

INTERWENCJE PSYCHOLOGICZNE, OPIERAJĄCE SIĘ NA TERAPII BEHAWIORALNO-POZNAWCZEJ (CBT), KIEROWANE ZARÓWNO DO MŁODZIEŻY, JAK I DO NAUCZYCIELI, OPIEKUNÓW/RODZICÓW

dr hab. Barbara Remberk, dr Anna Z. Antosik-Wójcińska, mgr Marta Baron
INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII
W WARSZAWIE

1. WPROWADZENIE

Okres nastoletni jest trudny pod wieloma względami. To czas intensywnych procesów i przemian na poziomie fizjologicznym, ale również okres, w którym młody człowiek szuka odpowiedzi na to, kim jest i jaki jest sens jego istnienia. Zmianie ulegają wymagania, jakie stawia świat, co również generuje wiele wyzwań. Wsparcie młodych osób w harmonijnym rozwoju wymaga zrozumienia tego, na jakim jego etapie akurat się znajdują. Belsher i Wilkes (1994) wskazują na kilka istotnych faz i potrzeb rozwojowych.

● **Etap egocentryzmu**

Nastolatki nierzadko wygłaszają zdecydowane poglądy, mając kłopot z przyjęciem stanowiska innych osób, nadmiernie koncentrują się na sobie i swoim postrzeganiu świata.

Dewaluowanie zdania młodych osób („*Jak będziesz starszy, to zrozumiesz*“/„*Jesteś jeszcze za młody, żeby wszystko zrozumieć*“) może odbierać im motywację do komunikowania się i dzielenia swoimi przeżyciami, potęgować poczucie niezrozumienia („*i tak wiedzą lepiej*“; „*nikt mnie nie rozumie*“), powodować rosnącą złość i chęć obrony swoich przekonań za wszelką cenę.

Uznanie punktu widzenia nastolatka, próba zrozumienia jego stanowiska bez nacisku, że nasza racja jest jedyną słuszną, łagodne wyjaśnienie, że sądzimy inaczej na jakiś temat lub w inny sposób coś przeżywamy, jest zaproszeniem do dialogu, który może być korzystny dla obu stron. Okazując szacunek temu, jak widzi świat nastolatek, sami możemy zyskać respekt i zaufanie młodej osoby.

To co jest istotne, to propagowanie idei empiryzmu, która opiera się na zachęcaniu do wypróbowywania własnych poglądów poprzez poszukiwanie dowodów, które je poprą i tych, które je podważą. Namawianie do testowania swoich przekonań i myśli (w granicach bezpieczeństwa i adekwatności do wieku) rozwija u nastolatków refleksyjność i krytyczne podejście do swojego myślenia. Jest to ważna cecha, zważywszy na to, że błędy myślowe i zniekształcenia poznawcze podtrzymują wiele problemów psychologicznych i – według poznawczego modelu rozwoju depresji (Beck, 1976) - są bezpośrednią przyczyną rozwoju stanów depresyjnych.

● **Potrzeba samostanowienia**

Już od najmłodszych lat dzieci są dumne, kiedy uda im się coś zrobić samodzielnie, zupełnie bez pomocy dorosłych. Lubią też naśladować rodziców w ich „dorosłych rolach“ - bawić się w dom czy przedstawiciele różnych zawodów.

U młodych nastoletnich potrzeba niezależności jeszcze bardziej wzrasta i powoduje szczególne przewrażliwienie na punkcie traktowania ich „jak dzieci“. Oczywiście jest, że osoby niepełnolet-

nie są zależne od dorosłych, nie tylko pod względem prawnym, co zapewnia im oparcie oraz bezpieczeństwo. Jak zatem pogodzić pragnienia i potrzeby młodych osób z rzeczywistością?

Potrzeba samostanowienia może być realizowana poprzez dawanie młodym możliwości wyborów różnych opcji (oczywiście w granicach tego, na co my mamy zgodę). Może to dotyczyć zarówno przedstawienia kilku możliwości pomocy w obowiązkach domowych (do wyboru), czy też różnych propozycji zadań podczas realizowanego tematu w trakcie lekcji / różnych wariantów wycieczek szkolnych do wyboru.

2. PRZYCZYNY DEPRESJI W UJĘCIU PSYCHOLOGICZNYM

Depresja rozumiana jest jako efekt oddziaływania różnych czynników ryzyka (takich jak np. stresujące przeżycia, depresyjni rodzice, niska samoocena, niesprzyjająca sytuacja życiowa), które sprawiają, że jednostka ma więcej negatywnych niż pozytywnych doświadczeń (związanych np. z realizacją celów lub relacjami interpersonalnymi). Wcześniejsze doświadczenia wpływają na te bieżące, jak również na odczucia i działania, w efekcie podtrzymując zły nastrój, negatywne myślenie i niechęć do działania.

Aaron Beck stworzył **model Poznawczej Teorii Depresji** *Cognitive Therapy for Depression* (Beck, 1976; Beck i in., 1979), w którym podkreśla rolę nieadaptacyjnych i zniekształconych aktów poznawczych w rozwoju i utrzymywaniu się depresji. Poznawczy model depresji Becka zakłada, że wczesne doświadczenia i wychowanie prowadzą do rozwoju pierwotnych przekonań i schematów, które są w miarę stałymi i dość mocno sztywnymi sposobami myślenia.

Nieprzystosowawcze myśli **o sobie** (np. „jestem brzydka i gruba”), **świecie** („nikomu się nie podobam, nikt nie zwraca na mnie uwagi”) i **przyszłości** („nigdy nie znajdę partnera i do końca życia będę sama”), nazywane **triadą poznawczą**, prowadzą do zniekształceń poznawczych, które tworzą negatywny afekt.

Takie myśli mogą doprowadzić do **zmian emocjonalnych** (smutek, rezygnacja), **behawioralnych** (pozostawanie w domu, niewychodzenie do ludzi) i **somatycznych** (np. utrata apetytu, trudności ze spaniem).

Szczególnie istotne są tu **założenia lub schematy pierwotne** (czyli dość mocno ugruntowane przekonania wykształcone w dzieciństwie, które mogą mieć związek ze sposobem wychowania), w odniesieniu do których ocenia się wydarzenia. Raz uruchomione, ustalone wytwarzają szereg automatycznych myśli. Takie myśli i przekonania mogą podlegać całej gamie zniekształceń lub błędów logicznych. Bardziej negatywne myślenie jest zaś związane z nastrojem depresyjnym.

Błędy / zniekształcenia myślowe charakterystyczne dla depresji

- **Czarne okulary** (zwane także **selektywną uwagą**) – powodują, że skupiamy się wy-

łącznie na negatywnych aspektach sytuacji z pominięciem elementów pozytywnych. Odzwierciedlają tendencję mózgu do odrzucania informacji niezgodnych z posiadanymi wcześniej przekonaniem. („Widzimy to, co chcemy zobaczyć”). Np. *pamiętamy z wakacji więcej deszczowych dni niż słonecznych. Po meczu, w którym strzeliliśmy trzy gole i jeden raz nie trafiliśmy w bramkę, twierdzimy, że „nam nie poszło i zawiedliśmy drużynę“.*

- **Myślenie czarno-białe** (w kategoriach **wszystko albo nic**) - polega na postrzeganiu wydarzeń w ujęciu „zero-jedynkowym”. Może się przejawiać występowaniem stwierdzeń „zawsze”, „wszystko”, „każdy”, „nigdy”, co nie jest zgodne z prawdą. Np. *po kłótni z kimś myślimy, że „już nigdy nie będzie tak samo”, lub, że „to koniec przyjaźni“.* Drobne niedociągnięcia czy błędy uważamy za klęskę – *„Nie nadaję się, nigdy nie będę dobrym piłkarzem”.*
- **Myślenie katastroficzne** – polega na skupianiu się na mało prawdopodobnym, najgorszym z możliwych, scenariuszu zdarzeń.
- **Wnioskowanie na podstawie emocji.** Kiedy nasze emocje stają się bardzo silne, przesłaniają nam sposób, w jaki myślimy i coś postrzegamy. To, co myślimy, jest bardzo zależne od tego, co czujemy w danym momencie, a nie od faktów. Np. *kiedy czujesz się źle, jesteś przygnębiony i smutny, to zakładasz, że wszystko takie jest i o niczym nie myślisz pozytywnie, ponieważ emocje wzięły górę nad myśleniem.* „Jestem nikim”, „Jestem do niczego”, „Cała ja – ofiara losu.”
- **Wyolbrzymianie/umniejszanie** – przyznawanie nieadekwatnie większej wagi spostrzeganym błędom, słabościom oraz zagrożeniom, jak i odpowiednio mniejszej wagi sukcesom, zaletom i możliwościom.
- **Odrzucanie pozytywów** – polega na stronnicy ignorowaniu pozytywnych doświadczeń, podważaniu ich. Np. *kiedy zwyciężymy w jakiejś grze, to zaczynamy sądzić, że przeciwnik „dał nam fory”.* Kiedy ktoś nas zaprasza na imprezę, myślimy sobie, że *pewnie nie miał kogo zaprosić lub ktoś bardziej interesujący od nas już mu odmówił, a szkoda by było, żeby jedzenie się zmarnowało.*
- **Czytanie myśli** – błędnie sądzimy, że znamy myśli innych osób, przekonanie to opieramy jedynie na obserwacji ich zachowania lub komunikacji niewerbalnej, a także zakładając najgorszy scenariusz (bez weryfikacji poprzez zapytanie tej osoby, co faktycznie myśli). Np. *„Wszyscy pomyśleli, że jestem głupi, bo zapomniałem tego nazwiska”.* „Pewnie śmieją się ze mnie, bo zrobiłem coś głupiego”.
- **Przepowiadanie przyszłości** – stronnicy przewidywanie negatywnych rezultatów zdarzeń bez oparcia w faktach. *„Wiem, że to mi się nie uda”, „I tak mnie wystawi i nie przyjdzie na spotkanie”.*
- **Nadmierne uogólnianie** (zwane też **nadmierną generalizacją**) – polega na dokonywaniu pospiesznych uogólnień bez wystarczających dowodów lub wyciąganiu bardzo daleko idą-

cych wniosków na podstawie pojedynczego wydarzenia. Np. uczeń, któremu źle poszło na sprawdzianie z matematyki, dochodzi do wniosku: „*Nic nie rozumiem z matematyki, właściwie ze wszystkich przedmiotów jestem beznadziejny. Po prostu nie nadaję się do niczego*”.

- **Personalizacja /obwinianie** – przypisywanie sobie odpowiedzialności za zdarzenia, na które nasz wpływ jest ograniczony lub znikomy. Np. „*Wystarczyło, że tylko usiadłam przed komputerem, a od razu się zepsuł*”.
- **Stwierdzenia typu „muszę i powinienem”** – to błąd związany ze zbyt wygórowanymi wymaganiami, jakie sami stawiamy przed sobą, gdy z góry wydaje się niemożliwe ich spełnienie. Przejawia się częstym myśleniem w kategoriach „*muszę*”, „*powinienem*”, „*należy*” odnośnie rzeczy, których nie jesteśmy w stanie od początku spełnić i tym samym musi się to skończyć naszą porażką.

Według badaczy dzieci cierpiące na depresję przypisują wydarzeniom więcej **negatywnych znaczeń**, niż te nie wykazujące objawów choroby. Dzieci depresyjne **zniekształcają postrzeganie własnych zachowań** i selektywnie zajmują się **negatywnymi cechami wydarzeń** (Kendall i in., 1990; Leitenberg i in., 1986; Rehm i Carter, 1990) „Depresyjna” specyfika wiąże się z zawyżonymi standardami przejawiającymi się w oczekiwaniach wobec siebie, innych i całego świata.

Abramson i in. (1978) zwrócili uwagę na **styl atrybucji** - czyli specyficzny styl wyjaśniania przyczyn zdarzeń, charakterystyczny dla osób z depresją.

Wydarzeniom negatywnym towarzyszy odwoływanie się do **przyczyn ogólnych, niezmiennych** i samoobwinianie się (**przyczyna wewnętrzna**), np. „*To moja wina i mojej odwiecznej (niezmiennej) głupoty, że nic (ogólnikowo) mi nie wychodzi*.”

Wydarzeniom pozytywnym przypisuje się natomiast powody **jednorazowe, niestałe i zewnętrzne**, np. „*Dostałem tę pracę (jednorazowo) - pierwszy raz szczęście się do mnie uśmiechnęło*”.

I tak np. uczniowie o depresjogennym stylu atrybucji osiągają gorsze wyniki w nauce i częściej mają obniżony nastrój (Metalsky, Halberstad i Abramson, 1987).

U wielu osób pojawienie się depresji wyprzedzają bezpośrednio negatywne wydarzenia życiowe (Bidzińska, 1984). Jak wykazały badania, jednym z czynników znacznie różniącym osoby z depresją od tych niedepresyjnych jest doświadczenie utraty osoby znaczącej (śmierć rodzica, porzucenie przez rodzica) przed 11-12 rokiem życia.

Dziecko zaczyna myśleć o sobie w sposób zniekształcony, np. „*odejście ojca, gdy miałam pięć lat, oznaczało dla mnie to, że nie zasługuję na miłość, nie jestem dość dobra, żeby ze mną być*.” Takie negatywne myśli nie pojawiają się zawsze, mogą powrócić w sytuacji kolejnej utraty kogoś bliskiego,

np. rozstania z chłopakiem. To jeszcze bardziej obniża nastrój i powoduje **negatywną wizję dotyczącą siebie, rzeczywistości i przyszłości**. Takie postrzeganie podtrzymuje błędne koło - wyzwala smutek i inne nieprzyjemne emocje. Następuje obniżenie aktywności, a stopniowe zaniedbywanie codziennych czynności potwierdza negatywną wizję siebie i brak nadziei na zmianę.

Depresja związana jest silnie z negatywnymi konsekwencjami psychospołecznymi, w tym nadużywaniem substancji, porzuceniem nauki, problemami zdrowotnymi i upośledzonymi relacjami interpersonalnymi (Cheung, Kozloff i Sacks, 2013; Horowitz i Garber, 2006; Weersing i Brent, 2006).

Proponowane interwencje - uzasadnienie merytoryczne

Terapia poznawczo-behawioralna (ang. Cognitive behavioural therapy, w skrócie CBT) jest podejściem terapeutycznym najlepiej zweryfikowanym empirycznie pod kątem leczenia depresji u dzieci i młodzieży (David-Ferdon i Kaslow, 2008, Watanabe, Hunot, Omoril, Churchill i Furukawa, 2007).

Celem CBT jest zrozumienie, w jaki sposób interpretowane są wydarzenia i doświadczenia, oraz rozpoznanie i zmiana zniekształceń lub deficytów (błędów poznawczych), które pojawiają się podczas przetwarzania poznawczego.

Terapia poznawczo-behawioralna skupia się na związku pomiędzy następującymi czynnikami:

- akt poznawczy (co myślimy)
- afekt (jak czujemy)
- zachowanie (co robimy).

Terapeuci CBT podkreślają znaczenie analizy myśli i przekonań związanych z naszymi nastroszeniami, zachowaniami, doznaniem fizjologicznymi oraz zdarzeniami w naszym codziennym życiu. To, w jaki sposób postrzegamy daną sytuację, silnie wpływa na nasze reakcje zarówno w sferze emocji, jak i zachowania oraz fizjologii. Badania wykazały, że u pacjentów z depresją rzadziej następuje nawrót choroby, jeśli posiadli oni umiejętność rozpoznawania, weryfikacji i zmiany swoich automatycznych myśli (Neimeyer, Feixas, 1990).

Niektórzy autorzy wskazują na ograniczenia w zastosowaniu tego podejścia ze względu na to, iż głównym celem interwencji i oceny jego skuteczności jest zmniejszenie objawów depresyjnych, nie zaś koncentracja na poprawie samopoczucia pacjenta (Burgi-Radmanovi, 2011, David-Ferdon & Kaslow, 2008). Co więcej, jego skuteczność wydaje się być krótkotrwała i znacznie maleje w ciągu sześciu miesięcy od zakończenia interwencji (Watanabe i wsp., 2007).

Dlatego też istotne jest wzbogacenie podejścia opartego o terapię poznawczo-behawioralną o **pozytywne interwencje psychologiczne**, które zakładają, że depresja może być skutecznie

leczone nie tylko przez łagodzenie objawów depresyjnych, ale także poprzez poprawę samopoczucia, promowanie pozytywnego rozwoju i optymalnego funkcjonowania, poczucie szczęścia, pozytywnych emocji, mocnych stron i znaczenia w życiu (Seligman, Raszid i Park, 2006; Sin & Lyubomirsky, 2009; Wood & Tarrier, 2010, Suldo, Savage i Mercer, 2013).

Według Seligman i współ. (2006) zastosowanie **pozytywnych interwencji psychologicznych** jest szczególnie istotne w leczeniu objawów depresyjnych, gdyż choroba ta charakteryzuje się brakiem zaangażowania i poczucia korzystnego wpływu na własne życie u osób chorych. Autorzy uważają, że wzmacnianie przede wszystkim tych pozytywnych zasobów może przeciwdziałać objawom depresyjnym i zapobiegać nawrotom w przyszłości.

To wszystko może być osiągnięte przy użyciu interwencji wzmacniających pozytywne procesy rozwojowe, które utrzymują i promują zdrowie fizyczne oraz psychiczne dzieci i młodzieży.

3. WYBRANE STRATEGIE OPARTE O TERAPIĘ POZNAWCZO-BEHAWIORALNĄ

- **Nauka rozpoznawania zależności pomiędzy tym, jak myślimy, jak czujemy, a co robimy**
- **Aktywacja behawioralna („aktywacja zachowania”)**

Jej założeniem jest w pierwszej kolejności rozpoznanie przez młodego człowieka zależności między nastrojem, a wykonywanymi zajęciami i wyodrębnienie tych, które pozytywnie wpływają na samopoczucie. Kolejny etap - to nauka planowania sprawiających przyjemność aktywności oraz wchodzenia w wartościowe interakcje ze środowiskiem. Celem tej interwencji jest wyrobienie u osoby chorej na depresję przekonania, że pomimo przeszkód należy poszukiwać pozytywnych wzmocnień. Często pacjenci szybko odkrywają, że na poprawę ich nastroju wpływają czynności dające satysfakcję.

- **Nauka rozpoznawania błędów myślowych /zniekształceń poznawczych**

Przy wykrywaniu błędów myślowych pomocne jest użycie następujących pytań:

- *Jakie dowody potwierdzą tę myśl?*
- *Jakie dowody obalają tę myśl?*
- *Co powiedziałby ktoś mi bliski (mój przyjaciel/ nauczyciel/ rodzic), gdybym powiedział mu o swoich myślach?*
- *Co powiedziałbym swojemu przyjacielowi, gdyby myślał w ten sposób?*
- *Czy popełniam jakiś błąd w myśleniu?*
- *Czy zapominam o swoich zaletach i mocnych stronach?*
- *Czy wyolbrzymiam na zasadzie „wszystko albo nic”?*
- *Czy przewiduję klęskę?*
- *Czy nadmiernie myślę emocjami?*

- Czy zakładam niepowodzenie?
- Czy uważam, że to moja wina, że nic mi nie wychodzi?
- Itd.

Interwencje dotyczące **zniekształceń poznawczych** mają na celu:

- zwiększenie u młodzieży świadomości występowania zaburzonych i irracjonalnych przekonań/ schematów
- zrozumienie skutków ich wpływu na zachowanie i emocje
 - typowe metody pracy: formy samoobserwacji, testowanie myśli, restrukturyzacja poznawcza, rozpoznawanie nieprzystosowawczych przekonań.
- **Trening myślenia zrównoważonego**

Nauka nowych strategii poznawczych, czyli przeformułowywania zniekształconych myśli na bardziej konstruktywne, adekwatne do rzeczywistości, może odbywać się poprzez:

- trening autoinstruktażowy
- podtrzymujący na duchu (pozytywny) monolog wewnętrzny
- monolog wewnętrzny typu „poradzę sobie“
- samowzmocnienie

- **Szerzenie idei współpracy**

Nastolatki i dzieci mogą odczuwać, że ich poglądy są nieważne i oczekiwać, że ktoś im powie, co mają robić – co znają z wielu aspektów swojego życia.

Zależność młodszych od dorosłych nie ulegnie zachwianiu, kiedy tam, gdzie to możliwe, będziemy propagować współpracę „*jak równy z równym*“. Promowanie równiejszych stosunków może przynieść tylko pozytywne rezultaty i zwiększyć autorytet strasznych osób w oczach młodszych dzięki wzajemnemu szacunkowi.

Namawianie do współdecydowania w niektórych sprawach wpływa pozytywnie na wzrost odpowiedzialności młodych osób za decyzje, które podejmują. Metoda współpracy zachęca młodego człowieka do aktywnego udziału w wielu sprawach codziennych, wyrażania pomysłów i przekonań, poszukiwania rozwiązań napotkanych trudności oraz - w przypadku nie wywiązywania się przez młode osoby z poczynionych ustaleń - do ponoszenia konsekwencji takich działań.

Idea współpracy umożliwia większą i skuteczniejszą samokontrolę dzieci/uczniów, którym rodzic/nauczyciel zapewnia tylko bezpieczny i wspomagający szkielet, w obrębie którego do tej samokontroli może dochodzić.

Rodzic / wychowawca / opiekun powinien – jeśli to jest szczerze – deklarować chęć wsparcia młodych osób w przezwyciężaniu problemów, jakie są dla tych ostatnich ważne. Współpraca zachęca młode osoby do poszukiwania nowych sposobów myślenia i możliwości.

● **Rozwiązywanie problemów**

Kiedy młodego człowieka coś niepokoi, czymś się zadręcza, możemy mu pomóc określić/ sprecyzować problem. Być może ma poczucie, że z niczym sobie nie radzi i trudno mu wymienić, z czym w istocie nie może sobie samodzielnie poradzić.

Pomocne będzie zadanie mu pytań:

Czy jego stres dotyczy przede wszystkim kontaktów z rówieśnikami?

Nauki? Relacji z którymś z domowników?

Co stanowi problem?

Kiedy i gdzie się pojawia?

Kogo dotyczy?

Dzięki otwartej postawie i chęci wsparcia poprzez wspólne poszukiwanie rozwiązania problemu możemy zmotywować młodego człowieka do stawienia czoła pojawiającym się przeszkodom.

Co było by rozwiązaniem dylematu dla młodej osoby? Pamiętajmy, że to co dla nas jest jego rozwikłaniem, niekoniecznie nim będzie dla nastolatka. Słuchajmy go uważnie!

W dalszym etapie można namówić go do tego, aby spróbował „wyprodukować” możliwie dużo rozwiązań problemu – w strategii tej zależy nam, by było ich jak najwięcej, nawet tych pozornie głupich, nie muszą być genialne czy najlepsze.

Młode osoby borykające się z depresją bardzo często mają kłopoty z podejmowaniem decyzji, dlatego też niezwykle pomocnym narzędziem będzie nauka poszukiwania „za” i „przeciw” każdego rozwiązania. Po wyliczeniu pozytywów i negatywów osoba młoda ma podstawę, by wybrać pomysł, który najlepiej wypada w tym bilansie i na jego podstawie może podjąć decyzję.

● **Nazywanie wszystkich emocji, nie blokowanie tych, które należą do przykrych**

SMUTEK – niektórzy ludzie uważają, że jeśli będą mówić o smutku i czymś nieprzyjemnym, to mogą od tego wpaść w „depresyjne” stany i w związku z tym muszą pozbyć się wszystkich tego typu odczuć i przykrych wspomnień.

Warto uświadamiać im, że smutek i rozpacz, tak jak każde inne, są normalnymi, zdrowymi emocjami będącymi częścią ludzkiego doświadczenia. Związane z jakąś utratą informują nas o tym, co w życiu należy cenić i o co dbać (np. o zdrowie lub przyjaźń).

Smutek i depresja często mają podobne fizjologiczne i emocjonalne objawy. Myśli depresyjne są jednak bardziej uogólnione i pełne samokrytyki (np. „to moja wina”, „do niczego się nie nadaję”), negatywnego stosunku do świata („nikt mnie nie lubi”) oraz braku nadziei na lepszą przyszłość („nigdy nie będzie lepiej”).

Przeanalizowanie treści nasuwających się myśli jest dobrym sposobem na rozróżnienie potencjalnie depresyjnej i autodestrukcyjnej idei od zdrowego smutku - bardziej konkretnego, związanego z czymś, co utraciliśmy (np. „żałuję, że to się stało”, „przykro mi, że się rozstaliśmy”, „tęsknię za nią”, „życie opustoszało, gdy odeszła”). Analiza treści myśli może być dobrym narzędziem wczesnego wykrywania depresji u młodzieży.

● **Koncentracja na tu i teraz, techniki oparte na uważności**

Ruminacja – to tzw. nawracanie myśli, które mogą mieć różną treść (np. w depresji - negatywne wątki dotyczące „Ja”, w złości - myśli o niegodziwości innych i naruszeniu granic). Zjawisko to charakteryzuje styl myślenia polegający na ciągłym powracaniu do różnych kwestii tematycznych, w przeciwieństwie do negatywnych automatycznych myśli, które pojawiają się nagle, mają skrótową formę i charakterystyczną treść (Nolen-Hoeksema, 2000).

Taki styl myślenia (w którym „nieodpowiednia” informacja związana z bodźcem negatywnym wciąż powraca) występuje częściej u kobiet (podobnie jak i depresja), a intensywność poddawania się ruminacjom przez jednostkę pozwala na przewidywanie czasu trwania i głębokości obniżonego nastroju (Joorman, 2006).

Zamiast koncentrować się na tym, co wydarzyło się w przeszłości – na rozpamiętywaniu, zamartwianiu i analizowaniu czegoś, czego już nie zmienimy - terapia poznawczo-behawioralna dzięki użyciu technik zaradczych opartych na uważności pomaga skupić się na tym, co dzieje się w życiu „tu i teraz”.

4. NASTOLATEK Z DEPRESJĄ – CO GO WYRÓŻNIA?

Negatywne myślenie jest jedną z najbardziej charakterystycznych cech depresji. Wiele młodych osób może być sceptycznie nastawionych do tego, że cokolwiek lub ktokolwiek jest w stanie im pomóc.

Proponowane strategie zaradcze:

- wsparcie, dodawanie otuchy,
- zachęcanie do tego, aby nastolatek spróbował wytrwać w terapii przynajmniej kilka tygodni,
- namawianie do stawiania sobie małych celów, dzielenia zadań na mniejsze etapy (technika „małych kroczków”),
- docenianie tych „małych kroków” i motywowanie do następnych.

Uczucie przytłoczenia jest powszechnym doświadczeniem w depresji. Osoby w depresji często myślą, że to, czego się od nich wymaga jest zbyt trudne i skomplikowane, albo, że oni sami są zbyt głupi lub nie potrafią nic zrobić. Pacjenci często czują się mniej przytłoczeni zadaniem, gdy rzeczywiście coś zrobią, niż gdy tylko o tym myślą.

Sugerowane interwencje obejmują:

- rozpoczynanie różnych przytłaczających ćwiczeń/ zadań wspólnie, co pozwoli zweryfikować prawdziwość przekonania, że dana czynność jest zbyt trudna,
- wyrażenie uznania nawet dla najmniejszego wysiłku,
- docenianie zaufania młodej osoby, tego że pozwoliła nam na wsparcie,
- używanie prostych i łatwych do zrozumienia komunikatów, zadawanie krótkich pytań,
- poszanowanie granic młodego człowieka (zmuszanie do czegoś może wywołać „efekt sprężyny“ – im bardziej będziemy naciskać na coś, tym silniej ta osoba może się bronić, chcąc zachować swoją autonomię i tym bardziej robić coś, co odbierzemy jako „wymówkę“),
- dzielenie zadań na mniejsze etapy (np. podzielenie materiału do przeczytania na akapity).

Np. w sytuacji problemu z zapamiętaniem czynności i nastroju – pacjent stara się zaobserwować tylko jeden moment w nadchodzącym tygodniu, w którym poczuje się lepiej, i jeden, w którym poczuje się gorzej, a następnie zapisuje to.

Poczucie beznadziejności jest kolejnym typowym elementem depresji oraz znaczącym wskaźnikiem skłonności samobójczych. Jest charakterystyczne dla osób z depresją i wyraża się w przekonaniu, że oczekiwane korzystne wydarzenie z pewnością nie nastąpi, zajdzie natomiast przewidywana sytuacja negatywna, i to niezależnie od podjętych przez osobę depresyjną środków zaradczych (Abramson i in., 2002). Eliminowanie tego poczucia jest jednym z najważniejszych zadań dla tych, którzy wspierają młodą osobę w depresji oraz na każdym etapie terapii. Poczucie beznadziejności często związane jest z tym, że cała masa problemów jest zbyt trudna do rozwiązania.

Strategie zaradcze:

- wzbudzanie nadziei, dialog motywujący
- regularne pytanie nastolatka o to, czy ma nadzieję na poprawę oraz w przypadku jej braku - przyznanie, że taki stan jest dla nas wiarygodny
- podkreślanie, że naszym zdaniem (jeśli tak uważamy) jego problem nie jest przypadkiem beznadziejnym (pokazanie alternatywnego punktu widzenia)
- wspólne tworzenie listy problemów
- wybranie na początek jednego zagadnienia, którego rozwiązanie najbardziej pomoże doświadczyć jakiejś poprawy, poczuć ulgę i przywrócić wiarę, że chociaż część z nich uda się rozwikłać
- pomoc w dostrzeżeniu zalet rozwiązywania problemów po kolei (strategie ukierunkowanego dochodzenia do prawdy) – postępy w jednej sferze dadzą więcej nadziei, niż tylko rozmowy o poczuciu beznadziei

Niski poziom aktywności – młody człowiek z depresją może godzinami leżeć w łóżku lub siedzieć przy komputerze, nie mając motywacji ani energii do innych czynności.

Proponowane interwencje:

- motywowanie do bardzo prostych działań, np. wspólnego pójścia na krótki spacer lub przynajmniej zrobienia kilku kroków
- proponowanie drobnych aktywności, które w pewnym momencie mogą nabrać sensu
- ważna jest łagodność i nie przyzmuszanie, aczkolwiek zachowanie pewnej stanowczości w namawianiu do powolnego zwiększania aktywności

Anhedonia. Jednym z kluczowych objawów depresji jest niezdolność do odczuwania przyjemności, nawet w sytuacjach, które wcześniej bardzo cieszyły. To stan pełen smutku lub wszechogarniającej pustki i obojętności, w którym życie nie ma kolorów, ani smaku. W efekcie chorzy na depresję rezygnują z satysfakcjonujących aktywności i otrzymują tym samym mniej pozytywnych wzmocnień. Badania przeprowadzone w latach 70. i 80. wykazały, że istnieje związek pomiędzy zmianami nastroju a liczbą podejmowanych zajęć sprawiających przyjemność.

Sugerowane interwencje:

- aktywizacja behawioralna
- namówienie chorego na terapię lub leczenie
- wzmacnianie motywacji do leczenia poprzez regularne wsparcie chorego w przekonaniu, że depresję można skutecznie wyleczyć
- zauważanie i wspieranie najdrobniejszych oznak poprawy
- łagodne nakłanianie do prostych codziennych aktywności

Gdy stan osoby w depresji jest wyjątkowo ciężki, należy ograniczyć motywowanie do jakichkolwiek aktywności do czasu, gdy w pełni zaczną działać leki (do kilku tygodni od momentu rozpoczęcia terapii). Wtedy zalecana jest raczej dyskretna obecność i wsparcie.

Poczucie bycia niepotrzebnym. Osoba z depresją często czuje się niepotrzebna, zbędna, „zawadzająca” innym, co dodatkowo pogłębia depresję.

Strategiami wspierającymi, przeciwdziałającymi temu są:

- podkreślanie i uświadamianie przez bliskich, jak wiele osoba chora dla nich znaczy
- wysłuchanie wszystkiego, o czym chce opowiedzieć
- cierpliwość
- wyrozumiałość
- zaangażowanie w życie rodzinne / szkolne na poziomie adekwatnym do aktualnych możliwości
- zadbanie, by chory spotykał się z osobami, które darzył dotychczas największym zaufaniem

Czego nie robić

Depresja jest chorobą, a nie fanaberią lub „symulacją” wymyśloną, by uniknąć obowiązków czy odpowiedzialności. Tak jak każdą chorobę należy ją leczyć, bo sama nie przeminie. Chorego trzeba traktować z troską i powagą, nie bagatelizując problemu.

Komentarze w rodzaju: „to nic takiego”, „weź się za siebie”, „przesadzasz” – tylko pogarszają sprawę i powodują, że nastolatek może zamknąć się w sobie oraz stracić nadzieję, że jego sytuację ktoś zrozumie i mu pomoże.

Inne zabiegi, które nie działają i tylko pogarszają sytuację:

- krytyka chorego z powodu jego depresyjnych zachowań i braku chęci do życia
- odbieranie złego nastroju i humoru jako niechęci skierowanej przeciwko nam
- uszczęśliwianie na siłę
- wyręczanie chorego w różnych czynnościach – pozbawianie go szansy na aktywność
- izolowanie go od życia codziennego, w tym problemów i kłopotów, może sprawić, że poczuje się jeszcze bardziej nieważny i odtrącony
- zmuszanie (zamiast zachęcania) do chodzenia na imprezy lub spotkania towarzyskie
- obrażanie się, kiedy chory negatywnie reaguje na chęć pomocy (może o to poprosić w innym momencie)
- unikanie tematu choroby i nieprzyjemnych emocji

INTERWENCJE SKIEROWANE DO MŁODZIEŻY

I. PROFILAKTYKA DEPRESJI

A. Promocja zdrowego stylu życia

1. Kształtowanie pozytywnego rozumienia zdrowia psychicznego

2. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowego stylu życia:

- aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
 - wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu oraz ograniczania tych niewłaściwych
- korzystanie z komputera i telefonu w rozsądnym wymiarze czasu
 - promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”
- prawidłowe odżywianie
- wystarczająca ilość snu

- umiejętność relaksacji, „wyciszania się” i odpoczynku
- uczenie technik odprężenia i uważności

3. Propagowanie stylu życia i warunków środowiskowych wspierających zdrowie psychiczne, zaspokajanie potrzeb i realizację zadań rozwojowych:

a) Budowanie poczucia zaufania

- szacunek do przekonań i poglądów nastolatka
- próby zrozumienia jego stanowiska
- budowanie kontaktu bez nacisku, że nasza racja jest jedyną słuszną
- zaproszenie do dialogu na temat różnicy zdań

b) Propagowanie idei empiryzmu

- zachęcanie do wypróbowywania własnych poglądów
- poszukiwanie dowodów na poparcie i podważenie opinii i osądów
- namawianie do testowania swoich przekonań i myśli
- rozwój refleksyjności i krytycznego podejścia do własnego myślenia

c) Szerzenie idei współpracy „jak równy z równym“

- namawianie do współdecydowania
- wsparcie ponoszenia odpowiedzialności za decyzje podejmowane przez nastolatków
- nauka analizy konsekwencji własnych działań
- zapewnienie bezpiecznego środowiska dla wzrostu samokontroli uczniów
- aktywizacja nastolatków do:
 - udziału w życiu codziennym
 - wyrażania własnych opinii
 - generowania pomysłów
 - odkrywania nowych sposobów myślenia
 - poszukiwania rozwiązań napotkanych trudności
 - ponoszenia konsekwencji swoich działań

d) Nauka rozpoznawania myśli, nastrojów, zachowań i reakcji fizjologicznych

e) Aktywacja behawioralna („aktywacja zachowania”)

- rozpoznawanie zależności między nastrojem, a wykonywanymi zajęciami
- zapis czynności (tygodniowy/miesięczny)
- wyodrębnienie zajęć, które pozytywnie wpływają na samopoczucie
- nauka planowania aktywności sprawiających przyjemność
- umiejętność ustalania celów życiowych
- skuteczne zarządzanie planem dnia
- zaangażowanie się w realizację ważnych zadań

f) Wsparcie w nawiązywaniu konstruktywnych więzi z innymi ludźmi

- w korzystaniu ze społecznej sieci wsparcia (rodzina, znajomi, przyjaciele) i zaufania
- w radzeniu sobie z wymaganiami społecznymi, trudnymi sytuacjami o takim charakterze
- nauka wchodzenia w pozytywne interakcje ze środowiskiem
- rozwój umiejętności społecznych i komunikacyjnych

g) Radzenie sobie z sytuacjami trudnymi, stresem i frustracją

● **nauka rozwiązywania problemów**

- uczenie się wprowadzania zmian w życiu, gdy określone myśli ostrzegają nas o problemach, które trzeba rozwiązać
- sprecyzowanie konkretnego zagadnienia
- technika pytań pomocniczych
- wybór konkretnego problemu
- wsparcie i otwarta postawa motywująca do wspólnego poszukiwania rozwiązań
- „produkcja“ jak największej liczby pomysłów na poradzenie sobie z problemem
- nauka poszukiwania „za“ i „przeciw“
- wybór najlepszego rozwiązania

● **ćwiczenie umiejętności formułowania osobistego planu zmian**

● **strategie radzenia sobie z dużą liczbą zmian i związanym z tym stresem**

h) Trening emocjonalny

- nauka rozpoznawania własnych emocji i nazywania ich
- wzrost umiejętności ich wyrażania w miejsce ich tłumienia
- nauka kontrolowania obniżonego nastroju
- podnoszenie zdolności jego poprawiania

i) Budowanie systemu wartości i pozytywnych postaw

- życzliwy stosunek do samego siebie
- optymistyczne myślenie
- pozytywna interpretacja rzeczywistości
- świadomość własnych dobrych cech i mocnych stron
- korzystanie ze swoich zasobów
- czerpanie radości i satysfakcji z życia

II. WCZESNE WYKRYWANIE DEPRESJI U MŁODZIEŻY

1. Podkreślanie zdrowego stylu życia:

- aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
 - wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu oraz ograniczania tych niewłaściwych
- korzystanie z komputera i telefonu w rozsądnym wymiarze czasu

- promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”
- prawidłowe odżywianie
- wystarczająca ilość snu
- umiejętność relaksacji, „wyciszania się” i odpoczynku
- uczenie technik odprężenia i uważności

2. Nawiązanie wspierającego kontaktu z nastolatkiem:

- budowanie poczucia zaufania
- porozumiewanie się z elementami dialogu motywującego
- w przypadku ucznia demonstrującego trudne emocje, wrogość, agresję, zniechęcenie, bezradność - komunikacja mająca na celu zrozumienie tych zachowań
- empatia
- życzliwość
- poszanowanie granic nastolatka
- aktywne słuchanie, bez natychmiastowego dawania rad
- wzmacnianie przekonania dziecka/ucznia, że potrafi sobie poradzić z trudnościami
- docenienie, że nastolatek/ uczeń sam się zgłosił po pomoc
- uznanie dla faktu, że nastolatek „otworzył się” i zaczął mówić o swoich problemach /trudnych dla siebie sprawach, co mogło być bardzo wstydliwe

3. Psychoedukacja

- objawy, przyczyny zaburzeń depresyjnych
- czas trwania depresji, okres zdrowienia
- podkreślanie istoty wsparcia społecznego i bliskich relacji z innymi ludźmi
- unikanie udzielania rad, sugerowania rozwiązań
- elementy dialogu motywującego
- edukacja prozdrowotna
- brak destrukcyjnych nawyków (np. uzależnień) dzięki kształtowaniu postaw i wartości

4. Nauka rozpoznawania myśli, nastrojów, zachowań i reakcji fizjologicznych

- a) Nabywanie umiejętności rozpoznawania błędów myślowych /zniekształceń poznawczych
- b) Nauka bardziej pozytywnej interpretacji rzeczywistości (poprzez restrukturyzację kognitywną)
- korygowanie niewłaściwych przekonań i wzorców myślenia wpływających na wzrost / pojawienie się depresyjnych objawów.
 - unikanie etykietowania i sztywnego dysfunkcjonalnego myślenia

5. Aktywacja behawioralna („aktywacja zachowania”)

- rozpoznawanie zależności między nastrojem, a wykonywanymi zajęciami
- zapis czynności (tygodniowy/miesięczny)

- wyodrębnienie zajęć, które pozytywnie wpływają na samopoczucie
- nauka planowania sprawiającej przyjemność aktywności
- umiejętność ustalania celów życiowych
- skuteczne zarządzanie planem dnia
- zaangażowanie się w realizację ważnych zadań

6. Wsparcie w nawiązywaniu konstruktywnych więzi z innymi ludźmi

- w korzystaniu ze społecznej sieci wsparcia (rodzina, znajomi, przyjaciele) i zaufania
- w radzeniu sobie z wymaganiami społecznymi, trudnymi sytuacjami o tym charakterze
- nauka wchodzenia w pozytywne interakcje ze środowiskiem
- rozwój umiejętności społecznych i komunikacyjnych
- unikanie izolacji społecznej – podkreślanie istoty wsparcia społecznego
- zachęcanie do różnego typu aktywności
- w tym do działania na rzecz innych

7. Radzenie sobie z sytuacjami trudnymi, stresem i frustracją

- nauka rozwiązywania problemów
 - nauka wprowadzania zmian w życiu, gdy określone myśli ostrzegają nas o problemach, które trzeba rozwiązać
 - sprecyzowanie konkretnego zagadnienia
 - technika pytań pomocniczych
 - wybór konkretnego problemu
 - wsparcie i otwarta postawa motywująca do wspólnych poszukiwań rozwiązań
 - „produkcja“ jak największej liczby pomysłów na rozwikłanie problemu
 - nauka poszukiwania „za“ i „przeciw“
 - wybór najlepszego rozwiązania
- ćwiczenie umiejętności formułowania osobistego planu zmian
- strategię radzenia sobie z dużą liczbą zmian i związanych z tym stresem

8. Trening emocjonalny

- nauka rozpoznawania własnych emocji i nazywania ich
- wzrost umiejętności ich wyrażania w miejsce ich tłumienia
- nauka kontrolowania obniżonego nastroju
- nabywanie umiejętności jego poprawiania

9. Działania mające na celu rozwiązanie realnych problemów dziecka

- interwencja w sytuacji przemocy szkolnej
- podjęcie działań w razie wystąpienia przemocy w rodzinie lub innych problemów rodzinnych
- pomoc jeśli występują trudności w nauce
- skierowanie ucznia na psychoterapię, do specjalistycznych ośrodków leczenia, bądź punktów interwencji kryzysowych

III. NASTOLATEK W DEPRESJI

1. Nawiązanie wspierającego kontaktu z nastolatkiem

- budowanie zaufania
 - zapewnienie poczucia bezpieczeństwa
 - zagwarantowanie prywatności podczas rozmów
 - zachowanie zasady poufności
- promowanie przekazu „choroba psychiczna jest chorobą jak każda inna“
- komunikacja z elementami dialogu motywującego
- w przypadku ucznia demonstrującego trudne emocje, wrogość, agresję, zniechęcenie, bezradność - komunikacja mająca na celu zrozumienie tych zachowań
- empatia
- życzliwość
- poszanowanie granic nastolatka
- aktywne słuchanie, bez natychmiastowego dawania rad
- wzmacnianie przekonania dziecka/ucznia, że potrafi sobie poradzić z trudnościami
- uznanie dla faktu, że nastolatek „otworzył się” i zaczął mówić o swoich problemach /trudnych dla siebie sprawach, co mogło być bardzo wstydlive
- docenianie zaufania młodej osoby, tego że pozwoliła nam na wsparcie
- podkreślanie przez bliskich, jak wiele znaczy dla nich chory
- wysłuchanie wszystkiego, o czym chce opowiedzieć
- cierpliwość
- wyrozumiałość
- dodawanie otuchy
- namawianie do podjęcia terapii / wytrwania w niej
- docenianie nawet najmniejszego wysiłku
- używanie komunikatów prostych i łatwych do zrozumienia, zadawanie krótkich pytań

2. Podkreślanie zdrowego stylu życia

- aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
 - wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu oraz ograniczania tych niewłaściwych
- korzystanie z komputera i telefonu w rozsądnym wymiarze czasu
 - promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”
- prawidłowe odżywianie
- wystarczająca ilość snu
- umiejętność relaksacji, „wyciszania się” i odpoczynku
 - uczenie technik odprężenia i uważności

3. Psychoedukacja

- objawy, przyczyny zaburzeń depresyjnych

- czas trwania depresji, okres zdrowienia
- podkreślanie istoty wsparcia społecznego i bliskich relacji z innymi ludźmi
- unikanie udzielania rad, sugerowania rozwiązań
- elementy dialogu motywującego
- edukacja prozdrowotna
- brak destrukcyjnych nawyków (np. uzależnień) dzięki kształtowaniu postaw i wartości

4. Nauka rozpoznawania myśli, nastrojów, zachowań i reakcji fizjologicznych

a) Nabywanie umiejętności wskazywania błędów myślowych/zniekształceń poznawczych

- nauka rozpoznawania depresyjnych gorących myśli
- szukanie dowodów potwierdzających oraz podważających ich prawdziwość

b) Uczenie się bardziej pozytywnej interpretacji rzeczywistości (poprzez restrukturyzację kognitywną)

- korygowanie niewłaściwych przekonań i wzorców myślenia wpływających na wzrost / pojawienie się depresyjnych objawów
- formułowanie myśli alternatywnych lub równoważących
- unikanie etykietowania i sztywnego dysfunkcjonalnego myślenia

5. Aktywacja behawioralna („aktywacja zachowania”)

- rozpoznawanie zależności między nastrojem, a wykonywanymi zajęciami
- zapis czynności (tygodniowy/miesięczny)
- wyodrębnienie zajęć, które pozytywnie wpływają na samopoczucie
- nauka planowania sprawiających przyjemność aktywności
- zaangażowanie się w realizację ważnych zadań

6. Motywowanie do tego, aby pomimo przeszkód poszukiwać pozytywnych wzmocnień

- namawianie do stawiania sobie małych celów, dzielenia zadań na mniejsze etapy (technika „małych kroczków”).
- docenianie „małych kroczków” i motywowanie do następnych
- poszanowanie granic młodej osoby (zmuszanie do czegoś może wywołać „efekt sprężyny” – im bardziej będziemy naciskać na, tym mocniej nastolatek może się bronić, chcąc zachować swoją autonomię i tym bardziej może robić coś, co odbierzemy jako „wymówkę”)

7. W sytuacji braku motywacji do czegokolwiek, poczucia beznadziei, przytłoczenia

- wzbudzanie nadziei, dialog motywujący
- regularne pytanie nastolatka o to, czy ma nadzieję na poprawę oraz w przypadku jej braku - przyznanie, że taki stan jest dla nas wiarygodny

- podkreślanie, że naszym zdaniem (jeśli tak uważamy) jego problem nie jest przypadkiem beznadziejnym (pokazanie alternatywnego punktu widzenia)
- wspólne tworzenie listy problemów
- rozpoczynanie różnych przytłaczających ćwiczeń/ zadań wspólnie, co pozwoli zweryfikować przekonanie, że dana czynność jest zbyt trudna
- wybranie jednego problemu na początek, którego rozwiązanie najbardziej pomoże doświadczyć jakiejś poprawy, poczuć ulgę i przywrócić wiarę, że chociaż część z nich uda się rozwiązać
- pomoc w dostrzeżeniu zalet rozwiązywania problemów po kolei (strategie ukierunkowanego dochodzenia do prawdy) – postępy w jednej sferze dadzą więcej nadziei, niż tylko rozmowy o poczuciu beznadziei

8. Wsparcie społeczne

- unikanie izolacji społecznej – podkreślanie istoty wsparcia społecznego
- zachęcanie do różnego typu aktywności
- w tym do działania na rzecz innych
- zadbanie, by chory spotykał się z osobami, które darzył dotychczas największym zaufaniem
- zaangażowanie w życie rodzinne / szkolne na poziomie adekwatnym do aktualnych możliwości

9. Trening emocjonalny

- rozpoznawanie własnych emocji i nazywanie ich
- wzrost umiejętności ich wyrażania w miejsce ich tłumienia
- nauka kontrolowania obniżonego nastroju
- nabywanie zdolności jego poprawiania

10. Działania mające na celu rozwiązanie realnych problemów nastolatka

- interwencja w sytuacji przemocy szkolnej
- działanie w przypadku wystąpienia przemocy w rodzinie lub innych problemów rodzinnych
- pomoc jeśli pojawiają się trudności w nauce
- skierowanie ucznia na psychoterapię, do specjalistycznych punktów leczenia, bądź ośrodków interwencji kryzysowych.
- współpraca ze specjalistami spoza placówki szkolnej

Realizacja

- Wdrożenie zaproponowanych interwencji wymaga wsparcia trenerów/ terapeutów/ rodziców oraz nauczycieli.
- Wyniki badań wskazują na brak skuteczności programów psychoedukacyjnych w zapobieganiu depresji u młodzieży prowadzonych przez przeszkolonych nauczycieli. (Clarke i wsp., Spence i wsp. 1995). Kilka grup autorów (Clarke i wsp. 1995; Clarke i wsp. 2001, Gillham i wsp. 1995, Seligman i wsp. 2001, Shochet i wsp. 2001) stwierdziło zgodnie, że najbardziej skuteczne jest

prowadzenie tego typu programów przez wykwalifikowanych psychoterapeutów, co niestety podnosi koszty realizacji działań profilaktycznych. Warto jednak rozważyć - w miarę możliwości - przeznaczenie środków finansowych na tego rodzaju oddziaływania, które mimo wszystko są mniej kosztowne, niż leczenie osób doświadczających chorób psychicznych.

- Interwencje mogą być realizowane podczas lekcji wychowawczych 2 h/ tygodniowo lub w trakcie specjalnych warsztatów zaprojektowanych dla młodzieży i poprowadzonych przez wykwalifikowanych trenerów.

INTERWENCJE SKIEROWANE DO RODZICÓW

WPROWADZENIE

Istnieją dowody w literaturze sugerujące, że negatywne oddziaływania w rodzinie przyczyniają się do depresji młodzieży (Goodman & Gotlib, 1999, Sheeber & Sorenson, 1998)

Czynniki rodzinne podnoszące ryzyko wystąpienia choroby u młodych ludzi:

- nadużywanie alkoholu w rodzinie
- problemy małżeńskie, rozwód, separacja
- częste konflikty (małżeńskie i/lub na linii rodzic-dziecko)
- emocjonalny dystans pomiędzy członkami rodziny
- brak wzajemnego wsparcia, zwłaszcza w wyjątkowo stresujących momentach
- niskie zaangażowanie rodzicielskie
- częste zmiany miejsca zamieszkania
- izolacja społeczna rodziny
- zachowania aspołeczne wśród jej członków
- utrata rodzica, opuszczenie lub rzadki kontakt z nim
- przewlekła wrogość, brak poczucia bezpieczeństwa
- nieefektywne metody komunikacji w rodzinie, brak nastawienia na rozwiązywanie problemów
- sztywność przekonań dotyczących zmian – brak wiary w pozytywne efekty, zmiany postaw i zachowań
- choroba przewlekła w rodzinie, w tym psychiczna
- trudności ekonomiczne
- surowe praktyki wychowawcze
- zaostrożona dyscyplina rodzicielska
- wysokie, trudne do zrealizowania wymagania stawiane dzieciom,

Poza takimi czynnikami, jak patologia rodzicielska, zaangażowanie w wychowanie podopiecznych, czy rodzicielskie ciepło, wpływ na wzrost ryzyka wystąpienia depresji u dzieci mają nieadekwatne style poznawcze ich rodziców, takie jak:

- przypisywanie negatywnym wydarzeniom przyczyn wewnętrznych, niezmiennych i globalnych, np. „*To jest wyłącznie moja wina, to zawsze będzie moja wina i nigdy to się nie zmieni*“ (Alloy i in., 2001)
- negatywne poglądy na temat siebie lub dziecka, świata i przyszłości (Stark, Schmidt, & Joiner, 1996), które niekorzystnie rzutują na model poznawczy ich dziecka. Stwierdzono silniejsze powiązanie pomiędzy stylami poznawczymi córek i ich matek (w porównaniu do ojców).

Stark, Humphrey, Laurent, Livingston i Christopher (1993) dowiedli, że rodzice komunikują negatywne przesłania o dziecku, świecie i przyszłości w subtelny sposób, poprzez zachowanie i komentarze, co ma wpływ na przejęcie tych poglądów przez dziecko, również na swój temat. Myśląc o profilaktyce depresji u młodzieży, wczesnym jej wykrywaniu bądź oddziaływaniach terapeutycznych, istotne jest podjęcie czynności obejmujących cały system rodzinny. Interwencje kierowane do rodziców mają pośredni wpływ też na ich dzieci, w myśl prostej zasady: „szczęśliwy rodzic = szczęśliwe dziecko“.

INTERWENCJE KIEROWANE DO RODZICÓW – ZESTAWIENIE

1. Kształtowanie pozytywnego rozumienia zdrowia psychicznego

2. Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowego stylu życia

- aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
- wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu oraz ograniczania tych niewłaściwych
- korzystanie z komputera i telefonu w rozsądnym wymiarze czasu
 - promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”
- prawidłowe odżywianie
- wystarczająca ilość snu
- umiejętność relaksacji, „wyciszania się” i odpoczynku
 - uczenie technik odprężenia i uważności

3. Rozwój umiejętności komunikacyjnych, umożliwiających efektywny dialog w rodzinie

- aktywne słuchanie, bez natychmiastowego dawania rad
- empatia
- życzliwość
- dialog motywujący

4. Budowanie otwartej, budzącej zaufanie postawy w stosunku do dziecka

- szacunek do przekonań i poglądów nastolatka

- próba zrozumienia jego stanowiska
- budowanie kontaktu bez nacisku, że racja rodzica jest jedyną słuszną
- zaproszenie do dialogu na temat różnicy zdań
- zachęcanie dziecka do wypróbowywania własnych pomysłów w granicach bezpieczeństwa
- rozwój refleksyjności i krytycznego podejścia do swojego myślenia
- zaangażowanie w sprawy nastolatka z poszanowaniem jego granic

5. Nauka rozpoznawania myśli, nastrojów, zachowań i reakcji fizjologicznych własnych oraz dziecka

a) Umiejętność identyfikacji błędów myślowych /zniekształceń poznawczych

- wyroznianie depresyjnych gorących myśli
- szukanie dowodów potwierdzających oraz podważających ich prawdziwość

b) Nauka bardziej pozytywnej interpretacji rzeczywistości (poprzez restrukturyzację kognitywną)

- korygowanie niewłaściwych przekonań i wzorców myślenia wpływających na wzrost / pojawienie się depresyjnych objawów
- formułowanie myśli alternatywnych lub równoważących
- unikanie etykietowania i sztywnego, dysfunkcjonalnego myślenia

6. Aktywacja behawioralna rodzica („aktywacja zachowania”)

- rozpoznawanie zależności między nastrojem, a wykonywanymi zajęciami
- wyodrębnienie czynności, które pozytywnie wpływają na samopoczucie rodzica/ nastolatka
- nauka planowania aktywności sprawiających przyjemność
- umiejętność ustalania celów życiowych
- skuteczne zarządzanie planem dnia
- zaangażowanie się w realizację ważnych zadań

7. Wsparcie rodzica w nawiązywaniu konstruktywnych więzi z innymi ludźmi

- w korzystaniu ze społecznej sieci wsparcia (rodzina, znajomi, przyjaciele) i zaufania
- w radzeniu sobie z wymaganiami społecznymi i trudnymi sytuacjami o takim charakterze
- nauka wchodzenia w pozytywne interakcje ze środowiskiem
- rozwój umiejętności społecznych
- unikanie izolacji w środowisku – podkreślanie istoty wsparcia społecznego
- zachęcanie do różnego typu aktywności
- w tym do działania na rzecz innych

8. Motywowanie do wsparcia dziecka

- w uogólnianiu nabytych w terapii umiejętności
- w edukacji
- w nawiązywaniu satysfakcjonujących relacji społecznych

- w podejmowaniu aktywności pozaszkolnej
- w rozwoju zainteresowań dziecka
- w wyrażaniu całej gamy emocji
- w sięganiu po pomoc / korzystaniu z niej
- w zdrowym stylu życia
- w razie wystąpienia trudnych wydarzeń

9. Radzenie sobie ze skomplikowanymi sytuacjami, stresem i frustracją

- **nabywanie umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami, wrogością, agresją, zniechęceniem, bezradnością u dziecka**
- **nauka rozwiązywania problemów**
 - wprowadzania w życie zmian, gdy określone myśli ostrzegają nas o problemach, które trzeba rozwiązać
 - sprecyzowanie konkretnego zagadnienia
 - technika pytań pomocniczych
 - wybór określonego problemu
 - wsparcie i otwarta postawa motywująca do wspólnego poszukiwania rozwiązań
 - „produkcja“ jak największej liczby pomysłów na poradzenie sobie z problemem
 - nauka poszukiwania „za“ i „przeciw“
 - wybór najlepszego rozwiązania
- **ćwiczenie umiejętności formułowania osobistego planu zmian**
- **strategie radzenia sobie z dużą ich liczbą i związanym z tym stresem**

10. Trening emocjonalny

- nauka rozpoznawania własnych emocji i nazywania ich
- wzrost umiejętności konstruktywnego ich wyrażania, w miejsce ich tłumienia
- nabycie wiedzy na temat kontrolowania obniżonego nastroju
- nauka jego poprawiania

11. Przeciwdziałanie uzależnieniom poprzez budowanie systemu wartości i pozytywnych postaw

- przychylny stosunek do samego siebie i innych członków rodziny/ nastolatka
- pozytywne myślenie
- optymistyczna interpretacja rzeczywistości
- świadomość swoich dobrych cech i mocnych stron
- korzystanie z własnych zasobów
- wzmacnianie pozytywnych cech dziecka
- czerpanie radości i satysfakcji z życia

12. Wzrost umiejętności wychowawczych

- rodzicielstwo bez przemocy
- stawianie bezpiecznych granic nastolatкови
- wyważone wyznaczanie wymagań
- radzenie sobie z sytuacjami trudnymi
- konstruktywna krytyka zamiast „podcinania skrzydeł“

13. Psychoedukacja

- objawy, przyczyny zaburzeń depresyjnych
- czas trwania depresji, okres zdrowienia
- podkreślanie istoty wsparcia społecznego i bliskich relacji z innymi ludźmi
- unikanie udzielania rad, sugerowania rozwiązań
- elementy dialogu motywującego
- edukacja prozdrowotna
- brak destrukcyjnych nawyków (np. uzależnień) dzięki kształtowaniu postaw i wartości

14. Wsparcie rodziny w kryzysie

a) Promowanie aktywnej współpracy z rodziną z poszanowaniem wszystkich jej członków

b) Wyjaśnianie wątpliwości rodziców dotyczących choroby ich dziecka

c) Jeśli zajdzie taka potrzeba skierowanie rodzica

- na terapię indywidualną
- na warsztaty umiejętności rodzicielskich

d) W razie potrzeby skierowanie rodziny

- do specjalistycznych placówek leczenia
- ośrodków interwencji kryzysowych
- na terapię rodzinną
- na mediację

15. Przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób cierpiących na zaburzenia lub choroby psychiczne

- promowanie przekazu „choroba psychiczna jest chorobą jak każda inna”

REALIZACJA

Wysokie standardy realizacji tych interwencji może zapewnić tylko przeszkolenie rodziców przez profesjonalnych trenerów /certfikowanych psychoterapeutów podczas warsztatów rodzicielskich obejmujących

ok. 60 h dydaktycznych. Liczba spotkań i czas trwania każdego z nich można dostosować do możliwości większości rodziców uczniów jednej klasy.

INTERWENCJE KIEROWANE DO NAUCZYCIELI

Psychoedukacja jest ważnym elementem przeciwdziałania oraz wykrywania zaburzeń nastroju wśród nastolatków, które mogą prowadzić do prób samobójczych. Ponieważ znaczną część roku młode osoby spędzają w szkole, jest to miejsce, w którym pedagodzy powinni posiadać umiejętności i wiedzę, potrzebną do wykrycia uczniów z grupy ryzyka. Zapewnić im odpowiednie wsparcie na terenie szkoły lub wydelegować do odpowiedniej placówki. Kiedy młody człowiek nie znajduje konstruktywnego wsparcia w środowisku domowym, może szukać innych sposobów na poradzenie sobie z kryzysami wieku rozwojowego i czyni ich to podatnymi na podejmowanie zachowań ryzykownych, takich jak nadużywanie substancji psychoaktywnych, przygodne kontakty seksualne (przekraczania siebie), izolacja, autoagresja. Dobro ucznia jest priorytetem.

INTERWENCJE KIEROWANE DO NAUCZYCIELI - ZESTAWIENIE

1. Promocja zdrowia psychicznego

a) Kształtowanie pozytywnego rozumienia tego hasła

b) Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowego stylu życia

- aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
 - wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu oraz ograniczania tych niewłaściwych
- korzystanie z komputera, telewizora i telefonu w rozsądnym wymiarze czasu
 - promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”
- prawidłowe odżywianie
- wystarczająca ilość snu
- umiejętność relaksacji, „wyciszenia się” i odpoczynku
 - uczenie technik odprężenia i uważności

2. Kształtowanie umiejętności dostrzegania sygnałów wskazujących na możliwe zagrożenia dla zdrowia psychicznego młodzieży oraz pierwszych symptomów takich zaburzeń - zdolność dokonania oceny przesiewowej

a) Zachowania w szkole, na które należy zwrócić uwagę

- pogorszenie wyników w nauce
- wycofanie z kontaktów społecznych
- ograniczenie zainteresowań i aktywności
- łatwe męczenie się, brak energii
- niska motywacja
- zaburzenia koncentracji
- wagary, trudności wychowawcze

b) Objawy depresji, które mogą w szkole pozostać niedostrzeżone bez rozmowy z dzieckiem

- smutek, odczuwanie beznadziei
- poczucie bezwartościowości i winy
- wrogość, drażliwość, niepokój
- płaczliwość
- niespecyficzne bóle i dolegliwości somatyczne
- zmiana sposobu jedzenia, rytmu snu i czuwania
- dysfunkcjonalne myśli i akty poznawcze
- niechęć do życia i myśli samobójcze

UWAGA: nawet w ciężkiej depresji zachowanie i nastrój dziecka ulegają zmienności, może być niegrzeczne, ale również czasami pogodne

c) Umiejętność dokonania oceny środowiskowych czynników ryzyka

- sytuacja szkolna
 - trudności w nauce
 - bycie „kozłem ofiarnym” w klasie
- przemoc rówieśnicza
- trudności interpersonalne
 - ubogie kontakty z rówieśnikami lub ich brak
- trudna sytuacja rodzinna
 - nadużywanie alkoholu w rodzinie
 - problemy małżeńskie, rozwód, separacja
 - częste konflikty (małżeńskie i/lub na linii rodzic-dziecko)
 - emocjonalny dystans pomiędzy członkami rodziny, brak wzajemnego wsparcia
 - częste zmiany miejsca zamieszkania
 - izolacja społeczna rodziny
 - zachowania aspołeczne
 - utrata rodzica, opuszczenie lub rzadki z nim kontakt
 - przewlekła wrogość, brak poczucia bezpieczeństwa
 - nieefektywne metody komunikacji, brak nastawienia na rozwiązywanie problemów

- sztywność przekonań dotyczących zmian – brak wiary w pozytywne efekty
- zmiany postaw i zachowań
- choroba przewlekła w rodzinie, w tym psychiczna
- trudności ekonomiczne
- nieefektywna współpraca rodziny ze szkołą
 - postawa uniemożliwiająca dialog, rzadkie kontakty ze szkołą
 - traktowanie troski personelu szkolnego o ucznia jako atak na niego/ na rodzica lub na cały system rodzinny, niechęć do przyjęcia wsparcia
 - pozostawienie dziecka samemu sobie przy braku zgody rodziców na ingerencję z zewnątrz
- obecność zaburzeń współistniejących
 - nadużywanie alkoholu, substancji psychoaktywnych, leków uspokajających i nasennych
 - zaburzenia psychiczne i zachowania
 - choroby somatyczne
- odmienna orientacja seksualna
- niepełnosprawność
- wykluczenie zagrożenia dla siebie i/lub otoczenia
- ocena ryzyka zamachów samobójczych w przebiegu zaburzeń afektywnych, behawioralnych (nadużywanie alkoholu) i innych chorób psychicznych
- inne...

3. W przypadku niepokojących zachowań lub kondycji psychicznej ucznia

- zweryfikowanie swoich spostrzeżeń z wychowawcą/ psychologiem/ zespołem pedagogicznym (grupa – jako źródło wsparcia)
- próba porozmawiania z uczniem
 - nazwanie konkretnie swoich obaw, emocji, intencji (poczucie bezpieczeństwa i jasność zamiarów jest fundamentem)
 - poinformowanie ucznia (nawet nieletniego) o potrzebie i celu spotkania z rodzicem/ opiekunem
 - bycie uważnym na ewentualne obawy dotyczące spotkania (sama reakcja dziecka może być źródłem pewnej wiedzy)
- zorientowanie się w sytuacji rodzinnej i szerszym kontekście życiowym podopiecznego
- rozmowa z rodzicem/opiekunem
 - pamiętanie, że cały czas chodzi o dobro ucznia
 - podobnie jak w rozmowie z nieletnim - zaufanie i jasność intencji jest podstawą
 - weryfikacja w rozmowie z rodzicem swoich obaw (w oparciu o kryteria z grupy ryzyka)

4. Rozwój umiejętności komunikacyjnych, umożliwiających efektywny dialog z młodzieżą

- aktywne słuchanie, bez natychmiastowego dawania rad
- empatia
- życzliwość
- dialog motywujący

5. Nauka rozpoznawania myśli, nastrojów, zachowań i reakcji fizjologicznych własnych oraz swoich uczniów

- rozpoznawania błędów myślowych /zniekształceń poznawczych
 - uczenie się identyfikowania depresyjnych gorących myśli
 - szukanie dowodów potwierdzających oraz podważających ich prawdziwość
- nauka bardziej pozytywnej interpretacji rzeczywistości (poprzez restrukturyzację kognitywną)
 - korygowanie niewłaściwych przekonań i wzorców myślenia wpływających na nasilenie / pojawienie się depresyjnych objawów
 - formułowanie myśli alternatywnych lub równoważących
 - unikanie etykietowania i sztywnego dysfunkcjonalnego myślenia

UWAGA: Jeśli uczeń widzi tylko negatywną stronę swojej pracy, próbuj pokazać mu pozytyw poprzez urealnienie i racjonalizowanie jego osiągnięć. Pamiętaj nie chodzi o idealizowanie, lecz urealnienie!

6. Radzenie sobie z sytuacjami trudnymi, stresem i frustracją

- nauka radzenia sobie z trudnymi emocjami, wrogością, agresją, zniechęceniem, bezradnością u młodzieży
- nabywanie umiejętności zarządzania konfliktami w grupie, redukcji przemocy rówieśniczej
- uczenie się sposobów rozwiązywania problemów w pracy i w życiu
 - wprowadzania zmian, gdy określone myśli ostrzegają nas o trudnościach, z którymi trzeba dać sobie radę
 - sprecyzowanie konkretnego problemu
 - technika pytań pomocniczych
 - wybór konkretnego zagadnienia
 - wsparcie i otwarta postawa motywująca do wspólnych poszukiwań rozwiązań
 - „produkcja“ jak największej liczby pomysłów na poradzenie sobie z problemem
 - nauka poszukiwania „za“ i „przeciw“
 - wybór najlepszego rozwiązania
- ćwiczenie umiejętności formułowania osobistego planu zmian
- strategie radzenia sobie z dużą liczbą zmian i związanym z tym stresem

7. Trening emocjonalny

- nauka rozpoznawania własnych emocji i nazywania ich
- wzrost umiejętności konstruktywnego ich wyrażania, w miejsce ich tłumienia
- opracowanie sposobów kontrolowania obniżonego nastroju
- nauka poprawiania swojego samopoczucia

8. Budowanie otwartej, budzącej zaufanie postawy w stosunku do uczniów

- szacunek do przekonań i poglądów nastolatków

- próby zrozumienia ich stanowiska
- kształtowanie kontaktu bez nacisku, że racja nauczyciela jest jedyną słuszną
- zaproszenie do dialogu na temat różnicy zdań
- zachęcanie uczniów do aktywności szkolnej
- nakłanianie do wypróbowywania własnych pomysłów w granicach bezpieczeństwa
- rozwój refleksyjności i krytycznego podejścia do swojego myślenia
- zaangażowanie w sprawy nastolatków z poszanowaniem ich granic

9. Umiejętność nawiązania wspierającego kontaktu z nastolatkiem

- budowanie zaufania
 - zapewnienie poczucia bezpieczeństwa
 - zagwarantowanie prywatności podczas rozmów
 - zachowanie zasady poufności
- porozumiewanie się z wykorzystaniem elementów dialogu motywującego
- w przypadku ucznia demonstrującego trudne emocje, wrogość, agresję, zniechęcenie, bezradność - komunikacja mająca na celu zrozumienie tych zachowań
- empatia
- życzliwość
- poszanowanie granic nastolatka
- aktywne słuchanie, bez natychmiastowego dawania rad
- wzmacnianie przekonania dziecka/ucznia, że potrafi sobie poradzić z trudnościami
- uznanie faktu, że nastolatek „otworzył się” i zaczął mówić o swoich problemach /trudnych dla siebie sprawach, co mogło być bardzo wstydlive
- docenianie zaufania młodej osoby, że pozwoliła nam na wsparcie
- wysłuchanie wszystkiego, o czym chce opowiedzieć
- cierpliwość
- wyrozumiałość
- dodawanie otuchy
- namawianie do podjęcia terapii / wytrwania w niej
- docenianie nawet najmniejszego wysiłku

10. Propagowanie idei empiryzmu

- zachęcanie nastolatków do wypróbowywania własnych poglądów
- poszukiwanie dowodów na poparcie i podważenie poglądów
- namawianie młodych do testowania swoich przekonań i myśli
- rozwój refleksyjności uczniów i krytycznego podejścia do myślenia

11. Umiejętność szerzenia idei współpracy „jak równy z równym“

- namawianie do współdecydowania
- wsparcie w ponoszeniu odpowiedzialności za decyzje podejmowane przez nastolatków
- nauka analizy konsekwencji własnych działań

- zapewnienie bezpiecznego środowiska dla wzrostu samokontroli uczniów
- aktywizacja nastolatków do:
 - udziału w życiu codziennym
 - wyrażania własnych opinii
 - generowania pomysłów
 - poszukiwania nowych sposobów myślenia
 - odkrywania rozwiązań napotkanych trudności
 - ponoszenia konsekwencji swoich działań

12. Aktywacja behawioralna nauczyciela („aktywacja zachowania”)

- rozpoznawanie zależności między nastrojem, a wykonywanymi zajęciami
- wyodrębnienie czynności, które pozytywnie wpływają na samopoczucie nauczyciela
- nauka planowania sprawiających przyjemność aktywności
- umiejętność ustalania celów życiowych
- skuteczne zarządzanie planem dnia
- zaangażowanie się w realizację ważnych zadań

13. Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu

- budowanie sieci wsparcia, pracy zespołowej
- promowanie aktywnej współpracy z psychologiem/pedagogiem szkolnym
- udział w szkoleniach i warsztatach rozwijających umiejętności „miękkie” i „twarde”
- motywowanie do pracy poprzez odpowiedni system wzmocnień
- poprawa zdolności pracy z grupą
- nauka umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz z trudnymi sytuacjami zawodowymi
 - opracowanie konkretnych strategii postępowania, np.
 - ✓ interwencja w sytuacji przemocy szkolnej
 - ✓ ingerencja w związku z przemocą w rodzinie lub innymi problemami rodzinnymi

14. Motywowanie do wsparcia nastolatka / rodziny nastolatka

- w uogólnianiu nabytych w terapii umiejętności
- w edukacji
- w nawiązywaniu satysfakcjonujących relacji społecznych
- w podejmowaniu aktywności pozaszkolnej
- w rozwoju zainteresowań
- w wyrażaniu wszystkich emocji w konstruktywny sposób
- w sięganiu po pomoc / korzystaniu z niej
- w zdrowym stylu życia
- w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami

15. Przeciwdziałanie uzależnieniom poprzez budowanie systemu wartości i pozytywnych postaw

- przychylny stosunek do samego siebie i uczniów

- optymistyczne myślenie
- pozytywna interpretacja rzeczywistości
- świadomość własnych dobrych cech i mocnych stron
- korzystanie ze swoich zasobów
- wzmacnianie pozytywnych cech uczniów
- czerpanie radości i satysfakcji z życia

16. Psychoedukacja

- objawy, przyczyny zaburzeń depresyjnych
- czas trwania depresji, okres zdrowienia
- podkreślanie istoty wsparcia społecznego i bliskich relacji z innymi ludźmi
- unikanie udzielania rad, sugerowania rozwiązań
- elementy dialogu motywującego
- edukacja prozdrowotna
- brak destrukcyjnych nawyków (np. uzależnień) dzięki kształtowaniu postaw i wartości

17. Umiejętność wsparcia ucznia w kryzysie

- zdolność właściwego postępowania w przypadku rozpoznania zaburzeń afektywnych
- udzielenie skutecznej pomocy osobom doświadczającym problemów emocjonalnych
- zasady porozumiewania się z pacjentem demonstrującym negatywne emocje wrogość, agresję, zniechęcenie, bezradność
- umiejętność rozmowy z osobą zgłaszającą myśli samobójcze
- postępowanie w przypadku dużego ryzyka samobójstwa
- zasady interwencji kryzysowej
- promowanie aktywnej współpracy z rodziną z poszanowaniem wszystkich jej członków
- wyjaśnianie wątpliwości rodziców dotyczących choroby/zachowania ich dziecka
- w razie potrzeby skierowanie ucznia na terapię indywidualną
 - wsparcie go w poszukiwaniu pomocy
- w razie potrzeby skierowanie całej rodziny:
 - do specjalistycznych punktów leczenia
 - ośrodków interwencji kryzysowych
 - na terapię rodzinną
 - na mediację
- współpraca ze specjalistami spoza placówki szkolnej

18. Przeciwdziałanie stygmatyzacji i dyskryminacji osób cierpiących na zaburzenia lub choroby psychiczne

- promowanie przekazu „choroba psychiczna jest chorobą jak każda inna”

REALIZACJA

Wysokie standardy realizacji tych interwencji może zapewnić tylko przeszkolenie nauczycieli przez profesjonalnych trenerów / certyfikowanych psychoterapeutów.

Proponowany system szkolenia:

- szkolenie przygotowujące do prowadzenia programu profilaktyki /wczesnego wykrywania depresji/ interwencji szkolnych w przypadku ucznia z depresją trwa ok. 60 h dydaktycznych

Program szkolenia dotyczyć powinien:

- podstaw prawidłowej komunikacji z dziećmi i młodzieżą
- wzrostu wiedzy na temat depresji
- konstruktywnych sposobów rozwiązywania problemów w pracy z grupą
- praktycznego poznawania programu poprzez symulację zajęć w grupie i prowadzenie ich z uczniami pod okiem superwizora.

PIŚMIENNICTWO

Abramson LY, Alloy LB, Hankin BL, Haefffel GJ, MacCoon DG, Gibb BE. *Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context*. W: Gotlib IH, Hammen CL(red.), *Handbook of depression* New York: Guilford Press. 2002, 268-294

Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD. *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*. *Journal of Abnormal Psychology* 1978;87(1): 49-74.

Alloy LB, Abramson LY, Tashman NA, Berrebbi DS, Hogan ME, Whitehouse WG, Crossfield AG, MoroccoA. *Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Parenting, cognitive, and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression*. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 397-423.

Baron S, Field J, Schuller T. *Social capital. Critical Perspectives*, London Oxford University Press.2000

Baumeister R F, Vohs KD. *The pursuit of meaningfulness in life*. W: Snyder CR, Lopez SrJ (Eds.), *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press. Bering JM. 2002,608-618

Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press, New York 1976

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy for Depression*. Guilford Press, New York 1979

Belsher G, Wilkes TCR. *The key principles of adolescent cognitive therapy*. W: Wilkes TCR., Belsher G, Rush, AJ, Frank E (red.). *Cognitive therapy for depressed adolescents*. Guilford Press, New York 1994

Bidzińska E. *Czynniki stresowe w chorobach afektywnych*. *Psychiatria Polska* 1984; 17:469-475

Burgi-Radmanovi M. *Affective disorders in childhood and adolescence*. *Acta Medica Academica* 2011;40(1): 67-74

Cheung AH, Kozloff N, Sacks D. *Pediatric depression: An evidence-based update on treatment interventions*. *Current Psychiatry Reports* 2013; 15: 381

Clarke GN, Hawkins W, Murphy M, Sheeber LB, Lewinsohn PM, Seeley JR. *Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34:312-321

Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, et al. *A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents*. *Archives of General Psychiatry*. 2001;58:1127-1134

- David-Ferdon C, Kaslow N J. *Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 2008;37(1)
- de Beurs E, Comijs H, Twisk JR, Sonnenberg C, Beekman AT, Deeg D. *Stability and change of emotional functioning in late life: modelling of vulnerability profiles*, Journal of Affective Disorders, 2005, 84: 53-62
- Goodman SH, Gotlib IH. *Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A Developmental model for understanding mechanisms of transmission*. Psychological Review 1999;106, 458-490
- Horowitz J, Garber J. *The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A metaanalytic review*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2006;74(3): 401-415
- Jané-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. *Predictors of efficacy in depression prevention programmes*, British Journal of Psychiatry 2003; 183: 384-397
- Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman AT, Kluiters H, Ribbe MW. *Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study*. J Affect Disord 2004; 83(2-3):135-42
- Joorman J. *Hamowanie, ruminacja i regulacja nastroju w depresji*. W: RW Engle, G Sędek, U Von Hecker, DN McIntosh (red.), *Ograniczenia poznawcze. Starzenie się i psychopatologia*. Warszawa: Academica Wydawnictwo SWPS, Wydawnictwo Naukowe PWN 2006,295-333
- Kendall PC, Stark KD, Adam T. *Cognitive deficit of cognitive distortion in childhood depression*. „Journal of Abnormal Child Psychology“ 1990;18: 255-270
- Leitenberg H, Yost LW, Carroll-Wilson M (1986). *Negative cognitive errors in children: questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem and evaluation anxiety*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology“ 1986; 54: 528-536
- Mammen G, Faulkner G. *Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies*. American Journal of Preventive Medicine 2013; 45 (5): 649-657
- Metalsky GI, Halberstad LJ, Abramson LY. *Vulnerability to depressive mood reactions: Toward a more powerful test of the diathesis-stress and casual mediation components of the reformulated theory of depression*. Journal of Personality and Social Psychology 1987; 52:386-393
- Neimeyer R, Feixas G. *The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression*. Behaviour Therapy 1990; 21: 282-292
- Nolen-Hoeksema S. *The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms*. Journal of Abnormal Psychology 2000; 109:504-511

Okulicz-Kozaryn K, Borucka A, Pisarska A. *Stan promocji zdrowia psychicznego w Polsce na przykładzie województwa mazowieckiego*; [w:] Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K. (red.);: *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce, część druga*; Wydawnictwo Naukowe, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2010, 23-41

Rehm LP, Carter AS. *Cognitive components of depression*. W: Lewis M, Miller SM (red.), *Handbook of developmental psychopathology*. Plenum Press, New York.1990

Seligman ME, Rashid T, Park N. *Positive psychotherapy*. *American Psychologist* 2006;61(8): 774-788

Sheeber L, Sorenson E. *Family relationships of depressed adolescents: A multimethod assessment*. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998; 27: 268–277

Sin NL, Lyubomirsky S. *Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis*. *Journal of Clinical Psychology: In Session* 2009;65(5): 467-487

Stark K.D, Humphrey LL, Laurent J, Livingston R, Christopher J. *Cognitive, behavioral, and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993;6: 878–886

Stark KD, Schmidt K L, Joiner TE Jr. *Cognitive triad: Relationship to depressive symptoms, parents' cognitive triad, and perceived parental messages*. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1996;24: 615–631

Steunenberg B, Beekman AT, Deeg DJ, Kerkhof AJ. *Personality and the onset of depression in late life*. *J Affect Disord* 2006, 92(2-3):243-51

Suldo SM, Savage JA, Mercer S H. *Increasing middle school students' life satisfaction: Efficacy of a positive psychology group intervention*. *Journal of Happiness Studies* 2013,1-24

Watanabe N, Hunot V, Omoril M, Churchill R, Furukawa TA. *Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007;116(2): 84-95

Weersing VR, Brent DA. *Cognitive behavioral therapy for depression in youth*. *Child and adolescent Psychiatry Clinics of America* 2006; 15(4): 939-957.

Wood AM, Tarrier N. *Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice*. *Clinical Psychology Review* 2010; 30(7): 819-829

Yuen H K. *Impact of an altruistic activity on life satisfaction in institutionalized elders: a pilot study*. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics* 2002; 20: 125–135

Yuen H K, Huang P, Burik JK, Smith TG. Impact of participating in volunteer activities for residents living in long-term-care facilities. *American Journal of Occupational Therapy* 2008; 62: 71–76