



UCZEŃ W KRYZYSIE PSYCHICZNYM

Niezbędnik dla nauczyciela





Kamila Lenkiewicz

Uczeń w kryzysie psychicznym

**Niezbędnik dla nauczycieli
i wychowawców**

Warszawa 2023

Mazowiecka Rada Oświatowa

Uczeń w kryzysie psychicznym. Niezbędnik dla nauczycieli i wychowawców

Autor: dr Kamila Lenkiewicz

Copyright©Penuel Tomasz Rowiński 2023

e-mail: Tomasz.rowinski@gmail.com

604 540 664

Wydawca: Mazowiecka Rada Oświatowa

Projekt okładki: Anna Kostadinov

Redakcja: Izabela Jurek

Redakcja techniczna: Justyna Domagała

25^{lat} Mazowsze

Spis treści

| | |
|---|----|
| Słowniczek pojęć użytych w niezbędniku | 7 |
| Krótką charakterystyka zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży | 9 |
| Uczeń z zaburzeniami lękowymi | 16 |
| Uczeń z zaburzeniami w funkcjonowaniu społecznym | 18 |
| Uczeń z zachowaniami samobójczymi | 20 |
| Uczeń z samookaleczeniami | 26 |
| Uczeń z zaburzeniami stresowymi pourazowymi | 32 |
| Bibliografia | 39 |





Zachęcam wszystkich nauczycieli i wychowawców do zapoznania się z broszurą opisującą procedury postępowania w sprawie zdrowia psychicznego uczniów. Edukacja z zakresu zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży jest niezwykle potrzebna. Niezauważone i nieleczone zaburzenia psychiczne u dzieci mogą stanowić czynnik wysokiego ryzyka prób popełnienia samobójstwa. Dlatego tak bardzo ważne jest, aby jak najwcześniej rozpoznać problem, z jakim boryka się dziecko i odpowiednio zareagować, tworząc sieć wsparcia społecznego. Warto podkreślić, że dzieci często ukrywają swoje problemy przed rodzicami, którzy nie są świadomi, z czym zmagają się ich pociechy. Nauczycielu, gdy zaobserwujesz zmiany w zachowaniu ucznia, mowie, stopniach lub inne niepokojące zaburzenia – zareaguj, wdrażając odpowiednie działania interwencyjne.

Kochani nauczyciele – od zdrowia psychicznego dzieci zależy dobra kondycja przyszłego społeczeństwa.

Elżbieta Lanc

Elżbieta Lanc

Przewodnicząca Mazowieckiej Rady Oświatowej
Członek Zarządu Województwa Mazowieckiego



Słowniczek pojęć użytych w niezbędniku



Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży (OŚOPiP) – poradnia psychologiczno-psycho-terapeutyczna, stanowiąca I poziom referencyjny systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Usługi realizowane są w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia i obejmują porady psychologiczne, sesje psychoterapii indywidualnej, grupowej, rodzinnej, sesje wsparcia psychospołecznego oraz wizytę, poradę domową lub środowiskową, w tym w szkole. Do wizyty w Ośrodku nie jest wymagane skierowanie lekarskie.

Lista OŚOPiP 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/>.



Terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży – osoba posiadająca kwalifikacje „Prowadzenie terapii środowiskowej dzieci i młodzieży”. Jej zasadniczą rolą w procesie zdrowienia pacjenta jest wzmocnienie zasobów środowiskowych i oparcia społecznego, poprzez współpracę ze środowiskiem rodzinnym i wychowawczo-edukacyjnym. Zadaniem terapeuty środowiskowego dzieci i młodzieży jest uczestnictwo w planowaniu i koordynacji wsparcia w wymiarze indywidualnym i społecznym, prowadzenie oceny jej postępów oraz wybór adekwatnych oddziaływań medycznych i psychospołecznych nakierowanych na jednostkę, rodzinę oraz klasę/szkolę. Terapeutą środowiskowym najczęściej jest psycholog lub pedagog.

- **Sesje koordynacje** – spotkanie personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży – I poziom referencyjny, m.in. z nauczycielami, osobami udzielającymi pomocy psychologiczno-pedagogicznej w jednostkach systemu oświaty, przedstawicielami zespołów kuratorskiej służby sądowej, asystentami rodzinnymi i pracownikami socjalnymi w podmiotach pomocy społecznej. Celem spotkania jest współpraca dotycząca zorganizowania wsparcia dla pacjenta. Sesja koordynacji odbywa się po uzyskaniu zgody rodziców lub opiekunów prawnych świadczeniobiorcy.

- **Zdrowie psychiczne** – wg WHO jest to stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, w którym jednostka wykorzystuje swój potencjał, potrafi poradzić sobie z normatywnymi stresorami życiowymi, jak również jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować.

- **Profilaktyka zdrowia psychicznego** – to wszelkie działania, których celem jest redukcja zagrożeń/czynników ryzyka mogących mieć wpływ na stan zdrowia psychicznego i zmniejszenie liczby kryzysów zaburzeń.

- **Ochrona zdrowia psychicznego** – działania mające na celu: 1) promocję zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym; 2) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym; 3) kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, a zwłaszcza zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałanie ich dyskryminacji (Dz.U. z 2022, poz. 2123).

Krótką 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 – podejrzanie 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).

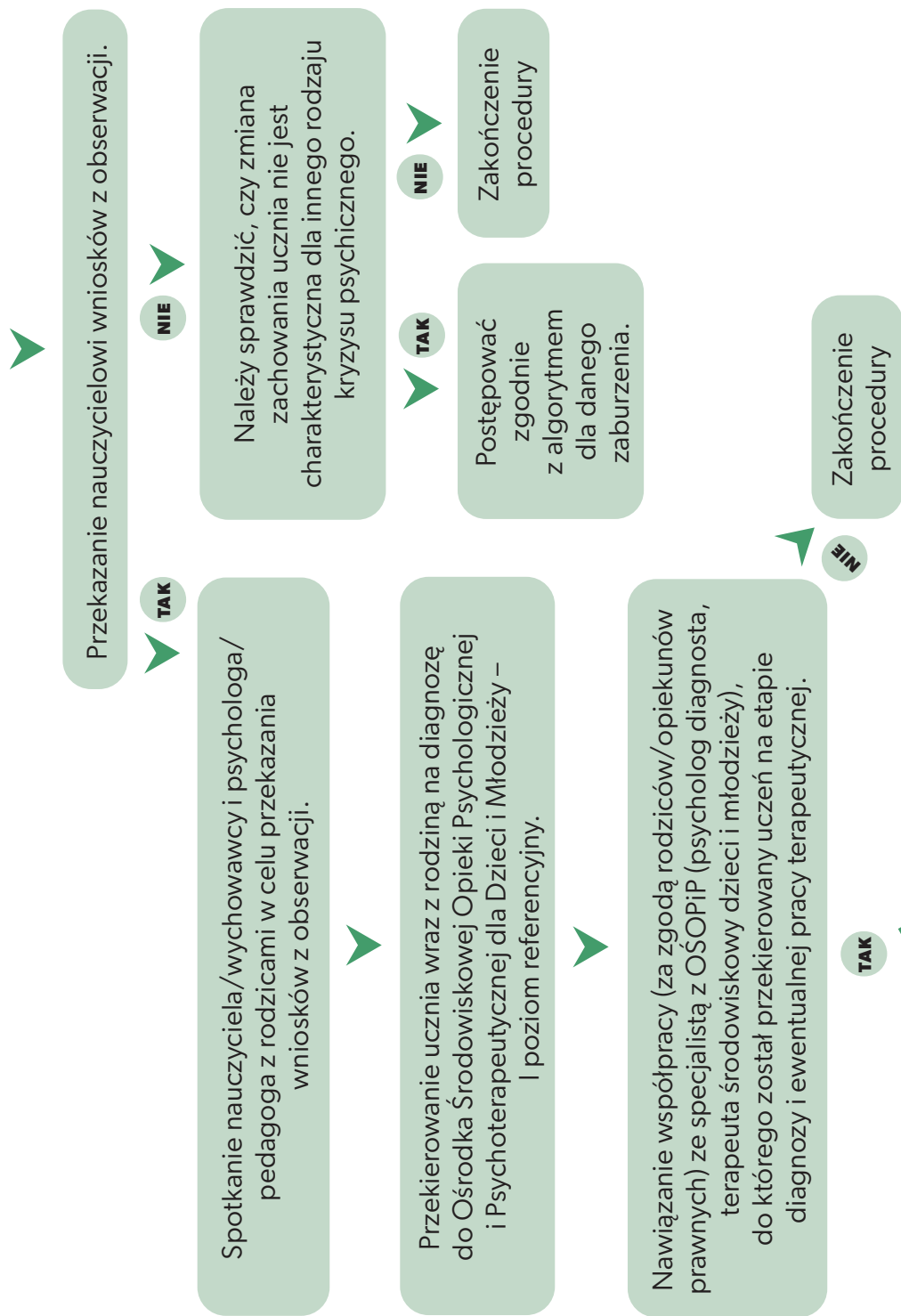
NIE

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.





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).

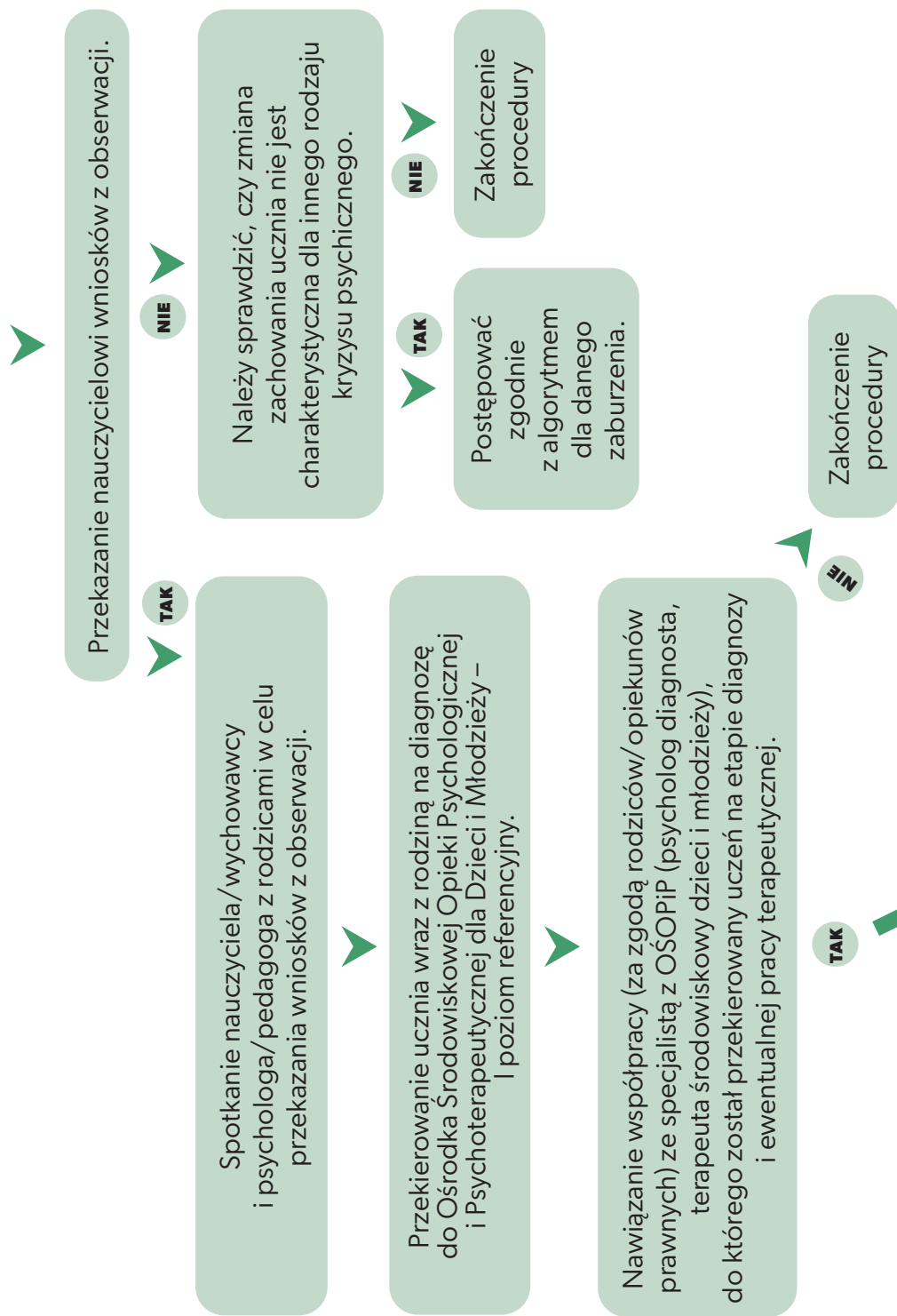
NIE

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.





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 rzucenie 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:

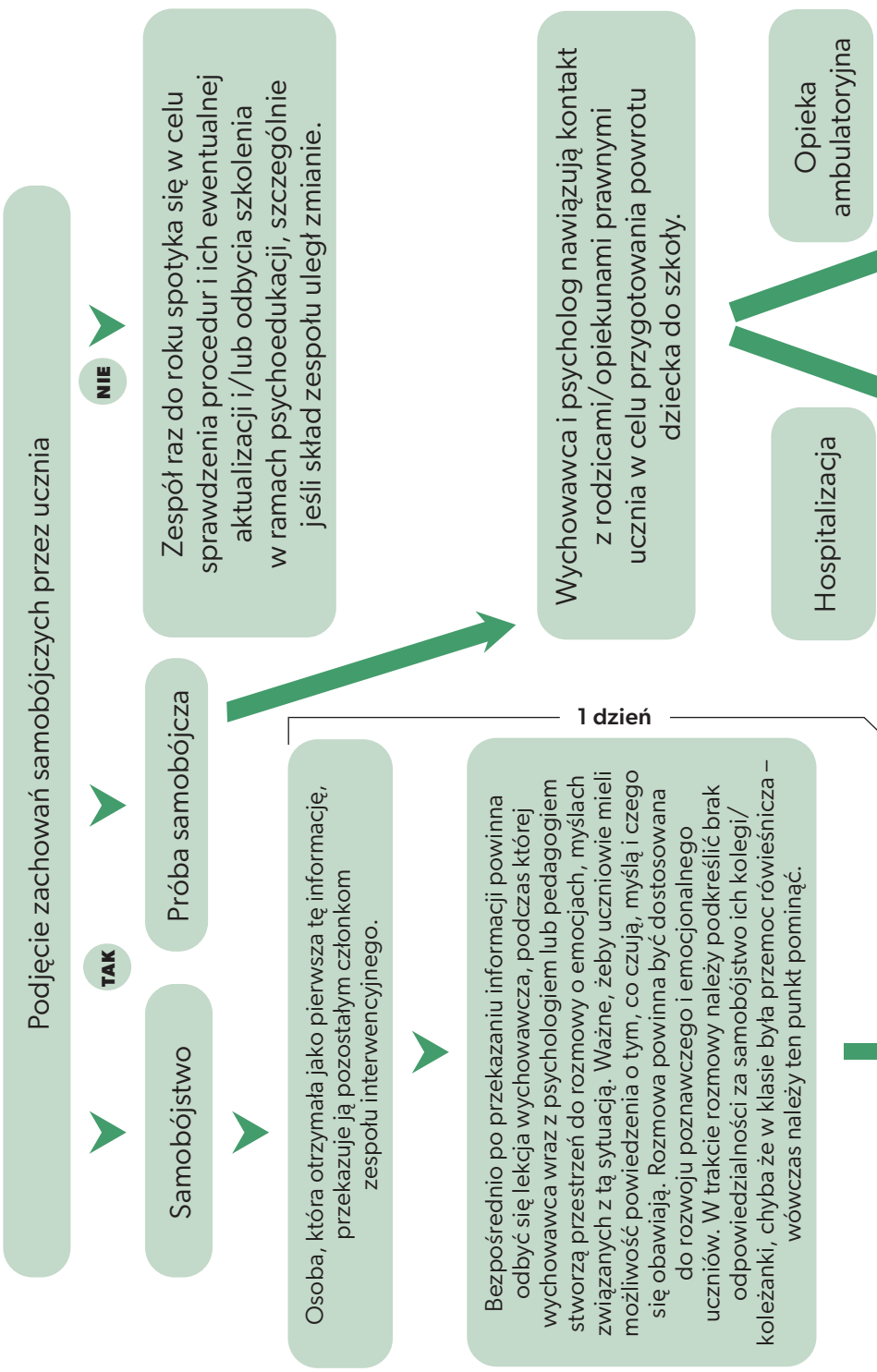
- czynników ryzyka i ochronnych dla zachowań samobójczych,
 - sygnałów ostrzegawczych,
- technik komunikacji z uczniem zgłaszającym obecność myśli samobójczych lub informującym o wcześniejszych próbach samobójczych,
 - techniki *problem solving*,
 - radzenia sobie ze stresem.

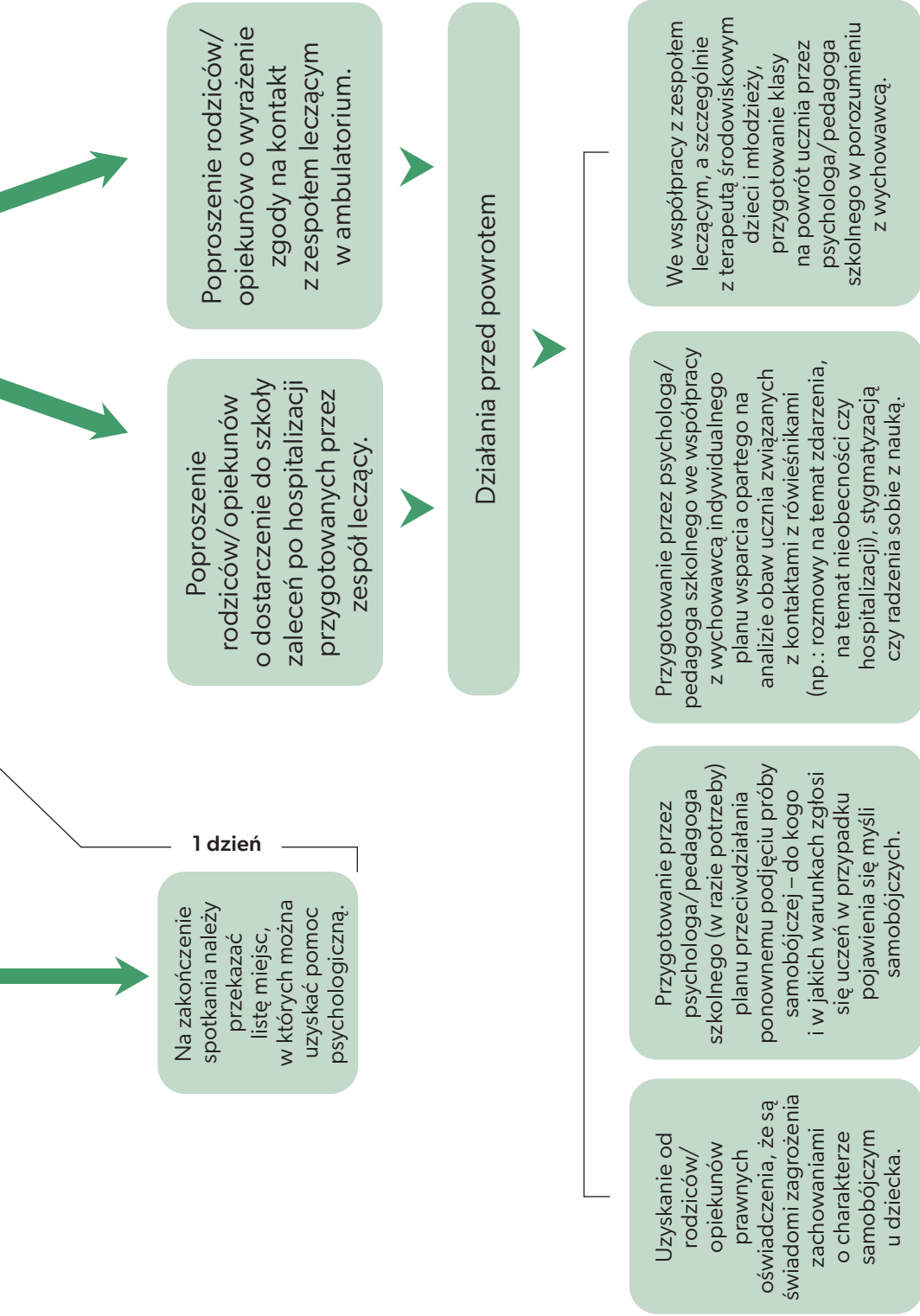


Opracowanie procedur działania w sytuacji podjęcia przez ucznia szkoły zachowań samobójczych.

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 odpowiedzialny jest 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.

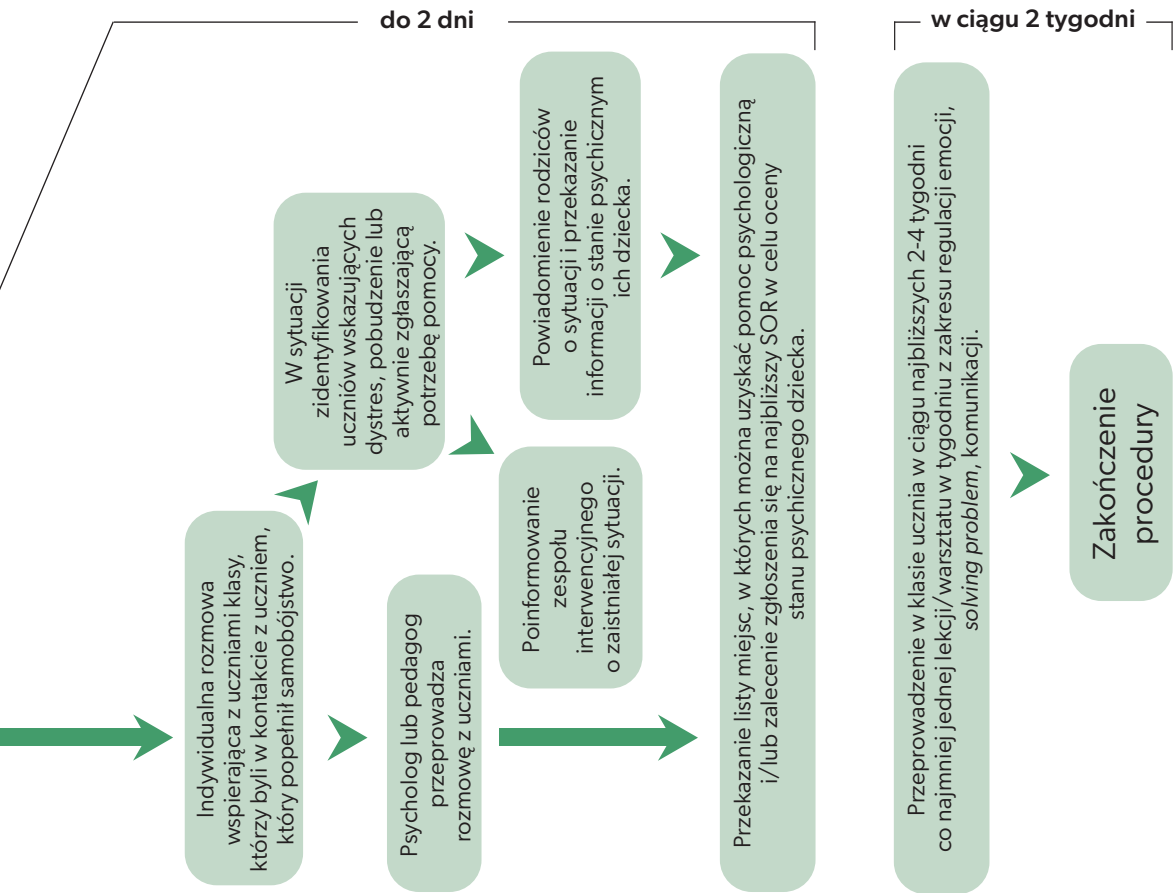
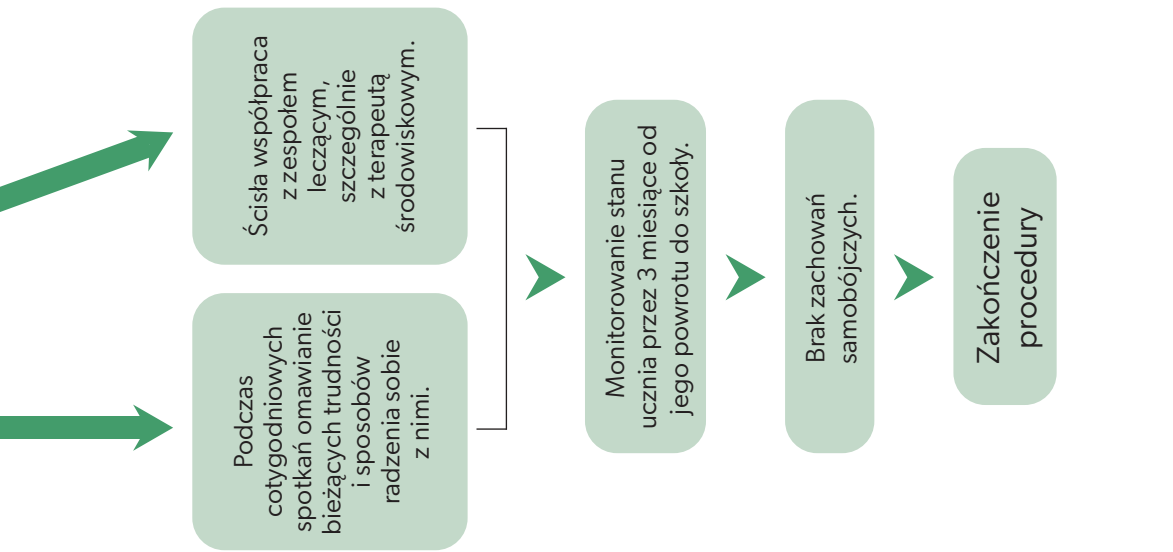
W razie potrzeby należy skierować ucznia wraz z rodzicami/opiekunami na SOR.

Zidentyfikowanie uczniów wskazujących znaczący dystres, pobudzających potrzebę 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 i Psychoterapii dla 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 rozwiązania 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 –
podejrzenie 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

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.

NIE

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

➤
TAK

Postępować zgodnie z algorytmem dla danego zaburzenia.

NIE

Zakończenie procedury



TAK

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

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

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

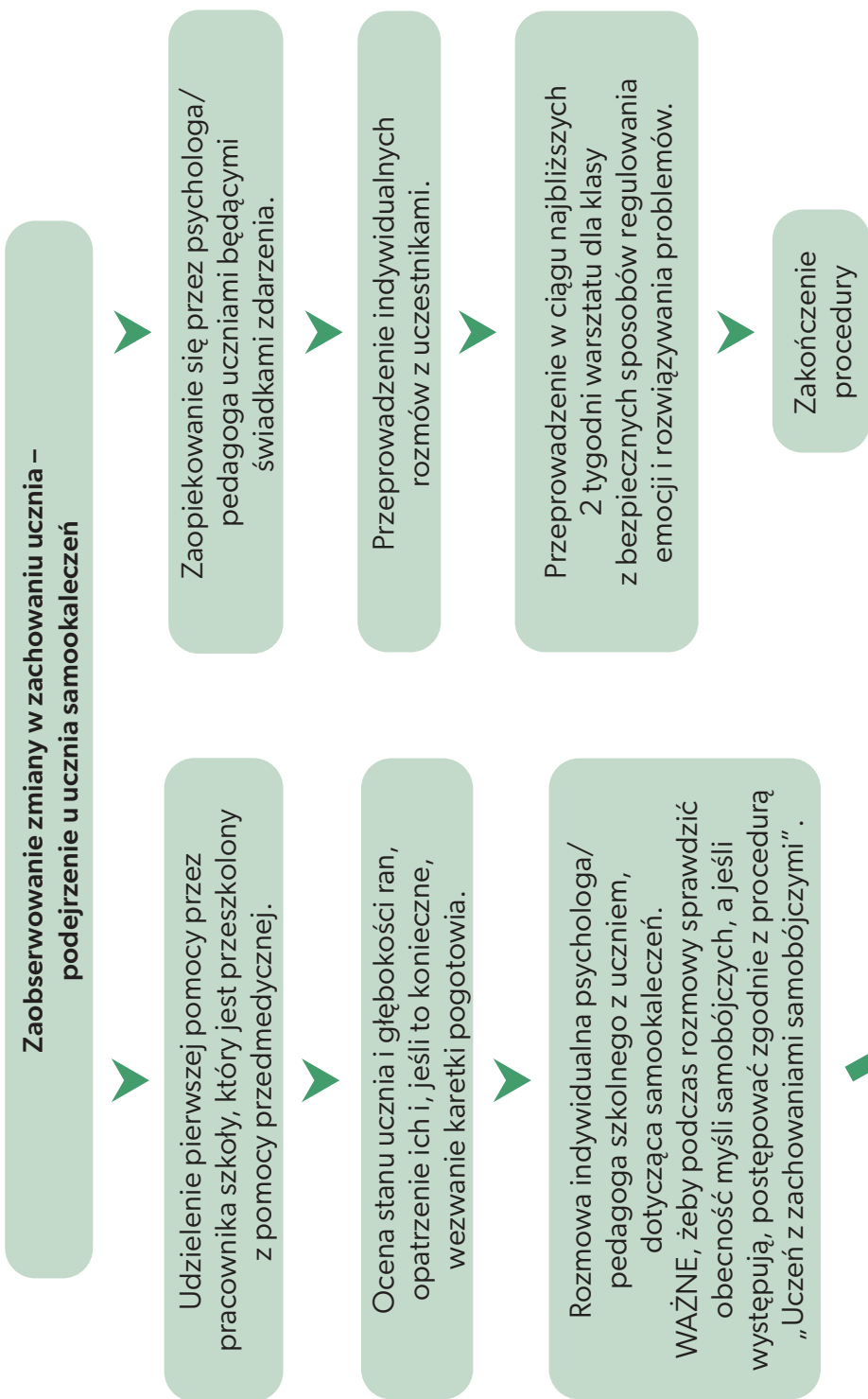
Zakończenie procedury

NIE

Uzyskanie od rodziców oświadczenia, że zostali poinformowani o stanie ich dziecka.

Zakończenie procedury

WARIANT II – uczeń dokonujący samookaleczenia na terenie szkoły



Wzwanie rodziców/opiekunów prawnych do szkoły w celu poinformowania ich o zdarzeniu.

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

TAK

Nawiązanie współpracy (za zgodą rodziców/opiekunów prawnych) ze specjalistami z OŚOPIP (psycholog diagnosta, terapeuta środowiskowy dzieci i młodzieży) lub innej placówki, do której został przekierowany uczeń na etapie diagnozy i ewentualnej pracy terapeutycznej.

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

Zakończenie współpracy z OŚOPIP.

Zakończenie procedury

NIE

Uzyskanie od rodziców oświadczenia, że zostali poinformowani o stanie ich dziecka.

Zakończenie procedury

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.

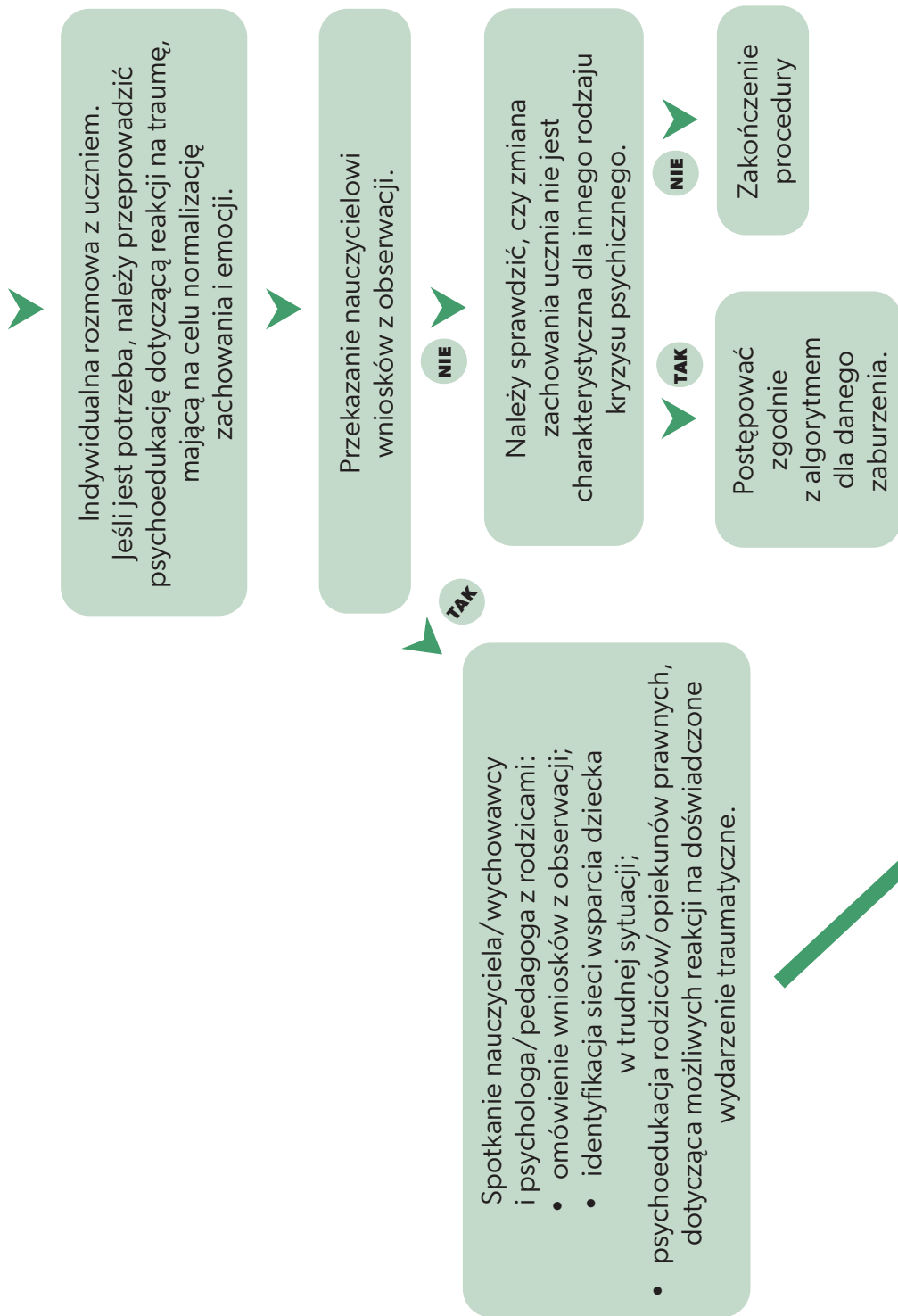
NIE

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

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-spotecznego, osobowościowego i poznawczego.

Zakończenie procedury

NIE

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 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



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

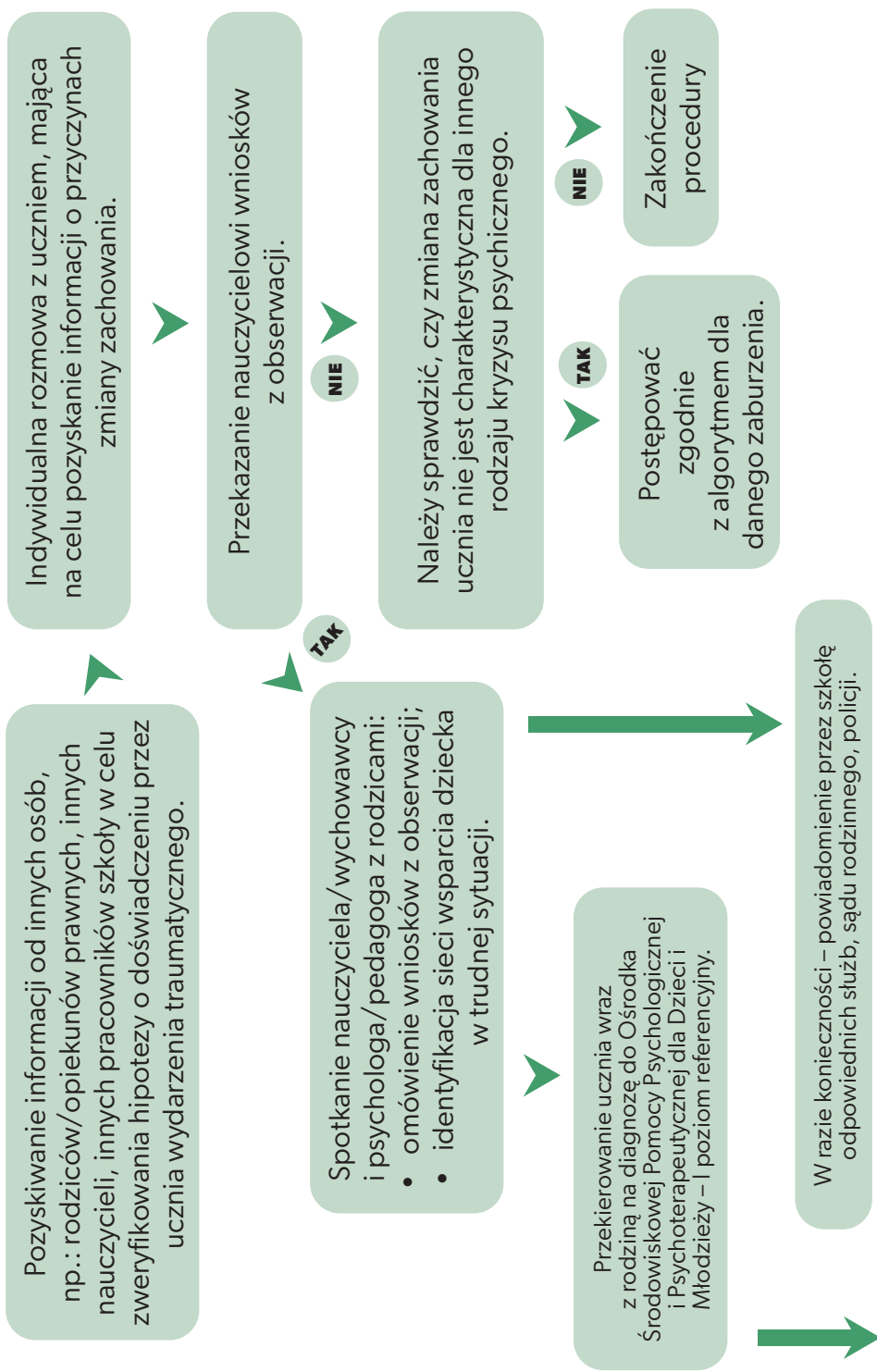


TAK

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.





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., Cierpiątkowska 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.szkoлакlasa.org.pl/zdrowie-psychiczne-uczniow-i-uczennic-oczami-nauczycieli-i-nauczycielek-raport-z-badania/.