



FUNDACJA PRAESTERNO

Fundacja Praesterno

organizacja pożytku publicznego,
działająca w obszarze zapobiegania wykluczeniu społecznemu

Program

Animacja samopomocowego środowiska szkolnego

Scenariusz zajęć dla klas szkolnych – część III

Profilaktyka depresji

Podręcznik trenera

Program zawiera zestaw tematów, których realizacja w całości przekracza 4 godziny dydaktyczne (czyli ilość czasu przeznaczonego na jego przeprowadzenie). W związku z tym należy traktować program jako propozycję ramową, możliwą do modyfikacji ze względu na specyfikę i potrzeby konkretnej grupy.



Współfinansowano przez Narodowy Instytut Wolności ze środków
Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich na lata 2021-2030



SPIS TREŚCI

UWAGI METODYCZNE	3
WYKŁAD NR 1. DEPRESJA - WPROWADZENIE	12
Depresja jako termin języka potocznego	13
Depresja jako termin kliniczny	13
Czynniki różnicujące depresję	16
Typy depresji	16
Leczenie depresji	18
Profilaktyka depresji	19
Działania rodzicielskie	19
Profilaktyka szkolna	20
Działania profilaktyczne podejmowane wobec samego siebie	21
Rozpowszechnienie depresji	22
Bibliografia	23
WYKŁAD NR 2. PRZYCZYNY ZABURZEŃ NASTROJU, SPECYFIKA SYMPTOMÓW U DZIECI I MŁODZIEŻY	24
Skąd się bierze depresja	24
Płeć i wiek a depresja	25
Błędne koła depresji	27
SCENARIUSZE ZAJĘĆ Z MŁODZIEŻĄ	28
Depresja jako proces – studium przypadku. Ćwiczenie 1	28
Własne zasoby w profilaktyce depresji. Ćwiczenie 2	30
Co robić gdy podejrzewasz, że to co przeżywa Twój znajomy, to jest depresja?	32
Co robić gdy podejrzewasz że to, co przeżywasz, to jest depresja?	33
Funkcjonowanie w sytuacjach problemowych	33
Klasyfikacja problemów. Ćwiczenie 3	33
Jak postępować w sytuacjach problemowych. Ćwiczenie 4	36
Radzenie sobie ze stresem	44
Test diagnozujący poziom stresu	45
Strategia radzenia sobie ze stresem	45
ZAŁĄCZNIKI	48
Załącznik 1. Depresja – opis przypadku	49
Załącznik 2. Stresory i symptomy depresji	50
Załącznik 3 (Ćwiczenie nr 2). MOJA PROFILAKTYKA DEPRESJI	51
Załącznik 4 (Ćwiczenie nr 2). NASZA PROFILAKTYKA DEPRESJI	52
Załącznik 5 (Ćwiczenie nr 3). PROBLEMY	53
Załącznik 6. Mity na temat uczenia się	54
Załącznik 7. SMART, zamiana problemów na cele	55
Załącznik 8. TEST: CZY CIERPISZ Z POWODU STRESU?	56

Uwagi metodyczne

Zalecamy dużą ostrożność w poruszaniu w trakcie zajęć kwestii dotyczącej **samobójstw wśród młodzieży**.

Poniżej prezentujemy fragment opracowania Joanny Szymańskiej „Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży”, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012, poświęcony profilaktyce samobójstw wśród młodzieży.

„2. Kontrowersje wokół zajęć edukacyjnych dotyczących samobójstw

Trwa ożywiona debata, czy rozmawiać z młodzieżą na ten temat, jakie powinny to być treści i w jaki sposób je prezentować. W USA i niektórych krajach Europy przez kilku lat nawet zalecano i realizowano podobne działania, toteż możemy korzystać z już zebranych doświadczeń.

Gould, Greenberg, Velting i Shaffer¹ dokonali przeglądu stanowisk różnych profesjonalistów w tej kwestii i wysuwanych przez nich argumentów. Zwolennicy zajęć edukacyjnych podkreślają, że lekcje poświęcone samobójstwom lub depresji dają następujące pozytywne efekty:

- *Powodują wzrost wiedzy;*
- *Uwrażliwiają młodzież, skłaniają do poszukiwania pomocy w sytuacji kryzysu i udzielania wsparcia depresyjnym rówieśnikom, co powinno zredukować liczbę przypadków samobójstw. Po zajęciach liczba uczniów deklarujących gotowość udzielania i korzystania z pomocy wzrasta z około 30% do 60-70%.*

Jednak coraz większa liczba specjalistów zaleca daleko posuniętą ostrożność wysuwając następujące argumenty:

- *Nie prowadzono dotychczas systematycznej i pogłębionej ewaluacji podobnych zajęć i nie wiadomo, jakie są ich efekty odroczone;*
- *Kilka badań ewaluacyjnych wskazuje, że uzyskane efekty są przeważnie krótkotrwałe, utrzymujące się ok. dwóch miesięcy;*
- *Mimo stosunkowo szerokiego wdrażania edukacji w zakresie samobójstw i depresji nie zanotowano pozytywnego trendu w badaniach epidemiologicznych.*
- *Istnieją poważne przesłanki do stwierdzenia, że na takie zajęcia pozytywnie reaguje głównie młodzież dobrze przystosowana, niedoświadczająca poważniejszych*

¹ Gould M., Greenberg T., Velting D., Shaffer D., (2003), Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42 (4)

problemów. Nie wiemy jednak, jakie procesy uruchamiamy u pozostałych 30-40% uczniów, którzy nie wykazują gotowości udzielania i korzystania z pomocy. Mogą być w tej grupie osoby z trudnościami adaptacyjnymi, w obniżonym nastroju, także z myślami samobójczymi. Istnieje ryzyko, że zajęcia dotyczące samobójstw przyspieszą u niektórych ostateczną dramatyczną w skutkach decyzję.

Znacznie bezpieczniejsze są uniwersalne działania profilaktyczne, których skuteczność została potwierdzona.

3. Czego robić nie wolno!!!

Nieprofesjonalne działania profilaktyczne poświęcone samobójstwom są niebezpieczne. Udowodniono szkodliwość niektórych zajęć realizowanych w szkołach spowodowaną niewłaściwym doborem treści, metod i środków. Na podstawie wielu doniesień została skonstruowana lista ostrzeżeń, czego robić nie wolno.

- Krótkich, 2-4 godzinnych zajęć dotyczących wyłącznie samobójstw, nie powiązanych z innymi działaniami profilaktycznymi szkoły. Podobne zajęcia tylko rozjątrzą problemy zamiast im zapobiegać i podsuwają dzieciom i nastolatkom przeżywającym kryzys pomysły na ucieczkę z trudnej sytuacji;*
- Ukazywać samobójstwo jako reakcję na stres i prezentować mechanizmy psychologiczne. Zamach samobójczy zaczyna być postrzegany, jako uzasadniony, nieuchronny i akceptowany sposób rozwiązywania trudności;*
- Pokazywać filmy i inne materiały wizualne prezentujące zachowania samobójcze, młodego człowieka, a także reakcje otoczenia na jego śmierć (robią to niestety media). Podobny materiał działa jak instruktaż oraz wzmacnia motywację niektórych uczniów do zdobycia w ten sposób zainteresowania lub załatwienia porachunków ze swoimi rodzicami, kolegami czy nauczycielami;*
- Angażować młodych ludzi po próbach samobójczych (rówieśników odbiorców lub nieco starszych), by opowiadali na spotkaniach z uczniami o swych przeżyciach, albo prezentować nagrane wywiady. Uczniowie mogą identyfikować się z prezydentem i kopiować zachowania samobójcze.*

Zajęcia zawierające niektóre opisane wyżej elementy z negatywnymi efektami prowadzono w przeszłości w ramach profilaktyki uzależnień. Wycofano się z nich już dawno.

W przypadku samobójstw efekty nieprofesjonalnych działań mogą być znacznie bardziej dramatyczne. W latach 80. w trzech stanach USA w celach profilaktycznych wyświetlano młodzieży film o młodym samobójcy – prawdziwy „wyciskacz łez” mający ostrzegać i powodować konstruktywne refleksje. Po jego emisji zanotowano prawdziwą falę samobójstw. W ciągu trzech miesięcy 43 nastolatków uczestniczących w pokazach filmu targnęło się na swoje życie. Specjalnie powołany sztab kryzysowy złożony z różnych specjalistów starał się następnie zniwelować destrukcyjne skutki „profilaktyki”.

Taką zbieżność wydarzeń, choć występujących w mniejszej skali, zanotowano wielokrotnie, toteż podjęto badania mające na celu wyjaśnienie przyczyn i mechanizmów powstawania opisywanego fenomenu.

Zjawisko wzrostu liczby samobójstw popełnianych przez młodych ludzi na skutek nagłośnienia przypadków innych samobójstw klinicyści określili mianem „Efektu Wertera”².

W badaniach ustalono następującą zależność: im więcej mówi się na temat samobójstwa jakiejś osoby, im bardziej ta osoba jest znana, a także, im łatwiej nastolatki są w stanie utożsamić się z motywami popełnionego samobójstwa (np. problemy i konflikty w domu, odrzucenie ze strony grupy rówieśniczej, trudności w nauce, itp.), tym większa liczba prób pozbawienia się życia.

Falę samobójstw mogą wyzwolić doniesienia medialne zawierające duży ładunek emocjonalny i nadmierną liczbę szczegółowych informacji. Z tego względu WHO od 1999 roku wydaje kolejne aktualizowane wersje poradnika dla mediów dotyczącego kwestii rozpowszechniania informacji na temat samobójstw³.

Poradnik otwiera lista podstawowych zaleceń dla dziennikarzy. Warto się z nimi zapoznać. Mogą okazać się przydatne także pracownikom szkół i placówek systemu oświaty.

Jak informować o samobójstwach Najważniejsze zalecenia dla pracowników mediów

- *Wykorzystaj okazję, by edukować ludzi o samobójstwach.*
- *Unikaj języka opisującego samobójstwo jako sensację, albo jako zdarzenie normalne i często występujące. Unikaj też prezentowania samobójstwa jako sposobu rozwiązywania problemów.*
- *Unikaj nadmiernego eksponowania i powtarzania historii o samobójstwach.*
- *Unikaj szczegółowego opisywania sposobów pozbawiania się życia notowanych w próbach samobójczych i samobójstwach dokonanych.*
- *Unikaj szczegółowego informowania, w jakich miejscach najczęściej są popełniane samobójstwa.*
- *Używaj ostrożnych słów w nagłówkach wiadomości.*
- *Bądź uważny i ostrożny wybierając zdjęcia i materiały wideo.*

² Napieralska E., Kułaga Z., Gurzkowska B., Grajda A., (2010), Epidemiologia zgonów dzieci i młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999-2006. „Problemy Higieny i Epidemiologii, 91(1): 92-98.

³ Preventing suicide : a resource for media professionals (2008). Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland, s. 3.
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf

- *Zachowaj szczególną ostrożność w doniesieniach o samobójstwach znanych osób*
- *Okazuj szacunek ludziom będącym w żałobie po stracie bliskiej osoby z powodu samobójstwa.*
- *Dostarczaj informacji, gdzie można szukać pomocy.*
- *Uwzględnij, że pracownicy mediów też mogą być poruszeni historią o samobójstwie.*

Dla mediów samobójstwo dziecka lub celebryty jest ważnym newsem przyciągającym odbiorców. Dziennikarze muszą się jednak ograniczać z uwagi na potencjalne poważne szkody wywołane niewłaściwym upowszechnianiem informacji. Przygotowując materiał nie mogą też kierować się emocjami. WHO podkreśla, że media odgrywają ogromną rolę w działaniach na rzecz zdrowia publicznego, w tym w profilaktyce samobójstw. Świadome i odpowiedzialne przekazywanie informacji pomaga w obalaniu mitów na temat samobójstw i motywuje osoby w kryzysie psychicznym do poszukiwania pomocy. Udowodniono też, że nie respektowanie wymienionych zaleceń skłania niektórych młodych ludzi w depresji do skopiovania, nieraz bardzo dokładnego, zachowań samobójczych.

Badania wykazały, że prawdopodobieństwo wystąpienia Efektu Wertera jest najwyższe w ciągu trzech dni od pojawienia się wiadomości o samobójstwie, następnie nieco się zmniejsza utrzymując się na tym samym poziomie przez około dwa tygodnie. Przy częstym omawianiu takiego wydarzenia stan wysokiego ryzyka utrzymuje się dłużej.

Są to istotne informacje nie tylko dla ludzi mediów, ale także dla nauczycieli i szkolnych specjalistów. Kierując się listą zaleceń WHO nauczyciele mogą łatwiej ocenić jakość informacyjnych działań zapobiegawczych własnych i proponowanych przez różne podmioty oraz jakość doniesień medialnych dotyczących samobójstw i oszacować ryzyko negatywnego wpływu na uczniów. Wiadomo też, że w ciągu kilkunastu dni po samobójczej śmierci młodego człowieka w bliskim środowisku lub nagłośnionym wydarzeniu w mediach należy zwracać baczną uwagę na zachowanie uczniów, zwłaszcza doświadczających rozlicznych trudności, i udzielać im wsparcia. Należy także przypominać, do kogo można się zwrócić o pomoc.

IV. Samobójczy kryzys

Znajomość wymienionych wcześniej symptomów depresji młodzieńczej i sygnałów zagrożenia samobójstwem umożliwia uważnemu obserwatorowi identyfikację ucznia przeżywającego kryzys i szybkie podjęcie działań pomocowych. Jednak często otoczenie nie zdaje sobie sprawy z powagi sytuacji, a inne niż zwykle i dziwne zachowanie dziecka wiąże ze znanymi sobie, banalnymi przyczynami. Nastolatek, zdaniem rodziców i nauczycieli, opuścił się w nauce, nie dba o wygląd, bywa rozproszony lub agresywny z lenistwa lub pobudliwości typowych dla wieku dojrzewania. Dorośli usiłują więc cierpliwie przeczekać trudny okres albo koncentrują się na eliminowaniu poszczególnych symptomów nie widząc, iż układają się one w obraz depresji. Zachęty typu „weź się w garść”, interwencje wychowawcze, w tym

rozmaite sankcje, mają zmotywować nastolatka do zmiany zachowania. Są one z reguły zupełnie nieskuteczne i tylko potęgują jego frustrację.

Podczas rozmowy z nauczycielem, pedagogiem lub psychologiem dotyczącej np. wyglądu, ocen czy też wycofywania się z wszelkiej aktywności na terenie szkoły, uczeń może wprost lub w sposób zawołowany ujawnić zamiary samobójcze.

U większości nieprzygotowanych dorosłych podobny komunikat wywołuje silny lęk i poczucie bezradności. Pod wpływem emocji często reagują w sposób nieprzemyślany pogarszając jeszcze trudną sytuację. Personel szkoły niekiedy próbuje zbagatelizować otrzymane informacje, albo podejmuje chaotyczne nieskoordynowane działania, które nie przyczyniają się do rozwiązania problemów dziecka, natomiast eskalują tzw. szkolną „afere”.

Stąd konieczność wyłonienia i przeszkolenia zespołu ds. sytuacji kryzysowych oraz wcześniejszego przygotowania procedur reagowania w sytuacji kryzysu. Umiejętność zarządzania kryzysem umożliwia udzielenie właściwej pomocy uczniowi, zwiększa poczucie kompetencji i bezpieczeństwa nauczycieli, a także zwiększa poczucie bezpieczeństwa uczniów i rodziców oraz ich zaufanie do nauczycieli (NASP Resources, 2007⁴).

1. Jak reagować, gdy uczeń mówi o samobójstwie

Jak się zachować, gdy młody człowiek komunikuje wprost zamiary samobójcze, daje do zrozumienia, że chce pozbać się życia, czy opowiada o podejmowanych wcześniej próbach samobójczych? Jeśli nie jesteś psychoterapeutą, nie próbuj prowadzić psychoterapii.

Rozmawiaj z uczniem w sposób tak naturalny, jak tylko potrafisz. Celem prowadzonej rozmowy powinno być: zapewnienie mu bezpieczeństwa, nawiązanie kontaktu, umożliwienie wyrzucenia nagromadzonych silnych emocji, zmniejszenie poczucia osamotnienia, podarowanie odrobiny nadziei.

Nie można skonstruować jednego przydatnego scenariusza rozmowy z potencjalnym samobójcą, ponieważ nie istnieją dwa identyczne życiorysy, identyczne zestawy czynników ryzyka o podobnym nasileniu ani identyczne procesy prowadzące do kryzysu. Każda rozmowa będzie przebiegała inaczej. Można jednak podać kilka podstawowych zasad reagowania i wskazówek umożliwiających osiągnięcie celów i uniknięcie poważnych błędów^{5, 6, 7}.

⁴ "Preventing Youth Suicide – Tips for Parents and Educators", (2007), National Association of School Psychologists. www.naspline.org/resource/crisis.

⁵ Goldman S., Beardslee W.R., (1999), Suicide in children and adolescents. In: D. G. Jacobs (red.). The Harvard medical school guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: CA: Jossey-Bass Publishers.

⁶ Doan, J., Lazear, K., & Roggenbaum, S., (2003), Youth suicide prevention school-based guide —Issue brief 6a: Responding to a student crisis. Tampa, FL: Department of Child and Family Studies, University of South Florida.

⁷ McKee P. W., Jones R. W., Barbe R.H., (1993), Suicide and the School: A Practical guide to suicide prevention. Horsham PA, LRP Publications.

1. *Zachowaj spokój. Nie panikuj. Nie reaguj natychmiast, policz w myśli do trzech. Kontroluj głos i mimikę, staraj się nie okazywać zdenerwowania. Jemu/jej jest w tej chwili bardzo potrzebny oparty, dający oparcie dorosły .*
2. *Traktuj ucznia i jego komunikat o zamiarach samobójczych poważnie, nie lekceważ go. Przekonanie, że osoby mówiące o samobójstwie nigdy go nie popełniają, jest mitem. Wielu samobójców komunikowało wcześniej swoje zamiary.*
3. *Nie odsyłaj ucznia proponując inny termin rozmowy lub kierując go do innej osoby. To bardzo niebezpieczne. Odesłanie może zostać odebrane jako lekceważenie. Może też, podobnie jak objawy paniki u dorosłego rozmówcy, nasunąć uczniowi myśl, że jego sytuacja jest gorsza niż sam przypuszczał i zwiększyć lęk, poczucie osamotnienia i beznadziejności. Musisz z nim porozmawiać właśnie teraz. Poproś, by ktoś zastąpił cię podczas lekcji. W tej chwili 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 (np. uczeń jest w stanie dużego pobudzenia), poślij kogoś po pomoc nie opuszczając pokoju. Wezwij któregoś z członków zespołu ds. sytuacji kryzysowych, który jest lepiej przygotowany do prowadzenia rozmowy z osobą w kryzysie. W szkole posiadającej wspomniany zespół, o czym cała społeczność jest dobrze poinformowana, włączenie do interwencji drugiej osoby będzie potraktowane przez ucznia jako coś naturalnego i oczywistego. Możesz się powołać na obowiązującą procedurę postępowania:*

To ważna sprawa wymagająca szybkiego i mądrego rozwiązania. Jak wiesz, wszystkie trudności rozwiązujemy w szkole zespołowo. Poproszę jeszcze do nas pana Marka. Co dwie głowy, to nie jedna. Oczekując na pomoc zatroszcz się o dziecko spokojnie i serdecznie. Po przyjeździe drugiej osoby pozostań przy ich rozmowie.

5. *Nie obiecuj absolutnej dyskrecji. Uczeń może chcieć rozmawiać o swoich problemach żądając od ciebie przyrzeczenia, iż nikomu o nich nie powiesz. Nigdy nie zawieraj takiego kontraktu. Znajdziesz się w pułapce - w konflikcie prawnym i etycznym. Musisz powiadomić dyrektora i rodziców. Prawdopodobnie niezbędne okażą się konsultacje specjalistyczne, czasem konieczna jest współpraca z policją i sądem rodzinnym. Staniesz przed dylematem, czy złamać dane słowo, czy zaniechać udzielania pomocy biorąc odpowiedzialność za dalsze losy dziecka. Powiedz jemu/jej o tym: Stawiasz mnie w trudnej sytuacji. Nie mogę ci tego obiecać. Bardzo chcę ci pomóc i zależy mi, żebyś była zdrowa i szczęśliwa, ale (podaj kilka rzeczowych argumentów) np.:*
- *Twoich problemów nie da się rozwiązać jednoosobowo.*
 - *Nie jestem specjalistą.*
 - *Obowiązują mnie przepisy prawa.*

Żądając całkowitej dyskrecji wiążesz mi ręce. Nie chcę cię widzieć martwą i obwiniać się do końca życia, że nie zapewniłam/em ci odpowiedniej pomocy. Mogę tylko obiecać zachowanie dyskrecji wobec osób niezaangażowanych w rozwiązywanie twoich trudności. Można też odwołać się do obowiązującej w szkole procedury postępowania, zespołowego rozwiązywania poważnych problemów. Przede wszystkim należy powtórzyć, że nam na niej/nim zależy.

- 6. Zapewnij możliwie najlepsze warunki rozmowy. Zadbaj o intymność. Nie przeprowadzaj ucznia do pokoju nauczycielskiego, gdzie przebywa wiele osób. Nie pozwól, by ktoś przypadkowy wchodził do pokoju, w którym rozmawiacie. Nic nie powinno was rozpraszać.*
- 7. Nie prowokuj ucznia podając w wątpliwość jego zamiary. Nie znając sytuacji nigdy nie mów: Nie wierzę, że chcesz to zrobić lub Nie próbuj mnie straszyć samobójstwem. Nie poprawisz w ten sposób swoich ocen. 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. Masz do czynienia z człowiekiem głęboko cierpiącym, młodym, który nie potrafi sobie poradzić z własnymi emocjami. Nie próbuj bagatelizować problemu protekcyjnym traktowaniem go, zdawkową reakcją typu: Naprawdę chcesz to zrobić? Albo, jeszcze gorzej: Naprawdę chcesz zrobić takie głupstwo? Wzmacniasz tylko jego 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. Mówienie może przynieść mu ulgę. Więcej słuchaj niż mów. Zadawaj krótkie pytania. Nie komentuj na bieżąco relacjonowanych wydarzeń i nie podawaj od razu swoich interpretacji. Jeśli coś mówisz, posługuj się prostym językiem zrozumiałym dla nastolatka. Utrzymuj kontakt wzrokowy.*
- 10. Nie próbuj „na siłę” poprawiać nastroju ucznia. Ona/on spostrzega świat w czarnych barwach, przeżywa dramat i nie widzi dla siebie przyszłości. Pełne optymizmu zdania wypowiedziane w najlepszej intencji, jak - Na pewno nie jest tak źle, jak myślisz; Nie przejmuj się; Zobaczysz, wszystko będzie dobrze - zostaną odebrane jako dowód lekceważenia, kompletnego braku zrozumienia i braku rozsądku. Zaufanie do ciebie i motywacja do rozmowy może zniknąć.*
- 11. Bądź empatyczna/y. Czasem zasygnalizuj zrozumienie dla przeżyć ucznia, ale raczej unikaj nadużywanego 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. Lepiej spróbuj nazwać jego emocje i odczucia: Poczuleś, że świat się wali? Albo: Byłaś przerażona. Nie rób tego jednak zbyt często.*

12. *Bądź cierpliwa/y. W niej/nim jest pełno lęku, żalu, wstydu i gniewu. Może zachowywać się buntowniczo i prowokacyjnie. Zaczepki słowne i wyrazy rozgoryczenia nie muszą być adresowane właśnie do ciebie. Jesteś tylko ekranem, na który uczeń rzutuje swoje frustracje. Nie daj się sprowokować i nie wchodź w rolę sędziego. Spokojnie słuchaj lub zastosuj wskazówkę nr 10. Gdy uzna cię za osobę rozumiejącą i wspierającą, uspokoi się.*
13. *Ujawnij swoje odczucia wywołane rozmową. Twoje emocje mogą być widoczne i nie ma powodu, by o nich nie wspomnieć. Uczeń chce usłyszeć, że jego osoba i jego sprawy nie są ci obojętne. Czasami usiłuje nawet sprowokować rozmówcę wypowiadając przypuszczenie, iż pewnie go to nie zainteresuje. Wyraź krótko własne odczucia posługując się zdaniem: Jestem poruszona/y (przejęta) tym, co mi powiedziałaś (mówisz). Nie mów jednak, że bardzo cię to zdenerwowało lub przeraziło i nie składaj wyrazów współczucia. Nie opowiadaj też teraz o własnych trudnościach życiowych i stanach psychicznych, ani o znanych ci podobnych przypadkach. Skoncentruj się na jego historii.*
14. *Nie oceniaj. Unikaj oceniania zachowania ucznia i wypowiedzania opinii, co jest dobre, a co złe, etyczne lub nieetyczne. To nie jest właściwy moment na takie rozważania i nie są one skuteczne. Stwarzasz tylko dystans między sobą, a dzieckiem. Ono od dawna doświadcza bardzo silnych przykrych emocji i chce się od nich uwolnić za wszelką cenę. Nie jest w stanie myśleć o niczym innym. Największą wartość ma właśnie to, że siedzisz z nim i słuchasz go uważnie. Udzielasz mu w ten sposób wsparcia.*
15. *Nie próbuj prowadzić dyskusji. Nie czuj się zobowiązana/y do natychmiastowego przekonania ucznia, by zrezygnował z samobójczych zamiarów.*
- *Nie zasypuj go lawiną argumentów. To nie jest właściwy moment i dyskusja nie przyniesie oczekiwanych rezultatów z powodów wymienionych powyżej. Większość argumentów on sam już wielokrotnie rozważał.*
 - *Nie przeciwstawiaj się gwałtownie samobójczej decyzji ucznia, ale zachęcaj do odwołania w czasie jej realizacji. Możesz się posłużyć zdaniem Zawsze jeszcze zdążysz to zrobić.*
 - *Unikaj wywoływania w niej/nim poczucia winy. Osoby głęboko depresyjne bardzo źle o sobie myślą i są pełne poczucia winy. Nie obciążaj go dodatkowo. Nie używaj takich argumentów jak rozpacz rodziców i bliskich w przypadku jego śmierci. Często plan samobójstwa jest motywowany właśnie chęcią dokonania porachunków z rodzicami, kolegami czy nauczycielami. Utwierdzisz go wówczas w jego zamiarach.*
 - *Masz jednak prawo nie zgadzać się z wielokrotnie wypowiedzianym przez ucznia przekonaniem o braku wyjścia z kryzysu. Powiedz: Wiem, że tak to widzisz i oceniasz, ale nie zgadzam się tobą. Przychodzą mi do głowy różne możliwe wyjścia. Nie mam w tej chwili pewności, czy i które okażą się skuteczne. Będziemy szukać najlepszych rozwiązań. Wrócimy jeszcze do tego. Demonstruj spokojną*

pewność siebie. Nie musisz teraz uzasadniać swojego przekonania. I tak usłyszysz po każdym argumencie, że to beznadziejne, to nic nie da, a młody człowiek nie ma już na nic siły.

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. On i tak od dawna o tym myśli. Zyskasz tylko uznanie i zaufanie jako osoba otwarta i odważna. Często nastolatki nie mówią o samobójstwie wprost, lecz dają do zrozumienia. Można wówczas zapytać:

Czy chcesz mi powiedzieć, że myślisz o samobójstwie? Można także pytać czy rozważał, jaką metodę pozbawienia się życia wybrać.

17. Nie bój się ciszy. Gdy w trakcie rozmowy zapadnie cisza, nie przerywaj jej natychmiast. Daj sobie i uczniowi czas na refleksję. Przebywanie ze sobą w pełnej zrozumienia ciszy buduje kontakt.

18. Przedstaw swoje najbliższe zamiary. Możesz jeszcze nie wiedzieć, jak rozwinie się akcja pomocy. Opowiedz jednak uczniowi, co zamierzasz zrobić w jego sprawie w najbliższym czasie, by nie czuł się zaskoczony i zdradzony przez ciebie. Zapytaj, czego obawia się w związku z planowanymi przez siebie działaniami. Wysłuchaj jego obaw i weź je poważnie pod uwagę. Spróbuj go uspokoić. We wszystkich działaniach staraj się go chronić.

19. Bądź uczciwa/y. Nie obiecuj uczniowi zbyt wiele. Możesz nie być w stanie zrealizować obietnic i tylko zniszczysz jego zaufanie.

20. Nie stosuj konfrontacji. Gdy dowiesz się, iż przyczyną próby samobójczej lub zamiarów jest przemoc rówieśnicza, przemoc domowa czy wykorzystywanie seksualne, nie doprowadzaj do konfrontacji ze sprawcami przemocy. Dla ofiary jest to dodatkowa ogromna trauma. Narażasz ucznia na represje ze strony sprawców i burzysz zaufanie do siebie. Lęk przed represjami może przyspieszyć decyzję o samobójstwie. Sprawa wyjaśni się w procesie diagnozy.”

Po zakończeniu rozmowy należy uruchomić procedurę postępowania w sytuacjach kryzysowych, w tym powiadomić rodziców. Nie wolno pozwolić, by uczeń sam opuścił szkołę.

Wykład nr 1. Depresja - wprowadzenie

Motto:

„DEPRESJA TO UNIWERSALNE, PONADZASOWE I NIEZALEŻNE OD WIEKU CIERPIENIE PRZYPISYWANE CZŁOWIEKOWI”⁸

W dyskusji prasowej⁹, jaka miała ostatnio miejsce ujawniono następujące fakty. Prof. Tomasz Wolańczyk, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży stwierdził, że ok. 1 miliona spośród 5 milionów uczniów w Polsce ma za sobą tzw. epizod depresyjny (lęki, obniżony nastrój, utrudniony kontakt z rówieśnikami). To jest – zdaniem prof. Philipa Zimbardo - sytuacja wyjątkowa w skali świata i wymaga podjęcia kompleksowego przeglądu, a następnie reformy systemu edukacji na każdym poziomie od szkół podstawowych po uczelnie wyższe. Zmiany powinny polegać na odmiennym niż obecnie podejściu nauczycieli do pracy z uczniem. Pedagodzy powinni szukać mocnych punktów uczniów, a potem je rozwijać. Zdaniem dr. Jerzego Lackowskiego, byłego wieloletniego małopolskiego kuratora oświaty, polska szkoła nie przygotowuje uczniów do zderzenia z rzeczywistością. – Mamy sytuację, w której systematycznie obniża się wymagania wobec uczniów. To prowadzi do sytuacji, że dzieci i młodzież, gdy zaczynają napotykać problemy, z którymi nie potrafią sobie poradzić, a nie potrafią, bo nikt od nich tego nie wymagał, załamują się.

W późniejszych wypowiedziach eksperci tonowali swoje opinie. Prof. Tomasz Wolańczyk w Pierwszym Śniadaniu w TOK-u. stwierdził, że 20 proc. dzieci i młodzieży w czasie pierwszych 21 lat swojego życia będzie przynajmniej raz miało epizod depresyjny. Jak nie patrzeć, wydaje się, że około 10 proc. polskich uczniów ma problemy z emocjami lub zachowaniem na tyle nasilone, że wymagają pomocy psychologa. 500 tys. dzieci potrzebuje pomocy, ale to nie oznacza, że ma problemy psychiczne - może to być dysleksja lub problemy adaptacyjne. O epizodach depresyjnych można mówić u 4% dzieci i młodzieży i to o wiele częściej u tych drugich.

Jeśli chodzi o osoby młode, to pamiętajmy, że pewna nierównowaga emocjonalna, skłonności do popadania w stany depresyjne, jest właściwie fizjologiczna w tym okresie życia - mówił w TOK FM psychiatra dr Sławomir Murawiec.

Celem wykładu jest pokazanie, czym się różni to, co w języku potocznym zwykliśmy nazywać depresją od depresji stanowiącej rzeczywistość doświadczaną chorobę.

Dlaczego to rozróżnienie jest ważne?

Bo – z jednej strony - jeśli mamy do czynienia z rzeczywistą chorobą, to istnieje niebezpieczeństwo bagatelizowania jej objawów, przeczekiwania, nie spostrzegania symptomów jako niebezpiecznych. Zlekceważenie choroby i nie zwrócenie się po pomoc do specjalisty może doprowadzić do dotkliwych konsekwencji.

⁸ www.slownik.medyczny.edu.pl

⁹ Gazeta Wyborcza 2-3.09.2013, Rzeczpospolita 2.09.2013.

Z drugiej strony warto wiedzieć, kiedy nie wyolbrzymiać czegoś, co jest jedynie przejściowym stanem i nie dać się wciągnąć w napędzające się koło dolegliwości, wzmacnianych przez takie reakcje na ten stan jak lęk, przewrażliwienie, nadmierne, nieracjonalne przejmowanie się tym, co się dzieje, chaotyczne zachowanie.

Depresja jako termin języka potocznego

Depresja w języku potocznym jest terminem służącym do opisu obniżonego nastroju często przeżywanego w reakcji na trudne wydarzenia zdarzające się w życiu każdego człowieka. W takich sytuacjach przejściowo obniżony nastrój może utrzymywać się kilka chwil, kilka godzin, kilka lub kilkanaście dni. Ten stan nazywany jest często „depresją normalną” i dotyczy reakcji na naturalne sytuacje, takie jak na przykład:

- strata czegoś,
- odrzucenie przez ważną dla nas osobę,
- utrata kogoś bliskiego,
- niepowodzenie w ważnej dla nas sprawie,
- pogorszenie warunków życia,
- choroba własna bądź kogoś bliskiego.

Poza powyższymi przykładami jest wiele innych sytuacji, w których może być doświadczany stan depresyjny. To, co charakterystyczne dla tego stanu, to naturalna bierność, utrata nadziei, brak motywacji do działania oraz tzw. „czarnowidztwo”. Podkreślić należy, że są to **stany przejściowe**, z którymi większość ludzi sobie radzi, potrafi je przełamać i ponownie wdrożyć się do normalnego życia.

Depresja jako termin kliniczny

W dalszej części będzie mowa o będącej chorobą depresji klinicznej. Różni się ona od „depresji normalnej” **stopniem nasilenia, długością trwania i tendencją do powtarzania się** doznawanych stanów i nastrojów. W szczególności te same przyczyny, które w poprzednim punkcie wskazano jako wywołujące przejściowe obniżenie nastroju, mogą wywołać depresję kliniczną, jeśli jednostka nie poradzi sobie i nie odzyska zdolności do efektywnego funkcjonowania psychoemocjonalnego.

Symptomy depresji klinicznej są widoczne na czterech poziomach:

- ✓ nastrój (afekt)
- ✓ funkcjonowanie poznawcze
- ✓ zachowania (doświadczenia behawioralne)
- ✓ stan fizyczny (doświadczenia somatyczne).

Depresyjna zmiana we wszystkich tych obszarach mająca długotrwałe i szkodliwe skutki dla funkcjonowania człowieka - nazywa się Zespołem Depresyjnym.

Charakterystyka zmian na poszczególnych poziomach funkcjonowania.

1. Zaburzenia nastroju (objawy afektywne)

Najbardziej typowe objawy na poziomie afektywnym to przygnębienie, obniżony nastrój, poczucie pustki, bezradność, apatia, obniżona motywacja, przeżywanie dojmującego smutku powodującego skłonność do ciągłego płaczu. Czasem zamiast obniżonego nastroju dominuje drażliwość. Niekiedy zamiast smutku, przygnębienia czy pustki możemy odczuwać brak zainteresowania tym, co do tej pory było dla nas ciekawe i angażujące. Możemy również stracić poczucie radości czy czerpania przyjemności z działań, które wcześniej dostarczały nam radości i przyjemności oraz stracić poczucie satysfakcji z działań zakończonych sukcesem.

Tak więc osoba w depresji nie musi mówić o smutku czy przeżywaniu przygnębienia. Może sygnalizować, że nic jej nie cieszy lub że nic nie jest dla niej ważne. To są równie twarde sygnały świadczące o depresji.

2. Funkcjonowanie poznawcze

Będąc w depresji można mieć taki sam problem na poziomie funkcjonowania poznawczego, jak na poziomie afektywnym. Osoba w depresji myśli negatywnie, w „czarnych barwach”, nie tylko o sobie ale również o otoczeniu, nie tylko o bieżących sprawach, ale i o przyszłości. Charakterystyczna jest niska samoocena: jestem nic niewart/a, jestem niekompetentny/a. Krytycyzmowi często towarzyszy poczucie winy w związku z dostrzeganymi w sobie brakami.

Takie myślenie może zablokować zdolność do kierowania własnym życiem i uniemożliwić rozwiązanie najprostszych problemów.

Tym, co wyróżnia w depresji klinicznej negatywne myślenie jest całkowity brak nadziei na zmianę, zanika też nadzieja na osiągnięcie zaplanowanych celów. W konsekwencji w emocjach takiej osoby przygnębienie zamienia się w rozpacz. Ta zaś jest prostą drogą do myśli o śmierci a niekiedy do popełnienia samobójstwa.

Czarne samokrytyczne myślenie - tak typowe dla osób depresyjnych - prowadzi do pogłębienia depresji i jej przedłużenia. Wpadamy w błędne koło, z którego samodzielne wyjście jest bardzo trudne. Oczywiście takie myślenie jest zazwyczaj irracjonalne, wyolbrzymione, nieadekwatne do rzeczywistości. Przekonanie osoby w depresji, że nie ma racji jest jednak niemożliwe. Nie jest ona w stanie zmienić swojego myślenia. Patrząc na fakty interpretuje je negatywnie.

To co się jeszcze zmienia na poziomie poznawczym to zaburzenia procesów umysłowych. Pogarsza się:

- ✓ koncentracja uwagi
- ✓ pamięć
- ✓ zdolność podejmowanie decyzji.

Te zaburzenia są dodatkowym źródłem przykrych emocji. Rodzi się obawa, iż zawodzi mnie mój umysł, co wzmaga dolegliwości depresyjne.

3. Zmiany w zachowaniu

Behawioralne objawy depresji dotyczą:

- ✓ spadku aktywności w różnych obszarach:
 - unikanie ludzi (wycofania się z kontaktów społecznych)
 - utrata zainteresowania światem
 - zanik motywacji
 - ograniczenie typowych zachowań codziennych (np. brak higieny, pozostawanie w łóżku).

Co ciekawe osoby w depresji wycofują się z kontaktów społecznych, gdyż zdają sobie sprawę z tego, że przebywanie z nimi może być przykre dla otoczenia i niestety mają rację. Przy czym taka refleksja nie pomaga w tym żeby poczuć się lepiej.

- ✓ zmian psychoruchowych:
 - spowolnienie - osoby spowolnione wolniej poruszają się i mówią, mają twarz pozbawioną mimiki, brak oznak ożywienia, charakterystyczne jest opadnięcie kątek oczu i ust, monotonna mowa z dłuższymi przerwami, używanie niewielu słów
 - pobudzenie i niepokój - ciągłe poruszanie się, kręcenie się, intensywna gestykulacja.

4. Stan fizyczny (objawy somatyczne)

Na poziomie fizycznym zmienia się apetyt, sen i energia:

- ✓ **apetyt** – zwiększa się lub zmniejsza, dlatego osoby w depresji albo tyją albo chudną (choć nie stosują zamierzonej diety). Ciekawostką jest stwierdzony związek tycia ze snem – większa senność -> większy apetyt -> tycie,
- ✓ **zaburzony sen** – osoby w depresji mają trudności z zasypianiem, mają niedosyt lub nadmiar snu, występuje u nich syndrom „wczesnego budzenia się” - wybudzają się przed zaplanowaną godziną i mają kłopot z ponownym zaśnięciem. U 98% osób, u których wykryto depresję, występuje co najmniej jeden problem ze snem,
- ✓ **zaburzenia wzorca energetycznego** – 93% osób w depresji charakteryzuje niski poziomem energii, apatia, zniechęcenie, uczucie ociężałości. Nie są w stanie podjąć się jakichkolwiek zadań i doprowadzić ich do końca.

Pamiętajmy o tym, iż w depresji klinicznej ważne jest nasilenie, czas trwania i powtarzalność opisanych objawów. Jeszcze jednym ważnym sygnałem jest fakt, że objawy w depresji klinicznej nie występują pojedynczo.

Czynniki różnicujące depresję

Oczywiście byłoby zbyt prosto (jeśli w ogóle w depresji może być coś prostego), gdyby ta choroba zawsze przebiegała tak samo. Doświadczenie pokazuje, że są różne typy i odmiany depresji i różny w związku z tym jej przebieg. Wiedza na ten temat może pomóc w dokonaniu trafnej diagnozy oraz określeniu etapu choroby i postępowania terapeutycznego.

Generalnie depresja może różnić się tym, w jaki sposób rozpoczyna się, jak intensywne są jej objawy, jak długo trwa, jak często u danej osoby powracają epizody depresji.

1. **Początek.** Depresja może mieć ostry początek (rozwijając się w ciągu dni czy tygodni) lub zaczynać się stopniowo w ciągu miesięcy czy lat. Może rozpocząć się w każdej fazie życia jednostki, chociaż są momenty krytyczne, w których jednostka jest szczególnie podatna na depresję: wiek dojrzewania, wczesna dorosłość, zaprzestanie aktywności zawodowej w momencie przejścia na emeryturę.
2. **Nasilenie.** Osoby w depresji mogą różnić się tym, czy ich objawy są łagodne, umiarkowane czy poważne.
3. **Czas trwania.** Niektóre osoby wyjdą z depresji w ciągu tygodni lub miesięcy, natomiast u innych może ona trwać przez wiele lat w wahającej się, chronicznej formie. Wg danych statystycznych chroniczna depresja trwa ponad 2 lata i obejmuje 10% - 20% osób w depresji.
4. **Częstość.** Niektóre osoby przeżywają tylko jeden epizod depresji, inne – wiele epizodów. Nawrotów doświadcza około 50% osób.

Typy depresji

Ze względu na przyczyny rozróżnia się depresję endogenną oraz depresję reaktywną.

1. **Depresja endogenna** jest identyfikowana jako choroba o podłożu biologicznym, bez konkretnych wydarzeń życiowych, które mogłyby ją wywołać. Nie wiąże się z przeżytą traumą, jak w przypadku depresji po stracie kogoś bliskiego, utracie pracy itp. Lekarze uznają, że depresja endogenna jest wywoływana przez nieokreślone, bliżej niesprecyzowane zaburzenie funkcjonowania ludzkiego mózgu, a w szczególności systemu hormonalnego lub nerwowego. Ostatnio, w badaniach nad etiologią depresji endogennej, zakłada się jednak interakcję czynników biologicznych i psychospołecznych.
2. **Depresja reaktywna (egzogenna)** związana jest z trudnym, traumatycznym doznaniem w życiu pacjenta, w wyniku którego dochodzi do pojawienia się reakcji depresyjnej. Przyczyny depresji reaktywnej mogą być różne – od typowych (śmierć bliskiej osoby, wypadek, choroba, porzucenie) po specyficzne, związane z tym co dla danej osoby było ważne, a co utraciła (praca, zdrowie, majątek). Z reguły, depresja reaktywna, jest reakcją na utratę, choć są również formy depresji reaktywnej nieco inne – np. depresja poporodowa. Ogólnie jest to reakcja na określone wydarzenie w życiu chorego.

Ze względu na rodzaj objawów towarzyszących depresji rozróżniono dwa zasadnicze jej typy:

1. **Depresja jednobiegunowa** – w tym typie występują wyłącznie objawy depresyjne (całe spektrum objawów, o których mówiliśmy wcześniej), charakterystyczna dla 85% - 90% przypadków depresji klinicznej.
2. **Depresja dwubiegunowa** – charakteryzująca się naprzemiennymi cyklami depresji i manii, czyli obniżania się i podwyższania się nastroju. W manii następuje intensywny przyływ podniecenia, euforii, poczucia mocy (omnipotencji), złudnego poczucia siły. Objawy maniakalne zazwyczaj opisywane są przez pacjentów jako doświadczenia przyjemne; sprawiające, że czują się szczęśliwi. Są często bardzo nasilone, pojawiają się nagle po dużym spadku nastroju i energii i kończą się powrotem do poprzedniego przygnębienia i utraty siły. W efekcie następuje powrót do przeżywania głębokiego smutku i przygnębienia. Wahania nastroju następują bez żadnej wyraźnej przyczyny. Obydwie fazy są przy tym nieadekwatne do rzeczywistości. Ten typ depresji występuje u 10% – 15% osób, które zachorowały.

W przypadku depresji jednobiegunowej wyróżniono dwie główne jej formy ze względu na kryterium intensywności oraz czasu trwania objawów: dużą depresję i dystymię.

Duża depresja jest – wg Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego - rozpoznawana wtedy, kiedy występuje minimum 5 objawów spośród niżej wymienionych przez okres co najmniej dwóch tygodni:

Jeden z dwóch pierwszych objawów:

- 1/ nastrój depresyjny
- 2/ wyraźna utrata odczuwania przyjemności.

Co najmniej cztery spośród następującej puli objawów:

- 3/ wyraźny spadek lub wzrost masy ciała (bez stosowania diety) związany ze spadkiem lub nadmiernym apetytem
- 4/ bezsenność lub nadmierna senność
- 5/ pobudzenie ruchowe lub poczucie spowolnienia
- 6/ zmęczenie lub brak energii
- 7/ poczucie winy, obniżenie poczucia własnej wartości
- 8/ zmniejszona zdolność koncentracji lub myślenia, trudność w podjęciu jakiegokolwiek decyzji
- 9/ powtarzające się myśli o śmierci, myśli samobójcze, próba samobójcza lub konkretny plan samobójstwa.

Dystymia jest lżejszą, ale nie mniej poważną formą depresji, zazwyczaj obejmuje dwa lub więcej symptomów, które utrudniają osiągnięcie dobrego samopoczucia i prawidłowego funkcjonowania. Objawy dystymii - tak jak w przypadku depresji, ale o znacznie mniejszym nasileniu - utrzymują się

latami. Chory jest postrzegany jako osoba ponura, bez poczucia humoru, krytyczna, sceptyczna, bierna, przeżywająca własne niepowodzenia.

Spośród innych zaburzeń depresyjnych przytaczamy dwa, charakterystyczne dla kobiet:

✓ **przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne** - zespół napięcia przedmiesiączkowego charakteryzujący się psychicznym napięciem, "chandrą" i poczuciem bezwartościowości własnej i świata. Zespół może być bardzo silny i może prowadzić do niezdolności do pracy oraz sprostania zadaniom domowym. Obraz zaburzenia i jego skutki bardzo przypominają więc stan osoby z depresją. Diagnozę można postawić, gdy objawy pojawią się w dwóch kolejnych cyklach miesięczkowych oraz po wykluczeniu innych zaburzeń psychicznych i somatycznych

✓ **depresja poporodowa** – objawy są takie same jak w przypadku zaburzeń depresyjnych typu reaktywnego, a cechą charakterystyczną depresji poporodowej jest okres jej pojawienia się - jak sama nazwa wskazuje - po urodzeniu dziecka. Depresja poporodowa dotyka nawet 20% kobiet. Oznacza to, że co piąta kobieta ma problemy psychologiczne po urodzeniu dziecka. Uważa się, iż ten rodzaj depresji występuje u kobiet, które wcześniej miały problemy emocjonalne i które nie radzą sobie w związku z tym ze stresem wywołanym porodem, koniecznością opieki nad dzieckiem, nierzadko problemami małżeńskimi. Depresja poporodowa może się pojawić do roku po porodzie. Okres jej trwania jest różny. Nie leczona może trwać dwa, trzy lata, bądź przekształcić się w depresję reaktywną o stałym charakterze.

Mimo iż mężczyzna nie rodzi dziecka, również może cierpieć na depresję związaną z jego narodzinami. Jest to zjawisko rzadsze a depresja zazwyczaj ma łagodniejszy przebieg, ale również występuje.

Leczenie depresji

Czy można wyleczyć się z depresji? Odpowiedź na to pytanie jest twierdząca, aczkolwiek w wielu przypadkach czas leczenia jest długi i może dochodzić do nawrotów choroby. Tendencji do nawrotów sprzyja – wg danych z badań - niższy poziom dochodów rodziny, występowanie w rodzinie zaburzeń nastroju, niekorzystne stresogenne warunki życia.

Natomiast powrót do zdrowia jest bardziej prawdopodobny w przypadku lepszego funkcjonowania osoby podczas występowania depresji oraz słabszego nasilenia choroby.

Mimo, że depresję można wyleczyć, w krajach rozwiniętych nawet 90 proc. osób cierpiących na nią nie otrzymuje pomocy. Wśród przyczyn tak wysokiego odsetka chorych na depresję, którzy się nie leczą, wymienia się niską świadomość społeczną na temat objawów zaburzeń nastroju, obawę przed negatywną oceną innych osób i stygmatyzacją oraz fakt, że wielu ludziom trudno zaakceptować wizytę u psychiatry.

Metody leczenia depresji:

✓ **farmakoterapia**

W leczeniu depresji stosuje się powszechnie kilka typów leków przeciwdepresyjnych, czyli tymoleptyków. Działanie terapeutyczne wszystkich tych środków polega, według dzisiejszej wiedzy, na nasileniu przewodnictwa synaptycznego poprzez zwiększenie ilości neuroprzekazników - głównie serotoniny i noradrenaliny - w mózgu.

Wskazaniem do podawania leków jest rozpoznanie depresji jako endogennej lub wysoka intensywność objawów (bez względu na typ depresji).

✓ **psychoterapia**

czyli zbiór technik opartych na komunikacji werbalnej w relacji psychoterapeuta – pacjent, pozwalający leczyć zaburzenia natury psychologicznej.

Obecnie stosuje się kilkaset różnych technik psychoterapeutycznych (np. terapia interpersonalna, gestalt). Za szczególnie skuteczną uważa się terapię poznawczo – behawioralną, polegającą na prowadzeniu pacjenta poprzez zadania terapeutyczne modyfikujące zachowania, przekonania i emocje (zamiana negatywnych myśli na pozytywne prowadząca do zmiany nastroju i zachowań).

W ramach psychoterapii, chory powinien nauczyć się rozróżniać swoje emocje i radzić sobie z nimi, zdobywając wiedzę na temat technik zapobiegania nawrotom choroby. Ważnym elementem psychoterapii jest odbudowa poczucia własnej wartości pacjenta i identyfikacja jego mocnych stron. W psychoterapii może także wziąć udział rodzina chorego, wówczas przybiera ona formę terapii wspierającej. Ważnym aspektem leczenia depresji jest także zapewnienie bezpieczeństwa choremu i zapobiegnięcie ewentualnym próbom samobójczym.

Psychoterapia ma zastosowanie w depresji egzogennej oraz jako działania wspomagające farmakoterapię.

Profilaktyka depresji

Działania profilaktyczne są działaniami wyprzedzającymi pojawienie się symptomów depresji. W odniesieniu do nastolatków powinni podejmować je rodzice, szkoła oraz sami młodzi ludzie.

Działania rodzicielskie

Istotą profilaktyki powinno być wzmacnianie czynników chroniących przed depresją oraz blokowanie lub osłabianie czynników ryzyka. Tak więc młodzi ludzie mają prawo oczekiwać ze strony rodziców:

- budowania przez rodziców wspierającej relacji. Ciepło i bliskość między rodzicami a dzieckiem istotnie i ujemnie koreluje z symptomami depresyjnymi nastolatków i zmniejsza prawdopodobieństwo występowania depresji w przyszłości,
- stosowania optymalnej kontroli. Wysoka kontrola w okresie dzieciństwa, przy jednoczesnym nacisku rodziców na osiągnięcia i przy braku emocjonalnego wsparcia wiąże się z rozwojem depresji u nastolatków. Także zbyt niski poziom kontroli i zaangażowania rodziców w relacji z dzieckiem koreluje z wyższym poziomem depresji,

- sformułowania przez rodziców jasno określonych reguł i przestrzegania ich przez wszystkich członków rodziny zarówno w domu, jak i poza nim, a także oczekiwania od dzieci dojrzałego postępowania. I choć brzmi to dość restrykcyjnie, to rodzice wcale nie muszą być surowi, a wręcz przeciwnie. Wystarczy aby wykazali się zdolnościami komunikacyjnymi, aby wytłumaczyć dziecku dlaczego powinien postępować w określony sposób, zaangażowaniem uczuciowym, a także ciepłym i przyjaznym dla dziecka sposobem wychowania. Zachowania rodziców, charakteryzujące się krytycznym i deprecjonującym stylem wychowawczym zwiększają u nastolatków prawdopodobieństwo późniejszego występowania symptomów depresyjnych.

Z drugiej strony mogą w rodzinie pojawić się czynniki ryzyka zwiększające niebezpieczeństwo powstania symptomów depresji.

- Czynnikiem ryzyka wystąpienia symptomów depresyjnych są kary i inne restrykcyjne metody rodzicielskie, polegające na pozbawianiu społecznych, emocjonalnych oraz materialnych nagród, a także doświadczanie przemocy w domu.
- Jednym z najsilniejszych czynników mogących wywołać symptomy depresyjne u nastolatków jest odrzucenie przez jedno lub oboje rodziców.
- Depresja jednego lub obojga rodziców jest istotnym czynnikiem ryzyka depresji u ich dziecka. Stopień ryzyka depresji dla jednostek pochodzących z takich rodzin jest oceniany na 15% do 60%.
- Do rozwoju depresji u nastolatka może przyczyni się skonfliktowanie stosunków w rodzinie. Depresja może wiązać się ze zmianą struktury rodziny (utrata obojga rodziców lub jednego w związku ze zgonem, separacją lub rozwodem) oraz ze stresem rodzinnym (problemy ekonomiczne rodziny, bezrobocie oraz poważna choroba członka rodziny).

Profilaktyka szkolna

Czego młodzież powinna oczekiwać ze strony szkoły w zakresie działań mających na celu zmniejszenie ryzyka przeżywania kłopotów psychoemocjonalnych związanych z kryzysem wieku dojrzewania?

Poniżej przedstawiono dyspozycje dotyczące profilaktyki uniwersalnej oraz selektywnej (za Szymańska 2012), możliwej do prowadzenia przez szkołę.

Profilaktyka uniwersalna – kierowana do ogółu uczniów:

- Kreowanie zdrowego wspierającego środowiska w szkole. Dbanie o dobry klimat fizyczny i społeczny, w tym:
 - budowanie dobrych relacji nauczycieli z uczniami i rodzicami oraz pomiędzy uczniami (działania integracyjne zapobiegające stygmatyzacji i odrzuceniu),
 - ustalenie jasnej polityki dotyczącej zachowania się uczniów.
- Zdecydowana niezgoda na przemoc. Konsekwentne reagowanie nauczycieli na wszelkie jej przejawy, ochrona i wsparcie dla ofiar przemocy.
- Wzmacnianie odporności uczniów poprzez uczenie najważniejszych umiejętności psychologicznych i społecznych, w tym: radzenia sobie z emocjami i stresem, poszukiwania pomocy i udzielania jej; rozwiązywania konfliktów, przewidywania konsekwencji własnych działań itp.

- Podnoszenie samooceny dzieci i nastolatków poprzez dostarczanie okazji do rozwijania zainteresowań i przeżycia sukcesu. Także – na co zwracał uwagę Philip Zimbardo (o czym była mowa na wstępie) - pedagodzy powinni szukać mocnych punktów wśród uczniów, a potem je rozwijać.
- Wzmacnianie więzi ze szkołą poprzez angażowanie uczniów w szkolne projekty i wydarzenia.
- Zwiększanie kompetencji wychowawczych rodziców – spotkania poświęcone potrzebom i problemom dzieci w różnych fazach rozwojowych, treningi komunikacji budujące kontakt i więź z dzieckiem.
- Wskazanie osób, do których można się zwrócić o poradę i pomoc. Osoby te powinny być dostępne i przygotowane do udzielania pomocy.

Profilaktyka selektywna – kierowana do uczniów zagrożonych

- Pomoc w nauce, udzielanie wsparcia i budowanie motywacji, indywidualizacja nauczania – w odniesieniu do uczniów, którzy mają kłopoty z nauką.
- Włączanie w grupę rówieśniczą osób pozostających poza nią.
- Włączanie do dodatkowych programów rozwijających umiejętności psychologiczne i społeczne osób mających trudności w tych obszarach funkcjonowania.
- Zacieśnianie współpracy z rodzicami osób zagrożonych problemami psychoemocjonalnymi.

Działania profilaktyczne podejmowane wobec samego siebie

W opisie profilaktycznych działań rodziców i szkoły przedstawiono stan idealny. Rzeczywistość zazwyczaj mniej lub bardziej od niego odbiega. Na postępowanie rodziców i szkoły młodzież może próbować wpływać, choć ostateczne efekty zależą od postępowania wszystkich uczestników. Będziemy o tym rozmawiać jeszcze dzisiaj lub przy okazji następnego spotkania.

Teraz zastanówmy się co można zrobić samemu dla siebie. Poniżej przytaczamy wskazówki opracowane przez Zespół Centrum Dobrej Terapii MindArt (adres źródła informacji w bibliografii).

Nasz stan psychiczny, o ile nie dotknęła nas kliniczna depresja, w znacznej mierze jest w naszych rękach. Wiele osób może zwyczajnie skarżyć się na gorszy nastrój, nie spełniający kryteriów rozpoznania depresji czy innego zaburzenia afektywnego. Z myślą o nich prezentujemy kilka prostych, lecz ważnych wskazówek odnośnie codziennego funkcjonowania, których realizacja sprzyja utrzymaniu dobrego nastroju.

- **Zadbaj o relacje** – przykazania wybitnego filozofa prof. Leszka Kołakowskiego zaczynają się od słów „po pierwsze przyjaciele”. Niewątpliwie bliskie, szczere i autentyczne relacje z innymi pozwalają cieszyć się lepszym zdrowiem psychicznym. Doceniając wagę relacji międzyludzkich zbudowano nawet cały system psychoterapeutyczny – psychoterapię interpersonalną, która wciąż jest jedną z najpopularniejszych i skutecznych metod leczenia m.in. depresji. Spotykaj się więc z przyjaciółmi, odśwież dawne znajomości, zadzwoń do znajomego, pamiętaj, że zarówno Ty jak i inni możecie potrzebować wsparcia tak samo jak podzielenia się czymś radosnym
- **Zadbaj o zdrowy sen** – sen jest jednym z istotniejszych czynników warunkujących dobry nastrój – ważna jest zarówno jego ilość, jakość oraz miejsce i czas zasypiania. Istotne, by twój sen był

regularny, ciągły i odpowiednio długi. Więcej wskazówek odnośnie tego jak sprawić by Twój sen był zdrowy znajdziesz w artykule „Zasady higieny snu - jak się wyspać bez tabletki nasennej” (Zasady higieny snu - jak się wyspać bez tabletki nasennej).

- **Zadbaj o zdrowy ruch** – aktywność fizyczna to kolejny istotny element dobrego samopoczucia. Wyniki wielu badań potwierdzają, że osoby regularnie ćwiczące cieszą się lepszym nastrojem i mniejszą skłonnością do depresyjności, a także mają lepszą samoocenę. By zrozumieć istotę tego zjawiska wielu badaczy zwraca uwagę na endorfiny – substancje wytwarzane przez organizm podczas wysiłku fizycznego, które działają m. in. przeciwbólowo, uspokajająco i poprawiają nastrój. Ważne korzyści z regularnych ćwiczeń to także: poprawa jakości snu, redukcja lęku i cały szereg korzyści dla zdrowia ciała. Zastanów się więc jaki rodzaj ruchu sprawia Ci lub mógłby sprawiać przyjemność, pamiętając o tym, że bardziej wskazany jest taki rodzaj ćwiczeń, który możesz wykonywać w towarzystwie innych.
- **Sprawiaj sobie (i innym) drobne przyjemności** – pierwszym krokiem może być spisanie na kartce listy aktywności, które Tobie sprawiają lub sprawiały (bo łatwo je zaniedbać) przyjemność, z nadrzędną zasadą: „im więcej tym lepiej”. Sama ta czynność może być przyjemna. Nie jest istotne czy będzie to dobra kawa i pyszne ciastko zjedzone w miłym miejscu, czy spacer w słoneczny dzień, słuchanie ulubionej muzyki, czy skok spadochronowy. Ważne jest to czy dla Ciebie te czynności niosą jakąś dozę przyjemności. Pamiętaj, że szczęście nie zależy tylko od czynników zewnętrznych, a bycie zadowolonym to rodzaj postawy wobec życia, którą można doskonalić, pielęgnować i rozwijać.
- **Rozwiązuj problemy** – truizmem jest stwierdzenie, że ludzie mają problemy. Nie istnieją tacy, którzy ich nie mają. To, co ludzi wyraźnie odróżnia to sposób radzenia sobie z nimi. Pamiętaj, że rozwiązywanie problemów to umiejętność (podobnie jak jazda na rowerze), z którą nikt nie przychodzi na świat, a którą można rozwijać i doskonalić. W księgarniach można znaleźć wiele poradników na ten temat, często zawierających tytuł „problem solving” (rozwiązywanie problemów). Dodatkową pomocą może być wsparcie bliskiej osoby lub profesjonalisty (np. trenera lub psychologa). Skuteczne rozwiązywanie problemów może być dodatkowym źródłem satysfakcji i wzrostu osobistego.
- **Bądź w dobrej relacji ze sobą** – niezależnie od tego czy pomoże Ci w tym medytacja, relaksacja, modlitwa czy pisanie pamiętnika (najlepiej pisać nie o wydarzeniach, ale własnych odczuciach i myślach) – lepsza znajomość siebie, własnych uczuć i potrzeb sprzyja dobremu samopoczuciu. Jeśli trudno Ci wyobrazić sobie jak mógłbyś sam się polubić, pamiętaj że możesz skorzystać z psychoterapii, aby lepiej „dogadywać się” ze sobą. Zadaj sobie ważne pytanie: „czego potrzebuję, by czuć się dobrze?” i uważnie posłuchaj własnej odpowiedzi. Pamiętaj, że relacja ze sobą to jedna z ważniejszych relacji jakich doświadczasz, choćby dlatego, że trwa całe życie.
- **Stosuj metodę małych kroków** – "nie od razu Kraków zbudowano". Pamiętaj, że nawet największe zadanie można podzielić na serię mniejszych i „możliwych do pokonania szczebli”, a wielu wyzwań nie podejmujemy właśnie dlatego, że możemy chcieć natychmiastowych efektów.

Rozpowszechnienie depresji

Badania epidemiologiczne wskazują, że w ciągu całego życia choruje na depresję aż 17% populacji ogólnej. Część z tych osób (8-10%) ma objawy o niewielkim nasileniu, które wystarczają jednak do klinicznego rozpoznania depresji.

Według globalnych szacunkowych danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) symptomy depresji przejawia 0,3% dzieci w wieku przedszkolnym, 2% dzieci w szkole podstawowej i 4-8%

dorastających w grupie wiekowej 13-18 lat. W krajach Europy wskaźniki epidemiologiczne są znacznie wyższe. Objawy depresji występują dwukrotnie częściej u dorastających dziewcząt niż u chłopców. Przyjmuje się, że przyczyną różnic płciowych w występowaniu depresji jest to, że dziewczęta stają w obliczu większych problemów związanych z rolą płciową niż chłopcy. Epizody depresji w okresie dojrzewania zdarzają się stosunkowo często. Polskie badania epidemiologiczne wskazują na ich znaczne rozpowszechnienie w populacji nastolatków - 27-54%, różne w zależności od fazy dojrzewania i środowiska (za Szymańska 2012).

Bibliografia

- 1/ P. Gilbert „Przewyciężanie depresji”, Alliance Press, Gdynia 2010.
- 2/ E. Greszta „Depresja wieku dorastania”, Academica wydawnictwo SWPS, Warszawa 2006.
- 3/ C. Hammen „Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne”, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- 4/ D.R. Rosenhan, M.E.P. Seligman „Psychopatologia” Tom I, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1994.
- 5/ J. Szymańska „Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży”, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012.
- 6/ Publikacje internetowe, m.in.:
 - <http://www.depresja-poporodowa.pl/fakty-i-mity.php>
 - <http://www.psychosfera.net/depresja-reaktywna>
 - <http://www.centrumdobrejterapii.pl/materialy-dla-pacjentow,profilaktyka-depresji-czyli-co-mozna-zrobic-by-miec-dobry-nastroj,84.html>
 - <http://www.polityka.pl/spoleczenstwo/niezbednikinteligenta/11583,1,rozmowa-z-prof-leszkiem-kolakowskim-filozofem.read>

Materiał opracował zespół Fundacji Praesterno

Wykład nr 2. Przyczyny zaburzeń nastroju, specyfika symptomów u dzieci i młodzieży

Co jeszcze powinniśmy wiedzieć o depresji? Jest kilka ważnych rzeczy (aspektów), o których warto porozmawiać.

Skąd się bierze depresja.

Podłoże zaburzeń depresyjnych jest niejednoznaczne i niejednorodne. Brak jest badań, które ostatecznie powiedzą, co ją wywołuje. Na pewno, wbrew niektórym dość żywym jeszcze poglądom, nie występuje jedna jasno określona przyczyna depresji. Depresja jest efektem działania wielu różnych czynników, które nie muszą przy tym występować w tym samym czasie. Jeden czynnik może uruchomić mechanizm spustowy, oparty na wcześniejszym podłożu. Prowadzący do niej proces jest zwykle wieloletni. U różnych osób, które chorują na depresję, czynniki występują również w różnym nasileniu. Stąd przyjmuje się, że za depresję odpowiadają:

- ✓ **biologia**, czyli genetyczne predyspozycje do występowania depresji (do dziś jeszcze zbyt mało poznane). Wg jednej z teorii polegają one na zaburzeniu działania serotoniny, substancji ważnej dla prawidłowego funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego;
- ✓ **czynniki psychologiczne** – a w tym - szczególna emocjonalna wrażliwość utrwalająca się w toku kształtowania się osobowości, mniejsza sprawności w społecznym funkcjonowaniu, sposób myślenia nacechowany pesymizmem, niewiarą w siebie, nadmiernym krytycyzmem wobec siebie i innych, perfekcjonizmem, nadmierną zależnością od aprobaty i akceptacji innych osób, niezdolnością do wyrażania złości i kierowania jej na zewnątrz;
- ✓ **czynniki środowiskowe** – wynikające ze środowiska, w jakim żyje człowiek - stresogennego, stanowiącego często przewlekłe zagrożenie, np. wychowywanie z chorym członkiem rodziny, który chcąc nie chcąc przekazuje zaburzone wzorce (zachowań depresyjnych), trudne doświadczenia w dzieciństwie o dużej sile, powtarzające się i prowadzące do przewlekłego stresu, traumatyczne wydarzenia (np. śmierć bliskiej osoby).

To, co możemy na pewno stwierdzić, to fakt, że bardzo duże znaczenie dla powstawania depresji ma **stres**. Jak to działa u człowieka? U osób z depresją, a u niektórych na długo, zanim ona wystąpi, dochodzi do nadmiernego wydzielania hormonów wyzwalanych stresem będącym konsekwencją spostrzegania sytuacji jako zagrażającej. U człowieka najważniejszymi hormonami stresu są adrenalina i kortyzol. Adrenalina zwiększa mobilizację i przygotowuje do walki. Kortyzol wzmacnia agresję, podniecenie, niepokój, wzbudza uczucie zestresowania, tłumi libido. Zwiększa wrażliwość na ból. Przy utrzymującym się stresie długotrwałe działanie kortyzolu może wpływać toksycznie na komórki mózgowie, niszczyć kości, mięśnie i stawy, osłabiać system immunologiczny. Długotrwałe działanie kortyzolu utrzymuje chroniczny niepokój i powoduje depresję. Z tego względu ważne jest, żeby zablokować czynniki stresogenne oraz pomóc jednostce w takiej reinterpretacji sytuacji, która spowoduje, że przestanie być spostrzegana jako zagrażająca. Pomoc może też polegać na wsparciu

takich zmian w jednostce, które spowodują, że lepiej będzie radzić sobie ze stresogenną sytuacją (np. praca nad zwiększeniem poczucia własnej wartości i wiary w skuteczność własnego działania).

Płeć i wiek a depresja

Ważna jest również odpowiedź na pytanie, czy depresja ma się jakoś do płci. Czy kobiety chorują tak samo jak mężczyźni?

Badania pokazują, że płeć i wiek to dwie zmienne, które są znaczące. Otóż najbardziej na depresję narażone są dziewczyny między 15 a 19 rokiem życia. U kobiet początek depresji jest również wcześniejszy niż u mężczyzn.

I jeszcze jedno. Ryzyko depresji zarówno u kobiet jak i u mężczyzn jest największe przed 30 rokiem życia – czyli tu płeć nie ma znaczenia.

A jak to jest z depresją u dzieci i młodzieży?

W najnowszym piśmiennictwie przeważa stanowisko, że obraz kliniczny zaburzeń depresyjnych u nastolatków nie różni się istotnie od depresji dorosłych i zawsze można stwierdzić w nim podstawowe objawy: obniżenie nastroju, spadek zainteresowań, zaburzenia apetytu i snu, pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe, utratę energii, poczucie bezwartościowości, nadmierne poczucie winy, trudności w koncentracji uwagi oraz myśli samobójcze. Część autorów podkreśla jednak, że czasem ekspresja wymienionych objawów jest zmieniona w związku ze specyfiką psychologii i psychofizjologii w okresie dorastania. Istnieje przekonanie, że znaczny odsetek dorastających ma nietypowy obraz zaburzeń depresyjnych, na który składają się: hipersomnia (nadmierna senność), uczucie ciężkości w kończynach, znaczny wzrost masy ciała oraz nadwrażliwość na odrzucenie w kontaktach interpersonalnych (za Greszta 2006).

Dalej poszedł jeden z czołowych polskich psychiatrów Antoni Kępiński, który wyodrębnił cztery różne typy depresji młodzieńczej:

I/ **buntowniczą**, która charakteryzuje się nasiloną agresywnością, negowaniem autorytetów, kwestionowaniem słuszności ogólnie przyjętych norm społeczno-moralnych. Dochodzić może zarówno do gwałtownych reakcji agresywnych jak i cichej agresji w formie biernego oporu, złośliwości). Niemożność wyładowania agresji może prowadzić do przekształcenia jej w autoagresję,

II/ **rezygnacyjną**, gdzie dominującym objawem jest lęk przed przyszłością, przewidywanie klęsk i niepowodzeń, niedostrzeganie perspektyw, brak sensu życia, poczucie małej wartości i bezradności. Efektem jest ograniczenie do minimum aktywności,

III/ **apatyczno-abuliczną** o wyraźnym braku energii do działania, senności, pogłębionym smutku, silnym lęku przed relacjami społecznymi. Młody człowiek odczuwa pustkę i nudę, nic go nie interesuje, godzinami przesiaduje beczynn timer,

IV/ **labilną**, łączącą wszystkie objawy, której cechą wyróżniającą jest zmienność nastroju o dużej amplitudzie wahań, od chandry do wesołkowatości. Labilność (chwiejność) nastroju jest zjawiskiem typowym dla okresu dojrzewania. Prawdopodobnie ma ona podłoże przede wszystkim biologiczne

(przestrojenie hormonalne ustroju). W depresji wahania nastroju mają tak dużą amplitudę, że utrudniają życie.

Na co zatem warto zwrócić szczególną uwagę w przypadku dzieci i młodzieży?

Po pierwsze chodzi o to, żeby nie podjąć zbyt pochopnie decyzji o uznaniu, że to, co się dzieje z nastolatkiem czy dzieckiem to depresja kliniczna czyli choroba (mówiliśmy już trochę o tym na poprzednim wykładzie).

W związku z tym – powtórzmy za dr-em Sławomirem Murawcem: „*Jeśli chodzi o osoby młode, to pamiętajmy, że pewna nierównowaga emocjonalna, skłonności do popadania w stany depresyjne, jest właściwie fizjologiczna w tym okresie życia*”. Innymi słowy zmienność nastroju u nastolatków jest naturalna.

Wspomniana wcześniej nietypowość depresji u dzieci i młodzieży może polegać na następujących cechach:

1. Dzieci młodsze i przed okresem dojrzewania nie mówią zazwyczaj o obniżonym nastroju czy braku nadziei, bo nie potrafią właściwie nazwać tego, co czują. Na to, iż przeżywają nastrój depresyjny – przygnębienie - wskazuje ich wygląd, manifestuje ich twarz i postawa ciała.
2. Z tego samego powodu - niezrozumienia tego, co się dzieje lub braku umiejętności nazwania przeżyć - dzieci będą sygnalizować nie depresję a dolegliwości fizyczne.
3. Charakterystyczne w tych grupach jest również manifestowanie drażliwości zamiast obniżonego nastroju.
4. Dzieci w depresji często nie wyrażają uczuć, które w ich przekonaniu są negatywne. Tłumią je np. ze wstydu, poczucia niestosowności lub ze względu na obawę przed karą ze strony rodziców.
5. Cechą charakterystyczną u dzieci i młodzieży są zachowania niszczycielskie (zaburzenia zachowania) będące zewnętrzną manifestacją cierpienia wywołanego depresją – dlatego też znacznie łatwiej ją przegapić.
6. W przypadku młodzieży rejestrowane są również uznawane za symptom depresji zachowania antyspołeczne, agresja, drażliwość, chęć ucieczki z domu, kłopoty w szkole, nadużywanie substancji psychoaktywnych. **Tak więc zdarza się, że pod zachowaniami sygnalizującymi niedostosowanie u młodzieży skrywa się depresja.**
7. Cechą charakterystyczną u młodzieży jest również wycofanie się społeczne, zamartwianie się, narzekanie na stan zdrowia, problemy z samooceną, szczególnie dotyczące młode dojrzewające dziewczęta z negatywnym obrazem własnego ciała.
8. Próby samobójcze u nastolatków mogą mieć podłoże w czynnikach społecznych – samobójcza próba przyjaciela lub nagłośnie samobójstwo osoby publicznej.

Jeszcze raz podkreślamy, że okresowi dojrzewania towarzyszą często gwałtowne, zmieniające się emocje i nastroje. Dlatego warto poszukać innych powodów przygnębienia i innych niepokojących objawów niż depresja. Na przykład zakochanie się powoduje zagłębienie się przez nastolatka w świat marzeń i fantazji, rozkojarzenie, brak koncentracji w kontaktach społecznych itd. Albo silna

emocjonalna reakcja na utratę sympatii lubianej osoby. Lub nasilone, nawarstwiające się w tym samym czasie obowiązki szkolne (konieczność zaliczenia wielu przedmiotów pod koniec roku szkolnego) prowadzące do przeżywania silnego napięcia emocjonalnego, kłopotów ze snem itd.

Pamiętajmy, że czas przekształcania własnej tożsamości (z dziecka w kierunku dorosłości) może wywoływać bunt, odmowę współpracy, zwiększać poczucie bezradności, powodować przeżywanie bezsensu życia, utratę poczucia bezpieczeństwa i zmniejszenie poczucia własnej wartości. Te reakcje na destabilizację własnej sytuacji egzystencjalnej, pomimo ciężkich emocjonalnie przeżyć, nie muszą automatycznie świadczyć o depresji nastolatka.

Jednakże jeśli stan ten utrzymuje się lub pojawia się bez istotnej przyczyny, warto zwrócić na to uwagę, gdyż może to być sygnał rozpoczynającej się właśnie depresji.

Błędne koła depresji

Bez podjęcia kroków nakierowanych na poradzenie sobie z depresją istnieje niebezpieczeństwo pogłębienia się kłopotów ze względu na działanie mechanizmów błędnego koła.

Błędne koło 1

Osoba w depresji woli być sama, bo na cokolwiek innego brakuje jej siły. Taki stan rzeczy intensyfikuje depresję, a to zwiększa izolację. Innymi słowy odpychanie od siebie znajomych i osób najbliższych zwiększa samotność. Coraz większa samotność pogłębia depresję, itd.

Błędne koło 2

W depresji dominują negatywne myśli, tworząc wzorzec myślowy i czyniąc osobę w depresji podatną na stany depresyjne. Borykanie się z trudnościami życiowymi powoduje, że osoba w depresji czuje się poważnie przygnębiona. Przygnębienie, z kolei, napędza negatywne myśli, negatywne myśli zwiększają przygnębienie, i tak dalej.

Błędne koło 3

Często osoby w depresji jedzą z poczucia konieczności. Spożywanie mniejszej ilości pokarmów i utrata masy ciała prowadzić może do nasilenia zmęczenia do takiego stopnia, że chory nie ma już ochoty na jedzenie czegokolwiek.

Scenariusze zajęć z młodzieżą

Depresja jako proces – studium przypadku. Ćwiczenie 1

Czas trwania: 45 minut

Cele:

- przypomnienie treści wykładu (m.in. definicji depresji),
- usystematyzowanie wiedzy,
- spostrzeżenie depresji jako procesu,
- zdobycie wiedzy na temat zależności przyczynowo-skutkowych między stresorami a symptomami depresyjnymi.

Pomoce: Tekst „Depresja – opis przypadku”, duży arkusz papieru, pisaki, taśma malarska (do przyklejenia)

Wstęp

Na wykładzie uzyskaliście wiedzę o depresji jako chorobie. Jest to wiedza o tym, jak czuje się człowiek, jak się zachowuje, gdy już się rozchoruje na dobre.

Profilaktyka depresji to działania zapobiegające.

Na użytek tych zajęć podzielimy te działania na 2 części:

- 1/ przeciwdziałanie pojawieniu się symptomów depresji;
- 2/ przeciwdziałanie pogłębianiu się stanów okołodepresyjnych, które mogą rozwinąć się w depresję.

Gdy mówiliśmy o depresji, mieliśmy na myśli ostre stany, które umożliwiają diagnozę. To trochę fałszuje rzeczywistość. Nigdy nie jest tak, że pewnego dnia poprzedzonego szczęśliwym życiem, człowiek budzi się rano i ma pełen zestaw objawów.

Przyjrzyjmy się temu.

Prowadzący rozdaje tekst „Depresja – opis przypadku” (załącznik 1) z prośbą o zapoznanie się z nim.

Po przeczytaniu opisu przez grupę prowadzący dzieli grupę na zespoły 2-4 osobowe (w zależności od liczebności grupy). Zadaniem każdego zespołu jest wypisanie działających na

analizowany przypadek stresorów i przeżywanych symptomów obniżonego nastroju oraz depresji.

Po wykonaniu tej pracy cała grupa przechodzi do zadania skonstruowania schematu przyczynowo-skutkowego rozwoju depresji w analizowanym przypadku (wzór schematu - załącznik 2). Prowadzący pomaga, zadając pytania pomocnicze i nanosi propozycje kolejnych elementów schematu na duży arkusz papieru. Po prawej stronie prowadzący umieszcza oś czasu w miesiącach.

Po zakończeniu tworzenia schematu powinien pozostać on w widocznym miejscu (*do niego będzie można odwołać się w dalszej pracy*).

Uwaga 1:

Prowadzący powinien podkreślić, że wypisane na schemacie symptomy (poczucie winy, lęk, poczucie osamotnienia, smutek, napięcie itd.) nie są przeżyciami chwilowymi, tylko trwają w czasie. Każdy kolejny symptom dołącza się do już przeżywanych powiększając cierpienie osoby.

Uwaga 2:

Schemat utworzony przez grupę nie musi być identyczny z tym w załączniku 2. Ważne, żeby grupa złapała ideę zależności między stresorami a symptomami. W tym kontekście pokazać należy grupie mechanizm zwrotnego wzmacniania się stresorów i symptomów. Na przykład (na schemacie): poczucie osamotnienia zwiększa napięcie emocjonalne, co blokuje inicjatywę w kontaktach z rówieśnikami, co zwiększa poczucie osamotnienia.

Podsumowująca dyskusja w grupie. Pytania:

Czy mieliście świadomość, że depresja to proces, który często zaczyna się bardzo niewinnie?

Uwaga 3:

Tu warto wprowadzić informacje z wykładu 1, rozdział „Czynniki różnicujące depresję” (Generalnie depresja może różnić się tym, w jaki sposób rozpoczyna się, jak intensywne są jej objawy, jak długo trwa, jak często u danej osoby powracają epizody depresji). Konkretnie chodzi o to, że początek reakcji depresyjnej może być gwałtowny w konsekwencji zadziałania silnego stresora (np. u osoby porzuconej przez kochanego chłopaka/dziewczynę). Mamy wtedy do czynienia z silną, jednorazową reakcją obniżenia nastroju. Jednak także w takiej sytuacji mamy do czynienia z procesem. Np. po jakimś czasie, jeśli osoba nie poradzi sobie z przeżywanym smutkiem, który przerodzi się w stan chroniczny, może nastąpić rozciągnięta w czasie sekwencja zdarzeń: obniżenie poczucia własnej wartości, zaburzenia snu i odżywiania się, izolacja społeczna, kłopoty w szkole, konflikt z rodzicami, wzrost napięcia, itd. – na zasadzie samonapędzającego się mechanizmu (błędnego koła).

Dalsze tematy dyskusji:

Odwołując się do schematu: do którego momentu osoba, która doświadcza opisanych stanów oraz jej otoczenie, mogą bagatelizować to, co się dzieje, nie traktując symptomów jako depresji?

A od którego momentu w analizowanym przypadku mamy już do czynienia z depresją?

Odwołując się do wiedzy z wykładu: Z jakim typem depresji mamy do czynienia w analizowanym przypadku?

Odpowiedź: jednobiegunowa duża depresja reaktywna.

Co o tym świadczy?

Co i w którym momencie można było zrobić, żeby zablokować rozwój symptomów depresyjnych?

Ewentualnie: Z jakich powodów analizowana osoba reagowała na stresory w taki, a nie inny sposób?

Tu można podać informacje o prawdopodobnym deficycie socjalizacyjnym, niewyposażeniu dziewczyny w umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. W tym kontekście poniższa historyjka.

Różnice indywidualne – historyjka dydaktyczna:

Piotruś i Jędrus pobili się w przedszkolu. Pani nie wnikając w odpowiedzialność każdego z nich i przyczyny konfliktu obu ukarała równo – każąc im zdjąć przed całą grupą spodenki i majtki i wlepiając linijką kilka klapsów na gołą pupę.

Jędrus stał się milkliwy i ponury, zaczął sikać w nocy do łóżeczka. Mamie udało się w rozmowie wydobyć od niego informację o całym wydarzeniu. Zdobyła telefon mamy Piotrusia i zadzwoniła z pytaniem, czy chłopczyk zwierzył się jej z tego, co się stało. Mama Piotrusia nic nie wiedziała, więc po odebraniu go z przedszkola zapytała, czy ostatnio wydarzyło się w przedszkolu coś niecodziennego z jego udziałem. Piotruś oświadczył, że rzeczywiście coś takiego miało miejsce.

- A co? – spytała mama.

- Fantastyczne zdarzenie – powiedział z entuzjazmem Piotruś – udało mi się wypiąć przed wszystkimi moją gołą pupę!

Własne zasoby w profilaktyce depresji. Ćwiczenie 2

Czas trwania: 45 minut (10 minut praca własna, 5 minut praca w podgrupach, 30 minut omówienie).

Cele:

- integracja doświadczenia z wiedzą z 1 części zajęć,
- uświadomienie uczestnikom ich zasobów w profilaktyce depresji,
- wyłapanie szkodliwych metod radzenia sobie,

Pomoce: formularze „Moja profilaktyka” (załącznik 3) po 1 arkuszu na uczestnika, formularze „Nasza profilaktyka” (załącznik 4), długopisy, duży arkusz papieru, pisaki.

Popatrzcie jeszcze raz na schemat z analizy przypadku.

We wcześniejszej dyskusji zastanawialiśmy się, co i w którym momencie można było zrobić coś, żeby zablokować rozwój symptomów depresyjnych. Te działania można było podejmować przed pojawieniem się pierwszego symptomu lub już po pojawieniu się symptomów.

Działania podejmowane przed pierwszym objawem nazwiemy **Profilaktyką 1** a te, które mają miejsce po pojawieniu się symptomów - **Profilaktyką 2**.

Każdy człowiek - czy wie o tym, czy nie – stosuje specyficzny dla siebie zestaw działań profilaktycznych (sposobów/strategii).

Rozdać tabelę „Moja profilaktyka depresji”. Poprosić o samodzielne wypisanie stosowanych przez uczestników:

1. Sposobów/strategii zapobiegania pojawieniu się symptomów depresji (obniżenia nastroju, przeżywania chronicznego napięcia, poczucia winy, lęku) – Profilaktyka 1.
2. Sposobów/strategii zapobiegania pogłębianiu się symptomów depresji - czyli sposobów radzenia sobie w sytuacji, gdy symptomy już się pojawiły – Profilaktyka 2.

Podzielić grupę na 3-5 osobowe zespoły (w zależności od liczebności grupy), rozdać tabelę „Nasza profilaktyka depresji” (po jednym egz. dla zespołu) i poprosić o porównanie samodzielnie wypisanych sposobów ze sposobami innych.

Poprosić o wpisanie do tabeli formularza „Nasza profilaktyka depresji” tych sposobów, które są wspólne dla przynajmniej dwóch osób w zespole.

Uczestnicy przedstawiają efekty pracy na forum. Prowadzący na dużym arkuszu wypisuje hasłowo poszczególne sposoby.

Po przedstawieniu przez grupę wspólnych sposobów, warto zapytać uczestników o ich unikalne sposoby profilaktyczne czyli te, których nie wymienił nikt inny. Oczywiście należy je także umieścić na dużym arkuszu, w części „Sposoby unikalne”.

Pytania prowadzącego do grupy:

Na którym etapie rozwoju symptomów depresji (schemat z analizy przypadku) poszczególne sposoby (strategie) mogą być jeszcze skuteczne?

Należy podzielić sposoby (strategie) na takie, które mają zastosowanie tylko przed pojawieniem się pierwszych symptomów, we wczesnej fazie depresji, przy głębokiej depresji i takie, które są skuteczne w każdej fazie.

Jakie plusy a jakie minusy mają poszczególne sposoby (strategie)?

Chodzi o zastanowienie się, czy poszczególne sposoby są przystosowawcze czy czasem nie prowadzą do błędnej adaptacji (np. picie alkoholu jako sposób na obniżenie napięcia).

Produkt z ćwiczenia - wstępna lista sposobów działań (strategii) profilaktycznych z podziałem na fazy rozwoju symptomów depresji, w których są skuteczne.

Poniższe rady są też w materiałach dla uczestników (slajdy Wykład 2).

Co robić gdy podejrzewasz, że to co przeżywa Twój znajomy, to jest depresja?

1/ Rozmawiaj ze znajomym. Nie unikaj tematu. Nie udawaj, że nic nie widzisz. Nie twierdź, że wszystko jest w porządku i nie pocieszaj znajomego.

2/ Spróbuj skłonić znajomego do poszukania pomocy. Pomóż mu znaleźć specjalistę (psychologa lub psychiatrę).

3/ Jeśli nie chce się zgodzić na wizytę u specjalisty - porozmawiaj z jego opiekunami. Może to wywołać złość znajomego, często jednak to jedyny sposób by zapewnić mu pomoc.

Trzeba działać szybko.

Różnica pomiędzy dorosłym a nastolatkiem w depresji jest ogromna. U nastolatka droga od nastroju do czynów jest dużo krótsza. Nastolatek szybciej przechodzi z jednych silnych emocji do drugich. Ze względu na brak wiedzy i doświadczenia w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach łatwiej mu uznać, że jakaś sytuacja jest beznadziejna, nie do rozwiązania.

Co robić gdy podejrzewasz że to, co przeżywasz, to jest depresja?

- 1/ Potraktuj poważnie symptomy. Nie zaprzeczaj, że nie dzieje się nic niepokojącego.
- 2/ Nie izoluj się od ludzi. Rozmawiaj z nimi, dziel się swoimi problemami i emocjami. Szukaj pomocy innych - nie zmagaj się samotnie z problemami.
- 3/ Zwrócić się do specjalisty (psychologa, psychiatry). Ewentualnie poprosić rodzica lub inną bliską osobę o poszukanie pomocy specjalisty.

Funkcjonowanie w sytuacjach problemowych

Na wykładzie mówiliśmy, że są 3 grupy czynników depresji: biologiczne, psychologiczne i środowiskowe.

Biologiczne to predyspozycje genetyczne - obniżony poziom lub nieprawidłowe działanie serotoniny – substancji obecnej w mózgu. Leki antydepresyjne nowej generacji przywracają prawidłowe funkcjonowanie mózgu.

Predyspozycje genetyczne bez wpływu **czynników psychologicznych i środowiskowych** raczej nie spowodują depresji. Depresja rozwija się w interakcji między funkcjonowaniem biologicznym a przyczynami psychologicznymi (np. podatność na stres) i środowiskowymi - wywołującymi stres.

Ewentualnie krótka dyskusja z grupą (5-10 min) na temat:

Czy możliwe jest życie bez narażania się na stresory, trudne sytuacje, kłopoty, czy zmartwienia? Czy można tak układać sobie życie, by całkowicie ich uniknąć?

Oczywiście nie jest możliwe życie bez stresu, problemów i kłopotów.

Można natomiast dzielić te stresorodne czynniki na takie, na które mamy wpływ i takie, które od nas nie zależą (są w tej grupie także takie, które nie są naszymi problemami, mimo że nas angażują). Mówimy o tym, bo nastolatki często mają kłopot w rozróżnianiu problemów i często nam się zdarza w naszej pracy, że nastolatek angażuje się (też emocjonalnie) w nie swoje problemy, w czasie gdy jego sprawy „leżą”.

Klasyfikacja problemów. Ćwiczenie 3

Czas trwania: 30 minut (10 min praca własna, 20 minut omówienie)

Cele:

- zwiększenie wglądu we własne funkcjonowanie w sytuacjach problemowych,

- uruchomienie prozdrowotnego myślenia o problemach,

Pomoce: czyste kartki papieru, formularze „Problemy” (załącznik 5), po 1 arkuszu na uczestnika, długopisy, duży arkusz papieru, pisaki.

Instrukcja:

Prowadzący rozdaje najpierw jedynie czyste kartki. Po wykonaniu przez uczestników pierwszej części zadania, rozdaje arkusz „Problemy”.

Część 1: Weź czystą kartkę i wypisz problemy (znane Ci osobiście lub ze słyszenia, albo z wyobraźni), które mogą powodować przygnębienie, zablokować energię do działania, zaabsorbować na tyle, że wpłynie to na Twoje funkcjonowanie.

Część 2: Weź arkusz z tabelką „Problemy”. Wpisz do arkusza to, co napisałeś na kartce, w podziale na kategorie. Wyróżniliśmy na tym arkuszu 2 kategorie problemów:

1/Nasze potencjalne problemy, które mogą nam grozić depresją.

2/Cudze potencjalne problemy, które mogą nam grozić depresją.

Każda kategoria ma jeszcze jeden podział: **mamy wpływ/nie mamy wpływu.**

Aby radzić sobie z problemami, trzeba nie tylko umieć je nazwać, ale także potrafić je umieścić w tych kategoriach, bo - jak za chwilę zobaczycie - każda z nich (kategorii) „ma do dyspozycji” trochę inne sposoby radzenia sobie.

***Uwaga dla prowadzącego:** jeśli są warunki i czas, można poprosić uczestników o odczytanie gotowego podziału. Jeśli nie ma czasu, wystarczy, że jedna osoba odczyta to, co napisała i na tym przykładzie można dalej pracować. Prowadzący powinien być uważny na to, by w poszczególnych kategoriach znalazły się odpowiednie problemy.*

Przykład:

Nasze problemy/Mamy wpływ:

oceny szkolne; moje relacje z przyjaciółmi; moje relacje z rodzicami...

Nasze problemy/Nie mamy wpływu (w danym momencie):

nieobecność któregoś z opiekunów; choroby, nie mam pieniędzy; samotność (nie znam osób, z którymi chciał(a)bym się związać); mój przyjaciel się zakochał i nie ma dla mnie czasu...

Nie nasze problemy/Mamy wpływ:

skłócenie przyjaciele, wobec których mogę wystąpić w roli mediatora...

Nie nasze problemy/Nie mamy wpływu:

rozwód rodziców; problemy sercowe przyjaciół...

Jak postępować w sytuacjach problemowych. Ćwiczenie 4

Czas trwania: 2 godziny lekcyjne

Cele:

- dostarczenie młodzieży wiedzy na temat radzenia sobie z problemami;
- dostarczenie młodzieży wiedzy na temat radzenia sobie z emocjami i stresem
- dostarczenie młodzieży wybranych umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Pomoce: duży arkusz papieru, pisaki.

Wiemy już, jak dzielić problemy. Teraz trzeba trochę powiedzieć, jak z nimi postępować.

Na nowym arkuszu prowadzący powtarza podział problemów z poprzedniej części, tak by pod spodem można było uzupełnić je o informacje dotyczące radzenia sobie z nimi. Sposoby są wpisywane sukcesywnie, po wpisaniu po raz pierwszy dany sposób jest omawiany szczegółowo.

Kategoria 1. Nasze problemy, na które mamy wpływ

Sposoby postępowania:

Poszukiwanie rzetelnej wiedzy.

Zmiana myślenia o problemie. Zamiana problemów na cele i realizowanie ich (reguła SMART).

Doraźne zmiany w emocjach.

Kategoria 2. Nasze problemy, na które nie mamy wpływu (na razie).

Sposoby postępowania:

Poszukiwanie rzetelnej wiedzy, upewniającej nas, że to problem, na który nie mamy wpływu.

Doraźne zmiany w emocjach.

Planowanie przyszłości, przygotowanie się do niej.

Kategoria 3. Cudze problemy, na które mamy wpływ.

Sposoby postępowania:

Poszukiwanie rzetelnej wiedzy, upewniającej nas, że to problem, na który mamy wpływ.

Pomoc, ale tylko do granicy naszych możliwości (dbamy o własne sprawy).

Doraźne zmiany we własnych emocjach.

Kategoria 4. Cudze problemy, na które nie mamy wpływu.

Sposoby postępowania:

Poszukiwanie rzetelnej wiedzy, upewniającej nas, że to problem, na który nie mamy wpływu.

Wsparcie emocjonalne osoby przeżywającej problem.

Doraźne zmiany we własnych emocjach.

W kategoriach 3 i 4 nie chodzi o to, by być nieczułym na problemy innych. To dobrze, że jesteście wrażliwi i zaangażowani. Chodzi o to, by nie spalać się bez sensu. Nie rozwiążemy cudzych problemów. W niektórych sytuacjach nawet nie powinniśmy próbować ich rozwiązywać.

Można z grupą podyskutować o tym na przykładzie problemów w związkach ich opiekunów.

Przykładowe powody, dla których nie powinniśmy się wtrącać, opowiadać się po którejś stronie:

- nie mamy danych; ludzie opowiadając nam o swoich relacjach z innymi przedstawiają nam swoją wersję wydarzeń, zatajają niektóre fakty, mówią o intencjach a nie o faktach itp.;
- jako dzieciom, trudno nam spojrzeć na relację między rodzicami jak na partnerską relację między kobietą i mężczyzną;
- kłopoty opiekunów wzbudzają w nas silne emocje uniemożliwiając bycie obiektywnym.

Można wymyśleć z grupą inne przykłady cudzych problemów, których nie powinniśmy starać się rozwiązywać.

Postępowanie w kategorii 1.

1/ Szukaj rzetelnej wiedzy

nt. zarówno samego problemu, jak i dostępnych, sprawdzonych rozwiązań (nie wyważaj otwartych drzwi).

Przykład.

Żeby poradzić sobie w problemach z uczeniem się, trzeba mieć rzetelną wiedzę. W załączniku 6 prezentowane są mity dotyczące uczenia się.

Prowadzący wybiera kilka mitów i odczytuje je na forum. Grupa ma się ustosunkować do tego orzekając, czy to prawda, czy fałsz. Zanim powie się grupie jaka jest prawda, warto zebrać uzasadnienia wyrażonej przez grupę opinii lub sprowokować do dyskusji, jeśli część grupy będzie innego zdania niż pozostali.

2/ Zmiana myślenia o problemie. Reguła SMART

I. Zamień problemy na cele do zrealizowania.

Jeśli myślimy o swoim życiu w kategoriach problemów, może nas to obezwładniać. Problem to coś ciężkiego, z czym trzeba sobie poradzić. Pojawiają się trudne emocje. Chcąc ich uniknąć, często odsuwamy problem... i nic z tego nie wynika. Sytuacja pozostaje nierozwiązana.

Łatwiej będzie nam rozwiązać problem, jeśli zaczniemy myśleć o nim w kategoriach celu do osiągnięcia.

Nie problem do rozwiązania, lecz cel do zrealizowania.

Dobre i realizowane cele życiowe zmniejszają ilość problemów. Jeśli problem się pojawia, zamieniamy go na cel i realizujemy go.

W tym miejscu można zapytać uczestników, czy domyślają się, o co chodzi. Mogą sięgnąć do formularzy „Problemy” i sprawdzić, które problemy sformułowali jako cele. Niech teraz wybiorą 2 – 3 z rubryki „Nasze potencjalne problemy, które mogą nam grozić depresją/mam wpływ” i je przeformułują na cele.

Można umówić się z uczestnikami, że dalej będziemy pracować na przykładzie 2 celów uczestników lub wymyślić z grupą hipotetyczny problem i zamienić go na cel.

Za chwilę przedstawię Wam wypracowany i sprawdzony sposób zamiany problemu na cel do zrealizowania. Nazywa się on reguła SMART. Reguła może być bardzo pomocna. Wprowadza dyscyplinę intelektualną w myślenie i przez to pomaga w skutecznych działaniach, czyniąc je spójnymi, ukierunkowanymi i uporządkowanymi.

Reguła SMART została stworzona do osiągnięcia celów biznesowych, jako pomoc w realizacji planów działania biznesowego. Jest na tyle uniwersalna, że może służyć jako pomoc do wyznaczania także innych celów, również życiowych.

Aby cel był **możliwy do osiągnięcia** musi spełniać kilka warunków. Musi być SMART (słowo SMART jest akronimem złożonym z pierwszych liter cech, które powinien spełniać cel)¹⁰.

Specyficzny (konkretny)

Mierzalny

Ambitny ale osiągalny,

Realny (rzeczywisty)

Terminowy

Wyznaczając sobie cel, warto - zanim zaczniemy go realizować - prześledzić, czy spełnia powyższe warunki.

Cel musi być SPECYFICZNY

Jeśli nie przemyślimy dobrze celu, jeśli będzie on mało konkretny, będzie nas słabo motywował do pracy lub/i nie będziemy wiedzieli, jak się do niego zabrać. Dlatego trzeba go dobrze sformułować.

Kroki i pytania pomocnicze do poprawnego sformułowania celu:

1/ Co dokładnie chcę osiągnąć? Jaki efekt będzie mnie satysfakcjonował?

2/ Po co chcę to osiągnąć? Dlaczego jest to dla mnie ważne?

3/ Jak chcę to osiągnąć? Co jest do tego potrzebne? Co mam a czego potrzebuję? Skąd to wezmę?

Słowa klucze: ja chcę, narzędzia, wiedza, doświadczenie.

Mało precyzyjnie określone cele prowadzą do mało satysfakcjonujących wyników.

Cel musi być MIERZALNY

Jeśli cel jest mierzalny, w łatwy sposób będzie można sprawdzać postępy - sprawdzić, czy idziemy w dobrym kierunku i jak dużo jeszcze zostało do zrobienia, aby zrealizować cel. Konkretna miara (np. ilość) pomoże Ci określić, czy już został zrealizowany lub w jakim stopniu.

Cel musi być AMBITNY ale osiągalny

¹⁰ Zestawienie poniższych cech jest też w materiałach dla uczestników (slajdy Wykład 2)

Cel nie powinien być zbyt prosty, bo szybko go zrealizujesz i najprawdopodobniej nie wniesie zbyt dużo do Twojego życia. Poprzeczka powinna być na tyle wysoko ustawiona, aby realizacja celu znacząco zmieniła Twoje życie. Ma być na tyle ambitny, żeby w trakcie realizacji można było nauczyć się nowych, pożytecznych rzeczy. To, czego się nauczysz podczas realizacji ambitnego celu, będziesz mógł wykorzystywać w życiu codziennym.

Trzeba jednak uważać, żeby nie przesadzić. **Zbyt ambitny cel** zniechęca i wpada w kategorię „może.., kiedyś...”

Cel musi być REALNY

Cel realny to cel możliwy do osiągnięcia przy pomocy posiadanych aktualnie zasobów.

Kluczowa w tym punkcie jest możliwość opracowania i realizacji planu osiągnięcia go. Jeżeli nie jesteśmy w stanie tego zrobić, bądź któryś z kroków opracowanego planu jest dla nas niemożliwy do zrealizowania, może to oznaczać, że cel jest zbyt trudny na ten moment. Wtedy trzeba go przeformułować na bardziej dostępny lub rozbić go na kilka celów i realizować te, które są możliwe do osiągnięcia. Można też określić nowy cel zwiększający zasoby niezbędne do realizacji celu podstawowego.

Cel musi być TERMINOWY

Cel powinien mieć ostateczny termin realizacji. Oczywiście termin taki powinien być realistyczny. Musi to być konkretna data, np. 10 lutego 2020 r. Wtedy będziesz czuł presję do tego, żeby zacząć działać, aby wyrobić się do tego terminu. Bez konkretnego terminu, albo z terminem typu "za 2 miesiące", może nie pojawić się motywacja, żeby zacząć.

Kiedy każdy moment jest równie dobry do rozpoczęcia realizacji celu, najczęściej okazuje się, że nie zaczynamy w ogóle.

Cel powinien być ponadto:

EKSCYTUJĄCY I ZAPISANY

Ekscytujący:

a/ powinien nas „kręcić”

Pomocne ćwiczenie: usiądź wygodnie i wyobraź sobie, że cel jest osiągnięty: jak będziesz wyglądał, kto będzie obok ciebie, co będziesz czuł, co powiesz, co inni powiedzą...

b/ powinien być ekscytująco sformułowany (uczestnicy mogą pomagać sobie wzajemnie).

Zapisany:

Najlepiej na kartce, dużymi literami, i powieszony w widocznym miejscu.

Jeśli nie zapiszemy celu, nie będzie on miał takiej "mocy" - możemy go po jakimś czasie zapomnieć, przekreślić, albo całkowicie zmienić jego sens.

Załącznik 7 prezentuje przykłady zamiany problemów na cele (problemy → źle sformułowane cele → cele sformułowane zgodnie z regułą SMART).

Uwagi i porady dotyczące formułowania celów

Najlepiej mieć kilka celów (naszym językiem: pracować z kilkoma problemami jednocześnie).

1/ Po to, by problem zamieniony na cel nie stał się znowu problemem. Jeśli wyznaczymy sobie jeden cel, a nie będziemy go realizować, pojawiają się negatywne uczucia (wstyd, poczucie winy) i myśli (jestem beznadziejny, do niczego się nie nadaję, nie robię tego co powinienem itp. Coś wam to przypomina? Popatrzcie na nasz schemat analizy przypadku), które - gdy się nasilą - będą nas od niego odpychać.

2/ W życiu funkcjonujemy w kilku obszarach jednocześnie. Czy tego chcemy czy nie, realizujemy jednocześnie kilka celów. Gdybyśmy skupili się na jednym obszarze, ograniczając się do realizacji jednego celu, mogłoby dojść do tego, że z oczu znikłyby pozostałe. Gdy widzimy je wszystkie, nasze konstruktywne zachowania możemy zawsze skategoryzować jako realizację jakiegoś celu. Wtedy mamy taką sytuację „Dzisiaj (w tym tygodniu, miesiącu) robiłem najwięcej na rzecz celów X, Z, i to jest w porządku, chcę jednak zrealizować także cel Y. I tym zajmę się od poniedziałku”.

Trzeba też pamiętać, że sukces odniesiony w jednej dziedzinie motywuje do wysiłku w innej.

3/ Doraźne zmiany w emocjach.

Niektórych przyczyn powstawania silnych negatywnych emocji nie da się usunąć szybko. Dlatego często przydają się doraźne sposoby na kontrolowanie emocji i obniżanie napięcia.

Wiedza jak doraźnie wpływać na emocje przyda się nam w radzeniu sobie ze wszystkimi kategoriami problemów.

Oto kilka sposobów na doraźne zmiany w emocjach:

ZŁOŚĆ i LĘK (metody są te same)

Uspokajanie się

- medytacja,
- powolne liczenie (np. do dziesięciu),
- regulowanie oddechu: bierzemy głęboki wdech, liczymy do dziesięciu, powoli wypuszczamy powietrze, powtarzamy tę sekwencję do skutku, czyli do uspokojenia,

- wizualizacja - myślenie o jakiejś przyjemnej rzeczy, miejscu - czyli odwrócenie uwagi od tematu wywołującego nieprzyjemne emocje,
- wysiłek fizyczny, m. in. uprawianie sportu.

SMUTEK

- zmienianie emocji:
 - uśmiechanie się (nawet jeśli trzeba to zrobić na siłę),
 - prostowanie pleców: zaczynamy się czuć pewniejsi.

Badania z psychologii społecznej pokazały że to działa. Jeśli się uśmiechasz, nastrój się trochę poprawia. Obejrzyj ulubioną komedię – też zadziała.

Ćwiczenie:

Poćwicz z grupą, niech uczestnicy sprawdzą to zjawisko. Warto poćwicz także emocje negatywne: smutna mina, zgarbione plecy itp. A potem uśmiech, plecy wyprostowane i sprawdzanie co się dzieje w emocjach.

- przytulaj się,
Przytulanie powoduje wydzielanie się endorfin. One polepszają nastrój.
- zjedz czekoladę,
- spotkaj się z przyjaciółką/przyjacielem i poplotkujcie/porozmawiajcie o przyjemnych sprawach,
- kontaktuj się z pogodnymi, wesołymi ludźmi.

W mózgu znajdują się neurony lustrzane, które uaktywniają się podczas wykonywania pewnej czynności lub obserwowania jej u innych osobników. Zmuszają nas one do naśladowania innych. Np. gdy ktoś przy nas ziewa, my też ziewamy, gdy ktoś się przy nas śmieje, musimy bardzo się starać, by nie zacząć się śmiać. Prawdopodobnie dlatego sport w telewizji i na stadionach jest taki wciągający dla kibiców.

Uwaga:

Można zarazić się dobrym nastojem, ale także złym. Przebywając z osobą zaniepokojoną sami po pewnym czasie zaczynamy czuć niepokój.

Szukanie pozytywów i odwracanie sytuacji na swoją korzyść

W sytuacji braku wpływu na rozwiązanie problemu dobrym wyjściem jest szukanie pozytywów w danej sytuacji lub odwrócenie jej na swoją korzyść. To oczywiście nie spowoduje, że problem się rozwiąże. Może się jednak okazać, że wcale nie jest tak duży jak nam się wydawało.

Masz mało pieniędzy i nie starczy Ci na autobus do końca miesiąca, którym dojeżdżasz do szkoły – dwa razy w tygodniu pojedź do szkoły rowerem.

Dzień, w którym masz najwięcej lekcji i o którym myślisz z niechęcią zacznij od połowy tabliczki czekolady (jeśli ją lubisz; jeśli nie, spraw sobie jakąś inną przyjemność).

Nieprzejmowanie się

Nie przejmuj się tym, na co nie masz wpływu.

To jedna z najskuteczniejszych i jednocześnie najtrudniejszych do wcielenia zasad. Bardzo często, pomimo pełnej świadomości co do naszej bezradności i tak nie przestajemy myśleć o problemie. Warto stopniowo ograniczać przejmowanie się rzeczami, na które nie mamy wpływu. Można jednak tego się nauczyć. Na początek trzeba wziąć na warsztat sytuacje i problemy, które się powtarzają. Z czasem schemat "mam na to wpływ? TAK - robię coś / NIE mam wpływu - nie przejmuję się" stanie się częścią Twojego życia.

Błędna adaptacja jako metoda doraźnej zmiany w emocjach

Zarówno alkohol, jak i większość narkotyków działa odprężająco, pozwala na „chwilę wytchnienia”, znosząc chroniczne uczucie dyskomfortu i przykre emocje. Odczucie ulgi związane z przyjmowaniem środków psychoaktywnych rodzi tendencję do powtarzania doświadczeń z nimi i inicjuje proces błędnej adaptacji.

Młody człowiek zyskuje co prawda sposób na pozbycie się negatywnych uczuć, ale dzieje się to bez związku ze sprawami, które są odpowiedzialne za powstanie tych uczuć. Jego realne problemy pozostają nierozwiązane. Picie alkoholu lub branie narkotyków nie zwiększa jego umiejętności np. społecznych. Dlatego właśnie proces ten należy określać jako błędną adaptację.

4/ Planowanie przyszłości, przygotowanie się do niej.

W części sytuacji, w których problem nas dotyczy, ale na rozwiązanie których nie mamy wpływu, warto skoncentrować się na podjęciu takich działań, które w przyszłości spowodują, że problemy zostaną rozwiązane. W naszych wcześniej zaprezentowanych przykładach problemów tej kategorii część można w przyszłości rozwiązać:

- samotność (nie znam osób, z którymi chciał(a)bym się związać) – można zaplanować i podjąć działania, których celem będzie poznanie nowych ludzi;
- mój przyjaciel się zakochał i nie ma dla mnie czasu – podejmij kroki, żeby zaprzyjaźnić się z większą liczbą osób;
- nawet w sytuacji choroby możesz zacząć planować i podjąć takie działania, które zwiększą Twoją odporność, co zmniejszy prawdopodobieństwo zachorowania w przyszłości;

- jeśli nie masz pieniędzy - pomyśl o jakiejś formie pracy wykonywanej dorywczo.

Radzenie sobie ze stresem

Porozmawiajmy o stresie:

Pierwsze pytanie do grupy co to jest stres?

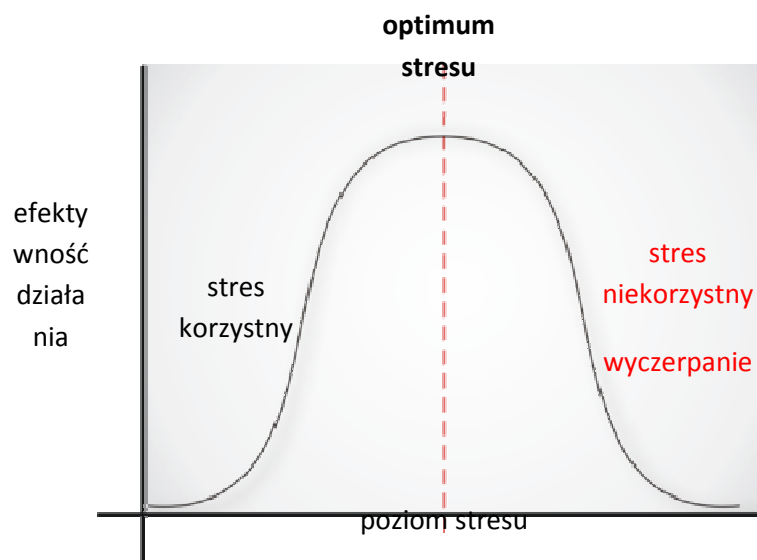
Stres jest rozumiany:

- albo jako **bodziec** – sytuacje występujące w naszym otoczeniu mające naturalną zdolność do wywoływania napięcia i silnych emocji. Przykład: *ta klasówka to dla mnie silna sytuacja stresowa,*
- albo jako **reakcja** – zarówno fizjologiczna jak i psychologiczna, będąca odpowiedzią na działanie stresorów (sytuacji wywołujących stres). Przykład: *ta klasówka wywołała we mnie silny stres.*

W dalszej części zajęć posługujemy się pojęciem „stres” w znaczeniu „reakcja”. Natomiast bodziec wywołujący reakcję stresową będziemy określać terminem „stresor”.

Stres - jeśli potrafimy go skontrolować - nie jest niczym złym. Zjawisko to pojawia się zawsze m.in. wtedy, gdy mamy do osiągnięcia coś ważnego, gdy na czymś nam bardzo zależy, a to coś wydaje się nam trudne.

To, czy nam pomaga, czy przeszkadza, zależy od jego siły i natężenia. Do pewnego momentu wzrost natężenia stresu jest korzystny, bo pozytywnie pobudza do działania. Po przekroczeniu optymalnego progu natężenia staje się szkodliwy i prowadzi do wyczerpania.



Wykres jest też w materiałach dla uczestników (slajdy Wykład 2).

Punkt optimum jest różny dla różnych ludzi. Każdy człowiek jest inny. Każdy potrzebuje innej dawki stresu by się zmobilizować i inne natężenie stresu zaczyna różnym osobom szkodzić. To co wywołuje silny stres u jednej osoby, nie musi tego samego wywoływać u innej.

Pytania do grupy:

Czy mają w pamięci sytuacje w których stres mobilizował?

Czy pamiętają sytuacje, w których stres szkodził?

Test diagnozujący poziom stresu

do uznania prowadzącego, czy warto dawać test grupie (załącznik 8).

Zanim przejdziemy do strategii radzenia sobie ze stresem, sprawdźmy czy nie jesteście w ciągłym, zbyt dużym stresie .

Zadanie: Rozdać test „Czy cierpisz z powodu stresu” (załącznik 8) i poprosić o jego wypełnienie.

Im więcej odpowiedzi „tak”, tym wyższy poziom stresu.

Strategia radzenia sobie ze stresem.

Kroki:

- 1/ rozpoznaj na czym polega stresująca Cię sytuacja,
- 2/ zaobserwuj, jak na tę sytuację reagujesz: jakie emocje przeżywasz, jak interpretujesz to, co się dzieje, jak reaguje Twoje ciało,
- 3/ ustal, co możesz zmienić. Staraj się opanować emocje i myśl. Jeśli to możliwe, „złap” trochę dystansu. Oderwij się od sytuacji. Spójrz na nią z różnych punktów widzenia. Zwierz się osobie, do której masz zaufanie i posłuchaj jej zdania,
- 4/ jeśli pozytywnie oceniasz prawdopodobieństwo zmiany sytuacji i odniesienia sukcesu i jeśli podjąłeś decyzję poradzenia sobie ze stresorem - zacznij działać.

Jeśli sytuacja jest nie do zmiany lub jeśli nie decydujesz się na działanie - poddaj się. Czasem aby wygrać trzeba umieć kilkanaście razy przegrać.

Sposoby łagodzenia stresu:

1/ **Ruch – wysiłek fizyczny.** Może to być dowolny sport lub aktywność, która Cię zmęczy (bieganie, pływanie, jazda na rowerze, na początek chodzenie).

W sytuacji stresowej wydzielają się w OUN dwie substancje: adrenalina i kortyzol. Naszym ewolucyjnym sposobem na usunięcie ich z organizmu jest ruch. Przy wysiłku fizycznym

hormony stresu się redukuje: będziesz lepiej spał, staniesz się spokojniejszy, skupiony, bardziej opanowany, poprawi ci się humor.

2/ **Kontakt z przyrodą** – skupiaj się na tym, co cię otacza, wyjdź do parku, lasu – skup się na zapachach i dźwiękach przyrody.

3/ **Kontakt z bliskimi** – nie izoluj się, bądź w kontakcie z bliskimi, dziel się Twoimi problemami, korzystaj z ich wsparcia.

3/ **Rozmowa.** Chodzi tutaj o „wygadanie” stresu. Możesz umówić się na spotkanie z kimś, na pogadanie o tym stresie lub wygadaj się mówiąc o nim do lustra lub na spacerze.

4/ **Śmiech.** Gdy śmiejemy się, organizm produkuje w OUN endorfiny - hormony szczęścia i redukuje hormony stresowe - adrenalinę i kortyzol.

5/ **Wyłączenie.** Szukaj spokoju, wyłącz telewizor. Zrób kącik spokoju i zorganizuj w nim np. dobrą muzykę. Nie wolno w nim pracować.

6/ **Przerwy.** Rób przerwy i relaksuj się co jakiś czas, gdy się uczysz.

7/ **Jedzenie.** Jedz małe porcje co 3 godziny. Unikaj dziury głodowej oraz cukru (cukier podnosi poziom napięcia). Staraj się znaleźć czas na spokojne jedzenie.

8/ **Woda.** Pij dużo wody - ponoć „wypłukuje” stres z organizmu.

9/ **Oddech.** Chodzi tutaj o świadome oddychanie. Jeśli zauważysz, że przestajesz oddychać (w stresie wstrzymuje się oddech) weź głęboki wdech, po czym powoli wydychaj powietrze. Spróbuj się tylko na tym koncentrować.

Można przećwiczyć to z grupą.

Stresu nie wolno wypierać, czekać aż sam minie - trzeba stawić mu czoła. Zajmować się nim od strony rozumienia, redukowania przyczyn i doraźnych sposobów redukcji, gdy jest zbyt wysoki i przeszkadza.

Pamiętaj także, że:

czasami negatywne stany i emocje to przejaw niedoborów lub nadmiaru konkretnych substancji w naszym organizmie. Tak najczęściej jest, gdy przeżywamy jakieś emocje bez powodu.

Złość, rozdrażnienie, wybuchowość to symptom niedoboru magnezu.

Depresja, przygnębienie, smutek może być symptomem niedoboru witamin z grupy B.

Napięcie, niepokój, rozdrażnienie przeżywamy, gdy jemy za dużo węglowodanów (głównie cukru).

Załączniki

Załącznik 1. Depresja – opis przypadku

Początek roku szkolnego był dla Ani zawsze trudny. Przypominały się jej wszystkie problemy z poprzedniego roku, z którymi nie potrafiła sobie poradzić. Jednak w tym roku bała się dodatkowo ze względu na to, że przeprowadziła się z mamą do innego miasta ze względu na rozwód rodziców. W nowej szkole nie знаła nikogo. Nie będzie tak źle – pocieszała się – przecież w pierwszej klasie liceum inni też nie będą się znać.

Okazało się jednak, że w jej nowej klasie inni - w dwójkach, trójkach - to byli znajomi albo z gimnazjum albo z podwórka. Ania siedziała sama w pierwszej ławce, sama też spędzała przerwy między lekcjami. Było jej smutno, tęskniła za starą klasą. Jednocześnie nie była w stanie przezwyciężyć lęku przed nawiązaniem kontaktu z nowymi koleżankami i kolegami. Ponieważ nie było inicjatywy i ich strony sądziła, że jest dla nich nieatrakcyjna.

Także w domu nie układało się najlepiej. Mama była często nieobecna i podenerwowana, a Ania tęskniła za tatą i bratem, którzy zostali w innym mieście. Zastanawiała się stale, czy zrobiła wszystko to, co powinna była zrobić, żeby nie dopuścić do rozwodu rodziców. Miała też poczucie, że być może mogłaby jeszcze odwrócić sytuację, gdyby tylko wiedziała jak.

W październiku Ania zachorowała na grypę. Przeleżała w łóżku 3-dniowy wyjazd integracyjny klasy. Nie miała też od kogo dowiedzieć się, jaki materiał przerabiano w szkole w czasie jej dwutygodniowej choroby. W czasie rekonwalescencji Ania była stale senna – nigdy wcześniej nie musiała spać po południu.

W klasie Ania zaczęła czuć się jeszcze bardziej obco i samotnie. Najgorsze chyba było to, że Julia i Ewa – dwie najfajniejsze dziewczyny w klasie – odmówiły Ani dołączenie jej do grona znajomych na Facebooku. Ania była przekonana, że cała klasa już wie o tym i dowcipkuje sobie na ten temat.

Ania była w gimnazjum dobrą uczennicą, na początku liceum także dostała kilka dobrych ocen z różnych przedmiotów. Jednak w listopadzie Ania zaczęła mieć kłopoty z nauką. Nie mogła się skoncentrować, nie pamiętała przerobionego materiału. Wprawdzie – jak to bywa w nowej szkole – z rozmów w klasie wynikało, że wszyscy mają gorsze oceny niż w gimnazjum, to jednak Ani zaczęło się wydawać, że poziom liceum przerasta ją.

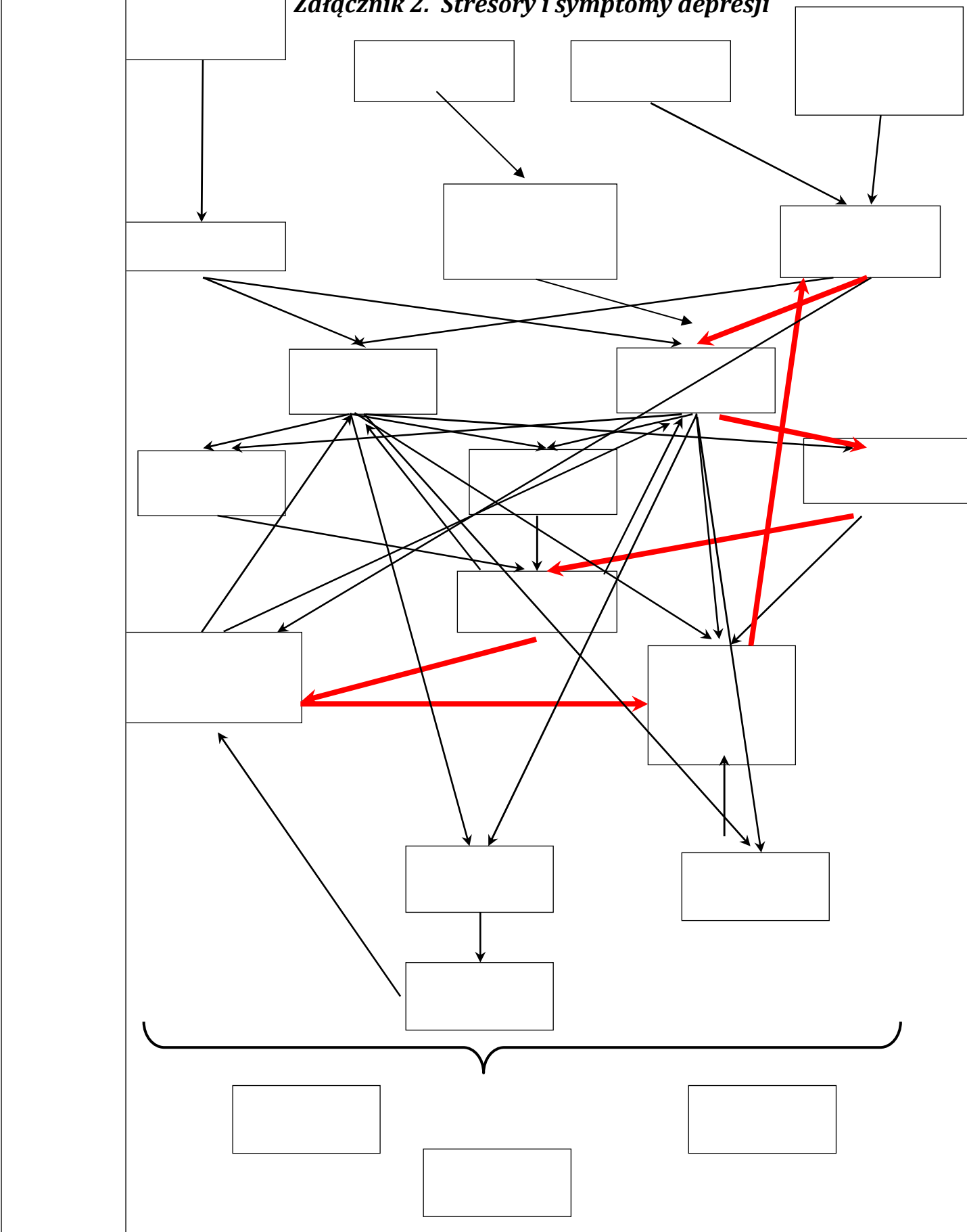
W grudniu Ania czuła się coraz bardziej zmęczona – nie cieszyła jej nawet perspektywa wyjazdu na święta do taty i Bartka. Jednak ponieważ mama odmówiła wspólnego spędzenia świąt z tatą, Ania doszła do wniosku, że skoro nie udało się jej pogodzić rodziców, to nie może teraz zostawić mamy samej na Święta.

Święta okazały się jednym koszmarem – Ania siedziała cały czas w domu i oglądała telewizję. Po południu często spała, a mimo to rano wstawała zmęczona. Zmęczenie utrzymywało się zresztą cały dzień. Ania zauważyła także że wyraźnie utyła. Nie mogła jednak powstrzymać się od jedzenia.

Sylwestra cała klasa spędzała u kolegi z klasy - Bartka. Bartek wprawdzie zaprosił Anię, ale wydawało się jej, że bez entuzjazmu (skąd zresztą miałby się wziąć entuzjazm, jeśli Ania wiedziała, że nie jest w klasie nikim ważnym ani atrakcyjnym) i Ania spędziła Sylwestra samotnie w domu.

Po nowym roku Ania postanowiła przestać chodzić do szkoły. Mamie mówiła, że zajęcia zaczynają się od drugiej lekcji, zostawała w łóżku po wyjściu mamy do pracy i cały dzień spała. Dopiero po kilku dniach zadzwoniła wychowawczyni i prawda wyszła na jaw. Mama była zaskoczona sytuacją i oskarżyła Anię o nieodpowiedzialność i lenistwo. Ania nie miała ani siły, żeby się kłócić, ani ochoty, żeby wyjaśnić mamie co się naprawdę dzieje. Wydawało się jej, że żadne jej działanie nie zmieni sytuacji. A tak naprawdę wszystko przestało ją obchodzić.

Załącznik 2. Stresory i symptomy depresji



Załącznik 3 (Ćwiczenie nr 2). MOJA PROFILAKTYKA DEPRESJI

Profilaktyka 1 moje sposoby/strategie by nie dopuścić do pojawienia się symptomów depresji	Profilaktyka 2 moje sposoby/strategie by mój stan się nie pogarszał

Załącznik 4 (Ćwiczenie nr 2). NASZA PROFILAKTYKA DEPRESJI

Profilaktyka 1 nasze sposoby/strategie by nie dopuścić do pojawienia się symptomów depresji	Profilaktyka 2 nasze sposoby/strategie by nasz stan się nie pogarszał

Załącznik 5 (Ćwiczenie nr 3). PROBLEMY

Nasze potencjalne problemy, które mogą nam grozić depresją		Cudze potencjalne problemy, które mogą nam grozić depresją	
Mamy wpływ	Nie mamy wpływu	Mamy wpływ	Nie mamy wpływu

Załącznik 6. Mity na temat uczenia się

- ❖ **Do nauki języka obcego potrzeba niebywalej motywacji i samozaparca.**

Nieprawda.

Mózg uwielbia się uczyć i jeśli podsuniesz mu sposób, który jest dla niego przyjemny i naturalny to nie będziesz potrzebował ani samozaparca, ani motywacji. Co więcej zarówno jedno jak i drugie będzie stopniowo wzrastać przy odpowiedniej metodzie językowej, a przy niewłaściwej metodzie nauka języka obcego (od najprostszego do najtrudniejszego) stanie się prawdziwą katorgą dla Twojego mózgu.

- ❖ **Najłatwiej języków obcych uczą się dzieci. Im młodsze dziecko tym łatwiej przyswaja język obcy.**

Nieprawda.

W swoim kraju ojczystym ludzie dorośli uczą się języka obcego szybciej niż dzieci, ponieważ łatwiej im zrozumieć reguły gramatyczne.

Ponadto, człowiek dorosły potrafi świadomie koncentrować się przez dłuższy czas na wybranym temacie – w przeciwieństwie do małych dzieci, które po kilku minutach męczą się i nie potrafią utrzymać uwagi.

Człowiek dorosły posiada także dużo bogatsze słownictwo w języku ojczystym, co można bezpośrednio przetłumaczyć na język obcy.

- ❖ **Jestem w stanie nauczyć się tylko tego, co mnie interesuje.**

Nieprawda.

Takie podejście jest najczęściej przykrywką do ukrytego „Uczę się tego, co mi przychodzi łatwiej”. Stąd wzięło się powiedzenie „Humanista to ktoś, kto nie rozumie matematyki”.

Efekty nauki zależą od ilości włożonej pracy i ilości czasu poświęconego na naukę. Wszystkiego można się nauczyć, trzeba poświęcić na to czas i się wysilić.

- ❖ **Efekty nauki zależą wyłącznie od uzdolnień.**

Nieprawda.

Jak wyżej. Jeśli nie poświęcimy dostatecznej ilości czasu na naukę, żadne uzdolnienia nam nie pomogą.

- ❖ **Wystarczy, że uważam na lekcji i wszystko umiem.**

Nieprawda.

W ciągu 3 dni od usłyszenia wykładu w pamięci zostaje nam jedynie niewielki procent z tego, co usłyszeliśmy (optymiści szacują że jest to ok. 30%) Po upływie następnych dni - jeśli materiał nie jest powtórzony - nie zostaje nic. Żadne sztuczki wydobywania treści z pamięci nie pomogą. By materiał się utrwalił, muszą powstać połączenia synaptyczne.

Załącznik 7. SMART, zamiana problemów na cele

Przykłady

Uwagi:

Dobrze sformułowany cel musi spełnić wszystkie warunki.

Ambitność i realność jest warunkiem absolutnie subiektywnym. To co jest realne dla jednej osoby (ma zasoby) może takie nie być dla innej. Tak samo jest z cechą ambitności.

PROBLEMY	Źle sformułowane cele	Cele sformułowane zgodnie z regułą SMART
Jestem gruby	Schudnę	Do końca roku 2013 zamiast 60 kg będę ważył 55 kg. Zrobię to rezygnując z napojów gazowanych, ograniczając słodycze do 1 czekolady w tygodniu, 2 razy w tygodniu chodząc na siłownię. Pieniądze na siłownię będę miał częściowo z zaoszczędzonych pieniędzy z kieszonkowego (nie wydam ich na słodycze i napoje) a częściowo od rodziców. By nie być głodnym w szkole codziennie rano będę robił kanapkę i zabierał ją do szkoły. Powinno mi ubywać mim 1,2 kg miesięcznie (będę się ważył min 1 raz w tygodniu), jeśli będzie to mniej niż 1,2 kg wprowadzę następne ograniczenie.
Mam problemy w szkole	Poprawię oceny	Zakończę rok szkolny 2013/2014 ze średnią ocen 3,7. Zrobię to poświęcając na naukę 3 godziny w tygodniu, chodząc do szkoły regularnie nawet gdy jestem nieprzygotowany (dopuszczam 10 godz. wagarów w miesiącu), prosząc o pomoc w nauce znajomych. By mi się to udało przynajmniej 1 w tygodniu będę się uczył wspólnie z kolegą.
Jestem samotny; nie mam przyjaciół	Poznam nowych ludzi	Do końca 2013 r. poznam 3 nowe osoby. W tym celu do końca września znajdę 2 fora dyskusyjne i na minimum 1 się zapiszę, Do końca października znajdę 3 ciekawe darmowe zajęcia tematyczne i na minimum jedno z nich będę chodził regularnie. Do końca października zrobię 1 domówkę (zaproszę 5 znajomych i poproszę by przyprowadzili 1 nieznaną mi osobę). Odpowiem pozytywnie na każdą propozycję imprezy lub spotkania.
Kłóczę się z rodzicami	Poprawię relację z rodzicami	Do końca roku szkolnego 2014 zmniejszę ilość kłótni z rodzicami i między rodzicami o mnie. Z codziennych na maksimum 3 kłótnie w tygodniu. Raz w tygodniu obejrzę 1 film z ojcem, 2 razy w tygodniu pójdę z matką po zakupy, będę starał się wracać do domu punktualnie i do nich dzwonił jeśli się nie będę mógł się wywiązać z umowy. Nauczę ojca korzystać z Internetu (poświęcę mu 1 godzinę w tygodniu przez miesiąc do czasu aż się nauczy).

Załącznik 8. TEST: CZY CIERPISZ Z POWODU STRESU?

	TAK	NIE
Czy masz wieczorami wrażenie że udało ci się wykonać tylko niewielką część tego co zaplanowałaś/eś ?		
Czy wieczorami jesteś zbyt zmęczona/y by robić to co cię cieszy?		
Czy źle sypiasz, ponieważ myślisz o sprawach które na tobie ciążyą?		
Czy zaraz po przebudzeniu, myślisz o sprawach które muszą być załatwione?		
Czy często jesteś rozproszona/y i zapominalska/y		
Czy często czujesz się zmęczona/y i ospała/y		
Czy często masz uczucie że trzeba się spieszyć, że czegoś nie zdążysz zrobić?		
Czy często myślisz: to wszystko mnie przerasta, nie dam rady?		
Czy trudno ci podejmować decyzje?		
Czy czujesz że musisz sobie radzić sam/a?		
Czy brak ci czasu dla siebie?		
Czy często jesteś niecierpliwa/y i zirytowana/y?		
Czy często popędzasz innych?		
Czy masz uczucie że stale musisz pokonywać trudności?		
Czy brakuje ci w życiu radości?		