię z rodzicami?

A kiedy nakreśli się już obraz sytuacji – wspólnie stworzony przez nauczyciela i rodzica, spróbujcie się zastanowić, kto może być potrzebny. Pierwszym dobrym adresem może okazać się Poradnia psychologiczno-pedagogiczna lub Poradnia zdrowia psychicznego. Być może najpierw warto udać

się do psychologa – doświadczony psycholog powinien rozróżnić potrzeby dziecka i w razie czego odesłać rodzinę do lekarza psychiatry, jeśli jest potrzebny. Chyba że dziecko zgłaszało w szkole myśli samobójcze lub rezygnacyjne, okaleczało się – wtedy niezbędne jest skierowanie do lekarza.

Dobrze jest rozmawiać z rodzicem na zasadzie małych kroków – tego, co jest dla niego emocjonalnie dostępne. Łatwo przestraszyć zaniepokojoną mamę psychiatryczną izbą przyjęć – jeśli proponowane rozwiązanie jest zbyt odległe od tego, jak mama widzi sytuację, może się okazać, że nie skorzysta z pomocy, że zahamuje ją jej własny niepokój przed oceną.

To, co jest pomocne w rozmowie z rodzicem to – jakby powiedziały dzieci – sztama. Nie deleguj rodzica, aby sam szedł przez trudną ścieżkę diagnozy i rozmów ze specjalistami. Może sam możesz być tą osobą, która go wesprze – propozycja, że rodzic może przyjść, porozmawiać o tym, co się udało, co nie, że razem możecie zastanowić się nad tym, co jest potrzebne w procesie wsparcia, pewnie da trochę oddechu w trudnej sytuacji.

W rozmowie z rodzicem warto również ustalić, co na ten moment może zrobić szkoła, jak zabezpieczyć dziecko w trudnej sytuacji, zanim ruszy pomoc w innych instytucjach. Czasem na wagę złota jest rozmowa z pedagogiem raz w tygodniu – dla dziecka, a jeśli dziecko reaguje oporem, to dla rodzica. Najlepiej dla obojga lub trojga, jeśli uda się zaprosić oboje rodziców. **Wspierając rodziców, wspierasz dziecko!**

Przygnębienie, żaloba czy depresja dziecięca?

Stany spadku nastroju, smutku i przygnębienia są naturalne w dynamice emocjonalnej. I tak jak dawniej ignorowano je, mimo iż przybierały poziom zaburzenia, tak dziś łatwo wpaść w pułapkę niepotrzebnej „psychiatryzacji” czy „klinicyzacji”. Na przykład w podręczniku „Psychiatria dzieci i młodzieży” (Goodman, Scott, 2010, s. 95–96) autorzy piszą o „depresji jako pojedynczym objawie”, „depresji jako zespole objawów” i „depresji jako zaburzeniu psychicznym”.

Depresję jako objaw trudno odróżnić od zwykłego smutku. Jedyny powód nadania mu charakteru objawu to fakt, że obniżenie nastroju występuje też w innych zaburzeniach psychicznych u dzieci i młodzieży. Tego nie można oczywiście pomijać, ale jednocześnie od depresji należy odróżniać:

- smutek (także z powodu osierocenia, jeśli nie trwa dłużej niż 2 miesiące lub nie towarzyszą mu myśli samobójcze);
- przygnębienie (jeśli nie występują w nim inne objawy uprawniające do rozpoznania depresji lub innych zaburzeń emocji i zachowania).

Istotnym elementem edukacji i wychowania dzieci jest uświadamianie im, że stany spadku nastroju są naturalne. Warto uczyć nie tylko rozpoznawania ich przyczyn, zmiany sposobu patrzenia na wywołujące smutek wydarzenia oraz metod poprawy nastroju, lecz także zwykłej gotowości do przeczekania emocjonalnie gorszych chwil.

Między żalobą a depresją

Strata rodziców lub bliskiej osoby może wywołać depresję u dziecka. Jednak nie dzieje się tak zawsze. Dziecko podobnie jak dorosły ma prawo spotkać się ze zrozumieniem przeżywanej żaloby po stracie i liczyć na wsparcie, bez stawiania mu od razu „diagnozy psychiatrycznej”. Poniższa tabela przedstawia różnice między żalobą a depresją.

Żaloba	Depresja
dominuje poczucie pustki i straty	dominuje obniżony nastrój i anhedonia (utrata zdolności odczuwania radości i spodziewania się przyjemnych wydarzeń)
dysforia (przygnębienie, rozżalenie, drażliwość) zwykle słabnie w ciągu dni lub tygodni i przebiega falowo („przypływy żalu” związane ze wspomnianiem utraconej osoby)	obniżenie nastroju i dysforia trwałe, niezależne od określonych myśli czy zajęć
ból po utracie może przeplatać się z chwilami pozytywnych emocji, wesołości	poczucie nieszczęścia i cierpienia nie są przerywane pozytywnymi emocjami
treść myśli: wspomnienia utraconej osoby i rozważania na jej temat (nie utrzymuje się ewentualne obwinianie się za śmierć bliskiej osoby; możliwe myśli o „niedokończonych sprawach”, np. „Nie zdążyłam powiedzieć jak bardzo go/ją kocham”)	treść myśli: nawracająca autokrytyka i/lub katastrofizowanie dotyczące przyszłości
poczucie własnej wartości zachowane na dotychczasowym poziomie	poczucie własnej wartości obniżone, odraza do siebie
myśli o śmierci: jeśli występują, to w formie pragnienia spotkania z osobą zmarłą	myśli o śmierci: zwykle występują z powodu niechęci do życia oraz w odpowiedzi na poczucie nieradzenia sobie z cierpieniem i niską samooceną

Depresja dziecięca a depresja dorosłych

Uważa się, że na depresję dziecięcą cierpieć może około 1% dzieci w wieku przedszkolnym, zwłaszcza powyżej 2 r.ż. lub 3 r.ż. W okresie od 6 do 9 lat wskaźnik ten wzrasta do ok. 2%. W okresie dojrzewania wskaźnik ten osiąga poziom charakteryzujący populację dorosłych (wedle różnych szacunków od 4% do 10%, jeśli traktuje się łącznie epizody depresyjne i tzw. dystymię, czyli uporczywe lub nawracające zaburzenie depresyjne, określane dawniej jako nerwica depresyjna, a u dorosłych jako osobowość depresyjna). Nie można też pomijać dzieci, u których objawy depresyjne towarzyszą innym zaburzeniom, np. lękowemu lub ADHD.

Mimo iż większość ekspertów uważa, że depresja ma generalnie podobny obraz kliniczny u dorosłych i dzieci, to jednak ze względu na wcześniejszy etap rozwoju i niedysponowanie bardziej dojrzałymi mechanizmami regulacji emocjonalnej, w depresji dziecięcej można dostrzec czasem nieco odmienne objawy. Charakterystykę depresji ze zwróceniem uwagi na specyfikę depresji dziecięcej (w dwóch punktach) przedstawiono poniżej.

Objawy podstawowe (1) i/lub (2)

- (1) odczuwany i/lub obserwowany obniżony nastrój przez większą część dnia w okresie min. 2 tygodni – **Uwaga! U dzieci i adolescentów nastrój może być drażliwy**
- (2) zmniejszenie zdolności do odczuwania przyjemności i spadek zainteresowań w stosunku do (prawie) wszystkich dotychczasowych obszarów

Pozostałe objawy (co najmniej 3 lub 4 oprócz powyższych)

- (3) znaczący spadek masy ciała – **Uwaga! U dzieci – nieprzybieranie na wadze**
- (4) bezsenność lub nadmierna senność niemal każdego dnia
- (5) spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe niemal każdego dnia
- (6) zmęczenie lub poczucie braku energii niemal każdego dnia
- (7) poczucie braku własnej wartości lub nieadekwatne poczucie winy
- (8) kłopoty z myśleniem, koncentracją, podejmowaniem decyzji

(9) nawracające myśli o śmierci, także samobójcze
 Objawy powodują cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego.
 Objawy nie mogą być wywołane użyciem substancji psychoaktywnych lub fizjologią chorób somatycznych.

Depresyjna drażliwość

W wiedzy potocznej depresja kojarzona jest często z silnym przygnębieniem i spowolnieniem psychoruchowym. Jak widać w powyższej tabeli, u dzieci i adolescentów w to miejsce występować może drażliwość. I nie jest to rzadki objaw. W najnowszej edycji Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego z 2013 roku właśnie wśród zaburzeń depresyjnych umieszczono **dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju** (ang. disruptive mood dysregulation disorder).

Przejawia się ciężkimi nawracającymi i utrzymującymi się co najmniej 12 miesięcy wybuchami gniewu w formie agresji słownej lub fizycznej, których intensywność lub czas trwania są nieadekwatne w stosunku do sytuacji. Wybuchy takie występują średnio 2–3 razy w tygodniu. Nastroj między wybuchami jest drażliwy, co mogą zaobserwować rodzice i/lub nauczyciele, jak również rówieśnicy. Rozpoznanie dotyczyć może dzieci po 6 r.ż., u których objawy rozpoznano przed 10. rokiem życia.

Opisana forma zaburzenia u dzieci musi być odróżniana od pobudzenia wywołanego stanem manii lub hipomanii, zaburzeniami ze spektrum autyzmu, stresem pourazowym. **Nie jest tożsame z zaburzeniem opozycyjno-buntowniczym.**

Sygnaly sugerujące depresję dziecięcą wymagają skierowania dziecka po pomoc do specjalisty – psychoterapeuty lub psychiatry dziecięcego. W wielu przypadkach psychoterapia nie będzie musiała być łączona z farmakoterapią.

Profilaktyka depresji

Czy w szkole można zmniejszać prawdopodobieństwo występowania depresji u dzieci, które mogą być na nią podatne? W tym miejscu warto wspomnieć o dwóch kompetencjach dotyczących regulacji emocji, o dowiedzionej efektywności, które warto wyrabiać u dzieci:

1. Monitorowanie i kwestionowanie myśli wpływających na obniżenie nastroju (przykładowa tabela poniżej).

Wydarzenie	Myśli (interpretacje)	Emocje	Kwestionowanie negatywnych myśli	Poziom poczucia zmiany
Co właściwie wydarzyło się?	Co przyszło ci do głowy w związku z tym? Co pomyślałeś o sobie i swojej przyszłości?	Jakie są twoje główne emocje?	Jak inaczej możesz zrozumieć to, co zaszło? Co przeczy twojemu rozumieniu tej sytuacji?	Na ile (w %) czujesz zmianę na plus, gdy zmieniłeś myślenie o tej sytuacji?
Koleżanka się dziś do mnie nie odzywała	Nie lubi mnie. Jestem beznadziejna	Przykrość, żal, smutek, gniew	Może ma zły nastrój, a wtedy nikogo nie zauważa i to nie dotyczy osobiście mnie	45%

2. Ćwiczenia medytacyjne uważności – koncentracja na „tu i teraz” bez pochłonięcia przez myśli czy emocje; przyjmowanie przychodzących zdarzeń i przeżyć jako momentów, które nie determinują „ja” i przyszłości.

Kiedy smutek nie ustaje. Depresja wśród dzieci i młodzieży

Zaburzenia depresyjne u nastolatków nie zawsze są widoczne na pierwszy rzut oka. Nie bez powodu mówi się o różnych twarzach depresji. Można jednak wskazać zespół pewnych najczęściej występujących objawów, na które należy zwracać uwagę.

Depresja dziecięca lub młodzieńcza jest najczęściej wynikiem nieumiejętności poradzenia sobie ze szczególnie trudnymi sytuacjami. Poziom frustracji, której uczeń doświadcza, powoduje, że nie jest on w stanie uporać się ze zmartwieniem. Odczuwany żal i ból bardzo wyczerpują oraz w konsekwencji powodują apatię i niemoc. Taka sytuacja nie pozostaje bez wpływu na relacje z otaczającą go rzeczywistością i niestety dość często poważnie ją komplikuje. Może to doprowadzić do zaburzeń depresyjnych.

Niekorzystna konfrontacja wyobrażeń z realiami oraz nieumiejętność przezwyciężenia problemów lub konkretnego zjawiska traumatycznego zwykle prowadzą do zmiany nastawienia dziecka wobec samego siebie. W większości przypadków pojawia się mniej korzystny obraz siebie. To w konsekwencji może być przyczyną obniżenia samopoczucia oraz wystąpienia nastrojów depresyjnych.

Sfera zachowań:

- utrzymujące się apatia, melancholia, smutek i przygnębienie,
- skłonność do płaczu (szczególnie w przypadku młodszych uczniów),
- słabsze niż wcześniej przygotowanie do lekcji i ogólne obniżenie poziomu ocen,
- izolowanie się od otoczenia, szukanie samotności, unikanie spotkań,
- opuszczanie lekcji, rezygnacja z zajęć nieobowiązkowych, z których wcześniej dziecko chętnie korzystało,
- wycofanie, zniechęcenie, czasem zamyślenie, pasywność i niepodjęcie żadnych inicjatyw,
- niechętnie angażowanie się w sprawy szkolne,
- zmuszanie się do udzielenia odpowiedzi,
- wolne tempo pracy,
- zachowania aspołeczne (np. spożywanie alkoholu, stosowanie środków psychoaktywnych lub innych używek),
- negatywne nastawienie wobec innych,
- niezdolność do odczuwania zadowolenia z różnych pozytywnych sytuacji i zdarzeń,
- nierozważne postępowanie, prowokowanie nieszczęśliwych wypadków,
- zaniedbywanie swojego wyglądu,
- bezpieczeństwa, perspektyw na przyszłość,
- niekiedy próby samookaleczeń (nagle pojawiają się blizny),
- brak sił na podejmowanie intelektualnego lub fizycznego.

Objawy somatyczne:

- zaburzenia snu – zwiększona potrzeba snu lub niedosypianie, niekiedy nadmierna senność w ciągu dnia, uczeń jest zmęczony, niewyspany, spóźnia się na pierwsze lekcje,
- zaburzenia łaknienia – nadmierne jedzenie lub niejedzenie, dziecko nie odczuwa smaku i przyjemności jedzenia, w związku z tym nie przynosi drugiego śniadania, rezygnuje z posiłków w stołówce, typowy może być także spadek masy ciała,

- zaburzenia dotychczasowego rytmu i aktywności ucznia – na przykład rano jest mu trudno zmusić się do wysiłku (dziecko nie robi notatek podczas lekcji lub robi je z wielkim trudem, jest rozkojarzone, nieaktywne), a po południu może wyglądać to znacznie lepiej,
- wahania nastroju (gorsze samopoczucie rano i zmniejszenie nasilenia objawów wieczorem),
- skarżenie się na dolegliwości somatyczne: biegunki, zaparcia, bóle głowy, brzucha, kołatanie serca,
- w wyniku utrzymującego się stresu osłabienie odporności organizmu i pojawienie się objawów chorób, np. alergia, atopowe zapalenie skóry lub inne.

Sfera funkcji poznawczych:

- niezdolność do skupienia uwagi podczas pracy na lekcji,
- spowolnienie reakcji,
- brak sił na mobilizowanie się do wysiłku intelektualnego,
- brak motywacji do nauki, który nie ustępuje mimo podejmowania prób wsparcia.

Sfera psychiczna:

- spowolnienie myślenia,
- poczucie winy, powracanie do dawnych błędów, złych wyborów życiowych,
- niski poziom samooceny,
- brak wiary i niezadowolenie z siebie, poczucie bezsilności,
- pesymizm, obojętność, poczucie beznadziejności,
- niezadowolenie z życia, poczucie bezsensowności własnego życia oraz bezcelowości istnienia, brak nadziei na przyszłość,
- myśli samobójcze (np. uczeń mówi, że chciałby zniknąć, niestraszne mu są wypadki, katastrofy, temat śmierci pojawia się nie tylko w wypowiedziach ustnych, ale też w pracach pisemnych, rysunkach, innych wytworach plastycznych itd.).

Przyczyny depresji

Aby skutecznie zapobiegać depresji, należy poznać możliwe przyczyny jej występowania. Przyczyn należy szukać m.in. w uwarunkowaniach biologicznych i społecznych (rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza).

Depresja wśród dzieci i młodzieży może wynikać z nieprawidłowego funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego na poziomie komórkowym czy białkowym. Wśród czynników powodujących chorobowy stan pogorszenia nastroju szczególnie ważną rolę odgrywa również czynnik genetyczny. Stwierdzono, że depresja dotyka często dzieci rodziców, którzy w ich wieku sami na nią cierpieli. Częściej tę dolegliwość stwierdza się u innych członków rodzin chorych dzieci.

O wystąpieniu depresji w dużej mierze decydują także pewne skłonności tkwiące w osobowości dziecka. Można je zaobserwować jeszcze przed wystąpieniem stanu chorobowego. Depresji sprzyjają bowiem pewne predyspozycje, które młodzi ludzie zdradzają podczas interakcji z innymi w różnorodnych zdarzeniach i sytuacjach.

Uczniowie potencjalnie zagrożeni depresją to jednostki z zaburzeniami myślenia i wiedzy o samym sobie. Dzieci takie charakteryzuje:

- negatywny obraz siebie,
- niewiara w swoje umiejętności,
- obniżenie wartości osobistych doświadczeń oraz postępowania,
- pesymizm w spojrzeniu na przyszłość.

Osoby skłonne do depresji nie tylko oceniają negatywnie własne postępowanie i wysiłki. Często także nie dostrzegają dla siebie szans na osiągnięcie sukcesu. Przyszłość w ich rozumieniu nie przyniesie żadnych pozytywnych zmian. Jeśli uczeń z zaburzonym obrazem siebie dodatkowo staje w obliczu trudnych okoliczności i sytuacji, odczuwa silne napięcie i lęk.

Problemy dzieci i młodzieży w wieku szkolnym

U dziecka w wieku szkolnym umiejętności rozwiązywania problemów życiowych dopiero się kształtują. Zachwianie znanego porządku oraz brutalność świata wywołują przeżycia, z którymi dzieci nie potrafią sobie poradzić. Zakłócenie obrazu siebie oraz utrzymywanie się sytuacji problemowej często powodują zagubienie, brak orientacji, bezcelowość. Złe doświadczenia oraz osamotnienie wśród innych wywołują poczucie bezsensu życia oraz ogólną niechęć egzystencjalną. Utrzymujący się stan napięcia i niemocy może w konsekwencji doprowadzić do myśli depresyjnych, w tym także samobójczych.

W zakresie czynników społecznych podłoża depresji należy doszukiwać się w jednym z trzech podstawowych środowisk wychowawczych ucznia:

- rodzinie,
- szkole lub
- grupie rówieśniczej.

Czynniki tkwiące w tych środowiskach mogą występować niezależnie od siebie. Mogą jednak wystąpić łącznie lub wzajemnie się przenikać.

Dodatkowym czynnikiem sprzyjającym depresji wśród dzieci i młodzieży jest lęk przed pójściem do szkoły. Dziecko mające problem w szkole często czuje się bezradne. Bywa, że całymi miesiącami ukrywa kłopoty. U wielu dzieci rozwija się wówczas lęk przed konkretnymi sytuacjami. Z czasem pojawia się lęk przed samym pójściem do szkoły. Spadek motywacji do nauki, a także długotrwały stres powodują zamykanie się dziecka w sobie. Staje się ono smutne i przygnębione.

Innym czynnikiem wpływającym na stany depresyjne uczniów są wymogi systemu postawione młodym ludziom. Wielu uczniów nie radzi sobie w procesie edukacyjnym nastawionym na wysokie wyniki szkół i kreowanie sukcesu. Przy ciągle rosnących wymaganiach wiele dzieci już na poziomie szkoły podstawowej ma trudności z ich sprośaniem.

Jak wspierać w szkole ucznia z depresją

Jeśli obniżenie nastroju ucznia zakłóca jego dotychczasowe funkcjonowanie i nie ustępuje mimo upływu czasu, trzeba reagować. Trwający długo okres smutku, apatii i wycofania może oznaczać zaburzenia depresyjne. Taki stan wymaga już starannie przemyślanej pomocy.

Działania profilaktyczne kierowane do uczniów:

- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa zarówno fizycznego, jak i emocjonalnego,
- kształtowanie poczucia własnej tożsamości i przynależności,
- uczenie pozytywnego myślenia i wiary w siebie,
- uczenie prawidłowych relacji z innymi m.in. poprzez treningi umiejętności społecznych i ćwiczenia właściwej komunikacji interpersonalnej,
- rozwijanie umiejętności pokonywania trudności,
- ćwiczenie z nimi technik radzenia sobie z różnorodnymi sytuacjami życiowymi, w tym także trudnymi, tu bardzo ważne są m.in.:
 - asertywność,

- umiejętności mediacyjne,
- zachęcanie do uzewnętrzniania tego, co się czuje, np. poprzez zwierzanie się,
- przyzwolenie na opowiadanie, okazywanie emocji z poszanowaniem innych,
- umiejętność wyrażania własnych potrzeb,
- wzmacnianie poczucia wartości w różnorodnych sytuacjach szkolnych i w trakcie zajęć profilaktycznych,
- rozwijanie samokontroli – samooceny, autowzmacniania,
- wskazywanie na pozytywne wzory osobowe oraz autorytety, mogą być nimi:
 - rodzice,
 - nauczyciele (szczególnie w przypadku młodszych uczniów),
 - pozytywni koledzy, koleżanki,
 - bohaterowie literaccy,
 - sportowcy,
 - aktorzy,
- uczenie planowania działań,
- wykorzystywanie technik relaksacyjnych,
- podejmowanie prób modyfikowania warunków oraz sytuacji wywołujących depresję lub powodujących pogorszenie nastrojów.

Zanim uczeń zostanie poddany leczeniu, pierwsze wsparcie powinien otrzymać w szkole. Najważniejszą rolę odgrywają wychowawca, pedagog lub psycholog. To oni wstępnie (w porozumieniu z rodzicami) powinni zadbać o stan psychiczny dziecka. Są najbliższą ucznia, więc mogą:

- zapewnić mu szczególną opiekę,
- organizować częste spotkania,
- objąć go dyskretną obserwacją,
- zachęcić go do rozmów,
- monitorować jego postępy w nauce, relacje z kolegami, sytuację rodzinną.

Spotkania wspierające i rozmowy indywidualne w szkole powinny być prowadzone przez osobę, której dziecko ufa. Praca indywidualna dotycząca emocji i osobistych przeżyć wymaga od prowadzącego wyjątkowych predyspozycji. Ważne są tu przede wszystkim takie cechy, jak:

- empatia,
- delikatność,
- takt,
- wyczucie,
- umiejętność skupienia uwagi na tym, co mówi uczeń.

Podczas prowadzenia rozmowy w żadnym wypadku nie można okazywać zdenerwowania, pośpiechu i dezaprobaty dla trudnych odczuć wychowanka.

Uczeń w depresji ma do czynienia w szkole z różnymi wymaganiami stawianymi przez poszczególnych nauczycieli. Oczekiwania dotyczą zarówno wywiązywania się z obowiązków szkolnych, jak i zachowania. Warto, by nauczyciele porozumieli się w kwestii egzekwowania i oceniania wiedzy. To bardzo ważne, gdy uczeń jest w złym stanie emocjonalnym i ma problem ze zmobilizowaniem się do wysiłku. Między zaburzeniami emocjonalnymi a osiągnięciami szkolnymi dziecka istnieje sprzężenie zwrotne. Zaburzenia emocjonalne pogarszają zdolność uczenia się. Natomiast trudności w uzyskiwaniu osiągnięć szkolnych są powodem zaburzeń emocjonalnych.

Nauczyciele muszą pamiętać, że w przypadku ucznia w kryzysie trzeba robić wszystko, by wymagania edukacyjne nie były dodatkowym problemem. Wręcz przeciwnie – powinny być czynnikiem

ochronnym. Zdarzają się bowiem przypadki poprawy nastroju, gdy młody człowiek osiąga konkretny sukces w nauce.

Poziom lęku ucznia można zmniejszyć, stosując odpowiednie metody pracy i indywidualizując pracę dziecka z danego przedmiotu. Pomocne będzie:

- jasne określenie oczekiwań,
- dostosowanie wymagań do realnych na dany moment możliwości ucznia,
- stopniowanie zadań do opanowania zarówno pod względem ilości, jak i trudności.

Oddziaływanie klasy

Brak aktywności i wycofanie się ucznia z depresją mogą nie sprzyjać realizacji zadań proponowanych przez nauczyciela oraz inicjowanych przez kolegów. Zaburzenia depresyjne u dzieci i nastolatków sprawiają, że niechętnie włączają się w życie klasy. Unikanie relacji z innymi sprawia, że z czasem uczeń może pozostać osamotniony i bezradny.

Zadaniem pedagogów jest takie aranżowanie sytuacji wychowawczych, by młody człowiek nie został odrzucony przez rówieśników. Należy stwarzać mu okazje do przeżywania radości oraz satysfakcji z podejmowanych działań. Nie należy więc zniechęcać się apatią ucznia, lecz w miarę możliwości zachęcać go do podejmowania różnorodnych ról w klasie. Może być to na przykład odpowiedzialność za gazetkę klasową, udział w przygotowaniach imprez klasowych, wycieczki czy biwaku. Ważne jest, by uczeń odczuwał, że bez jego udziału realizacja określonych zadań nie jest możliwa.

Zajęcia grupowe szkolne i pozalekcyjne

Do celów terapeutycznych można skutecznie wykorzystywać różne zajęcia szkolne. Nie są to tylko zajęcia lekcyjne. Ważne będą także zajęcia:

- sportowe,
- taneczne,
- teatralne,
- wokalne.

Dostosowana do potrzeb ucznia organizacja wolnego czasu, praca w kołach zainteresowań czy grupach zadaniowych stwarza możliwości odwołania się do najbardziej cennych elementów jego osobowości. Przyciągnięcie uwagi wychowanka z depresją i włączenie go w nurt życia społecznego:

- wpływają na poprawę kontaktów z rówieśnikami i dorosłymi,
- rozbudzają jego inicjatywę.

Młody człowiek dostaje szansę na rozwinięcie nowych umiejętności, poczucie odpowiedzialności za siebie i innych, nauczenie się wykonywania zadań społecznych. Może także spojrzeć na siebie w innym świetle. Co najważniejsze, ma możliwość podwyższenia swojej samooceny.

Pomoc specjalistów jest niezbędna

W przypadku obserwowania depresji u ucznia wspierające działania szkoły są niezbędne, ale niestety najczęściej niewystarczające. Głębokość przeżywanego smutku i jego utrzymywanie się mimo upływu długiego czasu powinny być sygnałem dla dorosłych, że wskazana jest wizyta u specjalisty. Trzeba to wyraźnie zaznaczyć: depresja to choroba, którą leczy lekarz. W takim samym stopniu dotyczy to depresji u dorosłych, jak i depresji u nastolatków oraz młodszych dzieci.

Nieleczona depresja nie tylko wpływa niekorzystnie na ogólny stan zdrowotny jednostki (spadek odporności, wystąpienie chorób somatycznych). Zaburzenia depresyjne u dzieci i nastolatków poważnie zakłócają ich funkcjonowanie społeczne. Rodzice mogą przeoczyć problem, dlatego na szkole spoczywa obowiązek:

- wskazania, na co zwracać uwagę,
- zawiadomienia o wstępnej diagnozie i konieczności zgłoszenia się do lekarza,
- pokierowania ucznia do specjalistycznych form pomocy i wsparcia.

Tylko szybka reakcja oraz wielopłaszczyznowa pomoc pozwolą uczniowi wrócić do stanu równowagi. Co najważniejsze, wczesna interwencja da mu szansę na uniknięcie niekiedy tragicznych i nieodwracalnych skutków.

Depresja u nastolatków

Aż 20% osiemnastolatków doświadczyło przynajmniej jednego epizodu depresyjnego! Mimo alarmowania o tym fakcie, wciąż bardzo często depresja u nastolatków rozwija się niezauważona przez dorosłych. Dlaczego tak się dzieje? Na co zwracać uwagę, co powinno niepokoić?

Najczęstsze objawy depresji u nastolatków

Okres dojrzewania wiąże się z wieloma trudnymi zadaniami rozwojowymi stawianymi przed nastolatkiem. Do tych zadań należy między innymi stopniowe zdobywanie samodzielności, separacja od rodziny oraz określenie własnej tożsamości seksualnej. Zmiany hormonalne, presja ze strony grupy rówieśniczej, stres szkolny i inne czynniki sprawiają, że w okresie dorastania częstotliwość występowania zaburzeń depresyjnych znacznie wzrasta i osiąga poziom porównywalny z zachorowalnością wśród osób dorosłych.

Obraz kliniczny depresji młodzieńczej

- obniżenie nastroju, zmienność nastroju, drażliwość,
- podwyższony poziom lęku, szczególnie lęku przed przyszłością,
- zaburzenia w sferze poznawczej – trudności w uczeniu się, w koncentracji uwagi, niepowodzenia szkolne – często to one są pierwszymi symptomami depresji młodzieńczej,
- poczucie małej wartości, przekonanie o nieskuteczności własnych działań,
- uczucie nudny i niemożność znalezienia przyjemności (anhedonia),
- zaburzenia aktywności – w depresji młodzieńczej zmniejszenie aktywności często maskowane jest dysforią i zaburzeniami zachowania,
- zaburzenia rytmu okołodobowego – trudności we wstawaniu i późne zasypianie, lepsze funkcjonowanie w godzinach wieczornych, wzmożona senność w ciągu dnia,
- zaniedbania w zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej,
- myśli, tendencje i próby samobójcze,
- dolegliwości somatyczne – dotyczą poczucia choroby somatycznej i nadmiernej koncentracji na funkcjonowaniu ciała, występują częściej u dziewcząt niż u chłopców.

Zaburzenia zachowania są najbardziej rzucającymi się w oczy objawami depresji młodzieńczej. Są one największym wyzwaniem dla rodziców, nauczycieli i innych opiekunów. Mogą obejmować zachowania związane z niepodejmowaniem określonych oczekiwanych czynności, takich jak chodzenie do szkoły czy wypełnianie obowiązków domowych i społecznych, a także zachowania związane z przekraczaniem norm i zasad społecznych. Do takich zachowań należą eksperymentowanie ze środkami psychoaktywnymi czy chaotyczna i często przypadkowa aktywność seksualna. Nastolatki cierpiący na depresję znają normy społeczne, jednak nie znajdują podstaw do ich

przestrzegania, a wewnętrzny dyskomfort i brak nadziei na samorealizację w przyszłości ułatwiają podejmowanie zachowań ryzykownych. Takie zachowania wraz z zachowaniami samobójczymi określane są **autodestrukcyjnymi zaburzeniami zachowania**.

Okres dojrzewania to czas zwiększonej koncentracji na wyglądzie, ciele. Wielu nastolatków uważa się za nieatrakcyjnych, niedopasowanych do kulturowo przyjętych standardów, promowanych przez świat mody czy gwiazdy filmowe. Szczególnie dziewczęta wrażliwe są na te procesy, mają trudności z pogodzeniem naturalnego dla procesu dojrzewania przyrostu tkanki tłuszczowej z dążeniem do utrzymania szczupłej sylwetki. **Zaburzenia odżywiania** (takie jak anoreksja i bulimia) często towarzyszą depresji w populacji nastoletnich dziewcząt.

Typy depresji u młodzieży:

1. Depresja „czysta” – obniżenie nastroju, obniżenie napędu, nieokreślony lęk i lęk przed przyszłością.
2. Depresja z rezygnacją – poczucie bezsensu życia, myśli, tendencje i próby samobójcze, trudności w nauce.
3. Depresja z niepokojem – zmienność nastroju, autodestrukcyjne zaburzenia zachowania, niepokój, dysforia.
4. Depresja hipochondryczna – somatyczne objawy lęku i hipochondryczna koncentracja na ciele, niepokój o własne zdrowie.

W przypadku depresji młodzieńczej ryzyko podjęcia próby samobójczej jest bardzo wysokie (szczególnie w grupie wiekowej 15–19 lat).

Rodzicu, jeśli u swojego nastoletniego dziecka zauważysz:

- zwiększoną drażliwość, częste wybuchy złości,
- wycofanie z kontaktów społecznych,
- nadmierną wrażliwość na odrzucenie ze strony rówieśników,
- utratę zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały mu przyjemność,
- utratę apetytu lub przeciwnie – bardzo nasilony apetyt,
- wyraźny spadek lub przyrost masy ciała,
- wypowiedzi na temat bezsensu życia, śmierci, braku nadziei i braku planów na przyszłość,
- problemy ze snem – skargi na brak snu lub nadmierną senność,
- trudności w realizacji obowiązków szkolnych,

porozmawiaj o swoich spostrzeżeniach ze swoim dzieckiem i skonsultuj się z lekarzem lub psychologiem.

Przebieg i leczenie depresji u dzieci i młodzieży

Depresja pojawiająca się u dzieci i młodzieży często ma przewlekły i nawracający charakter. Zdarza się, że pomimo ustąpienia zaburzeń nastroju, niektóre objawy depresji utrzymują się jeszcze przez długi czas.

Leczenie depresji

Zaburzenia depresyjne wiążą się z wieloma negatywnymi skutkami w funkcjonowaniu rodzinnym, społecznym i szkolnym dziecka. Do skutków depresji należą:

- trudności w funkcjonowaniu szkolnym – słabe wyniki w nauce,
- trudności w funkcjonowaniu społecznym – w kontaktach z członkami rodziny oraz rówieśnikami,

- zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia tego zaburzenia w przyszłości,
- zwiększone ryzyko samobójstwa,
- zwiększone ryzyko nadużywania substancji psychoaktywnych,
- nasilenie problemów ogólnozdrowotnych.

Depresja to poważna choroba, która wymaga odpowiedniego postępowania. Jest chorobą uleczalną, a im wcześniej podejmie się odpowiednie działania, tym efektywniejsze będzie jej leczenie. Leczeniem depresji u dzieci i młodzieży zajmują się psychiatrzy dziecięcy, psychologowie i psychoterapeuci. Kompleksowe leczenie zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży obejmuje:

- psychoterapię,
- leczenie farmakologiczne,
- psychoedukację rodziny,
- trening umiejętności społecznych,
- zabezpieczenie potrzeb rozwojowych dzieci i nastolatków.

Leczenie powinno koncentrować się na wszystkich obszarach nieprawidłowego funkcjonowania dziecka, do których należą:

- trudności w nauce,
- trudności w relacjach społecznych,
- trudności w rozwiązywaniu problemów,
- trudności w kontrolowaniu emocji i radzeniu sobie z emocjami,
- dysfunkcyjne (nieprawidłowe) przekonania dotyczące siebie, innych ludzi i własnej przyszłości,
- nieprawidłowe relacje rodzinne.

Formy terapii towarzyszące leczeniu depresji

Dowody naukowe potwierdzają skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu depresji w odniesieniu do dzieci w wieku 8–11 lat oraz do nastolatków w grupie 12–19 lat (w formie indywidualnej i grupowej). Korzystne wyniki uzyskano również w badaniach dotyczących terapii interpersonalnej. Ogólnie można przyjąć, że w łagodnej i umiarkowanej depresji u dzieci i młodzieży uzasadnione jest stosowanie psychoterapii. W przypadku nasilonej depresji najskuteczniejsza jest terapia skojarzona, czyli leczenie farmakologiczne i psychoterapia.

W zależności od okoliczności i potrzeb terapia może przyjąć formę **indywidualną, grupową** bądź **rodzinną**. Czasami zalecane są równoległe dwie formy, np. psychoterapia indywidualna oraz terapia rodzinna, prowadzone powinny być one przez dwóch różnych terapeutów.

Psychoterapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodzieży oparta jest na ustrukturyzowanych sesjach i strategiach, które wpływają na zmiany w myśleniu, uczuciach i zachowaniu. Terapia zorientowana jest na rozwiązywanie problemów, bezpośrednio zajmuje się czynnikami związanymi z myśleniem, emocjami, zachowaniem i interakcjami społecznymi dziecka czy nastolatka. Opierając się na założeniu, że myślenie człowieka wpływa na jego emocje i zachowanie, w trakcie terapii pracuje się nad zmianą dysfunkcyjnych przekonań dotyczących siebie, innych oraz świata i negatywnych wzorców myślenia. Ważnym elementem leczenia depresji w tym nurcie jest planowanie aktywności i monitorowanie nastroju.

Psychoterapia interpersonalna bazuje na założeniu, że trudności w relacjach z innymi osobami mogą powodować bądź nasilać objawy depresyjne, a sama depresja może te relacje zaburzać. Proces terapii służy nabywaniu lepszych umiejętności społecznych.

Leczenie farmakologiczne

Nie każde dziecko w depresji musi przyjmować leki. Leczenie farmakologiczne jest konieczne w przypadku znacznie nasilonych objawów depresyjnych. W przypadku dzieci i młodzieży leki przeciwdepresyjne nie są jednak tak skuteczne, jak w przypadku osób dorosłych. Nowoczesne leki przeciwdepresyjne działają bardziej wybiórczo, nie wpływając na poziom innych neuroprzekaźników, ale również w trakcie ich stosowania mogą pojawić się niekorzystne efekty uboczne, takie jak:

- bóle głowy i brzucha,
- zgaga,
- zawroty głowy,
- rozdrażnienie,
- dolegliwości ze strony układu pokarmowego,
- trudności z zasypianiem.

Te dolegliwości mogą dodatkowo pogorszyć funkcjonowanie dziecka, ale zwykle ustępują one po pierwszym tygodniu leczenia. Ważne jest, aby uważnie obserwować wszelkie zmiany w zachowaniu i samopoczuciu dziecka. Warto również poinformować nauczyciela/wychowawcę o chorobie dziecka i przyjmowanych lekach. Czasami w leczeniu depresji u dzieci i młodzieży stosuje się leki starszej generacji, których podawanie wymaga systematycznej kontroli pracy serca poprzez wykonywania badania EKG. Dziecko, przyjmując te leki, może doświadczać zmęczenia, uczucia rozbiicia czy zawrotów głowy.

Działanie leków przeciwdepresyjnych ujawnia się po około dwóch, trzech, a czasem nawet czterech tygodniach. Nie należy zatem oczekiwać, że po tygodniu przyjmowania leków dziecko będzie czuło się dobrze i powróci do funkcjonowania sprzed choroby. Ryzyko związane z leczeniem farmakologicznym wiąże się z szybszym efektem działania leku na poziom aktywności niż na nastrój, co może zwiększać prawdopodobieństwo zachowań samobójczych.

Gdzie szukać pomocy specjalisty?

- Poradnia psychologiczno-pedagogiczna – psycholog w poradni może rozpoznać objawy depresji, udzielić wsparcia dziecku, udzielić informacji rodzinie,
- psycholog, pedagog szkolny – może rozpoznać objawy depresji, pomóc dziecku w funkcjonowaniu w szkole, udzielić informacji rodzinie,
- lekarz pediatra – może rozpoznać objawy depresji, wykluczyć lub potwierdzić inne problemy zdrowotne, skierować na odpowiednie badania,
- Poradnia zdrowia psychicznego – lekarz psychiatra dzieci i młodzieży diagnozuje depresję, decyduje o leczeniu farmakologicznym,
- Poradnia zdrowia psychicznego – psycholog/psychoterapeuta – zajmuje się terapią depresji, psychoedukacją rodziny,
- Poradnia psychologiczna – psycholog/psychoterapeuta,
- prywatne gabinety lekarskie i psychologiczne/psychoterapeutyczne.

Rodzicu, przygotuj dziecko na spotkanie ze specjalistą

Planując wizytę u specjalisty, opowiedz dziecku, czym zajmuje się psycholog czy psychiatra, w czym mogą mu pomóc, jak będzie wyglądała wizyta. Porozmawiaj również z nastoletnim dzieckiem o pomocy specjalisty, zapytaj o jego oczekiwania i obawy, wyjaśnij, że korzystanie z pomocy tych specjalistów nie świadczy o tym, że ktoś jest „nienormalny”. Umawiając wizytę, zapytaj o to, czy na pierwszą wizytę mają zgłosić się tylko rodzice, czy również dziecko. Na pierwszym spotkaniu lekarz lub psycholog często najpierw rozmawiają z rodzicami dziecka, a później z nim samym, dla-

tego w przypadku młodszego dziecka warto zabrać ze sobą babcię lub dziadka, tak by swobodna rozmowa dorosłych była możliwa, a dziecko nie spędzało samo czasu w poczekalni.

Ty również jesteś niezbędny w leczeniu dziecka. Rola rodziców w procesie terapii jest bardzo ważna. Mogą być oni, w zależności od kontekstu i potrzeb, konsultantami (gdy pomagają określić istotę problemu), współklientami (gdy poprzez określone zachowania podtrzymują zaburzenie dziecka) lub współpracownikami (kiedy pomagają we wdrożeniu elementów programu terapeutycznego). Włączenie rodziców w proces terapii ułatwia osiągnięcie poprawy u dziecka.

Jeśli psychiatra zaleca przyjmowanie przez Twoje dziecko leków przeciwdepresyjnych, omów z lekarzem ich działanie, możliwe objawy niepożądane, zadaj lekarzowi wszelkie trapiące Cię pytania. Uważnie obserwuj dziecko pod kątem niekorzystnych dolegliwości. Jeśli leczenie farmakologiczne trwa ponad miesiąc, a u dziecka nie nastąpiła żadna poprawa, ponownie skonsultuj się z psychiatrą. Oceniając samopoczucie dziecka, opieraj się na swoich obserwacjach, informacjach od nauczycieli i wychowawców i przede wszystkim na odczuciach samego dziecka.

Pomoc w depresji. Scenariusz zajęć zdalnych dla uczniów klas IV–VIII



Scenariusz zajęć
dla uczniów

Uczestnicy:	Uczniowie szkoły ponadpodstawowej
Cele ogólne:	<ul style="list-style-type: none">• zdobywanie wiedzy na temat depresji• przekazanie uczniom informacji na temat najczęstszych objawów depresji• zwrócenie uwagi na potrzebę analizowania samopoczucia swojego i innych osób,• wskazanie możliwych ścieżek poszukiwania pomocy
Cele szczegółowe:	Uczeń: <ul style="list-style-type: none">• rozpoznaje objawy mentalne i fizjologiczne depresji• wyprowadza wnioski z obejrzanego filmu• poznaje strategie skutecznej pomocy
Potrzebne materiały	<ul style="list-style-type: none">• kartki• długopisy• link do filmu: Depresja młodzieńcza. Historia Amelii
Czas trwania zajęć	45 minut
Liczba uczestników	oddział klasowy

Powitanie uczniów, ćwiczenie aktywizujące

Prowadzący wita się z klasą. Sprawdza, czy wszyscy uczniowie słyszą głos i widzą ekran. Prosi o włączenie kamer, ale informuje, że jest to dobrowolne.

Na początku zajęć nauczyciel sprawdza, w jakich nastrojach są uczestnicy. Każda osoba używa nazwy jakiejś rzeczy do określenia swojego samopoczucia, a następnie uzasadnia, dlaczego wybrała akurat tę. Przykłady:

- Czuję się jak... – czajnik – zaraz wybuchnę z nerwów,
- Czuję się jak... – kołdra – chcę cały dzień leżeć na łóżku,
- Czuję się jak... radio – chce mi się cały czas mówić.

Prowadzący jako pierwszy określa swoje samopoczucie i typuje kolejną osobę do udzielenia odpowiedzi.

Prawda czy fałsz

Nauczyciel informuje, że dzisiejsze zajęcia będą dotyczyły depresji. Prowadzący odczytuje kolejno stwierdzenia. Uczniowie poprzez reakcje w komunikatorze określają, czy są one:

- prawdziwe (kciuk w górę)
- fałszywe (kciuk w dół, a jeśli nie jest dostępny, to np. smutna buźka).

Jeśli wszyscy uczniowie mają uruchomione kamery, mogą pokazywać znaki dłonią.

- Objawem depresji może być np. zmęczenie, poirytowanie, utrata apetytu (PRAWDA).
- Jeśli ktoś jest bardzo bogaty, nie może zachorować na depresję (FAŁSZ).
- Na depresję może zachorować każdy, niezależnie od wieku (PRAWDA).
- Nieleczona depresja sama przejdzie (FAŁSZ – nieleczona depresja potrafi trwać latami).
- Depresja wpływa na wszystkie obszary życia – nastrój, myśli, wygląd, zachowanie (PRAWDA).

- Uczucie smutku i bezradności to zawsze objaw depresji (FAŁSZ – w przypadku depresji takie uczucie nie odchodzi. Jeśli uczucia te są krótkotrwałe, mijają z czasem, to nie muszą być objawem depresji).
- Wsparcie innych ludzi jest bardzo ważne dla osób doświadczających depresji (PRAWDA).

Historia filmowa

Prowadzący udostępnia na swoim ekranie filmik – historię nastoletniej Amelii, która zmagала się z depresją. Film dostępny na YouTube:

- Depresja młodzieńcza. Historia Amelii
(<https://www.youtube.com/watch?v=nwAPjLAOcbQ>)

Dyskusja. Jak pomagać? Jak zapobiegać?

Nauczyciel wyjaśnia uczniom, że jeśli mają wrażenie, że z kimś znajomym dzieje się coś złego, to warto zaufać intuicji i postarać się mu pomóc. Podobnie w przypadku zauważenia niepokojących objawów u siebie – warto jak najszybciej szukać pomocy, wsparcia.

Prowadzący pyta uczniów, jak można pomagać i zapisuje odpowiedzi na udostępnionej w komunikatorze tablicy. Przykładowe pomysły:

- Zaoferowanie pomocy wprost. Przekazanie bliskiej osobie, że chce się być dla niej wsparciem, dać poczucie, że nie jest sama.
- Zachęcanie do opowiedzenia o swoich uczuciach nauczycielowi, rodzicom, innym dorosłym zaufanym osobom.
- Opowiedzenie dorosłej zaufanej osobie o tym, że ktoś inny ma problem.
- Wysłuchanie osoby z trudnościami bez narzucania swojej opinii.

Zabawa na zakończenie

Ze względu na trudną, ale bardzo istotną tematykę zajęć ważne jest, żeby zadbać o samopoczucie uczniów na koniec zajęć. Uczniowie po lekcji powinni czuć się przynajmniej tak samo dobrze jak przed nią. Nauczyciel uważnie obserwuje ich reakcje i zachowania. W związku z tym na zakończenie przeprowadzona zabawa będzie rozluźniająca i wzmacniająca emocjonalnie.

Do zabawy zgłasza się jedna osoba. Nauczyciel na chwilę przenosi ją do osobnego pokoju w komunikatorze lub ewentualnie prosi o wyciszenie dźwięku na 3 minuty i odwrócenie się od komputera. Pod nieobecność ucznia grupa ustala jedną, dwie jego pozytywne cechy. Po powrocie nauczyciel przedstawia te cechy, a zadaniem ucznia jest określić, kto z klasy mógł zauważyć u niego te cechy. Zabawa jest kontynuowana z różnymi osobami aż do wyczerpania czasu trwania zajęć.

Prewencja i pomoc w depresji. Scenariusz zajęć zdalnych dla uczniów szkół ponadpodstawowych

Uczestnicy:	Uczniowie szkoły ponadpodstawowej
Cele ogólne:	<ul style="list-style-type: none">dostarczenie wiedzy na temat depresjipoznanie objawów chorobyzwiększenie uważności na samopoczucie swoje i innych osóbutrwalenie ścieżek poszukiwania pomocyćwiczenie wspierających komunikatów
Cele szczegółowe:	Uczeń: <ul style="list-style-type: none">utrwała i zyskuje wiedzę na temat depresjićwiczy przekazywanie wspierających komunikatówrozpoznaje, jakie zachowania może powodować depresjawie do kogo i gdzie zwrócić się po pomoc
Potrzebne materiały	<ul style="list-style-type: none">kartkidługopisy
Czas trwania zajęć	45 minut
Liczba uczestników	oddział klasowy

Energizer na start

Prowadzący wita się z klasą. Sprawdza czy wszyscy uczniowie słyszą głos i widzą ekran. Prosi, w miarę możliwości, o włączenie kamer.

Pierwsze ćwiczenie służy określeniu nastroju uczestników zajęć.

Nauczyciel prosi uczniów, aby w czasie dwóch minut znaleźli w Internecie lub wykonali zdjęcie, które najlepiej oddaje ich dzisiejsze samopoczucie. Zdjęcia nie muszą, a nawet nie powinny przedstawiać twarzy. Zabawa jest zachętą do bardziej abstrakcyjnego myślenia.

Po podzieleniu się zdjęciami na czacie, chętne osoby opowiadają, dlaczego wybrały/zrobiły właśnie takie fotografie.

Depresja – co to?

Nauczyciel informuje, że dzisiejsze zajęcia dotyczyć będą tematu depresji.

Zadaniem uczniów jest wymienienie wszystkich objawów depresji, które przychodzą im do głowy. Ważne, żeby dotyczyły one różnorodnych obszarów zachowania, emocji, dolegliwości fizycznych. W podsumowaniu ćwiczenia istotne jest podkreślenie, że depresja może objawiać się na różne sposoby, ale wpływa na codzienne funkcjonowanie osoby chorej.

Zadanie można przeprowadzić na kilka sposobów.

Sposób 1. Uczniowie udzielają odpowiedzi ustnie – prowadzący zapisuje je na wirtualnej tablicy.

Sposób 2. Uczniowie wysyłają odpowiedzi w wiadomościach na czacie.

Sposób 3. W celu zachowania anonimowości uczniowie korzystają z narzędzia „miro” www.miro.com. Po kliknięciu w przygotowany wcześniej link mogą umieszczać wirtualne karteczki z odpowiedziami. Taki sposób może ośmielić bardziej wycofanych uczestników.

Korzystne i niekorzystne zachowania

Nauczyciel przedstawia różne zachowania, które podejmują lub mogą podejmować osoby chore na depresję lub zmagające się z obniżonym nastrojem.

Uczniowie oceniają zachowania poprzez reakcje na komunikatorze.

- Uśmiechnięta buźka oznaczać będzie, że ich zdaniem dane zachowanie jest korzystne, wspierające wyjście z choroby.
- Smutna buźka będzie oznaczała, że dane zachowanie uważają za niekorzystne.

Prowadzący kolejno odczytuje i wkleja na czacie stwierdzenia, zachęca również do ewentualnej dyskusji.

- Dbanie o siebie, podejmowanie aktywności fizycznej, sportowej, spacer.
- Spożywanie alkoholu.
- Odcinanie się od osób bliskich, siedzenie samotnie w pokoju.
- Pilnowanie regularnych godzin snu i posiłków.
- Korzystanie ze specjalistycznej pomocy psychologicznej, terapii.
- Leczenie farmakologiczne.
- Używanie narkotyków.
- Leczenie na własną rękę, leki bez recepty, szukanie rozwiązań w Internecie.
- Rozmawianie z przyjaciółmi, rodziną, szukanie u nich wsparcia.
- Zjadanie dużej ilości słodczy.
- Częste chodzenie na imprezy, zarywanie nocy.
- Robienie rzeczy, które sprawiają przyjemność; powrót do pasji i zainteresowań.

Ważne, aby podczas zadania wybrzmiało, że aktywność fizyczna czy pozytywne myślenie NIE wyleczą depresji. Mogą być jedynie pomocne w procesie.

Co mówić, czego nie mówić, jeśli chcesz wesprzeć?

Koledzy, przyjaciele, członkowie rodziny często są pierwszymi, którzy zauważają problem u bliskiej osoby. W tym ćwiczeniu uczniowie zastanowią się, jak skutecznie wspierać innych.

Co robić, żeby słowa pomagały, a nie dodatkowo dołowały osoby w kryzysie? Nauczyciel podkreśla, że zawsze dobrym rozwiązaniem jest zachęcenie do kontaktu ze specjalistą lub osobą dorosłą. Przyjacielskie wsparcie jest bardzo istotne w przypadku problemów, natomiast nie zastąpi profesjonalnej pomocy.

Nauczyciel czyta zdanie, a uczniowie wypowiadają swoje propozycje odpowiedzi. Zadaniem uczestników jest przeformułowanie zdania na realnie wspierające.

1. Zamiast mówić: *Weź się w garść! Inni mają gorzej od ciebie!*

Można powiedzieć: (propozycje uczniów)

Przykładowa odpowiedź: *Widzę, że to dla ciebie bardzo trudne. Czy mogę ci jakoś w tym pomóc?*

2. Zamiast mówić: *Bardzo się nad sobą uzalasz, mi też jest ciężko*

Można powiedzieć: (propozycje uczniów)

Przykładowa odpowiedź: *Czasem ciężko mi zrozumieć to, przez co przechodzisz. Może chciałbyś/aś skonsultować się ze specjalistą?*

3. Zamiast mówić: *Przestań się lenić i lepiej idź sobie na spacer*

Można powiedzieć: (propozycje uczniów)

Przykładowa odpowiedź: *Widzę, że ostatnio jest ci ciężko się zmotywować. Może masz ochotę coś porobić wspólnie. Idę niedługo na spacer, może chcesz do mnie dołączyć?*

4. Zamiast mówić: *Ciężko teraz z tobą wytrzymać, nie mogę cię znieść!*

Można powiedzieć: (propozycje uczniów)

Przykładowa odpowiedź: *Widzę, że bardzo cierpisz, chcesz pogadać o tym, co się teraz z tobą dzieje?*

5. Zamiast mówić: *Przestań się wreszcie smucić i wyjdź do ludzi*

Można powiedzieć: (propozycje uczniów)

Przykładowa odpowiedź: *Pamiętaj, że jestem tu i będę cię wspierać. Nie jesteś sam z tymi uczuciami*

Gdzie zwrócić się po pomoc?

Krótkie zadanie, które ma na celu oswojenie uczniów z możliwościami poszukiwania pomocy. Każda osoba ma do dyspozycji swój telefon/komputer oraz dwie minuty. Zadaniem każdego uczestnika jest odnalezienie dwóch miejsc, osób, stron internetowych lub numerów telefonu, do których można zwrócić się w trudnym dla siebie czasie.

W podsumowaniu ćwiczenia chętne osoby wysyłają na czacie informacje o miejscach lub podmiotach, w których można szukać pomocy.

Nauczyciel przesyła różne sposoby, na które można skontaktować się z psychologiem szkolnym oraz innymi osobami, które mogą zapewnić wsparcie na terenie szkoły.

Ja jako...

Ze względu na trudną, ale bardzo istotną poruszaną tematykę ważne, żeby zadbać o samopoczucie uczniów na koniec zajęć. Uczniowie po lekcji powinni czuć się przynajmniej tak samo dobrze jak przed nią. Nauczyciel uważnie obserwuje ich reakcje i zachowania. W związku z tym przeprowadzona na zakończenie zabawa będzie rozluźniająca i wzmacniająca emocjonalnie.

Każda osoba pisze ogłoszenie reklamujące siebie jako przyjaciela. Notatka może mieć maksymalnie 20 słów. Uczniowie trenują wgląd w siebie, zastanawiają się, co czyni ich dobrymi przyjaciółmi. Uczestnicy mogą również otrzymać swobodę i „reklamować się” w różnych rolach, np. jako rodzeństwo, dzieci, a nawet uczniowie.

Uczestnicy wysyłają treść ogłoszenia w prywatnym czacie, wyłącznie do nauczyciela.

Nauczyciel odczytuje kolejne notatki, a cała klasa zgaduje, kto je napisał. Dodatkowo grupa i prowadzący mogą swobodnie dzielić się swoimi pozytywnymi odczuciami na temat danej osoby.

Autorzy: Tomasz Garstka, Natalia Perek, Edyta Palicka, Sylwia Walerych, Agata Staroń

Kierownik grupy wydawniczej: Agata Jastrzębska

Wydawca: Karolina Mutryn

Redaktor: Katarzyna Giruć

Copyright © by Wiedza i Praktyka sp. z o.o.

Warszawa 2023

Skład i łamanie: „Triograf” Dariusz Kołacz

Projekt okładki: Piotr Fedorczyk

Wiedza i Praktyka sp. z o.o.

ul Łotewska 9a, 03-918 Warszawa

tel. 22 518 29 29, faks 22 617 60 10

Niniejszy e-book jest chroniony prawem autorskim. Przedruk materiałów bez zgody wydawcy – zabroniony. Zakaz nie dotyczy cytowania publikacji z powołaniem się na źródło. Zaproponowane w tym poradniku wskazówki, porady i interpretacje dotyczą sytuacji typowych. Ich zastosowanie w konkretnym przypadku może wymagać dodatkowych, pogłębionych konsultacji. Publikowane rozwiązania nie mogą być traktowane jako oficjalne stanowisko organów i urzędów państwowych. W konsekwencji redakcja nie może ponosić odpowiedzialności prawnej za zastosowanie zawartych w poradniku wskazówek, przykładów, informacji itp. do konkretnych przypadków.



epedagogika.pl

Dołącz do grona pedagogów z pasją i korzystaj z portalu ePedagogika.pl:

- **Będiesz na bieżąco ze zmianami prawnymi**, m.in. przeczytasz o wszystkich zmianach związanych z awansem zawodowym, oceną pracy oraz dowiesz się, kiedy zaczną obowiązywać – dostępnych ponad 350 porad na różne tematy!
- **Zyskasz dostęp do banku kart pracy i scenariuszy** m.in. na terapię pedagogiczną, spotkania z rodzicami oraz zajęcia rozwijające umiejętność uczenia się – dostępnych już ponad 450 różnych materiałów!
- **Poznasz autorskie i sprawdzone metody postępowania w sytuacjach kryzysowych** – wszystkie porady przygotowane są przez praktyków, którzy sprawdzili je najpierw w swojej pracy.
- **Dowiesz się, jak dostosować metody pracy i środowisko szkolne do potrzeb** m.in. uczniów z orzeczeniem.
- **Uzyskasz odpowiedź na swoje pytania** – czas oczekiwania to tylko 2 dni!

Wejdź na www.epedagogika.pl

i przekonaj się o wszystkich korzyściach już dziś!

2 PN 0004

ISBN 978-83-8344-046-0



9 788383 440460

The logo for epedagogika.pl, featuring a stylized lowercase 'e' in a blue circle followed by the text 'pedagogika.pl' in a multi-colored font.