„Piekło depresji polega na utracie nadziei”

Antoni Kępiński, „Melancholia”

DEPRESJA U DZIECI I MŁODZIEŻY

23.02.2021r. – Światowy Dzień Walki z Depresją

Psycholog PSP im. Powstańców Śląskich w Łubnianach

Beata Gędźba - Kaczmarek

CO TO JEST DEPRESJA?

- W medycznych klasyfikacjach depresja to choroba umieszczana w grupie zaburzeń nastroju.
- Gdy w przeżywaniu świata dominują negatywne uczucia pojawia się stały nastrój depresyjny, który nie przemija.
- Ten przewlekły obniżony nastrój w głównej mierze właśnie może świadczyć o poważnym zaburzeniu lub chorobie depresyjnej.
- Przeżywamy wówczas uczucia to głównie smutek, przygnębienie, niepokój, lęk czy poczucie winy.
- Depresja może współwystępować z innymi zaburzeniami takimi jak: zaburzenia lękowe (np. lęk separacyjny czy fobie), zaburzenia przestępcze, zaburzenia odży-wiania, nadużywanie substancji psychoaktywnych itp..
- występowanie depresji stanowi ryzyko samobójstwa.

ZABURZENIA DEPRESYNE:

- zaburzenia psychiczne z grupy zaburzeń afektywnych , charakteryzujące się:
- obniżeniem nastroju,
- obniżeniem napędu psychoruchowego,
- zaburzeniem rytmów okołodobowych,
- lękiem.

TYPY DEPRESJI:

- **Depresja epizodyczna, epizody depresyjne** (F32) – trwa krócej niż dwa lata i charakteryzuje się wyraźnym początkiem;

- **Zaburzenia depresyjne nawracające** (F33) – powtarzające się epizody depresji bez objawów wzmożonego nastroju i zwiększonej energii w przeszłości (np. jak przy manii);

– **depresja endogenna** – uwarunkowana biologicznie, typowa; ostrzejsza w przebiegu od egzogennej; depresja duża, epizod depresyjny o znacznym nasileniu;

– **depresja egzogenna, depresja reaktywna** – poprzedzona stresującym zdarzeniem.

– Niektórzy badacze twierdzą, iż w rzeczywistości jest to ta sama depresja jednobiegunowa, a powyższy podział tak naprawdę odzwierciedla podział na depresję ostrą i łagodną.

- **Depresja przewlekła, dystymia** (F34.1) – trwa co najmniej dwa lata, a remisja (okres bez występowania objawów)nie trwa dłużej niż dwa miesiące.

- **Depresja poschizofreniczna** (F20.4) – przejawia się w epizodzie depresyjnym po psychozie schizofrenicznej. Objawy schizofreniczne występują, lecz nie dominują już w obrazie klinicznym.

DEPRESJA DUŻA:

- Kryteria diagnostyczne rozpoznania depresji dużej według DSM-IV:
- Występowanie minimum pięciu objawów przez okres 2 tygodni pod warunkiem, że stanowią one istotną zmianę w zachowaniu chorego:
  - obniżenie nastroju lub dysforia, występujące codziennie przez przeważającą część dnia, odczuwana subiektywnie i dostrzegana przez otoczenie;
  - znaczne ograniczenie zainteresowań wszystkimi czynnościami oraz brak odczuwania przyjemności związanej z ich wykonywaniem;
  - spadek lub wzrost masy ciała minimum 5% w ciągu miesiąca lub codzienny wzrost lub spadek apetytu;

- utrzymująca się bezsenność lub nadmierna senność;
- spowolnienie lub podniecenie ruchowe;
- uczucie zmęczenia;
- poczucie nieuzasadnionej winy, obniżenie poczucia własnej wartości;
- obniżenie sprawności myślenia, zaburzenia uwagi i koncentracji, niemożność podjęcia decyzji;
- nawracające myśli o śmierci, myśli samobójcze – realizowane bądź nie.

EPIZOD DEPRESYJNY:

- Kryteria diagnostyczne według klasyfikacji ICD-10 - muszą występować przez co najmniej 2 tygodnie najmniej dwa z trzech poniższych objawów:
- obniżenie nastroju,
- utrata zainteresowań i anhedonia (niemożność odczuwania przyjemności i radości),
- mniejsza energia lub wytrzymałość na zmęczenie,

oraz dwa lub więcej objawów takich jak:

- trudności w skupieniu uwagi,
- obniżenie samooceny,
- odczuwanie winy,
- czucie się bezwartościowym,
- pesymistyczne postrzeganie przyszłych wydarzeń,
- myśli bądź zachowania suicydalne lub zachowania autoagresywne,
- problemy ze snem,
- zmniejszenie apetytu.

MODEL BIOLOGICZNY:

- Według modelu *neurochemicznego* przyczyną depresji może być niedobór pewnych **amin biogennych**.
- Hipotezy na temat neurochemicznego podłoża depresji dotyczą głównie spadku poziomu **norepinefryny** (inaczej **noradrenaliny**; hipoteza katecholaminowa) oraz **serotoniny** (hipoteza serotoninowa). Obniżenie poziomu tych amin biogennych powoduje pojawienie się deficytów motywacyjnych.

- Norepinefryna (bądź serotonina) wyprodukowana w jednej komórce nerwowej jest uwalniana do synapsy, gdzie stymuluje drugą komórkę.
- Aby powstrzymać tę stymulację, norepinefryna (bądź serotonina) musi zostać zdeaktywowana:
- albo przez reabsorpcję do neuronu presynaptycznego albo przez jej zniszczenie.

- Leki przeciwdepresyjne powstrzymują te procesy, nie dopuszczając do spadku poziomu norepinefryny i serotoniny.

MODEL PSYCHODYNAMICZNY:

- Depresja ma swoje źródła w nierozwiązanym konflikcie z przeszłości.
- Freud uważał, że przyczyną depresji jest skierowanie całej agresji do wewnątrz, w efekcie czego dochodzi do obniżenia samooceny, samooskarżeń czy wręcz samobójstwa.
- Osoba depresyjna w dzieciństwie skierowała swoją miłość na drugą osobę i doznała rozczarowania. W efekcie identyfikuje się z utraconym obiektem, „włącza” go w obszar swojego ego.
- Złość odczuwana pierwotnie wobec utraconego obiektu zostaje skierowana na samego siebie.
- Kolejne doświadczenia straty i odrzucenia reaktywują uczucia związane z utratą pierwotnego obiektu.

- Według Melanie Klein (**teoria relacji z obiektem**) jakość relacji matki i dziecka w pierwszym roku życia decyduje o tym, czy w przyszłości jednostka będzie miała skłonności do depresji.
- Każde dziecko przechodzi przed pierwszym rokiem życia okres, w którym szczególnie silnie przeżywa złość – reakcję na frustracje w kontakcie z matką oraz strach, będący z kolei reakcją na przeżywany gniew (tzw. *pozycja depresyjna*).

- Jeżeli uczucia gniewu i strachu w relacji z matką są silniejsze niż doświadczane uczucie miłości, pojawiają się patologiczne sposoby rozwiązywania „pozycji depresyjnej”, do których jednostka może powracać w życiu dorosłym.

- Z kolei nurt związany z Edwardem Bibringiem podkreśla, że kluczowym czynnikiem w rozwoju depresji jest bezradność w osiąganiu celów – zaburzenie to pojawia się, gdy ego czuje się bezradne w zaspokajaniu swoich aspiracji; przyczyną tego stanu rzeczy mogą być stawiane nierealistyczne oczekiwania oraz przeżycie silnego poczucia bezradności, najprawdopodobniej w fazie oralnej.

MODEL BEHAWIORALNO - POZNAWCZY

- Teorie poznawczo-behawioralne depresji zakładają, że osoba depresyjna przyswoiła sobie nieadaptacyjny wzór reagowania, który można zmienić w procesie uczenia się nowych umiejętności.

- Celem leczenia jest modyfikacja specyficznych zachowań i myśli, w których upatruje się przyczynę depresji.

- Szczególną popularnością cieszy się model zaproponowany przez **Aarona T. Becka**.
- Jego zdaniem zachowanie jednostki zależy od typu informacji, jakie docierają do niej z zewnątrz oraz sposobu, w jaki ona te informacje przekształca i interpretuje.
- U podłoża depresji zdaniem Becka leżą nieracjonalne schematy poznawcze, które mają źródło w dzieciństwie i są rezultatem traumatycznych wydarzeń, powtarzanych negatywnych osądów (najczęściej przez rodziców) oraz przez naśladowanie depresyjnych modeli.

Podstawowy schemat poznawczy w depresji to tzw. *triada poznawcza*:

- negatywne myśli o sobie,
- o świecie i
- o przyszłości.

- Takie poglądy są przyczyną niskiej samooceny oraz emocjonalnych i fizycznych objawów charakterystycznych dla depresji.
- Drugim mechanizmem depresji są systematycznie dokonywane *błędy logiczne* w procesie wnioskowania, które sprzyjają pogorszeniu się samopoczucia i uniemożliwiają obiektywną ocenę sytuacji przez jednostkę.

Inne teorie behawioralno – poznawcze:

- **Teorie samokontroli** (O'Hara i Rehm) – wskazują jako przyczynę depresji specyficzne deficyty w zakresie samoobserwacji, samoewaluacji oraz samowzmacniania. Terapia przypomina w ogólnych zasadach terapię w podejściu Becka.
- **Teorie oparte na pojęciu wzmocnienia** (Lewinsohn) – upatrujące przyczyny depresji w niskim poziomie pozytywnych zewnętrznych wzmocnień.
  Jako jeden z typów terapii proponuje się tu trening umiejętności społecznych.

Depresja u dzieci i młodzieży

- Ze względu na nieco inne przejawy depresji u dzieci, nie jest zazwyczaj tak szybko diagnozowana, a u części z nich w ogóle nie zostaje rozpoznana.
- O ile osoba dorosła bardziej rozumie swoje trudności, dziecko i nastolatek nie potrafi nazwać swoich uczuć, więc różnie reaguje. Stąd obraz kliniczny depresji jest bardzo zróżnicowany w zależności od wieku.
- U osób nieletnich rzadko występują typowe objawy stanów depresyjnych, jakie zauważamy u osób dorosłych.

PODŁOŻE:

- podatność biologiczna,
- zaburzenia czynności neuroprzekaźników,
- procesy biochemiczne zachodzące w mózgu,
- osobowość,
- temperament,
- przeszłe doświadczenia oraz aktualna sytuacja życiowa,
- czynniki środowiskowe.

Spośród czynników środowiskowych mających wpływ na rozwój depresji *w domu* istotne są:

- utrata ukochanej bliskiej osoby z powodu śmierci, rozstania np. rozwodu rodziców
- konflikty, przemoc w rodzinie
- przewlekła choroba któregoś z rodziców
- nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez członków rodziny
- osamotnienie, brak czasu dla dziecka, częste zmiany otoczenia i osób opiekujących się dzieckiem
- wrogość emocjonalna i odrzucenie
- obarczanie dziecka zbyt dużą, przerastającą jego możliwości odpowiedzialnością i oczekiwaniami

Spośród czynników środowiskowych mających wpływ na rozwój depresji *w szkole* istotne są:

- nadmierne wymagania stawiane przez nauczycieli i rodziców
- niepowodzenia szkolne
- brak integracji z grupą rówieśniczą, poczucie wyalienowania
- brak akceptacji i aprobaty ze strony rówieśników

NAJCZĘSTRZE PRZYCZYNY niezależne od wieku:

- brak akceptacji, miłości, bliskości, czułości, zrozumienia,
- brak kontaktu i obecności bliskich osób, ich uwagi, atencji,
- poczucie osamotnienia, rozłąka z bliskimi, tęsknota,
- zmiana miejsca zamieszkania, pokoju, przedszkola, szkoły,
- niska samoocena, niepewność, nieśmiałość,
- depresja rodzica, opiekuna, bliskiej osoby,

- konflikty pomiędzy bliskimi osobami,
- konflikty z otoczeniem,
- agresja ze strony dorosłych
- trudności, problemy,
  zawód miłosny, porażka szkolna,
- presja, nadmierne wymagania i obciążenia obowiązkami (szkolnymi i pozaszkolnymi),
- brak czasu na spontaniczną aktywność, zabawę, beztroskę,
- lęk przed nieznanym,
  niepewność, brak stabilizacji
- sytuacja szkodliwa, zagrażająca, stanowiąca wyzwanie.

Depresja u dzieci manifestuje się zazwyczaj najróżniejszymi niespecyficznymi symptomami np.:

- smutkiem, obniżonym nastrojem,
- skłonnością do płaczu,
- nagłym „nieuzasadnionym” przechodzeniem od długiego płaczu do całkowitego spokoju,
- niechęcią do zabawy, izolacją i niechęcią do kontaktu z innymi dziećmi,
- zmęczeniem, utratą energii (nagła męczliwość) lub czasami pobudzeniem i nadmierną aktywnością, nie obserwowaną wcześniej,

- zmniejszonym kontaktem z dzieckiem,
- brakiem komunikowania własnych życzeń,
- drażliwością, napadami złości (czasem autoagresja, np. uderzanie głową w ścianę, drzwi, meble, okaleczanie się),
- dokuczaniem innym dzieciom, rodzeństwu,
- obawami, niepokojem, napięciem, lękami (np. przed zmianami, nowymi miejscami, zadaniami),
- niepewnością,
- nieśmiałością,
- bojaźliwością,
- zmniejszoną chęcią do mówienia i rozmowy.

OBJAWY DEPRESJI U DZIECI DO 3 r.ż.

Dziecko może manifestować swój nastrój depresyjny poprzez:

- apatię i brak zainteresowania zabawą czy eksplorowaniem rzeczywistości,
- brak właściwej dla wieku ekspresji emocjonalnej,
- obniżoną motorykę,
- zamykanie się w swoim świecie,
- wycofanie dziecka,
- smutek w postawie ciała i wyrazie twarzy,
- nadmierny niepokój,
- pobudzenie psychoruchowe.

OBJAWY DEPRESJI U DZIECI DO 3 r.ż.

- W tym wieku objawy depresji są sygnalizowane również przez napady złego humoru i nadaktywność.

- Są to stale zaniepokojone dzieci, silnie reagujące na opuszczenie i rozłąkę z bliskimi (lęk separacyjny).
- Ten objaw jest charakterystyczny również dla starszych dzieci z depresją.

OBJAWY DEPRESJI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM:

Przedszkolak manifestuje swój smutek przez:

- zgarbioną postawę ciała,
- niedbały ubiór i smutny wyraz twarzy,
- to niekiedy dziecko jakby przeźroczyste, które zajmuje się sobą nie dopuszczając do siebie nikogo,
- apatyczne, jakby ciągle niewyspane,
- bez energii,
- samotnie spędzające czas może z pozoru nie sprawiać większych kłopotów wychowawczych.

- Bywa też, że zachęcane do kontaktu reaguje drażliwością lub napadem złości,
- odsuwa się od kolegów, a nastrój depresyjny pogłębia się wtórnie z powodu wykluczenia z grupy rówieśniczej,

- samo skazuje się na samotność, choć ta samotność dodatkowo przyczynia się do pogłębiania smutku,
- odczuwa niskie poczucie własnej wartości, boi się wszelkich wyzwań z powodu przekonania o swojej mniejszej wartości,
- nadmiernie przeprasza i reaguje lękiem na większość zadań z obawy przed najmniejszym niedociągnięciem, typu zabrudzenie lub nieprawidłowo wykonane ćwiczenie w przedszkolu.

- z powodu trudności z koncentracją uwagi jest mniej efektywne niż rówieśnicy,
- odczuwa dolegliwości psychosomatyczne, takie jak: bóle brzucha, głowy, zaparcia czy biegunki,
- ma trudności z zasypianiem, spokojnym snem,
- przejawia brak apetytu, zmniejszone łaknienie,
- może moczyć się w nocy.

- Często depresja nieleczona u małych dzieci nasila się w okresie dojrzewania. A im dłużej zwlekamy z leczeniem tym ciężej ją potem wyleczyć.

OBJAWY DEPRESJI W WIEKU SZKOLNYM:

- W tym wieku dzieci z zaburzeniami nastroju kurczowo trzymają się rodziców odmawiając uczęszczania do szkoły.
- W szkole mają problemy, stają się mniej wydolne w nauce,
- trudniej im się skoncentrować i zapamiętywać,
- obniża się ich sprawność intelektualna,

przez co m.in. ich samoocena jeszcze bardziej spada.

- Izolacja społeczna powoduje charakterystyczny brak przyjaciela.

- zmienność nastroju,
- płaczliwość i brak ekspresji radości,
- apatia,
- zaburzenia zachowania w postaci agresji i skłonności opozycyjno-buntowniczych.
- Dziecko depresyjne wzbudza złość rówieśników, w szkole i w domu.
- Działania wychowawcze, bez próby zrozumienia uczuć dziecka pogłębiają tylko proces odsuwania się od otoczenia.

- częste objawy somatyczne (cielesne): nerwobóle, bóle brzucha, głowy, biegunki, choroby dróg oddechowych, duszności,

- problemy ze snem (trudności z zasypianiem wybudzanie się nocne lub nadmierna senność),
- problemy z jedzeniem (zwykle niejedzenie),
- zmiany wagi (dzieci często chudną lub nie przybierają na wadze),
- moczenie nocne,
- myśli o śmierci i chęci zrobienia sobie krzywdy, próby samobójcze.

Depresja u nastolatków manifestuje się zazwyczaj najróżniejszymi niespecyficznymi symptomami np.:

- poczuciem beznadziejności, bezsensowności życia,
- niemożnością przeżywania radości („nic mnie nie cieszy”),
- smutkiem, przygnębieniem,
- lękiem, niepokojem,
- stałym napięciem,
- lękami egzystencjalnymi,
- strachem przed przyszłością,
- niską samooceną,

- poczuciem wszechogarniającej nudy,
- porzuceniem hobby,
- rezygnacją z dotychczasowych zainteresowań,
- unikaniem towarzystwa rówieśników, znajomych,

- częstym zamykaniem się w pokoju,
- zmianami apetytu (utrata apatytu i spadek wagi ciała albo przejadanie się i przyrost wagi), suchością w ustach,
- zaburzeniami snu: bezsenności lub nadmierna senność,
- trudnościami z porannym wstawaniem,

- spowolnieniem psychoruchowym,
- apatią, zmęczeniem,
- niechęcią do działania,
- brakiem siły i ochoty do podejmowania jakichkolwiek aktywności,

- osłabieniem sprawności intelektualnej,
- trudnościami w koncentracji i zapamiętywaniu,
- niechęcią do nauki,
- pogorszeniem ocen,
- wagarowaniem,
- ucieczkami z domu,

- dolegliwościami somatycznymi (bóle głowy, w klatce piersiowej, duszności, dolegliwości żołądkowe),
- zniecierpliwieniem,
- nieposłuszeństwem,
- prowokowaniem bójek,
- reakcjami agresywnymi lub autoagresywnymi, np. samookaleczaniem się,
- nadużywaniem alkoholu, papierosów, narkotyków,
- przekraczaniem obowiązujących norm społecznych.

LECZENIE DEPRESJI:

Leczenie depresji powinno odbywać się pod okiem:

- lekarza psychiatry,
- psychologa lub
- psychoterapeuty.

- Najważniejsze jest **zapewnienie bezpieczeństwa choremu**, w tym zapobieżenie ewentualnej próbie samobójczej.

- Przy leczeniu depresji trzeba działać szybko i zdecydowanie.
- Leczenie może przybierać różne formy.
- Czasami wystarczy rozmowa z kimś bliskim, podzielenie się problemem, zainteresowanie i wsparcie otoczenia.

- Pomaga też, kiedy problem, który zgłasza dziecko zostaje rozwiązany, np. kiedy rezygnuje on z jakiś zajęć pozalekcyjnych, które były dla niego nadmiernym obciążeniem i których nie lubił.

- Przy głębszej depresji, zwłaszcza gdy występują zachowania autoagresywne (samookaleczenia, narkotyki, alkohol, problemy z jedzeniem lub zagrożenie samobójstwem), leczenie wymaga terapii i spotkań z psychologiem.

- W przypadkach, kiedy nastolatek zupełnie stracił motywacje do życia, a jego zły stan się przedłuża, trzeba stosować leczenie łączone, czyli leki, które zaleca psychiatra oraz psychoterapię.
  Czasem konieczna jest hospitalizacja.

- Niektóre leki, działając silniej aktywizująco (na napęd) mogą spowodować „odhamowanie” chorego przed wyrównaniem nastroju i poważne ryzyko targnięcia się chorego na własne życie.
- Zatem w wielu przypadkach depresji zalecana jest hospitalizacja, często nie dłuższa niż kilkanaście dni, która pomaga też w doborze leków i wielkości dawki.

POMOC W RODZINIE

- Objawy depresyjne u dziecka powinny być okazją do refleksji nad sytuacją dziecka w domu i poza nim.
- Traktując rodzinę jak system wzajemnie działających na siebie członków warto bez poczucia winy spojrzeć na siebie i relacje z dzieckiem.
- Nigdy nie jest tak, by trudności jednego domownika nie wynikały w pewnym stopniu z relacji panujących w domu i odwrotnie – kształt rodziny zależy od tego jacy są i jak zachowują się członkowie rodziny/domownicy.

POMOC W SZKOLE

- Szkoła jest często miejscem, w którym ujawniają się zaburzenia nastroju dziecka.
- Ważne by próbować diagnozować trudności biorąc pod uwagę całość funkcjonowania dziecka.
- Skupianie się wyłącznie na jednym objawie, na przykład na wagarowaniu dziecka, bądź na zaburzeniach zachowania zamiast pomóc, pogłębia trudności dziecka.
- Należy zainteresować się dzieckiem bez nadmiernego wypytywania, pokazując gotowość do rozmowy w dogodnym dla dziecka momencie.

- Nie każda zmiana zachowania, pogorszenie nastroju czy ataki złości muszą świadczyć o depresji, w sytuacji wątpliwości warto porozmawiać na ten temat ze specjalistą.

- Diagnoza depresji wymaga kompleksowych oddziaływań uwzględniających kłopoty dziecka na polu rodzinnym, w relacjach społecznych i trudnościach emocjonalnych.

- W zależności od głębokości zaburzeń leczenie polega na farmakoterapii (przy głębokiej depresji z hospitalizacją włącznie), psychoterapii indywidualnej, grupowej i/lub rodzinnej oraz psychoedukacji.

PSYCHOTERAPIA INDYWIDUALNA

- Pomocna dla nastolatków, gdy z jakiś powodów nie można zgłosić się na terapię rodzinną.
- Polega na spotkaniach z psychoterapeutą, na których nastolatek może zastanowić się nad swoją sytuacją i poszukać dróg wyjścia.
- Psychoterapia pomaga zrozumieć nastolatkowi jego wewnętrzny świat i to, co jest źródłem cierpienia.
- Daje też doświadczenie dobrej i rozumiejącej relacji, poczucie bycia wysłuchanym oraz tego, że to co czuje jest ważne i akceptowane.

PSYCHOTERAPIA GRUPOWA

- Polega na spotkaniu w grupie osób, w tym przypadku nastolatków.
- Grupa prowadzona jest przez jednego albo dwóch psychoterapeutów.
- Terapia grupowa ma tę przewagę nad indywidualną, że pozwala nastolatkowi nawiązać kontakt z ludźmi w podobnym wieku, podzielić się swoimi problemami i uzyskać wsparcie od innych nastolatków.

- To także okazja do trenowania umiejętności społecznych i uzyskania pozytywnych informacji zwrotnych od grupy.
- Dobrze prowadzona grupa powinna wzmocnić poczucie własnej wartości, zapobiegać odrzuceniu, wprowadzić zdrowe normy zachowania.

TERAPIA RODZINNA

- Uczestniczy w niej cała rodzina.
- Pozwala zrozumieć zachowanie dziecka w kontekście tego, co dzieje się w całej rodzinie.
- Psychoterapia rodzinna jest bardzo skuteczna w problemach z zachowaniem u dzieci i młodzieży.
- Pozwala uniknąć stygmatyzacji nastolatka jako tego, który jest źródłem problemów oraz przyjrzeć się temu, jak rodzina się komunikuje, jakie są potrzeby poszczególnych jej członków oraz jaka jest funkcja nastolatka w rodzinie.
- Często kiedy cała rodzina zaczyna się lepiej ze sobą komunikować, potrzeby emocjonalne wszystkich są lepiej zaspokajane, nastolatek zdrowieje.

PROFILAKTYKA - JAK ZAPOBIEGAĆ ROZWOJOWI DEPRESJI U DZIECKA?

- pozwalać na zabawę, beztroskę, bez nadmiernego obciążania zajęciami,
- spędzać wspólnie z nim czas (np. wspólne gry, zabawy, spacery),
- interesować się nim, jego radościami, trudnościami, przeżyciami, smutkami,
- okazywać troskę i miłość,
- okazywać czułość, często przytulać,
- podkreślać dziecku, iż jest dla nas ważne (nie tylko poprzez kupowanie zabawek i inne nagrody) i wartościowe
- doceniać postępy szkolne, chwalić, nagradzać,
- dużo słuchać i rozmawiać z dzieckiem.

WSKAZÓWKI - JAK BYĆ OPIEKUNEM WSPIERAJĄCYM I MIEĆ DOBRY KONTAKT Z DZIECKIEM?

- Przede wszystkim należy uważnie słuchać dziecka.
- Nie oceniać i nie negować jego myśli lub uczuć, nie rozkazywać: 'Weź się wreszcie do roboty'.
- Nie zadawać pytań, gdy nie interesuje nas odpowiedź.
- Przede wszystkim od pierwszych chwil życia musimy szanować godność dziecka. Nie możemy obrażać go, ośmieszać i podważać wiarygodności jego słów. Życie we współczesnym świecie jest wystarczająco trudne, warto się postarać, aby nasz „dom” był miejscem bezpiecznym, ciepłym i przyjaznym dla „naszych” dzieci.

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ ☺