

# dialogi

Miesięcznik pedagogiczny

Nr 6 (242)  
Czerwiec 2020  
Szczecin  
ISSN 2300-9691



# Depresja



Prace uczestników  
Pracowni Plastycznej  
Pałacu Młodzież  
(op. art. Magda Kucharska)

## *Świat pędzlem malowany*

Zdjęcia: Magda  
Kucharska



**„Dialogi” Miesięcznik****Pedagogiczny**

e-mail:

dialogi@palac.szczecin.pl

**Wydawca:**

Pałac Młodzieży –  
Pomorskie Centrum  
Edukacji

**Redagują:**

*Ewa Karasińska*  
(redaktor naczelna)

**Ryszard Goclan**

(redaktor techniczny)

**Kolegium redakcyjne:***Paweł Bartnik**Katarzyna Fenczak**Róża Czerniawska-**Karcz**Wiesław Seidler*

Zastrzegamy sobie  
prawo do skracania,  
opracowań,

redagowania  
i adiustacji tekstów

oraz zmiany ich  
tytułów.

Za treść ogłoszeń  
odpowiedzialności  
nie ponosimy.

**Adres redakcji:**

Pałac Młodzieży – PCE

al. Piastów 7

70-327 Szczecin

tel. 91 422 52 61

Strona internetowa:

[https://pe.szczecin.pl/  
chapter\\_201347.asp](https://pe.szczecin.pl/chapter_201347.asp)



Kreska:Internet

**W numerze:**

\* Świat  
pędzlem malowany ..... 2



\* Nie przegap symptomów .. 4



\* Depresja  
jest niebez-  
-pieczna ..... 4-5

\* Dziecko z depresją  
w szkole i przedszkolu ..... 6-15

\* Ochrona zdrowia  
psychicznego dzieci  
i młodzieży w szkole ..... 16-22



\* Relaks  
z  
książką ..... 23

\* W Pałacu literacko ..... 24-28

\* Motyle w sieci, czyli  
nauczanie zdalne ..... 29-30



\* Z wiatrem w żaglach ..... 31

\* Świat w glinie zaklęty ..... 32-33

**Warsztaty, konferencje, spotkania, projekcje****Sala do wynajęcia**

Pałac Młodzieży oferuje do wynajęcia salę multimedialną na 50 osób. Sala znajduje się w budynku nowej siedziby, przy al. Piastów 7 (centrum Szczecina). Wyposażona jest w nowoczesny sprzęt techniczny, m.in. projektor, rzutnik multimedialny i nagłośnienie w systemie dźwiękowym dolby surround. Można tu zorganizować m.in. warsztaty, konferencje, spotkania, projekcje. Gwarantujemy pomoc techniczną przy obsłudze.

Warunki wynajmu i terminy rezerwacji – w sekretariacie PM-PCE, tel. 91 422 52 61



## Nie przegap symptomów

Pandemia koronawirusa choć powoli wygasa, zbiera swoje żniwo. Sprawiała, że po blisko trzech miesiącach izolacji w domach, uczniowie powoli uczą się postaw społecznych, wciąż ograniczanych przepisami sanitarno-epidemiologicznymi. W czasie izolacji zmieniło się ich życie, przyzwyczajenia, kontakty z rówieśnikami. Internet tak naprawdę stał się w tym czasie prawdziwym życiem młodych ludzi. Tu odbywały się zdalne lekcje, kontakt z kolegami i nauczycielami. Tu dzieci rozładowywały emocje. Rzeczywistość ograniczona do cyberprzestrzeni, brak ruchu, spontaniczności i ograniczenie funkcji poznawczych i kontaktów tylko ograniczonych do własnej rodziny, przyniosły za sobą ryzyko pojawienia się depresji. Jak wskazują statystyki lekarskie coraz częściej dotyka ona młodych ludzi. O ile jednak do tej pory istniał cały system wczesnego wykrywania i diagnozowania tej choroby – szkoła, pedagodzy, wychowawcy, centra psychologiczno-pedagogiczne tak ostatnie miesiące sprawiły, że system ten przestał funkcjonować. Na placu boju pozostali tylko rodzice, którym przyszło sprostać innym, nowym, wyzwaniom. W natłoku obowiązków łatwo przegapić pierwsze, niepokojące symptomy. Dlatego też postanowiliśmy skorzystać z autorytetu medycznego – prof. Jerzego Samochowca z PUM, aby przybliżyć temat depresji, gdyż nie leczona może prowadzić do sytuacji trudnych i nieodwracalnych. Chcemy sprawić, by rodzicom łatwiej było zdiagnozować pierwsze symptomy i znaleźć „drogę” do swojego dziecka. Może w czasie zbliżających się wakacji będzie więcej czasu na pomoc dla dzieci, które tej pomocy potrzebują od bliskich?



Zdjęcie: Internet

Rodzice muszą obserwować swoje dzieci

## Depresja jest niebezpieczna

Psychiatria historycznie ujmowała zespół depresyjny jako nieswoisty, bowiem wiedzę o chorobach budowano przez opisy objawów, grupowanie ich i poszukiwanie przyczyn.

Ponieważ nie znamy obiektywnych markerów biologicznych większości zaburzeń psychicznych, dlatego w diagnostyce musimy opierać się na ustaleniu objawów. W depresji są to głównie doznania subiektywne, relacjonowane przez badanego.

Badanie podmiotowe we wczesnym okresie życia, tj. zanim u dziecka rozwinię się zdolność posługiwania się mową oraz nazywania przeżywanych emocji, nie ma wielkiego znaczenia. Trzeba zatem polegać na badaniu przedmiotowym, na które składają się:

1. obserwacja zachowania spontanicznego
2. obserwacja reakcji na zachowania osoby badającej
3. informacje uzyskane od opiekunów.

Do połowy ubiegłego wieku psychiatrzy nie rozpoznawali depresji u dzieci. Dzieci nie relacjonują przeżywania obniżonego nastroju, pesymistycznej oceny przyszłości ani urojeń grzesności i winy.

Informacje o częstości występowania zespołów depresyjnych u dzieci i nastolatków, chociaż jest ich wiele, nie są łatwe do interpretacji. Wskaźniki rozpowszechnienia punktowego są najwyższe w odniesieniu do pacjentów psychiatrycznych, niższe w odniesieniu do pacjentów pediatrycznych, a najniższe w populacji ogólnej.

Badania epidemiologiczne są prowadzone od około pół wieku, a wskaźniki rozpowszechnienia punktowego mieszczą się przedziale 8,75-42,9 proc. populacji ogólnej.

Tak duża rozpiętość jest wynikiem stosowania różnych testów oraz trudności w opracowaniu narzędzia badawczego odpowiedniego dla dzieci.

Z badań epidemiologicznych, prowadzonych także w Polsce, wynika, że tylko około 1/5 dzieci i nastolatków zdiagnozowanych w ten sposób jako depresyjne cierpi na zaburzenia afektywne. Oznacza to, że u 4/5 dzieci z depresją zespół psychopatologiczny ma inne przyczyny niż właściwe zaburzeniom afektywnym.

### Objawy depresji

Podobnie jak u dorosłych, objawami depresji u dzieci są (trwające co najmniej 2 tygodnie):

- smutek
- ograniczenie lub rezygnacja z zainteresowań i aktywności, które dotychczas sprawiały radość (anhedonia)
- zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej
- spowolnienie lub pobudzenie
- poczucie braku nadziei i sensu życia
- niskie poczucie własnej wartości
- nadmierne poczucie winy
- poczucie bezradności
- nawracające myśli o śmierci i samobójstwie
- spadek energii
- nadmierna męczliwość
- zaburzenia koncentracji uwagi
- wzrost lub spadek apetytu
- zmiana wzorca snu (utrzymujące się przez pewien czas wyraźne trudności z zasypianiem lub wczesne wybudzenie).

W okresie dojrzewania liczba przypadków zaburzeń depresyjnych wyraźnie wzrasta osiągając poziom porównywalny z zachorowalnością u dorosłych. Dla depresji w tej grupie wiekowej charakterystyczny jest nastrój rozdrażnienia oraz złość. Często pojawia się wycofanie społeczne, zmiany apetytu (zmniejszenie lub zwiększenie), wahania rytmu dobowego, utrata zainteresowania zajęciami, które wcześniej sprawiały przyjemność, jak sport czy spotkania z rówieśnikami.

W przypadku podejrzenia depresji rodzic z dzieckiem powinien zgłosić się do psychiatry dziecięcego młodzieżowego lub do psychologa.

W związku z ostatnimi zaleceniami - „zostańcie w domu” rodzina staje w sytuacji konieczności organizacji codziennych aktywności przeniesionych na przestrzeń domową, co w naturalny sposób stwarza sytuację trudności dla zachowania równowagi

w obszarze organizacji aktywności zawodowych, opiekuńczych, edukacyjnych.

Zgodnie z Rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego:

„Kluczowa wydaje się być zasada świadomości zachowania struktury dnia – dbania o stałość i powtarzalność, celem budowania poczucia bezpieczeństwa i przewidywalności, posiadania wiedzy wobec możliwych form zyskiwania pomocy i zrozumienia zasadności dla kroków jej podejmowania.

**Po pierwsze** – rodzice pozostają w odpowiedzialności za swoje dzieci – zapewnienie im poczucia bezpieczeństwa i przewidywalności, a w tym pomocą będzie nakreślenie jasnych kroków zyskiwania pomocy oraz wspierania ich w procesach opiekuńczo-wychowawczych.

**Po drugie** – rodzic/opiekun może zadzwonić do specjalisty świadczącego pomoc – są różne grupy zraszające osoby świadczące pomoc, w tym też wolontaryjną dla pacjentów i profesjonalistów (edukującą pro-fesjonalistów jakie interwencje podejmować).

**Po trzecie** – dziecko/adolescent również ma możliwość kontaktu z psychologiem/ psychoterapeutą, w sytuacji, w której doświadcza trudnych emocji.

**Po czwarte** – w sytuacji, gdy rodzina, dziecko/adolescent już korzysta z pomocy profesjonalistów – lekarz psychiatra, psycholog, psychoterapeuta – należy skontaktować się z osobami, które już realizowały proces leczniczy, prowadziły psychoterapię.

Te same zalecenia dotyczą opiekunów dzieci przebywających w placówkach (Domy Dziecka, Ośrodki Opiekuńcze)

Wizyta w izbie przyjęć szpitala psychiatrycznego jest ostatecznością, zawsze, po uprzednim telefonicznym kontakcie z lekarzem dyżurnym”.



**Jerzy Samochowiec**, profesor nauk medycznych od 2004 r. specjalista psychiatra (1997), psychoterapeuta (2008). Był Stypendystą Fundacji Alexandra Humboldta (1996-1999) na Uniwersytecie w Berlinie.

Od 2004 r. jest kierownikiem Katedry i Kliniki Psychiatrii PUM w Szczecinie. Był Konsultantem ds. Psychiatrii w Zachodniopomorskiem w latach 2005-2015.

Główne zainteresowania naukowe: genetyka uzależnień, depresji, zaburzeń lękowych, ADHD, farmakogenetyka schizofrenii, schizofrenia deficytowa, pierwsze epizody psychozy, stany wysokiego ryzyka psychozy, psychobiota.

Jest promotorem 17 ukończonych prac doktorskich, był opiekunem 5 habilitacji w Katedrze Psychiatrii PUM. Opublikował przeszło 300 prac oryginalnych, poglądowych w języku polskim, angielskim i niemieckim. Jego wskaźnik Hirscha wynosi 28, liczba cytowań ponad 2800, publikacje jego mają współczynnik oddziaływania IF=390.

Jest członkiem Komitetów Redakcyjnych wydawnictw: *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *Psychiatria Polska*, *Alkohol i Narkomania*, *Psychiatria po Dyplomie* i innych.

Jest Redaktorem Naczelnym czasopisma *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*.

W latach 2009 - 2013 był w Zarządzie Europejskiego Towarzystwa Badań nad Alkoholizmem (*European Society for Biological Research on Alcoholism – ESBRA*).

W latach 2014-2019 był w Zarządzie Głównym Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*EPA-European Psychiatric Association*). Współorganizował pierwszy raz w Polsce 27 Zjazd Psychiatrii Europejskich (*EPA*) w Warszawie i Zjazd Psychiatrii Polskich w 2007 i 2020.

Aktualnie jest wiceprzewodniczącym Komitetu Sterującego Psychiatrycznymi Towarzystwami *EPA*.

Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (2019-2022).

Proroktor ds. Nauki w kadencji 2012-2016, ponownie wybrany na kadencję 2016-2020.

Żonaty, 1 dziecko. Hobby: narty, piłka nożna, tango, poznanie świata.

# One są wśród nas Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu

Informacje dla pedagogów i opiekunów

Monika Turno

„*One są wśród nas*” — dzieci z zaburzeniami psychotycznymi i lękowymi, z depresją i ADHD, z autyzmem i Zespołem Aspergera, z zaburzeniami odżywiania i z problemem tików. Czy je znamy? Czy rozumiemy ich trudności?

Czy chcemy i potrafimy im pomóc?

Doświadczenia wielu krajów, a także nasze, polskie doświadczenia edukacji integracyjnej i włączającej wskazują, że dzieci z zaburzeniami roz-

woju i przewlekle chore, a więc ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, najpełniej uczestniczą w procesie edukacji, gdy pozostają wspólnie ze swoimi rówieśnikami i w najbliższym otoczeniu. Mogą uczyć się i być razem ze wszystkimi. pod warunkiem, że będziemy chcieli je bliżej poznać, dostrzec ich indywidualne potrzeby i wykorzystać tę wiedzę w procesie uczenia, wychowania i budowania przyjaznych relacji z otoczeniem.

Obecnie przygotowane publikacje z serii „One są wśród nas” mają za zadanie przybliżyć nauczycielom, rodzicom i uczniom specyficzne problemy funkcjonowania w szkole i w przedszkolu dzieci z zaburzeniami rozwojowymi i chorobami psychicznymi, a także wskazać kierunki i sposoby pracy z nimi.

Integracja dzieci w szkole, zgodne i twórcze współżycie wszystkich dzieci jest naszą wspólną szansą. Odkryjmy jej wartość.

**Zespół redakcyjny  
Ośrodka Rozwoju Edukacji**

## Co to jest depresja?

**Termin depresja** – niezwykle rozpowszechniony w codziennym języku — zazwyczaj używany jest do nazwania normalnej reakcji na trudne wydarzenie. Często zdarza się, że młody człowiek odczuwa smutek po przeżyciu zawodu miłosnego lub po nieudanym podejściu do egzaminu.

**Depresja jako choroba**, lub inaczej klinicznie rozpoznany zespół depresyjny, to długotrwały, szkodliwy i poważny stan charakteryzujący się nadmiernym obniżeniem nastroju oraz innymi objawami psychicznymi, behawioralnymi i fizycznymi.

W medycznych klasyfikacjach chorób depresja jest umieszczana w grupie zaburzeń nastroju (zaburzenia afektywne). W zależności od nasilenia objawów lekarze rozpoznają epizod depresyjny łagodny, umiarkowany lub ciężki.

Objawy depresyjne występują również u osób, u których nie rozpoznano choroby afektywnej, lecz inne schorzenie, np. mieszane zaburzenia lękowo-depresyjne lub zaburzenia adaptacyjne (reakcja depresyjna). W grupie osób z tymi zaburzeniami pojawienie się objawów depresyjnych związane jest z aktualnymi trudnymi przeżyciami; dla dzieci bardzo często jest to stres związany ze szkołą (nadmierna presja i wymagania, nasilona rywalizacja wśród uczniów, przemoc w szkole i in.).

Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży, poza kilkoma różnicami, rozpoznaje się na podstawie kryteriów przyjętych do diagnozowania depresji u dorosłych.

## Wiadomości ogólne

Dzieci, podobnie jak dorośli, mogą doświadczać nastroju, który potocznie określa się jako depresję. Dzieje się tak, gdy doznają one frustracji, rozczarowania lub kiedy przeżywają smutek związany ze stratą w ich życiu. Te trudne uczucia wywołane różnymi sytuacjami, zazwyczaj dość szybko mijają. Są jednak dzieci, które przez długi czas przeżywają smutek, z którym nie potrafią sobie poradzić. Można powiedzieć, że cierpią z powodu depresji – choroby, którą do niedawna rozpoznawano jedynie u dorosłych. Dawniej depresja nie była u dzieci zauważana, ponieważ nie pytano ich o nastroje czy uczucia. Również dzisiaj nie udało się rozpoznać depresji, jeżeli nie porozmawiamy z dzieckiem o jego samopoczuciu, nastroju, problemach. Ponieważ dzieciom jest trudniej niż dorosłym nazywać swoje uczucia, częściej wyrażają je w zachowaniach, które bardziej przyciągają uwagę otoczenia niż ciche, wewnętrzne cierpienie.

Obecnie wiemy już, że zarówno dzieci spokojne, wycofane, jak i drażliwe, kierowane do specjalistów w związku ze „złym zachowaniem”,

mogą cierpieć z powodu depresji. U jednych i drugich mogą wystąpić zaburzenia, których następstwem są liczne negatywne skutki:

- pogorszenie przystosowania społecznego,
- trudności w nauce szkolnej,
- niekiedy zwiększone ryzyko samobójstwa,
- zwiększone ryzyko depresji w przyszłości.

### Występowanie i współwystępowanie depresji

Na kliniczną depresję cierpi:

- 1 proc. dzieci przedszkolnych, powyżej 2-, 3-go roku życia,
- 2 proc. w grupie dzieci 6-12 lat,
- według niektórych

badania 4-8 proc., a według innych nawet do 20 proc. w grupie młodzieńczej.

Depresja okresu dzieciństwa i wieku młodzieńczego wciąż jest mniej poznana niż depresja osób dorosłych. Istnieje jednak kilka spójnych faktów, potwierdzonych przez różne badania. W okresie dzieciństwa tyle samo dziewcząt co chłopców choruje na depresję, a w okresie dojrzewania dwa razy więcej dziewcząt (Istnieją różnice związane z płcią: w dzieciństwie proporcja między chłopcami, a dziewczynkami wynosi 1:1 - chociaż niektóre badania wskazują na częstsze w tym wieku występowanie depresji u chłopców, a w okresie dojrzewania - 1:2.).

Charakterystyczną cechą depresji okresu dzieciństwa i dojrzewania jest wysoki współczynnik współzachorowalności. Najczęściej z depresją współwystępują zaburzenia lękowe. 30-75 proc. dzieci z depresją spełnia równocześnie kryteria diagnostyczne zaburzeń lękowych.

Wielu naukowców wysuwa tezę, że zaburzenia lękowe i depresja mogą mieć wspólne podłoże. Prawdopodobnie wczesne wystąpienie zaburzeń lękowych jest czynnikiem ryzyka rozwoju depresji.



Inne zaburzenia współwystępujące z depresją to tzw. zaburzenia eksternalizacyjne. Należą do nich zaburzenia zachowania (CD), opozycyjno-buntownicze (ODD), zespół nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (ADHD) oraz zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Niektóre badania nad rodzinami wskazują, że depresja oraz ADHD mogą być związane z tą samą predyspozycją genetyczną.

U depresyjnych dziewcząt częściej współwystępują zaburzenia lękowe, natomiast wśród chłopców z depresją częściej obserwowane są zaburzenia zachowania i ADHD. U młodszych dzieci z depresją myśli samobójcze rzadziej przeradzają się w konkretne plany i próby ich realizacji, natomiast u młodzieży ryzyko podjęcia próby samobójczej jest bardzo duże.

Niektóre badania wskazują, że występowanie depresji u dzieci i młodzieży może mieć tendencję wzrostową. Trudno jest jednoznacznie ocenić, czy jest to faktyczny wzrost zachorowań, czy raczej większa ich rozpoznawalność. Jednak coraz więcej badań potwierdza wzrost częstości występowania zaburzeń depresyjnych u ludzi w ostatnich dekadach XX wieku.

## Objawy depresji

Podobnie jak u dorosłych, objawami depresji u dzieci są:

- smutek,
- ograniczenie lub rezygnacja z zainteresowań i aktywności,
- które dotychczas sprawiały przyjemność,
- zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej - spowolnienie lub pobudzenie,
- poczucie braku nadziei,
- poczucie braku sensu życia,
- niskie poczucie własnej wartości,
- nadmierne poczucie winy,
- poczucie bezradności,
- nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie,
- spadek energii,
- nadmierna męczliwość,
- zaburzenia koncentracji uwagi,
- wzrost lub spadek apetytu,
- zmiana wzorca snu (utrzymujące się przez pewien czas wyraźne trudności z zasypianiem lub wczesne wybudzenie, np. ok. czwartej, piątej rano).

Nauczyciel może zapytać dziecko, czy któryś z wymienionych objawów obserwuje ono u siebie, może też zapytać o to rodzica.

Należy pamiętać, że u wielu dzieci cierpiących na depresję, głównym nastrojem nie jest smutek lecz drażliwość. Dzieci, szczególnie te młodsze, nie dysponują odpowiednim słownictwem, żeby szczegółowo opisać swoje uczucia. Do pewnego wieku po prostu nie rozumieją takich złożonych terminów, jak „samoocena”, „wina”, „koncentracja uwagi”. Nie rozumiejąc tych pojęć, nie potrafią precyzyjnie określić swoich nastrojów. Mogą natomiast sygnalizować swoje problemy poprzez zachowanie.

Typowe zachowania, mogące świadczyć o wystąpieniu depresji, to (obok zmiany wzorca odżywiania i snu):

- trudności w funkcjonowaniu szkolnym, np. częstsze spóźnienia, zwiększona absencja, opuszczanie zwłaszcza pierwszej lekcji, unikanie lekcji, na których przewidziane są sprawdziany, wycofanie z aktywnego udziału w lekcjach, częsty brak przygotowania do lekcji;
- trudności w usiedzeniu bez ruchu, niespokojne kręcenie się, niepokój manipulacyjny, np. pociąganie lub skręcanie włosów, skubanie skóry, fragmentów garderoby czy innych przedmiotów, co często pozostaje w wyraźnym kontraście z ogólnym spowolnieniem psychoruchowym oraz monotonnym często bardzo cichym i skąpym sposobem wypowiedzania się;
- nagłe wybuchy złości, częste uskarżanie się i pretensje lub trudna do wyjaśnienia drażliwość;

- wzmożona płaczliwość;
- widoczne przejawy napięcia, niepokoju, lęku;
- odmowa współpracy, zachowania aspołeczne;
- sięganie po alkohol i narkotyki;
- skargi na bóle różnych części ciała, np. głowy, ramion, nóg, brzucha, pomimo braku przyczyny somatycznej.

Młodsze dzieci mogą, częściej niż młodzież i dorośli, skarżyć się na objawy fizyczne, częściej też reagują drażliwością.

Natomiast symptomami występującymi u dzieci starszych częściej niż u młodszych, mogą być na przykład poczucie bezradności, braku nadziei czy poczucie winy.

## Cechy depresji u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym

Dzieci w tym wieku raczej nie będą mówiły o swoim obniżonym nastroju czy braku nadziei. O tym, co czują świadczy ich postawa ciała i wyraz twarzy. Często wyrażają skargi dotyczące dolegliwości somatycznych.

Niewyrazone przygnębienie może ujawniać się poprzez niewyjaśnione bóle brzucha, bóle głowy, brak łaknienia czy mimowolne moczenie. Dzieci przejawiają też większą drażliwość, apatię, brak zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały im przyjemność, niechętnie współpracują z innymi, tracą zainteresowanie lekcjami, niekiedy mogą przeszkadzać, próbując zwrócić na siebie uwagę.

U młodszych dzieci z depresją, częściej niż u młodzieży, współwystępuje lęk separacyjny, natomiast inne zaburzenia lękowe oraz zaburzenia zachowania obserwuje się tak samo często w obu grupach wiekowych.

### Uwaga nauczycielu!

Jeśli u dziecka w wieku przedszkolnym lub wczesnoszkolnym zauważysz drażliwość, apatię, brak zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały mu przyjemność, niechęć do współpracy, brak łaknienia, nawracające skargi na bóle brzucha, głowy, nóg, itp., wycofanie z aktywności lub zachowania mające na celu zwrócenie na siebie uwagi, zasygnalizuj to rodzicom; powiedz im, że ich dziecka może dotyczyć problem depresji i zachęć do skonsultowania się z lekarzem.

## Cechy depresji u nastolatków

W okresie dojrzewania liczba przypadków zaburzeń depresyjnych wyraźnie wzrasta osiągając poziom porównywalny z zachorowalnością u dorosłych. Związane jest to zapewne z wpływem czynników hormonalnych, ale również ze stresem szkolnym, presją, by dostosować się do grupy rówieśniczej, odnieść sukces.

Młody człowiek musi radzić sobie z wieloma trudnymi zadaniami rozwojowymi, takimi jak: określenie własnej tożsamości seksualnej, stopniowe zdobywanie samodzielności oraz separacja od rodziny. Nastolatki częściej określają siebie i innych stosując porównania, przestrzegają siebie jako „lepszycy” lub „gorszych” od innych ludzi.

W okresie dojrzewania bardzo ważny staje się wygląd i wiele nastolatków uważa, że nie odpowiadają kulturowo przyjętym standardom. Szczególnie podatne na tego typu procesy są dziewczęta, u których zależny od procesu dojrzewania przyrost tkanki tłuszczowej kłóci się z dążeniem do zachowania szczupłej sylwetki.

Dla depresji w tej grupie wiekowej charakterystyczny jest nastrój rozdrażnienia oraz złość. Często pojawia się wycofanie społeczne, zmiany apetytu (zwiększenie lub zmniejszenie), wahania rytmu dobowego, utrata zainteresowania zajęciami, które wcześniej sprawiały przyjemność, jak sport czy spotkania towarzyskie.

Podobnie, jak w młodszej grupie wiekowej, depresji okresu dojrzewania często towarzyszą zaburzenia lękowe i zaburzenia zachowania. Natomiast częściej obserwuje się w tej grupie zaburzenia odżywiania (szczególnie u dziewcząt) oraz nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Jednym z czynników, który poważnie obniża u nastolatka poczucie własnej wartości i tym samym przyczynia się do wystąpienia depresji, jest doświadczenie molestowania seksualnego. Myśli samobójcze występują u większości dzieci depresyjnych, na szczęście przed okresem dorastania rzadko przeradzają się w czyn. Natomiast w przedziale pomiędzy 15 a 19 rokiem życia ryzyko samobójstwa znacznie wzrasta.

Czynnikami, które poza depresją mogą nasilić tendencjesamobójcze są:

- stresujące okoliczności, takie jak silny konflikt rodzinny, doświadczenie odrzucenia

lub upokorzenia (np. porażka w ważnej dziedzinie, rozstanie z sympatią);

- nasilone poczucie bezradności lub wściekłość;
- sprzyjające okoliczności np. łatwa dostępność leków. Pomimo, że popełnienie i użycie leków jest okresem zaburzonego funkcjonowania, większość osób mających zamiar odebrać sobie życie nie trafia do ośrodków zdrowia psychicznego. W wielu przypadkach rodzice, koledzy czy nauczyciele nawet nie podejrzewają, że ich dziecko, kolega, uczeń, jest bliski podjęcia próby samobójczej.

### Uwaga nauczycielu!

Jeśli u nastolatka zauważysz drażliwość, częste wybuchy złości, wycofanie z kontaktów społecznych, brak zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały mu przyjemność, wypowiedzi na temat śmierci, bezsensu życia, braku nadziei i planów na przyszłość, utratę apetytu lub przeciwnie bardzo nasilony apetyt, wyraźny spadek lub przyrost masy ciała, skargi na brak snu lub nadmierną senność, trudności w realizacji wymagań szkolnych, zwróć na to uwagę rodziców, powiedz im, że dziecka może dotyczyć problem depresji i zachęć ich do skonsultowania się z lekarzem.

## Przyczyny depresji

Przyczyną wystąpienia klinicznej depresji nie jest jakiś pojedynczy czynnik biologiczny czy jedno zewnętrzne wydarzenie. Z pewnością należy brać pod uwagę:

- procesy biochemiczne zachodzące w mózgu,
- czynniki genetyczne,
- wpływ środowiska zewnętrznego.

U osób cierpiących z powodu depresji występują zaburzenia równowagi między różnymi substancjami biochemicznymi mózgu.

Istotny jest też czynnik genetyczny. Ryzyko wystąpienia depresji u dzieci, których rodzice biologiczni cierpieli z powodu tego zaburzenia, waha się w granicach 15-45 proc., nawet jeżeli dziecko zostało adoptowane przez rodzinę, w której depresja nie występuje. Jeżeli jedno z bliźniąt monozygotycznych choruje na depresję, ryzyko wystąpienia tego zaburzenia również u drugiego wynosi 70 proc..

Ważną rolę odgrywa również środowisko społeczne i atmosfera rodzinna. Na rozwój depresji u dziecka mogą mieć wpływ takie czynniki, jak:

- nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez członków rodziny,
- przemoc w rodzinie,
- przewlekła choroba któregoś z rodziców, innego członka rodziny lub samego dziecka,
- utrata ukochanej bliskiej osoby spowodowana śmiercią lub np. rozwodem rodziców,
- sytuacje psychicznego, fizycznego lub seksualnego wykorzystywania przez opiekunów,
- przewlekły konflikt małżeński rodziców,
- zaniedbanie,
- brak zainteresowania,
- wrogość i emocjonalne odrzucenie,
- nadmierne kontrolowanie przez rodziców,
- obarczanie dziecka zbyt dużą, przerastającą jego możliwości odpowiedzialnością (zamiana ról dziecko-rodzic),
- trudna sytuacja materialna oraz społeczna izolacja rodziny.

Częstą przyczyną wystąpienia reakcji depresyjnej jest stres wywołany sytuacją szkolną dziecka. Do szczególnie niekorzystnych czynników należą:

- nadmierne wymagania stawiane przez nauczycieli,
- zły klimat społeczny w szkole lub klasie – atmosfera napięcia, wrogości, brak wsparcia itp.,
- przemoc rówieśnicza,
- przemoc stosowana przez nauczycieli,
- niepowodzenia szkolne (np. niezdany egzamin),
- niesprawiedliwe ocenianie.

Trzy spośród wymienionych czynników — choroba psychiczna któregoś z rodziców, przemoc w rodzinie i rozwód rodziców — szczególnie silnie wpływają na nawroty choroby. Małe dziecko utraciwszy kontakt z najbliższym

opiekunem — czy to z powodu realnej straty spowodowanej śmiercią, chorobą lub rozwodem, czy w sensie symbolicznym z powodu odrzucenia i deprywacji podstawowych potrzeb emocjonalnych — może zachorować na depresję. Przeżywa wówczas silną złość i wrogość, które kieruje przeciwko sobie w postaci samokrytyki. Nieprawidłowe relacje rodzinne z jednej strony prowadzą do negatywnych przekonań na temat własnej wartości i kompetencji, z drugiej — utrudniają nabywanie ważnych umiejętności adaptacyjnych, umożliwiających radzenie sobie z trudnymi wydarzeniami. U dziecka pozbawionego poczucia bezpieczeństwa i akceptacji może się rozwinąć negatyw-

ny stosunek do samego siebie, do świata i do przyszłości.

Jednym z czynników ryzyka rozwoju depresji jest niska samoocena. Samoocena jest wynikiem dwóch wewnętrznych sądów. Po pierwsze dziecko odczuwa pewną rozbieżność między tym, kim chciałoby być, a tym, kim myśli, że jest. Im większa jest ta rozbieżność, tym niższa samoocena dziecka. Drugim głównym czynnikiem wpływającym na poczucie własnej wartości dziecka, jest poczucie wsparcia, jakiego doświadcza ze strony ważnych dla niego osób, przede wszystkim ze strony rodziców, nauczycieli i kolegów.

Dla prawidłowego rozwoju samooceny u dziecka konieczne jest współdziałanie obu wyżej opisanych czynników. Dziecko depresyjne będzie tłumaczyć negatywne, trudne wydarzenia własnymi, stałymi, właściwościami (będzie w nadmierny sposób obarczać siebie winą, nie uwzględniając innych czynników), a co za tym idzie będzie osądzać samo siebie w nadmiernie krytyczny sposób.

Kiedy uczeń poniesie porażkę, np. nie rozwiąże zadania, to:

- a. może przyjąć, że jest to zadanie nie do rozwiązania,
- b. może uznać, że jest za głupi, żeby je rozwiązać,
- c. może stwierdzić, że zadanie zapewne jest do rozwiązania, ale to, że sobie z nim nie poradził, nie oznacza, że on sam jest głupi.

Uczeń depresyjny uzna jedynie drugie tłumaczenie i za każdym razem, kiedy coś mu się nie uda, będzie powtarzał negatywne opinie o sobie. Taki sposób rozumowania

prowadzi do niskiej samooceny, bierności i braku wiary w swoje możliwości. Dzieci zdrowe zazwyczaj znajdują sposoby, jak radzić sobie z dyskomfortem emocjonalnym, podczas gdy dzieci z depresją wybierają dysfunkcyjne strategie rozwiązywania problemów, takie jak unikanie czy odwracanie uwagi.

Obecnie najpowszechniej akceptowanym modelem wyjaśniającym rozwój depresji jest model: podatność-stres. Według tej koncepcji narażenie na przewlekły stres dziecka z uwarunkowaną genetycznie wrażliwością prowadzi w rozwijającym się mózgu do uszkodzenia neuroendokrynologicznych procesów adaptacyjnych. W konsekwencji u dziecka może rozwinąć się predyspozycja do reagowania depresją nie tylko na prawdziwe stresory, ale również na te wyimaginowane lub nieznaczne.

## Przebieg choroby

Epizod tzw. dużej depresji trwa, podobnie jak u dorosłych, 7 do 9 miesięcy. Dystymia – typ depresji, w którym nasilenie objawów depresyjnych jest mniejsze, trwa co najmniej rok (jak wykazują niektóre badania średni czas trwania dystymii wynosi 4 lata). Prawdopodobnie u blisko 70 proc dzieci z rozpoznaniem dystymii po dwóch, trzech latach choroby pojawia się również epizod dużej depresji, mówimy wtedy o „podwójnej depresji”, która znacznie pogarsza rokowanie.

Badania nastolatków z rozpoznaniem depresji wskazują, że w 40 proc. przypadków w ciągu 3-5 lat dochodzi do wystąpienia kolejnego epizodu. Coraz więcej faktów przemawia za tym, że wczesne wystąpienie depresji jest zapowiedzią przewlekłego zaburzenia, które będzie miało swoją ciągłość od wieku dziecięcego poprzez młodzieńczość do dorosłości.

## Leczenie

Leczenie dzieci i młodzieży z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych powinno być kompleksowe, nakierowane zarówno na objawy choroby, jak i na związane z wiekiem potrzeby rozwojowe.

Leczenie powinno uwzględniać wszystkie sfery nieprawidłowego funkcjonowania:

- trudności społeczne,
- kłopoty z nauką,
- trudności w rozwiązywaniu problemów społecznych i kontrolowaniu emocji,
- nieprawidłowe relacje rodzinne,
- dysfunkcjonalne przekonania dotyczące własnej osoby i innych ludzi.

W przypadkach mniej nasilonej depresji stosuje się psychoterapię. W zależności od potrzeb i okoliczności może to być terapia indywidualna, grupowa lub rodzinna.

W trakcie psychoterapii wyszkolony terapeuta, za pomocą odpowiednich technik bazujących na określonych założeniach teoretycznych, stara się pomóc pacjentowi w poznaniu i zrozumieniu samego siebie. Pozwala to na dokonanie zmiany zarówno w sposobie myślenia i przeżywania, jak i funkcjonowania. W leczeniu depresji skutecznych może być kilka rodzajów psychoterapii. Najwięcej doniesień na temat skuteczności dotyczy terapii poznawczo-behawioralnej. Zgodnie z tym podejściem teoretycznym emocje człowieka są kontrolowane przez jego sposób myślenia, przez jego spostrzeżenia oraz opinie na temat samego siebie, innych, świata. Osoba depresyjna będzie nadmiernie krytyczna wobec siebie, będzie oczekiwała porażki, niewłaściwie oceniała opinie innych na swój temat, odczuwała bezradność i negatywnie oceniała świat oraz swoją przyszłość. Leczenie będzie polegało przede wszystkim na zmianie tych negatywnych przekonań i wzorców myślenia.

Terapia interpersonalna jest oparta na założeniu, że trudności w relacjach z innymi mogą wywoływać lub nasilać depresję, również depresja może zaburzać te relacje. Zrozumienie choroby i jej powiązań z problemami w relacjach stwarza możliwość nabywania lepszych umiejętności społecznych.

Terapia psychodynamiczna zakłada, że funkcjonowanie człowieka jest uwarunkowane wydarzeniami z przeszłości pacjenta, czynnikami genetycznymi oraz aktualną sytuacją. W trakcie le-



czenia rozpoznawane są emocje i nieświadome motywy kierujące zachowaniem pacjenta. Często niezbędna jest terapia rodzinna, ponieważ nieprawidłowe relacje rodzic-dziecko i zaburzone związki rodzinne są jednym z głównych czynników wywołujących depresję.

W pewnych sytuacjach konieczne jest włączenie leczenia farmakologicznego, jednak – jak wskazują badania – u dzieci i młodzieży nie jest ono tak skuteczne jak u dorosłych. Nowoczesne leki przeciwdepresyjne, w przeciwieństwie do leków starszej generacji, działają bardziej wybiórczo, nie wpływają na poziom innych neuroprzekaźników, tym samym zmniejszają ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych. Jednak w trakcie stosowania wspomnianych leków, mogą wystąpić niekorzystne efekty uboczne, takie jak przyspieszenie perystaltyki jelit, zgaga, bóle głowy i brzucha, problemy z zasypianiem.

Szczególnie w początkowym okresie leczenia dziecko może być bardziej niespokojne, rozdrażnione, może skarżyć się na bóle lub zawroty głowy. Występujące dolegliwości dotyczą często układu pokarmowego. Należą do nich przede wszystkim: nudności, bóle brzucha, niekiedy związane ze zwiększoną liczbą wypróżnień (konieczność częstszych wizyt w toalecie). Ponadto mogą wystąpić trudności z zasypianiem, a w sporadycznych przypadkach nadmierna senność.

Opisane dolegliwości wywierają dodatkowo niekorzystny wpływ na funkcjonowanie depresyjnego dziecka w szkole, przeważnie jednak mają one charakter przejściowy i ustępują po pierwszym tygodniu leczenia. Nauczyciel powinien uważnie obserwować wszelkie wyraźne zmiany w zachowaniu ucznia i przekazywać informacje o swoich obserwacjach rodzicom. W przypadku dłuższego utrzymywania się objawów niepożądanych lub ich znacznego nasilenia, lekarz psychiatra z pewnością rozważy zmianę leczenia farmakologicznego.

W leczeniu depresji u dzieci i młodzieży niekiedy stosowane są także starsze leki, których podawanie wymaga systematycznej kontroli pracy serca (EKG). Podczas stosowania tych leków dziecko może się czuć zmęczone, skarżyć się na uczucie „rozbicia” czy zawroty głowy. Jeżeli lekarz uzna, że nie powinno ćwiczyć na WF-ie, powinien wystawić zwolnienie.

Główna wada leków przeciwdepresyjnych, zarówno starszych jak i nowoczesnych polega

na tym, że ich działanie ujawnia się dopiero po około dwóch, trzech, a nawet czterech tygodniach leczenia. Jeśli wiemy, że dziecko przyjmuje lek przeciwdepresyjny od około dwóch tygodni, to nie powinniśmy się dziwić, że wciąż jest smutne lub drażliwe, nie może skupić się na lekcji, wciąż jest zmęczone, zmęczone i nie przejawia zainteresowania otoczeniem.

Jeśli natomiast leczenie trwa ponad miesiąc, a u dziecka nie obserwuje się żadnej poprawy samopoczucia, należy ponownie skonsultować się z psychiatrą. Przy ocenie funkcjonowania dziecka ważna jest oczywiście obserwacja prowadzona przez opiekunów, wychowawców, nauczycieli; zawsze jednak należy pytać samo dziecko o jego uczucia i przeżycia.

Powolne działanie leków przeciwdepresyjnych często wywołuje u opiekunów niepokój, ponieważ nie zauważają oni drobnych zmian na lepsze w funkcjonowaniu dziecka. W związku z tym oczekują zmiany leczenia. Należy jednak pamiętać, że przedwczesna lub częsta zmiana leków nie jest korzystna dla dziecka i nie przyspieszy procesu leczenia.

Podczas terapii depresji może być konieczne leczenie współistniejących zaburzeń somatycznych i psychicznych oraz wprowadzenie – w zależności od potrzeb – takich oddziaływań, jak psychoedukacja, warsztaty umiejętności rodzicielskich oraz dla dzieci – treningi umiejętności społecznych.

## **Rola nauczyciela i szkoły**

W dzisiejszych czasach, kiedy dzieci wiele godzin dziennie spędzają w przedszkolu lub w szkole, to właśnie uważny nauczyciel czy wychowawca może być pierwszą osobą, która zauważy niepokojące objawy. Należy pamiętać, że zarówno dziecko ciche, wycofane, wyglądające na smutne lub przygnębione, jak i dziecko drażliwe, sprawiające problemy wychowawcze, może cierpieć z powodu depresji. Wychowawca lub inny nauczyciel powinien w sposób spokojny i życzliwy porozmawiać z dzieckiem o jego samopoczuciu i problemach. Należy unikać szorstkiego, krytycznego podejścia i stawiania wysokich wymagań, warto okazywać serdeczność, chęć zrozumienia i bezwarunkowy szacunek.

### Uwaga nauczycielu!

- Zanim przystąpisz do rozmowy z dzieckiem, spędź kilka chwil ze sobą: zastanów się nad swoją reakcją, nastawieniem do dziecka i przemyśl, w jaki sposób chcesz z nim rozmawiać.

- Unikaj wypytywania, aby uczeń nie poczuł się jak na „przesłuchaniu”. Natomiast wyrażaj swoją gotowość do wysłuchania go („Chcę Ci powiedzieć, że jeśli będziesz chciał o czymś ze mną porozmawiać, to zawsze znajdę czas, aby Cię wysłuchać.”; „Ważne jest dla mnie, żebyś się dobrze czuł w szkole. Czy potrzebujesz czegoś z mojej strony, czy mogę coś dla Ciebie zrobić?”).

- Jeśli nie rozumiesz czegoś w wypowiedzi ucznia, doprecyzuj, zadając dodatkowe pytania („Co się dokładnie stało?” „Czy możesz podać jakiś przykład zachowań,

- o których wspomniałeś?”). Unikaj zgadywania, o co uczniowi mogło chodzić.

- Nie krytykuj i nie podważaj prawdziwości tego, co uczeń mówi o swoim przeżywaniu rzeczywistości szkolnej (unikaj sformułowań typu „Nie wygłupiaj się – przecież nic takiego się nie stało”). Sprawdzaj, jakie znaczenie dla ucznia mają określone zdarzenia i jak uczeń je przeżywa („Co to dla Ciebie oznaczało?”).

- Interesuj się uczniem na co dzień, niezależnie od jego nastroju, a nie tylko wówczas, kiedy widzisz niepokojące objawy.

- Na przykład, jeśli zachowanie dziecka budzi niepokój, nauczyciel może dyskretnie zapytać je o samopoczucie. Może powiedzieć, jakie objawy go niepokoją: „Wydajesz mi się od jakiegoś czasu smutny/ rozdrażniony. Nie bawisz się z kolegami tak, jak to było kiedyś. Siedzisz sam na przerwie. Co się wydarzyło? Chciałabym z Tobą o tym porozmawiać...”. Nie należy natomiast od razu pytać, np. czy w domu źle się dzieje? itp.

Jeśli nauczyciel zauważy niepokojące objawy u ucznia, wskazane jest, aby porozmawiał z jego rodzicami o potrzebie dokonania oceny stanu psychicznego dziecka przez psychologa szkolnego lub psychologa w poradni psychologiczno-pedagogicznej.

### Uwaga nauczycielu!

Kiedy zauważysz niepokojące objawy u swojego ucznia, nie zatrzymuj tej wiedzy dla siebie. Zaproś na rozmowę jego rodziców. Zaproponuj dogodny dla obu stron czas oraz miejsce, gwarantujące swobodną rozmowę z zachowaniem dyskrecji. Unikaj rozmów „w przelocie”, podczas dyżuru na korytarzu czy w czasie przerwy między lekcjami. Powiedz rodzicom o swoich obserwacjach. Opisz dokładnie niepokojące Cię zachowania dziecka, unikaj sformułowań oceniających (np. „Często widuję jak Zuzia siedzi samotnie na korytarzu, skulona i zapatrzona w jeden punkt” zamiast „Zuzia jest ostatnio smutna”). Wyraź swój niepokój i wyjaśnij, jakie możliwości zasięgnięcia porady specjalisty ma rodzina. Podaj konkrety, np. adres i telefon poradni, z której pomocy dziecko mogłoby skorzystać.

Jeżeli dziecko ma problemy w nauce, potrzebna będzie przynajmniej przybliżona ocena jego możliwości intelektualnych. Trzeba pamiętać, że wyniki testów oceniających rozwój inteligencji dziecka mogą być w depresji zaniżone. Konieczne jest wykluczenie takich deficytów jak dysfajza, dysleksja, dyskalkulia; w przypadku ich stwierdzenia należy włączyć właściwą pomoc pedagogiczną. Zaburzenia koncentracji uwagi, powodujące nasilenie trudności szkolnych, mogą być przejawem depresji, mogą też być objawem często współwystępującego z depresją zespołu ADHD.

W celu wyjaśnienia tych kwestii, ważne jest zaproszenie rodziców do szkoły i partnerska rozmowa na temat zachowania i wyników dziecka w szkole, oraz wymiana informacji o jego funkcjonowaniu w domu i szkole. Należy stworzyć dobrą, atmosferę takiego spotkania, wysłuchać rodziców i powiadomić ich o niepokojących nauczyciela objawach.

Pokazanie ważności badania psychologiczno-pedagogicznego, zachęcenie rodziców do skorzystania z niego i pomoc w umówieniu wizyty w poradni jest zasadą dobrej współpracy szkoły z rodzicami. Nawet u dzieci zdrowych wielokrotne niepowodzenia szkolne przyczyniają się do nadmiernej łękliwości, utraty wiary we własne możliwości oraz do rozwoju pasywnej postawy wobec życia.

Gdy psycholog stwierdza objawy depresyjne, zazwyczaj zaleca konsultację psychiatryczną. W zależności od sytuacji życiowej dziecka i możliwości otoczenia, może zalecić psychoterapię indywidualną, rodzinną lub grupową. Ważna jest psychoedukacja rodziców i ich współpraca z nauczycielami. Rodzice powinni znać wyniki badań psychologicznych, natomiast psycholog – jeżeli widzi taką potrzebę – może na podstawie swoich badań przygotować zalecenia dla nauczycieli. Omówienie tych zaleceń z rodzicami może sprawić, że dojdzie do porozumienia na temat sposobu postępowania z chorym dzieckiem i współpracy nauczycieli z rodzicami oraz zespołem specjalistów.

Chociaż nie zawsze jest to możliwe z uwagi na niewielką liczbę specjalistów, dziecko lub nastolatek z podejrzeniem zespołu depresyjnego powinien być zdiagnozowany przez psychiatrę dzieci i młodzieży, który następnie ustali plan leczenia. Istotne jest przeprowadzenie podstawowych badań laboratoryjnych, ponieważ niektóre schorzenia somatyczne, np. niedoczynność tarczycy, mogą powodować objawy przypominające symptomy depresji (m.in. spowolnienie psychoruchowe, przyrost masy ciała, wzmożona męczliwość).

Jeżeli dziecko wypowiada myśli na temat braku sensu życia, ujawnia zainteresowanie śmiercią i umieraniem, prowadzi rozważania o śmierci, twierdzi, że chciałoby zasnąć i więcej się nie obudzić lub zginąć w wypadku samochodowym, poszukuje informacji dotyczących działań toksycznych leków, trucizn, ujawnia nawet nikłe zamiary popełnienia samobójstwa, to istnieje poważne ryzyko podjęcia przez nie próby samobójczej.

W takiej sytuacji nauczyciel nie może zachowywać swoich obaw dla siebie, musi działać szybko. Konieczny jest wtedy natychmiastowy kontakt z rodzicami i ze specjalistą (psycholog, psychiatra) oraz umieszczenie dziecka w warunkach zapewniających mu bezpieczeństwo. Wówczas, prawdopodobnie konieczna będzie hospitalizacja na oddziale psychiatrycznym dla dzieci.

W celu uzyskania porady psychiatry nie jest wymagane skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza pierwszego kontaktu).

Zgodę na hospitalizację dziecka do 15 roku życia wyrażają rodzice. Po ukończeniu przez dziecko 16 lat wymagana jest zarówno zgoda rodziców, jak i dziecka. W sytuacji, kiedy depresyjne dziecko nie wyraża takiej zgody, a istnieje ryzyko, że zagraża ono swojemu życiu, zgoda dziecka nie jest konieczna. W takich sytuacjach,

### Ważne!

Jeżeli dojdzie do próby samobójczej na terenie szkoły, szkoła wzywa karetkę pogotowia i zawiadamia rodziców. Natomiast jeżeli nauczyciela czy wychowawcę niepokoją wypowiedzi lub zachowania dziecka i podejrzewa obecność myśli samobójczych, zawiadamia rodziców, psychologa lub pedagoga szkolnego. Od rodziców oczekuje przeprowadzenia jak najszybszej konsultacji psychiatrycznej dziecka. Przy braku współpracy ze strony rodziców, szkoła zawiadamia sąd rodzinny. W każdej szkole powinien być dostępny telefon i adres najbliższej poradni zdrowia psychicznego (PZP) dla dzieci i młodzieży.

gdy pojawiają się wątpliwości, ostateczną decyzję podejmuje zawiadomiony przez szpital sąd.

W przypadkach podejrzenia poważnej patologii w rodzinie, szkoła powinna zwrócić się do Sądu Rodzinnego z prośbą o wgląd w sytuację rodzinną dziecka. Jeżeli problemem jest trudna sytuacja materialna rodziny i być może związana z nią izolacja społeczna, rodzina powinna otrzymać wsparcie opieki społecznej.

Pogorszenie wyników szkolnych to jeden z typowych przejawów depresji u dzieci, dlatego szczególnie istotne jest zaangażowanie ze strony nauczycieli. Niezbędna jest ich pomoc, wsparcie, cierpliwość i unikanie krytycznych uwag. Z uwagi na stan zdrowia, dziecko może potrzebować wsparcia ze strony szkoły w procesie realizacji obowiązku szkolnego, np. dodatkowych lekcji, odroczenia w czasie lub wyznaczenia dodatkowych terminów prac klasowych czy egzaminów. W niektórych przypadkach konieczne jest wprowadzenie – przynajmniej na pewien czas – nauczania indywidualnego.

W celu uniknięcia izolacji dziecka w grupie rówieśniczej korzystniejsze wydaje się realizowanie tej formy nauczania na terenie szkoły, a nie w miejscu zamieszkania dziecka. Nauczyciel powinien przygotować kolegów chorego ucznia oraz innych rodziców na taką sytuację (nie informować o jednostce chorobowej, lecz o potrzebie indywidualnej pracy z dzieckiem, i ewentualnie wyjaśnić, na czym ona będzie polegać). Warto zachęcić uczniów, aby informowali nauczycieli o niepokojących ich sytuacjach i zachowaniach.

W sytuacji, gdy dziecko z depresją nie wymaga hospitalizacji ani nie istnieją wskazania do nauczania indywidualnego w domu, należy dbać

o to, aby systematycznie uczęszczało ono do szkoły. Bardzo ważne jest zapobieganie izolacji społecznej, nie należy więc wykluczać dziecka z żadnych obszarów funkcjonowania szkolnego. Może ono uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego, w imprezach, uroczystościach itp. organizowanych przez szkołę, w wyjściach czy wycieczkach klasowych.

Oczywiście należy zachować czujność i elastyczność, zachęcać, a nie zmuszać. Jeśli dziecko rezygnuje z jakiejś aktywności, wycofuje się, twierdzi, że nie czuje się na siłach, może warto dać mu odpocząć, pozwolić, żeby „doszło do siebie” pod opieką szkolnej pielęgniarki lub zaproponować rozmowę z psychologiem. Zawsze należy być bardzo ostrożnym i do każdego dziecka z depresją podchodzić w sposób indywidualny.

Zachęcanie do aktywności i integracji z grupą rówieśniczą jest bardzo istotne, jednak zbyt wysokie oczekiwania czy błędna ocena aktualnych możliwości dziecka mogą nasilić jego niską samoocenę i utrudnić proces leczenia.

### Czynniki ochronne i zapobieganie

Ważnym czynnikiem zapobiegającym późniejszym zaburzeniom emocjonalnym i stanom depresyjnym jest bezpieczne, stabilne otoczenie, w którym dziecko spędza pierwsze lata życia.

Dla prawidłowego rozwoju dziecka oraz jego poczucia bezpieczeństwa i pewności siebie konieczna jest spokojna atmosfera w domu.

Oprócz przyjaznej i akceptującej postawy najbliższych, istotne znaczenie w podtrzymaniu zdrowia psychicznego ma stabilna atmosfera w środowisku szkolnym. Istotne jest zapobieganie takim negatywnym czynnikom jak:

- przemoc w szkole,
- nasilona rywalizacja i presja ze strony rówieśników,
- nadmierny nacisk na osiągnięcia szkolne.

Chociaż określenie czynników środowiskowych wywołujących lub nasilających przebieg depresji jest dość proste, to jednak zapobieganie im sprawia wiele trudności. W niwelowaniu niekorzystnych oddziaływań środowiska pomocne mogą się okazać takie działania, jak:

- wprowadzanie programów promowania zdrowia psychicznego zarówno w szkołach i przedszkolach, jak i w ośrodkach dla dzieci i młodzieży;
- upowszechnianie wiedzy o ryzyku, jakie niesie przemoc szkolna;
- zapewnienie uczniom możliwości uzyskania przynajmniej wstępnej porady w szkole (może to

być pedagog szkolny, psycholog lub inna kompetentna osoba); uczniowie powinni wiedzieć, kiedy ta osoba jest dostępna;

- przygotowanie szerokiej oferty zajęć pozaszkolnych;
- organizowanie zajęć psychoedukacyjnych i warsztatów dla rodziców;
- pomoc pracującym rodzicom w organizowaniu dzieciom zajęć w godzinach pozalekcyjnych i w czasie wakacji;
- w pracy z rodzicami podkreślenie znaczenia jakości spędzanego z dziećmi czasu, żeby mogły one swobodnie wyrażać swoje uczucia i myśli, czuć się akceptowane i doceniane.

### Podsumowanie

- Depresja jest chorobą, która występuje również u dzieci.
- Drażliwość i trudne zachowania mogą świadczyć o depresji dziecięcej.
- Najczęściej chorują nastolatki, rzadziej dzieci młodsze.
- Z depresją związane jest poważne ryzyko popełnienia przez dziecko samobójstwa.
- Główną metodą leczenia depresji u dzieci jest psychoterapia, dodatkową – leki.
- Depresja u dzieci jest chorobą uleczalną.
- Leczeniem depresji dziecięcej zajmują się psychiatry dziecięcy, psychoterapeuci, psychologowie.
- Pomoc dziecku z depresją zaczyna się od zrozumienia jego choroby.

### Bibliografia

- Bee H. (2004), *Psychologia rozwoju człowieka*, Zysk i S-ka, Poznań.
- Hallstrom C., McClure N. (2007), *Depresja. Odpowiedzi na pytania*, [wyd. polskie red. Janusz Heitzman], Elsevier Urban & Partner, Wrocław.
- Hammen C. (2006), *Depresja*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Kendall P. C. (2004), *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Klyklyo W. M., Kay J., Rube D. (1998), *Clinical Child Psychiatry*, John Wiley & Sons, London.
- Mash E. J., Barkley R. A. (2003), *Child Psychopathology*, Guilford Publications, New York.

**Opracowano na podstawie  
strony Internetowej  
Ośrodka Rozwoju Edukacji**

# Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole

Joanna Szymańska

## Wstęp

Z danych statystycznych gromadzonych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wynika, że około **50 proc. wszystkich zaburzeń zdrowia psychicznego** prowadzących do nadużywania środków psychoaktywnych, agresji i przemocy oraz innych zachowań antyspołecznych, rozmaitych wykroczeń i ogólnego zaniedbania **zaczyna się w okresie dojrzewania**. U 10-20 proc. dorastających identyfikuje się problemy ze zdrowiem psychicznym. Z tego względu WHO w swoim głównym dokumencie *Polityka Ochrony Zdrowia Psychicznego. Plany i Programy*<sup>1</sup> z 2004 roku uznaje ochronę zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży za priorytet w polityce ochrony zdrowia.

Ten sam priorytet przyjmuje również Unia Europejska w tzw. Zielonej Karcie (Green Paper)<sup>2</sup> z 2005 roku, która jest najważniejszym dokumentem zawierającym wytyczne do tworzonej strategii na rzecz poprawy zdrowia psychicznego całej populacji kontynentu europejskiego. Obie publikacje mają obszerne uzasadnienia wyboru priorytetu oraz proponowanych kierunków i strategii działania.

Celem promocji i ochrony zdrowia jest nie tylko aktualne wzmocnienie zdrowia i dobrostanu dzieci i młodzieży, ale także dbanie o zdrowie i kondycję przyszłych osób dorosłych. Specjaliści są zgodni, że wczesne lata życia mają wielki wpływ na zdrowie psychiczne oraz dobre funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i społeczne człowieka. Dobre zdrowie psychiczne w okresie dzieciństwa jest warunkiem optymalnego rozwoju, efektywnego uczenia się, budowania satysfakcjonujących relacji z ludźmi, dbania o własne zdrowie fizyczne i samodzielnego radzenia sobie w dorosłym życiu. Ochrona zdrowia psychicznego młodych ludzi jest więc inwestycją na przyszłość.

Zdrowie psychiczne dzieci i osób dorastających w znacznej mierze zależy od wpływu bliskiego

otoczenia społecznego. Dobre zdrowie kształtuje się u dziecka dzięki pozytywnym doświadczeniom już w najwcześniejszym okresie życia w kontaktach z opiekuńczymi i kompetentnymi rodzicami, nauczycielami, a także pod wpływem odpowiednio dobranych i efektywnych programów przedszkolnych i szkolnych. Działaniami z zakresu promocji zdrowia należy więc objąć znaczące dla dziecka osoby dorosłe z jego otoczenia – rodziców i nauczycieli.

W Polsce ochronę zdrowia na wczesnych etapach rozwoju reguluje i podkreśla jej znaczenie ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego<sup>3</sup>. Adresatów i kierunki działań wskazuje między innymi art. 4. ustawy:

**1. Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego.**

**2. Działania, o których mowa w ust. 1., obejmują w szczególności:**

1) stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych.

2) tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego.

3) wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

4) rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez podmioty lecznicze.

5) wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku.

WHO w cytowanej wcześniej publikacji podaje, że ochrona zdrowia psychicznego obejmuje szerokie spektrum działań, w którym wyodrębniamy cztery komplementarne strategie:

- . promocję zdrowia psychicznego,
- . profilaktykę zaburzeń psychicznych,
- . leczenie,
- . rehabilitację.

Wśród wymienionych strategii szczególne znaczenie mają dwie pierwsze – **promocja zdrowia i profilaktyka zaburzeń psychicznych**. Badania naukowe dostarczają licznych dowodów na skuteczność wczesnej edukacji i wczesnych interwencji profilaktycznych.

Ponieważ wiele osób ma trudności z odróżnieniem działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego od należących do strategii profilaktyki, warto przytoczyć uznane definicje obu pojęć. Podaje je WHO w wykładni opublikowanej w 2002 roku<sup>4</sup>:

**Promocja zdrowia psychicznego** to działania mające na celu wzmocnienie zdrowia psychicznego, dobrego samopoczucia i poprawę jakości życia całych populacji, grup i jednostek.

**Profilaktyka zaburzeń psychicznych** to działania, których celem jest redukcja zagrożeń dla zdrowia psychicznego i zmniejszenie liczby incydentów zaburzeń.

Wprawdzie promocja zdrowia i profilaktyka stawiają sobie odmienne cele, ale efekty działań z obu obszarów są te same – redukują zagrożenia dla zdrowia psychicznego. **Promocja zdrowia przynosi więc efekty profilaktyczne. Promocja zdrowia i profilaktyka nakładają się na siebie, a wiele działań z obszaru promocji zdrowia stanowi istotny element edukacyjnych programów profilaktycznych**, realizowanych na wszystkich poziomach profilaktyki.

Głównym adresatem działań należących do wymienionych strategii są dzieci i młodzież. Z tego względu szkoła jest niezwykle ważną instytucją dla promocji zdrowia i profilaktyki zaburzeń psychicznych.

### 1. Szkoła jako miejsce działań na rzecz ochrony zdrowia dzieci i młodzieży

Szkoła to nie tylko miejsce, gdzie dziecko zdobywa wiedzę zaplanowaną w programach nauczania, jest także niezwykle ważnym środowiskiem wywierającym ogromny wpływ na rozwój emocjonalny i społeczny ucznia. To tu młody człowiek poszerza sieć kontaktów społecznych, zdobywa przyjaciół i rozwija umiejętności społeczne. Ma też okazję poznać inne niż w rodzinie wzorce dorosłych ról społecznych. Pod wpływem doświadczeń szkolnych uczeń utrwala bądź weryfikuje swój obraz świata, ludzi i własnej osoby.

Zanim omówimy wybrane czynniki ryzyka i czynniki chroniące, przyjrzyjmy się portretowi zdrowego psychicznie dziecka i nastolatka. Taką charakterystykę na podstawie badań sporządzili Jellinek, Patel i Froehle (2002). Cytuje ją amerykański podręcznik SAMHSA (2011)<sup>5</sup>. Autorzy wymieniają sześć najważniejszych komponentów zdrowia psychicznego młodych ludzi, które przedstawiono poniżej.

#### Właściwości i zdolności, jakie prezentują zdrowe psychicznie dzieci i nastolatki

- Zdolność do przeżywania (doświadczania) i wyrażania szerokiego wachlarza emocji, jak: radość, smutek, gniew, przywiązanie – we właściwy i konstruktywny sposób
- Pozytywna samoocena
- Szacunek dla innych
- Głębokie poczucie bezpieczeństwa oraz zaufanie do siebie i świata
- Zdolność do funkcjonowania – zgodnie z normą rozwojową dla danego etapu rozwoju: w rodzinie, grupie rówieśniczej, szkole i społeczności, a także zdolność postrzegania siebie
- Zdolność do inicjowania i podtrzymywania znaczących głębszych relacji (przyjaźń, miłość) oraz uczenia się funkcjonowania w sposób produktywny w świecie (praca)

### 1.1. Wybrane czynniki ryzyka

Szkoła może wzmocniać zdrowie psychiczne uczniów, może ujawniać już istniejące problemy dzieci ze zdrowiem psychicznym, może je także powodować. Poczucie zagrożenia fizycznego i psychicznego oraz porażki edukacyjne i towarzyskie dziecka korelują często z problemami zdrowotnymi i społecznymi, jak sięganie po alkohol i narkotyki, przedwczesne kontakty seksualne i zaburzenia zachowania, w tym działania przestępcze. Celem prowadzonych w szkole działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki jest redukcja czynników ryzyka i wzmocnienie czynników chroniących. Omówimy więc kilka najbardziej istotnych dla obu kategorii.

Mówiąc o zdrowiu psychicznym, nie można zapominać, że jest ono istotną częścią ogólnego zdrowia. **Istnieje ścisła zależność pomiędzy stanem zdrowia fizycznego dziecka a jego zdolnością do nauki, osiągnięcia szkolnych sukcesów**, także na polu kontaktów społecznych. Zarówno zdrowie fizyczne, jak i psychiczne wpływają na nasze emocje, myślenie i zachowanie w stosunku do innych ludzi i do nas samych. Psychologowie<sup>6</sup> traktują problemy ze zdrowiem fizycznym jako czynniki ryzyka przyczyniające się do rozwoju zaburzeń z obszaru zdrowia psychicznego. Dzieci przewlekle chore, dzieci z wyraźnymi wadami fizycznymi – z powodu licznych ograniczeń – są często zahamowane i depresyjne. Na przykład dziecko otyłe nierzadko cierpi nie tylko w następstwie różnych dolegliwości fizycznych, związanych z dużą nadwagą, ale także ze względu na niską pozycję w grupie rówieśniczej, a nawet prześladowań ze strony kolegów. Wstydi się swojego wyglądu i niezdarności, narażających go na szyderstwa rówieśników, unika więc ćwiczeń w grupie i ogranicza kontakty z rówieśnikami. Może też stać się wobec nich agresywny. Mniejsza aktywność fizyczna i społeczna pogłębiają już istniejące problemy. Z tych przyczyn młodych ludzi z cho-

robami i zaburzeniami fizycznymi należy traktować jako grupę podwyższonego ryzyka i zapewnić szczególne wsparcie w szkole.

Według WHO przemoc ze strony dorosłych i pomiędzy rówieśnikami stanowi jedno z największych zagrożeń dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży<sup>7</sup>. Przemoc rówieśnicza jest uznawana za najpoważniejszy czynnik ryzyka związany ze szkołą<sup>8</sup>. Przyczynia się do narastania wielu poważnych problemów w obszarze zdrowia psychicznego i zaburzeń<sup>9</sup>.

Problemy i zaburzenia u dzieci i młodzieży spowodowane przez przemoc rówieśniczą
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uszkodzenia ciała</li> <li>• Zaburzenia lękowe, w tym fobia szkolna</li> <li>• Znaczne obniżenie samooceny i poczucia własnej wartości (czują się upokorzone, poniżone, gorsze i mogą nabrać przekonania, że same są temu winne)</li> <li>• Depresje</li> <li>• Próby samobójcze i samobójstwa dokonane</li> <li>• Zaburzenia psychosomatyczne (np. bóle brzucha, wymioty, bóle głowy, bóle mięśni, trudności z zasypianiem)</li> <li>• Zachowania „wyladowujące” (nagle gwałtowne reakcje, często agresywne, wynikające z bezradności i desperacji)</li> <li>• Używanie środków psychoaktywnych – leków nasennych i uspokajających, alkoholu, narkotyków (dla obniżenia lęku, napięcia i poprawy nastroju)</li> <li>• Pogorszenie osiągnięć w nauce (silne emocje utrudniają skupienie się na nauce)</li> <li>• Częste zwolnienia lekarskie lub wagarzy (umożliwiają unikanie przykrości przez pewien czas)</li> </ul>

Z uwagi na niezwykle poważne konsekwencje przemocy WHO uznaje **ochronę dzieci przed przemocą za priorytet polityki ochrony zdrowia psychicznego**. Realizacja tego priorytetu w znacznej mierze spoczywa na szkole wspieranej przez różne instytucje w środowisku lokalnym. Szersze omówienie tej problematyki zawiera poradnik dla nauczycieli **Przeciwdziałanie agresji i przemocy w szkole**, zamieszczony na stronie internetowej Ośrodka Rozwoju Edukacji (<http://www.ore.edu.pl/s/152>).

### 1.2. Najważniejsze czynniki chroniące

Na podstawie wyników badań naukowych identyfikowane są listy istotnych czynników obecnych w środowisku, sprzyjających zdrowemu rozwojowi dzieci i młodzieży, a także chroniących przed różnymi zachowaniami ryzykownymi i zaburzeniami. W niniejszym opracowaniu skupimy się na czynnikach związanych ze środowiskiem szkolnym i sytuacją szkolną dziecka. Większość autorów za kluczowe uważa sześć czynników<sup>10,11</sup>, które powinny być uwzględniane zarówno przy tworzeniu programu wychowawczego i szkolnego programu profilaktyki, jak i w codziennej pracy dydaktycznej i wychowawczej każdego nauczyciela.

#### Najważniejsze czynniki chroniące przed rozwojem problemów w obszarze zdrowia psychicznego i zaburzeń u dzieci, związane ze szkołą

- Poczucie przynależności (więź ze szkołą)
- Pozytywny klimat szkoły (zwłaszcza dobre relacje pomiędzy nauczycielami i uczniami oraz między uczniami, przyjazna wspierająca atmosfera)
- Prospołecznie nastawiona grupa rówieśnicza
- Wymaganie od uczniów odpowiedzialności i udzielania sobie wzajemnej pomocy
- Okazje do przeżycia sukcesu i rozpoznawania własnych osiągnięć
- Zdecydowana niezgoda szkoły na przemoc

Autorzy cytowanych opracowań, a także inni<sup>12</sup>, zwracają uwagę, że czynniki te są ze sobą ściśle powiązane. Wzmocnienie jednego czynnika może wzmocnić inne czynniki i uruchomić chroniący proces. **Poczucie przynależności** (więź ze szkołą), podobnie jak więź z rodziną, **uznawane jest za najbardziej istotny czynnik chroniący**. Decyduje w sposób zasadniczy o dobrym przystosowaniu dziecka, budowaniu tożsamości, poczuciu zaufania do siebie i do innych osób. **Poczucie przynależności tworzy się dzięki dobrym, przyjaznym relacjom** pomiędzy uczniami, uczniami a personelem szkoły oraz pomiędzy szkołą a rodzicami. **Stwarzanie uczniom okazji do przeżycia sukcesu** i rozpoznawania własnych osiągnięć dostarcza pozytywnych doświadczeń, zwiększa motywację do nauki i umożliwia poprawę ocen. Dotyczy to zwłaszcza uczniów zaniedbanych i doświadczających licznych trudności i porażek. Z kolei poprawa osiągnięć szkolnych znacząco wpływa na podniesienie samooceny, zaufania do siebie i poczucia pewności siebie. Podniesienie samooceny i zaufania stwarza dobre perspektywy na przyszłość. Osoby takie łatwiej wykorzystują różne życiowe okazje, szybciej nawiązują kontakty i otrzymują większe wsparcie społeczne.

Duże znaczenie ma **uczenie dzieci zachowań prospołecznych**, co wspiera znacząco rozwój społeczny. Dzieci i nastolatki pragną czuć się potrzebne i ważne. Zaangażowanie w zachowania prospołeczne, jak pomaganie innym, buduje pozytywną samoocenę, poczucie przynależności i poczucie odpowiedzialności za osoby z otoczenia. Działanie na rzecz innych utwierdza je w przekonaniu, że stanowią część społeczności. Szkoła może promować wolontariat i proponować uczniom, na przykład w ramach tzw. programów alternatyw, udział w różnych działaniach społecznych, w tym charytatywnych.

**Zdecydowana niezgoda personelu szkoły na wszelkie przejawy przemocy** – zarówno ze strony dorosłych, jak i rówieśników – nietolerowanie dręczenia innych, dokuczania i dyskryminacji **zwiększa poczucie bezpieczeństwa** uczniów, nauczycieli i rodziców, eliminuje źródła lęku i

frustracji oraz buduje więź ze szkołą. Ze względu na opisane wcześniej destrukcyjne skutki przemocy WHO zaleca wdrażanie w klasach edukacyjnych programów profilaktycznych, których celem jest eliminowanie i zapobieganie przemocy, a także prewencja przed uzależnieniami od środków psychoaktywnych i wykluczeniem społecznym uczniów.

**Dbłość o zdrowie fizyczne wzmacnia zdrowie psychiczne.** Prawidłowe nawyki żywieniowe, odpowiednia liczba godzin snu i wypoczynku, regularne ćwiczenia fizyczne stanowią ochronę przed stresem. Ruch na powietrzu i zajęcia sportowe obniżają także poziom negatywnych emocji, takich jak lęk, gniew i smutek, chronią przed depresją.

Światowa Organizacja Zdrowia i specjaliści<sup>13, 14</sup> wymieniają jeszcze dwa niezwykle ważne czynniki warunkujące zdrowie psychiczne dzieci:

- **Dostępność pomocy psychologiczno-pedagogicznej** dla uczniów doświadczających trudności i problemów oraz ich rodziców, świadczonej na poziomie szkoły (diagnoza, wsparcie i wczesna interwencja, prowadzone przez pedagoga i psychologa szkolnego), a także pomocy specjalistycznej w instytucjach funkcjonujących w środowisku lokalnym (psychologów klinicznych, lekarzy, terapeutów, asystentów społecznych).

- **Poziom kompetencji znaczących osób dorosłych** z otoczenia dziecka – rodziców i nauczycieli. Ponieważ dobre zdrowie psychiczne dzieci i dorastających kształtuje się w kontaktach z opiekuńczymi, kompetentnymi rodzicami i nauczycielami, niezbędne jest rozwijanie kompetencji bliskich dorosłych. Szkolenia i warsztaty powinny obejmować wiedzę dotyczącą potrzeb i problemów rozwojowych dzieci i młodzieży, symptomów trudności i zaburzeń, a także ćwiczenie kluczowych umiejętności wychowawczych.

Szkoła – uwzględniająca w swych planach i działaniach omówione czynniki ryzyka i czynniki chroniące – dba i promuje zdrowie psychiczne wychowanków, rozwija w nich zdolność radzenia sobie ze zmianami, wyzwaniem i związanych z nimi stresem. Dobre i wspierające środowisko szkolne umożliwia realizację zarówno celów edukacyjnych, jak też zdrowotnych.

## **2. Kompleksowe podejście do ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole**

Przez wiele lat niezależnie od siebie prowadzono działania z zakresu promocji zdrowia psychicznego oraz profilaktyki problemów

dzieci i młodzieży. Ponadto w dziedzinie samej profilaktyki odrębnie traktowano poszczególne zachowania ryzykowne i zaburzenia występujące u młodych osób. Profilaktyka ograniczała się i często w praktyce nadal sprawdza się do wdrażania w szkołach programów edukacyjnych, mających na celu zapobieganie kontaktom młodzieży z alkoholem, narkotykami, tytoniem, a także przeciwdziałanie agresji, przemocy czy zakażeniom HIV. Jak wykazały liczne badania ewaluacyjne, promocja zdrowia i profilaktyka prowadzone w szkole wykazują nierzadko ograniczoną skuteczność, choć ich wyniki podnosi wdrażanie profesjonalnych programów, opartych na naukowych podstawach. Zdaniem specjalistów powodem niezadowolającej efektywności programów jest nie tylko zbyt wąska grupa adresatów – głównie uczniów – ale również nieuwzględnienie warunków, w jakich programy są wdrażane, np. pomijanie wielu czynników obecnych w środowisku szkolnym, wpływających na efekty realizacji, zwłaszcza odroczone.

Doświadczenia realizatorów oraz doniesienia z badań ugruntowały przekonanie wielu ekspertów i praktyków, że promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży nie mogą być traktowane jako wąskie osobne działania lub przedmioty nauczania, ale wymagają spojrzenia całościowego i planowania szerszych działań. Właśnie wyniki badań naukowych przyczyniły się do stworzenia globalnego ujęcia, znanego jako *Whole School Approach*. Jak relacjonuje L. Hargraves<sup>15</sup>, to holistyczne, zintegrowane podejście zostało przyjęte w 2005 roku przez UNICEF jako obowiązujące i zalecane do realizacji. Podobne stanowisko zajęła w tym samym roku Komisja Europejska<sup>16</sup>.

Przyjęcie takich rozwiązań ma na celu **stworzenie w szkole warunków dla edukacji, która wspiera zdrowy rozwój dzieci i młodzieży, a także stanowi zdrowe i bezpieczne miejsce pracy dla osób dorosłych**. W praktyce oznacza to, że szkoła nie tylko powinna włączyć treści dotyczące ochrony zdrowia psychicznego do programów nauczania i dodatkowych programów edukacyjnych, propagując nauczanie aktywne i uczestniczące, ale zintegrować zarządzanie, długofalowe planowanie, współpracę ze środowiskiem lokalnym, monitorowanie działań i ewaluację. W budowanie zdrowej szkoły powinni być aktywnie zaangażowani uczniowie, ich rodzice, cała kadra pedagogiczna i personel pomocniczy. Tworzenie takiej szkoły to dłuższy proces, obejmują-

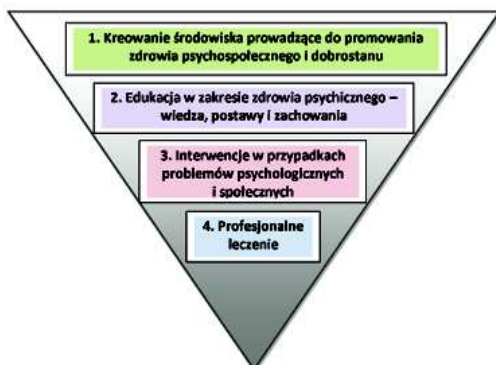
cy nauczanie, organizację instytucji, jej etos, szerokie zewnętrzne środowisko, współpracowników i specjalistów lokalnych. Wszystkie sfery i podmioty przyczyniają się do kreowania zdrowego i bezpiecznego klimatu w szkole.

Europejska Sieć Edukacyjno-Szkoleniowa w Zakresie Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (ENETOSH)<sup>17</sup> w swych publikacjach podkreśla, że trzeba zmienić perspektywę patrzenia na ochronę zdrowia psychicznego w szkole. **Promowanie zdrowia i bezpieczeństwa to w rzeczywistości promowanie jakości edukacji** w myśl prostej zasady: *Lepiej się czujesz, lepiej się uczysz.*

*Whole School Approach* zakłada też stałe podnoszenie kompetencji wszystkich osób zaangażowanych w proces tworzenia zdrowej i bezpiecznej szkoły. Oprócz programów dla uczniów niezbędne są zaawansowane treningi dla nauczycieli i pozostałego personelu szkoły, a także propozycje zajęć edukacyjnych dla rodziców.

To całościowe podejście stanowi podstawę wielu programów dla szkół, opracowanych przez placówki naukowe i organizacje pozarządowe. Niektóre propozycje mają status programów narodowych. Jednym ze sztandarowych przykładów jest *MindMatters*<sup>18</sup>, innowacyjny australijski narodowy program promocji zdrowia psychicznego, który wyznacza ramy dla działań w tym zakresie, prowadzonych przez australijskie szkoły. Autory programu reprezentujący uniwersytety w Sydney i Melbourne wykorzystali i rozbudowali model ochrony zdrowia psychicznego Światowej Organizacji Zdrowia z 1994 roku, uwidoczniony na Rysunku 1. Ma on kształt odwróconej piramidy i opisuje cztery poziomy działań.

Rysunek 1. Kompleksowy model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole



•ródło: *MindMatters, A Whole-School Approach Promoting Mental Health and Wellbeing.*

Rysunek zamieszczono za uprzejmą zgodą prof. L. Rowling.

Wymienione poziomy obejmują promocję zdrowia, profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą oraz profesjonalną terapię. Im niższy poziom, tym mniejsza grupa odbiorców i osób zaangażowanych.

• **Działania na poziomie pierwszym** są kierowane do całego środowiska szkolnego i powinna być w nie zaangażowana cała szkolna społeczność (nauczyciele, personel pomocniczy, uczniowie i ich rodzice oraz osoby wspierające szkołę).

• **Działania na poziomie drugim** obejmują część programu nauczania oraz dodatkowe propozycje edukacyjne. Powinny angażować wszystkich nauczycieli i uczniów.

• **Działania na poziomie trzecim** są adresowane do uczniów, którzy z powodu posiadanych deficytów lub trudnej sytuacji życiowej potrzebują dodatkowej pomocy w szkole. Według szacunkowych danych WHO liczebność tej grupy to 20-30 proc. populacji dzieci i młodzieży szkolnej.

• **Działania na poziomie czwartym** dotyczą uczniów z poważniejszymi problemami zdrowotnymi, wymagających specjalistycznej interwencji. Ich liczebność to 3-12 proc populacji.

Leczenie nie należy do zadań szkoły. Jednak szkoła powinna zabiegać o skierowanie ucznia z podejrzeniem zaburzeń psychicznych do specjalistów i wspierać proces jego ponownej adaptacji po ewentualnym powrocie z leczenia.

Zgodnie z przedstawionym modelem działania przypisane do poszczególnych poziomów mają być prowadzone równoległe i stale.

Program *MindMatters* korzysta z doświadczeń i osiągnięć ruchu Szkół Promujących Zdrowie.

Dotyczy to szczególnie działań na poziomie pierwszym i drugim. Jego autorzy podkreślają, że zanim zostaną uruchomione jakiegokolwiek działania, szkoła musi stwierdzić, czy jest gotowa ustalić i przyjąć ochronę zdrowia psychicznego jako główny cel swoich starań. Kluczową sprawą, a zarazem warunkiem sukcesu, jest zgoda wszystkich klientów szkoły i instytucji współpracujących w środowisku lokalnym. Następnie należy próbować odpowiedzieć sobie na pytania<sup>19</sup>:

• Jak możemy stworzyć bezpieczne i wspierające środowisko, w którym wszyscy uczniowie będą uzyskiwali maksimum swoich osiągnięć?

• W jaki sposób możemy odpowiadać na potrzeby dzieci i młodzieży?

• Jak możemy pomagać uczniom rozwijać ich zdolność do radzenia sobie z różnymi wyzwaniami i stresem?

Jak wcześniej wspomniano, program *MindMatters* wyznacza ramy i daje wiele szczegółowych wytycznych do działań, które może podjąć szko-

ła. Jednak każda ze szkół w oparciu o te wskazania powinna stworzyć swój własny program, adekwatny do potrzeb i problemów środowiska.

Komplementarne podejście jest również promowane i wdrażane w Europie. W *Środowiskowej Strategii na Rzecz Zdrowia i Bezpieczeństwa w Pracy na lata 2007–2012*<sup>20</sup> opisano wytyczne dla instytucji, w tym szkół, podkreślono **konieczność zintegrowania edukacji zdrowotnej i edukacji dla bezpieczeństwa w szkole**, jak również zmiany programów szkoleniowych dla nauczycieli i edukacyjnych dla uczniów. Głównym celem działań jest tworzenie odpowiedniej kultury nauczania.

W niektórych krajach Europy skonstruowano i wprowadzono do szkół programy bazujące na opisanym całościowym podejściu. Badania ewaluacyjne wskazują, że jest ono rzeczywiście skuteczne, ale równocześnie jego praktyczna implementacja jest bardzo trudna i kosztowna, także finansowo. Wymaga sporych inwestycji w środowisko, ogromnej determinacji i konsekwencji kierownictwa oraz wszystkich osób zaangażowanych. Toteż część krajów lub poszczególne szkoły wybierają tzw. podejście mieszane uwzględniające założenia i zalecenia tylko w niektórych najważniejszych obszarach. Na przykład szkoła podejmuje różne działania, aby poprawić klimat społeczny w klasach. W następnych latach działania może rozszerzyć. Opis tych programów zawiera raport przygotowany w 2013 roku przez Europejską Agencję Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracy – European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA)<sup>21</sup>. Prezentowane w raporcie rozwiązania mogą stanowić inspirację dla decydentów i nauczycieli zainteresowanych wprowadzaniem pozytywnych zmian w szkole.

### Bibliografia

1. Canadian Mental Health Association, (2007), *Mental Health Promotion: A Literature Review* prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council by Heather Pollett, Policy Analyst, June.
2. *Children`s Mental Health*, (2005), <http://www.apa.org/pi/families/children-mentalhealth.aspx>
3. Commonwealth Department of Health and Aged Care, (2000), A Monograph, *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health. Mental Health and Special Programs Branch*, Canberra.
4. European Agency for Safety and Health at Work, (2013), Report *Occupational Safety and Health and Education: A Whole School Approach*, <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/occupational-safety-and-health-and-education-a-whole-school-approach>
5. European Agency for Safety and Health at Work, (2013), *Occupational Safety and Health and Education: A Whole-School Approach*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
6. European Union, *Green Paper. Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*, Brussels, COM (2005) 484.
7. Hargreaves L.G., (2008), *The Whole-School Approach to Education for Sustainable Development: From Pilot Projects to Systemic Change. Policy and Practice. A Development Education*, <http://www.developmenteducationreview.com/issue6-perspectives2>
8. National Association of School Psychologists, *Supporting Children`s Mental Health: Tips for Parents and Educators*, <http://www.nasponline.org/resources/mentalhealth/mhtips.aspx>
9. National Center for Children Exposed to Violence (NCCEV), <http://www.nccev.org>
10. SAMHSA Education Development Center, (2011), *Realizing the Promise of the Whole-School Approach to Children`s Mental Health: A Practical Guide for School*, [http://www.promoteprevent.org/webfm\\_send/2102](http://www.promoteprevent.org/webfm_send/2102), s. 2.
11. *The Community Strategy 2007–2012 for Health and Safety at Work* [http://osha.europa.eu/en/new\\_eustrategy](http://osha.europa.eu/en/new_eustrategy).
12. *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz.U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535).
13. *What is the whole-school approach?* [http://www.enetosh.net/webcom/show\\_article.php/\\_c-203/\\_nr-1/\\_lkm-167/i.html](http://www.enetosh.net/webcom/show_article.php/_c-203/_nr-1/_lkm-167/i.html)
14. WHO Information Series on School Health. Document 10, (2003), *Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being: An Important Responsibility of a Health-Promoting and Child Friendly school*, Geneva, [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/media/en/sch\\_childfriendly\\_03.pdf](http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_childfriendly_03.pdf), s. 3.
15. WHO Meeting on Evidence for Prevention and Promotion in Mental Health, Conceptual and Measurement Issues, (2002), *Prevention and Promotion in Mental Health*, Geneva.
16. World Health Organization, *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*, Geneva.
17. World Health Organization, (2004), *Mental Health Policy, Plans and Programs*, Geneva.
18. Wyn J., Cahill H., Holdsworth R., Rowling L., Garson S., (2000), *MindMatters, A Whole School Approach Promoting Mental Health and Wel-*

lbeing, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry”, t. 34, nr 4, s. 594, <http://intercamhs.edc.org/files/MindMatters,%20a%20WholeSchool%20Approach%20Promoting%20Mental%20Health%20and%20Wellbeing.pdf>

19. Wyn J., Cahill H., Holdsworth R., Rowling L., Garson S., (2000), *MindMatters, A Whole-School Approach Promoting Mental Health and Wellbeing*, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry”, t. 34, nr 4, s. 596.

## Odnośniki

1. World Health Organization, (2004), *Mental Health Policy, Plans and Programs*, Geneva.

2. European Union, *Green Paper. Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*, Brussels, COM (2005) 484.

3. *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (Dz.U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535).

4. WHO Meeting on Evidence for Prevention and Promotion in Mental Health, Conceptual and Measurement Issues, (2002), *Prevention and Promotion in Mental Health*, Geneva.

5. SAMHSA Education Development Center, (2011), *Realizing the Promise of the Whole-School Approach to Children's Mental Health: A Practical Guide for School*, [http://www.promoteprevent.org/webfm\\_send/2102](http://www.promoteprevent.org/webfm_send/2102), s. 2.

6. *Children's Mental Health*, (2005), <http://www.apa.org/pi/families/children-mental-health.aspx>

7. World Health Organization, *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*, Geneva.

8. Commonwealth Department of Health and Aged Care, (2000), A Monograph, *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health. Mental Health and Special Programs Branch*, Canberra.

9. National Center for Children Exposed to Violence (NCCEV), <http://www.nccev.org>

10. Commonwealth Department of Health and Aged Care, (2000), Monograph, *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health. Mental Health and Special Programs Branch*, Canberra.

11. WHO Information Series on School Health. Document 10, (2003), *Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being: An Important Responsibility of a Health-Promoting and Child Friendly School*, Geneva, [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/media/en/sch\\_childfriendly\\_03.pdf](http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_childfriendly_03.pdf), page 10.

12. Canadian Mental Health Association, (2007), *Mental Health Promotion: A Literature Review*, prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council by Heather Pollett, Policy Analyst, June.

13. World Health Organization, (2004), *Mental Health Policy, Plans and Programs*, Geneva.

14. National Association of School Psychologists, *Supporting Children's Mental Health: Tips for Parents and Educators*, <http://www.nasponline.org/resources/mentalhealth/mhtips.aspx>

15. Hargreaves L.G., (2008), *The Whole-School Approach to Education for Sustainable Development: From Pilot Projects to Systemic Change. Policy and Practice. A Development Education*, <http://www.developmenteducationreview.com/issue6-perspectives2>

16. European Agency for Safety and Health at Work, (2013), *Occupational Safety and Health and Education: A Whole-School Approach*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

17. *What is the whole-school approach?*, [http://www.enetosh.net/webcom/show\\_article.php/\\_c-203/\\_nr-1/\\_lkm-167/i.html](http://www.enetosh.net/webcom/show_article.php/_c-203/_nr-1/_lkm-167/i.html)

18. Wyn J., Cahill H., Holdsworth R., Rowling L., Garson S., (2000), *MindMatters, A Whole School Approach Promoting mental health and well-being*, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry”, t. 34, nr 4, s. 594, <http://intercamhs.edc.org/files/MindMatters,%20a%20WholeSchool%20Approach%20Promoting%20Mental%20Health%20and%20Wellbeing.pdf>

19. Wyn J., Cahill H., Holdsworth R., Rowling L., Garson S., (2000), *MindMatters, A Whole-School Approach Promoting Mental Health and Well-being*. „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry”, t. 34, nr 4, s. 596.

20. *The Community Strategy 2007-2012 for Health and Safety at Work* [http://osha.europa.eu/en/new\\_eustrategy](http://osha.europa.eu/en/new_eustrategy)

21. European Agency for Safety and Health at Work, (2013), Report *Occupational Safety and Health and Education: A Whole School Approach*, <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/occupational-safetyand-health-and-education-a-whole-school-approach>



Opracowano  
na podstawie  
strony  
Internetowej  
Ośrodka  
Rozwoju  
Edukacji



Ewa Nowak to popularna wśród młodzieży autorka. Jej najnowsza powieść to historia o emocjach, uczuciach, lękach i chorobie, która zbiera coraz większe żniwo wśród młodych ludzi...

Jak czytamy we wstępie, „Polska od lat jest w czołówce krajów, w którym odnotowuje się najwyższy odsetek samobójstw wśród młodzieży”, dlatego to ważny temat, od którego nie można uciekać.

Ta książka o depresji, na którą cierpi 16-letni bohater, może być dobrym pretekstem do rozmowy w domu lub w szkole, i ważną lekturą nie tylko dla młodzieży.

Borys Orkan, to chłopak, który od dzieciństwa miał skłonność do złych nastrojów. Często ogarniał go smutek lub lęk, do którego nie przyznawał się bliskim. W okresie dojrzewania złe nastroje nasilają się, a do tego złe relacje z rodzicami, problemy uczuciowe i szkolne sprawiają, że Borys coraz częściej zaczyna słyszeć w swojej głowie... GŁOS. To GŁOS AUTODESTRUKCJI, oceniający każdą sytuację i przekazujący złe prognozy na przyszłość... Ten GŁOS krytykuje i poniża.

Bohater z nikim nie rozmawia o tym, co czuje. Bojąc się odrzucenia i samotności, sam odrzuca przyjaciół i rodzinę.... Nie potrafi mówić o swych lękach i potrzebach... Gdy z podejrzeniem ciężkiej depresji Borys trafia na oddział, jego rodzice wciąż nie do końca są pewni, co dolega ich synowi... Tak trudno przecież pogodzić się z faktem, że nasze dziecko może mieć depresję...

Tymczasem poznany w szpitalu kolega zaczyna mieć coraz większy wpływ na życie Borysa. Pojawia się fascynacja śmiercią i okaleczanie, bo tylko ból daje ukojenie.... Cierpieniem fizycznym Borys zagłusza cierpienie psychiczne. Dalej będzie coraz mocniej i coraz poważniej, bo to nie jest łatwa i lekka lektura...

Depresja, próba samobójcza ...

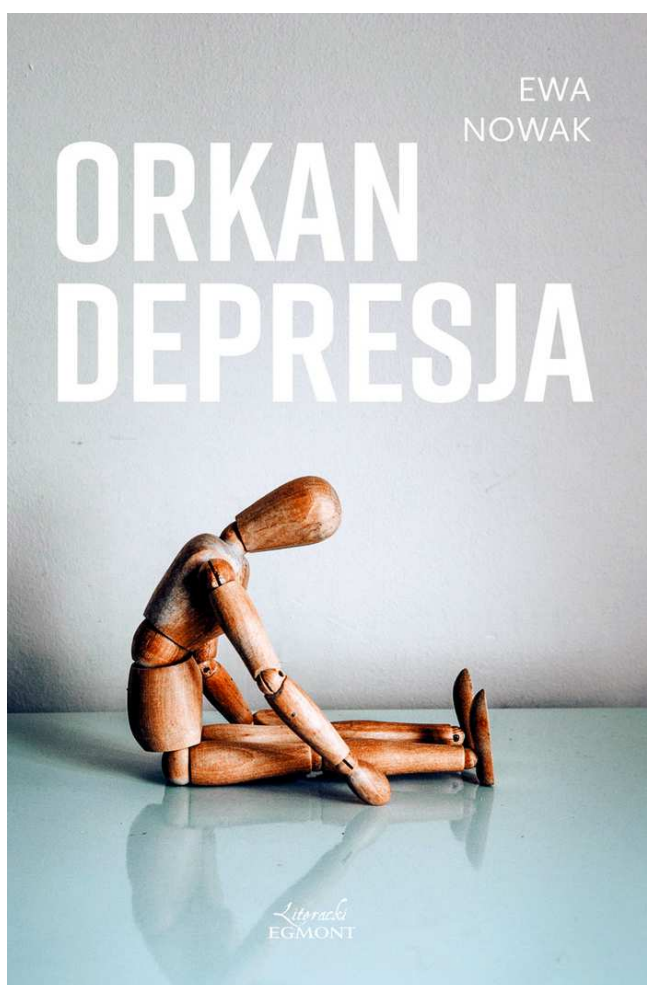
Dotrwanie do końca i poznanie historii chłopaka, z której dowiedzie się

jak wygląda rzeczywistość młodej osoby, która zmaga się z depresją. Jak łatwo można oszukiwać siebie i innych, raniąc przy tym najbliższych i tak bardzo potrzebując pomocy...

„Orkan Depresja” to powieść, którą autorka z wykształcenia pedagog terapeuta, zdecydowała się napisać, zachęcana przez Bezimienną Panią Bibliotekarkę. W zebraniu materiałów do książki pomagało wiele osób, które Ewa Nowak wymienia na końcu książki. “Mam szczerą nadzieję, że będą ją czytać zarówno ludzie młodzi jak i dorośli. I nie tylko ci, którzy mają w rodzinie problemy z depresją. Ten temat powoli zaczyna dotyczyć nas wszystkich... Szczerze polecam!”

*Ewa Nowak*  
*Orkan. Depresja*  
*Literacki Egmont, 2020*

*Monika Wilczyńska*  
*(SzczecinCzyta.pl)*



## Szczecińska Wiosna Poezji wbrew pandemii...

### W Pałacu *literacko*

Nawet Wiosna nie zaczęła się tego roku o czasie. Wszystko jest na opak... i nasza V Szczecińska Wiosna Poezji też... Pandemia wywołana koronawirusem - szczecińskim poetkom i poetom, pomieszała szyki... Bo zamiast inaugurować w Pałacu Młodzieży zaplanowaną na 23 marca 2020 roku Wiosnę Poezji, której motywem przewodnim miał być spacer Wierszem po Szczecinie... wszyscy musieliśmy zamknąć się domach...

Szczęśliwie dla szczecińskiej Poezji...! I dla sympatyków spotkań **W PAŁACU literacko!**... zarówno organizatorzy jak i autorzy nie poddali się zniechęceniu i nie zaniechali pomysłu... planowany spacer ma miejsce... chociaż wirtualnie... Poetycka Mapa Miasta... zapisuje się wierszami 15 autorów... a te wybrzmiewają w różnych wiosennych tonacjach na 65. Spotkaniu **W PAŁACU literacko** (a 1. w pandemii, bo niestety, jeszcze kilka następnych czeka na podobną realizację...). Obecnie ma postać prezentacji wybranych wierszy zaproszonych przeze mnie Auterek: Heleny Pilarskiej, Aleksandry Petruszewicz, Krystyny Rodzewicz, Danuty-Romany Słowik, Magdaleny Sowińskiej, Barbary Moraczewskiej-Jankowskiej, Edyty Rauhut, Barbary Sowińskiej-Adamczyk, (także piszącej te słowa – Róży Czerniawskiej-Karcz) i Autorów: Janusza Krzywińskiego, Edwarda Siekierzyńskiego, Zenona Lacha-Ceraszyńskiego, Mirosława Strągowskiego, Stanisława Rapiora oraz Adama W. Siedleckiego.

A po POETYCKIEJ MAPIE proponuję spacer wybranym WIERSZEM PO SZCZECINIE...

#### Janusz Krzywiński

##### Nokturn

*Umilkł.*

*I nie powraca.*

*Częsty motyw nocy...*

*Od nostalgii drżący*

*zaśpiew lokomotyw.*

*Kiedy na chwilę powitania*

*czekać jeszcze kazano...*

*Lub*

*pożegnalny ich okrzyk*

*w ulic załomach*

*echem powtarzany.*

*I niecierpliwość statkowych syren*

*też*

*wybrzmiała znad miasta...*

*Pora zasnąć*

*mój cieniu.*

*Fajka*

*już wygasta.*

#### Aleksandra Petruszewicz

##### Przytul mnie miasto

*Wróciłam tu, gdzie me marzenia.*

*Tu, gdzie traf losu w życie je zmieniał.*

*Znowu tu jestem! Przecież w tym mieście*

*mój czas przeminął - dobry, zły...wierzcie.*

*Wróciłam tu, bo w świecie całym*

*Szczecińskie drzewa wszędzie szumiały.*

*Wały Chrobrego śniły się nocą...*

*Po co więc szczęścia szukać gdzieś, po co?!*

*Ciesz się jak ja, grodzie zielony!*

*Rozrzuc mą radość na wszystkie strony!*

*Chcę w Twych ramionach spokojnie zasnąć.*

*Spójrz! To ja właśnie! Przytul mnie miasto!*

*Przytul...*

#### Barbara Sowińska-Adamczyk

##### Znikanie

*Znikają z krajobrazu ludzie i drzewa.*

*Na uliczkach Skolwina nie spotkam znajomych,*

*z którymi przystawałam na pogawędkę.*

*Tylko ptaki śpiewają tak jak zawsze.*

*I drzew, które mijam codziennie, ubywa.*

*Brzozy ? białe strażniczki drogi ?*

*skończyły z łoskotem, jak z ostatnim tchnieniem!*

*Tylko ptaki śpiewają tak jak zawsze.*

*Pokolenie pionierów polskiego Szczecina znika,*

*pozostanie jednak w mojej serdecznej pamięci.*

*Stuletnie platany dziwią się dwóm pomnikom...*

*i dzieciom.*

*Tylko ptaki śpiewają tak jak zawsze.*

*Czas kruszy nie tylko ludzi i drzewa.*

*Czy zawsze będą śpiewać ptaki?*

**maj 2019**

## **Barbara Moraczewska-Jankowska**

### **ŚWIAT**

znam ten świat  
drogi na skróty mosty Odry  
mozaikę dzielnic ścieżki parków  
mogę stanąć na dachu miasta  
gwiazdzistością ulic zakręcić się  
jak Wenus – w stronę odwrotną  
świat tatuaży kamienic śródmieścia  
zamysleń rozwianych po Pogodnie  
znam  
gdy patrzę w wierne oczy kasztanów  
jak rozsypanie ich bieli kwitnienia  
otwiera bramy z napisem ? dojrzałość

ten świat  
w szybkim tramwaju życia  
miga jak kosmos  
wszędzie mogą przystanąć  
żeby go dotknąć

## **Danuta-Romana Słowik**

### **Floating garden na Piastów**

Okno w winnej aureoli  
I wróble ćwierkanie  
Aleja wiekowych drzew

Jezdnią „czwórka” przejechała  
„Ósemka” zgrzytnęła na zakręcie  
Z Kameralnej  
Za żywopłotem  
Wtórkuje wróblom  
Orkiestra dancinowa

Aleja Piastów  
Centrum Zielonego Szczecina

-----  
Drzewa przetrzebiono  
Ustąpiły miejsca szynom  
Zdarte winorośle  
Odstoniło nagość  
Ogólniaka Szczerskiej  
I poczty - róg Chodkiewicza

Jest nowocześnie  
Środkiem alejki jeżdżą tramwaje  
Plac Kościuszki zakorkowany  
Zgrzyt  
Pisk opon

Przechodnie umykają  
Na „krótkim zielonym”  
Wkoło pośpiech i fetor spalin

A wróble odleciały

## **Mirosław Strągowski**

### **Miasto portowe**

Wczoraj  
Szlaki handlowe  
dziś turystyczne  
wczoraj  
budynki portowe  
dziś Gastronomiczne

Dawno tercet żurawi  
na skraju Łasztowni  
zwiesił głowy  
niczym klezmer  
z rozpaczy  
Zwolniony  
Z pracy

Czasem by  
Sobie dorobić  
Łykają żurawie  
włócznie z laserów  
i świecą pozorem  
wolności w miejskim  
więzieniu

A Konsumpcja rośnie  
Produkcja spada  
Miasto z kapitałem  
Uzależnia się  
Od sąsiada  
Miasto choć piękne  
i wielkie - dopóty  
będzie małe  
Dopóki z potencjałem  
Nie będzie  
Tożsame

## **Edyta Rauhut**

### **Szczecin**

w żyłach Szczecina  
płynie Odra myśli

mówionych zdaniem  
i sprechanych

*słówkami budowli  
nie tylko w*

*martwej ruinie co  
nadaje miastu*

*duszę której nie  
zniszczy*

*administracja  
historii*

**29.02.2020**

### **Krystyna Rodzewicz**

#### **Wały Chrobrego**

*stoję na górze  
przy samej skarpie  
wystawiam twarz na wiatr  
przymykam oczy*

*czuję  
morskiej bryzy zapach  
wiatru smak  
i słony szum na ustach  
między pocałunkami*

*twoją akademię morską  
mam za plecami*

*tak  
stąd najlepszy w Szczecinie  
widok  
na morze*

**18.02.2016**

### **Adam W. Siedlecki**

#### **Szczecin wiosną**

*Przejeżdżając  
codziennie  
przyglądam się  
jak rozkwitają  
kobiety  
magnolie  
tego miasta*

### **Magdalena Sowińska**

#### **MIASTO Tacie**

*Na nieruchomej dłoni śpiącego Szczecina  
złote linie papilarne ulicznych świateł  
Opuszkami samochodowych opon zjeżdżam  
wzdłuż nich  
najczulej jak tylko potrafię  
by nie poruszyć dźwigów upadłej stoczni  
co nad przegubem rzeki jak scyzoryki na wpó-  
łotwarte*

### **Stanisław Rapior**

\*\*\*

*Podobno wszystkie  
szczecińskie wiosny pachną jednak.*

*Nieprawda.*

*Jeszcze wczoraj pachniało  
kwieciami i... szczęściem,  
ciepłymi majowymi wieczorami,  
patrzącymi gwiazdami chciwymi na miłość.  
Tkliwością magnolii,  
naiwnością niezapominajek...*

*A dzisiaj – prozą – bez wyrazu.*

**Szczecin, 15 czerwca 2005**

### **Helena Pilarska**

#### **Rejs sentymentalny**

*Ten wiersz piszę z lękiem  
bo nie powiem wszystkiego  
co się kłębi w głowie  
i co bym chciała  
najprościej wyśpiewać  
wyśpiewać jak tylko potrafię  
najpiękniej...*

*Bo jak to się stało  
że dopiero teraz,  
w życia mego zmierzchu,  
taka trafiła się gratka,  
że mnie zaproszono  
w ten sentymentalny rejs.*

*Że mogłam zobaczyć...  
zobaczyć na nowo,  
od strony wody,*

*młodości mej miasto  
i się zaaadziwić!*

*Jakże odmiennie Szczecina oblicze  
od tego co zapisała  
wierna moja pamięć:  
tamten ból,  
tamte gruzy i zgliszcza  
Zamek w ruinie,  
i całą poezję moich białych piersi.*

*A teraz...  
Ja taka stara a tu wszystko nowe,  
nowe to, czego nie było!*

*Wielka Promenada  
i szczęśliwi obywatele miasta  
oblegają tłumnie  
tak piękną i rozległą przestrzeń:  
Bulwar Staromiejski! Patrzę  
i jestem w porywach zachwytu!*

*Jednak moje zachwyty giną w smudze cienia.  
Odpłynęły statki od ramp i nabrzeży,  
przed nami pustka nieistnienia.*

*Płyniemy dalej, krajobraz się zmienia.  
Mijamy jakiś kajak, dwie małe łódzie  
i dalej pustka...  
Tylko słońce coraz niżej  
odbija się w wodzie.  
Płyniemy w odwrocie...  
Tam gdzie tatarak sitowie i trzcina  
tylko jedna i tylko jedyna  
łabędzia rodzina.  
Ale i nad nią groza się unosi:  
cień czarnego skrzydła zbója kormorana  
co dopadł właśnie białą mewę w locie.*

*My dalej w odwrocie. Turkot jednostajny  
łodzi nas unosi i serdeczna bliskość...  
A moje myśli – smutku kłębowisko.  
Puste stoczni doki  
i zastygłych dźwigów...?  
krzyk i powidoki.*

*A gdzie dymiąca Huta?  
Gdzie „Skolwin” w produkcyjnym ciągu?  
Emeryckie majaki z pamięci wyciągu.*

*Dziękuję przyjaciółom za ten dzień na wodzie  
i za chwile powrotów, gdy się czułam młodziej.*

## **Zenon Lach-Ceraszyński**

**Szczecin Miasto Muz** Poetom Pomorza Zachodniego

*tu wtedy nastąpiła  
i dzieje się Polska*

*w mieście zharatanym  
pożogą wojny  
zniewolone Muzy  
szukały schronienia*

*jeszcze w tańcu poległych  
w pijanym uniesieniu  
zmierzały Ku Słońcu  
z modlitwą o Dzisiaj*

*ocalone magią słów  
światłem barw i dźwięków  
nadal mogą karmić i poić  
czarodziei jutra*

*niesione metaforą  
Muzy tańczą w Szczecinie*

*na skrzydłach Trzech Orłów  
wiruje ich trzynaście  
a może...  
może jeszcze więcej*

## **Róża Czerniawska-Karcz**

**Mój Szczecin** 2020 nieustannie – Natalii M.

*Spotkałam się z moim miastem w kwietniu na  
ławce*

*Wiośnie urosły skrzydła jak kwiaty magnoliom  
W porcie żurawie chyliły szyje nad Odrą  
Popłynęły nam chwile... mew białe latawce*

*I wzięłam poufale mój Szczecin pod ramię  
Przez Jasne Błonia razem idziemy na spacer  
Rozwijają chodnik miasta gwiazdziste place  
Płonie tysiącem latarni północy firmament*

*Oddycham ciszą Czasu i historię piszę  
Czarno-białe obrazy zawieszam na ścianie  
Dodaję kolor zdarzeń który syci pamięć*

*Na ekranie upiększam miasto mi najbliższe  
Ruch myszką na laptopie... Retusz dziś cyfrowy  
Tyle lat przemigło... A Szczecin jak nowy!*

**A gdy już tak rozpoczęta Wiosna trwa, poeci wiersze piszą i promują swoje tomy...** Pałac Młodzieży oraz szczeciński Oddział ZLP to umożliwiają, realizując w ten sposób obchody tegorocznych jubileuszy – 70-lecia ZLP w Szczecinie, 70-lecia działalności Pałacu Młodzieży oraz wpisywania się tych instytucji w kulturalną mapę Miasta przez 75 lat.

Zatem zapraszamy na fora internetowe wszystkich sympatyków spotkań **W PAŁACU literacko...** już wkrótce majowe (filmowe) relacje z promocji nowych tomów wierszy...

**66. wieczór W PAŁACU literacko Róży Czerniawskiej-Karcz**  
**Z akcentem na wspomnienie sentymentalne...**

*Przyjaciół staje się fragmentem  
naszej biografii, jak data urodzenia,  
pierwsza szkoła czy imiona rodziców.*

**Janusz L. Wiśniewski**

*Gdy nakarmiłam się tą przyjaźnią,  
już nigdy potem nie byłam złakniona.*

Nie ukrywam, obecna książka (mój 12. tomik wierszy *Pisać przyjaźń...*), jak żadna z moich dotychczasowych, jest bardzo osobista, i nie z powodu dedykacji, wielu imion czy dat, ale przede wszystkim dlatego, że bardzo trudno jest mi w tych tekstach, wersach, słowach ukryć bohaterkę liryczną... gdzieś między wierszami słyszy się jej głos, ale na pierwsze miejsce nieustająco wysuwa się jej *alter ego*... czyli ja...

Odwrócenie roli autorki? Tak, bo to ja dokonałam wyboru z zapisanych lat, to spośród wersów wydobyłam pamięć pięćdziesięciu lat znajomości z ludźmi, którzy pozostali mi bliscy do dziś, i to o nich jest właśnie opowieść pisana przeze mnie w wersach i między wersami... I nie mogłaby zaistnieć ina-

czej jak właśnie z ujawnieniem bohaterki lirycznej w osobie pewnej Róży... która pojawiła się nie przypadkiem w Krakowie ponad pół wieku temu... i zaczęła pisać tę przyjaźń...

A zamiast dalszej opowieści ze wstępu o... czasach zamierzchłych... wrzeźbionych w jubileusze, zachętą dla Czytelnika niech będzie **haiku... benefisowe**

\*

*jubileusze  
od wiersza do wieczora  
szlak klawiatury*

\*

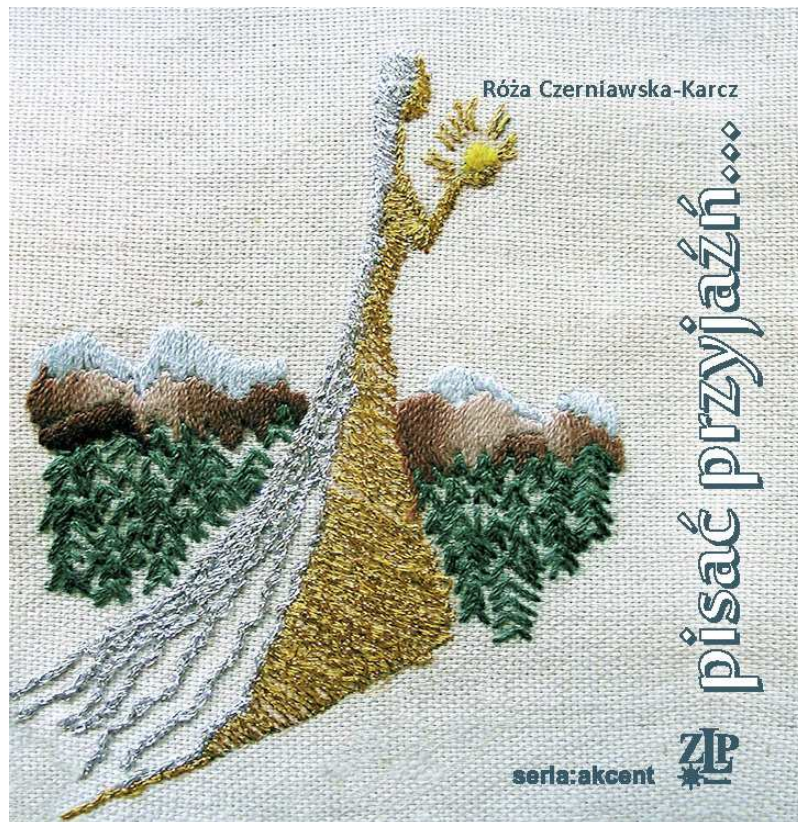
*słowo do wiersza...  
pięćdziesiąt lat mija a...  
CZWARTKI śpiewają*

\*

*piszmy tę przyjaźń...  
czy czujesz jak pulsują  
tętnice życia...*

*i film ze spotkania na stronie pałacowej...*

(Róża Czerniawska-Karcz, *pisać przyjaźń...*, seria:akcent, Wydawnictwo hogben, Szczecin 2019)



## Przedszkole Publiczne Nr 80

# Motyle w sieci, czyli nauczanie zdalne w przedszkolu

Pamiętam swoje rozterki, pytania, wątpliwości, gdy zaczęły pojawiać się pierwsze informacje dotyczące zdalnego nauczania. Mnóstwo pytań było w mojej głowie. Najczęstsze z nich i jednocześnie najprostsze, to: „Co to takiego to zdalne nauczanie?” Później zastanawiałam się, jak zachęcić dzieci do zdalnego nauczania. O której zrobić zajęcia, żeby wszystkie dzieci w nich uczestniczyły? Przez chwilę podejrzewałam, że ktoś robi sobie żarty. Jak można uczyć 5-, 6-letnie dzieci na odległość, zdalnie?

Zacząłam szukać pomysłów, pomocy i odpowiedzi na nurtujące mnie pytania. I wówczas znalazłam wypowiedź Joanny Białobrzeskiej z nagłówkiem „Kochani Nauczyciele, nie płyńcie z prądem głupoty”. Wysłuchałam bardzo dokładnie tej wypowiedzi i poczułam ulgę. Kiedy jesteśmy z dziećmi w przedszkolu, to najważniejszym zadaniem jest realizacja Podstawy Programowej. Pytanie, w jaki sposób z 25-osobową grupą 5-latków realizować podstawę programową zdalnie? Pani Białobrzaska powiedziała wówczas bardzo mądre słowa, które naprowadziły mnie na system pracy zdalnej: „Dzieci potrzebują relacji z nauczycielami, z rówieśnikami”. No tak, jeden pro-

blem miałam rozwiązany. Wiedziałam już, w jaki sposób będę przekazywała dzieciom wiadomości. Problem pojawił się z odpowiednim doбором materiału. Jak dotrzeć do każdego dziecka i każde zainteresować. Przecież ważnym elementem w pracy nauczyciela to traktować podmiotowo każde dziecko. Zaczęło się szaleństwo poszukiwania materiałów do pracy zdalnej na portalach internetowych, w grupach nauczyciela wychowania przedszkolnego. Informacji i pomysłów było mnóstwo. A im więcej poszukiwań, tym większy pojawiał się chaos. Trzeba było usystematyzować w jakiś sposób swoją pracę. Najlepszym sposobem było dobre planowanie, zrobienie notatek oraz fiszek.

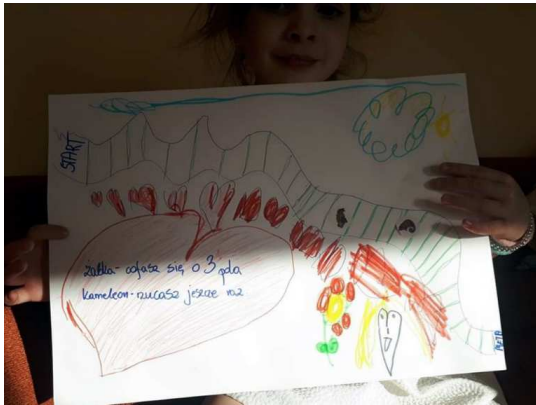
Po tak solidnym przygotowaniu gruntu, można było wziąć się do pracy. Utworzenie grupy dla rodziców i przedstawienie im zasad, jakie wprowadziłyśmy wspólnie z koleżanką było najprostszym zadaniem pracy zdalnej, o czym szybko się przekonałyśmy. Ustaliłyśmy, że codziennie wrzucamy na naszą stronę zadania dla dzieci, a oprócz tego łączymy się z dziećmi on-line. Naturalnie z tymi, które chcą. Zaproponowałyśmy rodzicom godziny, w jakich możemy rozmawiać z dziećmi i przedstawiłyśmy kilka ważnych zasad- między innymi taką, aby rodzice do 9 rano deklarowali chęć swojego dziecka w takiej rozmowie.

W całym planowaniu zupełnie zapomniałam o emocjach dziecka. O tym, że zupełnie inaczej zachowuje się w przedszkolu, a inaczej w domu obok mamy. O tym, że dziecko postawione w nowej sytuacji nie wie, jak ma się zachować. Nie byłam przygotowana na sytuację, gdy dziecko, zestresowane spotkaniem on-line z nauczycielem, nie będzie chciało współpracować. Pierwsze doświadczenia szybko zweryfikowały rzeczywistość. Uświadomiły mi również, że od tego momentu ważne jest tylko dziecko, jego



potrzeby, jego zainteresowania a przede wszystkim jego uczucia. Do wcześniej ustalonych zasad z rodzicami, dodałam jeszcze jedną, chyba najważniejszą. Podczas umawiania się na rozmowę on-line, prosiłam aby dziecko pomyślało, co będziemy wspólnie robić. A ja starałam się „przemycać” w tych zadaniach konkretne cele.

Podczas spotkania z Laurą tworzyłyśmy wspólnie grę planszową, w którą później grałyśmy oczywiście on-line. Jasiu uczył mnie grać w „Detektywa Pozytywkę”. Z Oskarem stawialiśmy budowlę z klocków.



Zdalnie świętowaliśmy wszystkie ważne wydarzenia:

- Powitanie Wiosny, kiedy to dzieci siały rzęzcuchę, sadziły dymkę na szczypior, ukwiecały okna i balkony;
- Święta Wielkanocne, podczas których dzieci składały zdalnie życzenia, dały możliwość zobaczenia kolegów i koleżanek
- Światowy Dzień Książki, w którym dzieci tworzyły swoje własne książki;
- Konstytucja 3-Maja i rozmowa o Polsce zachęciła Marysię, która oprowadziła nas wirtualnie po swojej ukochanej Warszawie;
- Obowiązkowe wprowadzenie maseczek wykorzystałam do zajęć o bezpieczeństwie i dbaniu o swoje zdrowie

Wspólnie z koleżanką udały nam się również zdalne zajęcia Prima-aprilis. Każdego wieczoru, na zmianę ze swoją zmienniczką, nagrywałyśmy bajkę do słuchania dla dzieci. Pierwszego kwietnia przeczytałyśmy bajkę on-line, ale zamieniłyśmy się rolami. Moja zmienniczka nagrała się w trakcie czytania, natomiast głos był mój. Czytając później komentarze wiem, że żart nam się udał.



Uwieńczeniem pracy zdalnej a jednocześnie wspaniałą nagrodą dla dzieci, rodziców i dla nauczycieli było nagranie filmu on-line z udziałem chętnych dzieci. Piosenka „Kocham Cię, ti amo” była prezentem dla wszystkich mam, dlatego w naszej grupie nagranie pojawiło się 26. maja.

Myszę, że kilka dat i wydarzeń z minionego okresu zostanie w mojej pamięci. Tak jak większość moich koleżanek-nauczycielek byłam przeświadczona, że moje wiadomości, przygotowanie metodyczne i merytoryczne, liczne kursy i szkolenia są wystarczające do pracy z małymi dziećmi. Nikt jednak nie uczył nas pracy „na odległość” z dziećmi 3-, 4-, 5-, 6-letnimi.

**Monika Siembida**

– nauczyciel wychowania przedszkolnego w Przedszkolu Publicznym Nr 80 w Szczecinie



## Szczeciński Program Edukacji Wodnej i Żeglarskiej „Morze przygody – z wiatrem w żaglach”

### Wraca na morze i do szkolnej rodziny... Zielone światło dla „Głowasia”?

Tylko starsi żeglarze pamiętają go jeszcze jako „Rutka”, młodzi raczej już tylko jako „Głowasia”... Przez całe dziesięciolecie służył polskim żeglarzom jako flagowy żaglowiec szkolny PZZ, najpierw jako s/y „Henryk Rutkowski”, a po zmianie nazwy jako „Kapitan Głowacki” – jedyna brygantyna w polskiej flotyli żaglowców szkolnych. Jej armatorem był Centralny Ośrodek Żeglarski PZZ w Trzebieży, a portem macierzystym był Szczecin. To na jej pokładzie – w latach 1995 - 2013 – szkolili się też i poznawali morze laureaci naszego Szczecińskiego Programu Edukacji Morskiej, najczęściej z kapitanem Bohdanem Dąbrowskim, m.in. w rejsach pełnomorskich, nawet z udziałem w słynnych międzynarodowych regatach The Tall Ships Races (na zdjęciach – o czym wielokrotnie pisałem w „Dialogach”...)

Jeszcze w 2014 roku żaglowiec brawurowo wygrał całe „tolszipy”, w konkurencji z największymi żaglowcami świata, ale od 2016 roku był wyłączony z eksploatacji, ze względu na zły stan techniczny. Tak bezskutecznie czekał w Kołobrzegu na konieczny remont generalny, na który brakowało środków, aż w końcu właściciele żaglowca – czyli PZZ i ZOZZ – podjęli decyzję o jego konkursowej sprzedaży. Najlepszą ofertę złożył Piotr Kulczycki, prezes warszawskiej spółki 3Oceans, deklarując gruntowne wyremontowanie żaglowca, przy zachowaniu jego walorów technicznych, historycznych i szkoleniowych. Warto dodać, że spółka od lat jest już właścicielem szkolnego żaglowca „Fryderyk Chopin” (właśnie cumuje w Szczecinie, po powrocie z kolejnego karaibskiego rejsu Błękitnej Szkoły Pod Żaglami), więc Komisja Konkursowa zarekomendowała wybór tej właśnie oferty, dającej szansę na zachowanie „Kapitana Głowackiego” w polskiej „rodzinie” żaglowców szkolnych, i na dalszą realizację na jego pokładzie szkoły pod żaglami i morskiego wychowania młodzieży. Właśnie obie strony podpisały już umowę sprzedaży i



transakcja została sfinalizowana, za kwotę 150 tys. złotych. Tym samym jest duża nadzieja, że „Głowas” wróci na morza, i wróci do Szczecina, może z uczniami szkół szczecińskich na pokładzie?

Tak się akurat złożyło, że 18 czerwca 2020 r. w pierwszy tegoroczny rejs szkoleniowy – opóźniony wskutek zagrożenia epidemicznego – wyszedł z Gdyni nasz największy żaglowiec szkolny – STS „Dar Młodzieży”, z grupą 130 praktykantów, w tym studentów Wydziału Nawigacyjnego macierzystego Uniwersytetu Morskiego w Gdyni, oraz słuchaczy Zespołu Szkół Morskich ze Świnoujścia. Razem z innymi żaglowcami – w tym „Pogoria”, „Zawiszą Czarnym” i „Generałem Zaruskim” – będą też brać udział w IV Paradzie Świętojańskiej na wodach Zatoki Gdańskiej. Miejmy nadzieję, że po remoncie dołączy do nich z czasem uratowany z niebytu „Kapitan Głowacki”...

**Tekst i zdjęcia: Wiesław Seidler**

Na zdjęciach: „Kapitan Głowacki” w dobrych czasach, z naszą młodzieżą na pokładzie...





Prace uczestników Pracowni Plastycznej  
Pałacu Młodzież (op. art. Kornelia Tumanowicz)

# *Świat w glinie zaklęty*

Zdjęcia: Kornelia Tumanowicz





Prace uczestników  
Pracowni Plastycznej  
Pałacu Młodzież  
(op. art. Kornelia Tumanowicz)

## *Świat w glinie zaklęty*

Zdjęcia: Kornelia Tumanowicz

