

BROSZURA INFORMACYJNA – POWIAT OPOLSKI

ZABURZENIA PSYCHICZNE DZIECI I MŁODZIEŻY – PRAKTYCZNY PRZEWODNIK DLA KADRY PEDAGOGICZNEJ

Opracowanie merytoryczne: Beata Gędźba – Kaczmarek – psycholożka, doradczyni zawodowa, ekspertka do spraw edukacji w powiecie opolskim.

Projekt KPO A.3.1.1.: „Wsparcie rozwoju nowoczesnego kształcenia zawodowego, szkolnictwa wyższego oraz uczenia się przez całe życie”.

WSTĘP:

Współczesna szkoła coraz częściej staje się nie tylko miejscem przekazywania wiedzy, ale także kluczowym środowiskiem wsparcia dla dzieci i młodzieży zmagających się z różnorodnymi dysfunkcjami, zaburzeniami i wyzwaniami natury psychicznej. Niniejsze opracowanie powstało z myślą o kadrze pedagogicznej – dyrektorach, doradcach zawodowych i nauczycielach – którzy na co dzień towarzyszą uczniom w ich procesie dojrzewania i rozwoju.

Zrozumienie mechanizmów leżących u podstaw zachowań uczniów oraz zdobycie rzetelnej wiedzy na temat zaburzeń neurorozwojowych, nastroju czy zaburzeń lękowych to fundament, na którym buduje się skuteczną relację i bezpieczną przestrzeń edukacyjną. Celem niniejszego materiału jest dostarczenie praktycznych wskazówek, które ułatwią codzienną pracę wychowawczą i dydaktyczną, pozwalając przekuć teoretyczne definicje w realną, empatyczną pomoc, która jest niezbędna dla prawidłowego rozwoju młodego człowieka.

1. DEKALOG PRACY Z UCZNIEM: O CZYM MUSI PAMIĘTAĆ KAŻDY NAUCZYCIEL?

- **Zasada potencjału:** Każde dziecko jest „grzeczne”, jeśli potrafi.
- **Zrozumienie trudności:** Dzieci z dysfunkcjami lub sprawiające kłopoty wychowawcze są trudne, ponieważ brak im umiejętności, które pozwoliłyby im zachowywać się inaczej. Brak im zdolności dostosowywania się, tolerowania frustracji oraz rozwiązywania problemów.
- **Wpływ własnej postawy:** Sposób, w jaki reagujesz na dziecko i rozumiesz jego potrzeby, ma ogromny wpływ na to, czy jesteś w stanie mu pomóc.

- **Zakaz penalizacji deficytów:** Nie można ganić, krytykować czy karać młodego człowieka za to, że nie posiada wybranych kompetencji czy umiejętności.
- **Odrzucenie uprzedzeń:** Nie powinniśmy zakładać, że zachowanie ucznia jest wynikiem złośliwości. Należy pomóc mu w zdobyciu umiejętności pokonywania nierozwiązywalnych dotąd dla niego problemów.
- **Współpraca zamiast konfrontacji:** Współpraca jest zawsze lepsza niż walka. Lepiej zejść z piedestału i stać się dla dziecka partnerem niż traktować je jak wroga.
- **Zasada towarzyszenia:** „*Nie idź za mną, bo nie umiem prowadzić, nie idź przede mną, bo mogę za Tobą nie nadążyć, idź obok mnie i bądź moim przyjacielem*”.
- **Fundament zmiany:** Świadomość i wiedza na temat deficytów, dysfunkcji i zaburzeń u dzieci i młodzieży to pierwszy krok do zbudowania nowej relacji i skutecznego wprowadzania zmian.

2. SYSTEMY KLASYFIKACJI DIAGNOSTYCZNEJ: ICD vs DSM

Współczesna diagnostyka zaburzeń psychicznych opiera się na dwóch głównych systemach klasyfikacyjnych, którymi posługują się specjaliści stawiający diagnozy uczniom:

Cecha	Klasyfikacja ICD-11	Klasyfikacja DSM-5 / DSM-5-TR
Pełna nazwa	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych	Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych
Instytucja zarządzająca	Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)	Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA)
Zastosowanie	Międzynarodowy standard kodowania wszystkich chorób, zaburzeń zdrowotnych i czynników powiązanych.	Standardowy podręcznik amerykański, używany powszechnie w diagnostyce psychiatrycznej na całym świecie.
Aktualne edycje	ICD-11 (przyjęta w 2019 r., obowiązuje od 2022 r.)	DSM-5 (2013 r.) oraz najnowsza wersja DSM-5-TR.

3. PRZEGLĄD ZABURZEŃ EMOCJI I ZACHOWANIA U DZIECI I MŁODZIEŻY

Główne typy zaburzeń występujące w środowisku szkolnym:

1. **Zaburzenia neurodevelopmentalne (neuropsychiczne):** psychorozwojowe i behawioralne, nieneurotypowość, specyficzne zaburzenia uczenia się.
2. **Zaburzenia lękowe:** w tym fobie, lęk paniczny, zaburzenie lęku uogólnionego (GAD), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD).
3. **Zaburzenia nastroju (afektywne):** depresja, zaburzenia afektywne dwubiegunowe (ChAD), cyklotymia.
4. **Zaburzenia odżywiania.**
5. **Inne wyzwania:** Zaburzenia przywiązania, zaburzenia tożsamości płciowej (dysforia płciowa), uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz kryzysy migracyjne (obserwowane m.in. u uczniów będących uchodźcami z Ukrainy).

4. CHARAKTERYSTYKA JEDNOSTEK NEUROPSYCHICZNYCH I WYTYCZNE DLA NAUCZYCIELI

A. ADHD (Zespół Nadpobudliwości Psychoruchowej z Deficytami Uwagi)

ADHD to zaburzenie neurobiologiczne (związane z odmiennym funkcjonowaniem mózgu i zaburzeniem równowagi dopaminy i noradrenaliny), które objawia się problemami z funkcjami wykonawczymi. **Nie wynika z błędów wychowawczych ani złośliwości dziecka.**

Cztery główne symptomy:

1. Impulsywność działania.
2. Zaburzenia/deficyty uwagi.
3. Nadpobudliwość (hiperaktywność).
4. Chwiejność emocjonalna.

Podtypy ADHD:

- Z dominującym objawem nieuwagi (zapominanie, rozpraszanie się).
- Z dominującym objawem hiperaktywności-impulsywności (nadmierna aktywność fizyczna).
- Podtyp mieszany (kombinacja powyższych).

Manifestacja objawów w szkole:

- **Sfera ruchowa:** Niemożność pozostania w bezruchu, bezcelowe chodzenie, machanie nogami, kręcenie się na krześle, ciągłe manipulowanie przedmiotami w zasięgu ręki.

- **Sfera poznawcza:** Uwaga chwiejna (zależna od emocji), brak wytrwałości, znaczna męczliwość przy pracy intelektualnej (nierównomierna wydajność), trudności wizualno-motoryczne, brak umiejętności planowania. Mogą występować zaburzenia mowy (opóźnienie rozwoju mowy, kłopoty z artykulacją, zbyt szybkie mówienie) oraz trudności z pisemnym wyrażaniem myśli.
- **Sfera emocjonalna:** Silne, nieopanowane reakcje emocjonalne, wybuchy złości, zwiększona wrażliwość na bodźce.

Wskazówki wychowawcze dla nauczycieli w pracy z ADHD:

- **Strukturyzacja czasu:** Cele stawiane przed dzieckiem nie mogą być zbyt odległe. Konsekwentnie przyzwyczajaj ucznia do kończenia rozpoczętego zadania.
- **Kontrola i wsparcie:** Stosuj stałą kontrolę i przypominaj o zobowiązaniach. Dostosuj zakres obowiązków do możliwości dziecka.
- **Redukcja bodźców:** Ogranicz liczbę niepotrzebnych bodźców w klasie (posadź ucznia blisko nauczyciela, z dala od okna).
- **Rozwiązywanie konfliktów:** Po wystąpieniu konfliktu przedyskutuj go z dzieckiem wyłącznie w atmosferze spokoju i rzeczowości, dopiero gdy emocje opadną. **Unikaj agresji słownej i fizycznej** – u dzieci z ADHD bardzo mocno wzmacnia ona pobudzenie i może prowadzić do rozwoju stanów lękowych, aroganckich postaw obronnych lub kłamstw.

B. SPECYFICZNE TRUDNOŚCI W UCZENIU SIĘ (Dysfunkcje)

Należy odróżnić specyficzne trudności w uczeniu się (występujące przy prawidłowym rozwoju umysłowym) od trudności niespecyficznych (wynikających np. z niepełnosprawności intelektualnej, wad wzroku/słuchu czy zaniedbań środowiskowych).

Cztery podstawowe rodzaje dysfunkcji:

1. **Dysleksja:** Specyficzne trudności w czytaniu, często powiązane z trudnościami w pisaniu, wywołane zaburzeniami funkcji słuchowych, wzrokowych i ruchowych.
2. **Dysgrafia:** Trudności w opanowaniu prawidłowej kaligrafii (pismo nieczytelne, brzydkie).
3. **Dysortografia:** Trudności w opanowaniu poprawnej pisowni, w tym popełnianie rażących błędów ortograficznych pomimo znajomości zasad.
4. **Dyskalkulia:** Specyficzne trudności w operowaniu liczbami i wykonywaniu operacji matematycznych.

Objawy dysleksji na różnych etapach edukacyjnych:

- **Klasy I–III (Czytanie):** Bardzo wolne tempo (głoskowanie/sylabizowanie) ze słabym rozumieniem tekstu ALBO bardzo szybkie tempo z domyślaniem się słów z kontekstu i popełnianiem wielu błędów.
- **Pisanie (Zaburzenia wzrokowe):** Mylenie liter o podobnym kształcie (l-t-l, m-n, u-y) oraz różniących się położeniem przestrzennym (p-b-d-g, m-w, n-u), błędy przy przepisywaniu z tablicy.
- **Pisanie (Zaburzenia słuchowo-językowe):** Mylenie głosek dźwięcznych i bezdźwięcznych (z-s, w-f, d-t), opuszczanie lub dodawanie liter i sylab, trudności z zapisywaniem zmiękczeń i głosek nosowych (ą-om, ę-en).
- **Pisanie (Opóźnienie ruchowe):** Nieprawidłowy chwyt pisarski, zbyt silny lub słaby nacisk ręki, pismo niekształtne, wyjeżdżanie poza liniaturę, szybkie męczenie się ręki.

Trudności dyslektyka w przedmiotach szkolnych:

- *Geografia:* Zła orientacja na mapie, mylenie stron świata.
- *Matematyka:* Odczytywanie liczb wspak (od prawej do lewej), mylenie znaków nierówności, trudności z zapisem działań w słupkach, problemy z tabliczką mnożenia i liczeniem w pamięci.
- *Historia i języki obce:* Problemy z chronologią, zapamiętywaniem dat, nazwisk oraz nauką słówek i prawidłową wymową.
- *WF:* Trudności z ćwiczeniami równoważnymi, układami gimnastycznymi, rzutami i odbijaniem piłki.

Zasady pracy i czego NIE ROBIĆ z uczniem z dysleksją:

- **Miejsce i rutyna:** Zadania powinny być wykonywane w uporządkowanym miejscu, w ciszy i o stałej porze. Przed pracą mózg wymaga „rozgrzewki” (np. ćwiczeń w formie zabawy).
- **Czytanie i pisanie:** Pozwól na pisanie ołówkiem. Prace domowe warto najpierw pisać w brudnopisie. Wskazuj obszar błędu, zamiast poprawiać za dziecko – uczeń powinien pracować ze słownikiem ortograficznym. **Nigdy nie przestawiaj dziecka leworęcznego na prawą rękę!**
- **Czego unikać:** Nie tłumacz trudności wyłącznie lenistwem. Nie porównuj ucznia z rówieśnikami. Nie krytykuj i nie ośmieszaj dziecka przed klasą.

C. ZESPÓŁ TOURETTE'A

Wrodzone zaburzenie neurologiczne charakteryzujące się występowaniem licznych tików motorycznych i wokalnych (ujawnia się między 2. a 15. rokiem życia).

- **Czym jest tik?** Nagły, gwałtowny, mimowolny ruch lub wokalizacja. Próba stłumienia tików przez ucznia wywołuje ogromne napięcie wewnętrzne, po czym tik powraca ze zdwojoną siłą.
- **Tiki proste:** mruganie oczami, wzruszanie ramionami, pochrząkiwanie, szczekanie, mlaskanie, pociąganie nosem.
- **Tiki złożone motoryczne:** podskakiwanie, dotykanie przedmiotów/ludzi, waczenie, kręcenie się, a także zachowania samookaleczające (uderzanie się).
- **Tiki złożone wokalne i językowe:**
 - *Echolalia:* powtarzanie słów usłyszanych od innych osób lub z mediów.
 - *Palilalia:* powtarzanie własnych słów lub zdań.
 - *Koprolalia:* mimowolne wypowiadanie wulgaryzmów i słów nieprzyzwoitych.
 - *Echopraksja / Kopropraksja:* powtarzanie ruchów innych osób / mimowolne pokazywanie nieprzyzwoitych gestów.
- **Zaburzenia współtowarzyszące:** ADHD, stany lęku uogólnionego oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD). Uczeń z Zespołem Tourette'a wymaga kompleksowej opieki lekarskiej i psychologicznej.

D. ZABURZENIA ZE SPEKTRUM AUTYZMU (ASD)

Złożone zaburzenia rozwoju i funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego. Zgodnie z klasyfikacjami ICD-11 oraz DSM-5, dawne jednostki diagnostyczne (takie jak *Zespół Aspergera*, *Autyzm dziecięcy*, *Autyzm atypowy* oraz *Dziecięce zaburzenie dezintegracyjne – Zespół Hellera*) są obecnie diagnozowane wspólnie jako **Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD)**.

Kluczowe obszary objawowe ASD:

- **Kontakt wzrokowy:** Unikanie kontaktu wzrokowego lub kontakt bardzo ulotny. Wrażenie, że dziecko patrzy „jak zza szyby” lub traktuje rozmówcę jak „przezroczystego”. Kontakt wzrokowy nie służy mu do regulacji relacji społecznych.
- **Relacje i kompetencje społeczne:** Brak naturalnej potrzeby wspólnej zabawy z rówieśnikami, izolowanie się, uciekanie w swój świat, trudności z podporządkowaniem się regułom społecznym z powodu ich niezrozumienia, rzadkie okazywanie empatii.

Mogą pojawiać się zachowania agresywne i autoagresywne (szczególnie przy współistniejącej niepełnosprawności intelektualnej).

- **Stereotypowość i rytuały:** Sztywne trzymanie się rutyny, powtarzające się ruchy (np. trzepotanie rękami, chodzenie na palcach), układanie zabawek w niezmienny, zrytualizowany sposób (np. w jednej linii), fascynacja obiektami w ruchu.
- **Fiksacje i zainteresowania sawantyczne:** Skrajnie intensywne, niszowe zainteresowania (np. szczegółowa wiedza o planetach, rozkładach jazdy, dinozaurach, liczbach). Około 10–30% osób z ASD wykazuje ponadprzeciętne umiejętności w wąskiej dziedzinie (sawanci).
- **Wrażliwość sensoryczna:** Nadwrażliwość lub niedowrażliwość na bodźce zmysłowe (dźwięki, światło, dotyk, zapach). Może powodować ból, dyskomfort i wywoływać silną reakcję lękową lub wybuch złości. Często występuje wybiórczość pokarmowa.
- **Mowa i komunikacja:** Dosłowne rozumienie języka, kompletny brak rozumienia aluzji, metafor, sarkazmu czy pojęć abstrakcyjnych. Sposób mówienia może być specyficzny, pedantyczny, z użyciem gotowych formułek lub echolalii.
- **Opór wobec zmian:** Drobna zmiana w planie dnia, trasie do szkoły czy wyglądzie sali może wytrącić ucznia z równowagi, budząc ogromny lęk i napady złości.

Edukacja ucznia z ASD w szkole ogólnodostępnej:

Większość uczniów z ASD uczy się w ramach edukacji włączającej. Podstawą ich funkcjonowania jest **Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny (IPET)**. Uczniowie mają prawo do:

1. Zwolnienia z nauki drugiego języka obcego (jeśli wskazuje na to orzeczenie).
2. Realizacji niektórych przedmiotów (np. matematyka, j. polski) indywidualnie lub w tzw. „rozłączeniu” z klasą.
3. Pomocy nauczyciela współorganizującego kształcenie (nauczyciela wspierającego), który pomaga w zrozumieniu poleceń i adaptacji społecznej.
4. Zajęć specjalistycznych: rewalidacji, Treningu Umiejętności Społecznych (TUS), zajęć logopedycznych czy korekcyjno-kompensacyjnych.

Praktyczny dekalog pracy nauczyciela z uczniem z ASD:

- **Przewidywalność:** Zaplanuj pracę i zapoznaj ucznia z planem; unikaj niespodzianek i nagłych zmian. Stosuj strukturyzację dnia.
- **Współpraca z domem:** Rodzice są największą skarbnicą wiedzy o dziecku – ściśle z nimi współpracuj.

- **Prostota języka:** Przekazuj komunikaty jednoznaczne, krótkie i zwięzłe. Jeśli użyjesz metafory (np. „zamurowało go ze strachu”), natychmiast dokładnie wyjaśnij jej znaczenie.
- **Samodzielność:** Nie wyręczaj ucznia w czynnościach, które potrafi wykonać sam. Daj mu możliwość dokonywania wyboru.
- **Zarządzanie pasją:** Pozwól uczniowi opowiadać o swoich pasjach, ale jasno wyznacz ramy czasowe, by pasja nie zdominowała całego zajęcia.
- **Integracja rówieśnicza:** Projektując pracę w parach lub grupach, zawsze upewnij się, że uczeń z ASD ma partnera do zadania, aby zapobiegać jego wykluczeniu i izolacji. Jasno omawiaj reguły panujące w grupie.
- **Specyfika odbioru:** Nie zakładaj, że uczeń, który siedzi tyłem lub patrzy w okno, nie słucha. Osoby z ASD często łatwiej przyswajają informacje, gdy nie muszą angażować wzroku.
- **Brak intencjonalnej złośliwości:** Uczeń z ASD mówi dokładnie to, co myśli, i może niechcący zranić nauczyciela (np. komentując jego wygląd). Bądź świadomy, że wynika to z deficytu teorii umysłu, a nie braku szacunku.
- **Ochrona przed rówieśnikami:** Otocz ucznia dyskretną opieką – z powodu swojej odmienności i naiwności społecznej dzieci z ASD bardzo często stają się obiektem prowokacji, zaczepki i chuligańskich wybryków ze strony rówieśników.
- **Praca z agresją i lękiem:** Gdy uczeń wpada w furję, zachowaj spokój. Usuń z jego pola widzenia bodźce wywołujące ten stan. Ucz go alternatywnych sposobów rozładowywania złości. Nie bagatelizuj lęków – fobie u osób z ASD są częstym problemem współwystępującym.

5. ZABURZENIA NASTROJU (AFEKTYWNE) WIEKU ROZWOJOWEGO

A. DEPRESJA U DZIECI I MŁODZIEŻY

Depresja u dzieci i nastolatków przebiega inaczej niż u osób dorosłych i rzadko manifestuje się wyłącznie typowym smutkiem. Nieleczona w małym wieku ulega drastycznemu nasileniu w okresie dojrzewania i **stanowi bezpośrednie ryzyko podjęcia próby samobójczej**.

Podział kliniczny:

- *Depresja endogenna:* uwarunkowana biologicznie (procesami neurochemicznymi w mózgu – spadkiem noradrenaliny i serotoniny), ma ostrzejszy przebieg.

- *Depresja egzogenna (reaktywna)*: wywołana silnym, traumatycznym zdarzeniem zewnętrznym.

Środowiskowe czynniki ryzyka wywołujące depresję:

- **W domu**: śmierć bliskiej osoby, rozwód rodziców, konflikty i przemoc domowa, choroba przewlekła lub uzależnienie rodzica, odrzucenie emocjonalne, brak czasu dla dziecka, obarczanie dziecka zbyt dużą odpowiedzialnością.
- **W szkole**: nadmierne wymagania ze strony nauczycieli i rodziców, powtarzające się niepowodzenia szkolne, brak integracji i akceptacji w grupie rówieśniczej, poczucie wyalienowania.

Jak manifestuje się depresja u dzieci (młodszych)?

- Niespecyficzne symptomy: płaczliwość przechodząca nagle w całkowity spokój, apatia, niechęć do zabawy.
- Zaburzenia zachowania: drażliwość, napady złości, postawy opozycyjno-buntownicze, agresja, dokuczanie innym dzieciom (dziecko depresyjne często wtórnie wzbudza złość otoczenia i rówieśników).
- Autoagresja: uderzanie głową w ścianę, meble, samookaleczanie się.
- Symptomy fizyczne: zgarbiona postawa ciała, niedbały ubiór, bóle brzucha, głowy, zaburzenia snu i brak apetytu, nadmierne przepraszanie i lęk przed popełnieniem najmniejszego błędu w zadaniach szkolnych.

Jak manifestuje się depresja u nastolatków?

- Poczucie beznadziei, wszechogarniającej nudy, porzucenie dotychczasowego hobby.
- Unikanie towarzystwa, ciągle zamykanie się w pokoju, lęki egzystencjalne, trudności z porannym wstawaniem.
- Osłabienie sprawności intelektualnej: gwałtowne pogorszenie ocen, trudności z koncentracją i zapamiętywaniem, niechęć do nauki, wagarowanie, ucieczki z domu.
- Zachowania ryzykowne i autodestrukcyjne: łamanie norm społecznych, prowokowanie bójek, nadużywanie alkoholu, papierosów, narkotyków, samookaleczenia (np. cięcie się), myśli o śmierci oraz próby samobójcze.

Triada poznawcza według Aaron Becka (mechanizm depresji):

U podłoża depresji leżą nieracjonalne, negatywne schematy poznawcze na temat:

1. Samego siebie (np. „Jestem bezwartościowy”).
2. Świata wokół (np. „Świat jest zły i wrogi”).
3. Przyszłości (np. „Nic dobrego mnie już nie spotka”).

Rola szkoły i nauczyciela wspierającego:

- **Słuchaj uważnie:** Nie oceniaj, nie neguj uczuć ucznia. **Nigdy nie wypowiadasz zakazanych komunikatów typu: „Weź się wreszcie do roboty”.**
- **Dyskretna gotowość:** Wykaż zainteresowanie uczniem bez nadmiernego, natarczywego wypytывania. Pokaż gotowość do rozmowy w dogodnym dla dziecka momencie.
- **Profilaktyka szkolna:** Dostrzegaj postępy i sukcesy ucznia, chwal go, podkreślaj jego mocne strony. Realizuj program bez nadmiernego przeciążania zadaniami domowymi. Pozwalaj dzieciom na bezpieczne odreagowanie napięć podczas przerw.
- **Procedura leczenia:** W zależności od nasilenia objawów leczenie obejmuje psychoterapię indywidualną (pomaga zrozumieć wewnętrzny świat), grupową (trenowanie umiejętności społecznych i wsparcie rówieśników) lub rodzinną (poprawa komunikacji w systemie domowym). Przy głębokiej depresji połączonej z autoagresją lub ryzykiem samobójczym konieczna jest szybka interwencja lekarza psychiatry, farmakoterapia, a często także krótka hospitalizacja psychiatryczna (w celu bezpiecznego dobrania dawek leków).

B. ZABURZENIE AFEKTYWNE DWUBIEGUNOWE (ChAD) I CYKLOTYMIA

Zaburzenie charakteryzujące się występowaniem wyraźnych, nawracających faz zmian nastroju, emocji i aktywności.

- **ChAD Typu I:** Występuje przynajmniej jeden pełny epizod manii (skrajnie podwyższony nastrój, ogromna energia, brak potrzeby snu, impulsywność, myślenie rozblyskowe, czasem urojenia), przeplatany fazami ciężkiej depresji.
- **ChAD Typu II:** Występują epizody depresyjne oraz epizody *hipomanii* (łagodniejsza forma manii – podwyższona aktywność i drażliwość, ale bez utraty kontaktu z rzeczywistością, pozwalająca na codzienne funkcjonowanie).
- **Cyklotymia:** Przewlekła (trwająca minimum rok u dzieci i młodzieży) niestabilność nastroju, w której występują liczne okresy łagodnej depresji oraz łagodnej hipomanii. Z powodu ciągłych wahań nastroju uczniowie mają duże trudności w codziennym funkcjonowaniu szkolnym i wymagają wsparcia poznawczo-behawioralnego oraz farmakologicznego.

- **Rapid Cycling (Szybkie zmiany nastroju):** Przypadek, gdy uczeń doświadcza czterech lub więcej epizodów manii, hipomanii lub depresji w ciągu jednego roku. Charakteryzuje się nagłymi i gwałtownymi skokami nastroju, co sprawia, że ta forma zaburzenia jest najtrudniejsza do stabilizacji i leczenia.

6. SPECYFIKA ZABURZEŃ LĘKOWYCH W SZKOLE

Lęk to nieprzyjemne uczucie strachu i chronicznego zaniepokojenia. Dawniej zaburzenia te określano mianem *nerwic*.

A. FOBIE I ICH ETIOLOGIA

Fobia to intensywny, irracjonalny strach przed konkretnym obiektem lub sytuacją, który paraliżuje działanie, mimo świadomości dziecka, że strach jest przesadny.

- *Fobie specyficzne:* lęk przed siłami natury (woda, wysokość), krwią/zastrzykami, zwierzętami (pająki) lub sytuacjami (winda, zamknięte pomieszczenie).
- *Fobia społeczna:* uporczywy, głęboki lęk przed obecnością innych ludzi, wystąpieniami publicznymi i oceną rówieśników.

B. NAPADY PANIKI A ZESPÓŁ PANIKI

Nawet do 40–60% młodzieży doświadcza sporadycznych napadów paniki, jednak gdy mają one charakter nawracający i nieoczekiwany, diagnozuje się *zespół paniki* (cierpi na niego ok. 1% nastolatków, częściej dziewczęta). Nastolatki dotknięte paniką często żyją w silnym stresie domowym i szkolnym oraz otrzymują mniejsze wsparcie ze strony rodziny.

Objawy somatyczne i poznawcze ataku paniki:

- Kołatanie/palpacje serca, drżenie i trzęsienie się całego ciała, obfite pocenie się.
- Spłycony oddech, uczucie dławienia się i braku powietrza, ból w klatce piersiowej.
- Mdłości, silne bóle brzucha, zawroty głowy, omdlenia, dreszcze lub uderzenia gorąca.
- **Depersonalizacja i derealizacja:** uczucie bycia poza własnym ciałem, poczucie, że świat wokół jest nierealny, sztuczny.
- Paraliżujący lęk przed śmiercią, utratą panowania nad sobą lub popadnięciem w obłąd.
- *Ataki o ograniczonych symptomach:* Gdy w ciągu pierwszych 10 minut występuje mniej niż 4 z powyższych objawów.

Trzy rodzaje ataków paniki ze względu na okoliczności:

1. **Nieoczekiwane (spontaniczne):** Występują nagle, bez wyraźnej przyczyny zewnętrznej.
2. **Zdeterminowane sytuacyjnie:** Występują prawie zawsze natychmiast po zadziałaniu bodźca lub w oczekiwaniu na niego (np. wywołanie nastolatka do odpowiedzi na środek klasy lub egzamin). Charakterystyczne dla fobii.
3. **Wywoływane sytuacyjnie:** Mogą wystąpić w danej sytuacji, ale niekoniecznie natychmiast (np. lęk aktywuje się w kinie, ale sam atak następuje godzinę później).

C. ZABURZENIE LĘKU UOGÓLNIONEGO (GAD)

Objawia się stałym, wolnopłynącym lękiem oraz chronicznymi, niekontrolowanymi obawami i zamartwianiem się o wszystko (szkołę, zdrowie, przyszłość), niezależnie od realnych okoliczności. Występuje u ok. 5% populacji (dwukrotnie częściej u kobiet).

D. ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYJNE (OCD)

Zaburzenie (występujące u 1–2% osób), na które składają się dwa elementy:

1. **Obsesje:** Natrętne, uporczywe i ciągle powracające myśli, które budzą silny lęk.
2. **Kompulsje (natręctwa):** Powtarzalne, przymusowe zachowania lub czynności umysłowe, które uczeń musi wykonać, aby ten lęk czasowo obniżyć.
 - o *Przykłady kompulsji:* ciągłe mycie rąk i czyszczenie przedmiotów, unikanie pęknięć na chodniku, sprawdzanie (np. czy zamknięto drzwi/wyłączono urządzenie), powolne przeżuwanie kęsów, wykonywanie zrytualizowanych, „magicznych” czynności ochronnych.

Formy pomocy terapeutycznej w zaburzeniach lękowych:

- *Terapia poznawczo-behawioralna:* Skupia się na modyfikacji myśli i zachowań wywołujących lęk. Stosuje się treningi relaksacyjne oraz techniki ekspozycyjne, np. *systematyczną desensytyzację* (stopniowe osvajanie z bodźcem lękowym) lub *zatapianie / flooding* (wystawienie na bodziec o maksymalnej sile w kontrolowanych warunkach).
- *Farmakoterapia:* W ostrych stanach lekarz psychiatra ordynuje leki anksjolityczne (np. benzodiazepiny – działają szybko, ale silnie uzależniają i dają objawy odstawienne) lub nowoczesne leki z grupy SSRI (inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny, podnoszące jej poziom w mózgu, wymagające długotrwałego stosowania).

7. ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO (PTSD) U UCZNIÓW

Zespół stresu pourazowego to utrwalona, nieprawidłowa reakcja na doświadczenie lub bycie świadkiem zdarzenia o charakterze traumatycznym (np. wypadku komunikacyjnego, przemocy fizycznej lub seksualnej, klęski żywiołowej, a także wojny i przymusowej migracji).

Kluczowe objawy PTSD w środowisku szkolnym:

- **Intruzje (retrospekcje / flashbacki):** Nagłe, mimowolne i niezwykle żywe odtwarzanie traumatycznego wydarzenia w myślach, na jawie lub w formie koszmarów sennych. Uczeń może nagle sprawiać wrażenie „odciętego” od rzeczywistości.
- **Unikanie bodźców:** Chroniczne unikanie miejsc, osób, rozmów czy sytuacji, które kojarzą się z przeżytą traumą (np. lęk przed wejściem do konkretnej sali, unikanie głośnych dźwięków).
- **Nadmierne pobudzenie (hiperaktywacja):** Uczeń stale znajduje się w stanie „alarmu” – cechuje go wzmożona czujność, lękliwość, przesadna reakcja na zaskoczenie, trudności z koncentracją uwagi oraz wybuchy złości lub drażliwość.
- **Symptomy somatyczne i psychiczne:** Stałe uczucie zmęczenia, wyczerpania, bóle napięciowe oraz odrętwienie emocjonalne (pozorna obojętność).

8. ZABURZENIA ODŻYWIANIA

Zaburzenia odżywiania (ED – *Eating Disorders*) to poważne zespoły behawioralne o podłożu psychicznym. Nie są one jedynie „problemem z jedzeniem”, lecz niefunkcjonalną, głęboko zakorzenioną próbą radzenia sobie z napięciem emocjonalnym, brakiem kontroli nad własnym życiem oraz niską samooceną.

A. PODSTAWOWE RODZAJE ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

- **Jadłowstręt psychiczny (Anoreksja):** Celowe, drastyczne ograniczanie przyjmowania pokarmów prowadzące do wyniszczenia organizmu, wywołane paraliżującym lękiem przed przybraniem na wadze oraz zaburzonym obrazem własnego ciała.
- **Żarłoczość psychiczna (Bulimia):** Epizody niekontrolowanego objadania się, po których następują zachowania kompensacyjne (prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, katorżnicze ćwiczenia fizyczne).
- **Bigoreksja (dysmorfia mięśniowa):** Obsesyjne przekonanie (występujące głównie u chłopców), że własne ciało jest zbyt wątłe, skutkujące ekstremalnym treningiem i restrykcyjną dietą.

- **Kompulsywne objadanie się (BED):** Przymusowe zjadanie ogromnych porcji pokarmu w odpowiedzi na stres i negatywne emocje, bez zachowań kompensacyjnych.
- **Otyłość psychogenna:** Stan nadmiernego nagromadzenia tkanki tłuszczowej, w którym głównym motorem napędowym przejadania się są czynniki emocjonalne i psychiczne. Jedzenie pełni tu funkcję „regulatora nastroju” – służy jako narzędzie do redukcji lęku, tłumienia smutku, radzenia sobie z samotnością czy maskowania przeżytej traumy. W odróżnieniu od klasycznego kompulsywnego objadania się, otyłość psychogenna wiąże się ze stałym, chronicznym przyjmowaniem zbyt dużej liczby kalorii przez długi czas, co prowadzi do drastycznych zmian metabolicznych.

B. SYMPTOMY PSYCHICZNE I FIZYCZNE – ZESTAWIENIE

Rodzaj zaburzenia	Symptomy psychiczne i behawioralne	Symptomy fizyczne i somatyczne
Anoreksja	Dysmorfofobia (zaburzone postrzeganie własnego ciała), paniczny lęk przed przytyciem, obsesyjne liczenie kalorii, rytuały wokół jedzenia (np. krojenie na mikroskopijne kawałki), wycofanie społeczne, perfekcjonizm.	Skrajne wychudzenie (kacheksja), zanik miesiączki (amenorrhea), obecność meszku na ciele (lanugo), chroniczne zimno (obniżona temperatura ciała), wypadanie włosów, bradykardia (zwolnienie akcji serca).
Bulimia	Poczucie utraty kontroli nad jedzeniem, głębokie poczucie winy i wstydu po napadzie, zaabsorbowanie wagą, impulsywność, stany depresyjne, ukrywanie jedzenia i planowanie napadów.	Objaw Russella (blizny na kostkach dłoni od prowokowania wymiotów), zniszczenie szkliwa zębów przez kwasy żołądkowe, obrzęk ślinianek (tzw. „buzi chomika”), zaburzenia elektrolitowe (groźny spadek potasu), arytmia serca.
Kompulsywne objadanie się i Otyłość psychogenna	Traktowanie jedzenia jako jedynej formy gratyfikacji i pocieszenia, jedzenie w samotności z powodu wstydu, nienawiść do własnego ciała,	Nadwaga i otyłość olbrzymia, nadciśnienie tętnicze, insulinooporność i cukrzyca typu 2, chroniczne bóle kręgosłupa i stawów,

Rodzaj zaburzenia	Symptomy psychiczne i behawioralne	Symptomy fizyczne i somatyczne
	bezzradność, jedzenie mimo braku fizycznego głodu.	stłuszczenie wątroby, bezdech senny.

C. PRZYCZYNY ZABURZEŃ ODŻYWIANIA (UJĘCIE WIELOCZYNNIKOWE)

Zaburzenia odżywiania rzadko mają jedną przyczynę. Są efektem splotu trzech głównych grup czynników:

1. **Czynniki biologiczne i genetyczne:** Predyspozycje dziedziczne (występowanie zaburzeń w rodzinie), dysfunkcje w neuroprzekąźnictwie (nieprawidłowości w poziomach serotoniny i dopaminy, które odpowiadają za nastrój i sygnały sytości/głodu).
2. **Czynniki psychologiczne i osobowościowe:** Niski poziom samooceny, wysoki neurotyzm, perfekcjonizm (szczególnie w anoreksji), trudności w identyfikowaniu i wyrażaniu własnych emocji (aleksytymia), potrzeba absolutnej kontroli nad choćby jednym obszarem życia.
3. **Czynniki rodzinne:** Nadmierna kontrola i nadopiekuńczość ze strony rodziców, wysokie (często nierealistyczne) oczekiwania wobec dziecka, brak przyzwolenia na autonomię młodego człowieka, a także konflikty wewnątrzrodzinne i brak stabilności emocjonalnej w domu.

D. WPŁYW CZYNNIKÓW SOCJOLOGICZNYCH I KULTUROWYCH

Kultura, w której dorastają współcześni uczniowie, odgrywa gigantyczną rolę w wyzwalaniu zaburzeń odżywiania:

- **Kult szczupłego ciała:** Presja społeczna utożsamiająca szczupłą (lub ekstremalnie wysportowaną) sylwetkę z sukcesem, atrakcyjnością, samodyscypliną i szczęściem.
- **Media społecznościowe (Instagram, TikTok):** Algorytmy promujące nierealistyczne, filtrowane standardy piękna. Zjawisko cyberbullażu (body shaming) oraz obecność szkodliwych społeczności pro-ana (promujących anoreksję jako styl życia) i pro-mia (promujących bulimię).
- **Presja rówieśnicza:** Komentarze rówieśników dotyczące wyglądu, wagi czy sposobu odżywiania, które w okresie dojrzewania stają się dla nastolatka głównym punktem odniesienia dla budowania własnej wartości.

E. KONSEKWENCJE NIELECZONYCH ZABURZEŃ ODŻYWIANIA

- **Psychiczne:** Przewlekła depresja, nasilenie zachowań autoagresywnych, izolacja społeczna, próby samobójcze (anoreksja ma najwyższy wskaźnik śmiertelności spośród wszystkich zaburzeń psychicznych).
- **Fizyczne:** Osteoporoza (nieodwracalne osłabienie kości), trwałe uszkodzenie nerek i wątroby, niewydolność krążenia, pęknięcie przełyku lub żołądka (w bulimii), metaboliczny chaos prowadzący do nagłego zatrzymania akcji serca.

F. CELE I METODY LECZENIA

Leczenie ED to proces długofalowy, wymagający ścisłej współpracy interdyscyplinarnego zespołu specjalistów.

Główne cele leczenia:

1. **Przywrócenie bezpiecznego dla życia stanu fizycznego:** Normalizacja masy ciała, wyrównanie niedoborów metabolicznych i elektrolitowych.
2. **Zmiana wzorców zachowań:** Przełamanie destrukcyjnych nawyków (głodzenia się, wymiotów, objadania).
3. **Przepracowanie problemu u źródła:** Zmiana schematów myślenia o sobie, poprawa samooceny, nauka zdrowego radzenia sobie z emocjami.

Stosowane metody:

- **Psychoterapia indywidualna:** Najczęściej w nurcie poznawczo-behawioralnym (CBT-E – dedykowany zaburzeniom odżywiania), nakierowana na zmianę zniekształceń poznawczych dotyczących jedzenia i ciała.
- **Psychoterapia rodzinna:** Kluczowa w przypadku dzieci i młodszych nastolatków – włącza rodziców w proces leczenia jako osoby wspierające karmienie i redukujące napięcie w systemie rodzinnym.
- **Opieka dietetyczna i somatyczna:** Edukacja żywieniowa prowadzona przez dietetyka klinicznego w celu odbudowania prawidłowej relacji z jedzeniem, połączona ze stałym nadzorem lekarza pediatry lub internisty.
- **Farmakoterapia:** Stosowana pomocniczo (głównie leki z grupy SSRI) w celu redukcji współwystępujących objawów depresyjnych, lękowych oraz natręctw myślowych.

Rola nauczyciela:

Nauczyciel powinien reagować na nagłe zmiany wagi ucznia, unikanie wspólnych posiłków (np. na wycieczkach), nadmierne skupienie na wyglądzie, częste wychodzenie do toalety natychmiast po jedzeniu oraz drastyczny spadek energii.

9. ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE (utrata kontaktu z rzeczywistością)

Psychozy to ciężkie stany chorobowe, w których dochodzi do głębokiego zaburzenia postrzegania rzeczywistości, anomalii w strukturze myślenia oraz upośledzenia krytycznej oceny własnych przeżyć. Uczeń w stanie psychozy doświadcza świata w sposób skrajnie zmieniony, co uniemożliwia mu prawidłowe funkcjonowanie w roli rówieśnika i ucznia.

A. KLUCZOWE OBJAWY PSYCHOTYCZNE

Objawy kliniczne psychoz tradycyjnie dzieli się na dwie główne grupy:

1. Objawy pozytywne (wytwórcze) – „nadmiarowe” zjawiska psychiczne:

- **Urojenia:** Fałszywe przekonania i sądy, odporne na wszelkie logiczne kontrargumenty, w które uczeń głęboko i bezwzględnie wierzy.
 - *Przykłady:* **Urojenia prześladowcze** (przeświadczenie, że klasa lub nauczyciele spiskują przeciwko niemu, chcą go otruć); **urojenia ksobne** (przekonanie, że neutralne sytuacje, np. rozmowa obcych osób na korytarzu lub prezenter w telewizji, dotyczą bezpośrednio jego osoby); **urojenia wielkościowe** (wiara w posiadanie nadprzyrodzonych mocy, misji religijnej lub ukrytej tożsamości).
- **Omamy (halucynacje):** Nieprawidłowości spostrzegania zmysłowego, które powstają bez realnego bodźca zewnętrznego.
 - *Przykłady:* **Omamy słuchowe** (słyszenie głosów, które mogą krytykować ucznia, rozmawiać o nim lub wydawać mu bezwzględne rozkazy – tzw. głosy imperatywne); **omamy wzrokowe** (widzenie nieistniejących postaci, cieni, geometrycznych kształtów); **omamy somatyczne** (odczuwanie zmian wewnątrz własnego ciała, np. przemieszczania się organów).
- **Dezorganizacja myślenia i zachowania:** Rozluźnienie skojarzeń, chaos wypowiedzi, trudności w logicznym formułowaniu zdań (tzw. sałata słowna), a także zachowania dziwaczne, impulsywne lub niedostosowane do sytuacji społecznej.

2. Objawy negatywne (ubytkowe) – wycofywanie się funkcji psychicznych:

- **Apatia i awolicja:** Brak motywacji do podejmowania jakichkolwiek działań, zaniedbywanie higieny osobistej, rezygnacja z obowiązków szkolnych.

- **Alogia:** Ubóstwo mowy, udzielanie bardzo krótkich, zdawkowych i pozbawionych treści odpowiedzi.
- **Anhedonia i stępienie afektu:** Całkowita niezdolność do odczuwania przyjemności, obojętność emocjonalna, maskowata lub nieruchoma mimika twarzy.

B. PRZYCZYNY ZABURZEŃ PSYCHOTYCZNYCH

Etiologia psychoz opiera się na **modelu podatności na stres**, gdzie na biologiczne podłoże nakładają się czynniki środowiskowe:

- **Czynniki biologiczne i neurochemiczne:** Uwarunkowania genetyczne (zwiększone ryzyko zachorowania w przypadku występowania psychoz w rodzinie). Kluczową rolę odgrywa tzw. *hipoteza dopaminowa* (nadaktywność dopaminergiczna w określonych strukturach mózgu odpowiada za objawy pozytywne, a niedoaktywność w innych – za objawy negatywne) oraz zaburzenia w obrębie układu glutamatergicznego.
- **Substancje psychoaktywne (wyzwalacze środowiskowe):** Zażywanie narkotyków, dopalaczy, marihuany czy amfetaminy przez młodzież o biologicznej podatności może gwałtownie zaindukować pełnoobjawowy epizod psychotyczny (tzw. psychoza toksyczna).
- **Stres i traumy:** Przewlekły stres, skrajne przeciążenie psychiczne, kryzysy rówieśnicze, brak snu lub przebyte traumy z dzieciństwa działają jako bezpośredni katalizator ujawnienia się choroby.

C. RODZAJE ZABURZEŃ PSYCHOTYCZNYCH W WIEKU ROZWOJOWYM

Rodzaj zaburzenia	Krótką charakterystyka
Schizofrenia (wczesna i o bardzo wczesnym początku)	Przewlekła choroba charakteryzująca się współwystępowaniem objawów pozytywnych, negatywnych oraz poznawczych (problemy z pamięcią i uwagą), trwająca minimum miesiąc (wg DSM-5 ciągle oznaki zaburzenia muszą utrzymywać się przez co najmniej 6 miesięcy).
Zaburzenie schizoafektywne	Stan, w którym u ucznia jednocześnie (w tym samym epizodzie chorobowym) występują pełne objawy schizofrenii oraz wyraźne zaburzenia nastroju (epizod ciężkiej depresji lub manii).

Rodzaj zaburzenia	Krótką charakterystyka
Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne	Charakteryzują się nagłym początkiem (objawy rozwijają się w ciągu 2 tygodni lub krócej) i gwałtownym przebiegiem, ale trwają krótko (od kilku dni do maksymalnie 1–3 miesięcy) i najczęściej mijają bez śladu. Często wywołane są silnym stresem.
Zaburzenia urojeniowe	Rzadkie u młodzieży stany, w których jedynym lub dominującym objawem są utrwalone, usystematyzowane urojenia (np. zazdrości, prześladowcze), przy jednoczesnym braku omamów słuchowych czy wyraźnego otępienia afektu.

D. PRAKTYCZNY PRZYKŁAD MANIFESTACJI W SZKOLE

Studium przypadku: Do tej pory spokojny, osiągający dobre wyniki uczeń klasy VIII zaczyna opuszczać lekcje. Przestaje dbać o wygląd, staje się podejrzliwy wobec kolegów z ławki, twierdząc, że „patrzą na niego w dziwny sposób i znają jego myśli”. Na lekcji polskiego nagle zaczyna krzyczeć do pustego kąta sali, by „przestał go obrażać”. W rozmowie z pedagogiem twierdzi, że w ścianach szkoły zamontowano podsłuchy, a dyrektor koordynuje akcję wymierzoną przeciwko niemu. Uczeń wykazuje silny lęk, ma rozszerzone źrenice i chaotyczną strukturę wypowiedzi.

Ważne: W przypadku podejrzenia epizodu psychotycznego w szkole należy zapewnić uczniowi bezpieczne, odizolowane od bodźców miejsce, nie dyskutować z jego urojeniami (nie zaprzeczać agresywnie, ale też nie potwierdzać ich realności) i natychmiast wezwać pomoc medyczną oraz powiadomić rodziców.

E. CELE I METODY LECZENIA

Leczenie zaburzeń psychotycznych opiera się na kompleksowym ujęciu biologicznym i psychospołecznym. **Sama psychoterapia w ostrej fazie psychozy jest niewystarczająca.**

- Farmakoterapia (Podstawa leczenia):** Stosowanie leków przeciwpsychotycznych (neuroleptyków) – zarówno klasycznych, jak i nowej generacji (atypowych, np. aripiprazol, risperidon, olanzapina), które stabilizują przekąźnictwo dopaminowe. Leki te skutecznie wygaszają omamy i urojenia, zmniejszając lęk pacjenta.
- Hospitalizacja psychiatryczna:** Wskazana w ostrej fazie pierwszego epizodu lub podczas nawrotu, zwłaszcza gdy uczeń z powodu przeżywanych urojeń stwarza

bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia własnego bądź innych osób. Służy bezpiecznemu zdiagnozowaniu pacjenta i dobru farmakoterapii.

3. **Psychoedukacja i Psychoterapia (w fazie remisji):** Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) pomaga uczniowi krytycznie oceniać powracające, zniekształcone myśli. Psychoedukacja pacjenta oraz jego rodziny zwiększa świadomość choroby, uczy rozpoznawać zwiastuny nawrotu (np. bezsenność, narastający niepokój) i zapobiega samowolnemu odstawianiu leków.
4. **Rehabilitacja psychiatryczna i wsparcie szkolne:** Stopniowy powrót do środowiska rówieśniczego przy wsparciu PPP (np. poprzez nauczanie zindywidualizowane lub organizację kształcenia specjalnego) w celu odbudowy kompetencji społecznych i poznawczych ucznia.

10. ZABURZENIA OSOBOWOŚCI (W UJĘCIU WIEKU ROZWOJOWEGO)

U dzieci i młodzieży rzadko stawia się ostateczną diagnozę zaburzeń osobowości, ponieważ struktura psychiczna młodego człowieka wciąż się rozwija. Specjaliści mówią wówczas o **kształtujących się zaburzeniach osobowości lub dysfunkcyjnych rysach osobowości**. W terminologii klinicznej (zgodnie z klasyfikacją DSM-5) zaburzenia te dzieli się na trzy główne grupy (klastry): A, B i C, różniące się dominującym wzorcem zachowań i przeżywania.

A. GRUPA A (ZABURZENIA DZIWACZNO-EKSCENTRYCZNE)

Osoby z tej grupy cechują się specyficznym, ekscentrycznym zachowaniem, chłodem emocjonalnym oraz trudnościami w budowaniu relacji z powodu nasilonej nieufności. U uczniów te rysy często prowadzą do głębokiej izolacji rówieśniczej.

- **Osobowość paranoidowa:**

- *Charakterystyka:* Chroniczna, nieuzasadniona podejrzliwość i nieufność wobec otoczenia.
- *Symptomy u ucznia:* Uczeń interpretuje neutralne lub przyjazne intencje nauczycieli i rówieśników jako wrogie lub wymierzone przeciwko niemu. Długo chowa urazy, jest nadwrażliwy na krytykę, łatwo reaguje gniewem i kontratakiem na rzekome zniewagi.

- **Osobowość schizoidalna:**

- *Charakterystyka:* Wyraźne wycofanie z relacji społecznych i bardzo ograniczona ekspresja emocjonalna.
- *Symptomy u ucznia:* Uczeń sprawia wrażenie skrajnie obojętnego na pochwały czy krytykę (stępiony afekt). Wybiera wyłącznie samotne aktywności, nie

wykazuje chęci posiadania przyjaciół i sprawia wrażenie emocjonalnie chłodnego („zamkniętego w sobie”).

- **Osobowość schizotypowa:**

- *Charakterystyka:* Głębokie deficyty społeczne połączone ze zniekształceniami poznawczymi i dziwacznymi zachowaniami (uważana za spektrum schizofrenii).
- *Symptomy u ucznia:* Uczeń wykazuje „magiczne myślenie” (wierzy w przesady, telepatię, nietypowe siły), posługuje się dziwacznym, metaforycznym językiem, ubiera się w sposób rażąco ekscentryczny i przejawia silny lęk społeczny, który nie mija mimo dłuższego przebywania w klasie.

B. GRUPA B (ZABURZENIA DRAMATYCZNO-ERATYCZNE / EMOCJONALNE)

Grupa ta charakteryzuje się dużą impulsywnością, skłonnością do zachowań dramatycznych, teatralnych, lekceważeniem norm społecznych oraz ogromnymi trudnościami w samoregulacji emocjonalnej. To te zachowania najczęściej generują kryzysy wychowawcze w szkole.

- **Osobowość borderline (chwiejna emocjonalnie):**

- *Charakterystyka:* Skrajna niestabilność nastroju, obrazu samego siebie i relacji interpersonalnych.
- *Symptomy u ucznia:* Paniczny lęk przed odrzuceniem, czarno-białe ocenianie ludzi (od idealizacji do nienawiści). Towarzyszy mu chroniczne poczucie pustki, impulsywność oraz zachowania autoagresywne (cięcie się, drapanie) i groźby samobójcze jako niefunkcjonalna próba radzenia sobie z bólem psychicznym.

- **Osobowość dyssocjalna (antyspołeczna):**

- *Charakterystyka:* Trwałe i rażące lekceważenie praw innych ludzi, norm społecznych i moralnych.
- *Symptomy u ucznia:* Uczeń wykazuje brak empatii, skłonność do manipulacji, agresję wobec ludzi i zwierząt, niszczenie mienia, kłamstwa i kradzieże. Nie odczuwa poczucia winy ani wstydu po wyrządzeniu krzywdy, a kary nie zmieniają jego postępowania. W wieku szkolnym diagnozowane najczęściej jako *zaburzenia zachowania* (Conduct Disorder).

- **Osobowość histrioniczna:**

- *Charakterystyka:* Przesadna, teatralna ekspresja emocjonalna oraz obsesyjna potrzeba znajdowania się w centrum uwagi.
- *Symptomy u ucznia:* Uczeń manipuluje otoczeniem, by skupić na sobie wzrok klasy, reaguje nieproporcjonalnie dramatycznie na drobne niepowodzenia

(szloch, krzyki). Cechuje go powierzchowność emocjonalna, podatność na sugestie oraz duża koncentracja na wyglądzie zewnętrznym.

- **Osobowość narcystyczna:**

- *Charakterystyka:* Utrwalone poczucie własnej wyjątkowości i wielkości, połączone z silną potrzebą podziwu i brakiem empatii.
- *Symptomy u ucznia:* Przekonanie o posiadaniu specjalnych praw (np. do lepszych ocen bez pracy). Uczeń wykazuje arogancję, zazdrość wobec sukcesów innych oraz tendencję do wykorzystywania rówieśników. Pod maską wielkościowości kryje się jednak skrajnie krucha samoocena – krytyka lub uwaga ze strony nauczyciela może wywołać tzw. furię narcystyczną (agresywny wybuch).

C. GRUPA C (ZABURZENIA LĘKOWO-NAWRACOWE)

Osoby z tej grupy przeżywają chroniczny lęk, napięcie wewnętrzne, zamartwiają się i wykazują dużą potrzebę kontroli lub uległości, by uniknąć odrzucenia czy błędu.

- **Osobowość unikająca (lękliwa):**

- *Charakterystyka:* Powszechne poczucie społecznego niedostosowania, niska samoocena i nadwrażliwość na negatywną ocenę.
- *Symptomy u ucznia:* Uczeń panicznie boi się krytyki, odrzucenia i zawstydzenia. Unika odpowiedzi ustnych, pracy w grupach i jakichkolwiek nowych aktywności z obawy przed porażką. Wycofuje się z życia klasy, mimo że wewnętrznie bardzo pragnie akceptacji i bliskości.

- **Osobowość zależna:**

- *Charakterystyka:* Przesadna, Neurotyczna potrzeba bycia pod opieką, prowadząca do zachowań uległych i lęku przed separacją.
- *Symptomy u ucznia:* Uczeń ma ogromne trudności z podejmowaniem najprostszych samodzielnych decyzji (potrzebuje ciągłego zapewniania i aprobaty nauczyciela). Bezgranicznie podporządkowuje się rówieśnikom (nawet toksycznym), zgadza się na złe traktowanie, byle tylko nie zostać odrzuconym. Często unika pokazywania złości.

- **Osobowość obsesyjno-kompulsyjna (anankastyczna):**

- *Charakterystyka:* Pochłonięcie przez porządek, perfekcjonizm oraz kontrolę psychiczną i interpersonalną kosztem elastyczności i otwartości.
- *Symptomy u ucznia:* Uczeń jest nadmiernie oddany nauce i obowiązkowi, kosztem odpoczynku i relacji. Wykazuje sztywność myślenia, pedantyzm i tak skrajny perfekcjonizm, że często nie jest w stanie dokończyć zadania lub

klasówki na czas (ponieważ ciągle poprawia i przepisuje tekst). Nie potrafi pracować w grupie, jeśli inni nie podporządkują się jego sztywnym regułom.

Przykłady rysów zaburzeń najczęściej utrudniających funkcjonowanie w szkole:

- **Rys osobowości chwiejnej emocjonalnie (typu Borderline):** Charakteryzuje się skrajną niestabilnością nastroju, lękiem przed porzuceniem, czarno-białym postrzeganiem ludzi (od uwielbienia do nienawiści). Często towarzyszą mu zachowania autoagresywne (cięcie się) i impulsywność.
- **Rys osobowości dyssocjalnej:** Uczeń wykazuje trwałe lekceważenie norm społecznych i moralnych, brak empatii, skłonność do manipulacji, kłamstw używanych jako narzędzie do celu oraz agresję wobec ludzi lub zwierząt.
- **Rys osobowości lękliwej (unikającej):** Przewlekłe poczucie niższości, nadwrażliwość na krytykę i odrzucenie, co prowadzi do całkowitego wycofywania się z relacji rówieśniczych i unikania wyzwań szkolnych.

11. PROCEDURY I SYSTEM WSPARCIA: GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Kiedy zachowanie ucznia budzi niepokój lub wskazuje na kryzys psychiczny, nauczyciel nie powinien działać sam. Pomoc powinna być uruchamiana wielopoziomowo.

Ścieżka postępowania w placówce oświatowej:

1. **Wewnętrzny zespół wsparcia:** Pierwszym krokiem jest konsultacja z psychologiem szkolnym, pedagogiem lub pedagogiem specjalnym w celu oceny sytuacji i opracowania strategii wsparcia ucznia na terenie klasy.
2. **Kontakt z rodzicami / opiekunami prawnymi:** Rodzina to kluczowe źródło wsparcia. Należy przedstawić rodzicom obserwowane fakty (bez oceniania) i zasugerować pogłębioną diagnostykę.

Specjalistyczne placówki zewnętrzne:

- **Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne (PPP):** Publiczne placówki rejonowe odpowiedzialne za diagnozę trudności szkolnych, wydawanie opinii oraz orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania.
- **Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży (I poziom referencyjny):** Miejsca, gdzie uczeń i jego rodzina mogą otrzymać bezpłatną pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną bez skierowania lekarskiego.

- **Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny):** Placówki oferujące pomoc lekarza psychiatry dziecięcego oraz psychoterapię (wymagane skierowanie do psychiatry nie obowiązuje, pomoc udzielana jest w ramach NFZ).
- **Szpitala Psychiatryczne / Oddziały Kliniczne (III poziom referencyjny):** Stosowane w stanach bezpośredniego zagrożenia życia (ostre intencje samobójcze, psychozy, głębokie wyniszczenie w anoreksji).

Telefony zaufania dla dzieci, młodzieży i opiekunów:

- **116 111** – Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży (bezpłatny, całodobowy).
- **800 12 12 12** – Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka.
- **112** – Ogólnopolski numer alarmowy (w przypadku nagłego zagrożenia zdrowia lub życia ulegającego natychmiastowemu pogorszeniu).

PODSUMOWANIE:

Praca z uczniem zmagającym się z zaburzeniami psychicznymi to wyzwanie wymagające nie tylko specjalistycznej wiedzy, ale przede wszystkim dużej wrażliwości, cierpliwości i otwartości. Kluczem do sukcesu nie jest próba „naprawienia” dziecka, lecz towarzyszenie mu w jego trudnościach, zrozumienie natury jego deficytów oraz wspólne poszukiwanie rozwiązań, które pozwolą mu w pełni wykorzystać posiadany potencjał.

Pamiętajmy, że każda, nawet drobna zmiana w naszym podejściu – od rezygnacji z surowej oceny na rzecz konstruktywnego wsparcia – może mieć fundamentalne znaczenie dla dobrostanu ucznia. Niech to opracowanie stanowi dla Państwa wsparcie w codziennych wyzwaniach, przypominając, że jako nauczyciele mają Państwo unikalną moc wpływania na jakość życia młodych ludzi, budując mosty tam, gdzie oni sami często widzą jedynie nieprzekraczalne mury.