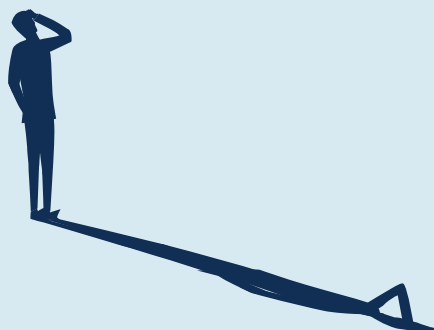




UCZEŃ W KRYZYSIE PSYCHICZNYM

Niezbędnik dla nauczycieli i wychowawców



Kamila Lenkiewicz

Uczeń w kryzysie psychicznym

**Niezbędnik dla nauczycieli
i wychowawców**

Warszawa 2024

Mazowiecka Rada Oświatowa

Uczeń w kryzysie psychicznym. Niezbędnik dla nauczycieli i wychowawców

Autor: dr Kamila Lenkiewicz

Copyright©Penuel Tomasz Rowiński 2024
e-mail: tomasz.rowinski@gmail.com
604 540 664

Wydawca: Mazowieckie Samorządowe Centrum Doskonalenia Nauczycieli

Projekt okładki: Anna Kostadinov

Redakcja: Izabela Jurek

Redakcja techniczna: Justyna Domagała

ISBN 978-83-938184-9-5

Wydanie II zaktualizowane

25^{lat} Mazowsze

Spis treści

Krótką charakterystyką systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży	7
Krótką charakterystyką zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży	11
Uczeń z zaburzeniami lękowymi	13
Uczeń z zaburzeniami w funkcjonowaniu społecznym	18
Uczeń z zachowaniami samobójczymi	22
Uczeń z samookaleczeniami	28
Uczeń z zaburzeniami stresowymi pourazowymi	34
Bibliografia	41
Projekt Niebieska Skrzyneczka Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży	44





Otoczający świat narzuca nam coraz szybsze tempo życia, prowadzące do poczucia niepewności, stresu, braku motywacji do działania. Wraz z nauczycielami, pedagogami, psychologami i rodzicami szczególnie troszczymy się o dobrostan dzieci i młodzieży. Naszym wspólnym obowiązkiem jest wspieranie uczniów, reagowanie na ich potrzeby emocjonalne oraz budowanie odporności na niepowodzenia, pokonywanie przeciwności, stawianie czoła wyzwaniom. Bardzo ważne jest, aby jak najwcześniej dostrzec problem, z jakim boryka się młody człowiek i odpowiednio zareagować, tworząc sieć wsparcia społecznego.

Rolą niniejszej publikacji jest wskazanie nauczycielom, jakie kroki należy podjąć po zaobserwowaniu niepokojących zachowań ucznia. Warto podkreślić, że dzieci często ukrywają swoje problemy przed rodzicami, którzy nie są świadomi, z czym zmagają się ich pociechy.

Szanowni Państwo, gdy zaobserwujecie zmiany w zachowaniu ucznia, sposobie komunikowania się, ocenach szkolnych, zareagujcie, wdrażając odpowiednie działania interwencyjne. W niezbędniku została również opisana inicjatywa Młodzieżowego Sejmiku Województwa Mazowieckiego Niebieskie Skrzynek Zdrówia Psychicznego Dzieci i Młodzieży.

Zachęcam szkoły do przystąpienia do tego projektu.

Anna Brzezińska

Członek Zarządu Województwa Mazowieckiego

Krótką charakterystyka systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

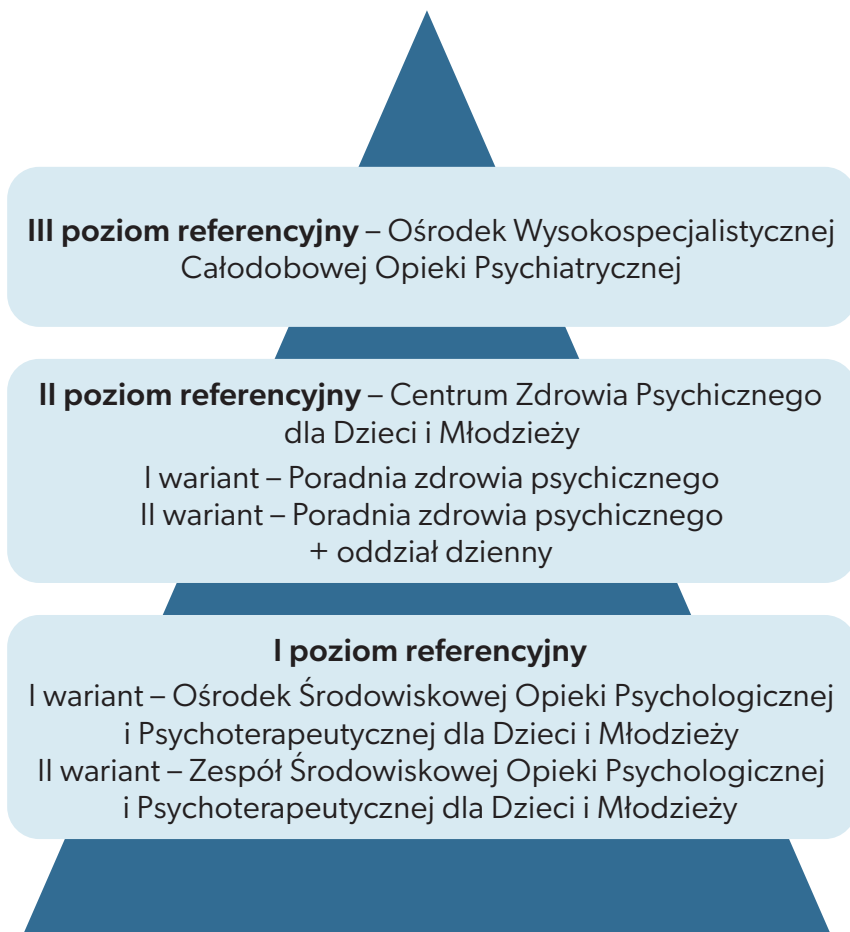
Pomoc dzieciom i młodzieży należy traktować jako proces, na którego kolejnych etapach są włączani specjaliści pracujący w sektorze oświaty, ochrony zdrowia oraz w innych instytucjach/organizacjach mających na celu wesprzeć rodziców/opiekunów prawnych w realizacji ich obowiązku. Nie można w pełni wspierać ucznia będącego w kryzysie psychicznym w realizacji celów edukacyjnych bez współpracy szkoły/przedszkola z podmiotami medycznymi i rodziną. Nie zapewni się dziecku/nastolat-kowi właściwego procesu leczenia bez włączenia w niego przedstawicieli edukacji. Zatem sektor edukacji i zdrowia psychicznego powinny ze sobą współpracować na

rzecz zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży ze szczególnym zaangażowaniem ich rodziców/opiekunów prawnych.

System ochrony zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży w Polsce składa się z trzech poziomów referencyjnych (Dz.U. poz.1640 z późn.zm.), które świadczą usługi dla dzieci, młodzieży i młodych dorosłych do ukończenia 21 r.ż. pod warunkiem kontynuowania przez nich nauki w szkole ponadpodstawowej.

Lista wszystkich ośrodków dostępna jest na stronie Narodowego Funduszy Zdrowia¹ oraz na Indywidualnym Koncie Pacjenta (IKP).

¹ <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>



Rysunek 1. System trzypoziomowej opieki w psychiatrii dzieci i młodzieży²

➤ **Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży (OŚOPiP)** udziela kompleksowej i interdyscyplinarnej pomocy w obszarze zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży będących w kryzysie psychicznym. Swoimi od-

działaniami obejmuje również najbliższe środowisko pacjenta, czyli rodziców/rodzeństwo, szkołę/przedszkole i grupę rówieśników. Zespół składa się z psychologów diagnostów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży.

Do skorzystania z oferty Ośrodka nie jest wymagane skierowanie lekarskie, ale wymagana jest zgoda rodziców/opiekunów prawnych na proces diagnozy i leczenia. Świadczenia udzielane są minimum pięć dni w tygodniu, w tym dwa razy do godziny 20:00. Obejmują one m.in.:

² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/informacja-o-aktualnym-stanie-prac-nad-reforma-w-sys-temie-ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-młodzieży>

- diagnozę psychologiczną, ze szczególnym uwzględnieniem roli szkoły/przedszkola w procesie,
- wsparcie psychologiczne dla dziecka i jego środowiska,
- psychoterapię indywidualną, rodzinną i grupową,
- terapię środowiskową ukierunkowaną na pracę m.in. ze szkołą/przedszkolem,
- wsparcie psychospołeczne przedstawicieli otoczenia pacjenta, w tym przedstawicieli systemu oświaty (Centrum CBT, 2023a)³.

Przedstawiciele systemu oświaty najczęściej będą współpracować z terapeutą środowiskowym dzieci i młodzieży, którego głównym celem oddziaływań jest kompleksowe wsparcie dzieci i młodzieży z problemami psychicznymi w ich powrocie do zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem najbliższego otoczenia stanowiącego dla nich sieć wsparcia społecznego. Cel ten realizowany jest przez:

- *wsparcie procesu diagnozy* poprzez uzyskanie niezbędnej wiedzy o pacjencie od jego nauczycieli/wychowawcy i/lub poprzez obserwację dziecka w jego naturalnym środowisku, np. w grupie rówieśniczej podczas lekcji szkolnej.
- *wsparcie procesu psychoterapeutycznego*, jeśli realizacja ustalonych celów zdrowienia dziecka nie jest możliwa

do osiągnięcia bez wsparcia ze strony przedstawicieli grona pedagogicznego pracującego z nim na co dzień. Terapeuta środowiskowy współpracuje z nauczycielami i innymi specjalistami systemu oświaty, w tym z pedagogiem/psychologiem szkolnym. Współpraca ta może przyjąć formę zajęć warsztatowych prowadzonych w klasie, indywidualnych konsultacji dla kadry pedagogicznej oraz sesji wsparcia psychospołecznego.

- *wsparcie powrotu do szkoły pacjenta-ucznia po dłuższej nieobecności spowodowanej chorobą*, zadaniem terapeuty środowiskowego jest przygotowanie grona pedagogicznego na powrót ucznia poprzez omówienie zaleceń zespołu leczącego oraz, jeśli jest taka potrzeba, wsparcie przedstawicieli szkoły w przygotowaniu i podejmowaniu działań w pierwszym okresie po powrocie ucznia.
- *wsparcie osób z sieci wsparcia społecznego*, które może mieć charakter konsultacji indywidualnych, jak i grupowych. Zawsze musi ono jednak służyć zdrowieniu konkretnego pacjenta-ucznia.



Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży udziela pomocy w obszarze zdrowia psychicznego dzieciom, młodzieży i młodym dorosłym do ukończenia przez nich 21 r.ż. pod warunkiem kontynuowania przez nich nauki w szkole ponadpodstawowej, którzy wymagają diagnozy psychiatrycznej lub leczenia farmakologicznego. W skład Centrum wchodzi Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży oraz Oddział Rehabilitacyjny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży oferujący pobyt dzienny wraz z możliwością realizacji obowiązku nauki.

³ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-organizacyjne-i-merytoryczne-dla-podmiotu-nowego-modelu-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dla-dzieci-i-mlodziezy>

Zespół Poradni Zdrowia Psychicznego składa się z lekarza psychiatry, psychologa diagnosty, psychoterapeutów. Poradnia jest czynna co najmniej 5 dni w tygodniu, w tym dwa razy w tygodniu w godzinach popołudniowych. Nie jest wymagane skierowanie lekarskie. Realizowane świadczenia w Poradni:

- diagnoza psychologiczna,
- diagnoza psychiatryczna,
- farmakoterapia,
- psychoterapia indywidualna, grupowa i rodzinna,
- współpraca ze środowiskiem pacjenta, w tym ze specjalistami szkół/ przedszkoli, m.in. w ramach sesji koordynacji (Centrum CBT, 2023b)⁴.

Oddział Rehabilitacyjny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży realizuje świadczenia przez co najmniej 3 godziny 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku), oferując oddziaływania terapeutyczne (psychoterapię indywidualną, rodzinną, grupową, terapię zajęciową, wsparcie psychologiczne, społeczność). Oddziaływania w ramach oddziału adresowane są do dzieci/nastolatków wymagających intensywniejszych oddziaływań terapeutycznych prowadzonych

w grupie rówieśniczej. Szczególnie dotyczy to osób, które z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym przestały realizować lub w znacznym stopniu ograniczyły realizację obowiązku szkolnego i obowiązków wynikających z ról społecznych i norm rozwojowych. Do przyjęcia na oddział wymagane jest skierowanie lekarskie.



Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej stanowi wsparcie dla dzieci, nastolatków i młodych dorosłych do 21 r.ż. realizujących obowiązek edukacji w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia, wymagających całodobowej opieki specjalistycznej.

Mapa ośrodków psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na Mazowszu oraz wzór porozumienia o współpracy pomiędzy placówką systemu oświaty a podmiotem leczniczym (OŚOPiP) znajdują się na stronie <https://mscdn.pl/dzialania-mazowieckiej-rady-oswiatowej/>.

⁴ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/standardy-organizacyjne-i-merytoryczne-dla-podmiotow-nowego-modelu-systemu-ochrony-zdrowia-psychicznego-dla-dzieci-i-mlodziezy>

Krótki charakterystyka zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży

Zaburzenia psychiczne w populacji polskich dzieci i młodzieży mogą dotyczyć 13-16% osób poniżej 18 roku życia (Moskalewicz, Wciórka 2021). Jest to zbliżone do światowego wskaźnika rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w tej grupie wiekowej (Polańczyk i wsp. 2015). *Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II)*, prowadzone w latach 2018-2020 na polskiej populacji wykazało, że co ósme dziecko w wieku 7-17 lat ma za sobą doświadczenie kryzysu psychicznego (Moskalewicz, Wciórka 2021). W grupie wiekowej 7-11 lat najczęściej występowały zaburzenia lękowe, a powyżej 11 r.ż. dominowały zaburzenia odżywiania. Wraz z wiekiem wzrastał odsetek osób doświadczających kryzysu psychicznego. Największy wzrost odnotowano w przypadku zaburzeń związanych z piciem alkoholu, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, zaburzeń zachowania i opozycyjno-buntowniczych oraz zaburzeń

depresyjnych. Szczyt nasilenia występowania zaburzeń psychicznych przypada na wiek 16-17 lat, co może być związane z kryzysem dorastania oraz większą wrażliwością na wymagania środowiska zewnętrznego, np. rodzinnego, szkolnego czy rówieśniczego. Płeć nie różnicuje rodzaju i częstości występowania zaburzeń psychicznych.

Warto podkreślić, że dodatkowym czynnikiem pozytywnie skorelowanym z występowaniem zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży jest izolacja i niepewność związana z pandemią COVID-19. Jednym z jej skutków jest wzrost występowania stanów lękowych, uzależnienia od telefonu, zachowań autoagresywnych oraz zaburzeń depresyjnych, odżywiania i koncentracji uwagi (Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę 2020; Fundacja Szkoła z Klasą 2020; Instytut Profilaktyki Zintegrowanej 2021). Ponadto o pogarszającej się kondycji psychicznej dzieci i nastolatków świadczy gwałtowny

wzrost prób samobójczych w 2021 i 2022 r. Zachowania samobójcze szczególnie nasiliły się w grupie dziewcząt – wzrost o 101% (Komenda Główna Policji 2022). Warto pamiętać, że według Światowej Organizacji Zdrowia na każdą odnotowaną w statystykach śmierć samobójczą przypada od 100 do 200 prób samobójczych (Goldsmith i in. 2002). Można zatem przyjąć, że statystyki dotyczące prób samobójczych (przy czym metodologia ich identyfikacji/zbierania danych może budzić wątpliwości) są niedoszacowane. Zgodnie z powyższym np. w 2021 r. w Polsce realnych prób samobójczych wśród osób poniżej 18 r.ż. mogło być od 12 700 do 25 400.

Spoglądając zarówno na dane epidemiologiczne, jak i dane statystyczne Komendy Głównej Policji, można wnioskować, że każdy nauczyciel w polskiej szkole ma kontakt z uczniem w kryzysie psychicznym. Ponadto wyłaniający się obraz kondycji psychicznej dzieci i młodzieży wskazuje na konieczność podejmowania m.in. przez nauczycieli i wychowawców działań interwencyjnych, mających na celu przywrócenie dobrostanu psychicznego wśród dzieci i młodzieży, aby móc realizować główny cel podmiotów oświaty, jakim jest edukacja. Wydaje się, że jesteśmy w sytuacji, w której sam podmiot oświaty oraz sami nauczyciele nie są w stanie efektywnie wesprzeć dzieci i młodzieży (rodziny) w kryzysach psychicznych. Będą one najbardziej efektywne, jeśli w ramach pomocy szkoła będzie współpracowała z rodziną i zewnętrznymi specjalistami z obszaru

zdrowia psychicznego (psychologiem, psychoterapeutą, terapeutą środowiskowym dzieci i młodzieży), tworząc tym samym sieć wsparcia społecznego dla dzieci.

Niepokojące dla nauczycieli i wychowawców powinny być m.in.: 1) każdorazowa zmiana w zachowaniu ucznia; 2) zmiana w stopniach szkolnych – zarówno ich obniżenie, jak i znaczna poprawa, która jest połączona ze zmianą w zachowaniu; 3) opuszczanie lekcji bez usprawiedliwienia przez ucznia, który nigdy wcześniej tego nie robił; 4) chodzenie w bluzkach z długimi rękawami w upały; 5) nagły ubytek masy ciała; 6) zgłaszanie skarg somatycznych – bóli brzucha, głowy, kołatania serca, problemów ze snem. Zmiany zauważone w zachowaniu dziecka/nastolatka powinny dorosłych zachęcać do większej uważności na wypowiediane przez niego treści i poszukiwania przyczyn obserwowanej różnicy w zachowaniu. Aby to ułatwić, oddajemy w Państwa ręce opracowanie, mające na celu wsparcie w podejmowaniu działań interwencyjnych wobec dziecka będącego w kryzysie psychicznym.

Uczeń z zaburzeniami lękowymi

Zaburzenia lękowe są najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym u dzieci i młodzieży. Jest nimi dotkniętych 6-20% populacji w ciągu życia (Grzegorzewska, Cierpiałkowska, Borkowska 2020). Wśród dzieci w wieku szkolnym najczęściej obserwuje się uogólnione zaburzenia lękowe, lęk napadowy (zaburzenia paniczne), mutyzm wybiórczy i lęk społeczny. Zaburzenia te negatywnie wpływają na funkcjonowanie społeczne.

Dziecko z uogólnionym lękiem najczęściej odczuwa nieuzasadnioną obawę o najbliższych, zdrowie, przyszłość, własne niepowodzenia szkolne i swoje funkcjonowanie w sytuacjach społecznych oraz o sytuację na świecie, w tym o wojnę i katastrofę. Lęk ten przybiera formę zamartwiania się bez obiektywnych ku temu przesłanek, a dziecko dopomina się od dorosłych, aby je zapewniali, że nic złego się nie stanie. Ponadto często skarży się na różne objawy

somatyczne, takie jak bóle i/lub zawroty głowy, bóle brzucha, wymioty, kołatanie serca, suchość w ustach, potliwość, problemy ze snem i trudności z koncentracją.

Uczeń z napadowym lękiem doświadcza nagłych, nieprzewidywalnych ataków silnego lęku z poważnymi objawami somatycznymi, takimi jak: uczucie duszności, dławienia, omdlenia, kołatanie serca i bóle w klatce piersiowej oraz zawroty głowy. Myśli w trakcie napadu koncentrują się wokół utraty kontroli nad własnym zachowaniem i zbliżającej się śmierci. Uogólniony lęk, jak i lęk napadowy przekłada się na częstą absencję z powodu objawów somatycznych lub wręcz odmowę chodzenia do szkoły.

Lęk społeczny przejawia się w nieustających obawach dziecka dotyczących braku akceptacji ze strony dorosłych i innych dzieci. W ich obecności czuje się skrępo-

wane i zawstydzone, co przekłada się na wycofanie w kontaktach z nimi, niepodejmowanie inicjatywy i unikanie sytuacji, w których jest narażone na ekspozycję społeczną, np. przy odpowiadaniu ustnym na forum klasy jąka się, mówi bardzo cicho lub w ogóle nie odpowiada, wybucha płaczem. Te zachowania nie pojawiają się w kontaktach z najbliższymi.

Mutyzm wybiórczy przejawia się w lęku przed mówieniem i rozpoczyna się najczęściej w wieku przedszkolnym. Dziecko potrafi mówić i płynnie mówi w jednym środowisku, np. w domu, a nie mówi w innym, np. w szkole. Dodatkowo dzieci częściej rozmawiają na przerwach niż na lekcjach i łatwiej rozmawiają z rówieśnikami niż z dorosłymi. Często dzieci z mutyzmem wybiórczym są nieśmiałe, lękliwe i towarzyszy im lęk społeczny.

W pracy z uczniem z zaburzeniami lękowymi należy podjąć następujące kroki:



**ZABURZENIA
LĘKOWE SĄ NAJCZĘŚCIEJ
WYSTĘPUJĄCYM
ZABURZENIEM
PSYCHICZNYM U DZIECI
I MŁODZIEŻY. JEST NIMI
DOTKNIĘTYCH 6-20%
POPULACJI W CIĄGU ŻYCIA.**

Zaobserwowanie zmiany w zachowaniu ucznia – podejrzenie zaburzeń lękowych



Zaobserwowanie zachowań charakterystycznych dla zaburzeń lękowych (m.in. częsta absencja z powodu skarg somatycznych, omdlenia, zgłaszanie kołatania serca, unikanie sytuacji społecznych, trudności z odpowiadaniem na forum klasy, trudności w nawiązywaniu kontaktu z innymi).



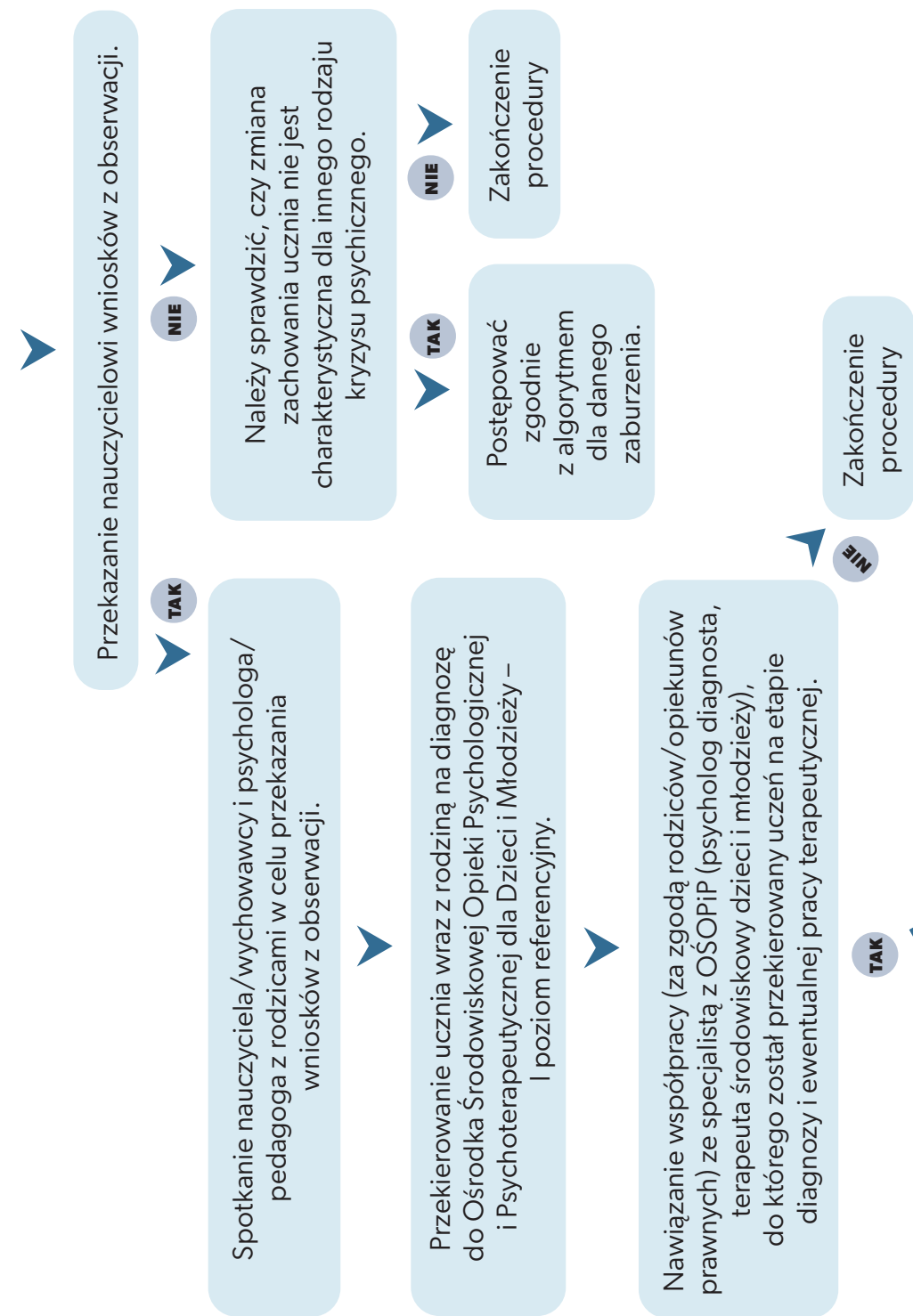
Należy sprawdzić, czy zmiana zachowania ucznia nie jest charakterystyczna dla innego rodzaju kryzysu psychicznego.

Przekazanie wniosków z obserwacji psychologowi lub pedagogowi szkolnemu.



Obserwacja ucznia w klasie oraz na przerwie, rozmowa indywidualna i przeprowadzenie badania zestawem narzędzi diagnostycznych z obszaru emocjonalno-społecznego, osobowościowego i poznawczego.







Uczestnictwo w sesji koordynacji ze specjalistami z OŚOPiP w celu zaplanowania oddziaływań w Ośrodku i w szkole.



We współpracy z terapeutą środowiskowym dzieci i młodzieży przeprowadzenie na terenie szkoły zaplanowanych oddziaływań, np. przygotowanie i przeprowadzenie warsztatów dla klasy w celu poprawy relacji ucznia doświadczającego kryzysu psychicznego z klasą.



Po zakończeniu oddziaływań w OŚOPiP ponowne przeprowadzenie przez psychologa/pedagoga szkolnego badania zestawem narzędzi diagnostycznych z obszaru emocjonalno-społecznego, osobowościowego i poznawczego.



Zakończenie
procedury

Uczeń z zaburzeniami w funkcjonowaniu społecznym

W literaturze przedmiotu brak jest wystarczających danych pozwalających na ocenę rozpowszechnienia zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym w populacji dzieci i młodzieży. Szacuje się je jednak na poziomie 6-17%. Szczyt trudności w funkcjonowaniu społecznym przypada na 14 rok życia (Janas-Kozik, Wolańczyk 2021). Nastolatek z zaburzeniami w funkcjonowaniu społecznym najczęściej przejawia zachowania zagrażające zdrowiu i życiu (samookaleczenia i powtarzające się próby samobójcze, postępowanie niezgodne z normami społecznymi, tj. nadużywanie substancji psychoaktywnych, ucieczki z domu, przedwczesne podejmowanie życia seksualnego. Bardzo często tym zachowaniom towarzyszy obniżony nastrój, wszechogarniająca pustka i/lub rozdrażnienie, agresja i impulsywność, jak i bardzo niska samoocena, niepewność tożsamości, w tym też tożsamości seksualnej. Relacje z innymi są niestabilne i intensywne, charakteryzujące się naprze-

miennie występującym zachwytem i odrzuceniem. Naznaczone są m.in. kłamstwami, szantażowaniem, wzbudzaniem poczucia winy, zazdrością, jak również domaganiem się ciągłej opieki i troski.

W pracy z uczniem z zaburzeniami w funkcjonowaniu społecznym należy podjąć następujące kroki:



**Zaobserwowanie zmiany w zachowaniu ucznia –
podejrzenie zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym**



Zaobserwowanie zachowań charakterystycznych dla trudności w funkcjonowaniu społecznym (m.in. podejmowanie zachowań ryzykownych zagrażających zdrowiu i życiu, jak i niezgodnych z normami społecznymi, niestabilność w relacjach z innymi, niska samoocena, obniżony nastrój lub rozdrażnienie, impulsywność).



Należy sprawdzić, czy zmiana zachowania ucznia nie jest charakterystyczna dla innego rodzaju kryzysu psychicznego.

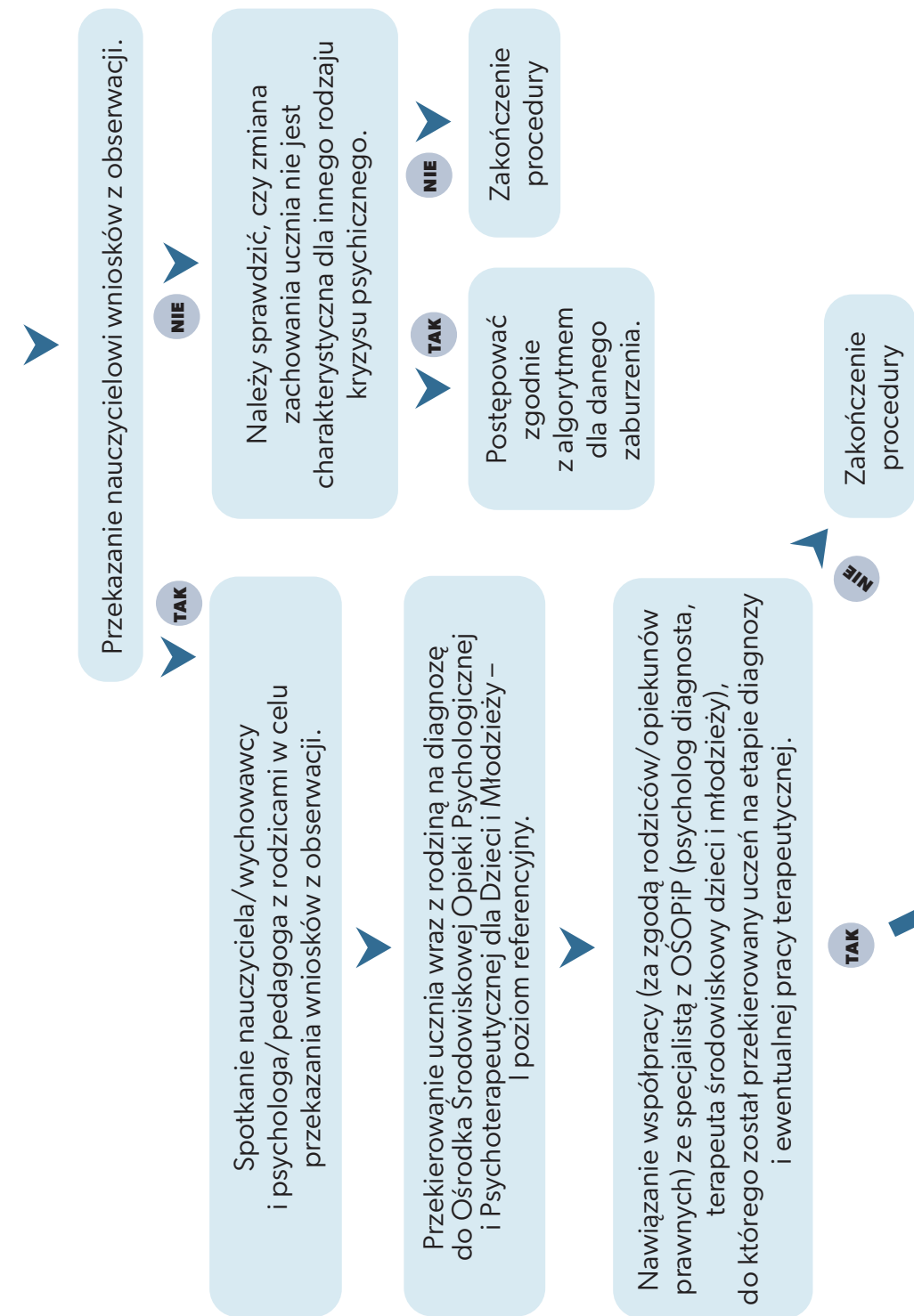


Przekazanie wniosków z obserwacji psychologowi lub pedagogowi szkolnemu.



Obserwacja ucznia w klasie oraz na przerwie, rozmowa indywidualna i przeprowadzenie badania zestawem narzędzi diagnostycznych z obszaru emocjonalno-społecznego, osobowościowego i poznawczego.







Uczestnictwo w sesji koordynacji ze specjalistami z OŚOPiP
w celu zaplanowania oddziaływań w Ośrodku i w szkole.



Przeprowadzenie sesji dialogu antycypacyjnego mającego na celu wzmocnienie
współpracy pomiędzy szkołą, uczniem i jego rodzicami/opiekunami prawnymi.



Po zakończeniu oddziaływań w OŚOPiP ponowne przeprowadzenie przez
psychologa/pedagoga szkolnego badania zestawem narzędzi diagnostycznych
z obszaru emocjonalno-społecznego, osobowościowego i poznawczego.



Zakończenie
procedury

Uczeń z zachowaniami samobójczymi

Samobójstwa stanowią drugą przyczynę zgonów młodzieży w Polsce i w wielu innych krajach europejskich (Janas-Kozik, Wolańczyk 2022). W ostatnich latach widzimy gwałtowny wzrost zachowań samobójczych wśród adolescentów, szczególnie w populacji dziewcząt. Z badań przeprowadzonych na populacji polskich nastolatków (EZOP II 2021) wynika, że 5,7% nastolatków w wieku 12-17 lat kiedykolwiek w życiu podejmowało działania samobójcze.

Według Raportu WHO (2014) przez zachowania samobójcze rozumie się myśli samobójcze, planowanie samobójstwa, próby samobójcze i samobójstwa. Szacuje się, że w populacji nastolatków próby samobójcze występują nawet 100 i więcej razy częściej niż samobójstwa dokonane. Jednym z powodów jest fakt ponawiania próby samobójczej przez co piątego adolescenta w ciągu kolejnego roku, a co trzecia ofiara samobójstwa ma w wywiadzie wcześniejsze próby samobójcze (Janas-Kozik, Wolańczyk 2022). W danych statystycznych Komendy Głównej Policji najwyższą liczbę samobójstw polskich nastolatków zaobserwowano w maju,

a najniższą w okresie wakacji. Ponad 1/3 samobójstw miała miejsce w domu. Najczęściej akty samobójcze dokonywane są poprzez powieszenie, skok z wysokości i rzućenie się pod pojazd, a próby samobójcze dokonywane są przez zażycie leków.

Najbardziej stałymi przyczynami podejmowania zachowań samobójczych wśród nastolatków jest poczucie beznadziejności, które przekłada się na obniżenie poczucia sensu życia oraz wzmacnia wycofywanie się z aktywności życiowych. Często jest to też wynikiem obniżonego nastroju, który w zachowaniu ucznia może przejawiać się buntem i rozdrażnieniem albo izolacją społeczną. Doświadczane trudności, które przyczyniły się do podjęcia przez nastolatków próby samobójczej, dotyczą nie tylko rodziny, ale również przyjaźni, relacji uczuciowych, konfliktów z nauczycielami i dyrektorami szkół czy problemów z prawem. Ponadto samobójstwa mogą być wynikiem zaburzeń nastroju (depresji), zaburzeń lękowych czy zespołu stresu pourazowego.

W pracy z uczniem z zachowaniami samobójczymi należy podjąć następujące kroki:



Powołanie zespołu interwencyjnego, w skład którego wchodzi przedstawiciele grona pedagogicznego: dyrektor szkoły lub zastępca dyrektora, wychowawcy, psycholog i/lub pedagog szkolny



Objęcie każdego członka zespołu psychoedukacją dotyczącą:

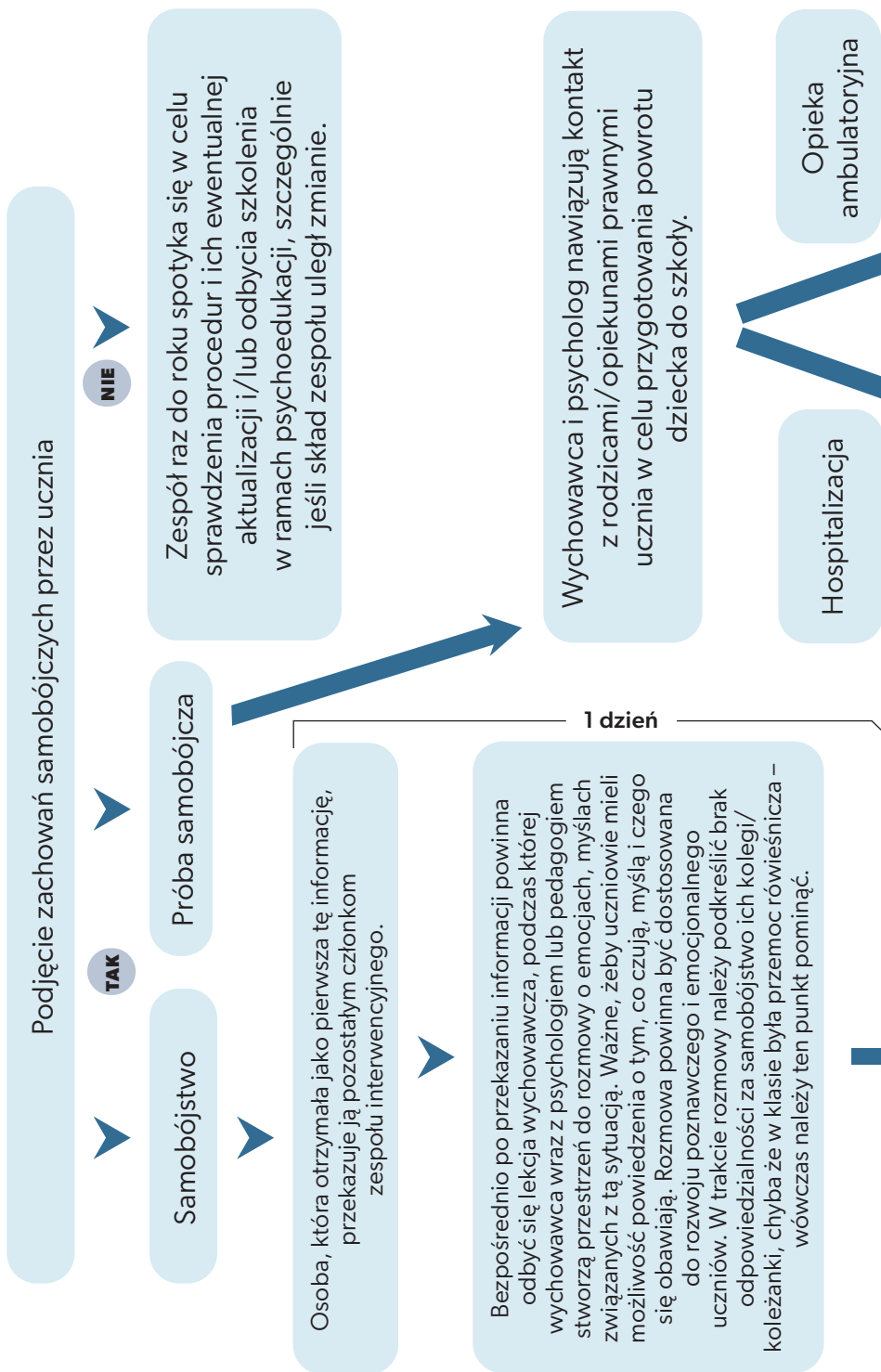
- czynników ryzyka i ochronnych dla zachowań samobójczych,
- sygnałów ostrzegawczych,
- technik komunikacji z uczniem zgłaszającym obecność myśli samobójczych lub informującym o wcześniejszych próbach samobójczych,
- techniki *problem solving*,
- radzenia sobie ze stresem.

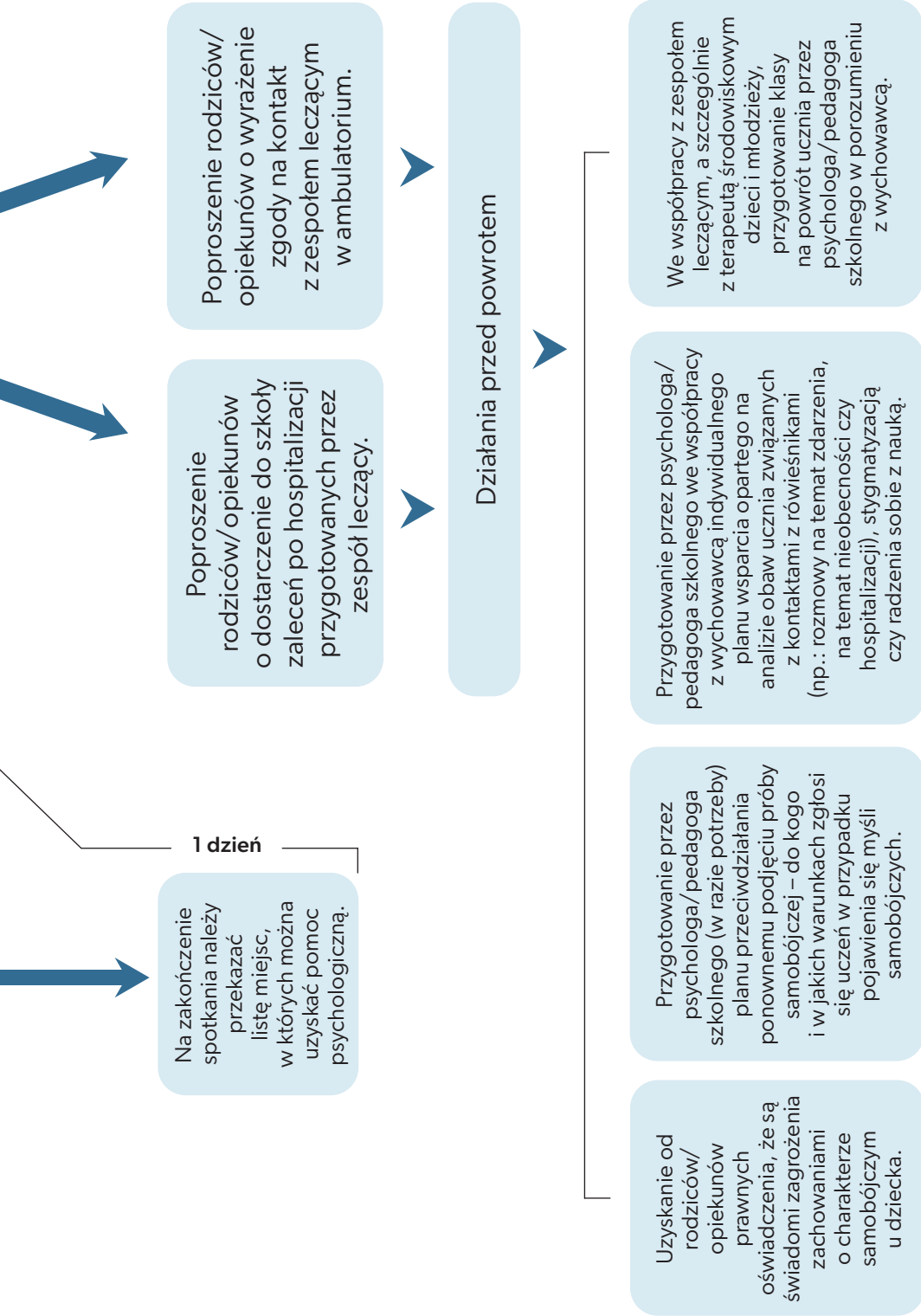


Opracowanie procedur działania w sytuacji podjęcia przez ucznia szkoły zachowań samobójczych.

Należy m.in. ustalić obszary odpowiedzialności poszczególnych członków zespołu:

- **dyrektor szkoły lub zastępca dyrektora** – odpowiedzialny za kontakt z organami nadzorującymi i organem prowadzącym, w tym z wydziałem oświaty i wychowania, kuratorium, policją, jest także odpowiedzialny za nadzór nad realizacją szkolnych procedur;
- **wychowawca/nauczyciel** – działa zgodnie z procedurami szkoły, w tym powiadamia rodziców o samobójczych zachowaniach ich dziecka, pozostaje w ścisłym kontakcie z rodzicami dziecka po próbie samobójczej w trakcie jego hospitalizacji i ściśle współpracuje z nimi po jego powrocie do szkoły. Monitoruje funkcjonowanie pozostałych uczniów w klasie;
- **psycholog lub pedagog szkolny** – działa zgodnie z procedurami szkoły, w tym odpowiada za podjęcie pierwszych oddziaływań interwencji kryzysowej wobec klasy ucznia z zachowaniami samobójczymi. Ściśle współpracuje z zewnętrznymi interwentami kryzysowymi, jeśli tacy zostali zaproszeni do szkoły. Po powrocie ucznia po hospitalizacji lub innej formie leczenia będącej następstwem podjętej próby samobójczej jest odpowiedzialny za indywidualne wsparcie ucznia na terenie szkoły.





Działania po powrocie

Podjęcie ścisłej współpracy z rodzicami/opiekunami ucznia wyrażającej się w cotygodniowym kontakcie wyznaczonego członka zespołu interwencyjnego.

Regularne, cotygodniowe spotkania ucznia z psychologiem/pedagogiem szkolnym mające na celu:

- udzielanie wsparcia na terenie szkoły,
- przeciwdziałanie wykluczenia z grupy rówieśniczej,
- monitorowanie sygnałów ostrzegawczych.

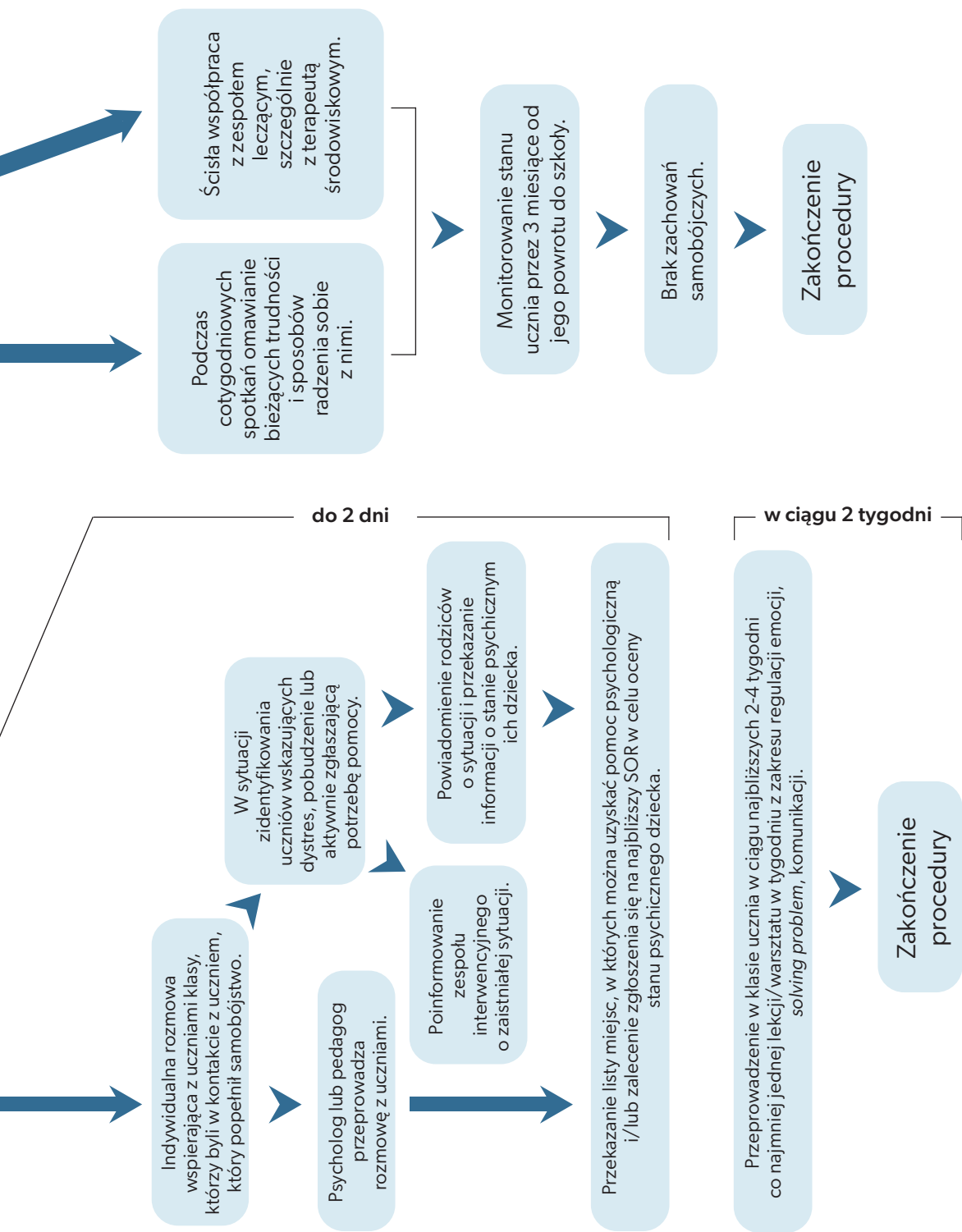
W razie potrzeby należy skierować ucznia wraz z rodzicami/opiekunami na SOR.

Zidentyfikowanie uczniów wskazujących znaczący dystres, pobudzających potrzebę zgłaszających potrzebę pomocy. Szczególną uwagę należy zwrócić na osoby, które zostały powiadomione o zamiarze podjęcia próby samobójczej.

do 2 dni

Uczeń bez opieki psychologicznej zewnętrznej.

Uczeń pod opieką Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży.



Uczeń z samookaleczeniami

Samookaleczanie to zamierzone, przeprowadzone z własnej woli i stanowiące niewielkie zagrożenie życia uszkodzenie własnego ciała, które nie jest akceptowane społecznie, a jest dokonywane w celu zmniejszenia dyskomfortu psychicznego, wywołanego poprzez negatywne emocje (złość, lęk, wstyd, poczucie winy, smutek lub zbyt słabe uczucia) i/lub zakomunikowania o nim, wywołania przyjemnego stanu uczuć oraz rozwiązywania problemów interpersonalnych.

Samookaleczenia najczęściej występują między 13 a 15 rokiem życia i nie mają na celu odebrania sobie życia (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5 2020). Mogą one być m.in. jednym z objawów zaburzeń depresyjnych, zespołu stresu pourazowego, zaburzeń odżywiania, zaburzeń lękowych lub wyizolowanym zachowaniem wynikającym z niezdolności do przeciwstawienia się impulsowi zranienia siebie. Ponadto mogą one pełnić funkcję zapobiegania tendencjom samobójczym.

W pracy z uczniem z samookaleczeniami należy podjąć następujące kroki:



**SAMOOKALECZENIA
NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄ
MIĘDZY 13 A 15
ROKIEM ŻYCIA
I NIE MAJĄ NA CELU
ODEBRANIA SOBIE
ŻYCIA.**

WARIANT I – uczeń z samookaleczeniami w klasie

Zaobserwowanie zmiany w zachowaniu ucznia –
podejrzanie u ucznia samookaleczeń



Zaobserwowanie zachowań charakterystycznych dla występowania samookaleczeń: noszenie długich bluz i spodni w upalne dni, odmawianie przebijania się w strój sportowy podczas lekcji wf lub widoczne czerwone kreski – ranki na przedramionach lub nogach lub zgłoszenie się ucznia do psychologa/pedagoga szkolnego czy wychowawcy i ujawnienie trudności.



TAK

Przekazanie wniosków z obserwacji psychologowi/
pedagogowi szkolnemu przez wychowawcę/nauczyciela.



Obserwacja ucznia w klasie oraz na przerwie, rozmowa indywidualna i przeprowadzenie badania zestawem narzędzi diagnostycznych z obszaru emocjonalno-społecznego, osobowościowego i poznawczego.



➤
Rozmowa indywidualna psychologa/pedagoga szkolnego z uczniem, dotycząca samookaleceń. WAŻNE, żeby podczas rozmowy sprawdzić obecność myśli samobójczych, a jeśli występują, postępować zgodnie z procedurą „Uczeń z zachowaniami samobójczymi”.



Przekazanie wniosków z obserwacji i indywidualnego kontaktu nauczycielowi.

➤
TAK

NIE ➤

Spotkanie nauczyciela/wychowawcy i psychologa/pedagoga z rodzicami w celu przekazania wniosków z obserwacji.



Przekierowanie do Ośrodka Środowiskowej Pomocy Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży lub Poradni Zdrowia Psychicznego.

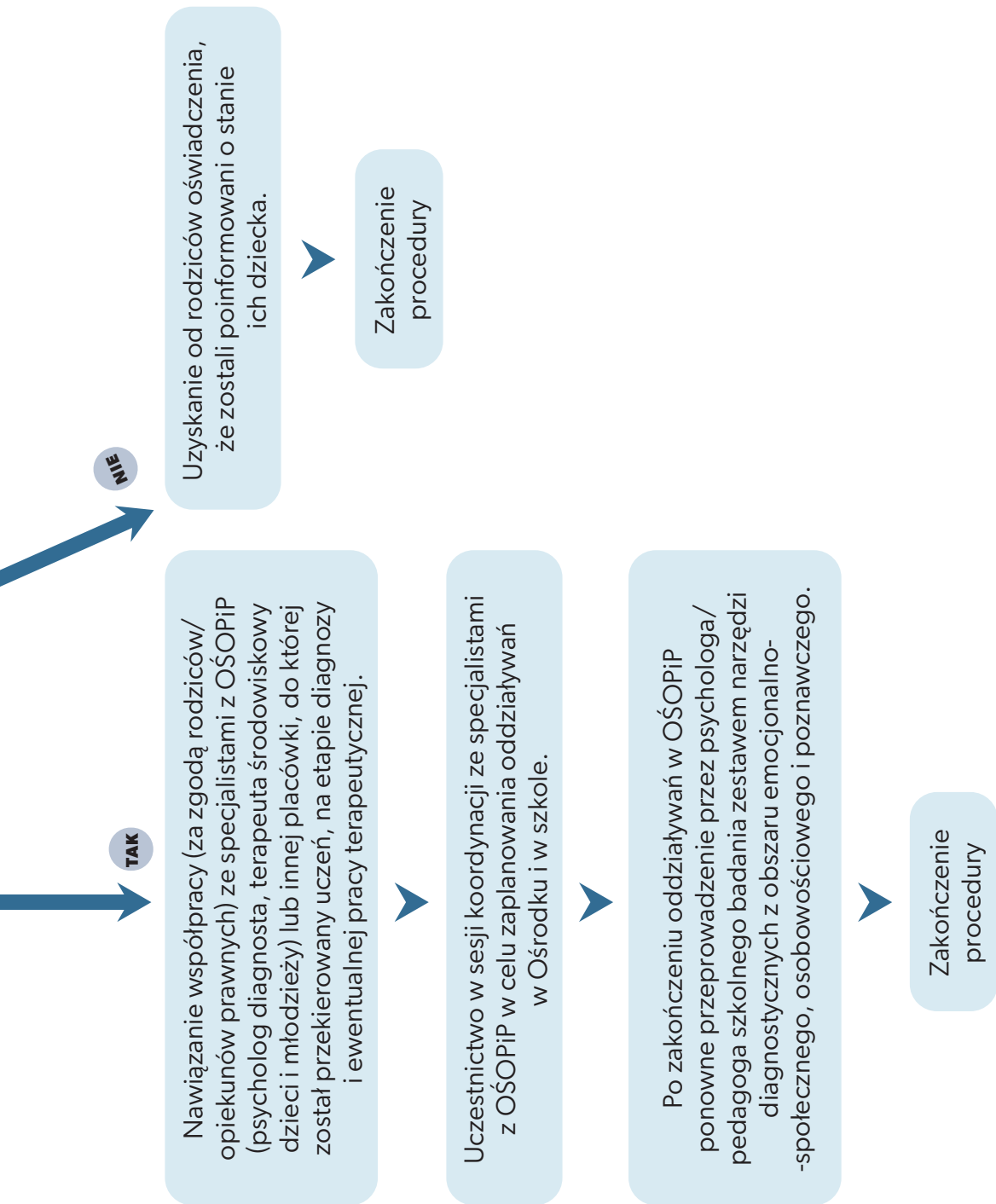
Należy sprawdzić, czy zmiana zachowania ucznia nie jest charakterystyczna dla innego rodzaju kryzysu psychicznego.

➤
TAK

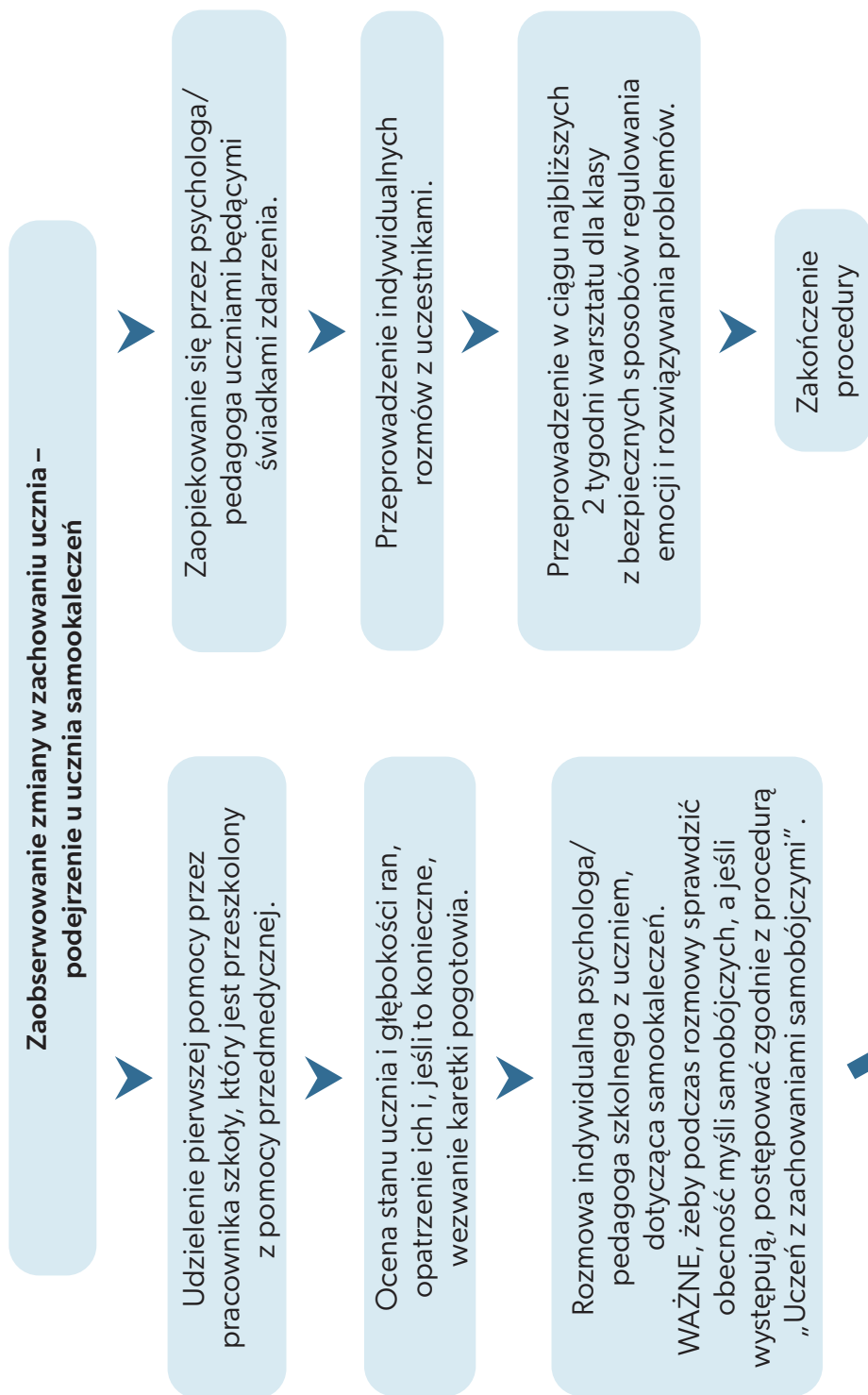
NIE ➤

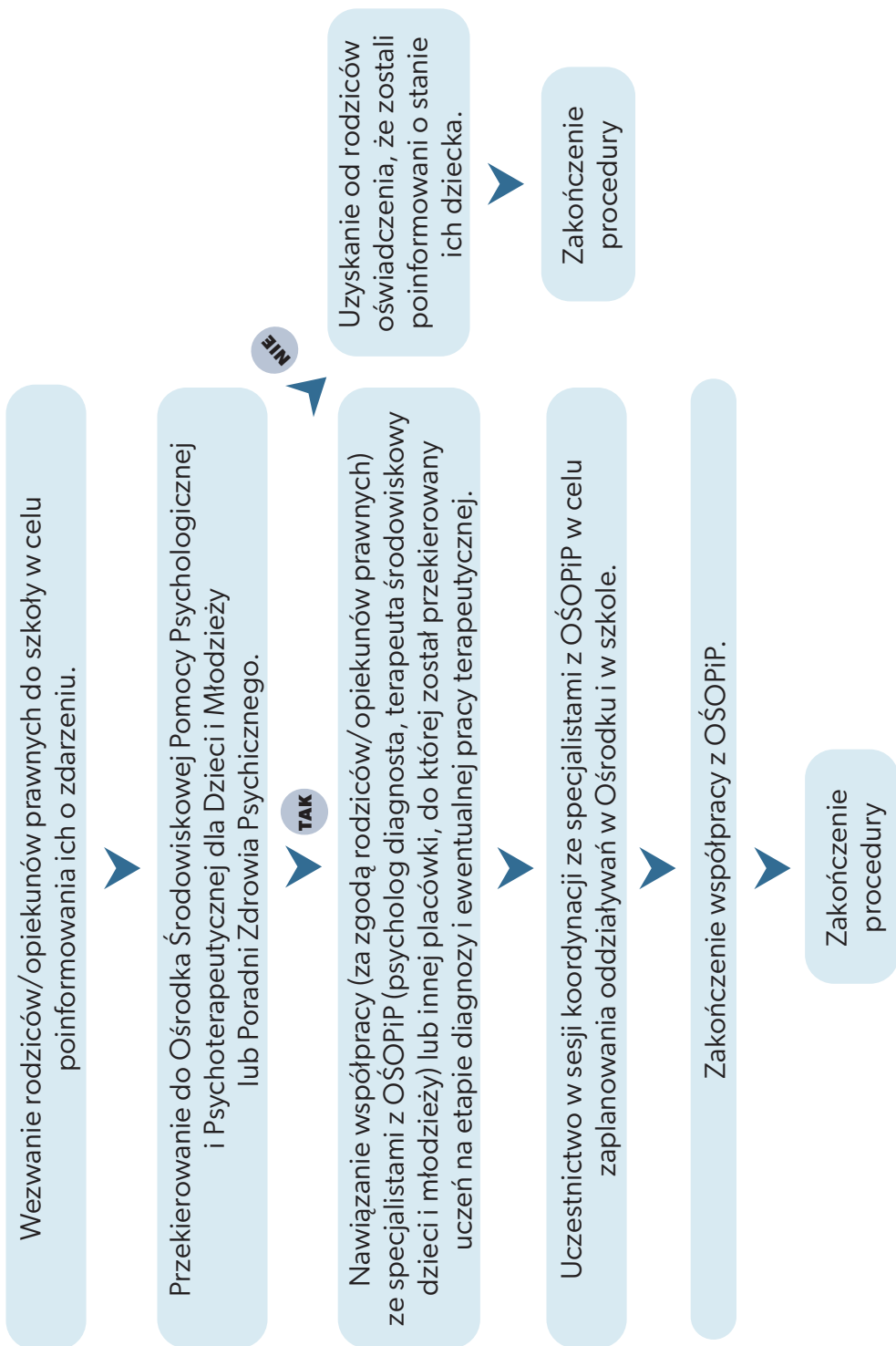
Postępować zgodnie z algorytmem dla danego zaburzenia.

Zakończenie procedury



WARIANT II – uczeń dokonujący samookaleczenia na terenie szkoły





Uczeń z zaburzeniami stresowymi pourazowymi

Zaburzenie stresu pourazowego jest to zespół charakterystycznych objawów pojawiających się na skutek znalezienia się w traumatycznej sytuacji, będącej źródłem silnych, negatywnych emocji związanych z zagrożeniem życia bądź zagrożeniem fizycznej integralności (uczestniczenie w działaniach wojennych, w wypadku komunikacyjnym, śmierć kogoś bliskiego), a także reakcja na ciężkie, długotrwałe, powtarzające się traumatyczne wydarzenia w życiu dziecka, prawie zawsze o charakterze interpersonalnym (przemoc w rodzinie, przemoc rówieśnicza w szkole, wykorzystanie seksualne, zaniedbanie, rozłąka z rodzicem). Badania dotyczące traumatycznych wydarzeń życiowych wykazują, że dzieci są na nie bardziej narażone niż osoby dorosłe i częściej z ich powodu doświadczają kryzysu psychicznego. Szacuje się, że 15-27% dzieci i młodzieży ma objawy zaburzeń stresu pourazowego (Janas-Kozik, Wolańczyk 2021).

Uczeń z zaburzeniami stresu pourazowego może m.in. nie radzić sobie z emocjami w szkole i nagle wybuchać płaczem

bez powodu lub w nieadekwatnej sytuacji. Może też okazywać złość i prezentować zachowania agresywne w stosunku do nauczycieli i rówieśników lub samego siebie. Ponadto można zaobserwować wycofanie się z kontaktów rówieśniczych i aktywności podczas lekcji, wagarowanie, używanie substancji psychoaktywnych, obniżenie nastroju i brak zdolności do odczuwania przyjemności/radości z rzeczy/czynności, które do tej pory były źródłem pozytywnych wzmocnień. Charakterystyczne są także: bycie „nieobecny duchem”, trudności z koncentracją i pamięcią, osłabienie płynności posługiwania się językiem oraz natrętne wspomnienia.

W pracy z uczniem z zaburzeniami stresowymi pourazowym należy podjąć następujące kroki:



WARIANT I – doświadczenie sytuacji zagrażającej życiu lub fizycznej integralności, śmierć bardzo bliskiej osoby (dotyczy również dzieci z terenów objętych działaniami wojennymi)

Zaobserwowanie zmiany w zachowaniu ucznia

Zaobserwowanie zachowań charakterystycznych dla zaburzeń stresowych pourazowych (m.in. trudności w radzeniu sobie z emocjami, nieadekwatne reakcje na sytuacje z nauczycielami i rówieśnikami, częsta zmienność stanów emocjonalnych, wycofanie się z kontaktów z rówieśnikami, samookaleczenia lub zachowania agresywne wobec innych, trudności z koncentracją uwagi i pamięcią).
Wiedza o doświadczeniu przez ucznia traumatycznego wydarzenia.

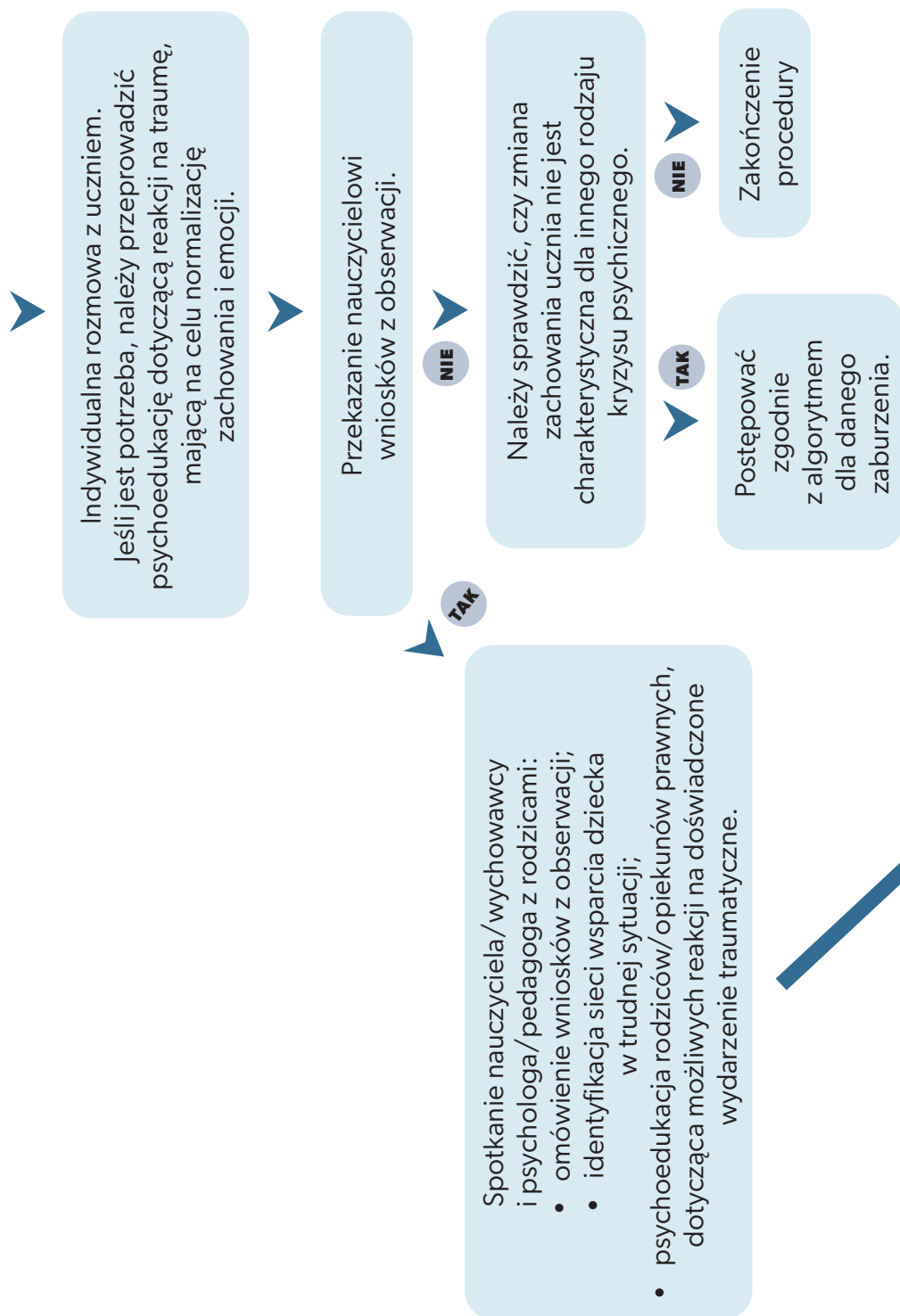
NIE

Należy sprawdzić, czy zmiana zachowania ucznia nie jest charakterystyczna dla innego rodzaju kryzysu psychicznego.

TAK

Przekazanie wniosków z obserwacji psychologowi lub pedagogowi szkolnemu.

Obserwacja ucznia w klasie oraz na przerwie, rozmowa indywidualna i przeprowadzenie badania zestawem narzędzi diagnostycznych z obszaru emocjonalno-społecznego, osobowościowego i poznawczego.



Przekierowanie ucznia wraz z rodziną na diagnozę do Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży – I poziom referencyjny.



Nawiązanie współpracy (za zgodą rodziców/opiekunów prawnych) ze specjalistą z OŚOPiP (psycholog diagnosta, terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży), do którego został przekierowany uczeń, na etapie diagnozy i ewentualnej pracy terapeutycznej.

TAK

NIE



Uczestnictwo w sesji koordynacji ze specjalistami z OŚOPiP w celu zaplanowania oddziaływań w Ośrodku i w szkole.



We współpracy z terapeutą środowiskowym dzieci i młodzieży przeprowadzenie na terenie szkoły zaplanowanych oddziaływań, np.: przygotowanie i przeprowadzenie warsztatów dla klasy w zakresie reagowania na kryzys i postępowania z rówieśnikami w kryzysie.



Po zakończeniu oddziaływań w OŚOPiP ponowne przeprowadzenie przez psychologa/pedagoga szkolnego badania zestawem narzędzi diagnostycznych z obszaru emocjonalno-społecznego, osobowościowego i poznawczego.



Zakończenie procedury

Wariant II – doświadczenie ciężkich, długotrwałych, powtarzających się traumatycznych wydarzeń w życiu dziecka (przemoc w rodzinie, przemoc rówieśnicza w szkole, wykorzystanie seksualne, zaniedbanie, rozłąka z rodzicem). Działania te dotyczą też dzieci z obszarów działań wojennych, które nie doświadczały bezpośredniego zagrożenia albo wcześniej wyjechały z miejsca zagrożenia.

Zaobserwowanie zmiany w zachowaniu ucznia – podejrzenie doświadczenia przez ucznia długotrwałych, powtarzających się doświadczeń traumatycznych



Zaobserwowanie zachowań charakterystycznych dla zaburzeń stresowych pourazowych (m.in. trudności w radzeniu sobie z emocjami, nieadekwatne reakcje na sytuacje z nauczycielami i rówieśnikami, częsta zmienność stanów emocjonalnych, wycofanie się z kontaktów z rówieśnikami, samookaleczenia lub zachowania agresywne wobec innych, trudności z koncentracją uwagi i pamięcią). Brak wiedzy o doświadczeniu przez ucznia m.in. sytuacji zagrażających jego życiu.

NIE



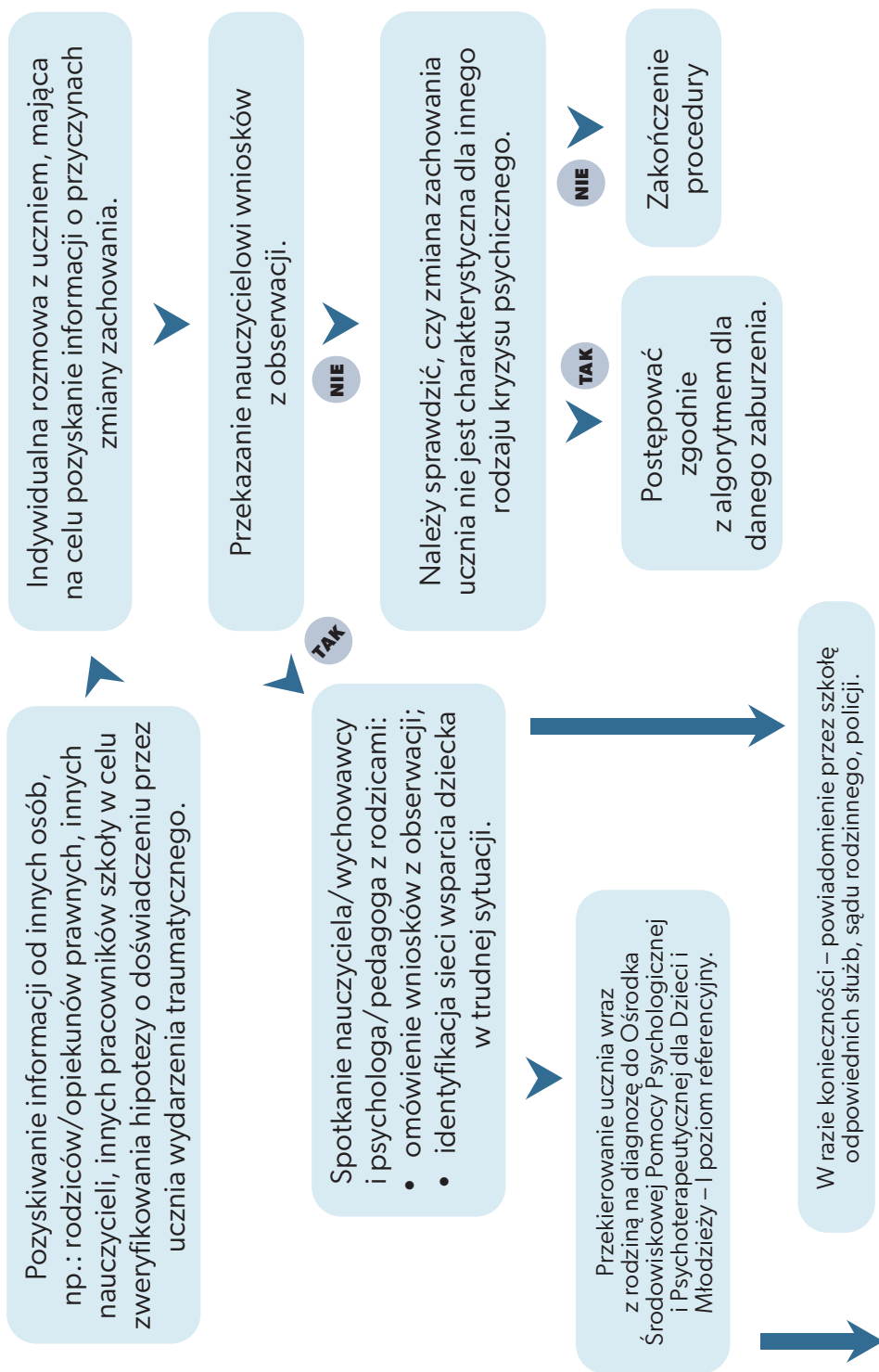
TAK

Należy sprawdzić, czy zmiana zachowania ucznia nie jest charakterystyczna dla innego rodzaju kryzysu psychicznego.

Przekazanie wniosków z obserwacji psychologowi lub pedagogowi szkolnemu.



Obserwacja ucznia w klasie oraz na przerwie, rozmowa indywidualna i przeprowadzenie badania zestawem narzędzi diagnostycznych z obszaru emocjonalno-społecznego, osobowościowego i poznawczego.





Nawiązanie współpracy (za zgodą rodziców/opiekunów prawnych) ze specjalistą z OŚOPiP (psycholog diagnosta, terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży), do którego został przekierowany uczeń, na etapie diagnozy i ewentualnej pracy terapeutycznej.



TAK

Uczestnictwo w sesji koordynacji ze specjalistami z OŚOPiP w celu zaplanowania oddziaływań w Ośrodku i w szkole.



Jeśli dziecko jest ofiarą przemocy rówieśniczej, to przeprowadzenie w klasie ucznia, we współpracy z terapeutą środowiskowym dzieci i młodzieży, cyklu warsztatów dotyczących przemocy i sposobów radzenia sobie z nią.



Po zakończeniu oddziaływań w OŚOPiP ponowne przeprowadzenie przez psychologa/pedagoga szkolnego badania zestawem narzędzi diagnostycznych z obszaru emocjonalno-społecznego, osobowościowego i poznawczego.



Zakończenie procedury



NIE

W razie konieczności powiadomienie przez szkołę odpowiednich służb, sądu rodzinnego, policji.



Zakończenie procedury

Bibliografia

1. American Psychiatric Association, *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*, Washington, DC, London, England 2020.
2. Goldsmith S.K., Pellmar T.C., Kleinman A.M., Bunney W.E. (Eds.), *Reducing Suicide: A National Imperative*, National Academy Press, Washington DC 2002.
3. Grzegorzewska I., Cierpiatkowska L., Borkowska A.R. (red. nauk.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020.
4. Grzelak S., Żyro D., *Jak wspierać po roku epidemii?*, Instytut Profilaktyki Zintegrowanej 2021, www.gov.pl/attachment/436a7159-9814-4e9c-a578-afd585faf81d.
5. Janas-Kozik M., Wolańczyk T. (red. nauk.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2021.
6. Moskalewicz J., Wciórka J., *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowania (EZOP II)”*, Instytut Psychiatrii i Neurologii 2021.
7. *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii (2020)*, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, <https://fdds.pl/co-robimy/raporty-z-badan/2020/negatywne-doswiadczenia-mlodziezy-w-trakcie-pandemii-2020.html>.
8. Polanczyk G.V., Salum G.A., Sugaya L.S., Caye A., Rohde L.A., *Annual Research Review: A Meta-Analysis of the Worldwide Prevalence of Mental Disorders in Children and Adolescents*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 2015, 56(3), s. 345-65.
9. *Zamachy samobójcze zakończone zgonem*, Komenda Główna Policji, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>.
10. *Zdrowie psychiczne uczniów i uczennic oczami nauczycieli i nauczycielek*, Raport z badania 2020, Fundacja Szkoła z Klasą, www.szkolazklasa.org.pl/zdrowie-psychiczne-uczniow-i-uczennic-oczami-nauczycieli-i-nauczycielek-raport-z-badania/.



Marcelina Maciąg

Przewodnicząca Młodzieżowego Sejmiku Województwa Mazowieckiego

Niebieska Skrzyneczka Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży



W trosce o zdrowie psychiczne młodzieży Młodzieżowy Sejmik Województwa Mazowieckiego wprowadza projekt wsparcia dla dzieci i młodzieży w szkołach – **Niebieskie Skrzyneczki Zdrowia Psychicznego**. To inicjatywa mająca na celu stworzenie przestrzeni, w której każdy uczeń może anonimowo wyrazić swoje obawy, problemy, prosić o pomoc lub wskazać, że ktoś potrzebuje pomocy.

Czym są Niebieskie Skrzyneczki?

Niebieskie Skrzyneczki to bezpieczne miejsca w szkołach, to skrzyneczki, do których uczniowie mogą wrzucać anonimowe wiadomości z prośbą o wsparcie lub informacje na temat problematycznych sytuacji, z którymi borykają się oni sami lub ich rówieśnicy. Celem projektu jest zapewnienie uczniom poczucia bezpieczeństwa i anonimowości, co jest niezwykle ważne w przypadku poszukiwania pomocy.

Dlaczego Niebieskie Skrzyneczki?

Wierzymy, że społeczność szkolna wie, komu potrzebna jest pomoc. **Niebieska Skrzyneczka** angażuje wszystkich uczniów do wzajemnego dbania o siebie i tworzenia środowiska, w którym empatia zwycięża nad obojętnością. Jednocześnie to wsparcie dla pedagogów, aby mogli trzymać rękę na pulsie i mieć możliwość działania.

Jak działają Niebieskie Skrzyneczki?

Anonimowość i bezpieczeństwo: Uczniowie mogą zostawić w skrzyneczce wiadomość, nie obawiając się o swoją prywatność. Każda wiadomość jest traktowana z najwyższą starannością i dyskrecją.

Wsparcie i reakcja: Wiadomości są regularnie odbierane przez wyznaczonych opiekunów projektu (np. psychologów szkolnych), którzy podejmują odpowiednie kroki, aby zapewnić potrzebującym pomoc.

Cel projektu

Budowanie wspólnoty: Promowanie empatii, wzajemnego wsparcia i solidarności wśród uczniów i całej społeczności szkolnej.

Wsparcie i pomoc: Szybkie reagowanie na sygnały potrzeby wsparcia oraz zapewnienie dostępu do profesjonalnej pomocy.

Zwiększenie świadomości: Edukacja na temat zdrowia psychicznego i sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych.

Projekt otrzymał honorowe patronaty:

- Wicemarszałka Sejmu
- Ministerstwa Edukacji Narodowej
- Ministerstwa Zdrowia
- Rzecznicki Praw Dziecka
- Mazowieckiej Kurator Oświaty

Etap 1: Na pierwszym etapie projekt jest skierowany do uczniów szkół średnich z Mazowsza. Do projektu szkołę zgłasza dyrektor, który podpisuje regulamin działania skrzyneczki oraz wyznacza opiekuna skrzyneczki.

Pakiet startowy dla szkoły: każda zapisana szkoła, która prześle podpisane oświadczenie oraz osobę wskazaną do opieki nad skrzyneczką, otrzymuje: Niebieską Skrzyneczkę, certyfikat przystąpienia do projektu, podkreślający działania szkoły na rzecz poprawy zdrowia psychicznego uczniów, regulamin korzystania ze skrzyneczki dla użytkowników oraz materiały wspierające.

Inauguracja projektu **Niebieska Skrzyneczka Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży** odbyła się 17 czerwca 2024 roku w Warszawskiej Operze Kameralnej, podczas konferencji pt. **„Fale wsparcia. Niesiemy pomoc innym”**. Tematem przewodnim konferencji było zdrowie psychiczne młodzieży, problem samotności, hejtu i cyberprzemocy wśród młodych ludzi, a także pytanie, w jaki sposób możemy zmieniać środowisko szkolne dzięki wsparciu rówieśniczemu i życzliwości. Patronat nad wydarzeniem objął Marszałek Województwa Mazowieckiego Adam Struzik, a gospodarzem był Młodzieżowy Sejmik Województwa Mazowieckiego.

Masz wpływ! Zadbaj o zdrowie psychiczne młodzieży!

Dołącz do akcji:

1. Odwiedź stronę projektu – www.mswm.pl
2. Zgłoś szkołę
3. Odbierz pakiet startowy
4. Promuj **Niebieską Skrzyneczkę** w swojej szkole by pokazać, że razem mamy siłę, moc i sprawczość!

Autorzy projektu

Projekt został zainicjowany przez Młodzieżowy Sejmik Województwa Mazowieckiego działających z zaangażowaniem na rzecz poprawy warunków życia i zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Pomysłodawczynią tego przedsięwzięcia jest **Marcelina Maciąg**, Przewodnicząca MSWM, a realizacja projektu odbywa się pod egidą Komisji Zdrowia MSWM.



FALE WSPARCIA – niesiemy pomoc innym!

Każdy z nas niesie wspólną odpowiedzialność za zdrowie psychiczne – nie tylko swoje, ale również naszych rówieśników.

**Pamiętaj, że każdy głos ma znaczenie,
a Twój może uratować komuś życie.**

**Mazowiecka
Rada
Oświatowa**

25^{lat}
Mazowsze

