

pomoc OK

MÓW SŁUCHAJ WSPIERAJ

Treści materiałów edukacyjnych i promocyjno - informacyjnych w zakresie występowania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, wspierania rodziców, opiekunów i nauczycieli w zakresie właściwego podejścia i udzielenia pomocy dzieciom z problemami dotyczącymi zdrowia psychicznego

Przygotowała: Karolina Pietrzak



Przygotowała: Karolina Pietrzak

Spis treści

1. Dzieci i nastolatki (7-18 r.ż.) najbardziej narażeni na kryzys zdrowia psychicznego – przegląd badań nad czynnikami ryzyka	4
1.1. Problem ubóstwa u dzieci	4
1.2. Struktura rodziny	6
1.3. Bariery w dostępie do opieki medycznej	6
1.4. Nierówności edukacyjne	7
1.5. Problematyczne używanie internetu	7
1.6. Dzieci narażone na doświadczenie krzywdzenia (przemoc fizyczną, emocjonalną, zaniedbanie fizyczne, wykorzystanie seksualne)	8
1.7. Sytuacja pandemii	9
1.8. Rola szkoły	10
1.9. Odbiorcy materiałów edukacyjnych	11
2. Przyczyny powstawania zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży	13
2.1. Co wpływa na rozwój dziecka	13
2.2. Czynniki wpływające na powstanie zaburzeń psychicznych	14
2.3. Przyczyny z podziałem na rodzaj zaburzenia	17
3. Objawy zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży	18
3.1. Objawy wybranych zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży	20
3.2. Objawy z podziałem na poszczególne etapy rozwoju dziecka	25

4. Jak postępować z dzieckiem, co do którego zachodzi podejrzenie kryzysu psychicznego?	29
4.1. Jak rozmawiać z dzieckiem i nastolatkiem	29
4.2. Dziecko / nastolatek zgłaszający myśli samobójcze	31
4.3. Na co zwracać szczególną uwagę w przypadku dzieci w wieku wczesnoszkolnym (7-10 lat)	32
4.4. Kto zajmuje się leczeniem zaburzeń psychicznych. Trzy poziomowy system opieki dla dzieci i młodzieży.	36
5. Załączniki	41
5. Integracja i niewykluczanie dzieci i młodzieży z kryzysem zdrowia psychicznego	63
5.1. Model trójpoziomowej interwencji i profilaktyki trudnych zachowań	63
5.2. Dziecko w szkole	65
5.3. Kształtowanie społeczności szkolnej jako środowiska społecznego włączającego wszystkich uczniów - włączający model edukacji, nauczanie zróżnicowane	66
5.4. Dziecko / nastolatek z depresją	66
5.5. Dziecko / nastolatek przejawiający objawy zaburzeń lękowych	67
5.6. Leczenie w szpitalu	68
6. Jak przeciwdziałać przyczynom powstawania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży oraz stygmatyzacji dzieci i młodzieży z problemami psychicznymi	68
6.1. Edukacja dzieci i młodzieży na temat zdrowia psychicznego – przykłady	69
7. Ewaluacja skuteczności materiałów edukacyjnych.	71

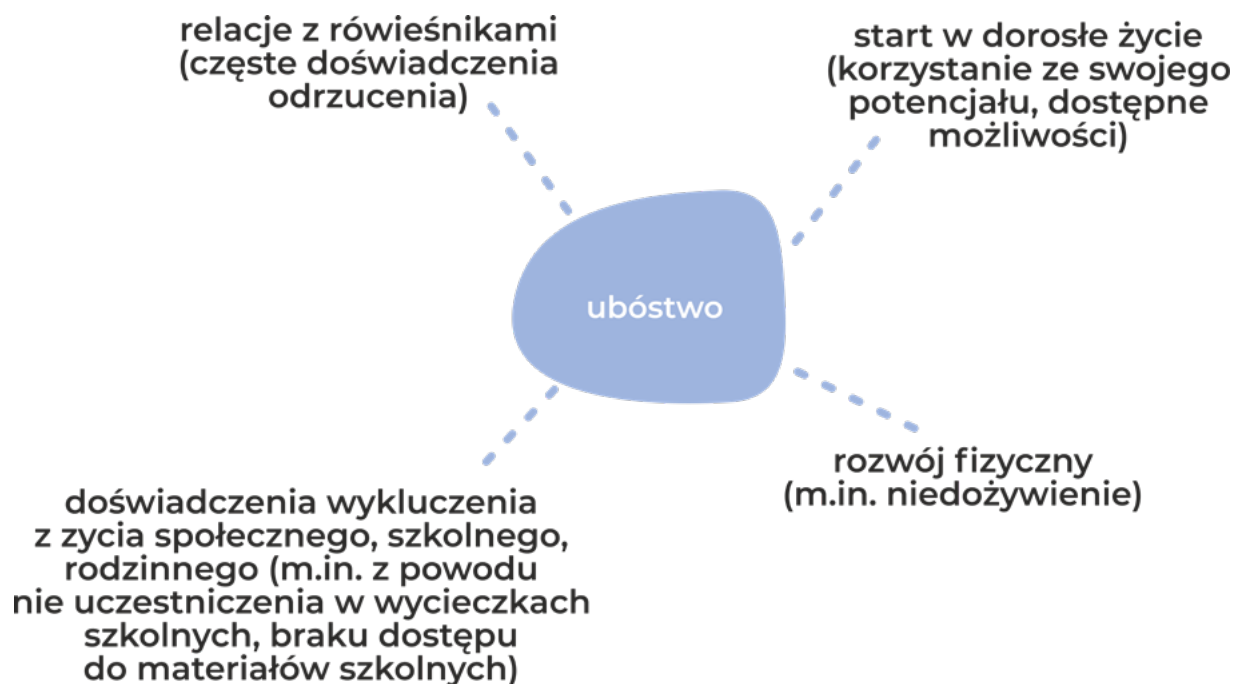
1. Dzieci i nastolatki (7-18 r.ż.) najbardziej narażeni na kryzys zdrowia psychicznego – przegląd badań nad czynnikami ryzyka

Materiały te skierowane są przede wszystkim do nauczycieli, rodziców dzieci i nastolatków w wieku od 7 roku życia do 18 roku życia, które znajdują się w grupie ryzyka powstania zaburzenia psychicznego. Przegląd badań ukazuje grupę docelową dzieci, które w szczególny sposób powinny zostać objęte wsparciem.

Liczne badania wyróżniają różne czynniki, które wpływają na dziecko, utrudniając, a niekiedy uniemożliwiając jego prawidłowy rozwój. Są to tak zwane czynniki ryzyka, które mogą czynić dziecko bardziej podatnym na rozwój zaburzeń. Są to: **niski status społeczno – ekonomiczny, pracowanie przez matkę w pierwszym roku życia, niskie wykształcenie rodziców, liczna rodzina i małe mieszkanie, przestępczość i antyspołeczne zaburzenie osobowości jednego z rodziców, liczne konflikty w rodzinie, mała różnica wieku między rodzeństwem (mniej niż 18 miesięcy), doświadczenie odrzucenia, rozstanie rodziców, strata matki, bycie wychowywanym przez jednego rodzica, doświadczenie przemocy/ wykorzystania seksualnego, złe doświadczenia w relacjach z rówieśnikami, podatność genetyczna do chorób, obecność choroby psychicznej lub fizycznej u rodzica** (Zabrock, 2008, Hoffmann i Hochapfel, 1995, Petermann, Niebank i Kusch, 1998, za: Zabock, Loose, Graaf, 2017). Czynniki ryzyka zwiększają prawdopodobieństwo pojawienia się kryzysów psychicznych u dzieci i młodzieży. Są dla nas zatem ważnym wskaźnikiem, jaką grupę dzieci należy otoczyć szczególnym wsparciem.

1.1. Problem ubóstwa u dzieci

Rozwój dziecka możliwy jest dzięki zapewnieniu mu optymalnych warunków. Składa się na nie wiele czynników, rozpoczynając od stopnia zaspokojenia podstawowych potrzeb dziecka (m.in. warunki mieszkaniowe, wyżywienie, dostęp do dóbr i usług). Problem ubóstwa u dzieci wpływa na wiele sfer jego życia.



Jak wskazuje raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce (2017), Polska jest jednym z nielicznych krajów, które odnotowały, mimo kryzysu z lat 2008–2011, znaczący postęp w dziedzinie ograniczania ubóstwa (za: Wójcik, 2017). Z danych udostępnionych przez GUS wynika jednak, że w 2020 roku wzrósł odsetek skrajnego ubóstwa wśród dzieci i młodzieży (0-17 lat) z 4,5 procent (2019) do 5,9 procent (2020). Dzieci dotknięte ubóstwem są **szczególnie narażone** na zakłócenia w ich prawidłowym rozwoju i wymagają szczególnego wsparcia otoczenia w wyrównywaniu ich szans. Doświadczenie biedy oddziałuje na wiele sfer życia dziecka. Badania pokazują, że niedożywienie u dzieci wpływa na jego wyniki w nauce, obniżając efektywność nauki i zdolność do koncentracji (Tarkowska, 2011, za: Wójcik, 2017). Problemy rodziny dotkniętej biedą oddziałują na dziecko powodując, że jego uwaga nie koncentruje się wokół zadań rozwojowych typowych dla jego wieku. Często nie mają one możliwości realizacji tak ważnej potrzeby dziecięcej jak spontaniczna zabawa, czerpanie radości i przyjemności z relacji z innymi dziećmi. Dzieci te często przejmują obowiązki dorosłych, podejmują się prac okresowych, wspierają rodzinę wychowując młodsze rodzeństwo. Szkoła jest dla nich miejscem, w którym często doświadczają odrzucenia i izolacji. Pierwotne problemy związane z brakiem warunków do odrabiania lekcji, brakiem przyborów szkolnych, wywołują kolejne – zaległości szkolne, obniżenie poczucia własnej wartości. Dziecko zaczyna sobie z nimi radzić często poprzez unikanie szkoły, jeszcze większe wycofywanie się z relacji z rówieśnikami, ucieczkę w zachowania ryzykowne, co pogłębia problem i niesie za sobą szereg konsekwencji dla jego dalszego funkcjonowania.

1.2. Struktura rodziny

Kolejnym ważnym aspektem jest środowisko rodzinne dziecka. Otoczenie, w którym wychowuje się dziecko ma ogromny wpływ na jego rozwój. Do czynników ochronnych, które mogą wspierać rozwój dziecka, a nawet hamować inne czynniki ryzyka rozwoju zaburzeń, należą między innymi dobre relacje z osobami bliskimi (Zabock, Loose, Graaf, 2017). Dysfunkcje rodziny mogą stanowić zagrożenie dla prawidłowego rozwoju dziecka (Szredzińska, 2017). Obecność obojga rodziców w życiu dziecka wpływa na jego rozwój społeczny i poznawczy (Wildner, Wojtasik, 2011, za: Szredzińska, 2017). **Szczególną uwagą należy otaczać zatem dzieci i młodzież wychowującą się w rodzinach, gdzie rodzice są z różnych powodów nieobecni w życiu dziecka, fizycznie lub emocjonalnie** (m.in. praca za granicą, rozwód rodziców, rodzice zapracowani, rodzice uzależnieni, dzieci przebywające w pieczy zastępczej), co stanowi istotny czynnik ryzyka dla rozwoju wielu zaburzeń psychicznych. Na szczególną uwagę zasługuje także zagadnienie odżywiania się i otyłości wśród dzieci i młodzieży. Wyniki kolejnych edycji Badania Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej (HBSC) wskazują na związek między występowaniem otyłości u dzieci a strukturą rodziny. U nastolatków wychowywanych w rodzinach pełnych istotnie rzadziej występują nadwaga i otyłość niż u ich rówieśników dorastających w innych typach rodzin (Tabak, Oblacińska, Jodkowska, Mikiel-Kostyra, 2012, za: Szredzińska, 2017).

1.3. Bariery w dostępie do opieki medycznej

Każdego roku rośnie liczba dzieci i młodzieży wymagających wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego. Kiedy u dziecka / nastolatka pojawiają się objawy sugerujące zaburzenie psychiczne, niezmiernie ważna jest adekwatna reakcja otoczenia – zapewnienie mu wsparcia, jak również profesjonalnej pomocy. Wiele mówi się o wspólnym działaniu rodziców, specjalistów i szeroko rozumianego otoczenia dziecka w jego leczeniu. W wielu miejscach w Polsce nadal dostępność do profesjonalnej pomocy jest mniejsza (obszary wschodnie i północno – wschodnie Polski), a wiedza dorosłych na temat zaburzeń psychicznych niewystarczająca.

Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce z 2017 roku (Dzieci się liczą) ukazuje, że „wśród najczęściej wskazywanych przyczyn nierówności w dostępie do opieki medycznej wymienia się: status społeczno-ekonomiczny rodziny, poziom wykształcenia, poziom świadomości zdrowotnej, osiągalność (mierzoną np. liczbą specjalistów, łóżek szpitalnych), dostępność przestrzenną (odległość do ośrodków zdrowia) i dostępność

organizacyjną (mierzoną np. godzinami przyjęć, sposobem zapisów itd.) usług z zakresu zdrowia. W przypadku dzieci i młodzieży podaje się również sprzyjające środowisko szkolne i domowe, a wśród dzieci cudzoziemskich – różnice kulturowe i barierę językową" (za: Szredzińska, 2017).

Priorytetem jest zatem dbanie o jak największą dostępność specjalistycznego wsparcia dla dzieci i młodzieży, szerzenie wiedzy na temat zaburzeń psychicznych wśród dorosłych, szkolenie nauczycieli w zakresie udzielania wsparcia, rozpoznawania sygnałów i podejmowania adekwatnych działań. Szczególną uwagą należy objąć **dzieci i młodzież zamieszkującą wsie i małe miejscowości**, gdzie dostęp do różnych form pomocy jest ograniczony.

1.4. Nierówności edukacyjne

Do grupy szczególnie narażonej na wykluczenie, a tym samym podatnej na pojawienie się kryzysu zdrowia psychicznego są **uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi**. Należą do nich m.in. osoby z niepełnosprawnościami, dzieci pochodzące z rodzin, gdzie nie otrzymują wsparcia, rodzin ubogich, dzieci z trudnościami w uczeniu się, jak również dzieci szczególnie uzdolnione (Plichta, 2016, za: Plichta, 2017).

1.5. Problematyczne używanie internetu

Na osobną uwagę zasługuje też aspekt uzależnień behawioralnych u dzieci i młodzieży związanych z nowymi technologiami. Choć dane co do skali rozpowszechnienia są rozbieżne (Hyrnik, 2021), coraz częściej obserwujemy wśród dzieci i młodzieży uzależnienia od internetu, korzystania z mediów społecznościowych, uzależnienie od gier, czy nadmierne korzystanie z telefonu komórkowego. Na rozwój uzależnienia od internetu szczególnie narażone są **dzieci z rodzin niepełnych, mające niedostateczny nadzór ze strony rodzica, jak również nie posiadające pozytywnych wzmocnień ze strony osób bliskich, czy też najbliższego otoczenia**. Brak wsparcia, doświadczenie izolacji ze strony rówieśników sprzyja rozwojowi uzależnień od portali społecznościowych (Hyrnik, 2021). Potwierdzają to również badania nad problematycznym używaniem internetu przez młodzież (za: Makaruk, Włodarczyk, Skoneczna, 2019). Ich wyniki wskazują na czynniki ryzyka sprzyjające problematycznemu używaniu internetu – są to czynniki rodzinne (konflikty rodzinne oraz między rodzicami, brak silnych więzi rodzinnych, brak wsparcia, brak kontroli rodzicielskiej jak również postawa rodzica nadmiernie karząca bądź nadmiernie opiekuńcza), czynniki szkolne (brak

wsparcia ze strony rówieśników i nauczycieli, niższy poziom kompetencji szkolnych, słaba więź ze szkołą), doświadczenie cyberprzemocy.

Warto zaznaczyć, że portale społecznościowe, gry, internet są często sposobem radzenia sobie dzieci i młodzieży, który wynika z ich poczucia osamotnienia, braku wsparcia, trudności w kontaktach społecznych. Wspomniane wcześniej badania wskazują jak ważna jest rola osoby dorosłej w nadawaniu ram korzystania z nowych technologii dzieciom i młodzieży. Mówiąc o ograniczeniach w użytkowaniu internetu należy rozumieć zaproponowanie dzieciom i młodzieży innych form spędzania czasu wolnego, co wpłynęłoby na kształtowanie się u nich pozytywnych doświadczeń i budowania zasobów do radzenia sobie z pojawiającymi się problemami.

1.6. Dzieci narażone na doświadczenie krzywdzenia (przemoc fizyczną, emocjonalną, zaniedbanie fizyczne, wykorzystanie seksualne)

O wpływie doświadczenia przemocy (niezależnie od jej rodzaju) na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży nie trzeba nikogo przekonywać. Doświadczenie krzywdzenia niewątpliwie wpływa na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży i niesie ze sobą wiele negatywnych konsekwencji dla jego dalszego rozwoju, także w dorosłym życiu. Badania wykazały, że ekspozycja na krzywdzenie w dzieciństwie jest powiązana ze zwiększonym ryzykiem bycia ofiarą lub sprawcą przemocy, depresji, lęków, prób samobójczych oraz podejmowaniem ryzykownych zachowań w późniejszym życiu, np. uzależnień czy ryzykownych zachowań seksualnych (UNICEF, 2014; WHO, 2006, za: Włodarczyk, 2017). Za czynniki ryzyka krzywdzenia dziecka uznaje się m.in. **nieobecność jednego z rodziców biologicznych, zbytnie obciążenie obowiązkami, niedojrzałość i brak gotowości do podjęcia roli rodzica przez nastoletnich rodziców, zamieszkiwanie z osobami niespokrewnionymi, rozpad i konflikty w rodzinach oraz brak oparcia społecznego** (Izdebska, Lewandowska, 2012, za: Szredzińska, 2017). Na podstawie wyników badań, dotyczących praktyki zgłaszania przez pracowników ochrony zdrowia podejrzeń krzywdzenia dzieci (Makaruk, Włodarczyk, 2019), można wyróżnić pojawiające się w praktyce personelu medycznego przejawy krzywdzenia dzieci. Są to zaniedbania w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb dziecka, zaniedbania emocjonalne poprzez brak wsparcia, brak uważności na potrzeby dziecka i nastolatka, doświadczanie przez dziecko przemocy emocjonalnej, odrzucanie dziecka z uwagi na jego indywidualne cechy (niepełnosprawność, problemy z nauką), jak również czynniki ryzyka - młody wiek matki, jej

trudności psychiczne (np. depresja), dysfunkcje i problemy występujące w rodzinie (np. choroba alkoholowa), rozwód rodziców, wychowywanie się w rodzinie niepełnej.

Doświadczenie przemocy odbija się na całym życiu człowieka, ma ona długofalowe skutki, które możemy obserwować również w jego dorosłym życiu. Niezwykle ważna jest zatem szczególna uważność na przejawy mogące sugerować doświadczanie przemocy przez dziecko / nastolatka i odpowiednia reakcja dorosłych. Niewątpliwie istotna jest również edukacja społeczeństwa na temat zjawiska przemocy, zwłaszcza emocjonalnej, która często wśród społeczeństwa nadal nie jest rozpoznawana i identyfikowana jako przemoc, a która niesie ze sobą równie dotkliwe konsekwencje jak przemoc fizyczna.

1.7. Sytuacja pandemii

Mając na uwadze sytuację pandemii SARS-CoV-2 od 2020 r., nie można ominąć jej wpływu na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Od marca 2020 roku z uwagi na pandemię w polskich szkołach odbywała się edukacja zdalna. Dodatkowym obostrzeniem dla dzieci i młodzieży były także okresowe zakazy wychodzenia z domu bez towarzyszenia osoby dorosłej. Zmiany w obostrzeniach wynikające z pandemii trwają nadal. Dzieci i młodzież we wrześniu 2021 roku wróciła do szkół, jednak ich poczucie bezpieczeństwa co do przyszłości jest wciąż niepewne. Bez wątpienia sytuacja pandemii ma wpływ na stan psychiczny dzieci i młodzieży. Nie tylko z powodu zachwiania ich poczucia bezpieczeństwa, zmiany dotychczasowego trybu życia, jak również izolacji tej grupy dzieci i młodzieży, która na co dzień miała szansę otrzymać wsparcie od otoczenia, a zamknięta w domu pozostawała sama ze swoim problemem. Na podstawie badań ilościowych przeprowadzonych w 2020 roku na temat negatywnych doświadczeń młodzieży w okresie pandemii (Makaruk, Włodarczyk, Szredzińska, 2020) można zauważyć, że sytuacja pandemii w sposób zróżnicowany wpłynęła na dzieci i młodzież, a to co można uznać jako czynniki ryzyka to m.in. **doświadczana przemoc, brak wsparcia, zamieszkiwanie na wsi**. Badania ukazują, że w czasie izolacji wynikającej z pandemii ponad co czwarta osoba badana w wieku 13-17 lat doświadczyła jednego z rodzajów przemocy (w domu rodzinnym, przemocy rówieśniczej, była świadkiem przemocy). Częściej ofiarami byli starsi nastolatki w wieku 16-17 lat, dziewczęta częściej niż chłopcy. Przemocy w środowisku domowym, bycia świadkiem przemocy, wykorzystania seksualnego częściej doświadczały osoby mieszkające na wsi. Nastolatki, którzy w pierwszym okresie pandemii doświadczyli przemocy, częściej wskazywali też na brak wsparcia w swoim otoczeniu.

To ważne dane ukazujące co wpływa na nastrój dzieci i młodzieży oraz jaką grupę dzieci i młodzieży należy objąć szczególnym wsparciem i uwagą. Programy oparte na wzroście kompetencji rodzicielskich, stałym monitorowaniu sytuacji rodzinnej dzieci i młodzieży, programy profilaktyczne skierowane do dzieci i młodzieży (także z zakresu przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnego – również z naciskiem na formy przemocy seksualnej w internecie), natychmiastowe reagowanie w przypadku wiedzy o zaistnieniu przemocy wobec dziecka, to kierunek, który umożliwi nie tylko profilaktykę zaburzeń psychicznych, jak również pozwoli na szybszy powrót do równowagi dzieciom i młodzieży szczególnie zagrożonej kryzysem zdrowia psychicznego.

1.8. Rola szkoły

Z omawianych już wcześniej badań na temat negatywnych doświadczeń młodzieży w okresie pandemii (Makaruk, Włodarczyk, Szredzińska, 2020), wysuwa się też ważny wniosek dotyczący tego, co reguluje nastrój u dzieci i młodzieży. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że to co wpływało na zadowolenie z sytuacji pandemii i braku wychodzenia do szkoły to m.in. brak stresu szkolnego. Na pogorszenie samopoczucia wpływała izolacja z rówieśnikami i konieczność przebywania w domu. Zagadnienie zdrowia psychicznego, dbałość o kondycję psychiczną ucznia jest niezwykle istotna i powinna być równie ważna jak realizowanie treści programowych. **Lepszy stan zdrowia psychicznego dziecka to lepsze rezultaty w nauce.** To co niewątpliwie poprawia stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży to otrzymywanie wsparcia, wymagania adekwatne do indywidualnych możliwości dziecka, możliwość nawiązywania relacji z rówieśnikami. Badanie dotyczące zdrowia psychicznego uczniów i uczennic oczami nauczycieli i nauczycielek, przeprowadzone przez Fundację „Szkoła z Klasą” (2020) wskazuje na wciąż niewystarczający dostęp w szkołach do psychologa szkolnego. Nauczyciele obserwują zmiany w zachowaniu dzieci (wskazuje na to 58% osób badanych), jednak wykazują przeciążenie koniecznością realizowania podstaw programowych, co nie pozwala im na odpowiedzenie na wszystkie potrzeby uczniów. Do najczęściej obserwowanych przyczyn problemów wśród uczniów zaliczają się te związane z **niskim poczuciem własnej wartości, brakiem wsparcia ze strony rodziców, brakiem akceptacji ze strony rówieśników, problemami rodzinnymi i presją ze strony rówieśników.** Do najpoważniejszych problemów zdaniem nauczycieli zaliczają się depresja, uzależnienie od telefonu, agresja, problemy z nawiązywaniem relacji z rówieśnikami oraz zaburzenia koncentracji. Według opinii nauczycieli najczęstszymi obserwowanymi problemami u dzieci i młodzieży są problemy w relacjach z rówieśnikami.

Badanie to podkreśla także ważną rolę rodzica w reagowaniu na objawy dziecka, jak również dużą rolę środowiska domowego zarówno jako czynnik ryzyka wystąpienia objawów, jak i czynnik ochronny w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.



1.9. Odbiorcy materiałów edukacyjnych

Jak przedstawiono powyżej, istnieje grupa dzieci i młodzieży szczególnie narażona na pojawienie się objawów zaburzeń psychicznych. Tę grupę należy otoczyć szczególną troską i uważnością, zarówno poprzez oddziaływania mające służyć poprawie ich funkcjonowania, jak i działając profilaktycznie zanim pojawią się objawy.

Są to dzieci i młodzież:

- * z rodzin ubogich,
- * zamieszkująca wsie, obszary peryferyjne,
- * doświadczająca braku wsparcia ze strony otoczenia (z trudną sytuacją rodzinną, jak również z nieobecnymi rodzicami (w rozumieniu fizycznym i emocjonalnym)),
- * ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Materiały te w szczególności dedykowane są rodzicom i nauczycielom dzieci w przedziale wiekowym 7-18 lat.

Bibliografia:

1. Fundacja Szkoła z Klasą. Rozmawiaj z klasą. Zdrowie psychiczne uczniów i uczennic oczami nauczycieli i nauczycielek. Raport z badania. 2020.
2. Hyrnik J. Uzależnienia behawioralne. W: Janas – Kozik M., Wolańczyk T. Psychiatria dzieci i młodzieży. Tom 2. PZWL, Warszawa 2021.
3. Łysoń P. Departament Badań Społecznych Wydział Badań i Analiz Jakości Życia i Kapitału Społecznego: Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce (<https://stat.gov.pl/>)
4. Makaruk K.: Przemoc rówieśnicza. W: Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2017.
5. Makaruk K., Włodarczyk J.: Praktyka zgłaszania przez pracowników ochrony zdrowia podejrzeń krzywdzenia dzieci. Raport z badania. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2019.
6. Makaruk K., Włodarczyk J., Skoneczna P.: Problematyczne używanie internetu przez młodzież. Raport z badań. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2019.
7. Makaruk K., Włodarczyk J., Szredzińska R.: Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii. Raport badań ilościowych. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2020.
8. Plichta P.: Edukacja dzieci i młodzieży – wybrane wyzwania i obszary nierówności. W: Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2017.
9. Szredzińska R.: Dzieci w rodzinie. W: Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2017.
10. Szredzińska R.: Zdrowie dzieci i młodzieży. W: Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2017.
11. Włodarczyk J.: Przemoc wobec dzieci. W: Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2017.
12. Wójcik Sz.: Ubóstwo dzieci. W: Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2017.
13. www.nik.gov.pl/aktualnosci/lecznictwo-psychiatryczne-dzieci-i-mlodziezy.html
14. Zarbock G., Loose Ch., Graaf P.: Terapia schematów w pracy z dziećmi i młodzieżą – podstawowe zagadnienia. W: Loose Ch., Graaf P., Zarbock G.: Terapia schematów dzieci i młodzieży. Wydawnictwo GWP, Sopot, 2017.

2. Przyczyny powstawania zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży

Celem poniższego opracowania jest pokazanie złożoności zagadnienia zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży. Z jednej strony ma ono na celu uwrażliwienie rodziców/ nauczycieli na co mają wpływ w przeciwdziałaniu pojawiania się kryzysów psychicznych u dzieci i młodzieży. Z drugiej zaś, odbarczeniu z często pojawiającego się u opiekunów poczucia winy w sytuacji wystąpienia u dziecka objawów sugerujących zły stan zdrowia psychicznego i koncentracji na tym jak pomagać i wspierać dziecko.

2.1. Co wpływa na rozwój dziecka

Rozwój dziecka uwarunkowany jest przez wiele zmiennych. To, co jest prawidłowe w jednym okresie życia może już budzić nasze obawy na innych etapach jego rozwoju. Przykładem mogą być chociażby lęki rozwojowe pojawiające się na różnych etapach życia dziecka, które postrzegane są jako norma dla dzieci w określonym wieku (np. lęk przed ciemnością u dwulatka, czy też lęki rozwojowe u nastolatka dotyczące wyglądu osobistego, relacji rówieśniczych).

Na zachowanie dziecka wpływ może mieć **wiele czynników**, nie zawsze mogą być one związane z kryzysem stanu psychicznego i należy o tym pamiętać obserwując zmianę zachowania u swojego dziecka.

Wysuwa się z tego ważny wniosek spostrzegania dziecka jako całości – jego wieku, genetycznych właściwości (np. występujących w rodzinie chorób), predyspozycji do reagowania na różne sytuacje stresowe (niektóre dzieci reagują na nowe sytuacje dużym lękiem i wycofaniem, inne zaś wykazują się ciekawością i otwartością), zasobów (m.in. umiejętności, zdolności, sieć wsparcia rówieśników i rodziny, dobra materialne), pojawiających się objawów (np. odczuwania dużego nasilenia lęku, obniżonego nastroju), sytuacji rodzinnej, relacji rówieśniczych, przebiegu dotychczasowego rozwoju od okresu niemowlęctwa, a nawet śledząc przebieg okresu prenatalnego.



Niezależnie od tego co jest przyczyną obecnego stanu dziecka/ nastolatka istotne jest to, **jak możemy mu pomóc**. W dużym uproszczeniu, myśląc o przyczynach powstawania zaburzeń możemy mówić o pewnej **podatności**, która jest **dziedziczona** i przy udziale **czynników środowiskowych** może się ujawnić. Innymi słowy dziedziczymy skłonność do zachorowania na chorobę psychiczną/ zaburzenie psychiczne, która przy udziale niekorzystnych wydarzeń życiowych może wywołać pojawienie się kryzysu psychicznego. Daje nam to szansę, że odpowiednio reagując na potrzeby dziecka, dostosowując oddziaływania do jego możliwości, otaczając je troską, wsparciem, możemy **działać profilaktycznie**, zmniejszając ryzyko pojawienia się u dziecka objawów sugerujących pogorszenie stanu psychicznego.

2.2. Czynniki wpływające na powstanie zaburzeń psychicznych

Przedstawiony podział niektórych czynników może stanowić podsumowanie przyczyn powstawania zaburzeń u dzieci i młodzieży oraz wskazówkę, na co zwrócić uwagę w kontekście profilaktyki pojawiania się objawów u dzieci i młodzieży (opracowanie własne na podstawie literatury).

Czynniki predysponujące/ Czynniki ryzyka (zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia objawów):

- * czynniki biologiczne (m.in. dziedziczna podatność, komplikacje w okresie okołoporodowym, choroby we wczesnym okresie rozwoju)
- * czynniki psychologiczne (m.in. niska samoocena, cechy temperamentu)
- * trudności związane ze środowiskiem rodzinnym (m.in. trudne wydarzenia rodzinne we wczesnym wieku – choroba rodzica, uzależnienie rodzica, przemoc, problemy małżeńskie) oraz szkolnym (m.in. odrzucenie przez rówieśników, trudności szkolne)
- * oddziaływania wychowawcze (m.in. brak stymulacji w zakresie rozwoju dziecka, niereagowanie na potrzeby dziecka, nadmiernie karząca dyscyplina)

Bodźce wyzwalające (bezpośredni czynnik, tzw. spustowy, który wywołał objawy), m.in.:

- * przemoc
- * żałoba
- * rozwód rodziców
- * strata przyjaciół
- * przeprowadzka



Czynniki podtrzymujące (wpływające m.in. na przebieg, czas trwania objawów, intensywność):

Związane z funkcjonowaniem dziecka/ nastolatka, m.in.:

- * sposób rozwiązywania problemów
- * sposób spostrzegania sukcesów i porażek
- * negatywne przekonania na swój temat
- * samokrytycyzm

Związane ze środowiskiem rodzinnym, m.in.:

- * problemy małżeńskie
- * nieobecność rodzica
- * włączanie dziecka w sprawy małżeńskie
- * karzące oddziaływania rodzicielskie
- * nieadekwatne/ nadmierne oczekiwania edukacyjne

Związane z zaangażowaniem w terapię dziecka, m.in.:

- * zaprzeczanie problemom
- * nieangażowanie się w plan terapii

Związane ze stanem psychicznym opiekuna, m.in.:

- * problemy psychologiczne rodzica

Czynniki ochronne:

Związane z funkcjonowaniem dziecka/ nastolatka, m.in.:

- * zdrowie fizyczne
- * aktywność fizyczna
- * funkcjonalne strategie radzenia sobie
- * optymistyczny styl spostrzegania sytuacji
- * wysoki poziom inteligencji
- * co najmniej jedna dobra bliska relacja

Związane ze środowiskiem rodzinnym, m.in.:

- * tzw. bezpieczny styl przywiązania polegający na adekwatnym reagowaniu na potrzeby dziecka, zapewnianiu mu autonomii i możliwości rozwoju przy jednoczesnym okazywaniu wsparcia
- * otwarta komunikacja między członkami rodziny
- * podział obowiązków w rodzinie, wzajemne wsparcie

Związane z zaangażowaniem w terapię dziecka, m.in.:

- * zaakceptowanie przez członków rodziny istnienia problemu
- * zaangażowanie członków rodziny w terapię

2.3. Przyczyny z podziałem na rodzaj zaburzenia

Poniższe przykłady mogą ukazać, w dużym skrócie, złożoność i niejasność (mimo wielu badań) co do konkretnej przyczyny powstawania zaburzeń i chorób psychicznych. Stanowią podsumowanie, iż koncentracja na szukaniu przyczyn zaburzenia może nakierować naszą uwagę nie tam, gdzie powinniśmy - zamieńmy pytanie „**dla czego**” na „**jak wspierać i pomagać dziecku**”

- * **Zaburzenia neurorozwojowe** – niepełnosprawność intelektualna – wiele czynników – wewnętrznych (np. wady układu nerwowego, choroby genetyczne, uwarunkowania genetyczne) i zewnętrznych (np. przyjmowanie przez matkę środków psychoaktywnych w okresie prenatalnym).
- * **Zaburzenia komunikacji (zaburzenia rozwoju mowy)** – zróżnicowana przyczyna, m. in. uwarunkowania genetyczne, wady budowy aparatu artykulacyjnego.
- * **Zaburzenie ze spektrum autyzmu** – czynniki genetyczne i środowiskowe.
- * **Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi** – interakcja genów i środowiska.
- * **Specyficzne zaburzenia uczenia się** (tzw. dysleksja rozwojowa, dysortografia, dyskalkulia) – interakcja czynników biologicznych (genetycznych, środowiskowych, okołoporodowych) i psychologicznych.
- * **Zaburzenia ruchu** - rozwojowe zaburzenia koordynacji (czynniki ryzyka to m.in. wcześniactwo), tiki (m.in. podłoże genetyczne, czynniki oddziałujące w czasie ciąży), ruchy stereotypowe (nie do końca jasny jest mechanizm powstawania stereotypii).
- * **Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychotyczne** – podłoże biologiczne, niekorzystne czynniki środowiskowe i bezpośrednie wydarzenie stresujące.

- * **Zaburzenia schizofektywne** (objawy typowe dla schizofrenii i zaburzeń afektywnych) – czynniki środowiskowe, biologiczne, genetyczne, rola neurotransmiterów w mózgu.
- * **Zaburzenie afektywne dwubiegunowe** (zmiany nastroju i aktywności – nastrój wzmożony/drażliwy/mania i nastrój obniżony/depresja) – czynniki genetyczne, neuroanatomiczne, neurochemiczne, psychologiczne, środowiskowe.
- * **Zaburzenia depresyjne** – interakcja czynników genetycznych i środowiskowych.
- * **Zaburzenia lękowe** – wielość czynników ryzyka.
- * **Zaburzenie obsesyjno – kompulsyjne** – czynniki genetyczne, biologiczne, środowiskowe i psychologiczne.
- * **Zaburzenia stresowe pourazowe** – czynniki genetyczne (m.in. genetycznie uwarunkowana wrażliwość na stres) i środowiskowe.
- * **Zaburzenia jedzenia i odżywiania się** – czynniki biologiczne, społeczno – kulturowe, rodzinne i indywidualne.
- * **Zaburzenia zachowania i opozycyjno – buntownicze** – interakcja czynników osobniczych (rola genów, czynniki okołoporodowe), rodzinnych i środowiskowych.
- * **Zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych** – wpływ wielu czynników.
- * **Uzależnienia behawioralne** (rozumiane jako utrata kontroli nad jakimś zachowaniem, np. zakupoholizm/kompulsywne kupowanie) – czynniki ryzyka – biologiczne, osobowościowe, środowiskowe, społeczne.



Bibliografia:

1. Ambroziak K., Kołakowski A., Siwek K.: Depresja nastolatków. Jak ją rozpoznać, zrozumieć i pokonać. Wydawnictwo GWP, Sopot 2018.
2. Janas – Kozik M., Wolańczyk T.: Psychiatria dzieci i młodzieży. Tom 1,2. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2021.
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD- 10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków, Warszawa 1997.
4. Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
5. NICE, www.nice.org.uk/guidance

3. Objawy zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży

Podchodząc do rozumienia objawów wskazujących na nieprawidłowości w rozwoju dzieci i młodzieży należy wspomnieć o tzw. okresach krytycznych i sensytywnych (wrażliwych) w ich rozwoju. Okres sensytywny możemy rozumieć jako najlepszy czas dla dziecka na nabycie pewnych umiejętności (jak np. uczenie się języka obcego), zaś okres krytyczny to taki, po przekroczeniu którego opanowanie ważnej dla dalszego rozwoju umiejętności staje się trudne bądź też nie jest możliwe. Rozwój dziecka możemy rozpatrywać także w kontekście zadań rozwojowych (model zadań rozwojowych Havighursta, 1972, za: Zarbock, Loose, Graaf, 2017). Zadania rozwojowe dzielą się na te, które są wspólne dla wszystkich dzieci, konieczne dla dalszego rozwoju (na przykład rozwój mowy), jak również takie, które wynikają z ich indywidualnej sytuacji w życiu (na przykład śmierć rodzica).

W dalszej części opracowania przedstawiono objawy, które mogą pojawiać się/ dominować na poszczególnych etapach rozwoju dziecka, mogące uwrażliwić rodzica/ opiekuna/ osoby z otoczenia dziecka do szerszego przyjrzenia się jego funkcjonowaniu i podjęciu odpowiednich oddziaływań już na wczesnym etapie jego życia.

Pojawiające się u dziecka niepokojące nas objawy należy rozpatrywać z **różnych perspektyw**. Przed wyciągnięciem wniosków warto zebrać informacje nie tylko od **osób z najbliższego otoczenia dziecka** (rodzice/opiekunowie), ale również przyrzeć się jego **funkcjonowaniu**



w szkole, z rówieśnikami, jak widzą je dalsi krewni (np. dziadkowie), a także (jeżeli dziecko ma już takie umiejętności) **jak ono rozumie to, co się z nim dzieje**. Nie bez znaczenia są też **różnice indywidualne** między dziećmi wynikające chociażby z cech temperamentu.

„Czym różni się zaburzenie nastroju od wahania nastroju?”, „Po czym poznać, że zainteresowanie mojego dziecka zdrowym odżywianiem to już sygnał początków zaburzeń odżywiania?”, „Czy moje dziecko jest niegrzeczne, czy może przejawia objawy nadpobudliwości psychoruchowej?” – te pytania często zadają sobie rodzice. Każda zmiana w zakresie zachowania dziecka, czy też brak pojawienia się oczekiwanej na danym etapie rozwoju umiejętności u dziecka może budzić naszą czujność. W zależności od wieku, objawy danego zaburzenia mogą się różnić. Psychiatria i psychologia kliniczna są dziedzinami naukowymi, stawianie diagnozy psychiatrycznej przez lekarza psychiatrę nie różni się od stawiania diagnozy w innej dziedzinie medycyny i opiera się na kryteriach diagnostycznych obowiązujących w wielu krajach świata (DSM – 5 oraz w Polsce ICD- 10/ ICD -11 obowiązujące od 2022r.). Zgodnie z nimi przez określony czas musi występować minimalna ilość objawów, a ich obecność zaburzać codzienne funkcjonowanie danej osoby. Interesuje nas zatem nie tylko to jakie objawy obserwujemy u dziecka czy nastolatka, ale również jakie jest ich nasilenie, czas trwania tego stanu oraz wpływ na inne sfery życia dziecka.

Lista objawów	Kiedy/ gdzie/ w jakich sytuacjach występują objawy	Czas trwania objawów	Wpływ objawów na funkcjonowanie
---------------	--	-------------------------	------------------------------------

3.1. Objawy wybranych zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży

3.1.1. Zaburzenia afektywne (nastroju)

Zaburzenia nastroju cechują się odczuwaniem nieprawidłowego nastroju. W zależności od przebiegu zaburzeń nastroju możemy podzielić je na zaburzenia depresyjne, w których przebiegu obserwujemy obniżony nastrój oraz zaburzenie afektywne dwubiegunowe, w przebiegu którego dziecko lub nastolatek może doświadczyć także okresu podwyższonego nastroju (mania lub hipomania). Przebieg zaburzeń nastroju u dzieci i młodzieży **jednak różni się od objawów obserwowanych u osób dorosłych, jak również różni się w zależności od wieku dziecka**. Depresja u dzieci i młodzieży może wyrażać się poprzez **nastrój drażliwy**, częściej pojawiają się **skargi na objawy somatyczne** (np. ból głowy), rzadziej obserwuje się zmianę w zakresie apetytu (zmiana w zakresie wagi obserwowana u dorosłych, u dzieci raczej związana jest z **nie osiąganiem oczekiwanej wagi do swojego wieku**). Ponadto w zakresie snu obserwuje się częściej objawy związane z koszmarami sennymi niż bezsennością lub nadmierną sennością. W przebiegu depresji, zwłaszcza u dzieci młodszych (poniżej 6 roku życia) może pojawić się lęk separacyjny (odczuwanie obaw przed rozstaniem z opiekunem).

Epizod depresyjny	Epizod maniakałny	Epizod hipomaniakałny
<ul style="list-style-type: none"> * smutek * przygnębienie * rozdrażnienie * utrata zainteresowań * trudności z koncentracją * poczucie bezwartościowości * pragnienie śmierci/ myśli samobójcze * zmiana w zakresie snu, łaknienia, aktywności 	<ul style="list-style-type: none"> * euforia lub rozdrażnienie * podwyższona energia * uwaga rozproszona wokół wielu planów * zmniejszone zapotrzebowanie na sen * przekonanie o własnej wielkości (co może przybierać formę urojeniową) 	<ul style="list-style-type: none"> * objawy przypominające manię, lecz o mniejszym nasileniu * gonitwa myśli, słowotok

Zmiany obserwowane są prawie codziennie przez co najmniej dwa tygodnie	Zmiany obserwowane są codziennie przez co najmniej tygodni	Zmiany obserwowane są codziennie przez co najmniej cztery dni
---	--	---

3.1.2. Zaburzenia lękowe

Warto zaznaczyć, że **odczuwanie** przez dzieci i młodzież **lęku jest naturalnym elementem ich rozwoju**. Z biegiem lat zmienia się obiekt co do którego dziecko odczuwa lęk, co ma związek m.in. z nabywaniem przez nie doświadczeń i wiedzy na temat otaczającego je świata. Pojawiające się na pewnym etapie życia dziecka typowe lęki nie wymagają leczenia, są to m.in. lęk przed nieznanymi (okres niemowlęcy), lęk przed krytyką, niepowodzeniem (okres adolescencji). Sygnałem ostrzegawczym, który może sugerować pojawienie się zaburzeń lękowych jest **duże nasilenie odczuwanego lęku** oraz jego **dezorganizujący wpływ na funkcjonowanie**. Rozpoznanie zaburzeń lękowych u dzieci w dużej mierze opiera się na obserwacji jego zachowania. Dzieciom trudno opisać, że to co przeżywają to lęk.



Poniżej opisano kilka charakterystycznych cech dla poszczególnych zaburzeń lękowych.

* Separacyjne zaburzenie lękowe

U małych dzieci naturalnym stadium jest protest przeciwko oddzieleniu od opiekuna. Zazwyczaj reagują na rozłąkę gwałtownym sprzeciwem, później jednak uspokajają się i kontynuują zabawę. Reakcja ta słabnie między trzecim a piątym rokiem życia. O separacyjnym zaburzeniu lękowym możemy mówić, gdy przez co najmniej cztery tygodnie (jako porównanie - u dorosłych objawy przez co najmniej sześć miesięcy) pojawia się **lęk znacząco utrudniający funkcjonowanie (społeczne, szkolne)**. Dziecko obawia się rozłąki z opiekunem i sprzeciwia się temu, by zostawić je bez ich opieki.

Odczuwanemu lękowi mogą towarzyszyć koszmary lub dolegliwości somatyczne, np. wymioty.

* Mutyzm wybiórczy

Milczenie w sytuacjach odczuwanego lęku może być naturalną reakcją dziecka na nowe sytuacje (np. pierwszy miesiąc dziecka w szkole/ przedszkolu). Dzieci z mutyzmem wybiórczym potrafią mówić, ale **regularnie zaprzestają mowy** w sytuacjach, w których jest to wymagane (np. lekcja w szkole). Dzieci te mówią płynnie w domu, lecz w sytuacjach społecznych milkną. O mutyzmie możemy mówić, gdy objawy trwają co najmniej miesiąc i powodują trudności w funkcjonowaniu (zazwyczaj społecznym lub szkolnym).

* Fobie swoiste

O fobii możemy mówić w momencie, gdy konkretny przedmiot lub sytuacja wywołuje **nadmierny i nieracjonalny lęk**, jak również pojawia się obawa przed ich pojawieniem się. W konsekwencji odczuwania silnego lęku osoba zaczyna **unikać sytuacji**, w których dany przedmiot lub sytuacja mogą się pojawić. Jak zaznaczono wcześniej, reagowanie lękiem jest naturalne u dzieci, o ile znacznie nie utrudnia funkcjonowania. Możemy zaobserwować, że fobia dotycząca zwierząt zaczyna się zazwyczaj około siódmego roku życia, lęk przed krwią w wieku dziewięciu lat, a lęk przed zabiegami stomatologicznymi w wieku dwunastu lat (za: Morrison, Fleger, 2018, s. 291). O fobii u dzieci i młodzieży możemy mówić, gdy objawy utrzymują się przez co najmniej sześć miesięcy.

* Fobia społeczna

O społecznym zaburzeniu lękowym możemy mówić, gdy dziecko lub nastolatek doświadcza **bardzo silnego lęku lub strachu w sytuacjach społecznych**, gdzie może być

poddane ocenie. W przypadku dzieci lęk ten musi pojawiać się w relacji nie tylko z dorosłymi, lecz **także z rówieśnikami.** Czas trwania objawów wynosi co najmniej sześć miesięcy. Fobia społeczna może dotyczyć jedynie aspektu wystąpień publicznych (wówczas mówimy o lęku przed publicznością/ wystąpieniami publicznymi). Odczuwanie silnego lęku w sytuacjach społecznych prowadzi do **unikania** takich interakcji, przez co utrudnia codzienne funkcjonowanie.

* Zaburzenia paniczne (lęk napadowy)

Lęk napadowy cechuje jego **intensywne narastanie**, które osiąga maksimum w ciągu kilku minut. Mogą mu towarzyszyć objawy takie jak bóle głowy, ból w klatce piersiowej, drżenie, szybkie bicie serca. Może to powodować wrażenie, że coś się z nami dzieje (umieram, zemdleję). W konsekwencji pojawiających się napadów paniki dziecko może **unikać** pewnych miejsc, w których te napady nastąpiły (np. zaczyna unikać chodzenia do szkoły) oraz pojawiają się **obawy przed możliwymi kolejnymi atakami** (tzw. lęk antycypacyjny). Najczęściej zaburzenie paniczne występuje w okresie wczesnej dorosłości, jednak może pojawiać się także w dzieciństwie.



* Zaburzenie lękowe uogólnione

Zaburzenie lękowe uogólnione cechuje się **nadmiernym lękiem, nad którym ciężko zapanować**, pojawia się przez większość dni w okresie co najmniej sześciu miesięcy. Dziecko **zamartwia się** różnymi sprawami – problemami rodzinnymi, szkołą, stanem zdrowia, co prowadzi do dolegliwości w postaci **zwiększonej męczliwości i drażliwości, napięcia mięśni, słabej koncentracji, trudnościach ze snem** (u dzieci do ustalenia rozpoznania wystarczy obecność jednej dolegliwości).

3.1.3. Zaburzenia obsesyjno – kompulsyjne

Dziecko lub nastolatek odczuwa **nawracające, niechciane myśli** (obsesje), które zazwyczaj stara się lekceważyć. Może odczuwać także **powtarzające się czynności** - kompul-

sje (fizyczne lub psychiczne), które wykonuje zgodnie z określonymi zasadami (zazwyczaj w reakcji na obsesje). Obsesje i kompulsje zajmują co najmniej godzinę dziennie lub utrudniają funkcjonowanie w różnych sferach życia dziecka/ nastolatka.

3.1.4. Zaburzenia karmienia i odżywiania się

Najogólniej zaburzenia odżywiania się możemy określić jako takie, które otoczenie uznaje za nieprawidłowe, zaś osoba cierpiąca z tego powodu uznaje je za zgodne ze sobą (Morrison, Flegel, 2018). Zaburzenia te najczęściej pojawiają się w okresie nastoletnim, częściej są spotykane wśród dziewcząt.

* Jadłowstręt psychiczny

Zasadniczą cechą jest **spożywanie** tak **małej ilości pokarmu**, co wpływa na znaczący spadek masy ciała. Osoby te ograniczają spożywanie pokarmu z powodu **dążenia do bycia szczupłym** i **lękiem przed nadmierną masą ciała** (choć niektórzy nie przyznają się do lęku przed nadwagą, jednocześnie podejmując działania mające zapewnić brak przyrostu masy ciała). Charakterystycznym objawem jest również postrzeganie siebie w sposób nieadekwatny do rzeczywistości (wrażenie bycia grubym).

* Żarłoczność psychiczna

Żarłoczność psychiczna (bulimia nervosa) charakteryzuje się **utrata kontrolą nad ilością spożywanego pokarmu** oraz **kontrolą masy ciała poprzez zachowania** takie jak skrajne intensywne ćwiczenia fizyczne, głodówki, wymioty, środki przeczyszczające. Czas trwania objawów to epizody co najmniej raz na tydzień przez co najmniej trzy miesiące.

3.1.5. Zaburzenie opozycyjno – buntownicze

Dzieci przejawiające cechy tego zaburzenia są często **drażliwe, doświadczają gniewu**, a ich **reakcje** na różne sytuacje są **gwałtowne**. Mają trudność w przestrzeganiu zasad, nie słuchają autorytetów. Kryterium czasowe przewiduje występowanie objawów przez co najmniej sześć miesięcy, mniej więcej codziennie u dzieci w wieku pięć lat i młodszych oraz raz na tydzień w przypadku dzieci starszych.

3.1.6. Zaburzenia zachowania

Dziecko lub nastolatek prezentuje zachowania antyspołeczne, często nie przestrzegając

prawa. Przykładami takich zachowań mogą być bójki, kradzieże, ucieczki z domu, podpalenia.

3.1.7. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi ma swój początek w dzieciństwie. Przejawia się **nadruchliwością, impulsywnością i zaburzeniami koncentracji uwagi**. Zazwyczaj najczęściej dostrzegamy objawy związane z nadaktywnością u dzieci polegającą na wierceniu się, wstawaniu z krzeseł podczas lekcji, przerywaniu innym. Dzieci te również mają trudności w skupieniu swojej uwagi, cechuje je łatwość w rozpraszaniu się, popełniają często błędy, bo nie zauważają szczegółów. Początek objawów ma miejsce przed ukończeniem dwunastego roku życia (kiedyś był to wiek siedmiu lat), a objawy trwają powyżej sześciu miesięcy. Objawy te często towarzyszą osobom przez okres nastoletni i dorosłość, chociaż ulegają one modyfikacjom.

3.2. Objawy z podziałem na poszczególne etapy rozwoju dziecka

(Morrison, Flegel, 2018)*

Aspekty w funkcjonowaniu dziecka, na które warto zwrócić uwagę (mogą sugerować objawy wskazujące na zaburzenia, ale nie muszą – istotne jest całościowe spojrzenie na dziecko/adolescenta)

NIEMOWLĘCTWO

(od narodzin do ukończenia pierwszego roku życia)

- * brak wokalizacji
- * jedzenie (np. nieprawidłowy sposób przerzuwania pokarmu, rozdrażnienie podczas karmienia)
- * sen (zaburzenia w rytmie snu i czuwania)
- * aspekty związane z przywiązaniem - reakcja (nadmierna lub brak reakcji) na osoby obce i sytuacje rozłączenia z opiekunem
- * rozwój społeczny (np. brak interakcji z opiekunem w postaci uśmiechu, wyciągania rąk)
- * rozwój fizyczny (brak przyrostu masy ciała/ wysokości)

OKRES PONIEMOWLĘCY (1-3 lat) **(problemy z okresu niemowlęcego nadal mogą występować)**

- * uwaga - niezdolność do utrzymania i podtrzymania uwagi
- * nadaktywność
- * sztywność - przejawiająca się nadmiernym przywiązaniem do rutynowych czynności
- * problemy w relacji rodzic - dziecko – odmowa separacji od rodziców, testowanie granic, rozpaczliwa potrzeba uwagi
- * zachowanie – gwałtowne zmiany nastroju, wybuchy złości
- * wycofanie, apatia
- * mowa – urata zdolności rozumienia lub wytwarzania mowy / opóźniona mowa (np. brak używania języka w wieku 18 miesięcy)
- * rozwój społeczny – brak kontaktu wzrokowego, nieodpowiednia zabawa symboliczna, brak dzielenia się radością, ograniczona mowa ciała

WIEK PRZEDSZKOLNY (3-6 lat)

- * impulsywność (np. wybieganie na ulicę, dotykanie ostrych narzędzi)
- * mowa – mało zrozumiała/ jąkanie
- * reakcje somatyzacyjne – np. ból brzucha w sytuacji stresu
- * nastrój - wybuchy złości / napady agresji / zaburzenia regulacji nastroju (intensywność przeżywania, długotrwanie utrzymujące się stany emocjonalne)
- * reakcje lękowe (w odpowiedzi na rozstanie z rodzicem, zmiany apetytu, niechęć do pójścia do przedszkola, unikanie zabaw z innymi dziećmi), bądź nadmierne podejmowanie ryzyka
- * zachowanie – odmowa wykonywania poleceń, skrajnie silna zazdrość o nowe rodzeństwo
- * nieuwaga
- * problemy związane z wydalaniem lub narządami płciowymi (zanieczyszczanie kałem, ból, powtarzające się dotykanie narządów płciowych, obnażanie się)
- * brak relacji z rówieśnikami

WIEK SZKOLNY (6-12 lat)

W obszarze relacji z innymi:

- * dręczenie lub bycie celem dręczenia
- * umyślne obwinianie innych
- * wycofanie i izolacja
- * nadmierna nieśmiałość
- * kłótność

W obszarze zachowań:

- * impulsywność – nie czekanie na swoją kolej, przerywanie
- * nadaktywność, wiercenie się
- * używanie substancji psychoaktywnych
- * somatyzacja (odczuwanie dolegliwości fizycznych w odpowiedzi na np. stresujące sytuacje)
- * brak panowania nad sobą, nie przestrzeganie zasad

W zakresie przeżywanych emocji:

- * gniewny nastrój
- * obniżony nastrój (w przebiegu depresji u dzieci i młodzieży może dominować rozdrażnienie)
- * napady paniki
- * wybuchy gniewu
- * lek z uwagi na postępujący rozwój fizyczny

W funkcjonowaniu szkolnym:

- * trudności z czytaniem, pisaniem, matematyką
- * odmowa chodzenia do szkoły
- * problemy z uczeniem się
- * trudności ze skupieniem uwagi podczas lekcji

Mowa:

- * brak mowy w konkretnych sytuacjach społecznych
- * problemy z płynnością

Pozostałe:

- * rytuały lub magiczne przekonania
- * moczenie się
- * koszmary senne
- * tiki – ruchy lub wokalizacje mimowolne

WCZESNA ADOLESCENCJA (12-15 lat)

W obszarze zachowania:

- * niszczenie mienia
- * kradzieże
- * agresja
- * impulsywność
- * naruszanie prawa
- * opuszczanie szkoły

Pozostałe:

- * zmiana w zakresie jedzenia, ubioru, stylu życia (jako sygnał do obserwacji), porównania do innych (w tym odczuwanie lęku z powodu późnego rozpoczęcia pokwitania)
- * izolacja, obniżony nastrój, myśli samobójcze
- * bunt wobec autorytetów
- * dolegliwości somatyczne



PÓŹNA ADOLESCENCJA (15-21 lat)

- * objawy związane ze sferą seksualną
- * objawy psychotyczne (np. urojenia, omamy)
- * zmiany w zakresie rozwoju
- * objawy związane z odżywianiem
- * używanie substancji psychoaktywnych

Bibliografia:

1. Janas – Kozik M., Wolańczyk T.: Psychiatria dzieci i młodzieży. Tom 1,2. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2021.
2. Kendall P.C.: Terapia dzieci i młodzieży. Procedury poznawczo – behawioralne. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD- 10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków, Warszawa 1997.
4. Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5, Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.
5. Morrison J., Flegel K.: Wywiad diagnostyczny z dziećmi i młodzieżą. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2018.
6. Zarbock G., Loose Ch., Graaf P.: Terapia schematów w pracy z dziećmi i młodzieżą – podstawowe zagadnienia. W: Loose Ch., Graaf P., Zarbock G.: Terapia schematów dzieci i młodzieży. Wydawnictwo GWP, Sopot, 2017.

4. Jak postępować z dzieckiem, co do którego zachodzi podejrzenie kryzysu psychicznego?

Niezależnie od stanu psychicznego, w jakim znajduje się dziecko czy nastolatek, zadaniem dorosłych jest m.in. zapewnienie im poczucia bezpieczeństwa, odpowiadanie na potrzeby dziecka, wsparcie w rozwiązywaniu pojawiających się problemów oraz radzeniu sobie z pojawiającymi się emocjami.

4.1. Jak rozmawiać z dzieckiem i nastolatkiem

Poniżej zestawiono kilka zasad istotnych podczas rozmowy z dzieckiem/ nastolatkiem.



- * Podejmując dialog z dzieckiem / nastolatkiem należy pamiętać, że rozmowa na temat tego co przeżywa może być dla niego **trudna i stresująca**, może przeżywać dużo lęku w związku ze zmianami, które u siebie obserwuje, jak również w kontakcie z osobami, które go konsultują – lekarz, psycholog.
- * Warto **dowartościowywać** (np. podkreślać mocne strony) dziecko za chęć dzielenia się swoimi doświadczeniami, **odzwierciedlać** (opisywać to co słyszymy) to co mówi dając mu znać, że je słuchamy i chcemy je dobrze zrozumieć, nie narzucając własnych interpretacji - „potrafisz mówić o trudnych dla siebie rzeczach”, „chcesz poczuć się lepiej”, „Twoje samopoczucie jest dla Ciebie ważne”, „Odczuwasz dużo lęku / smutku (...)”.
- * **Pokazując dziecku korzyści** mogące wynikać z podjęcia leczenia możemy zwiększać jego motywację do dalszej współpracy, pytając „czy masz w swoim życiu takie doświadczenia, że zwrócenie się po pomoc pomogło Ci? Może znasz takich bohaterów w bajkach/ książkach?”, „Jak się czujemy, kiedy porozmawiamy z kimś o czymś co nas bardzo męczy?”
- * Zadając dziecku konkretne pytania, dotyczące jego nastroju, możemy spodziewać się odpowiedzi „dobrze”, „ok”. Niezwykle ważne na pierwszym etapie rozmowy z dzieckiem jest **nakierowanie naszej uwagi na klimat rozmowy**, zapewnienie poczucia

bezpieczeństwa niż pozyskanie konkretnych informacji od dziecka / nastolatka, co może je zamykać w kontakcie i przybierać formę „przesłuchania”.

- * Dzieci przekazują wiele sygnałów **w formie niewerbalnej** (np. poprzez gesty, mowę ciała), bądź czujny na zmiany nastroju, zmianę tematu, nagłe wycofanie.
- * Zapewnienie dziecka o **poufności** rozmowy (z ograniczeniem sytuacji zagrażających zdrowiu i życiu) może dać mu poczucie komfortu i zachęcić do rozmowy na trudne dla siebie tematy.
- * Kiedy dziecko na zadawane pytania odpowiada „nie wiem” postaraj się zrozumieć przyczynę – być może chodzi o **formę zadanego pytania** i wymaga ona przeformułowania, być może dziecko czuje, **że nie może o niektórych rzeczach rozmawiać** i ujawniać pewnych informacji. Wówczas możemy użyć zabawy, rysunku, książeczki o konkretnej tematyce, która może pozwolić dziecku na wyrażenie swoich emocji w inny, łatwiejszy dla niego sposób, a nam pozwoli na zebranie informacji na temat stanu psychicznego dziecka.
- * W sytuacji, gdy dziecko nie wchodzi w interakcję (nie mówi, nie bawi się) należy **obserwować dziecko** i zebrać informacje z różnych źródeł z jego otoczenia (szkoła, dom, obserwacja relacji z rówieśnikami). Takie zachowanie dziecka wymaga diagnozy różnicowej (m.in. zaburzenia neurologiczne, niepełnosprawność intelektualna).
- * Powstrzymanie się od nacisków na dziecko i zapewnienie mu czasu, inicjowanie samemu kontaktu (np. poprzez zachętę do zabawy) może pozwolić na przełamanie tego trudnego momentu.
- * W rozmowie z dzieckiem i nastolatkiem podkreślaj jego podmiotowość, nie narzucaj swojego punktu widzenia. Dobrym sposobem może być pytanie o zgodę, gdy chcemy wypowiedzieć swoje zdanie na temat tego, co mówi dziecko, np. „mówisz mi, że nie chcesz chodzić do szkoły, bo jest głupia, czy chciałbyś usłyszeć jak ja to widzę?”.

4.2. Dziecko / nastolatek zgłaszający myśli samobójcze

Kiedy obserwujemy u dziecka / nastolatka zmianę w postaci poruszania tematów śmierci, bądź zgłaszanie myśli samobójczych wprost, zawsze **należy reagować i mówić o tym, co obserwujemy**. Mówienie i pytanie wprost o myśli samobójcze nie przyczyni się do wywołania myśli u drugiej osoby. Myśli nie mają mocy sprawczej, jeżeli druga osoba nie ma myśli i planów samobójczych **sama rozmowa nie nakłoni jej do takich decyzji**. Nazywanie wprost tego co obserwujemy może natomiast przynieść dziecku i nastolatkowi ogromne korzyści – może to być dla nich sygnał, że to co czują jest ważne i nie wolno tego bagatelizować. W przypadku nastolatków taka rozmowa może pokazać, że samobójstwo może za

sobą nieść wiele konsekwencji (co może pozwolić im na refleksję i chwilę zatrzymania się nad sobą), a rozmowa z drugą osobą na temat myśli samobójczych/ tego, co przeżywają, przynosi ulgę.

- * „Powiedziałaś przed chwilą, że nie chce Ci się żyć”
- * „Jesteś ostatnio zamknięta, mniej wychodzisz do znajomych, widzę, że dużo czytasz na temat śmierci” – „Ludzie, którzy tak się zachowują często chorują na depresję i mają myśli samobójcze, martwię się o Ciebie”

W rozmowie z dzieckiem i nastolatkiem zawsze należy pokreślić wagę objawu i konieczne dalsze kroki postępowania. Warto wytłumaczyć dziecku, że myśli samobójcze są objawem, który pojawia się w przebiegu choroby, m.in. depresji i trzeba podjąć leczenie, aby poczuć się lepiej. Niezwykle ważna jest normalizacja kontaktu z lekarzem psychiatrą (podobnie jak z pediatrą podczas przeziębienia, dermatologiem w przypadku chorób skórnych, czy alergologiem, gdy mamy jakieś alergie).

Co robić w sytuacji, gdy nastolatek posiada dużo negatywnych przekonań na temat wizyty u psychiatry, chorób psychicznych:

- * spróbuj w trakcie rozmowy nazwać z nastolatkiem pojawiające się w nim obawy / przekonania powstrzymujące go przed wizytą
- * podkreśl wagę rozmowy, normalizuj, że jest to dziedzina medycyny taka sama jak inne, np. okulista, pediatra, a depresja jest chorobą, którą należy leczyć podobnie jak inne stany medyczne
- * podziel się z dzieckiem własną wiedzą na temat zdrowia psychicznego, dostępnych form leczenia
- * obejrzyjcie wspólnie dostępne w internecie materiały, broszury na temat zdrowia psychicznego, przeczytajcie fragmenty z książek na ten temat
- * zaangażuj dziecko w wybranie osoby, z którą chciałby/aby porozmawiać (możecie razem poszukać specjalisty)
- * podkreśl, jak ważny krok wykonał nastolatek rozmawiając z Tobą o myślach samobójczych i jakie korzyści mogą wynikać z podjęcia leczenia – „wybierasz życie”

4.3. Na co zwracać szczególną uwagę w przypadku dzieci w wieku wczesnoszkolnym (7-10 lat)

Rozpoczęcie edukacji szkolnej to czas wielu nowych doświadczeń, zarówno budujących własną sprawczość i poczucie kompetencji, jak również stanowiących wyzwanie dla dziecka. Niezwykle ważne jest wówczas otoczenie dziecka wsparciem. Stworzenie relacji opartej na zaufaniu, bezpiecznych granicach, otwartości, wzajemnym słuchaniu będzie procentowało w chwilach kryzysowych, z jakimi niewątpliwie, na różnych etapach rozwoju, będzie zmagало się dziecko.

Zastanawiając się nad tym, jak wspierać dziecko, które przejawia niepokojące nas zachowania, pierwszym krokiem jest dokładne zrozumienie na czym polega jego trudność, a następnie dokładne zaplanowanie jakie działania chcemy podjąć, aby mu pomóc. Pomocne może być rozróżnienie obserwowanych u dziecka zachowań na zachowania problemowe i trudności przystosowawcze. Dzieci przejawiające problemy w zachowaniu zazwyczaj będą także miały trudności przystosowawcze (Bloomquist, 2011).

Problemowe zachowania możemy rozumieć jako obserwowalne zachowania przejawiane przez dziecko, które wpływają dezorganizująco na środowisko, jak również negatywnie wpływają na innych. Są to m.in. nadpobudliwość, łamanie zasad, wchodzenie w spory z dorosłymi.

Problemy przystosowawcze ujmowane są jako trudności

emocjonalne, społeczne i związane z nauką w szkole, jakich doświadcza dziecko w toku rozwoju (za Bloomquist, 2011). Są to m.in. wycofanie społeczne, nerwowość, przygnębienie, bycie ofiarą dokuczania przez innych.

Ważnymi aspektami, na jakie warto zwrócić uwagę w funkcjonowaniu dzieci w tym przedziale wiekowym są: poziom aktywności, zakres i rozpraszalność uwagi, zdolności komuni-



kowania się, koordynacja i rozwój fizyczny, tolerancja na frustrację, impulsywność, nastrój, reakcja na wyznaczanie granic i pochwały (Morrison, Flegel, 2018). Warto pamiętać, że dwięcioletnie dzieci nadal lubią zabawę i można z nimi za pomocą tego środka „rozmawiać” na wiele ważnych tematów.

Poniżej opisano obszary, na które warto zwrócić uwagę w przypadku najmłodszych dzieci i zagrożenia, które mogą wpływać na ich rozwój. Większą część opracowania poświęcono zagadnieniu czasu spędzanego przez dzieci przed ekranem. Jak już wielokrotnie zaznaczano, niewątpliwie dużą rolę w rozwoju dziecka stanowią relacje z innymi, budowanie więzi. Dzieci w wieku wczesnoszkolnym potrzebują możliwości do nabywania nowych doświadczeń, zróżnicowanych aktywności, ruchu. Nadmierne korzystanie z elektroniki może nieść za sobą szereg negatywnych konsekwencji dla ich prawidłowego rozwoju

* Wspomaganie rozwoju społecznego dziecka

Dzieci przeżywające trudności w relacjach społecznych zazwyczaj jednocześnie przejawiają dużo zachowań, które wzmacniają te trudności (np. uderzanie, przerywane wypowiedzi innych), zaś mniej zachowań takich jak współpraca z innymi, nawiązywanie kontaktu wzrokowego, mówienie o swoich uczuciach. Rodzice obserwując funkcjonowanie dziecka w obszarze relacji z innymi mogą zidentyfikować trudności dziecka i nauczyć je pozytywnych zachowań społecznych. Niezwykle ważna jest przy tym współpraca z dzieckiem – podzielenie się z nim tym, co zaobserwowaliśmy, jednocześnie nie oceniając go i wyrażając wsparcie, troskę i chęć pomocy. Można przedstawić dziecku plan, w którym będziecie pracować wspólnie nad jego poprawą relacji z innymi. Inspiracji do wspierania dziecka w zakresie rozwoju społecznego można znaleźć m.in. w książce Michaela L. Bloomquista: Trening umiejętności dla dzieci z zachowaniami problemowymi. Podręcznik dla rodziców i terapeutów.

* Wspomaganie rozwoju emocjonalnego dziecka

Rozwój emocjonalny dziecka jest mocno związany z rozwojem samokontroli, panowania nad silnymi emocjami. Obserwując dziecko przejawiające trudności emocjonalne możemy zauważyć, że jego wiedza na temat emocji, jak również ich wyrażania jest mała. Dobrym sposobem na wspomaganie rozwoju emocjonalnego dziecka jest wzbogacanie słownika emocji dziecka, pokazywanie mu sposobów na wyrażanie emocji, ćwiczenie z nim rozpoznawania emocji, rozwijanie pozytywnej samooceny u dziecka. Pomocne mogą okazać się obecne na rynku książki na temat emocji, samooceny, np. B. Janiszewski: Emocje. To, o czym dorośli Ci nie mówią; U. Młodnicka, A. Waligóra: Jesteś ważny, Pinku! Książka o poczuciu własnej wartości dla dzieci i dla rodziców trochę też.

- * Dostęp do nowych technologii szansą, ale także zagrożeniem dla rozwoju dziecka

Prawidłowy rozwój dziecka uwarunkowany jest doświadczaniem świata za pomocą różnych zmysłów, otaczając dziecko uwagą i poświęconym na wspólne aktywności czasem. Korzystanie z urządzeń elektronicznych w sposób nadmiarowy wpływa na umiejętności poznawcze, funkcjonowanie szkolne, jak również umiejętności społeczne. W 2015 roku Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę przygotowała kampanię „Mama tata tablet”, która miała na celu uwrażliwić dorosłych na to, jak poważne konsekwencje niesie za sobą ekspozycja dziecka już od najmłodszych lat na urządzenia elektroniczne. Kampania powstała z myślą o rodzicach dzieci w wieku 0 – 6 lat, ale może być także cennym źródłem do refleksji dla rodziców/ opiekunów także starszych dzieci. Film z kampanii można obejrzeć pod linkiem: <https://www.youtube.com/watch?v=YmX20QCtBww>.

Brak kontroli rodzicielskiej, co do ilości czasu spędzanego przed ekranami przez dzieci, skutkuje wieloma konsekwencjami, takimi jak zaburzenia koncentracji, trudności w opanowywaniu umiejętności czytania, pisania, rozwoju relacji z rówieśnikami, narażeniem na uzależnienie.

Co mogę zrobić?

- * Ustalenie jasnych zasad korzystania z urządzeń elektronicznych (przed rozpoczęciem przez dziecko korzystania z urządzenia ustalenie czasu, np. jeden odcinek bajki, jedna runda w grze, tak żeby dziecko miało jasne zasady, do których potem możemy się odnieść),
- * Uważność na odpowiednie do wieku treści, które ogląda dziecko, niepozostawianie dziecka samemu w trakcie korzystania z internetu (zaznajomienie się z treściami, które ogląda dziecko),
- * Ustalenie dni / weekendów / godzin bez elektroniki, posiłków bez mediów, rytuałów w postaci wyłączania elektroniki na noc,
- * Zaproponowanie dziecku atrakcyjnych alternatyw dla spędzania wolnego czasu,
- * Zwracanie uwagi na to, jak my, dorośli, modelujemy dziecku sposób spędzania wolnego czasu, czy sami mamy uważność na to, ile czasu spędzamy wpatrzeni w ekran telefonu,
- * Dostosowanie do wieku dziecka dostępu do urządzeń elektronicznych – zgodnie z wytycznymi WHO, dzieci do ukończenia drugiego roku życia nie powinny mieć dostępu do urządzeń elektronicznych, powyżej drugiego roku życia mogą korzystać

z ekranu przez 15 minut dziennie, w wieku wczesnoszkolnym maksymalnie 2 godziny dziennie.

- * Odpowiednio dobierając do wieku dziecka aplikacje mobilne, co może pozytywnie wpływać na ich rozwój.

Technologie przeznaczone dla dzieci (Klichowski, Pyżalski, Kuszak, 2017, za: Bezpieczeństwo dzieci i młodzieży online, 2018) powinny bazować na konkretnych celach pedagogicznych, odnoszących się do kształtowania postaw, umożliwiać dziecku wchodzenie w interakcje ukierunkowane na pozyskanie informacji lub dzielenie się własnym doświadczeniem, powinny być spójnym uzupełnieniem dla dziecka w poznawaniu świata, muszą stymulować pracę dziecka w charakterze gry, zabawy, wchodząc w role, eksperymentowanie, powinny być tak skonstruowane, by dziecko kontrolowało przebieg swojej zabawy, być intuicyjne, nie przyczyniać się do rozpowszechniania stereotypów, jak również umacniania przemocy. Powinny także skłaniać dziecko do aktywności, ruchu i działań niezwiązanych z ich obsługą. Powinny włączać osoby dorosłe we wspólną zabawę.



*** Jak rozpoznać, czy dziecko jest uzależnione od elektroniki?**

Niewątpliwie potrzebna jest czujność dorosłych w obserwowaniu funkcjonowania dziecka w zakresie relacji z rówieśnikami, zmian nastroju, rytmu okołodobowego, odczuwanego zmęczenia, funkcjonowania szkolnego. Przydatne może być odpowiedzenie sobie na pyta-

nia, kiedy podejrzewamy u dziecka nadużywanie gier (Węgrzecka – Giluń, 2021, za: Bezpieczeństwo dzieci i młodzieży online, 2018):

1. Czy dziecko staje się nerwowe lub agresywne wówczas, kiedy próbuje mu się ograniczyć czas grania?
2. Czy w przypadku, gdy dziecko przegra, natychmiast zaczyna grę od początku?
3. Czy dziecko kupiło grę za pieniądze przeznaczone na coś innego?
4. Czy zdarzyło się, że dziecko kontynuowało grę kosztem pójścia do szkoły?
5. Czy dziecko w nocy, zamiast pójść spać, angażowało się w gry? Czy było to zdarzenie jednorazowe? Czy cykliczne?

Odpowiedzi twierdzące mogą pomóc rodzicom ocenić prawdopodobieństwo uzależnienia jego dziecka od gier.

* **Niebezpieczne treści w sieci**

Natrafienie na treści nieodpowiednie w internecie może wpływać negatywnie na rozwój emocjonalny, poznawczy i społeczny dziecka (por. Villani, 2001; Livingstone, Smith, 2014; Valkenburg, Peter, Walther, 2016, za: Bezpieczeństwo dzieci i młodzieży online, 2018). Do takich treści zaliczają się: treści pornograficzne, treści obrazujące przemoc, treści nawołujące do wrogości, nienawiści, treści nawołujące do zachowań szkodliwych dla zdrowia. W przypadku dzieci najmłodszych natrafienie na treści, na które nie są gotowe może prowadzić do wielu zmian w ich funkcjonowaniu emocjonalnym, społecznym, poczucia bezpieczeństwa. Bardzo ważne jest zatem kontrolowanie tego, co dzieci oglądają w internecie, jak również uświadamiając dzieci jakie treści nie są dla nich odpowiednie. Ważne jest także zachęcanie dzieci do dzielenia się z dorosłymi zawsze, gdy napotkają w sieci niepokojące dla siebie treści bądź będą świadkami takiej sytuacji w przypadku innego dziecka. Istnieją także rozwiązania w postaci kontroli rodzicielskiej, takie jak filtry bezpiecznego wyszukiwania, opcje kontroli rodzicielskiej wbudowane w system, rozwiązania wymagające pobranie aplikacji lub programu.

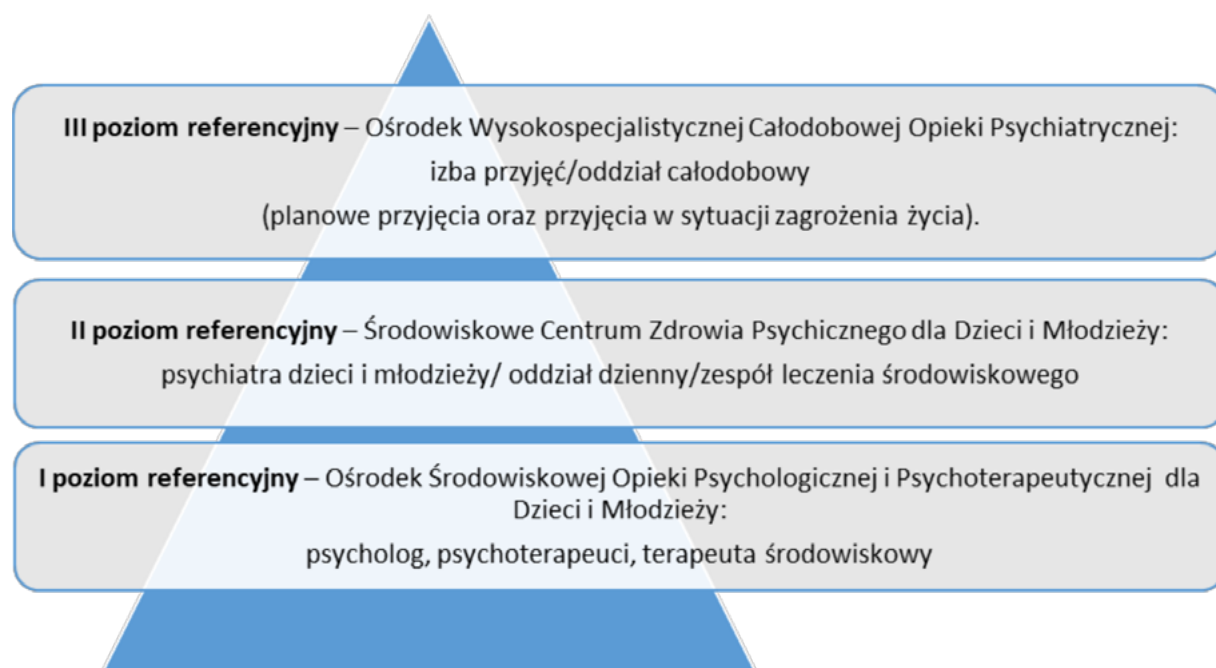
4.4. Kto zajmuje się leczeniem zaburzeń psychicznych. Trzy poziomowy system opieki dla dzieci i młodzieży.

Dziecko w kryzysie psychicznym potrzebuje w pierwszej kolejności **wsparcia i rozmowy** – w tym rozumieniu pierwszym krokiem zawsze powinno być wsparcie w najbliższym środowisku dziecka, co przeciwdziała jego stygmatyzacji i daje mu poczucie bezpieczeństwa. Bar-

dzo ważna jest tutaj rola rodzica/ opiekuna, nauczyciela, psychologa, pedagoga szkolnego, jak również rola rówieśników (ich reakcji na to, że koleżanka / kolega mówią czy zachowują się w odmienny niż zazwyczaj sposób). Niezwykle istotne jest **edukowanie dzieci jak reagować, gdy ich kolega / koleżanka wyjawiają im, że coś się z nimi dzieje** – często to oni jako pierwsi zauważają objawy, ale nie mają narzędzi (wiedzy) by odpowiednio zareagować.

Leczenie zaburzeń i chorób psychicznych opiera się w oparciu o **opracowane na podstawie** badań naukowych wytyczne, a także ustalenia ekspertów. Przed podjęciem oddziaływań warto zastanowić się **do kogo mają być one zaadresowane** (do dziecka, do rodziców, czy do całej rodziny) oraz **jak będą ze sobą współpracować specjaliści/ dorośli** wspierając dziecko, m.in. lekarz, psychoterapeuta, rodzina, nauczyciele. Istotne jest również ustalenie jakiej formy pomocy potrzebuje dziecko – m.in. leczenie farmakologiczne, wsparcie psychologa, współpraca z poradnią psychologiczno – pedagogiczną, oddziaływania w grupie rówieśniczej, psychoterapia indywidualna czy psychoedukacja dla rodziców.

Jak zaznaczono na wstępie, obecnie zwraca się dużą uwagę na to, aby **leczenie przebiegało w środowisku, w którym żyje dziecko**. Jeżeli jest konieczność leczenia szpitalnego, aby trwało ono jak najkrócej, a dziecko opuszczając szpital otrzymało odpowiednie wsparcie i pomoc. W tym rozumieniu dąży się do tego, aby dziecko – zanim trafi do szpitala czy lekarza psychiatry, otrzymywało wsparcie w postaci konsultacji psychologicznej / psychoterapii. Model systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przedstawia poniższy schemat:



1. Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/nowy-model-ochrony-zdrowia-psychicznegodziedci-i-mlodziezy>

Poniżej opisano zadania poszczególnych osób w leczeniu, jak również opisano różne formy oddziaływań terapeutycznych.

Lekarz psychiatra

Leczeniem zaburzeń i chorób psychicznych zajmuje się **lekarz psychiatra** dzieci i młodzieży. Może być to też lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii. W sytuacji zamieszkiwania małej miejscowości z brakiem dostępu do specjalistów może to być po prostu lekarz psychiatra (z doświadczeniem w pracy z młodzieżą). Zadaniem psychiatry jest postawienie diagnozy oraz decyzja co do leczenia farmakologicznego i innych metod leczenia/ dalszej diagnostyki.

Psycholog

Psycholog to osoba, która ukończyła studia magisterskie na kierunku psychologia. Często ma również ukończone kursy, szkolenia podyplomowe. Rolą psychologa jest prowadzenie poradnictwa psychologicznego, diagnoza psychologiczna dotycząca m.in. zdolności danego ucznia (np. inteligencji), temperamentu, opiniowanie, orzekanie.

Specjalista psycholog kliniczny to osoba, która ukończyła dodatkowo 4- letnią specjalizację, co daje m.in. uprawnienia do samodzielnej diagnozy psychologicznej zgodnej z obowiązującą klasyfikacją chorób i zaburzeń psychicznych.

Psychoterapeuta

Psychoterapeuta to osoba **przeszkolona do prowadzenia psychoterapii** (rozumianej jako metody leczenia zaburzeń za pomocą metod psychologicznych). Warto pamiętać, że nie każdy psycholog ma niezbędną wiedzę do prowadzenia psychoterapii. Psychoterapeuta może posiadać wykształcenie psychologiczne (lub pedagogiczne, medyczne), ale poza tym ma ukończone **kilkuletnie szkolenie podyplomowe z psychoterapii** (zazwyczaj 4-5 – letnie). Od 31.01.2019r. została także wprowadzona nowa dziedzina ochrony zdrowia – **specjalista psychoterapii dzieci i młodzieży** (szkolenie 4-letnie wraz ze stażem i egzaminem).

Leczenie dzieci i młodzieży różni się od terapii osób dorosłych. Plan leczenia powinien uwzględniać udział rodziny, jak i obserwację funkcjonowania szkolnego dziecka.

Terapeuta środowiskowy

W modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej jest to osoba, która uczestniczy, w ramach zespołu, w rozpoznawaniu i rozwiązywaniu problemów związanych ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży. Jego praca opiera się na współpracy z rodziną i środowiskiem, w którym żyje dziecko, aby wspierać jego rozwój. Terapeutą środowiskowym może zostać m.in. psycholog, pedagog, pielęgniarka.

Zespół leczenia środowiskowego

Podstawową formą leczenia są wizyty domowe. Oddziaływania są skierowane do osób, które z uwagi na obecny poziom funkcjonowania nie są w stanie korzystać z leczenia ambulatoryjnego, ale nie wymagają również hospitalizacji.

W skład zespołu leczenia środowiskowego wchodzi: lekarz psychiatra, pielęgniarka, psycholog oraz terapeuta środowiskowy. Wspieraniem objęte są również rodziny osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, co wspomaga ich proces leczenia.

Zespół leczenia środowiskowego realizuje takie działania jak: porady diagnostyczne / kontrolne, wizyty domowe, leczenie farmakologiczne, oddziaływania psychoedukacyjne, sesje psychoterapii, wsparcie dla rodziny pacjenta.

Oddział dzienny

Diagnoza i leczenie pacjentów przebywających na oddziale odbywa się codziennie od poniedziałku do piątku. Leczenie może opierać się na psychoterapii grupowej, innych form terapii opisanych niżej. Dzieci przebywające na oddziale realizują obowiązek szkolny w ramach oddziału lub nauczania indywidualnego.

Leczenie szpitalne (wybrane aspekty)

- * Bezpośrednie zagrożenie własnemu życiu albo życiu i zdrowiu innych osób
- * Nasilone myśli rezygnacyjne/ plan popełnienia samobójstwa przy jednoczesnym braku możliwości zapewnienia dziecku bezpieczeństwa w środowisku domowym lub braku zgody nastolatka na przestrzeganie planu bezpieczeństwa (kontraktu na życie zobowiązującego do pozostania przy życiu i planu działań, które osoba wdraża w sytuacji pojawienia się myśli czy planów samobójczych)

Inne oddziaływania terapeutyczne

* Psychoedukacja

Psychoedukacją możemy nazwać interwencje nakierowane na dostarczenie wiedzy mającej wzmocnić świadomość na temat zaburzeń psychicznych co przekłada się na lepsze efekty leczenia i szukania pomocy przy pojawieniu się objawów, sposobów radzenia sobie z nimi. Psychoedukacja może być skierowana zarówno do dziecka / nastolatka, jak i osób z jego najbliższego otoczenia (rodziców, rodzeństwa, nauczycieli).

* Psychoterapia grupowa

Psychoterapię grupową często łączy się z innymi formami leczenia, możliwe jest jednoczesne uczestniczenie w terapii indywidualnej i grupowej (prowadzonych przez różnych terapeutów). Łączenie oddziaływań może zwiększać skuteczność leczenia, doświadczenie interakcji między uczestnikami grupy może dać m.in. poczucie wzajemnego wsparcia, poprawę relacji i komunikacji z innymi, wymianę doświadczeń.

* Socjoterapia

Socjoterapia to taka forma oddziaływania grupowego mająca na celu korekcję zachowań, jak również rozwój członków grupy poprzez psychoedukację i oddziaływania terapeutyczne. Elementy ćwiczeń konkretnych umiejętności i psychoedukacji odróżniają ją od psychoterapii grupowej.

* Arteterapia

W ramach oddziaływań arteterapeutycznych można wyróżnić m.in. plastykoterapię, muzykoterapię, biblioterapię, choreoterapię. Są to oddziaływania pełniące rolę pomocniczą do psychoterapii, często pozwalając na wyrażanie stanów psychicznych w sposób bardziej bezpieczny, niewerbalny (np. w przypadku mniejszych dzieci, dla których mówienie o swoich trudnościach może być trudne).

5. Załączniki

Załącznik 1 – Gdzie szukać wsparcia – wykaz placówek

Krajowa reforma systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży zakłada funkcjonowanie ośrodków na trzech poziomach referencyjności.



Trzy poziomowy system opieki dla dzieci i młodzieży:

Pierwszy poziom - Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży, zatrudniające psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych - w ramach pomocy oferowanej w ośrodkach można skorzystać z następujących świadczeń:

- * porada psychologiczna diagnostyczna
- * porada psychologiczna
- * sesja psychoterapii indywidualnej
- * sesja psychoterapii rodzinnej
- * sesja psychoterapii grupowej
- * sesja wsparcia psychospołecznego
- * wizyta, porada domowa lub środowiskowa

Praca ośrodków oparta jest przede wszystkim na realizacji świadczeń w środowisku. Z tego powodu zalecany jest wybór ośrodka jak najbliżej miejsca zamieszkania (za: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>)

Drugi poziom - Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Drugi poziom opieki psychiatrycznej zakłada możliwość skorzystania z diagnozy psychologicznej, opieki psychiatrycznej i psychoterapeutycznej ambulatoryjnie bądź w oddziale dziennym. Na tym poziomie wsparcia udziela rozszerzony zespół – we współpracy z lekarzami wizyty realizują środowiskowe zespoły wyjazdowe.

Trzeci poziom - Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej (oddział psychiatryczny).

Wymienione poziomy zgodnie z założeniami reformy będą ze sobą współpracować w obszarze opieki nad pacjentem poprzez sesje koordynacji oraz konsylia.

W założeniach powstające ośrodki z trzech poziomów referencyjności mają funkcjonować w całym kraju, także na tych obszarach, gdzie tego rodzaju placówki są szczególnie pożądane. Dlatego też w niniejszych zestawieniach **szczególny nacisk postawiono na wskazanie miejsc pomocowych w województwach Polski wschodniej i północno-wschodniej.**

Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży I poziom referencyjny*

Województwo	Adres	Telefon
warmińsko-mazurskie	ul. Armii krajowej 8 11-300 Biskupiec	897 156 306
warmińsko-mazurskie	ul. Kościuszki 14/10 14-200 Iława	784 800 601
warmińsko-mazurskie	ul. Zamkowa 23 11-600 Węgorzewo	888 460 750

warmińsko-mazurskie	ul. Portowa 16 14-500 Braniewo	55 2435527
warmińsko-mazurskie	ul. Królewiecka 197 82-300 Elbląg	885 496 949
warmińsko-mazurskie	ul. Konopnickiej 1 19-300 Ełk	667 030 201
warmińsko-mazurskie	ul. Szkolna 1 14-100 Kąkrowo	89 6421863
warmińsko-mazurskie	ul. Romualda Traugutta 7/205 11-400 Kętrzyn	698 585 828
warmińsko-mazurskie	ul. Zieluńska 25 13-230 Lidzbark	536 777 251
warmińsko-mazurskie	ul. Jarocka 86 10-699 Olsztyn	895 118 076
warmińsko-mazurskie	ul. Stefana Żeromskiego 7 12-100 Szczytno	794 908 839
podlaskie	ul. Nowomiejska 41 16-300 Augustów	508 280 634
podlaskie	ul. Becejły 7 16-411 Becejły	508 280 126
podlaskie	ul. Ludwika Waryńskiego 2/1u 15-429 Białystok	791 261 171
podlaskie	ul. Generała Władysława Sikorskiego 6a 15-667 Białystok	536 777 251
podlaskie	ul. Jerzego Waszyngtona 30/1u 15-305 Białystok	85 6795000
podlaskie	ul. Franciszka Żwirki i Stanisława Wigury 83 17-100 Bielsk Podlaski	794 908 839
podlaskie	ul. Konstytucji 3 Maja 34 19-200 Grajewo	tel. 86 2723271 w. 248

podlaskie	ul. Wojska Polskiego 69 18-500 Kolno	86 2739368
podlaskie	ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1 18-400 Łomża	575 663 830
podlaskie	ul. Wojska Polskiego 60d 16-500 Sejny	508 280 439
podlaskie	ul. 11 listopada 73 17-300 Siemiatycze	536 777 251
podlaskie	ul. Długa 22 18-414 Sławiec	86 2166703
podlaskie	ul. Władysława Broniewskiego 2 16-100 Sokółka	508 280 237
podlaskie	ul. Szpitalna 62 16-400 Suwałki	508 280 652
podlaskie	ul. Magazynowa 9 18-300 Zambrów	536 777 251
lubelskie	ul. Sitnicka 76 21-500 Biała Podlaska	83 3442700
lubelskie	ul. Brzeska 32 21-500 Biała Podlaska	517 596 327
lubelskie	ul. Żołnierzy Wojska Polskiego 4 23-400 Biłgoraj	790 373 305
lubelskie	ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 63-65 23-100 Bychawa	607 337 338
lubelskie	ul. Obłowska 1a/7 22-100 Chełm	519 059 242
lubelskie	ul. Rynek 14 08-530 Dęblin	818 830 608
lubelskie	ul. Zamojska 12 22-500 Hrubieszów	885 266 885

lubelskie	ul. Ogrodowa 2 23-300 Janów Lubelski	694 485 094
lubelskie	ul. Stanisława Augusta Poniatowskiego 33a 22-300 Krasnystaw	519 059 242
lubelskie	ul. Aleja Tysiąclecia 3b 23-200 Kraśnik	81 8254150
lubelskie	ul. Lubelska 79 21-100 Lubartów	81 5065858
lubelskie	ul. Abramowicka 2 20-442 Lublin	81 7486936
lubelskie	ul. Radości 9/5a 20-530 Lublin	607 337 338
lubelskie	ul. Magnoliowa 2 20-400 Lublin	81 7473999
lubelskie	ul. Kawaleryjska 10/2 20-552 Lublin	519 059 242
lubelskie	ul. Obrońców Pokoju 7 21-010 Łęczna	519 662 339
lubelskie	ul. Browarna 53 21-400 Łuków	519 059 242
lubelskie	ul. Lubelska 37 24-300 Opole Lubelskie	508 117 896
lubelskie	ul. Zwycięstwa 11 21-200 Parczew	533 300 999
lubelskie	ul. Piaskowa 3a 24-100 Puławy	797 818 489
lubelskie	ul. Warszawska 17 21-300 Radzyń Podlaski	533 300 999
lubelskie	ul. Plac Tadeusza Kościuszki 28 22-460 Szczebrzeszyn	694 485 094

lubelskie	ul. Aleja Lotników Polskich 1 21-045 Świdnik	519 059 242
lubelskie	ul. Tadeusza Kościuszki 24 22-600 Tomaszów Lubelski	694 485 094
lubelskie	ul. Pogodna 8 22-150 Wierzbica-Osiedle	82 5623632
lubelskie	ul. Warszawska 88 21-580 Wisznice	784 322 083
lubelskie	ul. Trębacka 3 22-200 Włodawa	519 059 242
lubelskie	ul. Błonie 1c 22-400 Zamość	84 6391303
lubelskie	ul. Lubelska 1 22-400 Zamość	519 059 242
lubelskie	ul. Jana Zamoyskiego 31 22-400 Zamość	519 059 242
podkarpackie	ul. Kazimierzowska 4 36-200 Brzozów	669 881 876
podkarpackie	ul. Kwiatkowskiego 1 39-200 Dębica	604 138 434
podkarpackie	ul. Floriańska 18 38-200 Jasło	13 4406333
podkarpackie	ul. Kasztanowa 30 38-480 Klimkówka	13 4201087
podkarpackie	ul. Grodzka 47a 38-400 Krosno	13 4397166
podkarpackie	ul. Stefana Żeromskiego 3 37-300 Leżajsk	17 7851240
podkarpackie	ul. Ignacego Paderewskiego 5 37-100 Łańcut	17 2240132

podkarpackie	ul. Pułaskiego 1 39-300 Mielec	519 059 242
podkarpackie	ul. Wolności 54 37-400 Nisko	518 795 425
podkarpackie	ul. Bohaterów Getta 17a 37-700 Przemyśl	16 6505060
podkarpackie	ul. Ignacego Krasickiego 5 37-200 Przeworsk	792 955 300
podkarpackie	ul. Księdza Kardynała Stefana Wyszyńskiego 14 39-100 Ropczyce	17 2218382
podkarpackie	ul. Lwowska 64 35-301 Rzeszów	519 059 242
podkarpackie	ul. Jacka Malczewskiego 12 35-114 Rzeszów	576 540 777
podkarpackie	ul. Hugona Kołłątaja 5 38-500 Sanok	667 384 091
podkarpackie	ul. 1 Maja 6 39-400 Tarnobrzeg	519 059 242
podkarpackie	ul. 29 listopada 47 38-700 Ustrzyki Dolne	697 194 044

*Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży w pozostałych województwach:

<https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>

Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży II poziom referencyjny**

Województwo	Adres	Telefon
mazowieckie	ul. Daniłowskiego 31 01-833 Warszawa	536 777 251 530 777 875
mazowieckie	ul. Szamocka 10 C 01-748 Warszawa	536 777 251 530 777 875
mazowieckie	ul. Marcina Kasprzaka 17 pawilon 6 01-211 Warszawa	22 389 48 77
mazowieckie	ul. Powstańców Warszawy 29 05-500 Piaseczno	22 7576820
wielkopolskie	ul. Naramowicka 47d lok.104-105 61-622 Poznań	61 102 69 15 61 102 69 16
śląskie	ul. Piłsudskiego 9 41-200 Sosnowiec	532- 560- 020 532- 560- 021
małopolskie	ul. Konfederacka 18 – Centrum Koordynacji 30-306 Kraków	726 204 176
lubuskie	ul. Nowa 2 65-339 Zielona Góra	459 588 995 459 588 988

** kolejne Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży zostaną otwarte w Łodzi, Pabianicach oraz w ośmiu dzielnicach Warszawy

Szpital z oddziałami psychiatrycznymi dla dzieci i młodzieży***

Województwo	Nazwa i adres	Telefon
lubelskie	Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży ul. Abramowicka 2 20-442 Lublin	81 7443061 w.331
lubelskie	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Klinika Psychiatrii ul. Głuska 1 20-439 Lublin	81 7487307
warmińsko-mazurskie	Wojewódzki Zespół Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży ul. Wojska Polskiego 35 10-228 Olsztyn	89 6785374
podkarpackie	Centrum Medyczne w Łańcucie Oddział Dzienny Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży ul. Podzwierzyniec 74A 37-100 Łańcut	17 2240148
podlaskie	Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa ul. Jerzego Waszyngtona 17 15-274 Białystok	85 7450788

***Mapa szpitali psychiatrycznych, w tym szpitali z oddziałami psychiatrycznymi dla dzieci i młodzieży w pozostałych województwach:

<https://pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej/szpitaly-psychiatryczne-i-rzecznicy>

Ośrodki Interwencji Kryzysowej****

Województwo	Nazwa i adres	Telefon
warmińsko-mazurskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Księżodworska 23 13-200 Działdowo	23 6972855 664 028 708
warmińsko-mazurskie	Punkt Interwencji Kryzysowej przy Domu dla Dzieci im. Sybiraków Szymonowo 14 14-330 Małdyty	89 7586013
warmińsko-mazurskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej Przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Gołdapska 23 19-400 Olecko	87 5203430 87 5203437
warmińsko-mazurskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Piaskowa 2 12-200 Pisz	87 4241138
warmińsko-mazurskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Grunwaldzka 45 10-125 Olsztyn	89 5350166
warmińsko-mazurskie	Powiatowy Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Bałtycka 65 10-175 Olsztyn	89 5443800
warmińsko-mazurskie	Punkt Interwencji Kryzysowej ul. Aleja Niepodległości 4 11-300 Biskupiec	89 5443800
warmińsko-mazurskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej przy Domu Pomocy Społecznej Nowa Wieś Ełcka ul. Lipowa 1 19-300 Ełk	87 6197770

warmińsko-mazurskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Warszawska 53 11-700 Mrągowo	89 7433360
warmińsko-mazurskie	Punkt Interwencji Kryzysowej ul. Olsztyńska 3 11-040 Dobre Miasto	89 6161270
warmińsko-mazurskie	Punkt Interwencji Kryzysowej ul. Sienkiewicza 26 11-015 Olsztynek	89 5443800
warmińsko-mazurskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3/26 12-100 Szczytno	89 6243583
warmińsko-mazurskie	Punkt Interwencji Kryzysowej ul. Jaćwieska 14a 19-500 Gołdap	87 6152473
warmińsko-mazurskie	Punkt Interwencji Kryzysowej ul. Andersa 3a 14-200 Iława	89 649 04 50
warmińsko-mazurskie	Punkt Interwencji Kryzysowej ul. Pocztowa 9 11-400 Kętrzyn	89 7510900
warmińsko-mazurskie	Powiatowo-Gminny Punkt Interwencji Kryzysowej ul. Bema 16 11-600 Węgorzewo	87 4270643
podlaskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Włókiennicza 7 15-464 Białystok	85 7445028

podlaskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Borsucza 2 15-569 Białystok	85 7403911
podlaskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Piłsudskiego 10a 17-200 Hajnówka	85 6823642
podlaskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej przy Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej Ul. Wojska Polskiego 161 18-400 Łomża	86 2169820
podlaskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Tysiąclecia 15 19-100 Mońki	85 7162524
podlaskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Świerkowa 60 1-400 Suwałki	87 5659283
podkarpackie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Bełska 22 38-700 Ustrzyki Dolne	13 4712532
podkarpackie	Punkt Konsultacyjny Ośrodka Interwencji Kryzysowej ul. Pionierska 10 38-700 Ustrzyki Dolne	13 4614103
podkarpackie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Gawrzyłowska 31 39-200 Dębica	14 6703342

podkarpackie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Rynek 18 38-200 Jasło	13 4485838
podkarpackie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. 11-go Listopada 10 36-100 Kolbuszowa Hostel całodobowy: Niwiska 431 36-147 Niwiska	17 7445759 telefon interwencyjny: 691 162 010
podkarpackie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Bieszczadzka 1 38-400 Krosno Hostel: ul. Zadwór 15 38-440 Iwonicz Zdrój	13 4375732
podkarpackie	Dział Interwencji Kryzysowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie ul. Legionów 8 38-400 Krosno	13 4202687
podkarpackie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Marii Skłodowskiej-Curie 8 37-300 Leżajsk	17 2428258 w. 19 telefon zaufania: 17 2401300
podkarpackie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Piłsudskiego 8 37-600 Lubaczów	16 7362087
podkarpackie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Piłsudskiego 70/5 37-100 Łańcut	17 2258028

podkarpackie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Rzeszowska 35 37-420 Rudnik nad Sanem	tel. 15 6492186 (poniedziałek - piątek w godzinach od 8.00 do 16.00) 607 302 198 (całodobowo)
podkarpackie	Powiatowy Ośrodek Interwencji Kryzysowej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Konopnickiej 3 39-100 Ropczyce	17 2212566
podkarpackie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Rzeszowska 5 (pawilon7) 36-051 Górnó	518 736 839
podkarpackie	Ośrodek Poradnictwa Specjalistycznego i Interwencji Kryzysowej ul. Skubisza 4 35-207 Rzeszów	17 8635389
podkarpackie	Stalowowolski Ośrodek Wsparcia i Interwencji Kryzysowej ul. Polna 18 37-464 Stalowa Wola	15 6425293
podkarpackie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie ul. Parkowa 7 38-100 Strzyżów Hostel: ul. Parkowa 3/3 38-120 Czudec	17 2211440
podkarpackie	Zespół Interwencji Kryzysowej ul. Wybrzeże Ojca Świętego Jana Pawła II 12 37-700 Przemyśl	16 675 04 01
lubelskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Wira Bartoszewskiego 10 II piętro 23-400 Biłgoraj	84 6864182

lubelskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Jedność 43 22-100 Chełm	82 5640707
lubelskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Sikorskiego 19 23-204 Kraśnik	81 8261810 665 943 069
lubelskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. 11 Listopada 9 23-100 Bychawa	783 089 108
lubelskie	Centrum Interwencji Kryzysowej ul. Probostwo 6a 20-089 Lublin	81 4665546
lubelskie	Specjalistyczny Ośrodek Poradnictwa Rodzinnego i Interwencji Kryzysowej ul. Wojska Polskiego 61 21-400 Łuków	25 7987780
lubelskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Kolejowa 1 21-200 Parczew	504 806 438
lubelskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej Al. Królewska 3 24-100 Puławy	81 8880492
lubelskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Kolejowa 5 21-040 Świdnik	81 4670077
lubelskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Żwirki i Wigury 2 22-600 Tomaszów Lubelski	84 6634298

lubelskie	Ośrodek Specjalistycznego Poradnictwa Rodzinnego i Interwencji Kryzysowej ul. Partyzantów 13 22-200 Włodawa	82 5723608
lubelskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Kilińskiego 32 22-400 Zamość	84 6412125
lubelskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Zamojska 29 22-470 Szczepieszyn	84 6872958
lubelskie	Punkt Interwencji Kryzysowej Fundacji WINDA ul. Okrzei 4/5 22-300 Krasnystaw	570 445 445
lubelskie	Punkt Konsultacyjny ul. Rynek 1 22-470 Zwierzyniec	84 6872301
lubelskie	Punkt Informacyjno-Doradczy i Poradnictwa Specjalistycznego przy Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej ul. Bialska 6a 21-505 Janów Podlaski	83 3413093
lubelskie	Ośrodek Interwencji Kryzysowej ul. Średnia 44 21-310 Wołyń	506 030 902

**** Mapa wsparcia dla Dzieci i Młodzieży, w tym Ośrodki Interwencji Kryzysowej w pozostałych województwach: <http://www.oik.org.pl/>

Inne placówki pomocowe

Centra Pomocy Dzieciom – koordynowane i rozwijane przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę. Skierowane do dzieci po doświadczeniu wykorzystywania seksualnego, przemocy lub będące w trakcie procedur sądowych.

Województwo	Adres	Telefon
mazowieckie	ul. Przybyszewskiego 20/24 01-849 Warszawa	22 8268862
podlaskie	ul. Gen. F. Kleeberga 8 15-691 Białystok	85 6525494
dolnośląskie	ul. Perseusza 13 67-210 Głogów	888 586 246
pomorskie	ul. Jana Uphagena 18 80-237 Gdańsk	58 7187368
pomorskie	ul. Hallera 19a 83-250 Starogard Gdański	58 5310045

Centrum Dziecka i Rodziny – wsparcie bezpośrednie rodziców małych dzieci, wsparcie dzieci w wieku 0–6 lat, wsparcie profesjonalistów pracujących z rodzicami małych dzieci, wspieranie współpracy interdyscyplinarnej.

mazowieckie	ul. Walecznych 59 03-926 Warszawa	22 6161669
-------------	--------------------------------------	------------

Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne w Polsce: <http://www.spisszkol.eu/typ/poradnia-psychologicznopedagogiczna/>

Poradnia psychologiczno – pedagogiczna ma na celu wsparcie psychologiczne i pedagogiczne dzieciom i młodzieży (w tym logopedyczne, wsparcie w wyborze kierunku kształcenia), prowadzi również działania na rzecz wspierania rodziców i nauczycieli związane z kształceniem i wychowaniem dzieci i młodzieży.

Telefony zaufania dla dzieci, rodziców, nauczycieli

Numer	Nazwa	Informacje dodatkowe
116 111	Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży	Prowadzony przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę. Anonimowy i bezpłatny, czynny całą dobę przez 7 dni w tygodniu
800 12 12 12, www.brpd.gov.pl	Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka oraz Czat internetowy	Bezpłatny, czynny całą dobę, 7 dni w tygodniu.
22 484 88 01	Antydepresyjny Telefon Zaufania Fundacji ITAKA	Czynny od poniedziałku do piątku, w godzinach 15:00 - 20:00.
22 484 88 04	Telefon Zaufania Młodych	Dyżury psychologów: poniedziałek – sobota: 11:00 – 21.00.
800 080 222	Linia Dzieciom	Całodobowa, bezpłatna, ogólnopolska infolinia dla dzieci, młodzieży, rodziców i nauczycieli.
819 288	Młodzieżowy Telefon Zaufania	Czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 15:00 – 19:00.
800 120 002	„Niebieska Linia” - Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie	Pomoc psychologiczna i prawna osobom doznającym przemocy i świadkom przemocy w rodzinie.
800 100 100	-	Pomoc telefoniczna i online: psychologiczna, terapeutyczna oraz prawna dla rodziców i nauczycieli.
801 800 967	-	Pierwszy ogólnopolski telefon zaufania dla nauczycieli, czynny: poniedziałek, środa, czwartek od 17:00-19:00.
801 140 068	„Pomarańczowa linia”	Infolinia skierowana do rodziców, którzy mają kłopoty wychowawcze z dziećmi pijącymi alkohol i zażywającymi narkotyki; czynny: poniedziałek – piątek od 14:00 do 20:00.
22 425 98 48	Telefoniczna Pierwsza Pomoc Psychologiczna	Telefon czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 17:00-20:00, w soboty w godzinach od 15:00 do 17:00.
800 120 226	Policyjny Telefon Zaufania ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie	Bezpłatny, czynny od poniedziałku do piątku w godzinach od 9.30 do 15.30.

22 594 91 00	Antydepresyjny Telefon Forum Przeciw Depresji	Koszt połączenia jest równy stawce dla numerów stacjonarnych danego operatora, czynny w środy i czwartki od 17.00 do 19.00.
89 19288 lub 89 527 00 00	Olsztyński Telefon Zaufania „Anonimowy Przyjaciel”	Telefon czynny przez całą dobę.
333 070 180	Ogólnopolski Telefon Autyzmu	Ogólnopolska infolinia, czynna od poniedziałku do soboty w godzinach: 10.00-18.00.
519 047 372	Psychologiczne Centrum Wsparcia	W poniedziałki, w godzinach 10.00-14.00, psychologowie i psychoterapeuci udzielają wsparcia rodzicom, nauczycielom, pedagogom szkolnym, którzy są zaniepokojeni stanem psychicznym dziecka.
733 588 900	-	Całodobowy telefon zaufania dla osób w kryzysie działający przy Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie. Czynny przez siedem dni w tygodniu.
17 7483819	-	Telefon interwencyjno-konsultacyjny dla uczniów i rodziców uruchomiony przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną Nr 2 w Rzeszowie. Działa raz w tygodniu przez dwie godziny.

Fundacje, Stowarzyszenia itp. *****

Województwo	Nazwa, adres, telefon	Informacje dodatkowe
mazowieckie	Fundacja Zobacz... JESTEM ul. Czerniakowska 159 00-453 Warszawa tel. 883 337 883	Fundacja pomaga dzieciom i młodzieży z problemami emocjonalnymi, dotyczącymi m.in. zaburzeń odżywiania, autoagresji, depresji, zachowań samobójczych i przemocy rówieśniczej. Fundacja edukuje oraz wspiera rodziców, opiekunów, pedagogów, a także rozmaite instytucje działające na rzecz dzieci i młodzieży.

mazowieckie	Fundacja Szkoła z Klasą ul. Śniadeckich 19 00-654 Warszawa tel. 22 6580073	Rozmawiaj z Klasą. Program poświęcony jest zdrowiu psychicznemu w szkole. Przeprowadzone badanie: zdrowie psychiczne uczniów i uczennic oczami nauczycieli i nauczycielek, pozwoliło przygotować odpowiednie materiały profilaktyczne i edukacyjne związane ze zdrowiem psychicznym w szkole.
mazowieckie	Fundacja eKropka ul. Grzybowska 34 00-863 Warszawa tel. 534 818 221	Fundacja eKropka przeciwdziała stygmatyzacji osób po kryzysie zdrowia psychicznego, ich izolacji, pomaga w powrocie do naturalnej aktywności. Fundacja co dwa lata organizuje Kongres Zdrowia Psychicznego, zaś co roku Marsz Żółtej Wstążki – wyrażający jedność z osobami po kryzysie psychicznym.
mazowieckie	Stowarzyszenie Pracownia Aktywnego Działania „Półpiętro” ul. Twarda 1 00-114 Warszawa tel. 510 901 158	Profesjonalna pomoc psychologiczna dla młodzieży (13-18 lat) i młodych dorosłych (18-30 lat). Warsztaty i grupy np. grupa wsparcia dla młodzieży cierpiącej na zaburzenia lękowo-depresyjne, półotwarta grupa terapeutyczna dla osób w wieku 17-19 lat. Webinary dla rodziców np. Jak wspierać Nastolatka w kłopotach?
mazowieckie	Towarzystwo Pomocy Młodzieży ul. Nowolipki 2 00-160 Warszawa tel. 508 350 320	Nieodpłatne działania skierowane do młodzieży od 15 roku życia, młodych dorosłych i ich rodzin. Przykładowy program: „Pomoc i wsparcie w kryzysie psychicznym – program dla młodzieży i jej rodziców”. Grupy wsparcia i warsztaty dla rodziców np. grupa wsparcia dla rodziców nastolatków w kryzysach psychicznych – „Jak mądrze wspierać nastolatka?” czy warsztat psychoedukacyjny: „Nastolatek w kryzysie – jak zrozumieć nastolatka i dorastającą młodzież”
mazowieckie	Młodzieżowa Poradnia Profilaktyki i Terapii „Poza Iluzją” ul. Dąbrowskiego 75A 02-586 Warszawa tel. 22 8449461	Bezpłatna pomoc skierowana do młodzieży (14-19 lat) i ich rodzin. Konsultacje psychologiczne, psychiatryczne, terapie indywidualne oraz grupowe, grupy psychoedukacyjne dla rodziców.

mazowieckie	<p>Fundacji Trans-Fuzja ul. Stanisława Noakowskiego 10 lok. 66 00-666 Warszawa tel. 510 853 634</p> <p>Grupa wsparcia w Lublinie – spotkania odbywają się przy ul. Narutowicza 61 lok. 3 (I piętro) w piątki, dwa razy w miesiącu (w pandemii spotkania odbywają się w formie online).</p>	<p>Fundacja prowadzi działalność wsparciową w celu poprawienia warunków życia osób transpłciowych w Polsce, zapewnienia im równości społecznej. W jej ramach funkcjonują grupy wsparcia, udzielane są konsultacje psychologiczne dla osób trans oraz ich bliskich, a także pomoc prawna.</p>
mazowieckie	<p>Stowarzyszenie ASLAN ul. Nowolipie 17 00-150 Warszawa tel. 22 6364904</p>	<p>Warsztaty dla rodziców np. „Jak wspierać dziecko w depresji”.</p>
mazowieckie	<p>Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „Uniwersytet dla Rodziców” ul. Raszyńska 8/10 02-026 Warszawa tel. 22 8222446</p>	<p>Bezpłatna pomoc dorosłym: rodzicom i opiekunom dzieci do 18 roku życia oraz nauczycielom i wychowawcom z Warszawy. W ofercie m.in. warsztaty umiejętności wychowawczych dla rodziców dzieci ZA do 12 roku życia, konsultacje indywidualne dla nauczycieli i pedagogów.</p>
lubelskie	<p>Towarzystwo Nowa Kuźnia ul. Samsonowicza 25 20-485 Lublin tel. 81 4434313</p>	<p>Pomoc psychologiczna dla dzieci, młodzieży oraz rodziców i nauczycieli w rozmaitych problemach rozwojowych i wychowawczych. Szkolenia adresowane do nauczycieli, wychowawców, pedagogów np. „Depresja, zaburzenia nastroju, autoagresja dzieci i młodzieży - przyczyny, zapobieganie, interwencja.”</p>
warmińsko-mazurskie	<p>Fundacja Niebieskie Drzwi Kieźliny, ul. Leopolda Staffa 3 10-371 Olsztyn tel. 664 909 411</p>	<p>młodzieży z autyzmem. Fundacja organizuje także szkolenia i wykłady dla rodziców, a także nauczycieli i terapeutów np. cykl szkoleń dla nauczycieli szkół i przedszkoli oraz rodziców dzieci ze spektrum autyzmu: „Dziecko ze spektrum autyzmu w szkole i przedszkolu.”</p>
dolnośląskie	<p>Ośrodek Wsparcia Rozwoju Dziecka i Rodziny Port Wrocław ul. Ofiar Oświęcimskich 41/43 50-059 Wrocław tel. 509 192 666</p>	<p>Warsztaty umiejętności wychowawczych, grupy wsparcia dla rodziców lub opiekunów.</p>

pomorskie	Polskie Towarzystwo Terapii Dialektyczno-Behawioralnej (PTDBT) ul. Politechniczna 9/7 80-288 Gdańsk	Program Family Connections TM - bezpłatny, 12-tygodniowy program skierowany do bliskich osób z zaburzeniem osobowości z pograniczą (BPD, borderline) dysregulacją emocji. Program ma na celu wyposażyć w wiedzę i umiejętności, dostarczyć wsparcia.
śląskie	Fundacja Przyszań ul. Piłsudskiego 92/170 41-308 Dąbrowa Górnicza tel. 32 2646003	Ekspertki z fundacji pomagają dzieciom i młodzieży m.in. z zaburzeniami zachowania, nieprawidłowo kształtującą się osobowością czy trudnościami społecznymi. W ramach Ośrodka funkcjonuje chociażby Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży czy Poradnia Leczenia Uzależnień Dla Dzieci i Młodzieży.
łódzkie	Stowarzyszenie „POMOST” ul. Próchnika 7 p. I 90-408 Łódź tel. 42 6320866	Stowarzyszenie „POMOST” pomaga młodzieży i ich rodzinom w zmaganiach z problemami psychicznymi. Członkowie stowarzyszenia – pedagodzy, terapeuci, specjaliści poradnictwa psychospołecznego i rodzinnego udzielają m.in. bezpłatnych porad.
kujawsko-pomorskie	Poradnia Inspiracja ul. Generała Wiktora Thommée 1 85-791 Bydgoszcz tel. 662 288 613	W ramach działania poradni odbywa się grupa wsparcia dla rodziców dzieci z depresją, dzieci uzależnionych, dzieci z ZA oraz autyzmem.

Organizacje obywatelskie w pozostałych województwach, działające na rzecz zdrowia psychicznego, w tym zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży: <https://www.gov.pl/web/rpp/lista-organizacji-obywatelskich-dzialajacych-na-rzecz-zdrowia-psychicznego>

5. Integracja i niewykluczanie dzieci i młodzieży z kryzysem zdrowia psychicznego

Podmiotowość i indywidualizm drugiego człowieka, jego prawa do ochrony życia prywatnego, rodzinnego, domowego to ważne wartości, którymi należy się kierować wspierając dzieci i młodzież. Mówią o tym chociażby Konwencja o Ochronie Praw człowieka i Podstawowych Wolności, czy też Powszechna Deklaracja Praw Człowieka. Konwencja o Prawach Dziecka dodatkowo akcentuje fakt, iż dzieci wymagają w tym zakresie szczególnej opieki i troski. To od dorosłych zależy w dużej mierze to, jakie przekonania na temat siebie, otaczającego świata i innych ludzi wykształcą w sobie dzieci. Niezwykle ważne wydaje się zatem to, w jaki sposób młody człowiek będzie doświadczał swojego procesu leczenia i jakie to będzie miało dla niego konsekwencje dla dalszego życia – czy doświadczy wsparcia, troski, czy też oceny i stygmatyzacji.

- * nauczanie w szkole vs nauczanie indywidualne
- * asystent nauczyciela
- * rozwijanie społeczności szkolnej
- * wsparcie rówieśnicze
- * dopasowanie oddziaływań do indywidualnych potrzeb dziecka
- * interwencja i profilaktyka
- * trudnych zachowań z uwzględnieniem wszystkich dzieci

Istotne są wszelkie formy wspierania dziecka przeciwdziałające jego wykluczeniu, **angażujące go w życie rodzinne, społeczne, dające szanse na nawiązywanie relacji z rówieśnikami**. Opisany w części poświęconej leczeniu zaburzeń psychicznych, **nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego** ma na celu przeciwdziałanie stygmatyzacji dziecka, nie wykluczając go z życia społecznego, środowiska, w którym żyje, w trakcie trwania kryzysu psychicznego. Jak już niejednokrotnie zaznaczono, leczenie dzieci i młodzieży opiera się nie tylko na pracy z pojawiającymi się objawami, lecz także na umożliwieniu im funkcjonowania w ważnych dla niego sferach życia – jedną z nich są relacje z innymi.

5.1. Model trójpoziomowej interwencji i profilaktyki trudnych zachowań

Obecność w klasie ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi to duże wyzwanie dla nauczycieli, jak również całej klasy. Niekiedy spotykamy się z bezsilnością dotyczącą tego, jak wprowadzić indywidualne oddziaływania względem ucznia, które są wymagane w celu

poprawy jego funkcjonowania, w klasie o zróżnicowanych potrzebach. Spróbuj zastanowić się przez chwilę nad kilkoma pytaniami:

- * Jak skutecznie nakłonić ucznia, który wstaje co kilka minut z ławki, aby dokończył zadanie, które zapisane jest na tablicy?
- * Jak zareagować, gdy na lekcji jeden z uczniów zaczyna obrażać drugiego kolegę, w konsekwencji czego na przerwie dochodzi do bójki?

Czy zdarza Ci się względem tych uczniów zachowywać inaczej niż w stosunku do reszty klasy? Czy Twoje działanie opiera się na ukaraniu ucznia za jego zachowanie, np. poprzez wpisanie uwagi, wyłączenie z jakiejś wspólnej aktywności klasowej? Na ile te interwencje są skuteczne w zapobieganiu pojawienia się tych zachowań w przyszłości? Czy są momenty, kiedy czujesz, że nie masz już narzędzi do pracy z tym uczniem? Jak myślisz, na ile ten uczeń czuje, że jest członkiem klasy i ma motywację do zmiany swojego zachowania? Na ile powoduje w nim jeszcze większe poczucie izolacji? Jak reaguje na to reszta klasy? Czy zdarza im się komentować zachowania tego ucznia, czy też przejmować rolę dorosłego, wydając mu polecenia?

Jednym ze sposobów radzenia sobie z **zachowaniami agresywnymi, objawami ADHD i innymi objawami zaburzeń rozwojowych u dzieci i młodzieży pojawiającymi się na terenie szkoły jest model trójpoziomowej interwencji i profilaktyki trudnych zachowań** (za: Kołakowski, 2016)

- * **I poziom** - interwencja dotyczy całej szkoły, a praca odbywa się ze wszystkimi uczniami. Zaangażowani w to działanie są prawie wszyscy pracownicy szkoły. Ma ona na celu profilaktykę - niedopuszczenie do pojawienia się zachowań problemowych.



- * **II poziom** – identyfikacja tych uczniów, którzy mimo wdrożenia jasnego systemu nadal nie stosują się do wspólnych zasad. Na tym poziomie specjaliści (również wsparcie spoza szkoły) opracowują indywidualne oddziaływania, których wymaga dany uczeń. Są to bardziej specjalistyczne zajęcia, zajęcia wyrównawcze, grupowe programy terapeutyczne, m.in. trening umiejętności społecznych, trening zastępowania agresji.
- * **III poziom** – dotyczy tych dzieci, dla których w dalszym ciągu zaproponowane rozwiązania nie są wystarczające. Według badań amerykańskich dotyczy to 2-5% uczniów (Sugai i Horner 2009, za: Kołakowski, 2016). W dużym stopniu poziom ten opiera się na wprowadzeniu opracowanych przez specjalistów zaleceń dotyczących różnych sfer funkcjonowania dziecka (psychoterapia, farmakoterapia, zalecenia dla szkoły, zalecenia dla rodziny).

5.2. Dziecko w szkole

* **Nauka w szkole, a nauczanie indywidualne**

Chociaż indywidualny kontakt z nauczycielem usprawnia proces nabywania przez dziecko wiedzy, w wielu sytuacjach jest on niewskazany (m.in. ADHD, zaburzenia ze spektrum autyzmu) z uwagi na brak możliwości rozwoju relacji społecznych i nabywania przez dzieci umiejętności związanych z funkcjonowaniem wśród innych osób (Orkisz, 2016). Warto pamiętać, że szkoła daje dziecku możliwość socjalizacji, kształtowania relacji z innymi. W poprzednich częściach opisujących objawy zaburzeń psychicznych, jak i sposób rozmowy z dzieckiem w kryzysie podkreślono jak ważne jest dawanie mu poczucia wsparcia i bezpieczeństwa oraz jak wiele zaburzeń psychicznych wiąże się z deficytem w nawiązywaniu relacji społecznych – nie ma innej drogi w pokonywaniu tych trudności niż doświadczanie kontaktu z innymi ludźmi.

* **Asystent nauczyciela**

Asystent nauczyciela to ważna osoba wspierająca pracę nauczyciela, jak ucznia. Uczestniczy w procesie edukacji, zwłaszcza jeśli w klasie ogólnodostępnej znajduje się uczeń z niepełnosprawnością, posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. Zadaniem asystenta jest wspieranie nauczyciela w jego codziennej pracy, m.in. wsparcie w opiece nad dziećmi, przy czytaniu poleceń – działania te uzgadniane są z nauczycielem.

5.3. Kształtowanie społeczności szkolnej jako środowiska społecznego włączającego wszystkich uczniów - włączający model edukacji, nauczanie zróżnicowane

Każda polska szkoła powinna stwarzać warunki do edukacji dla każdego dziecka. Edukacja włączająca mówi o tym, że każdy uczeń ma prawo uczyć się w szkołach ogólnodostępnych, najbliższych ich miejscu zamieszkania. W tym sensie to do szkoły należy zapewnienie takich warunków dziecku, by mogło jak najlepiej w niej funkcjonować. Taki model pozwala na integrację wszystkich dzieci, także tych ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi oraz dostosowanie wymagań edukacyjnych do indywidualnych możliwości ucznia.

- * ustawienie stolików, by uczniowie widzieli siebie nawzajem
- * różne formy integrowania uczniów
- * prace w grupach
- * budowanie klimatu w klasie
- * korzystanie z lokalnego środowiska, w którym mieści się szkoła

5.4. Dziecko / nastolatek z depresją

- * Depresja u dzieci i młodzieży różni się od przebiegu depresji u osób dorosłych – dziecko z depresją może być smutne, wycofane, „ciche”, ale także rozdrażnione, nie słuchające poleceń nauczyciela – rolą dorosłego jest reagowanie na obserwowane zmiany w zachowaniu dziecka poprzez rozmowę z nim na temat tego, co zauważa, jak również rozmowę z jego rodzicami / opiekunami (a w dalszych krokach konsultacji np. z psychologiem szkolnym)
- * Depresja może wpływać na wiele sfer funkcjonowania dziecka / nastolatka – może mieć ono problemy z realizacją materiału szkolnego, co wymaga wsparcia ze strony szkoły (np. poprzez wyznaczenie dodatkowych terminów zaliczeń), czy też zastanowienia się nad najbardziej adekwatną na dany moment formą pomocy dziecku (forma nauczania)
- * Forma nauczania – Jedną z technik stosowanych w terapii depresji jest aktywizacja behawioralna (w ujęciu poznawczo – behawioralnym). Podkreśla się w niej wagę wpływu aktywności na nastrój, roli interakcji społecznych w zmniejszaniu nasilenia objawów depresyjnych. W tym rozumieniu wszelka izolacja osoby chorującej na depresję może powodować nasilenie objawów, brak możliwości do nabywania nowych doświadczeń, weryfikowania błędnych przekonań podtrzymujących depresję

Rozważając nauczanie indywidualne warto zastanowić się w jakiej formie będzie ono realizowane (np. na terenie szkoły).

- * Mając na uwadze przeciwdziałanie izolacji dziecka / nastolatka chorującego na depresję warto zapewniać mu możliwość uczestniczenia we wszystkich aktywnościach i zajęciach szkolnych (wycieczki, imprezy) dbając jednocześnie o dobrowolność udziału w tych aktywnościach i dając mu czas na rekonwalescencje.
- * Należy pamiętać, że ryzyko próby samobójczej u dzieci z depresją jest duże (może dotyczyć 30% nastolatków z depresją). Pierwszym krokiem postępowania z dziećmi i młodzieżą chorującą na depresję jest zawsze ocena ryzyka samobójstwa. W osobnym podrozdziale *opisano jak rozmawiać z nastolatkiem o myślach samobójczych*.

5.5. Dziecko / nastolatek przejawiający objawy zaburzeń lękowych

- * Na rozwój zaburzeń lękowych duży wpływ ma **środowisko dziecka i reakcje otoczenia** na jego zachowanie w sytuacjach odczuwania silnego lęku. Istotne jest modelowanie (pokazywanie) dziecku sposobów radzenia sobie w sytuacjach odczuwania lęku, jak również podejmowanie działania mimo odczuwania lęku. Naszym **celem nie jest życie bez lęku**, ale normalizowanie lęku jako przydatnej emocji informującej nas o zagrożeniu, jak również mobilizującej do działania.
- * Jednym ze sposobów radzenia sobie, wypracowanym przez dzieci doświadczające silnego lęku jest **unikanie sytuacji wzbudzających lęk**. Jest to niestety metoda przynosząca chwilową ulgę. Nie rozwiązuje problemu, ponieważ dziecko uczy się, że aby nie odczuwać lęku należy unikać pewnych sytuacji – nie koryguje w ten sposób swoich przekonań na temat tego, że dana sytuacja jest zagrażająca, jak również uczy się, że lęk jest emocją zagrażającą (co powoduje błędne koło i wzmacnia objawy). Rolą dorosłego jest **zachęcanie dziecka do przełamania unikania** (tzw. ekspozycje) – stopniowe doświadczanie tego, że to nie sytuacja jest zagrażająca, a sposób w jaki ją odbieram (np. przebywanie na stołówce szkolnej).
- * Izolowanie dzieci z zaburzeniami lękowymi może wzmocnić w nich strategię unikania, nie daje im szans na modyfikację swoich przekonań, przez co prowadzi do rozwoju zaburzenia

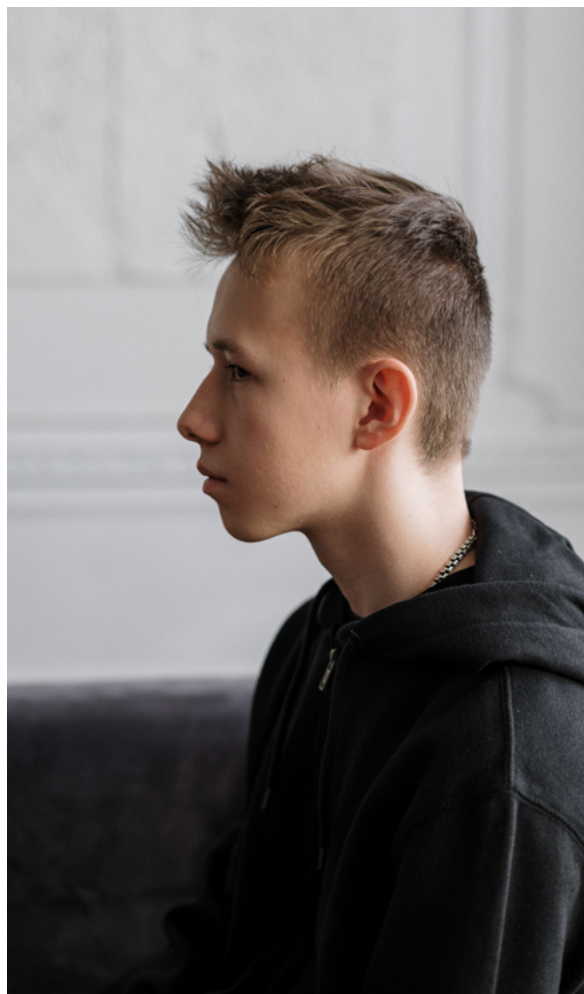
5.6. Leczenie w szpitalu

Decyzja o informowaniu szkoły i otoczenia dziecka na temat leczenia należy do rodziców. W przypadku dziecka hospitalizowanego, personel medyczny nie udziela osobom nieupoważnionym informacji na temat pobytu pacjenta na oddziale oraz diagnozie. Dłuższy pobyt w szpitalu jednak wiąże się z realizacją obowiązku szkolnego w ramach oddziału (m.in. przekazanie do szkoły macierzystej ocen). W związku z tym warto zastanowić się

jak chcemy podejść do faktu leczenia dziecka i jak ono samo chciałoby odnieść

się do kwestii pobytu w szpitalu – podejście dorosłych i przekazy kierowane w stronę dziecka mają ogromny wpływ na to jak dziecko spostrzega siebie. Należy pamiętać, że powrotom do szkoły i otoczenia towarzyszy duży stres i obawa co do reakcji rówieśników, nauczycieli. Dlatego **warto**

o tym rozmawiać z dzieckiem, mając uważność na jego obawy i potrzeby związane z ułatwieniem mu powrotu do funkcjonowania domowego, szkolnego, społecznego.



6. Jak przeciwdziałać przyczynom powstawania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży oraz stygmatyzacji dzieci i młodzieży z problemami psychicznymi

Programy profilaktyczne na całym świecie zwracają uwagę na to, że ich skuteczność jest większa, jeśli podejmujemy **działania zanim pojawią się pierwsze objawy**. W tym rozumieniu należy kierować wszelkie programy profilaktyczne do jak najmłodszych dzieci – wprowadzać zagadnienia związane ze zdrowiem psychicznym już na etapie przedszkolnym, a nawet wcześniej – przygotowując dorosłych do roli rodziców.

Poniższy schemat stanowi podsumowanie istotnych kierunków wspierania dzieci i młodzieży zagrożonej kryzysem zdrowia psychicznego, jak również promowania zdrowia psychicznego w walce ze stygmatyzacją (opracowanie własne na podstawie literatury i dobrych praktyk).



6.1. Edukacja dzieci i młodzieży na temat zdrowia psychicznego – przykłady

Szkolny System Wsparcia Zdrowia Psychicznego

W 2017 roku powstał Program Promocji i Profilaktyki dla szkół ponadpodstawowych („Myślę pozytywnie”). Główną częścią programu profilaktycznego (w ramach modułu III) były zajęcia tematyczne obejmujące wszystkich uczniów/ wychowanków placówki. Podejmowane działania nastawione były na budowanie pozytywnej atmosfery sprzyjającej zdrowiu psychicznemu oraz budowanie przestrzeni rozwojowej dla potencjału społeczności szkolnej. Moduł ten zawierał:

- * Elementy zdrowia psychicznego w ramach zajęć lekcyjnych,
- * Zajęcia pozalekcyjne – umożliwiające rozwijanie kompetencji istotnych dla zdrowia psychicznego,
- * Promowanie Szkolnych Liderów Myślenia Pozytywnego – budowanie poczucia bezpieczeństwa młodzieży w oparciu o wsparcie rówieśnicze,

- * Kluby pozytywnie spędzonego czasu – wskazanie kierunku i alternatyw dla spędzania wolnego czasu przez dzieci i młodzież.

W ramach submodułów fakultatywnych znalazły się – superwizja nauczycielską, spotkania szkoleniowe, zebrania tematyczne dla rodziców, narzędzia dla rodziców do skutecznego radzenia sobie.

Działania ukierunkowane na nabywanie nowej wiedzy dotyczącej zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży uwrażliwiają je na potrzeby osób przejawiających różnego rodzaju trudności, ukazując, że nie różnimy się względem siebie w zakresie potrzeb, jak również normalizują zagadnienie zaburzeń psychicznych, pokazując, że kryzys psychiczny może spotkać każdego z nas.

Przykłady dobrych praktyk związanych z przekazywaniem wiedzy na temat zdrowia psychicznego:

- * spotkanie integracyjne „Od niepełnosprawności do godności”, jak również rozmowa z młodzieżą na temat jakości życia z niepełnosprawnością i życia obok niej (2019), zorganizowane przez Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Poddębicach,
- * program profilaktyczny „Deбата” – dla młodzieży 12-15 lat – jest to krótka interwencja, z wykorzystaniem metod interaktywnych przy użyciu technik dialogu motywującego,
- * program profilaktyczno – wychowawczy Epsilon opierający się na promowaniu zdrowia psychicznego poprzez rozwój umiejętności osobistych i społecznych. Odbiorcami programu są dzieci w wieku 7-9 lat wraz z rodzicami i nauczycielami.

Obecnie coraz więcej uwagi kładzie się na wykorzystanie pozytywnego wpływu internetu na dzieci i młodzież – w sieci pojawiają się wartościowe treści, z których młodzi ludzie mogą czerpać wiedzę na temat zdrowia psychicznego, m.in. ogólnopolska kampania „Terapia to nie wstyd”, czy też promowanie bezpiecznego korzystania z internetu – „Digital youth forum”. Zapobieganie stygmatyzacji to także działalność psychoedukacyjna w internecie - niektóre blogi zakładane przez osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego, we wsparciu profesjonalistów – m.in. „nastoletniazyl.pl” mogą promować i normalizować zagadnienia związane ze zdrowiem psychicznym.

Bibliografia (obejmująca części 4,5,6):

1. Bloomquist M.L.: Trening umiejętności dla dzieci z zachowaniami problemowymi. Podręcznik dla rodziców i terapeutów. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2011.
2. Charuba M., Jaszczura E., Kuźniak D.: Młodzieżowa debata. Od niepełnosprawności do godności. Propozycja pracy wychowawczej z młodzieżą. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Poddębicach. Warszawa 2019.
3. Gajewski M.: Baza dobrych praktyk z zakresu działań na rzecz zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Fundacja Instytut Edukacji Pozytywnej. Warszawa 2016.
4. Instytut Edukacji Pozytywnej. Szkolny System Wsparcia Zdrowia Psychicznego. Myślę Pozytywnie. Modelowy Program Promocji i Profilaktyki dla szkół ponadpodstawowych i placówek oświaty. Warszawa 2017.
5. Janiszewski B.: Emocje. To, o czym dorośli Ci nie mówią. Wydawnictwo Publicat. 2021.
6. Kołakowski A. Budowanie ustrukturyzowanego i przyjaznego środowiska w klasie. W: Jerzak M.: Zaburzenia psychiczne i rozwojowe a szkolna rzeczywistość. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2016.
7. Młodnicka U., Waligóra A. Jesteś ważny, Pinku. Książka o poczuciu własnej wartości dla dzieci i dla rodziców trochę też. Wydawnictwo Sensus. 2021.
8. Morrison J., Flegel K.: Wywiad diagnostyczny z dziećmi i młodzieżą. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2018.
9. Orkisz K. Asystent nauczyciela w klasie. W: Jerzak M.: Zaburzenia psychiczne i rozwojowe a szkolna rzeczywistość. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2016.
10. Polskie Centrum Programu Safer Internet, NASK – PIB, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę: Bezpieczeństwo dzieci i młodzieży online. Kompendium dla rodziców i profesjonalistów. Warszawa 2018.
11. Pyżalski J.: Jasna strona – partycypacja i zaangażowanie dzieci i młodzieży w korzystne rozwojowo i prospołeczne działania. W: Dzieci się liczą 2017. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2017.
12. Szczepkowska K. Edukacja włączająca w szkole – szanse i wyzwania. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2019.
13. <https://digitalyouth.pl/>
14. www.myslepozytywnie.pl
15. <https://nastoletniazyl.pl/>
16. www.terapiatoniewstyd.pl
17. www.uzaleznieniabehawioralne.pl/siecioholizm/dziecko-przed-ekranem-nowe-wytyczne-who/
18. <https://sp39.szczecin.pl/pedagog/539-ile-czasu-dziecko-moze-spedzac-przed-ekranem>
19. www.youtube.com/watch?v=YmX20QCtBvw

7. Ewaluacja skuteczności materiałów edukacyjnych.

- * Ankieta ewaluacyjna po zapoznaniu się z treścią materiałów edukacyjnych.
- * Test wiedzy na temat zdrowia psychicznego. Propozycja wypełnienia testu przed

przystąpieniem do zapoznawania się z materiałami edukacyjnymi jak również po przeczytaniu dostępnych materiałów.

Ankieta ewaluacyjna:

1. Jak oceniasz swój poziom wiedzy na temat obszaru zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży po zapoznaniu się z materiałami edukacyjnymi:

- a) moja wiedza nie uległa zmianie
- b) zwiększyłem/am swoją wiedzę na temat zdrowia psychicznego

2. Oceń na skali 0 – 5 przydatność materiałów edukacyjnych, gdzie 0 – zupełnie nieprzydatne a 5 – bardzo przydatne:

.....

3. Oceń na skali 0 – 5, w jakim stopniu sposób przedstawienia zagadnień był dla Ciebie ciekawy, gdzie 0 – forma materiałów nieprzystępna, a 5 – bardzo przystępna forma prezentacji:

.....

4. Które z zagadnień było dla Ciebie szczególnie przydatne:

- a) Omówienie grupy dzieci i młodzieży z grupy ryzyka
- b) Przyczyny powstawania zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży
- c) Objawy zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży

a) prawda

b) fałsz

5. Dzieci z mutyzmem wybiórczym nie potrafią mówić.

a) prawda

b) fałsz

6. Dzieci z lękiem społecznym odczuwają lęk tylko w kontakcie z osobą dorosłą.

a) prawda

b) fałsz

7. O obecność myśli samobójczych należy pytać dziecko wprost.

a) prawda

b) fałsz

8. Pierwszą i jedyną osobą, do której należy się zgłosić, kiedy zauważamy u dziecka objawy związane ze zdrowiem psychicznym jest lekarz psychiatra.

a) prawda

b) fałsz

9. Leczenie dzieci i młodzieży w kryzysie zdrowia psychicznego polega głównie na pracy indywidualnej z dzieckiem lub nastolatkiem

a) prawda

b) fałsz

10. Ważnym krokiem w leczeniu dzieci i młodzieży jest wyizolowanie ich ze środowiska, w którym żyją – m.in. hospitalizacja, nauczanie indywidualne.

a) prawda

b) fałsz

11. Dobrym sposobem na leczenie zaburzeń lękowych jest unikanie sytuacji wzbudzających lęk.

a) prawda

b) fałsz

Wyniki

1. fałsz – istnieją tzw. lęki rozwojowe, zupełnie naturalne na danym etapie rozwoju, np. lęk przed ciemnością u dwulatka.
2. fałsz - dziedziczny skłonność do zachorowania na chorobę psychiczną/ zaburzenie psychiczne, która przy udziale niekorzystnych wydarzeń życiowych może wywołać pojawienie się kryzysu psychicznego
3. fałsz - Zadania rozwojowe dzielą się na te, które są wspólne dla wszystkich dzieci, konieczne dla dalszego rozwoju (na przykład rozwój mowy), jak również takie, które wynikają z ich indywidualnej sytuacji w życiu (na przykład śmierć rodzica) (Havighurst)
4. fałsz – bardzo często w przebiegu depresji, dominująca u dziecka jest drażliwość.
5. fałsz - dzieci z mutyzmem wybiórczym potrafią mówić, ale **regularnie zaprzestają mowy** w sytuacjach, w których jest to wymagane
6. fałsz - w przypadku dzieci lęk ten musi pojawiać się w relacji nie tylko z dorosłymi, lecz **także z rówieśnikami**
7. prawda – pytanie o myśli samobójcze nie wywoła takich myśli u osoby, która ich nie ma.
8. fałsz – nie każde dziecko w kryzysie psychicznym wymaga wsparcia lekarza, ale każde dziecko przejawiające objawy związane ze zdrowiem psychicznym potrzebuje wsparcia psychologicznego.
9. fałsz – leczenie wymaga współpracy całego środowiska dziecka – włączając w nie rodziców/ opiekunów oraz szkołę.
10. fałsz – leczenie powinno odbywać się w środowisku, w którym żyje dziecko, powinno być jak najbardziej włączane w różne formy aktywności i uczestniczyć w życiu szkolnym.
11. fałsz – jest to metoda przynosząca chwilową ulgę, ale nie rozwiązująca problemu – leczenie opiera się głównie na **zachęcaniu dziecka do przełamywania unikania** (tzw. ekspozycje) – stopniowe doświadczanie tego, że to nie sytuacja jest zagrażająca, a sposób w jaki ją odbieram.