

## „Jak wspierać dziecko w kryzysie emocjonalnym”

Każdy człowiek doświadcza w swoim życiu różnych sytuacji trudnych, kryzysowych i traumatycznych.

Wasze dzieci, a nasi wychowankowie także miewają negatywne emocje związane z prawie każdym aspektem życia. Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii jest ich drugim domem, dzieci przebywają w nim 24 godziny na dobę. Młody człowiek nie tylko się tu uczy, zdobywa nowe doświadczenia, ale także przeżywa różne emocje, uczucia. Ponadto poddawany jest oddziaływaniom edukacyjnym, socjoterapeutycznym i wychowawczym. Może się zdarzyć tak, że placówka jest jedynym bezpiecznym miejscem dla dziecka czy młodego człowieka. To tu oprócz zdobytej wiedzy uczeń/wychowanek może otrzymać także zrozumienie, wsparcie i pomoc psychologiczno - pedagogiczną. Placówka stanowi czynnik chroniący w rozwoju emocjonalnym, poznawczym i społecznym dziecka, co ma istotne znaczenie dla jego zdrowia psychicznego i całościowego rozwoju. Jednakże doświadczenia zdobywane podczas pobytu w naszej placówce mogą stanowić również czynnik ryzyka, jeśli wiążą się z występowaniem sytuacji trudnych, kryzysowych, a nawet traumatycznych. Przed dokonaniem analizy metod oraz form udzielania pomocy dzieciom i młodzieży należy przede wszystkim określić, z jakimi sytuacjami nastęrczającymi problemów dany uczeń/wychowanek może się skonfrontować w toku swojego rozwoju.

### Sytuacje trudne i kryzysowe w życiu dzieci i młodzieży

**Sytuacja trudna** – to sytuacja stresowa, która wiąże się z przeżywaniem nieprzyjemnych emocji i wymaga od osoby, która jej doświadcza, dużego wysiłku oraz mobilizacji w radzeniu sobie z nią. Specyfikę przeżywania sytuacji trudnej stanowi konieczność wyjścia z tzw. strefy komfortu. W MOS dzieci i młodzież przeżywają wiele sytuacji stresowych związanych z funkcjonowaniem poznawczym, emocjonalnym i społecznym w danym środowisku. Dla przykładu –prosty sprawdzian z matematyki może być już dla dziecka trudnym doświadczeniem, wymagającym dodatkowego wysiłku poznawczego, ćwiczeń, kolejnych prób wykonania zadania i angażowania procesów myślowych, uwagi i pamięci. Natomiast przykładem trudnej emocjonalnie sytuacji może być konieczność zaprezentowania swojej wiedzy przed nauczycielem i resztą klasy (np. podczas recytacji wiersza, odpowiedzi ustnej czy rozwiązywania zadania matematycznego z zapisem na tablicy) – budząca lęk przed ekspozycją społeczną. Sytuacją trudną społecznie może być początek nauki w nowej szkole czy pobyt w placówce z dala od domu rodzinnego, gdzie zarówno nauczyciele, wychowawcy jak i rówieśnicy są nieznani.

Stawianie czoła sytuacjom stresowym jest wpisane w życie każdego dziecka, a sytuacje trudne są ważnym elementem rozwoju, ponieważ stwarzają okazje do trenowania umiejętności radzenia sobie ze stresem i uczą nowych sposobów rozwiązywania problemów. Istotne, aby dzieci oraz młodzi ludzie nie byli przeciążeni wyzwaniami, a stawiane przed nimi zadania były na miarę ich możliwości rozwojowych i indywidualnych. Ważne jest udzielane młodzieży przez nauczycieli i wychowawców wsparcie w konstruktywnym rozwiązywaniu problemów i pomoc w radzeniu sobie z sytuacjami stresowymi. Ale sytuacji trudnych Wasze dzieci doświadczają także poza terenem placówki i Wasza rola jako Rodziców jest bardzo ważna we wspieraniu dziecka w sytuacji stresowej.

**Sytuacja kryzysowa** – charakteryzuje się tym, iż jest to zdarzenie nieprzewidziane, zwykle

występujące nagle i wymagające zastosowania nowych sposobów radzenia sobie, gdyż dotychczasowe okazują się niewystarczające. Najczęściej skutkiem kryzysu jest utrata równowagi emocjonalnej przez osobę, której kryzys dotyczy, a co za tym idzie jej trudność w poznawczym funkcjonowaniu i reagowaniu w danej sytuacji. Wśród kryzysów wyróżnia się najczęściej kryzysy rozwojowe (normatywne), które mają miejsce w rozwoju każdego człowieka, oraz kryzysy sytuacyjne (losowe, traumatyczne) – związane z zaistnieniem szczególnie niekorzystnych zdarzeń życiowych. Przykładem kryzysu rozwojowego jest trudność w wyborze szkoły, zaś sytuacyjnego – przewlekła choroba somatyczna dziecka. Cechą wspólną kryzysu sytuacyjnego i rozwojowego jest wymaganie od dziecka zwiększonego wysiłku adaptacyjnego, rozumianego jako konieczność dopasowania i zmiany zachowania w kontekście danej sytuacji życiowej. Kryzysy sytuacyjne stanowią większe zagrożenie dla zdrowia psychicznego dziecka niż kryzysy rozwojowe.

Bardzo ważne jest wsparcie dziecka/młodego człowieka w poradzeniu sobie z sytuacją kryzysową – m.in. poprzez umożliwienie mu odreagowania silnie przeżywanych emocji, analizy i zrozumienia danej sytuacji, a także – jeśli to możliwe – powrotu do funkcjonowania sprzed sytuacji kryzysowej. Skuteczność poradzenia sobie z kryzysem zależy od dostępnego dziecku wsparcia (m.in. kluczowa jest rola naszej placówki i Wasza Rodzice), a także predyspozycji i zasobów indywidualnych dziecka. Istotne jest, by **zawsze reagować na trudności przeżywane przez dziecko**, gdyż mogą one nasilać się i zaburzać jego rozwój.

Przeciążenie sytuacjami trudnymi i brak wsparcia ze strony dorosłych zazwyczaj mają negatywny wpływ na wszystkie sfery funkcjonowania dzieci i młodzieży. Zdarza się, że w toku swego rozwoju dziecko przejawia niepokojące zachowania w funkcjonowaniu społecznym, np. powtarzające się konfliktowe relacje z rówieśnikami w szkole, których przyczyną są zupełnie inne trudności poznawcze i nieradzenie sobie z faktem pobytu w placówce. W tym wypadku uczeń/wychowanek własną frustrację odreagowuje w relacjach społecznych. Takie zachowanie i niejako „przeniesienie problemu” z jednej sfery funkcjonowania na inną jest charakterystyczne dla małych dzieci i nastolatków. Podsumowując: ważna jest świadomość wpływu sytuacji trudnych i kryzysowych na wszystkie sfery funkcjonowania dziecka. Poniżej omówiono poszczególne obszary funkcjonowania dzieci i młodzieży w sytuacjach kryzysowych.

#### Sfera fizyczna/somatyczna

Przeżywane trudności emocjonalne u dzieci i młodzieży przejawiają się często objawami psychosomatycznymi, np. bólami brzucha, biegunkami, mdłościami, bólami głowy, trudnościami z zasypianiem, brakiem apetytu lub objadaniem się, częstymi infekcjami, wysoką gorączką. Wychowankowie doświadczający powtarzających się zdarzeń traumatycznych mogą mieć zaburzoną pracę układu endokrynologicznego, co objawia się m.in. obniżonym stężeniem hormonu wzrostu, a u nastolatek rozregulowaniem cyklu miesięczkowego. Wspomniane dolegliwości somatyczne często są przyczyną absencji na zajęciach szkolnych lub pozalekcyjnych, co może przyczyniać się do trudności w nauce, relacjach z rówieśnikami i nasilać niepokój oraz inne trudne emocje.

#### Sfera emocjonalna

W sytuacji kryzysowej dziecko doświadcza silnych trudnych emocji, np. lęku, smutku, złości, z którymi zazwyczaj nie potrafi sobie poradzić. Uczeń/wychowanek, który doświadcza smutku, bywa bierny, niechętny do jakiegokolwiek aktywności, wycofany, płacziwy. Natomiast dziecko, które doświadcza lęku, może być bardziej pobudzone, niespokojne, ruchliwe, czy nawet agresywne w kontakcie z rówieśnikami oraz dorosłymi. Agresja może przejawiać się niszczeniem przedmiotów, bójkami czy używaniem wulgarnych słów, obrażaniem, a nawet nękaniami innych osób.

## Sfera poznawcza

Silne emocje, które towarzyszą dziecku w sytuacji kryzysowej, utrudniają wypełnianie obowiązków szkolnych, osłabiają koncentrację uwagi, wpływają negatywnie na procesy zapamiętywania oraz procesy myślenia. Dziecko miewa trudności ze skupieniem się na lekcji czy podczas zajęć w internacie, bo myśli o swojej sytuacji problemowej, próbuje ją zrozumieć i znaleźć jej rozwiązanie.

## Sfera społeczna

Brak rozwiązania sytuacji kryzysowej oraz objawy psychosomatyczne sprawiają, że dziecko wycofuje się z kontaktów z rówieśnikami, niechętnie uczestniczy w zajęciach ani w życiu naszej placówki. Zdarza się, że całkowicie odmawia uczęszczania w lekcji, zajęciach wychowawczych czy socjoterapeutycznych, wchodzi w konflikty z nauczycielami i wychowawcami lub rówieśnikami z klasy czy grupy. Może wycofywać się z kontaktów społecznych także podczas pobytu w domu rodzinnym czy w placówce macierzystej, samotnie spędzać czas.

Oprócz trudnych sytuacji to **zdarzenia traumatyczne** w życiu dzieci i młodzieży są najczęstszą przyczyną kryzysu emocjonalnego dziecka. Z badań wynika, że w Polsce ponad 70% dzieci doświadczyło zdarzenia traumatycznego. Najczęściej była to utrata ukochanej osoby, a w następnej kolejności przewlekła lub ostra choroba i poważny wypadek. Konsekwencje traumy obejmują wiele płaszczyzn i wpływają na różne sfery funkcjonowania, zwłaszcza na możliwości w zakresie uczenia się i zachowanie dziecka. Czym jest zdarzenie traumatyczne? Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych definiuje zdarzenie traumatyczne jako ekspozycję na wyjątkowo zagrażający lub katastroficzny stresor – zarówno krótko-, jak i długotrwały. Ze zdarzeniem traumatycznym mamy do czynienia, gdy dana osoba była narażona na śmierć, poważny uraz lub przemoc seksualną w sposób bezpośredni lub poprzez bycie naocznym świadkiem takiego zdarzenia. Zdarzenia traumatyczne różnią się od innych zdarzeń tym, że są gwałtowne, nagłe, zaskakujące, stanowią zagrożenie dla życia i zdrowia; wywołują silne emocje – najczęściej strach, cierpienie, poczucie bezradności, przerażenie.

Warto znać możliwe reakcje dzieci i młodzieży na zdarzenia traumatyczne, żeby pomóc im na czas. W sytuacjach traumatycznych u wszystkich osób, niezależnie od wieku, ich doświadczenia i cech osobowości, pierwsze reakcje psychiczne na zagrożenie są bardzo podobne. Typowe objawy ostrej reakcji na stres to: trudności w oddychaniu, poczucie niepełnego oddechu, ucisk i ból w klatce piersiowej, nudności, biegunka, omdlenie, poczucie nierealności, obawa utraty kontroli czy utraty zmysłów, dezorientacja, odrętwienie, rozpacz, gniew.

Ostry stan dystresu (stresu negatywnego) uważany jest za normalną, adaptacyjną reakcję w odpowiedzi na stresor urazowy i zwykle powinien ustąpić ciągu kilku dni od wydarzenia. Jeśli objawy utrzymują się dłużej niż trzy dni, można rozpoznać ostre zaburzenie stresowe. A kiedy objawy dystresu utrzymują się dłużej niż miesiąc, należy rozpoznać zespół stresu pourazowego. Zespół stresu pourazowego, występujący zarówno u dzieci i młodzieży, jak i u dorosłych, stanowi jedną z poważniejszych negatywnych konsekwencji przeżycia traumatycznego zdarzenia.

Do postawienia diagnozy o stresie pourazowym w przypadku dzieci i młodzieży, jak osób dorosłych, wymagane jest potwierdzenie określonej liczby objawów z czterech odrębnych grup:

a) powtórne przeżywanie traumatycznego wydarzenia – na różne sposoby, głównie przez natrętne wspomnienia, koszmary senne, dotyczące aktualnej traumy lub innych krytycznych zdarzeń, u małych dzieci ponowne odgrywanie traumatycznego zdarzenia w zabawie;

b) unikanie myśli, uczuć, rozmów, miejsc, sytuacji lub osób kojarzących się z traumą – dziecko doświadcza zasmucenia lub uczucia przestraszenia, w sytuacji, gdy coś przypomina mu o tym, co się wydarzyło;

c) zmiany w nastroju oraz sposobie myślenia – dziecko uporczywie prezentuje negatywne przekonania dotyczące samego siebie, innych osób lub świata (np. mówiąc: jestem złym dzieckiem, nie można nikomu ufać); doświadcza głównie negatywnych emocji - lęku, przerażenia, złości, poczucia winy lub wstydu i nie potrafi wyrażać pozytywnych emocji, wycofuje się z kontaktów z rodzicami i rówieśnikami, nie angażuje się w zabawy, czy aktywności, które wcześniej sprawiały mu przyjemność;

d) nadmierne fizjologiczne pobudzenie organizmu – dziecko jest rozdrażnione, nerwowe, wybuchowe, płaczliwe, doświadcza zaburzeń snu, ma trudności w koncentracji uwagi, przesadnie reaguje wzdrzaniem na najdrobniejszy przejaw zmiany w otoczeniu.

**Rodzice, obserwujcie swoje dzieci**, tak jak obserwujemy tu na co dzień w placówce. Cechy specyficzne dla dziecięcych reakcji na wydarzenie traumatyczne to:

- wzrost przywiązania do rodziców i rodzeństwa,
- nadmierne zaabsorbowanie bezpieczeństwem opiekuna lub innej bliskiej osoby,
- pojawienie się objawów lęku separacyjnego,
- utrata osiągniętych już umiejętności rozwojowych, szczególnie u młodszych dzieci, np. „spieszczanie” mowy, moczenie się, nasilony płacz,
- występowanie objawów psychosomatycznych, takich jak np. bóle głowy, bóle brzucha,
- poczucie winy z powodu przeżycia, szczególnie u starszych dzieci.

Dzieci, które doświadczyły urazów psychicznych, nie są grupą jednorodną, objawy pourazowe u każdego z nich mogą wyglądać inaczej. Ze względu na przebieg rozwoju psychicznego i ograniczone możliwości radzenia sobie w sytuacjach trudnych, dzieci są bardziej narażone na negatywne skutki zdarzeń traumatycznych niż osoby dorosłe. U prawie połowy dzieci, które doświadczyły traumy, pojawiają się takie reakcje jak: lęk, apatia, przygnębienie poczucie winy, zaburzenia snu, nadpobudliwość ruchowa, zaburzenia koncentracji uwagi, drażliwość, zachowania impulsywne i skłonność do agresji. Dziecko może izolować się od rodziny, rówieśników, zaniedbywać naukę, unikać miejsc, rzeczy i osób kojarzonych z przeżytym wydarzeniem. W skrajnych przypadkach może dojść załamania równowagi emocjonalnej i podejmowania prób samobójczych.

Doświadczenie przemocy fizycznej, seksualnej lub bycie świadkiem przemocy w największym stopniu wiąże się z ryzykiem rozwoju zespołu pourazowego u dzieci. Ponadto istotne tu znaczenie mają czynniki okołotraumatyczne, tj. ciężkość przeżytej traumy, postrzegany stopień zagrożenia życia, waga doznanych urazów, intensywność odczuwanych emocji i objawów dysocjacyjnych oraz czynniki potraumatyczne, tj. przekonania na temat winy innych osób za spowodowanie traumy, niewystarczające wsparcie społeczne i złe funkcjonowanie rodziny. Większość dzieci nie doświadcza poważnych objawów pourazowych, gdy rodzice zapewnią im swoje wsparcie i pomoc.

Wśród czynników chroniących dzieci przed rozwojem zespołu pourazowego wymienia się: dobre funkcjonowanie rodziny, wyższy iloraz inteligencji i dobre zdrowie psychiczne matki. U dzieci, które poradziły sobie ze zdarzeniem traumatycznym, zauważa się zwiększenie odporności psychicznej,

wzrost emocjonalnej dojrzałości, lepsze rozumienie innych, większe współczucie i empatię dla innych, głębsze rozumienie osobistych wartości, celu i sensu życia. Najważniejszym tu czynnikiem chroniącym jest pomoc i wsparcie otrzymywane bezpośrednio po traumie. Dzięki wsparciu swoich bliskich, nauczycieli i wychowawców, a także innych osób z otoczenia, dzieci są w stanie poradzić sobie z traumą i jej negatywnymi konsekwencjami. Doświadczenie zdarzenia traumatycznego nie musi oznaczać, że uczeń/wychowanek będzie cierpieł na zespół stresu pourazowego i będzie potrzebował pomocy psychoterapeutycznej.

Jak my jako placówka i Wy jako Rodzice możemy pomóc dziecku, które cierpi na zespół pourazowy? Bardzo ważne jest, by jak najszybciej zapewnić dziecku wsparcie oraz poczucie bezpieczeństwa, np. poprzez rozmowę, podczas której zaakceptujemy trudności dziecka i przeżywane przez nie silne emocje. Nauczyciel i wychowawca może to realizować podczas indywidualnej rozmowy, po uzyskaniu zgody dziecka, w sali lub pokoju, które zapewniają dyskrecję. Nauczyciel lub wychowawca, który dowiedział się, że Wasze dziecko doświadczyło zdarzenia traumatycznego, i obserwuje u niego opisane wcześniej objawy, powinien przeprowadzić rozmowę z rodzicami ucznia i zobowiązać opiekunów do konsultacji z psychologiem w poradni psychologiczno-pedagogicznej, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży a jednocześnie skierować dziecko po natychmiastową pomoc udzielaną w naszej placówce przez psychologa szkolnego. Istotnym elementem psychoedukacji i pomocy dziecku jest udzielenie przez Was Rodzice rzetelnej informacji na temat niepokojących objawów i „innego” niż dotąd zachowania podczas pobytu w domu. Efektywna terapia skoncentrowana na traumie zależy przede wszystkim od prawidłowej relacji między terapeuta- dziecko - rodzic. Relacja oparta na zaufaniu, akceptacji i empatii jest konieczna do przywrócenia ufności, nadziei, optymizmu i poczucia własnej wartości u dzieci, które doświadczyły zdarzenia traumatycznego. Typowe w takiej sytuacji jest pojawianie się oporu u dziecka i niechęć do mówienia o traumatycznym doświadczeniu. Dość często u dzieci obserwuje się unikowe reakcje w postaci milczenia, zmiany tematu rozmowy, aktywności, nastroju, pojawienia się niepokoju, częstego udzielania odpowiedzi: „nie wiem”. Ważne jest, by rozumieć, że dziecko poprzez reakcje unikowe próbuje ochronić siebie przed powrotem do bolesnych wspomnień. Trudnym zadaniem, przed którym staje dziecko w sytuacji doznanej traumy, jest próba zrozumienia tego, co się wydarzyło, rozmowa o przeżywanych uczuciach i trudnościach. Może to nie być łatwe dla dziecka, gdyż wymaga od niego posiadania kompetencji, których – będąc w danym okresie rozwojowym – może jeszcze nie posiadać. Jeśli chcecie pomóc dziecku po traumie, zapewnijcie mu bezpieczeństwo, stwórzcie możliwość rozwijania pozytywnych relacji z innymi oraz wspierajcie je w lepszym rozumieniu i radzeniu sobie z emocjami.

Grono pedagogiczne naszej placówki zawsze reaguje na trudności przeżywane przez dziecko i organizuje adekwatne wsparcie. Nauczyciele i wychowawcy spędzając z dzieckiem wiele godzin w tygodniu przez większość miesięcy w roku, mogą zaobserwować więcej niż rodzice czy prawni opiekunowie. Oczywiście nie zwalnia to Was Rodzice z konieczności obserwacji i współpracy w zakresie wspierania dziecka w kryzysie emocjonalnym.

Jak robić to na co dzień? Oto kilka kluczowych wskazań:

**Rozmowa z dzieckiem** - to prosty sposób na poznanie trudności dziecka, jego przeżyć, myśli. Przeprowadzona w atmosferze bezpieczeństwa sama w sobie stanowi rodzaj wsparcia i pomocy. Zasady prowadzenia rozmowy z uczniem i własnym dzieckiem są takie same, dziecko ma rozumieć, dlaczego jest prośzone o rozmowę, wyrazić na to zgodę, czuć się dobrze w miejscu, w którym prowadzona jest rozmowa – np. móc wygodnie usiąść, mieć możliwość zapoznania się z tym miejscem, czy zabrania na rozmowę ukochanej zabawki. Taką rozmowę należy przeprowadzić w

pokoju lub sali, gdzie zapewniona będzie dyskrecja i nic nie będzie dziecka dodatkowo niepokoić czy rozpraszać. Ważne jest także, by czas rozmowy był dogodny dla ucznia – dziecko nie powinno być głodne, zmęczone czy zdenerwowane. Ważna jest niezwykle szczerowość w rozmowie, gdyż dzieci bardzo łatwo potrafią wyczuć nieszczerze intencje rozmówcy i tym samym zniechęcić się do rozmowy, bądź nawet przestraszyć. Ważne jest, by podkreślić, co nas martwi, niepokoi, dlaczego i o czym chcemy rozmawiać. Zdarza się, że nasi uczniowie/wychowankowie, szczególnie młodzież, dopytują o dyskrecję ze strony nauczyciela lub wychowawcy. Koniecznie wówczas podkreślamy, że są kwestie, których nauczyciel nie może pozostawić w tajemnicy – np. informacje o czymś, co zagraża zdrowiu czy życiu wychowanka lub innych osób. W rozmowie z dzieckiem język musi być adekwatny do jego poziomu poznawczego, inaczej rozmawia się z czterolatkiem, np. używając krótkich zdań, konkretnych pytań, a innego języka należy użyć w rozmowie z nastolatkiem, któremu warto zadawać więcej otwartych pytań oraz bazować na jego potrzebie samostanowienia i kształtującej się tożsamości. Należy zawsze podążać za tematem rozmowy dziecka i uważnie słuchać i nie przeciągać rozmowy bez potrzeby. W części zasadniczej rozmowy omawia się najważniejsze kwestie, które są celem rozmowy. Często bywają to emocjonujące treści, wzbudzające silne i trudne przeżycia, dlatego tak ważny jest czas na zamknięcie rozmowy. W momencie zakończenia rozmowy, należy podejmować ponownie tematy ogólne, bezpieczne, często przyjemne, by dziecko/wychowanek miał czas na wyciszenie silnych emocji. Na koniec rozmowy należy się upewnić, czy dziecko chce o czymś jeszcze opowiedzieć lub o coś zapytać. Nauczyciel, wychowawca, pedagog, Rodzic rozmawiający z dzieckiem powinien być otwarty i gotowy na pytania dziecka, zadbać o czas na nie, a także szczerze przyznać, jeśli nie ma możliwości, bądź nie potrafi na dane pytanie odpowiedzieć. Niezależnie od tego, czy dziecko pozytywnie odpowiedziało na propozycję dialogu, czy nie, warto podkreślić gotowość do kolejnej rozmowy, jeśli będzie jej chciał. Istotne, by obietnica dorosłych była szczerą i możliwą do zrealizowania w określonym czasie. Jak już wspomniano, właściwie poprowadzona rozmowa z dzieckiem jest nie tylko narzędziem diagnostycznym umożliwiającym zebranie informacji na temat trudności przeżywanych przez nie, ale także stanowi bardzo ważny element wsparcia. Dzięki niej może odreagować silnie przeżywane emocje, zweryfikować swoją wiedzę, osiągnąć zrozumienie trudnej sytuacji, poznać sposoby radzenia sobie z danym problemem, ale przede wszystkim odczuć pomoc i zainteresowanie osoby dorosłej, co jest podstawą poczucia bezpieczeństwa.

**Obserwacja dziecka** - nieumiejętność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami oraz przeżywany kryzys mogą zostać zaobserwowane w zachowaniu i sposobie funkcjonowania dziecka. Obserwacja jest jednym z podstawowych, ogólnodostępnych i najważniejszych narzędzi diagnostycznych także dla Rodzica. Należy ją rozumieć jako sposób zbierania informacji, które powinny być weryfikowane – np. w rozmowie lub wywiadzie – i analizowane całościowo. Prowadzenie obserwacji powinno uwzględniać wiek rozwojowy dziecka. Przedmiotem obserwacji są:

a) wygląd zewnętrzny dziecka – jego ubiór, uczesanie, posiadane przedmioty. Należy pamiętać, że wygląd zewnętrzny w tym strój, uzależniony jest to od wieku rozwojowego. Małe dzieci najczęściej wkładają ubrania proponowane przez opiekunów. Ubiór nastolatki w sposób szczególny prezentuje przeżywane przez nią emocje. Kluczowa jest spójność wyglądu z wiekiem oraz zainteresowaniami dziecka. Istotne są także: rodzaj ubioru, jego czystość, adekwatność do pogody, gdyż te informacje mogą świadczyć o poziomie opieki, jakim dziecko jest otoczone.

b) reakcje niewerbalne – mimika, reakcje fizjologiczne – jak zaczerwienienie skóry, zwiększona potliwość, sposób poruszania się, dynamika ruchów. Małe dzieci bardzo często mają trudność z długim pozostawaniem w jednej pozycji, potrzebują ruchu. Starsze dzieci powinny być w stanie spokojnie siedzieć podczas rozmowy. Zmiana pozycji, manipulacja dłońmi, drapanie się może świadczyć o zwiększonym niepokojem.

c) sposób mówienia i zasób słów – warto zwrócić uwagę na intonację, głośność wypowiedzi, ilość przekazywanej treści oraz używane słowa.

d) zachowanie – u dzieci doświadczających sytuacji kryzysowych można zaobserwować zmianę w ich dotychczasowym zachowaniu. Zmiana zachowania może być dyskretna, toteż niezbędna jest duża uważność i koncentracja na dziecku. Zdarza się, że starsze dzieci, nastolatki ukrywają przeżywane trudności pod agresywnym, wulgarnym zachowaniem lub wycofaniem.

e) środowisko rówieśnicze dziecka – obejmuje relacje, przyjaźnie, jakie buduje ono w klasie, w grupie wychowawczej, zaangażowanie w życie placówki, ale także środowisko rówieśnicze poza placówką.

Bardzo istotne jest, by poszczególnych elementów obserwacji, np. wyglądu zewnętrznego czy sposobu mówienia, nie traktować jako wiążące i nie interpretować w izolacji od innych informacji. Należy wziąć pod uwagę jak najwięcej obserwowanych danych, by nie wyciągać pochopnych wniosków.

Większość niekorzystnych skutków kryzysu zdrowia psychicznego dziecka wiąże się z trudnymi, silnymi emocjami, które są efektem braku informacji i wsparcia. Placówka odgrywa bardzo istotną rolę, przekazując rzetelną wiedzę na temat chorób psychicznych oraz udzielając wsparcia dziecku, a także rodzinie. Działania w placówce kierowane do dziecka to:

- a) umożliwienie dziecku rozmowy i uzyskania wsparcia emocjonalnego na terenie placówki lub poradni psychologiczno-pedagogicznej opiekującej się szkołą. Wychowanek ma możliwość otrzymania pomocy od osób dorosłych, wyrażenia swoich niepokojów, otrzymania odpowiedzi na nurtujące go pytania czy podzielenia się wątpliwościami. Każdy nauczyciel i wychowawca wspiera dziecko poprzez rozmowę, wysłuchanie go. Rolą naszą jest także motywowanie dziecka do skorzystania z dostępnego wsparcia w placówce, które może zapewnić pedagog i psycholog szkolny lub z pomocy oferowanej przez poradnię.
- b) pomoc dziecku w realizacji nauki i obowiązku szkolnego. Pomoc taka jest świadczona np. w postaci dodatkowych lekcji wyrównawczych, jeśli pojawią się zaległości szkolne, organizację wsparcia innych uczniów (np. pomocy koleżeńskiej, wspólnego uczenia się). Zachęcać wychowanków do udziału w zajęciach kół zainteresowań, podczas których dziecko może rozwijać swoje pasje.
- c) kontakt z rodzicami/opiekunami prawnymi. Oferujemy wsparcie i pomoc psychologa i pedagoga szkolnego także dla Was Rodzice, nie tylko dla naszych wychowanków. Jeśli rodzic doświadcza kryzysu zdrowia psychicznego, proponujemy mu rozmowę i wsparcie. Zdarza się, że, dorośli nie mają świadomości, jak ich choroba może wpływać na dziecko, bądź nie wiedzą, gdzie szukać pomocy. Nauczyciel lub wychowawca może pokierować rodziców do psychologa/pedagoga szkolnego, by wspólnie szukali najlepszych rozwiązań. Motywując do szukania pomocy, warto podkreślać, że jest to działanie profilaktyczne i wspierające właściwy rozwój dziecka oraz służące uniknięciu daleko idących skutków kryzysu psychicznego rodziców w życiu dziecka.

Rodzice - zawsze szczerze rozmawiajcie z nauczycielami i wychowawcami o trudnościach swojego dziecka, co pozwoli zintensyfikować oddziaływania wychowawczo – socjoterapeutyczne i w sposób elastyczny dobrać formę pomocy psychologiczno – pedagogicznej. Nie chodzi o to, by wychowanek był w naszej placówce „specjalnie” traktowany, bo takie podejście mogłoby spowodować jego stygmatyzację. Ważne natomiast, by stawiając wymagania, wziąć pod uwagę aktualne trudności

dziecka i sytuację kryzysową, w jakiej się znalazło, a o której może wiedzieć tylko Rodzic. Brak informacji to brak wsparcia, co może doprowadzać do pogłębiania trudności, a nawet zaburzeń w rozwoju czy zdrowiu dziecka. Nie wstyďte się przekazania informacji np. o planowanym rozwodzie, o konflikcie w domu, o przejawach przemocy doznanej przez dziecko czy przez Was samych itp. Te czynniki mają ogromny wpływ na możliwy kryzys emocjonalny Waszego dziecka.

Rozwód rodziców jest stresującym i obciążającym psychicznie zdarzeniem w życiu dziecka. Powoduje poważne zmiany w życiu rodziny, wpływa na kształt relacji między bliższymi, dalszymi członkami rodziny, a nawet między kolegami, nauczycielami czy wychowawcami. Reakcje dzieci na sytuację rozstania rodziców są zróżnicowane i zależą od ich wieku, indywidualnych cech oraz od postępowania rodziców w okresie rozvodu i już po nim. Silne przeżycia związane z rozводом mogą powodować u dzieci takie zaburzenia jak bezsenność, lęki, moczenie nocne, depresja, objawy psychosomatyczne, a także zaburzenia zachowania: kłamstwa, kradzieże, ucieczki z domów, trudności w nauce, wagarowanie. U większości dzieci w miesiącach następujących bezpośrednio po rozwodzie rodziców pojawiają się problemy natury emocjonalnej i społecznej, ale po 2–3 latach większość dzieci zaczyna stopniowo przystosowywać się do nowej sytuacji. Z badań wynika, że dziewczynki lepiej radzą sobie z rozstaniem rodziców niż chłopcy, którzy częściej sprawiają problemy wychowawcze. Można też przypuszczać, że dzieci między 8. a 14. rokiem życia lepiej radzą sobie z rozводом niż przedszkolaki i nastolatki w wieku 15–18 lat. Nastolatek może odpowiedzieć na rozpad rodziny agresją, buntem, demonstracyjnym okazywaniem niechęci i pogardy oraz wzmożoną krytyką. Sama sytuacja rozvodu nie jest dla dziecka tak szkodliwa, jak utrzymujący się konflikt i nieumiejętność jego konstruktywnego rozwiązania przez rodziców. Brak stabilności, niejasność sytuacji i niepewność tego, co się może wydarzyć wpływają negatywnie na rozwój dziecka. Zaangażowani w konflikt rodzice zazwyczaj nie radzą sobie z obowiązkami rodzicielskimi i przestają być oparciem dla dziecka. Dziecko w sytuacji rozvodu często czuje się osamotnione, zagubione, bezradne, traci poczucie bezpieczeństwa i przynależności oraz doświadcza silnego poczucia straty. Może również przypisywać sobie winę za kłótnie i rozpad małżeństwa swoich rodziców oraz mieć wątpliwości, czy rodzice nadal go kochają i czy jest ono dla nich ważne. Niezaspokojona potrzeba miłości i akceptacji powoduje przygnębienie, smutek i silny lęk. Rozwód nie musi przynosić długotrwałych negatywnych konsekwencji. Istnieje wiele czynników, które mogą zmniejszać i osłabiać negatywne skutki rozvodu. Trzy najważniejsze z nich to: niski stopień i czas trwania wrogiego konfliktu, stabilność i jakość rodzicielstwa oraz dobry stan psychiczny rodziców. W sytuacji rozvodu najważniejszym czynnikiem ochronnym jest rozwiązywanie konfliktów i budowanie współpracy pomiędzy rodzicami. Jeżeli rodzicom udaje się rozwiązać istniejące między nimi konflikty sprawnie, to dzieci lepiej radzą sobie ze zmianami w rodzinie. Dzieci, które były świadkami rozvodu rodziców, ale nie zostały narażone na przeżywanie towarzyszącego mu otwartego konfliktu, nie należą do grupy ryzyka wystąpienia problemów w obszarze zdrowia psychicznego. Rodzice mogą skorzystać z pomocy naszego psychologa, aby ten pomógł im przygotować się do takiej rozmowy. Przekazanie dziecku pełnej i jasnej informacji o decyzji rozwodowej pomoże mu lepiej radzić sobie z tą sytuacją. Ważne, jest aby rodzice wytłumaczyli dziecku, co się zmieni, a co zostanie bez zmian w życiu ich rodziny po rozwodzie. Sposób przeprowadzenia rozmowy powinien być dostosowany do wieku i możliwości poznawczych dziecka. W trakcie rozmowy rodzice powinni podkreślić, iż rozwód nie zmienia ich uczuć do dziecka, że nadal oboje je kochają, a także zapewnić, że nie jest winne ich rozstaniu. Ważne jest, aby dziecko mogło wyrazić swoje myśli, wątpliwości i uczucia, jakie mogą mu towarzyszyć w związku z zaistniałą sytuacją np. rozczarowanie, smutek, lęk, żal, złość, gniew. Być może dziecko będzie chciało porozmawiać z kimś innym niż rodzice o swojej trudnej sytuacji. Pomocni mogą być dziadkowie, nauczyciele, wychowawcy i koledzy. Ważne, aby nie obarczać dziecka tajemnicą i nie zmuszać do milczenia oraz samodzielnego radzenia sobie z problemem. Należy pamiętać, że



niezależnie od sprawności wykonywania rodzicielskich obowiązków przez rodzica, dzieci potrzebują kontaktu z obojgiem rodziców oraz ich mądrej miłości, opieki i wsparcia.

Nauczyciele i wychowawcy są istotnym źródłem wsparcia dla dziecka przeżywającego kryzys związany z rozstaniem rodziców. Jeśli zaobserwujemy zmiany w zachowaniu dziecka i obniżenie osiąganych przez niego wyników w nauce, interpretujemy te zjawiska jako ważne sygnały informujące o tym, że dziecko potrzebuje pomocy. Warto w takiej sytuacji szczerze porozmawiać z rodzicami o poczynionych obserwacjach i wspólnie ustalić plan pomocy dziecku.

Nauczyciele i wychowawcy spotykają się z dziećmi codziennie i mają dobre warunki do wstępnej identyfikacji oraz rozpoznania występowania przemocy w rodzinie. Często są oni jedynymi osobami, którym dziecko ufa i do których może zwrócić się o pomoc. Najczęściej wyodrębnia się i charakteryzuje się cztery formy przemocy wobec dziecka: przemoc fizyczną, przemoc psychiczną, przemoc seksualną i zaniedbywanie. Przemoc fizyczna to wszelkie nieprzypadkowe działanie rodzica lub innej osoby odpowiedzialnej za dziecko, w wyniku którego dziecko doznaje obrażeń fizycznych lub jest nimi potencjalnie zagrożone. Symptomy przemocy fizycznej: siniaki, ślady uderzeń i skaleczeń, otarcia skóry na twarzy, klatce piersiowej, plecach, pośladkach, tylnych częściach nóg, ślady po oparzeniach, rany w różnych fazach gojenia się, niestosowny do pogody strój zakrywający zranienia.

Typowe zachowania dziecka krzywdzonego fizycznie: silny lęk przed rodzicem i powrotem do domu, niechęć do rozebrania się, np. podczas wieczornej toalety, czy lekcji WF, reagowanie lękiem na kontakt fizyczny (kulenie się, wzdryganie, w przypadku nagłego dotknięcia), przejawianie nadmiernej czujności, zachowania buntowniczo-agresywne.

Typowe zachowania rodziców lub innych dorosłych stosujących przemoc fizyczną: niezgłaszanie się po konieczną pomoc medyczną, sprzeczne lub nieprzekonujące wyjaśnienia dotyczące obrażeń dziecka, bądź odmowa wyjaśnień, wypowiedzanie się o dziecku w sposób negatywny.

Przemoc psychiczna - oddziaływanie środowiska pozbawiające dziecko wsparcia, w tym dostępności osoby znaczącej, która umożliwiłaby mu rozwój kompetencji emocjonalnych i społecznych adekwatnych do jego indywidualnych możliwości i kontekstu społecznego, w którym żyje.

Ten typ przemocy obejmuje szeroki zakres zachowań: wyzwiska, groźby i inne formy werbalnej agresji, terroryzowanie, straszenie, zawstydzanie, poniżanie, izolowanie, szantażowanie, nadmierne wymagania, nadmierną kontrolę, nadmierne ograniczanie swobody, stałe wzbudzanie poczucia winy, zawstydzanie i krytykowanie, odrzucenie, nadmierną opiekę lub zaniedbywanie potrzeb emocjonalnych.

Przemoc psychiczna niszczy poczucie wartości i sprawczości dziecka, zmniejsza poczucie przynależności oraz uniemożliwia prawidłowy rozwój. Symptomy przemocy psychicznej u dzieci: zaburzenia mowy wynikające z napięcia nerwowego, zaburzenia snu, dolegliwości psychosomatyczne (np. bóle brzucha, bóle głowy, mdłości), moczenie się i zanieczyszczanie (bez powodów medycznych), tiki nerwowe, nadmierne podporządkowanie się dorosłym, częste kłamstwa, silny lęk przed porażką, obniżony nastrój, rozdrażnienie, apatia, wycofanie, niskie poczucie własnej wartości.

Rodzice lub inni dorośli stosujący przemoc psychiczną wobec dziecka dystansują się wobec niego fizycznie i psychicznie, często spostrzegają je jako niewdzięczne, stwarzające celowo problemy, by dokuczyć i zranić opiekuna. Swoją negatywną i krytyczną postawę wobec dziecka uważają za rezultat niewłaściwego zachowania dziecka. W swoich wymaganiach wychowawczych nie uwzględniają

potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka.

Przemoc seksualna wobec dziecka – ma miejsce wtedy, gdy osoba dojrzała seksualnie poprzez świadome działanie czy też poprzez zaniedbywanie swoich społecznych obowiązków, dopuszcza się zaangażowania dziecka w jakąkolwiek aktywność seksualną. Światowa Organizacja Zdrowia proponuje używanie terminu „przemoc seksualna”, przez którą rozumie włączanie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest ono w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody, i/lub na którą nie jest dojrzałe rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób, i/lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajowymi danego społeczeństwa.

Symptomy przemocy seksualnej wobec dzieci to: ciąża, choroby weneryczne, nawracające infekcje dróg moczowo-płciowych, urazy zewnętrznych narządów płciowych, przerwanie błony dziewiczej, krwawienie z narządów rodnych, infekcje jamy ustnej, ból utrudniający siadanie lub chodzenie, nadmierna erotyzacja dziecka (prowokacyjne i uwodzicielskie zachowania seksualne, erotyczne rysunki lub zabawy, agresja seksualna wobec rówieśników, wczesna lub nasilona masturbacja dziecięca, nieadekwatna do fazy rozwoju psychoseksualnego, nieadekwatny do poziomu rozwoju dziecka język dotyczący sfery seksualnej). Wystąpienie pojedynczego objawu (oprócz ciąży, choroby wenerycznej, obecności plemników w ciele dziecka) na ogół nie jest dowodem krzywdzenia dziecka. Natomiast jego nasilenie oraz pojawienie się kolejnych objawów zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy.

Rodzic lub opiekun, który stosuje przemoc seksualną, zazwyczaj nadużywa alkoholu lub narkotyków, nie utrzymuje relacji z osobami spoza najbliższej rodziny, przejawia nadopiekuńczość w stosunku do dziecka, ogranicza jego kontakty z rówieśnikami.

Na zdrowie psychiczne i kryzys emocjonalny ma także wpływ zaniedbywanie - chroniczne lub incydentalne niezaspokajanie podstawowych potrzeb dziecka warunkujących jego prawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny. Istotą zaniedbywania jest brak właściwej i odpowiadającej określonym standardom opieki nad dzieckiem, za którą ponoszą odpowiedzialność opiekunowie prawni lub instytucje sprawujące opiekę nad dzieckiem. Zaniedbywanie obejmuje zarówno zachowania niekorzystne dla dziecka, jak i nierealizowanie zachowań korzystnych dla jego rozwoju. Możemy wyróżnić zaniedbywanie fizyczne, gdy rodzice nie zaspakajają potrzeb biologicznych, oraz zaniedbywanie psychiczne, obejmujące negowanie potrzeb emocjonalnych dziecka. Najbardziej powszechnymi formami zaniedbywania są: brak odpowiedniego jedzenia, ubrań, schronienia, opieki medycznej, porzucenie, lekceważenie bezpieczeństwa dziecka. Objawami zaniedbania dzieci są: głód, zmęczenie, apatia, bierność, zaburzony rozwój fizyczny i psychiczny (wzrost i waga poniżej normy, słabe zdolności motoryczne, opóźniony rozwój mowy), niechlujny wygląd (brudne włosy, ubranie niestosowne do pogody), brak opieki lekarskiej (brak szczepień ochronnych, niewyleczone rany, brak opieki stomatologicznej), brak podręczników i przyborów szkolnych, pozostawianie dziecka bez właściwej opieki.

W sytuacji podejrzenia krzywdzenia dziecka ważne jest, aby Rodzic:

- miał wiedzę na temat zjawiska przemocy wobec dzieci,
- zadbał o dobry kontakt z dzieckiem i posiadał umiejętność prowadzenia z nim rozmowy,
- znał procedury, do których może się odwołać, pomagając dziecku,
- szukał wsparcia i pomocy.

## Depresja dziecięca i kryzys samobójczy

Ważne jest, aby każdy Rodzic, nauczyciel i wychowawca wychowując lub pracując z dzieckiem w wieku 12–19 lat, posiadał wiedzę o silnej zależności pomiędzy występowaniem wśród młodzieży określonych zaburzeń psychicznych a wysokim ryzykiem samobójstwa. Okres dojrzewania stwarza szereg problemów natury psychicznej. W krótkim czasie (u dziewcząt w wieku 10–12 lat, a u chłopców w wieku 12–14 lat) dochodzi do intensywnych przemian biologicznych, psychologicznych i społecznych. Typowe dla tego okresu są postawy buntu, negacji norm i autorytetów, prowokacji oraz dążenia do odrębności i poszukiwanie sensu życia. Konieczne jest różnicowanie normalnych w tym wieku zachowań z objawami określonych zaburzeń psychicznych.

Depresja uznawana jest za jeden z najpoważniejszych problemów psychicznych wieku dziecięcego i młodzieńczego. Szacuje się, że przed ukończeniem 18. r. ż. nawet 20% nastolatków zapadnie na depresję. Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem i postępem dojrzewania płciowego. U dzieci depresja występuje rzadziej niż u nastolatków. W okresie dojrzewania dziewczęta chorują częściej niż chłopcy.

Do podstawowych objawów depresji należą:

- poczucie smutku i przygnębienia, obniżony nastrój pojawiający się rano i utrzymujący się przez większą część dnia, prawie codziennie, niezależnie od okoliczności,
- utrata zainteresowania działaniami, które zazwyczaj sprawiają przyjemność, lub zanik odczuwania przyjemności;
- spadek energii lub szybsze męczenie się.

Ponadto mogą występować objawy dodatkowe:

- zaburzenia snu (najbardziej typowe – wczesne budzenie się);
- myśli samobójcze;
- problemy z pamięcią i koncentracją uwagi;
- utrata wiary w siebie i/lub pozytywnej samooceny;
- poczucie winy (nadmierne i zwykle nieuzasadnione);
- spowolnienie psychoruchowe (rzadziej pobudzenie);
- zmiany łaknienia i masy ciała (częściej zmniejszenie apetytu niż jego zwiększenie).

Muszą pojawić się przynajmniej dwa podstawowe objawy oraz minimum dwa objawy dodatkowe spośród wymienionych powyżej, aby można było zdiagnozować depresję. Ponadto objawy te powinny utrzymywać się przynajmniej przez dwa tygodnie. Takie same kryteria depresji odnoszą się do dzieci i dorosłych, jednak przebieg choroby może się różnić w zależności od wieku. Należy podkreślić, że osoby cierpiące na depresję zarówno młode, jak i dorosłe wymagają specjalistycznego leczenia. Przewlekłe utrzymujący się smutek, przygnębienie, płaczliwość – te objawy mogą występować u dzieci i młodzieży, ale charakterystyczne są raczej dla pacjentów dorosłych.

U dzieci i młodzieży za charakterystyczny dla depresji uważa się nastrój drażliwy. Nastoletni pacjenci określają swój nastrój jako „smutno-zły”. Dzieci cierpiące na depresję mają skłonność do konfliktów, wybuchów złości i szybko tracą panowanie nad sobą, mogą wyglądać na wiecznie obrażonych, „naburmuszonych” i zbuntowanych, mogą sprawiać wrażenie „niegrzecznych”, nieprzystosowanych. Bywa, że odmawiają współpracy, niszczą przedmioty domowe lub szkolne. Ponadto cechą typową dla depresji u dzieci jest reaktywność nastroju. To oznacza, że miłe wydarzenia, np. otrzymanie prezentu czy spotkanie z przyjaciółmi, mogą na krótko poprawić dziecku samopoczucie. Zaburzenia snu i łaknienia częściej obserwowane są u nastolatków, dzieci natomiast zgłaszają częściej skargi na objawy somatyczne, takie jak: bóle głowy, brzucha, nudności, biegunki. Stany smutku i rozdrażnienia mogą wystąpić u zdrowego nastolatka, są one jednak krótkotrwałe i najczęściej związane są z negatywnym wydarzeniem, np. kłótnią z przyjaciółką. W depresji widoczna jest wyraźna zmiana zachowania w stosunku do wcześniejszego funkcjonowania dziecka, a dyskomfort psychiczny trwa przez większość czasu. Często pogarszają się wyniki szkolne i relacje z rówieśnikami. Może dochodzić do nasilenia zachowań ryzykownych czy nadużywania substancji psychoaktywnych. Zdarza się, że młodzież podejmuje działania autoagresywne. Dokonywanie samookaleczeń jest przejawem tego, że młody człowiek nie radzi sobie z napięciem i negatywnymi emocjami. Celem samookaleczenia jest zazwyczaj uzyskanie ulgi od przytłaczającego smutku, cierpienia, złości poczucia beznadziejności. Młodzież cierpiąca na depresję jest w grupie ryzyka podjęcia próby samobójczej, a samobójstwo należy do najczęstszych przyczyn zgonu w tej grupie wiekowej. Około 60% chorujących na depresję nastolatków ma myśli samobójcze, a około 30% podejmuje próbę samobójczą. Myśli samobójcze częściej występują u młodzieży niż u dzieci. Obecność myśli samobójczych u dzieci i młodzieży powinna być traktowana jako stan potencjalnego zagrożenia życia, szczególnie wtedy, gdy występują takie czynniki ryzyka jak: wcześniejsze próby samobójcze, ustalenie dokładnego planu samobójstwa oraz rodzinne występowanie prób samobójczych i depresji.

Ryzyko zachowań samobójczych należy rozważyć, gdy:

- młody człowiek mówi o poczuciu beznadziejności, bezradności, braku nadziei;
- mówi wprost lub pośrednio o samobójstwie, pisze list pożegnalny lub testament;
- w ostatnim czasie pozbywa się osobistych i cennych dla niego przedmiotów;
- w ostatnim czasie unika kontaktów, również z bliskimi kolegami, izoluje się, zamyka w sobie;
- w przeszłości podejmował już próby samobójcze;
- przejawiał inne zachowania ryzykowne, okaleczał się, spożywał alkohol, używał narkotyków itp.;
- w ostatnim czasie doświadczył trudnego wydarzenia czy sytuacji stresowej, np. przeżył stratę ważnej relacji z kimś bliskim lub śmierć bliskiej osoby;
- przejawia zainteresowanie tematyką śmierci, umierania, reinkarnacji, życia po śmierci itp., fascynują go znane osoby (np. gwiazdy popkultury), które popełniły samobójstwo.

Jak wówczas pomóc dziecku?

Wszelkie wypowiedzi dziecka czy nastolatka na temat beznadziejności i bezsensowności życia powinny być bardzo poważnie traktowane. Wciąż można spotkać się z nieprawdziwym stwierdzeniem, że jeśli nastolatek mówi o popełnieniu samobójstwa, to z pewnością tego nie zrobi.

Kiedy dziecko zaczyna mówić o śmierci, oznajmia, że chce się zabić lub rozdaje swoje rzeczy, koniecznie należy podjąć działanie. W pierwszej kolejności okazać mu swoje zainteresowanie, troskę i chęć pomocy. W trakcie rozmowy w cztery oczy, należy otwarcie zapytać o myśli samobójcze. Osoby doświadczające myśli rezygnacyjnych i samobójczych mają potrzebę mówienia o tym. Rozmowa zazwyczaj pozwala dziecku rozładować napięcie, przełamuje też osamotnienie, daje poczucie zrozumienia i wsparcia. Otwarta wymiana refleksji na temat samobójstwa pozwala także dostrzec i zrozumieć konsekwencje takiego czynu.

Adolescenci zazwyczaj podejmują próby samobójcze pod wpływem impulsu, nie myśląc o konsekwencjach swoich działań. W trakcie rozmowy nie należy prowadzić dyskusji o bezsensowności samobójstwa lub jego moralnych aspektach. Myśli samobójcze są często objawem depresji. Nie należy dziecku mówić, że jest niemądre i że sprawia same problemy wychowawcze. Nie wolno stosować interwencji paradoksalnych typu: „Skoro jest ci tak źle, to się zabij, droga wolna”. Zamiast tego warto okazać zrozumienie, empatię i wsparcie. W rozmowie z dzieckiem można powiedzieć: „Myśli samobójcze są bardzo przytłaczające. Wyobrażam sobie, jak bardzo cierpisz. Zrobię wszystko, abyś poczuł się lepiej. Wspólnie będziemy szukać najlepszej pomocy dla Ciebie”. Wypowiedziane przez dziecko groźby samobójcze trzeba traktować bardzo poważnie. Należy niezwłocznie zawiadomić o nich dyrekcję szkoły, wychowawcę dziecka, żeby także na terenie placówki dziecko zostało objęte specjalistyczną pomocą. Rodzic powinien wezwać pogotowie ratunkowe i pozostać z dzieckiem aż do przyjazdu służb medycznych. Następnie należy upewnić się, czy dziecko uzyskało właściwą opiekę medyczną w szpitalu.

Równie poważnie należy traktować samookaleczenia, np. nacięcia na przedramionach czy udach. Ignorowanie zachowań autoagresywnych może doprowadzać do nasilenia poczucia osamotnienia ze strony młodego człowieka i skłaniać do kolejnych, czasami jeszcze bardziej drastycznych aktów autoagresji. Jeśli dziecko zgłasza myśli samobójcze bez konkretnych planów, należy w trybie pilnym skontaktować je z psychiatrą lub psychologiem klinicznym, gdyż ci specjaliści mogą najlepiej oszacować aktualny stan psychiczny dziecka i ryzyko popełnienia samobójstwa oraz właściwie zaplanować dalszą pomoc dla dziecka i jego rodziny. W przypadku nasilonych myśli samobójczych i wyjątkowo złego samopoczucia dziecka rodzice powinni udać się z nim niezwłocznie do posiadającego oddział dziecięcy szpitala psychiatrycznego, który aktualnie ma ostry dyżur, a jeśli nie ma takiej możliwości, wezwać karetkę pogotowia. Szybka i zdecydowana interwencja może ocalić życie dziecku.

Jeśli nauczyciel lub wychowawca podejrzewa, że myśli samobójcze ucznia/wychowanka są związane z przemocą w rodzinie, powinien poinformować o tym jego rodziców, zapewnić dziecku pomoc (zgodnie z Polityką ochrony dzieci przed krzywdzeniem w Zespole Placówek w Gołotczyźnie oraz Procedurami postępowania w sytuacjach trudnych i kryzysowych istniejącymi w naszej placówce). Zapobieganie samobójstwom wśród dzieci i młodzieży jest możliwe, ale wymaga całej serii systematycznych działań, począwszy od zapewnienia optymalnych warunków do rozwoju, poprzez efektywne leczenie zaburzeń psychicznych, a skończywszy na kontrolowaniu czynników ryzyka w środowisku. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że wczesne rozpoznanie i właściwe leczenie zaburzeń psychicznych odgrywa ważną rolę w zmniejszaniu liczby podejmowanych prób samobójczych.

Przeciwdziałanie samobójstwom dzieciom i młodzieży jest niezwykle trudnym i bardzo złożonym problemem. Wymaga współdziałania wielu instytucji i służb oraz specjalistów z wielu dziedzin, przede wszystkim psychologów, pedagogów szkolnych, wychowawców oraz psychiatrów i Rodziców. W celu zmniejszenia liczby samobójstw wśród najmłodszych nasi wychowankowie są objęci m.in.

programami profilaktycznymi zaburzeń psychicznych, promocją zdrowia psychicznego.

Drodzy Rodzice, mamy nadzieję, że powyższy referat poszerzył Waszą wiedzę o kryzysie emocjonalnym dziecka i jak należy je wspierać w przypadku wystąpienia lub podejrzenia kryzysu emocjonalnego u własnego dziecka. Dobro Waszych dzieci zależy od naszej wzajemnej ścisłej współpracy w zakresie ochrony ich zdrowia psychicznego.

\* W referacie wykorzystano materiały ORE Warszawa oraz z książki „*Jak wspierać by naprawdę pomóc*” A. Sójka