

PROGRAM PROFILAKTYKI DEPRESJI DLA PIELEŃNIAREK SZKOLNYCH

INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII
W WARSZAWIE

I. SZKOŁY

Ze względu na ilość czasu, jaką dzieci i młodzież spędzają w szkole, rola personelu tych placówek w wychwytywaniu pierwszych niepokojących sygnałów w zachowaniu młodych osób jest nieoceniona. Teren szkoły i lekcje wychowawcze mogą zostać wykorzystane do prowadzenia profilaktyki selektywnej i wskazującej. Istotna jest tu konstruktywna współpraca wychowawcy / nauczyciela z psychologiem lub pedagogiem szkolnym oraz pielęgniarką szkolną i kierowanie przez nauczycieli osób z grupy ryzyka zaburzeń psychicznych po pomoc do specjalistów - w trybie szybszym i łatwiej dostępnym na terenie szkoły, zaś w miarę potrzeby - do specjalistów poza placówką. Wybrane metody interwencji na terenie szkoły zostaną przedstawione w dalszej części rozdziału.

Praca pielęgniarki szkolnej, psychologa czy pedagoga, zawodowo zajmujących się zdrowiem dzieci i młodzieży wymaga wielu umiejętności, m.in. w zakresie komunikacji, udzielania pomocy i wsparcia w sytuacjach trudnych lub kryzysowych. Praktyczne kwalifikacje z zakresu promocji zdrowia (zamiast wręczania edukacyjnych ulotek) mogą podnieść jakość pracy z młodzieżą i okazać się przydatne w tworzeniu systemu wsparcia dla podopiecznych i ich rodzin. Promocja zdrowia psychicznego, czyli upowszechnianie zdrowego stylu życia oraz zapobieganie jego zagrożeniom wśród młodzieży szkolnej są najtańszymi metodami zahamowania tendencji wzrostowej rozwoju chorób psychicznych.

Termin „promocja zdrowia psychicznego” jest hasłem zbyt ogólnikowym, żeby je dobrze zrozumieć (Okulicz-Kozaryn, Borucka, Pisarska 2010). Niedostateczna wiedza powoduje, że promocja ta kojarzona jest z działaniami na rzecz osób cierpiących na choroby lub zaburzenia psychiczne, a co za tym idzie - jest zawężana do pacjentów psychiatrycznych i ich rodzin, natomiast wobec zdrowych uczniów stosowana jest w niewystarczającym wymiarze. Dlatego niezwykle istotne jest edukowanie społeczeństwa, w tym dzieci i młodzieży, w zakresie pozytywnego (salutogenetycznego) rozumienia zagadnień zdrowia psychicznego, skoncentrowanego na zasobach odpornościowych, aktywnościach służących kondycji, sposobach radzenia sobie z problemami zdrowotnymi, korzystaniu z pomocy itp. Jest to proces umożliwiający uczniom zwiększenie kontroli nad zdrowiem i jego poprawę.

Idea tej promocji łączy się - po pierwsze - z budowaniem aktywnej postawy ucznia wobec własnego zdrowia i rozwojem umiejętności indywidualnych mu służących oraz - po drugie - z kształtowaniem środowiska na rzecz zdrowia (np. organizowaniem wsparcia emocjonalnego i warsztatów szkolących dla rodziców i opiekunów młodzieży szkolnej, promowanie zdrowego trybu życia przez całą placówkę). Istotne jest przy tym zwiększenie umiejętności praktycznych pielęgniarek szkolnych poprzez ich udział w szkoleniach, np. opartych o elementy terapii poznawczo-behawioralnej, prowadzonych przez wykwalifikowanych trenerów/psychoterapeutów.

II. ZIDENTYFIKOWANE BARIERY

- Ze względu na niedostateczną liczbę pielęgniarek zatrudnionych w szkołach, za tego rodzaju interwencje powinni odpowiadać również psycholodzy i pedagodzy szkolni.
- W sytuacji, gdy wyniki badań wskazują na brak skuteczności programów psychoedukacyjnych w zapobieganiu depresji u młodzieży, prowadzonych przez przeszkolonych nauczycieli, istnieje obawa, że tego rodzaju oddziaływania prowadzone przez pielęgniarki, które odbyły szkolenie również mogą być niewystarczająco skuteczne (Spence i wsp. 2003).
- Kilka grup autorów (Clarke i wsp.1995; Clarke i wsp. 2001, Gillham i wsp. 1995, Seligman 1999, 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.

III. ZADANIA

Proponowany do wdrożenia program zakłada podział zadań pielęgniarek, pedagogów i psychologów szkolnych na zdefiniowane fazy. Faza I, obejmująca działania z zakresu promocji zdrowia psychicznego poprzez podkreślanie roli zdrowego stylu życia, powinna być wdrażana w placówkach szkolnych codziennie – nie tylko w formie zajęć, lecz i aktywności pozalekcyjnych, przez bezpośredni kontakt z uczniem, pracę warsztatową, szereg inicjatyw urozmaicających lekcje, przekładających teoretyczne zalecenia na zastosowanie praktyczne. Nauka działań prozdrowotnych i wypracowanie wzorców zachowań zdrowego stylu życia stanowi niezbędny wymiar edukacyjny i dziedzinę wiedzy, której nauczanie należy praktykować w szkołach. Edukacja zdrowotna powinna być tak samo ważna jak nauczanie języków obcych czy matematyki. Istotne jest by właściwe postawy zawarte w fazie I przekazywać również rodzicom i opiekunom dzieci. W fazie II należy uważnie przyjrzeć się uczniom, ich sytuacji szkolnej i rodzinnej, by móc wyśledzić drobne lecz znaczące zmiany, które mogą świadczyć o rozwoju zaburzeń depresyjnych. Należy pamiętać, iż pewne czynniki występujące w środowisku rozwoju dziecka, wymienione w fazie II, zwiększają ryzyko zachorowania na depresję młodzieńczą. Kontynuacją jest faza III, obrazująca działania, które należy podjąć w razie obecności czynników ryzyka przy jednoczesnym zidentyfikowaniu braku depresji o nasileniu klinicznym, gdy nie występuje zagrożenia własnej osoby i / lub otoczenia, oraz nie ma innych zaburzeń psychicznych. W fazie IV, obejmującej profilaktykę wtórną u dzieci leczonych z powodu depresji, pozostających pod opieką specjalisty przedstawiono działania wspierające, możliwe do podjęcia z poziomu szkoły. Nie należy bagatelizować niepokojących sygnałów – każdorazowe uzasadnione podejrzenie wystąpienia depresji u ucznia wymaga podjęcia działań ze strony personelu szkolnego.

Do zadań pielęgniarek /pedagogów / psychologów szkolnych w ramach poszczególnych faz należeć powinny:

Faza I 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
3. Wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu oraz ograniczania tych niewłaściwych
 - korzystanie z komputera i telefonu w ograniczonym zakresie
4. Promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”
 - prawidłowe odżywianie
 - wystarczająca ilość snu
 - umiejętność relaksacji, „wyciszenia się” i odpoczynku
5. Propagowanie stylu życia i warunków środowiskowych wspierających zdrowie psychiczne, pozwalających jednostce na:
 - zaspokajanie potrzeb
 - realizację zadań rozwojowych
 - budowanie poczucia zaufania
 - nawiązywanie konstruktywnych więzi z innymi ludźmi
 - społeczną sieć wsparcia (rodzina, znajomi, przyjaciele) i zaufania
 - radzenie sobie z wymaganiami społecznymi
 - reagowanie na sytuacje trudne, stres i frustrację
 - unikanie etykietowania i sztywnego dysfunkcjonalnego myślenia
 - umiejętność ustalania celów życiowych
 - skuteczne zarządzanie planem dnia
 - zaangażowanie się w realizację ważnych zadań
 - pozytywny stosunek do samego siebie
 - optymistyczne myślenie
 - korzystanie z własnych zasobów, takich jak świadomość swoich dobrych cech i mocnych stron
 - czerpanie radości i satysfakcji z życia
 - zapobieganie zachowaniom ryzykownym oraz uzależnieniom poprzez budowanie systemu wartości i pozytywnych postaw
6. Przeciwdziałanie nietolerancji, wykluczeniu i dyskryminacji osób z problemami zdrowia psychicznego

Faza II Ocena przesiewowa

1. 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 i motywacji
- zaburzenia koncentracji
- wagary, trudności wychowawcze

2. Objawy depresji, które mogą w szkole pozostać niedostrzeżone bez rozmowy z dzieckiem

- smutek, poczucie winy i beznadziei
- niska ocena własnej wartości
- wrogość, drażliwość, niepokój
- płaczliwość
- niespecyficzne bóle i dolegliwości somatyczne
- zmiana sposobu jedzenia, rytmu snu i czuwania
- dysfunkcjonalne myśli i akty poznawcze (zostaną omówione w dalszej części rozdziału)
- niechęć do życia i myśli samobójcze

UWAGA: nawet w ciężkiej depresji zachowanie i nastrój mogą być zmienne - dziecko może być niegrzeczne, lecz czasami także pogodne.

3. Ocena środowiskowych czynników ryzyka

a) Sytuacja szkolna: trudności w nauce, bycie „kozłem ofiarnym” w klasie

b) Przemoc rówieśnicza

c) Trudności interpersonalne, ubogie kontakty z rówieśnikami lub ich brak

d) 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 wśród jej członków
- utrata rodzica, opuszczenie lub rzadki z nim kontakt
- przewlekła wrogość, brak poczucia bezpieczeństwa
- nieefektywne metody komunikacji w rodzinie, brak nastawienia na rozwiązywanie problemów
- sztywność przekonań dotyczących zmian – brak wiary w pozytywne efekty modyfikacji postaw i zachowań
- choroba przewlekła w rodzinie, w tym psychiczna
- trudności ekonomiczne. Nieefektywna współpraca ze szkołą

- postawa uniemożliwiająca dialog, rzadkie kontakty ze placówką
 - 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
4. Obecność zaburzeń współistniejących:
- nadużywanie alkoholu, substancji psychoaktywnych, leków uspokajających i nasennych
 - zaburzenia psychiczne lub zachowania
 - choroby somatyczne
5. Odmienna orientacja seksualna
6. Niepełnosprawność
7. Wykluczenie zagrożenia dla siebie i/lub otoczenia
8. Stosowanie testów przesiewowych dla zaburzeń depresyjnych (proponowane kwestionariusze zostały przedstawione w dalszej części rozdziału)
- umiejętność odpowiedniego uzasadnienia i zachęcenia ucznia do wypełnienia testu
 - zapewnienie ucznia o poufności wyników
 - uzyskanie jego zgody na wypełnienie dokumentu.

Faza III Działania podejmowane przy obecności czynników ryzyka i braku depresji o nasileniu klinicznym, zagrożenia dla siebie i/lub otoczenia oraz innych zaburzeń psychicznych

1. Nawiązanie kontaktu z dzieckiem
- a) Zasady komunikacji: empatia, życzliwość, poszanowanie praw ucznia, aktywne słuchanie, bez natychmiastowego dawania rad
 - b) Porozumiewanie się z elementami dialogu motywującego
 - c) W przypadku ucznia demonstrującego trudne emocje, wrogość, agresję, zniechęcenie, bezradność - komunikacja mająca na celu zrozumienie tych zachowań
 - d) Udzielenie wsparcia uczniowi
 - e) Wzmacnianie jego przekonania, że potrafi sobie poradzić z trudnościami
 - f) Uznanie tego, że sam się zgłosił po pomoc
 - g) Docenienie, że uczeń namówiony na rozmowę z pielęgniarką / psychologiem „otworzył się” i zaczął mówić o swoich problemach /trudnych dla siebie sprawach
2. Strategie postępowania
- a) Kontakty społeczne
 - unikanie izolacji – podkreślanie istoty wsparcia społecznego

- zachęcanie do różnego typu aktywności
 - w tym do działania na rzecz innych
- b) Zdrowy tryb życia
- aktywność fizyczna – bardzo ważny czynnik wpływający na nastrój
 - wzbudzanie i wzmacnianie motywacji do podejmowania zachowań dobrych dla zdrowia 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
3. Działania mające na celu rozwiązanie realnych problemów dziecka
- a) Interwencja w sytuacji przemocy szkolnej
 - b) Podjęcie działania jeśli w rodzinie pojawia się przemoc lub inne nieprawidłowości
 - c) Pomoc w przypadku trudności w nauce
 - d) Skierowanie ucznia do specjalistycznych ośrodków leczenia, bądź placówek interwencji kryzysowych.

Faza IV Profilaktyka wtórna - dziecko leczone z powodu depresji, pozostaje pod opieką specjalisty

1. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa - szkoła/pielęgniarka szkolna jako bezpieczne środowisko
 - a) Zagwarantowanie prywatności podczas rozmów z dzieckiem
 - b) Zachowanie zasady poufności
2. Współpraca z rodziną z poszanowaniem wszystkich jej członków i - w miarę możliwości - z systemem opieki zdrowotnej
 - a) W razie potrzeby skierowanie rodziny na terapię rodzinną
3. Psychoedukacja
 - a) Objawy, przyczyny zaburzeń depresyjnych
 - b) Czas trwania depresji, okres zdrowienia
 - c) Podkreślanie istoty wsparcia społecznego i znaczenia bliskich relacji z innymi ludźmi
 - d) Unikanie udzielania rad, sugerowania rozwiązań
 - e) Elementy dialogu motywującego
 - f) Edukacja prozdrowotna
 - g) Zapobieganie wystąpieniu destrukcyjnych nawyków (np. uzależnień) dzięki kształtowaniu postaw i wartości

4. Wspieranie dziecka w procesie zdrowienia

a) Kontakty społeczne

- unikanie izolacji – podkreślanie istoty wsparcia społecznego
- zachęcanie do różnego typu aktywności
- w tym do działania na rzecz innych

b) Zdrowy tryb życia

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

c) Promowanie nawiązywania i utrzymywania relacji „na żywo”

- prawidłowe odżywianie
- wystarczająca ilość snu
- umiejętność relaksacji, „wyciszania się” i odpoczynku

d) Powrót do aktywności szkolnych w tym do nauki

- w miarę możliwości dostosowanie programu i wymagań do obecnych możliwości dziecka

5. Działania mające na celu rozwiązanie realnych problemów młodego człowieka

a) Interwencja w sytuacji przemocy szkolnej

b) Podjęcie działania jeśli w rodzinie pojawia się przemoc lub inne nieprawidłowości

c) Udzielenie pomocy jeśli pojawią się trudności w nauce

d) Skierowanie ucznia do specjalistycznych ośrodków leczenia, bądź placówek interwencji kryzysowych, a jeśli już z takowych korzysta

e) Współpraca ze specjalistami spoza szkoły

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

a) Promowanie przekazu „choroba psychiczna jest chorobą jak każda inna”

Jednym z zadań pielęgniarki szkolnej jest ocena zagrożenia dla zdrowia i życia chorego oraz analiza stanu emocjonalnego dziecka (NICE CG28, NICE CG16). Pomocne w tej ocenie narzędzia psychometryczne zostały omówione we wcześniejszej części rozdziału.

W razie stwierdzenia, że zagrożenie jest duże młody człowiek powinien być skierowany do szpitala. Jeżeli ryzyko powtórzenia się niebezpiecznych dla pacjenta zachowań autoagresywnych jest poważne, należy zapewnić mu bezpieczne warunki transportu do szpitala. W praktyce oznacza to albo wezwanie pogotowia ratunkowego albo zlecenie rodzicom pilnowania młodej osoby i bezzwłocznego zawiezienia jej do szpitala. Rodzice zwykle są w stanie pełnić właściwie i sumiennie rolę opiekunów. Warto jednak pamiętać, że odpowiedzialność za odstąpienie od wezwania pogotowia ratunkowego ponosi placówka szkolna.

Kolejną możliwością – jeżeli objawy psychopatologiczne są wyraźne, lecz uczeń nie stanowi dla siebie lub otoczenia bezpośredniego zagrożenia, a jednocześnie realne możliwości wsparcia lub pracy z nim wykraczają poza kompetencje pielęgniarki/ psychologa/ pedagoga szkolnego – jest skierowanie dziecka do psychiatry w trybie pilnym. Rozwiązanie to, choć logiczne, często trudno zastosować w związku z brakiem wolnych terminów w poradniach zdrowia psychicznego. Tym niemniej obowiązkiem tego typu poradni jest zapewnienie dziecku pilnej konsultacji w sytuacjach nagłych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Powierzchowne samookaleczenia (np. zadrapania na przedramionach), bez towarzyszących myśli i zamiarów samobójczych, oraz współwystępujących zaburzeń afektywnych lub psychotycznych zazwyczaj nie są wskazaniem do hospitalizacji, jednak należy dziecko skierować planowo do psychologa i/lub psychiatry. Z jego opiekunami powinno się omówić możliwe sposoby udzielenia wsparcia. W sytuacji pogorszenia stanu psychicznego ucznia należy im przekazać dane teled adresowe odpowiednich ośrodków, a także poinformować o możliwościach uzyskania pomocy przez pozostałych członków rodziny.

PIŚMIENNICTWO

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

Gillham J, Reivich K, Jaycox L, Seligman M. *Prevention of Depressive Symptoms in Schoolchildren: Two-Year Follow-Up.* PSYCHOL SCI 1995; 6: 343-351

National Institute of Health and Care Excellence, Guideline CG28, 2015

National Institute of Health and Care Excellence, Guideline CG16, 2004

Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., Pisarska A.(2010): *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 II, Wydawnictwo Naukowe, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa: 23-41

Seligman MEP, Schulman P, DeRubeis RJ, Hollon SD. *The prevention of depression and anxiety.* Prev Treat. 1999;2:1–24.

Shochet IM, Dadds MR, Holland D, Whitefield K, Harnett PH, Osgarby SM. *The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression.* Journal of Clinical Child Psychology 2001,30(3): 303-315

Spence SH, Sheffield JK, Donovan CL. *Preventing adolescent depression: An evaluation of the problem solving for life program.* J Consult Clin Psychol. 2003;71:3–13

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135