

11.

Trening umiejętności wspomagania rozwoju dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi

Materiały 2, 11, 23 powinny być ze sobą skorelowane (zaburzenia psychiczne, emocjonalne – zaburzenia zachowania często współwystępują z zachowaniami ryzykownymi, szkolenia powinny „iść” zatem w kolejności 11-23-2

Pewne zagadnienia będą obowiązywać do 3 materiałów równocześnie – zaznaczone na czerwono)

Psychologia rozwojowa – to dziedzina psychologii zajmująca się badaniem rozwoju człowieka w ciągu całego życia w kategoriach ciągłości, stałości i zmian zachodzących w rozwoju fizycznym i psychicznym, które cechują funkcjonowanie człowieka od narodzin o końcowych etapów życia. Bada zarówno filogenetyczny, jak i ontogenetyczny rozwój człowieka. W związku z tym wyróżniamy:

- ⇒ psychologię filogenetyczną – bada pochodzenie i rozwój procesów psychicznych poszczególnych grup organizmów, które są ustalane na podstawie badań porównawczych.
- ⇒ **psychologię ontogenetyczną** – zajmuje się rozwojem psychicznym obejmującym wszystkie zmiany, jakie zachodzą w danym organizmie od chwili poczęcia, przez dzieciństwo, młodość i dorosłość do końcowych etapów życia.

Przebieg życia człowieka zależy w dużym stopniu od stanu jego zdrowia psychicznego. **Emocje i sfera psychiczna** w znaczący sposób warunkują szczęście i poczucie radości życia, wiążą się bardzo mocno z samoakceptacją i akceptacją innych oraz z jakością relacji z innymi osobami.

Organizowanie wspomagania rozwoju dziecka z problemami emocjonalnymi i zaburzeniami zachowania

Charakterystyka problemów emocjonalnych oraz zaburzeń zachowania dzieci i młodzieży

Termin **zaburzenia emocjonalne** jest pojęciem mało precyzyjnym, wieloznacznym, o charakterze zbiorczym. Badacze zwracają uwagę, że na kolejnych etapach rozwoju różnego rodzaju objawy mogą być uznane za zaburzenia w sferze emocjonalnej, choć występują także u dzieci zdrowych, które rozwijają się w sposób prawidłowy. **Zaburzenia emocji u dzieci i wieku dorastania cechuje głównie występowanie lęku**, który przybiera różne formy, zależnie od fazy rozwojowej dziecka oraz występowanie objawów somatycznych i swoistych zaburzeń zachowania.

Do zaburzeń emocjonalnych występujących w dzieciństwie należą:

- ⇒ lęk przed separacją rozpoczynający się w niemowlęctwie lub wieku przedszkolnym,
- ⇒ zaburzenia lękowe w postaci fobii w dzieciństwie,
- ⇒ lęk społeczny w dzieciństwie,



⇒ zaburzenia związane z rywalizacją w rodzeństwie¹.

W Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych wyodrębnia się zaburzenia zachowania i zaburzenia emocji, a w sytuacjach, w których obok zaburzeń zachowania występują równocześnie zaburzenia emocji wówczas diagnozowane są, jako oddzielna kategoria – **zaburzenia mieszane**.

Zaburzenia zachowania termin ten nie jest rozumiany jednoznacznie. Współcześnie występują obok siebie, bądź stosowane są zamiennie terminy: zaburzenia zachowania, nieprzystosowanie (niedostosowanie) społeczne oraz trudności wychowawcze.

Zaburzenia zachowania (CD – conduct disorder) 1) stanowią złożony zespół problemów emocjonalnych oraz dotyczących ogólnego postępowania dzieci i młodzieży, 2) to odchylenie od normy rozumianej jako zasady moralne, obyczaje i zwyczaje przyjęte w danym środowisku bądź 3) wszelkie rodzaje zachowań naruszających porządek społeczny, niezależnie od tego, czy już powodują konflikt z prawem czy nie².

Zaburzenia zachowania cechują utrwalone wzorce dys socjalne, agresywne i buntownicze. Mogą powodować przekraczanie norm i zasad społecznych, być powtarzającymi się zachowaniami łamiącymi prawa innych. Są niezgodne z oczekiwaniami dla danego wieku i poziomem rozwoju dziecka . diagnostycznym jest trwałość tych zachowań. Zachowania te są określane również jako nie przystosowawcze.

Występują 3 zespoły zaburzeń naruszających przyjęte normy społeczne:

1. **zespół niestabilności** (skłonności depresyjne, tendencje do wycofywania się, słabość kontaktów społecznych, skłonność do konfliktów, ucieczki) stanowiący niewielkie zagrożenie społeczne,
2. **zespół zachowania aspołecznego** (niechęć do nauki i pracy, nadużywanie alkoholu, włóczęgostwo, konfliktowość) – jest to średni stopień zagrożenia dla społeczeństwa,
3. **zespół przestępczości** (zagrożenie dla innych osób, niszczenie mienia, znęcanie się nad innymi osobami, wczesne przed 14 r. ż. ujawnianie skłonności przestępczych, wykroczenia przeciw prawu (ujawnione i nieujawnione) stanowiący znaczne zagrożenie dla porządku społecznego.

¹ A. Kozłowska, *Zaburzenia życia uczuciowego dziecka problemem rodziny : jak pomóc rodzinie i dziecku?*, Wydawnictwo Akademickie "Żak", Warszawa 2005.

² *Zaburzenia zachowania dzieci i młodzieży*, red. K. Kmiecik-Baran , Wyd. Verlag Dashofer 2004; A. Kołakowski, *Zaburzenia zachowania u dzieci*, GWP Gdańsk 2013.



Problematyka zaburzeń zachowania została przedstawiona w dwóch najbardziej aktualnych źródłach klasyfikacji, tj. DSM - IV , ICD – 10. Pierwszy z nich to DSM – IV to Diagnostyczny Podręcznik Zaburzeń Psychicznych opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, drugi to Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 obowiązujące obecnie w Polsce³.

Według DSM - IV uznaje się, że istotnym objawem zaburzeń zachowania jest powtarzający i utrzymujący się wzorec zachowania, w którym podstawowe prawa innych i ważne, stosowne do wieku życia normy społeczne i reguły są łamane, a manifestują się wystąpieniem trzech lub więcej spośród następujących zachowań w ciągu ostatnich 12 miesięcy:

- ⇒ **zachowania agresywne**, które powodują zagrożenie fizyczne lub wyrządzają krzywdę innym ludziom lub zwierzętom. Kwalifikują się do nich: tyranizowanie, grożenie, zastraszanie innych, częste inicjowanie walk fizycznych, używanie broni, mogącej powodować poważne fizyczne uszkodzenia, okrucieństwo fizyczne wobec ludzi, okrucieństwo wobec zwierząt, dokonywanie kradzieży bezpośrednio od ofiary (wymuszanie, kradzieże kieszonkowe i inne), świadome branie udziału w podpaleniu z intencją spowodowania poważnej szkody, świadome niszczenie cudzej własności;
- ⇒ **oszustwa lub kradzieże**, do których zalicza się: włamania do domu, budynku lub samochodu, kłamstwo w celu uniknięcia zobowiązań lub uzyskania określonych dóbr, kradzież rzeczy o większej wartości bez konfrontacji z ofiarą;
- ⇒ **poważne łamanie zasad, norm, reguł, nakazów i praw** przebywanie wbrew zakazom rodziców poza domem rodzinnym w nocy przed 13 r. ż., ucieczka z domu bez zamiaru powrotu, wagarowanie (częste)⁴.

Uwzględniając wiek życia dziecka w chwili wystąpienia zaburzeń wyróżnia się dwa typy zaburzeń zachowania:

- ❖ **typ dziecięcy zaburzeń** (zaburzenie wystąpiło przed 10 r. ż.),
- ❖ **typ młodzieńczy zaburzeń** (zaburzenie wystąpiło po 10 r. ż.).

Typy różnią się między sobą pod względem występujących charakterystycznych cech zaburzeń zachowania, przebiegu i prognozy oraz występowania u chłopców i dziewcząt.

Zaburzenia w rozwoju emocjonalno-społecznym powodują, że dziecko:

- ⇒ nie umie pogodzić się z porażką.
- ⇒ nie potrafi spokojnie przyjmować niepowodzeń.
- ⇒ ma problemy z rozwiązywaniem sytuacji konfliktowych.
- ⇒ nie potrafi obiektywnie oceniać innych.

³ Zaburzenia zachowania dzieci i młodzieży...

⁴ R. C. Carson, J. N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, GWP Gdańsk 2003.



- ⇒ ma nieadekwatną samoocenę, gdyż nie zna swoich możliwości i nie wie na co je stać.
- ⇒ odczuwa lęk podejmując się trudnych i nowych działań.
- ⇒ nie radzi sobie ze stresem.
- ⇒ nie potrafi nazywać przeżywanych przez siebie uczuć i okazywać ich w sposób właściwy.

Zaburzenia zachowania należą do najczęściej występujących zaburzeń wieku dziecięcego i są częstymi zaburzeniami wśród dzieci leczonych klinicznie. Wyniki badań wskazują, że od 35% do 75% dzieci skierowanych do leczenia klinicznego dotyczyło zaburzenia zachowania. Ich rozpowszechnienie wynosi od, 2% do 9% jeśli chodzi o zaburzenia zachowania i od 6% do 10% w przypadku zaburzenia opozycyjno-buntowniczego. Zaburzenia zachowania mogą zapowiadać osobowość dyssocjalną

proces diagnozy problemów/zaburzeń emocjonalnych i zachowania u dzieci i młodzieży

Diagnoza zaburzeń zachowania zwraca uwagę na znaczenie przyswajania przez dziecko norm społecznych i zasad moralnych oraz umiejętność ich przestrzegania.

Badawcze kryteria diagnostyczne zaburzeń zachowania oraz kategorie wyróżnione zgodnie z podziałem zaproponowanym przez **ICD-10** – przedstawia grupę przejawów cechujących się gwałceniem albo podstawowych praw innych osób, albo poważniejszych norm i reguł społecznych właściwych dla wieku, trwający co najmniej sześć miesięcy, w czasie których występują (G1.):

1. Wybuchy złości nadzwyczaj częste lub ciężkie w stosunku do poziomu rozwojowego.
2. Częste kłótnie z dorosłymi.
3. Często aktywne odrzucanie wymagań dorosłych lub nie spełnianie reguł.
4. Często jakby rozmyślne robienie rzeczy, które budzą gniew innych.
5. Często oskarżanie innych o własne pomyłki lub niewłaściwe zachowania.
6. Częsta drażliwość i łatwość wprowadzania w złość przez innych.
7. Częste wpadanie w gniew lub w rozżalenie.
8. Częsta złośliwość i mściwość.
9. Częste kłamstwa lub zrywanie obietnic w celu uzyskania dóbr lub przywilejów bądź uniknięcia obowiązków.
10. Częste inicjowanie starć fizycznych (nie obejmuje to starć z rodzeństwem).
11. Używanie broni, która może powodować u innych poważne uszkodzenia ciała (np. kij, cegła, rozbita butelka, nóż, strzelba).
12. Pozostawianie poza domem po zapadnięciu zmroku, mimo zakazu rodziców (rozpoczynające się przed 13 rokiem życia).
13. Przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec innych osób (np. krępowanie, lub podpalanie ofiar).
14. Przejawianie fizycznego okrucieństwa wobec zwierząt.
15. Rozmyślne niszczenie własności innych osób (inaczej niż przez podpalenie).
16. Rozmyślne podkładanie ognia ze stwarzaniem ryzyka lub z zamiarem spowodowania poważnych zniszczeń.



17. Kradzieże przedmiotów o niebanalnej wartości bez konfrontacji z ofiarą, zarówno w domu, jak i poza nim (np. kradzieże w sklepach, włamania, fałszerstwa).
18. Częste wagary ze szkoły, rozpoczynające się przed 13 rokiem życia.
19. Co najmniej dwukrotne ucieczki z domu rodzicielskiego lub zastępczego albo ucieczka jednorazowa trwająca dłużej niż jedną noc (nie obejmuje opuszczania domu w celu uniknięcia molestowania fizycznego lub seksualnego).
20. Popełnianie przestępstw wymagających konfrontacji z ofiarą (włączając kradzieże kieszonkowe, wymuszenia, napady).
21. Zmuszanie innych osób do aktywności seksualnej.
22. Częste terroryzowanie innych (np. rozmyślne zadawanie bólu lub ran połączone z uporczywym zastraszaniem, dręczeniem, molestowaniem).
23. Włamania do cudzego domu, budynku, samochodu⁵.

Do spełnienia kryterium wystarczy choćby jednorazowe wystąpienie objawów wymienionych w punktach **11, 13, 15, 16, 20, 21, 23**.

G2. Zaburzenie nie spełnia kryteriów osobowości dysocjalnej, schizofrenii, epizodu maniakalnego, epizodu depresyjnego, całościowego zaburzenia rozwojowego, ani zaburzenia hiperkinetycznego. Jeżeli spełnione są kryteria zaburzenia emocjonalnego, **należy rozpoznać mieszane zaburzenia zachowania i emocji**.

Podstawą każdej diagnozy psychologicznej jest prawidłowy, dokładny i wyczerpujący wywiad z rodzicem. W prawidłowej diagnozie należy odróżnić zaburzenia od zachowań mieszczących się w granicach normy, stąd winien on, oprócz standardowych danych dziecka i rodziców, zawierać następujące informacje:

- ❖ przebieg ciąży i porodu (ewentualne choroby, urazy, przyjmowane leki, traumy itp.),
- ❖ rozwój psychofizyczny we wczesnych etapach,
- ❖ przebyte choroby, wypadki, urazy,
- ❖ sytuację rodzinną dziecka, rodzeństwo, relacje w rodzinie,
- ❖ sytuację bytową rodziny,
- ❖ sytuację szkolną,
- ❖ kontakty społeczne, zainteresowania,
- ❖ problemy, trudności dziecka i rodziny: choroby członków rodziny, patologie, uzależnienia, konflikty z prawem, bieda,
- ❖ inne dane, mające istotne znaczenie dla diagnozowanego problemu⁶.

⁵ Tamże.

⁶ Tamże.



Lista wymienionych czynników warunkujących prawidłową diagnozę danego zachowania nie decyduje jeszcze o możliwości rozpoznania stopnia zaburzenia u dzieci. Stąd należy uwzględnić jeszcze następujące wskaźniki:

- ❖ **trwałości występujących objawów** – za przejaw zaburzeń zachowania można uznać te symptomy, które trwają dłużej,
- ❖ **intensywność objawów** – duża ich liczba oraz duże natężenie są kryteriami, które mogą wskazywać na rzeczywiste występowanie zaburzeń zachowania, słabo zaznaczone symptomy nie mogą być uznane za przejaw patologii,
- ❖ **częstość występowania patologicznych objawów** – objawy rzadko występujące nie mogą być wskaźnikiem rozpoznania zaburzeń.

Zdarza się, że początkiem zaburzeń zachowania jest **kłamstwo** → Kolejnym problemem spotykanym u dzieci z zaburzeniami zachowania są **kradzieże**. → Innym objawem zaburzeń są **zachowanie agresywne** → Najczęściej mówi się o **agresji fizycznej i słownej** oraz o agresji bezpośredniej i pośredniej.

Syntonia będąca emocjonalnym współbrzmieniem między matką a dzieckiem stanowi podstawę wszelkich późniejszych kontaktów społecznych. Brak bliskiego i serdecznego kontaktu z matką w pierwszych miesiącach życia odbija się na przyszłym stosunku do świata i samego siebie.

Innym czynnikiem, który może powodować trudności w społecznym przystosowaniu może być **kompleks różnicy**. Przyczyną powstania tego kompleksu może być defekt fizyczny, odmienność psychiczna, a także świadomość wybitnych zdolności⁷.

charakterystyka technik i narzędzi wspomagania rozwoju dzieci z problemami emocjonalnymi, zachowania

Za podstawową formę pomocową uważa się :

- ⇒ systemową psychoterapię rodzinną zorientowaną na zmianę zachowania i zmianę praktyk dyscyplinujących dzieci,
- ⇒ małżeńską,
- ⇒ behawioralne treningi umiejętności rodzicielskich, ze szczególnym uwzględnieniem zmiany dotychczasowych interakcji rodzinnych opartych na przymusie.

Wobec dzieci znaczące w leczeniu są:

- ⇒ treningi umiejętności społecznych – np. rozwiązywania konfliktów,
- ⇒ trening kontrolowania emocji i impulsywnych zachowań,
- ⇒ metody poznawczo- behawioralne
- ⇒ opieka indywidualna, obejmująca również środowisko szkolne.

⁷ A. Trzmiel, *Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży*, s. 17.

http://www.pilczyn.webd.pl/strefa_rodzica/zaburzenia_zachowania.pdf



Do skutecznych form pomocowych należy równoległe prowadzenie treningów dla rodziców, nauczycieli i wychowawców.

Inne podejścia do terapii zaburzeń zachowania koncentrują się na procesach poznawczych dziecka, specyficznych deficytach poznawczych i zniekształceniach w myśleniu, skorygowaniu błędów w percepcji sytuacji społecznych. **Terapia poznawczo-behawioralna** jest skuteczną metodą w zmniejszaniu zachowań agresywnych i zwiększeniu zachowań prospołecznych. Skuteczność terapii jest tym większa im wcześniej zaburzenie jest rozpoznane i metody interwencyjne stosunkowo wcześniej podjęte, jeśli bowiem problematyczne wzorce zachowania utralają się, to znacznie trudniej poddają się zmianie.⁸

Formy pomocy udzielane dzieciom i młodzieży z zaburzeniami zachowania:

- ⇒ terapia indywidualna
- ⇒ terapia grupowa;
- ⇒ terapia rodzin;
- ⇒ leczenie farmakologiczne;
- ⇒ nauczanie indywidualne;
- ⇒ umieszczenie w placówce zajmującej się opieką nad dziećmi z zaburzeniami zachowania⁹.

W procesie socjoterapeutycznym realizowanym poprzez terapię indywidualną i grupową dzieci możliwe jest oddziaływanie poprzez różnorodne metody i formy. Szczególnie przydatne również w pracy nauczyciela i wychowawcy są m.in.: burza mózgów, praca w grupach, terapia z wykorzystaniem rysunku, terapia poprzez muzykę, sport, stosowanie technik relaksacyjnych, trening asertywności, psycho- i socjodrama a także metoda ruchu rozwijającego W. Sherborne.

Cele przy realizacji wymienionych metod:

- ❖ rozwiązywanie konfliktów, afirmowanie siebie, poszerzanie wiedzy o sobie,
- ❖ budowanie zaufania, integracja klasy,
- ❖ ćwiczenie pamięci, koncentracji, spostrzegawczości
- ❖ praca na emocjach,
- ❖ uczenie otwartości,
- ❖ wzrost akceptacji,
- ❖ poszerzenie samooceny, samoświadomości,
- ❖ rozwijanie umiejętności słuchania,
- ❖ uczenie wyrażania swoich uczuć, sądów,
- ❖ rozwijanie wyobraźni
- ❖ przewycięzanie nieśmiałości

⁸ *Zaburzenia życia uczuciowego dziecka problemem rodziny, jak pomóc rodzinie i dziecku?* Wydawnictwo Akademickie "Żak", Warszawa 2005.

⁹ Tamże.



❖ odreagowanie napięć

W trakcie pracy uczymy dziecko reakcji społecznych. Powinny zajść:

- ❖ zmiana sądów o rzeczywistości.
- ❖ zmiana sposobów zachowania.
- ❖ odreagowanie emocjonalne.

planowanie interwencji terapeutycznych

Myśląc o interwencji psychologiczno-pedagogicznej, na ogół wyobrażamy sobie włączanie się w przebieg procesu rozwojowego po to, aby uzyskać poprawę poprzez podjęte działanie. Domeną profilaktyki jest podjęcie działań ukierunkowanych na zapobieganie powstawaniu zaburzeń rozwoju lub ich zahamowanie.

Programy działań ukierunkowanych zarówno na rozwój istniejących dyspozycji i potencjałów, jak i na redukcję dysfunkcjonalności, bywają nazywane interwencją, niezależnie od form, w jakich są prowadzone i celów, jakim służą.

Każda interwencja, niezależnie od jej rodzaju, jest ukierunkowana na konkretne efekty. Odwołując się do interakcyjnego ujęcia interwencji jako formy wspomaganie w rozwoju, można wyróżnić następujące wymiary umożliwiające charakteryzowanie różnych rodzajów interwencji: przyczyna, cel, odbiorcy, czas.

Punktem wyjścia dla opisu i odróżnienia od siebie rodzajów interwencji winno być zawsze określenie przyczyny, dla której interwencja jest podejmowana oraz celu, do którego zmierza.

Przyczyna interwencji może wynikać z dwóch czynników:

- ⇒ z chęci przyspieszenia lub zwiększenia rezultatów prawidłowo postępującego rozwoju
- ⇒ z potrzeby pokonania przeszkód spowalniających tempo i ograniczających zakres rozwoju.

Cel interwencji wiąże się z przyczyną jej podjęcia.

Można wyróżnić trzy grupy celów interwencji:

- ⇒ dynamizowanie rozwoju,
- ⇒ zapobieganie utrwalaniu lub rozszerzaniu dysfunkcji,
- ⇒ korygowanie zaburzenia i przywracanie zdrowego funkcjonowania.

Interwencja dynamizująca rozwój zmierza do osiągnięcia znaczącego przyspieszenia, dokonania skoku jakościowego w krótkim czasie. Skutkiem podjęcia tego typu działań jest często zmniejszenie ryzyka powstania zaburzenia w przyszłości. Przykładem interwencji tego typu może być nadanie znacznej samodzielności, odpowiedzialności, uprawnień i przydzielenie zadań. Dzięki ugruntowaniu odbiorcy w konkretnym kierunku rozwoju, dynamizowanie zmniejsza też podatność na destrukcyjne wpływy dysfunkcyjnego otoczenia.

Interwencja zapobiegająca utrwalaniu lub rozszerzaniu dysfunkcji jest ukierunkowana na usunięcie przyczyn i przejawów zachowań, które nie są jeszcze utrwalone. Zachowania, których dotyczy interwencja zapobiegająca, mogą obejmować eksperymentowanie z



zażywaniem środków prawnie zabronionych (narkotyki, anaboliki), stosowaniem nieadekwatnych dla etapu życia używek (kawa, tytoń, alkohol) lub podejmowaniem aktywności naruszających normy społeczne (wagary, wczesna inicjacja seksualna).

Cel **interwencji korygującej** wiąże się z powrotem do zdrowia lub przywróceniem warunków umożliwiających zdrowe funkcjonowanie. Dotyczy utrwalonych dysfunkcji dezorganizujących życie odbiorców oraz zachowań o znacznym stopniu destrukcyjności, nawet, jeżeli nie wywierają jeszcze dezorganizującego wpływu. Interwencja korygująca może też obejmować tymczasowe przeniesienie dziecka z rodziny stosującej przemoc do środowiska opieki zastępczej.

Odbiorcy interwencji mogą zaliczać się do osób bezpośrednio zaangażowanych w zjawisko, którego dotyczy interwencja lub osób mających pośredni kontakt z problemem. Zwykle osoby bezpośrednio doświadczające skutków czyichś zaburzeń pozostają w stałej, bliskiej relacji z osobami przejawiającymi zachowania dysfunkcyjne. Taka sytuacja prowadzi do silnego obciążenia skutkami bycia np. ofiarą przemocy lub samym faktem występowania np. uzależnienia, lub choroby psychicznej w rodzinie czy wśród przyjaciół.

Zasady postępowania terapeutycznego w interwencji:

- ❖ **Zasada afirmacji** - dostrzeganie, chwalenie, komunikowanie pozytywnych dokonań dziecka, dobrych ocen i zdolności dziecka. Świadomie rezygnujemy z krytyki, nie oceniamy, nie wskazujemy wad. Odebranie przez dziecko pozytywnego komunikatu pozostaje w sprzeczności z jego poprzednimi przekonaniem.
- ❖ **Zasada bliskiego kontaktu z dzieckiem** - osoba prowadząca zajęcia w sposób nieszablonowy stwarza ciepłe i bezpieczne reakcje. Osoba dorosła jest opiekunem i sojusznikiem dziecka w pokonywaniu trudności. Zmniejsza to dystans, stwarza sytuacje odreagowania. Komunikujemy dziecku akceptację, życzliwość, zainteresowanie. Dziecko w ten sposób doświadcza nowych sytuacji.
- ❖ **Zasada otwartości** - wiąże się z przekazywaniem informacji, doświadczeń. Prowadzący uczy dzieci słuchania i szacunku do innych przeżyć. Przełamuje poczucie izolacji, kiedy dziecko mówi o sobie. Koryguje uprzednie doświadczenia.
- ❖ **Zasada istnienia norm** - polega na wprowadzeniu i przestrzeganiu reguł na zajęciach, które umożliwią dzieciom przeżycie dobrych doświadczeń. Często pozytywnie dyscyplinuje to dziecko.

Psychologiczna opieka w przypadku zaburzeń zachowania powinna obejmować cały system, w którym wzrasta dziecko, a zatem rodzinę, szkołę oraz oczywiście osobę sprawiającą problemy wychowawcze. Podejście systemowe zawiera wiele rodzajów oddziaływań:

⇒ **Terapia dziecka z CD ukierunkowana jest na rozwój i kształcenie podstawowych umiejętności psychospołecznych, zdolności do samokontroli oraz przyjaznych sposobów prowadzenia komunikacji.** Ma na celu rozwijanie zachowań adaptacyjnych oraz opanowanie technik kontroli własnych emocji, a także umiejętności ich identyfikacji i świadomości ich źródeł.



- ⇒ **Interwencja rodzinna** polega przede wszystkim na udzieleniu rodzicom wsparcia z powodu zakłóceń w funkcjonowaniu systemu. Pomoc rodzicom w rozwiązaniu ich osobistych problemów jest niejednokrotnie jednym z pierwszych zadań terapeutycznych. Ponadto w ramach terapii behawioralnej są oni wyposażani w wiedzę i umiejętności stosowania skutecznych metod wychowawczych, efektywnej komunikacji z dzieckiem oraz strategii negocjacyjnych, przydatnych w rozwiązywaniu wielu problemów.
- ⇒ **Edukacja nauczycieli** pozostających w kontakcie z dzieckiem z zaburzeniami zachowania oparta jest na behawioralnym systemie wzmocnień: regularne nagradzanie zachowań pożądanых, dostrzeganie wysiłku i uznanie dla pozytywnych działań. Skuteczną techniką jest stosowana z powodzeniem ekonomia żetonowa czy punktowa. Polega ona na opracowaniu wspólnie z uczniami systemu wartościowania (punktowania czy nagradzania w inny sposób, np. żetonami o różnej wartości) oczekiwanych zachowań. Zgromadzenie większej ilości punktów pozwala na uzyskanie większych przywilejów, co sprawia, iż dziecko czuje się odpowiedzialne za siebie i motywowane do ich zdobywania.

budowanie strategii pracy z dzieckiem przejawiającym zaburzenia emocjonalne

Nieodzownym warunkiem powodzenia sukcesu wychowawczego w pracy z dzieckiem przejawiającym zaburzenia zachowania jest zrozumienie, że dziecko z zaburzeniami **nie jest dzieckiem złym**, lecz dzieckiem, które ma trudności w kierowaniu swoim postępowaniem. **Narzuca to konieczność pomocy, nie represji i karania.**

Przy budowaniu strategii pracy z dzieckiem przejawiającym zaburzenia emocjonalne konieczne są działania interdyscyplinarne:

Podejście interdyscyplinarne umożliwia:

- ⇒ wymianę myśli i pomysłów – uwzględnianie różnych punktów widzenia;
- ⇒ podejmowanie wspólnych wysiłków ekspertów z różnych dziedzin;
- ⇒ dostarczanie wielostronnej pomocy rozmaitych służb;
- ⇒ minimalizowanie sporów kompetencyjnych, konkurencji oraz partykularyzmu;
- ⇒ uwzględnianie wielokulturowych czynników w planowaniu, formułowaniu i
- ⇒ **wdrażaniu strategii;**
- ⇒ ograniczenie ryzyka wtórnej wiktymizacji;
- ⇒ uproszczenie procedur;
- ⇒ poprawę ekonomiki działania;
- ⇒ zwiększenie szybkości działania. **(zagadnienie obowiązuje do materiału nr 2 - interdyscyplinarny model postępowania w przypadku....)**

Obszary podlegające ocenie (sytuacji) dziecka w celu podjęcia działań interwencyjnych/terapeutycznych (obowiązuje do materiału nr 2 j. w.)

- ⇒ **Poziom funkcjonowania intelektualnego** – stopień realistycznego, adekwatnego spostrzegania przez dziecko tego, co się wydarzyło, oraz konsekwencji i znaczenia sytuacji



- krytycznej dla jednostki – dotyczy w szczególności zagrożenia samobójstwem (myśli samobójcze)
- ⇒ **Zasoby emocjonalne i interpersonalne** – Możliwości otrzymania w środowisku właściwego, konstruktywnego wsparcia sytuacyjnego, rodzinnego czy środowiska szkolnego – ocena zdolności do współpracy z osobami interwenującymi
 - ⇒ **Poziom nadziei** – Możliwości rozporządzania adekwatnymi, dotychczas skutecznymi strategiami, zasobami zmagania się z zaburzeniem.
 - ⇒ **Poziom motywacji, aby samodzielnie podejmować i rozwiązywać problemy** - Potencjalne możliwości przełamania kryzysu i powrotu do stanu równowagi psychicznej/emocjonalnej.
 - ⇒ **Zakres dostępnego wsparcia psychospołecznego w zmaganiach się z zagrożeniem¹⁰.**

Budowanie strategii czy podjęcie interwencji terapeutycznych w przypadku dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi, które warunkują zachowania ryzykowne, czy autodestrukcyjne wymaga pomocy psychologicznej.

Pomoc psychologiczna mieści różne, często zasadniczo odmienne świadczenia. Zakres działań psychologicznych związanych z wykorzystywaniem narzędzi i umiejętności psychologicznych w pracy również z dziećmi z problemami emocjonalnymi prezentuje poniższa tabela (**obowiązuje do materiału 2 j. w.**)

Różne formy pomocy psychologicznej mające zastosowanie w interwencji kryzysowej	
Poradnictwo, prowadzenie poradnictwa	bierno – ze strony profesjonalisty: odpowiadanie na szczegółowe pytania dot. konkretnych zagadnień, zadawane przez osobę szukającą odpowiedzi
Edukacja, prowadzenie edukacji	czynne: dostarczanie informacji o charakterze ogólnym, wyjaśniającym, opisowym dot. zjawiska/zaburzenia
Poradnictwo dyrektywne	w przypadku oceny dziecka w kryzysie, jako aktualnie niezdolnej do działania (np. próba samobójcza): przejęcie przez prowadzącego interwencję ciężaru zdefiniowania problemu, poszukania wyjścia, wskazania kierunku działań; przejęcie kontroli (i odpowiedzialności!) możliwe jest tylko na krótki okres czasu.
Psychoedukacja	edukacja, często prowadzona w formie grupowej, z uwzględnieniem potrzeby monitorowania stanu emocjonalnego i wątków interpersonalnych uczestników
Konsultacja, konsultowanie	krótkie działanie, o charakterze diagnostyczno-prognostycznym; a) prowadzone przez specjalistę w danej dziedzinie (prawo, psychologia, psychoterapia, pomoc socjalna, pedagogika, medycyna etc.), b) podejmowane jako odpowiedź na zapytanie zgłoszone przez klienta lub instytucję kierującą, c) zakończone oznajmieniem konkluzji, odpowiedzi
Wstępna, przesiewowa diagnoza, diagnoza	ograniczone w czasie działania mające na celu ocenę zagrożeń, jakie wiążą się przeżytym urazem, szybka ocena funkcjonowania dziecka; w diagnozie wykorzystuje się narzędzia do oceny selektywnej (TAS, Triage)

¹⁰ J. Grodecka, R. Kałużka, K. Sarzała, A. Żukiewicz, *Standard interwencji kryzysowej*, s. 65-66.

http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SIK_2601.pdf



operacyjna	Assesment System), typu TAF (Triage Assesment Form)
Wsparcie, działania wspierające	różne formy postępowania wobec osoby znajdującej się w sytuacji kryzysowej, oparte na postępowaniu niespecyficznym: wysłuchaniu dziecka, wyrażeniu współczucia, podzieleniu się swoim zdaniem, etc. bez dążenia do osiągnięcia poprawy, zmiany sytuacji lub zmiany postępowania osoby wspieranej; stosowane jako postępowanie samodzielne lub w połączeniu z innymi formami pomocy
Interwencja	czynne, niezwłocznie podejmowane działania w odpowiedzi na zaistniałe zdarzenie: a) mogą być podejmowane w środowisku osoby w kryzysie i/lub ambulatoryjnie; b) działania podejmowane jako czynność docelowa, rozwiązująca stwierdzony problem lub inicjująca, kierująca do specjalisty c) podejmowane na mocy umocowania prawnego lub w odpowiedzi na zgłoszoną prośbę osób/rodziny dziecka, szkoły/placówki; d) działania podejmowane w czasie zdarzenia, bezpośrednio po otrzymaniu zawiadomienia lub stwierdzeniu zdarzenia; e) działania ograniczone w czasie lub w celach postawionych; f) działania dotyczące przede wszystkim doraźnej poprawy stanu psychicznego, fizycznego, ochrony życia, zdrowia, etc., mogącej utrzymać się dłużej; g) zaplanowane jako ograniczone w czasie
Mediacja, mediowanie	prowadzona przez przygotowanego specjalistę – mediatora – jako postępowanie zmierzające do ustalenia sposobu rozwiązania konfliktu, trudności, problemu, który będzie możliwy do zaakceptowania przez obydwie strony na zasadzie obopólnej korzyści; a) zamykająca się zwykle w określonej liczbie spotkań; b) nie zawierająca w sobie osobistej korzyści mediatora wynikającej z osiągnięcia określonego rozwiązania; c) kończona zazwyczaj formą sprawozdania/ protokołu sporządzanego przez mediatora, podsumowującego stanowiska stron, osiągnięte porozumienie, istniejące rozbieżności i ewentualne wskazania co do dalsze trybu postępowania; d) podejmowana zwykle na zapotrzebowanie zewnętrznej instytucji zlecającej ją jako formę poprzedzającą wydanie decyzji nakazowej na temat rozwiązania problemu
Negocjacje, negocjowanie	forma dochodzenia do ustaleń, dotyczących rozwiązania konfliktu/trudności/sytuacji problemowej, w której strony negocjują ze sobą lub poprzez przygotowanego negocjatora; a) prowadzona w formie rozmowy, dialogu, opartego na prezentowaniu stanowisk i racji; b) negocjator może oczekiwać/dążyć do osiągnięcia określonego rodzaju porozumienia, które jego zdaniem będzie właściwe; c) może dopuszczać stosowanie przez negocjatora lub negocjujące strony form osiągania wpływu (psychomanipulacji) w celu przyjęcia określonego rozwiązania przez stronę
Psychoterapia, Prowadzenie psychoterapii	specjalistyczne postępowanie o charakterze długo lub krótko czasowym, zmierzające do uzyskania subiektywnego stanu satysfakcji osoby poddanej mu, względnie trwałego w czasie, związanego z obserwowanymi zmianami w zakresie poglądów, zachowań, nawyków behawioralnych,



	emocjonalnych i myślowych, subiektywnie odbieranymi jako brak lub osłabienie objawów albo stan rozwoju osobistego: lepszego funkcjonowania w pożądanym zakresie; a) prowadzone wobec dziecka/jednostki, grupy; b) prowadzone na zlecenie instytucji zewnętrznej lub na zgłoszone zapotrzebowanie lub okazany dyskomfort odbiorcy;
Terapia, leczenie	działania podejmowane wobec dziecka przeżywającego jakiś rodzaj zaburzenia zdrowia, dysfunkcji zachowania lub samopoczucia; a) zmierzające do usunięcia objawu, zaburzenia i osiągnięcia stanu komfortu lub zdrowia; b) dotyczące poprawy stanu fizycznego lub psychicznego dziecka
Profilaktyka, prewencja	różnorodne, często niepowtarzalne, trudne do jednoznacznego określenia działania podejmowane wobec dziecka, rodziny lub grupy, ew. instytucji, będących zagrożonych niekorzystnymi, niepożądanymi zmianami, kryzysem; celem działania jest zmiana postaw, zmiana zachowań tak, aby zapobiec zagrożeniom lub minimalizować ich niekorzystny wpływ
Socjoterapia	dostarczanie zorganizowanych doświadczeń społecznych wywołujących świadomie planowane zmiany wzorców zachowania (często o charakterze korygowania błędnych sądów, itp.)
Superwizja	działania prowadzone przez osobę posiadającą uznane wyższe, profesjonalne kwalifikacje zawodowe w danej dziedzinie, polegające na analizie realizowania przez osobę, zespół osób lub instytucję zadań wynikających z określonej funkcji, zmierzające do poprawy jakości realizowanych zadań lub/i oceny sprawności działań, podejmowane na prośbę zainteresowanych, sprawujących funkcję lub na skutek zobowiązania do poddania superwizji wynikającego z zasad zawodowych lub prawnych

Źródło: J. Grodecka, R. Kałucka, K. Sarzała, A. Żukiewicz, *dz. cyt.*, s. 68-70.

Stosując strategię możemy liczyć na:

- ⇒ działania oparte na dobrej analizie problemu, z wyraźnie określonym celem, są bardziej skuteczne niż działania wykonywane spontanicznie, często bez zastanowienia, chaotycznie i niekonsekwentnie;
- ⇒ połączone siły wielu osób zapewniają większą skuteczność oddziaływania na dziecko czy klasę niż indywidualna praca każdego z nauczycieli/wychowawców;
- ⇒ dzielenie odpowiedzialności z innymi osobami, udzielanie sobie wsparcia przyczynia się do zmniejszenia obciążenia psychicznego nauczycieli w trudnych sytuacjach.

Praca nad strategią może odbywać się również **w szkole** w zespole złożonym z nauczycieli i specjalistów, powoływanym dla danego ucznia z zaburzeniami zachowania, na zasadach zawartych w **Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w**



publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Zespół taki może być wspierany w działaniach związanych z tworzeniem strategii przez pracownika poradni psychologiczno-pedagogicznej¹¹.

Strategia w szkole, której celem jest udzielenie pomocy dziecku i w efekcie zapewnienie mu lepszego funkcjonowania w środowisku szkolnym i realizowania zadań związanych z rolą ucznia. Działania zaplanowane w ramach takiej strategii mogą stać się dla dziecka źródłem doświadczeń korygujących.

Cele bezpośrednie:

- ⇒ doskonalenie kompetencji kadr pedagogicznych w zakresie pracy z dzieckiem przejawiającym zaburzenia zachowania,
- ⇒ rozwijanie umiejętności współpracy specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznych ze środowiskiem szkolnym w rozwiązywaniu problemów takich uczniów,
- ⇒ kreowanie nowej roli specjalistów z publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych – pracownik poradni moderatorem działań zespołów problemowych,
- ⇒ rozwijanie umiejętności systemowego wspierania szkół przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne.

Cele długofalowe:

- ⇒ przygotowanie nauczycieli – wyposażenie w potrzebną wiedzę i umiejętności – do zespołowej pracy z uczniami przejawiającymi zaburzenia zachowania,
- ⇒ uruchomienie systemu wsparcia oraz pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkole opartego na zespołach uczących się,
- ⇒ przebudowa lokalnego systemu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, by była ona dostępna w miejscu edukacji dziecka,
- ⇒ tworzenie płaszczyzny porozumienia i współdziałania szkoły, specjalistów i rodziców na rzecz pomocy dzieciom przejawiającym zaburzenia zachowania.

Program strategii:

I. Systemowa analiza przypadku ucznia przejawiającego zaburzenia zachowania:

Analiza sytuacji rodzinnej dziecka – ew. określenie sytuacji urazowych.
Analiza relacji dziecka z nauczycielami z zespołem klasowym – diagnoza zaburzonych zachowań.
Metody pracy z dzieckiem przejawiającym zaburzenia zachowania.
Budowanie strategii korygujących dla dziecka w środowisku szkolnym.

II. Współpraca z nauczycielami w budowaniu strategii dla ucznia.

- Moderowanie pracy zespołu wychowawczego w oparciu o:
- ⇒ Zdolność systemu wychowawczego do korygowania zaburzeń zachowania u dzieci.
 - ⇒ Funkcjonalność i dysfunkcje systemu szkolnego.
 - ⇒ Relacja współpracy – obszary kompetencji obu stron, obszar współpracy, zasady współpracy.
 - ⇒ Role przyjmowane w relacji z nauczycielami: superwizor, konsultant, ekspert, moderator, animator.
 - ⇒ Opór w relacji współpracy, źródła oporu, konstruktywne strategie reagowania.
 - ⇒ Moderowanie pracy zespołu wychowawczego przy zastosowaniu metody systemowej analizy przypadku dziecka.
 - ⇒ Zasady współpracy w zespole;
 - ⇒ Rola moderatora pracy zespołu;
 - ⇒ Ćwiczenia umiejętności prowadzenia zespołu.¹²

¹¹ A. Karasowska, *Profilaktyka na co dzień. Metoda budowania strategii w pracy z dzieckiem i klasą*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2009.



Praca z dziećmi przejawiającymi zaburzenia (emocjonalne, zachowania lub zaburzenia psychiczne) i ich rodzinami. Depresja dzieci i młodzieży:

techniki i narzędzia wspomagania rozwoju dzieci z problemami emocjonalnymi, zachowania i zaburzeniami psychicznymi w praktycznym zastosowaniu

Dla każdego umiejętność radzenia sobie z nimi, właściwego ich wyrażania, właściwej komunikacji z innymi, kiedy jest się pod wpływem silnych emocji, czy rozpoznawania i rozumienia emocji innych ludzi jest bardzo istotna. Pomimo to na każdym kroku spotykamy przejawy braku tych umiejętności.

Przy wspomaganiu rozwoju dzieci z problemami emocjonalnymi ważnym zagadnieniem jest kwestia inteligencji emocjonalnej.

Inteligencja emocjonalna (IE) – ujmuje różne, ważne kompetencje emocjonalne człowieka, w jej skład wchodzi: umiejętności właściwej percepcji, oceny i wyrażania emocji, umiejętność dostępu do uczuć, zdolności ich generowania w momentach, gdy mogą wspomóc myślenie, umiejętności rozumienia emocji i zrozumienia wiedzy emocjonalnej oraz umiejętności regulowania emocji tak, by wspomagać rozwój emocjonalny i intelektualny. Inteligencja emocjonalna w tym ujęciu obejmuje cztery wymiary:

- ⇒ adekwatne rozpoznawanie i wyrażanie emocji,
- ⇒ asymilację emocji i wykorzystanie ich przy rozwiązywaniu problemów i podejmowaniu decyzji,
- ⇒ rozumienie emocjonalnego znaczenia sytuacji oraz związków emocji z ludzkim zachowaniem,
- ⇒ zdolność do regulacji (modyfikowania) emocji własnych i innych ludzi.

Cele treningów, wybór narzędzi i technik powinny dotyczyć rozwijania tych sprawności.

Zasady z pracy rozwijającej postawę twórczą dzieci, możemy je zastosować, modyfikując i dopasowując do celów działań socjoterapeutycznych. Na zajęciach socjoterapeutycznych należy stosować

1. **zasadę różnorodności**, wykorzystując różnorodne metody i formy pracy;
2. **zasadę ludyczności** – aby uczestnicy mieli poczucie, że jest to zabawa, a nie zadanie do wykonania.
3. **zasadę nieoceniania** – nie ma nagród i kar, dobrych i złych odpowiedzi, rysunków, wytworów.
4. **zasada** – otwarta postawa, osobiste zaangażowanie i twórcze podejście.

Terapeuta każde spotkanie powinien rozpocząć od zabaw mających na celu integrację grupy. Następnym krokiem będzie budowanie zaufania uczestników. Dopiero wtedy możemy zaproponować dzieciom zajęcia właściwe oparte na problemie. Należy zawsze pamiętać, by zajęcia te zostały domknięte przez możliwość ich oceny i ewaluacji przez uczestników.

¹² Tamże.



Cztery kroki prawidłowo przeprowadzonych zajęć socjoterapeutycznych



Źródło: A. Lasota, M. Banach, *Metody twórczej pracy z dziećmi i młodzieżą zagrożonymi niedostosowaniem społecznym*, [w:] s. 228.

metody i proces diagnozy depresji u dzieci i młodzieży

Dziecko lub nastolatek z podejrzeniem zespołu depresyjnego powinien być zdiagnozowany przez psychiatrę dzieci i młodzieży, który następnie ustali plan leczenia. Istotne jest przeprowadzenie podstawowych badań laboratoryjnych, ponieważ niektóre schorzenia somatyczne, np. niedoczynność tarczycy, mogą powodować objawy przypominające symptomy depresji (m.in. spowolnienie psychoruchowe, przyrost masy ciała, wzmożona męczliwość)¹³.

Jeżeli dziecko wypowiada myśli na temat braku sensu życia, ujawnia zainteresowanie śmiercią i umieraniem, prowadzi rozważania o śmierci, twierdzi, że chciałoby zasnąć i więcej się nie obudzić lub zginąć w wypadku samochodowym, poszukuje informacji dotyczących działań toksycznych leków, trucizn, ujawnia nawet nikłe zamiary popełnienia samobójstwa, to istnieje poważne ryzyko podjęcia przez nie próby samobójczej (**materiały nr 2**).

Obok wcześniej wymienionych podstawowych działań diagnostycznych (s. 5)

Do diagnozy depresji służy:

CDI 2 Zestaw Kwestionariuszy do Diagnozy Depresji u Dzieci i Młodzieży – test różnicuje dzieci i młodzież z diagnozą większego zaburzenia depresyjnego od dzieci i młodzieży z innymi diagnozami klinicznymi (badania oryginalne); w badaniach polskich porównywano dzieci i młodzież z różnymi diagnozami z objawami depresji z grupą z populacji (dopasowaną pod względem zmiennych demograficznych) oraz z dziećmi i młodzieżą z innymi diagnozami (ADHD, ASD). Ponadto potwierdzona trafność zbieżna i różnicowa poprzez związki z wynikami w kwestionariuszach mierzących depresję (badania oryginalne) oraz z odpowiednimi skalami kwestionariuszy Conners 3 i ASRS (badania polskie).

CDI 2 może pomóc w identyfikacji dzieci i adolescentów cierpiących z powodu objawów depresyjnych. Zapewnia wskaźnik zakresu i nasilenia symptomów depresyjnych; może być wykorzystywany w badaniach przesiewowych. W połączeniu z innymi istotnymi źródłami

¹³ M. Turno, *Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.



informacji narzędzia te mogą pomóc we wczesnej identyfikacji młodzieży podatnej na depresję, a także mogą służyć do monitorowania efektów leczenia.

specyfika pracy terapeutycznej z dziećmi i młodzieżą w obliczu depresji i innych zaburzeń afektywnych

W przypadkach mniej nasilonej depresji stosuje się psychoterapię. W zależności od potrzeb i okoliczności może to być terapia indywidualna, grupowa lub rodzinna. W trakcie psychoterapii terapeuta, za pomocą odpowiednich technik bazujących na określonych założeniach teoretycznych, stara się pomóc pacjentowi w poznaniu i zrozumieniu samego siebie. Pozwala to na dokonanie zmiany zarówno w sposobie myślenia i przeżywania, jak i funkcjonowania. **W leczeniu depresji skutecznym może być kilka rodzajów psychoterapii.**

Najwięcej doniesień na temat skuteczności dotyczy **terapii poznawczo-behawioralnej.** Zgodnie z tym podejściem teoretycznym emocje człowieka są kontrolowane przez jego sposób myślenia, przez jego spostrzeżenia oraz opinie na temat samego siebie, innych, świata. Osoba depresyjna będzie nadmiernie krytyczna wobec siebie, będzie oczekiwała porażki, niewłaściwie oceniała opinie innych na swój temat, odczuwała bezradność i negatywnie oceniała świat oraz swoją przyszłość. Leczenie będzie polegało przede wszystkim na zmianie tych negatywnych przekonań i wzorców myślenia.

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

Terapia psychodynamiczna zakłada, że funkcjonowanie człowieka jest uwarunkowane wydarzeniami z przeszłości pacjenta, czynnikami genetycznymi oraz aktualną sytuacją. W trakcie leczenia rozpoznawane są emocje i nieświadome motywy kierujące zachowaniem pacjenta.

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



Specyfika depresji u dzieci/młodzieży – rozpoznawanie, etiologia, objawy

Zgodnie ze współczesnymi systemami kwalifikacyjnymi (DSM i ICD) wyróżnia się następujące rodzaje depresji:

Depresja endogenna (tzw. wielka depresja, zwana też prawdziwą) – występuje w przebiegu choroby afektywnej jedno- lub dwubiegunowej oraz w afektywnej postaci schizofrenii. Główne objawy, oprócz obniżenia nastroju i napędu, to zaburzenie rytmów dobowych (czuwania i snu), zmiany samopoczucia w zależności od pory dnia (najgorsze rano), lęk, zanik apetytu, wysychanie błon śluzowych i szereg dolegliwości somatycznych. Choć odkryto już mechanizmy biochemiczne, przyczyny depresji endogennej są nadal nieznane. Obecnie specjaliści kwestionują istnienie tego rodzaju depresji.

Depresje psychogenne – uwarunkowane czynnikami psychologicznymi, społecznymi oraz trudnymi warunkami i wydarzeniami życiowymi. Wśród depresji psychogennych wyróżnia się trzy podtypy.

- ⇒ **Depresja reaktywna będąca reakcją na stratę.** Należy do najbardziej rozpowszechnionych typów depresji. Pojawia się w wyniku utraty znaczących i bliskich osób (np. z powodu rozwodu lub wyjazdu rodziców), obiektu uczuć lub samych uczuć, dóbr materialnych, pozycji społecznej, perspektyw i celów życiowych, innych ważnych wartości, w tym duchowych. Jedną z wyróżnianych form depresji reaktywnej, ze względu na jej intensywność, jest żałoba po śmierci bliskiej osoby.
- ⇒ **Depresja w przebiegu zaburzeń nerwicowych** – towarzysząca dłużej utrzymującym się objawom nerwicowym, które znacznie ograniczają i utrudniają normalną aktywność życiową (np. lęk, natręctwa).
- ⇒ **Depresja w przebiegu reakcji adaptacyjnych** – spowodowana stanem permanentnego przeciążenia emocjonalnego, przewlekłym stresem. Najczęstsze przyczyny stresu to: bardzo złe relacje z otoczeniem – odrzucenie i izolacja społeczna, doświadczanie przemocy, długotrwały i eskalujący konflikt w rodzinie, przemęczenie obowiązkami, długotrwałe ubóstwo uniemożliwiające zaspokojenie wielu potrzeb.

Depresje towarzyszące chorobom somatycznym.

Depresje w chorobach ośrodkowego układu nerwowego

Depresje związane z przyjmowaniem substancji chemicznych, w tym niektórych leków. Zaburzenia nastroju, zwłaszcza zmiany nastroju od euforii do depresji, pojawiają się np. u osób używających środków halucynogennych, jak LSD, PCP czy MDM¹⁴.

¹⁴ J. Szymańska, *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2016, s. 6-7.



Czynniki ryzyka depresji u dorastających (podstawowe):	Inne czynniki ryzyka depresji uznawane za wysoce prawdopodobne:	Czynniki chroniące przed depresją:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ symptomy takie jak: lęk, zaburzenia zachowania, nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu, narkotyków), zaburzenia odżywiania; ❖ wiek – końcowa faza okresu dojrzewania (15–19 lat); ❖ płeć żeńska; ❖ depresyjni rodzice; ❖ występowanie epizodów depresji we wcześniejszych fazach rozwoju. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ depresyjni bliscy krewni; ❖ stresujące wydarzenia życiowe; ❖ nieprawidłowo kształtująca się osobowość – niska samoocena ❖ związana z negatywnym myśleniem, słaba samokontrola, brak kompetencji społecznych, neurotyzm; ❖ rozwód, separacja lub poważne konflikty pomiędzy rodzicami; ❖ styl wychowawczy oparty na kontrolowaniu dziecka; ❖ wykorzystywanie fizyczne i seksualne we wczesnym dzieciństwie; ❖ pochodzenie z mniejszości etnicznej – wzrastanie w środowisku odmiennym językowo i kulturowo; pochodzenie z terenów wiejskich; ❖ niski status socjoekonomiczny rodziny, niska sprawność intelektualna; ❖ ubogie relacje z rówieśnikami; ❖ obniżanie się osiągnięć szkolnych, trudności w nauce; ❖ próby samobójcze w przeszłości; ❖ zmiany hormonalne w okresie pokwitania, zaburzenia snu; ❖ fizyczne dolegliwości. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ wsparcie ze strony co najmniej jednego z rodziców; ❖ dobre relacje z rówieśnikami i wsparcie kolegów; ❖ zaangażowanie religijne; ❖ wyższa samoocena; ❖ posiadanie celów życiowych i planów na przyszłość; ❖ zatrudnienie lub inne zajęcia

Źródło: J. Szymańska, *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2016, s. 8-9.

Epizody depresji w okresie dojrzewania zdarzają się stosunkowo często. Polskie badania epidemiologiczne wskazują na ich znaczne rozpowszechnienie w populacji nastolatków (27–54%), uzależnione od fazy dojrzewania i środowisk.

depresja bez depresji

Zdaniem specjalistów wczesne zaburzenia depresyjne **rzadko manifestują się w postaci depresji prostej**. Najczęściej ujawniają się w sposób zakamuflowany. Depresja może więc przybierać postać masek somatycznych

– zaburzeń łaknienia (w tym anoreksji i bulimii), zaburzeń snu, bólów głowy, brzucha, moczenia nocnego, nadmiernej męczliwości. Może także manifestować się fobiami (np. fobią szkolną) lub zachowaniami niszczycielskimi.



Lista objawów:

Na poziomie wewnętrznym:	Na poziomie zewnętrznym:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ smutek, rozpacz; ❖ poczucie beznadziei; ❖ pustka wewnętrzna; ❖ lęk, niepokój; ❖ niska samoocena; ❖ niewiara we własne siły, brak poczucia sensu życia; ❖ nuda; ❖ brak wiary w przyszłość; ❖ poczucie osamotnienia; ❖ zagubienie, poczucie winy; ❖ słaba tolerancja na frustrację; ❖ chwiejność emocji – od euforii do rozpacz; ❖ gniew, złość. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ bóle ciała; ❖ bóle głowy; ❖ zaburzenia łaknienia (brak apetytu, bulimia, anoreksja); ❖ zaburzenia snu (bezsenność, nadmierna senność); ❖ moczenie nocne; ❖ ciągłe zmęczenie; ❖ fobie szkolne; ❖ ociężałość, apatia; ❖ bezradność, izolacja od otoczenia; ❖ niechęć do aktywności; ❖ niewywiązywanie się z obowiązków; ❖ brak dbałości o wygląd; ❖ zahamowanie, mutyzm; ❖ roztargnienie, rozproszenie; ❖ brak zainteresowania otoczeniem i życiem; ❖ ucieczka w świat fantazji; ❖ odurzanie się alkoholem i narkotykami; ❖ niepokój ruchowy; ❖ ucieczki, wagary; ❖ drażliwość, dysforia, napady wściekłości, dewastacja; ❖ złośliwość wobec otoczenia; ❖ zachowania prowokacyjne, w tym prowokujący ubiór; ❖ samookaleczenie się; ❖ próby samobójcze; ❖ samobójstwo dokonane.

Źródło: J. Szymańska, *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2016, s. 11-12.

Depresja dziecięca i młodzieżowa może objawiać się w różnorodny sposób, często bardzo odległy od potocznego rozumienia depresji. Apatia, zahamowanie czy próby samobójcze łatwo kojarzą się z przeżywaniem depresji, natomiast już niewywiązywanie się z codziennych obowiązków lub agresja – bardzo rzadko. Ta nietypowość symptomów depresyjnych skłoniła WHO (2013) do wprowadzenia z pozoru paradoksalnego określenia depresja bez depresji.

Depresję u dzieci w wieku 6–12 lat charakteryzuje znaczna somatyzacja. Objawia się przede wszystkim skargami na rozmaite dolegliwości fizyczne: uczucie słabości i zmęczenia, trudności z zasypianiem, brak apetytu, bóle głowy, brzucha, mięśni itp. Obserwujemy też



apatię i trudności z koncentracją uwagi, co przekłada się na problemy z nauką. Oprócz opisanego wcześniej mechanizmu maskowania depresji skargi na dolegliwości somatyczne mogą mieć bardziej zwyczajne wytłumaczenie. Dziecko samo nie wie, co mu dolega i nie potrafi opisać swego stanu psychicznego.

U dzieci, zwłaszcza w młodszym wieku szkolnym, często w obrazie depresji dominuje niepokój, a nie apatia, objawiający się rozdrażnieniem, rozproszeniem uwagi, ciągłą i nadmierną aktywnością bez przerw na odpoczynek. W wielu przypadkach specjaliści błędnie rozpoznają ADHD zamiast depresji

Obrazy depresji u dorastających – wyróżnia się cztery postacie depresji młodzieńczej:

- ⇒ **postać apatyczno-abuliczna**, w której młody człowiek ulega wewnętrznemu rozprężeniu. Nic go nie interesuje, odczuwa pustkę i nudę, godzinami przesiaduje beczynnym lub słucha muzyki. Nudę życia usiłuje przerwać przez odurzenie się, ekscesy seksualne lub zachowania niszczycielskie.
- ⇒ **postać buntownicza** z dużym ładunkiem gniewu i agresji. Wyładowanie agresji na zewnątrz dokonuje się w formie gwałtownych reakcji lub cichej agresji (bierny opór, złośliwości). Gdy agresja nie może być wyładowana na zewnątrz, przekształca się w autoagresję (niszczenie własnej kariery życiowej, próby samobójcze, alkoholizm, narkomania).
- ⇒ **postać rezygnacyjna**, w której dominuje lęk przed przyszłością, przewidywanie klęsk i niepowodzeń, poczucie bezradności i małej wartości własnej osoby. Efektem jest ograniczenie aktywności do minimum.
- ⇒ **postać labilna** charakteryzująca się dużą chwiejnością nastroju o dużej amplitudzie wahań (od chandry do wesołkowatości). U podłoża tkwi poczucie bezsensu życia i pustka uczuciowa.

Występowanie reakcji depresyjnej powodują niedostatek lub utrata uczuć albo innych ważnych wartości. Dłuższe utrzymywanie się traumatycznej sytuacji może doprowadzić do utrwalenia objawów lub/i rozwinięcia się nerwicy depresyjnej. Depresja młodzieńcza utrzymuje się relatywnie długo, nawet pomimo leczenia. Współwystępuje z trudną sytuacją społeczną.

Mechanizmy i sposób postępowania w przebiegu depresji u dzieci

Depresji okresu dojrzewania nie można lekceważyć, ponieważ objawia się często działaniami autodestrukcyjnymi.

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



Leczenie powinno uwzględniać wszystkie sfery nieprawidłowego funkcjonowania:

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

W przypadkach mniej nasilonej depresji stosuje się psychoterapię. W zależności od potrzeb i okoliczności może to być terapia indywidualna, grupowa lub rodzinna. W trakcie psychoterapii terapeuta, za pomocą odpowiednich technik bazujących na określonych założeniach teoretycznych, stara się pomóc pacjentowi w poznaniu i zrozumieniu samego siebie. Pozwala to na dokonanie zmiany zarówno w sposobie myślenia i przeżywania, jak i funkcjonowania. **W leczeniu depresji skutecznych może być kilka rodzajów psychoterapii.**

- ⇒ **terapia poznawczo-behawioralna.**
- ⇒ **terapia interpersonalna**
- ⇒ **terapia psychodynamiczna.**

Często niezbędna jest terapia rodzinna, ponieważ nieprawidłowe relacje rodzic-dziecko i zaburzone związki rodzinne są jednym z głównych czynników wywołujących depresję.

Farmakoterapia

Praca z dziećmi z zaburzeniami i postępowanie lecznicze powinno obejmować terapię behawioralno-poznawczą oraz systemową, a także farmakoterapię¹⁵.

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

Szczególnie w początkowym okresie leczenia dziecko może być bardziej niespokojne, rozdrażnione, może skarżyć się na bóle lub zawroty głowy. Występujące dolegliwości dotyczą

¹⁵ R. C. Carson, J. N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, GWP Gdańsk 2003.



często układu pokarmowego. Należą do nich przede wszystkim: nudności, bóle brzucha, niekiedy związane ze zwiększoną liczbą wypróżnień (konieczność częstszych wizyt w toalecie). Ponadto mogą wystąpić trudności z zasypianiem, a w sporadycznych przypadkach nadmierna senność.

W przypadku dłuższego utrzymywania się objawów niepożądanych lub ich znacznego nasilenia, lekarz psychiatra z pewnością rozważy zmianę leczenia farmakologicznego.

W leczeniu depresji u dzieci i młodzieży niekiedy stosowane są także leki starszej generacji, których podawanie wymaga systematycznej kontroli pracy serca (EKG). Podczas stosowania tych leków dziecko może się czuć zmęczone, skarżyć się na uczucie „rozbitcia” czy zawroty głowy. Główna wada leków przeciwdepresyjnych, zarówno starszych jak i nowoczesnych polega na tym, że ich działanie ujawnia się dopiero po około dwóch, trzech, a nawet czterech tygodniach leczenia.

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

Zaburzenia osobowości, zachowań i rozwoju dzieci:

Wybrane metody/techniki pracy terapeutycznej

Techniki pracy z dziećmi i młodzieżą wykorzystywane na zajęciach socjoterapeutycznych to:

- **burza mózgow** - nauczyciel z góry określa czas jej trwania, efekty zapisuje na tablicy lub na arkuszu papieru do zawieszenia na ścianie;
- **dyskusja** - dzieci wypowiadają się na konkretny temat, uczą się przestrzegania reguł, wypowiedzenia się w grupie, dyskusja powinna za-kończyć się wnioskami;
- **wytwory plastyczne** (rysowanie, lepienie), konstrukcyjne (budowanie, tworzenie czegoś);
- **psychodrama** - odgrywanie krótkich scenek na wybrane tematy, uczniowie sami decydują o podziale ról i rodzaju ekspresji (może to być scenka pantomimiczna);
- **metoda problemowa** - metoda prowadząca do nabycia umiejętności podejmowania decyzji, stawianie problemu i szukanie kilku rozwiązań (nie jednego);
- **rozwijanie zdań** (posługiwanie się metaforą, rozwijanie twórczego myślenia i słownictwa) - pozwala uczniom dostrzec podobieństwa i różnice między nimi;
- **krótkie opowiadania** - stosowanie tej metody jest szczególnie użyteczne przy tematach trudnych i budzących wstyd;
- **praca w małych grupach** - mała grupa może zapewnić dobre samopoczucie uczniom, którzy mają kłopoty w wypowiedzeniu się na forum grupy/klasy

Można również wprowadzić:

- Wybrane techniki relaksacyjne
- Elementy metody Wspierania Rozwoju – „Terapia bajką”



- Elementy kinezylogii edukacyjnej P. Denisona
- Elementy metody Dobrego Startu według M. Bogdanowicz
- Program rozwijający percepcje wzrokową Forstig – Horn
- Ćwiczenia grafomotoryczne M. Bogdanowicz
- Ćwiczenia H. Tymichovej usprawniające technikę rysowania i pisanie
- Elementy metody – Pedagogiki Zabawy Elementy metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne.

Scenariusz zajęć terapeutycznych prowadzonych metodą - WERONIKI SHERBORNE

Temat: Zestaw ćwiczeń i zabaw usprawniających z wykorzystaniem „metody ruchu rozwijającego Weroniki Sherbone.

Cele ogólne:

- integracja dzieci poprzez różne formy wspólnych ćwiczeń,
- nawiązywanie kontaktu emocjonalnego z partnerem,
- odczuwanie radości z powodu wspólnej zabawy,
- rozwijanie poczucia bezpieczeństwa i zaufania do współwiczających,
- wyzwalanie swobody zachowań i naturalność.

Cele operacyjne:

- dzieci poznają własne ciało i odczuwają je,
- uczą się współdziałać w grupie,
- nabywają umiejętności stanu odprężenia,
- łatwiej nawiązują kontakt z partnerem i grupą,
- dbają o bezpieczeństwo swoje i innych,
- podnoszą poczucie własnej wartości.

Środki dydaktyczne:

- materace
- chusta Clanza
- muzyka relaksacyjna

Metody:

- praktycznego działania,
- indywidualizacji,
- aktywizująca,
- eksponująca,
- stopniowania trudności.

Formy pracy:

- indywidualna
- zbiorowa

Przebieg zajęć:

1. Pogadanka na temat - motywacji do udziału w zajęciach.
 - Uczniowie zaznaczają na „termometrze swoje odczucia i uzasadniają swój wybór.”



2. Zabawa integracyjna.
 - o Powitanie i przedstawienie się („zabawa w pociąg” - dzieci stają w kole, kolejno głośno wypowiadają swoje imię, wskazują następną osobę itd. - tworzą pociąg).
3. Ćwiczenia twórcze i pozwalające zdobyć pewność siebie.
 - o Każde dziecko kolejno prezentuje wymyślone przez siebie ćwiczenie, głośno i rytmicznie wymawiając swoje imię, a pozostali uczestnicy naśladują je.
4. Ćwiczenia prowadzące do poznania własnego ciała i przestrzeni:
 - o Dzieci siedzą w kole uderzają na przemian ręką prawą i lewą o podłogę ze zmianą tempa; to samo ćwiczenie wykonują z nogami.
 - o Ślizganie się na kocykach w leżeniu na brzuchu, na plecach i w siadzie.
 - o Maszerowanie i bieganie po okręgu na palcach, na piętach i z podnoszeniem wysoko kolan.
 - o Marsz i bieg na „sztywnych nogach” i na „miękkich nogach”.
 - o Ćwiczenia relaksacyjne - dzieci leżą na kocykach wsłuchując się w dźwięki muzyki.
5. Ćwiczenia pozwalające zdobyć pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa w otoczeniu.
 - o Ćwiczenia w parach:
 - Jedna osoba robi „mostek”, a druga obchodzi ją na czworakach, przechodzi pod, przed, nad, dookoła.
 - Partner aktywny i partner bierny: ćwiczący w pozycji siedzącej stykają się plecami, pchają plecami współćwiczącego starające się pokonać jego opór.
 - Jeden z ćwiczących w pozycji leżącej na plecach lub brzuchu, a partner ciągnie go na kocyku („samochód” - zmiana ról)
6. Ćwiczenia ułatwiające nawiązywanie kontaktu i współpracę z partnerem i grupą:
 - o Grupa tworzy tunel - kolejno czołgają się pod nim na plecach i brzuchu uczestnicy zajęć.
 - o 4, 5 ćwiczących wykonuje klęk podparty w rzędzie, ćwiczący kładzie się na nich na brzuchu; rząd kołysze się rytmicznie do przodu, do tyłu, w prawo, w lewo („kanapa”) - ćwiczenia relaksacyjne.
7. Zabawy ruchowe z wykorzystaniem chusty Clancy („rekin”, zabawa w kolory, mecz piłki).
8. Zabawa relaksacyjna kończąca zajęcia „Ogrodnik”.
9. Podsumowanie i omówienie zajęć przy „termometrze”¹⁶.

Jako metoda wspomagająca rozwój, a więc stymulująca go, wyrównująca opóźnienia rozwojowe, jest bardzo przydatna w pracy z dziećmi przebywającymi w instytucjach wychowania zbiorowego. Metoda Weroniki Sherborne może być w zakresie profilaktyki dobrą formą pomocy dzieciom, młodzieży, dorosłym w różnych sytuacjach trudnych. Metoda Ruchu Rozwijającego może też służyć jako sposób osiągnięcia odprężenia:

⇒ w zajęciach odprężająco-relaksacyjnych w trakcie zajęć szkolnych lub przedszkolnych,

⇒ w zajęciach relaksacyjnych dla rodziców.

¹⁶M. Bogdanowicz, B. Kisiel, M. Przasnyska, *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganii rozwoju dziecka*, WSiP, Warszawa 2004.



Inną z możliwości wykorzystania metody W. Sherborne w pracy z dorosłymi jest prowadzenie tego typu zajęć w celu stworzenia w grupie, z którą zamierzamy pracować, atmosfery wzajemnego zaufania, poczucia bezpieczeństwa i relaksu. Może ona być stosowana jako pełny cykl zajęć, ale również można sensownie wykorzystywać niektóre z jej elementów, wspomagając w ten sposób innego rodzaju działania terapeutyczne.

Studium przypadku¹⁷

1. BRAK AKCEPTACJI SIEBIE, NISKIE POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI

Jakub

W klasie pierwszej każdy uczeń chce nawiązać nowe znajomości, zaistnieć w nowej społeczności i stać się kimś ważnym. Wiele osób również szuka dziewczyny lub chłopaka, chce być kimś znaczącym dla kogoś innego. Kuba nie miał sprecyzowanej orientacji seksualnej. Intensywnie szukał partnera lub partnerki. Uczniowie w klasie poczuli się zagrożeni na tyle, że powstał problem napastowania. Dodatkowo presja bardzo wymagającej mamy, żądającej od syna jak najlepszych ocen, spowodowała jego ucieczki z lekcji. Uczeń miał inne plany niż mama. Na półrocze realne było zagrożenie kilkoma ocenami niedostatecznymi. Chłopiec nie sadził, że mimo swoich zdolności może powtarzać klasę. Praca indywidualna i grupowa z chłopcem spowodowała poprawę frekwencji i ocen. Jakub ukończył szkołę, bardzo dobrze zdał maturę, rozpoczął studia medyczne.

Studium – Marysia koniecznie do wykorzystania w materiale nr 2 studium przypadku s. 13

Marysia

Marysia, uczennica gimnazjum, miała problemy z lękaniem, rozpoznano początki anoreksji. Miała trudności w nawiązywaniu kontaktów i relacji z rówieśnikami. W klasie siedziała sama w ławce, ponieważ nikt nie zaproponował jej wspólnego siedzenia. Nie miała odwagi dosiąść się do kogokolwiek, bojąc się odmowy. We wszystkich działaniach starała się być doskonała, a brak sukcesu postrzegala jako osobistą porażkę. Zawsze porównywała się z najlepszymi uczniami. Narastający stres spowodował bóle w klatce piersiowej i drętwienie lewej ręki. Kardiolog wykluczył problemy z sercem i układem krążenia. W klasie zarówno nauczyciel, jak i inni uczniowie starali się angażować Marysię w prace społeczne: organizację wigilii klasowej, świąteczne dekoracje klasy, akcję Szlachetna Paczka, Gwiazdkę dla zwierzaka (zbiórka karmy dla zwierząt ze schroniska). Nie udało się zaangażować dziewczynki w teatr szkolny ani do grupy zajmującej się wolontariatem. Odmówiła udziału w akcji "Anioł na jeden

¹⁷ A. Lasota, M. Banach, *Metody twórczej pracy z dziećmi i młodzieżą zagrożonymi niedostosowaniem społecznym*, [w:] A. Lasota, J. L. Franczyk, *Socjoterapia dzieci i młodzieży. Diagnoza i metody pracy*, Warszawa 2015, s. 230-239.



dzień". Wychowawca wielokrotnie rozmawiał z uczennicą. Marysia potrzebowała zainteresowania, chętnie rozmawiała z dorosłymi. Jeden raz udało się ją namówić na rozmowę z psychologiem szkolnym. W sytuacjach stresujących, szczególnie na lekcjach, mimo że jest dobrą uczennicą, Marysia odczuwała przyspieszoną pracę serca i trudności w oddychaniu. Asymilacja z klasą nie przynosiła zadowalających rezultatów. Psycholog zaproponował dziewczynce udział w grupie socjoterapeutycznej.

Głównym celem pracy socjoterapeutycznej z dziećmi z problemem niskiego poczucia własnej wartości i brakiem akceptacji ze strony innych jest:

- ⇒ wzmocnianie poczucia własnej wartości;
- ⇒ kształtowanie umiejętności pozytywnego myślenia o sobie i o świecie;
- ⇒ dostrzeganie pozytywnych cech, talentów, własnych możliwości, umiejętność ich nazwania i wyrażania;
- ⇒ wskazanie pozytywnych i interesujących celów w życiu.

Niezmiernie istotne jest rozwijanie samowiedzy dzieci i młodzieży. Można w tym celu wykorzystać zabawy, których celem jest uzupełnianie zdań przez dzieci na temat ich osoby, np.:

Polecenie: Dokończ każde zdanie, używając słownej metafory.

Przykład: *Jestem jaknp. zegar, bo się ciągle spieszę;
żółw, bo jestem powolny, itd.*

1. Wyglądam jak
2. Czuję się jak
3. Rówieśnicy widzą we mnie ..
4. Nauczyciele uważają, że jestem podobna do ..
5. Dla rodziców jestem
6. Z pewnością nie jestem
7. Dostrzegam w sobie
8. Kiedy będą dorosły(a), chciał(a)bym być jak ..
9. Nie lubię porównań do
10. Za 10 lat będę

Równie łatwą i bezpieczną metodą pracy z dziećmi o niskim poczuciu własnej wartości jest wyrażenie siebie przez ekspresję plastyczną. Możemy zaproponować uczestnikom grupy terapeutycznej wykonanie rysunku siebie, własnej rodziny czy zaczarowanej rodziny. Może to być również rysunek swojej przyszłości w postaci drogi życia lub drzewa życia. Możemy zacząć od czegoś bardziej dystansującego dziecko od swojej tożsamości, a mianowicie pozwalamy dziecku rysować swoje emocje, to co czuje, a nie to jaki jest czy jaki ma obraz siebie. Można zachęcić dzieci do pokazania siebie za pomocą rysunkowego symbolu, a u starszej młodzieży i dorosłych proponujemy ujęcie swojego "ja" w abstrakcyjnym obrazie.



Poprośmy uczestników o podzielenie kartki papieru na trzy części (przeszłość, teraźniejszość, przyszłość) - jak na schemacie niżej - i narysowanie na każdej z nich siebie samego. Młodszym dzieciom możemy zaproponować inne trzy słowa, oddające to samo znaczenie (byłem, jestem, będę). Jeśli dzieci nie mają ochoty na wykonanie rysunku, mogą napisać różne słowa, które będą opisywały ich osobę/ życie w przeszłości, teraźniejszości i przyszłości

Przeszłość	Teraźniejszość	Przyszłość
mały, słaby, zależny od innych, dziecko, smutek, strach	ja, nastolatek niezależność samodzielność szkoła, sport dziewczyna przyjemności pewność siebie	dorosły praca dzieci żona obowiązki mało przyjemności

Przykładowy układ słów wypisanych na karcie do ćwiczeń podczas zajęć socjoterapeutycznych przez chłopca w wieku 16 lat

Inną metodą pracy socjoterapeutycznej, mającej na celu zwiększenie samoświadomości dziecka czy nastolatka, jest obrazowa (narysowanie) lub werbalna (opisanie) prezentacja siebie w kategoriach poczucia kompetencji: jestem (postawy), wiem (wiedza), potrafię (umiejętności).

Kolejną metodą samopoznania, którą można wykorzystać podczas zajęć socjoterapeutycznych jest kreacja własnej historii życia. Może to być napisanie bajki o sobie, opowiedzenie historii o swoim życiu z perspektywy pierwszej lub trzeciej osoby - jako narrator. Można także zaproponować psychodramę, w której uczestnicy odgrywają siebie za 20 lat. Uruchomienie wyobraźni młodzieży, marzeń, których treścią będzie "ja" idealne za 20-30 lat, pozwala im wybiec w przyszłość poza ograniczenia teraźniejszością. Opowieści o tym, kim chcieliby być, jak widzą siebie, swój świat, co widzą wokół własnej osoby, gdzie się znajdują, jak wyglądają, pozwalają na ocenę ich celów życiowych, aspiracji.

Dwie inne propozycje zabawy pozwalają uczestnikom dostrzec swoją wyjątkowość i niepowtarzalność. Każda z osób w grupie opisuje lub prezentuje swoje cechy i umiejętności, które wyróżniają ją spośród innych osób. Młodszym dzieciom proponujemy zabawę w słońce. W dużym kółku dziecko (lub dorosły) wypisuje te cechy, które ma wspólne z innymi, a promykami słońca stają się cechy czy umiejętności indywidualne każdego dziecka. Taka zabawa pozwala uświadomić dzieciom, że wiele rzeczy ich łączy, ale każde z nich ma coś, co je wyróżnia, dzięki czemu jest jedyne i niepowtarzalne.

Starszym dzieciom, nastolatkom oraz dorosłym możemy zamiast zabaw zaproponować grę psychologiczną. "Drogowskazy życia" to gra planszowa, opierająca się na doświadczeniach każdego indywidualnego uczestnika. Pobudza kreatywność, oryginalność, elastyczność myślenia, ale przede wszystkim ma wartość terapeutyczną. W bezpieczny sposób pozwala na zmierzenie się ze swoją przeszłością, uwalnia od trudnych emocji, a także wpływa na poprawę własnej samooceny i lepszą świadomość siebie.



2. NIEUMIEJĘTNE RADZENIE SOBIE Z TRUDNYMI EMOCJAMI

Można wykorzystać do materiału 9 (metody) i 24

Magda

Do środowiskowej świetlicy socjoterapeutycznej zaczęła przychodzić Magda. Początkowo nieregularnie, obawiając się, jak zostanie przyjęta. Dziewczynka kończyła szkołę podstawową. Pochodziła z rodziny z problemem alkoholowym. Ojciec nie pracował, a matka była życiowo niezaradna. Jediną osobą, która troszczyła się o byt Magdy i jej brata, był dziadek. Po śmierci dziadka rodzice Magdy stracili mieszkanie własnościowe i byli zmuszeni do przeprowadzenia się do małego mieszkania komunalnego. Dziewczynka nie miała warunków do nauki, nie mogła skupić się na lekcjach, w szkole mnożyły się problemy. Swoje frustracje Magda rozładowywała w napadach agresji skierowanej przeciwko innym dzieciom. Początkowo rozmowy i angażowanie Magdy w prace na rzecz świetlicy nie przynosiły efektów. Dopiero chwalenie za dobrze wykonaną rzecz i wskazywanie dobrych zachowań pozwoliły złagodzić agresję. Magda zaczęła też uczestniczyć w zajęciach relaksacyjnych oraz w grupie socjoterapeutycznej. Terapia i poczucie wsparcia ze strony pracowników świetlicy, pomogły dziewczynce w radzeniu sobie z emocjami i zachowaniami agresywnymi.

Pierwszym krokiem pracy socjoterapeutycznej w sytuacji nieumiejętnego radzenia sobie z trudnymi, negatywnymi emocjami przez dziecko jest uczenie go rozpoznawania i nazywania emocji. Jednocześnie dziecko nabywa umiejętności rozpoznawania emocji u siebie i innych ludzi.

Można zaproponować grupie zabawę, w której wykorzystujemy fotografie samych twarzy² lub całych postaci (np. wyciętych z czasopism), łącznie z kontekstem sytuacyjnym, prezentując określone emocje. Możemy poprosić, by każde dziecko wymyśliło historię do zdjęcia, opisało, co ono przedstawia, spróbowało opisać znak, treść, a może nawet intensywność emocji oraz wyobrazić sobie wydarzenie, które mogło wywołać tę emocję, oraz hipotetyczną sytuację, jaka może wydarzyć się w przyszłości. Młodzieży i starszym dzieciom możemy zaproponować zabawę polegającą na rozpoznawaniu i opisywaniu trudnych emocji i zachowań innych ludzi: uczestnicy oglądają krótką scenkę sytuacyjną (można wykorzystać na przykład materiały dostępne w serwisie YouTube) lub wysłuchują krótkiej historyjki opisującej negatywne emocje i zachowanie osób. Zadaniem uczestników jest przedstawienie alternatywnej formy zachowania bohaterów historyjki z pozytywnym zachowaniem. Mogą wykorzystać dowolną technikę: rysunek, psychodramę, opowiadanie, dyskusję. Dobrą metodą dla młodszych dzieci jest wspólne oglądanie książeczek, czytanie wierszyków. Zadaniem dzieci jest rozpoznanie emocji i wybór odpowiedniej buźki w sytuacji adekwatnej do momentu, w którym taka emocja pojawia się u bohatera bajki.



Dla starszych godna polecenia jest gra w karty, przy czym każdej karcie przypisujemy określoną treść emocji, a osoba, która chce pozbyć się karty, musi zaprezentować emocję w taki sposób, aby skutecznie została rozpoznana przez pozostałych uczestników.

Oczywiście warto wykorzystać terapeutyczną wartość rysunku. Pro-wadzący grupę socjoterapeutyczną może zaproponować dzieciom, także nastolatkom (choć w ich przypadku często napotkamy opór), narysowanie swoich trudnych doświadczanych emocji.

Bardzo dobrym pomysłem jest utworzenie kącika emocji. Jest to miejsce, w którym leżą dostępne kartki papieru (tzw. kartki emocji) i kredki. Kiedy dziecko będzie świadome przeżywania trudnych emocji (złości, smutku, gniewu), może je narysować. Po wykonaniu rysunku może go podrzeć, zgnieść, zniszczyć i wyrzucić do kosza. Będzie to stanowić symboliczny sposób oczyszczania siebie z negatywnych emocji.

Rysunek warto połączyć z muzykoterapią.

Bardzo dobre efekty terapeutyczne dla dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym przynosi bajkoterapia. Zarówno bajki psychoedukacyjne, które uczą właściwych zachowań, czy psychoterapeutyczne pozwalające zmierzyć się z własnymi lękami i problemami, jak i relaksacyjne, których celem jest obniżenie napięcia emocjonalnego i zmniejszenie intensywności negatywnych emocji, pełnią niezmiernie istotną rolę w procesie terapeutycznym dzieci. U dzieci przeżywających problemy emocjonalne warto zastosować wizualizację z drzewem kłopotów", które na potrzeby grupy możemy nazwać drzewem zapomnienia, wybaczenia czy drzewem negatywnych emocji. Dla starszych godne polecenia jest zastosowanie ograniczającej metafory - czyli schowanie problemu do pudełka.

Dzieciom w okresie późnego dzieciństwa możemy zaproponować zabawy rozwijające twórcze elastyczne myślenie, którego treścią będą jednocześnie emocje. Początkowo mogą to być porównania bezpieczne, oparte na przymiotnikach opisujących cechy i właściwości przedmiotu (twardy, ciężki, śliski), a następnie stosujemy przymiotniki opisujące emocje (smutny, radosny, zły).

Polecenie: *Dokończ zdania, używając skojarzeń, jakie przychodzą Ci do głowy*

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1. Pracowita | (np. mrówka) |
| 2. Zimny | (np. lód) |
| 3. Twardy | (np. kamień) |
| 4. Miękka | (np. kanapa) |
| 5. Słodki | (np. cukier) |
| 6. Gorzka | (np. czekolada) |
| 7. Ciężki | (np. worek) |
| 8. Śliski | (np. ślimak) |
| 9. Okrągły | (np. balon) |
| 10. Wielki | (np. zamek) |
| 11. Czerwony | (np. mak) |
| 12. Długi | (np. wąż) |



13. Potężny	(np. król)
14. Smutny	(np. Kopciuszek)
15. Miły	(np. przyjaciel)
16. Mądry	(np. nauczyciel)
17. Ciepła	(np. mama)
18. Dobry	(np. kolega)
19. Straszny	(np. potwór)
20. Nudna	np. lekcja)

Podczas zajęć socjoterapeutycznych dzieci uczą się rozpoznawać emocje, oddzielać to, co czują (swoje emocje), od tego, jak wyglądają (ekspresja ciała), oraz od tego, co myślą i co robią (zachowania). Dobrym pomysłem okazuje się wykorzystanie rysunku, by dziecko umiało oddzielić te elementy, zarówno odnosząc je do własnej osoby jak również do innych, co zmniejsza ego-centryzm, a wzmacnia empatię i lepsze rozumienie drugiej osoby.

Człowiek: co myśli, co czuje, jak wygląda, jak się zachowuje.



Podczas zajęć można także wykorzystać burzę mózgów. Zadaniem grupy będzie wypisanie zysków i strat człowieka, który potrafi bądź nie potrafi poradzić sobie ze swoimi negatywnymi emocjami. Można zaproponować dyskusję na temat pozytywnych i skutecznych sposobów radzenia sobie z trudnymi emocjami, takich jak:

- ⇒ aktywność fizyczna (bieganie, jazda na rowerze, wspinanie się, spa-
- ⇒ cerowanie, joga, medytacja, relaksacja);

- ⇒ słuchanie ulubionej muzyki;
- ⇒ czytanie;
- ⇒ oglądanie telewizji (np. komedii, kabaretu);
- ⇒ spotkania z przyjaciółmi;
- ⇒ werbalizacja tego, co się czuje (napisanie listu, kartki z pamiętnika, wpisu na blogu, którego nie trzeba publikować), napisanie wiersza na ten temat;
- ⇒ przedstawienie obrazowe swoich emocji (twórczość plastyczna);
- ⇒ pójście do kina, na koncert;
- ⇒ płacz (obniżenie napięcia emocjonalnego).

Celem zaprezentowanych propozycji zabaw ma być nauka rozpoznawania, nazywania, zrozumienia, kontrolowania oraz akceptowania swoich i cudzych emocji, a także rozwój umiejętności komunikacyjnych językowych i niejęzykowych ułatwiających wyrażanie własnych potrzeb i emocji oraz dostrzeganie cudzych.

Poniższy tekst można też wykorzystać do materiału nr 2

Istotne znaczenie ma zrozumienie przez dzieci, że emocje nie są tożsame z zachowaniem, ale to one wpływają na nasze zachowanie. Dzieci zaczynają rozumieć, że gdy są zadowolone, radosne - uśmiechają się, gdy są smutne - płaczą, gdy się złością - rzucają przedmiotami, obrażają innych, stosują agresję. Zabawy powinny polegać na wyjaśnieniu sytuacji, które wywołują negatywne emocje, które z kolei powodują negatywne zachowania. Największy błąd popełniany przez nauczycieli i rodziców to słowa, jakie często kierują do dzieci, np. nie złość się, nie bądź smutny, nie wolno ci się złościć, nie masz prawa się wściekać.

Otóż każde dziecko ma prawo przeżywać negatywne emocje, a naszym zadaniem jest pomoc dziecku w rozpoznaniu tych emocji, nazwaniu ich oraz w poradzeniu sobie z nimi. **Żadne dziecko nie ma jednak prawa ujawniać tych trudnych, często niezrozumiałych dla niego, negatywnych emocji poprzez zachowania agresywne, nieakceptowane, poprzez przemoc, jaką stosuje wobec innych (fizyczna, werbalna, społeczną) czy wobec siebie (zachowania auto destrukcyjne, samookaleczanie).** Zarówno dzieciom, nastolatkom, jak i dorosłym należy uświadomić, że w codziennym życiu często spotykamy się z trudnymi emocjami i sami ich doświadczamy, jednak musimy nauczyć się konstruktywnych sposobów radzenia sobie z nimi¹⁸.

Planowanie pracy terapeutycznej

Praca terapeutyczna z dziećmi powinna opierać się na ćwiczeniach i zabawach grupowych, w których dzieci mają możliwość poznania samych siebie, a także opinii



Planując pracę terapeutyczną należy pamiętać, że treningi rozwijające kompetencje emocjonalne mogą być dla uczestników momentami trudne, ze względu na to, że konfrontują ich z nieprzyjemnymi emocjami, wspomnieniami związanymi z danym typem emocji czy wreszcie koniecznością przechodzenia trudności. Świadomość celu poszczególnych zestawów ćwiczeń powinna zmniejszyć liczbę zachowań będących przejawem oporu, bo dużo łatwiej przechodzić trudne sytuacje, mając świadomość celu, jakiemu służą ćwiczenia.

Pierwszym celem treningu może być nauka adekwatnego rozpoznawania własnych emocji. W szczególności można rozpoznawać rodzaj emocji (treść i znak), jej intensywność (silna czy łagodna) oraz źródła doświadczanych emocji.

Drugim celem treningu może być ćwiczenie właściwej komunikacji emocji. Po pierwsze, jest to rozwijanie umiejętności adekwatnej werbalizacji coraz szerszego spektrum emocji i komunikowania ich innym ludziom. Poszerzenie słownictwa związanego z emocjami ułatwia różnicowanie i adekwatną werbalizację coraz szerszego spektrum różnych emocji i subtelnych różnic między nimi (np. różnicy między bezradnością a bezsilnością). Po drugie, jest to rozwinięcie umiejętności kontrolowania ekspresji emocji, które nie są już wyrażane impulsywnie, a osoba jest w stanie kontrolować, w jakich sytuacjach okazywać emocje.

Trzecim celem treningu może być przepracowanie przez uczestników własnych trudności emocjonalnych.

Czwartym celem może być rozwinięcie umiejętności regulowania emocji i ich intensywności oraz odraczania reakcji emocjonalnej, umiejętność wyciszania się, wykorzystanie myślenia symbolicznego do przekształcania emocji awersyjnych w mniej awersyjne.

Piąty cel to rozwijanie rozumienia emocji innych ludzi, w tym również rozumienia komunikatów innych ludzi wypowiedzianych pod wpływem emocji (niezależnie od ich samoświadomości w tym zakresie), przewidywanie reakcji emocjonalnych innych osób na dane sytuacje i ich zachowań oraz rozwijanie świadomości, jak nasze zachowanie może wpłynąć na emocje innych ludzi. Zakłada to przekroczenie etapu rozumienia emocji innych przez analogię z tym, jak my byśmy czuli się na ich miejscu i nauka rozumienia indywidualnych uwarunkowań sprawiających, że różne osoby różnie przeżywają te same sytuacje. W tej grupie celów mieści się również rozwijanie umiejętności odczuwania i wyrażania empatii.

Trening może być realizowany na różnym poziomie głębokości i intymności.

Ważnym elementem treningu jest stworzenie atmosfery zaufania, w której łatwiej będzie uczestnikom dzielić się swoimi emocjami z innymi. Służy temu ustalenie na wstępie obowiązujących reguł. Warto wspomnieć o obowiązującej tajemnicy i nie wnoszeniu spraw



dotyczących innych osób poza salę treningową. Ważne jest również ustalenie reguł komunikacyjnych, których przestrzeganie sprzyja otwieraniu się przez uczestników. Zgodnie z tymi regułami nie należy: przerywać sobie nawzajem, oceniać innych osób oraz mówić, jakie są (wolno dzielić się jedynie tym, jak ich odbieramy), przypisywać innym osobom intencji (wolno mówić jedynie o swoim ewentualnym wrażeniu na temat tychże). Poza tym należy mówić o emocjach w pierwszej osobie (np. „kiedy to powiedziałeś, poczułem się zraniony” zamiast „ranisz mnie”)¹⁹.

Przykładowe ćwiczenia zwiększające świadomość emocji

Na początku i na końcu każdego spotkania, czasem również pomiędzy innymi ćwiczeniami musi mieć miejsce bieżący monitoring emocji: "Co teraz czujesz?" (Jaka emocja/ nastrój, kiedy, w którym momencie się ten stan i emocja pojawiły, jaki bodziec je wywołał, czy to odczucie przypomina ci inne sytuacje z przeszłości?).

Poszukiwanie przykładów z życia na emocje mające różne źródła (fizjologiczny stan organizmu, emocje uwarunkowane czy źródła wewnętrzne).

Praca z listą emocji. Uczestnicy dostają listę emocji. Uczestnicy przypominają sobie, w jakich sytuacjach życiowych doświadczyli takich emocji i układają na tej podstawie zdania, np. "Było mi przykro kiedy ... ". Potem zdania te są czytane na głos i następuje weryfikacja, czy dana emocja jest właściwie identyfikowana. Z jakimi emocjami mają trudności? W dalszej części treningu uczestnicy już *ad hoc* formułują zdania dotyczące poszczególnych emocji (słyszą nazwę emocji i natychmiast formułują zdanie). To ćwiczenie nie tylko zwiększa świadomość własnych emocji, lecz także służy poszerzaniu słownictwa związanego z emocjami.

Potem w odniesieniu do tej samej listy emocji, dzieci identyfikują emocje, które blokują, które wyrażają impulsywnie, których się boją, jakich nie lubią przeżywać, jakie trudno im wyrazić. Emocje, z którymi dzieci miała największe trudności stają się później tematem dalszej pracy.

Zródło: A. Kałużna-Wielobób, *Trening rozwoju kompetencji emocjonalnych dla starszej młodzieży i dorosłych*, [w:] A. Lasota, J.L. Franczyk, *Socjoterapia dzieci i młodzieży. Diagnoza i metody pracy*, Warszawa 2015, s. 272-273.

Terapeuta nie powinien oceniać, krytykować, pouczać, dawać „dobrych rad” czy wyrażać zdziwienia, oburzenia czy jakichkolwiek swoich uczuć. Natomiast całą swoją postawą winien wyrażać gotowość słuchania, współuczestniczenia w procesie terapeutycznym, zrozumienia dla problemu pacjenta.

¹⁹ A. Kałużna-Wielobób, dz. cyt., s. 263-270.



Uczestnicy

Istotne zasady, jakie powinny obowiązywać uczestników zajęć socjoterapeutycznych



Źródło: A. Lasota, M. Banach, *Metody twórczej pracy z dziećmi i młodzieżą zagrożonymi niedostosowaniem społecznym*, [w:] A. Lasota, J.L. Franczyk, *Socjoterapia dzieci i młodzieży. Diagnoza i metody pracy*, Warszawa 2015, s. 229.

Wpływ na rodziców można osiągnąć jeszcze innymi metodami. Może to być udzielanie porad w celu ułatwienia im zrozumienia szczególnych problemów dziecka, w celu skorygowania błędów wychowawczych, może to być szeroko rozumiana pedagogizacja rodziców. Bardziej skomplikowany jest tzw. trening rodzicielski. Umożliwia on opanowanie problemów wychowawczych za pomocą specjalnych programów dla całej grupy rodziców dzieci z zaburzeniami zachowania.

Aby zwiększyć motywację uczestników do udziału w ćwiczeniach, można przedstawić im następujące korzyści z lepszego rozpoznawania własnych emocji:

- ⇒ więcej energii do działania, ponieważ tłumione, nieuświadomiane emocje blokują energię;
- ⇒ mniej niekontrolowanych zachowań, impulsywnych wybuchów, działających destrukcyjnie na relacje z innymi ludźmi;
- ⇒ lepsze rozumienie siebie samego, poznanie swoich wzorców przeżywania; emocje mogą informować o niezaspokojonych potrzebach;

- ⇒ rozumienie, że postrzeganie świata, jakie narzucają emocje, jest tylko chwilowym wrażeniem, które "przepływa jak chmury" i sprawia, że ludzie zaczynają działać inaczej, niż gdy traktowali obraz rzeczywistości "malowany przez emocje" jako stałą rzeczywistość;
- ⇒ mniejsze ryzyko chorób psychosomatycznych;
- ⇒ bieżące doświadczanie emocji sprawia, że nie powodują one utraty równowagi, jak mogłoby się stać w sytuacji tłumienia emocji i ich niekontrolowanego wybuchu po skumulowaniu;
- ⇒ rozumienie, w jaki sposób dla osoby o dużym stopniu świadomości własnych emocji sfera ta może być źródłem cennych informacji o sobie i innych²⁰.

Kontakt z rodzicami młodego pacjenta

Formą pracy terapeutycznej zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży jest psychoterapia rodzinna. Zaburzenia emocjonalne dziecka są ściśle związane z jego **sytuacją życiową**, a najczęściej – rodziną. W związku z tym konieczna jest tu nie tylko terapia samego dziecka, ale też **terapia rodziny**.

Zastosować tu można kilka form: **równoległa terapia dziecka i matki, dziecka i obojga rodziców, samej matki, obojga rodziców**. Udział rodziców jest o tyle ważny, że dziecko, po przebytej terapii (i oczywiście w jej trakcie) musi funkcjonować w swoim środowisku i boleśnie odczuwa rozbieżność między informacjami otrzymanymi w trakcie terapii, a relacjami w rodzinie.

Podstawowym **warunkiem** powodzenia terapii jest prawidłowy **kontakt** między dzieckiem (rodziną) a terapeutą oparty na zaufaniu. Nawiązanie kontaktu jest także pierwszym etapem terapii.

Rozwój psychiczny dziecka

W kształtowaniu się tożsamości młodego człowieka na plan pierwszy wysuwają się cztery płaszczyzny. Są one związane z:

- ⇒ poczuciem własnej wartości (pewność siebie staje się rezultatem zgodności między obrazem "ja" dla siebie i innych),
- ⇒ wchodzeniem w role (wypróbowywanie ról umożliwia znalezienie własnej drogi życiowej),
- ⇒ "ja" idealnym (przewidywanie osiągnięć umożliwiające odnalezienie tożsamości zawodowej),
- ⇒ identyfikacją płciową (stanowiącą warunek podjęcia roli seksualnej odpowiedniej dla własnej płci).

²⁰ A. Kałużna-Wielobób, dz. cyt., s. 268.



Wiek adolescencji i towarzyszące mu kryzysy oraz niepokoje mogą spowodować zaburzenia w kształtowaniu tożsamości i samooceny. Jeżeli chodzi o przyczyny pojawienia się kryzysu w wieku adolescencji, niewątpliwie najbardziej podstawową jest przyczyna biologiczna, czyli dojrzewanie płciowe.

Przyczyny zaburzeń i mechanizmy utrwałen zaburzeń zachowania

Przyczyny zaburzeń emocjonalnych

Nie ma ich jednolitej klasyfikacji – rodzaj kryteriów zależy od celu, w jakim owe przyczyny chcemy określić. Przypuszcza się, iż przyczyną zaburzeń jest kombinacja aberracji genetycznych oraz czynników środowiskowych. Stąd najczęściej wyróżnia się dwie grupy czynników wpływających na powstanie zaburzeń rozwoju psychofizycznego dziecka, a tym samym zaburzeń zachowania, tj.:

- ⇒ **Czynniki psychosocjalne (zewnętrzne)** – tkwiące w środowisku rodzinnym, szkolnym, rówieśniczym – mające wpływ na powstanie zaburzeń rozwoju psychofizycznego dziecka, a tym samym zaburzeń zachowania;
- ⇒ **Czynniki biologiczne (wewnętrzne)**, tkwiące w samym dziecku; są to: zaburzenia/czynniki genetyczne i pragenetyczne ujmowane są one w ścisłym powiązaniu i określane jako czynniki **konstytucjonalne**:
 - ❖ organiczne uszkodzenia centralnego układu nerwowego powstałe w okresie okołoporodowym,
 - ❖ zmiany charakterologiczne: psychopatie, socjopatie, homilopatie,
 - ❖ upośledzenie umysłowe,
 - ❖ niektóre choroby somatyczne (choroby nieuleczalne, trwałe kalectwo), ale też: choroby alergiczne, neurologiczne, narządów ruchu, układu oddechowego, pokarmowego i inne)²¹.

mechanizmy utrwałen zaburzeń zachowania

Zaburzenia zachowania powstają na skutek przeżytych przez dziecko urazów będących trudnymi doświadczeniami, których siła przekroczyła zdolność dziecka do poradzenia sobie z nimi. Brak konstruktywnej ingerencji wychowawców w procesy zachodzące w grupie, w której są dzieci z zaburzeniami zachowania, **może prowadzić do narastania dysfunkcji**. Do procesów utrwałen zaburzeń zachowania należą:

- ⇒ przyjmowanie przez dziecko (inne dzieci) dysfunkcyjnych ról w grupie
- ⇒ stygmatyzacja, wykluczanie

²¹S. Turecki, S. Wernick, *Jak zrozumieć problemy emocjonalne dziecka*, Wydaw. Amber, Warszawa 2001.



- ⇒ wzrost poziomu napięcia w grupie, agresja, przemoc
- ⇒ modelowanie destrukcyjnych zachowań
- ⇒ wzmacnianie destrukcyjnych norm, wartości.

Również nie leczone stany pourazowe mogą prowadzić do niszczenia relacji społecznych dziecka, utrwalenia destrukcyjnych wzorców zachowań, a w konsekwencji do zaburzeń rozwoju moralnego (internalizacja nieprawidłowych norm społecznych). Skutkiem wczesnych i głębokich urazów psychicznych może być też uszkodzenie uczuciowości wyższej, co również może prowadzić do zaburzeń rozwoju społecznego i moralnego.

Mechanizmy zaburzeń zachowań mogą mieć miejsce w podstawowych środowiskach wychowawczych dziecka:

Rodzina – do czynników negatywnych występujących w rodzinie i wpływających na zachowania dziecka należą: brak wzajemnego szacunku, zbyt szybkie tempo życia rodzinnego, niewłaściwe metody wychowawcze, niewłaściwa postawa wychowawcza ojca: pobłażliwość, rygorizm, brak kontaktu i opieki ze strony matki, wrogi lub obojętny stosunek uczuciowy jednego z rodziców, brak harmonii współżycia rodzinnego, nadużywanie alkoholu przez rodziców, przestępczość rodziców.

Środowisko szkolne – szkoła jest drugim o rodzinie czynnikiem kształtującym osobowość dziecka, ma ona za zadanie przygotować dziecko do uczestnictwa w życiu społecznym. Szkoła może stać się pierwotnym źródłem zaburzeń rozwojowych. Do czynników zaburzających należą: nieprawidłowe warunki życia szkolnego, zły lokal, niedostosowany do możliwości dzieci system wymagań, niekorzystne cechy nauczyciela, wychowawcy – może on w decydujący sposób wpłynąć na pozycję społeczną ucznia w klasie, jeśli np. wytyka błędy dziecka, podkreśla jego niższość w stosunku do klasy, klasa ma do ucznia ujemny stosunek. Specjalną rolę ma do spełnienia szkoła w stosunku do dzieci pochodzących z rodzin nie realizujących swych funkcji opiekuńczo – wychowawczych, musi ona wyrównywać istniejące braki wychowawcze.

Środowisko rówieśnicze – już w wieku przedszkolnym dziecko zaczyna brać aktywny udział w grupie podporządkowywać się regułom w niej istniejącym, w młodszym wieku szkolnym do towarzystwa swych rówieśników. Grupy te są dzieciom potrzebne do rozwoju, ale niosą ze sobą pewne zagrożenia. Rola grup rówieśniczych w procesie uspołeczniania dzieci a zwłaszcza w powstawaniu zaburzeń tego procesu uwidacznia się w tych sytuacjach, w których słabnie więź dziecka z rodzicami. Jeśli dziecko ma problemy w rodzinie, w szkole, zaczyna szukać pomocy w środowisku w którym może liczyć na zrozumienie i akceptację. Grupa separuje się od otoczenia (na strychach, w piwnicach), w tej sytuacji dochodzi do pierwszych wspólnie popełnianych przestępstw. Motywem może być np. okazja łatwej kradzieży, dokonanie dla



zartu czynu chuligańskiego. W chwili dokonania pierwszego przestępstwa grupa przekształca się w grupę zadaniową często przestępczą.

Zaburzenia zachowania a proces socjalizacji dziecka

Socjalizacja dziecka rozumiana jako proces kształtowania się jego osobowości, przekazywania systemu wartości, norm i wzorców kulturowych ściśle powiązana jest ze środowiskiem rodzinnym, w którym dziecko wzrasta i kształtuje się.

Pełniona przez jednostkę rola społeczna wyznacza jej pozycję w strukturze grupy, określa jej uprawnienia nadane przez grupę i czynniki zabezpieczenia tych uprawnień oraz obowiązki, jakie musi ona wypełnić. **Rodzina jest dla dziecka „modelem społeczeństwa”.** Zakłócenia środowiska rodzinnego stanowią wystarczający czynnik patogeny doprowadzający do powstania zaburzeń rozwoju i niedostosowania społecznego. W pierwszym rzędzie wskazuje się na zakłócenia zespołu cech, określanych mianem więzi emocjonalnej dziecka z rodzicami: brak wzajemnego przywiązania członków rodziny, brak miłości, akceptacji, poczucia bezpieczeństwa. Jedną z podstawowych potrzeb psychicznych dziecka jest potrzeba bezpieczeństwa. Brak zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych dziecka uznawane jest powszechnie za główną przyczynę niedostosowania społecznego.²²

Proces socjalizacji u dzieci przejawiających zaburzenia w zachowaniu nie przebiega właściwie. Można określić, że dzieci te są w swoim świecie i kierują się takimi wartościami, które dają im możliwość realizacji swoich planów i zamierzeń wyznaczonych przez siebie, wpływających z ich w pewnym zakresie „zaburzonej” osobowości.

W odniesieniu do procesu socjalizacji wyróżnia się kryteria/podtypy funkcjonowania dziecka w tym obszarze:

- ⇒ **zaburzenia zachowania ograniczone do środowiska rodzinnego** (zaburzenia zachowania ograniczone do domu rodzinnego najczęściej ujawniają się w skonfliktowanych rodzinach, niewydolnych wychowawczo lub kiedy w rodzinie pojawia się jej nowy członek np. ojczym, macocha, czy narodziny brata lub siostry. Znaczącą rolę w rozwoju zaburzenia zachowania może odegrać dysonans w rodzinie, np. konflikt towarzyszący rozejściu się rodziców. W takiej rodzinie dominują z reguły dwa czynniki **tzn. brak harmonii w rodzinie, wrogość**. Te dwa czynniki dopełnia brak umiejętności rodzicielskich, przede wszystkim w zakresie wychowania i nadzoru (brak kontroli i konsekwentnej dyscypliny);
- ⇒ **zaburzenia zachowania z nieprawidłowym procesem socjalizacji;** (występują w momencie stwierdzenia odpowiedniej liczby objawów wg klasyfikacji **ICD-10** (wystąpienie trzech lub więcej z objawów, w tym co najmniej trzy z przedziału 9-23, jeden z nich co najmniej przez sześć miesięcy), zauważenie znacząco nieprawidłowych relacji dziecka (nastolatka) z rówieśnikami);

²² M. Braun-Gałkowska, *Psychologia domowa. Małżeństwo –dzieci –rodzina*, Olsztyn 2008.



- ⇒ **zaburzenia zachowania z prawidłowym procesem socjalizacji** (zaburzenia zachowania z prawidłowym procesem socjalizacji charakteryzują się występowaniem dostatecznej liczby objawów zaburzeń zachowania (jak w poprzednich podtypach) oraz **dobrymi kontaktami z rówieśnikami**);
- ⇒ **zaburzenia opozycyjno-buntownicze** (oppositional defiant disorder – *ODD*) – (podstawową cechą tego zaburzenia jest powtarzający się wzorec utrzymujących się przez okres przynajmniej sześciu miesięcy zachowań negatywnych i buntowniczych, nieposłuszeństwa oraz zachowań nacechowanych wrogością, skierowanym przeciw autorytetom. Zaburzenie to zwykle zaczyna się przed szóstym rokiem życia, zdarza się w pełni rozwinięte zaburzenie zachowania, które zaczyna się w dziewiątym roku życia lub później. **ODD występują nawet u 10% dzieci i nastolatków**²³ .

Bibliografia

Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M., *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganie rozwoju dziecka*, WSiP, Warszawa 2004.

Braun-Gałkowska M., *Psychologia domowa .Małżeństwo –dzieci –rodzina*, Olsztyn 2008.

Carson R. C., Butcher J. N., Mineka S., *Psychologia zaburzeń*, GWP Gdańsk 2003.

Grodecka J., Kałucka R., Sarzała K., Żukiewicz A., *Standard interwencji kryzysowej*
http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SIK_2601.pdf

Karasowska A., *Profilaktyka na co dzień. Metoda budowania strategii w pracy z dzieckiem i klasą*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2009.

Kozłowska A., *Zaburzenia życia uczuciowego dziecka problemem rodziny : jak pomóc rodzinie i dziecku?*, Wydawnictwo Akademickie "Żak", Warszawa 2005.

Lasota A., Banach M., *Metody twórczej pracy z dziećmi i młodzieżą zagrożonymi niedostosowaniem społecznym*, [w:] A. Lasota, J. L. Franczyk, *Socjoterapia dzieci i młodzieży. Diagnoza i metody pracy*, Warszawa 2015.

Szymańska J., *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2016.

²³ Tamże.



Trzmiel A., *Zaburzenia zachowania u dzieci i młodzieży*

http://www.pilczyn.webd.pl/strefa_rodzica/zaburzenia_zachowania.pdf

Turecki S., Wernicki, S., *Jak zrozumieć problemy emocjonalne dziecka*, Wydaw. Amber, Warszawa 2001.

Turno M., *Dziecko z depresją w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.

Zaburzenia życia uczuciowego dziecka problemem rodziny, jak pomóc rodzinie i dziecku? Wydawnictwo Akademickie "Żak" Warszawa, 2005.

