

CZĘŚĆ IX

Zdrowie psychiczne

1. Psychologia zdrowia · 711

Luba Ślósarz, Iwona Mazur, Świętosława Sremcevic

- 1.1. Wstęp · 711
- 1.2. Psychologia zdrowia – zakres pojęciowy · 713
 - 1.2.1. Definicja psychologii zdrowia · 713
 - 1.2.2. Geneza pojęcia · 713
 - 1.2.3. Główne obszary zainteresowań w psychologii zdrowia · 714
 - 1.2.4. Zakres działania praktycznego · 714
 - 1.2.5. Psychologia zdrowia a inne dziedziny · 715
- 1.3. Zakres psychologii zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej · 716
 - 1.3.1. Rozwój psychofizyczny i jego wpływ na zdrowie · 716
 - 1.3.1.1. Analiza etapów rozwoju somatycznego, emocjonalnego i poznawczego dzieci oraz młodzieży · 716
 - 1.3.2. Rola stylów wychowawczych w kształtowaniu nawyków zdrowotnych · 717
 - 1.3.3. Znaczenie więzi emocjonalnej i komunikacji rodzinnej · 717
 - 1.3.4. Wpływ choroby przewlekłej dziecka na funkcjonowanie całej rodziny · 717
- 1.4. Wpływ szkoły i rówieśników na zachowania zdrowotne · 718
 - 1.4.1. Rola nauczycieli jako modeli zdrowych zachowań · 718
 - 1.4.2. Wpływ presji rówieśniczej i przemocy szkolnej · 718
 - 1.4.3. Znaczenie programów profilaktycznych i edukacji zdrowotnej · 719
- 1.5. Rola psychologa w zespole interdyscyplinarnym · 719
- 1.6. Modele zachowań prozdrowotnych · 719
 - 1.6.1. Model przekonań zdrowotnych · 720
 - 1.6.2. Teoria planowanego zachowania · 720
 - 1.6.3. Model transteoretyczny · 720
 - 1.6.4. Model zachowań zdrowotnych · 720
 - 1.6.5. Biopsychospołeczny model zdrowia · 721
 - 1.6.6. Teoria samoregulacji · 721
 - 1.6.7. Model stresu Lazarusa i Folkman – transakcyjna teoria stresu · 721
 - 1.6.8. Model salutogenetyczny · 721
- 1.7. Wiedza o zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży · 722
- 1.8. Definicja i zakres pojęciowy zdrowia psychicznego · 722
- 1.9. Czynniki wpływające na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży · 723
- 1.10. Rozpoznawanie sygnałów ostrzegawczych świadczących o trudnościach psychicznych · 725

- 1.11. Wybrane problemy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży – depresja, zaburzenia lękowe, zachowania autodestrukcyjne (samookaleczania i samobójstwa) · 727
 - 1.11.1. Depresja w okresie dzieciństwa i adolescencji · 727
 - 1.11.1.1. Wiedza o depresji w pracy z dziećmi i nastolatkami · 729
 - 1.11.1.2. Leczenie depresji · 729
 - 1.11.2. Zaburzenia lękowe okresu dzieciństwa i adolescencji · 730
 - 1.11.2.1. Rodzaje zaburzeń lękowych · 731
 - 1.11.2.2. Terapia · 732
 - 1.11.3. Zachowania autodestrukcyjne · 732
 - 1.11.3.1. Samookaleczania · 733
 - 1.11.4. Samobójstwa wśród dzieci i młodzieży w Polsce i Europie · 735
 - 1.11.4.1. Skala zjawiska · 735
 - 1.11.4.2. Czynniki ryzyka i sygnały ostrzegawcze · 737
 - 1.11.4.3. Rola nauczyciela i szkoły · 738
- Piśmiennictwo · 740

2. Techniki radzenia sobie ze stresem i emocjami · 743

Luba Ślósarz, Świętosława Sremcevic

- 2.1. Wstęp · 743
- 2.2. Stres – zakres pojęciowy oraz sposoby radzenia sobie ze stresem · 743
 - 2.2.1. Definicja stresu · 743
 - 2.2.2. Skutki długotrwałego stresu · 744
 - 2.2.3. Znaczenie psychologii stresu · 745
 - 2.2.3.1. Fazy stresu · 745
 - 2.2.3.2. Perspektywa ewolucyjna · 745
 - 2.2.4. Mechanizmy radzenia sobie ze stresem · 746
 - 2.2.5. Sposoby radzenia sobie ze stresem u dzieci i młodzieży · 747
 - 2.2.5.1. Rutyna i struktura dnia · 747
 - 2.2.5.2. Rozmowa i wsparcie emocjonalne · 747
 - 2.2.5.3. Aktywność fizyczna · 747
 - 2.2.5.4. Wsparcie społeczne · 748
 - 2.2.5.5. Prawidłowa dieta · 748
 - 2.2.5.6. Techniki poznawczo-behawioralne · 748
 - 2.2.5.7. Techniki relaksacyjne · 750
 - 2.2.5.8. Trening z zakresu inteligencji emocjonalnej · 752
 - 2.2.5.9. Trening umiejętności społecznych · 752
 - 2.2.5.10. Rozwijanie zainteresowań i pasji · 752
 - 2.2.5.11. Wsparcie duchowe i wartości · 753
 - 2.2.5.12. Trening odporności psychicznej (siła rezyliencji) · 753
 - 2.2.5.13. Nuda a kreatywność · 754
 - 2.2.5.14. Ograniczenie bodźców cyfrowych · 754

2.3.	Emocje – zakres pojęciowy i funkcje	756
2.3.1.	Emocja – podstawowe cechy, znaczenie uprawomocniania	756
2.3.2.	Emocja wstydu u dzieci i nastolatków	757
2.3.3.	Radzenie sobie z silnymi emocjami	757
2.3.3.1.	Umiejętności TIPP	757
2.3.3.2.	Odwracanie uwagi za pomocą umiejętności mądrego umysłu – ACCEPTS	758
2.3.3.3.	Samoukojenie za pomocą 6 zmysłów	759
2.3.3.4.	Poprawianie chwili – IMPROVE (<i>improve the moment</i>)	759
2.3.3.5.	Za i przeciw	760
2.3.4.	Zniekształcenia poznawcze	761
	Piśmiennictwo	764

Psychologia zdrowia

Luba Ślósarz¹, Iwona Mazur², Świętosława Sremcevic^{3,4}

¹ Zakład Humanistycznych Nauk o Zdrowiu, Studium Nauk Humanistycznych i Społecznych, Uniwersytet im. Piastów Śląskich we Wrocławiu; ² Wydział Zarządzania i Finansów, Zespół Zdrowia Publicznego, Uniwersytet WSB Merito we Wrocławiu; ³ Wydział Profilaktyki i Zdrowia, Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu; ⁴ Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego im. Polskich Olimpijczyków we Wrocławiu

1.1. Wstęp

Psychologia zdrowia jako stosunkowo młoda dziedzina psychologii zyskała szczególne znaczenie w drugiej połowie XX w. w odpowiedzi na zmieniające się potrzeby społeczne oraz rosnące zainteresowanie związkiem pomiędzy zdrowiem fizycznym a czynnikami psychologicznymi i społecznymi. Do niedawna tradycyjnie zdrowie było pojmowane jako brak choroby, jednak współcześnie notuje się zmianę podejścia. Definicja Światowej Organizacji Zdrowia podkreśla pojęcie wielowymiarowości zdrowia, obejmujące aspekty somatyczne, jak i psychiczne oraz społeczne życia człowieka, akcentując dobrostan psychofizyczny.¹

Szczególną uwagę w ramach psychologii zdrowia poświęca się dzieciom i młodzieży jako grupie najbardziej podatnej na oddziaływanie zarówno pozytywnych, jak i negatywnych czynników zdrowotnych. Okres dzieciństwa i adolescencji to czas intensywnego rozwoju biologicznego, psychicznego i społecznego, a także kształtowanie się nawyków zdrowotnych, które mogą być podtrzymane w dorosłym życiu.² Jednocześnie jest to etap życia związany ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń emocjonalnych, trudności w relacjach rówieśniczych, presji szkolnej i rodzinnej oraz pierwszych kontaktów ze środkami psychoaktywnymi.³

Zgodnie z podstawą programową kształcenia ogólnego edukacja zdrowotna znajduje swoje miejsce zarówno w przedmiotach przyrodniczych, wychowaniu fizycznym, jak i w edukacji wychowawczej i obywatelskiej. Do kluczowych celów należą m.in.:

- kształtowanie dojrzałości emocjonalnej, rozumianej jako zdolność rozpoznawania i nazywania uczuć i emocji, radzenie sobie z porażką;
- rozwijanie kompetencji społecznych, które pozwalają podejmować odpowiedzialne decyzje i unikać zachowań ryzykownych;
- wzmacnianie odpowiedzialności za zdrowie własne i innych;
- rozwijanie umiejętności dokonywania wyborów sprzyjających zdrowiu;

- przygotowanie do życia w społeczeństwie poprzez rozwijanie postawy asertywności wobec presji rówieśniczej oraz umiejętności odmawiania w sytuacji zagrożenia;
- zapobieganie zachowaniom destrukcyjnym poprzez edukację na temat skutków uzależnień i metod wsparcia;
- kształtowanie postawy empatycznej w kontaktach interpersonalnych;
- wdrażanie zdrowego stylu życia;
- umacnianie tożsamości oraz kształtowanie postawy obywatelskiej i etycznej.⁴

Obszary interwencji w psychologii zdrowia dzieci i młodzieży:

- interwencje systemowe w zakresie zdrowia psychicznego, potrzeba wdrożenia profilaktyki zdrowia psychicznego na poziomie całych szkół, z udziałem psychologów, psychoterapeutów, doradców i supervisorów^{5,6};
- edukacja emocjonalna i rozwój kompetencji intrapersonalnych i interpersonalnych poprzez warsztaty i szkolenia z regulacji emocji, uważności i komunikacji⁷;
- wpływ cyfryzacji i przeciążenia informacyjnego na negatywny stan psychiczny dzieci i młodzieży szkolnej.⁸

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children; międzynarodowe Badania nad Zachowaniami Zdrowotnymi Młodzieży Szkolnej prowadzone we współpracy z Biurem Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia

W rankingu HBSC polskie nastolatki plasowały się na 43. miejscu spośród 45 krajów pod względem samooceny, z najwyższym wskaźnikiem postrzegania własnego ciała. Wskaźnik dziewcząt, które uważały się „za grube” wzrastał z wiekiem: 39% (11 lat), 49% (13 lat), 52% (15 lat). Wraz z upływem lat spada poziom zadowolenia z życia i subiektywnego poczucia zdrowia, szczególnie u dziewcząt. Badacze notowali istotną zależność między społecznym wsparciem rodziny i otoczenia szkolnego a poziomem samooceny – spadek wsparcia negatywnie wpływa na samoocenę wraz z wiekiem. Istnieje znaczący trend: pogorszenie zdrowia psychicznego i dobrostanu oraz zwiększona liczba objawów somatycznych występują zdecydowanie częściej u dziewcząt i starszych nastolatków.^{9,10}

W związku z powyższym rola psychologii zdrowia w kontekście dzieci i młodzieży szkolnej polega nie tylko na profilaktyce i wspieraniu zdrowego stylu życia, ale również na zrozumieniu mechanizmów psychologicznych wpływających na zdrowie oraz tworzeniu systemowych rozwiązań promujących dobrostan psychiczny i fizyczny. Warto zauważyć, że tradycyjne środowisko szkolne – wraz z jego strukturą, dyscypliną i jasno określonymi rolami – może odgrywać kluczową rolę w promowaniu zdrowia i wartości wychowawczych, o ile zostanie właściwie wykorzystane.³

1.2. Psychologia zdrowia – zakres pojęciowy

1.2.1. Definicja psychologii zdrowia

Psychologia zdrowia to dziedzina psychologii, która koncentruje się na zrozumieniu, w jaki sposób różnorodne czynniki psychologiczne (takie jak myśli, emocje czy motywacje) oraz społeczne (np. relacje społeczne, wsparcie społeczne, normy kulturowe) wpływają na stan zdrowia fizycznego, rozwój i przebieg choroby oraz proces zdrowienia.¹¹

Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży skupia się na profilaktyce, interwencji i promocji zdrowia, pomagając dzieciom i młodzieży radzić sobie ze stresem, chorobami i trudnościami emocjonalnymi. Zajmuje się wspieraniem dobrostanu fizycznego i psychicznego młodych osób od wczesnego dzieciństwa po okres dojrzewania. Ważnym elementem pracy psychologów i pedagogów szkolnych w tym obszarze są interwencje terapeutyczne, których celem jest udzielenie skutecznej pomocy dzieciom i młodzieży zmagającym się z różnorodnymi trudnościami emocjonalnymi, zaburzeniami psychosomatycznymi czy obniżonym nastrojem. Pełni istotną rolę w profilaktyce i promocji zdrowia poprzez działania edukacyjne i wychowawcze. Dzięki tym działaniom zachęca dzieci i młodzież do podejmowania świadomych i korzystnych dla zdrowia decyzji, zwłaszcza w kwestii dotyczących odżywiania, aktywności fizycznej, unikania środków psychoaktywnych czy radzenia sobie ze stresem. Dzieci i młodzież to szczególnie wrażliwa grupa z racji kształtującej się osobowości i tożsamości. Psychologia zdrowia sprzyja nie tylko leczeniu, ale głównie całościowemu rozwojowi i wzmacnianiu odporności psychicznej.¹²

1.2.2. Geneza pojęcia

Psychologia zdrowia powstała na przełomie lat 70. i 80. XX w. jako odpowiedź na dominację biomedycznego modelu zdrowia. Biomedyczny model przez długi czas dominował w medycynie i naukach o zdrowiu. Skupiał się niemal wyłącznie na biologicznych i fizjologicznych przyczynach chorób, traktując człowieka jak maszynę, którą można „naprawić”. Pomijał szerszy kontekst życia pacjenta, nie biorąc pod uwagę psychiki, emocji, relacji społecznych, środowiska społecznego, stylu życia i zachowań zdrowotnych. Specjaliści psychologii zdrowia zaczęli dostrzegać, że ów kontekst ma ogromny wpływ na pojawienie się chorób, ich przebieg oraz proces zdrowienia. Na fali krytyki modelu biomedycznego narodziła się psychologia zdrowia.¹³

Psychologia zdrowia rozwinęła się jako gałąź zastosowania psychologii ogólnej, integrująca wiedzę z medycyny, socjologii i nauk o zdrowiu. W miarę

rozwoju zaczęto traktować psychologię zdrowia jako uzupełnienie klasycznej medycyny i jako samodzielną interdyscyplinarną gałąź psychologii stosowanej, łączącej wiedzę z różnych dziedzin: medycyny (np. psychiatrii czy pediatrii), psychologii ogólnej (poznawczej, psychologii emocji i motywacji czy psychologii różnic indywidualnych) oraz socjologii (np. wpływ grup społecznych, normy kulturowe i społeczne).²

1.2.3. Główne obszary zainteresowań w psychologii zdrowia

Obejmują szereg zagadnień, które koncentrują się na zrozumieniu, w jaki sposób funkcjonowanie jednostki wpływa na jej stan zdrowia, zachowania prozdrowotne oraz proces leczenia.

Psychologiczne mechanizmy wpływające na zachowania zdrowotne (np. palenie papierosów, używanie środków psychoaktywnych, prawidłowa dieta, odpowiednia ilość snu, aktywność fizyczna) – w tym kontekście analizowane są takie czynniki, jak: motywacja, postawa wobec zdrowia i choroby, poczucie własnej skuteczności czy wpływ otoczenia społecznego oraz umiejętność odraczania gratyfikacji.¹⁴

Wpływ stresu i sposobów radzenia sobie z nim na układ odpornościowy i choroby somatyczne – długotrwały lub silny stres może prowadzić do osłabienia odporności, zwiększając podatność na infekcje czy zaburzenia układu trawienego. Strategie radzenia sobie ze stresem (wsparcie społeczne, techniki relaksacyjne) pomagają zredukować negatywny wpływ stresu na zdrowie oraz wspierać osoby znajdujące się w trudnej życiowo sytuacji.¹⁵

Procesy poznawcze i emocjonalne towarzyszące chorobie, leczeniu i rekonwalescencji – w tym kontekście psychologia zdrowia zajmuje się tym, jak pacjenci postrzegają swoją chorobę, jakie emocje jej towarzyszą (np. lęk, złość, gniew, smutek, nadzieja).¹⁶

Promocja zdrowia i profilaktyka chorób poprzez interwencje psychologiczne – w tym zakresie psychologia zdrowia podejmuje działania edukacyjne, prewencyjne i terapeutyczne, których głównym zadaniem jest zmniejszenie ryzyka występowania chorób, wspieranie zdrowych nawyków oraz poprawa jakości życia. Może to obejmować prowadzenie warsztatów radzenia sobie ze stresem, programów unikania zażywania środków psychoaktywnych, kampanii społecznych promujących aktywność fizyczną czy indywidualne wsparcie psychologiczne dla osób zagrożonych chorobami cywilizacyjnymi.¹⁷

1.2.4. Zakres działania praktycznego

Edukacja zdrowotna i zmiana zachowań ryzykownych – działania te obejmują edukację na temat szkodliwości palenia tytoniu, nadmiernego spożywania

alkoholu, niezdrowej diety, braku aktywności fizycznej i ryzykownego korzystania z mediów społecznościowych.²

Wspieranie pacjentów przewlekle chorych w radzeniu sobie z chorobą – psychologia zdrowia oferuje wsparcie w zakresie radzenia sobie ze stresem, lękiem i depresją, adaptacją do zmieniającej się sytuacji oraz przejściu przez fazy żałoby po otrzymaniu diagnozy choroby. Działania te obejmują terapię indywidualną i grupową, treningi umiejętności radzenia sobie ze stresem, wsparcie emocjonalne oraz pomoc w strategii samoopieki.²

Pomoc w adaptacji do życia z niepełnosprawnością lub przewlekłą dolegliwością – przewlekła dolegliwość i niepełnosprawność mogą prowadzić do utraty kontroli, izolacji społecznej oraz obniżenia jakości życia. Psychologia zdrowia wspiera osoby będące w kryzysie adaptacyjnym do nowych warunków życia, pomagając im w akceptacji zmian, budowaniu poczucia własnej wartości oraz rozwijaniu umiejętności radzenia sobie z trudnościami. Działania te obejmują terapię indywidualną i grupową, wsparcie emocjonalne, psychoedukację w zakresie samoopieki oraz pomoc w reintegracji społecznej i zawodowej. Celem jest poprawa jakości życia oraz umożliwienie osobom z niepełnosprawnościami pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.²

Praca z personelem medycznym – przeciwdziałanie wypaleniowi zawodowemu i poprawa komunikacji. Psychologia zdrowia oferuje wsparcie dla personelu medycznego i terapeutycznego w zakresie radzenia sobie ze stresem, zapobiegania wypaleniowi zawodowemu oraz poprawy komunikacji interpersonalnej. Działania te obejmują warsztaty, szkolenia, coaching oraz indywidualne sesje terapeutyczne, mające na celu poprawę dobrostanu psychicznego i emocjonalnego pracowników oraz efektywności zespołów medycznych i terapeutycznych. Celem jest stworzenie zdrowego i wspierającego środowiska pracy, co przekłada się na lepszą jakość opieki nad pacjentami.¹⁸

1.2.5. Psychologia zdrowia a inne dziedziny

Psychologia zdrowia różni się od psychologii klinicznej, która jest skupiona głównie na zaburzeniach psychicznych. Choć psychologia zdrowia ma wiele wspólnego z innymi dziedzinami, takimi jak medycyna psychosomatyczna czy zdrowie publiczne, to jednak różni się od nich zakresem zainteresowań i podejściem badawczym. Z medycyną psychosomatyczną łączy ją przekonanie o istotnej roli psychiki w powstawaniu chorób somatycznych. Psychologia zdrowia kładzie większy nacisk na procesy poznawcze, emocjonalne i behawioralne.¹⁹ Jest komplementarna wobec medycyny psychosomatycznej i zdrowia publicznego.

Psychologia zdrowia stanowi most między psychologią i medycyną, integrując wiedzę z obu dziedzin w celu lepszego zrozumienia mechanizmów zdrowia i choroby oraz wspierania jednostek w osiągnięciu dobrostanu psychofizycznego.¹⁹

1.3. Zakres psychologii zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej

1.3.1. Rozwój psychofizyczny i jego wpływ na zdrowie

Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej bada, w jaki sposób rozwój somatyczny, emocjonalny i poznawczy wpływa na zachowania zdrowotne oraz ogólny stan zdrowia młodych ludzi. Rozwój psychofizyczny jest procesem dynamicznym, w którym czynniki biologiczne, psychiczne i społeczne wzajemnie się przenikają, kształtując postawę i zachowania prozdrowotne.²

1.3.1.1. Analiza etapów rozwoju somatycznego, emocjonalnego i poznawczego dzieci oraz młodzieży

Rozwój somatyczny odnosi się do zmian w strukturze i funkcjonowaniu ciała, takich jak wzrost, rozwój układów ciała, sprawności motorycznej oraz zmian hormonalnych. W okresie adolescencji zachodzą intensywne zmiany fizyczne, które mogą wpływać na samoocenę i postrzeganie własnego ciała. Rozwój emocjonalny dotyczy rozpoznawania, rozumienia i regulowania własnych emocji oraz reagowania na emocje innych osób. W okresie dzieciństwa i adolescencji młodzi ludzie uczą się zarządzać swoimi emocjami, co jest kluczowe dla zdrowia psychicznego. Na przykład umiejętność radzenia sobie z emocjami i stresem szkolnym, relacje z rówieśnikami czy presją społeczną wpływa na ogólne samopoczucie i zachowania zdrowotne. Rozwój poznawczy odnosi się do myślenia, uczenia się, rozumienia, pamięci, podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów. W okresie szkolnym młodzi ludzie rozwijają zdolność abstrakcyjnego myślenia, planowania i samodzielnego uczenia się. Te umiejętności są bardzo ważne dla podejmowanych decyzji, takich jak np. wybór odpowiedniej diety, aktywności fizycznej czy unikanie ryzykownych zachowań.²⁰

Zależność między rozwojem biologicznym a zachowaniami zdrowotnymi – rozwój biologiczny wpływa na zdolność młodych ludzi do podejmowania zdrowych zachowań. Na przykład, zmiany hormonalne w okresie dojrzewania mogą wpływać na nastrój, poziom energii oraz motywację do podejmowania aktywności fizycznej, z kolei rozwój układu nerwowego wpływa na zdolność koncentracji, podejmowania decyzji oraz radzenia sobie ze stresem, co ma bezpośredni wpływ na dobrostan psychofizyczny.²⁰

Znaczenie czynników genetycznych i temperamentalnych w kształtowaniu postaw prozdrowotnych

Indywidualne cechy temperamentu, takie jak poziom aktywności, impulsywność czy wrażliwość emocjonalna, mogą wpływać na sposób reagowania na stres, podejmowanie ryzykownych zachowań, zdolność podejmowania decyzji czy nawiązywania zdrowych relacji interpersonalnych. Na przykład dzieci o wyższym poziomie impulsywności mogą być narażone na podejmowanie ryzykownych zachowań, takich jak palenie tytoniu, picie alkoholu czy stosowanie innych środków psychoaktywnych.²⁰

1.3.2. Rola stylów wychowawczych w kształtowaniu nawyków zdrowotnych

Styl wychowawczy rodziców ma kluczowe znaczenie w kształtowaniu postaw zdrowotnych dzieci. Rodzice cechujący się bezpiecznym stylem wychowawczym pełnią rolę modeli do naśladowania, a ich zachowanie, zasady postępowania i wyznawane wartości wpływają na wybory zdrowotne młodszych członków rodziny. Na przykład, rodzice promujący aktywność fizyczną, czytelnictwo czy zdrowe odżywianie zwiększają prawdopodobieństwo, że ich dzieci będą kontynuować te nawyki w dorosłym życiu. Z kolei rodzice stosujący autorytarny styl wychowawczy mogą ograniczać autonomię dziecka, co może prowadzić do oporu wobec prozdrowotnych zaleceń.²¹

1.3.3. Znaczenie więzi emocjonalnej i komunikacji rodzinnej

Silna więź emocjonalna między dzieckiem a rodzicami stanowi fundament zdrowia psychicznego i fizycznego młodego człowieka. Bezpieczna więź przyczynia się do rozwoju poczucia własnej wartości, umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz zdolności do nawiązywania zdrowych relacji interpersonalnych. Otwartość w komunikacji rodzinnej pozwala na wyrażanie emocji, dzielenie się obawami oraz wspólne rozwiązywanie problemów. Rodzina, która regularnie rozmawia o zdrowiu, emocjach i potrzebach, która regularnie jada wspólne posiłki, jest lepiej przygotowana do radzenia sobie z trudnościami w zdrowiu psychicznym.²¹

1.3.4. Wpływ choroby przewlekłej dziecka na funkcjonowanie całej rodziny

Przewlekła choroba dziecka stanowi wyzwanie nie tylko dla małego pacjenta, ale również dla całej rodziny. Zmienia się codzienna rutyna, pojawiają się nowe

obowiązki, a także emocjonalne i finansowe obciążenia. Rodzice często muszą przeorganizować swoje życie zawodowe i prywatne, aby sprostać wymaganiom opieki nad chorym dzieckiem. Może to prowadzić do stresu, wypalenia zawodowego oraz napięć w relacjach małżeńskich. Ważne jest, aby rodzina wspierała się nawzajem, utrzymywała otwartą komunikację i szukała pomocy z zewnątrz, jeśli to konieczne. Rodzeństwo dziecka przewlekłe chorego również może doświadczyć trudności. Często czuje się zaniedbane, zazdrosne lub obciążone dodatkowymi obowiązkami. Ważne jest, aby rodzice dostrzegali potrzeby dzieci zdrowych, zapewniali im uwagę i wsparcie, a także angażowali je w proces opieki nad chorym rodzeństwem w sposób adekwatny do ich wieku i możliwości.²¹

1.4. Wpływ szkoły i rówieśników na zachowania zdrowotne

1.4.1. Rola nauczycieli jako modeli zdrowych zachowań

Nauczyciele pełnią kluczową rolę w kształtowaniu postaw zdrowotnych uczniów, będąc dla nich wzorem do naśladowania. Ich sposób reagowania na stres, konflikty czy codzienne wyzwania wpływa na młodych ludzi, ucząc ich radzenia sobie z emocjami w sposób konstruktywny. Przykładowo nauczyciele, którzy okazują empatię i zrozumienie, pomagają uczniom rozwijać pozytywne postawy i umiejętności społeczne. Ponadto nauczyciele są często pierwszymi osobami, które zauważają niepokojące zachowania ucznia i mogą zainicjować działania mające na celu udzielenie mu odpowiedniej pomocy psychologicznej. Tworzenie bezpiecznej i wspierającej atmosfery w szkole, w której uczniowie czują się zrozumiani i akceptowani, jest bardzo ważne w zapobieganiu ryzykownym zachowaniom.²²

1.4.2. Wpływ presji rówieśniczej i przemocy szkolnej

Rówieśnicy mają ogromny wpływ na zachowania zdrowotne młodych ludzi, ich samoocenę i poczucie własnej wartości. Presja rówieśnicza może prowadzić do podejmowania ryzykownych zachowań, takich jak palenie tytoniu, picie alkoholu czy stosowanie środków psychoaktywnych. Z kolei doświadczenie przemocy szkolnej, zarówno fizycznej, jak i psychicznej, może prowadzić do poważnych problemów emocjonalnych i psychicznych, takich jak depresja, zaburzenia lękowe czy zaburzenia snu. Ważne jest, aby szkoła podejmowała działania mające na celu przeciwdziałanie przemocy i wspieranie uczniów w radzeniu sobie z presją rówieśniczą.²²

1.4.3. Znaczenie programów profilaktycznych i edukacji zdrowotnej

Programy profilaktyczne i edukacja zdrowotna odgrywają w szkole bardzo ważną rolę w kształtowaniu zdrowych nawyków wśród uczniów. Działania takie jak wspólne posiłki, festyny rodzinne czy konkursy wiedzy dotyczącej zdrowia pomagają zwiększyć świadomość uczniów na temat zdrowego stylu życia. Edukacja zdrowotna w szkole skupia się na promowaniu aktywnego stylu życia, obejmując zagadnienia związane z prawidłowym odżywianiem, fizyczną aktywnością, pierwszą pomocą oraz zasadami bezpieczeństwa. Regularne podejmowanie tych działań przy pełnym wsparciu ze strony społeczności szkolnej sprzyja tworzeniu zdrowego i bezpiecznego środowiska dla dzieci i młodzieży szkolnej.²²

1.5. Rola psychologa w zespole interdyscyplinarnym

Psycholog pełni funkcję integratora – łączy perspektywę psychologiczną z medyczną, wspólnie określając cele opieki nad uczniem. Pomaga harmonizować podejścia różnych specjalistów, tworząc spójny plan działania, który uwzględnia dobrostan psychiczny i fizyczny dzieci i młodzieży. Psycholog inicjuje skuteczne komunikowanie się w obrębie zespołu, promując atmosferę zaufania, otwartości i wzajemnego szacunku. Tworzy przestrzeń dla swobodnego dzielenia się informacjami, uwagami i obawami, co przekłada się na lepsze decyzje i bezpieczeństwo uczniów. W ramach swojego obszaru działania dokonuje oceny funkcjonalnej (emocji, zachowań, kompetencji poznawczych) oraz interweniuje w sytuacjach kryzysowych. Psycholog opracowuje i wdraża interwencje oparte na dowodach (motywacyjne wywiady, treningi radzenia sobie ze stresem, zmiana nawyków), które pomogą uczniom przestrzegać zaleceń lekarskich, poprawiać dietę, aktywność fizyczną i redukować stres. Psycholog działa również jako edukator i konsultant dla nauczycieli i pedagogów szkolnych. Pomaga w refleksji nad konkretnym przypadkiem, wspiera tworzenie atmosfery empatii i asertywności. Proponuje cele terapii oraz sugeruje indywidualne strategie interwencji, opierając się na dowodach naukowych. Dzięki temu opieka nad uczniami staje się bardziej spersonalizowana i skuteczna.²³

1.6. Modele zachowań prozdrowotnych

Modele zachowań prozdrowotnych opisują, w jaki sposób ludzie podejmują działania związane ze zdrowiem, zarówno pozytywne (prozdrowotne), jak i negatywne (ryzykowne dla zdrowia). Są one przydatne w zrozumieniu, profilaktyce i promowaniu zdrowego stylu życia wśród dzieci i młodzieży. Modele zachowań prozdrowotnych są osadzone w badaniach psychologicznych i wykazują skuteczność

w przewidywaniu i wspieraniu zmian prozdrowotnych. Programy profilaktyczne oparte na modelach uczą dzieci i młodzież planowania (np. określenia celów żywieniowych), monitorowania zachowań i rozwijania skuteczności działania. Ułatwiają planowanie działania według etapów zmiany i ich ewaluację. Wzmacniają wiarę młodych ludzi we własne możliwości i uczą samoregulacji. Uznają wpływ środowiska szkolnego, rówieśników i rodziny w procesie zmiany. Programy profilaktyczne oparte na modelach zachowań prozdrowotnych osiągają lepsze i trwalsze efekty w zmianie zachowań zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży.²

1.6.1. Model przekonań zdrowotnych

HBM – ang. *health belief model*; model przekonań zdrowotnych

Model przekonań zdrowotnych (HBM) zakłada, że zachowanie zdrowotne zależy od przekonań jednostki o podatności na chorobę, jej powadze, korzyściach z działania i barierach przed działaniem. Zachowanie jednostki zależy od postrzeganego ryzyka i korzyści, jakie jednostka wiąże z działaniem prozdrowotnym. Pomaga zrozumieć, jak młodzi ludzie postrzegają korzyści vs ograniczenia zdrowych zachowań.²⁴

1.6.2. Teoria planowanego zachowania

TPB – ang. *theory of planned behaviour*; teoria planowanego zachowania

Teoria planowanego zachowania (TPB) zakłada, że intencje i działania zależą od postaw, norm subiektywnych i postrzeganej kontroli nad zachowaniem. Im intencje silniejsze, tym zachowanie prozdrowotne jest częściej obserwowane. Pozwala przyjrzeć się wpływowi postaw, norm społecznych oraz poczucia kontroli na intencje i zachowania dzieci i młodzieży.²⁵

1.6.3. Model transteoretyczny

TTM – ang. *transtheoretical model*; model transteoretyczny

Model transteoretyczny (TTM) opisuje zmiany zachowań zdrowotnych jako proces przechodzenia przez etapy: prekontemplacja, kontemplacja, przygotowanie, działanie i utrzymanie. Często stosowany w interwencjach dotyczących rzucania palenia, planowania diety itp. Pozwala dostosować interwencję do momentu, w którym jest młoda osoba, poczynając od rozważania zmiany aż po jej utrzymanie w codziennym życiu.²⁶

1.6.4. Model zachowań zdrowotnych

HAPA – ang. *health action process approach*; model zachowań zdrowotnych

Model zachowań zdrowotnych (HAPA) dzieli zmianę zachowań zdrowotnych na fazę motywacyjną (intencję) i fazę realizacyjną (działanie), podkreśla rolę samoskuteczności oraz planowania działania i radzenia sobie. Model ten oferuje strategię rozwijania i wzmacniania poprzez małe kroki i sukcesy.²⁷

1.6.5. Biopsychospołeczny model zdrowia

Zakłada, że zdrowie i choroba są wynikiem interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Stanowi podstawę współczesnej medycyny psychosomatycznej.²⁸

1.6.6. Teoria samoregulacji

Teoria samoregulacji (ang. *common sense model of illness self-regulation*) skupia się na tym, jak ludzie tworzą poznawcze i emocjonalne reprezentacje choroby, co wpływa na ich zachowania prozdrowotne. Wiara we własne możliwości i skuteczność jest mocnym motorem działań.²⁹

1.6.7. Model stresu Lazarusa i Folkman – transakcyjna teoria stresu

Stres to efekt interakcji jednostki ze środowiskiem i subiektywnej oceny sytuacji jako przekraczającej zasoby jednostki. Skupia się na ocenie stresora i sposobach radzenia sobie z nim, podkreślając znaczenie indywidualnych interpretacji sytuacji.¹⁵

1.6.8. Model salutogenetyczny

Poczucie koherencji to koncepcja Aarona Antonovsky'ego, opisująca zdolność jednostki do postrzegania świata jako spójnego, przewidywalnego i sensownego,³⁰ na którą składają się 3 komponenty:

- **zrozumiałość** – stopień, w jakim jednostka postrzega bodźce ze środowiska jako logiczne, uporządkowane i przewidywalne; dzieci z wysokim poziomem zrozumiałości łatwiej adaptują się do szkolnych wymagań i zmian w środowisku³¹;
- **zaradność** – dotyczy poczucia, że dysponuje się wystarczającymi zasobami (wewnętrznymi i zewnętrznymi), aby poradzić sobie z wymaganiami życia; u młodzieży przejawia się to np. w umiejętności radzenia sobie z presją rówieśniczą i szkolną³²;
- **sensowność** – przekonanie, że życie ma sens, a wyzwania są warte zaangażowania; u dzieci i młodzieży rozwija się poprzez relacje z bliskimi oraz możliwość wyrażania siebie, np. poprzez zabawę, twórczość, naukę; dzieci, które odczuwają sens w codziennych działaniach, wykazują większą motywację do nauki i rozwoju.³³

Poczucie koherencji zaczyna kształtować się już we wczesnym dzieciństwie i jest silnie zależne od środowiska rodzinnego, wychowawczego i edukacyjnego. Stabilność emocjonalna, rytuały rodzinne, przewidywalność dnia oraz spójna komunikacja sprzyjają budowie wysokiego poziomu SOC. Im silniejsze poczucie koherencji w młodości, tym lepsze zdrowie psychiczne i fizyczne

SOC – ang. *sense of coherence*; poczucie koherencji

w dorosłości. Poczucie koherencji można wzmacniać i rozwijać na każdym etapie życia poprzez pozytywne doświadczenia, takie jak poradzenie sobie w trudnej sytuacji, sprostanie stawianym wymaganiom i osiągnięcie założonego celu. Należy dostosować poziom trudności danego zadania do własnych umiejętności i kompetencji. Należy rozwijać troskę o autonomię własnego funkcjonowania, ustalać najważniejsze zasady, którymi chcemy kierować się w życiu. Nie bez znaczenia jest utrzymywanie dobrych relacji ze środowiskiem społecznym.³⁴

1.7. Wiedza o zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży

W dzisiejszych czasach, kiedy tempo życia rośnie, a dzieci i młodzież stają przed coraz to nowymi wyzwaniami zdrowie psychiczne staje się tematem o kluczowym znaczeniu.³⁵ Nauczyciele często są pierwszymi dorosłymi, którzy dostrzegają zmiany w zachowaniu czy samopoczuciu swoich uczniów, dlatego zrozumienie tego, czym jest zdrowie psychiczne w kontekście rozwojowym dzieci i nastolatków, jest absolutnie fundamentalne.

Zdrowie psychiczne jest równie ważne jak zdrowie fizyczne – szczególnie w okresie dzieciństwa i dojrzewania, kiedy kształtują się podstawy tożsamości, emocjonalności i relacji społecznych. Dziecko, które czuje się bezpieczne, akceptowane i rozumiane, ma większą szansę na prawidłowy rozwój oraz osiągnięcie sukcesów edukacyjnych i społecznych.

Szkółą jako środowisko codziennego funkcjonowania dziecka odgrywa kluczową rolę w rozpoznawaniu wczesnych oznak trudności psychicznych oraz w tworzeniu atmosfery wspierającej dobrostan uczniów. Nauczyciel nie jest terapeutą, ale często to właśnie on jako pierwszy zauważa zmiany w zachowaniu dziecka, które mogą świadczyć o kryzysie lub zaburzeniach zdrowia psychicznego.

1.8. Definicja i zakres pojęciowy zdrowia psychicznego

Zdrowie psychiczne według WHO to stan dobrostanu, w którym jednostka:

- zdaje sobie sprawę z własnych możliwości,
- radzi sobie z normalnymi stresami życia,
- może pracować produktywnie i owocnie,
- jest zdolna do wnoszenia wkładu w życie swojej społeczności.³⁶

W przypadku dzieci i młodzieży oznacza to zdolność do tworzenia relacji, nauki, rozwoju emocjonalnego i społecznego oraz radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami w sposób adekwatny do wieku. Zdrowie psychiczne to znacznie więcej niż tylko brak choroby psychicznej. To stan **pełnego dobrostanu psychicznego, emocjonalnego i społecznego**, który pozwala młodym ludziom rozwijać swój potencjał, radzić sobie ze stresem, efektywnie pracować (czyli uczyć się) oraz wносить wkład w życie swojej społeczności. U dzieci i młodzieży ten dobrostan jest dynamiczny i ewoluuje wraz z wiekiem, odzwierciedlając ich rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny.

Ważne jest, aby pamiętać, że **każde dziecko i nastolatek doświadcza trudności, a ich zdolność do radzenia sobie z nimi jest częścią zdrowego rozwoju**.

Nie jest możliwe ustalenie uniwersalnych norm zdrowia psychicznego. Konieczne jest uwzględnienie okresu historycznego, warunków społeczno-ustrojowych i kulturowych, grupy społecznej czy wreszcie etapu ewolucyjnego. Naruszenie norm życia społecznego nie jest chorobą psychiczną. Zdrowie psychiczne powinno być rozpatrywane w związku z poziomem rozwoju osobniczego (inne kryteria dla 10-latka, inne dla osoby 40-letniej i inne dla 80-latka) oraz w powiązaniu z normami życia w grupie. Za normę jednak można uznać taki rozwój intelektu, który umożliwia przystosowanie do zmieniających się warunków życia oraz taki rozwój uczuć moralnych, etycznych, humanitarnych, rodzinnych i społecznych, który umożliwia realizację własnych potrzeb i celów w harmonii z innymi jednostkami i życiem społecznym.

Różnica między przejściowymi trudnościami a zaburzeniami psychicznymi

Nie każde trudne zachowanie ucznia świadczy o problemie psychicznym. Dzieci i młodzież przeżywają emocje intensywnie i w sposób zmienny – to naturalny element rozwoju. Problematyczne staje się to wtedy, gdy zachowania: są długotrwałe (utrzymują się tygodniami), nasilają się oraz zakłócają codzienne funkcjonowanie dziecka (np. utrudniają naukę, relacje z rówieśnikami, zaburzają sen czy apetyt).

1.9. Czynniki wpływające na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży

Na zdrowie psychiczne młodych ludzi wpływa wiele wzajemnie ze sobą powiązanych **czynników**:

- **czynniki biologiczne** – genetyka, funkcjonowanie mózgu, ogólny stan zdrowia fizycznego, np. pewne predyspozycje genetyczne mogą zwiększać ryzyko

wystąpienia zaburzeń lękowych czy depresji, choć nie determinują ich rozwoju;

- **czynniki psychologiczne** – temperament, umiejętności radzenia sobie ze stresem (tzw. *coping*), poczucie własnej wartości, zdolność do regulowania emocji; dziecko z wysoką samooceną i rozwiniętymi mechanizmami radzenia sobie z trudnościami będzie inaczej reagować na wyzwania niż to, które zмага się z niską pewnością siebie;
- **czynniki społeczne** – relacje z rodziną (wspierające czy dysfunkcyjne), rówieśnikami (wsparcie czy przemoc), status społeczno-ekonomiczny rodziny, poczucie przynależności do grupy; silne więzi rodzinne i pozytywne relacje z rówieśnikami działają jak bufor ochronny;
- **czynniki środowiskowe** – bezpieczeństwo w miejscu zamieszkania, dostęp do zasobów edukacyjnych i opieki zdrowotnej, a także stabilność społeczna i ekonomiczna; niesprzyjające warunki środowiskowe mogą znacząco obciążać psychikę młodego człowieka.

Kolejnym podziałem czynników wpływających na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży jest podział na czynniki ryzyka i czynniki ochronne.

Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych:

- stresujące wydarzenia (rozwód rodziców, śmierć bliskiej osoby, trauma, przemoc),
- trudne warunki socjalne (ubóstwo, brak wsparcia emocjonalnego),
- choroby przewlekłe,
- zaburzenia neurorozwojowe (np. ADHD, spektrum autyzmu),
- niska samoocena, problemy w relacjach z rówieśnikami.^{37,38}

Czynniki ochronne:

- wspierająca rodzina i dobre relacje z dorosłymi,
- pozytywne relacje rówieśnicze,
- dobre warunki edukacyjne,
- rozwijanie umiejętności radzenia sobie z emocjami,
- poczucie przynależności i akceptacji w grupie.^{37,38}

W tym kontekście **rola szkoły** w promowaniu i wspieraniu zdrowia psychicznego jest nie do przecenienia. Szkoła jest bardzo dobrym miejscem realizacji uniwersalnych programów promujących dobrostan i zdrowie psychiczne. Rozwijanie umiejętności związanych z odpornością psychiczną jest zawsze przydatne i ważne dla młodych ludzi, a rolą nauczyciela jest pomoc w tym procesie.³⁹ Szkoła to nie tylko miejsce zdobywania wiedzy, ale także kluczowe środowisko społeczne, w którym dzieci i młodzież spędzają znaczną część swojego życia. Młodzi ludzie w okresie dorastania mają możliwość uczenia się różnych umiejętności i strategii pozwalających zrozumieć siebie, swoją rodzinę, przyszłość swoją i swojej społeczności.³⁹

ADHD – ang. *attention deficit hyperactivity disorder*; zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

Nauczyciele jako osoby blisko związane z uczniami mają wyjątkową okazję do:

- budowania bezpiecznego i wspierającego środowiska, w którym uczniowie czują się akceptowani i szanowani;
- rozwijania umiejętności społeczno-emocjonalnych u uczniów, takich jak empatia, radzenie sobie z emocjami, rozwiązywanie konfliktów;
- wczesnego rozpoznawania sygnałów świadczących o trudnościach psychicznych i odpowiedniego reagowania;
- współpracy z rodzicami i specjalistami, tworząc spójny system wsparcia dla ucznia.

Zrozumienie tych podstaw pozwoli lepiej odnajdywać się w złożonym świecie emocji i zachowań, a tym samym efektywniej wspierać młodego człowieka w drodze do zdrowego i szczęśliwego życia.

1.10. Rozpoznawanie sygnałów ostrzegawczych świadczących o trudnościach psychicznych

Wczesne rozpoznanie trudności psychicznych u dzieci i młodzieży jest kluczowe dla skutecznego wsparcia. Objawy mogą być subtelne i niespecyficzne, dlatego nauczyciele – jako osoby mające regularny kontakt z uczniami – odgrywają ważną rolę w ich identyfikacji.

Przykładowe sygnały ostrzegawcze:

- zmiany w zachowaniu – nagłe wycofanie się z kontaktów społecznych, agresja, drażliwość, płaczliwość, buntowniczność;
- trudności w koncentracji i spadek wyników w nauce mimo wcześniejszych osiągnięć;
- zaburzenia snu i apetytu – chroniczne zmęczenie, zasypianie na lekcjach, nagły spadek lub wzrost masy ciała;
- objawy somatyczne – bóle głowy, brzucha, bez wyraźnych przyczyn medycznych;
- unikanie szkoły – częste nieobecności, symulowanie chorób, lęk przed sprawdzianami lub relacjami rówieśniczymi;
- wyrażanie negatywnych myśli o sobie – niska samoocena, słowne komunikaty o bezsensowności życia, poczucie winy, wstyd.^{10,38}

Szczególnie alarmujące są wypowiedzi dotyczące samookaleczeń, myśli samobójczych lub próby samobójcze – wymagają one natychmiastowej interwencji i zgłoszenia do odpowiednich służb.

Możliwe formy wsparcia i kierunki reagowania w środowisku szkolnym

W przypadku zauważenia niepokojących zmian w zachowaniu ucznia ważne jest, aby nauczyciel wiedział, jak odpowiednio zareagować. Choć nie jest specjalistą zdrowia psychicznego, jego postawa i pierwsze działania mogą znacząco wpłynąć na dalszy przebieg wsparcia. Ważne jest, aby w sytuacjach budzących niepokój nauczyciel reagował uważnie, z empatią oraz podejmował współpracę z zespołem specjalistów, dbając o dobro i bezpieczeństwo dziecka.

Co może zrobić nauczyciel?

Obserwacja i dokumentacja zachowań ucznia – pomocna przy rozmowie z rodzicami i specjalistami.

Rozmowa wspierająca – spokojna, pozbawiona ocen, oparta na empatii („Widzę, że coś cię martwi...”, „Zauważyłem, że ostatnio jesteś smutny...”).

Zgłoszenie problemu wychowawcy, pedagogowi, psychologowi szkolnemu lub dyrekcji – nauczyciel nie działa sam.

Informowanie rodziców/opiekunów prawnych z zachowaniem taktownego języka i troski.

Dostosowanie wymagań edukacyjnych do stanu emocjonalnego ucznia (np. odroczenie sprawdzianu, pozwolenie na krótką przerwę).

Współpraca ze specjalistami

Psycholog szkolny i pedagog – pierwsze ogniwo wsparcia specjalistycznego.

Poradnia psychologiczno-pedagogiczna – diagnoza, terapia, opinie i orzeczenia.

Centra zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – wsparcie środowiskowe i specjalistyczne (np. psychoterapia, interwencja kryzysowa).^{40,41}

1.11. Wybrane problemy zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży – depresja, zaburzenia lękowe, zachowania autodestrukcyjne (samookaleczania i samobójstwa)

Zarówno dane z literatury naukowej, jak i obserwacje kliniczne wskazują, że do najczęstszych problemów psychicznych w okresie dzieciństwa i dojrzewania należą: depresja, zaburzenia lękowe oraz zachowania autodestrukcyjne. Zgodnie z raportem z 2021 r. 9 mln nastolatków w Europie (w wieku 10–19 lat) żyje z zaburzeniem psychicznym. Depresja i zaburzenia lękowe to ponad połowa przypadków.⁴²

1.11.1. Depresja w okresie dzieciństwa i adolescencji

Depresja jest zaburzeniem, które może wystąpić na każdym etapie życia – również w dzieciństwie i adolescencji. Objawy mogą różnić się w zależności od wieku dziecka oraz zawansowania choroby, natomiast w każdym wieku wpływ zaburzenia na codzienne funkcjonowanie jest zazwyczaj znaczący.

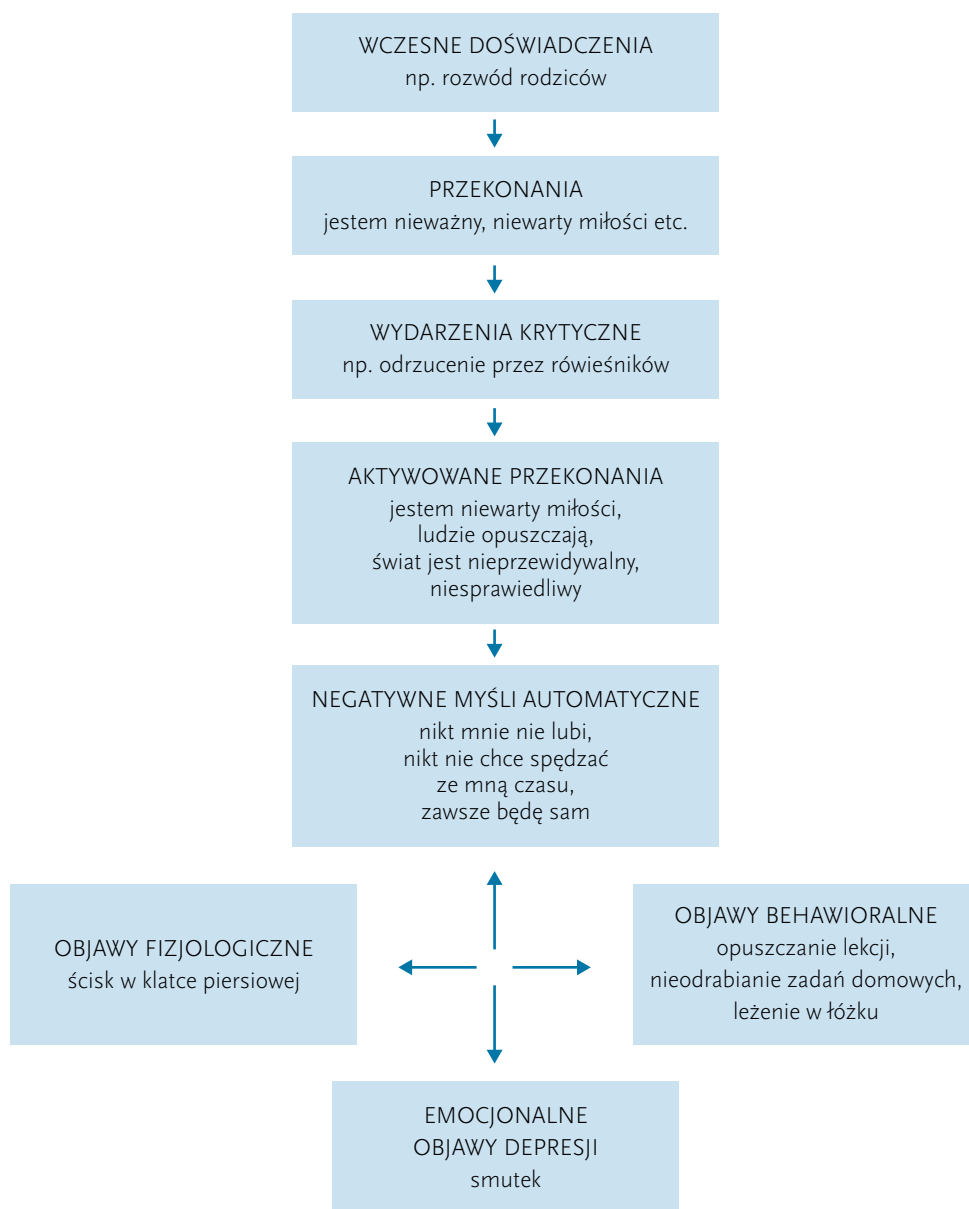
Jednym z pierwszych opisów depresji u małych dzieci był przypadek **depresji anaklitycznej**, przedstawiony przez René Spitz w 1946 r. Autor obserwował niemowlęta, które przez dłuższy czas były rozdzielone z matkami – z powodu hospitalizacji lub pobytu w sierocińcu.⁴³ Zaobserwował, że długotrwała separacja od matki prowadziła do pojawienia się objawów przypominających depresję dorosłych, nawet u bardzo małych dzieci. Zaburzenie to charakteryzowało się spowolnieniem rozwoju psychoruchowego oraz objawami, takimi jak: apatia, smutek, uporczywy płacz, wycofanie, zniechęcenie.⁴³ Opis ten pokazuje, że depresja u dzieci może pojawić się również bez konieczności świadomej (poznawczej) interpretacji straty, co sugeruje istotną rolę mechanizmów biologicznych w etiologii tego zaburzenia.

Im starsze dziecko, tym historia uczenia się i czynniki poznawcze będą odgrywały większą rolę. Depresja jest wyjaśniana przez wiele modeli teoretycznych, które uwzględniają zarówno czynniki biologiczne, poznawcze, behawioralne, jak i środowiskowe.

Klasycznym poznawczym modelem jest model Becka.⁴⁴ Beck opracował model depresji, w którym kluczową rolę odgrywa tzw. triada poznawcza: negatywne przekonania o sobie, świecie i przyszłości (rycina IX.1.1). U osób z depresją obserwuje się zniekształcenia poznawcze oraz automatyczne myśli, które są aktywowane przez krytyczne wydarzenie mające charakter straty. Przekonania kształtują się we wczesnym dzieciństwie w wyniku doświadczanych wydarzeń oraz pod wpływem osób znaczących. W przypadku depresji istotnym doświadczeniem kształtującym nieadaptacyjne przekonania są doświadczenia związane z odczuwaną stratą.⁴⁵

Rycina IX.1.1. Model depresji Becka

Opracowano na podstawie:
Popiel A, Pragłowska E.
*Psychoterapia poznawczo-
-behawioralna. Teoria i praktyka.*
Warszawa: Paradygmat; 2008:38.



Innym ważnym modelem jest **model wyuczonej bezradności**. Seligman wykazał, że brak kontroli nad nieprzyjemnymi zdarzeniami może prowadzić do poczucia bezradności i rezygnacji, co zwiększa podatność na depresję.^{46,47} Osoba wkłada duży wysiłek, który nie prowadzi do oczekiwanych rezultatów, co powoduje, że z czasem rezygnuje. Model ten powstał na podstawie eksperymentów ze zwierzętami i został zaadaptowany do wyjaśniania mechanizmów depresji u ludzi.

Model depresji beznadziejności Abramson, Metalsky'ego i Alloy (1989) integruje wyuczoną bezradność z pesymistycznym stylem wyjaśniania.⁴⁸ Zgodnie z tym modelem depresja rozwija się u osób, które negatywne zdarzenia interpretują jako wynik wewnętrznych, stałych i globalnych atrybucji (przyczyn), co prowadzi do utraty nadziei na poprawę sytuacji.

Ważnym modelem w kontekście rozumienia depresji jest także **behawioralny model Lewinsohna**, który zakłada, że depresja jest wynikiem spadku liczby pozytywnych wzmocnień w otoczeniu.^{49,50} Gdy osoba nie doświadcza satysfakcjonujących nagród społecznych czy emocjonalnych, wycofuje się z aktywności, co prowadzi do pogłębienia depresji.

Ostatni z wybranych modeli – **model diatezy stresu** – integruje biologiczne predyspozycje (diatezę) z doświadczeniami stresowymi.⁵¹ Zakłada, że depresja rozwija się, gdy podatność jednostki spotyka się z silnym stresem życiowym. Osoby z wysoką podatnością biologiczną potrzebują mniejszego stresora, by rozwinąć objawy depresji.

1.11.1.1. Wiedza o depresji w pracy z dziećmi i nastolatkami

Ważne, by omówić z nastolatkami najważniejsze mity dotyczące depresji. Przykład takich komunikatów można odnaleźć m.in. w programie UPRIGHT. Autorzy zwracają uwagę na to, że:

- depresja i smutek to nie to samo; smutek to emocja – przemijające odczucie, natomiast depresja to stan obniżonego nastroju trwający dłużej niż 2 tyg.;
- depresja jest chorobą, która dotyka ludzi niezależnie od ich wieku i okoliczności (również dzieci i młodzież!);
- depresja nie jest chorobą słabych;
- depresję i zaburzenia lękowe można leczyć;
- to nie prawda, że „prawdziwi” mężczyźni nie płaczą, wszyscy ludzie mają prawo do wyrażania swoich emocji i bycia smutnym;
- NIE wystarczy „ogarnąć się”, aby wyjść z depresji; jeśli masz depresję, potrzebujesz profesjonalnego wsparcia od psychiatry i psychologa.³⁹

1.11.1.2. Leczenie depresji

Najbardziej skutecznym postępowaniem w leczeniu depresji jest połączenie farmakoterapii z psychoterapią. Nieraz po wizycie u psychiatry i rozpoczęciu farmakoterapii rodzice przestają myśleć o poszukiwaniu dodatkowych form wsparcia.

Ważne, by pamiętać: psychiatra zajmuje się łagodzeniem objawów w celu polepszenia funkcjonowania. Psychoterapeuta zajmuje się polepszeniem funkcjonowania, po którym następuje łagodzenie objawów.

Dlatego tak ważne jest, by rozpocząć psychoterapię u dziecka z depresją. Praca na sesjach terapeutycznych w nurcie CBT obejmuje: pracę ze zniekształceniami

Program UPRIGHT – nadrzędnym celem programu jest promowanie dobrostanu psychicznego oraz zapobieganie powstawaniu zaburzeń psychicznych poprzez zwiększenie odporności psychicznej młodzieży dzięki zintegrowanemu podejściu obejmującemu nastolatków (w wieku 12–14 lat), ich rodziny oraz nauczycieli i pracowników szkół

CBT – ang. *cognitive behavioral therapy*; terapia poznawczo-behawioralna

poznawczymi, modyfikacją nieadaptacyjnych przekonań kluczowych (w przypadku nastolatków i dorosłych) oraz aktywizację poznawczo-behawioralną.⁴⁵ Osoby, które mają depresję, często czują się zmęczone i rezygnują z dotychczasowych aktywności. Często nie widzą sensu nawet w wykonywaniu czynności związanych z higieną albo innych rzeczy, które do tej pory wykonywały w sposób rutynowy. Wycofywanie się z aktywności w celu odpoczynku (leżenie w łóżku) powoduje, że osoba nie odpoczywa, tylko staje się jeszcze bardziej zmęczona. Ważne, by zaktywizować takie osoby, przywrócić zachowania, które sprawiały przyjemność.

1.11.2. Zaburzenia lękowe okresu dzieciństwa i adolescencji

Zaburzenia lękowe należą do najczęstszych problemów psychicznych wśród dzieci i nastolatków. Ich objawy mogą się pojawić już we wczesnym dzieciństwie i – jeśli nieleczone – często utrzymują się w dorosłości. Lęk u dzieci może być reakcją adaptacyjną, ale jeśli staje się przewlekły, nadmierny i zakłóca codzienne funkcjonowanie, mówimy o zaburzeniu lękowym. Najczęstsze postaci to: GAD, fobia społeczna, zaburzenie lękowe separacyjne, lęk paniczny oraz fobie specyficzne.⁵²

GAD – ang. *generalized anxiety disorder*; lęk uogólniony

Objawy zaburzeń lękowych

- nadwrażliwość,
- strach niemający związku z rzeczywistym zagrożeniem,
- ogólne poczucie nieudolności,
- zaburzenie snu,
- lęk przed szkołą.⁵⁸

Przyczyny

- łatwe uwarunkowanie się na bodźce awersyjne ze względu na wrażliwość konstytucjonalną dzieci lękliwych;
- wczesnie przebyte choroby, wypadki, utraty powodujące ból i cierpienie;
- nadmiernie lękowi i nadopiekuńczy rodzice;
- obojętność rodziców;
- czynniki społeczno-środowiskowe;
- wczesne doświadczenia utraty kontroli nad negatywnymi czynnikami środowiskowymi.⁵³

1.11.2.1. Rodzaje zaburzeń lękowych

Zaburzenia lękowe różnią się ze względu na treść oraz intensywność przeżywania. Poniżej krótko scharakteryzowano najczęściej spotykane.

Fobia społeczna – osoba boi się przede wszystkim oceny innych osób. Podczas kontaktu z innymi skupia się na tym, czy objawy lęku są widoczne (zamiast na treści wypowiedzi), co sprawia, że jeszcze bardziej stresuje się sytuacją. Osoba, która ma fobię społeczną, unika przebywania wśród ludzi, od których może się spodziewać oceniania. Unikanie będzie tym silniejsze, im bardziej znacząca jest opinia danych osób.⁵⁴

Zaburzenia lękowe z napadami paniki – osoba zauważa u siebie objawy fizyczne (np. kołatanie serca, przyspieszone oddychanie, ścisk w klatce piersiowej) i interpretuje je jako oznakę, że coś za chwilę stanie się z jej zdrowiem (zemdleje, będzie miała zawał, zabraknie jej powietrza, umrze), co powoduje, że objawy się nasilają.⁵⁴

Hipochondria (lęk o zdrowie) – osoba boi się o swoje zdrowie, ale w dłuższej perspektywie niż w przypadku ataku paniki. Taka osoba każdy objaw interpretuje jako oznakę poważnej choroby, np. ból głowy jako rak mózgu, wysypka jak czerniak itd. Taka osoba będzie chciała robić częste badania (albo ich unikać), poszukiwać otuchy, zamartwiać się.⁵⁴

Uogólnione zaburzenie lękowe – osoba ma wiele obszarów zamartwiania się, martwi się codziennością, tym, co za chwilę się wydarzy. Zamartwianie się może traktować jako strategię „Jeśli będę się martwić, będę przygotowana”. Albo jak coś, czego musi unikać: „Boję się, że jak będę tak się martwić, to zwariuję”. To powoduje, że może się zamartwiać tym, że się martwi (meta-zamartwianie się).⁵⁴

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne – istotą tego zaburzenia są **obsesje** (niechciane, niezgodne z Ja, intruzywne myśli) oraz **kompulsje** (zachowania, które pozwalają osobie na chwilę uspokoić się, zredukować lęk). Na przykład osoba boi się, że przez nią coś się stanie w mieszkaniu (obsesja), w związku z tym wielokrotnie wraca, by sprawdzić, czy wszystkiego dopilnowała (kompulsja).⁵⁴

Lękowe zaburzenia separacyjne – skrajny lęk przed rozłąką z osobą, do której dziecko jest najbardziej przywiązane (np. z matką) i z najbliższym otoczeniem. Zaburzenie to może występować również w okresie adolescencji i dorosłości, jednak najczęściej obserwowane jest u młodszych dzieci. Dziecko mocno reaguje na zapowiedź rozłąki albo rozłąkę z osobą bliską. Mogą się pojawić również objawy psychosomatyczne: ból brzucha, wymioty, biegunka.⁵³

Mutyzm wybiórczy – jest to zaburzenie lękowe, które charakteryzuje się niemożnością mówienia w specyficznych sytuacjach społecznych. Dziecko milczy, mimo że ma potrzebę mówienia i w pełni rozumie mowę. Często rozmawia w domu, ale nie wypowiada się w szkole, przedszkolu lub przy obcych.⁵³

1.11.2.2. Terapia

Metodą z wyboru w leczeniu zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży jest terapia poznawczo-behawioralna. Ten nurt posiada dowody naukowe potwierdzające jego skuteczność. Terapia skupia się na rozpoznaniu i modyfikowaniu niekształceń poznawczych, nauce radzenia sobie z lękiem, rozwoju umiejętności społecznych i strategii relaksacyjnych. U dzieci stosuje się elementy gry, metafor, pracy z emocjami, natomiast u nastolatków – podejście bardziej zbliżone do pracy z dorosłymi. Ważną rolę odgrywa również praca z rodziną – edukacja rodziców, wspieranie zmiany stylu reagowania opiekunów.⁵²

Ważne, by zwrócić uwagę na poznawcze aspekty lęku. Lęk będzie tym większy, im bardziej prawdopodobne wydaje się nam wydarzenie, jak mocne są przewidywane konsekwencje oraz jak małe są własne zasoby i postrzegane wsparcie od innych (rycina IX.1.2).

Rycina IX.1.2.

Poznawczy model lęku
wywodzący się z teorii
Lazarusa i Folkmana

Opracowano na podstawie:
Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Nowy Jork: Springer; 1984; Popiel A, Pragłowska E. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*. Wydanie II rozszerzone. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2022:97.

$$\text{Lęk} = \frac{\text{postrzegane prawdopodobieństwo przewidywanego niebezpieczeństwa} \times \text{postrzegane koszty/dotkliwość przewidywanego niebezpieczeństwa}}{\text{postrzegana możliwość poradzenia sobie} + \text{postrzegana możliwość uzyskania pomocy}}$$

Podstawową strategią, dzięki której osoba próbuje radzić sobie z lękiem, jest unikanie (poznawcze i/lub behawioralne). Terapia polega na tym, by zredukować unikanie. Osoba musi się przekonać, że lęk nie wzrasta w nieskończoność, a później musi wielokrotnie powtórzyć ekspozycję, by doszło do procesu habituacji – przyzwyczajania się do lęku. W przypadku dzieci bardzo pomocne jest stosowanie metod *in vivo* (ekspozycji na realne sytuacje życiowe), stopniowanych według ich siły wzbudzania lęku.

1.11.3. Zachowania autodestrukcyjne

Zachowania autodestrukcyjne to szerokie spektrum działań, które obejmują zarówno samobójstwa oraz samookaleczenia, jak i zaniedbania, nałogi, zachowania ryzykowne czy samoutrudnianie. Wspólną cechą zachowań autodestrukcyjnych jest to, że są to dobrowolne, często częściowo uświadomione i intencjonalne działania, które niosą zagrożenie dla zdrowia lub życia jednostki. Zachowania autodestrukcyjne mogą się nasilać w okresie adolescencji, ale już u siedmioletnich dzieci odnotowywano pierwsze samouszkodzenia.⁵⁵ W tej części zwracamy uwagę na zachowania, które wywołują największe obawy u rodziców i nauczycieli: samookaleczenia i zachowania suicydalne.

1.11.3.1. Samookaleczania

Oznaki i objawy samookaleczenia u dzieci

Samookaleczenie nie zawsze jest oczywiste i widoczne. Dzieci i nastolatki nieraz angażują się w rzeczy szkodliwe, których nie uważa się potocznie za samookaleczanie. Rodziców i nauczycieli powinny zaalarmować następujące zachowania:

- cięcie, przypalanie lub wyrządzanie sobie krzywdy fizycznej,
- poddawanie się uzależnieniom, w tym zażywaniu narkotyków lub picciu alkoholu,
- niejedzenie, przejadanie się lub zmuszanie się do wymiotów,
- nadmierny wysiłek fizyczny lub ćwiczenie po kontuzji,
- celowe wdawanie się w bójkę lub angażowanie się w niebezpieczne sytuacje, w tym ryzykowne zachowania seksualne.⁵⁶

Samookaleczenia są objawem, który może najbardziej niepokoić rodziców, zwłaszcza gdy utożsamiają je z próbami samobójczymi. Często odkryciu, że dziecko się okalecza może towarzyszyć poczucie winy („nie sprawdzamy się jako rodzice”) oraz brak zrozumienia zachowań dziecka. Zdarza się również, że rodzice utożsamiają samookaleczanie z „próbą zwrócenia na siebie uwagi”, wówczas może pojawić się żal do dziecka oraz złość. Nastolatek może próbować poszukiwać uwagi za pomocą samookaleczeń, ale nie znaczy to, że problem wówczas nie jest poważny. Pytamy, co się takiego dzieje, że domaga się uwagi w ten sposób?

Samookaleczenia często błędnie utożsamiane są z próbą samobójczą, jednak w rzeczywistości autoagresja zazwyczaj nie ma na celu zakończenia życia. Odwrotnie – mogą stanowić formę „walki o przetrwanie”. Osoby samookaleczające się podejmują te działania jako sposób radzenia sobie z silnym cierpieniem psychicznym, napięciem i traumą. Fizyczny ból staje się próbą ulgi i poprawy stanu psychicznego.⁵⁷ Samookaleczenia mogą pełnić wiele różnych funkcji. W kwestionariuszu badającym znaczenie samookaleczeń ISAS wyróżniono 13 odrębnych funkcji, takich jak:

1. regulacja afektu,
2. granice interpersonalne,
3. samokaranie,
4. samoopieka,
5. przerwanie stanu dysocjacji/„odzyskiwanie” uczuć (odczuwania),
6. zapobieganie samobójstwu,
7. poszukiwanie emocji,
8. tworzenie więzi z rówieśnikami,

ISAS – Inventory of Statements About Self-Injury; Kwestionariusz funkcji samookaleczeń

DBT – ang. *dialectical behavior therapy*; terapia dialektyczno-behawioralna

TIPP – akronim: ang. *temperature, intense exercise, paced breathing, progressive muscle relaxation* (temperatura, intensywne ćwiczenia, rytmiczne oddychanie, relaksacja mięśniowa)

9. wpływ interpersonalny,
10. wytrzymałość,
11. podkreślanie cierpienia,
12. zemsta,
13. autonomia.⁵⁷

Większość z powyżej wymienionych funkcji ma związek z regulacją emocji. Nurtem psychoterapii, który zajmuje się trudnościami osób często doświadczających deregulacji, jest DBT. Ten rodzaj terapii zainicjowany przez Linehan pod koniec lat 80. XX w. proponuje kompleksowe wsparcie osób mających problemy z regulacją emocji. Niektóre z metod są przedstawione w rozdziale: ■ *Techniki radzenia sobie ze stresem i emocjami*. Są to m.in. takie „zamienniki” pozwalające odwrócić uwagę, jak: trzymanie w rękach zamrożonych pomarańczy, trzymanie w ustach cytryny/soku z cytryny, strzelanie gumką noszoną na nadgarstku, trzymanie w rękach lub ustach kostek lodu, zanurzenie twarzy w misce z zimną wodą (TIPP).

Kiedy i gdzie szukać pomocy?

Oznaki, które mogą świadczyć, że dziecko lub nastolatek samookaleczają się:

- skaleczenia, oparzenia, siniaki lub blizny na ciele, zwłaszcza na ramionach, brzuchu lub udach;
- noszenie wyłącznie ubrań, które zakrywają oznaki fizycznego okaleczenia, np. koszulek z długim rękawem;
- usprawiedliwianie się z powodu odniesionych obrażeń;
- noszenie przy sobie ostrych przedmiotów, takich jak noże i nożyczki;
- mówienie o bólu, dyskomforcie, osłabieniu, chorobie lub zawrotach głowy;
- uczucie wstydu, obrzydzenia, zmieszania lub strachu;
- poczucie braku kontroli, izolacji lub samotności;
- oznaki niskiej samooceny, takie jak obwinianie się za wszelkie problemy lub twierdzenie, że nie jest się wystarczająco dobrym.⁵⁶

Jeśli zauważymy, któreś z tych trudności u dzieci lub nastolatków, należy powiadomić rodziców i skonsultować obawy ze specjalistą – psychologiem lub psychoterapeutą.

Numery alarmowe:

Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży – 116 111

Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka – 800 12 12 12

Pomocny link

» UNICEF. Gdzie szukać pomocy

1.11.4. Samobójstwa wśród dzieci i młodzieży w Polsce i Europie

Samobójstwa są poważnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego. Samobójstwo to świadome odebranie sobie życia. Zanim dojdzie do tego dramatycznego czynu, mogą pojawić się myśli samobójcze oraz próby samobójcze – każda z nich stanowi poważny sygnał ostrzegawczy.

U dzieci i młodzieży nawet pojedynczy objaw silnego kryzysu emocjonalnego wymaga natychmiastowej reakcji dorosłych – w szczególności nauczycieli, którzy są często pierwszymi osobami zauważającymi trudności ucznia. Samobójstwo jest trzecią najczęstszą przyczyną śmierci u starszych nastolatków i młodych dorosłych (15–29 lat).⁵⁸

Czynniki ryzyka samobójstwa są wieloaspektowe i obejmują: spożywanie alkoholu oraz innych używek w dzieciństwie i adolescencji, piętno przeciwko poszukiwaniu pomocy, bariery w dostępie do opieki i dostęp do środków samobójczych. Media cyfrowe, jak każde inne medium, mogą odegrać znaczącą rolę w zwiększaniu lub osłabianiu wysiłków na rzecz zapobiegania samobójstwom. Zmniejszenie światowego wskaźnika samobójstw o 1/3 do 2030 r. jest celem zarówno zrównoważonego rozwoju ONZ, jak i globalnego planu działania WHO w zakresie zdrowia psychicznego.⁵⁹ Aby osiągnąć cel, konieczne są pilne inicjatywy, a kraje zobowiązały się do podjęcia konkretnych działań w tym kierunku.

ONZ – Organizacja
Narodów Zjednoczonych

1.11.4.1. Skala zjawiska

W Polsce rekordową liczbę prób samobójczych dzieci odnotowano w 2022 roku. Łącznie było ich 2093, z czego 85 w grupie wiekowej 7–12 lat oraz 2008 w grupie 13–18 lat. Według danych policji 156 z tych prób zakończyło się śmiercią. Dokładniej: w grupie dzieci w wieku 7–12 lat było 6 samobójstw, a w grupie wiekowej 13–18 lat – 150.⁶⁰

We Francji analizowany wskaźnik był wyższy w 2022 r. niż w 2021 r., a w 2021 r. był wyższy niż w 2020 r., zwłaszcza wśród młodych kobiet. Santé publique France odnotowało wzrost liczby nastolatków hospitalizowanych z powodu prób samobójczych – liczba ta zwiększyła się o 27% od końca 2020 r. w porównaniu

Tabela IX.1.1.

**Próby samobójcze
i samobójstwa (7–18 lat)
w Polsce, lata 2020–2022**

Opracowano na podstawie:
Ptak A. Rekordowa liczba prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży w Polsce w tym roku. Notes from Poland. Opublikowano 2022. <https://notesfrompoland.com/2022/10/27/record-number-of-suicide-attempts-among-children-and-adolescents-in-poland-this-year/>. Dostęp 31.12.2025. Witkowska H, Kicińska L, Palma J, Łuba M. Zrozumieć, aby zapobiec 2024. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. II edycja raportu na podstawie danych KGP i serwisu www.zwjir.pl. *Kwartalnik Policyjny*. 2024;1. <https://kwartalnik.csp.edu.pl/kp/archiwum-1/2024/kwartalnik-policyjny-nr-12024/5739.Zrozumiec-aby-zapobiec-2024-Zachowania-samobojcze-wsrod-dzieci-i-mlodziezy-II-ed.html>. Dostęp 7.12.2025; Kicińska L, Palma J. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. Raport za lata 2012–2021 Raport na podstawie danych Komendy Głównej Policji. <https://www.gov.pl/attachment/82261ed5-8c47-4ab7-9241-18fca8ea75ab>. Dostęp 7.12.2025.

z 2019 r., przy czym młode dziewczęta stanowiły większość.⁶¹ Podobnie wzrost prób samobójczych odnotowano w Hiszpanii i Słowenii.

W krajach europejskich co roku odbiera sobie życie ok. 1200 osób w wieku 10–19 lat – to blisko 3 osoby dziennie.⁶² W Unii Europejskiej ok. 9 mln nastolatków zmagają się z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak lęki i depresja.⁶³ W grupie wiekowej 15–29 lat samobójstwa stanowią niemal 20% wszystkich zgonów.⁶⁴

Próby samobójcze i samobójstwa	Rok		
	2020	2021	2022
Próby samobójcze (7–12 lat)	29	–	85
Próby samobójcze (13–18 lat)	814	–	2008
Razem prób (7–18 lat)	843	1496	2093
Samobójstwa (7–12 lat)	1	2	6
Samobójstwa (13–18 lat)	106	125	150
Razem zgonów	107	127	156

Z powyższych danych wynika, że:

- liczba prób samobójczych wśród nieletnich wzrosła prawie dwukrotnie w 2021 r. w porównaniu z 2020 r., a następnie ponownie znacząco wzrosła w 2022 r.;
- najwyższy, choć nieproporcjonalnie największy, wzrost w odsetku prób wystąpił w grupie 13–18 lat, podczas gdy liczba zgonów w tej grupie również się zwiększyła: ze 106 w 2020 r. do 150 w 2022 r.;
- w najstarszej grupie (13–18 lat) zauważalny jest trend gwałtownego wzrostu – zarówno w przypadku prób, jak i samobójstw zakończonych zgonem;
- dane potwierdzają, że problem dotyczy głównie młodzieży starszej, lecz nie należy ignorować coraz większej liczby zdarzeń wśród najmłodszych dzieci (7–12 lat) – szczególnie w 2022 r.

Skala problemu wymaga pilnej reakcji systemowej zarówno ze strony systemu edukacji, opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej. Są jednak i dobre informacje, dające nadzieję na zmianę tego niepokojącego trendu. Z najnowszego raportu dotyczącego samobójstw i prób samobójczych w Polsce⁶⁵ wynika, że w 2024 r. obserwujemy spadkowy trend w liczbie samobójstw wśród młodych ludzi do 19. r.ż.

Najbardziej widoczny spadek liczby samobójstw w populacji ogólnej w Polsce nastąpił pomiędzy 2023 r. a 2024 r. (7,4%) – 388 samobójstw mniej. To największy spadek od 10 lat! W 2014 r. liczba samobójstw wynosiła 6165, a w 2024 r. – 4845. W tym okresie odnotowano spadek aż o 21,4% – 1320 samobójstw mniej!

W analizowanym okresie, czyli w latach 2020–2023, wciąż jednak wzrastała liczba dziewcząt, które popełniły samobójstwo. Od 2020 r. wzrost ten wyniósł 63,4%. Z kolei wśród chłopców przyrost samobójstw następował w latach 2020–2022, natomiast w 2023 r. liczba samobójstw wyraźnie się zmniejszyła o 17,8% w stosunku do 2022 r. W całej populacji dzieci i młodzieży liczba samobójstw zmniejszyła się o 7%. Porównując 2023 r. i 2024 r. zauważany jest duży spadek liczby samobójstw na poziomie 12,4%. W stosunku do 2022 r., kiedy to wystąpił szczyt samobójstw dziewcząt i chłopców (okres pandemii COVID-19), liczba samobójstw wśród nich zmniejszyła się o 18,6%. Jak wskazują autorzy cytowanego raportu, wyraźnie rysuje się tu utrzymujący się trend malejący.

Obserwuje się jednak wzrost liczby odnotowanych przez Komendę Główną Policji prób samobójczych.

Z danych raportu wynika, że w poszczególnych latach największy przyrost prób samobójczych odnotowano wśród dziewcząt. Od 2020 r. do 2023 r. nastąpił ponad trzykrotny (315%) przyrost prób samobójczych. Wśród chłopców w analogicznym okresie wzrost wyniósł 178%. Dla całej populacji wzrost prób samobójczych w tych latach wyniósł 270%. W 2024 r. liczba prób samobójczych wśród dzieci w porównaniu z rokiem 2023 wzrosła jedynie o 3%, co odpowiada 60 dodatkowym przypadkom. Może to wskazywać na pojawienie się trendu hamującego dynamikę wzrostu, jednak autorzy raportu podkreślają konieczność zachowania ostrożności interpretacyjnej. Badacze zauważają również, że należy zwrócić szczególną uwagę na wciąż wysoką liczbę prób samobójczych wśród dziewcząt. Warto również pamiętać, że wszystkie przytoczone dane w raporcie są danymi płynącymi z rejestrów Komendy Głównej Policji, przyjmuje się, że liczby te w rzeczywistości są wyższe o ok. 10–20%!, co wynika z kwalifikowania części zdarzeń jako tzw. wypadków lub z ich niepełnego raportowania.

1.11.4.2. Czynniki ryzyka i sygnały ostrzegawcze

Czynniki ryzyka:

- **psychologiczne** – depresja, zaburzenia lękowe, trudności w regulowaniu emocji,⁶⁴
- **społeczne** – przemoc rówieśnicza, cyberprzemoc – nastolatkom narażeni na te formy agresji są nawet 11,5 razy bardziej zagrożeni występowaniem myśli samobójczych,⁶⁴
- **rodzinne** – konflikty rodzinne, rozwód rodziców, brak wsparcia emocjonalnego,
- **szkolne** – presja wyników, brak poczucia przynależności, trudności adaptacyjne,

- **media i Internet** – kontakt z treściami o charakterze samobójczym, niebezpieczne „wyzwania”, wzorce promujące autodestrukcję.

Nauczyciele powinni uważnie obserwować uczniów i zwracać uwagę na następujące sygnały ostrzegawcze:

- wycofanie, agresję, spadek frekwencji i pogorszenie wyników w nauce,
- werbalne i niewerbalne sygnały – np. mówienie o „braku sensu życia” lub „byciu ciężarem”,
- zmiany w relacjach rówieśniczych i rodzinnych,
- ślady autoagresji, nietypowe rysunki, przedmioty lub wpisy w zeszytach,
- częste skargi somatyczne (ból brzucha, głowy) bez medycznego uzasadnienia.

1.11.4.3. Rola nauczyciela i szkoły

Rola nauczyciela:

- **wczesne rozpoznanie** – uważność na nietypowe zachowania i objawy kryzysu,
- **atmosfera klasy** – wspierające środowisko sprzyjające otwartości,
- **współpraca** – z pedagogiem, psychologiem, rodzicami i specjalistami,
- **znajomość granic** – nauczyciel nie jest terapeutą, ale powinien wiedzieć, kiedy zareagować i gdzie szukać pomocy.

Pomoc i interwencje

- Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży **116 111** – całodobowy, bezpłatny numer telefonu Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę zapewniający fachową pomoc psychologiczną⁶¹ oraz **800 12 12 12** – dziecięcy telefon zaufania Rzecznika Praw Dziecka.
- Publiczna opieka psychologiczna i psychiatryczna: I poziom referencyjny (jest ich 500 w całym kraju) – Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży, II poziom referencyjny (88 + 91 w kraju) – Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, gdzie możemy uzyskać pomoc lekarza psychiatry. W ramach Centrum funkcjonują poradnie zdrowia psychicznego i oddziały dzienne oraz III poziom referencyjny (35 w kraju) – Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej. W ramach oddziału psychiatrycznego dla dzieci realizowane są świadczenia stacjonarne przez lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych. Aktualne informacje na stronach NFZ, nfz.gov.pl.
- Poradnie psychologiczno-pedagogiczne.

Rola szkoły w profilaktyce:

- edukacja emocjonalna jako część codziennego życia szkolnego,
- szkolenia nauczycieli z zakresu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży,
- procedury kryzysowe – opracowanie i wdrażanie jasnych zasad postępowania w sytuacjach zagrożenia,
- współpraca z rodzicami – otwarty dialog, wczesne informowanie o niepokojących objawach.

Każdy nauczyciel może odegrać kluczową rolę w dostrzeżeniu pierwszych symptomów kryzysu psychicznego. Wystarczy uważność, empatia i gotowość do działania. Nie trzeba być terapeutą – wystarczy być uważnym dorosłym, który nie pozostaje obojętny.

Wsparcie dla nauczycieli

- » Poradniki oraz szkolenia skierowane do nauczycieli organizowane przez Ośrodek Rozwoju Edukacji w Warszawie
- » Program zapobiegania zachowaniom samobójczym realizowany w ramach Narodowego Programu Zdrowia w latach 2021–2025
- » Poradnik pacjenta: Jak pomóc dziecku w kryzysie psychicznym?
- » Materiały edukacyjne Fundacji „Nie widać po mnie”.
- » Poradnik dla nauczyciela i inne materiały dla edukacji wczesnoszkolnej, ABC emocji.

Podsumowanie

Psychologia zdrowia to interdyscyplinarna dziedzina psychologii badająca, jakie znaczenie mają czynniki psychologiczne, społeczne i behawioralne dla zdrowia fizycznego oraz etiologii i przebiegu chorób. W rozdziale omówiono kluczowe założenia tej dyscypliny, jej zakres oraz zastosowanie w edukacji i praktyce zdrowotnej.

Szczególny nacisk położono na rosnące znaczenie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Przedstawiono najczęściej występujące problemy, takie jak depresja, zaburzenia lękowe, zachowania autodestrukcyjne (samookaleczenia i samobójstwa), wskazując na ich złożone uwarunkowania oraz potrzebę wczesnego reagowania. Podkreślono rolę środowiska

szkolnego, rodzinnego i rówieśniczego w kształtowaniu dobrostanu psychicznego młodych osób.

Dla nauczycieli – jako ważnych dorosłych obecnych w codziennym życiu uczniów – psychologia zdrowia dostarcza wiedzy i narzędzi niezbędnych do wspierania zdrowego rozwoju dzieci. Znajomość podstaw psychologii zdrowia pozwala lepiej rozumieć zachowania uczniów, reagować na ich potrzeby oraz skutecznie prowadzić działania profilaktyczne i wychowawcze.

Piśmiennictwo

1. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/konstytucja-swiatowej-organizacji-zdrowia-porozumienie-zawarte-przez-16780263. Dostęp 31.12.2025.
2. Heszen-Celińska I, Sęk H. *Psychologia zdrowia. Wydanie nowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020.
3. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Osobowość, stres a zdrowie*. 2 wyd. Warszawa: Difin; 2010.
4. Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 6 marca 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej. DzU z 2025 r., poz 378.
5. World Health Organization. Mental health of children and adolescents. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Dostęp 31.12.2025.
6. Acton R, Glasgow P. Teacher wellbeing in neoliberal contexts: A review of the literature. *Aust J Teach Educ*. 2015;40(8):99–114. doi:10.14221/ajte.2015v40n8.6
7. Jennings PA, Greenberg MT. The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Rev Educ Res*. 2009;79(1):491–525. doi:10.3102/0034654308325693
8. Sokal L, Trudel LE, Babb J. Supporting teachers in times of change: The job demands-resources model and teacher burnout during the COVID-19 pandemic. *Int J Contemp Educ*. 2020;3(2):67–74. doi:10.11114/ijce.v3i2.4931
9. Health Behaviour in School-aged Children. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/18 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. Spotlight on adolescent health and well-being Findings from the 2017/18 Health Behaviour. Dostęp 31.12.2025.
10. Mazur J, Małkowska-Szkućnik A, red. *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2018. <https://imid.med.pl/files/imid/Aktualnosci/Aktualnosci/raport%20HBSC%202018.pdf>. Dostęp 8.12.2025.
11. Woynarowska B. *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2017.
12. Straub RO. *Health Psychology: A Biopsychosocial Approach*. Nowy Jork: Worth Publishers; 2023.
13. Marks DF, Murray M, Evans B, Willig C, Woodall C, Sykes C. *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. Londyn: Sage Publications Ltd; 2005.
14. Brannon L, Feist J. *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. Los Angeles: Wadsworth; 2000.
15. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Nowy Jork: Springer; 1984.
16. Taylor SE. *Health Psychology*. 9 wyd. Nowy Jork: McGraw-Hill; 1995.
17. Schwarzer R. *Self-efficacy: Thought Control of Action*. Waszyngton: Hemisphere; 1994.
18. Maslach C, Leiter MP. *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass/Wiley; 1997.
19. Ogden J. *Health Psychology: A Textbook*. 4 wyd. Nowy Jork: McGraw-Hill Education; 2007.
20. Siegel DJ, Bryson TP. *The Whole-Brain Child*. Londyn: Constable and Robinson; 2012.
21. Berk LE. *Development Through the Lifespan*. 7 wyd. Boston: Pearson; 2018.
22. Pilecka W, red. *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
23. Kościelska M. *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000.

24. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr.* 1974;2(4):328–335. doi:10.1177/109019817400200403
25. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1991;50(2):179–211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
26. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390–395. doi:10.1037/0022-006X.51.3.390
27. Schwarzer R. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. W: Schwarzer R, red. *Self-Efficacy: Thought Control of Action*. Waszyngton: Hemisphere; 1992:217–243. https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9781317763703_A23902959/preview-9781317763703_A23902959.pdf. Dostęp 30.12.2025.
28. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129–136. doi:10.1126/science.847460
29. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. W: Taylor SE, Singer JE, Baum A, red. *Handbook of Psychology and Health*. T 4. *Social Psychological Aspects of Health*. Hillsdale: Erlbaum; 1984:219–252.
30. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1995.
31. Małkowska-Szkutnik A. Adolescent loneliness in the COVID-19 era. The perspective of health behavior in a study on school-aged children in Poland. *Fam Med Prim Care Rev.* 2024;26(2):193–200. doi:10.5114/fmpcr.2024.139028.
32. Płaczekiewicz B, Tucholska S. Poczucie koherencji a zachowania zaradcze młodzieży. *Studia Psychologica.* 2009;9:45–56. <https://bazhum.muzhp.pl/media/texts/studia-psychologica/2009-numer-9/studia-psychologica-r2009-t-n9-s45-56.pdf>. Dostęp 31.12.2025.
33. Borecka-Biernat D. *Zaburzenia w zachowaniu dzieci i młodzieży w kontekście trudnych sytuacji szkolnych i pozaszkolnych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2011.
34. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61(11):938–944. doi:10.1136/jech.2006.056028
35. UNICEF. The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health. Nowy Jork: UNICEF; 2021. <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>. Dostęp 8.12.2025.
36. World Health Organization. Mental health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Opublikowano 8.10.2025. Dostęp 31.12.2025.
37. Mazur J, red. *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2015. https://imid.med.pl/images/do-pobrania/Zdrowie_i_zachowania_zdrowotne_www.pdf. Dostęp 8.12.2025.
38. Szredzińska R. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę; 2022. https://fdds.pl/_Resources/Persistent/4/b/2/8/4b284d3df9b1087f1d2d0c9724538c9c6f24bf6e/Dzieci%20si%C4%99%20licz%C4%85%202022%20-%20Zdrowie%20psychiczne%20dzieci%20i%20m%C5%82odzie%20C5%B-Cy.pdf. Dostęp 8.12.2025.
39. Arnþórðr UB, Karlsdóttir S, Ingibergsdóttir A, Las Hayas C. Dobrostan dla nas – podręcznik dla nauczycieli. UPRIGHT. Powszechny profilaktyczny program globalnej interwencji na rzecz odporności wdrażany w celu poprawy i promocji zdrowia psychicznego wśród nastolatków. https://umwd.dolnyslask.pl/fileadmin/user_upload/Zdrowie/2022/Upright_nowe_05.2022/WB4US-DobrostanDlaNas_-_podrecznik_dla_nauczycieli-ww.pdf. Dostęp 10.07.2025.
40. Lewandowska A. Powolna reforma psychiatrii dzieci i młodzieży. <https://www.mzdrowie.pl/medycyna/powolna-reforma-psychiatrii-dzieci-i-mlodziety/>. Opublikowano 23.05.2022. Dostęp 10.07.2025.
41. Maślankiewicz R, Bójko M. *Psychiatria dzieci i młodzieży w Polsce. Raport*. Warszawa: Sieć Obywatelska Watchdog; 2019. https://siecobywatelska.pl/wp-content/uploads/2019/05/raport_psychiatria_watchdog-2.pdf. Dostęp 8.12.2025.
42. UNICEF. Pogarsza się stan zdrowia psychicznego dzieci w Europie, alarmuje UNICEF. <https://unicef.pl/co-robimy/aktualnosci/dla-rodzicow/zdrowie-psychiczne-w-europie>. Opublikowano 22.10.2021. Dostęp 10.07.2025.
43. Spitz RA. Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal Study Child.* 1945;1:53–74. doi:10.1080/00797308.1945.11823126
44. Beck AT, Rush J, Shaw B, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. Nowy Jork: Guilford Press; 1979.

45. Popiel A, Pragłowska E. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna*. 2 wyd. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2022.
46. Seligman ME, Maier SF. Failure to escape traumatic shock. *J Exp Psychol*. 1967;74(1):1–9. doi:10.1037/h0024514
47. Miller WR, Seligman ME. Learned helplessness, depression and the perception of reinforcement. *J Behav Res Ther*. 1976;14(1):7–17. doi: 10.1016/0005-7967(76)90039-5
48. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychol Rev*. 1989;96(2):358–372. doi:10.1037/0033-295X.96.2.358
49. Lewinsohn PM, Graf M. Pleasant activities and depression. *J Consult Clin Psychol*. 1973;41(2):261–268. doi:10.1037/h0035142
50. Lewinsohn PM, Libet J. Pleasant events, activity schedules and depression. *J Abnorm Psychol*. 1972;79(3):291–295. doi:10.1037/h0033207
51. Monroe SM, Simons AD. Diathesis–stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychol Bull*. 1991;110(3):406–425. doi: 10.1037/0033-2909.110.3.406
52. Meslin-Kuźniak A, Nowicka-Sauer K. Psychoterapia poznawczo-behawioralna zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży ze szczególnym uwzględnieniem zaburzenia lękowego uogólnionego. *Psychiatr Psychol Klin*. 2020;20(4):274–282. doi:10.15557/PiPK.2020.0034
53. Carson RC, Butcher JN, Mineka S. *Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
54. Wells A. *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2010.
55. Ćwikliński A. Zachowania autodestrukcyjne i suicydalne adolescentów jako odpowiedź na problemy egzystencjalne. *Kultura–Społeczeństwo–Edukacja*. 2023;23(1):55–65. doi:10.14746/kse.2023.23.1.5
56. UNICEF Polska. Czym jest samookaleczanie i jak mu zapobiegać. <https://unicef.pl/co-robimy/aktualnosci/dla-rodzicow/czym-jest-samookaleczanie-i-jak-mu-zapobiegac>. 16.10.2023. Dostęp 10.07.2025.
57. Radziwiłowicz W, Lewandowska M. Funkcje zamierzonych samookaleczeń i ich kliniczne korelaty wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie. *Psychiatr Pol*. 2017;51(2):303–322. doi:10.12740/PP/63802
58. Ptak A. Rekordowa liczba prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży w Polsce w tym roku. Notes from Poland. Opublikowano 2022. <https://notesfrompoland.com/2022/10/27/record-number-of-suicide-attempts-among-children-and-adolescents-in-poland-this-year/>. Dostęp 31.12.2025.
59. ONZ. Przekształcamy nasz świat: Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030. <https://sdgs.un.org/2030agenda>. Dostęp 10.07.2025.
60. Witkowska H, Kicińska L, Palma J, Łuba M. Zrozumieć, aby zapobiec 2024. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. II edycja raportu na podstawie danych KGP i serwisu www.zwjw.pl. *Kwartalnik Polityczny*. 2024;1. <https://kwartalnik.csp.edu.pl/kp/archiwum-1/2024/kwartalnik-polityczny-nr-12024/5739,Zrozumiec-aby-zapobiec-2024-Zachowania-samobojcze-wsrod-dzieci-i-mlodziezy-II-ed.html>. Dostęp 7.12.2025.
61. Lipska J, Leś KK. Statystyki samobójstw i prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży w Europie w relacji do pandemii COVID-19. *Psychiatr Psychol Klin*. 2024;24(2):182–188. doi:10.15557/PiPK.2024.0023
62. Bąbik A, Olejniczak D. Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 2014;13(2):99–121. <https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/30/21>. Dostęp 9.12.2025.
63. UNICEF. Zdrowie psychiczne młodzieży w Europie. <https://www.unicef.org/eu/media/2521/file>. Dostęp 10.07.2025.
64. World Health Organization. Suicide – Key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Opublikowano 25.03.2025. Dostęp 9.12.2025.
65. Biuro ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym. Samobójstwa i próby samobójcze w Polsce w latach 2020–2024 na podstawie danych KGB na dzień 17 stycznia 2025. <https://zapobiegajmysamobojstwom.pl/raport-zachowania-samobojcze-2020-2024/>. Dostęp 9.12.2025.

Techniki radzenia sobie ze stresem i emocjami

Luba Ślósarz¹, Świętosława Sremcevic^{2,3}

¹ Zakład Humanistycznych Nauk o Zdrowiu, Studium Nauk Humanistycznych i Społecznych, Uniwersytet im. Piastów Śląskich we Wrocławiu; ² Wydział Profilaktyki i Zdrowia, Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna we Wrocławiu; ³ Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego im. Polskich Olimpijczyków we Wrocławiu

2.1. Wstęp

Szkoła może być nie tylko miejscem przekazywania wiedzy, ale również przestrzenią wspierania rozwoju emocjonalnego i społecznego uczniów. Dzieci i młodzież coraz częściej doświadczają silnych emocji, stresu, przeciążenia oraz trudności relacyjnych. Nauczyciel – jako osoba codziennie obecna w życiu uczniów – odgrywa kluczową rolę w zauważaniu tych problemów oraz wspieraniu uczniów w nabywaniu kompetencji psychicznych potrzebnych do radzenia sobie z wyzwaniami.

Celem rozdziału jest zapoznanie nauczycieli z psychologicznymi podstawami stresu i emocji, a także z konkretnymi strategiami radzenia sobie z nimi. Jego lektura może pozwolić na zrozumienie problematyki, zainspirować do jej poszerzenia oraz do praktycznego stosowania przedstawionych strategii.

Omawiane zagadnienia oparte są na wiedzy z zakresu psychologii zdrowia, psychologii rozwojowej oraz podejść terapeutycznych, takich jak CBT i DBT. Rozdział ma charakter praktyczny – pokazuje nie tylko to, *czym* jest stres i *dlatego* dzieci mogą mieć trudności z emocjami, ale przede wszystkim to, *jak* wspierać ich dobrostan psychiczny w codziennej pracy wychowawczej i dydaktycznej.

CBT – ang. *cognitive-behavioral therapy*; terapia poznawczo-behawioralna

DBT – ang. *dialectical behavior therapy*; terapia dialektyczno-behawioralna

2.2. Stres – zakres pojęciowy oraz sposoby radzenia sobie ze stresem

2.2.1. Definicja stresu

Stres to reakcja organizmu na sytuację postrzeganą jako przekraczającą możliwość poradzenia sobie z nią, obejmującą komponenty fizjologiczne, emocjonalne i poznawcze. Stres to zespół reakcji fizjologicznych i psychologicznych,

GAS – ang. *general adaptation syndrome*;
ogólny zespół
adaptacyjny

które powstają w odpowiedzi na zakłócającą równowagę (homeostazę) sytuację. Jest to specyficzna reakcja obronna organizmu, która zmniejsza dyskomfort emocjonalny.¹

Rodzaje stresu:

- eustres – stres krótkotrwały, pozytywny, motywujący do działania; może zwiększać koncentrację, poprawiać wyniki w nauce czy efektywność pracy, np. przed egzaminem;
- dystres – stres długotrwały, negatywny, prowadzący do przeciążenia organizmu i zaburzeń.¹

Modele stresu:

- model biologiczny Hansa Selye'go (GAS) – stres jako niespecyficzna reakcja organizmu na każde wymagania¹;
- model transakcyjny Lazarusa i Folkman – stres wynika z interakcji między jednostką a środowiskiem oraz oceny poznawczej sytuacji.²

2.2.2. Skutki długotrwałego stresu

Fizyczne – zaburzenia somatyczne, choroby krążenia. U dzieci i młodzieży stres może wywoływać szereg objawów somatycznych, czyli dolegliwości cielesnych, które nie mają bezpośredniego podłoża organicznego, ale są związane z napięciem emocjonalnym. Typowe objawy to: bóle brzucha, biegunki, nudności, bóle głowy, problemy ze snem, a także zmęczenie i ogólny spadek energii. Długotrwała aktywacja układu nerwowego może wpływać na rozwój fizjologiczny młodego człowieka, np. zaburzać apetyt, opóźniać lub przyspieszać dojrzewanie płciowe. Przewlekły stres może również osłabić odpowiedź immunologiczną organizmu, w efekcie sprawiając, że dziecko częściej zapada na choroby i wolniej zdrowieje.³

Psychiczne – depresja i zaburzenia lękowe. Układ nerwowy i mechanizmy radzenia sobie ze stresem u dzieci i młodzieży szkolnej są jeszcze w fazie rozwoju, więc młode osoby są bardziej wrażliwe na czynniki stresogenne. Przewlekły stres może zaburzyć ten rozwój, prowadząc w efekcie do poważanych konsekwencji psychicznych. Najczęstszymi skutkami są objawy depresji i zaburzeń lękowych. U młodszych dzieci depresja może objawiać się wycofaniem, apatią, labilnością nastroju, drażliwością czy regresem w zachowaniu (np. moczenie nocne). U nastolatków obraz depresji jest często zbliżony do objawów depresji u dorosłych. Może pojawić się smutek, problemy z koncentracją, niska samoocena, utrata dotychczasowych zainteresowań, problemy ze snem, a w skrajnych przypadkach myśli samobójcze. Zaburzenia lękowe mogą objawić się lękiem przed szkołą, napadami paniki, lękiem przed interakcjami społecznymi, nadmierną nieśmiałością, a także fobią społeczną. Ponadto długotrwały stres wpływa negatywnie na zdolność uczenia się, pamięć, koncentrację, co może przekładać się na pogorszenie wyników szkolnych i trudności w funkcjonowaniu w środowisku społecznym.³

Spółeczne – trudności w relacjach interpersonalnych. Przewlekłe napięcie psychiczne i emocjonalne może powodować trudności w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji interpersonalnych (z rówieśnikami, nauczycielami i członkami rodziny). Dzieci i młodzież szkolna poddawane ciągłej ekspozycji na czynniki stresogenne często wycofują się z życia społecznego, stają się nadmiernie nieufne lub drażliwe i izolują się. W dłuższej perspektywie może prowadzić to do wykluczenia społecznego, problemów z przystosowaniem się do dorosłego życia, jak i trudności w budowaniu bliskich relacji.³

2.2.3. Znaczenie psychologii stresu

Psychologia stresu bada mechanizmy powstawania stresu, jego skutki oraz sposoby radzenia sobie z nim w celu poprawy jakości życia jednostki i zapobiegania chorobom psychosomatycznym. Pozwala zrozumieć, że stres to nie tylko stan emocjonalnego napięcia, ale także złożona reakcja psychofizjologiczna, która może wpływać na wszystkie sfery życia – od zdrowia fizycznego i psychicznego po jakość relacji interpersonalnych. Dzięki psychologii stresu wiemy, że **kluczowe znaczenie ma nie tylko to, czego doświadczamy w cyklu całego życia, ale także to, jak interpretujemy i przeżywamy trudne sytuacje**. W zależności od własnych zasobów, odporności psychicznej, wsparcia społecznego, strategii radzenia sobie ze stresem czy naszych przekonań, obiektywnie podobne wydarzenia (np. egzamin, choroba, rozwód rodziców) mogą wywoływać zupełnie inne skutki u różnych osób.

2.2.3.1. Fazy stresu

Faza alarmowa – początkowa, alarmowa reakcja zaskoczenia i niepokoju z powodu niedoświadczenia i konfrontacji z nową sytuacją. Dzieli się na dwie subfazy: stadium szoku, stadium przeciwdziałania szokowi, w którym jednostka podejmuje wysiłek obronny.

Faza przystosowania (odporności) – organizm uczy się skutecznie i bez nadmiernych zaburzeń radzić sobie ze stresorem i jeśli poradzi sobie z trudną sytuacją, wszystko wraca do normy. W innym wypadku następuje faza trzecia.

Faza wyczerpania – stałe pobudzenie całego organizmu (stres przewlekły) przyczynia się do wyczerpania zasobów odpornościowych, co może prowadzić do chorób psychosomatycznych, w szczególnych wypadkach nawet do śmierci.¹

2.2.3.2. Perspektywa ewolucyjna

Perspektywa ewolucyjna okazuje adaptacyjne znaczenie przeżywanego stresu, ale zarazem przedstawia konsekwencje niekorzystne dla organizmu. Stres jest rozumiany jako mechanizm obronny – dzięki niemu człowiek od prehistorii do czasów współczesnych potrafi zarówno unikać niebezpieczeństw,

jak i reagować (walka lub ucieczka) w sytuacji zagrożenia. Zdolność ludzkiego mózgu do wyobrażenia sobie przyszłości jest unikatowa. Jednak jednym ze skutków ludzkiej świadomości są trudne emocje, takie jak nie zawsze uzasadniony strach, a w konsekwencji stany lękowe.⁴

2.2.4. Mechanizmy radzenia sobie ze stresem

Transakcyjny model radzenia sobie ze stresem (ang. *transactional model of stress and coping*) zaproponowany przez Lazarusa i Folkman nie postrzega stresu jako jedynie reakcji na bodziec, lecz jako złożoną, dwustronną interakcję (transakcję) między jednostką a środowiskiem. Kluczowym elementem jest ocena poznawcza, czyli sposób, w jaki interpretujemy stresującą sytuację i perspektywę oceny własnych zasobów w poradzeniu sobie z nią. W kontekście dzieci i młodzieży model ten pozwala zrozumieć, że stres nie wynika jedynie z obiektywnych okoliczności, ale przede wszystkim z subiektywnej interpretacji tych okoliczności. Jedno dziecko odbierze sytuację trudną jako przygodę, możliwość rozwoju, a inne jako doświadczenie traumatyczne.²

Wyróżniamy dwa podstawowe rodzaje radzenia sobie ze stresem: strategie skoncentrowane na problemie oraz strategie skoncentrowane na emocjach.

Strategie skoncentrowane na problemie – są to działania zmierzające do rozwiązania trudnej sytuacji, strategie, które mają na celu aktywne rozwiązanie sytuacji stresowej. U dzieci i młodzieży mogą przyjmować różne formy, w zależności od wieku, fazy rozwoju i umiejętności. Najczęstsze formy takich strategii to: działania praktyczne (zamiast unikania odrabianie zadań domowych odrabianie zadań od razu po zakończonych lekcjach i nieodkładanie ich na weekend), uczenie się nowych umiejętności (asertywność, lepsze komunikowanie się), organizowanie czasu pracy (np. w obliczu trudności szkolnych nauka planowania pracy), szukanie pomocy z zewnątrz (spokojna rozmowa z nauczycielem, pedagogiem szkolnym, członkami rodziny czy rówieśnikami). U dzieci młodszych strategie te rozwijają się stopniowo, więc relatywnie częściej wymagają wsparcia z zewnątrz, natomiast młodzież, mając większe zasoby poznawcze i społeczne, częściej samodzielnie stosuje strategie zorientowane na problem, zwłaszcza gdy jest wyposażona w narzędzia do ich rozwijania (np. podczas psychoedukacji, terapii czy zajęć wychowawczych z nauczycielem lub pedagogiem szkolnym).²

Strategie skoncentrowane na emocjach – obejmują próby regulacji emocji związanych ze stresem oraz złagodzenie przykrych emocji towarzyszących sytuacji stresowej. W takich sytuacjach u dzieci i młodzieży można wyróżnić następujące strategie: odwracanie uwagi (poprzez np. zabawę, słuchanie muzyki, czytanie książek, oglądanie filmów), wyrażanie emocji (poprzez

np. płacz, rysowanie emocji, prowadzenie dziennika), poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (rozmowa z przyjacielem, bliską osobą). Warto zauważyć, że dzieci, zwłaszcza młodsze, często spontanicznie korzystają z mechanizmów emocjonalnych, choć nie zawsze są one skuteczne i adaptacyjne w dłuższej perspektywie. Dlatego tak ważne jest, aby rodzice i nauczyciele pomagali im rozpoznawać emocje, nazywać je, a także uczyć konstruktywnych strategii ich wyrażania i regulowania.²

Centralnym elementem transakcyjnego modelu radzenia sobie ze stresem jest ocena poznawcza stresora, czyli sposób, w jaki interpretujemy daną sytuację. Ocena ta decyduje o tym, jakie strategie radzenia sobie zostaną uruchomione. Dla jednego ucznia zła ocena to motywacja do nauki, dla innego może być źródłem zniechęcenia, lęku i wstydu. Rozmowa ze wspierającym dorosłym może pomóc zrozumieć, że niepowodzenia nie powinny się wiązać z negatywną oceną osoby, ale mogą być lekcją na przyszłość. Rolą nauczycieli, pedagogów szkolnych i rodziców powinno być towarzyszenie młodym ludziom w nauce radzenia sobie z trudnościami zamiast wyręczania ich oraz tworzenie środowiska, w którym będą czuć się bezpiecznie, w pełni akceptowani i zrozumiani.²

2.2.5. Sposoby radzenia sobie ze stresem u dzieci i młodzieży

2.2.5.1. Rutyna i struktura dnia

Ustalony harmonogram dnia (odpowiednia dawka snu, zdrowe posiłki, nauka, czas wolny) daje dziecku poczucie bezpieczeństwa i przewidywalności. Regularność ogranicza lęk przed nieznanym i ułatwia kontrolę nad codziennością. Podejście do wychowania oparte na rytmie dnia znane jest od pokoleń w pedagogice.⁵

2.2.5.2. Rozmowa i wsparcie emocjonalne

Otwarta, nieoceniająca rozmowa z rodzicami i nauczycielami pozwala dzieciom i młodzieży wyrazić emocje i zredukować napięcie. Słuchanie bez oceniania ma moc terapeutyczną i wspiera rozwój emocjonalny. Rozmowy przy stole podczas posiłków od zawsze są fundamentem więziotwórczym.⁶

2.2.5.3. Aktywność fizyczna

Ruch (spacer na świeżym powietrzu, sport) zmniejsza poziom kortyzolu (hormon stresu), poprawia nastrój i ogólne samopoczucie. Szczególnie korzystna jest aktywność na łonie przyrody. Tradycyjna zabawa na podwórku w towarzystwie innych dzieci ma nieocenione znaczenie, nie tylko dla zdrowia i emocji – pełni także funkcje społeczne.⁷ Na zmniejszenie negatywnych emocji

i obniżenie pobudzenia fizjologicznego najlepiej działa stopniowe rozluźnianie mięśni, np. joga. Emocje regulowane ulegają wygaszeniu. Wyrażenie gniewu w celu wyładowania negatywnych emocji nie redukuje ich, lecz wzmacnia wybuchy agresji.⁸

2.2.5.4. Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne ma korzystny wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne, ogólne podtrzymanie działania, zmniejszenie stresu, opanowanie kryzysu przez towarzyszenie, tworzenie przynależności do grupy, bezpieczeństwa i przezwyciężenia trudności, wzmocnienie odporności psychicznej.^{8,9} Dzięki sieciom wsparcia społecznego mamy do czynienia z modelem efektu głównego, który wzmacnia odporność psychiczną i fizyczną, model buforowy – działa protekcyjnie, chroni przed patologicznym wpływem trudnych sytuacji na psychikę i emocje.¹⁰

Dla radzenia sobie ze stresem jest ważne zarówno wsparcie otrzymywane, czyli obiektywna ocena ilości i jakości otrzymanego wsparcia, jak i wsparcie spostrzegane – subiektywna ocena osoby otrzymującej wsparcie, dotycząca dostępności otrzymanego wsparcia przez innych. Wsparcie otrzymujemy zarówno od osób bliskich, jak i instytucji – w tym drugim przypadku pomocy udzielają instytucje wspierające: ośrodki pomocy społecznej, centra pomocy rodzinie, ośrodki interwencji kryzysowej, poradnie zdrowia psychicznego.¹¹ Dobre relacje z otoczeniem są konieczne dla zdrowia psychicznego. Wsparcie społeczne sprzyja dobremu samopoczuciu, zdrowiu, efektywnemu radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych, zmniejszeniu skarg somatycznych oraz zmniejszeniu nasilenia depresji.¹⁰

2.2.5.5. Prawidłowa dieta

Mikrobiota jelitowa wpływa nie tylko na fizjologię przewodu pokarmowego, ale także na zachowanie i funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego poprzez oś jelito–mózg. Nieprawidłowa mikrobiota jelitowa może przyczyniać się do zaburzeń depresyjnych i zaburzeń nastroju¹² (temat został szerzej omówiony w rozdziale  *Mikrobiom i jego rola w zdrowiu*). Tryptofan – jeden z aminokwasów egzogennych – poprawia jakość życia, zwłaszcza funkcjonowanie mózgu. Przyczynia się do regulacji stresu, spowalnia procesy starzenia, a nawet zmniejsza zachowania agresywne. Produkty bogate w tryptofan to: rośliny strączkowe, jaja, orzechy, płatki owsiane, chude mięso, ryby, mleko, pestki dyni i sery.¹³

2.2.5.6. Techniki poznawczo-behawioralne

Stanowią jeden z najlepiej przebadanych i najczęściej stosowanych systemów oddziaływań psychologicznych, także w terapii dzieci i młodzieży. Ich głównym

celem jest zmiana nieadaptacyjnych schematów myślenia, zachowań oraz lepsze radzenie sobie z emocjami i stresem w sytuacjach trudnych czy kryzysowych. W kontekście dzieci i młodzieży szkolnej techniki te są dostosowywane do poziomu rozwoju poznawczego i emocjonalnego, często uzupełniane elementami zabawy, rysunku, metafory, prowadzenia dziennika czy pracy z ciałem. Ich zaletą jest prostota, uniwersalność oraz możliwość dostosowania do różnych grup wiekowych – od uczniów z trudnościami szkolnymi, przez dzieci w spektrum autyzmu, po młodzież doświadczającą problemów emocjonalnych lub adaptacyjnych.¹⁰

Modyfikacja sposobu myślenia i zachowania ucznia w sytuacjach kryzysowych – technika ta uczy świadomego przyglądania się swoim myślom, identyfikowania błędów poznawczych (np. uogólniania, „czytania” w myślach innych, myślenia czarno-białego, katastrofizacji) i zastępowania ich bardziej realistycznymi i wspierającymi przekonaniami. W sytuacjach porażki szkolnej, konfliktu z rówieśnikiem czy niepowodzenia w relacjach rodzinnych młodzi ludzie mają tendencję do tworzenia negatywnych, zniekształconych przekonań: „Jestem do niczego, nie zdałem sprawdzianu”, „I tak się nie uda”, „Nikt mnie nie lubi”. Modyfikacja sposobu myślenia pozwala obniżyć napięcie emocjonalne, zmniejszyć poczucie winy, wstydu czy lęku, a także zamienić myśli automatyczne w konstruktywne: „Ten sprawdzian był trudny dla wszystkich. Przygotuję się lepiej do poprawy – to nie koniec świata”, „To nieprawda, że nikt mnie nie lubi. Rodzice i rodzeństwo mnie kochają, najlepszy przyjaciel lubi mnie bardzo”.¹⁰ Szerzej techniki są omówione w drugiej części tego rozdziału.

Reframing poznawczy – reinterpretacja trudnych sytuacji w sposób mniej stresogenny. Polega na zmianie perspektywy myślenia o danym wydarzeniu, zwłaszcza tym, które młody człowiek postrzega jako zagrażające lub niesprawiedliwe. Dzieciom i młodzieży często brakuje jeszcze zdolności do pełnego zrozumienia intencji innych, co może prowadzić do błędnej interpretacji. Dzięki reformingowi poznawczemu dziecko uczy się dostrzegać, że nieprzyjemna sytuacja nie zawsze ma charakter osobisty, ale może być wypadkową ogólnych zasad, zbiegu okoliczności czy zachowań innych osób, które nie są wymierzone bezpośrednio w dziecko. Przykładowo, jeśli nauczyciel zwróci uwagę uczniowi, że przeszkadza mu w lekcji, uczeń może uznać to za „atak” lub „poniżenie”, co rodzi reakcję obronną (złość, agresję lub wycofanie się). Reframing poznawczy pomaga zredukować lęk, złość i poczucie odrzucenia, rozwija empatię i zdolność zrozumienia perspektywy innych osób.¹⁰

Samokontrola – rozpoznawanie własnych emocji i reakcji w określonych sytuacjach, co pozwala na lepsze zarządzanie stresem. CBT kładzie nacisk na to, by dzieci i młodzież uczyły się, co czują, dlaczego tak się czują oraz jak mogą zareagować w sposób bardziej adekwatny i bezpieczny dla siebie i otoczenia. Trening samokontroli obejmuje: naukę świadomego zatrzymania się

w emocjonalnej sytuacji (pauza emocjonalna), rozpoznanie fizycznych sygnałów emocji (np. przyspieszone bicie serca i tętno – lęk lub złość), identyfikację myśli towarzyszącym tym emocjom oraz dobór odpowiednich reakcji, które nie szkodzą ani sobie, ani otoczeniu (głęboki oddech, odczekanie z reakcją parę sekund, odejście, rozmowa, zgłoszenie do osoby dorosłej). W praktyce wygląda to jak nauka „wewnętrznego pilota”, dzięki któremu uczeń uczy się nie działać impulsywnie, lecz reagować świadomie.¹⁴

2.2.5.7. Techniki relaksacyjne

Techniki relaksacyjne uczą, jak uspokoić ciało i umysł w naturalny, bezpieczny sposób.

Techniki oddechowe i rozluźniające mięśnie – proste ćwiczenia oddechowe, takie jak „oddychanie brzuszne” lub progresywna relaksacja mięśni, pomagające regulować emocje i uspokoić ciało. Należą do najprostszych i najbardziej dostępnych form relaksacji. Choć mogą wydawać się niepozorne, ich regularne stosowanie ma silny wpływ na regulację układu nerwowego, uspokojenie emocji oraz poprawę koncentracji. U dzieci i młodzieży są one szczególnie przydatne, ponieważ łatwo je wdrożyć zarówno indywidualnie, jak i grupowo, np. przed sprawdzianem, podczas przerwy czy w sytuacjach konfliktowych. Oddychanie brzuszne (przeponowe), czyli tak, aby unosiła się tylko dolna część brzucha, a nie klatka piersiowa, to technika, dzięki której aktywizowany jest układ przywspółczulny, odpowiedzialny za stan wyciszenia i regeneracji organizmu. Aby właściwie ją wykonać, należy wygodnie usiąść, położyć jedną dłoń na górnej części brzucha, a drugą na dolnych żebrach. Następnie wziąć głęboki oddech nosem, pozwalając, by powietrze wypełniło dolną część płuc (brzuch powinien się unosić), a potem powoli wypuszczać powietrze ustami (brzuch powinien opadać, a dolne żebra wracać do pozycji wyjściowej). Powtarzać ten proces przez kilka minut, skupiając się na świadomym oddechu i ruchu przepony. Progresywna relaksacja mięśni (trening Jacobsona) polega natomiast na napinaniu i rozluźnianiu kolejnych grup mięśni (np. dłoni, ramion, nóg), co uczy dzieci i młodzież rozpoznawania napięcia w ciele i świadomego jej redukowania. Progresywna technika pomaga „czytać” sygnały z ciała (np. ból głowy, sztywność karku lub motylki w brzuchu) i znaleźć sposoby na ich redukcję. Przykładowo przy napinaniu mięśni uczeń wyobraża sobie, że wyciska sok z cytryny lub że unosi się lekko w powietrzu jak latawiec.⁶

Trening autogenny Schultza – stosowany od dekad, uczy głębokiego rozluźnienia. Polega na wprowadzeniu ciała w stan głębokiego odprężenia za pomocą autosugestii i koncentracji na odczuciach z ciała i wyobraźni. Trening ten to przede wszystkim wyobrażanie sobie pewnych stanów, np. uczucia ciepła lub ciężkości w określonych miejscach w ciele i określonej kolejności (autosugestia). Uczeń wyobraża sobie, że jego ręce lub nogi stają się bardzo lekkie

i zrelaksowane, powtarzając: „Moje ręce i nogi są lekkie jak piórko”. Może wyobrażać też sobie, że są ciężkie jak kamienie, które powoli się rozluźniają, lub tworzyć w myślach obrazy spokojnych, relaksujących i bezpiecznych miejsc, takich jak plaża, łąka, park lub las. Trening autogenny Schultza ma za zadanie przywrócić równowagę między przywspółczulnym układem nerwowym (stan relaksu) a współczulnym układem nerwowym (nieprzyjemne reakcje organizmu takie jak ucieczka lub walka).¹⁵

Trening uważności (mindfulness) – praktyka świadomego i nieoceniającego zwracania uwagi na teraźniejsze doświadczenie. Bazuje na pracy ze świadomym oddechem, myślach i emocjach. Korzenie techniki sięgają tradycji buddyjskich, jednak od niedawna zostały zaadaptowane do świeckich metod terapeutycznych i edukacyjnych, szczególnie w kontekście zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.¹⁶

Regularne ćwiczenia mindfulness poprawiają: regulację emocji, uwagę i koncentrację, pamięć roboczą, harmonię myśli, samoświadomość, poczucie sensu, poczucie samoakceptacji, poczucie własnej wartości i samoocenę, regenerację organizmu, kontrolę masy ciała, jakość snu, kreatywność, wzrost empatii i życzliwości wobec siebie i innych. Zmniejszają: objawy depresji i lęku, nadpobudliwości i uczucie bólu.¹⁷ Ćwiczenia uważności pomagają uczniom rozpoznać swoje myśli, emocje i reakcje bez potrzeby ich tłumienia czy oceniania, a także przyjmować postawę akceptacji wobec tego, co się pojawia (zarówno radości, jak i trudnych uczuć). Pozwalają skupić uwagę na bieżącym doświadczeniu, np. oddechu, dźwiękach, ruchu ciała, smakach czy uczuciach. To nie jest „ćwiczenie ciszy” – to ćwiczenie obecności, które uczy być bardziej świadomym swojego ciała i uczuć oraz otoczenia.¹⁸ Współczesne dzieci i młodzież żyją w świecie pełnym bodźców, oczekiwań i stresu (presja szkolna, media społecznościowe, niepewność jutra, konflikty rówieśnicze, przemoc rówieśnicza) – to wszystko wpływa na ich rozwój emocjonalny i psychiczny. Mindfulness pozwala na zatrzymanie, nawet na chwilę, zrozumienie, co się z nimi dzieje (odczucia płynące z ciała, np. ból brzucha), naukę, jak reagować, a nie tylko działać automatycznie i impulsywnie.¹⁹ Przykładowe techniki mindfulness: uważny oddech (skupienie na oddechu), skanowanie ciała (skupianie się na różnych częściach ciała – od stóp do głowy), uważne jedzenie (rozwija uważność zmysłową i cierpliwość), uważne słuchanie (pomaga uspokoić gonitwę myśli), uważne spacerowanie (nauka bycia „tu i teraz”, nie planując, nie analizując, tylko doświadczając).²⁰ Coraz częściej techniki uważności są wprowadzane do szkół i poradni psychologicznych jako element profilaktyki zdrowia psychicznego. Krótkie 5–10-minutowe ćwiczenia na początku lekcji, na przerwę z oddechem, mogą realnie poprawić funkcjonowanie emocjonalne, psychiczne i poznawcze uczniów.²¹

■ Techniki instruktażowo zostały omówione w rozdziale *Fizjoprofilaktyka – higiena snu i techniki relaksacyjne*.

2.2.5.8. Trening z zakresu inteligencji emocjonalnej

Praca w obszarze kompetencji społeczno-emocjonalnych obejmuje umiejętność **rozpoznawania własnych emocji** oraz ich nazwania, a także **naukę asertywności** – umiejętności wyrażania własnych myśli, uczuć i potrzeb w sposób jasny, bezpośredni i stanowczy, ale jednocześnie z szacunkiem dla innych osób i ich praw. Nauka asertywności jest ważna w budowaniu własnej wartości, wpływa na lepsze relacje rówieśnicze oraz kompetencje komunikacyjne, chroni przed przemocą, manipulacją i nadużyciami. Środowisko szkolne powinno wspierać rozwój asertywności u dzieci i młodzieży. Technikami nauki asertywności są: modelowanie zachowań (obserwacja dorosłych), ćwiczenie i odgrywanie ról (praktyczne scenki sytuacyjne), zachęcanie do mówienia o uczuciach, nauka stawiania i szanowania granic (prawo do powiedzenia „nie” w sytuacjach niekomfortowych, zarówno dla nas samych, jak i innych osób), rozwijanie umiejętności rozwiązywania konfliktów (radzenie sobie z nimi w sposób konstruktywny).²²

2.2.5.9. Trening umiejętności społecznych

Jest to zorganizowana forma zajęć psychoedukacyjnych mających na celu rozwijanie umiejętności interpersonalnych, emocjonalnych i komunikacyjnych u dzieci i młodzieży. Prowadzą je najczęściej psychologowie, pedagodzy specjalni oraz terapeuci TUS.²³ Zajęcia obejmują: naukę konstruktywnego wyrażania emocji, rozwijanie empatii i zrozumienie perspektywy innych, nabywanie umiejętności rozwiązywania konfliktów, kształtowanie umiejętności współpracy w grupie, wzmacnianie samooceny i kompetencji społecznych. Podczas treningu TUS dzieci i młodzież uczą się: jak inicjować rozmowę, jak dołączać do zabawy czy grupy, jak doskonalić komunikację werbalną i niewerbalną (kontakt wzrokowy, ton głosu, gesty i mimika), jak kształtować zachowania prospołeczne i asertywne (wyrażanie własnych potrzeb z poszanowaniem granic innych osób, nauka proszenia o pomoc, niezgoda na przemoc, obrona własnych granic, gotowość niesienia pomocy słabszym) i jak trenować współpracę w grupie (zasada współdziałania, dzielenia się, negocjacji, odpowiedzialności w działaniu grupowym).²⁴ Najczęściej stosowane metody i techniki to: odgrywanie scenek, modelowanie (pokaz właściwych zachowań), praca na kartach. Zajęcia odbywają się w małych grupach w formie warsztatowej. Struktura zajęć jest stała i przewidywalna, co daje dzieciom i młodzieży poczucie bezpieczeństwa. Trening TUS jest dostosowany do wieku i potrzeb uczestników.²⁵

TUS – trening umiejętności społecznych; jest to forma terapii psychologicznej realizowana w grupie rówieśniczej

2.2.5.10. Rozwijanie zainteresowań i pasji

Angażowanie w ulubione zajęcia (rysowanie, gra na instrumencie, taniec, majsterkowanie) w celu przekierowania uwagi na działania przynoszące

satysfakcję.²⁶ Jeśli wkładamy w wykonywanie czynności odpowiedni wysiłek (nie może nas przeciążać i nie może być zbyt łatwa) oraz wykonujemy ją ze względu na motywację wewnętrzną (ponieważ lubimy), możemy doświadczyć stanu przepływu (ang. *flow*). Jest to stan między satysfakcją a euforią wywołany całkowitym oddaniem się jakiejś czynności. Milknie wewnętrzny dialog, zmienne jest poczucie czasu, motywacja zewnętrzna przestaje mieć znaczenie. *Flow* oznacza szczególny stan psychiczny, w którym osoba jest całkowicie pochłonięta wykonywaną czynnością, do tego stopnia, że przestaje dostrzegać upływ czasu, otoczenie i zewnętrzne bodźce. W przypadku dzieci i młodzieży stan przepływu ma szczególne znaczenie rozwojowe, gdyż naturalnie wspiera procesy uczenia się, rozwijania pasji, wzmacniania motywacji wewnętrznej i budowania odporności psychicznej. Dziecko lub nastolatek w tym stanie działa z lekkością i radością, nie myśli o nagrodzie czy ocenie, zachowuje spokój i koncentrację, jest twórcze, kreatywne i elastyczne w myśleniu oraz trenuje odroczoną gratyfikację.²⁷

2.2.5.11. Wsparcie duchowe i wartości

Wiara, modlitwa, medytacja lub rozmowy o etyce i wartościach (takich jak dobro, sprawiedliwość, moralność, odwaga, ekologia, patriotyzm) dają uczniom głębsze oparcie i sens w trudnych chwilach. Angażowanie się w działania prospołeczne (wolontariat, pomoc potrzebującym, opieka nad zwierzętami, postawa proekologiczna) rozwija umiejętności współpracy, interpersonalne i empatię, uczy rozwiązywania problemów, kształtuje wartości społeczne.²⁸

2.2.5.12. Trening odporności psychicznej (siła rezyliencji)

Rezyliencja to odporność psychiczna jednostki do skutecznego radzenia sobie z presją, wyzwaniami i niepowodzeniami w życiu bez trwałego pogorszenia funkcjonowania psychicznego. Kształtuje się poprzez stawianie granic, konsekwencję, pracowitość oraz szacunek wobec autorytetów. Jest dynamicznym procesem pozytywnej adaptacji w obliczu przeciwności losu, traumy lub znacznego stresu. Jest to zdolność do przystosowania się do trudnych sytuacji, elastycznego reagowania na stres i sytuacje traumatyczne, przezwyciężania niepowodzeń i szybkiego powrotu do równowagi po kryzysach. Trening odporności psychicznej u dzieci i młodzieży to celowy proces wspierania młodych osób w budowaniu wewnętrznej siły, nabywaniu umiejętności radzenia sobie ze stresem, porażką i zmianą. Trening obejmuje: rozpoznawanie i nazywanie emocji, regulację emocji i techniki radzenia sobie ze stresem, budowanie poczucia własnej wartości poprzez naukę wyciągania wniosków z porażek, trening elastycznego myślenia poprzez przeformułowanie negatywnych przekonań, rozwijanie siły wsparcia i relacji oraz uczenie się akceptacji i wytrwałości oraz

pozytywnego nastawienia do życia (zgoda na to, że czegoś, na co nie mamy wpływu, nie zmienimy).²⁶

2.2.5.13. Nuda a kreatywność

Dziecięca nuda jest naturalnym stanem emocjonalnym. Z punktu widzenia neurologii niższy poziom pobudzenia mózgu wiąże się z poszerzeniem pola uwagi oraz skłonnością osób znudzonych do tworzenia odległych skojarzeń, a także inspirowanie do kreatywnego działania. U dzieci i młodzieży nuda często wynika z nadmiaru stymulacji, braku przestrzeni na swobodną aktywność lub braku umiejętności samodzielnego organizowania czasu. Dzieci, które są „zagospodarowane” przez szkołę, zajęcia dodatkowe, ekran czy dorosłych, mogą mieć trudności z tolerancją pustki i samodzielnym inicjowaniem działań. Uczucie nudy jest impulsem kreatywności, zachęca do szukania nowych rozwiązań, wzmacnia inicjowanie działań, uruchamia myślenie rozbieżne (charakterystyczne dla kreatywności znajdowanie wielu różnych rozwiązań jednego problemu) oraz rozwija umiejętność przetwarzania informacji i refleksji. Dzieci i młodzież w czasie nudy mają okazję przetworzyć wcześniejsze doświadczenia, usystematyzować je, porządkować emocje i zastanowić się nad sobą i światem. Szkoła i rodzice powinni wspierać kreatywność dzieci poprzez nudę, pozwalając jej zaistnieć, dać czas wolny od ekranów i zadań, zachęcać, ale nie narzucać aktywności, wzmacniać samodzielność i sprawczość. Stworzyć przestrzeń do twórczej ekspresji. Ważne jest również, aby dawać nastolatkom możliwość realizacji własnych pasji, działania na własnych zasadach, eksperymentowania i odkrywania tego, co ich naprawdę interesuje.²⁹ Nuda wspiera samodzielność i wewnętrzną motywację, pomaga w nauce regulacji emocji, zwiększa uważność i ciekawość świata oraz sprzyja relacjom i spontanicznej zabawie.²⁹

2.2.5.14. Ograniczenie bodźców cyfrowych

Współczesna technologia niesie wiele korzyści, jednak nadmiar stymulacji cyfrowej może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia psychicznego, rozwoju emocjonalnego i funkcjonowania poznawczego dzieci i młodzieży. Nadmiar ekranów potęguje rozdrażnienie, ma wpływ na rozwój fizyczny i sen (opóźnia zasypianie i pogarsza jakość snu). Wprowadzenie „ciszy cyfrowej” przed snem (min. 1 godz.) obniża napięcie i poprawia jakość wypoczynku. Ograniczanie bodźców cyfrowych nie oznacza całkowitego zakazu korzystania z technologii, lecz polega na świadomym, zdrowym zarządzaniu czasem ekranowym oraz przywracaniu równowagi między światem cyfrowym a rzeczywistym. Ograniczenie czasu cyfrowego powinno być dostosowane do wieku z ustaleniem granic czasowych. Dzieci uczą się poprzez obserwację, więc dorośli powinni dawać przykład zdrowego korzystania z technologii oraz zaoferować alternatywny

sposób spędzania wolnego czasu. Szkoła i rodzice powinni uczyć dzieci i młodzież świadomego korzystania z mediów, czym są algorytmy, jak działają powiadomienia, czym jest cyfrowy detoks.⁶

Działania nauczyciela na rzecz obniżenia stresu i wsparcia zdrowia psychicznego uczniów

- **Tworzenie bezpiecznej i wspierającej atmosfery w klasie** – zapewnienie przewidywalności, jasnych zasad oraz szacunku w relacjach uczeń–nauczyciel zmniejsza poczucie zagrożenia i sprzyja dobrostanowi.³⁰
- **Rozwijanie relacji opartych na zaufaniu i empatii** – regularna rozmowa z uczniami, zainteresowanie ich życiem pozaszkolnym oraz aktywne słuchanie budują relacje oparte na zaufaniu.³¹
- **Uczenie umiejętności regulacji emocji i radzenia sobie ze stresem** – wprowadzenie elementów edukacji emocjonalnej, np. krótkich ćwiczeń oddechowych, technik relaksacyjnych, rozmów o emocjach.³²
- **Umiarkowane podejście do oceniania i zadań domowych** – stosowanie różnorodnych form oceniania, unikanie nadmiernego testowania oraz dostosowanie prac domowych do możliwości ucznia.³³
- **Udzielanie konstruktywnej informacji zwrotnej zamiast krytyki** – pozytywna informacja zwrotna motywuje i zmniejsza lęk przed porażką.³⁴
- **Zauważanie i reagowanie na symptomy trudności psychicznych** – wczesna interwencja (np. rozmowa z psychologiem szkolnym) w przypadku objawów depresji, lęków, izolacji czy agresji.³⁵
- **Wspieranie integracji społecznej w klasie** – organizowanie zajęć integracyjnych, pracy grupowej i wspólnych projektów, co sprzyja budowaniu pozytywnych relacji rówieśniczych.³⁶
- **Współpraca z rodzicami i specjalistami** – regularny kontakt z rodziną ucznia oraz konsultacje z psychologiem czy pedagogiem szkolnym.³⁷
- **Promowanie rytuałów i tradycji szkolnych** – tradycyjne wydarzenia, jak apel, święta szkolne, wspólne śpiewy, wspierają poczucie wspólnoty i bezpieczeństwa.³⁸
- **Wzmacnianie poczucia sprawczości ucznia** – angażowanie uczniów w podejmowanie decyzji dotyczących klasy i szkoły, co buduje poczucie kontroli, kompetencji i sprawstwa.³⁹

2.3. Emocje – zakres pojęciowy i funkcje

2.3.1. Emocja – podstawowe cechy, znaczenie uprawomocniania

Emocja jest złożonym wzorcem reakcji, często obejmującym elementy doświadczalne, behawioralne i fizjologiczne. Czyli jest to reakcja:

- na konkretny obiekt albo zdarzenie,
- krótka,
- silna,
- zmuszająca do działania,
- zaburzająca racjonalne myślenie,
- adaptacyjna.

Niektóre z emocji, takie jak: złość, lęk, smutek, są nieprzyjemne. Ważne, by podkreślać, że nieprzyjemność emocji nie powinna prowadzić do ich unikania. Nie ma dobrych albo złych emocji! Emocja jest ważną adaptacyjną informacją z organizmu. Istotne jest, byśmy u siebie i innych stosowali uprawomocnianie emocji zamiast unieważniania! Czyli: „Widzę, że jesteś zły, możesz mi opowiedzieć dlaczego?”. Po uprawomocnieniu emocji jej siła słabnie, natomiast przy zaprzeczaniu, dawaniu rad, niezauważaniu może wzrastać i nie ulegać przepracowaniu.

Każda z emocji o czymś nas informuje, po to, żebyśmy zareagowali. Poniżej są przedstawione funkcje emocji podstawowych. Takie emocje są obecne nie tylko u ludzi, ale również u zwierząt, ponadto występują u wszystkich ludzi bez względu na pochodzenie czy inne zmienne, czyli mają charakter ponadkulturowy.

Funkcje podstawowych emocji

Radość – informuje, że coś jest dla nas dobre. Reakcja: powtarzamy zachowanie.

Smutek – informuje o utracie. Reakcje: wycofanie, brak energii.

Złość – informuje o przekraczaniu granic. Reakcje: atak.

Strach – informuje o zagrożeniu. Reakcje: unikanie, ucieczka, zamrożenie, walka.

Wstręt – informuje, że coś dla nas jest niedobre. Reakcja: wycofujemy się.

Emocje mogą być **pierwotne** i **wtórne**. Pierwotne są bardziej adaptacyjne. Na przykład możemy się smucić z powodu utraty przyjaciela (emocja pierwotna) i zezłościć się na przyjaciela, że już nie poświęca nam uwagi (emocja wtórna).

2.3.2. Emocja wstydu u dzieci i nastolatków

Wśród wielu emocji, które pełnią ważną rolę w życiu człowieka, są takie, które szczególnie silnie wpływają na rozwój społeczny i kształtowanie tożsamości – zwłaszcza w okresie dzieciństwa i dorastania. Jedną z takich emocji jest **wstyd**. Nie zalicza się go do emocji podstawowych, ale jego znaczenie w budowaniu relacji i obrazu siebie jest bardzo ważne. Wstyd odgrywa istotną rolę w procesie socjalizacji – pomaga dostosować się do norm społecznych, ale też może być źródłem wewnętrznego konfliktu i cierpienia, szczególnie u dzieci i nastolatków, dla których akceptacja grupy i poczucie własnej wartości mają szczególne znaczenie. Jest to emocja, która: **sygnalizuje naruszenie norm społecznych**, ostrzega przed **groźbą utraty więzi i odrzucenia**, **dotyka samooceny i poczucia wartości**, może pełnić **rolę kary społecznej** (zawstydzanie).⁴⁰

Elementy odporności na wstyd

Naucz się rozpoznawać i rozumieć to, co wywołuje twój wstyd („wyzwalacze” wstydu).

Próbuj oceniać krytycznie to, co znajduje się w twojej „sieci wstydu”.

Bądź gotów (gotowa) zwracać się do innych po wsparcie.

Naucz się mówić o wstydzie.⁴¹

2.3.3. Radzenie sobie z silnymi emocjami

W przypadku doświadczania silnych emocji bardzo skuteczne są techniki stosowane w DBT. Można więcej o nich dowiedzieć się z podręcznika autorstwa Rathus JH, Miller AL *Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT) młodzieży. Trening umiejętności*.⁴³

Niżej przedstawione techniki mają na celu zwiększenie tolerancji na dyskomfort psychiczny bez sięgania po szkodliwe sposoby radzenia sobie z nim.

2.3.3.1. Umiejętności TIPP

Umiejętności TIPP to techniki szybkiej regulacji emocji. Są one szczególnie przydatne w sytuacjach kryzysowych, kiedy emocje są tak silne, że uniemożliwiają logiczne myślenie i działanie zgodne z wartościami i potrzebami.⁴²

TIPP – akronim: ang. *temperature, intense exercise, paced breathing, progressive muscle relaxation* (temperatura, intensywne ćwiczenia, rytmiczne oddychanie, relaksacja par mięśniowych)

Ćwiczenie składa się z 4 następujących po sobie zachowań: obniżenia temperatury, intensywnego wysiłku fizycznego, oddychania oraz progresywnej relaksacji mięśni.

T – temperature (temperatura) – nagła zmiana temperatury ciała, np. zanurzenie twarzy w zimnej wodzie na ok. 20 s. Można wykorzystać również zimny okład, ale dla lepszego efektu należy także powstrzymać oddech. Ćwiczenie obniża pobudzenie emocjonalne, aktywując „odruch nurka” – spowalnia tętno i pracę serca. Ćwiczenie może być stosowane tylko przez osoby bez takich problemów zdrowotnych, jak: skłonności do omdleń, obniżone ciśnienie tętnicze itp. Gdy nie mamy dostępu do zimnej wody i okładów, można pochylić się i powstrzymać na chwilę (ok. 20–30 s) oddech.

I – intense exercise (intensywny wysiłek fizyczny) – krótkotrwały, intensywny ruch (np. bieg, skakanie, pompki, pajacyki) pomaga zmniejszyć intensywność napięcia emocjonalnego, naturalnie powoduje zmianę nastroju.

P – paced breathing (rytmiczne oddychanie) – spowolniony oddech (np. 4 s wdech, 6 s wydech) działa kojąco na układ nerwowy, stabilizuje emocje.

P – progressive muscle relaxation (progresywna relaksacja mięśni) – napinanie i rozluźnianie kolejnych grup mięśniowych pozwala zredukować napięcie fizyczne i uspokoić ciało.

Celem TIPP jest szybkie obniżenie intensywności silnych emocji (np. złości, lęku), odzyskanie kontroli nad sobą w sytuacji kryzysowej, uniknięcie impulsywnych i autodestrukcyjnych zachowań.

TIPP to „ratunkowa” grupa technik – nie rozwiązują one problemów długofalowo, ale przywracają zdolność do racjonalnego działania w kryzysie. **W przypadku głębokiego smutku zamiast zimnej wody należy wykorzystać ciepłą.**

2.3.3.2. Odwracanie uwagi za pomocą umiejętności mądrego umysłu – ACCEPTS

ACCEPTS – akronim:
ang. *activities*,
contributing,
comparisons, *emotions*,
pushing away, *thoughts*,
sensations (aktywności,
pomaganie innym,
porównania, emocje,
odpychanie, myśli,
doznania)

ACCEPTS to umiejętność używana w chwilach silnego napięcia, kiedy celem nie jest rozwiązanie problemu, ale przetrwanie trudnych emocji bez szkodliwego działania. Celem tej techniki jest tymczasowe przeniesienie uwagi na coś innego, co pozwala przetrwać kryzysowy moment bez podejmowania impulsywnych działań.⁴²

A – activities (aktywności) – zaangażowanie się w dowolną czynność, np. sprzątanie, gotowanie, spacer, pisanie. Pomaga zająć umysł czymś konkretnym.

C – contributing (pomaganie innym) – zrobienie czegoś dobrego dla innych: przysługa, drobny gest życzliwości, wsparcie. Pomaga oderwać się od własnych problemów i daje poczucie sensu.

C – comparisons (porównania) – przypomnienie sobie sytuacji, które były trudniejsze, lub porównanie się do osób, które mają gorzej. Pomaga uzyskać inną perspektywę.

E – emotions (emocje) – wywoływanie emocji przeciwnych do obecnych, np. oglądanie komedii przy smutku, słuchanie energicznej muzyki przy apatii. Zamiast skulonej postawy przy smutku należy się wyprostować, zamiast wolnego poruszania się poruszać się energicznie. Gdy chcemy odsunąć się od ludzi, to trzeba umówić się na spotkanie itd.

P – pushing away (odpychanie) – świadome odsunięcie trudnych myśli czy emocji na bok, np. przez wyobrażenie sobie ich zamknięcia w pudełku lub zapisanie ich i odłożenie.

T – thoughts (myśli, zastąp swoje myśli) – skierowanie myśli na coś innego, np. rozwiązywanie łamigłówek, liczenie, przypominanie sobie wiersza, recytowanie alfabetu od końca.

S – sensations (doznania) – intensywne bodźce zmysłowe, np. trzymanie kostki lodu, zjedzenie czegoś pikantnego, energiczny ruch – aby przenieść uwagę na ciało i zmysły.

2.3.3.3. Samoukojenie za pomocą 6 zmysłów

To technika polegająca na świadomym korzystaniu ze wszystkich zmysłów w celu uspokojenia ciała i umysłu.⁴² Pomaga zatrzymać się tu i teraz i zająć czymś uwagę, co działa kojąco. Jest bardziej skuteczna, gdy poziom zdenerwowania nie jest zbyt wysoki:

- **wzrok** – patrzeć na coś ładnego, zdjęcia, krajobrazy,
- **słuch** – słuchanie ulubionej muzyki, dźwięków natury,
- **dotyk** – głaskanie pupila, przykrycie się kocem, gorący prysznic,
- **smak** – jedzenie czegoś ulubionego, picie ciepłej herbaty,
- **węch** – zapach świecy, perfum, olejku eterycznego,
- **równowaga i zmysł ruchu** – spacer, bujanie się, joga.

Podobnie jak przy pozostałych technikach celem jest zapewnienie sobie chwilowego ukojenia w stresie, bez sięgania po destrukcyjne strategie (np. impulsywne działanie, długotrwałe zamartwianie się).

Samoukojenie jest szczególnie przydatne podczas uczucia smutku. **Przy odczuwaniu głębokiego smutku obniża się temperatura ciała, dlatego dobrze jest wówczas się „ocieplić”** za pomocą ciepłej herbaty, koca, termofora. Można wcześniej przygotować sobie „kącik bezpieczeństwa”, w którym będą rzeczy, przedmioty przynoszące nam ukojenie.

2.3.3.4. Poprawianie chwili – IMPROVE (*improve the moment*)

To zestaw technik mających na celu chwilowe uczynienie danej sytuacji bardziej znośną i mniej przytłaczającą – nawet jeśli nie da się jej zmienić.⁴²

Strategie poprawiania chwili obejmują m.in.:

I – imagery (wyobrażenia) – wyobrażanie sobie przyjemnych miejsc, wspomnień lub sukcesów.

IMPROVE – akronim:
ang. *imagery, meaning, prayer, relaxation, one thing in the moment, vacation, encouragement* (wyobrażenia, znaczenie, modlitwa lub medytacja, relaks, zajęcie uwagi, odwrócenie perspektywy lub krótki odpoczynek, dodawanie sobie otuchy)

M – *meaning* (znaczenie) – odnalezienie sensu lub celu w trudnym doświadczeniu.

P – *prayer* (modlitwa lub medytacja) – kontakt z czymś większym od siebie, uważność.

R – *relaxation* (relaks) – techniki oddechowe, kąpiel, spokojna muzyka.

O – *one thing in the moment* (zajęcie uwagi) – skupienie się na jednej czynności, by być tu i teraz (np. książka, film, zadanie).

V – *vacation* (odwrócenie perspektywy lub krótki odpoczynek) – spojrzenie na sytuację inaczej lub symboliczne „urlopowanie się” od problemu, np. spacer, oderwanie się na chwilę.

E – *encouragement* (dodawanie sobie otuchy) – mobilizowanie się i przypominanie sobie własnych zasobów, sukcesów; poszerzenie perspektywy w sytuacji kryzysowej zamiast koncentracji na negatywnych aspektach.

Wyżej wymienione działania **poprawiają subiektywne odczucie chwili**, nie zmieniając realiów. Ich celem jest przetrwanie trudnych momentów w sposób bardziej świadomy i łagodny wobec siebie.

2.3.3.5. Za i przeciw

Analiza za i przeciw to technika pomagająca przeanalizować impulsywne zachowania i ocenić ich długoterminowe skutki. Służy zwiększaniu kontroli nad sobą w momentach kryzysowych.⁴²

Należy spisać argumenty za i przeciw, np.:

- „Co się stanie, jeśli zareaguję impulsywnie?”, „Co się stanie, jeśli tego nie zrobię?” albo „Co się stanie, jeśli będę próbować uniknąć dyskomfortu?”, „Co się stanie, jeśli nie będę unikać?”;
- Jakie będą natychmiastowe korzyści, a jakie długofalowe konsekwencje?

Żeby lepiej zrozumieć technikę, nastolatki mogą wybrać dowolną sytuację, która wiąże się z ryzykiem impulsywnego zachowania i spróbować rozpisać według kroków wskazanych w technice.

Przykład

Sytuacja: Pokłóciłam (pokłóciłem) się z przyjacielem, mam ochotę napisać coś złośliwego lub zablokować go w złości.

Za impulsywną reakcją:

- ulga, że się odgryzę,
- poczucie siły i kontroli.

Przeciw:

- poczucie winy lub żalu później,
- możliwość pogorszenia relacji,
- trudniejsza rozmowa w przyszłości.

Za powstrzymaniem się:

- daję sobie czas na ochłonięcie,
- chronię relację,
- mam większą szansę na spokojną rozmowę.

Przeciw:

- trudno wytrzymać złość,
- poczucie, że nic nie robię.

Dzięki analizie mogę zdecydować: **czy zależy mi bardziej na relacji czy na szybkim odreagowaniu emocji.**

Technika pomaga zatrzymać automatyczne reakcje i zastanowić się nad najbardziej adaptacyjnym wyborem, zamiast działać impulsywnie.

2.3.4. Zniekształcenia poznawcze

Emocje są informacją i ich odczuwanie jest niezbędne, byśmy mogli żyć pełnią życia. Nieadaptacyjne może być to, co robimy pod wpływem emocji albo jeśli interpretacja sytuacji jest błędna, a za nią idą emocje powodujące nieadekwatne do sytuacji zachowanie. Nieraz interpretujemy sytuację, nie analizując innych możliwych wyjaśnień niż to, które nam jako pierwsze przyjdzie na myśl.

Można z uczniami omówić przykłady różnych pułapek myślowych, w które każdy z nas czasem wpada. Podstawowe zniekształcenia poznawcze, które są opisywane przez przedstawicieli nurtu CBT, przedstawiamy poniżej:

- **myślenie w kategoriach wszystko albo nic** – widzimy tylko dwie skrajne możliwości;
- **katastrofizacja** – przewidywanie negatywnej przyszłości;
- **lekceważenie lub pomijanie pozytywnych informacji** – lekceważenie pozytywnych efektów bez żadnych zdroworozsądkowych przesłanek;
- **uzasadnienie emocjonalne** – uważamy, że coś musi być prawdą, bo tak czujemy;
- **etykietowanie** – nadawanie sztywnych, ogólnikowych etykiet sobie i innym;
- **wyolbrzymienie/umniejszanie** – wyolbrzymiamy negatywne aspekty, pomniejszamy pozytywne;
- **filtr mentalny (selektywna uwaga)** – skupiamy się na jednym negatywnym szczególe;
- **czytanie w myślach** – uważamy, że wiemy, co myślą inni;
- **nadmierne uogólnianie** – wyciągamy ogólny negatywny wniosek;
- **personalizacja** – przekonanie, że inni zachowują się negatywnie z naszego powodu;
- **nadużywanie imperatywów** – stałe wyobrażenie na temat tego, jak musimy się zachowywać i jak muszą się zachowywać inni;
- **myślenie tunelowe** – widzimy jedynie negatywne aspekty sytuacji.⁴³

Wersja zniekształceń poznawczych,
która może być bardziej zrozumiała dla dzieci⁴⁴:

1. „Dosmucacze” – to myśli, które skupiają się tylko na tym, co złe, i ignorują wszystko, co dobre:
 - **czarne okulary** – widzę wszystko w smutnych kolorach, nawet jeśli dzieje się coś miłego;
 - **pozytywy się nie liczą** – np. „Dostałem 5, ale to nie znaczy, że jestem dobry, po prostu miałem szczęście”, „Koleżanka usiadła ze mną w ławce, ale pewnie dlatego, że nie było lepszych miejsc”.
2. **Wyolbrzymianie** – dotyczy takich myśli, gdy robimy z małego problemu wielką katastrofę albo widzimy świat tylko w skrajnościach:
 - **wszystko albo nic** – „Albo muszę mieć pierwsze miejsce, albo nie warto się starać”, „Zaspałem na pierwszą lekcję, to nie warto już iść do szkoły”;
 - **rozdmuchiwanie złych rzeczy** – „Powiedziałem coś głupiego = wszyscy mnie teraz nienawidzą”;
 - **efekt kuli śnieżnej** – jedna mała rzecz prowadzi do kolejnych złych myśli („Spóźniłem się = nic nie umiem = jestem beznadziejny”).
3. **Przewidywanie klęski** – dotyczy takich myśli, gdy zakładamy, że stanie się coś złego, chociaż nie mamy pewności:
 - **czytam w twoich myślach!** – „Na pewno myśli, że jestem nudny”;
 - **wróżka** – „Na 100% się ośmieszę na sprawdzianie” – choć jeszcze go nie było.
4. **Myślenie emocjami** – występuje, gdy uczucia i emocje traktujemy jak fakty, nie patrząc na inne możliwe wyjaśnienia:
 - **rozumowanie emocjonalne** – „Czuję się głupi = jestem głupi”;
 - **segregacja odpadków (etykietowanie)** – „Zrobiłem błąd = jestem beznadziejny”.
5. **Nastawienie na niepowodzenie** – występuje, gdy od razu zakładamy, że coś się nie uda, zanim w ogóle spróbujemy: np. „Nie ma sensu próbować – i tak mi nie wyjdzie”.
6. **To przeze mnie!** – dotyczy takich myśli, gdy obwiniamy się za wszystko, nawet za rzeczy, na które nie mamy wpływu: np. „Mama się zdenerwowała = to moja wina” (choć może miała po prostu trudny dzień).

Ważne, by wyjaśnić dzieciom i nastolatkom związek pomiędzy **myślami, emocjami i zachowaniem**. Jeśli myśli będą zniekształcone, wówczas dochodzi do zachowań opartych na fałszywych przesłankach. Przykładowa sytuacja: koleżanka nie zaprosiła mnie na urodziny, myśl: „nikt mnie nie lubi” (zniekształcenie – nadmierne uogólnienie), zachowanie: zamartwiam się, w przyszłości sama przestaję zapraszać osoby z klasy na swoje urodziny. Warto zastanowić

się, jakie jest inne możliwe wytłumaczenie sytuacji, i podważyć zniekształcenie „nikt mnie nie lubi”, poszukując dowodów, które by temu zaprzeczały (np. „mam kilka przyjaciółek”, „miesiąc temu inna koleżanka mnie zaprosiła”).

Gdy nauczymy się rozpoznawać zniekształcenia i bardziej obiektywnie patrzeć na zdarzenia, będziemy mogli szerzej spojrzeć na sytuację, zrozumieć i łatwiej poradzić sobie z emocjami, które mogą prowadzić do nieadaptacyjnych zachowań.

Podsumowanie

Rozwijanie kompetencji emocjonalnych i umiejętności radzenia sobie ze stresem i silnymi emocjami u dzieci i młodzieży to jedno z ważniejszych wspierających zadań dla obecnych w ich życiu osób dorosłych. Nauczyciele także mają możliwość modelowania adaptacyjnych strategii, wzmacniania odporności psychicznej i budowania relacji opartych na empatii oraz bezpieczeństwie. Dzięki znajomości podstawowych narzędzi opisywanych przez psychologów oraz przedstawicieli takich nurtów terapeutycznych jak CBT i DBT nauczyciele mogą przedstawić uczniom realne sposoby radzenia sobie z trudnościami.

Rozdział może posłużyć nauczycielom jako praktyczny przewodnik. Ćwiczenia w nim przedstawione można traktować jako działania profilaktyczne, wzmacniające dobrostan psychiczny uczniów. Opisane sposoby radzenia sobie z trudnymi sytuacjami lub stresem mogą być stosowane nie tylko przez dzieci i młodzież, ale również przez osoby dorosłe.

Przydatne materiały online

- ▶ Centrum Edukacji Obywatelskiej – materiały o emocjach, relacjach i edukacji obywatelskiej
- ▶ Fundacja „Dajemy Dzieciom Siłę” – bezpłatne materiały edukacyjne, scenariusze lekcji, programy profilaktyczne
- ▶ Mindfulness dla dzieci i młodzieży – różne filmiki dotyczące ćwiczeń uważności

Filmy edukacyjne i kanały YouTube:

- ▶ Bajka terapeutyczna o złości dla dzieci
- ▶ Moc góry. Ćwiczenie uważności dla nastolatków
- ▶ Radzenie sobie z trudnymi emocjami. Ćwiczenie uważności dla nastolatków

Bezpłatne scenariusze i ćwiczenia do pobrania:

- ▶ ćwiczenia DBT, dzienniki emocji, materiały psychoedukacyjne
- ▶ zasoby dla nauczycieli, m.in. z edukacji emocjonalnej
- ▶ projekt UPRIGHT (do pobrania m.in. podręcznik dla nauczycieli pt. *Dobrostan dla wszystkich*)

Piśmiennictwo

1. Selye H. *The Stress of Life*. Nowy Jork: McGraw-Hill; 1976.
2. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980;21(3):219–239. doi:10.2307/2136617
3. Sapolsky RM. *Why Zebras Don't Get Ulcers*. 3 wyd. Nowy Jork: St. Martin's Press; 2004.
4. LeDoux J. The emotional brain, fear, and the amygdala. *Cell Mol Neurobiol*. 2003;23:727–738. doi:10.1023/A:1025048802629
5. World Health Organization. Mental health of adolescents. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Dostęp 31.12.2025.
6. American Psychological Association. Stress in America. <https://www.apa.org/news/press/releases/stress>. Dostęp 7.07.2025.
7. Olatunji BO, Lohr JM, Bushman BJ. The pseudopsychology of venting in the treatment of anger. W: Cavell TA, Malcolm KT, red. *Anger, Aggression and Interventions for Interpersonal Violence*. Milton Park: Taylor and Francis; 2007:119–141. doi:10.4324/9781003417989
8. Sęk H, Cieślak R. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
9. Halbesleben J. Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *J Appl Psychol*. 2006;91(5):1134–1145. doi:10.1037/0021-9010.91.5.1134. Errata: *J Appl Psychol*. 2011;96(1):182.
10. Strelau J. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T 3. *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007.
11. Heszen-Celińska I, Sęk H. *Psychologia zdrowia. Wydanie nowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020.
12. Wardziukiewicz W, Stachowska E. Wpływ mikrobioty jelitowej i jej modyfikacji na samopoczucie pacjentów z depresją. *Postępy Hig Med Dośw*. 2020;74:314–321. doi:10.5604/01.3001.0014.3416
13. Zhang J, Jiang X, Pang B, et al. Association between tryptophan concentrations and the risk of developing cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Nutr Metab (Lond)*. 2024;21(1):82. doi:10.1186/s12986-024-00857-1
14. Kyriacou C. Teacher stress: Directions for future research. *Educ Rev*. 2001;53(1):27–35. doi:10.1080/0013191012003362.
15. Siegel DJ, Bryson TP. *The Whole-Brain Child: 12 Revolutionary Strategies to Nurture Your Child's Developing Mind*. Nowy Jork: Delacorte Press; 2011.
16. Kabat-Zinn J. *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Nowy Jork: Hyperion; 1994.
17. Felver JC, Celis-de Hoyos CE, Tezanos K, Singh NN. A systematic review of mindfulness-based interventions for youth in school settings. *Mindfulness*. 2015;7(1):34–45. doi:10.1007/s12671-015-0389-4
18. Kuyken W, Weare K, Ukoumunne OC, et al. Effectiveness of the mindfulness in schools programme: Non-randomised controlled feasibility study. *Br J Psychiatry*. 2013;203(2):126–131. doi:10.1192/bjp.bp.113.126649
19. Weare K. Evidence for the Impact of Mindfulness on Children and Young People. The Mindfulness in Schools Project; 2012. <https://mindfulnessinschools.org/wp-content/uploads/2013/02/MiSP-Research-Summary-2012.pdf>. Dostęp 7.07.2025.
20. Zoogman S, Goldberg SB, Hoyt WT, Miller L. Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness*. 2015;6(2):290–302. doi:10.1007/s12671-013-0260-4
21. Bluth K, Eisenlohr-Moul TA. Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *J Adolesc*. 2017;57:108–118. doi:10.1016/j.adolescence.2017.04.001
22. Goleman D. *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina; 1997.

23. Bandura A. *Social Learning Theory*. Nowy Jork: Prentice-Hall; 1977.
24. Bandach M. Trening umiejętności społecznych jako forma podnoszenia kompetencji społecznych. *Ekonomia i Zarządzanie*. 2013;5(4):82–97. doi:10.12846/j.em.2013.04.0.
25. Spence SH. Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. *Child Adolesc Ment Health*. 2003;8(2):84–96. https://www.cs.cmu.edu/~smrobert/indep_summer/cam.pdf. Dostęp 8.07.2025.
26. Linehan MM. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. Nowy Jork: Guilford Press; 1993.
27. Csíkszentmihályi M. *Przepływ*. Wrocław: Moderator; 2005.
28. Ginsburg KR; American Academy of Pediatrics Committee on Communications; American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*. 2007;119(1):182–191. doi:10.1542/peds.2006-2697
29. Bench SW, Lench HC. On the function of boredom. *Behav Sci (Basel)*. 2013;3:459–472. doi:10.3390/bs3030459
30. Jennings PA, Greenberg MT. The prosocial classroom: Teacher social and emotional competence in relation to student and classroom outcomes. *Rev Educ Res*. 2009;79(1):491–525. doi:10.3102/0034654308325693
31. Pianta RC. *Enhancing Relationships Between Children and Teachers*. Waszyngton: American Psychological Association; 1999.
32. Brackett MA, Rivers SE, Salovey P. Emotional intelligence: Implications for personal, social, academic, and workplace success. *Soc Personal Psychol Compass*. 2011;5(1):88–103. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00334..
33. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Education at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paryż: OECD Publishing; 2021. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2021/09/education-at-a-glance-2021_dd45f55e/b35a14e5-en.pdf. Dostęp 12.12.2025.
34. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Rev Educ Res*. 2007;77(1):81–112. doi:10.3102/003465430298487
35. Kataoka SH, Zhang L, Wells KB. Unmet need for mental health care among U.S. children: Variation by ethnicity and insurance status. *Am J Psychiatry*. 2002;159(9):1548–1555. doi:10.1176/appi.ajp.159.9.1548
36. Wentzel KR. Peers and academic functioning at school. W: Rubin KH, Bukowski WM, Laursen B, red. *Handbook of Peer Interactions, Relationships, and Groups*. Nowy Jork: Guilford Press; 2009:531–547. https://www.researchgate.net/profile/Kenneth-Rubin2/publication/228017617_Handbook_of_Child_Psychology. Dostęp 7.07.2025..
37. Epstein JL. *School, Family, and Community Partnerships: Preparing Educators and Improving Schools*. 2 wyd. Boulder: Westview Press; 2011.
38. Noddings N. *The Challenge to Care in Schools: An Alternative Approach to Education*. 2 wyd. Nowy Jork: Teachers College Press; 2005.
39. Deci EL, Ryan RM. The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inq*. 2000;11(4):227–268. https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000-DeciRyan_PIWWhatWhy.pdf. Dostęp 7.07.2025.
40. Sznycer D, Tooby J, Cosmides L, Porat R, Shalvi S, Halperin E. Shame closely tracks the threat of devaluation by others, even across cultures. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2016;113(10):2625–2630. doi:10.1073/pnas.1514699113
41. Sutton J. Shame Resilience Theory: Advice From Brené Brown. PositivePsychology.com. <https://positivepsychology.com/shame-resilience-theory/>. Opublikowano 14.06.2017. Dostęp 10.07.2025.
42. Rathus JH, Miller AL. *Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT) młodzieży. Trening umiejętności*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2018.
43. Beck JS. *Terapia poznawczo-behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2012.
44. Stallard P. *Czujesz tak, jak myślisz. Praktyczne zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z dziećmi i młodzieżą*. Poznań: Zysk i S-ka; 2006.

