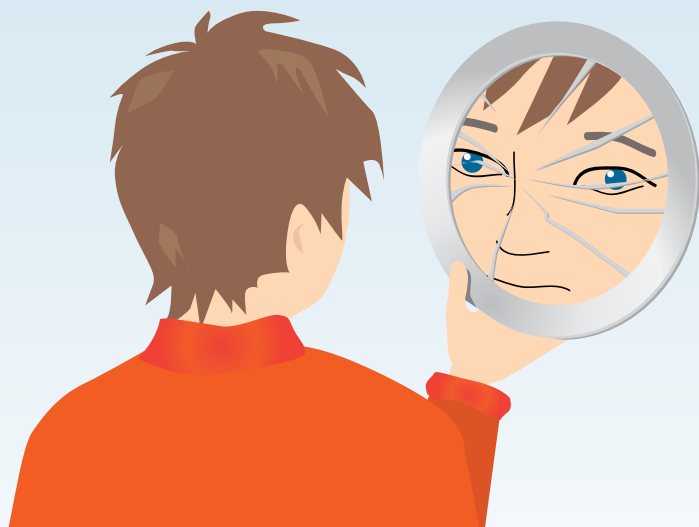


One są wśród nas



DZIECKO Z ZABURZENIAMI PSYCHOTYCZNYMI W SZKOLE

Informacje dla pedagogów i opiekunów

Irena Namysłowska



MINISTERSTWO
EDUKACJI
NARODOWEJ

ORE OŚRODEK
ROZWOJU
EDUKACJI



Ministerstwo Zdrowia

PEŁNOMOCNIK RZĄDU
DO SPRAW RÓWNEGO TRAKTOWANIA

One są wśród nas

DZIECKO Z ZABURZENIAMI PSYCHOTYCZNYMI W SZKOLE

Informacje dla pedagogów i opiekunów

Irena Namysłowska



Ośrodek Rozwoju Edukacji

Warszawa 2010

© Copyright by Ośrodek Rozwoju Edukacji
Warszawa 2010

Publikacja sfinansowana przez Ministerstwo Edukacji Narodowej
w ramach rządowego programu *Bezpieczna i Przyjazna Szkoła*,
we współpracy z Ministerstwem Zdrowia

Projekt okładki, opracowanie graficzne:

Magdalena Cyrczak, www.cyrczak.com

Wydawca:



Ośrodek Rozwoju Edukacji, www.ore.edu.pl

ISBN: 978-83-62360-52-9

Druk:

TRANS-DRUK Szeplińscy i Rosińscy Sp. J., www.transdruk.pl

Szanowni Państwo,

dzieci przewlekle chore mogą i powinny uczyć się razem z rówieśnikami w szkole najbliższej ich miejscu zamieszkania. Należy jednak dostrzec ich indywidualne potrzeby oraz uwzględnić je w procesie uczenia, wychowania i budowania przyjaznych relacji z otoczeniem.

To, w jaki sposób dziecko przewlekle chore radzi sobie z chorobą w warunkach zarówno szkolnych, jak i domowych, ma ogromny wpływ na efekty leczenia, stan zdrowia i jakość życia teraz oraz w przyszłości.

Przedstawiamy Państwu kolejne publikacje z serii „One są wśród nas”, które powstały na wniosek środowiska pedagogicznego i są kontynuacją poprzedniej edycji poświęconej chorobom organicznym. Tym razem obejmują sferę życia psychicznego dzieci i młodzieży, która jest równie ważna jak ta, która obejmuje choroby opisane uprzednio. Publikacje są wynikiem prac międzyresortowego zespołu do spraw przeciwdziałania dyskryminacji dzieci przewlekle chorych, w skład którego weszli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ośrodka Rozwoju Edukacji.

Każda z tych publikacji zawiera szczegółowe informacje na temat postępowania z dzieckiem przewlekle chorym w szkole i przedszkolu, przybliży nauczycielom, rodzicom i uczniom jego specyficzne trudności funkcjonowania, a także wskazuje kierunki i sposoby rozwiązywania ewentualnych problemów.

Zostały one przygotowane w ramach rządowego programu „Bezpieczna i przyjazna szkoła”, na zlecenie Ministra Edukacji Narodowej, we współpracy z Ministrem Zdrowia oraz Pełnomocnikiem Rządu do spraw Równego Traktowania. Nakład obejmujący ponad 100 tys. kompletów trafi do wszystkich przedszkoli i szkół w Polsce.

Choroby przewlekłe, które zostały opisane w kolejnych książeczkach, nie muszą i nie powinny wykluczać z normalnego życia. Przy odpowiedniej pomocy ze strony nauczycieli i opiekunów, dzieci i młodzież mogą cieszyć się swoim dzieciństwem i okresem dorastania razem z rówieśnikami. Publikacje, które dziś Państwu prezentujemy, mogą im w tym pomóc.

*Ewa Kopacz
Minister Zdrowia*

*Katarzyna Hall
Minister Edukacji Narodowej*

*Elżbieta Radziszewska
Pełnomocnik Rządu do spraw Równego Traktowania*

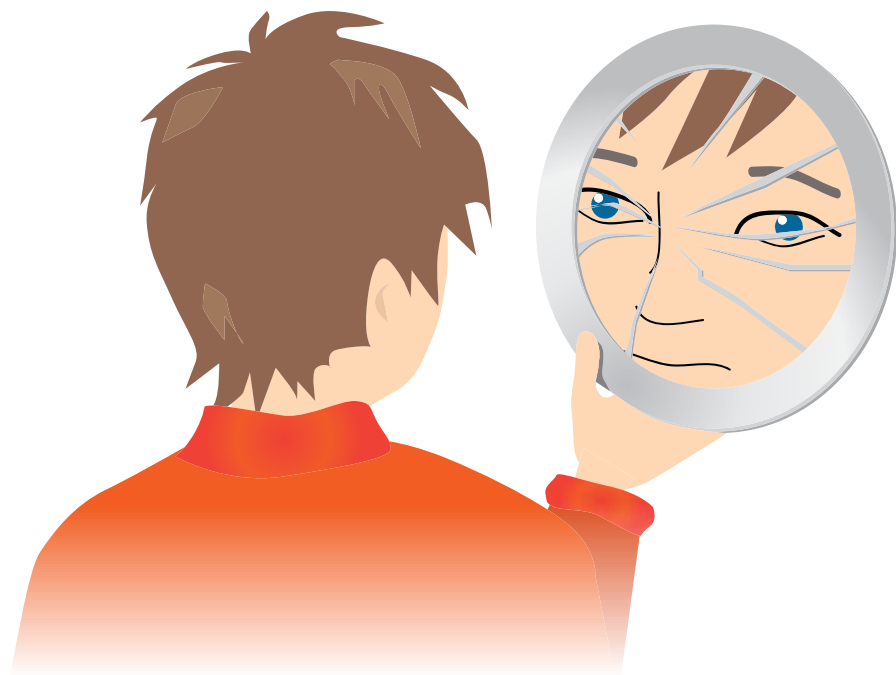
„One są wśród nas” – dzieci z zaburzeniami psychotycznymi i lękowymi, z depresją i ADHD, z autyzmem i Zespołem Aspergera, z zaburzeniami odżywiania i z problemem tików. Czy je znamy? Czy rozumiemy ich trudności? Czy chcemy i potrafimy im pomóc?

Doświadczenia wielu krajów, a także nasze, polskie doświadczenia edukacji integracyjnej i włączającej wskazują, że dzieci z zaburzeniami rozwoju i przewlekłe chore, a więc ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, najpełniej uczestniczą w procesie edukacji, gdy pozostają wspólnie ze swoimi rówieśnikami i w najbliższym otoczeniu. Mogą uczyć się i być razem ze wszystkimi – pod warunkiem, że będziemy chcieli je bliżej poznać, dostrzec ich indywidualne potrzeby i wykorzystać tę wiedzę w procesie uczenia, wychowania i budowania przyjaznych relacji z otoczeniem.

Obecnie przygotowane publikacje z serii „One są wśród nas” mają za zadanie przybliżyć nauczycielom, rodzicom i uczniom specyficzne problemy funkcjonowania w szkole i w przedszkolu dzieci z zaburzeniami rozwojowymi i chorobami psychicznymi, a także wskazać kierunki i sposoby pracy z nimi. Integracja dzieci w szkole, zgodne i twórcze współzycie wszystkich dzieci jest naszą wspólną szansą. Odkryjmy jej wartość.

*Zespół redakcyjny
Ośrodka Rozwoju Edukacji*

1. Trudności okresu dorastania	7
2. Schizofrenia – istota choroby w okresie dorastania	9
2.1. Charakterystyka schorzenia	13
2.2. Leczenie schizofrenii oraz skutki podawania leków.....	15
3. Uczeń z zaburzeniami psychiatrycznymi w szkole	17
3.1. Trudności w funkcjonowaniu oraz możliwości uczenia się	19
3.2. Dozwolone i wskazane obszary aktywności ucznia	21
3.3. Rola i zadania nauczyciela w pracy z uczniem chorym ..	22
3.4. Postępowanie w sytuacji zagrożenia próbą samobójczą.....	22
3.5. Pierwsza pomoc	26
4. Zamiast zakończenia.....	27
5. Bibliografia	28



1. Trudności okresu dorastania

Słowo adolescencja oznacza dorastanie. To właśnie dorastanie jednego z członków systemu rodzinnego wyznacza zadania tego okresu dla niego i jego rodziny. Zrozumienie problemów nastolatka nie jest możliwe bez odwołania się do okresu dorastania. Okres ten – przez większość badaczy – uważany jest za bardzo trudną fazę rozwoju. Ma on istotne znaczenie w ujawnianiu się, diagnozowaniu oraz leczeniu wielu zaburzeń pojawiających się w tym czasie, w tym także zaburzeń psychiatrycznych.

W życiu rodziny – zarówno, jako całości, jak i poszczególnych jej członków – dorastanie pozostaje trudnym okresem dla funkcjonowania systemu rodzinnego. Nieświeżo też ryzyko pojawienia się u dorastającego dziecka zaburzeń emocjonalnych, które między innymi dają rodzinie czas na uporanie się z zadaniami tej fazy, odraczając, przynajmniej na pewien czas, przejście do fazy „pustego gniazda”, czyli okresu „odejścia” dziecka z domu.

Najczęściej objawy te występują u nastolatka, bowiem jego także czeka pokonanie indywidualnych, trudnych zadań rozwojowych. Po względnym spokoju okresu dzieciństwa, rodzina musi podjąć duży wysiłek, aby przystosować się do dorastania dziecka. Istotnym powodem modyfikacji stosunków wewnątrz- i zewnątrzrodzinnych jest podejmowanie przez nastolatka nowych zadań rozwojowych, związanych z przechodzeniem z roli dziecka do roli dorosłego.

Wśród badaczy zajmujących się problematyką dorastania istnieją istotne kontrowersje na temat trudności związanych z okresem adolescencji. Wielu uważa, że adolescencja jest niezwykle trudną fazą rozwoju psychicznego jednostki i porównują ją do „łagodnej psychozy”, która jest ceną za uporanie się z zależnościami i koniecznością separacji od rodziców. Poniższy opis, pochodzący od Anny Freud dobrze oddaje, co dzieje się z nastolatkiem w tym okresie:

„Dorastający są krańcowo egoistyczni, uważają siebie za centrum wszechświata i jedyny godny uwagi przedmiot zainteresowań, a równocześnie nigdy już w póź-

niejszym życiu nie są zdolni do tak dużego samopoświęcenia i ofiar. Entuzjastycznie podejmują życie grupowe, mając równocześnie przemożne pragnienie samotności. Są samolubni, a jednocześnie pełni wzniosłego idealizmu. Są ascetyczni, mimo, że nagle mogą się pogрузić w najbardziej przyziemnych przyjemnościach. Nastroje ich oscylują pomiędzy beztroskim optymizmem a najczarniejszym pesymizmem. W pewnych okresach pracują z niezmiernym entuzjazmem, kiedy indziej są leniwi i apatyczni. Czasem ich zachowanie jest szorstkie i bezwzględne, mimo, że sami pozostają krańcowo wrażliwi.”

Socjologowie amerykańscy, którzy przeprowadzili wiele badań nad młodzieżą w Stanach Zjednoczonych, są zdania, że większość nastolatków przechodzi przez adolescencyjny kryzys rozwojowy bez większych problemów. Oznacza to, że nie musi on nieść ze sobą groźby zaburzeń emocjonalnych, które przeżywa jedynie 10–20% dorastającej młodzieży.

Zadaniem okresu adolescencji jest:

- poradzenie sobie z intensywnymi zmianami w zakresie rozwoju fizycznego;

- intensywna reorganizacja struktur mózgowych i ich funkcji;
- zakończenie rozwoju poznawczego i opanowanie myślenia abstrakcyjnego;
- zakończenie rozwoju psychoseksualnego – gotowość do wyboru obiektu miłości zgodnie z własną preferencją seksualną;
- konsolidacja podstawowych struktur psychicznych, np. „ja”, „sumienie”;
- pojawienie się nowej fazy rozwoju moralnego;
- osiągnięcie niezależności uczuciowej od rodziców i innych osób dorosłych (separacja i indywidualizacja);
- osiągnięcie niezależności osobistej;
- rozwijanie postawy wobec grup społecznych i instytucji;
- rozwijanie własnego systemu wartości;
- przygotowanie do małżeństwa i życia w rodzinie;
- przygotowanie do kariery zawodowej i niezależności;
- dążenie do postawy odpowiedzialnej społecznie.

Gdyby szukać dla wymienionych czynników ich wspólnego mianownika opisującego zadania rozwojowe adolescencji, to z pewnością byłoby to przejście od zależności do niezależności i tworzenie się odrębnej tożsamości dorosłego człowieka.

Wszystkie opisane wyżej zadania adolescencji przebiegają w swoistym kontekście kulturowym, który wpływa na skuteczność ich wypełniania. W Polsce, a zwłaszcza w życiu polskich rodzin, wpływ na przebieg społecznego dorastania młodzieży niewątpliwie miała specyfika szybkiej transformacji we wszystkich aspektach życia po 1989 roku.

Krajowy kontekst społeczno-kulturowy adolescencji to przede wszystkim:

- zmiany w tradycyjnych rolach kobiecych i męskich;
- rewolucja seksualna;
- akceptacja agresji w życiu społecznym oraz oswojenie zjawiska śmierci w życiu społecznym poprzez prezentowanie jej obrazów w mediach (telewizja, gazety, internet);
- zachwianie się tradycyjnych systemów wartości w wyniku szybkich procesów transformacji, zwłaszcza w rodzinach;
- nasilenie się „świadomości zorientowanej na pieniądze”.

2. Schizofrenia — istota choroby w okresie dorastania

Mając wiedzę, jak trudny jest dla młodego człowieka okres dorastania, łatwo sobie wyobrazić, że ta faza rozwojowa predysponuje do pojawiania się zaburzeń psychicznych. Już przed 100 laty psychiatrzy postulowali istnienie „adolescencyjnego szaleństwa” i od tego czasu dość długo żywe są dyskusje nad swoistością psychoz tego okresu. Trudności okresu dorastania mogą stymulować powstanie takich zaburzeń sfery psychicznej, jak: tzw. depresja młodzieńcza, zaburzenia odżywiania czy zaburzenia lękowe. Spośród społecznych czynników występowania trudności, z którymi młody człowiek sobie nie radzi należy wymienić:

- utratę bliskiej osoby spowodowaną śmiercią lub np. rozwodem rodziców;
- konflikt małżeński rodziców;
- przemoc w rodzinie, w tym wykorzystywanie fizyczne, psychiczne lub seksualne przez opiekunów;
- nadużywanie substancji psychoaktywnych przez członków rodziny;
- przewlekłą chorobę, któregoś z rodziców, członka rodziny lub samego dziecka;

- zaniedbanie dziecka, brak zainteresowania ze strony rodziców oraz wrogość i emocjonalne odrzucenie;
- sytuacje nadmiernej kontroli ze strony rodziców;
- trudną sytuację materialną i społeczną izolację rodziny.

Najczęstszymi zaburzeniami psychiatrycznymi okresu dorastania są zaburzenia z tzw. spectrum schizofrenii, a rozpoznawanie ich stanowi poważny problem. Zaburzenia te nie mają odrębnych kryteriów diagnostycznych w obowiązującej w Polsce międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10, a inne systemy klasyfikacyjne uwzględniają jedynie niewielkie modyfikacje w stosunku do rozpoznawania analogicznych zaburzeń u osób dorosłych.

Spróbujmy zatem zastanowić się, co kryje się pod określeniem zaburzenia psychiatrycznego, których przejawem są zaburzenia ze spektrum schizofrenii. Psychoza jest chorobą psychiczną często o przewlekłym przebiegu. Psychoza to przede wszystkim zaburzone postrzeganie rzeczywistości, inne niż wśród ludzi zdrowych odbieranie świata, często jako zagrażającego, niebezpiecznego. Dzieje się tak za sprawą odczuwanych przez chorego objawów psychiatrycznych, do których zalicza się przede wszystkim urojenia i omamy.

Urojenia są to fałszywe sądy nie mające pokrycia w rzeczywistości, wobec których nastolatek jest niekrytyczny (np. „ktoś za mną chodzi, obserwuje mnie, przesładowuje, spiker w TV między słowami przekazuje mi jakieś wiadomości lub wręcz mówi o mnie”). Zwykle tym przekonaniom – najczęściej nieprzyjemnym dla osoby chorej – towarzyszy niepokój, strach, lęk.

Omamy (halucynacje) są to fałszywe doznania zmysłowe powstające pomimo braku obecności bodźca je wywołującego („słyszę szepty za plecami, głosy, chociaż nikogo nie ma, które rozmawiają o mnie, komentują moje zachowanie, wyśmiewają się”).

Nauczyciel w początkowym okresie choroby może zaobserwować u ucznia odmienne od dotychczasowych zachowania. Uczeń:

- opowiada, że widzi i słyszy rzeczy i osoby nieistniejące tu i teraz;
- nasłuchuje, przygląda się, rozmawia z osobami, których nie ma;
- wypowiada nielogiczne ciągi zdań, opisuje zjawiska w sposób bardzo obrazowy, używając udziwnionych myśli i pojęć;

- w krótkich odstępach czasu popada w skrajne nastroje (od wybuchu śmiechu do płaczu);
- zachowuje się w sposób odmienny niż dotychczas, np. uczeń nieśmiały – zaczyna być gadatliwy, natrętny; uczeń aktywny – izoluje się od rówieśników;
- prezentuje zachowania nieadekwatne do wieku;
- zaczyna przejawiać nasilone lęki oraz napady strachu przed otaczającą rzeczywistością, izoluje się od zewnętrznego, frustrującego świata.

Nauczycielu!

W celu wyjaśnienia odmiennych od dotychczasowych zachowań ucznia zaprosz rodziców do szkoły. W partnerskiej rozmowie na temat zachowania oraz wyników nauki zapytaj, jak uczeń funkcjonuje w domu. Stwórz dobrą atmosferę takiego spotkania, wysłuchaj rodziców i powiadom ich o niepokojących Cię zachowaniach ucznia w szkole. Zachęć rodziców do kontaktu z psychologiem w szkole lub poradni psychologiczno-pedagogicznej. Zaproponuj pomoc w umówieniu wizyty w poradni. Okaż zrozumienie, gdy rodzice będą zaprzeczać trudnościom ucznia. Wyraż gotowość do współpracy i pomocy uczniowi w ramach swoich kompetencji.

W urojeniach wypowiedzi osób chorych, zarówno pod względem treści, jak też formy mogą się zmieniać. Słuchając, trudno jest zrozumieć wypowiedzi chorego, mimo że forma gramatyczna (podmiot, orzeczenie w zdaniu) jest zachowana. Mówimy wtedy o zaburzeniach myślenia w postaci zaburzenia skojarzeń, lub dezorganizacji myślenia. Chorzy mogą być także niespokojni, pobudzeni (często w znacznym stopniu) lub przeciwnie – zahamowani. Wszystkie te objawy nazywamy objawami pozytywnymi schizofrenii, w przeciwieństwie do tzw. objawów negatywnych, którymi mogą być: opóźnienie w udzielaniu odpowiedzi, upośledzenie lub brak reakcji emocjonalnych, mała dbałość o higienę.

Osoby chore zamykają się w sobie, stają się apatyczne, izolują się od bliskich, także od przyjaciół i kolegów w szkole, zmniejsza się stopień ich ekspresji emocjonalnej, czasami wręcz przestają okazywać uczucia. W psychozie mogą też pojawiać się zaburzenia nastroju w postaci obniżonego nastroju, rzadziej – podwyższonego oraz często występuje lęk. Mogą pojawiać się dziwaczne, niezrozumiałe zachowania: nastolatek zaczyna się dziwnie ubierać, stosuje diety, zmienia orienta-

cję religijną, np. nieoczekiwanie staje się buddystą lub wymyśla własne systemy religijno-filozoficzne.

Psychoza może dezorganizować życie chorego we wszystkich jego aspektach, doprowadzając do trudności w kontynuowaniu nauki w szkole, pracy, zerwania kontaktów towarzyskich. Objawy choroby nie muszą być jednak nasilone i dziecko może z nimi żyć prawie tak, jak przed chorobą.

W okresie dorastania zaburzenia psychiatryczne występują przede wszystkim jako pierwotne zaburzenia z tzw. spektrum schizofrenii i wtórne, w przebiegu innych chorób rozpoczynających się w tym okresie.

Zaburzenia psychiatryczne wtórne występują:

- w przebiegu nadużywania substancji psychoaktywnych;
- w przebiegu chorób somatycznych takich jak padaczka skroniowa, choroby naczyniowe i degeneracyjne mózgu, zaburzenia wydzielania wewnętrznego (np. nadczynność tarczycy) i metaboliczne, choroby infekcyjne (zapalenie mózgu i opon mózgowych).

Zaburzenia psychiatryczne wtórne mają raczej charakter

przemijający i ustępujący po leczeniu podstawowej dolegliwości, której są wynikiem. Jeżeli jednak mamy do czynienia z zaburzeniami psychiatrycznymi okresu dorastania, to najczęściej są to zaburzenia pierwotne z tzw. spektrum schizofrenii. Różnicowanie pomiędzy zaburzeniami występującymi w chorobie a zaburzeniami psychiatrycznymi w przebiegu nadużywania substancji psychoaktywnych może być bardzo trudne. Ostateczna diagnoza stawiana jest zawsze na podstawie wyników testów na obecność substancji psychoaktywnych w moczu.

Trzeba pamiętać, że często możemy mieć do czynienia ze współistnieniem obu tych zaburzeń. Młodzi ludzie bowiem, gdy odczuwają, że coś się z nimi dzieje, że zaczynają się zmieniać psychicznie, jak ma to miejsce w okresie poprzedzającym schizofrenię, próbują się „ratować” zażywając narkotyki. Jednak po okresie odstawienia substancji psychoaktywnych objawy psychiatryczne najczęściej ustępują.

Coraz częściej podkreśla się znaczenie zaburzeń poznawczych w schizofrenii (uwagi, funkcji wzrokowo-przestrzennych, pamięci słownej oraz pamięci operacyj-

nej, zwłaszcza krótkotrwałej). Zaburzenia te mogą doprowadzić do osłabienia ogólnej sprawności intelektualnej oraz znacznego upośledzenia możliwości adaptacyjnych ucznia. Mogą one istnieć w dyskretnej formie przed pojawieniem się jawnych objawów choroby. Mogą też utrzymywać się po ich przeminięciu, utrudniając prawidłowe funkcjonowanie, zwłaszcza intelektualne.

W trakcie trwania choroby deficyty te u części chorych mają charakter utrwalony, lecz pozostają na podobnym poziomie, natomiast u większości – nasilają się w miarę trwania choroby. Ponadto, pogorszenie funkcji poznawczych występuje z reguły u tych chorych, u których leczenie zostało podjęte późno i było mało systematyczne. Rokowanie w schizofrenii określa się jako niepewne ze względu na tendencję do nawrotów i częste pogorszenia ogólnego funkcjonowania po przebytych psychozie, zwłaszcza funkcjonowania poznawczego, co utrudnia naukę w szkole.

2.1. Charakterystyka schorzenia

Etiologia schizofrenii nie jest do końca znana – ale najważniejsza jest swoista, wrodzona podatność mózgu na stres i zmiany biochemiczne w nim zachodzące. Stres może mieć różny charakter od biologicznych czynników stresowych do czynników psychospołecznych. Z kolei zmiany biochemiczne to przede wszystkim zaburzenia w neuroprzekaźnikach mózgowych powodujące pojawienie się w mózgu nadmiaru przekaźnika zwanego dopaminą. Niektórzy podkreślają także rolę wczesnych zmian w rozwoju mózgu, prawdopodobnie rozpoczynających się już w okresie prenatalnym. Mówi się wówczas o tzw. schizofrenii neurorozwojowej.

Schizofrenia nie jest chorobą częstą, jej rozpowszechnienie nie przekracza 1% populacji. Występuje we wszystkich kulturach, u ludzi ze wszystkich warstw społecznych. Zwykle choroba rozpoczyna się u młodych dorosłych, jednak zdarza się, że jej początek przypada wcześniej, na trudny dla nastolatków okres dorastania (13–18 lat). Mówi się wtedy o „schizofrenii o wczesnym początku”. Schizofrenia rzadko rozpoczyna się u dzie-

ci; jeśli tak się zdarza, mamy do czynienia ze schizofrenią o bardzo wczesnym początku. Jednak postawienie takiego rozpoznania jest bardzo trudne i nie zawsze wytrzymuje próbę czasu. Zaburzenia ze spektrum schizofrenii mogą ewoluować powoli, ale mogą również pojawić się burzliwie, w ciągu kilku dni, tak jak w ostrych przemijających zaburzeniach psychiatrycznych.

Zwykle przyjęto się dzielić przebieg choroby na następujące fazy:

1. fazę przedchorobową,
2. okres objawów zwiastunowych (prodromalnych),
3. pierwszy epizod jawnych objawów psychiatrycznych,
4. okres remisji czyli ustąpienia objawów.

W okresie objawów zwiastunowych wiele zachowań nastolatka może zwrócić uwagę nauczyciela w szkole. Zwykle dobry do tej pory uczeń zaczyna się opuszczać w nauce, tłumaczy się zaburzeniami koncentracji uwagi, bywa na przemian smutny i rozdrażniony. Można obserwować, że na przerwie pozostaje sam w klasie lub na korytarzu, izolując się od kolegów, z którymi do tej pory miał dobre kontakty. Czasami obraz ten jest nieco

inny, dominuje wyraźna, choć niezrozumiała zmiana zachowania, niegrzeczne, zupełnie nieoczekiwane odpowiedzi, czasami nie do końca zrozumiałe, zmiana sposobu ubierania się.

W okresie jawnych objawów psychiatrycznych występują takie objawy chorobowe, jak omamy, urojenia, manie prześladowcze, otępienie, niespójność myślenia, nieadekwatne reakcje emocjonalne. Uczeń mówi, że widzi i słyszy rzeczy i osoby, których w rzeczywistości nie ma; nastuchuje, przygląda się, rozmawia z nieistniejącymi osobami. Może mówić nielogicznie, używając udziwnionych słów i zdań. Zdarza się, że prezentuje skrajne nastroje (euforia – płacz) oraz paniczny strach i lęk.

Proces diagnostyczny w zaburzeniach psychiatrycznych jest bardzo trudny. Wiele bowiem zjawisk, które w późniejszym okresie zostałyby uznane za patologiczne, w okresie dorastania mieszczą się w zakresie normy. Trzeba mieć na uwadze, że w tym okresie:

1. młodzież skłonna jest do wyraźnych, szybkich, nieuzasadnionych zmian nastroju w postaci depresji i apatii; przeplatają się z nimi okresy euforii i

zwiększonej aktywności;

2. u młodzieży mogą pojawiać się – krócej czy dłużej trwające – okresy lęku lub wręcz paniki, zaburzenia snu, apetytu, a nawet myśli samobójcze będące wyrazem kryzysu wartości;
3. łatwo jest pomylić zaburzenia myślenia występujące w schizofrenii z „dziwnym językiem nastolatka”; niektóre słowa mają swoje własne, zupełnie inne od potocznego znaczenie; pojawiają się niecodzienne skojarzenia, „pseudofilozofowanie”;
4. odsuwanie się od otoczenia – zwłaszcza rówieśników, zmianę kontaktu z rodzicami na chłodny lub wręcz zimny – typowe dla trudności separacyjnych tego okresu – trudno odróżnić od objawów rozpoczynającej się psychozy;
5. niepewność własnej tożsamości seksualnej oraz tożsamości własnego ciała, nakazuje dziecku stale, wręcz obsesyjnie obserwować je i badać, a także budzi podejrzenie psychotycznych obaw i lęków o nieprawidłową budowę ciała.

Przed lekarzem psychiatrą wieku rozwojowego staje zatem podstawowe pytanie: Czy obserwowane u dziec-

ka lub dorastającego zaburzenia, są w istocie objawami psychotycznymi, czy jedynie specyficznymi, przejawskawionymi cechami rozwojowymi? A jeśli tak, to jaka jest natura tych objawów i czy nie są one przejawem innych opisanych wyżej zaburzeń.

2.2. Leczenie schizofrenii oraz skutki podawania leków

Leczenie zaburzeń psychotycznych wymaga całościowego planu terapeutycznego, w którym leczenie farmakologiczne łączone jest z psychoterapią, socjoterapią, psychoedukacją i treningiem umiejętności społecznych. Leczenie farmakologiczne sprowadza się do wykorzystania wpływu leków przywracających równowagę pomiędzy neuroprzekaźnikami w mózgu. Chodzi zwłaszcza o obniżenie poziomu dopaminy, który u chorych na schizofrenię jest zbyt wysoki.

Leki przeciwpsychotyczne działają na objawy choroby, takie jak: urojenia, omamy, zdeorganizowane myślenie, pobudzenie psychotyczne. Leki muszą być przyj-

mowane systematycznie, zwykle przez rok lub dwa po zachorowaniu. Leki neuroleptyczne, tak jak wszystkie leki mają swoje objawy uboczne, które można także zaobserwować w trakcie nauki szkolnej: drżenia, sztywność mięśni, naoliwiona, maskowata twarz, chodzenie małymi kroczkami, brak współruchów.

Leki mogą wywoływać również zmiany w wyglądzie ucznia – przyrost masy ciała, który często staje się przyczyną odstawienia leków. Obserwuje się również tzw. objawy wegetatywne, takie jak: suchość w ustach lub ślinienie się, zaparcia. Chorzy często sami sygnalizują, że odczuwają uczucie oszołomienia, osłabienia, które nazywają „przymuleniem”.

Z punktu widzenia funkcjonowania ucznia w szkole ważne są następujące objawy uboczne stosowania leków:

- senność – po większej dawce leku na noc, niewątpliwie utrudnia koncentrację w trakcie lekcji, zwłaszcza w trakcie pierwszych godzin lekcyjnych;
- objawy pozapiramidowe – choć dotyczą sfery ruchowej, mogą powodować również spowolnienie procesów myślowych;

- uczucie oszołomienia, „przymulenia” – przeszkadza w skupieniu się na lekcjach, zaburza koncentrację;
- spadki ciśnienia – zwłaszcza po nagłej zmianie pozycji ciała, gwałtownym skłonie itp. mogą utrudniać koncentrację, jak również mogą powodować omdlenia. Wówczas należy ucznia położyć z nogami uniesionymi do góry, wyżej niż głowa. Uczeń taki może na jakiś czas wymagać zwolnienia przez lekarza z zajęć z wychowania fizycznego.

Jeżeli któryś z tych objawów jest szczególnie nasilony i wyraźnie przeszkadza w nauce, warto zachęcić ucznia i ewentualnie jego rodziców, aby omówili te problemy z lekarzem sprawującym opiekę nad uczniem. Lekarz może zdecydować o modyfikacji leczenia w taki sposób, aby niwelować – w miarę możliwości – działania uboczne leków.

Leczenie farmakologiczne, jak już wspomniano, stanowi tylko część programu terapeutycznego stosowanego w zaburzeniach psychiatrycznych okresu dorastania. Ze względu na problematykę trudnego okresu dorastania dotyczącą całego systemu rodzinnego oraz osobiste problemy nastolatka związane także z przeżywaniem

psychozy i hospitalizacji psychiatrycznej, konieczne mogą być takie działania psychoterapeutyczne, jak: terapia rodzin, terapia indywidualna, terapia grupowa, zwłaszcza, gdy osoba chora ma problemy z nawiązywaniem i utrzymywaniem kontaktów społecznych. Dopiero taki całościowy program terapeutyczny daje nastolatkowi szansę na wyzdrowienie lub stosunkowo dobre funkcjonowanie w życiu.

Szczególne znaczenie ma terapia rodzin, która w swoim dialogu terapeutów z rodziną pozwala zrozumieć z jednej strony problemy nastolatka związane z okresem dorastania, z drugiej – problemy rodziny, jako całości związane z chorobą jednego z jej członków.

3. Uczeń z zaburzeniami psychotycznymi w szkole

Trudności nastolatka z zaburzeniami schizofrenicznymi wynikają z jednej strony z samej choroby, a z drugiej mogą być pochodną objawów ubocznych leków przeciwpsychotycznych. Zachorowanie na psychozę, a zwłaszcza hospitalizacja psychiatryczna, są na ogół traumatycznym przeżyciem dla młodego chłopaka lub dziewczyny. Po hospitalizacji psychiatrycznej wracają oni do szkoły z uczuciem dużej niepewności i obaw, jak zostaną przyjęci przez kolegów i nauczycieli. Osoby te obawiają się wyśmiania, izolacji od grupy, zwłaszcza, że same czują niepewność dotyczącą tego, jak będą funkcjonować w szkole.

Większość młodzieży po hospitalizacji psychiatrycznej ma obniżoną samoocenę, związaną z faktem choroby psychicznej. Rodzice chorych dzieci stają często przed dylematem czy przekazać szkole, najczęściej wychowawcy wiadomość, że ich syn czy córka zachorowali, czy też nie. Najczęściej rozwiązują go powiadamiając wychowawcę o tym fakcie. Rodzice w uzgodnieniu z

dzieckiem powinni zdecydować, kto jeszcze powinien wiedzieć o chorobie, jakie i ile informacji przekazać. Może się zdarzyć, że z lęku przed reakcją otoczenia, fakt leczenia lub hospitalizacji psychiatrycznej jest ukrywany. Sytuacja ta jest bardzo trudna dla obu stron, zarówno nauczyciela, jak i chorego ucznia.

Nauczyciel może opacznie interpretować niektóre zachowania wynikające z choroby, jako wynik lenistwa, lekceważenia lub – co gorsza – zażywania substancji psychoaktywnych. Z drugiej zaś strony, jeżeli nauczyciel dowie się o chorobie psychicznej ucznia, musi pamiętać, że istnieje konieczność zachowania tajemnicy. Należy ściśle ustalić z rodzicami i osobą chorą, kto jeszcze może wiedzieć o tym fakcie. Jeżeli chory uczeń sam informuje o swojej chorobie, na rozmowę taką należy poświęcić dużo czasu, zapewniając warunki spokoju w trakcie jej trwania. Najlepiej byłoby pozostawić uczniowi decyzję dotyczącą tego, ile chce powiedzieć, nie wypytyując zanedo o szczegóły, ale zapewniając go o zrozumieniu i ofiarowując pomoc na terenie szkoły.

Warto ustalić, czy chory uczeń chce, aby wychowawca

porozmawiał w trakcie godziny wychowawczej z całą klasą. Rozwiązanie takie, choć wydaje się najbardziej racjonalne, często nie jest łatwe dla chorego ucznia, który nie ma odwagi i gotowości do szczerego opowiedzenia o swojej chorobie. Ponadto, taka rozmowa wymaga dobrego przygotowania się do niej nauczyciela, ale jeśli się powiedzie, może mieć niezwykle ważne znaczenie dla funkcjonowania chorego dziecka w szkole, może ułatwić akceptację innych uczniów i zmniejszenie stygmatyzacji. Można w niej odwołać się do przykładów z literatury lub np. filmu „Piękny umysł”, aby przybliżyć klasie przeżycia psychotyczne. Czasami zdarza się, że chory uczeń chciałby, aby taka rozmowa miała miejsce, ale wolałby w niej nie uczestniczyć i oczywiście w tym względzie należy pozostawić mu ostateczną decyzję.

Zaburzenia schizofreniczne mogą zmieniać funkcjonowanie społeczne także w grupie rówieśniczej. Chora osoba może się izolować, nie nawiązywać relacji społecznych, np. na przerwie pozostawać w klasie. Co więcej, czasami może dziwnie się zachowywać, uśmiechać bez powodu lub „wyłączać się” przebywając we wła-

snym świecie. Dziecko chore wymaga wówczas pewnej mobilizacji, zachęcania do życia w grupie, ale bez wywierania zbyt dużego nacisku. Innymi słowy – delikatnie zachęcając i mobilizując trzeba pamiętać o ograniczeniach wynikających z choroby, zwłaszcza w początkowym okresie leczenia.

W sytuacjach, gdy chora dziewczyna czy chłopak wypowiadają przekonania, które nie są prawdziwe, a które mogą być zakwalifikowane jako urojenia nie należy dyskutować, bo to niewiele pomaga, ponieważ chory „wie swoje”. Jednakże nie należy w takich sytuacjach, dla tzw. świętego spokoju, mówić, że chore myśli są prawdziwe, utwierdzając chorego w tym przekonaniu. Zamiast potwierdzać, nauczyciel może jedynie powiedzieć: „Nie podzielam twoich przekonań, ale próbuję je zrozumieć, wczuć się w twoje przeżycia”.

Warto pamiętać, że chorzy na zaburzenia schizofreniczne wymagają pewnego dystansu w kontakcie osobistym, np. raczej nie lubią być dotykani, przytulani, obejmowani. Akceptacja, szacunek, poszanowanie ich inności, godności powinny być najważniejszymi cechami kon-

taktu z tymi pacjentami, bez nadmiernej intruzywności i nadopiekuńczości. Jeśli jakieś zachowanie ucznia jest bardzo trudne dla prawidłowego funkcjonowania klasy, konieczne jest podjęcie rozmowy i pomoc w podjęciu działań, których celem będzie zmiana zachowania. Paradoksalnie, w ten sposób nauczyciel okaże choremu uczniowi szacunek, traktując go, pomimo choroby, jak partnera. Nie należy obawiać się wyrażenia dezaprobaty, tak jak nie należy obawiać się nagradzania każdego pozytywnego zachowania, które może być symptomem powrotu ucznia do zdrowia.

Ważne jest, aby chory uczeń czuł, że brak akceptacji nie dotyczy jego samego, ale wyłącznie jego zachowania.

3.1. Trudności w funkcjonowaniu oraz możliwości uczenia się

Istnieje wiele badań dotyczących zmniejszenia się możliwości intelektualnych w przebiegu procesu schizofrenicznego. Potwierdzają to także obserwacje kliniczne, a przede wszystkim subiektywne odczucia chorych.

Skarżą się oni na pogorszenie pamięci, zaburzenia koncentracji uwagi, przyswajanie materiału wolniejsze niż przed chorobą. Niektórzy chorzy z trudem kontynuują naukę, ale na szczęście zdarza się to rzadko, a zmiana leczenia farmakologicznego może przynieść poprawę tego stanu.

Często, zwłaszcza bezpośrednio po hospitalizacji, gdy stan ucznia nie uległ poprawie, lekarz psychiatra dzieci i młodzieży wydaje opinię dla poradni psychologiczno-pedagogicznej o konieczności indywidualnego nauczania. W wielu przypadkach wskazanie to pozwala na przetrwanie trudnego okresu bez konieczności przerywania nauki. Optymalne byłoby, gdyby program indywidualnego nauczania mógł być realizowany w budynku szkoły, ponieważ chory uczeń nie traciłby wówczas kontaktu z grupą rówieśniczą. Nie powiększałoby to tendencji do izolacji wynikającej z samego procesu chorobowego.

Powstaje też pytanie: W jakim zakresie należy dostosować wymagania szkolne wobec ucznia z zaburzeniami psychicznymi? Nie ma jednej dobrej odpowiedzi na

to pytanie. Wszystko zależy bowiem od indywidualnej oceny możliwości chorego ucznia przez nauczyciela. Niektórzy uczniowie będą wymagali wyraźnego dostosowania wymagań; inni nie będą tego potrzebować. Decyzję w tym zakresie nauczyciel może podjąć po wnikliwym zapoznaniu się z możliwościami ucznia. Nie jest to też decyzja ostateczna, bowiem stan chorego jest dynamiczny i po trudnym, wstępnym okresie adaptacji, możliwości ucznia mogą nie różnić się zasadniczo od stanu sprzed okresu zachorowania. Lepiej jednak jest, aby chory uczeń mógł kontynuować naukę, nawet wówczas, gdy otrzymuje wyraźnie słabsze oceny. Jest to mimo wszystko korzystniejsze, niż powtarzanie klasy.

Wszelkie decyzje dotyczące nauki wymagają nie tylko wnikliwej obserwacji możliwości chorej osoby, ale także utrzymania równowagi pomiędzy zachęcaniem jej do wysiłku oraz stawianymi wymaganiami, a postawą opiekuńczą, ochronną. Ważne jest, aby postawa taka nie przerodziła się w postawę nadopiekuńczą, która bardziej szkodzi niż pomaga, chociaż kryją się za nią dobre intencje.

Wskazówki dla nauczyciela:

- dostosuj tok nauczania oraz zakres wymagań do indywidualnych potrzeb i możliwości ucznia, zwłaszcza w początkowej fazie zdrowienia;
- pracuj w oparciu o pozytywne wzmocnienia – pochwały, nagradzanie, pozytywną więź;
- stopniowo zwiększaj wymagania w zakresie przestrzegania zasad panujących w szkole;
- wspieraj i umożliwaj uczniowi kontakty społeczne;
- chroń ucznia przed przemocą i stygmatyzacją ze strony rówieśników;
- pamiętaj, że uczeń nie wymaga wsparcia w obszarach, w których dobrze sobie radzi;
- zaktywizuj klasę do pomocy uczniowi w uzupełnieniu zaległości, omawiając zasady tej pomocy;
- przy ocenianiu oddzielaj te obszary i umiejętności, w których mogą występować zaburzenia spowodowane ubocznym działaniem leków;
- nie karz ucznia za objawy choroby.

3.2. Dozwolone i wskazane obszary aktywności ucznia

Nie można wskazać takich obszarów aktywności nastolatka chorego na zaburzenia z kręgu schizofrenii, które byłyby a priori przeciwwskazane. Uczeń ten może i powinien uczestniczyć w różnorodnych aktywnościach szkolnych i pozaszkolnych, zwłaszcza takich jak przedstawienia teatralne, kluby zainteresowań, wycieczki, zielona szkoła. Może to poprawić jego samoocenę i dać mu poczucie powracania do zdrowia. Należy go do tego udziału zachęcać, chyba, że w sposób bardzo zdecydowany odmówi. I tu także nauczyciel może zdać się na swoją wiedzę o uczniu i obserwacje jego zachowania po chorobie, może też porozmawiać nie tylko z nim samym, ale także z jego rodzicami.

Czasami przyjmowanie leków koliduje z możliwością uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego. Decyzja o okresowym zwolnieniu z pewnych aktywności fizycznych powinna być zawsze konsultowana – za pośrednictwem rodziców – z lekarzem koordynującym proces leczenia ucznia.

3.3. Rola i zadania nauczyciela w pracy z uczniem chorym

Nauczyciel powinien zwracać szczególną, życzliwą uwagę na ucznia. Istotne wydaje się być wyczulenie na wszelkie, wyraźne zmiany w jego zachowaniu, na przykład jeśli zbyt spokojny uczeń staje się nadmiernie ruchliwy, niespokojny lub odwrotnie – zdradza lęk swoim zachowaniem, rozgląda się z niepokojem, izoluje bardziej niż dotychczas. Niepokój powinno budzić wypowiedzianie przez ucznia obaw, że jest on ofiarą prześladowań, że wszyscy się odwracają, odsuwają lub mówią za jego plecami.

Również kłopoty z odróżnianiem fantazji od rzeczywistości, nielogiczne myślenie, dziwaczne zachowania, czy dziwaczny ubiór, mogą być sygnałami nawrotu choroby, mimo prawidłowego leczenia. Należy wtedy jak najszybciej podzielić się swoimi obserwacjami z rodzicami i/lub psychologiem czy pedagogiem szkolnym.

Reasumując, ważna jest dyskretna obserwacja chorego ucznia, szczególnie w pierwszym okresie powrotu do

szkoły po chorobie. Jest to bowiem szczególnie trudny okres związany z przeżywaniem przez ucznia faktu zachorowania na chorobę psychiczną, niepewności co będzie dalej, jak sobie poradzi, czy nie zostanie odrzucony przez grupę rówieśniczą.

Obserwacja powinna być nastawiona na wychwytywanie zmian w jego zachowaniu. Jednak nie należy przesadzać – każdy człowiek ma lepsze i gorsze dni. Warto więc powstrzymać swój niepokój do czasu, kiedy jesteśmy pewni, że zmiany w dotychczas stabilnym zachowaniu powtarzają się lub – co gorsza – narastają.

3.4. Postępowanie w sytuacji zagrożenia próbą samobójczą

Najważniejszą sprawą powinno być szczególne wyczulenie pracowników szkoły na możliwość podjęcia przez chorego ucznia próby samobójczej. Wszelkie mniej lub bardziej „zawoalowane” aluzje lub dyskusje o bezsensie życia, pytania o różne sposoby pozbawienia się życia lub wręcz deklarowanie, że „życie nie ma sensu” trze-

ba traktować jako ważny sygnał ostrzegawczy. Istotnym niepokojącym sygnałem ostrzegawczym są też informacje o gromadzeniu leków, wchodzeniu na strony internetowe poświęcone samobójstwu, podobnie jak wypowiedzi, że każdy ma prawo dysponować swoim życiem. Warto przypomnieć, że nie tylko chorzy na depresję, ewidentnie smutni uczniowie mogą podjąć próbę samobójczą, lub popełnić samobójstwo. Także w schizofrenii częste jest ryzyko samobójstwa, jego prawdopodobieństwo oceniane jest w granicach od 10 do 30%.

U większości nieprzygotowanych dorosłych przekazywane przez ucznia komunikaty wywołują silny lęk i poczucie bezradności. Pod wpływem emocji dorośli często reagują w sposób nieprzemyślany, pogarszając i tak trudną sytuację. Personel szkoły niekiedy próbuje zbagatelizować otrzymane informacje, albo podejmuje chaotyczne, nieskoordynowane działania, które nie rozwiązują problemów dziecka, lecz eskalują tzw. szkolną „afere”.

Stąd konieczność wyłonienia i przeszkolenia zespołu ds. sytuacji kryzysowych oraz wcześniejszego przygotowa-

nia procedur reagowania w sytuacji kryzysu. Umiejętność zarządzania kryzysem umożliwia udzielenie właściwej pomocy uczniowi, zwiększa poczucie kompetencji i bezpieczeństwa nauczycieli. Wzrasta też poczucie bezpieczeństwa uczniów i rodziców oraz ich zaufanie do nauczycieli.

Nie można skonstruować jednego przydatnego scenariusza rozmowy z potencjalnym samobójcą. Każda rozmowa będzie przebiegała inaczej. Można jednak podać kilka podstawowych zasad reagowania umożliwiających osiągnięcie celów i uniknięcie poważnych błędów¹:

1. Zachowaj spokój. Nie panikuj.

Kontroluj głos i mimikę, staraj się nie okazywać zdenerwowania. Uczniowi w tej chwili potrzebny jest opanowany, dający oparcie dorosły.

2. Traktuj ucznia i jego komunikat o zamiarach samobójczych poważnie.

Przekonanie, że osoby mówiące o samobójstwie nigdy go nie popełniają, jest mitem. Wielu samobójców komunikowało wcześniej swoje zamiary.

¹ e-poradnik: <http://www.cmp3.ore.edu.pl/node/23383>

3. Nie odsyłaj ucznia.

Nie proponuj innego terminu rozmowy, nie kieruj go do innej osoby – to bardzo niebezpieczne. Odesłanie może zostać odebrane jako lekceważenie albo nasunąć uczniowi myśl, że jego sytuacja jest gorsza niż sam przypuszczał. Zwiększy to lęk, poczucie osamotnienia i beznadziejności. Poproś, by ktoś zastąpił cię podczas lekcji. Najważniejsze jest zapewnienie fizycznego i psychicznego bezpieczeństwa dziecku.

4. Nie zostawiaj ucznia ani na chwilę samego.

Jeśli obawiasz się, że sobie nie poradzisz albo sytuacja tego wymaga, poślij kogoś po pomoc, nie opuszczając pokoju. Wezwij członka zespołu kryzysowego, który jest lepiej przygotowany do prowadzenia rozmowy. Oczekując na pomoc, zatroszcz się o dziecko spokojnie i serdecznie. Po przyjściu drugiej osoby pozostań przy rozmowie.

5. Nie obiecuj absolutnej dyskrecji.

Nigdy nie obiecuj, że nikt o niczym się nie dowie. Musisz przecież powiadomić dyrektora i rodziców. Sprawy mogą również zająć się specjaliści, policja lub sąd rodzinny. Powiedz uczniowi: „Żądając całkowitej dyskrecji

wiążesz mi ręce. Mogę tylko obiecać zachowanie dyskrecji wobec osób niezaangażowanych w rozwiązanie twoich trudności.” Odwołaj się do obowiązującej w szkole procedury zespołowego rozwiązywania poważnych problemów. Koniecznie powtórz, że ci na uczniu zależy.

6. Zapewnij możliwie najlepsze warunki rozmowy.

Zadbaj o intymność. Nie prowadź ucznia do pokoju nauczycielskiego. Nie pozwól, by ktoś przypadkowy wszedł do pokoju, w którym rozmawiacie.

7. Nie prowokuj ucznia podając w wątpliwość jego zamiary.

Nie znając sytuacji nigdy nie mów: „Nie próbuj mnie straszyć samobójstwem”. To bardzo ryzykowne. Pobudliwy, zraniony i zdesperowany nastolatek może za chwilę przystąpić do realizacji zamiarów, choćby z chęci zemsty za twoją bezduszość.

8. Respektuj uczucia ucznia.

Nie próbuj bagatelizować problemu protekcyjnym traktowaniem ucznia. Wzmacniasz tylko negatywne emocje i utwierdzasz w przekonaniu, że nikt go nie rozumie i nie chce się nim zająć.

9. Uważnie słuchaj.

Nie zajmuj się w tym czasie niczym innym. Pozwól uczniowi mówić. Więcej słuchaj niż mów. Zadawaj krótkie pytania. Nie komentuj. Nie interpretuj relacjonowanych wydarzeń. Mów językiem zrozumiałym dla nastolatka. Utrzymuj kontakt wzrokowy.

10. Nie próbuj „na siłę” poprawiać nastroju ucznia.

Optymistyczne zdanie wypowiedziane w najlepszej intencji, jak: „Nie przejmuj się” – zostanie odebrane jako dowód lekceważenia, braku zrozumienia i braku rozsądku. Zaufanie do ciebie i motywacja do rozmowy mogą zniknąć.

11. Bądź empatyczny.

Zasygnalizuj zrozumienie dla przeżyć ucznia, ale raczej unikaj słowa: „Rozumiem” Osoby w depresji źle je znoszą i reagują irytacją. Są przekonane, że nikt tego nie rozumie, jeśli sam nie był na dnie rozpacz.

12. Bądź cierpliwy.

Nie daj się sprowokować i nie wchodź w rolę sędziego. Spokojnie słuchaj. Uczeń uspokoi się, gdy uzna cię za osobę rozumiejącą i wspierającą.

13. Ujawnij swoje odczucia.

Twoje emocje mogą być widoczne i nie ma powodu, by o nich nie mówić. Uczeń chce usłyszeć, że on i jego sprawy nie są ci obojętne. Wyraż krótko własne odczucia posługując się zdaniem: „Jestem poruszony tym, co mi powiedziałeś”. Nie opowiadaj o własnych trudnościach życiowych. Skoncentruj się wyłącznie na uczniu.

14. Nie oceniaj.

Unikaj oceniania zachowania ucznia i wypowiadania opinii. Stwarzasz tym dystans między sobą, a dzieckiem. Największą wartość ma to, że siedzisz z nim i słuchasz go uważnie. Udzielasz mu w ten sposób wsparcia.

15. Nie próbuj prowadzić dyskusji.

Nie czuj się zobowiązany do przekonania ucznia, by zrezygnował z samobójczych zamiarów. Nie argumentuj i nie przeciwstawiaj się gwałtownie samobójczej decyzji ucznia. Zachęcaj do odwołania w czasie jej realizacji. Unikaj wywoływania poczucia winy. Powiedz: „Wiem, że tak to widzisz i oceniasz, ale nie zgadzam się z tobą”. Demonstrować spokojną pewność siebie. Nie uzasadniaj swojego przekonania, bo po każdym argumentie usłyszysz, że to beznadziejne, to nic nie da.

16. Wypowiadaj się w sposób bezpośredni i otwarty.

Nie obawiaj się używać słów „śmierć” i „samobójstwo”. Nie bój się, że podsuniesz uczniowi w ten sposób niebezpieczny pomysł, bo on od dawna o tym myśli. Zyskasz tylko uznanie i zaufanie jako osoba otwarta i odważna.

17. Nie bój się ciszy.

Daj sobie i uczniowi czas na refleksję. Przebywanie ze sobą w pełnej zrozumienia ciszy buduje kontakt.

18. Przedstaw swoje najbliższe zamiary.

Powiedz uczniowi, co zamierzasz zrobić, by nie czuł się zaskoczony i zdradzony. Zapytaj, czego obawia się w związku z planowanymi przez ciebie działaniami. Wyśłuchaj jego obaw i weź je poważnie pod uwagę. Spróbuj go uspokoić.

19. Bądź uczciwy.

Nie obiecuj zbyt wiele. Możesz nie zrealizować obietnic i tylko zniszczysz zaufanie.

20. Nie stosuj konfrontacji.

Jeśli przyczyną zachowania ucznia jest przemoc, nigdy nie doprowadzaj do konfrontacji z jej sprawcami. Dla ofiary jest to dodatkowa trauma. Narażasz ucznia na represje ze strony sprawców i burzysz zaufanie do sie-

bie. Lęk przed represjami może przyspieszyć decyzję o samobójstwie.

Po zakończeniu rozmowy uruchom procedurę postępowania w sytuacjach kryzysowych i powiadom rodziców. Nie pozwól, by uczeń sam opuścił szkołę.

3.5. Pierwsza pomoc

Zdarza się, choć na szczęście rzadko, że w szkole w sposób ostry może wystąpić nawrót zaburzeń psychotycznych w postaci napadu lęku z powodu doznań chorobowych, np. urojeń prześladowczych lub omamów słuchowych, stan pobudzenia ruchowego lub co gorsza agresja wobec innego ucznia lub nauczyciela.

Jeśli zachowanie chorego ucznia wymyka się spod kontroli, nauczyciel traci z nim kontakt, nie może się porozumieć, lub uczeń staje się agresywny – pierwsza pomoc sprowadza się wówczas do czasowej izolacji nastolatka a następnie wezwania rodziców lub pogotowia ratunkowego.

4. Zamiast zakończenia

Warto pamiętać, że:

- Choroba to tylko część osoby cierpiącej na zaburzenia psychiczne – nikt nie jest chory w 100%, a w każdej osobie chorej istnieją mniejsze lub większe obszary zdrowia, zwłaszcza u osób młodych.
- Chory uczeń jest tą samą osobą co przed chorobą – tylko w chwili obecnej jest chory, a w pewnych zakresach nie funkcjonuje tak, jak dawniej.
- Zawsze staraj się widzieć w uczniu OSOBE, a nie chorego.

Profesor Antoni Kępiński w książce pt. *Schizofrenia* wskazał, że kontakt z osobą chorą na schizofrenię może pomagać innym w rozwoju osobistym i poznawaniu siebie. W przypadku ucznia z zaburzeniami psychicznymi kontakt ten jest ważny zarówno dla nauczyciela, jak i dla innych uczniów, ponieważ uczy tak ważnej wartości jaką jest tolerancja wobec INNEGO. Może zatem warto poddać refleksji fragment cytowanej książki, w którym autor mówi:

„Gdy lepiej poznamy chorego, w jego przeżyciach znajdujemy nieraz własne skryte marzenia, tłumione uczucia, pytania, na które nie umieliśmy dać odpowiedzi i które z czasem przestały nas nękać. Chory staje się nam coraz bliższy, gdyż pomaga nam poznać lepiej samych siebie”.

- Bee H. (2004), *Psychologia rozwoju człowieka*, Zysk i S-ka, Poznań.
- Kendall P.C. (2004), *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, GWP, Gdańsk.
- Kępiński A. (2001), *Schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Lauveng A. (2007), *Byłam po drugiej stronie lustra. Wygrana walka ze schizofrenią*, SAW.
- Mueser K.T., Gingerich S. (2001), *Życie ze schizofrenią. Poradnik dla rodzin*, Rebis, Poznań.
- Namysłowska I. (2000), *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*, PTP.
- Namysłowska I. (2000), *Terapia rodzin*, IPiN.
- Namysłowska I. (2006), *Kontakt terapeutyczny z osobą chorą na schizofrenię*, w: „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 15(3), s. 137–141.
- Psychiatria dzieci i młodzieży* (2007), red. I. Namysłowska, PZWL, Warszawa.
- Schizofrenia w rodzinie* (1999), red. B. de Barbaro, Wyd. UJ, Kraków.
- Szymańska J. (2009), *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży*, e-poradnik <http://www.cmp3.ore.edu.pl/node/23383>, CMPPP, Warszawa.

One są wśród nas

W drugiej serii
„One są wśród nas”
ukazały się:



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI
TIKOWYMI
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z DEPRESJĄ
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI
PSYCHOTYCZNYMI
W SZKOLE**



**DZIECKO Z ADHD
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z AUTYZMEM
I ZESPOŁEM ASPERGERA
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI
ODŻYWIANIA
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI
LĘKOWYMI
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**