

## Konwersatorium 114.

### Zaburzenia lękowe i nastroju wśród dzieci i młodzieży szkolnej

23 listopada 2019 r.

#### Uczestnicy panelu dyskusyjnego m.in.:

**Lidia Popek**, doktor nauk medycznych, lekarz psychiatra dzieci i młodzieży, konsultant wojewódzki psychiatrii dzieci i młodzieży, kierownik Oddziału Psychiatrycznego MCN w Józefowie, certyfikowany psychoterapeuta i superwizor; **ks. Stanisław Tokarski**, doktor nauk humanistycznych w zakresie psychologii, certyfikowany psychoterapeuta i superwizor psychoterapii, współzałożyciel i prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich; **Mariola Tomczak**, pedagog resocjalizacyjny, wicedyrektor Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii i LXI Liceum Ogólnokształcącego im. Janiny Zawadowskiej w Warszawie; **Anna Grzelewska**, youtuberka, autorka filmów, promotorka wiedzy na temat Zespołu Aspergera; **ks. Adam Zelga**, duszpasterz, proboszcz parafii bł. Edmunda Bojanowskiego w Warszawie; **Włodzimierz Wieczorek**, doktor teologii, specjalista psychoterapii uzależnień w procesie certyfikacji, Centrum Naukowo-Badawcze SWPR.

#### **Włodzimierz Wieczorek**

Zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju są częstym powodem zgłaszania się dzieci i osób młodych do leczenia psychiatrycznego. Wszelkiego typu problemy zdrowotne dzieci mogą znacznie utrudniać rozwój dziecka i nabywanie umiejętności rozwojowych. Bardzo ważne jest w realiach szkoły to, aby nauczyciele i rodzice potrafili na wczesnych etapach rozpoznawać tego rodzaju problemy i korzystać z pomocy specjalistów. Przedmiotem dzisiejszego konwersatorium są właśnie zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju wśród dzieci i młodzieży szkolnej.

Witam państwa bardzo serdecznie, całą społeczność akademicką i zaproszonych gości. Na wstępie proszę panią doktor Lidie Popek o wypowiedź.

#### **Lidia Popek**

Temat jest bardzo szeroki. Chciałabym na wstępie przedstawić państwu definicję zdrowia psychicznego dzieci. Jest to zdolność do doświadczania i wyrażania w sposób właściwy emocji takich jak radość, smutek, gniew, przywiązanie. To jest pozytywna samoocena, poczucie bezpieczeństwa, zaufania przede wszystkim do siebie. Zaufaniu do siebie wiąże się z zaufaniem do innych i do świata. Zdrowie psychiczne, to również umiejętność poruszania się w tym świecie, to jest zdolność do funkcjonowania społecznego w rodzinie, ale nie tylko w szerszym kontekście, to, co jest bardzo ważne dla dzieci, również w grupie rówieśniczej, w szkole i w ogóle w całym społeczeństwie. Jeśli mówimy dzisiaj o dziecku, to mamy w głowie taki obrazek, który każdy z nas widział, kamień rzucony do wody i rozchodzące się kręgi, które rozchodzą się coraz dalej, aż zanikają. Można sobie wyobrazić, że dziecko, pacjent jest tym kamieniem a wszystkie te kręgi rozchodzące się, to jest środowisko bliższe i dalsze, które musimy uwzględniać myśląc o dziecku, bez tego

środowiska właściwie ono nie funkcjonuje. No i po czwarte, zdrowie psychiczne, to zdolność do inicjowania i podtrzymywania głębszych relacji takich jak przyjaźń, miłość, uczenie się funkcjonowania się w świecie produktywnym. O tych dwóch hasłach przyjaźń i miłość i zdolność relacji z drugim człowiekiem mogę dużo powiedzieć, na pewno uczyliście się państwo o teorii więzi i pierwszych miesiący życia człowieka, ale też o znaczeniu okresu ciąży.

Psychiatria dzieci i młodzieży jest szeroką dziedziną, jest to dziedzina interdyscyplinarna. Każda osoba, która zajmuje się tą dziedziną zdobywa wiedzę nie tylko podstawową, medyczną dotyczącą psychiatrii, ale konieczna jest też wiedza w zakresie psychologii rozwojowej, psychoterapii, pediatrii. Metody terapii, jakie stosujemy w postępowaniu z dziećmi są również złożone. Nie dotyczą tylko i wyłącznie leczenia farmakologicznego, ale też posługujemy się wieloaspektowymi metodami. Bardzo istotna jest psychoedukacja pacjentów i rodziców, ale też współdziałanie z pionem edukacyjnym. W leczeniu dzieci jest szeroko stosowana psychoterapia, różne są typy szkół psychoterapeutycznych. I oczywiście nie bez znaczenia są funkcje opiekuńcze, wychowawcze i rehabilitacyjne.

Jaka jest skala zaburzeń u dzieci i młodzieży? Jest to bardzo duży procent, co najmniej 20% dzieci ma problemy ze zdrowiem psychicznym. Wiedzę dotyczącą zaburzeń psychicznych powinny mieć wszystkie osoby, które zajmują się profesjonalnie dziećmi i młodzieżą. Jest ona również konieczna dlatego, że jesteśmy w przededniu reformy dotyczącej psychiatrii dzieci i młodzieży. Dzisiaj główną metodą, głównym miejscem gdzie się diagnozuje dzieci jest szpital, co jest nieprawidłowe. Co najgorsze, że około 80% dzieci trafiających na izbę przyjęć ma dopiero wówczas pierwszy kontakt z lekarzem psychiatrą. To nie wynika tylko z tego, że nas jest mało, zaledwie około 400 w całej Polsce, braki są ogromne. Ale wynika to również z tego, w jaki sposób społeczeństwo podchodzi do zagadnień związanych ze zdrowiem psychicznym dzieci. Założenia tej reformy, która ma wejść wkrótce w życie są takie, żeby dziecko mogło uzyskać pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną w miejscu zamieszkania, a szpital był tym ostatnim ogniwem, do którego trafi po selekcji poprzez inne struktury.

W tej chwili jeśli chodzi już o konkretną wiedzę psychiatryczną, to w przeciwieństwie do innych nauk psychiatra posługuje się przede wszystkim wiedzę teoretyczną, którą musi mieć, żeby badać pacjenta. Nie ma w zasadzie innych narzędzi poza testami przesiewowymi, ale to są badania uzupełniające. W związku z tym, aby psychiatrzy mogli się porozumiewać, zostały stworzone klasyfikacje dotyczące kategorii diagnostycznych poszczególnych zaburzeń i w tej chwili jesteśmy w przededniu zmiany klasyfikacji ICD – 10 na klasyfikację ICD – 11. Została już wprowadzona klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, DSM – 5. Te dwie klasyfikacje obejmują dzieci szkolne i dzieci starsze. Natomiast do 5 roku życia jest odrębna klasyfikacja, nieprzetłumaczona jeszcze w tej chwili na język polski – klasyfikacja stworzona przez organizację „Zero to three” DC:0-5.

Nie omawiam całego badania psychiatrycznego, ale psychiatra ocenia świadomość pacjenta, rozumienie, poziom lęku, nastrój, myślenie, czy występują urojenia, zaburzenia spostrzeganie, omamy, autoagresja, agresja, myśli o śmierci, czy myśli samobójcze, żeby dokonać przeglądu wszystkich podstawowych objawów umożliwiających sformułowanie

rozpoznania. Oczywiście rozpoznanie jest oparte jeszcze o wywiad kliniczny dziecka i rodziców. Ta wiedza może się przydać każdemu pracującemu w szkole, ale może się również przydać każdemu z nas, kto ma kontakt z dziećmi.

Jak możemy odróżnić to, czy dziecko jest w takim zwykłym kryzysie, czy też dzieje się z nim coś poważniejszego? Przede wszystkim bierzemy pod uwagę jaka jest liczba zakresów, w których dzieci i młodzież przestaje sobie radzić ze zwykłymi zadaniami życiowymi. Im jest tych zakresów więcej, tym wnikliwiej trzeba oceniać, aby nie przeoczyć poważnego problemu. Po drugie oceniamy jaki jest stopień nasilenia lęku, smutku, autoagresji, agresji. Po trzecie obserwujemy jaka jest reakcja na zachowanie dziecka osób dorosłych z jego otoczenia i jego rówieśników. To jest taki papierek lakmusowy. Jeśli państwo prześledzicie te trzy punkty to ułatwi to rozeznanie czy wasz uczeń, czy wychowanek wymaga konsultacji specjalistycznej. Chodzi o to, żeby reagować dosyć szybko, a nie czekać na rozwój problemów. To co jest charakterystyczne dla dzieci i młodzieży, jeśli występuje jakiś jeden problem, to można go dosyć szybko opanować. Natomiast jeśli nie będziemy reagować na ten jeden problem, to szybko dołączają się inne i dochodzi współwystępowanie zaburzeń psychicznych.

Przejdę teraz do zagadnień dotyczących lęków i nastroju. Potraktuję je bardzo pobieżnie. Państwo zdajecie sobie sprawę, że lęk odczuwamy wszyscy, że bez lęku człowiek nie żyje. Lęk jest nam potrzebny, ponieważ jeśli nie ma strachu, to nie ma też obrony. Jak odróżnić ten lęk, który jest lękiem fizjologicznym, który towarzyszy człowiekowi, od lęku, który może być lękiem występującym jako objaw? Okazuje się, że lęk jako objaw występuje do 20% u dzieci, ale też pamiętajmy, o tym, że lęk występuje we wszystkich zaburzeniach psychicznych i w większości zaburzeń somatycznych. To co jest istotne, to nasilenie i czas trwania lęku. Jeśli dziecko umie pokonywać lęk i on nie wpływa na jego życie, trwa przez jakiś czas, dorośli czy rówieśnicy są w stanie uspokoić dziecko, to nie jest patologiczne zjawisko. To co też należy brać pod uwagę, to czy ten lęk jest zgodny z fazą rozwojową dziecka, ponieważ w różnych fazach rozwojowych, niektóre lęki mają prawo występować. Jeśli występuje lęk typowy dla fazy rozwojowej, to też jest istotne czy on występuje jednorazowo, czy się powtarza, czy jest on tak kłopotliwy, że absolutnie uniemożliwia życie dziecku i życie jego rodzinie. Bo jeśli na przykład lęk przed nieznanymi występujący u dziecka 7- letniego, to jest absolutna patologia. On może wystąpić jeśli wydarzy się jakieś traumatyczne wydarzenie. Ale dziecko 7- letnie musi radzić sobie w różnych sytuacjach i mieć umiejętność adaptacji do nich. Etiologia zaburzeń lękowych jest złożona. Jak wynika ze współczesnych badań, zaburzenia lękowe mają podłoże biologiczne i środowiskowe.

Na pewno są rodziny, w których pewne zaburzenia psychiczne powtarzają się, nie ma jednakże jednoznacznych badań dotyczących konkretnego genu, który odpowiada za zaburzenia lękowe czy za zaburzenia nastroju. Najczęściej jest to interakcja czynników biologicznych, środowiskowych, psychologicznych cech osoby, o której mówimy. To co jest bardzo istotne, to jakie są konsekwencje zaburzeń lękowych. Wiadomo, że jeśli dzieci chorują, to konsekwencje ich zaburzeń, czym dłużej takie zaburzenie trwa, tym są większe, i czym młodsze dziecko, tym są poważniejsze. Jeśli występują zaburzenia lękowe, to najczęściej dochodzi do ograniczenia aktywności w odpowiedzi na te czynniki lękorodne. A ograniczenia aktywności prowadzi do zaburzeń rozwojowych, do izolacji społecznej, do emocjonalnych i poznawczych zaburzeń rozwojowych. Zwykle te dzieci są bardziej

infantylnie i bardziej ograniczone jeśli chodzi o życie społeczne. Też wpływa to bardzo na umiejętności pokonywania trudności. Osoby lękowe wycofują się z różnych sytuacji, które są typowe dla ich wieku. Jeśli przechodzą do kolejnego etapu rozwojowego, to nie radzą sobie ani na swoim etapie, ani na następnym etapie rozwoju z pokonywaniem trudności. Dzieci lękowe zaczynają interpretować rzeczywistość w sposób negatywny, mają niską samoocenę.

Co należy robić kiedy dziecko się boi? Należy przede wszystkim starać się zrozumieć lęk dziecka, określić czy jest on zgodny z fazą rozwojową, być przy dziecku w tej trudnej sytuacji, wspierać je, ale wspierać to nie znaczy bać się razem z nim, pozwolić przez jakiś czas unikać tej sytuacji, a następnie bardzo powoli oswajać z nią. Można się też odwołać do własnych doświadczeń, szczególnie młodszym dzieciom można opowiedzieć jakąś bajkę dotyczącą własnej historii z życia. Dzieciom pomaga również wiedza, że nie tylko one się boją, że inni się również bali, ale sobie poradzili. To jest bardzo pomocne w kontakcie z dziećmi i proste. Jeśli uznamy, że ten lęk jest bardzo silny, dezorganizuje życie dziecku, a najczęściej również rodzinie, to wówczas jednak jest konieczna porada specjalistyczna. To czego nie można robić, to nie można wyśmiewać lęku, zawstydząć dziecka przed innymi, zmuszać dziecka do stawiania czoła sytuacji lękotwórczej, szczególnie jeśli dziecko nie jest jeszcze gotowe do pokonania takiej sytuacji, niecierpliwie się, karać dziecko za to, że się boi, zakładać, że dziecko boi się z naszej lub z własnej winy.

Chciałam jeszcze powiedzieć parę zdań na temat zaburzeń nastroju. Powiem dzisiaj o depresji. Depresja to jest słowo, które wdarło się w nasz język bardzo głęboko i zastąpiło słowo smutek. I to jest bardzo niebezpieczne, bo przestaliśmy się smucić, staliśmy się depresyjni. To naprawdę nie jest to samo. Tak jak człowiek nie może być szczęśliwy cały czas, tak nie może być wesoły cały czas. Smutek, radość, szczęście, to są uczucia trwające jakiś czas, przemijające, zdrowe, i powinny się każdemu zdarzać. Również niestety zdarzają się nieszczęścia i wtedy powinniśmy mieć mechanizmy umożliwiające nam pokonywanie tych sytuacji i radzenie sobie z nimi w życiu, niezależnie od tego w jakim jesteśmy wieku.

Myśląc o depresji myślimy o chorobie, a nie smutku. To jest bardzo istotne, żebyśmy w nomenklaturze takiej codziennej, szkolnej nie używali słowa depresja, „jesteś depresyjny”, zamiast „jesteś smutny”. O depresji może powiedzieć dopiero lekarz. Depresja jest częstym zaburzeniem u dzieci, może występować u około 2% dzieci młodszych a u dzieci starszych do 8 – 10%. To co jest smucące, to jest takie zjawisko, że wzrasta rozpowszechnienie depresji i spada wiek pacjentów. Tak samo jak wzrasta ilość samobójstw i spada wiek dzieci dokonujących prób samobójczych. Przy okazji powiem państwu, że samobójstwo jest drugą przyczyną zgonu w grupie dzieci i młodzieży. Przyczyny podobnie jak w zaburzeniach lękowych są złożone. Warto zapamiętać sobie jakie są markery specyficzne zaburzeń depresyjnych. To jest nadmierne poczucie winy, krańcowe zmęczenie, spadek możliwości poznawczej i anhedonia. Anhedonia to jest taki termin, który opisuje brak przeżywania uczuć, wszystko jest na jednej płaszczyźnie, blade, nie można znaleźć niczego, co dziecko rozweseli. Niespecyficzne markery to drażliwość i smutek. To co często występuje u dzieci to obniżenia możliwości poznawczych i globalne zaburzenia rozwoju. Żeby rozpoznać zaburzenie psychiczne, to ono musi być zgodne z kryteriami diagnostycznymi. Te kryteria określają czas jego trwania. W przeciwnym wypadku nie jest to zaburzenie psychiczne. Więc psychiatra diagnozując zaburzenie psychiczne kieruje się czasem jego trwania. Jeśli już dojdzie do rozpoznania zaburzenia depresyjnego u dziecka lub młodego człowieka, to

wpływa znacząco na życie pacjenta. Czym młodsze dziecko, tym wyrwa w jego rozwoju jest większa. Jeśli zaburzenie trwa na przykład 3 miesiące, to uzupełnienie wiedzy szkolnej jest ogromnie trudne, szczególnie, że dziecko ma również problemy z koncentracją, gorsze możliwości poznawcze. Czasami te trudności nasilają niską samoocenę i wpływają na nasilanie objawów. Warto wiedzieć, że objawy depresji różnią się w zależności od wieku dzieci i młodzieży. I u starszych dzieci objawy są bardziej typowe i podobne do objawów u dorosłych, a u młodszych bardzo często objawy wiążą się z psychosomatyką. Więc tutaj bardzo duże znaczenie mają pielęgniarki szkolne, ale też i nauczyciele, psychologowie szkolni, pedagodzy. Należy zwracać uwagę na dzieci, które często sygnalizują objawy somatyczne różnego typu, bo oczywiście nie tylko depresja leży u podłoża objawów somatycznych. Bardzo często wiadomo, że dziecko było zdiagnozowane przez pediatrów, nic się nie dzieje, a sytuacje powtarzają się. Objawy somatyczne zgłaszane przez dzieci to jest worek bez dna jeśli chodzi o diagnozę. Może tam leżeć u podstaw i przemoc i molestowanie i zaburzenia psychiczne, ale może też to być zwykła manipulacja. I musimy umieć to odróżnić, czy dziecko wymaga interwencji i jakiego typu.

Chciałam jeszcze powiedzieć parę zdań na temat samobójstw u dzieci. Proszę pamiętać, że u dzieci myśl o tym, że się zabije to jest 15 minut. Mamy 15 minut na reakcję. Dodatkowo, to co jest teraz ogromnym zmartwieniem, to większość dzieci i nastolatków już od 6 roku życia podejmuje próby samobójcze pod wpływem środków psychoaktywnych. Myśli samobójcze nie są powodem do kierowania do szpitala psychiatrycznego, tak jak się często dzieje, natomiast są powodem do natychmiastowej reakcji otoczenia, oraz pomocy dziecku. Myśli i tendencje samobójcze są bezwzględnym powodem do natychmiastowej reakcji i konsultacji psychiatrycznej, a nawet pilnej hospitalizacji.

### **Włodzimierz Wieczorek**

Bardzo dziękujemy Pani Doktor za tę prezentację ukazującą ramy zagadnienia i najbardziej istotne jego aspekty, jak skala problemu, potrzeba szybkiego, wczesnego reagowania na pojedyncze problemy, żeby nie doprowadzić do pojawienia się współwystępowania kolejnych zaburzeń psychicznych, tak zwanej podwójnej diagnozy, towarzyszących nieleczonym zaburzeniom. Zapraszam teraz Księdza Doktora Stanisława Tokarskiego do zabrania głosu.

### **Ks. Stanisław Tokarski**

Proponuję uzupełnić prezentowany temat o jeszcze jeden aspekt, a mianowicie religijno-duchowy. Wydaje się, że jest on również dla nas ważny. Żyjemy w środowisku społeczno-kulturowym, w którym, pomimo licznych kontrowersji, kwestia religijności ma nadal duże znaczenie. Niezależnie od naszego stosunku do niej, jest ona tematem, który jest wyraźnie obecny w naszym społeczeństwie. Religijnością zajmowali się liczni badacze tworzący podstawowe zręby psychologii jako nauki i nadal pozostaje ona w kręgu zainteresowań, już jako wyróżniona jej dyscyplina. Wiele uwagi poświęcił jej Freud i wielu innych kontynuatorów psychoanalizy, czy też innych nurtów tej nauki. Centralnym obiektem każdej religijności jest tzw. obraz Boga, czyli sposób jego rozumienia i przedstawienia tego,

kim on jest. Ma on również podstawowe znaczenie dla kształtowania się systemów wartości i codziennego funkcjonowania osób go wyznających.

Koncepcji tego, kim jest Bóg, jak powstał on w umyśle człowiek, opisywanych w naukach psychologicznych jest wiele. Od przywołanych i poddanych analizie przez S. Freuda mitów o projekcji (iluzji) opresyjnego ojca, przez archetypiczne hipotezy C. G. Junga, czy uzyskanych w wyniku „doświadczeń szczytowych”, w twierdzeniach A. Masłowa (lub wpisywane w rolę mechanizmów obronnych). Niektórzy z nich przypisywali mu rolę destrukcyjną w rozwoju człowieka, a inni wprost przeciwnie, jak na przykład A. Adler, który uważał, że Bóg prezentowany przez religie zaprasza człowieka do doskonalenia się, motywuje do realizowania dobra i tworzeni więzi z innymi ludźmi, czy E. Fromm, który stwierdza, że obraz Boga może być zbiorem i uosobieniem najważniejszych i najwyższych ludzkich wartości.

### **Religijność i obraz Boga w ujęciu teorii przywiązania**

Wydaje się, iż obecnie najpełniej tworzenie się religijności i kształtowanie się obrazu Boga wyjaśniają teorie przywiązania i relacji z obiektem. J. Bowlby (1997) przyjął, że organizm człowieka posiada adaptacyjny system przywiązania, który uaktywnia się w sytuacji odczuwanego zagrożenia lub braku zaspokojenia podstawowych potrzeb: bliskości, bezpieczeństwa i opieki. Jego uruchomienie powoduje wystąpienie zachowań przywiazaniowych do opiekuna, których celem jest utrzymanie lub przywrócenie stanu równowagi emocjonalnej, postrzegane przez dziecko poprzez odczucie bliskości z rodzicem. Poczucie bezpieczeństwa nie pojawia się, jeśli rodzic nie reaguje na zachowania przywiazaniowe dziecka, kiedy ono widzi go jako emocjonalnie obojętnego lub wycofanego. Reakcje opiekuna uwarunkowane stopniem jego wrażliwości na sygnały dziecka determinują charakter poznawczo-afektywnych reprezentacji, jakie powstają w dziecięcym umyśle pod wpływem doświadczanych przez dziecko relacji z obiektem przywiązania (Cassiba, Granqvist, Constantini i Gatto, 2008). Reprezentacje te, wewnętrzne modele operacyjne zawierają obraz własnej osoby – poczucie bycia kimś kochanym, wartościowym lub nieakceptowanym i odrzucanym, charakteru przywiązania – troskliwe, budzące zaufanie lub odpychające czy obojętne, i cech otoczenia – dobre i bliskie, obojętne, bądź wrogie (Ainsworth, Blehar, Waters i Wall, 1978). Indywidualne doświadczenia zawarte w tych modelach kształtują z kolei na powrót ów wzorzec przywiązania (Ainsworth, 1989; Granqvist, 2005; Moriarty i in., 2006). Wyróżniono trzy podstawowe wzorce relacji określane jako style przywiązania: bezpieczny, unikający i lękowo-ambiwalentny (por. Granqvist i Kirkpatrick, 2008).

Opierając się na teorii przywiązania, można przyjąć, że istotny wpływ na religijność człowieka wywierają ukształtowane u niego wzorce więzi z rodzicami. Ich znaczenie opisują, między innymi, dwie, wydające się być komplementarnymi, przyjęte na tym gruncie założenia, są to: hipoteza odpowiedniości i kompensacji (Granqvist i Kirkpatrick, 2008).

Pierwsza z nich – odpowiedniości – zakłada, że wraz z rozwojem wewnętrznych modeli operacyjnych dotyczących postaci przywiązania, siebie i świata, kształtują się te związane z religijnością, zawierające obraz Boga i określające jakość późniejszych z Nim relacji. Zazwyczaj owe modele są ze sobą zgodne, co oznacza, że osoby posiadające pozytywny obraz samego siebie (jako kogoś wartościowego, godnego miłości i troski) oraz

pozytywny obraz postaci przywiązania i otoczenia (wrażliwe i godne zaufania), rozwijają pozytywną reprezentację Boga (Collins i Read, 1994; Granqvist i Kirkpatrick, 2008).

Osoby o bezpiecznym stylu przywiązania do rodziców powinny zatem charakteryzować się wyższym poziomem religijności w porównaniu do posiadających pozabezpieczne wzory więzi, które pod wpływem przykrych doświadczeń emocjonalnych w relacji z rodzicami rozwinęły negatywne obrazy siebie, osób dla nich znaczących, w tym również i Boga. Zależność taką potwierdzają liczne badania. Osoby pochodzące z rodzin, w których dominowały akceptujące postawy rodziców, postrzegały Boga jako kochającego i życzliwego, natomiast u wychowywanych w środowisku, w którym przeważał autorytarny typ relacji z rodzicami, w ich relacji do Boga zaznaczał się wyraźnie lęk, dystans i emocjonalny chłód (Granqvist i Kirkpatrick, 2008; McDonald, Beck, Allison i Norsworthy, 2005).

Druga hipoteza – kompensacji – zakłada, że większą religijność będą jednak wykazywać osoby o pozabezpiecznych stylach przywiązania. Według Ainsworth (1985; por. Granqvist i Kirkpatrick, 2008; por. Kirkpatrick, 1992), kiedy dziecko nie ma możliwości rozwinięcia bezpiecznego wzorca więzi z rodzicami, kształtuje go w relacji z inną osobą, która zaspokaja jego potrzeby bezpieczeństwa, bliskości i akceptacji, co pomaga mu zrekompensować deficyty w relacjach z podstawowym opiekunem i wypełnia lukę przywiązaniową (Beck i McDonald, 2004). Takim zastępczym obiektem przywiązania może stać się starsze rodzeństwo, krewni, nauczyciele, idole, księża, terapeuci, czy właśnie osoba Boga.

Obserwacje i prowadzone badania ukazały, że wzrost religijności u osób o pozabezpiecznych wzorcach więzi dokonuje się w wyniku pewnych zdarzeń życiowych (na przykład osierocenie, opuszczenie, załamanie się ważnych relacji), wraz z pojawiającą się wówczas potrzebą emocjonalnego wsparcia i potraktowaniem relacji z Bogiem jako sposobu regulacji emocji. Zjawisko to występowało przy niskim poziomie religijności rodziców (Granqvist, 2005; Granqvist i Kirkpatrick, 2008).

Procesy opisane przez te hipotezy, odpowiedności i kompensacji, mogą więc współwystępować. Osoby o pozabezpiecznych wzorcach więzi, których rodzice prezentowali niski poziom zaangażowania religijnego, mogą odznaczać się podobnym, a nawet wyższym poziomem religijności niż posiadające bezpieczny wzorzec przywiązania. Te ostatnie charakteryzują się wyższym poziomem religijności wówczas, gdy ich rodzice przejawiali wysokie zaangażowanie religijne (Granqvist, 2005; McDonald i in., 2005).

### **Tworzenie się obrazu Boga w teorii relacji z obiektem**

Podobnie jak inni przedstawiciele teorii relacji z obiektem, Guntrip przyjął (1969a), że cechą wspólną dla wszystkich ludzi jest absolutna potrzeba nawiązywania w pełni osobistych relacji z otoczeniem, które zwraca się ku nam w sposób dla nas „zbawienny”. W związkach międzyludzkich często ta fundamentalna potrzeba nie jest odpowiednio zaspokajana, co od pierwszych lat życia wytwarza stan niepokoju. Pod jego wpływem człowiek wycofuje się ze świata potrzebnych mu do jego rozwoju relacji międzyludzkich. Religia była zawsze środkiem, za pomocą którego ludzkość poszukiwała wyzwolenia od cierpień spowodowanych przez relacje ze złymi obiektami. Sposobem tego „wybawienia” miała być relacja z dobrym

obiektem (Bóg, Zbawiciel, Kościół), do których zależniona „dusza” mogła się uciec w celu schronienia się i zbawienia. Poprzez odpuszczanie grzechów, pokazywanie drogi nawrócenia było ofiarowywane psychiczne uzdrowienie. Kiedy niepowodzenia uniemożliwiały wyleczenie głębokich warstw psychiki, religia pomagała w zachowywaniu ludzkiej wiary, umacniając w wytrwałości i dodając odwagi (Guntrip, 1956, 1969b). W najgłębszej swej istocie, w ten sam sposób i dla wszystkich, religia jest podstawowym uczuciem łączności z wszechświatem i ostatecznością. To ciągle rozwijające się poczucie złączenia wywodzi się z właściwych związków między niemowlęciem i matką. Doświadczenie jedności z matką jest fundamentem tożsamości i siły *ego*. „Wygnanie z raju” niemowlęcej zależności, zmusza osobę do przechodzenia przez całą serię trudnych związków przejściowych, aby mogła osiągnąć pełną dojrzałość (Guntrip, 1961, 1969a, 1969b).

Ze względu na siłę potrzeb emocjonalnych i typ temperamentu osób uczestniczących w kształtowaniu religii, ulega ona nieuchronnemu wypaczaniu przez obecne w niej tendencje niedojrzałe lub neurotyczne. Osoby dalekie od dojrzałości przejawiają różny poziom cech osobowości schizoidalnej lub depresyjnej, które łącznie stają się nieredukowalnymi sposobami blokowania rozwoju człowieka, na skutek czego staje się on psychicznie sparaliżowany i pozbawiony witalności. Guntrip (1956) uważa, iż najpełniejsza realizacja dojrzałości zawiera w istocie religijnego sposobu doświadczania życia, przyjmuje za fakt psychologiczny, że doświadczenie religijne oraz wiara osoby dojrzałej dają najpełniejsze i niewzruszone poczucie bezpieczeństwa oraz umożliwiają najszerszy zakres samorealizacji. Twierdzi również, że silna i świadoma wiara oraz pewne doświadczenia religijne są możliwe nawet w przypadku osób głęboko zaburzonych, dla których mogą one być elementem stabilizującym, często stanowiąc najlepszy kontekst dla psychoterapii. Nauczycielom religii zaleca pogłębianie wiedzy na temat potrzeb emocjonalnych człowieka, aby przekazywali treści religijne w sposób sprzyjający rozwojowi autentycznego „ja”, nie zaś podporządkowujący ich autorytetom (Guntrip, 1969a; Wulff, 1999).

Wielu jeszcze autorów tego nurtu poddawało głębokiej analizie fenomen tworzenia się obrazu Boga i jego znaczenie dla rozwoju i funkcjonowania człowieka. Do głównych z nich należą: D.W. Winnicott (1953), A-M. Rizzuto (1979, 1980, 1992), P. Helfaera (1972). Chociaż teoretycy relacji z obiektem podzielają pogląd Freuda, że religijność jest wynikiem relacji pomiędzy rodzicami a dzieckiem, odrzucają jednak jego przekonanie, iż jest ona zawsze neurotyczna. Obserwowane jej niezaprzeczone niespójności i zniekształcenia wyglądają na nieuniknione, lecz jeśli weźmie się pod uwagę, że tradycje religijne wynikają z najgłębszych potrzeb niedoskonałych ludzi, to przyczyny takiego stanu rzeczy stają się zrozumiałe (por. Grom, 2009; Tokarski, 2007; Wulff, 1999).

Związek z rodzicami nie wyczerpuje jednak możliwych źródeł obrazu Boga. Idiosynkratyczne i osobiste reprezentacje Boga czerpane są nie tylko ze związków z obiektami znaczącymi, lecz także z reprezentacji „ja” oraz religijnych przekazów. Zdaniem Bernharda Groma (1981, 1986), spośród pięciu czynników kształtujących obraz Boga na pierwszy plan wysuwają się dwa: związek z rodzicami i samoocena. Pozostałe to: związki z innymi osobami lub grupami znaczącymi, obraz i związek z Bogiem, nauka o Bogu i Jego stosunku do ludzkości, praktyki religijne. Dzięki przekonującym ustaleniom, że relacja z rodzicami ma wyraźny wpływ na samoocenę, można uznać, że tworzą one łącznie czynnik najważniejszy.

B. Spilka (1985a, 1985b), wraz ze współpracownikami podjął próbę interpretacji religijności z perspektywy poznawczej psychologii społecznej, określanej mianem teorii atrybucji. Ich zdaniem religijne systemy mogą być odpowiedzią (dostarczyć atrybucji) na trzy główne potrzeby: (1) zaspokajają pragnienie rozumienia świata jako czegoś sensownego, przedstawiają świat jako uporządkowany i kierowany ze sprawiedliwością, (2) zaspokajają pragnienie kontroli i przewidywania zdarzeń, wspierając tym samym optymizm co do przyszłości, (3) zaspokajają pragnienie zachowania pozytywnego obrazu siebie w ten sposób, iż budzą zaufanie do Boga, który kocha każdego człowieka, wszystkich ludzi. Dodatkowo dostarczają środków do rozwoju duchowego, to znaczy do osobistego wzrostu, oraz nagradzają osobę za zaangażowanie we wspólnocie religijnej.

### **Kilka wniosków na zakończenie, o tym, co dla nas z tych teorii może wynikać**

Można przyjąć, że jeśli rodzice są religijni, a ich relacja do dziecka jest dobra, pełna troski, opieki, to w dziecku tworzy się bezpieczny wzorzec przywiązaniowy. W ten sposób umożliwiona zostaje pewnego rodzaju transmisja uczuć i myśli od rodziców do dziecka, a kiedy ono się czuje bezpieczne, to je przyjmuje. W ten sposób modelują oni także to, jaki ten Bóg jest. Dzieci uczą się tego nie tyle przez to, co rodzice mówią o Bogu, tylko jakimi oni dla dziecka są. Stąd też obraz Boga kochającego mają często osoby niekoniecznie wychowane w rodzinach religijnych. Wówczas, kiedy nie mamy bezpiecznego wzorca przywiązaniowego, to i tak nie jesteśmy na straconej pozycji. Dziecko zazwyczaj szuka intensywnie dobrego obiektu. Na początku to może być jakaś przytulanka, jak miś czy kocyk, potem mogą być inne osoby, opiekunka, wychowawca, nauczyciel, dziadkowie, które podejść z troską i wejść w rolę dobrego obiektu przywiązaniowego. Takim obiektem może być również osoba Boga. Człowiek szuka dobrego zestawu wartości, w każdej rzeczywistości. Kiedy nie ma poczucia bezpieczeństwa wzrasta lęk i trudno sobie poradzić. Dlatego ta dobra relacja z Bogiem może minimalizować lęk, może wyjaśniać świat, może dawać nadzieję, poczucie wartości siebie. Kiedy tego nie ma może być dużo lęku.

Nie jest to jednak aż tak proste. Dla zbudowania dobrej relacji do siebie, z innymi, a także i z Bogiem, które uwalniają od lęku, potrzebne jest, żeby tego kochającego nas Boga ktoś nam pokazał. Oprócz wczesnodziecięcych uwarunkowań kształtowania się obrazu Boga w późniejszym życiu możemy sami aktywnie poszukiwać i odkrywać kim On rzeczywiście jest. Niejednokrotnie Bóg jest przedstawiany jako surowy, rozliczający, wymagający, nieprzystępny, karzący za wszystko. Takim okrutnym Bogiem posługują się niektórzy dla „wychowywania” – czyli zastraszania innych, także własnych dzieci. Skąd się to bierze? Często z braku miłości, chęci podporządkowania, czy nawet odwetu za własne nieudane życie. A czasem przez zwykłe powielanie tego, czego sami doświadczali od swoich bliskich. A niestety, może to też być wzmacniane przez to, w jaki sposób nam pokazują Boga katecheci, spowiednicy, kaznodzieje. Przez wzbudzanie poczucia winy, braku zrozumienia, miłości i troski. Takie treści nadal są obecne w naszym społeczeństwie. To jest okrutne. Zamiast wspierać człowieka w jego duchowym rozwoju, generuje się lub nasila istniejące lęki.

Dla chrześcijan źródłem poznania Boga, z którego możemy obficie czerpać jest Biblia, a szczególnie to, jak Go nam pokazał Chrystus, jako kochającego Ojca, co zawiera zapis Ewangelii. Mamy w niej wiele przekazów o Nim, wśród nich jeden z najważniejszych,

zilustrowany przypowieścią o miłosiernym ojcu i marnotrawnym synu. Na życzenie syna, ojciec oddaje mu połowę majątku, dorobku wielu pokoleń rodziny, drugą zostawiając dla jego brata. Tą decyzją syn jakby uśmierca swojego ojca. Spadek otrzymuje się po śmierci ofiarodawcy. Syn uznał, że ojcu nie jest już nic potrzebne, a w wymiarze relacyjnym, że ojciec dla niego już nic nie znaczy. Późniejsze doświadczenia przekonały go jednak, że ojciec jest mu potrzebny, bez niego on nie przeżyje. Skazując ojca na śmierć, skazał tym aktem samego siebie. Szukając ocalenia wraca do niego. I tu mimo aktu samopotępienia: „nie jestem już godzien być twoim synem”, spotyka ponowne usynowienie. Ojciec nie zgadza się na dewaluację godności swojego dziecka. Otrzymuje szatę, sandały i pierścień wolnego człowieka, dziedzica, a nie funkcję niewolnika. Ojciec nie stawia mu przy tym żadnych warunków. To sam syn był przekonany, że może zostać tylko i wyłącznie służącym. Ojciec daje mu pierścień, sandały, szaty, nie oczekując żadnej rekompensaty, przyrzeczeń, czy obietnic. Jak inaczej syn mógł się przekonać, że jest naprawdę kochany. Nie rozumie tego jego brat. Robi ojcu wyrzuty. Ojciec może tylko odpowiedzieć: „trzeba się cieszyć, bo twój brat był umarły, a żyje” Taki właśnie jest ten Bóg.

### **Włodzimierz Wieczorek**

Od aspektu terapeutycznego przeszliśmy do perspektywy terapeutycznej, zwracając uwagę na to, jaką rolę w budowaniu zdrowia psychicznego odgrywa religijność i osoba Boga. W jakimś sensie rodzic jest tym, kto objawia Boga dzieciom i może Go objawić jako miłosiernego i dobrego, co, jak Ksiądz Doktor podkreślił, może budować poczucie własnej wartości, dawać nadzieję, objaśniać świat i na pewno redukować doświadczenie lęku, ale z drugiej strony może się też ukształtować negatywny obraz Boga i wtedy być dodatkowym powodem lęku u dzieci czy dorosłych. Bardzo dziękuję.

Stawiamy obecnie kolejny krok w tej naszej refleksji nad problematyką zaburzeń lękowych i nastroju i przechodzimy do realiów systemu oświaty. Zapraszam panią dyrektor Mariolę Tomczak do omówienia zagadnienia w optyce pracy z dziećmi i młodzieżą w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii. Bardzo proszę.

### **Mariola Tomczak**

Poproszono mnie, abym opowiedziała o własnym doświadczeniu i o metodach pracy z młodzieżą z zaburzeniami lękowymi i nastroju. Od dwudziestu lat pracuję w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii nr 1 „SOS”. Z wykształcenia jestem nauczycielem historii i wosu-u oraz pedagogiem resocjalizacyjnym. Od czterech lat jestem wicedyrektorem. Ośrodek, w którym pracuję istnieje od prawie 40 lat i bazując na dobrych praktykach wypracowaliśmy skuteczne metody pracy z młodzieżą zagrożoną niedostosowaniem społecznym. Integralną częścią Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii nr 1 „SOS” jest liceum ogólnokształcące. Nie można być podopiecznym SOS-u nie będąc jednocześnie uczniem liceum. Młodzież, która do nas trafia, nie mieści się w systemie powszechnej edukacji. Z jakichś powodów wypada z tego systemu i trafia do nas. Oznacza to, że trafiają do SOS-u uczniowie, którzy potrzebują więcej uwagi, indywidualnego podejścia, bezpiecznej, wspierającej atmosfery, ze względu na różne trudności natury społecznej, emocjonalnej,

edukacyjnej, czy też związanej ze skomplikowaną sytuacją rodzinną. Mogą to być problemy różnego rodzaju: doświadczenia dyskryminacji, trudności w kontaktach z rówieśnikami, fobie, nerwice, depresje, zespół Aspergera, konflikty rodzinne, przemoc czy nałogi w rodzinie. „SOS” jest również dla tych, którzy, mimo spełnionego kryterium normy intelektualnej, przejawiają specyficzne trudności w uczeniu się, takie jak dysleksja, dysgrafia, dyskalkulia, zaburzenia koncentracji uwagi. Trafia do nas także młodzież zagrożona uzależnieniem od środków zmieniających świadomość oraz osoby, które odbyły leczenie w specjalistycznym ośrodku leczenia uzależnień i potrzebują wsparcia w utrzymaniu abstynencji. Obecnie ok 60 – 70% to młodzieży, która ma zdiagnozowaną depresję, nerwicę, fobię, problemy adaptacyjne, spektrum autyzmu, czy zespół Aspergera, zaburzenia osobowości. Lęk, czyli temat przewodni dzisiejszego Konwersatorium, towarzyszy większości naszych podopiecznych.

Jeszcze 5 – 10 lat temu Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii nr 1 „SOS” był szkołą „drugiego wyboru”. Trafiała do nas młodzież po pierwszych niepowodzeniach szkolnych. Obecnie większość uczniów wybiera naszą szkołę bezpośrednio po gimnazjum lub po szkole podstawowej. Wcześniej pracowaliśmy głównie z młodzieżą 17-24 letnią. Teraz ten wiek się obniżył. Mamy uczniów 14 letnich. Nasze metody są bardziej dostosowane do starszej młodzieży i w wyniku reformy edukacji poszukujemy nowych sposobów pracy z młodszymi.

Nie używamy słowa dziecko. „Nie ma dzieci są ludzie”. Te słowa Janusza Korczaka uświadamiają, że określenie „dziecko” kryje w sobie mnóstwo przekonań: że dziecko to niedojrzała osoba, że wie mniej, niewiele potrzebuje, że powinno być posłuszne i znać swoje miejsce. Staramy się tak postępować, żeby człowiek, który do nas trafia czuł się ważny. Z każdym uczniem starającym dostać się do naszego Ośrodka rozmawiam osobiście podczas komisji przyjęć. Pytam czego oczekuje od szkoły. Najczęściej pada odpowiedź: bezpiecznej atmosfery, indywidualnego podejścia i stworzenia takich warunków, żeby mógł się rozwijać.

Jedną z metod naszej pracy jest socjoterapia. Jest to rodzaj terapii grupowej, która wykorzystuje oddziaływania społeczne, czyli wpływ grupy oraz procesy grupowe. Na tych zajęciach realizujemy cele edukacyjne, do których zaliczamy zdobywanie wiedzy o zasadach panujących w danej grupie społecznej, naukę reguł i norm, poznanie emocji oraz sposobów ich wyrażania oraz lepsze poznanie siebie i innych ludzi. Ponadto, socjoterapia uczy nowych mechanizmów radzenia sobie z problemami oraz nowych sposobów myślenia. Bardzo ważne są dla nas cele rozwojowe, czyli rozpoznawanie i kontrolowanie własnych emocji. zaspakajanie potrzeby samorealizacji, aprobaty społecznej, wyposażenie się w zdolność radzenia sobie ze stresem. Młodzież nabywa również umiejętności niezbędne do pozbycia się negatywnych emocji, odreagowania stresu. Skutkuje to pozytywnym obrazem własnej osoby oraz wzmocnieniem pewności siebie. Zajęcia socjoterapii są obowiązkowe dla wszystkich podopiecznych. Z naszych obserwacji wynika, że jest skuteczną metodą leczenia zaburzeń lękowych (nerwicowych), zaburzeń osobowości, zaburzeń odżywiania ale i szeregu innych problemów emocjonalnych.

Większość naszych podopiecznych mieszka poza Ośrodkiem. Na dwustu uczniów tylko trzydziestu przebywa w naszym hostelu-internacie. Jesteśmy w stanie pracować tylko z młodzieżą, która fizycznie jest w szkole. Nie prowadzimy terapii, nie zatrudniamy psychiatrów. Najtrudniejsze przypadki kierujemy do specjalistycznych ośrodków. W SOS-ie oferujemy wsparcie terapeutyczne polegające głównie na poradach, konsultacjach i

rozmowach z psychologami, pedagogami i wychowawcami. Po rozpoznaniu potrzeb naszych podopiecznych organizujemy zajęcia psychoedukacyjne. Większość z nich kierowana jest do młodzieży z zaburzeniami lękowymi i nastroju. Obecnie funkcjonuje Grupa Rozwoju Osobistego, Grupa Dla Nieśmiałych, Trening Zastępowania Agresji, Grupa Moja Seksualność, Trening Umiejętności Społecznych, Relaksacja i ćwiczenia oddechowe.

W ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej oferujemy też szeroką listę zajęć pozalekcyjnych rozwijających zainteresowania i uzdolnienia. Głównym celem tych zajęć jest ujawnianie zainteresowań i uzdolnień uczniów oraz propagowanie alternatywnych sposobów spędzania wolnego czasu. Wychodzimy z założenia, że współczesna szkoła powinna dbać przede wszystkim o wszechstronny rozwój osobowości ucznia, kształtując takie cechy jak: otwartość, aktywność, kreatywność i zaangażowanie. Uczniowie z zaburzeniami lękowymi i nastroju bardzo często wycofują się z życia społecznego, rezygnują ze swoich pasji, zamykają się w domu, zrywają relacje z innymi ludźmi. W konsekwencji mają zaburzony cykl dobowy, śpią w dzień, nocą oglądają seriale lub przeglądają internet. Z moich obserwacji i licznych rozmów wynika, że opisany schemat dotyczy 90 % podopiecznych z zaburzeniami lękowymi. Motywowanie ich do udziału w proponowanych zajęciach pozalekcyjnych, w kameralnym gronie, często w 3-5 osobowych grupach, pomaga im w pokonywaniu trudności. Pasja może być remedium na nudę i apatię. Może być też pewnego rodzaju odskocznią od problemów.

Wspominałam już wcześniej, że naszym głównym celem jest stworzenie bezpiecznego środowiska, w którym młodzież będzie mogła rozwijać się społecznie, emocjonalnie, ale też edukacyjnie. Wszyscy uczniowie przychodzą do nas z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, po niepowodzeniach w życiu i szkole, ale mimo to ich głównym celem jest skończenie liceum i zdanie matury. Nasze liceum, mimo, że funkcjonuje w ramach młodzieżowego ośrodka socjoterapii, realizuje podstawę programową kształcenia ogólnego i przygotowuje do matury. Z moich obserwacji wynika, że sukcesy szkolne, postępy w nauce, czy zdana matura pomagają w procesie zdrowienia. Jest to wymierny sukces. Leczenie i proces terapii są to procesy długotrwałe. Raz jest lepiej raz gorzej. Natomiast osiągnięcie małego sukcesu szkolnego buduje wiarę w swoje możliwości i większą pewność siebie. Wszystkim uczniom, również tym z zaburzeniami lękowymi, tworzymy IPET czyli Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny, dostosowujemy metody pracy zgodnie z zaleceniami z orzeczenia i na podstawie naszych obserwacji. Nie obniżamy jednak wymagań edukacyjnych. Naszym zdaniem struktura jaką jest szkoła, czyli pewna systematyczność, plan lekcji, powtarzalność, reguły, zasady, pomaga uczniom z zaburzeniami lękowymi i nastroju w zdrowieniu. Konieczność codziennego wyjścia z domu, pokonania drogi do szkoły, wejście do klasy zmusza do pokonywania lęków. Zdarza się, że podopieczni z najsilniejszymi zaburzeniami, nie są w stanie wyjść z domu, przekroczyć drzwi szkoły. W takich sytuacjach stosujemy metodę małych kroków. Nie zwalniamy z lekcji, ale wyznaczamy realne cele. Obniżamy na przykład wymagania dotyczące frekwencji. Uczniowie muszą przychodzić do szkoły na spotkania z wychowawcą, mogą przychodzić później itp. Ważne jest, aby zdobyli nawyk codziennego chodzenia do szkoły. Bardzo często przyjmujemy uczniów, którzy nie byli w szkole od kilku tygodni, a w skrajnych przypadkach od kilku miesięcy. Nie wszystkim udaje nam się pomóc, ponieważ ich zaburzenia są tak silne, że wymagają leczenia w zamkniętym ośrodku. W pozostałych przypadkach powrót do szkoły jest bardzo trudny, ale na szczęście często nasi uczniowie odnoszą sukcesy. Nie jestem psychiatrą. To co mówię

opieram na swoim doświadczeniu. W codziennej pracy z młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi nie skupiam się na ich chorobie. Akceptuję i rozumiem ich problemy, ale staram się stawiać wymagania, przekierować ich myślenie na inne płaszczyzny, szkołę, pasję, zainteresowania itp. Bardzo często te osoby są skupione na swojej chorobie, są w długich terapiach, pod opieką psychiatrów, po kilku pobytach w szpitalach psychiatrycznych. Z moich obserwacji wynika, że osoby z zaburzeniami lękowymi wypracowały sobie sposób zmniejszania lęku poprzez unikanie sytuacji, które sprawiają, że te objawy lęku pojawiają się lub nasilają. Takie unikające zachowania, wpływają negatywnie na samoocenę. Chcąc pomóc w zmianie tych lękowych myśli, zachęcamy do konfrontacji z sytuacjami, których, z powodu lęku, unikają. Zaczynamy zawsze od tych łatwiejszych, a na trudniejszych kończymy. W moim przekonaniu środowisko jakie tworzy „SOS”, choć skupia młodzież w znacznej liczbie z zaburzeniami psychicznymi, ma na celu przywrócić odpowiednie proporcje. Lęk bowiem jest naturalnym stanem emocjonalnym, jest nieodłącznym elementem rozwoju.

Osobiście jestem zdecydowanym przeciwnikiem organizowania nauczania indywidualnego uczniom z zaburzeniami lękowymi i nastroju. Nie rozwiązuje to problemu a jedynie go pogłębia. Rozmawiając z kandydatami do naszego Ośrodka coraz częściej spotykam uczniów po nauczaniu indywidualnym w domu przez kilka lat. Oznacza to, że osoby te spędziły ten czas bez znajomych, rówieśników, bez wychodzenia z domu. Wycofanie dziecka ze środowiska szkolnego umacnia je w przekonaniu, że trudnych sytuacji trzeba unikać zamiast je rozwiązywać. Utrwala lękowy mechanizm radzenia sobie z problemami. Późniejsza próba powrotu do nauki razem z klasą może okazać się o wiele trudniejsza. Odnalezienie swojego miejsca w szkole po długiej nieobecności jest dużym wyzwaniem, a niepowodzenie może jeszcze bardziej nasilić lęk i niechęć do szkoły.

W naszej pracy wykorzystujemy też *tutoring*, czyli metodę pracy, w której uczeń ma czas na systematyczne, indywidualne rozmowy z wybranym przez siebie nauczycielem lub wychowawcą. Rozmowy te mogą dotyczyć różnych tematów. Dzięki temu uczeń czuje odpowiedzialność za przebieg i wyniki edukacji, ma na nie bezpośredni wpływ. *Tutoring* sprzyja także samoorganizacji pracy ucznia i motywuje do stałego rozwoju.

Tak jak wspomniałam wcześniej, uczniów z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi, staramy się włączać do społeczności szkolnej. Wykorzystujemy do tego Forum, czyli otwarte zebranie wszystkich podopiecznych i kadry. Służy ono omówieniu spraw organizacyjnych, problemów, prezentacji i wymianie poglądów w sprawach ważnych dla osób tworzących społeczność Ośrodka. Forum może zwołać każdy podopieczny. Jest to też czas, kiedy przypominamy cele i zasady obowiązujące w naszym Ośrodku. Uczniowie nabywają pewności siebie, asertywności, uczą się wyrażać własne zdanie. Jestem przekonana, że tworzenie bezpiecznego środowiska i mówienie o tym na zajęciach, na socjoterapii, na godzinach wychowawczych powoduje, że uczniowie czują się swobodnie, czują się akceptowani przez naszą społeczność mimo swoich słabości, są w stanie pokonywać lęki.

Na koniec pragnę podkreślić, że uczeń jest dla nas najważniejszy. Znam osobiście wszystkich z imienia i nazwiska, wiem czym się interesują, z jakim problemem do nas przyszli. W SOS-ie nie ma uczniów anonimowych, niewidocznych, niezauważalnych. Tworzymy bezpieczne środowisko, uczniowie to doceniają i są zadowoleni. Zdajemy jednak sobie sprawę, że oni kiedyś od nas odejdą, pójdą w świat, najczęściej na studia, do pracy. Życie dorosłe jest bardzo brutalne. W związku z tym staramy się, aby kończyli naszą szkołę

silniejsi, gotowi do samodzielnego życia. Obserwując naszych absolwentów wiemy, że idziemy w dobrym kierunku. Wspominałam o maturze, którą zdają bardzo często powyżej średniej krajowej, kończą studia, pracują, podróżują, poświęcają się swoim pasjom. Odwiedzają „SOS”, żeby opowiedzieć o sobie, a my śledzimy ich historie.

### **Włodzimierz Wieczorek**

Dziękuję Pani Dyrektor za zwrócenie uwagi na omawiane zagadnienia w realiach funkcjonowania Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii, w tym za wskazanie zastosowanych elementów pedagogiki Janusza Korczaka, w której dziecko jest pozycjonowane jako „młody dorosły”. W takim oddziaływaniu pedagogicznym doświadczenie sprawczości i sukcesu w relacjach z innymi samo w sobie ma charakter terapeutyczny. Państwa rozwiązania odnoszące się do dzieci z zaburzeniami lękowymi nie tylko nie prowadzą do rezygnacji z tych aspektów obecności w szkole, które mogą powodować lęk, ile do stopniowego, powolnego ich wdrażania i osvajania z nimi dziecka. Ważne jest także indywidualne podejście do dziecka.

Przyjmujemy teraz optykę rodzica. Bardzo proszę o zabranie głosu panią Annę Grzelewską.

### **Anna Grzelewska**

Dziękuję bardzo za zaproszenie. Mam dwoje dzieci. Syn ma 6 lat i córka ma 10,5. Córka została zdiagnozowana rok temu w wieku 9 lat dopiero, choć niektórzy uważają, że dobrze, że tak wcześnie. Dla mnie to było za późno. Została zdiagnozowana jako dziecko ze spektrum autyzmu, z zespołem Aspergera. Ciężko ją było zdiagnozować. Ja zawsze czułam, że coś jest nie tak i szukałam. Szukałam, dlatego że te zaburzenia nastroju, które wynikały z lęków dziecka pojawiały się w życiu naszej córki od najmłodszych lat. Mniej więcej około drugiego roku życia zaczęliśmy obserwować różne niepokojące zachowania, autoagresję, niekontrolowane wybuchy złości. Już nie będę w tej chwili przytaczała co się działo w naszej rodzinie, ale miało to wpływ na całą rodzinę, bo jeżeli dziecko awanturuje się strasznie każdego dnia to proszę sobie wyobrazić, że nie zawsze też ci rodzice potrafią reagować w sposób odpowiedni. To jest bardzo duży poziom stresu w rodzinie. Trudno się komunikować. Diagnoza była dla nas zbawienna i bardzo nam pomogła, dużo rzeczy nam wyjaśniła, nazwała pewne sytuacje i też pozwoliła poszukiwać wiedzy i sposobów zachowań funkcjonowania z naszą córką we właściwych źródłach. Zawsze byliśmy w jakiejś terapii z nią. Ja jestem taką osobą, która uważa, że jeżeli sami nie jesteśmy sobie w stanie poradzić i nie rozumiemy pewnych rzeczy to szukajmy w literaturze, na forach internetowych, na grupach wsparcia. Ale ciężko jest też znaleźć taką grupę wsparcia. Były poszukiwania, ale nie zawsze do końca trafione, a jak już nie dawaliśmy rady znaleźć i nie wiedzieliśmy gdzie tak naprawdę szukać tej pomocy, szukaliśmy terapeutów. Terapeuci też nie zawsze potrafili zdiagnozować. Bo nie każdy specjalizuje się w spektrum autyzmu i potrafi to zdiagnozować, albo zasugerować rodzicom, że powinni szukać takiej diagnozy. Jak już ta diagnoza się pojawiła, to wraz nią przyszło większe zrozumienie nas jako rodziców i chęć wdrażania w życie wiedzy jak możemy pomóc naszemu dziecku.

Ja jako mama jestem więcej z moimi dziećmi niż mąż. Krócej pracuję, mam też luźny zawód, więc mogę je odbierać o piętnastej czy o szesnastej ze szkoły i mogę spędzić z nimi

trochę więcej czasu. Moja córka, gdy wychodzi ze szkoły czasami jest w nastroju delikatnie mówiąc mało pozytywnym. I to od razu widać. Nie zakłada jej się kurtka, albo but. Ona tym butem rzuca po szatni. Ja już wtedy widzę, że będzie ciekawie. I jeżeli jestem w takiej sytuacji w samochodzie, pasy się tak zapinają, że czasami mało się szyba nie wybija. Najgorsze to są dni, w których mamy dodatkowe zajęcia i trudno je tak w ostatniej chwili odwołać. Staram się wtedy poprawić jej nastój. Czasami pytam się „Pola co się działo?”. I czuję, że się nie da rozmawiać. Zabieram ją wtedy na lody do Grycana i ona czasami w pierwszym odruchu mówi, że nie chce, ale jak już dostaje tego „loda”, to jest tylko czasami pięć minut kiedy od razu jest innym człowiekiem. Wtedy widać jak złość znika, a córka się przytula i mówi „Mamo Kocham cię bardzo”. Bo są takie momenty, kiedy nie da się rozmawiać, te emocje zalewają ją tak, że żadną rozmową, analizą sytuacji tego co się wydarzyło danego dnia, ja jej nie pomogę i staram się tylko zabezpieczyć jej takie podstawowe funkcje, takie jak ja to nazywam „wejście z powrotem do brzucha”, żeby ona poczuła, że mama zaleje ją swoim ciepłem. Jak ja to robię w domu, bo w domu też to się zdarza, że wybuchają te emocje? Czasami zdarza się to, po przyjeździe ze szkoły. Jesteśmy w domu i ona ma odrabiać lekcje i jest bardzo nieszczęśliwa z tego powodu i pojawiają się różne zachowania, nawet autoagresywne. Jak widzę wcześniej co za chwilę będzie się działo, to próbuję jakoś tą uwagę jej na inne tory skierować. Mamy parę narzędzi w domu. Jedno to jest łóżko, drugie to są moje kolana, na które ona czasami chce przyjść i się przytulić. Staram się ją zachęcić do tego, żeby wzięła ten moment dla siebie i odpoczęła. Zostawiła te myśli, położyła się na łóżku pod ciężkim kocykiem, mamy taki kocyk obciążeniowy. To bardzo nam pomaga. Mówię, żeby się pod nim położyła, założyła słuchawki wygłuszające, klapki na oczy i staram się położyć razem z nią pod tym kocykiem, przytulić ją i to czasami jest dosłownie pięć minut. I wtedy da się porozmawiać o sytuacji, o problemie. Pracy domowej też się nie da odrobić w takich emocjach. Do takiej małej główki nic nie dociera w takim momencie, dlatego staram się zaopiekować tą jej sferą emocji, żeby ona się uspokoiła. Trochę gorzej jest kiedy jesteśmy gdzieś na wyjeździe, bądź też w samochodzie, wtedy trzeba stosować inne narzędzia. Łatwiej jest jak już jesteśmy w domu. Są też różne sytuacje poranne gdy też jest trudno. Zdarzało mi się, że pozwoliłam jej nie pójść na dwie pierwsze lekcje, to się rzadko zdarza, ale kiedy widzę, że jest bardzo ciężko, że są rzucane buty i zapachy jej przeszkadzają i jest przerażenie, jest jakiś silny lęk. Z wychowawcą jestem w stałym kontakcie. Wychowawcy i nauczyciele bardzo mi pomagają, okazują duże zrozumienie i zdarzyło mi się skorzystać z tego chyba 3 razy w ciągu roku, że nie poszła na dwie pierwsze lekcje. Dałam jej tą możliwość, żeby została w domu. Ona jak pójdzie w takim stanie do szkoły, to albo siedzi przez większość dnia w słuchawkach wyciszających i próbuje jakoś przetrwać, albo się dzieją jakieś różne dziwne rzeczy, że ona wybucha i ciężko jest jej się skoncentrować. Tak sobie radzę. Uczę się każdego dnia swojego dziecka, szkoda tylko, że tak późno była ta diagnoza. Dlatego zawsze będę podkreślać, że bardzo ważne jest, że jeżeli państwo jako nauczyciele widzicie, że dziecko wykazuje różne takie dziwne zachowania, to nie zawsze musi być agresja, czy rzucanie ławkami, ale jeżeli jakieś dziecko w jakiś sposób odbiega od grupy, albo siedzi na przerwach samo w ławce, nie wychodzi, bo się boi, to warto rodzicom zwrócić uwagę na to, że może coś jest i warto zdiagnozować, albo poszukać informacji. Według mnie diagnoza tylko może pomóc i rodzicom w zrozumieniu tego dziecka i przede wszystkim dziecku. Im szybciej tym lepiej, bo dziecko dostaje wtedy dostosowaną pomoc i terapię.

## **Włodzimierz Wieczorek**

Bardzo dziękujemy pani Annie za to świadectwo relacji z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami, z taką wrażliwością. Po wysłuchaniu Pani wypowiedzi nasuwają mi się trzy wnioski. Pierwszy odnosi się do potrzeby otwartości rodziców, którzy borykają się ze specyficznymi problemami dzieci. Niezwykle ważne i budujące było to Pani świadectwo, omawianie własnych doświadczeń w szukaniu pomocy i dzielenia się swoimi doświadczeniami. Z drugiej strony też bardzo istotne jest to, żeby na tyle, na ile jest to możliwe, szukać jak najwcześniej pomocy u specjalistów jak psychiatra, pedagog czy psycholog szkolny. Po trzecie, to zagadnienie, którym się zajmujemy jest złożone, ma bardzo wiele aspektów. Zawiera w sobie aspekt biologiczno-chemiczny, genetyczny, psycho-społeczny, psychoterapeutyczny. Wypowiedź pani Anny pokazała, że niezależnie jednak od specjalistycznej i profesjonalnej pomocy uwzględniającej wymienione aspekty problematyki zdrowia psychicznego, pierwszym terapeutą dla dziecka jest rodzic dający osłonę i poczucie bezpieczeństwa. Proszę teraz o zabranie głosu księdza Adama Zelgę.

## **Ks. Adam Zelga**

Bardzo dziękuję za te wszystkie wystąpienia. Jak bym wrócił do seminarium, to studiowałbym głównie dwa przedmioty. Po pierwsze, ponieważ Bóg jest największą tajemnicą, studiowałbym Pismo Święte, żeby poznać Jego Słowo w oryginale. Po drugie, ponieważ po Bogu największą tajemnicą świata jest człowiek, studiowałbym wszystko, co dotyczy człowieka, zwłaszcza zasady posługi relacyjnej, relacje w konfesjonale i poza konfesjonalem. Bo w tych sytuacjach często jestem zupełnie bezradny, a bezradność jest jakimś rodzajem lęku, który trzeba starać się pokonać. Z mojego doświadczenia pracy duszpasterskiej i relacji duszpasterskich wynika, że bardzo dobrze jest mieć kogoś z kim można skonsultować różne trudne sprawy. Ja przez wiele lat mojej posługi duszpasterskiej często takie trudne przypadki konsultowałem właśnie z psychiatrami, z psychologami i muszę powiedzieć, że te kontakty dawały mi bardzo dużą wiedzę, że w niektórych sytuacjach mogłem rozemnieć czy już skierować do specjalisty, czy wystarczy ta relacja skierowana tylko do relacji z Panem Bogiem.

Druga sprawa, którą chciałem się podzielić, to sprawa relacji z Panem Bogiem. Ja kiedy się zderzam z rzeczywistością, kiedy czuję się zupełnie bezradny i lękam się tej bezradności, to moje doświadczenie jest takie, że wtedy zaczynam się modlić. To jest tak jak w odmawianiu różańca. Mówi się niesłusznie, że różaniec jest „klepaniem paciorków”. Uważam, że różaniec nie jest „klepaniem”, a jest pewnym rozważaniem na wielu poziomach misteriów różańcowych. Tak samo jak z kimś rozmawiam, ale jednocześnie gdzieś głębiej odwołuję się do jakiejś instancji, która jest głębiej, która jest wyżej.

Zakończę swoją wypowiedź nawiązaniem do tego, od czego zacząłem, że największą tajemnicą świata jest Pan Bóg, dlatego że on jest jednocześnie transcendentny, czyli zupełnie, absolutnie niepojęty, a z drugiej strony jest immanentny, czyli tak czuły, tak bliski i tak cudowny, że spotkania z Nim są zupełnie fascynujące. Drugą tajemnicą jest człowiek.

Wszyscy jesteśmy mu bliscy i On nas chroni przed bezradnością w relacjach z drugim człowiekiem.

Zakończę jednym z moich ulubionych cytatów. Czesław Miłosz jak był stary, to cierpiał

na depresję i w jednym ze swoich wierszy pisał, że „przestać myśleć o sobie, to pierwsza rada w depresji”. A druga rada w depresji, to relacja, bo relacja ratuje przed depresją, przed smutkiem. Mówię te słowa, choć może przekraczam granice definicji klinicznej, którą pani doktor Lidia Popek tu podała.

### **Włodzimierz Wieczorek**

Bardzo dziękujemy Księdzu Adamowi za myśli ukazujące holistyczne spojrzenie na człowieka.

Mamy jeszcze trochę czasu na pytania i odpowiedzi, możliwość uzupełnień wypowiedzi państwa, dlatego zachęcam, żeby podnosić rękę i ewentualnie wskazywać osobę, którą chcieliby państwo prosić o odpowiedź. Zapraszam.

## **Dyskusja**

### **Iwona Słowińska**

Mam pytanie dotyczące dobra dziecka. Ostatnio w mediach przedstawiane były dwa przykłady dzieci, które wykazują zaburzenia zachowania i zaburzenia psychiczne (być może o podłożu genetycznym lub rodzinnym) i terroryzują swoje otoczenie rówieśnicze, dzieci ze swojej klasy. Same cierpiąc powodują też cierpienie innych dzieci. Problemem wydaje się być brak diagnozy. W takiej sytuacji rodzice muszą zgodzić się na postawienie diagnozy dziecku. W jakim stopniu można ingerować w prawa rodziców, którzy uniemożliwiają pomoc dziecku? Bezsprzecznie jednak te dzieci potrzebują pomocy, natomiast pomoc jest im odmawiana.

### **Lidia Popek**

Opiekunowie prawni, rodzice muszą wyrazić zgodę na badanie psychiatryczne. Jeśli jest dziecko, młodzież poniżej 18 roku życia, to konieczna jest zgoda opiekuna prawnego. Istnieje możliwość zbadania bez zgody opiekuna prawnego, ale wtedy decyzję wydaje sąd rodzinny. Być może osoby, które zajmują się dzieckiem nie zdają sobie sprawy z powagi sytuacji, albo też czekają na postanowienie sądu. Jeśli rodzice nie dokonują tej diagnozy, to jest to zaniedbanie wobec tego dziecka. Zaniedbania wobec dziecka mogą być różnego rodzaju. Mogą być rodzaju psychologicznego. Mogą też być fizyczne. Również nie leczenie dziecka jest zaniedbaniem ze strony rodziców i to jest już podstawa do tego, żeby skierować sprawę do sądu rodzinnego dla nieletnich z prośbą o zbadanie dziecka ze względu na to, że takie są przesłanki. Wskazania i decyzję w takim wypadku podejmuje sąd, czy ta diagnoza ma się odbyć, czy nie i w jakich warunkach? Często przy sądach są poradnie różnego typu. On powołuje czasami biegłych, którzy dokonują analizy sytuacji dziecka i podejmują wówczas dalszą decyzję. Więc nie jesteśmy tu bezradni jeśli rodzice się nie zgadzają na badanie

dziecka. Dotyczy to różnych sytuacji diagnostycznych. Najczęściej zdarza się to w sytuacjach takich, kiedy jest to problem natury psychicznej.

### **Karol Brejnak**

Ja mam pytanie do Pani Doktor. Wspomniała Pani, że wiek osób z depresją zdiagnozowaną się obniża. Jakie są tego przyczyny, że u coraz młodszych dzieci diagnozuje się depresję? Mam też pytanie do Księdza Doktora. Wspomniał Ksiądz, że największym lękiem może się stać lęk przed Panem Bogiem. Czy są jeszcze jakieś inne rzeczy w naszej religii, czy w ogóle w religiach, które też mogą wywoływać lęk?

### **Lidia Poppek**

Te przyczyny, które powodują, że obniża się wiek występowania zaburzeń psychicznych u dzieci są złożone, ale są to przyczyny biologiczne, które mogą doprowadzić do uszkodzeń układu nerwowego, który jest odpowiedzialny za predyspozycje zaburzeń psychicznych. Te uszkodzenia występują głównie w pierwszym trymestrze ciąży, a więc w tym okresie, kiedy często kobiety jeszcze nie wiedzą, że są w ciąży. W tym okresie powstaje listek zarodkowy, z którego rozwija się centralny układ nerwowy. Ale oprócz przyczyn biologicznych, są przyczyny kulturowe i środowiskowe. Żyjemy w czasach dużej zmiany kulturowej. Tutaj bardzo podkreśla się rolę różnego rodzaju stresorów, na przykład śmierć opiekuna, utrata bliskiej osoby, udział w jakichkolwiek sytuacjach przemocowych. To są bardzo często dane z wywiadów z dziećmi depresyjnymi. Dlaczego jest to powiązane z kulturą? Bo zmienia się kultura jeśli chodzi o całe społeczeństwo. W sensie rodzicielstwa. W grupie dzieci z zaburzeniami psychicznymi zdecydowana większość dzieci nie ma prawidłowych rodzin. Zdecydowana większość dzieci, z którymi my pracujemy to są dzieci narażone od wczesnych lat na różnego typu stresory. Zaburzenia psychiczne u dzieci rozpoznaje się często zbyt późno. Tak jak pani powiedziała, że rozpoznanie w 9 roku życia to jest wcześnie, a powinno być sformułowane już w pierwszych dwóch latach życia. Jedną z przyczyn jest to, że nie ma żadnych programów profilaktycznych nastawionych na prawidłowe rodzicielstwo, prawidłową więź, co potem skutkuje również przyczynami środowiskowymi i kulturowymi.

### **Ks. Stanisław Tokarski**

Jedną z takich najważniejszych wychowawczych roli rodziców jest objaśnianie świata, żeby dziecko czuło się bezpieczne. Jeśli rodzice nie czują się bezpiecznie, jeśli są nieporadni, to jak dziecko może się czuć bezpiecznie? Więc oprócz tych czynników biologicznych są te społeczne. Trzeba pamiętać o tym, że dzieci zamiast nas słuchać, to nas naśladują. Więc jeśli dorosły rodzic jest nieporadny, przestraszony, to i jego dziecko coraz wcześniej może być przestraszone lub mieć depresje.

Natomiast co do wymiaru religijnego. W takim przekazie tradycyjnym jest taka ekonomia, że Bóg dobry, a szatan zły. Tych diabłów było całe mnóstwo. To się wydawało dosyć fajne, mimo wszystko osvajanie z różnymi bajkami od Twardowskiego po coś, to ten diabeł wcale nie był taki straszny okrutny, ale ten element przeciwnika, antagonisty był bardzo ważny, bo dzieci się uczyły o takiej czy innej niedobrej królowej, czy o babie jadze, że zło w świecie jest, więc trzeba uważać i należy się bronić. Natomiast ewidentnie w moim

przekonaniu najgorsze jest to, kiedy krzywda płynie z obiektu, który ma być bezpieczny. Więc jeśli jest więcej cech zła, u tych co mówią o Bogu (wykorzystywania seksualne przez nauczycieli, księży), u tych którzy mają się opiekować i troszczyć, to jest najgorsze. Bo jeśli ktoś, kto z funkcji społecznej ma być bezpieczny, opiekuńczy i dobry, a okazuje się być dokładnie odwrotnym, to nie ma w życiu nic bezpiecznego. Czy właśnie tak jak są molestowania przez rodziców, teraz się bardziej mówi o ojcach, ale bywa też, że to matki molestują, więc to się naprawdę mocno odznacza.

### **Lidia Poppek**

Myślę, że też w nawiązaniu do tego o czym pani tutaj mówiła to zarówno, jeśli chodzi o zaburzenia lękowe, jak i depresyjne, w ogóle proces wychowawczy dzieci, to, na co chciałabym zwrócić uwagę to też ksiądz przed chwilą o tym mówił, że często myślę sobie, że rodzice powinni być stabilną podłogą dla dziecka, po której jak dziecko kroczy to nie ma trzęsienia ziemi, ani podłogi, że dziecko wie, że w każdej chwili rodzic potrafi podjąć tą dobrą decyzję dla niego. I pani o tym mówiła. O stwarzaniu ram i podejmowaniu decyzji. To nie córka pani podejmowała decyzje co będzie kiedy pójdzie do szkoły. I to jest niesłychanie ważne. Bardzo często jest tak w aktualnych rodzinach, że jest taka postawa konformistyczna, taka postawa, że my jesteśmy przyjaciółkami ze swoją córką, albo ja się przyjaźnię ze swoim dzieckiem, albo wspólnie negocjujemy jakieś warunki. Negocjacje są dobre w polityce, wśród osób dorosłych, ale jeśli chodzi o wychowywanie dzieci to oczywiście można z dzieckiem rozmawiać i uzgadniać różne rzeczy, ale stosownie do jego wieku. Rodzic musi brać odpowiedzialność za proces wychowawczy. I to co jest bardzo trudne w pracy z rodzicami w tej chwili, że nie chcą brać na siebie tej odpowiedzialności ani za ten proces wychowawczy, ani za to, na co pani zwróciła uwagę, za proces diagnozy czy leczenia dziecka, tylko rozmywiają zagadnienie, przerzucają na inne osoby. I to jest też czynnik, który zmienia obraz i nasila zaburzenia psychiczne u dzieci.

### **Ks. Stanisław Tokarski**

Czasem się tak określa w psychoterapii, że jeśli rodzic nie sprawdza się jako opiekun, to dzieci się staną sierotami. I bardzo mi się spodobało, to że dziecko obraziło się na mamę, że nie pójdzie do szkoły, rozebrało się do golusieńka, córeczka wyrzuciła przez okno wszystkie swoje ubranka, położyła się na podłodze i nie chciała iść do szkoły. Mama jak się nie wściekła. Już chciała przywołać ją do porządku, w ostatnim momencie się zatrzymała i zastanowiła co jej córka chce powiedzieć. Usiadła obok niej, pogadały dwie godziny, wszystko się wyjaśniło, przytuliły się do siebie. Córka w ciągu 3 minut zabrała swoje ubranka, ubrała się i pojechała do szkoły szczęśliwa.

### **Mariola Tomczak**

Podpisuję się pod wszystkim co zostało powiedziane. Większość naszych podopiecznych są to uczniowie z rodzin dysfunkcyjnych. Rodzice poniekąd przyczynili się (czasami nieświadomie) do tego, że ich dzieci trafiły do młodzieżowego ośrodka socjoterapii. Zdarza się, że nie radząc sobie ze swoimi dziećmi próbują oddać je w nasze ręce. Dodam, że jest u nas 30 osobowy hostel - internat, gdzie można mieszkać w ciągu tygodnia. Często

zdarza się, że rodzice chcą oddać swoje dziecko w poniedziałek rano i odebrać w piątek wieczorem. Uważają, że my jesteśmy specjalistami i lepiej sobie poradzimy. Tak więc rzeczywiście źródło części problemów tkwi w relacjach rodzinnych.

### **Renata Budnerska**

Jestem psychologiem klinicznym i prowadzę terapię w Polskim Towarzystwie Psychologicznym i tutaj pracuję jako psycholog szkolny. Chciałabym trochę nawiązać do refleksji, którą podjęliście państwo. Bardzo często staję przed takim problemem, że mam do czynienia z rodziną, w mojej ocenie, głęboko dysfunkcyjną. Na bardzo różnych poziomach. Czasami jest to poziom wymagań stawianych dziecku, troszkę w odniesieniu do tego, co Ksiądz Doktor powiedział, co dziś zrobię ja, albo zrobi Pan Bóg, jak dziecko nie spełnia oczekiwań. Te oczekiwania są bardzo różne. Te oczekiwania są także oczekiwaniami dotyczącymi wyników szkolnych, tego gdzie się musisz dostać i co będzie jeśli nie zdasz egzaminu, czy kolejnego konkursu. Ale ta dysfunkcja jest często na innym poziomie. Mamy w tej chwili sporo rodzin, które są w ogromnym konflikcie okołorozwodowym. To jest piekło na ziemi. Rodzice mi przyprowadzają dziecko i mówią, że „on taki jest jakiś i niech pani coś zrobi”. Po krótkim czasie dostaję informację, że poszli do psychiatry i on wszedł na leki. Ja zajmuję się dziećmi małymi, mniej więcej do 12 roku życia. I tutaj wiadomo, że dysfunkcyjność w tej rodzinie bardzo mocno wpływa na zachowania dziecka. Ja mam zawsze to pytanie: czy nasza diagnoza określająca depresję, albo jakiegokolwiek inne zaburzenie, bo to co dziecko prezentuje to mogą być bardzo odmienne objawy, stawiana w takiej sytuacji życiowej dziecka i zalecenie przyjmowania przez dziecko leków coś załatwia? Czy to jest to dobro dziecka? Czy my jako specjaliści w tym momencie walczymy o dobro dziecka? Zdaję sobie sprawę, że czasami są sytuacje, gdzie nie można inaczej, gdzie trzeba tak zadziałać, by chociaż ochronić chwilowo to dziecko, ale jest to ogromne moje pytanie, ogromna moja wątpliwość jak powinniśmy zadziałać.

Za tym idzie następne pytanie. Jestem czasami w takiej sytuacji, że do mnie trafiają rodzice z prośbą o diagnozę dla dziecka. Nawet nie muszę nakłaniać do tego, żeby dzieci były diagnozowane, bo po tę diagnozę rodzice przychodzą, natomiast ta diagnoza bardzo często jest ostatnim momentem współpracy z rodzicami. To jest oczywiście dramat, gdy stwierdzamy u dziecka cechy ze spektrum autyzmu, czy objawy depresji i całość pracy kończymy na tym, że wydajemy opinię. Często gdy dziecko przychodzi do szkoły, ja w szkole pracuję jako psycholog szkolny, to rodzice przynoszą mi opinię na piśmie i mówią: „musi pani to, to i tamto”. Oczywiście, z całym szacunkiem, ja będę to chętnie robiła, ale sama wola pracy ze strony rodziców, takie jest moje częste doświadczenie, kończy się wraz z zakończeniem nauki w szkole. Ci młodzi ludzie, gdy kończą szkołę i wychodzą spod opieki psychologicznej w szkole, czasami zaprzestają przyjmowania leków, kompletnie sobie nie radzą w życiu. Czyli moja refleksja jest taka: gdzie zaczyna się prawdziwa pomoc dziecku? I czy pomocą dziecku jest to, że postawimy diagnozę i zamkniemy temat? Czy też inaczej co zrobić, żeby to nie był ostatni moment pomocy dziecku i zamknięcia tematu?

### **Lidia Poppek**

Pani poruszyła szeroką tematykę. Trudno jest krótko odpowiedzieć. Może zacznijmy od diagnozy. Nie jestem psychologiem, ale myślę, że diagnoza dziecka jest diagnozą otwartą, nigdy nie jest diagnozą zamkniętą i nigdy nie jest postawiona raz na zawsze. Jest procesem diagnostycznym.

Uważam, że nie stawianie diagnozy jest błędem ponieważ uniemożliwia się pomoc. Właśnie nie rozmawiamy dzisiaj o dzieciach ze spektrum autyzmu, ale też rozmawiamy, dlatego, że w psychiatrii nie da się rozmawiać o dziecku o jednym rozpoznaniu. Dlatego, że większość dzieci ma rozpoznania współwystępujące. Dlatego kiedy pani mówiła o swojej córeczce, która ma rozpoznanie ze spektrum autyzmu, również mówiła o lęku. Ponieważ nie jest możliwe, żeby dziecko ze spektrum autyzmu nie miało różnego rodzaju lęków. W związku z tym postawienie diagnozy tak jak pani powiedziała często jest ulgą dla osób, które ją otrzymują, nawet dla młodzieży jest to często ulga. Ja często spotykam się z pacjentami, którzy mówią, że to co ja im mówię, to im wyjaśnia to co się z nimi dzieje.

Teraz jeśli chodzi o leczenie farmakologiczne. Nie mogę się odnieść do przypadku, o którym pani mówi, ale oczywiście nie mogę odpowiadać za wszystkich lekarzy, natomiast bardzo ostre są kryteria leczenia farmakologicznego u dzieci i młodzieży, tym bardziej, że większość leków, które stosują lekarze są lekami niezarejestrowanymi i rodzice muszą wyrażać zgodę na leczenie farmakologiczne co jest oczywiście dla nas dodatkową odpowiedzialnością i utrudnieniem, to nie znaczy, że lekarz nie podejmuje decyzji, ale musi uzyskać zgodę rodzica. Wydaje mi się, że większość lekarzy psychiatrów podejmuje decyzje farmakologiczne w sytuacji kiedy objawy u dziecka są tak nasilone lub możliwości pomocy terapeutycznej tak ograniczone, że nie ma rady. Jest to zgodne z zaleceniami nawet takich potęg jak Amerykańskie Towarzystwo Psychiatrów Dzieci i Młodzieży, które w ten sposób formułuje zalecenia farmakologiczne. Pani podjęła temat jak leczyć dziecko i rodzinę. Mamy metody takiego leczenia. To jest terapia rodzinna. Jednakże, żeby terapia rodzinna się odbyła, musi być zgoda zainteresowanych stron. Terapia rodzinna może być zalecona przez sąd. Więc jeśli psycholog stwierdza, że rodzice są zagrożeniem dla dziecka, to również psycholog może skierować sprawę do sądu rodzinnego. Rodzice bywają zagrożeniem nie dla dziecka, nie tylko wtedy, kiedy dziecko molestują i biją. Niestety to, co jest pewną trudnością psychiczną u wielu osób, że nie chcą się narażać na kontakt z sądami i w związku z tym nie zgłaszają do sądów. Obserwuję taką tendencję, że lepiej nie napisać, bo trzeba będzie chodzić na sprawy rozwodowe, być świadkiem w tej sprawie. To jest komplikacja życia osobistego i zawodowego, zostawmy to w spokoju. Ale jest to możliwe. Jeśli aż tak nas porusza sytuacja to zawsze mamy takie wyjście. Kwestia podejmowania decyzji co do tego, czy mamy do czynienia ze złym czy dobrym rodzicem. Przestrzegalabym tu przed oceną. Nie ma idealnych matek. Są wystarczająco dobre matki i wystarczająco dobrzy rodzice. Człowiek może wyjść z kryzysu, tylko trzeba mu pomóc. To nie jest tak, że sytuacja jest beznadziejna i wszyscy ludzie, których rodzice się rozwiedli kończą źle. Bo mnóstwo ludzi przeżyło rozwód swoich rodziców i żyje potem zupełnie prawidłowo. Głównie jest to ta grupa ludzi, którzy we wczesnym swoim dzieciństwie otrzymali tę bezpieczną bazę, o której ksiądz wspominał. Jeśli ją otrzymali to sobie poradzą. Jeśli jej nie otrzymali to sobie nie poradzą. To jest bardzo szeroki temat. Rodzicielstwo, nasze decyzje diagnostyczne nie wiem czy usatysfakcjonowałam panią swoją wypowiedzią, ale tak bym to widziała.

## **Anna Grzelewska**

Chciałabym się też ustosunkować do pani wypowiedzi, dlatego że tak jak już wcześniej wspomniałam dla nas diagnoza była zbawienna i to był początek drogi. Początek zrozumienia nas jako rodziców. Początek edukacji, ja się edukowałam trochę bardziej i przekazywałam tę wiedzę mojemu mężowi. On czasem traktował to z przymrużeniem oka. Ale diagnoza diagnozą i dalej było takie wyszukiwanie pomocy na ten problem jak go rozwiązać, jak pomagać. W zeszłym roku Pola chodziła na zajęcia SI, na Trening Umiejętności Społecznych, tylko to było bardziej skoncentrowane na kontroli emocji i złości. W tym roku odkryłam przez zupełny przypadek, że tutaj w tej szkole jest wspaniała poradnia, którą ona może mieć w tym budynku w swojej szkole, ja nie muszę jej nigdzie wozić i ona ma świetną terapię. Jaka jest świadomość tego wśród rodziców uczniów tej szkoły, że taka terapia jest możliwa? Myślę, że niewielka. Mam nadzieję, że to się zmieni. I ona czuje się bezpiecznie i czuje się coraz lepiej. Nie wiem ile z państwa było na poprzednim Konwersatorium. Jak państwo pamiętają pokazywałam film, który nakręciłam razem z Polą, takie ujawnienie się i pokazanie jaki jest mój problem i wiecie państwo, że film pomógł. Ona ma teraz totalne zrozumienie w klasie i jak ona teraz wybucha, a zdarza się to niezwykle rzadko, to nikt na nią się nie patrzy. Nikt jej nie skomentuje, że jest psychiczna. To jest bardzo ważne, żeby była ta terapia. Diagnoza jest początkiem terapii.

Mnie jako matce zależy na tym, żeby wyprowadzić moje dziecko do życia w społeczeństwie normalnym, tam, w którym ona będzie miała miłych szefów, będzie miała trudne sytuacje, będzie musiała załatwiać trudne sprawy zawodowe w swoim dorosłym życiu. Ja jako matka chcę ją do tego przygotować jak najlepiej, do bycia samodzielnym człowiekiem w przyszłości. Może zajmie jej to troszeczkę więcej czasu, ale staram się. Nawet ją do warzywniaka wysłałam ze cztery razy, przez ulicę. I była taka dumna z siebie.

## **Ks. Stanisław Tokarski**

Rzeczywiście to jest trudne. Myślę, że tu trzeba być skutecznym. Później się nauczyłem, że ja nie odpowiadam za to, co ktoś robi, tylko za to, co ja zrobię. Więc mogę próbować i monitować. Może kiedyś załapie. Kiedyś w szkole przede wszystkim się uczyło, ale się zmienił paradygmat i teraz chodzi o to, żeby wychowywać. I rodzice coraz częściej delegują do wychowania. Jeśli nie można na razie zaprosić rodziców do dialogu, do porozumienia, do uspokojenia, to rzeczywiście można troszkę działać jak znieczulacz. Jeśli dopiero za pięć tygodni mam operację to ja już umiem mnóstwo rzeczy znieczulających, żeby mi było łatwiej przeżyć. Ale to nie leczy. Natomiast może to pomoże przetrwać.

## **Lidia Poppek**

Ja jestem też psychoterapeutą i rozumiem dokładnie co ksiądz mówi. Z lekami jest tak, że są zaburzenia, które możemy leczyć tylko terapią, ale są też takie, których nie da się leczyć bez leków. I o tym też trzeba pamiętać, że leki nie jest to coś strasznego, tylko coś pomocnego. Trzeba się zastanowić co się komentuje do rodziców, co się mówi na temat leków. Bo można mówić ogromnie źle krytykując to, że dziecko bierze leki, a dla rodziców moich pacjentów wystarczy, że jak idą z receptą do apteki to pani z apteki się dziwi, że takie leki dla dziecka ośmioletniego. Koniec. Przecież to jest ocena. Z oceną uważajmy w życiu i w

naszym prywatnym i w naszym zawodowym bo może to być bardzo katastrofalne w wielu aspektach.

### **Danuta Rynkiewicz**

Chciałabym zapytać o kwestie lękowe i depresyjne wśród dzieci i młodzieży w kontekście szkoły. Spotykam się z wieloma opiniami rodziców, szczególnie nastolatków od klasy 7 wzwyż, że dzieci są bardzo przeładowane materiałem w szkole, że uczą się od rana do wieczora, późnym wieczorem idą spać, są niewyspane i zmęczone. Jak znacząca jest to część powodów, dla których zaburzenia lękowe i depresyjne mają miejsce i jak my możemy w szkole pomóc wpłynąć na to?

### **Lidia Poppek**

Może zacznę od tego, jakiego typu to jest zmęczenie i dlaczego dziecko jest zmęczone. Bo jeśli dziecko w szkole podstawowej uczy się po 4 – 6 godzin należałoby zrobić mu diagnozę psychologiczną dotyczącą możliwości szkolnych. Również należałoby sprawdzić jakie są możliwości rodziców, czy one są adekwatne do możliwości poznawczych dziecka. Po trzecie. Należałoby wyjaśnić jaki jest rytm dnia dziecka. Bo tu zaczyna wchodzić kwestia różnego rodzaju elektronicznych przedmiotów, którymi się posługują dzieci pod hasłem nauki, a bardzo często robią coś innego. Wiele dzieci w tej chwili spędza całe noce przy smartfonach i nie śpi. Bo wtedy rodzice ich nie kontrolują, a dzieci korzystają. Ja bym powiedziała, że ta diagnoza zmęczenia to jest taki pierwszy punkt, dlaczego dziecko jest zmęczone. Zmęczenie wiąże się też zawsze z objawami somatycznymi. Na przykład niedokrwistość to jest jeden z pierwszych objawów zmęczenia. Zmęczenie to jest objaw. Każdy objaw jest wyrwany z kontekstu, jest częścią. Jeden objaw nie stanowi o całości. Samo zmęczenie nie decyduje o żadnym rozpoznaniu psychiatrycznym. Musi być jeszcze kilka innych objawów, żeby to zmęczenie mogło być przyczyną. O zmęczeniu mówią też osoby, u których się rozpoczyna proces psychotyczny, nie tylko depresja czy lęk. Jest to często opisywany objaw. Bo jest to łatwy do opisanego objaw i to jest związane z takim wybadaniem zainteresowania życiowego globalnie. To wymaga diagnozy zmęczenia i przyjrzenia się jakie jeszcze są objawy. Staramy się odróżnić lęk fizjologiczny od lęku jako objaw. Lęk jak podkreśliłam występuje w różnego rodzaju zaburzeniach psychicznych. Tutaj nie zdążyliśmy o tym powiedzieć, ale nie ma takiego rozpoznania jak fobia szkolna. To jest etykieta przyklejona do innego typu problematyki i jeśli jest zmęczenie i lęk to trzeba zajrzeć co jest jeszcze. Trzeba zajrzeć ile czasu trwa to zmęczenie i lęk. Co było wcześniej. To wymaga dokładnego wywiadu.

### **Maria Imbirowicz**

Chciałabym się zwrócić do Pani Dyrektor. Z całym szacunkiem dla Pani pracy myślę, że życzyłaby Pani sobie, żeby do Pani placówki nie musiały trafiać tak zwane indywidualności – dzieci o szczególnych potrzebach. Poprosiłabym o dwie złote rady dla nauczycieli wczesnoszkolnych jak tym „indywidualnościami” pomagać w realiach szkoły?

### **Mariola Tomczak**

To jest dla mnie problem, ponieważ ja od początku swojej pracy zawodowej pracuję głównie z młodzieżą licealną. Mogę powiedzieć, co ja bym zrobiła jakbym była nauczycielem wczesnoszkolnym. Moim zdaniem trzeba być przede wszystkim uważnym i zauważać każdego ucznia. To, że ktoś się dziwnie zachowuje, to nie znaczy, że jest źle wychowany. Staramy się nie przyklejać „etykietek” i nie oceniać. Nie każemy też za objawy. Diagnozowanie to jest proces. Bardzo często później diagnozy są zmieniane lub się wykluczają. My respektujemy diagnozy, ale tworząc program pracy opieramy się na wielospecjalistycznej ocenie, obserwujemy ucznia, rozmawiamy z nim indywidualnie i proponujemy rozwiązania. Każdego ucznia trzeba traktować indywidualnie. Mamy 25 uczniów z diagnozą spektrum autyzmu z zespołem Aspergera, ale każdy z nich jest inny. U nas podstawą pracy jest rozmowa i indywidualne traktowanie. W SOS-ie to się sprawdza i ja biorę za to pełną odpowiedzialność. W Warszawie są trzy placówki, trzy młodzieżowe ośrodki socjoterapii gdzie jest liceum. My mamy dwustu uczniów i mamy listę oczekujących. Z informacji zwrotnej od uczniów dowiadujemy się, że tu czują się bezpiecznie, czują się zauważalni, zwraca się na nich uwagę. My jako Ośrodek nie pracujemy na deficytach, tylko na mocnych stronach ucznia.

### **Włodzimierz Wieczorek**

Szanowni państwo, bardzo dużo ciekawych informacji zostało dziś podanych. Wśród nich zwróciłbym uwagę na to, że dziecko, które stwarza problemy, nie powinno być postrzegane przez nauczyciela jako problem pedagogiczny, ale jako poszczególne istnienie ludzkie, które sygnalizuje w różnego rodzaju zaburzeniach zachowania swoje potrzeby i deficyty. Jest to niejednokrotnie wołanie o pomoc.

Jeszcze raz chciałbym bardzo serdecznie podziękować naszym prelegentom. Bardzo dziękuję pani doktor Lidii Popek, pani dyrektor Marioli Tomczak, pani Annie Grzelewskiej, księdzu Adamowi Zeldze oraz księdzu doktorowi Stanisławowi Tokarskiemu.

Bardzo dziękuję Państwu za uwagę i zapraszam na kolejne Konwersatorium 14 grudnia.