

Prof. dr hab. Barbara Pilecka

Profilaktyka samobójstw w szkole

Profilaktyka samobójstw należy do najważniejszych zagadnień współczesnej suicydologii, szczególnie jeśli dotyczy młodych ludzi.

Istnieją dwa sposoby traktowania profilaktyki samobójstw: można wyodrębnić interwencje w kryzysie oraz terapię ciągłą. Pierwsze z tych stanowisk oparte jest na przekonaniu, że kryzys psychiczny, naznaczony myślami o samobójstwie, może minąć bez dramatycznych następstw. Myśli o samobójstwie i tendencje autodestrukcyjne są traktowane jako zjawiska, które mogą minąć przy pomocy interwencji kryzysowej¹. Wydaje się słuszne przyjęcie tezy, że należy i można zapobiec samobójstwu. Model interwencji kryzysowej wydaje się być najbardziej odpowiedni dla potrzeb uczniów. Terapia ciągła oparta jest natomiast na założeniu, że myśli o samobójstwie i zachowania autodestrukcyjne wiążą się bardziej ze stylem życia niż z kryzysem psychicznym. Wyłania się ostre kryzysy suicydalne z chronicznego zachowania autodestrukcyjnego dostrzegalne z perspektywy całej osobowości. Należy nadmienić, że istnieje wiele sposobów pomocy osobom doświadczającym trudności, które przesłaniają im pragnienie życia. Liczba rodzajów pomocy waha się od 250 do 400².

Jak już wspomniano, w sytuacji uczniów najbardziej odpowiednia jest interwencja kryzysowa. Szkoła stanowi jakby drugi etap profilaktyki samobójstw. Źródła tendencji autodestrukcyjnych tkwią bowiem w pierwszych latach życia³. Proces zapobiegania samobójstwu rozpoczyna się już w okresie wczesnego dzieciństwa. Oto kilka zasad profilaktyki samobójstw w rodzinie:

1. Dziecko powinno być obdarzone bezwarunkową akceptacją. Rodzice powinni przyjąć dziecko takie, jakim jest, z jego wadami i zaletami.
2. Ważnym ogniwem profilaktyki samobójstw jest już od zarania życia stawianie dziecku wymagań

współmiernych do jego możliwości, zainteresowań, predyspozycji. Rodzice muszą wyrzec się pragnienia, aby poprzez dziecko spełniać swoje niezrealizowane marzenia, zawiedzione aspiracje, udaremnione plany. Niemożność spełnienia wymagań rodziców wywiera ujemny wpływ na osobowość i jest ważnym predykatorem rozwoju tendencji autodestrukcyjnych.

3. Od najmłodszych lat dziecko powinno być wdrażane do samodzielnego podejmowania decyzji, dokonywania wyborów, kierowania się, we właściwym zakresie, własną inicjatywą. Ułatwia to bowiem przejście kontroli nad własnym życiem i obronę przed uczuciami bezradności i bezsilności, odgrywającymi niepoślednią rolę w etiologii zachowań autodestrukcyjnych.
4. Należy z powagą i troską traktować wszelkie niepowodzenia dziecka. Często bowiem u dzieci w różnych okresach ich rozwoju małe problemy urastają do potężnych rozmiarów. Rodzice powinni starać się je zrozumieć i ukazać w szerszej perspektywie. Należy stać się podporą dziecka. U podstaw wszelkich działań autodestrukcyjnych tkwi bowiem osamotnienie, wyrażające się między innymi niemożnością podzielenia się swoimi problemami i troskami z zaufaną osobą.
5. Ważne, aby w dziecku ukształtowały się pozytywne koncepcje siebie i wiara we własne możliwości. Zatem wymagania nie powinny przekraczać progu możliwości dziecka, a kary nie mogą mieć charakteru brutalnego, poniżającego. Równie szkodliwe dla rozwijającego się poczucia własnej wartości jest otaczanie dziecka nadmierną opieką, przesadną troską, tłumienie wszelkiej inicjatywy.
6. Wychowanie dziecka nie może być traktowane jako trudny i niewdzięczny obowiązek, ale jako proces, który przynosi radość i poczucie sensu istnienia.

¹ Litman R.E. *Long-term treatment of chronically suicidal patients*, Bulletin of the Menninger Clinic nr 53/1989, s. 216-228.

² Henden J. *Preventing Suicide. The Solution Focused Approach*, Wiley J. and Sons Ltd., New York 2008.

³ Ringel E. *Gdy życie traci sens*, Glob, Warszawa 1987.

7. Istotne jest zachowanie pewnego dystansu pomiędzy sobą a dzieckiem, zachowanie zasady indywidualnej wolności w jej rozsądnych granicach i przygotowanie się, że w przyszłości dziecko musi opuścić dom rodzinny i wejść na własną drogę życia.
8. Niezbędne jest ukształtowanie u dziecka pozytywnej postawy wobec życia, które obok cierpienia przynosi również radość. Zarówno radość, jak i cierpienie przemijają i ich odczuwanie w dużej mierze zależy od własnej interpretacji.

Nie jest łatwe kierowanie się tymi zasadami. Jest ono jednak konieczne w profilaktyce zachowań autodestrukcyjnych.

Ważną rolę w profilaktyce samobójstw może odegrać środowisko szkolne. W szkole powinny być wdrożone procedury prewencji i interwencji⁴. Należą do nich:

- a. formalne, pisemne określanie polityki wobec samobójstw,
- b. procedury postępowania z uczniami zagrożającymi sobie i innym,
- c. koncepcja szkolenia dla nauczycieli i personelu w rozpoznawaniu sygnałów ostrzegawczych i odpowiednim postępowaniu z zagrożonymi uczniami,
- d. informacje o łatwym dostępie do specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego,
- e. materiały profilaktyczne omawiane w klasie i rozprowadzane wśród uczniów, rodziców, lokalnej społeczności,
- f. określenie procedur psychologicznego przesiewu, identyfikacji i poradnictwa dla uczniów zagrożonym samobójstwem,
- g. opis reakcji i strategii zastępczych w razie samobójstwa,
- h. pisemne kryteria służące do określenia poziomu zagrożenia życia ucznia, który myśli o samobójstwie,
- i. opis prowadzenia prewencji i interwencji.

Program jest obszerny, ale możliwy do zastosowania również w warunkach polskich szkół, zwłaszcza tych, w których pracuje psycholog. W zapobieganiu samobójstwom szczególnie istotne są działania edukacyjne w populacji rówieśników. Dorastający, jak to wynika z prawidłowości okresu dorastania, są bardziej skłonni zwierzać się ze

swych myśli o samobójstwie i planów popełnienia go swoim rówieśnikom niż osobom dorosłym. Zatem istotne jest dotarcie do rówieśników i pewna ich edukacja. Wszyscy bowiem powinni mieć świadomość, że należy poważnie traktować wszelkie myśli i plany popełnienia samobójstwa.

Interwencja w kryzysie suicydalnym powinna nawiązywać do czynników zapobiegania samobójstwu wyłonionych przez Szwedzką Narodową Radę Zapobiegania Samobójstwu (*The Swedish National Council for Suicide Prevention*, 1997).

Zalecenia Szwedzkiej Narodowej Rady Zapobiegania Samobójstwu:

1. Rozmowy o śmierci i samobójstwie. Umiejętność rozmawiania o śmierci pozwala zrozumieć egzystencjalny wymiar życia, któremu nadaje znaczenie. Jest to wstępny warunek rozmowy o samobójstwie. Rozwój tych umiejętności pozwala na rozwiązanie własnych problemów i na niesienie pomocy innym.
2. Termin „samobójstwo” ma różne znaczenie – w zależności od kontekstu sytuacji życiowej. Dla niektórych ludzi stanowi jedną z możliwości wyjścia z trudnej sytuacji, dla samobójcy jest natomiast jedynym rozwiązaniem trudnych problemów.
3. Proces autodestrukcyjny znamionuje przekształcenie myśli o samobójstwie w czynny. Do samobójstwa może jednak prowadzić długa droga rozważań i wątpliwości.
4. Samobójstwo nie jest nieuniknionym przeznaczeniem. Tendencje autodestrukcyjne są przejściowe. Koniec kryzysu suicydalnego może oznaczać nowe możliwości. Może stanowić szansę rozwoju osobowości.

Jednym z ważniejszych zadań postępowania profilaktycznego jest wyłowienie osób obarczonych większym ryzykiem samobójstwa.

Grupy ryzyka samobójstwa

W szkole niektórzy uczniowie należą do grupy o wyższym ryzyku samobójstwa, wymagającej specjalnej troski. Są to uczniowie doznający wielu niepowodzeń szkolnych. Statystycznie częściej niż ogólna populacja używają narkotyków, doświadczają napięć w swoim środowisku rodzinnym, angażują się w ryzykowne zachowania⁵. Można

⁴ James R.K., Gilliland B.E. *Strategie Interwencji Kryzysowej*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2004.

⁵ Thompson E.A. *Using the Suicide Risk Screen to Identify Suicidal Adolescent Among Potential High School Dropout*, Journal Academic Child Adolescent Psychiatry nr 12/1999, s. 1506-1513.

sądzić, że niepowodzenia szkolne i konflikty rodzinne mogą ich motywować do sięgnięcia po środki odurzające, osłabiające gorycz porażki. Z drugiej zaś strony używanie narkotyków prowadzi do dalszego pogarszania się ocen szkolnych. Tworzy się zależność na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Niepowodzenia szkolne i rodzinne mogą prowadzić do zażywania środków odurzających, te z kolei pogłębiają znowu konflikty związane ze środowiskiem szkolnym i domowym.

Z badań wynika, że młodzi ludzie z grupy największego ryzyka samobójstwa ujawniają największe nasilenie gniewu, niepokoju, mają największe problemy rodzinne. Cechują ich również deficyty dotyczące umiejętności rozwiązywania problemów, kontroli własnego zachowania. Ponadto odczuwają niedosyt wsparcia rodzinnego i społecznego⁶.

Zamach na własne życie zazwyczaj poprzedzają doświadczenia stresowe, szczególnie związane z rozczarowaniem w bliższych związkach i odrzuceniem⁷. Należy pamiętać, że jakość związku może wpłynąć na młodych ludzi. Związki niedające wsparcia przyczyniają się u nich do rozwoju depresji. Zerwanie związku jest jednym z najsilniejszych predyktorów prób samobójstwa u dorastających⁸. Odrzucenie w związku miłosnym niejednokrotnie staje się bezpośrednią przyczyną zamachu na własne życie, stanowi kroplę, która przelewa kielich. Z badań Beautrais i współautorów⁹ wynika, że w ciągu roku poprzedzającego poważny zamach na własne życie dochodzi do różnych wydarzeń o charakterze stresowym. Obok zerwania związku należą do nich trudności materialne, konflikty z rodziną, przyjaciółmi lub kolegami szkolnymi. Notowano również problemy prawne i niepowodzenia w nauce.

Najważniejszą rolę odgrywają trudności w relacjach interpersonalnych i strata bliskich osób. Na drugim miejscu uplasowały się trudności prawne oraz związane z przestrzeganiem dyscypliny szkol-

nej. Trzecie miejsce zajmują kłopoty materialne. Jak już wspomniano, największe znaczenie mają trudności w relacjach interpersonalnych i straty, np. w genezie autodestrukcji ważną przyczyną jest strata jednego z rodziców na skutek śmierci lub rozwoju¹⁰. Daje to pewne wskazówki dotyczące terapii i profilaktyki oraz zwraca uwagę na znaczenie interwencji kryzysowej i jej technik skierowanych na problemy w relacjach z innymi ludźmi¹¹. Pewnego podsumowania wskaźników ryzyka u dorastających dokonali Berman i Jobes¹². Wyłonili grupy młodzieży, które powinny być objęte szczególnymi działaniami profilaktycznymi. Należą do nich:

1. Dorastający w depresji.
2. Osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków, które mogą służyć jako swoisty sposób walki z depresją.
3. Młodociani ujawniający cechy zaburzeń osobowości (*borderline* lub schizotypicznej). Charakterystyczne dla nich są niekontrolowane wybuchy agresji, impulsywność, brak stabilizacji w relacjach interpersonalnych.
4. Dorastający o cechach osobowości antyspołecznej lub zdradzający zaburzenia zachowania.
5. Osoba izolowana, żyjąca na peryferiach grupy rówieśniczej, stroniąca od koleżanek i kolegów.
6. Szkolny perfekcjonista, „gwiazda” odczuwająca zagrożenie, gdy nie dorasta do wymarzonego poziomu osiągnięć.
7. Młodzi ludzie z rozpoznaniem psychozy, mający halucynacje lub ataki paniki.
8. Dorastający w czasie trwania kryzysu psychicznego.

Wymienione osoby w mniejszym lub większym stopniu są naznaczone szczególnym ryzykiem samobójstwa. U wszystkich można zapobiec samobójstwu poprzez interwencję kryzysową lub psychoterapię. Wstępny warunek pomocy to wyodrębnienie tych osób spośród grona uczniów i okazanie im troski i zainteresowania.

⁶ Ibidem.

⁷ Greenhill L., Waslick B. *Management of Suicidal Behavior in Children and Adolescents*, The Psychiatric Clinics of North America nr 3/1997, s. 641-661.

⁸ Furman V., Simon V.A. *Homophity in Adolescent Romantic Relationships* [w:] Mitchell J., Prinstein K.A., Dodge T. [eds.] *Understanding Peer Influence in Children and Adolescents*, The Guilford Press 2008; Beautrais A., Joyce P.R., Mulder R. *Precipitating Factors and Life Events in Serious Suicide Attempts Among Youth Aged 13 Through 24 Years*, Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry nr 11/1997, s. 1543-1550.

⁹ Beautrais A., Joyce P.R., Mulder R. *Precipitating Factors and Life Events in Serious Suicide Attempts Among Youth Aged 13 Through 24 Years*, Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry nr 11/1997, s. 1543-1550.

¹⁰ Philips D. *Review of the Influence of Parental Absence upon Suicidal Behavior*, Resumed 10th International Congress for Suicide Prevention and Crisis Intervention, Ottawa, Canada 1979, s. 17-20.

¹¹ Pfeffer C.L., Normandin L., Kakuma T. *Suicidal Children Grow Up: Relations Between Family Psychopathology and Adolescents Lifetime Suicidal Behavior*, Journal Nervous Mental Disease nr 188/1998, s. 269-275.

¹² Berman A., Jobes D.A. *Adolescent Suicide. Assessment and Intervention*, American Psychological Association, Washington DC 1991.

Profilaktyka samobójstw u dorastających zależy głównie od wyłonienia osób zagrożonych samobójstwem¹³. Stąd też nieoceniona jest pomoc nauczycieli mających duże możliwości obserwacji uczniów.

Niektórzy badacze usiłują wyodrębnić odmienne czynniki ryzyka dla samobójstw dokonanych i usiłowanych. Do czynników ryzyka samobójstw dokonanych w większym stopniu należą: zaburzenia psychiczne, tendencje do impulsywnych reakcji agresywnych, używanie lub nadużywanie środków odurzających. Samobójstwo poprzedzone jest doświadczeniami stresowymi, rozczarowaniem i odrzuceniem¹⁴.

Istotne jest to, że większość badaczy stwierdza u dorastających samobójców diagnostyczne zaburzenia psychiczne¹⁵. Przyjaciele i krewni samobójcy stwierdzają, że na krótko przed śmiercią doznawał on intensywnego gniewu i niepokoju. Większość samobójców nadużywała alkoholu i używała narkotyków, wielu z nich miało już na swoim koncie próby samobójstwa¹⁶.

Próby samobójstw wśród młodych ludzi zdarzają się częściej niż samobójstwa popełnione. Należy pamiętać, że każda próba samobójstwa jest groźnym ostrzeżeniem, stanowi ryzyko popełnienia samobójstwa. Ponadto granica pomiędzy samobójstwem usiłowanym i dokonany jest wąska. Można samobójstwo usiłowane traktować jako nieudane samobójstwo¹⁷. I tak brak wiedzy o skuteczności niektórych metod pozbawiania się życia, np. dobranie nieodpowiedniej dawki leków, może spowodować, że zamach na własne życie nie powiodł się.

Zarówno samobójstwo popełnione, jak i usiłowanie go poprzedza nasilenie gniewu, niepokoju, poczucia beznadziejności, depresja.

Poczucie beznadziejności pośredniczy pomiędzy depresją i zamachem na własne życie; dotyczy to każdej grupy wiekowej¹⁸. Poczucie beznadziejności zdaje się być najważniejszym predykatorem samo-

bójstwa. Jeżeli istnieje nadzieja, że problemy zostaną rozwiązane, ból psychiczny minie, samobójstwo staje się zbędne. W samobójstwie bowiem dużą rolę odgrywa ból psychiczny, który wydaje się nie do zniesienia. Zamach na własne istnienie traktować można jako próbę zdruzgotania tego bólu, unicestwienia świadomości¹⁹. Osoba myśląca o samobójstwie postrzega śmierć z własnej ręki jako jedyny sposób rozwiązania własnych problemów życiowych lub wyjścia z sytuacji. Negatywnie ocenia siebie jako osobę niekompetentną, bezradną, niemogącą siebie zmienić. Często siebie potępia i ocenia. Poczucie beznadziejności i niechęć do znoszenia bólu i cierpienia wywołuje pragnienie ucieczki, śmierć jawi się jako bardziej wartościowa niż życie. Większość ludzi myślących o samobójstwie odczuwa depresję i poczucie beznadziejności²⁰.

W profilaktyce samobójstw ważne jest – na wagę życia – przekształcenie poczucia beznadziejności w nadzieję na poprawę losu. Nawet mały promyk nadziei może spowodować odsunięcie perspektywy śmierci z własnej ręki.

Nadzieja jest również bardzo istotnym predykatorem osiągnięć szkolnych, zatem wiąże się z profilaktyką samobójstw również w pośredni sposób, bowiem niepowodzenia szkolne są często udziałem młodocianych samobójców. Pomiar nadziei pozwala na przewidzenie wyników ukończenia szkoły średniej z sześciolatnim wyprzedzeniem²¹. Jest to ważne z punktu widzenia profilaktyki samobójstw. Niepowodzenia szkolne stanowią cios dla poczucia własnej wartości, ponadto często oznaczają niespełnienie oczekiwań rodziców, stanowiące czynnik ryzyka samobójstw.

Profilaktykę samobójstw znacznie utrudnia fakt, że myśli o samobójstwie i zamachy na własne życie często wiążą się z psychopatologicznymi zaburzeniami najbliższych krewnych. Należą do nich antyspołeczna osobowość, nadużywanie alkoholu lub używanie narkotyków, stosowanie przemocy, tendencje autodestrukcyjne²². Niepośledni wpływ na

¹³ Mauri J., Marttunen M.D., Hillevi M., Lönnqvist J.K. *Precipitant Stressors in Adolescent Suicide*, Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry nr 6/1993, s. 1178-1183.

¹⁴ Greenhill L., Waslick B. *Management of Suicidal Behavior in Children and Adolescents*, ibidem.

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Henden J. *Preventing Suicide. The Solution Focused Approach*, ibidem.

¹⁸ Beck A.T. *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, International Universities Press, New York 1976.

¹⁹ Shneidman E.S. *The Suicidal Mind*, New York, Oxford University Press, 1996.

²⁰ Brown S.K., Beck A.T., Streer R.A., Grisham J.R. *Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study*, Academic Press, San Francisco 2000.

²¹ Curry L.A., Snyder C.R. *Hope Takes the Field: Mind Matters in Athletic Performances* [w:] Snyder C.R. [ed.] *Handbook of Hope. Theory, Measures and Applications*, Academic Press, San Francisco 2000.

²² Pfeffer C.L., Normandin L., Kakuma T. *Suicidal Children Grow Up: Relations Between Family Psychopathology and Adolescents Lifetime Suicidal Behavior*, ibidem.

rozwój tendencji autodestrukcyjnych ma maltretowanie dziecka (fizyczne, seksualne, emocjonalne). Dzieci maltretowane mogą mieć trudności z nawiązywaniem poprawnych relacji z rówieśnikami i dorosłymi. Owocuje to izolacją od rówieśników lub wiązaniem się z nimi w sposób antagonistyczny. To zaś może stać się przyczyną rozpacz i poczucia beznadziejności – stąd prosta droga do zamachu na własne życie²³.

Z badań wynika²⁴, że wczesne rozpoznanie wskaźników samobójstw może odegrać zasadniczą rolę w zapobieganiu autodestrukcji, na przykład poprzez promowanie wśród rodziców, nauczycieli, pracowników służby zdrowia świadomości roli poprawnych relacji interpersonalnych. W dodatku można zapobiegać rozwojowi zachowań autodestrukcyjnych, pomagając rodzicom w zmianie ich niewłaściwych postaw i sposobów wychowawczych. Można ich również nakłonić, aby podjęli leczenie psychiatryczne, gdy sytuacja tego wymaga. Jest to niezwykle trudne zadanie, w wielu przypadkach skazane na niepowodzenie. Wówczas pozostaje tylko wsparcie dla młodych ludzi wywodzących się z takich rodzin.

Szkola a zapobieganie samobójstwu

W proces zapobiegania samobójstwu należy włączyć szkoły. Farnsworth²⁵ sądzi, że zapobieganie samobójstwu dzięki interwencji szkolnej może się udać przy przestrzeganiu pewnych zasad:

1. Należy podejrzewać zainteresowanie samobójstwem i działaniami suicydalnymi u każdej depresyjnej osoby odczuwającej niepokój.

Tutaj pole do działania mają nauczyciele, którzy w czasie lekcji mają okazję do obserwowania swoich uczniów. W razie niepokojących zjawisk mogą skierować ucznia do psychologa lub pedagoga szkolnego.

2. Uczeń powinien wiedzieć, że może swobodnie mówić o swych uczuciach i nie spotka go kara.

Należy również dodać, że zarówno nauczyciele, jak i ich uczniowie powinni wiedzieć, że nie obo-

wiązuje ich zachowanie tajemnicy, gdy dowiedzą się o myślach samobójczych i planach popełnienia samobójstwa. Tutaj dyskrecja nie obowiązuje. Dorastający powinien uzyskać profesjonalną pomoc.

3. Ważne jest nawiązanie ciepłych, naznaczonych akceptacją relacji z uczniem podejrzanym o pragnienie samobójstwa.

W wielu przypadkach jest to trudne. Do grona zagrożonych samobójstwem należą uczniowie uzależnieni od środków odurzających, sprawiający trudności wychowawcze, borykający się z problemami prawnymi i trudnościami w nauce. Ujawniają agresję lub mają tendencję do nadmiernego jej tłumienia²⁶. W kalejdoskopie uczuć osób usiłujących popełnić samobójstwo i u tych, którzy je popełniają, występuje gniew, który u dzieci pojawia się niezależnie od agresji²⁷.

4. Ważne jest zachowanie otwartej linii komunikacji.

Uczeń powinien mieć świadomość, że może zwierzyć się nauczycielowi ze swych problemów bez narażania się na szyderstwa, kpinę lub odrzucenie. Przeciż zagrożeni samobójstwem często wywodzą się z dysfunkcyjnych rodzin i powinni mieć możliwość zwerbalizowania swoich problemów. Jak to przyjęła Alice Miller²⁸, ból z powodu zadanej rany nie przynosi nikomu ujmy. Jeśli jednak werbalne lub pozawerbalne wyrażanie go jest zabronione lub zdławione przemocą, to zakłóca to normalny rozwój jednostki i staje się podstawą psychopatologicznych zaburzeń. Świadome wyrażanie żalu do rodziców jest korzystne, wytrąca z apatii i w najszczęśliwszym przypadku prowadzi do pojednania. Niejednokrotnie pierwszym powiernikiem staje się zaufany nauczyciel. Istotne jest, aby nie zawiódł zaufania i w razie konieczności doradził profesjonalną pomoc.

5. Należy zawiadomić rodziców lub inne osoby znaczące²⁹ o podejrzeniu lub dowodach, że uczeń planuje popełnić samobójstwo³⁰.

Ostatni warunek wydaje się być konieczny, ale również nietławy do spełnienia. Często bowiem bliscy

²³ Johnson J.G., Cohen P., Gould M.S., Kaseh S., Brown J., Brook J.S. *Childhood Adversities, Interpersonal Difficulties and Risk for Suicide Attempts During Late Adolescence and Early Adulthood*, *Archiwum General Psychiatry* nr 59/2002, s. 741-748.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Farnsworth D.L. *Psychiatry. Education and the Young Adult*, Springfield III, Charles C. Thomas, 1966.

²⁶ Pilecka B. *Osobowościowe korelaty prób samobójczych u młodzieży*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2005.

²⁷ Greenhill L., Waslick B. *Management of Suicidal Behavior in Children and Adolescents*, ibidem.

²⁸ Miller A. *Zniewolone dzieciństwo. Ukryte źródła tyranii*, Media Rodzina, Poznań 1999.

²⁹ Język naukowy – chodzi o osoby mające dla kogoś znaczenie [przyp. red.].

³⁰ Shoben E.J. *Student, Stress and College Experience, Report on the Conference on Student Stress*, National Student Assessment Washington DC 1966.

dorastającego zdradzają zaburzenia osobowości lub są uzależnieni od środków odurzających. Kontakt z nimi jest trudny. Świadczą o tym badania Wolk-Wassesman³¹, dotyczące osób po próbie samobójczej w kontekście postaw wobec osób znaczących. Rzucają one światło na rolę osób znaczących w zapobieganiu samobójstwom. Wolk-Wassesman³² wyłoniła następujące rodzaje reakcji interpersonalnych osób znaczących na komunikat bliskiego o zamiarze pozbawienia się życia:

- a. milczenie przez potencjonalnego samobójcę jako negatywna reakcja lub obojętność,
- b. ambiwalencja uczuć,
- c. agresywność.

Wiele z osób bliskich pragnęło, aby potencjalny samobójca umarł. Pragnienie cudzej śmierci posłużyło tutaj jako operacyjna definicja agresji i pojawiło się w sposób werbalny lub poprzez pozostawienie osoby zupełnie samej, gdy stało się pewne, że samobójstwo jest już nieodwracalne. Zatem niejednokrotnie nie można liczyć na pomoc bliskich w zapobieganiu samobójstwom.

Profilaktyka samobójstw u dorastających

Istnieje wiele sposobów zapobiegania samobójstwom. Szczególnie przydatne w przypadku niektórych osób wydają się sposoby profilaktyki zachowań autodestrukcyjnych wymienione przez Shneidmana i współautorów³³:

1. Doskonalenie umiejętności rozpoznawania potencjalnego zagrożenia samobójstwem przez wszystkich ludzi, którzy mogą temu zapobiec.

Temu celowi mogą służyć na przykład programy profilaktyczne w szkołach.

2. Uświadomienie każdemu człowiekowi, który może znaleźć się w sytuacji grożącej samobójstwem, aby „wołał o pomoc”.

Nie należy bowiem zapominać, że każdy z nas jest potencjalnym samobójcą. W obecnej dobie samobójstwo często jest traktowane *jako normalna reakcja normalnego człowieka na nienormalne doświadczenia*³⁴. Każdy więc może znaleźć się w sy-

tuacji przekraczającej jego umiejętności zmagania się z problemami, musi jednak wiedzieć, że pomoc jest dostępna i możliwa.

3. Zapewnienie środków reagowania na kryzysy suicydalne, czyli naznaczone myślami i pragnieniem samobójstwa. Postulat ten dotyczy dostępności ośrodków interwencji kryzysowej i telefonów zaufania.
4. Rozpowszechnienie wiedzy na temat samobójstwa.

O samobójstwie krąży wiele mitów. Dwa spośród nich najbardziej utrudniają pracę z osobami znajdującymi się w kryzysie:

1. Omawianie możliwości samobójstwa może skłonić rozmówcę do podjęcia lub zrealizowania takiego zamiaru.
2. Ludzie grożący samobójstwem nie popełniają go³⁵.

Oba te mity zostały obalone na podstawie badań empirycznych. Należy zatem zadawać bezpośrednio pytania, czy człowiek zamierza popełnić samobójstwo, jak i poważnie traktować wszelkie ostrzeżenia, najczęściej stanowiące specyficzny sposób wołania o pomoc. Wielu ludzi popełniło samobójstwo, gdy ich ostrzeżenia nie były traktowane na serio. Nie udzielano im pomocy. Z drugiej zaś strony mogą się zdarzać przypadki manipulacji innymi przy pomocy gróźb samobójstwa. W praktyce nie jest łatwo odróżnić manipulacje od prawdziwych ostrzeżeń. Najbezpieczniej jest przyjąć stanowisko Shneidmana³⁶, że najważniejsze jest traktowanie zamachu na własne życie i jego gróźb jako próby zniszczenia, unicestwienia bólu psychicznego. Rozwiązanie problemu oznacza, że samobójstwo nie jest już potrzebne. Zatem należy przede wszystkim zastanawiać się, jak pomóc młodemu człowiekowi, a nie analizować, czy manipuluje.

Rodzina, przyjaciele, znajomi i również nauczyciele mogą wiele zrobić, aby zapobiec samobójstwom. Ważne jest, aby osoba chcąca popełnić samobójstwo zaakceptowała siebie. Często bowiem potrzebuje bezpośredniego komunikatu, że jest kimś wartościowym i zasługuje, żeby żyć. Można też po-

³¹ Wolk-Wasserman D. *Suicide Patients Comprehension of Significant Others Attitudes Toward Them*. *Current Issues of Suicidology*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 1988, s. 193-203.

³² Ibidem.

³³ Shneidman E.S. *The Suicidal Mind*, ibidem.

³⁴ Henden J. *Preventing Suicide. The Solution Focused Approach*, s. 24.

³⁵ James R.K., Gilliland B.E. *Strategie Interwencji Kryzysowej*, ibidem.

³⁶ Shneidman E.S. *The Suicidal Mind*, ibidem.

móc jej w tym, aby pozwoliła sobie na bycie zwyczajnym człowiekiem, wyzbyła się perfekcjonizmu³⁷.

Istnieją pewne zasady postępowania z młodymi ludźmi i dziećmi o tendencjach autodestrukcyjnych. Zalecenia te obowiązują zarówno profesjonalistów, jak i laików:

1. Ufaj swojemu podejrzeniu, że dorastający może mieć tendencje autodestrukcyjne.
2. Powiedz mu, że obawiasz się o niego, a potem go wysłuchaj.
3. Zadawaj bezpośrednie pytania, np. czy myśli o samobójstwie, a jeżeli tak, to czy ma już plan sposobu popełnienia samobójstwa, czy wybrał czas i miejsce. Wybór sposobu, czasu i miejsca znacznie zwiększa ryzyko samobójstwa.
4. Nie okazuj, że jesteś zszokowany uzyskanymi informacjami. Nie dyskutuj o tym, czy samobójstwo jest dobre czy złe ani też nie prowadź poradnictwa, jeżeli nie masz do tego kwalifikacji. Ponadto nie przyrzekaj, że zachowasz wiedzę o zamiarach samobójstwa w tajemnicy.
5. Nie zostawiaj osoby samej, jeżeli sądzisz, że grozi jej samobójstwo.
6. Zwróć się o pomoc do specjalisty, np. terapeuty.
7. Upewnij się, że uczeń jest bezpieczny, a osoby dorosłe odpowiedzialne za niego zostały zawiadomione.
8. Zapewnij ucznia, że podjęto działania, że jego pragnienie śmierci z własnej ręki nie zostało zlekceważone i że z czasem zagrożenie stopniowo minie.
9. Wytłumacz, że życie to codzienny proces, że pomoc jest w zasięgu ręki i że konieczne jest zwracanie się o nią, ilekroć nasila się pragnienie samobójczej śmierci.
10. Przyjmij aktywną i autorytatywną rolę na tyle, na ile jest to konieczne, aby chronić ucznia zagrożonego samobójstwem.
11. Po przejściu ostrej fazy kryzysu nadal obserwuj dziecko. Wielu ludzi popełniło samobójstwo, gdy kryzys w najostrejszej formie minął³⁸.

Nieocenionym wsparciem dla młodocianych mogą być nauczyciele mający bliski kontakt z dziećmi, szkoła zatem może odegrać istotną rolę w profi-

laktyce samobójstw. Trzeba jednak pamiętać, że zapobieganie samobójstwu nie jest łatwe. Czasem bowiem samobójstwo młodocianego zdarza się w najbardziej korzystnym środowisku rodzinnym i szkolnym. Trudno je przewidzieć, bo po pierwsze jest ono zjawiskiem rzadko występującym, po drugie większość pacjentów depresyjnych nie odbiera sobie życia, a po trzecie dorastający często myślą o samobójstwie³⁹.

Każda samobójcza śmierć, zwłaszcza młodego człowieka, jest prawdziwym dramatem, zaprzeczeniem życia. Ocalenie życia potencjalnemu samobójcy, nawet wbrew niemu, jest dużym osiągnięciem oraz obowiązkiem, od którego nie można się uchylać.

Bibliografia

1. Beautrais A., Joyce P.R., Mulder R. *Precipitating Factors and Life Events in Serious Suicide Attempts Among Youth Aged 13 Through 24 Years*, Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry nr 11/1997.
2. Beck A.T. *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, International Universities Press, New York 1976.
3. Berman A., Jobes D.A. *Adolescent Suicide. Assessment and Intervention*, American Psychological Association, Washington DC 1991.
4. Brown S.K., Beck A.T., Streer R.A., Grisham J.R. *Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study*, Academic Press, San Francisco 2000.
5. Curry L.A., Snyder C.R. *Hope Takes the Field: Mind Matters in Athletic Performances* [w:] Snyder C.R. [ed.] *Handbook of Hope. Theory, Measures and Applications*, Academic Press, San Francisco 2000.
6. Farnsworth D.L. *Psychiatry. Education and the Young Adult*, Springfield III, Charles C. Thomas, 1966.
7. Furman V., Simon V.A. *Homophily in Adolescent Romantic Relationships* [w:] Mitchell J., Prinstein K.A., Dodge T. [eds.] *Understanding Peer Influence in Children and Adolescents*, The Guilford Press 2008.
8. Greenhill L., Waslick B. *Management of Suicidal Behavior in Children and Adolescents*, The Psychiatric Clinics of North America nr 3/1997.
9. Henden J. *Preventing Suicide. The Solution Focused Approach*, Wiley J. and Sons, Ltd. New York 2008.
10. James R.K., Gilliland B.E. *Strategie Interwencji Kryzysowej*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2004.
11. Johnson J.G., Cohen P., Gould M.S., Kaseh S., Brown J., Brook J.S. *Childhood Adversities, Interpersonal Difficulties and Risk for Suicide Attempts During Late Adolescence and Early Adulthood*, Archiwum General Psychiatry nr 59/2002.

³⁷ James R.K., Gilliland B.E. *Strategie Interwencji Kryzysowej*, ibidem.

³⁸ Ibidem.

³⁹ Zimetkin A.J., Alter M.R., Yeminini B.S.T. *Suicide in Teenagers. Assessment, Management and Prevention*, JAMA nr 4/2001, s. 3120-3124.

12. Litman R.E. *Long-term treatment of chronically suicidal patients*, Bulletin of the Menninger Clinic nr 53/1989.
13. Mauri J., Marttunen M.D., Hillevi M., Lönnqvist J.K. *Precipitant Stressors in Adolescent Suicide*, Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry nr 6/1993.
14. Miller A. *Zniewolone dzieciństwo. Ukryte źródła tyranii*, Media Rodzina, Poznań 1999.
15. Mitchell J., Prinstein K.A., Dodge T. *Understanding Peer Influence in children and Adolescents*, The Guilford Press 2008.
16. Pfeffer C.L., Normandin L., Kakuma T. *Suicidal Children Grow Up: Relations Between Family Psychopathology and Adolescents Lifetime Suicidal Behavior*, Journal Nervous Mental Disease nr 188/1998.
17. Philips D. *Review of the Influence of Parental Absence upon Suicidal Behavior*, Resumed 10th International Congress for Suicide Prevention and Crisis Intervention, Ottawa, Canada 1979.
18. Pilecka B. *Osobowościowe korelaty prób samobójczych u młodzieży*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2005.
19. Ringel E. *Gdy życie traci sens*, Glob, Warszawa 1987.
20. Shneidman E.S. *The Suicidal Mind*, New York, Oxford University Press, 1996.
21. Shneidman E.S., Farberow N.L., Litman R.E. *The Psychology of Suicide*, New York Aronson 1976.
22. Shoben E.J. *Student, Stress and College Experience*. Report on the Conference on Student Stress, Washington D.C., National Student Assessment 1966.
23. Thompson E.A. *Using the Suicide Risk Screen to Identify Suicidal Adolescent Among Potential High School Dropout*, Journal Academic Child Adolescent Psychiatry nr 12/1999.
24. Wolk-Wasserman D. *Suicide Patients Comprehension of Significant Others Attitudes Toward Them*. *Current Issues of Suicidology*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 1988.
25. Zametkin A.J., Alter M.R., Yeminini B.S.T. *Suicide in Teenagers. Assessment, Management and Prevention*, JAMA nr 4/2001.

Autorka jest pracownikiem naukowym Instytutu Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego

*Życie nie jest lepsze ani gorsze
od naszych marzeń,
jest tylko zupełnie inne.*

William Shakespeare