

Światowa Organizacja Zdrowia
Polskie Towarzystwo Suicydologiczne

ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM
PORADNIK DLA NAUCZYCIELI
I INNYCH PRACOWNIKÓW SZKOŁY

GENEWA-WARSZAWA
2003

- 1 -

Tytuł oryginału angielskiego:
*PREVENTING SUICIDE A RESOURCE FOR TEACHERS
AND OTHER SCHOOL STAFF*

Mental and Behavioural Disorders
Department of Mental Health
World Health Organization
Geneva 2000

Przekład z języka angielskiego:
Dr Barbara Mroziak

© Copyright: *Polskie Towarzystwo Suicydologiczne*

e-mail: brodniak@ipin.edu.pl
<http://www.ipin.edu.pl/towsuicyd>

Ten dokument jest jednym z serii poradników adresowanych do określonych grup zawodowych i społecznych, szczególnie ważnych dla zapobiegania samobójstwom.

Poradnik przygotowano w ramach realizowanego na całym świecie z inicjatywy WHO programu SUPRE, którego celem jest zapobieganie samobójstwom.

Słowa kluczowe: samobójstwo / zapobieganie / poradnik/ szkoła / nauczyciele

ISBN 83-918777-4-4

Wydano za zgodą Światowej Organizacji Zdrowia:
TR/02/114-118 z dnia 3 lipca 2002 r.

ZAKŁAD WYDAWNICZO PRODUKCYJNY *FOLIA* WARSZAWA

Spis treści

| | |
|--|----|
| Wstęp | 5 |
| Wstęp do wydania polskiego..... | 7 |
| Cel wydawnictwa | 13 |
| Niedoceniany problem | 14 |
| Czynniki ochronne | 15 |
| Czynniki ryzyka i sytuacje ryzykowne | 16 |
| Jak rozpoznać uczniów w złym stanie emocjonalnym, którym może zagrażać samobójstwo..... | 23 |
| Jak prowadzić w szkole uczniów o skłonnościach samobójczych | 25 |
| Podsumowanie zaleceń | 32 |
| Wykaz literatury..... | 34 |

Wstęp

Samobójstwo jest złożonym zjawiskiem, które od stuleci przy- ciągało uwagę filozofów, teologów, lekarzy, socjologów i artystów. Francuski filozof, Albert Camus, w swoim *Micie Szyzyfa* uznał je za jedyny poważny problem filozoficzny.

Samobójstwami — jako poważnym problemem w dziedzinie zdrowia publicznego, trzeba się zająć, lecz zapobieganie im nie jest, niestety, łatwym zadaniem. Najnowsze badania wskazują, że zapobieganie samobójstwom jest wprawdzie możliwe, lecz wymaga całej serii działań, począwszy od zapewnienia jak najlepszych warunków wychowywania dzieci i młodzieży, poprzez skuteczne leczenie zaburzeń psychicznych, a skończywszy na kontrolowaniu czynników ryzyka w środowisku. Sukces programów zapobiegania samobójstwu zależy przede wszystkim od odpowiedniej popularyzacji informacji na ten temat oraz od pogłębienia świadomości.

W 1999 r. WHO rozpoczęło na całym świecie program zapo- bieganego samobójstwom — SUPRE. Ta broszura należy do serii poradników przygotowanych w ramach SUPRE i adresowanych do określonych grup społecznych, szczególnie ważnych dla zapobiegania samobójstwom. Jest ogniwem długiego i zróżnicowanego łańcucha, na który składa się wiele różnych osób i grup, m.in. pracownicy służby zdrowia, nauczyciele i pedagodzy, organizacje społeczne, rządy, legislatorzy, osoby zajmujące się zawodowo środkami przekazu i egzekwowaniem prawa, a także rodziny i społeczności.

Jesteśmy szczególnie wdzięczni profesorowi Diego de Leo z Griffith University w Brisbane, Queensland, w Australii, autorowi wcześniejszej wersji tej broszury. Jej tekst był następnie recenzowany przez następujące osoby z należącej do WHO Międzynarodowej Sieci Zapobiegania Samobójstwom, którym składamy podziękowanie:

Dr Sergio Pérez Barrero, *Hospital de Bayamo, Granma, Kuba,*

Dr Annette Beautrais, *Christchurch School of Medicine, Christchurch, Nowa Zelandia,*

Dr Ahmed Okasha, *Ain Shams University, Kair, Egipt,*

Profesor Lourens Schlebusch, *University of Natal, Durban, Afryka Południowa,*

Profesor Jean-Pierre Soubrier, *Groupe Hospitalitier Cochin, Paryż, Francja,*

Dr Airi Värnik, *Tartu University, Tallin, Estonia,*

Profesor Danuta Wasserman, *National Centre for Suicide Research and Control, Sztokholm, Szwecja,*

Dr Shutao Zhai, *Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, Chiny.*

Wyrazy wdzięczności składamy także dr Lakshmi Vijayakumar, *SNEHA, Chennai, Indie,* za pomoc w redakcji technicznej wcześniejszych wersji poradników.

Poradniki te są obecnie szeroko rozpowszechniane z nadzieją, że będą tłumaczone i adaptowane do warunków miejscowych — co jest niezbędne dla ich skuteczności. Chętnie udzielimy zgody na ich tłumaczenie i adaptację oraz oczekujemy na komentarze.

Dr J. M. Bertolote
Koordynator

*Zaburzenia Psychiczne
i Zaburzenia Zachowania
Departament Zdrowia Psychicznego*

Światowa Organizacja Zdrowia — WHO

WSTĘP DO WYDANIA POLSKIEGO

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), jak wspomniano we wstępie do tego przewodnika, od 1999 roku rozpoczęła na całym świecie program zapobiegania samobójstwom pod nazwą SUPRE. Prezentowana broszura jest już kolejną z serii poradników przygotowanych dla różnych grup zawodowych czy społecznych. Ten poradnik przeznaczony jest szczególnie dla nauczycieli, wychowawców, pedagogów, pracowników oświaty i organizacji społecznych. Jest zatem przeznaczony dla szerokiego kręgu osób odpowiedzialnych za zdrowie, wychowanie i bezpieczeństwo dzieci oraz młodzieży w sytuacji tak licznych zagrożeń ekologicznych i społecznych. Jednym z ewidentnych skutków tych zagrożeń jest nasilające się zjawisko samobójstw.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) już przed wielu laty podawała, że codziennie na kuli ziemskiej ponad 1500 osób ginie w wyniku samobójstw. Natomiast liczba prób samobójczych była około piętnaście razy wyższa. W wielu krajach w ostatnich latach odnotowuje się wzrost liczby samobójstw wśród kobiet, dorastającej młodzieży i wśród dzieci. Polska należy również do tych krajów,

W 1989 roku najwyższe wskaźniki samobójstw odnotowywano: na Węgrzech (92 na 100 tysięcy), w Austrii (58), w Danii (56), w Finlandii (54), Francji (46), Japonii (43), RFN (39), Czechosłowacji (38), Szwecji (36), w Bułgarii (33). Natomiast najniższe współczynniki zanotowano w Kuwejcie (2), Grecji (8), Portugalii (19), Urugwaju (19), Holandii (23) i w Australii (23). Polska w rejestrze zanotowała 26 samobójstw na 100 tysięcy mieszkańców. Zajmowała więc środkowe miejsce pomiędzy wymienionymi państwami (*WHS Death and Suicide Rate 1990*, WHO). Niepełne dane statystyczne Światowej Organizacji Zdrowia z 1995 roku wykazują, że wskaźniki samobójstw w wielu krajach wzrastają, a w niektórych przybierają niepokojące rozmiary epidemii. Dotyczą one w szczególności takich krajów, jak: Rosja (52 na 100 tysięcy mieszkańców), Ukraina, Litwa (47), Łotwa (40), Estonia (40). W Polsce w 1995 samobójstwa w wieku 10–19 lat wynosiły 343, w tym w wieku 10–15 lat — 63 samobójstwa (Rocznik Statystyczny GUS 1996). W 2000 roku zanotowano w Polsce 4947 samobójstw, w tym 407 w wieku 14–20 lat. Natomiast w 2001 roku zarejestrowano 4971 samobójstw, w tym 404 w wieku 14–20 lat. W 1995 roku odnotowano w Polsce 63 samobójstwa w wieku 10–14 lat, a więc dzieci ze szkół podstawowych.

Samobójstwa w świecie i w Polsce stały się przedmiotem licznych konferencji naukowych, sympozjów i kongresów międzynarodowych. Założono międzynarodowe i krajowe Towarzystwa Suicydologiczne, w tym także w Polsce — w 2002 roku, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne z siedzibą w Warszawie. W kontekście ożywionej działalności stale aktualne są pytania: dlaczego samobójstwo? Dlaczego samobójstwa wśród dzieci i młodzieży? Jakie motywy kryją się za liczbami i podejmowanymi decyzjami o samobójstwie? Niektóre wyniki z dotychczasowych badań wskazują na niezaspokojoną potrzebę miłości, poczucie zagrożenia, brak poczucia bezpieczeństwa, dzieci nie kochane, doznające przemocy. Samobójstwo nie jest wynikiem nagłej, jednorazowej decyzji, lecz jest skutkiem długotrwałego procesu narastających konfliktów, urazów które ostatecznie prowadzą do autodestrukcji. Według K. Dąbrowskiego w powstawaniu tendencji samobójczych dominującą rolę odgrywa poczucie niższości związane z dużą nadwrażliwością i indywidualnością jednostki. Oprócz uwarunkowań psychologicznych czy biologicznych w literaturze profesjonalnej odnotowano również czynniki kulturowe, a także religijne wpływające na częstotliwość samobójstw. O zwiększonej skłonności np. Madziarów do samobójstwa świadczy fakt, że także Węgrzy mieszkający poza granicami swego kraju częściej odbierają sobie życie niż przedstawiciele innych nacji, niż ich sąsiedzi Serbowie, Słoweńcy, Chorwaci. Inna jest kultura i historia Węgrów. Samobójstwo dla Węgrów nie jest rzeczą wstydliwą, ani tematem tabu. Wręcz przeciwnie, odebranie sobie życia traktowane było jako honorowe i bohaterskie rozwiązywanie trudnych problemów. Węgrzy przeżywali wiele tragedii narodowych, osobistych. Od wieków żyli w niewoli tureckiej, habsburskiej, nazistowskiej, komunistycznej. Mieli jakiegoś dziwnego pecha brania udziału w wojnach zawsze po tej stronie, która te wojny przegrywała, ponosili wiele klęsk narodowych, co prowadziło ich do frustracji i depresji, a także do samobójstwa. Nawet w wierzeniach ludowych samobójstwo nie jest napiętnowane.

Zgodnie ze starowęgierską tradycją duch samobójcy po śmierci nie trafia do piekła, lecz do czyśćca, gdzie przebywa do czasu, gdy zastąpi go dusza kolejnego samobójcy. Suicydalne zachowania są rezultatem wielu determinant biologicznych, psychologicznych i społecznych, a także religijnych. Zawsze nadal zasadne pozostaje pytanie:

jakie motywy i jakie energie w człowieku lub ich brak decydują o tym, że jeden człowiek popełnia samobójstwo, a drugi nie.¹

W badaniach prowadzonych przez mnie nad samobójstwami w Krakowie (105 osób) wynikało, że większość badanych to ludzie młodzi poniżej 20 roku życia (53%) z wykształceniem zawodowym i średnim. Studenci stanowili 40%. Zdecydowana większość była stanu wolnego (82%). Z determinant biologicznych odnotowano u 70% badanych niektóre choroby i zaburzenia nerwowe, psychiczne, niedorozwój, epilepsję, oraz nałogowy alkoholizm w rodzinie (55%) a także wyraźne tendencje i próby samobójcze w rodzinie (35%). Oni sami w sytuacjach stresowych reagowali samookaleczeniem (22%) i wielokrotnymi próbami samobójczymi. U wielu odratowanych samobójców stwierdzono alkoholizm z piciem denaturatu włącznie, palenie papierosów oraz nadużywanie środków farmaceutycznych. Z determinant psychologicznych i społecznych należy wymienić patologiczną strukturę i funkcje rodziny — rodziny rozbite (29%), zagrożone rozbitiem (15%), rodzina zastępcza (15%). Konflikty w rodzinie i niepowodzenia w szkole, awantury nierzadko z pobiciem badanego w wielu wypadkach były motywem skłaniającym do samobójstwa. Najczęściej występującymi motywami samobójstwa w badanej grupie były: niezaspokojona potrzeba miłości i przynależności (40%), niezaspokojona potrzeba bezpieczeństwa i poczucie zagrożenia (26%), niezaspokojona potrzeba szacunku (16%), niezaspokojona potrzeba samourzeczywistnienia (9%), niezaspokojone potrzeby biologiczne (8%). Stan emocjonalny badanej młodzieży sprzed i w czasie próby samobójczej wskazywał na różne formy i przejawy niedostosowania: silne podniecenie, zdenerwowanie, stan rozżalenia, poczucie doznanej krzywdy, zniechęcenie, stan depresji, poczucie bezsensu życia, silne stany agresji i autoagresji. Dominującą postawą samobójcy była „tunelowa wizja” swojej sytuacji, z której jest tylko jedno — jedyne wyjście — śmierć. O takiej postawie wspominają także inni autorzy badań nad samobójstwami². Niektórzy autorzy wspominają jeszcze o specyficznej, zawężonej logice samobójcy, która skoncentrowana jest na kompulsywnym, ograniczonym myśleniu wokół samobójstwa i sposobów jego realizacji. W czasie zamachu samobójczego prawie wszyscy uważali, że sa-

¹ B. Hołyst: *Przywrócenie życia*, PWN, Warszawa 1991.

² E. N. Farberow, E. S. Shneideman: *The cry for help*, McGraw Hill, N. Y. 1961.

mobójstwo jest jedynym. Chociaż może nie najlepszym wyjściem z trudnej sytuacji. O dynamice tendencji samobójczych świadczyły takie fakty jak wcześniejsze ujawnianie zamiaru samobójstwa (23%), najczęściej nie dostrzegane lub zlekceważone przez otoczenie. Może to mieć duże znaczenie dla profilaktyki i psychoterapii suicydentów. Innym ważnym wyznacznikiem może być częstotliwość prób samobójczych, noszenie się z zamiarem pozbawienia życia innych osób (3%), przygotowywanie się do śmierci lub pogrzebu (10%), nie przeciwstawianie się tendencjom samobójczym (77%). U niewielkiej tylko liczby badanych (23%) można było zauważyć próbę opanowania i przeciwstawienia się samobójstwu. Pozostawione listy samobójców oraz ich wypowiedzi dotyczące samobójstwa świadczą o zmaganiach się z trudnościami i rzucają światło na stan psychiczny i motywy samobójstwa.³

Inne badania wykazały, że młodzież z tendencjami samobójczymi charakteryzowała się podwyższonym niepokojem i poczuciem zagrożenia (53%). Największe poczucie zagrożenia związane było z obawami o przyszłość, groźba wojny, napaść, nienawiść między ludźmi — natomiast motywami samobójstwa były najczęściej śmierć bliskiej osoby (44%), nieszczęśliwa miłość (43%), niepowodzenia szkolne (43%) i konflikty z rodzicami (37%).⁴

W latach 90-tych największą, bo dwudziestoprocentową grupę samobójców stanowili bezrobotni. Co piąty samobójca w Polsce jest bezrobotny. Często są oni rozwiedzeni lub owdowiali, lub z licznych rodzin zwolnieni z pracy, ale są wśród nich także ludzie młodzi bez perspektyw i szans na uzyskanie pracy i stabilizację w życiu. Ten stan tworzy sytuację wyjątkowo stresogenną.⁵

Chroniczna sytuacja kryzysowa lub konfliktowa może prowadzić do myśli samobójczych, a te z kolei mogą stymulować tendencje samobójcze przeradzające się ostatecznie w decyzje i czyn samobójczy. Ważnym momentem na różnych etapach tendencji samobójczych jest to, że rozwijające się tendencje samobójcze mogą być na każdym etapie zablokowane jeśli w danym momencie osoba uzyska odpowiednią pomoc. Szczególnie takiej pomocy mogą udzielić

³ Cz. Cekiera: *Etiologia i motywacja usiłowanych samobójstw (studium psychologiczne)* ATK, Warszawa 1975.

⁴ A. Bieleć: *Poczucie zagrożenia a tendencje samobójcze u młodzieży*, pr. dypl., KUL, Lublin 1997.

⁵ M. Jarosz: *Samobójstwo*, Warszawa 2000.

rodzice, nauczyciele, bliscy, przyjaciele, wychowawcy, którzy potrafią we właściwym czasie odczytać znaki i sygnały tendencji samobójczych. Należy pilnie obserwować przyczyny zagrożeń i tendencji samobójczych. W niniejszym podręczniku osoby zainteresowane znajdą wiele cennych wskazówek diagnostyczno-prognostycznych i o tym jak pomagać młodzieży zagrożonej tendencjami samobójczymi.

Samobójstwa stały się przedmiotem badań i analiz wielu dziedzin nauki, między innymi teologii, etyki, filozofii, socjologii, medycyny, psychologii, pedagogiki oraz innych. Każda z tych dziedzin ujmuje odrębne aspekty zachowań suicydologicznych. Wielu badaczy poszukuje przyczyn i motywów targnięcia się na własne życie. Wręcz tragiczne są samobójstwa młodzieży i dzieci. Dotychczasowe ich przyczyny można sprowadzić do kilku kategorii. Najczęściej wymieniane są zaburzenia układów środowiskowych: dom, rodzina, szkoła, brak poczucia, że się jest kochanym, poczucie osamotnienia, afiliacji, brak odporności na stresy.

Poradnik dla nauczycieli adresowany jest nie tylko wyłącznie do nich, lecz do szerokich kręgów wychowawców, rodziców, pedagogów, psychologów i lekarzy szkolnych oraz wszystkich, którzy pragną nieść pomoc młodzieży i dzieciom zagrożonym ryzykiem samobójstwa. W poradniku słusznie zwrócono uwagę na niedoceniony, a nawet wręcz lekceważony problem zachowań suicydalnych młodzieży. Statystyki w tej dziedzinie są niepełne i dalekie od rzeczywistości. W dużym skrócie i zaledwie tylko wypunktowane zostały w podręczniku czynniki ochronne i determinanty ryzyka zachowań samobójczych. Każdy z wymienionych punktów może stanowić osobny dział aktywności i przedsięwzięć w niesieniu pomocy młodzieży w sytuacjach kryzysowych. Dla nauczycieli szczególnie cenne w podręczniku są uwagi i sugestie jak postępować w szkole z uczniem przejawiającym tendencje samobójcze. Kierunki profilaktyki oparte są na dotychczasowych doświadczeniach i wynikach badań. Ważna jest wczesna trafna diagnoza i wzmacnianie poczucia zdrowia fizycznego i psychicznego, poczucia własnej wartości, trening umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych, zapobieganie przemocy w rodzinie i w szkole oraz w grupach podkultur młodzieżowych. W sytuacjach bezpośredniego zagrożenia pomocą będzie zachęta do skorzystania z pomocy specjalistów.

Prezentowany podręcznik w środowisku polskim, w obecnej sytuacji wzrostu samobójstw wśród młodzieży, zasługuje nie tylko na uwagę, lecz na wprowadzenie go jako obligatoryjnego podręcznika dla nauczycieli i wychowawców. Zdecydowana promocja życia powinna być obowiązkiem każdego, kto cieszy się darem życia i drogi jest mu dar życia bliźniego, bo jak podkreślał V. Frankl⁶ życie, a także każde cierpienie ma zawsze jakiś sens. Ten, kto wie „po co?” (żyć, cierpieć) ten potrafi przetrwać każde „Jak?” tego życia. Taki człowiek nie popełnia samobójstwa. Może je dobrowolnie złożyć w ofierze za jakąś wyższą wartość, jak uczynił to Sokrates, Chrystus, czy O. M. Kolbe.

Polskiemu Towarzystwu Suicydologicznemu, którego staraniem przygotowano ten podręcznik należy się uznanie i podziękowanie, co czynię w imieniu grona pedagogicznego, również jako nauczyciel akademicki i praktyk, konsultant Katolickiej Poradni w Warszawie, do której bardzo często zwracają się osoby z tendencjami samobójczymi.

Wszystkim Szanownym Czytelnikom należy życzyć, oby ten podręcznik i zawarte w nim informacje zamienione na konkretną pomoc zagrożonym, mogły skutecznie zapobiegać samobójstwom i uchronić wielu, albo ocalić chociażby tylko jedno życie ludzkie — to wówczas cel tej publikacji będzie spełniony

Ks. prof. dr hab. Czesław M. Cekiera

Warszawa 7.04.2003.

⁶ V. Frankl: *Homo patiens*, Pax, Warszawa 1971.

CEL WYDAWNICTWA

Na całym świecie samobójstwo jest jedną z pięciu najczęstszych przyczyn zgonów w grupie wiekowej od 15 do 19 lat. W wielu krajach zajmuje pierwsze lub drugie miejsce na liście najczęstszych przyczyn śmierci dziewcząt i chłopców w tym wieku.

Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży jest zatem sprawą największej wagi. Ze względu na fakt, że w wielu krajach i regionach większość ludzi w tym wieku chodzi do szkoły, wydaje się ona doskonałym miejscem dla podjęcia odpowiednich działań zapobiegawczych.

Dokument ten skierowany jest przede wszystkim do nauczycieli pracujących w szkole oraz innego personelu szkół, czyli do psychologów i pedagogów szkolnych, lekarzy szkolnych, pielęgniarek i pracowników socjalnych, oraz członków rady szkolnej (zarządu szkoły). Podane tu informacje będą jednak również przydatne dla profesjonalistów zajmujących się zdrowiem publicznym, oraz dla innych grup zainteresowanych programami zapobiegania samobójstwom. W dokumencie krótko opisano zachowania samobójcze w okresie dorastania, przedstawiono główne czynniki ochronne i czynniki ryzyka związane z takim zachowaniem, oraz wskazano, jak rozpoznawać i prowadzić osoby zagrożone oraz jak postępować w przypadku próby samobójczej lub samobójstwa dokonanego w społeczności szkolnej.

Ogólnie rzecz biorąc, samobójstwo wśród dzieci w wieku poniżej 15 lat nie zdarza się często. Większość samobójstw dzieci przed 14 rokiem życia prawdopodobnie ma miejsce we wczesnym okresie dorastania, a samobójstwa w wieku poniżej 12 lat są jeszcze rzadsze. W niektórych krajach nastąpił jednak alarmujący wzrost liczby samobójstw dzieci w wieku poniżej 15 lat, a także w grupie wiekowej od 15 do 19 lat.

Metody samobójstwa są różne w różnych krajach. W niektórych krajach często stosowaną metodą samobójstwa jest użycie pestycydów, podczas gdy w innych częstsze bywa zatrucie lekami lub spalinami, oraz posłużenie się bronią palną. Chłopcy częściej niż dziewczęta umierają śmiercią samobójczą; jednym z powodów może być to, że w celu popełnienia samobójstwa częściej niż dziewczęta posługują się oni metodami drastycznymi, takimi, jak powieszenie, użycie broni palnej lub materiałów wybuchowych. W niektórych

krajach dziewczęta w wieku 15–19 lat popełniają samobójstwo częściej niż chłopcy w tym samym wieku, zaś w ciągu ostatnich dziesięciu lat wzrósł odsetek dziewcząt posługujących się drastycznymi metodami samobójstwa.

Tam, gdzie jest to możliwe, najlepszym podejściem do zapobiegania samobójstwom w szkole jest działanie zespołu złożonego z nauczycieli, lekarzy szkolnych, pielęgniarek szkolnych, psychologów szkolnych i szkolnych pracowników socjalnych, w ścisłej współpracy z agencjami (organizacjami) istniejącymi a społeczności lokalnej.

To, że od czasu do czasu przychodzą człowiekowi do głowy myśli samobójcze, nie jest niczym nienormalnym. Są one częścią normalnego procesu rozwojowego w dzieciństwie i w okresie dorastania, tak samo, jak zastanawianie się nad problemami egzystencjalnymi i usiłowania, by zrozumieć życie, śmierć, i sens życia. Badania kwestionariuszowe wykazują, że ponad połowa uczniów starszych klas szkoły średniej przyznaje się do myśli o samobójstwie.⁷ Młodzi ludzie potrzebują rozmów na te tematy z dorosłymi.⁸

Myśli samobójcze u dzieci i młodzieży stają się czymś nienormalnym wtedy, gdy ich urzeczywistnienie wydaje się jedyną drogą wyjścia z przeżywanego kłopotów. Wówczas istnieje poważne ryzyko próby samobójczej lub samobójstwa dokonanego.

NIEDOCENIANY PROBLEM

W niektórych przypadkach nie da się ustalić, czy zgon danej osoby⁹, który nastąpił wskutek np. wypadku samochodowego, utonięcia, upadku z wysokości czy przedawkowania nielegalnych narkotyków, był zamierzony, czy niezamierzony. Powszechnie uważa się, że statystyki zachowań samobójczych młodzieży są zaniżone, ponieważ wiele zgonów tego typu klasyfikuje się nieprawidłowo jako niezamierzone lub spowodowane przez wypadek.

⁷ P. W. McKey, R.W. Jones, R.H Barbe: *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications 1993.

⁸ M. McGoldrick, F. Walsh: *A systematic view of family history and loss*. In: Aronson Med. Group and Family Therapy, Brunner/Mazel, New York 1983.

⁹ R. E. Litman: *Psychological autopsies of young suicides*. In: Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide. Vol. 3: Prevention and Interventions in Youth Suicide. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623, US Government Printing Office, Washington DC 1989.

Badania pośmiertne (sekcja zwłok) młodych ludzi, którzy zmarli śmiercią gwałtowną wykazały, że nie stanowią oni jednorodnej grupy. Stwierdzono subtelne przejawy tendencji samobójczych i skłonności do podejmowania zachowań ryzykownych¹⁰, niektóre z tych zgonów mogły być spowodowane przez działania niezamierzone, przyczyną innych były jednak akty celowe, wynikające z bólu istnienia.

Ponadto, definicje samobójstwa usiłowanego podawane przez uczniów różnią się od definicji stosowanych przez psychiatrów. Liczba prób samobójczych ustalona na podstawie odpowiedzi w kwestionariuszach samoopisowych jest ponad dwukrotnie większa niż oszacowania oparte na danych z wywiadów psychiatrycznych. Najbardziej prawdopodobne jest wyjaśnienie, że w porównaniu z psychiatrami młodzi ludzie, którzy anonimowo odpowiedzieli na pytania kwestionariuszowe, posługiwali się szerszą definicją samobójstwa usiłowanego. Ponadto tylko 50% dorastających, którzy podali, że próbowali się zabić, po próbie samobójczej zgłaszało się do szpitala po pomoc lekarską. Liczba pacjentów leczonych w szpitalu po próbie samobójczej nie jest zatem dobrym wskaźnikiem prawdziwego rozmiaru tego problemu w społeczeństwie.

Ogólnie mówiąc, chłopcy dokonują samobójstwa częściej niż dziewczęta. Tym niemniej, wskaźnik prób samobójczych jest dwu-, trzykrotnie wyższy wśród dziewcząt. Depresja występuje u dziewcząt częściej niż u chłopców, ale również jest im łatwiej niż chłopcom rozmawiać o swoich problemach i szukać pomocy, co prawdopodobnie pomaga zapobiegać aktom samobójczym ze skutkiem śmiertelnym. Chłopcy częściej bywają bardziej agresywni i impulsywni, nierzadko działają pod wpływem alkoholu i nielegalnych środków odurzających, co prawdopodobnie przyczynia się do tego, że w ich przypadku akty samobójcze kończą się zgonem.

CZYNNIKI OCHRONNE

Do głównych czynników, które chronią przed zachowaniami samobójczymi, należą

wzorce rodzinne:

- dobre relacje z członkami rodziny,
- wsparcie ze strony rodziny;

¹⁰ P. C. Holinger, E. H. Klemen: *Violent deaths in the United States, 1900–1975*. *Social Science and Medicine* 1982, 16: 1929–1938.

styl poznawczy i osobowość:

- dobrze rozwinięte umiejętności społeczne,
- wiara w siebie, dobre mniemanie o swojej sytuacji i osiągnięciach,
- poszukiwanie pomocy, kiedy zaczynają się trudności, np. w nauce szkolnej,
- poszukiwanie porady innych, kiedy trzeba dokonać jakiegoś ważnego wyboru,
- otwartość na doświadczenia innych ludzi i ich sposoby rozwiązywania problemów,
- otwartość na nową wiedzę;

czynniki kulturowe i socjodemograficzne:

- integracja społeczna, np. poprzez uczestniczenie w zajęciach sportowych, spotkaniach organizacji kościelnych, klubów i w innych formach działalności,
- dobre relacje z kolegami w szkole,
- dobre relacje z nauczycielami i innymi dorosłymi,
- wsparcie ze strony odpowiednich osób.

CZYNNIKI RYZYKA I SYTUACJE RYZYKOWNE

Ze względu na czynniki środowiskowe i genetyczne zachowania samobójcze w określonych okolicznościach zdarzają się w niektórych rodzinach częściej niż w innych. Analiza wykazuje, że wszystkie opisane niżej czynniki i sytuacje często wiążą się z próbami samobójczymi i samobójstwami dokonanymi wśród dzieci i młodzieży. Należy jednak pamiętać, że niekoniecznie w każdym przypadku muszą występować wszystkie te czynniki.

Trzeba też pamiętać, że opisane poniżej czynniki ryzyka i sytuacje ryzykowne mogą być różne w poszczególnych krajach i na różnych kontynentach, w zależności od właściwości kulturowych, politycznych i ekonomicznych różniących nawet kraje sąsiednie.

Czynniki kulturowe i socjodemograficzne

Niski status socjoekonomiczny, niski poziom wykształcenia i bezrobocie w rodzinie są czynnikami ryzyka. Do tej grupy można zaliczyć ludzi z rodzin tubylczych oraz imigrantów, ponieważ takie osoby nie tylko często mają problemy emocjonalne i językowe, ale

także brak im sieci wsparcia społecznego. W wielu przypadkach czynniki te łączą się z psychologicznymi skutkami tortur, urazów doznanych w czasie wojny, oraz izolacji.

Te czynniki kulturowe są również związane z niewielkim udziałem w tradycyjnych obyczajach społeczeństwa, a także z konfliktem między odmiennymi wartościami grupowymi. Konflikt ten jest potężnym czynnikiem ryzyka, szczególnie w odniesieniu do dziewcząt urodzonych lub wychowywanych w nowym kraju o większej wolności, jednak silnie zakorzenionych w jeszcze silniejszej, konserwatywnej kulturze rodziców.

Rozwój każdej młodej osoby przeplata się ze zbiorową tradycją kulturową. Dzieci i młodzi ludzie dorastający bez korzeni w danej kulturze mają poważne kłopoty z określeniem własnej tożsamości, brak im też modelu rozwiązywania konfliktów. W niektórych sytuacjach stresowych mogą uciekać się do zachowań autodestrukcyjnych, takich, jak próby samobójcze lub samobójstwo dokonane.¹¹

Ryzyko samobójstwa jest większe w przypadku osób z rodzin tubylczych niż nietubylczych.

Czynnikiem ryzyka dla zachowań samobójczych są również problemy z tożsamością seksualną — brak zgody na własną płęć oraz odmienna orientacja seksualna. Dzieci i dorastający nie akceptowani w swojej kulturze w sposób otwarty przez rodziców i rówieśników lub przez szkołę i inne instytucje mają poważne problemy wynikające z braku nie tylko akceptacji, ale także modeli, które wspierałyby ich optymalny rozwój.

Wzorce rodzinne i negatywne zdarzenia życiowe w dzieciństwie

Destrukcyjne wzorce rodzinne i traumatyczne zdarzenia we wczesnym dzieciństwie niekorzystnie wpływają na dalsze życie młodych ludzi, szczególnie jeśli nie byli oni w stanie poradzić sobie z doznany urazem.¹²

Aspekty świadczące o dysfunkcji i niestabilności rodziny oraz negatywne zdarzenia życiowe w rodzinie często stwierdza się u dzieci i młodzieży o skłonnościach samobójczych.

¹¹ L. Jilek-Aall: *Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison*. Transcultural psychiatry research review 1988, 25: 87–105.

¹² H. S. Sudak, A. B. Ford, N. B. Rushforth: *Adolescent suicide: an overview*. American journal of psychotherapy 1984, 38: 350–363.

Stwierdza się najczęściej:

- psychopatologię rodziców¹³, z obecnością zaburzeń afektywnych i innych zaburzeń psychicznych,
- nadużywanie alkoholu i innych substancji chemicznych, lub zachowania antyspołeczne w rodzinie,
- przypadki samobójstw lub prób samobójczych w rodzinie,
- przemoc w rodzinie (włącznie z używaniem przemocy fizycznej wobec dziecka oraz molestowaniem seksualnym),
- niedostateczną opiekę ze strony rodziców/opiekunów, przy złej komunikacji w rodzinie,
- częste kłótnie między rodzicami/opiekunami, z napięciem i agresją,
- rozwód, separacja lub śmierć rodziców/opiekunów,
- częste przeprowadzki do innego miejsca zamieszkania,
- bardzo wygórowane lub bardzo zaniżone oczekiwania ze strony rodziców/opiekunów,
- nieadekwatny lub nadmierny autorytet rodziców/opiekunów,
- brak czasu rodziców/opiekunów, by zauważyć problemy emocjonalne dziecka i zająć się nimi, oraz środowisko negatywne emocjonalnie — w tym odrzucenie lub zaniedbywanie dziecka,
- sztywność rodziny,¹⁴
- w rodzinie adopcyjnej lub zastępczej.

Takie wzorce rodzinne często (lecz w żadnym razie nie zawsze) charakteryzują przypadki osób, które w dzieciństwie lub okresie dorastania próbowały popełnić lub popełniły samobójstwo. Dane empiryczne wskazują, że młodzi ludzie o skłonnościach samobójczych często pochodzą z rodzin, w których istnieje więcej niż jeden problem i czynniki ryzyka kumulują się. Ponieważ dzieci są lojalne wobec rodziców i niekiedy nie chcą (lub nie wolno im) ujawniać sekretów rodzinnych, często powstrzymują się od szukania pomocy poza rodziną.

¹³ M. S. Gould et al.: *Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999, 37(9): 915–923.

¹⁴ M. J. Carris, L. Sheeber, S. Howe: *Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model*, Journal of adolescence 1998, 21(4): 459–472.

Styl poznawczy i osobowość

Następujące cechy osobowości nierzadko obserwowane w okresie dorastania wiążą się również z ryzykiem próby samobójczej lub samobójstwa, ponieważ często występują w połączeniu z zaburzeniami psychicznymi, ich użyteczność jako czynników umożliwiających przewidywanie (predyktorów) samobójstwa jest jednak ograniczona:

- zmienny nastrój,
- demonstrowanie złości lub zachowanie agresywne,
- zachowanie antyspołeczne,
- wyładowywanie się przez zachowania gwałtowne (typu *acting-out*),
- silna impulsywność,
- drażliwość,
- sztywność myślenia i strategii radzenia sobie ze stresem,
- mała zdolność rozwiązywania problemów, kiedy pojawiają się trudności,
- niezdolność dostrzegania rzeczywistości,
- tendencja do życia w świecie iluzorycznym (złudzeń),
- fantazje wielkościowe na przemian z poczuciem własnej bezwartościowości,
- skłonność do doznawania rozczarowań,
- lęk, szczególnie jako reakcja na niewielkie dolegliwości somatyczne lub niegroźne rozczarowania,
- przekonanie, że jest się nieskazitelnym i lepszym od innych,
- poczucie niższości i braku pewności siebie, które może być maskowane demonstrowaniem własnej wyższości, odrzucaniem innych lub prowokacyjnym zachowaniem wobec kolegów szkolnych i osób dorosłych, z rodzicami włącznie,
- niepewność co do własnej tożsamości lub orientacji seksualnej¹⁵,
- ambiwalentne relacje z rodzicami, innymi dorosłymi oraz przyjaciółmi.

Zainteresowanie związkiem między szerokim wachlarzem czynników osobowościowych i poznawczych a ryzykiem zachowań samo-

¹⁵ R. Garofolo et al.: *The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents*. *Pediatrics* 1998, 101(5): 805–902.

bójczych u młodych ludzi jest wprawdzie duże, ale na ogół niewiele obecnie dostępnych danych badawczych świadczy o roli jakiegokolwiek specyficznej cechy, lub też dane takie są niejednoznaczne.

Zaburzenia psychiczne

Zachowania samobójcze występują nieproporcjonalnie częściej u dzieci i dorastających z poniżej opisanymi zaburzeniami psychicznymi.

Depresja

Połączenie objawów depresyjnych i zachowania antyspołecznego opisywane jest jako najczęstszy czynnik poprzedzający samobójstwo nastolatków.^{16, 17} W kilku badaniach kwestionariuszowych ustalono obecność jednego lub więcej objawów depresyjnych u trzech czwartych respondentów, którzy w końcu odebrali sobie życie, zaś wiele takich osób cierpi na pełną depresję.¹⁸

Zgłaszając się po poradę lekarską uczniowie z depresją często prezentują objawy somatyczne.¹⁹ Częste są takie dolegliwości somatyczne, jak bóle głowy czy żołądka, a także przeszywające bóle w nogach lub klatce piersiowej.

Depresyjne dziewczęta mają silną tendencję do wycofywania się, stają się milczące, przygnębione i beczynne. Chłopcy z depresją natomiast mają skłonność do zachowania agresywnego i destrukcyjnego, wymagając wiele uwagi ze strony nauczycieli i rodziców. Agresywność może prowadzić do osamotnienia, które samo w sobie jest czynnikiem ryzyka dla zachowań samobójczych.

Chociaż niektóre objawy depresyjne lub zaburzenia depresyjne są częste wśród dzieci o skłonnościach samobójczych, depresja nie musi współwystępować ani z myślami, ani z próbami samobój-

¹⁶ E. Spruijt, M. de Goede: *Transitions in family structure and adolescent well-being*, Journal of adolescence 1997, 32(128): 897–911.

¹⁷ M. M. Weissman et al.: *Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up*, Archives of general psychiatry 1999, 56:794–801.

¹⁸ D. Schaffer, P. Fisher: *The epidemiology of suicide in children and young adolescents*, Journal of the American Academy of Child Psychiatry 1981, 20: 545–565.

¹⁹ D. Wasserman: *Depression — en vanlig sjukdom* [Depression — a common illness] Natur och Kultur, Stockholm 1998.

czymi.²⁰ Dorastający mogą się zabić nie mając depresji, mogą też mieć depresję nie zabijając się.

Zaburzenia lękowe

Badania wykazują stałą korelację między zaburzeniami lękowymi a próbami samobójczymi u mężczyzn, podczas gdy u kobiet zależność ta jest słabsza. Wydaje się, że lęk jako cecha — stosunkowo niezależnie od depresji — ma związek z ryzykiem zachowań samobójczych, co wskazuje, że lęk u dorastających zagrożonych zachowaniami samobójczymi powinien być diagnozowany i leczony. U młodych osób prześladowanych przez myśli samobójcze występują też często objawy psychosomatyczne.

Nadużywanie alkoholu i narkotyków

Liczba osób nadużywających alkoholu i nielegalnych środków odurzających jest nieproporcjonalnie większa wśród popełniających samobójstwo dzieci i młodzieży. Stwierdzono, że w tej grupie wiekowej jeden na czterech pacjentów o skłonnościach samobójczych używał alkoholu lub narkotyków przed popełnieniem tego aktu.²¹

Zaburzenia odżywiania się

Wiele dzieci i wielu młodych ludzi w okresie dojrzewania jest niezadowolonych ze swego ciała i dlatego stara się schudnąć, zwracając uwagę na to, co należy i czego nie należy jeść. Od 1% do 2% nastolatek cierpi na anoreksję lub bulimię. Dziewczęta z anoreksją bardzo często zapadają również na depresję, a ryzyko samobójstwa wśród nich jest dwudziestokrotnie wyższe niż w ogólnej populacji młodych ludzi. Najnowsze wyniki badań wskazują, że również chłopcy mogą chorować na anoreksję i bulimię.^{22, 23}

²⁰ D. S. Vandivort, B. Z.: *Locke Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt*, *Suicide & life-threatening Behavior*, 1979, 9:205–218.

²¹ X. Pommereau: *Quand l'adolescent va mal* [When things don't go well for adolescents] 1997. Ed. J'ai lu. 123.

²² A. L. Beautrais et al.: *Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997, 36:1543–1551.

²³ E. J. de Wilde et al.: *The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence*, *American Journal of Psychiatry* 149: 45–51.

Zaburzenia psychotyczne

Wprawdzie poważne zaburzenia psychiczne, takie, jak schizofrenia czy choroba maniakalno-depresyjna rzadko występują u dzieci i młodzieży, ale w takich przypadkach ryzyko samobójstwa jest bardzo wysokie. U większości młodych ludzi z zaburzeniami psychotycznymi tak naprawdę współwystępuje kilka czynników ryzyka, np. problemy związane z piciem, nadmierne palenie i nadużywanie narkotyków.

Wcześniejsze próby samobójcze

Fakt, że w przeszłości miała już miejsce próba samobójcza — jedna lub kilkakrotnie ponawiana — przy obecności lub bez wspomnianych wyżej zaburzeń psychicznych, jest istotnym czynnikiem ryzyka dla zachowań samobójczych.

Obecne negatywne zdarzenia życiowe jako czynniki wyzwalające zachowania samobójcze

Dzieci i młodzież o skłonnościach samobójczych zwykle charakteryzuje znaczny stopień podatności na stres, wraz opisanym wyżej stylem poznawczym i cechami osobowości (wynikającymi z dziedzicznych czynników genetycznych, ale także ze wzorców rodzinnych oraz negatywnych zdarzeń stresowych przeżytych we wczesnym dzieciństwie). Przy takiej podatności trudno sobie dobrze radzić z negatywnymi zdarzeniami życiowymi, a zatem stresujące zdarzenia życiowe często poprzedzają zachowanie samobójcze. Na nowo wzbudzają one poczucie bezradności, beznadziejności i rozpacz, co z kolei może wywołać myśli samobójcze i doprowadzić do próby samobójczej lub samobójstwa.

Do ryzykownych sytuacji i zdarzeń, które mogą wyzwalać próby samobójcze lub samobójstwa dokonane należą:

- sytuacje, które można odebrać jako krzywdzące (przy czym niekoniecznie musi się to pokrywać z ich obiektywną oceną): wrażliwe dzieci i nastolatki mogą spostrzegać nawet banalne zdarzenia jako głęboko krzywdzące, reagując na nie lękiem i chaotycznym zachowaniem, podczas gdy młodzi ludzie o skłonnościach samobójczych spostrzegają takie sytuacje jako zagrażające ich wizerunkowi własnej osoby i cierpią z powodu urażonej godności własnej,

- problemy rodzinne,
- rozstanie z przyjaciółmi, sympatią, kolegami z klasy, itd.,
- śmierć kogoś kochanego lub innej znaczącej osoby,
- zerwanie związku miłosnego,
- konflikty lub straty interpersonalne,
- konflikty z prawem lub problemy dyscyplinarne,
- nacisk ze strony grupy rówieśniczej lub autodestrukcyjna akceptacja przez rówieśników,
- tyranizowanie i represjonowanie,
- rozczarowanie wynikami w nauce oraz niepowodzenie na studiach,
- wysoki poziom wymagań w szkole w okresie egzaminów,
- brak pracy i zła sytuacja finansowa,
- niechciana ciąża, aborcja,
- zakażenie wirusem HIV lub inną chorobą przekazywaną drogą płciową,
- poważna choroba somatyczna,
- klęski żywiołowe.

**JAK ROZPOZNAĆ UCZNIÓW
W ZŁYM STANIE EMOCJONALNYM,
KTÓRYM MOŻE ZAGRAŻAĆ SAMOBÓJSTWO**

Rozpoznawanie złego stanu emocjonalnego

Należy traktować serio każdą nagłą lub radykalną zmianę, wpływającą na wyniki w nauce, obecność na lekcjach lub zachowanie dziecka czy nastolatka²⁴, na przykład:

- brak zainteresowania zwykle wykonywanymi zajęciami,
- ogólne obniżenie ocen,
- zmniejszenie wysiłku,
- złe zachowanie w klasie,
- nieusprawiedliwione lub powtarzające się nieobecności lub wagary,

²⁴ R. Cohen-Sandler, A. L. Berman, R. A. King: *Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children*, Journal of the American Academy of Child Psychiatry 1982, 21: 178–186.

- nadmierne palenie papierosów, lub picie, albo używanie narkotyków (z kanabis, marihuaną i haszyszem — łącznie),
- incydenty prowadzące do interwencji policji oraz przemoc wobec uczniów.

Czynniki te pomagają rozpoznać uczniów, w przypadku których istnieje ryzyko bardzo złego stanu emocjonalnego spowodowanego przez stres psychiczny i społeczny, oraz myśli samobójczych prowadzących w końcu do zachowań samobójczych.²⁵

Jeśli któryś z tych objawów rozpozna nauczyciel bądź pedagog czy psycholog szkolny, powinien zawiadomić o tym cały zespół nauczycielski i podjąć działania zmierzające do dokładnego zdiagnozowania danego ucznia, ponieważ takie objawy zwykle wskazują na bardzo zły stan emocjonalny i w niektórych przypadkach mogą doprowadzić do samobójstwa.

Ocena ryzyka samobójstwa

Oceniając stopień zagrożenia samobójstwem personel szkoły powinien zdawać sobie sprawę, że problemy są zawsze wielowymiarowe.

Wczesniejsze próby samobójcze

Podejmowanie prób samobójczych w przeszłości należy do najbardziej istotnych czynników ryzyka. Młodzi ludzie w sytuacji krytycznej, w rozpacz, mają tendencję do powtarzania takich aktów.

Depresja

Innym ważnym czynnikiem ryzyka jest depresja. Diagnozę depresji powinien postawić lekarz lub psychiatra dziecięcy, lecz nauczyciele i inni pracownicy szkoły powinni mieć świadomość tego, jak różnorodne objawy²⁶ składają się na chorobę depresyjną²⁷.

²⁵ F. J. Zenere, P. J. Lazarus: *The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme*, Suicide & life-threatening Behavior 1997, 27(4): 387–403.

²⁶ M. M. Weissman et al.: *Depressed adolescents grow up*, Journal of the American Medical Association 1999, 281(18): 1701–1713.

Przy diagnozowaniu depresji trudność polega na tym, że naturalne stadia rozwoju w okresie dorastania mają pewne cechy wspólne z depresją.

Dojrzewanie jest stanem normalnym. W tym okresie często występują takie cechy, jak niska samoocena, przygnębienie, problemy z koncentracją, zmęczenie i zaburzenia snu. Są to również najczęstsze objawy depresji, nie ma jednak powodu do niepokoju, chyba, że utrzymują się one stale i nasilają się. W porównaniu z osobami dorosłymi w depresji, młodzi ludzie mają skłonność do odreagowywania w gwałtownym zachowaniu (*acting out*), a także więcej jedzą i śpią.

Myśli depresyjne w okresie dorastania mogą występować w normie, będąc przejawem normalnego procesu rozwojowego, kiedy to młody człowiek jest zaabsorbowany zagadnieniami egzystencjalnymi. Intensywność myśli samobójczych, ich głębokość i czas trwania, kontekst, w jakim się pojawiają i niemożność oderwania dziecka lub nastolatka od tych myśli (czyli ich uporczywość) są czynnikami odróżniającymi zdrowego młodego człowieka od pogrążonego w kryzysie samobójczym.

Sytuacje ryzykowne

Innym ważnym zadaniem jest rozpoznanie w otoczeniu omawianych powyżej sytuacji oraz negatywnych zdarzeń życiowych uruchamiających myśli samobójcze i tym samym zwiększających ryzyko samobójstwa.

JAK POSTĘPOWAĆ W SZKOLE Z UCZNIAMI O SKŁONNOŚCIACH SAMOBÓJCZYCH

Rozpoznanie potrzebującego pomocy młodego człowieka w krytycznej sytuacji emocjonalnej zwykle nie jest wielkim problemem. Czymś znacznie trudniejszym jest wiedza, jak należy prawidłowo reagować w przypadku dzieci i młodzieży o skłonnościach samobójczych.

Niektórzy pracownicy szkoły nauczyli się odnosić się z całą wrażliwością i szacunkiem do uczniów w złym stanie emocjonalnym

²⁷ D. Marcelli: *Suicide and depression in adolescents*, Revue du Praticien 1998, 48:1, 419-423.

i ze skłonnościami samobójczymi, natomiast inni się tego nie nauczyli. Osoby z tej ostatniej grupy powinny podwyższyć swoje umiejętności. W kontakcie z uczniem o skłonnościach samobójczych trzeba zachować równowagę między dystansem a bliskością, oraz między empatią (współodczuwaniem) a szacunkiem.

Rozpoznawanie kryzysów samobójczych u uczniów i postępowanie w takich przypadkach może wywoływać konflikt u nauczycieli i innych pracowników szkoły ze względu na brak szczególnych, niezbędnych umiejętności, brak czasu lub lęk przed własnymi problemami psychologicznymi.

Profilaktyka ogólna: zanim dojdzie do aktu samobójczego

Najważniejszym aspektem zapobiegania samobójstwom jest wczesne rozpoznawanie dzieci i młodzieży w złym stanie emocjonalnym i/lub takich, w przypadku których zwiększone jest ryzyko samobójstwa.²⁸ Aby osiągnąć ten cel, przy użyciu opisanych poniżej metod należy szczególnie skupić się na sytuacji personelu szkoły oraz uczniów, których ten problem dotyczy. Wielu ekspertów zgadza się co do tego, że przekazywanie młodym ludziom w nauczaniu treści odnoszących się wprost do samobójstwa nie jest rozsądne. Zalecają natomiast, aby kwestie samobójstwa zastąpić podejściem pozytywnym i zająć się zdrowiem psychicznym.

Wzmacnianie zdrowia psychicznego nauczycieli i innych pracowników szkoły²⁹

Przede wszystkim, sprawą zasadniczą jest zapewnienie dobrostanu i równowagi psychicznej nauczycieli i innych członków personelu szkolnego. Miejsce pracy może być dla nich odpychające, agresywne, a niekiedy nawet pełne przemocy. Potrzebują zatem materiałów informacyjnych, które umożliwiłyby im lepsze zrozumienie obciążenia psychicznego i możliwych zaburzeń psychicznych u siebie, uczniów i współpracowników, a także właściwe reagowanie w takich sprawach. Powinni mieć również dostęp do wsparcia, i jeśli trzeba — do terapii.

²⁸ P. B. Malley, F. Kusk, R. J. Bogo: *School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey*, *School Counselor* 1994.42: 130–136.

²⁹ J. Smith: *Coping with Suicide*, Rosen, New York 1986.

Pozytywne poczucie własnej wartości chroni dzieci i młodzież przed krytyczną sytuacją psychiczną i przygnębieniem oraz umożliwia adekwatne radzenie sobie w sytuacjach trudnych i stresujących.³¹

Pozytywne poczucie własnej wartości można rozwijać u dzieci i młodzieży przy użyciu rozmaitych technik. Poniżej podano niektóre z zalecanych sposobów postępowania:

- należy podkreślać pozytywne doświadczenia życiowe pomagające młodym ludziom ukształtować pozytywną tożsamość.³² Pozytywne doświadczenia w przeszłości zwiększają szanse młodych ludzi na większą wiarę i pewność siebie w przyszłości;
- nie należy wywierać na dzieci i młodych ludzi ciągłego nacisku, że muszą mieć coraz większe osiągnięcia na coraz wyższym poziomie;
- nie wystarczy, aby dorośli mówili dziecku, że je kochają; dziecko musi czuć się kochane. Istnieje wielka różnica między tym, że dziecko „jest kochane” a tym, że „czuje się kochane”;
- dzieci powinny być nie tylko akceptowane, ale także kochane — takie, jakie są. Muszą mieć poczucie, że są kimś specjalnym tylko dlatego, że istnieją.

Podczas gdy okazywanie dziecku współczucia niekorzystnie działa na jego poczucie własnej wartości, to empatia (czyli okazywanie zrozumienia i wczuwanie się w sytuację dziecka) wspomaga je, bo pozbawiona jest oceny. Niezależność (autonomia) i biegłe opanowanie różnych umiejętności to elementy, z których buduje się pozytywne poczucie własnej wartości we wczesnym dzieciństwie.

Osiągnięcie przez dzieci i młodzież silnego poczucia własnej wartości zależy od rozwoju ich umiejętności fizycznych, społecznych i zawodowych. Aby osiągnąć poczucie własnej wysokiej wartości, nastolatek musi uniezależnić się od rodziny i rówieśników, być w stanie nawiązać relacje z osobami płci przeciwnej, przygotować się do zawodu zapewniającego utrzymanie oraz wypracować sobie nadającą się do zastosowania, sensowną filozofię życiową.

³⁰ M. M. Weissman, K. Fox, G. L. Klerman: *Hostility and depression associated with suicide attempts*, American journal of psychiatry 1973, 130: 450–455.

³¹ E. H. Erikson: *Identity, Youth and Crisis*, Norton, New York 1994.

³² R. L. Papenfuss et al.: *Teaching positive self-concepts in the classroom*, Journal of school health 1983, 53: 618–620.

Trening umiejętności życiowych, prowadzony najpierw przez zapraszanych ekspertów, a później w ramach regularnego programu szkolnego, jest skuteczną strategią. Program powinien przekazywać wiedzę, jak wspierać rówieśników, a w razie potrzeby — jak szukać pomocy ze strony osób dorosłych.

System edukacji powinien również wspomagać rozwój i konsolidację poczucia tożsamości każdego z uczniów.

Innym ważnym celem jest działanie na rzecz stabilności i ciągłości kształcenia uczniów.

Uczenie wyrażania własnych emocji

Należy nauczyć dzieci i młodzież poważnego traktowania własnych uczuć, oraz zachęcać do zwierzania się rodzicom i innym dorosłym (takim, jak nauczyciele, lekarze szkolni i pielęgniarki, przyjaciele, trenerzy oraz duszpasterze).

Zapobieganie tyranizowaniu i przemocy w szkole

W systemie edukacji powinny być dostępne specyficzne umiejętności umożliwiające zapobieganie tyranizowaniu i przemocy na terenie szkoły i w jej pobliżu, po to, by stworzyć bezpieczne środowisko wolne od nietolerancji.

Dostarczanie informacji o placówkach, w których można uzyskać pomoc

Należy zapewnić dostępność określonych służb, poprzez upowszechnienie numerów telefonów np. kryzysowego telefonu zaufania, pogotowia ratunkowego, oraz pogotowia psychiatrycznego, oraz udostępnienie ich młodym ludziom.

Interwencja — gdy rozpoznamy ryzyko samobójstwa

W większości przypadków dzieci i dorastający w krytycznej sytuacji emocjonalnej i/lub zagrożeni zachowaniem samobójczym, mają również problemy z komunikowaniem się. Ważne jest zatem nawiązanie dialogu z młodą osobą w bardzo złym stanie emocjonalnym lub ze skłonnościami samobójczymi.

Komunikowanie się

Pierwszym krokiem w zapobieganiu samobójstwom jest zawsze zyskanie zaufania i porozumiewanie się. W trakcie trwania procesu samobójczego wzajemne porozumiewanie się między młodymi ludźmi o tendencjach samobójczych a ich otoczeniem ma zasadnicze znaczenie. Brak komunikowania się i wynikające stąd zerwanie więzi prowadzi do następujących skutków:

1. Milczenie i narastające napięcie w relacjach. Lęk osoby dorosłej przed sprowokowaniem dziecka lub nastolatka do popełnienia aktu samobójstwa przez rozmawianie o jego czy jej myślach i komunikatach samobójczych często bywa przyczyną milczenia i braku dialogu.
2. Oczywista ambiwalencja. Zrozumiałe, że konfrontacja z samobójczymi komunikatami dziecka lub dorastającego powoduje, że u dorosłych na pierwszy plan wysuwają się ich własne konflikty psychiczne. Obciążenie psychiczne wynikające z zetknięcia się z dzieckiem lub dorastającym w krytycznym stanie emocjonalnym i/lub ze skłonnościami samobójczymi jest zwykle bardzo duże i wywołuje szereg reakcji emocjonalnych. W niektórych przypadkach mogą się ujawnić nierozwiązane problemy emocjonalne dorosłych pozostających w kontakcie z dziećmi lub młodzieżą o skłonnościach samobójczych. Problemy takie mogą być szczególnie widoczne wśród personelu szkolnego, którego ambiwalencja (chcą, lecz równocześnie nie chcą lub nie są w stanie pomóc uczniowi o skłonnościach samobójczych) może prowadzić do unikania dialogu.
3. Agresja pośrednia lub bezpośrednia. Zażenowanie dorosłych bywa niekiedy tak wielkie, że reagują w końcu agresją słowną lub niewerbalną na dziecko lub dorastającego w bardzo złym stanie emocjonalnym lub ze skłonnościami samobójczymi.

Ważne jest, aby zrozumieć, że nauczyciel nie jest sam w procesie komunikowania się, i że wobec tego zasadnicze znaczenie ma nauczenie się, jak się porozumieć. W każdej sytuacji należy podjąć dostosowany do niej dialog. Dialog wymaga przede wszystkim aby prawidłowo dostrzec tożsamość dzieci i młodzieży, a także to, że potrzebują pomocy.

Dzieci i młodzi ludzie w bardzo złym stanie emocjonalnym lub w sytuacji zagrożenia samobójstwem często wykazują przesadną wrażliwość na styl porozumiewania się innych. Dzieje się tak dlatego,

że w procesie wychowania często brakowało im pełnych zaufania relacji z rodziną i rówieśnikami, doznawali natomiast braku zainteresowania, szacunku, a nawet miłości. Ta nadwrażliwość uczniów o skłonnościach samobójczych widoczna jest zarówno w komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej. Język ciała odgrywa tu równie dużą rolę, jak porozumiewanie się słowne. Dorosłych nie powinno jednak zniechęcać to, że niechętnie z nimi rozmawiają dzieci lub młodzi ludzie w bardzo złym stanie emocjonalnym i/lub ze skłonnościami samobójczymi. Powinni natomiast pamiętać, że taka postawa unikania często bywa oznaką braku zaufania do dorosłych.

Dzieci i młodzież ze skłonnościami samobójczymi przejawiają również znacznego stopnia ambiwalencję, wahanie co do tego, czy mają przyjąć, czy też odrzucić proponowaną pomoc, oraz czy mają żyć, czy umrzeć. Ambiwalencja ta ma wyraźny wpływ na zachowanie młodego człowieka ze skłonnościami samobójczymi. Zachowanie to może ulegać szybkim zmianom — od poszukiwania pomocy do jej odrzucania, i często bywa błędnie interpretowane przez innych ludzi.

Podwyższanie umiejętności personelu szkolnego

Można to osiągnąć za pomocą specjalnych kursów nastawionych na poprawę komunikacji między nauczycielami a ich uczniami w złym stanie emocjonalnym i/lub ze skłonnościami samobójczymi, oraz na lepsze uświadamianie sobie i rozumienie ryzyka samobójstwa. Podstawowym sposobem zapobiegania samobójstwom jest trening całego personelu szkolnego ukierunkowany na zwiększenie zdolności do rozmawiania między sobą i z uczniami o sprawach życia i śmierci, umiejętności rozpoznawania krytycznej sytuacji emocjonalnej, depresji i zachowania samobójczego, oraz wiedzy o dostępnej pomocy i wsparciu.

Jasno sprecyzowane cele i określone granice zdefiniowane tak, jak w podręcznikach poświęconych zapobieganiu samobójstwom, są ważnymi narzędziami w tej pracy.

Kierowanie do specjalistów

Szybka, autorytatywna i zdecydowana interwencja, np. zaprowadzenie młodego człowieka o skłonnościach samobójczych do lekarza ogólnego, psychiatry dziecięcego, czy do szpitala na ostry dyżur, może ocalić mu życie.

Aby opieka zdrowotna dla młodych ludzi była skuteczna, musi być spostrzegana jako dostępna, atrakcyjna i niestygmatyzująca. Uczniowie w złym stanie emocjonalnym i/lub ze skłonnościami samobójczymi powinni być aktywnie i osobiście odprowadzeni przez kogoś z personelu szkoły i przyjęci przez zespół złożony z lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych oraz przedstawicieli ustawowych, których zadaniem jest ochrona praw dziecka.

Takie aktywne przekazanie ucznia pod opiekę służby zdrowia zapobiega „wypadnięciu” dziecka z procesu kierowania do specjalistycznej opieki, co mogłoby się zdarzyć gdyby kierowano je tylko korespondencyjnie.

Usuwanie środków umożliwiających popełnienie samobójstwa z zasięgu dzieci i młodzieży w złym stanie emocjonalnym i/lub ze skłonnościami samobójczymi

Różnego rodzaju nadzór oraz usuwanie lub zamykanie pod kluczem niebezpiecznych lekarstw, pistoletów, broni palnej, pestycydów, materiałów wybuchowych, noży, itp., w szkołach, domach rodzinnych i w innych miejscach jest jednym z ważnych sposobów ratowania życia.

Ponieważ takie sposoby na dłuższą metę nie wystarczają do zapobiegania samobójstwom, równocześnie powinno się proponować pomoc psychologiczną.

Kiedy próba samobójcza lub samobójstwo zostały już dokonane

Informowanie personelu szkoły i kolegów szkolnych

Szkoła powinna mieć opracowany plan na wypadek usiłowania lub dokonania samobójstwa na terenie szkoły, jak informować personel szkolny, szczególnie nauczycieli, a także innych uczniów i rodziców, tak, by zapobiec samobójstwom grupowym. Zjawisko zakażania się samobójstwem wynika z tego, że dzieci lub młodzież w złym stanie emocjonalnym lub ze skłonnościami samobójczymi mają tendencję do identyfikowania się z destrukcyjnymi rozwiązaniami przyjętymi przez ludzi, którzy usiłowali popełnić samobójstwo lub je popełnili. Opracowane i opublikowane w roku 1994 przez US Centers for Disease Control (Amerykańskie Ośrodki Kon-

troli nad Chorobami) zalecenia co do tego, jak postępować, aby zapobiec samobójstwom grupowym, są obecnie szeroko stosowane.³³

Ważne jest, żeby zidentyfikować wszystkich uczniów o skłonnościach samobójczych, zarówno w tej samej, jak i w innych klasach. Grupa samobójcza może się jednak składać nie tylko ze znających się wzajemnie dzieci i nastolatków. Nawet młodzi ludzie mieszkający daleko lub kompletnie nieznani ofiarom samobójstwa mogą się identyfikować z ich zachowaniem i w rezultacie zdecydować się na samobójstwo.

Koledzy szkolni, personel szkoły i rodzice powinni być odpowiednio poinformowani o samobójstwie lub próbie samobójczej ucznia, trzeba też przepracować emocje wywołane przez ten akt.

PODSUMOWANIE ZALECEŃ

Samobójstwo nie jest niepojętym gromem z jasnego nieba — uczniowie ze skłonnościami samobójczymi dają ludziom ze swego otoczenia wystarczająco wiele sygnałów ostrzegawczych i zostawiają pole do działania. W profilaktyce samobójstw nauczyciele i inni członkowie personelu szkolnego stają przed wyzwaniem o wielkiej wadze strategicznej, w tej pracy podstawowe znaczenie ma:

- rozpoznanie uczniów z zaburzeniami osobowości i zaproponowanie im pomocy psychologicznej,
- nawiązanie bliższych kontaktów z młodymi ludźmi w rozmowach z nimi oraz staranie się, by ich zrozumieć i udzielić pomocy,
- zmniejszenie ich negatywnych emocji wynikających ze stresu psychicznego,
- zwracanie uwagi i nauczanie się, jak w wypowiedziach i/lub w zmianie zachowania niewerbalnego wcześniej rozpoznawać sygnały ostrzegające o samobójstwie,
- pomaganie w nauce uczniom o mniejszych umiejętnościach,
- zwracanie uwagi na przypadki wagarowania,
- destygmatyzacja choroby psychicznej i eliminowanie używania alkoholu i narkotyków,

³³ Centers for Disease Control. CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. Morbidity and mortality weekly report 1994, Suppl.: 1–12.

- kierowanie uczniów na leczenie zaburzeń psychicznych oraz leczenie odwykowe w przypadkach nadużywania alkoholu i narkotyków,
- ograniczenie dostępu uczniów do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa: trujących i śmiertelnych leków, pestycydów, broni palnej i innej, itd.,
- zapewnienie, w miejscu pracy, nauczycielom i innym członkom personelu szkoły dostępu do metod zmniejszania ich stresu zawodowego.

WYKAZ LITERATURY

Bieleć A.: *Poczucie zagrożenia a tendencje samobójcze u młodzieży*, KUL, pr. dypl., Lublin 1997.

Bocheński J. I.: *O sensie*, „Kultura” nr 1 (388) 1980, nr 2 (389).

Cekiera Cz.: *Z badań nad osobowością samobójców*, „Zagadn. Wychow.” nr 3–4, 1966.

Cekiera Cz.: *Cechy osobowości odratowanych samobójców na podstawie badań testem WISKAD*, „Studia Philos. Christ.” ATK 4, 1968, s. 30–43.

Cekiera Cz.: *Próby samobójcze starszej młodzieży*, „Zagadn. Wychow.” nr 3–4, 1971.

Cekiera Cz.: *Etiologia i motywacja usiłowanych samobójstw (studium psychologiczne)*, ATK Warszawa 1975.

Cekiera Cz.: *Profilaktyka samobójstw*. „Zagadn. Wychow.” nr 5, 1983.

Cekiera Cz., Kajzer I.: *Zachowania suicydalne w Teorii Deintegracji Pozytywnej*, „Zdrowie. Psych.” nr 1–2, 1991.

Cekiera Cz.: *Postawy wobec życia i śmierci a problem samobójstw* [w:] *Między życiem a śmiercią*, red. W. Bołozą i M. Ryś, wyd. USKW, s. 277–288, Warszawa 2002.

Dąbrowski K.: *Trud istnienia*, WP, Warszawa 1986.

Dąbrowski K.: *Pasja rozwoju*, PTHP, Warszawa 1982.

Farberow E. N., Shneideman E.S.: *The cry for help*, McGraw Hill, N. Y. 1961.

Frankl V.: *Homo patiens*, Pax, Warszawa 1971.

Hołyst B.: *Przywrócenie życiu*, PWN, Warszawa 1991.

Hołyst B.: *Na granicy życia i śmierci*, Warszawa 1994.

Jabłoński R.: *Szkoła a zachowania samobójcze młodzieży* [w:] *Zjawiska patologii społecznej i zachowań dewiacyjnych młodzieży*, red. J. Żebrowski, Gdańskie Tow. Naukowe, Gdańsk 2001.

Jarosz M.: *Samobójstwo*, Warszawa 2000.

Malicka-Gorzelańczyk H.: *Psychospołeczne uwarunkowania zamachów samobójczych dzieci i młodzieży* [w:] *Polska młodzież zaburzenia, zagrożenia w aktualnej rzeczywistości społecznej*, red. T. Sołtysiak, M. Karwowska, AB, Bydgoszcz 2001.

Malicka-Gorzelańczyk H.: *Etyczne aspekty samobójczego umiarkowania w kontekście ocen moralnych młodzieży szkół ponad podstawowych* [w:] *Zjawiska patologii społecznej i zachowań dewia-*

cyjnych młodzieży, red. J. Żebrowski, Gd. Tow. Naukowe, Gdańsk 2001.

Mithel A. T.: *Dlaczego? Samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*, Warszawa 1994.

Pilecka B.: *Wybrane problemy samobójstw młodzieży*, PWP Lublin.

Płużek Z.: *Problemy psychologiczne suicydologii*, „Przegląd Lekarski”, 11, 1982.

Ringel E.: *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Glob 1987.

Ringel E.: *Nerwica a samozniszczenie*, Warszawa 1992.

Rosa K.: *Próby samobójcze*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1996.

Sołtysiak T., Mosiewicz T.: *Niektóre przyczyny oraz oceny prób i myśli samobójczych młodzieży*, „Problemy Alkoholizmu”, nr 3, 2000.