

Zachowania samobójcze – jak mądrze reagować?

Przerażają nas. Sprawiają, że czujemy bezradność. Nie chcemy o nich słyszeć. Boimy się o nich rozmawiać. Wolelibyśmy ich nie dostrzegać. Zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży. Co warto wiedzieć, aby właściwie na nie zareagować i móc wesprzeć młodą osobę, która ich doświadcza?

Od wielu już lat Światowa Organizacja Zdrowia uznaje samobójstwo za jedną z trzech pierwszych przyczyn śmierci młodych osób. W Polsce w grupie dzieci i młodzieży (od 0 do 19 r. ż.) współczynnik śmierci samobójczych wynosi 2,5 na 100 tysięcy. Oznacza to, że każdego roku w ten sposób umiera od ponad 200 do ponad 300 młodych osób.¹ Ale śmierć samobójcza – choć najbardziej dramatyczna – jest jednak zaledwie wierzchołkiem góry lodowej. Problem o znacznie większej skali to próby samobójcze, których wśród dzieci i nastolatków jest od 20 do nawet 200 razy więcej niż samobójstw.² Zachowania samobójcze są zatem zjawiskiem bardziej powszechnym niż może nam się czasami wydawać.

Co to takiego?

Zachowania samobójcze to proces, który obejmuje w sobie kilka elementów: myśli, plany i próby samobójcze oraz samobójstwo dokonane. Na początku pojawiają się myśli. Są one obecne z różnym nasileniem i częstotliwością. Czasami są przelotne, krótkotrwałe, pojawiają się od czasu do czasu. Innym razem mają charakter natrętny, a ich obecność wielokrotnie każdego dnia sprawia, że nie można skupić się na niczym innym. Mogą mieć one formę bardziej pasywną (wtedy są wyobrażeniem znalezienia się w sytuacji zagrożenia życia, np. zdiagnozowanie nieuleczalnej choroby, bycie ofiarą wypadku) lub aktywną (wówczas pojawiają się w nich rozważania dotyczące odebrania sobie życia). Myślom samobójczym może towarzyszyć pragnienie śmierci jako takiej, ale nie jest to warunek konieczny. Częściej dominującą potrzebą jest przerwanie cierpienia, bycie nieobecnym lub chęć dokonania zmiany w swoim otoczeniu i życiu.

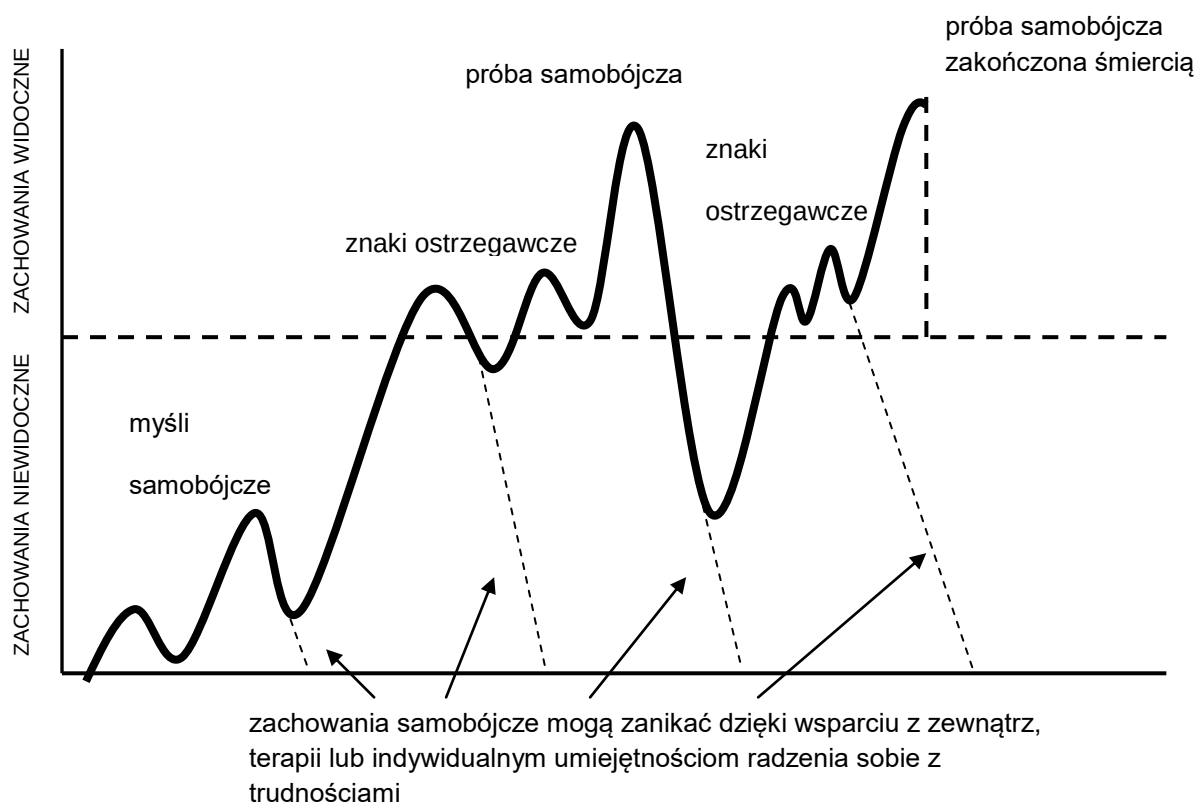
Rezultatem myśli może być kolejny element zachowań samobójczych – plan. Badania pokazują, że dzieje się tak u ok. 34% osób z myślami. Tworzenie planu to zastanawianie się, jak odebrać sobie życie, szukanie informacji na ten temat, wybieranie metody, przygotowywanie środków, określanie miejsca i daty. Z etapu planowania do próby samobójczej – konkretnych działań związanych z celowym wyrządzeniem sobie krzywdy – przechodzi aż 72% osób. Oznacza to, że obecność planu będziemy traktować jako bardzo ważny wyznacznik postępowania. Jeśli finałem próby jest śmierć, mamy do czynienia z samobójstwem dokonanym. Szczególnie u dzieci i młodzieży proces zachowań samobójczych może przebiegać w sposób impulsywny – próby samobójcze pojawiają się w związku z myślami, ale bez etapu planowania. Dotyczy to ok. 26% przypadków.³

¹ Gmitrowicz, A., Makara-Studzińska, M., Młodożeniec, A. (2015). Ryzyko samobójstwa u młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

² Miller, A., L., Rathus, J., H., Linehan, M., M. (2011). Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

³ Kessler R., C., Borges, G., Walters, E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 56 (7), 617-626.

Zachowania samobójcze to zjawisko, które trwać może na przestrzeni dni, tygodni lub lat. Dużą trudność polega na tym, że przez większą część czasu może być niedostrzegalne. Kiedy pojawią się zachowania widoczne dla otoczenia, które można potraktować jako sygnały ostrzegawcze, często mogą być one na tyle niespecyficzne, że łatwo je przeoczyć lub znaleźć dla nich inne wytłumaczenie niż obecność procesu zachowań samobójczych.



Przebieg procesu zachowań samobójczych na podstawie: Wasserman, D. (2001). Suicide an unnecessary death, London: Martin Dunitz.

Czynniki ryzyka

Proces zachowań samobójczych może przebiegać z różną dynamiką, uzależnioną od czynników ryzyka i czynników protekcyjnych. W takim rozumieniu samobójstwo i próba samobójcza są wypadkową wielu interakcji i pojawiają się wtedy, kiedy wpływ czynników chroniących nie jest w stanie zrównoważyć działania czynników ryzyka. Towarzyszy temu stan emocjonalnego cierpienia, bólu psychicznego, przeciążenia, a zachowania samobójcze dają możliwość ucieczki od tego, co trudne, niechciane i nie do wytrzymania. Zachowania samobójcze są więc reakcją – poszukiwaniem rozwiązania w stanie zawężonej percepcji i deficytów radzenia sobie, które sprawiają, że trudno jest dostrzec bardziej konstruktywne możliwości wpływu na swoje samopoczucie i sytuację.

W odniesieniu do dzieci i młodzieży można wyróżnić czynniki długo- i krótkoterminowe.

Czynniki długoterminowe	Czynniki krótkoterminowe
Wcześniejsze zachowania samobójcze, szczególnie próby samobójcze, samouszkodzenia	Silnie stresujące wydarzenia życiowe, m.in. rozstania, zawody miłosne, śmierć bliskiej osoby, konflikt z rodzicami,

Zaburzenia psychiczne i zachowania samobójcze w rodzinie	nauczycielami, bliskimi, porażka, poniżenie, utrata lub ograniczenie niezależności
Doświadczenie dyskryminacji, przemocy (fizycznej, psychicznej, seksualnej) w przeszłości	
Zaburzenia psychiczne • Depresja i lęki • Szkodliwe używanie i uzależnienia od substancji psychoaktywnych • Zaburzenia zachowania, zachowania impulsywne, agresywne, antyspołeczne • Zaburzenia osobowości z pogranicza, osobowość dyssocjalna	Doświadczenie dyskryminacji, przemocy (fizycznej, psychicznej, seksualnej)
	Intoksykacja (bycie pod wpływem alkoholu, narkotyków, leków lub innych substancji zmieniających świadomość)
Inne współwystępujące choroby somatyczne	Problemy w szkole, trudności z nauką, nieobecności, porażki podczas sprawdzianów i egzaminów
Problemy w środowisku rodzinnym	Gorsze funkcjonowanie z powodu chorób somatycznych, psychicznych i urazów
Płeć męska	Samobójstwo bliskiej osoby, w środowisku szkolnym, społecznym, ekspozycja na zachowania samobójcze innych ważnych osób (rówieśników, idola)
Orientacja homoseksualna	
Przynależność do mniejszościowej grupy, np. etnicznej, religijnej	Dostęp do metod popełnienia samobójstwa
Niższy status społeczno-ekonomiczny	

Tabela na podstawie: Miller, A., L., Rathus, J., H., Linehan, M., M. (2011). Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Czynniki długoterminowe to podłoże dla rozwijania się procesu zachowań samobójczych. Zakłada się, że żaden pojedynczy czynnik z tej grupy nie jest ani konieczny, ani wystarczający, aby dana osoba zaczęła doświadczać myśli samobójczych i/lub podjęła próbę. Czynniki długoterminowe określają przynależność do grupy ryzyka. Ich obecność nie oznacza, że dana osoba popełni samobójstwo. Świadczy raczej o pewnej podatności na różnego rodzaju trudności ze zdrowiem psychicznym.

Każdy długoterminowy czynnik ryzyka ma trochę inną moc predykcyjną. Za najsilniejsze cztery czynniki, które odnoszą się do grupy młodych osób, uznaje się: wcześniejsze próby samobójcze, objawy depresyjne i lękowe, zaburzenia zachowania i te związane z impulsywnością oraz szkodliwe używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych.

Wcześniejsze próby samobójcze	Objawy depresyjne	Zaburzenia zachowania i te związane z impulsywnością	Szkodliwe używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych
Od 6 do nawet 27,5% nastolatków	U 49-64% nastolatków po	45% nastolatków z diagnozą	Używanie i nadużywanie środków

podejmuje kolejną próbę odebrania sobie życia. Najwyższe ryzyko występuje w ciągu roku po próbie samobójczej, ale także obejmuje 5 najbliższych lat..	próbach samobójczych stwierdza się zaburzenia depresyjne i lękowe. Objawy obniżonego nastroju są obecne nawet u 90% osób podejmujących próby. Mogą być one wywołana przez środki psychoaktywne, być reakcją na trudne wydarzenia lub przewlekły stres, albo świadczyć o „prawdziwej” depresji, czyli chorobie afektywnej.	zaburzeń opozycyjno-buntowniczych i poważnych zaburzeń zachowania podejmuje próby samobójcze.	psychoaktywnych trzykrotnie zwiększa ryzyko podejmowania prób samobójczych przez nastolatków. Dzieje się tak dlatego, ponieważ alkohol, narkotyki, leki, dopalacze osłabiają kontrolę impulsów.
--	--	--	--

Czynniki krótkoterminowe są ściślej powiązane w czasie z nasileniem się myśli samobójczych, pojawieniem się planów i podejmowaniem prób. Są bodźcem spustowym, ostatnią kroplą, która przepełnia czarę goryczy. Dopiero współwystępowanie obu grup czynników zwiększa ryzyko podjęcia próby i popełnienia samobójstwa.

Pierwsza pomoc emocjonalna

Krok 1. Nawiązanie kontaktu

- Zapytaj o problemy, sytuację życiową.
- Dowiedz się, jakich emocji doświadcza uczeń. Zachęć do mówienia o nich. Szczególną uwagę zwróć na niepokój, napięcie, lęk, agresję, rozpacz.
- Pamiętaj, że pocieszanie, odwracanie uwagi zazwyczaj działa jak blokada dla wyrażania emocji.
- Słuchaj, okazuj zrozumienie, zainteresowanie i intencję pomocy.
- Traktuj poważnie i rozmawiaj zamiast dyskutować.
- Uprawomocnij emocje.

Zaczynamy od przedstawienia bezpośredniej przyczyny, dla której podejmujemy rozmowę oraz od wyrażenia swojej troski i chęci pomocy. Możemy użyć konstruktu typowej informacji zwrotnej, np. FUKO (fakt – uczucie/ustosunkowanie – konsekwencja – oczekiwanie).

(F) Dowiedziałam się, że ostatnio kilkakrotnie powiedziałeś, że się zabijesz. (U) Zmartwiło mnie to, (K) bo myślę sobie, że za tymi słowami może stać coś bardzo poważnego, że może przeżywasz trudne chwile. (O) Proszę, porozmawiaj ze mną, co się u ciebie dzieje.

Warto pamiętać, że problemy o charakterze autoagresywnym często idą w parze, np. z atakami na siebie, byciem dla siebie niedobrym i prowokowaniem agresji otoczenia. Taka osoba może zatem być nieprzyjemna, nie chceć mówić, odrzucać pomoc. Jeśli tak się zdarzy, komunikujmy wprost swoje zainteresowanie, życzliwość, troskę.

Teraz możesz nie chcieć ze mną rozmawiać. Jeśli chcesz, możemy porozmawiać, kiedy będziesz w lepszym nastroju. Poczekam, bo martwię się o ciebie i zależy mi na tym, żeby ci pomóc. Zależy mi, abys jak najszybciej poczuł się lepiej.
--

Uprawomocnienie oznacza, że komunikujesz osobie, że jej uczucia, myśli i działania są odpowiednie i możliwe do przyjęcia w danej sytuacji, nawet wtedy, kiedy są dalekie od ideału. Dzięki uprawomocnieniu możemy zredukować pobudzenie emocjonalne i fizyczne, szybciej się uspokoić i skuteczniej zareagować.

	Unieważnianie – mówię do ucznia	Uprawomocnianie – mówię do ucznia
Słyszy słowa krytyki od bliskiej osoby	Czemu tak się przejmujesz? To przecież nic wielkiego.	Jest ci przykro, kiedy bliska osoba cię krytykuje
Niespodziewanie rzuciła go dziewczyna	To niemądre, że tak się tym denerwujesz. Zobaczysz, jeszcze spotkasz prawdziwą miłość.	Masz prawo do złości w związku z tym, jak cię potraktowała.

Krok 2. Odnalezienia systemu wsparcia

- Oceń, czy uczeń ma w sobie siły, które mogą być dla niego oparciem w pokonywaniu kryzysu, dowiedz się, co mu do tej pory pomagało.
- Pomóż odkrywać alternatywne rozwiązania kryzysu.
- Dowiedz się, kto jest ważną dla niego osobą, na czyje wsparcie może liczyć.
- Skontaktuj się z rodziną, bliskimi, aby uruchomić naturalną sieć wsparcia.
- Przypomnij o dostępnych specjalistach.
- Przekaż informacje o miejscach pomocowych.

Pytania o zasoby

Otwarte	Co Ci do tej pory pomagało w trudnościach?
W czasie przeszłym	Kto jest taką osobą, która do tej pory najbardziej Cię wspierała?
W zmienionej perspektywie	Gdzie poradziłbyś przyjacielowi poszukać pomysłu, rozwiązania, pomocy? Jak chciałbyś, aby Twój przyjaciel podszedł do tej sprawy?

Informowanie i dawanie rad – zanim cokolwiek powiesz, zdobądź zgodę

Zapytaj wprost: Mam pomysł, który może być przydatny. Czy chcesz go usłyszeć?	Zapytaj w pośredni sposób: Nie wiem, czy to będzie dla ciebie dobre, ale mogę ci powiedzieć, jak inni rozwiązywali taką sytuację. Mogę ci podsunąć jakieś rozwiązanie, ale ty zdecyduj, czy chcesz o nim posłuchać i czy ono ci odpowiada.
---	--

Krok 3. Ocena bezpieczeństwa

- Jeśli uczeń, z którym rozmawiasz, doświadcza silnych objawów problemowych, w jego wypowiedziach pojawia się poczucie bezsilności, rezygnacji lub mówi wprost,

że jest bardzo załamany, że dłużej nie da rady itp., oceń na ile jest bezpieczny dla samego siebie.

- Rozmawiaj wprost o jego zachowaniach, zwracając uwagę na to, jak próbuje sobie radzić, być może w niezdrowy sposób.
- Zapytaj również o myśli i zachowania samobójcze.

Czasami jak są trudności, może się wydawać, że to koniec, że nie da się ich rozwiązać, że nigdy się to nie skończy i wtedy pojawiają się przytłaczające emocje. Kiedy emocje zaczynają przytłaczać człowieka, próbuje on poradzić sobie z nimi za wszelką cenę. Nie zawsze w najzdrowszy sposób – to zrozumiałe, bo może on nie wiedzieć, co innego można zrobić. Bo kiedy odczuwa się ból, cierpienie trudno jest jasno myśleć i znaleźć dobre rozwiązanie.

Powiedz	Unikaj
Bez oceny i dobrych rad wysłuchaj, co uczeń robi. Wyjaśnij mechanizmy zachowań „wentylacyjnych”. Pokaż związek z przeżywanymi emocjami, sytuacjami. Podkreśl jego dobre intencje, a nie środek, jaki wybiera. Zachęć do szukania alternatywnych sposobów radzenia sobie.	Krytykowania, oceniania oraz moralizowania Stawiania ultimatum Zakazywania i karania Narzucania rozwiązań i działań Arbitralnego wskazywania negatywnych konsekwencji oraz grożenia

Jakie zagrożenie?

Ocena zagrożenia suicydalnego to jedno z trudniejszych wyzwań dla specjalistów. Jest to związane przynajmniej z kilkoma powodami. Po pierwsze, nie dysponujemy żadnymi specyficznymi narzędziami, które w zobiektywizowany i niezawodny sposób pozwoliłyby nam określić poziom niebezpieczeństwa. Najważniejszym narzędziem oceny jest rozmowa i umiejętność nawiązania kontaktu terapeutycznego. Jest więc to bardzo subiektywna miara, zależna od naszego wyczucia, doświadczenia, kompetencji, uważności. Po drugie, żadnego czynnika ryzyka nie możemy traktować jako bezpośredniej przyczyny próby samobójczej. Błędym założeniem jest tu myślenie przyczynowo-skutkowe. Po trzecie, ocena ma zawsze krótkoterminowy zasięg – dotyczy tu i teraz. Zmienne w czasie nasilenie i obecność czynników ryzyka zmienić może stopień ryzyka.

Od strony formalnej za ocenę odpowiada lekarz-psychiatra. Jednak również w zawodzie terapeuty, psychologa czy pedagoga trzeba potrafić rozpoznać zagrożenie. Kiedy należy dokonać oceny? Na to pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Na pewno wtedy, kiedy w zachowaniach dziecka lub nastolatka dostrzegamy sygnały ostrzegawcze. Ale również, kiedy w jego życiu pojawiają się czynniki krótkoterminowe – silnie stresujące wydarzenia, które pogarszają jego stan emocjonalny i psychiczny.

Sygnały ostrzegawcze
• Wypowiadanie, zapisywanie komunikatów świadczących o myślach i planach samobójczych • Zainteresowanie lub wręcz zaabsorbowanie śmiercią • Poszukiwanie informacji, w jaki sposób odebrać sobie życie • Gromadzenie leków, potrzebnych przedmiotów, narzędzi • Pożegnania, przygotowywanie listów, sporządzanie testamentu

- Domykanie spraw, rozdawanie swoich ulubionych przedmiotów, oddawanie domowych zwierzątek w dobre ręce
- Ślady po samouszkodzeniach lub próbach samobójczych
- Wypowiadanie komunikatów o beznadziejności życia, braku wyjścia, własnej bezwartościowości lub komunikatów niejednoznacznych, np. „to już niedługo nie będzie problemem”, „więcej się nie zobaczymy” itp.
- Wycofywanie się z kontaktów z rodziną i przyjaciółmi
- Utrata zainteresowań dla rzeczy i spraw, której do tej pory były ważne, przyjemne
- Duża zmienność nastroju i emocji, nagłe przejście z depresji do stanu pogody i zadowolenia
- Istotne zmiany w zachowaniu i funkcjonowaniu w domu, w szkole
- Wzrost impulsywności, nagłe impulsywne działania, akty agresji i przemocy, zachowania buntownicze, zwiększona drażliwość, podatność na irytację, trudność w kontroli emocji
- Pierwsze sięganie po środki zmieniające psychoaktywnie lub nasilenie ich używania
- Odrzucanie pomocy, poczucie, że udzielenie pomocy jest już niemożliwe
- Zachowania ucieczkowe (związane z dużym napięciem emocjonalnym), absencja w szkole
- Oskarżanie się, poczucie winy, poczucie bycia złym człowiekiem, ciężarem dla innych
- Stan świadczący o zmęczeniu i niemocy

Oto obszary, które warto uwzględnić, dokonując oceny:

1. Aktualna sytuacja życiowa – krótkoterminowe czynniki ryzyka (stresująca sytuacja psychosocjalna), powody, dla których obecnie występują zachowania samobójcze i zależności między nimi.

Widzę, że ci trudno. Masz trudny okres w życiu i rozumiem, że ciężko ci jest sobie poradzić. Proszę, powiedz mi, co się u ciebie ostatnio dzieje.

2. Istotne czynniki ryzyka długoterminowe – wcześniejsze próby samobójcze (ich liczba, odległość w czasie, konsekwencje), objawy depresyjne i lękowe, zaburzenia zachowania i te związane z impulsywnością, szkodliwe używanie i nadużywanie substancji).

- Proszę, powiedz mi, jak obecnie się czujesz. W jakim jesteś nastroju?
- Czy jest coś, co przeszkadza Ci obecnie w twoim samopoczuciu?
- Jak ostatnio śpisz?
- Czy czujesz się ostatnio zmartwiony, zdenerwowany, rozdrażniony nawet z powodu drobnych rzeczy?
- Czy zdarza się, że tracisz panowanie nad sobą i, np. mówisz, robisz wtedy rzeczy, które sprawiają przykrość innym osobom? Opowiedz o takiej sytuacji. Czy zachowujesz się tak w domu, w szkole?
- Kiedy czujesz zdenerwowanie, złość, wściekłość, o czym myślisz, co ci przychodzi do głowy? Czy myślisz o tym, żeby kogoś skrzywdzić, zranić, zemścić się na innej osobie?
- Czy próbowałeś specjalnie zadać sobie ból, skaleczyć się, zranić się?
- Niektóre osoby robią tego typu rzeczy, bo chcą się zabić albo po czymś takim

czują się lepiej. Dlaczego ty to robisz?

- Czy sięgałeś po alkohol, dopalacze, inne substancje, aby poprawić swój nastrój?

3. Obecność zachowań samobójczych, ich intensywność i czas trwania - myśli samobójcze (ich treści, nasilenie, częstotliwość pojawiania się, uporczywość), zamiar podjęcia próby, plany (stopień ich zaawansowania), wybór metody (jej dostępność, subiektywna ocena jej śmiertelności).

- Czasem ludzie, którzy czują się źle, są przygnębieni, martwią się, zaczynają myśleć o śmierci, zaczynają myśleć, że chcieliby umrzeć. Czy ty też tak masz? Co dokładnie wtedy myślisz? Co sobie wyobrażasz?
- Czy zdarzyło Ci się kiedykolwiek myśleć o śmierci, o zabiciu siebie? Co dokładnie myślałeś?
- Jak często pojawiają się myśli, że chcesz umrzeć? Ile razy w ciągu dnia, w ciągu tygodnia?
- Czy możesz je od siebie „odpędzić”? Czy masz na to swoje sposoby? Czy masz nad nimi kontrolę? Czy przychodzą Ci do głowy nawet wtedy, kiedy tego nie chcesz? Czy masz sposoby, żeby sobie z nimi poradzić?
- Jak oceniasz te myśli? Co o nich myślisz? Czy są dobre, czy złe? Dlaczego?
- Czy czujesz, że życie jest ciężarem? Czy myślisz ostatnio, że nie warto żyć i że ludziom będzie lepiej bez Ciebie? Czy pojawiło się takie pragnienie, aby zasnąć i nigdy się nie obudzić? Czy był taki czas, że chciałeś umrzeć? Czy kiedykolwiek myślałeś, że lepiej by się stało, gdyby Cię nie było? Czy chciałeś znaleźć się w sytuacji zagrożenia życia?
- Czy chciałeś się zabić, chciałeś umrzeć? Kiedy najbardziej?
- Czy planowałeś, jak można to zrobić? Czy próbowałeś się zabić?
- Czy wybrałeś już sposób, jak się zabić? Myślisz, że będzie to skuteczny sposób? Czy przygotowałeś potrzebne środki? Czy zastanawiałeś się, kiedy to zrobić?
- Jak myślisz, na ile prawdopodobne jest to, że spróbujesz się zabić?
- Dlaczego chcesz umrzeć? Co jest tego powodem?
- Jeśli obecna sytuacja się nie zmieni, jak długo jesteś w stanie wytrzymać doświadczane negatywne emocje?

4. Obecność zawężeń i zniekształceń poznawczych i emocjonalnych – negatywna ocena własnych możliwości, poczucie braku nadziei, bezradności, bezsilności, sztywność myślenia, myślenie dychotomiczne, brak wiary w szansę na pozytywną zmianę, poczucie osamotnienia, opuszczenia, niezrozumienia, izolacji, brak poczucia sensu, utrata wartości życia, powody, aby umrzeć.

5. Słabe, niekonstrukttywne sposoby radzenia sobie – zachowania agresywne, tendencja do unikania, izolowania się, redukcja napięcia poprzez środki psychoaktywne i/lub samouszkodzenia, trudności w wyznaczaniu małych, realnych celów.

6. Czynniki protekcyjne – dostępność wsparcia, tolerancja stresu i dyskomfortu, psychicznego, umiejętności konstruktywnego radzenia sobie, powody, aby żyć.

Celem oceny ryzyka tak naprawdę nie jest określenie, czy dana młoda osoba podejmie próbę samobójczą i kiedy dokładnie to zrobi. Oceniając chcemy wybrać najwłaściwszą drogę wsparcia. Chcemy określić, czy dziecko lub nastolatek stanowi dla siebie samego takie zagrożenie, że konieczna jest natychmiastowa konsultacja specjalistyczna, a nawet hospitalizacja. A może wystarczającą pomoc otrzyma w

trybie ambulatoryjnym – w domu rodzinnym, poradni, szkole, a konsultacja z lekarzem może być odroczone w czasie.

Rezultatem oceny ma być wskazanie, z jakim rodzajem ryzyka mamy do czynienia. W odniesieniu do zachowań samobójczych wyróżniamy trzy poziomy zagrożenia:

1. Ryzyko nagłe (próba samobójcza może być podjęta w ciągu najbliższych 48 godzin) – o takim ryzyku może świadczyć duże nasilenie i natrętność myśli samobójczych, obecność tendencji samobójczych (osoba chce się zabić i/lub ma opracowany plan i przygotowała środki do popełnienia samobójstwa), nasilone objawy zaburzeń psychicznych (depresji, lęków, zaburzeń psychotycznych), nasilenie pobudzenia emocjonalnego, impulsywności, osłabienie kontroli impulsów (np. poprzez przyjęte środki), znalezienie się w dramatycznej sytuacji życiowej, udaremnienie próby samobójczej.
2. Ryzyko bliskie/ krótkoterminowe (próba samobójcza może być podjęta na przestrzeni najbliższych dni, tygodni) – o takim ryzyku świadczy obecność myśli samobójczych bez tendencji i planów, mniejsze pobudzenie emocjonalne i większa kontrola impulsów, obecność objawów psychicznych i zachowań problemowych u osoby oraz w jej rodzinie, doświadczanie subiektywnie dużych problemów, które uruchamiają myślenie o śmierci i zabiciu siebie.
3. Ryzyko długoterminowe (próba samobójcza może być podjęta na przestrzeni najbliższych miesięcy, lat) – o takim ryzyku świadczy obecność kilku czynników ryzyka nawet w łagodnej formie (zaburzenia depresyjne, osobowości, uzależnienia), i bez towarzyszących myśli samobójczych.

Jakie działania?

W przypadku stwierdzenia ryzyka nagłego konieczne jest zapewnienie dziecku bezpieczeństwa. Oznacza to, że należy jak najszybciej wezwać karetkę, aby mogła przewieźć je na konsultację z psychiatrą. Warto pamiętać, że prawo (art. 21 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994) daje nam możliwość doprowadzenia do badania psychiatrycznego osoby, której zachowanie wskazuje na to, że może zagrażać własnemu życiu, również bez jej zgody i/lub bez zgody jej opiekunów prawnych. Do czasu przyjazdu pogotowia do naszych zadań należy bezwzględne przebywanie z uczniem, wyjaśnienie mu potrzeby konsultacji z lekarzem, a także kontakt z jego rodzicami. Ważnym elementem jest poinformowanie dziecka o prawdopodobnym przebiegu konsultacji psychiatrycznej. Ten zabieg ma na celu obniżyć jego lęk przed nietypową, często nieznaną sytuacją i pomóc się do niej przygotować.

Na spotkaniu z psychiatrą najprawdopodobniej lekarz będzie na początku rozmawiał z tobą, a później porozmawia sam na sam z twoimi rodzicami. Będzie pytał, co jest dla ciebie w ostatnim czasie największą trudnością, co ci przeszkadza, co cię martwi. Ważne jest, abyś opowiedział mu szczerze o swoich problemach tak, jak zrobiłeś to podczas rozmowy ze mną. Opowiedz mu, proszę, również o tym, że w ostatnim czasie często masz myśli, żeby się zabić. To ważne, abyśmy wszyscy mogli ci pomóc i sprawić, że poczujesz się lepiej.

Ryzyko bliskie/ krótkoterminowe również pociąga za sobą potrzebę konsultacji psychiatrycznej, ale tylko w przypadku aktywnych i nasilonych myśli samobójczych oraz intensywnych objawów problemowych, musi się ona odbyć jeszcze tego samego dnia. W pozostałych przypadkach – podobnie jak przy ryzyku długoterminowym – ważne będzie opracowanie z dzieckiem i jego rodzicami planu

działań w najbliższym czasie. Ma on uwzględniać pomoc psychiatryczną (w trybie ambulatoryjnym lub szpitalnym) oraz psychoterapeutyczną, np. w szkole, poradni psychologiczno-pedagogicznej, poradni zdrowia psychicznego, ośrodka interwencji kryzysowej, ośrodka terapii uzależnień itp.

Współpraca z rodzicami

Zawsze wtedy, kiedy dziecko doświadcza kryzysu samobójczego do współpracy potrzebujemy zaprosić jego opiekunów. Tę interwencję zaczynamy od otwartej rozmowy z dzieckiem. Na początku należy wyjaśnić powody konieczności spotkania z rodzicami, a potem wspólnie ustalić, komu i jakie dokładnie informacje będą przekazane. Tworząc możliwość współdecydowania, dajemy dziecku poczucie wpływu na sytuację i w ten sposób dbamy o utrzymanie dobrej z nim relacji.

To niezwykle ważne, abym o twoich problemach porozmawiał z twoimi rodzicami. Jest to potrzebne, abyśmy mogli razem, jak najszybciej ci pomóc. Powiedz mi, z kim mogę o tym porozmawiać w pierwszej kolejności – z twoją mamą czy twoim tatą? Z którym z rodziców lepiej się dogadujesz? Czy chcesz uczestniczyć w tej rozmowie? Czy chcesz powiedzieć o trudnościach sam, a może wolisz, abym zrobił to ja w twoim imieniu? Zastanówmy się wspólnie, co dokładnie im powiemy.

Ważne, aby w trakcie rozmowy z rodzicami pamiętać, że informacje o zagrożeniu suicydalnym są na ogół bardzo zagrażające dla najbliższych. Pomocne zatem jest rzeczowe przedstawienie problemu – opisanie niepokojących zachowań, pokazanie, że są one sygnałami nieradzenia sobie z emocjami i napięciem oraz potrzeby pomocy. W dalszej kolejności warto zaprosić rodziców do wspólnego poszukiwania realnych rozwiązań oraz przekazać im, gdzie i jaką pomoc znajdą dla siebie i dziecka.

Domyślam się, że nie jest państwu łatwo, kiedy mówię, że wasze dziecko ma myśli samobójcze. Mówię o tym nie po to, żeby państwa przestraszyć. Zależy mi, żebyśmy wspólnie zaczęli działać, aby wasze dziecko, jak najszybciej poczuło się lepiej. Zazwyczaj myśli o śmierci pojawiają się wtedy, kiedy człowiekowi wydaje się, że ma problemy, z którymi nie można sobie poradzić. Wasze dziecko zrobiło pierwszy krok, żeby sobie pomóc – podzieliło się swoimi trudnościami ze mną. Teraz naszym zadaniem jest zastanowić się, co jeszcze w tej sytuacji jest potrzebne, aby jak najlepiej je wesprzeć.

Rezultatem pierwszego spotkania z rodzicami ma być przede wszystkim określenie działań do podjęcia w najbliższym czasie przez każdą ze stron. Wśród zadań, za które odpowiedzialni są rodzice, znajdują się najczęściej: odbycie konsultacji psychiatrycznej, obserwacja dziecka w domu i informowanie specjalistów o niepokojących zachowaniach, regularny kontakt z terapeutą. Po naszej stronie jest zadeklarowanie regularnych spotkań z dzieckiem oraz systematyczny kontakt z rodzicami. Wszelkie ustalenia mają być spisane i dołączone dokumentacji.

Data i miejscowość

Potwierdzamy, że zostaliśmy powiadomieni o zagrożeniu podjęcia próby samobójczej przez nasze dziecko (imię i nazwisko dziecka) oraz konieczności konsultacji psychiatrycznej.

Zostały nam przekazane numery telefonów i adresy miejsc, gdzie możemy umówić

nasze dziecko na konsultację z lekarzem oraz uzyskać wsparcie terapeutyczne (dokładne adresy i numery telefonów izby przyjęć szpitala psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży, poradnia zdrowia psychicznego, poradni psychologiczno-Pedagogicznej, ośrodka interwencji kryzysowej itp.).

Wspólnie ustalamy, że następujące działania (wymienić dokładnie) zostaną zrealizowane do (konkretna data)

Podpis opiekuna prawnego

Podpis osoby pomagającej

Jeśli w zachowaniach rodziców zauważymy oznaki nieporadności życiowej, przygnębienia, depresyjności warto, abyśmy byli bardziej dyrektywni w kontakcie. Oznacza to kontraktowanie i dopilnowanie wszelkich ustaleń, np. prośba, aby rodzic kontaktował się z poradnią i ustalił termin konsultacji dziecka przy nas lub dopytanie w rozmowie telefonicznej, czy już zostało to zrobione.

Gdy rodzice nie chcą słyszeć o problemie

Czasami zdarza się, że rodzice bagatelizują trudności doświadczane przez ich dziecko, a nas postrzegają jako intruza, co niepotrzebnie wtrąca się w życie ich rodziny. W takiej sytuacji warto, abyśmy nadali właściwe znaczenie ich zachowaniom oraz zarysowali konsekwencje braku pomocy dziecku i współpracy z nami.

Powiedziałem państwu o problemach, jakie zauważyliśmy u państwa dziecka. Zaproponowałem, co możemy zrobić, aby pomóc mu w trudnościach. Konsultacja psychiatryczna jest jednym z niezbędnych elementów pomocy. Lekarz-psychiatra jest specjalistą od takich problemów, jakich doświadcza państwa dziecko. Brak zgody na konsultację psychiatryczną oznacza, że jako rodzice nie pozwalają państwu pomóc swojemu dziecku tak, jak jest to tylko możliwe. Nie pozwalają państwu, aby wasze dziecko jak najszybciej poczuło się lepiej. Brak państwa zgody oznacza brak pomocy. Brak pomocy dziecku, brak przyjęcia do wiadomości informacji o jego problemach jest formą zaniedbania, a zaniedbanie jest traktowane przez prawo jak forma przemocy. Podejrzenie przemocy w rodzinie daje możliwość poradni wystąpienia do sądu rodzinnego z wnioskiem o wgląd w sytuację rodzinną. Jeśli nie zgodzą się państwo zapewnić swojemu dziecku kontaktu z lekarzem, poradnia będzie zmuszona wystąpić do sądu rodzinnego z takim wnioskiem.

W ten sposób nie chcę państwa pouczać, ani straszyć, a jedynie pokazać, że problemy państwa dziecka są wg mnie bardzo poważne. I w tej sytuacji będę robić wszystko, co tylko mogę, aby mu pomóc.

Za każdym razem jest to bardzo trudna interwencja, ale daje ona możliwość działania pomimo braku współpracy ze strony opiekunów dziecka.

Po śmierci samobójczej

Śmierć samobójcza w bardzo silny sposób oddziałuje na bliższe i dalsze otoczenie. Pionier suicydologii w Polsce, profesor B. Hołyst, podkreśla, że każde samobójstwo silnie dotyka średnio cztery osoby z najbliższej rodziny i około 20 osób spośród kolegów, koleżanek, znajomych⁴. Samobójstwo jest niewyobrażalnie strasznym doświadczeniem dla tych, którzy muszą mierzyć się z jego konsekwencjami.

⁴ Hołyst B. (2011). Suicydologia. Warszawa: Wydawnictwo LexisNexis.

Podobnie jak każda śmierć, wywołuje szereg trudnych emocji. Wśród nich jest m.in. smutek, przygnębienie, rozpacz, lęk, złość, żal, tęsknota, osamotnienie, poczucie winy, wstyd. Dodatkowo sam przebieg zdarzenia – jego nagłość i gwałtowność, czasami bycie świadkiem samobójstwa lub znajdowanie ciała, konieczność przesłuchania przez policję, zainteresowanie mediów, poszukiwanie racjonalnych powodów, wskazywanie winnego i utrzymywanie, że można było wszystkiemu zapobiec – przyczynia się do dodatkowych komplikacji. Z tego powodu konieczne jest prowadzenia działań postwencyjnych dla bliskiego otoczenia samobójcy. Mają one za zadanie wesprzeć w radzeniu sobie z tym zdarzeniem, ułatwiają przebieg procesu żałoby, pozwalają złagodzić poczucie winy i odpowiedzialności. Zmniejszają ryzyko wystąpienia zespołu stresu pourazowego – szczególnie u osób, które były świadkiem samobójstwa, znalazły ciało zmarłego, wiedziały o jego planach lub u osób blisko związanych z samobójcą. Odgrywają również rolę w prewencji zachowań suicydalnych – zmniejszają ryzyko samobójstw naśladowczych dzięki tworzeniu warunków właściwej interpretacji tej sytuacji, możliwości odreagowania trudnych emocji oraz przerywania mechanizmu izolowania oraz budowania poczucia bezradności.

Przekazanie informacji w szkole

My, dorośli często mamy przekonanie, że dzieci powinno się chronić przed informacjami o śmierć. A kiedy mamy do czynienia z samobójstwem ich rówieśnika, ta tendencja jeszcze się nasila i prowadzi do sytuacji, kiedy próbujemy przemilczeć sprawę, zataić informacje o przyczynie śmierci, unikać słowa „samobójstwo” i wszelkich rozmów na ten temat. Tego typu wysiłki uniemożliwiają dzieciom przeżycie, zrozumienie i domknięcie tego, co się stało. Częstokroć ich wynikiem jest również pozostawienie młodych osób sam na sam z niesprawiedliwymi, nieuzasadnionymi opiniami, zagrażającymi wnioskami o całej sprawie, bez mądrego, dorosłego komentarza. Co zatem powinniśmy zrobić? Po pierwsze zakładać, że niezależnie od tego, czy do samobójstwa doszło w szkole, czy poza nią, uczniowie się o tym dowiedzą z krążących w środowisku plotek. Warto więc zabrać oficjalny głos w tej sprawie i przekazać informację o samobójczej śmierci ich rówieśnika. Najlepiej jeśli zrobią to nauczyciele lub wychowawcy w swoich klasach – należy unikać przekazywania takich wiadomości na forum całej szkoły, np. podczas apeli. Komunikat na ten temat ma być ograniczony do absolutnego minimum. Oznacza to, że nie wspominamy, ani nie opisujemy metody samobójstwa i miejsca, w którym je popełniono. Unikamy również nadmiernych uproszczeń, podkreślać, że jest to skutek interakcji wielu czynników, a nie sposób radzenia sobie z problemami osobistymi. Ważne jest również, aby starać się nie gloryfikować ucznia i jak najmniej wspominać o jego pozytywnych cechach, sympatii otoczenia, którą się cieszył lub przedstawiać go jako ofiary jakichś okoliczności. Zamiast tego należy położyć nacisk na konsekwencje jego śmierci dla pozostałych – żałobę, cierpienie i trudne emocje. Najważniejszy cel tego komunikatu to przekazanie informacji o dostępnej pomocy.

Przykład:

Uczeń naszej szkoły (imię i nazwisko) popełnił samobójstwo. Jest to dla nas wszystkich bardzo smutna i trudna sytuacja. Jeśli ktoś z was w związku z tym zdarzeniem lub z innej przyczyny chciałby porozmawiać, uzyskać pomoc, może: porozmawiać z pedagogiem i/lub psychologiem szkolnym (podać godziny dostępności tych osób w szkole), porozmawiać z pedagogiem i/lub psychologiem z poradni psychologiczno-pedagogicznej (podać godziny dostępności tych osób w

szkole, w poradni, pod numerem telefonu), spotkać się z osobą z ośrodka interwencji kryzysowej (podać adres, godziny pracy), porozmawiać z osobami dyżurującymi pod telefonami zaufania poza szkołą (podać numery telefonów i godziny dyżurów). W klasie będziecie mieli zorganizowane zajęcia z pedagogiem/ psychologiem, dzięki którym łatwiej wam będzie zrozumieć, co się stało, uporać się z trudnymi emocjami. Ważne, żebyście wiedzieli, że samobójstwu można zapobiec.

Dodatkowe działania w klasie

Samobójstwo kolegi lub koleżanki to bardzo silny, krótkoterminowy czynnik ryzyka dla zachowań samobójczych u pozostałych uczniów. Siła jego wpływu jest tym większa, im bliższe relacje były między dziećmi, im większe zależności między nimi (nie tylko te pozytywne), im mocniejsze subiektywne poczucie identyfikacji z osobą samobójcy lub jego sytuacją. To powoduje konieczność zorganizowania w jak najkrótszym czasie zajęć o charakterze autopsji psychologicznej dla grupy, która najczęściej przebywała ze zmarłym dzieckiem i najlepiej je знаła. Takie zajęcia mają niwelować ryzyko „zarażania” zachowaniami samobójczymi. Spotkanie autopsyjne powinno odbyć się w niewielkim, maksymalnie kilkunastoosobowym zespole. Czasami więc trzeba liczniejsze klasy podzielić na dwie podgrupy. Ma to dawać szansę, aby głos zabierało jak najwięcej osób. Podczas spotkania warto akceptować zarówno pozytywne, jak i negatywne komentarze o tym, co się zdarzyło, nazywać „rzeczy po imieniu”, używać jak najmniej omówień czy językowego łagodzenia samobójstwa. Poznawczym celem autopsji psychologicznej jest wytworzenie lub wzmocnienie następujących przekonań u dzieci:

- Wiem, że samobójstwo nie ma jednej, prostej przyczyny – nie jest nią na pewno pojedyncza, choćby bardzo duża trudność,
- Wiem, co mogę zrobić, kiedy mam problemy lub dostrzegam problemy u bliskiej mi osoby,
- Wiem, kogo mogę poprosić o pomoc w trudnych sytuacjach,
- Rozumiem, że brak wezwania pomocy w sytuacji trudnej jest błędem,
- To, czego doświadczam, jest nie tylko moim problemem, ale jest to również problem szkoły i innych osób z mojego otoczenia,
- Każda sytuacja ma różne rozwiązania nawet, jeśli ja ich nie dostrzegam,
- Samobójstwo nigdy nie było i nie będzie rozwiązaniem żadnego problemu.

Przykładowy plan spotkania:

1. Co się wydarzyło – aby pomóc uczniom poradzić sobie ze świadomością, że ktoś, kogo znały, zmarł śmiercią samobójczą:
 - wyjaśnij, co się stało, w sposób prosty i rzetelny (można im wytłumaczyć, że osoba zmarła z powodu choroby, która tkwiła w jej głowie, tak jak inni umierają z powodu choroby w ciele),
 - porozmawiaj z nimi o ich myślach i odczuciach związanych z tą wiadomością.
2. Czynniki ryzyka samobójstwa – dlaczego się zabił/a, jakie były przyczyny jego/jej samobójstwa, jakie czynniki zdrowotne, środowiskowe, osobowościowe, sytuacyjne mogą przyczynić się do podejmowania prób samobójczych przez ludzi.
3. Pożegnanie i domknięcie – kim była dla nas osoba samobójcy, co chcemy powiedzieć jej na pożegnanie, co chcielibyśmy jeszcze z nią ustalić i uporządkować – „puste krzesło”, list, rysunek itp.
4. Wspólne zastanowienie się na temat podobnych sytuacji w przyszłości – co może być pomocne w obliczu problemów, gdzie szukać pomocy, jak zauważyć, że ktoś

nie potrafi poradzić sobie z własnymi problemami, jak reagować, kiedy podejrzewamy, że ktoś z naszego otoczenia czuje się źle, co robić z wiedzą o myślach samobójczych, planach, próbach kolegów lub koleżanek.

5. Pytania i odpowiedzi – uczniowie mogą zadawać bardzo bezpośrednie pytania np. dotyczące moralnych aspektów samobójstwa: czy jest dobre, czy złe, właściwe, czy też nie, czy to tchórzostwo, czy odwaga. Najlepiej unikać moralizowania. Zamiast sugerować, że zmarły postąpił źle, warto uświadomić dzieciom, że nie szukał pomocy lub jej nie znalazł i dokonał czynu, którego nie da się już odwrócić. Bez względu na to, jaką przyjmiesz argumentację wyjaśniając dzieciom, na czym polega samobójstwo, uświadom im, że mogą z Tobą na ten temat rozmawiać i zadawać pytania. Dzieci muszą zrozumieć, że nie zawsze będą się czuły tak samo, jak w tej chwili, że bez względu na wszystko zawsze mogą szukać pomocy.

Gdy masz dylemat, jak postąpić:

800 100 100 – Wsparcie dla Nauczycieli i Rodziców

– bezpłatny i anonimowy telefon dla rodziców i nauczycieli, którzy potrzebują wsparcia i informacji w zakresie pomocy dzieciom i nastolatkom przeżywającym kłopoty i trudności. Czynny od poniedziałku do piątku między 11.00 a 15.00.

800 70 22 22 – Linia Wsparcia

– bezpłatny i anonimowy telefon dla osób dorosłych, które potrzebują wsparcia i informacji. Czynny codziennie (również w dni świąteczne) przez całą dobę. W wybrane dni i godziny dyżurują psychiatrzy, prawnicy, pracownicy socjalni.

116 123 – Kryzysowy Telefon Zaufania

– bezpłatny telefon dla osób dorosłych, które potrzebują wsparcia i porady psychologicznej. Dysponuje bazą teleadresową miejsc świadczących profesjonalną pomoc na terenie całego kraju. Czynny codziennie (również w soboty, niedziele i święta) między 14.00 a 22.00.

Literatura:

Gmitrowicz, A., Makara-Studzińska, M., Młodożeniec, A. (2015). Ryzyko samobójstwa u młodzieży. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Jobes, D., A. (2019). Terapia pacjenta z ryzykiem samobójczym. Metoda oparta na współpracy. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Miller, A., L., Rathus, J., H., Linehan, M., M. (2011). Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.