

# One są wśród nas



## DZIECKO Z DEPRESJĄ W SZKOLE I PRZEDSZKOLU

Informacje dla pedagogów i opiekunów

**Monika Turno**



MINISTERSTWO  
EDUKACJI  
NARODOWEJ



OŚRODEK  
ROZWOJU  
EDUKACJI



Ministerstwo Zdrowia

PEŁNOMOCNIK RZĄDU  
DO SPRAW RÓWNEGO TRAKTOWANIA

One są wśród nas

# **DZIECKO Z DEPRESJĄ**

## **W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**

Informacje dla pedagogów i opiekunów

**Monika Turno**



Ośrodek Rozwoju Edukacji

Warszawa 2010

© Copyright by Ośrodek Rozwoju Edukacji  
Warszawa 2010

Publikacja sfinansowana przez Ministerstwo Edukacji Narodowej  
w ramach rządowego programu *Bezpieczna i Przyjazna Szkoła*,  
we współpracy z Ministerstwem Zdrowia

**Projekt okładki, opracowanie graficzne:**  
Magdalena Cyrczak, [www.cyrczak.com](http://www.cyrczak.com)

**Wydawca:**  
 Ośrodek Rozwoju Edukacji, [www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl)

**ISBN:** 978-83-62360-56-7

**Druk:**  
TRANS-DRUK Szepliński i Rosiński Sp. J., [www.transdruk.pl](http://www.transdruk.pl)

Szanowni Państwo,

dzieci przewlekle chore mogą i powinny uczyć się razem z rówieśnikami w szkole najbliższej ich miejscu zamieszkania. Należy jednak dostrzec ich indywidualne potrzeby oraz uwzględnić je w procesie uczenia, wychowania i budowania przyjaznych relacji z otoczeniem.

To, w jaki sposób dziecko przewlekle chore radzi sobie z chorobą w warunkach zarówno szkolnych, jak i domowych, ma ogromny wpływ na efekty leczenia, stan zdrowia i jakość życia teraz oraz w przyszłości.

Przedstawiamy Państwu kolejne publikacje z serii „One są wśród nas”, które powstały na wniosek środowiska pedagogicznego i są kontynuacją poprzedniej edycji poświęconej chorobom organicznym. Tym razem obejmują sferę życia psychicznego dzieci i młodzieży, która jest równie ważna jak ta, która obejmuje choroby opisane uprzednio. Publikacje są wynikiem prac międzyresortowego zespołu do spraw przeciwdziałania dyskryminacji dzieci przewlekle chorych, w skład którego weszli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ośrodka Rozwoju Edukacji.

Każda z tych publikacji zawiera szczegółowe informacje na temat postępowania z dzieckiem przewlekle chorym w szkole i przedszkolu, przybliży nauczycielom, rodzicom i uczniom jego specyficzne trudności funkcjonowania, a także wskazuje kierunki i sposoby rozwiązywania ewentualnych problemów.

Zostały one przygotowane w ramach rządowego programu „Bezpieczna i przyjazna szkoła”, na zlecenie Ministra Edukacji Narodowej, we współpracy z Ministrem Zdrowia oraz Pełnomocnikiem Rządu do spraw Równego Traktowania. Nakład obejmujący ponad 100 tys. kompletów trafi do wszystkich przedszkoli i szkół w Polsce.

Choroby przewlekłe, które zostały opisane w kolejnych książeczkach, nie muszą i nie powinny wykluczać z normalnego życia. Przy odpowiedniej pomocy ze strony nauczycieli i opiekunów, dzieci i młodzież mogą cieszyć się swoim dzieciństwem i okresem dorastania razem z rówieśnikami. Publikacje, które dziś Państwu prezentujemy, mogą im w tym pomóc.

Ewa Kopacz  
Minister Zdrowia

Katarzyna Hall  
Minister Edukacji Narodowej

Elżbieta Radziszewska  
Pełnomocnik Rządu do spraw Równego Traktowania

*„One są wśród nas” – dzieci z zaburzeniami psychotycznymi i lękowymi, z depresją i ADHD, z autyzmem i Zespołem Aspergera, z zaburzeniami odżywiania i z problemem tików. Czy je znamy? Czy rozumiemy ich trudności? Czy chcemy i potrafimy im pomóc?*

*Doświadczenia wielu krajów, a także nasze, polskie doświadczenia edukacji integracyjnej i włączającej wskazują, że dzieci z zaburzeniami rozwoju i przewlekłe chore, a więc ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, najpełniej uczestniczą w procesie edukacji, gdy pozostają wspólnie ze swoimi rówieśnikami i w najbliższym otoczeniu. Mogą uczyć się i być razem ze wszystkimi – pod warunkiem, że będziemy chcieli je bliżej poznać, dostrzec ich indywidualne potrzeby i wykorzystać tę wiedzę w procesie uczenia, wychowania i budowania przyjaznych relacji z otoczeniem.*

*Obecnie przygotowane publikacje z serii „One są wśród nas” mają za zadanie przybliżyć nauczycielom, rodzicom i uczniom specyficzne problemy funkcjonowania w szkole i w przedszkolu dzieci z zaburzeniami rozwojowymi i chorobami psychicznymi, a także wskazać kierunki i sposoby pracy z nimi. Integracja dzieci w szkole, zgodne i twórcze współzycie wszystkich dzieci jest naszą wspólną szansą. Odkryjmy jej wartość.*

*Zespół redakcyjny  
Ośrodka Rozwoju Edukacji*

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Co to jest depresja? .....                                               | 7  |
| Wiadomości ogólne .....                                                  | 7  |
| Występowanie i współwystępowanie depresji .....                          | 8  |
| Objawy depresji.....                                                     | 9  |
| Cechy depresji u dzieci w wieku przedszkolnym<br>i wczesnoszkolnym ..... | 11 |
| Cechy depresji u nastolatków .....                                       | 12 |
| Przyczyny depresji .....                                                 | 14 |
| Przebieg choroby .....                                                   | 16 |
| Leczenie .....                                                           | 16 |
| Rola nauczyciela i szkoły .....                                          | 19 |
| Czynniki ochronne i zapobieganie.....                                    | 25 |
| Podsumowanie.....                                                        | 26 |
| Bibliografia .....                                                       | 27 |



## Co to jest depresja?

Termin depresja – niezwykle rozpowszechniony w codziennym języku – zazwyczaj używany jest do nazwania normalnej reakcji na trudne wydarzenie. Często zdarza się, że młody człowiek odczuwa smutek po przeżyciu zawodu miłosnego lub po nieudanym podejściu do egzaminu. Depresja jako choroba, lub inaczej klinicznie rozpoznany zespół depresyjny, to długotrwały, szkodliwy i poważny stan charakteryzujący się nadmiernym obniżeniem nastroju oraz innymi objawami psychicznymi, behawioralnymi i fizycznymi.

W medycznych klasyfikacjach chorób depresja jest umieszczana w grupie zaburzeń nastroju (zaburzenia afektywne). W zależności od nasilenia objawów lekarze rozpoznają epizod depresyjny łagodny, umiarkowany lub ciężki.

Objawy depresyjne występują również u osób, u których nie rozpoznano choroby afektywnej, lecz inne schorzenie, np. mieszane zaburzenia lękowo-depresyjne lub zaburzenia adaptacyjne (reakcja depresyjna). W grupie osób z

tymi zaburzeniami pojawienie się objawów depresyjnych związane jest z aktualnymi trudnymi przeżyciami; dla dzieci bardzo często jest to stres związany ze szkołą (nadmierna presja i wymagania, nasilona rywalizacja wśród uczniów, przemoc w szkole i in.).

Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży, poza kilkoma różnicami, rozpoznaje się na podstawie kryteriów przyjętych do diagnozowania depresji u dorosłych.

## Wiadomości ogólne

Dzieci, podobnie jak dorośli, mogą doświadczać nastroju, który potocznie określa się jako depresję. Dzieje się tak, gdy doznają one frustracji, rozczarowania lub kiedy przeżywają smutek związany ze stratą w ich życiu. Te trudne uczucia wywołane różnymi sytuacjami, zazwyczaj dość szybko mijają. Są jednak dzieci, które przez długi czas przeżywają smutek, z którym nie potrafią sobie poradzić. Można powiedzieć, że cierpią z powodu depresji – choroby, którą do niedawna rozpoznawano jedynie u dorosłych. Dawniej depresja nie była u dzieci zauważana, ponieważ nie pytano ich o nastroje czy uczucia. Również dzisiaj

nie uda się rozpoznać depresji, jeżeli nie porozmawiamy z dzieckiem o jego samopoczuciu, nastroju, problemach. Ponieważ dzieciom jest trudniej niż dorosłym nazywać swoje uczucia, częściej wyrażają je w zachowaniach, które bardziej przyciągają uwagę otoczenia niż ciche, wewnętrzne cierpienie.

Obecnie wiemy już, że zarówno dzieci spokojne, wycofane, jak i drażliwe, kierowane do specjalistów w związku ze „złym zachowaniem”, mogą cierpieć z powodu depresji. U jednych i drugich mogą wystąpić zaburzenia, których następstwem są liczne negatywne skutki:

- pogorszenie przystosowania społecznego,
- trudności w nauce szkolnej,
- niekiedy zwiększone ryzyko samobójstwa,
- zwiększone ryzyko depresji w przyszłości.

## Występowanie i współwystępowanie depresji

Na kliniczną depresję cierpi:

- 1% dzieci przedszkolnych, powyżej 2-, 3-go roku życia,
- 2% w grupie dzieci 6–12 lat,

- według niektórych badań 4–8%, a według innych nawet do 20% w grupie młodzieńczej.

Depresja okresu dzieciństwa i wieku młodzieńczego wciąż jest mniej poznana niż depresja osób dorosłych. Istnieje jednak kilka spójnych faktów, potwierdzonych przez różne badania. W okresie dzieciństwa tyle samo dziewcząt co chłopców choruje na depresję, a w okresie dojrzewania dwa razy więcej dziewcząt<sup>1</sup>

Charakterystyczną cechą depresji okresu dzieciństwa i dojrzewania jest wysoki współczynnik współzachorowalności. Najczęściej z depresją współwystępują zaburzenia lękowe. 30–75% dzieci z depresją spełnia równocześnie kryteria diagnostyczne zaburzeń lękowych.

Wielu naukowców wysuwa tezę, że zaburzenia lękowe i depresja mogą mieć wspólne podłoże. Prawdopodobnie wczesne wystąpienie zaburzeń lękowych jest czynnikiem ryzyka rozwoju depresji.

<sup>1</sup> Istnieją różnice związane z płcią: w dzieciństwie proporcja między chłopcami, a dziewczynkami wynosi 1:1 (choć niektóre badania wskazują na częstsze w tym wieku występowanie depresji u chłopców), a w okresie dojrzewania – 1:2.

Inne zaburzenia współwystępujące z depresją to tzw. zaburzenia eksternalizacyjne. Należą do nich zaburzenia zachowania (CD), opozycyjno-buntownicze (ODD), zespół nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (ADHD) oraz zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Niektóre badania nad rodzinami wskazują, że depresja oraz ADHD mogą być związane z tą samą predyspozycją genetyczną.

U depresyjnych dziewcząt częściej współwystępują zaburzenia lękowe, natomiast wśród chłopców z depresją częściej obserwowane są zaburzenia zachowania i ADHD. U młodszych dzieci z depresją myśli samobójcze rzadziej przeradzają się w konkretne plany i próby ich realizacji, natomiast u młodzieży ryzyko podjęcia próby samobójczej jest bardzo duże.

Niektóre badania wskazują, że występowanie depresji u dzieci i młodzieży może mieć tendencję wzrostową. Trudno jest jednoznacznie ocenić, czy jest to faktyczny wzrost zachorowań, czy raczej większa ich rozpoznawalność. Jednak coraz więcej badań potwierdza wzrost częstości występowania zaburzeń depresyjnych u ludzi w ostatnich dekadach XX wieku.

## Objawy depresji

Podobnie jak u dorosłych, objawami depresji u dzieci są:

- smutek,
- ograniczenie lub rezygnacja z zainteresowań i aktywności, które dotychczas sprawiały przyjemność,
- zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej – spowolnienie lub pobudzenie,
- poczucie braku nadziei,
- poczucie braku sensu życia,
- niskie poczucie własnej wartości,
- nadmierne poczucie winy,
- poczucie bezradności,
- nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie,
- spadek energii,
- nadmierna męczliwość,
- zaburzenia koncentracji uwagi,
- wzrost lub spadek apetytu,
- zmiana wzorca snu (utrzymujące się przez pewien czas wyraźne trudności z zasypianiem lub wczesne wybudzanie, np. ok. czwartej, piątej rano).

Nauczyciel może zapytać dziecko, czy któryś z wymienionych objawów obserwuje ono u siebie, może też zapytać o to rodzica.

Należy pamiętać, że u wielu dzieci cierpiących na depresję, głównym nastrojem nie jest smutek lecz drażliwość. Dzieci, szczególnie te młodsze, nie dysponują odpowiednim słownictwem, żeby szczegółowo opisać swoje uczucia. Do pewnego wieku po prostu nie rozumieją takich złożonych terminów, jak „samoocena”, „wina”, „koncentracja uwagi”. Nie rozumiejąc tych pojęć, nie potrafią precyzyjnie określić swoich nastrojów. Mogą natomiast sygnalizować swoje problemy poprzez zachowanie.

Typowe zachowania, mogące świadczyć o wystąpieniu depresji, to (obok zmiany wzorca odżywiania i snu):

- trudności w funkcjonowaniu szkolnym, np. częstsze spóźnienia, zwiększona absencja, opuszczanie zwłaszcza pierwszej lekcji, unikanie lekcji, na których przewidziane są sprawdziany, wycofanie z aktywnego udziału w lekcjach, częsty brak przygotowania do lekcji;

- trudności w usiedzeniu bez ruchu, niespokojne kręcenie się, niepokój manipulacyjny, np. pociąganie lub skręcanie włosów, skubanie skóry, fragmentów garderoby czy innych przedmiotów, co często pozostaje w wyraźnym kontraście z ogólnym spowolnieniem psychoruchowym oraz monotonnym często bardzo cichym i skąpym sposobem wypowiadania się;
- nagłe wybuchy złości, częste uskarżanie się i pretensje lub trudna do wyjaśnienia drażliwość;
- wzmożona płaczliwość;
- widoczne przejawy napięcia, niepokoju, lęku;
- odmowa współpracy, zachowania aspołeczne;
- sięganie po alkohol i narkotyki;
- skargi na bóle różnych części ciała, np. głowy, ramion, nóg, brzucha, pomimo braku przyczyny somatycznej.

Młodsze dzieci mogą, częściej niż młodzież i dorośli, skarżyć się na objawy fizyczne, częściej też reagują drażliwością.

Natomiast symptomami występującymi u dzieci starszych częściej niż u młodszych, mogą być na przykład poczucie bezradności, braku nadziei czy poczucie winy.

## Cechy depresji u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym

Dzieci w tym wieku raczej nie będą mówiły o swoim obniżonym nastroju czy braku nadziei. O tym, co czują świadczy ich postawa ciała i wyraz twarzy. Często wyrażają skargi dotyczące dolegliwości somatycznych.

Niewyrażone przygnębienie może ujawniać się poprzez niewyjaśnione bóle brzucha, bóle głowy, brak łaknienia czy mimowolne moczenie. Dzieci przejawiają też większą drażliwość, apatię, brak zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały im przyjemność, niechętnie współpracują z innymi, tracą zainteresowanie lekcjami, niekiedy mogą przeszkadzać, próbując zwrócić na siebie uwagę.

U młodszych dzieci z depresją, częściej niż u młodzieży, współwystępuje lęk separacyjny, natomiast inne zaburzenia lękowe oraz zaburzenia zachowania obserwuje się tak samo często w obu grupach wiekowych.

### UWAGA NAUCZYCIELU!

Jeśli u dziecka w wieku przedszkolnym lub wczesnoszkolnym zauważysz drażliwość, apatię, brak zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały mu przyjemność, niechęć do współpracy, brak łaknienia, nawracające skargi na bóle brzucha, głowy, nóg, itp., wycofanie z aktywności lub zachowania mające na celu zwrócenie na siebie uwagi, zasygnalizuj to rodzicom; powiedz im, że ich dziecko może dotyczyć problem depresji i zachęć do skonsultowania się z lekarzem.

## Cechy depresji u nastolatków

W okresie dojrzewania liczba przypadków zaburzeń depresyjnych wyraźnie wzrasta osiągając poziom porównywalny z zachorowalnością u dorosłych. Związane jest to zapewne z wpływem czynników hormonalnych, ale również ze stresem szkolnym, presją, by dostosować się do grupy rówieśniczej, odnieść sukces.

Młody człowiek musi radzić sobie z wieloma trudnymi zadaniami rozwojowymi, takimi jak: określenie własnej tożsamości seksualnej, stopniowe zdobywanie samodzielności oraz separacja od rodziny. Nastolatki częściej określają siebie i innych stosując porównania, postrzegają siebie jako „lepszyc” lub „gorszych” od innych ludzi.

W okresie dojrzewania bardzo ważny staje się wygląd i wiele nastolatków uważa, że nie odpowiadają kulturowo przyjętym standardom. Szczególnie podatne na tego typu procesy są dziewczęta, u których zależny od procesu dojrzewania przyrost tkanki tłuszczowej kłóci się z dążeniem do zachowania szczupłej sylwetki.

Dla depresji w tej grupie wiekowej charakterystyczny jest nastrój rozdrażnienia oraz złość. Często pojawia się wycofanie społeczne, zmiany apetytu (zwiększenie lub zmniejszenie), wahania rytmu dobowego, utrata zainteresowania zajęciami, które wcześniej sprawiały przyjemność, jak sport czy spotkania towarzyskie.

Podobnie, jak w młodszej grupie wiekowej, depresji okresu dojrzewania często towarzyszą zaburzenia lękowe i zaburzenia zachowania. Natomiast częściej obserwuje się w tej grupie zaburzenia odżywiania (szczególnie u dziewcząt) oraz nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Jednym z czynników, który poważnie obniża u nastolatka poczucie własnej wartości i tym samym przyczynia się do wystąpienia depresji, jest doświadczenie molestowania seksualnego. Myśli samobójcze występują u większości dzieci depresyjnych, na szczęście przed okresem dorastania rzadko przeradzają się w czyn. Natomiast w przeziale pomiędzy 15 a 19 rokiem życia ryzyko samobójstwa znacznie wzrasta.

Czynnikami, które poza depresją mogą nasilić tendencje samobójcze są:

- stresujące okoliczności, takie jak silny konflikt rodzinny, doświadczenie odrzucenia lub upokorzenia (np. porażka w ważnej dziedzinie, rozstanie z sympatią);
- nasilone poczucie bezradności lub wściekłość;
- sprzyjające okoliczności np. łatwa dostępność leków.

Pomimo, że popełnienie i usiłowanie popełnienia samobójstwa poprzedzone jest okresem zaburzonego funkcjonowania, większość osób mających zamiar odebrać sobie życie nie trafia do ośrodków zdrowia psychicznego. W wielu przypadkach rodzice, koledzy czy nauczyciele nawet nie podejrzewają, że ich dziecko, kolega, uczeń, jest bliski podjęcia próby samobójczej.

## UWAGA NAUCZYCIELU!

Jeśli u nastolatka zauważysz drażliwość, częste wybuchy złości, wycofanie z kontaktów społecznych, brak zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały mu przyjemność, wypowiedzi na temat śmierci, bezsensu życia, braku nadziei i planów na przyszłość, utratę apetytu lub przeciwnie bardzo nasilony apetyt, wyraźny spadek lub przyrost masy ciała, skargi na brak snu lub nadmierną senność, trudności w realizacji wymagań szkolnych, zwróć na to uwagę rodziców, powiedz im, że dziecka może dotyczyć problem depresji i zachęć ich do skonsultowania się z lekarzem.

## Przyczyny depresji

Przyczyną wystąpienia klinicznej depresji nie jest jakiś pojedynczy czynnik biologiczny czy jedno zewnętrzne wydarzenie. Z pewnością należy brać pod uwagę:

- procesy biochemiczne zachodzące w mózgu,
- czynniki genetyczne,
- wpływ środowiska zewnętrznego.

U osób cierpiących z powodu depresji występują zaburzenia równowagi między różnymi substancjami biochemicznymi mózgu.

Istotny jest też czynnik genetyczny. Ryzyko wystąpienia depresji u dzieci, których rodzice biologiczni cierpieli z powodu tego zaburzenia, waha się w granicach 15–45%, nawet jeżeli dziecko zostało adoptowane przez rodzinę, w której depresja nie występuje. Jeżeli jedno z bliźnięt monozygotycznych choruje na depresję, ryzyko wystąpienia tego zaburzenia również u drugiego wynosi 70%.

Ważną rolę odgrywa również środowisko społeczne i atmosfera rodzinna. Na rozwój depresji u dziecka mogą mieć wpływ takie czynniki, jak:

- nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez członków rodziny,
- przemoc w rodzinie,
- przewlekła choroba któregoś z rodziców, innego członka rodziny lub samego dziecka,
- utrata ukochanej bliskiej osoby spowodowana śmiercią lub np. rozwodem rodziców,
- sytuacje psychicznego, fizycznego lub seksualnego wykorzystywania przez opiekunów,
- przewlekły konflikt małżeński rodziców,
- zaniedbanie,
- brak zainteresowania,
- wrogość i emocjonalne odrzucenie,
- nadmierne kontrolowanie przez rodziców,
- obarczanie dziecka zbyt dużą, przerastającą jego możliwości odpowiedzialnością (zamiana ról dziecko–rodzic),
- trudna sytuacja materialna oraz społeczna izolacja rodziny.

Częstą przyczyną wystąpienia reakcji depresyjnej jest stres wywołany sytuacją szkolną dziecka. Do szczególnie niekorzystnych czynników należą:

- nadmierne wymagania stawiane przez nauczycieli,
- zły klimat społeczny w szkole lub klasie – atmosfera napięcia, wrogości, brak wsparcia itp.,
- przemoc rówieśnicza,
- przemoc stosowana przez nauczycieli,
- niepowodzenia szkolne (np. niezdany egzamin),
- niesprawiedliwe ocenianie.

Trzy spośród wymienionych czynników – choroba psychiczna któregoś z rodziców, przemoc w rodzinie i rozwój rodziców – szczególnie silnie wpływają na nawroty choroby. Małe dziecko utraciwszy kontakt z najbliższym opiekunem – czy to z powodu realnej straty spowodowanej śmiercią, chorobą lub rozwodem, czy w sensie symbolicznym z powodu odrzucenia i deprywacji podstawowych potrzeb emocjonalnych – może zachorować na depresję. Przeżywa wówczas silną złość i wrogość, które kieruje przeciwko sobie w postaci samokrytyki. Nieprawidłowe relacje rodzinne z jednej strony prowadzą do negatywnych przekonań na temat własnej wartości i kompe-

tencji, z drugiej – utrudniają nabywanie ważnych umiejętności adaptacyjnych, umożliwiających radzenie sobie z trudnymi wydarzeniami. U dziecka pozbawionego poczucia bezpieczeństwa i akceptacji może się rozwinąć negatywny stosunek do samego siebie, do świata i do przyszłości.

Jednym z czynników ryzyka rozwoju depresji jest niska samoocena. Samoocena jest wynikiem dwóch wewnętrznych sądów. Po pierwsze dziecko odczuwa pewną rozbieżność między tym, kim chciałoby być, a tym, kim myśli, że jest. Im większa jest ta rozbieżność, tym niższa samoocena dziecka. Drugim głównym czynnikiem wpływającym na poczucie własnej wartości dziecka, jest poczucie wsparcia, jakiego doświadcza ze strony ważnych dla niego osób, przede wszystkim ze strony rodziców, nauczycieli i kolegów.

Dla prawidłowego rozwoju samooceny u dziecka konieczne jest współdziałanie obu wyżej opisanych czynników. Dziecko depresyjne będzie tłumaczyć negatywne, trudne wydarzenia własnymi, stałymi, właściwościami (będzie w nadmierny sposób obarczać siebie winą, nie uwzględniając innych czynników), a co za tym idzie będzie osądzać samo siebie w nadmiernie krytyczny sposób.

Kiedy uczeń poniesie porażkę, np. nie rozwiąże zadania, to:

- a. może przyjąć, że jest to zadanie nie do rozwiązania,
- b. może uznać, że jest za głupi, żeby je rozwiązać,
- c. może stwierdzić, że zadanie zapewne jest do rozwiązania, ale to, że sobie z nim nie poradził, nie oznacza, że on sam jest głupi.

Uczeń depresyjny uzna jedynie drugie tłumaczenie i za każdym razem, kiedy coś mu się nie uda, będzie powtarzał negatywne opinie o sobie. Taki sposób rozumowania prowadzi do niskiej samooceny, bierności i braku wiary w swoje możliwości. Dzieci zdrowe zazwyczaj znajdują sposoby, jak radzić sobie z dyskomfortem emocjonalnym, podczas gdy dzieci z depresją wybierają dysfunkcyjne strategie rozwiązywania problemów, takie jak unikanie czy odwracanie uwagi.

Obecnie najpowszechniej akceptowanym modelem wyjaśniającym rozwój depresji jest model: podatność—stres. Według tej koncepcji narażenie na przewlekły stres dziecka z uwarunkowaną genetycznie wrażliwością prowadzi w rozwijającym się mózgu do uszkodzenia neuroendokrynologicznych procesów adaptacyjnych. W konsekwencji u dziecka może rozwinąć się predyspozycja do reagowania depresją nie tylko na prawdziwe stresory, ale również na te wyimaginowane lub nieznaczne.

## Przebieg choroby

Epizod tzw. dużej depresji trwa, podobnie jak u dorosłych, 7 do 9 miesięcy. Dystymia – typ depresji, w którym nasilenie objawów depresyjnych jest mniejsze, trwa co najmniej rok (jak wykazują niektóre badania średni czas trwania dystymii wynosi 4 lata). Prawdopodobnie u blisko 70% dzieci z rozpoznaniem dystymii po dwóch, trzech latach choroby pojawia się również epizod dużej depresji, mówimy wtedy o „podwójnej depresji”, która znacznie pogarsza rokowanie.

Badania nastolatków z rozpoznaniem depresji wskazują, że w 40% przypadków w ciągu 3–5 lat dochodzi do wystąpienia kolejnego epizodu. Coraz więcej faktów przemawia za tym, że wczesne wystąpienie depresji jest zapowiedzią przewlekłego zaburzenia, które będzie miało swoją ciągłość od wieku dziecięcego poprzez młodość czy do dorosłości.

## Leczenie

Leczenie dzieci i młodzieży z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych powinno być kompleksowe, nakierowane za-

równy na objawy choroby, jak i na związane z wiekiem potrzeby rozwojowe.

Leczenie powinno uwzględniać wszystkie sfery nieprawidłowego funkcjonowania:

- trudności społeczne,
- kłopoty z nauką,
- trudności w rozwiązywaniu problemów społecznych i kontrolowaniu emocji,
- nieprawidłowe relacje rodzinne,
- dysfunkcjonalne przekonania dotyczące własnej osoby i innych ludzi.

W przypadkach mniej nasilonej depresji stosuje się psychoterapię. W zależności od potrzeb i okoliczności może to być terapia indywidualna, grupowa lub rodzinna.

W trakcie psychoterapii wyszkolony terapeuta, za pomocą odpowiednich technik bazujących na określonych założeniach teoretycznych, stara się pomóc pacjentowi w poznaniu i zrozumieniu samego siebie. Pozwala to na dokonanie zmiany zarówno w sposobie myślenia i przeżywania, jak i funkcjonowania. W leczeniu depresji skutecznych może być kilka rodzajów psychoterapii. Najwięcej

doniesień na temat skuteczności dotyczy terapii poznawczo-behawioralnej. Zgodnie z tym podejściem teoretycznym emocje człowieka są kontrolowane przez jego sposób myślenia, przez jego spostrzeżenia oraz opinie na temat samego siebie, innych, świata. Osoba depresyjna będzie nadmiernie krytyczna wobec siebie, będzie oczekiwała porażki, niewłaściwie oceniała opinie innych na swój temat, odczuwała bezradność i negatywnie oceniała świat oraz swoją przyszłość. Leczenie będzie polegało przede wszystkim na zmianie tych negatywnych przekonań i wzorców myślenia.

Terapia interpersonalna jest oparta na założeniu, że trudności w relacjach z innymi mogą wywoływać lub nasilać depresję, również depresja może zaburzać te relacje. Zrozumienie choroby i jej powiązań z problemami w relacjach stwarza możliwość nabywania lepszych umiejętności społecznych.

Terapia psychodynamiczna zakłada, że funkcjonowanie człowieka jest uwarunkowane wydarzeniami z przeszłości pacjenta, czynnikami genetycznymi oraz aktualną sytuacją. W trakcie leczenia rozpoznawane są emocje

i nieświadome motywy kierujące zachowaniem pacjenta. Często niezbędna jest terapia rodzinna, ponieważ nieprawidłowe relacje rodzic–dziecko i zaburzone związki rodzinne są jednym z głównych czynników wywołujących depresję.

W pewnych sytuacjach konieczne jest włączenie leczenia farmakologicznego, jednak – jak wskazują badania – u dzieci i młodzieży nie jest ono tak skuteczne jak u dorosłych. Nowoczesne leki przeciwdepresyjne, w przeciwieństwie do leków starszej generacji, działają bardziej wybiórczo, nie wpływają na poziom innych neuroprzekazników, tym samym zmniejszają ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych. Jednak w trakcie stosowania wspomnianych leków, mogą wystąpić niekorzystne efekty uboczne, takie jak przyspieszenie perystaltyki jelit, zgaga, bóle głowy i brzucha, problemy z zasypianiem.

Szczególnie w początkowym okresie leczenia dziecko może być bardziej niespokojne, rozdrażnione, może skarżyć się na bóle lub zawroty głowy. Występujące dolegliwości dotyczą często układu pokarmowego. Należą do nich przede

wszystkim: nudności, bóle brzucha, niekiedy związane ze zwiększoną liczbą wypróżnień (konieczność częstszych wizyt w toalecie). Ponadto mogą wystąpić trudności z zasypianiem, a w sporadycznych przypadkach nadmierna senność.

Opisane dolegliwości wywierają dodatkowo niekorzystny wpływ na funkcjonowanie depresyjnego dziecka w szkole, przeważnie jednak mają one charakter przejściowy i ustępują po pierwszym tygodniu leczenia. Nauczyciel powinien uważnie obserwować wszelkie wyraźne zmiany w zachowaniu ucznia i przekazywać informacje o swoich obserwacjach rodzicom. W przypadku dłuższego utrzymywania się objawów niepożądanych lub ich znacznego nasilenia, lekarz psychiatra z pewnością rozważy zmianę leczenia farmakologicznego.

W leczeniu depresji u dzieci i młodzieży niekiedy stosowane są także starsze leki, których podawanie wymaga systematycznej kontroli pracy serca (EKG). Podczas stosowania tych leków dziecko może się czuć zmęczone, skarżyć się na uczucie „rozbicia” czy zawroty głowy. Jeżeli lekarz uzna, że nie powinno ćwiczyć na WF-ie, powinien wystawić zwolnienie.

Główna wada leków przeciwdepresyjnych, zarówno starszych jak i nowoczesnych polega na tym, że ich działanie ujawnia się dopiero po około dwóch, trzech, a nawet czterech tygodniach leczenia. Jeśli wiemy, że dziecko przyjmuje lek przeciwdepresyjny od około dwóch tygodni, to nie powinniśmy się dziwić, że wciąż jest smutne lub drażliwe, nie może skupić się na lekcji, wciąż jest znużone, zmęczone i nie przejawia zainteresowania otoczeniem.

Jeśli natomiast leczenie trwa ponad miesiąc, a u dziecka nie obserwuje się żadnej poprawy samopoczucia, należy ponownie skonsultować się z psychiatrą. Przy ocenie funkcjonowania dziecka ważna jest oczywiście obserwacja prowadzona przez opiekunów, wychowawców, nauczycieli; zawsze jednak należy pytać samo dziecko o jego uczucia i przeżycia.

Powolne działanie leków przeciwdepresyjnych często wywołuje u opiekunów niepokój, ponieważ nie zauważają oni drobnych zmian na lepsze w funkcjonowaniu dziecka. W związku z tym oczekują zmiany leczenia. Należy jednak pamiętać, że przedwczesna lub częsta zmiana le-

ków nie jest korzystna dla dziecka i nie przyspieszy procesu leczenia.

Podczas terapii depresji może być konieczne leczenie współistniejących zaburzeń somatycznych i psychicznych oraz wprowadzenie – w zależności od potrzeb – takich oddziaływań, jak psychoedukacja, warsztaty umiejętności rodzicielskich oraz dla dzieci – treningi umiejętności społecznych.

## Rola nauczyciela i szkoły

W dzisiejszych czasach, kiedy dzieci wiele godzin dziennie spędzają w przedszkolu lub w szkole, to właśnie uważny nauczyciel czy wychowawca może być pierwszą osobą, która zauważy niepokojące objawy. Należy pamiętać, że zarówno dziecko ciche, wycofane, wyglądające na smutne lub przygnębione, jak i dziecko drażliwe, sprawiające problemy wychowawcze, może cierpieć z powodu depresji. Wychowawca lub inny nauczyciel powinien w sposób spokojny i życzliwy porozmawiać z dzieckiem o jego samopoczuciu i problemach. Należy unikać szorstkiego, krytycznego podejścia i stawiania wysokich wymagań, warto okazywać serdeczność, chęć zrozumienia i bezwarunkowy szacunek.

## UWAGA NAUCZYCIELU!

- Zanim przystąpisz do rozmowy z dzieckiem, spędź kilka chwil ze sobą: zastanów się nad swoją reakcją, nastawieniem do dziecka i przemyśl, w jaki sposób chcesz z nim rozmawiać.
- Unikaj wypytывania, aby uczeń nie poczuł się jak na „przesłuchaniu”. Natomiast wyrażaj swoją gotowość do wysłuchania go („Chcę Ci powiedzieć, że jeśli będziesz chciał o czymś ze mną porozmawiać, to zawsze znajdę czas, aby Cię wysłuchać.”; „Ważne jest dla mnie, żebyś się dobrze czuł w szkole. Czy potrzebujesz czegoś z mojej strony, czy mogę coś dla Ciebie zrobić?”).
- Jeśli nie rozumiesz czegoś w wypowiedzi ucznia, doprecyzuj, zadając dodatkowe pytania („Co się dokładnie stało?” „Czy możesz podać jakiś przykład zachowań, o których wspominałeś?”). Unikaj zgadywania, o co uczniowi mogło chodzić.
- Nie krytykuj i nie podważaj prawdziwości tego, co uczeń mówi o swoim przeżywaniu rzeczywistości

szkolnej (unikaj sformułowań typu „Nie wygłupiaj się — przecież nic takiego się nie stało”). Sprawdzaj, jakie znaczenie dla ucznia mają określone zdarzenia i jak uczeń je przeżywa („Co to dla Ciebie oznaczało?”).

- Interesuj się uczniem na co dzień, niezależnie od jego nastroju, a nie tylko wówczas, kiedy widzisz niepokojące objawy.
- Na przykład, jeśli zachowanie dziecka budzi niepokój, nauczyciel może dyskretnie zapytać je o samopoczucie. Może powiedzieć, jakie objawy go niepokoją: „Wydasz mi się od jakiegoś czasu smutny/rozdrażniony. Nie bawisz się z kolegami tak, jak to było kiedyś. Siedzisz sam na przerwie. Co się wydarzyło? Chciałabym z Tobą o tym porozmawiać...”. Nie należy natomiast od razu pytać, np. czy w domu źle się dzieje? itp.

Jeśli nauczyciel zauważy niepokojące objawy u ucznia, wskazane jest, aby porozmawiał z jego rodzicami o potrzebie dokonania oceny stanu psychicznego dziecka przez psychologa szkolnego lub psychologa w poradni psychologiczno-pedagogicznej.

## NAUCZYCIELU PAMIĘTAJ!

Kiedy zauważysz niepokojące objawy u swojego ucznia, nie zatrzymuj tej wiedzy dla siebie. Zaproś na rozmowę jego rodziców. Zaproponuj dogodny dla obu stron czas oraz miejsce, gwarantujące swobodną rozmowę z zachowaniem dyskrecji. Unikaj rozmów „w przelocie”, podczas dyżuru na korytarzu czy w czasie przerwy między lekcjami. Powiedz rodzicom o swoich obserwacjach. Opisz dokładnie niepokojące Cię zachowania dziecka, unikaj sformułowań oceniających (np. „Często widuję jak Zuzia siedzi samotnie na korytarzu, skulona i zapatrzona w jeden punkt” zamiast „Zuzia jest ostatnio smutna”). Wyraż swój niepokój i wyjaśnij, jakie możliwości zasięgnięcia porady specjalisty ma rodzina. Podaj konkrety, np. adres i telefon poradni, z której pomocy dziecko mogłoby skorzystać.

Jeżeli dziecko ma problemy w nauce, potrzebna będzie przynajmniej przybliżona ocena jego możliwości intelektualnych. Trzeba pamiętać, że wyniki testów oceniających rozwój inteligencji dziecka mogą być w depresji zaniżone. Konieczne jest wykluczenie takich deficytów jak dysfazja, dysleksja, dyskalkulia; w przypadku ich stwierdzenia należy włączyć właściwą pomoc pedagogiczną. Zaburzenia koncentracji uwagi, powodujące nasilenie trudności szkolnych, mogą być przejawem depresji, mogą też być objawem często współwystępującego z depresją zespołu ADHD.

W celu wyjaśnienia tych kwestii, ważne jest zaproszenie rodziców do szkoły i partnerska rozmowa na temat zachowania i wyników dziecka w szkole, oraz wymiana informacji o jego funkcjonowaniu w domu i szkole. Należy stworzyć dobrą, atmosferę takiego spotkania, wysłuchać rodziców i powiadomić ich o niepokojących nauczyciela objawach.

Pokazanie ważności badania psychologiczno-pedagogicznego, zachęcenie rodziców do skorzystania z niego i pomoc w umówieniu wizyty w poradni jest zasadą dobrej współpracy szkoły z rodzicami. Nawet u dzieci zdrowych wielokrotnie

niepowodzenia szkolne przyczyniają się do nadmiernej lękliwości, utraty wiary we własne możliwości oraz do rozwoju pasywnej postawy wobec życia.

Gdy psycholog stwierdza objawy depresyjne, zazwyczaj zaleca konsultację psychiatryczną. W zależności od sytuacji życiowej dziecka i możliwości otoczenia, może zalecić psychoterapię indywidualną, rodzinną lub grupową. Ważna jest psychoedukacja rodziców i ich współpraca z nauczycielami. Rodzice powinni znać wyniki badań psychologicznych, natomiast psycholog – jeżeli widzi taką potrzebę – może na podstawie swoich badań przygotować zalecenia dla nauczycieli. Omówienie tych zaleceń z rodzicami może sprawić, że dojdzie do porozumienia na temat sposobu postępowania z chorym dzieckiem i współpracy nauczycieli z rodzicami oraz zespołem specjalistów.

Chociaż nie zawsze jest to możliwe z uwagi na niewielką liczbę specjalistów, dziecko lub nastolatek z podejrzeniem zespołu depresyjnego powinien być zdiagnozowany przez psychiatrę dzieci i młodzieży, który następnie ustali plan leczenia. Istotne jest przeprowadzenie podstawo-

wych badań laboratoryjnych, ponieważ niektóre schorzenia somatyczne, np. niedoczynność tarczycy, mogą powodować objawy przypominające symptomy depresji (m.in. spowolnienie psychoruchowe, przyrost masy ciała, wzmożona męczliwość).

Jeżeli dziecko wypowiada myśli na temat braku sensu życia, ujawnia zainteresowanie śmiercią i umieraniem, prowadzi rozważania o śmierci, twierdzi, że chciałoby zasnąć i więcej się nie obudzić lub zginąć w wypadku samochodowym, poszukuje informacji dotyczących działań toksycznych leków, trucizn, ujawnia nawet nikłe zamiary popełnienia samobójstwa, to istnieje poważne ryzyko podjęcia przez nie próby samobójczej.

W takiej sytuacji nauczyciel nie może zachowywać swoich obaw dla siebie, musi działać szybko. Konieczny jest wtedy natychmiastowy kontakt z rodzicami i ze specjalistą (psycholog, psychiatrą) oraz umieszczenie dziecka w warunkach zapewniających mu bezpieczeństwo. Wówczas, prawdopodobnie konieczna będzie hospitalizacja na oddziale psychiatrycznym dla dzieci.

## WAŻNE!

Jeżeli dojdzie do próby samobójczej na terenie szkoły, szkoła wzywa karetkę pogotowia i zawiadamia rodziców. Natomiast jeżeli nauczyciela czy wychowawcę niepokoją wypowiedzi lub zachowania dziecka i podejrzewa obecność myśli samobójczych, zawiadamia rodziców, psychologa lub pedagoga szkolnego. Od rodziców oczekuje przeprowadzenia jak najszybszej konsultacji psychiatrycznej dziecka. Przy braku współpracy ze strony rodziców, szkoła zawiadamia sąd rodzinny. W każdej szkole powinien być dostępny telefon i adres najbliższej poradni zdrowia psychicznego (PZP) dla dzieci i młodzieży.

W celu uzyskania porady psychiatry nie jest wymagane skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza pierwszego kontaktu).

Zgodę na hospitalizację dziecka do 15 roku życia wyrażają rodzice. Po ukończeniu przez dziecko 16 lat wymagana jest zarówno zgoda rodziców, jak i dziecka. W sytuacji, kiedy depresyjne dziecko nie wyraża takiej zgody, a istnieje ryzyko, że zagraża ono swojemu życiu, zgoda dziecka nie jest konieczna. W takich sytuacjach, gdy pojawiają się wątpliwości, ostateczną decyzję podejmuje zawiadomiony przez szpital sąd.

W przypadkach podejrzenia poważnej patologii w rodzinie, szkoła powinna zwrócić się do Sądu Rodzinnego z prośbą o wgląd w sytuację rodzinną dziecka. Jeżeli problemem jest trudna sytuacja materialna rodziny i być może związana z nią izolacja społeczna, rodzina powinna otrzymać wsparcie opieki społecznej.

Pogorszenie wyników szkolnych to jeden z typowych przejawów depresji u dzieci, dlatego szczególnie istotne jest zaangażowanie ze strony nauczycieli. Niezbędna jest

ich pomoc, wsparcie, cierpliwość i unikanie krytycznych uwag. Z uwagi na stan zdrowia, dziecko może potrzebować wsparcia ze strony szkoły w procesie realizacji obowiązku szkolnego, np. dodatkowych lekcji, odroczenia w czasie lub wyznaczenia dodatkowych terminów prac klasowych czy egzaminów. W niektórych przypadkach konieczne jest wprowadzenie — przynajmniej na pewien czas — nauczania indywidualnego.

W celu uniknięcia izolacji dziecka w grupie rówieśniczej korzystniejsze wydaje się realizowanie tej formy nauczania na terenie szkoły, a nie w miejscu zamieszkania dziecka. Nauczyciel powinien przygotować kolegów chorego ucznia oraz innych rodziców na taką sytuację (nie informować o jednostce chorobowej, lecz o potrzebie indywidualnej pracy z dzieckiem, i ewentualnie wyjaśnić, na czym ona będzie polegać). Warto zachęcić uczniów, aby informowali nauczycieli o niepokojących ich sytuacjach i zachowaniach.

W sytuacji, gdy dziecko z depresją nie wymaga hospitalizacji ani nie istnieją wskazania do nauczania indywidualnego w domu, należy dbać o to, aby systematycznie uczęszcza-

ło ono do szkoły. Bardzo ważne jest zapobieganie izolacji społecznej, nie należy więc wykluczać dziecka z żadnych obszarów funkcjonowania szkolnego. Może ono uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego, w imprezach, uroczystościach itp. organizowanych przez szkołę, w wyjściach czy wycieczkach klasowych.

Oczywiście należy zachować czujność i elastyczność, zachęcać, a nie zmuszać. Jeśli dziecko rezygnuje z jakiegś aktywności, wycofuje się, twierdzi, że nie czuje się na siłach, może warto dać mu odpocząć, pozwolić, żeby „doszło do siebie” pod opieką szkolnej pielęgniarki lub zaproponować rozmowę z psychologiem. Zawsze należy być bardzo ostrożnym i do każdego dziecka z depresją podchodzić w sposób indywidualny.

Zachęcanie do aktywności i integracji z grupą rówieśniczą jest bardzo istotne, jednak zbyt wysokie oczekiwania czy błędna ocena aktualnych możliwości dziecka mogą nasilić jego niską samoocenę i utrudnić proces leczenia.

## Czynniki ochronne i zapobieganie

Ważnym czynnikiem zapobiegającym późniejszym zaburzeniom emocjonalnym i stanom depresyjnym jest bezpieczne, stabilne otoczenie, w którym dziecko spędza pierwsze lata życia.

Dla prawidłowego rozwoju dziecka oraz jego poczucia bezpieczeństwa i pewności siebie konieczna jest spokojna atmosfera w domu.

Oprócz przyjaznej i akceptującej postawy najbliższych, istotne znaczenie w podtrzymaniu zdrowia psychicznego ma stabilna atmosfera w środowisku szkolnym. Istotne jest zapobieganie takim negatywnym czynnikom jak:

- przemoc w szkole,
- nasilona rywalizacja i presja ze strony rówieśników,
- nadmierny nacisk na osiągnięcia szkolne.

Chociaż określenie czynników środowiskowych wywołujących lub nasilających przebieg depresji jest dość proste, to jednak zapobieganie im sprawia wiele trudności. W niwelowaniu niekorzystnych oddziaływań

środowiska pomocne mogą się okazać takie działania, jak:

- wprowadzanie programów promowania zdrowia psychicznego zarówno w szkołach i przedszkolach, jak i w ośrodkach dla dzieci i młodzieży;
- upowszechnianie wiedzy o ryzyku, jakie niesie przemoc szkolna;
- zapewnienie uczniom możliwości uzyskania przynajmniej wstępnej porady w szkole (może to być pedagog szkolny, psycholog lub inna kompetentna osoba); uczniowie powinni wiedzieć, kiedy ta osoba jest dostępna;
- przygotowanie szerokiej oferty zajęć pozaszkolnych;
- organizowanie zajęć psychoedukacyjnych i warsztatów dla rodziców;
- pomoc pracującym rodzicom w organizowaniu dzieciom zajęć w godzinach pozalekcyjnych i w czasie wakacji;
- w pracy z rodzicami podkreślenie znaczenia jakości spędzanego z dziećmi czasu, żeby mogły one swobodnie wyrażać swoje uczucia i myśli, czuć się akceptowane i doceniane.

## Podsumowanie

- Depresja jest chorobą, która występuje również u dzieci.
- Drażliwość i trudne zachowania mogą świadczyć o depresji dziecięcej.
- Najczęściej chorują nastolatki, rzadziej dzieci młodsze.
- Z depresją związane jest poważne ryzyko popełnienia przez dziecko samobójstwa.
- Główną metodą leczenia depresji u dzieci jest psycho-terapia, dodatkową – leki.
- Depresja u dzieci jest chorobą uleczalną.
- Leczeniem depresji dziecięcej zajmują się psychiatrzy dziecięcy, psychoterapeuci, psychologowie.
- Pomoc dziecku z depresją zaczyna się od zrozumienia jego choroby.

Bee H. (2004), *Psychologia rozwoju człowieka*, Zys i S-ka, Poznań.

Hallstrom C., McClure N. (2007), *Depresja. Odpowiedzi na pytania*, [wyd. polskie red. Janusz Heitzman], Elsevier Urban & Partner, Wrocław.

Hammen C. (2006), *Depresja*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Kendall P. C. (2004), *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Klykylo W. M., Kay J., Rube D. (1998), *Clinical Child Psychiatry*, John Wiley & Sons, London.

Mash E. J., Barkley R. A. (2003), *Child Psychopathology*, Guilford Publications, New York.



# One są wśród nas

W drugiej serii  
„One są wśród nas”  
ukazały się:



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI  
TIKOWYMI  
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z DEPRESJĄ  
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI  
PSYCHOTYCZNYMI  
W SZKOLE**



**DZIECKO Z ADHD  
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z AUTYZMEM  
I ZESPOŁEM ASPERGERA  
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI  
ODŻYWIANIA  
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**



**DZIECKO Z ZABURZENIAMI  
LĘKOWYMI  
W SZKOLE I PRZEDSZKOLU**