

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)
Biuro Rzecznika Praw Dziecka
Ministerstwo Edukacji Narodowej
Polskie Towarzystwo Suicydologiczne

ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM

**PORADNIK DLA NAUCZYCIELI
I INNYCH PRACOWNIKÓW SZKOŁY**

Część I:

Przygotowanie: *Biuro Rzecznika Praw Dziecka*
Redakcja merytoryczna: *Włodzimierz A. Brodnik*
Redakcja i korekta: *Maria Aleksandrow*

© Copyright by Rzecznik Praw Dziecka, Warszawa 2007

Część II:

Tytuł oryginału angielskiego: *Preventing Suicide. A Resource for Teachers and Other School Staff*
Wydawca: *Mental and Behavioral Disorders Department of Mental Health, World Health Organization, Geneva 2000*
Przekład: *dr Barbara Mroziak*

© Copyright by Polskie Towarzystwo Suicydologiczne

Wydano za zgodą Światowej Organizacji Zdrowia (TR/02/114-118
z dn. 3.07.2002)

Projekt graficzny okładki: *Szymon Chojnacki*
Przygotowanie do druku: *MathMaster Studio*
Druk:

Nakładem Ministerstwa Edukacji Narodowej
Wydawca: *Fraszka Edukacyjna Sp. z o.o.*
www.fraszka.edu.pl

ISBN 978-83-88839-49-8

SPIS TREŚCI

CZĘŚĆ I

Przesłanie Rzecznika Praw Dziecka	5
Przesłanie Ministra Edukacji Narodowej	6
Podstawowe problemy prewencji samobójstw dzieci i młodzieży. Wprowadzenie <i>Włodzimierz A. Brodniak</i>	7
Rola higieny psychicznej w zapobieganiu samobójstwom dzieci i młodzieży <i>Brunon Hołyst</i>	13
Rozwój wartości afirmujących życie profilaktyką zachowań suicydalnych młodzieży <i>Czesław Cekiera</i>	25
Programy zapobiegania samobójstwom w amerykańskich szkołach <i>Brunon Hołyst</i>	31
Wpływ zaburzeń psychicznych na ryzyko samobójstwa wśród młodzieży <i>Agnieszka Gmitrowicz</i>	40
Strategie zapobiegania samobójstwom młodzieży <i>Anna Staszewska</i>	51

CZĘŚĆ II – Broszura Światowej Organizacji Zdrowia

Wstęp <i>J.M. Bertolote</i>	59
Cel wydawnictwa	61
Niedoceniany problem	62
Czynniki ochronne	63
Czynniki ryzyka i sytuacje ryzykowne	64
Jak rozpoznać uczniów w złym stanie emocjonalnym, którym może zagrażać samobójstwo	70
Jak prowadzić w szkole uczniów o skłonnościach samobójczych	72
Podsumowanie zaleceń	78
Wykaz literatury	80



PRZESŁANIE RZECZNIKA PRAW DZIECKA

Nie ma życia ludzkiego „usłanego kwieciami”, nawet gdyby ktoś jak w bajce urodził się królową czy królewiczem. Niepowodzenia, smutki, przykrości, choroby lub niedostatki zdarzają się każdemu i w każdym przedziale wiekowym, nie omijając nawet – wydawałoby się beztrudnego – dzieciństwa. Dobrze, jeżeli dziecko czy młody człowiek wynosi z domu rodzinnego doświadczenie miłości, wsparcia i zrozumienia oraz silne poczucie wartości ideowo-moralnych, doświadczenie wiary i wartości, które umacniają w chwilach stresów i niepokoїв młodzieńczych.

Osobnicza psychofizyczna struktura człowieka powoduje, że jeden łatwiej sobie radzi z przeciwnościami losu, umie stawiać czoła nawet dramatycznym sytuacjom, a inny bez wsparcia zamyka się w sobie, załamuje się. W młodzieńczym wieku te psychiczne siły odpornościowe dopiero kształtują się, młodzi są jak trzcina kołysząca się na wietrze. W tym okresie u człowieka występuje szczególnie drażliwość zwłaszcza w obliczu niezrozumienia, a szczególnie zlekceważenia, ośmieszenia, nie mówiąc o szyderstwie czy agresji rówieśniczej, zarówno fizycznej, jak i psychicznej, przybierającej postać dręczenia lub szantażu.

Dobrze, jeżeli młodemu człowiekowi towarzyszą kochający rodzice, pomocni nauczyciele, wychowawcy oraz rówieśnicze grono prawdziwych przyjaciół. W przeciwnym wypadku do rozpacz, depresji i jej następstw w postaci rezygnacji z życia już tylko krok. Wszyscy obecni wokół dziecka możemy mu pomóc lub stać się współwinnymi kroku ostatecznego, tragicznego i nieodwracalnego.

Ewa Sowińska

PRZESŁANIE MINISTRA EDUKACJI NARODOWEJ

Wraz ze Światową Organizacją Zdrowia, Biurem Rzecznika Praw Dziecka oraz Polskim Towarzystwem Suicydologicznym, Ministerstwo Edukacji Narodowej oddaje w ręce nauczycieli i wychowawców cenną publikację, która wypełnia – przynajmniej częściowo – lukę na polskim rynku księgarskim w zakresie publikacji poświęconych zjawisku samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Dotychczas Polska nie wdrożyła żadnego programu przeciwdziałania tego rodzaju dramatycznym zdarzeniom. Jest to więc szczególne wyzwanie także dla resortu edukacji, który zajmuje się nie tylko przekazywaniem wiedzy, ale i wychowaniem młodych ludzi. Właśnie szkoła jest miejscem, w którym wykwalifikowana kadra pedagogów ma szansę wcześniej dostrzec problemy młodego człowieka, wykraczające często swym zasięgiem poza szkolne mury, ale manifestujące się także w ich obrębie.

Nie zawsze zachowania niezgodne z przyjętymi standardami szkolnymi są u uczniów wynikiem zwykłej niesubordynacji czy pospolitego chuligaństwa. Bywa, że agresja wobec otoczenia rodzi się z głębokich stanów depresyjnych, a te wynikają z sytuacji rodzinnej, problemów egzystencjalnych czy zdrowotnych. Nie zawsze nauczyciele i koledzy ze szkolnej ławy zdają sobie w pełni sprawę ze stanu psychiki i życiowych kłopotów osób, z którymi przebywają na co dzień. Praca, która trafia dzisiaj do rąk nauczycieli i wychowawców, pomoże im w sytuacjach, które nie tylko dla potencjalnych samobójców, ale także dla ich otoczenia są niezmiernie trudne. Jak sobie z nimi radzić? Niewątpliwie oprócz życzliwego i empatycznego podejścia do każdego młodego człowieka, potrzebna jest fachowa wiedza. Młodzież wymaga w podobnych okolicznościach profesjonalnej pomocy i wsparcia.

Za szczególnie istotne uważam takie kształtowanie świadomości i psychiki młodzieży, aby w procesie edukacji zachowany był – tu posłużę się cytatem z opracowania – „prymat osoby nad rzeczą, etyki nad techniką, prawa nad przemocą oraz służby nad prywatą”. Jest to znakomite przesłanie nie tylko dla uczniów, ale przede wszystkim dla pedagogów. Od nich zależy nie tylko przygotowanie kadr fachowców, którzy w przyszłości obejmą stery rządów w polityce i gospodarce naszego kraju, ale także życie sporej grupy młodych podopiecznych, którzy wrażliwością i podatnością na stres przewyższają często resztę swoich rówieśników.

Dziękuję wszystkim autorom tej ważnej publikacji oraz tym osobom oraz instytucjom, które przyczyniły się do jej powstania.

Ryszard Legutko

Włodzimierz A. Brodniak

PODSTAWOWE PROBLEMY PREWENCJI SAMOBÓJSTW DZIECI I MŁODZIEŻY. WPROWADZENIE

W 1999 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zainicjowała globalny program zapobiegania samobójstwom, w skrócie nazwany SUPRE (Suicide Prevention).

W 2002 roku w ramach tego programu opracowano zestaw narzędzi i zadań w formie protokołu dla realizacji międzynarodowych, wielośrodkowych badań, które obecnie są prowadzone w kilkunastu krajach pod nazwą Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS.

Strategia biura WHO w Europie pt. *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku – Ramy polityki zdrowotnej w regionie europejskim WHO na lata 2000–2015* w zakresie celu 6.2 postuluje *zmniejszenie co najmniej o jedną trzecią (33%) współczynników samobójstw, przede wszystkim w krajach i grupach o wysokich współczynnikach*. W styczniu 2005 roku ministrowie zdrowia z 53 krajów z regionu europejskiego WHO, Dyrektor Regionalnego Biura WHO w Europie oraz przedstawiciele Komisji Europejskiej i Rady Europy podpisali w Helsinkach Deklarację o Ochronie Zdrowia Psychicznego i Plan Działań na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy.

W ramach Planu Działań jednym z priorytetowych celów i zadań w polityce zdrowotnej stały się problemy zapobiegania samobójstwom.

Na 12 sformułowanych działań na lata 2005–2010 zadanie nr 3 brzmi następująco: *włączenie programów prewencji problemów zdrowia psychicznego i prewencji samobójstw do polityki narodowej*.

Ta Deklaracja i Plan Działań są oficjalnie zaaprobowane jako wytyczne dla prac Komisji Europejskiej w formułowaniu polityki w zakresie zdrowia publicznego.

Na 38 krajów europejskich tylko w 20 są narodowe programy lub strategie zapobiegania samobójstwom, w tym w 6 mają rangę ustawy parlamentarnej. W kilku dalszych takie programy są w trakcie tworzenia przy pomocy WHO.

Polska nie ma żadnej krajowej strategii ani programu zapobiegania samobójstwom, jest to dopiero planowane w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, którego wprowadzenie do realizacji jest w fazie zaawansowanych prac rządowych i legislacyjnych.

Zapobieganie samobójstwom wśród dzieci i młodzieży jest jednym z priorytetowych celów i zadań we wszystkich narodowych programach i strategiach. Także w roboczej wersji opracowanego w Polsce w 2002

roku przez zespół pod kierunkiem ówczesnego specjalisty krajowego w dziedzinie psychiatrii, prof. Stanisława Puzyńskiego, programu, którego współautorem był piszący to wprowadzenie, problem zachowań samobójczych wśród młodocianych był jednym z najważniejszych zadań i celów prewencyjnych. Program ten w projektowanym opracowaniu nowej znacznie rozszerzonej i zmodyfikowanej wersji jest planowany do włączenia jako aneksu do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Ministerstwo Edukacji Narodowej od roku 2004 wykonuje lub koordynuje wiele zadań w ramach realizacji Narodowego Planu Działania na Rzecz Dzieci, który powstał w następstwie przyjęcia programu *World Fit for Children (Świat dla Dzieci)* przez uczestników Światowego Szczytu Organizacji Narodów Zjednoczonych w sprawach Dzieci (Nowy Jork, maj 2002). W odpowiedzi na tę inicjatywę Biuro Rzecznika Praw Dziecka w czerwcu 2003 roku zorganizowało Narodowy Szczyt w sprawach Dzieci z udziałem parlamentarzystów, członków rządu oraz organizacji trzeciego sektora. Z kolei w grudniu 2006 roku Rzecznik zaprezentował na otwartej konferencji międzyresortowej projekt Narodowej Strategii Bezpieczeństwa Dzieci, którego wdrożenie do realizacji jest planowane w roku 2008. Część zadań w ramach tej strategii związanych jest także z zapobieganiem zachowaniom samobójczym wśród dzieci.

W roku 2006 Ministerstwo Edukacji Narodowej na podstawie uchwały Rady Ministrów rozpoczęło realizację rządowego programu poprawy stanu bezpieczeństwa w szkołach i placówkach oświatowych pod nazwą „Zero tolerancji dla przemocy w szkołach”. Program ten cieszy się dużą akceptacją społeczną.

Należy zaznaczyć, że zachowania agresywne i wszelka przemoc w wymiarze biologicznym, psychologicznym i społecznym jest ściśle powiązana z problemem zachowań samobójczych, które określa się także mianem zachowań autoagresywnych lub autodestrukcyjnych.

Poniżej przedstawimy kilka wstępnych uwag i refleksji na podstawie doświadczeń i badań naukowych na temat wzajemnych związków między bezpieczeństwem dzieci i młodzieży w procesie ich wychowania i rozwoju psychofizycznego a ryzykiem zachowań samobójczych.

Bezpieczeństwo dzieci jest uzależnione przede wszystkim od stopnia bezpieczeństwa rodziny w wymiarach: ekonomicznym, socjalnym, zdrowotnym, emocjonalnym, a także osobistym w zakresie ochrony dóbr, nietykalności cielesnej, zdrowia, życia i porządku publicznego. Poczucie bezpieczeństwa dziecka, po zapewnieniu tych podstawowych warunków,

w równie istotnym zakresie jest uwarunkowane jakością więzi między dzieckiem i rodzicami oraz między matką i ojcem. Ogromna liczba badań naukowych i codzienna praktyka jednoznacznie wykazały, że wszelkie dysfunkcje i patologie w rodzinie, obejmujące przemoc między rodzicami lub w stosunku do dziecka, rozwód lub separacja, nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych przez jednego lub oboje rodziców, molestowanie seksualne dziecka i inne działania przestępcze rodziców, są podstawowymi determinantami kreującymi w cyklu życia podobne zachowania dewiacyjne wśród dzieci wychowywanych w takich stresujących warunkach. Brak bezpieczeństwa w tych wymiarach tworzy często syndrom wielu deficytów, w tym syndrom biedy, niskiego wykształcenia, bezradności, małych umiejętności społecznych, braku szans na rozwój i sukces w życiu zawodowym i rodzinnym dla dzieci z takich rodzin. W sferze dysfunkcji i patologii, ale przede wszystkim w sferze niedostatku i ubóstwa, czyli braku bezpieczeństwa ekonomicznego, socjalnego i zdrowotnego, żyje co najmniej 30% polskich rodzin.

Jednym ze skutków funkcjonowania dziecka w takich warunkach jest jego ogromna podatność na powielenie zachowań rodziców, które mogą prowadzić do jego zachowań agresywnych, w tym różnego rodzaju działań przestępczych, nadużywania alkoholu i / lub narkotyków, zaś w przypadku całego zespołu uwarunkowań osobowościowych i sytuacyjnych – do różnego rodzaju zachowań autoagresywnych, samouszkodzeń, prób samobójczych, a nawet do śmierci samobójczej dziecka lub młodego człowieka.

Dane statystyczne GUS, opracowywane na podstawie lekarskich kart zgonów, a także dane KG Policji wskazują, że w okresie 2000–2005 przeciętnie rocznie w grupie wiekowej 10–14 lat notuje się **30–46 samobójstw** zakończonych zgonem, a w grupie wiekowej 15–19 lat jest ich **267–285**. Zdarzają się, na szczęście bardzo sporadycznie, przypadki śmierci samobójczej dzieci w wieku 7–9 lat, najwyższe notowania to 3 przypadki rocznie, ale są lata, kiedy szczęśliwie nie notuje się ich wcale. Ogółem w latach 1991–2005 było 16 przypadków śmierci samobójczej dzieci w wieku 7–9 lat.

Samobójstwa niestety stanowią drugą przyczynę zgonów wśród dzieci i młodzieży w wieku 7–19 lat. Większość przypadków śmierci (ok. 75%) z powodu samobójstwa obejmuje chłopców. Na pierwszym miejscu są różnego rodzaju wypadki (komunikacyjne, utonięcia, zatrucia, poparzenia itp.) i inne śmiertelne urazy.

Niestety, wyniki wielu badań naukowych i szacunków wykazują, że liczba prób samobójczych o różnym stopniu zagrożenia dla życia i zdrowia,

zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży, jest co najmniej 15-krotnie wyższa niż liczba samobójstw zakończonych zgonem, w tym prawie dwukrotnie częściej wśród dziewczynek, co wskazuje, że w Polsce liczba prób samobójczych dzieci i młodzieży, czyli wśród uczniów szkół podstawowych, gimnazjalnych, licealnych i techników, może szacunkowo wynosić **4–5 tysięcy rocznie**.

Nie trzeba podkreślać, że chociaż w skali całej Polski liczba samobójstw wśród dzieci i młodzieży nie jest duża i te przypadki stanowią przeciętnie rocznie ok. 5% wszystkich samobójstw zakończonych zgonem, to każda śmierć samobójcza dziecka lub bardzo młodego człowieka jest szczególnie wielką tragedią oraz ogromną stratą rodzinną i społeczną.

Społeczeństwo i państwo, którego rozwój społeczno-ekonomiczny i kulturowy zależy od jakości wychowania, edukacji i przygotowania do pracy zawodowej młodego pokolenia, powinno inwestować wszelkie dostępne środki w ograniczanie kosztów społecznych, zdrowotnych i ekonomicznych zachowań samobójczych, w tym zmniejszenia ich liczby wśród dzieci i młodzieży.

Czy samobójstwom wśród uczniów można zapobiegać?

Znaczną część odpowiedzi na to pytanie znajdują Państwo zarówno w części poradnika opracowanej przez zespół polskich autorów specjalistów suicydologów, jak i w części napisanej przez międzynarodowy zespół ekspertów WHO.

Pozwolę sobie podjąć próbę odpowiedzi na to fundamentalne pytanie i podzielę się z Państwem własnymi przemyśleniami i doświadczeniami.

Po pierwsze, wprowadzenie narodowych programów i strategii zapobiegania samobójstwom w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku w Finlandii, Danii, Szwecji, Norwegii i na Węgrzech spowodowało w okresie 8–10 lat zmniejszenie współczynników samobójstw od 20 do ponad 30% w tych krajach, w tym także wśród dzieci i młodzieży.

Po drugie, zapobieganie zachowaniom samobójczym wśród uczniów jest niezwykle trudnym i bardzo złożonym problemem. Wymaga współdziałania wielu instytucji i służb oraz oczywiście specjalistów z wielu dziedzin, przede wszystkim psychologów, pedagogów szkolnych, wychowawców oraz psychiatrów.

Po trzecie, nie ma uniwersalnej recepty na zapobieganie samobójstwom, tak samo jak nie ma takiej recepty na zapobieganie alkoholizmowi, narkomanii, agresji, przestępczości i wielu innym patologiom i dewiacjom psychicznym czy społecznym. Nie ma także uniwersalnej recepty na nasze życie, tak jak nie ma recepty na szczęście i miłość. Zapobieganie zachowaniom samo-

bórczym wymaga pracy zespołowej i doskonalenia swojej wiedzy, a przede wszystkim praktycznych umiejętności, nabywanych w codziennej pracy w szkole. Sam poradnik i wiedza nie wystarczą, ponieważ trzeba zdobywać doświadczenie, także przez zajęcia warsztatowe i zwiększanie swoich umiejętności komunikacyjnych, rozwijanie empatii i pogłębianie zrozumienia potrzeb psychicznych oraz problemów swoich uczniów.

Nie należy żywić złudzeń, że można zapobiec wszystkim przypadkom zachowań samobójczych, w tym szczególnie drastycznym przypadkom śmierci samobójczej, ale doświadczenia w realizacji wielu programów i strategii zapobiegania samobójstwom wskazują, że można zapobiec znacznej części takich zdarzeń, a także ograniczać ich skutki oraz koszty psychiczne, zdrowotne i społeczne.

Na medalu „Sprawiedliwy wśród Narodów Świata”, przyznawanym ludziom, którzy bohatercko, z narażeniem własnego życia ratowali Żydów z holocaustu w okresie drugiej wojny światowej jest wypisana dewiza zaczerpnięta z mądrości Talmudu: „Kto ratuje jedno życie, ratuje cały świat”. O tym warto pamiętać, gdy zdarzy nam się porażka i któryś z naszych uczniów odbierze sobie życie. Ważne, by uratować chociaż jedno życie, wzorem lekarza pogotowia ratunkowego, i to już będzie nasz wielki sukces pedagogiczny i powód do wielkiej osobistej satysfakcji.

Ten poradnik, który oddajemy do rąk polskich nauczycieli, wychowawców, pedagogów i psychologów szkolnych, spełni, miejmy nadzieję, przynajmniej część ich oczekiwań i pozwoli znaleźć w nim wiele pożytecznych informacji i wiedzy potrzebnej w ich codziennej, odpowiedzialnej i trudnej pracy oraz pomoże im lepiej zrozumieć i radzić sobie z niezwykle złożonym problemem zachowań samobójczych wśród ich uczniów, a tym samym skuteczniej im zapobiegać.

Składa się on z dwóch części. Pierwsza obejmuje sześć rozdziałów i jest opracowana przez zespół pięciu autorów pod kierunkiem kryminologa i suicydologa prof. zw. dra hab. Brunona Hołysta, prezesa Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego (PTS) i profesora Uniwersytetu Łódzkiego. Są wśród nich socjolog medycyny dr nauk humanistycznych Włodzisław A. Brodniak – sekretarz PTS i kierownik Pracowni Suicydologicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, psycholog ks. prof. dr hab. Czesław Cekiera SDS – wiceprezes PTS i profesor Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego (KUL), psychiatra doc. dr hab. med. Agnieszka Gmitrowicz – kierownik Kliniki Psychiatrii Młodzieży Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i mgr resocjalizacji Anna Staszewska – ekspert Biura Rzecznika Praw Dziecka w Warszawie.

Druga część tego poradnika jest opracowana przez zespół ekspertów WHO o światowej renomie w dziedzinie problematyki samobójstw i zawiera podstawowe rekomendacje dla nauczycieli na temat prewencji zachowań samobójczych uczniów. Została przetłumaczona na język polski za zgodą biura informacji WHO w Genewie i opublikowana przez Polskie Towarzystwo Suicydologiczne w 2003 roku w niewielkim nakładzie 3 tysięcy egzemplarzy, który jest już od 2 lat wyczerpany. Publikacja ta w wersji polskiej jest dostępna na stronach internetowych WHO – www.who.int w dziale „Suicide prevention, publications”.

Prof. zw. dr hab. Brunon Hołyst

ROLA HIGIENY PSYCHICZNEJ W ZAPOBIEGANIU SAMOBÓJSTWOM DZIECI I MŁODZIEŻY

Człowiek współczesny żyje pod naciskiem ustawicznych stresów. Stresy te, w zależności od struktury psychicznej jednostki i związków kształtujących jej ogólny poziom rozwoju, działają zasadniczo w dwóch kierunkach: uwrażliwienia na różnorodną rzeczywistość ludzką, wzrostu i skomplikowania receptorów i przeróbki psychicznej, a więc i wzmoczonej pobudliwości psychicznej, oraz w kierunku odwrotnym, tzn. osłabienia wrażliwości, sprymityzowania jej i psychopatyzacji. Ta druga forma reakcji na stresy nie sprzyja zdrowiu psychicznemu ani fizycznemu i coraz częściej spotyka się z krytyką, a nawet otwartym buntem, przykładowo przejawiającym się w ruchach młodzieży kontestującej. Zwraca się przy tym uwagę na konieczność uspołeczniania człowieka, gdyż obecne stosunki międzyludzkie zbyt często charakteryzują się wrogością i rywalizacją — zamiast życzliwością i współdziałaniem. M. Grzywak-Kaczyńska podkreśla: „Zadziwiające jest jednak, że jednocześnie z tym stanem rzeczy człowiek współczesny ujawnia głód uczuć, co z innymi ludźmi stanowi najpotężniejsze dążenie człowieka jako istoty społecznej, której rozwój i egzystencja poza społeczeństwem są nie do pomyślenia”¹.

Z punktu widzenia omawianej problematyki niezmiernie istotny jest związek psychohigieny z suicydologią szczególnie w zakresie zapobiegania samobójstwom.

Z kolei przejść należy do krótkiego sprecyzowania, czym jest higiena psychiczna, jaki jest stan rozwoju tej nauki, jej zadania, sytuacja organizacyjna oraz jak współdziała ona w zapobieganiu samobójstwom.

Krótko można zdefiniować higienę psychiczną jako naukę o warunkach zdrowia psychicznego jednostki i grupy, jako naukę o rozwoju tego zdrowia. W znacznym uproszczeniu można uważać higienę psychiczną za naukę o zdrowiu psychicznym (K. Dąbrowski).

W chwili obecnej mamy około 20 definicji zdrowia psychicznego. Jest ich może za dużo, ale świadczy to o powstawaniu coraz lepszych definicji w miarę rozwoju higieny psychicznej, a także o postawie poszukiwawczej umysłu ludzkiego i stopniu skomplikowania zagadnień zdrowia psychicznego.

Można powiedzieć w sensie porównawczym, że istnieje około 100 określeń osobowości, a nad definicjami osobowości pracuje się chyba

¹ M. Grzywak-Kaczyńska, *Uspołecznienie człowieka a system wartości*, „Zdrowie Psychiczne” 1974, nr 3–4, s. 35.

znacznie dłużej niż nad definicjami zdrowia psychicznego. Spróbujemy tu podać przykładowo kilka różnorodnych, wybranych definicji. Najbardziej prymitywna wydaje się definicja o charakterze nienaukowym, funkcjonująca od dawna w szerokiej opinii społecznej „W zdrowym ciele zdrowy duch”. Jest ona powierzchowna, niejako ambiwalentna, bo wiemy, że w Polsce panowało i panuje dotąd przeciwne przekonanie, wyrażone w powiedzeniu: „Duch silny, ale ciało młde” i chyba ta druga opinia jest bardziej słuszna od pierwszej, bo przecież mamy ludzi rozsądnych, twórczych, bohaterskich, a zarazem chorych fizycznie, i mamy ludzi zdrowych fizycznie, równocześnie zaś upośledzonych umysłowo czy moralnie.

Następnie mamy definicję określającą zdrowie psychiczne jako brak choroby. Pomijając już fakt, że jest to definicja negatywna, co jest jej ogromnym mankamentem, to ponadto istnieje duża niezgodność między specjalistami i niespecialistami w sprawie tego, co zaliczamy obecnie do chorób psychicznych. Oczywiście, ciężkie, chroniczne objawy psychiczne, związane ze zmianami tkankowymi mózgu, możemy uważać za objaw choroby psychicznej. To samo można powiedzieć o większości psychoz chronicznych. Natomiast dużo trudniej zaliczyć do chorób psychicznych nerwowość albo — inaczej — wzmózoną pobudliwość psychiczną oraz znaczną liczbę lżejszych symptomów i syndromów psychoneurotycznych.

Inną definicją zdrowia psychicznego jest stan równowagi psychicznej lub homeostazy (Piaget, Menninger, Janet i inni), ale i tu są wyraźne zastrzeżenia, bo z punktu widzenia zdrowia „rozwijającego się” konkretny stan homeostazy albo równowagi musiałby ulec w rozwoju pewnemu rozluźnieniu i nierównowadze dla tworzącej się wyższej formy równowagi psychicznej.

Jeszcze inną definicję podaje W. Glasser i wielu innych uczonych, głównie amerykańskich. Według nich zdrowie psychiczne wiąże się ze zdolnością do działań efektywnych i produktywnych, a choroba psychiczna — z brakiem takich uzdolnień. Ale i to ujęcie nie jest dostatecznie jasne, ponieważ można sobie przedstawić i mierzyć produktywność materialną, efekty czynności prostych, trudno natomiast mówić o efektywności i produktywności w pracy o wysokim lub bardzo wysokim poziomie twórczości.

Definicja Światowej Organizacji Zdrowia brzmi zaś następująco: „Zdrowie (w tym także psychiczne – przyp. aut.) jest to stan kompletnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko braku choroby fizycznej, choroby psychicznej czy kalectwa”.

Jest widoczne, że autorzy tej definicji próbowali skompensować braki cytowanej już tutaj innej definicji, polegającej na ujęciu zdrowia psychicznego jako braku objawów chorobowych. Nie możemy w tym krótkim roz-

dziale obszerniej zinterpretować ostatniej definicji, ale musimy stwierdzić, że łączny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny jest ideałem, a nie zjawiskiem realnym i codziennym rozwijającego się człowieka.

W ujęciu rozwojowym można określić zdrowie psychiczne jako zdolność do wszechstronnego i wielopoziomowego rozwoju psychicznego, a w ujęciu obszerniejszym – jako zdolność do rozumienia, przeżywania, odkrywania, nawet tworzenia coraz wyższych, coraz bardziej skomplikowanych form rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału społecznego i indywidualnego².

Połączenie tej definicji ze wszystkimi poprzednimi nadaje tym poprzednim określeniom bardziej ogólne i rozwojowe znaczenie. Tak na przykład do określenia zdrowia psychicznego jako zdolności do działania efektywnego i produktywnego wprowadza pojęcie wielopoziomowości, a więc pozwala zastosować je do różnych poziomów produktywności i efektywności, co nadaje temu pojęciu szersze i bardziej sensowne znaczenie. Związanie określenia rozwojowego z definicją opartą na homeostazie (równowadze) pozwala również wprowadzić do tego ujęcia akcent rozwoju i dynamiki równowagi, a tym samym uplastycznia i komplikuje w sposób pozytywny to ujęcie.

To samo odnosi się do definicji opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia. Wprowadzenie do tej definicji elementu rozwojowego pozwala ujmować zdrowie w różnych okresach. W ten sposób cząstkowość, często jednostronność wielu wymienionych wyżej definicji uzupełnia się przez bardziej ogólną, bardziej globalną, wielopłaszczyznową i wielopoziomową definicję, która — jak należy sądzić — ulegnie pozytywnemu skomplikowaniu i ulepszeniu. Jednakże takie ujęcie nie jest bez znaczenia dla wartości higieny psychicznej w kryminologii.

Higiena psychiczna jako ruch i jako nauka powstała w początkach obecnego stulecia. Twórcą ruchu był Clifford W. Beers, ekonomista i handlowiec amerykański, który zaczął w pewnym okresie przejawiać wzmogoną pobudliwość psychiczną i obsesje, rozwijające się potem w kierunku psychozy maniakalno-depresyjnej³. W stanie silnego podniecenia lękowego próbował popełnić samobójstwo. Był dwukrotnie umieszczany w szpitalu

² H.L. Dunn, *High Level of Wellness, Beauty*, Arlington 1973; K. Dąbrowski, *Trud istnienia*, Warszawa 1975, s. 186–188.

³ Książka C.W. Beersa (*A Mind That Found Itself*) to autobiografia psychicznie chorego. W książce tej znalazło odbicie poczucie krzywdy własnej i współtowarzyszy niedoli oraz silne dążenie do walki ze złem. Poglądy Beersa wywarły wpływ na filozofa Williama Jamesa, psychiatrę Williama Welcha i kilku milionerów amerykańskich, co miało wielkie znaczenie dla rozwoju ruchu higieny psychicznej; C.W. Beers, *Umysł, który sam siebie odnalazł* (Z. Jaroszyński, *Od tłumacza*), Warszawa 1984, s. 5.

dla psychicznie chorych. Obdarzony znacznym potencjałem rozwojowym, głównie pod względem wzmożonej pobudliwości afektywnej i empatii, zaczął w szpitalu zajmować się rysunkiem. Pilnie obserwował stosunek personelu do chorych psychicznie, sam podlegał aktom brutalności ze strony tego personelu. Po wyjściu ze szpitala opracował projekt reformy podniesienia jakości systemu leczenia i opieki nad chorymi psychicznie oraz zmiany na bardziej pozytywne postaw społeczeństwa wobec tych chorób i osób, które na nie cierpią. Swoje doświadczenia i projekty ujął w wybitnej pracy pt. *Umysł, który sam siebie odnalazł* (1908). Dzieło to było podstawą tworzenia amerykańskich komitetów stanowych higieny psychicznej oraz Międzynarodowego Komitetu Higieny Psychicznej. Ruch ten zaczął się bardzo szybko rozszerzać i uaktywniać poprzez zjazdy narodowe i międzynarodowe, organizację towarzystw w większości krajów świata, wydawnictwa, różnorodne formy opieki otwartej, rozwój psychoprofilaktyki. Międzynarodowy Komitet Higieny Psychicznej został w roku 1948 — głównie z inicjatywy dr. J. Reesa — przekształcony w Światową Federację Zdrowia Psychicznego. Był to wynik wieloletniej współpracy psychiatrów, psychologów, socjologów, antropologów, kryminologów, pedagogów, a nawet filozofów, którzy rozumieli, że zagadnienia zdrowia psychicznego nie mogą być tylko terenem zainteresowania i dominacji psychiatrii, ale muszą się opierać na ścisłej współpracy wyżej wymienionych nauk teoretycznych i stosowanych. Liczne zjazdy międzynarodowe tej organizacji doprowadziły do ustalenia, że czynnik psychiatryczny jest w higienie psychicznej podstawowy, ale równie ważne są punkty widzenia wymienionych wyżej nauk. W ten sposób higiena psychiczna stała się nauką oraz ruchem inter- i intradyscyplinarnym, o metodologii opartej na wszystkich wymienionych naukach. Odtąd rozwija się ona w sposób wielopłaszczyznowy i coraz bardziej pogłębiony.

Alvin Toffier wskazuje na śmierć epoki industrializmu i narodziny nowej cywilizacji, którą nazywa się epoką postindustrialną albo informacyjną. Podkreśla on również, iż należy żywić optymizm co do przyszłości, chociaż najbliższe lata będą burzliwe i pełne kryzysów⁴.

Konrad Lorenz zwraca uwagę, iż o przyszłości ludzkości zadecydują procesy przebiegające wyłącznie w samym człowieku. To, czy ludzkość stanie się wspólnotą prawdziwie humanitarnych istot, czy też sztywną organizacją ubezwłasnowolnionych nieludzkich stworzeń, zależy wyłącznie od tego, czy pozwolimy, aby kierowały nami nasze nieracjonalne odczucia wartości. Podstawą filozofii optymizmu są dla tego uczonego ogólno ludzkie aprioryczne odczucia wartości⁵.

⁴ A. Toffier, *Trzecia fala*, Warszawa 1986.

⁵ K. Lorenz, *Regres człowieczeństwa*, Warszawa 1987.

W dobie współczesnej szczególna rola przypada higienie psychicznej, m.in. jako narzędziu regulowania stosunków międzyludzkich. Właściwy stosunek do rzeczywistości powinien pomagać w trudnościach rozwojowych jednostki, wyrobić w sobie postawę empatii i współdziałania. Zgodnie z teorią dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego, „zmieniać”, udoskonalać grupę, w której żyjemy, możemy tylko wtedy, gdy potrafimy pracować nad własnym rozwojem. Pobudzenie samorozwoju, inspiracja twórczości, a także ochrona wrażliwych i zdolnych należą do ważnego kierunku aktywności w ramach działań higieny psychicznej. To właśnie jednostki wybitne tworzą postęp i one zadecydują o kształcie naszej przyszłości.

Żaden naród nie może osiągnąć wyżyn rozwoju, jeśli będzie hołdował kultowi przeciętności, miernoty i niemożności. Dlatego musi ochraniać tych najlepszych zdolnych, z inicjatywą. Dlatego także ważnym zagadnieniem jest prawidłowe wykorzystanie potencjału intelektualnego człowieka we wszystkich sferach jego działalności. W każdej sytuacji rozum ludzki powinien być zatrudniony na „pełnym etacie”. Wówczas nasze życie może się stać łatwiejsze i bardziej ludzkie.

Inteligencja jest wielkim skarbem naturalnym człowieka, korzystanie z jej zasobów wymaga stałych treningów i utrzymywania wysokiego poziomu aktywności poznawczej. Czy człowiek chce tylko poznawać świat, czy też kształtować jego oblicze? Poznanie świata jest niezbędnym elementem ludzkiej egzystencji, lecz rozwój społeczny wymaga celowego działania w kierunku dokonywania przeobrażeń otaczającej nas rzeczywistości. Do realizacji tych celów niezbędne jest utrzymywanie stałej gotowości intelektualnej przez całe życie, aż do później starości. Ludzie aktywni umysłowo żyją dłużej pełnią życia. Dlatego współcześnie lansuje się model człowieka jako jednostki permanentnie aktywnej i twórczej.

Optymalny model edukacji powinien zawierać aspekty kształcenia oryginalności, plastyczności myślenia, rozwiązywania nowych problemów. Dla stymulacji aktywności człowieka stawiane wymagania muszą zawsze być nieco wyższe od aktualnych możliwości.

Niezwykle cenna jest wiedza o psychologicznych mechanizmach obronnych osobowości. Sprzyja ona nie tylko lepszemu zrozumieniu zaburzeń w kontaktach człowieka ze światem, ale także poznaniu metod zachowań w sytuacjach szczególnie dla niego trudnych.

Życzliwy stosunek do innych ludzi stwarza atmosferę pogody i bezpieczeństwa, tak potrzebną współczesnemu człowiekowi dla dobrego samopoczucia.

Przy ścisłym przestrzeganiu racjonalnych zasad postępowania człowiek jest zdolny sprostać stale rosnącym wymaganiom życia początku XXI wieku.

Godne życie jest prawem i przywilejem każdego człowieka i w każdym okresie życia człowiek powinien móc żyć godnie. Obowiązkiem społecznym, w tym instytucji państwa, jest mu to umożliwić, lecz jednocześnie każdy z nas powinien nauczyć się tego trudnego zadania.

Rolą ruchu higieny psychicznej jest m.in. przygotowanie człowieka do kontaktów z otoczeniem, do tworzenia prawidłowych związków i relacji z innymi ludźmi. Powinien on także wywierać wpływ na zmniejszenie różnych zagrożeń w celu kształtowania lepszych warunków dla pokoju, postępu, wolności i jakości życia.

W tym kontekście szczególne znaczenie ma Karta Zdrowia Psychicznego, przyjęta w 1994 r. przez Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej. Zawiera ona następującą treść:

Karta Zdrowia Psychicznego, stanowiąca zbiór zasad prawidłowego funkcjonowania psychiki człowieka, wytycza ogólny kierunek promocji zdrowia psychicznego.

I. Zdrowie psychiczne należy – zgodnie ze współczesnym stanem nauki – ujmować w sposób dynamiczny i stopniowalny, w ścisłym powiązaniu z wartościami, do których realizacji człowiek dąży w określonym środowisku fizycznym i psychospołecznym. W ten sposób rozumiane zdrowie psychiczne zawiera oczywisty aspekt moralny.

Określony stopień zdrowia psychicznego, zarówno ujemny, jak i dodatni, stanowi rezultat zachodzącego w człowieku długotrwałego procesu będącego bądź regresem, bądź rozwojem, zmierzającym do realizacji niezbędnej podstawy rozumnego istnienia: poczucia sensu życia opartego na coraz głębszym pojmowaniu wartości transcendentnych i społecznych.

II. Higiena psychiczna – jeśli traktowana jest dynamicznie – to działanie, które wyraża się w dążeniu do osiągnięcia najlepszego w danych warunkach stanu zdrowia psychicznego i do ochrony tego zdrowia. Higiena psychiczna zawiera tym samym dążenie do osiągnięcia sprawności niezbędnych dla ochrony i rozwoju zdrowia psychicznego: dotyczy to przede wszystkim możliwie obiektywnego stosunku do siebie samego i braku zakłamania, a także życzliwości i szacunku dla ludzi oraz sprawności w przyjaznych kontaktach międzyludzkich i w pracy zawodowej. Dotyczy to również umiejętności pracy nad sobą i kształtowania w sobie odporności psychicznej. Higiena psychiczna uczy, jak poznawać siebie i jak wykorzystać wiedzę o sobie do osiągnięcia coraz wyższego poziomu zdrowia psychicznego.

III. Higiena psychiczna to także upowszechnianie stylu życia opartego przede wszystkim na prawdzie, a także na współdziałaniu oraz wyro-

zumiałości i przebaczeniu. Miast walki przy użyciu przemocy, wprowadza prawo zgody i integracji – wewnętrznej i zewnętrznej.

IV. Higiena psychiczna – traktowana jako nauka, a zarazem jako konieczny wymiar szeroko pojmowanej filozofii życia jednostkowego i społecznego – wychodzi z założenia, że w człowieku istnieją bardzo daleko idące i dotychczas niewykorzystane możliwości rozwoju duchowego: ku dobru, tak natury transcendentnej, jak i ogólnospołecznej. Aktywizacja tych możliwości na różnych poziomach ludzkiego życia prowadzi do coraz pełniejszego zdrowia psychicznego oraz do ochrony tego zdrowia.

Aktywizacja możliwości rozwojowych człowieka w połączeniu z realizacją wartości wymienionych w punkcie II sprzeczna jest z wszelkiego rodzaju działaniami, noszącymi znamiona entropii, tj. rozprężenia bądź regresu psychicznego i duchowego zarówno w dziedzinie życia indywidualnego, jak i społecznego. Stąd higiena psychiczna – wychodząc z założenia właściwie pojmowanej tolerancji i szacunku dla godności osoby ludzkiej — uważa tego rodzaju działania za niezgodne z dążeniem do zdrowia psychicznego i jego ochroną.

Dotyczy to również działań, będących manipulacją ludzkimi uczuciami, umysłem i zachowaniami, prowadzonych za pomocą różnego rodzaju metod socjotechnicznych, w tym także źle używanych środków masowego przekazu.

V. Zagrożenia współczesnej cywilizacji niosą ze sobą degradację człowieka. Skutkiem nierozważnych działań człowieka jest utrata równowagi pomiędzy środowiskiem zewnętrznym a wewnętrznym i sfery kontaktów międzyludzkich, w tym także relacji pomiędzy instytucjami społecznymi i państwowymi oraz ludźmi je reprezentującymi a jednostkami. Zdarza się, iż osoby piastujące odpowiedzialne stanowiska popełniają nadużycia, tracąc zaufanie społeczeństwa.

Dzieje się tak, gdyż osoby te z moralnego punktu widzenia pozostawiają wiele do życzenia. Prawo jako narzędzie regulacji stosunków międzyludzkich okazuje się nieskuteczne, gdyż dochodzi często do rozdzwięku pomiędzy tym, co legalne, a tym, co moralne. Osoby wrażliwe i twórcze uważane są zazwyczaj za jednostki życiowo niezaradne. Spychane bywają na margines życia społecznego i wykorzystywane przez ludzi pozbawionych norm moralnych i prawidłowo rozwiniętej sfery uczuciowości wyższej. W ostatnich latach daje się zauważyć wśród elity politycznej zrozumienie, iż bez zasad moralnych polityka często może przekroczyć linię oddzielającą ją od samowoli, a nawet przestępczości. Niezwykle istotne jest więc przyjęcie i realizowanie w praktyce hierarchii wartości uniwer-

salnych i nienaruszalnych, do których zaliczyć można prymat: – **osoby przed rzeczą**, – **miłości przed sprawiedliwością**, – **etyki przed techniką**, – **prawa przed przemocą**, – **służby przed prywatą**.

VI. Realizacja wartości decydujących o zdrowiu psychicznym jest uwarunkowana w bardzo wysokim stopniu przez świadomość człowieka: zdawanie sobie sprawy ze swojej odpowiedzialności wobec innych ludzi i akceptacji samego siebie na danym etapie rozwoju.

Higiena psychiczna to zatem również dążenie do coraz wyższego stopnia świadomości i życia zgodnego z sumieniem. Zarówno teoria, jak i praktyka higieny psychicznej nie jest – w odróżnieniu od higieny fizycznej – we współczesnym świecie rozpowszechniona. Ludzie nie są skłonni do stosowania zasad higieny psychicznej, jeśli nie widzą bezpośrednich i bliskich zagrożeń. We współczesnym świecie liczba i różnorodność tych zagrożeń stwarza szczególne niebezpieczeństwo dla zdrowia psychicznego. Liczba osób z zaburzeniami lub chorych psychicznie gwałtownie wzrosła w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat.

Wzrost ten stanowi rezultat coraz szybciej rozwijającej się globalnej cywilizacji technologicznej: zwrócenie się głównie ku rzeczom sprzyja instrumentalnemu traktowaniu ludzi. Występuje przy tym nasilenie stopnia i zakresu przemocy oraz związanego z nią lęku, a także osłabienia ścisłych więzi międzyludzkich.

VII. Głównym zadaniem higieny psychicznej jest zatem rozpowszechnianie jej podstawowych zasad w szerokich kręgach społeczeństwa, zwłaszcza wśród młodzieży narażonej szczególnie na oddziaływanie mechanizmów, hamujących rozwój człowieka. W celu wykonania tych zadań postuluje się:

- tworzenie zespołów badawczych, zajmujących się prawidłowym i harmonijnym rozwojem człowieka,
- opracowywanie i publikowanie podręczników, zawierających dotychczasową wiedzę na temat higieny psychicznej,
- racjonalne korzystanie ze środków masowego przekazu dla rozpowszechniania podstawowych zasad higieny psychicznej.

VIII. Istotnym zadaniem ruchu higieny psychicznej jest kształcenie według odpowiednio opracowanych programów następujących grup zawodowych: pracowników służby zdrowia, nauczycieli, wychowawców i duchownych, psychologów, pracowników resortu pracy i polityki socjalnej (służby socjalne), kadry zawodowej wojska, pracowników sądownictwa, służb penitencjarnych, prokuratury i policji oraz działaczy organizacji spo-

łecznych, statutowo zobligowanych lub zainteresowanych ochroną zdrowia psychicznego.

IX. Konieczna jest stała współpraca wszystkich ludzi dobrej woli, profesjonalistów różnych dziedzin, władz, instytucji, ugrupowań politycznych i związków wyznaniowych – w celu upowszechnienia idei zdrowia psychicznego i zasad higieny psychicznej.

Jednym z istotnych zadań jest stworzenie klimatu społecznego, sprzyjającego rozwojowi zdrowia psychicznego, tak aby obowiązek ochrony tego zdrowia spoczywał zarówno na rodzinie, szkole i placówce oświatowo-wychowawczej, jak też na zakładzie pracy, zakładzie opieki zdrowotnej, na przedstawicielstwach administracji państwowej i samorządu terytorialnego.

X. Założenia przedstawione w powyższych punktach Karty Zdrowia Psychicznego stanowią kontynuację i rozwinięcie myśli i dyrektyw zawartych w licznych programach i kartach dotychczas opracowanych w odniesieniu do różnych dziedzin życia. Są to:

- 1. Karta Praw Człowieka i Obywatela ONZ,**
- 2. Konwencja ONZ o Prawach Dziecka,**
- 3. Karta Helsińska Światowej Federacji Zdrowia Psychicznego,**
- 4. Karta Praw Rodziny Stolicy Apostolskiej,**
- 5. Karta Zdrowia Psychicznego 2000,**
- 6. Program Oświatowy „Edukacja 2000”,**
- 7. Karta Zasad i Zadań Higieny Psychicznej prof. K. Dąbrowskiego.**

Opisana wyżej rola higieny psychicznej w większości dziedzin humanistycznych i społecznych, jej znaczenie dla różnych form alienacji wskazuje także na wagę higieny psychicznej dla kryminologii. Ponieważ ujemne zjawiska społeczne mają także znaczenie wielopłaszczyznowe i wielopoziomowe (dotyczą przecież różnych elementów przyczynowych), obie nauki łączą się ściśle. Nie będziemy tu rozpatrywać szczegółowo tego zagadnienia, ale zajmiemy się krótko i przykładowo dwoma zjawiskami spośród wielu, dotyczącymi zagadnień kryminologii, mianowicie – dwoma typami sprawców: psychopatów i neurotyków.

Istotne znaczenie ma wczesne wykrycie struktury psychopatycznej, a więc struktury popędowej o elementach prymitywnych i z inteligencją podporządkowaną im w sposób narzędziowy, o braku psychicznego środowiska wewnętrznego, o silnych tendencjach do agresji, o słabości czy braku wzmożonej pobudliwości psychicznej czy o braku pozytywnych elementów psychonerwicowych. Struktura ta przejawia się w przypadkach przestępczości w małych możliwościach profilaktycznych i jeszcze mniej-

szych terapeutycznych, w recydywie i tendencjach nieprzystosowania się do wyższych poziomów życia uczuciowego i społecznego.

Jeżeli chodzi o drugi typ o strukturze wzmożonej pobudliwości psychicznej czy psychonerwicy – jest to zagadnienie zasadniczo różne od poprzedniego. Jednostki takie są podatne na profilaktykę, psychoterapię przez rozwój, przystosowanie się do wymagań hierarchii wartości.

Uświadamianie rodzin, przygotowanie nauczycieli do zrozumienia problemów rodziny, odpowiednie przygotowanie poradni psychologiczno-pedagogicznych i poradni zdrowia psychicznego, odpowiednie szkolenie na wydziałach psychologicznych, pedagogicznych i prawnych uczelni wyższych opłaci się tu stokrotnie. Wiele także wniosków dla profilaktyki społecznej wynika z teorii K. Dąbrowskiego o „dezintegracji pozytywnej”. Na proces dezintegracji pozytywnej wskazują takie objawy, jak zachowanie wyższego poziomu świadomości, samoświadomości, postawa społeczna, alterocentryzm, zdolności twórcze, znaczna kontrola emocjonalna i afektywna⁶.

Człowiek jutra musi wyjść poza system wartości materialnych, musi opanować swoją niezaspokojoną potrzebę konsumpcji, zwrócić się w kierunku wartości bezpośrednich. I to może stać się gwarantem zdrowia psychicznego. Dlatego tak ważną rolę przypisuje się rozwojowi nauk humanistycznych i społecznych.

Rozwój technologii bez rozwoju nauk o człowieku uniemożliwia harmonijny rozwój człowieka, bez którego procesy zniszczenia zdominują proces tworzenia. Żeby jednak zrozumieć tę prawidłowość, trzeba czasu i działań na rzecz wychowania społecznego i moralnego.

Człowiek, który podejmie trud działania w kierunku podniesienia poziomu zdrowia psychicznego, musi z jednej strony uwzględnić wymiar kulturowo-cywilizacyjny, z drugiej zaś – powinien prezentować walory umysłowe oraz system wartości społeczno-moralnych, dzięki którym możliwe jest ujmowanie rzeczywistości w kategoriach syntezy rozwoju techniki z wartościami humanistycznymi. Dzięki takiej syntezie możliwe jest kreowanie wartości i potrzeb psychicznych, będących podstawą harmonijnego rozwoju ludzi. Towarzyszący rozwojowi przyrost wartości zależy zarówno od warunków otoczenia, jak i od hierarchii potrzeb ludzkich.

⁶ K. Dąbrowski, *Osobowość i jej kształtowanie poprzez dezintegrację pozytywną*, Lublin 1984, s. 74; por. tegoż, *Funkcje i struktura emocjonalna osobowości*, Lublin 1984; *Zdrowie psychiczne a wartości ludzkie*, Warszawa 1974; K. Dąbrowski (red.), *Zdrowie psychiczne*, wyd. III, Warszawa 1986; Z. Łyko, *Socjopatologie w aspektach chrześcijańskiej etyki*, Warszawa 1988.

Każdy dąży do przywrócenia równowagi w systemie własnych przekonań, opinii, wartości. Ludzie starają się usunąć konflikt poznawczy, sprawdzają dokładność i stopień uzasadnienia swoich przekonań, szukają dodatkowych argumentów. Gdy ich nie mogą uzyskać, tracą równowagę psychiczną, zaczynają zachowywać się patologicznie. Interpretują informacje o świecie i swoim zachowaniu niezgodnie z własnymi przekonaniami, tak aby niczego nie zmieniać w utrwalonym subiektywnym obrazie swojego istnienia w otoczeniu. Nadają tym informacjom różny stopień ważności, odrzucają te, które wydają się niewygodne w danym momencie, aż do ucieczki od rzeczywistości, w świat fałszywych wyobrażeń i złudzeń, przywracani do realnego stanu rzeczy przeżywają nowe konflikty, jeszcze silniej zaburzające. Kierują się nieracjonalnymi odczuciami wartości, są traktowani jako osoby wymagające pomocy terapeutycznej.

Przywrócenie prawidłowego procesu samorealizacji jest warunkiem odzyskania zdrowia psychicznego. Świadomość w kształtowaniu własnych ocen, własnego światopoglądu i swojego miejsca w społeczeństwie daje możliwość określenia swojego stosunku do życia przez wybór określonych wartości, które staramy się urzeczywistnić.

Jednym z ważnych postulatów jest nowy kształt wychowania moralnego i intelektualnego przyszłych pokoleń, opartego na harmonii między porządkiem społeczno-ekonomicznym a naturalnymi skłonnościami człowieka, jego hierarchią potrzeb, między rozwojem ludzkiego umysłu i ludzkiej osobowości.

Nie wystarczy budowa nowych placówek oświatowych i kulturalnych, nie wystarczy powiększanie liczby kanałów programowych w telewizji. Potrzebne są nowe metody myślenia i działania, pomagające jednostkom w znalezieniu odpowiednich dróg życia, uzyskiwaniu stanów równowagi emocjonalnej, harmonijnego rozwoju i wyboru najbardziej odpowiednich form współdziałania z otoczeniem.

Możliwość adaptacji do zmian środowiska wraz ze zdolnością do jego przekształcania — to właściwości społeczne, kształtowane dzięki lepszemu rozumieniu samych siebie. Ruch higieny psychicznej może spełnić pozytywną rolę w inspirowaniu i realizacji tak rozumianych zadań na różnych szczeblach oddziaływań społecznych.

Optymalny model edukacji powinien zawierać w sobie aspekty kształcenia oryginalności, plastyczności myślenia, rozwiązywania nowych problemów. Dla stymulacji aktywności człowieka stawiane wymagania muszą zawsze być nieco wyższe od aktualnych możliwości.

Istnieje wielkie zapotrzebowanie w naszym społeczeństwie na ludzi o wysokim autorytecie moralnym i społecznym, na świadomość harmo-

nii między ich opiniami a czynami, szacunek dla określonych hierarchii wartości i konkretnych ideałów społecznych, słowem – na wzory osobowe godne naśladowania; przewaga bowiem ludzi bez odpowiedzialności moralnej czyni szerokie spustoszenie w możliwościach ochrony zdrowia psychicznego, szczególnie w grupach ludzi wrażliwych i znerwicowanych, odbierających znacznie więcej bodźców z zewnątrz i z własnego wnętrza niż owi nieczuli i „impregnowani” na różne konflikty moralne i społeczne konformiści i oportuniści. Okazuje się bowiem, że w ścisłym związku pozostają psychopatologia społeczna i osobnicza oraz chwiejność ocen moralnych i kryteriów wartości, a także zasadnicza niespójność konkretnych ideałów humanistycznych i społecznych. Dążenie zatem do rozwoju zdrowia psychicznego społeczeństwa staje się niezbędnym warunkiem jego moralnej i humanistycznej spistości.

Zasady higieny psychicznej, wpływając na humanizację stosunków międzyludzkich, zapobiegają różnego rodzaju konfliktom leżącym u podstaw zachowań suicydalnych. Umiejętność wczuwania się w psychikę drugiej osoby stanowi także ważny element profilaktyki wiktymologicznej. W licznych bowiem sytuacjach, modyfikując swój sposób postępowania, człowiek mógłby uniknąć niebezpieczeństwa stania się ofiarą⁷.

Te krótkie rozważania prowadzą do bardzo ważnych i praktycznych konkluzji o konieczności ścisłego związania suicydologii z higieną psychiczną, z zasadami ochrony zdrowia psychicznego. Wychowanie w systemach wyższych wartości, wychowanie w szkołach stosujących te hierarchiczne wartości, przeniknięcie pedagogiki, socjologii, psychologii i filozofii podstawowymi walorami systemów obiektywnych wartości w wychowaniu – umożliwi opracowanie wszechstronnych zasad i metod profilaktyki presuicydalnej, a tym samym przyczyni się do zmniejszenia liczby samobójstw i ich zdrowotnych oraz społecznych kosztów.

⁷ Więcej na ten temat w: B. Hołyst: *Suicydologia*, Warszawa 2002.

ROZWÓJ WARTOŚCI AFIRMUJĄCYCH ŻYCIE – PROFILAKTYKĄ ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH MŁODZIEŻY

Zachowania samobójcze, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, stanowią niezwykle złożony i poważny problem pedagogiczny, psychologiczny i społeczny. Występuje on we wszystkich krajach na świecie, we wszystkich grupach wiekowych, społecznych, rasowych czy religijnych. Samobójstwo jest wpisane w historię ludzkości, w cywilizacje, kultury i religie. Najstarsze zapisy na temat samobójstw można spotkać w kulturach Dalekiego Wschodu (Chiny, Japonia i Indie), w antycznej Grecji i Rzymie oraz w Biblii, czyli w kręgu kultury judeo-chrześcijańskiej na Bliskim Wschodzie.

W krajach Dalekiego Wschodu samobójstwa były tolerowane i usprawiedliwiane, a w wielu przypadkach nawet nakazane i gloryfikowane. Na przykład w ramach kodeksu honorowego samurajów *bushido* samobójstwo było honorowym sposobem uniknięcia hańby, w Indiach zaś okrutny obyczaj *sati* palenia na stosie ze zwłokami męża wdowy po nim. W starożytnej Grecji i Rzymie życie było cenione jako wartość i dobro państwowe, a samobójstwo było zabronione i karane. Istniały tylko nieliczne wyjątki samobójstw honorowych władców i arystokracji. W Rzymie mienie po samobójcy, który był urzędnikiem państwowym, było konfiskowane na rzecz państwa. Arystoteles był przeciwny samobójstwu, argumentując to obowiązującym zakazem państwowym.

W kulturach i społeczeństwach judeo-chrześcijańskich i mahometańskich samobójstwa były jednoznacznie potępiane i karane. Wielu teologów i filozofów w tych kulturach wyrażało pogląd, że nie ma na świecie nic bardziej nietykalnego, jak własne życie i sam człowiek. W religii żydowskiej, gdzie reinkarnacja była nieznaną, samobójstwo było zjawiskiem niezwykle rzadkim. Historyk żydowski Józef Flawiusz podał następujące argumenty przeciw samobójstwu: 1) życie jest darem Bożym, 2) dusza została dana człowiekowi w depozyt przez Boga – kto odrywa ją od ciała, popełnia zły czyn, 3) samobójstwo jest grzechem i zbrodnią przeciw naturze wszystkich istot żywych, 4) za samobójstwo czeka człowieka kara doczesna i wieczna.

Ojciec Kościoła św. Augustyn, będąc świadkiem licznych samobójstw członków sekty donatystów, wyraźnie potępił te czyny. Powołuje się w swej argumentacji na piąte przykazanie Dekalogu „Nie zabijaj”, a samobójca według niego pozbawia się możliwości skruchy i odpokutowania winy, samobójstwo jest według niego aktem tchórzostwa, niegodnym chrześci-

janina. Tomasz z Akwinu wysuwa trzy dowody przeciw samobójstwu: 1) samobójstwo jest sprzeczne z naturalnymi dążeniami człowieka i prawem do miłości siebie i Boga za dar życia, 2) jest czynem aspołecznym i 3) jest znieważeniem Boga, który dał nam życie.

Począwszy od XV wieku, w okresie Odrodzenia zmieniają się poglądy na samobójstwo na bardziej tolerancyjne, mniej potępiające i coraz częściej nie uważa się już tego czynu za przestępstwo. W zdecydowanej większości współczesnych kodeksów prawnych samobójstwo nie jest karane. Natomiast karze podlega nakłanianie do samobójstwa lub udzielanie pomocy w jego popełnieniu.

Według współczesnej nauki Kościoła rzymskokatolickiego, samobójcy mogą osiągnąć zbawienie, jeżeli samobójstwo jest wynikiem działania diabła, silnego stresu, depresji lub innego zaburzenia czynności psychicznych, a także wynikiem poświęcenia. W takiej sytuacji może w ogóle nie dojść do popełnienia grzechu śmiertelnego, który ma miejsce tylko w przypadku popełnienia samobójstwa z pełną świadomością i całkowitą zgodą. Kościół uznaje, że życie ludzkie nie jest własnością człowieka i nie on, ale Bóg powinien decydować o jego zakończeniu: „Nie powinno się tracić nadziei, dotyczącej wiecznego zbawienia osób, które odebrały sobie życie. Bóg w sobie wiadomy sposób może dać im możliwość zbawiennego żalu. Kościół modli się za ludzi, którzy odebrali sobie życie” (Katechizm Kościoła katolickiego).

Współczesne postawy względnie tolerancyjne wobec tragedii śmierci samobójczej oraz rozpowszechnienie globalnego systemu informacyjnego – telewizji, radia, internetu i telefonii komórkowej, a także łatwy dostęp do śmiertelnych środków (broń, leki, trucizny, wysokie budynki, szybkie samochody itp.) sprzyjają naśladowczym zachowaniom samobójczym, szczególnie wśród młodzieży.

Samobójstwa dzieci i młodzieży budzą ogromny lęk, wielki żal rodziców, frustracje wychowawców i nauczycieli, duże emocje społeczne, a nawet różne pozytywne i negatywne reakcje władz państwowych.

Zachowania samobójcze dzieci i młodzieży są też często powodem wstydu, zażenowania, poczucia winy, nasilonego i długotrwałego zespołu żaloby po utracie bliskiej osoby, a najbliższe otoczenie pragnie niekiedy uciec od tego faktu, chce o nim zapomnieć, przemilczeć czy wyprzeć ze swojej świadomości. Te silne i różnorodne reakcje emocjonalne są zrozumiałe w obliczu tragedii śmierci samobójczej młodego człowieka.

Nasuwa się pytanie, co zrobić, by do takich skrajnych sytuacji nie doszło albo żeby dochodziło do nich jak najrzadziej. Jak można zapobiegać zachowaniom suicydalnym wśród młodzieży? Jak można ograniczyć liczbę i drastyczne skutki takich zachowań?

Aby problem zachowań, zagrażających życiu dzieci i młodzieży się nie pojawił, jedną z najbardziej słusznych ogólnych strategii zapobiegania im wydaje się skuteczne pomaganie dzieciom i młodzieży wybierać i rozwijać wartości afirmujące życie poprzez promowanie wyższych wartości, które nadają sens ludzkiej egzystencji. Te wartości są ogólnie znane i stanowią podstawę wielu programów nauczania w polskich szkołach. Występują w wielkiej polskiej i światowej literaturze, są elementem nauczania filozofii i etyki, a także integralnym i immanentnym wymiarem nauczania religii. Ksiądz i poeta Jan Twardowski jest autorem często cytowanej i wykorzystanej nawet w kampanii społecznej na plakatach mądrej sentencji, będącej kwintesencją jednej z podstawowych wartości afirmującej życie i jego postawy wobec życia: „**Śpieszmy się kochać ludzi, tak szybko odchodzą**”.

Postawy wobec wartości życia

Obserwując zachowania ludzkie, można wobec życia wyodrębnić postawy pozytywne, ambiwalentne, negatywne i skrajnie negatywne, aż do całkowitej negacji życia – prowadzące do samobójstwa, samounicestwienia.

Postawy wobec życia jako wartości najczęściej są związane z poczuciem sensu życia i poziomem jakości życia. Co jednak kryje się pod tymi pojęciami? Jakie wartości są zawarte w poczuciu sensu życia? Dokładniejsza analiza wskazuje, że życie nie jest naszą własnością, dziedziczymy je, jest kontynuacją życia przodków, dla wierzących jest darem Stwórcy-Boga dla człowieka, danym i zadaniem. W życie ludzkie jest wpisany rozwój fizyczny, psychiczny i moralny. Człowiek jest istotą ciągle się rozwijającą i poszukującą permanentnie mniej lub bardziej cenionych wartości. W swym rozwoju człowiek poszukuje szczęścia i miłości, i w tym poszukiwaniu zdolny jest przekraczać siebie. W tych dążeniach i celach zawierają się różne wartości i poczucie sensu życia. Niestety, człowiek jest zdolny rozwijać zarówno wartości prospołeczne, jak i egoistyczne, aspołeczne. Dlatego w swym dążeniu do szczęścia część ludzi gubi się, traci poczucie sensu życia, popada w stany depresji, apatii czy nudy i ujawnia chęć ucieczki od życia. Aby wychowywać dzieci i młodzież w duchu wartości afirmujących życie, należy postawić sobie pytanie – od czego zależy poczucie sensu życia, poczucie szczęścia. Czy mają na nie wpływ takie uwarunkowania, jak wykształcenie, zawód, interesująca, twórcza praca, stopień integracji osobowości i integracji rodziny, zajmowana pozycja społeczna czy status ekonomiczny – wysokość dochodów?

Czy te uwarunkowania mają wpływ na wzrost liczby dzieci i młodzieży zagrożonych i zagubionych na drodze życia? Rozpad rodziny i wię-

zi rodzinnych, niepowodzenia w szkole, nadużywanie alkoholu i narkotyków, liberalny i nieodpowiedzialny seks nastolatków, różne nadużycia seksualne (pedofilia, molestowanie), przemoc w rodzinie i agresja w szkole i na ulicach, społeczne problemy aborcji i eutanazji, promocja w mass mediach tego, co Kościół katolicki oraz papież Jan Paweł II i jego następca określają jako cywilizację śmierci, prowadzą do utraty szacunku do życia, dewaluacji wartości życia.

W obliczu tych problemów i zagrożeń młodzi ludzie bez odpowiednich działań profilaktycznych i przeciwstawienia wartości promujących śmierć wartościom promującym życie coraz częściej odczuwają bezsens życia i poprzez samobójstwo szukają ucieczki od takiej rzeczywistości.

Chęć umierania u młodych ludzi niektórzy suicydologowie interpretują jako akt zemsty albo wyrzutu, albo demonstracyjne wołanie o pomoc, zwłaszcza w stosunku do rodziców i innych osób, których postrzegają jako krzywdzicieli czy sprawców doznanego poniżenia w okresie dzieciństwa lub dojrzewania. Tylko dziecko, które nie doświadczyło miłości, lecz doznało krzywdy, poniżenia i którego pozbawiono nadziei, że może być kochane, odbiera sobie życie – twierdziły prof. Z. Płużek i prof. B. Pilecka.

Rozwój wyższych wartości i umiejętności radzenia sobie z problemami wśród dzieci i młodzieży

Działalność prewencyjna w zakresie zachowań samobójczych dzieci i młodzieży powinna być interdyscyplinarna, ujmowana w aspekcie edukacji, wychowania, ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego oraz życia od poczęcia do jego naturalnej śmierci.

W procesie pomocy uczniom z tendencjami samobójczymi konieczne jest wniknięcie i zrozumienie struktury osobowości i mechanizmu ich postaw wobec wartości życia oraz poczucia sensu życia. Wczesne wykrywanie zaburzeń osobowości i innych zaburzeń psychicznych oraz ocena postaw wobec życia i śmierci wśród zagrożonych zachowaniami samobójczymi uczniów mogłoby zapobiec niejednej tragedii.

W celu zapobiegania występowaniu takich zachowań zagrażających życiu, należy w procesie wychowania od wczesnego dzieciństwa uczyć dziecko radzenia sobie w trudnych sytuacjach, uczyć umiejętności pokonywania trudności, rozwiązywania konfliktów, frustracji i rozwijać zdolność do wysiłku, tak jak to jest praktykowane w harcerstwie. Cały system wychowawczy, wypracowany przez polskie harcerstwo od okresu II Rzeczypospolitej do chwili obecnej z ideałami dzielności, radzenia sobie z trudnościami codziennego życia i wartościami wzajemnej pomocy,

a także wielu wyższych wartości, może dostarczyć cennych wskazówek dla nauczycieli i wychowawców w ich pracy z uczniami.

Ważnym elementem profilaktyki zachowań samobójczych jest budzenie i rozwijanie różnorodnych zainteresowań, w tym także przez sport i turystykę, oraz kształtowanie poczucia własnej wartości, optymistycznej i afirmatywnej postawy wobec siebie i innych ludzi.

Kształtowanie hierarchii wartości, ideałów, jasno sprecyzowanego celu lub celów w życiu, rozwijania pasji, poszukiwania wartości, które nadają poczucie sensu życia i powodują chęć działania, a także wzbogacają sens ludzkiego istnienia i poczynań, są podstawową strategią profilaktyki samobójstw. Określone cele i dążenia, samorealizacja, pozytywne efekty swoich działań i poczucie sensu życia to podstawowy czynnik antydepresyjny, przeciwlękowy, to najlepszy środek przeciw nihilizmowi, nudzie, tumiwizizmowi, zniechęceniu i beznadziei. Nie chce się chcieć i nie chce się żyć to cywilizacyjny kryzys wartości i bezsens życia przełomu XX i XXI wieku. Victor Frankl, wybitny psycholog, słusznie uważa, że tworzenie wartości ponadczasowych powinno być głównym celem i motywem działania człowieka.

Według Frankla, wiedza o konkretnym i osobistym sensie swego istnienia daje siłę do życia, do sprostania różnym ekstremalnym sytuacjom, nawet takim jak obóz koncentracyjny. Wiedza o sensie swego życia nadaje temu życiu wartości, a egzystencjalna próżnia prowadzi do samobójstwa.

Problem sensowności życia ludzkiego jest głęboko zakorzeniony w Bycie Absolutnym, w wartościach najwyższych, takich jak: Dobro, Prawda, Piękno, Miłość. Jeżeli te wartości są kierunkowskazami i podstawowymi zasadami naszego postępowania, to człowiek może rozwijać wszechstronnie swoje zdolności, wzbogacać swe życie i czynić je pełnym poczucia sensu i spełnienia, czynić je pełnym szczęścia i miłości w sensie osobistym, rodzinnym i społecznym.

Filozofie i religie w różny sposób opisywały i określały cel egzystencji człowieka na podstawie różnych systemów wartości religijnych i etycznych.

Te systemy wartości i cele najważniejsze dla ludzkiej egzystencji były na ogół zgodne z kierunkiem dążeń natury człowieka. Harmonijny rozwój osobowości może stać się ideałem w ramach integralnego personalizmu, nawet przy różnych przesłankach i założeniach światopoglądowych.

Trud istnienia wpisany jest w ludzkie życie, ale związany jest z wysiłkiem, często cierpieniem i samoudręczeniem, ale zawsze z określonymi dążeniami do wybranych celów.

Pomimo tego cierpienia i trudu, gdy rozwój człowieka ma cechy twórcze i realizuje się w zgodzie z normami zdrowia psychicznego, staje się

źródłem radości, satysfakcji, poczucia sukcesu i nadaje sens naszemu życiu. Natomiast jeśli z trudem istnienia wiąże się daremny wysiłek, niepotrzebna nikomu praca, poczucie doznanej krzywdy, upokorzenia i inne destrukcyjne działania (samobójstwo zawsze jest autodestrukcyjnym aktem), to nasze życie traci poczucie sensu i często prowadzi to do zachowań agresywnych i autoagresywnych, zachowań negatywnych dla zdrowia i życia naszego i innych ludzi.

Ten antyrozwój staje się hamulcem w rozwijaniu naszych potencjalnych zdolności i umiejętności, a często także źródłem tragicznych cierpień człowieka, niekiedy kończących się samobójstwem.

Należy zatem młode pokolenie wychowywać w duchu wartości afirmujących życie, afirmujących wyższe wartości i ideały, w tym wartości filozoficzne, moralne i religijne, które są najlepszą profilaktyką zachowań samobójczych i najlepiej chronią przed dewiacjami indywidualnymi i społecznymi. Rozwijanie i budowanie w procesie wychowania w młodych ludziach systemu wartości i postaw etycznych oraz metafizycznych stanowi także o poczuciu ich godności, poczuciu własnej wartości i miejsca we wspólnocie rodzinnej, szkolnej, społecznej oraz narodowej.

Prof. zw. dr hab. Brunon Hołyst

PROGRAMY ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM W AMERYKAŃSKICH SZKOŁACH

Przystępując do tworzenia nowych, efektywnych programów zapobiegania zachowaniom samobójczym, należy korzystać z wiedzy i doświadczenia innych krajów, zwłaszcza Stanów Zjednoczonych Ameryki. Poznanie programów profilaktyki samobójstw realizowanych w USA jest w wysokim stopniu uzasadnione, w tym bowiem kraju najwcześniej rozpoczęto działania, ukierunkowane na opracowanie i doskonalenie różnorodnych form zapobiegania zachowaniom samobójczym.

Większość amerykańskich programów realizowana jest w szkołach, a przedsięwzięcia edukacyjne skierowane są do nauczycieli, pedagogów i psychologów szkolnych, pracowników administracji, uczniów, rodziców oraz ochotników pochodzących ze społeczności lokalnych. Programy te ukierunkowane są na zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Wydaje się szczególnie ważne, aby właśnie ku tej zbiorowości skierować działania prewencyjne. Zagrożenia cywilizacyjne, ekonomiczne, polityczne i społeczne sprawiają, że zwiększa się liczba czynników, utrudniających rozwój dzieci i młodzieży oraz zagrażających ich zdrowiu psychicznemu⁸.

Wydaje się, że najbardziej racjonalnym i skutecznym sposobem przeciwdziałania rosnącym w Polsce tendencjom samobójczym wśród dzieci i młodzieży jest opracowanie programów prewencyjnych, obejmujących swym zakresem profilaktykę pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia, które w swej treści zawierałyby takie zagadnienia, jak⁹:

- poszukiwanie sensu życia, wzmacnianie pozytywnych cech charakteru i pozytywnych postaw wobec życia;
- kształtowanie postaw życzliwego i aktywnego zaangażowania w sprawy ludzkie;
- kierowanie się zasadą rozumnej dobroci, która oznacza pomaganie innym bez odbierania im inicjatywy i możliwości samodzielnego rozwiązywania problemów;
- kształtowanie postaw uważności, dzięki którym możliwe jest rozpoznawanie symptomów zachowań rezygnacyjnych;
- upowszechnianie wiedzy o zjawisku samobójstwa;
- kształtowanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

⁸ B. Hołyst, *Suicydologia*, Warszawa 2002, s. 969.

⁹ H. Malicka-Gorzelańczyk, *Wybrane programy zapobiegania samobójstwom realizowane w amerykańskich szkołach*, [w:] A. Margasiński, B. Zajęcka (red.), *Psychopatologia i psychoprofilaktyka*, Kraków 2000.

Te i inne elementy zawarte są w programach profilaktyki samobójstw realizowanych w szkołach amerykańskich, programach takich jak¹⁰:

1. Ogólnoedukacyjne Programy Zapobiegania Samobójstwom,
2. Programy Szkolenia Strażników Szkolnych oraz Programy Szkolenia Strażników w Społecznościach Lokalnych,
3. Programy Wsparcia Rówieśniczego,
4. Programy Badań Wykrywających Jednostki Zagrożone Samobójstwem,
5. Ośrodki Interwencji Kryzysowej i Telefony Zaufania,
6. Programy Interwencji Postsuicydalnej,
7. Programy Ograniczenia Dostępu do Śmiercionośnych Środków.

Ogólnoedukacyjne Programy Zapobiegania Samobójstwom (General Suicide Education)

Główne cele realizowane w ramach Programów Ogólnoedukacyjnych to:

- upowszechnianie wiedzy i danych statystycznych o zjawisku samobójstwa (omówienie czynników suicydogennych, problemu motywacji ku zachowaniom rezygnacyjnym, symptomów samobójczych, struktury i dynamiki samobójstw);
- rozwijanie u młodzieży różnych umiejętności i kompetencji w zakresie funkcjonowania społecznego, które poprawiłyby jakość ich relacji z rówieśnikami, rodzicami, nauczycielami;
- wyposażenie w umiejętności i kompetencje, dzięki którym młodzież lepiej sobie radzi w sytuacjach stresowych i rozwiązuje swoje osobiste problemy;
- zachęcanie młodych ludzi do szukania pomocy i kierowanie swoich kolegów i przyjaciół do odpowiednich źródeł pomocy profesjonalnej;
- zdobywanie umiejętności dzielenia się swoimi emocjami związanymi głównie ze stratą, żalem, smutkiem.

Cenne są wyniki badań odnośnie do efektywności tych programów. Wykazano, że przeszkolona młodzież ma wyższy poziom wiedzy o zjawisku samobójstwa (w tym o symptomach samobójczych) oraz o tym, w jaki sposób kontaktować się z lokalnymi instytucjami pomocy profesjonalnej. Wykazano również, że młodzież częściej kieruje swoich kolegów, znajdujących się w sytuacji kryzysowej do odpowiedniej placówki. Natomiast nie stwierdzono, aby przeszkolona młodzież chętniej zwracała się do dorosłych (nauczycieli, pedagoga, rodziców) o pomoc i wsparcie w sytuacji

¹⁰ *Youth Suicide Prevention Programs. Public Health Service, Centers for Disease Control, Atlanta 1992.*

trudnej. Autorzy amerykańscy twierdzą, że realizacja tylko takiego programu bez połączenia go z innymi nie przynosi oczekiwanych zmian w postawach młodzieży wobec samobójstwa.

Nie stwierdzono również, aby ogólnoedukacyjne programy przyczyniły się do „destygmatyzacji” samobójstwa i wzrostu postaw akceptujących akt odebrania sobie życia jako formę rozwiązania problemów.

Podsumowując badania dotyczące efektywności tych programów, stwierdzono, że liczba dzwoniących do instytucji telefonu zaufania znacznie wzrosła.

Wydaje się, że w warunkach polskich możliwa jest realizacja ogólnoedukacyjnych programów profilaktyki samobójstw, jednakże uwzględniająca realne możliwości, głównie finansowe, kraju. Edukacja ta mogłaby się odbywać m.in. w formie wykładów, pogadanek, a także zajęć warsztatowych. Elementy tych programów można by również włączyć do treści przekazywanych w ramach realizowanych w szkołach przedmiotów, np. przygotowania do życia w rodzinie, godziny wychowawczej, języka polskiego. Należy przypuszczać, że realizacja takich programów przyczyniłaby się do wzrostu wiedzy o samobójstwie młodego pokolenia, a tym samym, być może, zmniejszenia rosnącej z roku na rok liczby zachowań samobójczych młodych ludzi. Efektywność przedstawionego programu wzrosłaby niewątpliwie wtedy, gdyby realizowany był on łącznie z innymi programami, np. programem wsparcia rówieśniczego czy szkolenia strażników szkolnych¹¹.

Programy Szkolenia Strażników Szkolnych (*School Gatekeeper Training*) oraz Programy Szkolenia Strażników w Społecznościach Lokalnych (*Community Gatekeeper Training*)

Celem tych programów jest umożliwienie pracownikom szkoły oraz ochotnikom z najbliższego, lokalnego środowiska identyfikowania młodzieży z wysokim stopniem ryzyka samobójczego i kierowania ich do właściwych źródeł pomocy profesjonalnej.

Szkolenia przeznaczone są dla nauczycieli, pedagogów, wychowawców, a nawet pracowników administracji oraz innych osób pracujących w szkole, księży, policjantów, pracowników służby zdrowia, a także pracowników klubów młodzieżowych oraz innych ochotników, np. fryzjerów, kelnerów i tych wszystkich, którzy mają bezpośredni kontakt z młodzieżą.

W ramach szkoleń strażnicy uczą się rozpoznawania symptomów samobójczych i udzielania wsparcia osobom zagrożonym samobójstwem. Ponadto strażnicy zostają przeszkoleni w zakresie krótkoterminowej inter-

¹¹ H. Malicka-Gorzelańczyk, *op. cit.*, s. 507.

wencji w sytuacji kryzysowej. Programy szkolenia strażników szkolnych umożliwiają również personelowi szkoły rozpoznawanie i eliminowanie źródeł stresu w środowisku szkolnym.

Przedstawione programy są powszechnie stosowane w wielu amerykańskich szkołach, należy jednak zaznaczyć, że większość z nich realizowana jest łącznie z innymi programami, np. programami promowania zdrowia psychicznego, programami wsparcia rówieśniczego i programami postwencyjnymi.

Interesującym przykładem programu szkolenia strażników szkolnych jest program: Samobójstwo, Wybory, Świadomość, Ulga (Suicide, Options, Awareness, Relief). Program ten obejmuje następujące działania: profilaktykę, interwencję oraz postwencję. W ramach profilaktyki organizowane są szkolenia, dotyczące zwiększenia świadomości nauczycieli i personelu szkolnego w zakresie zjawiska samobójstwa. Interwencja — to szkolenie rodziców szkolnych, których zadaniem jest prowadzenie indywidualnych rozmów z uczniami oraz tworzenie socjalnych i psychologicznych zespołów kryzysowych, udzielających wsparcia jednostkom manifestującym zachowania rezygnacyjne. Postwencja obejmuje działania ukierunkowane na otoczenie opieką uczniów w szkole, w której popełnione zostało jedno bądź więcej samobójstw.

Badania wykazały, że przeszkolone osoby mają znacznie większą wiedzę o zjawisku samobójstwa, trafniej rozpoznają i wykrywają osoby z problemami emocjonalnymi, rodzinnymi i osobistymi, a także są bardziej skłonne do nawiązywania bliskich więzi z młodzieżą.

Wzrost samobójstw młodzieży w Polsce wskazuje na potrzebę przeszkolenia w zakresie rozpoznawania symptomów samobójczych u dzieci i młodzieży i kierowania ich do odpowiednich źródeł pomocy profesjonalnej, również do pracowników polskich szkół (wychowawców, pedagogów, nauczycieli, pracowników administracji). Wydaje się słuszne, aby szkolenia te, przeprowadzone przez profesjonalistów, uwzględniały następujące elementy: ćwiczenia z zakresu umiejętności interpersonalnych, takich jak umiejętność aktywnego słuchania oraz komunikacja werbalna i niewerbalna, poznanie procesów grupowych, umiejętność udzielania wsparcia, radzenia sobie ze stresem i lękiem, umiejętność kierowania do odpowiednich źródeł pomocy profesjonalnej. Rosnące w Polsce zainteresowanie pedagogów tego typu szkoleniami, a także coraz większe potrzeby w tym zakresie wskazują, że istnieją realne szanse realizacji programów profilaktyki samobójstw, szkolących pracowników szkół w wymienionych wyżej zakresach¹².

¹² Tamże, s. 508.

Programy Wsparcia Rówieśniczego (*Peer Support Programs*)

Programy te obejmują swym zakresem działania profilaktyczne pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia, są zatem skierowane do osób, które znajdują się w sytuacji zagrożenia samobójstwem i występują u nich symptomy samobójcze.

Celem omawianych programów jest wzmacnianie więzi koleżeńskich, przyjacielskich, wykorzystywanie naturalnych zasobów społecznych w postaci wsparcia rówieśniczego, wyposażanie uczniów w umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych. W tworzonych grupach warsztatowych młodzież uczy się rozwiązywania problemów, korzystania ze wsparcia koleżeńkiego i udzielania go innym. Dzięki szkoleniu młodzież ma szansę na zwiększenie zaufania do siebie i do innych; a tym samym na poprawę funkcjonowania społecznego zarówno w szkole, jak i w szerszym środowisku społecznym.

Szczególnie ważne wydaje się objęcie szkoleniem młodzieży w okresie dojrzewania, w którym rówieśnicy wywierają silny wpływ na zachowanie nastolatków. W tym okresie młodzież przejmuje określone wartości i postawy od rówieśników. Ważne jest jednak, aby wartości te promowały zdrowie, konstruktywne działania oraz odrzucały działania destrukcyjne i aspołeczne.

Przykładem jest program „Link-up” w Minnesocie. Praca warsztatowa odbywa się w małych grupach uczniów, którzy zostali wyselekcjonowani ze względu na niepowodzenia szkolne, osobiste problemy, wagiary. Badania przeprowadzone po realizacji programu wykazały wzrost uczestnictwa tychże uczniów w zajęciach szkolnych, zmniejszenie poziomu depresji, poprawę samooceny i postaw wobec przyszłości. Program ten, ze względu na dużą skuteczność, został rozpowszechniony w 26 stanach.

Programy wsparcia rówieśniczego realizowane są również w Polsce. Należy dążyć do ich rozpowszechniania, gdyż ukierunkowane są na takie działania (m.in. lansowanie wartości promujących zdrowie psychiczne, konstruktywne zachowania), które w istotny sposób zabezpieczają przed zachowaniami autodestrukcyjnymi, w tym samobójczymi.

Programy Badań Wykrywających Jednostki Zagrożone Samobójstwem (*Screening Programs*)

Celem tych programów jest wykrywanie osób z wysokim ryzykiem samobójczym. Aby dokonać selekcji zagrożonych jednostek, przeprowadza się specjalistyczne testy oraz wywiady. W testach uwzględnia się następujące predyktory samobójstwa:

- występowanie prób samobójczych (od 25 do 40% ofiar samobójstw wcześniej dokonywało nieudanych prób samobójczych),
- wysoki poziom depresji,
- poczucie beznadziejności i bezsilności,
- manifestowanie zachowań społecznych,
- nadużywanie alkoholu i innych używek,
- niezdolność do odczuwania zadowolenia z życia,
- niski poziom samooceny.

Omawiane programy umożliwiają skupienie działań prewencyjnych na zbiorowości młodzieży, znajdującej się w największej potrzebie. Z tego względu należy udoskonalić narzędzia badawcze i rozpowszechnić tego typu programy w szkołach.

W przeciwieństwie do innych programów profilaktyki samobójstw, Programy Badań Wykrywających Jednostki Zagrożone Samobójstwem realizowane są w niewielu szkołach amerykańskich.

Jak dotąd, w Polsce badania diagnostyczne, wykrywające jednostki zagrożone samobójstwem, przeprowadzane są sporadycznie i nie mają charakteru działań skoordynowanych, podporządkowanych ogólniejszemu programowi badań diagnostycznych, szacujących skalę zagrożenia samobójstwem, np. u dzieci i młodzieży. Skromne możliwości finansowe oraz brak większego zainteresowania tym problemem wskazują raczej na niewielkie możliwości wykorzystania istniejącego bogatego warsztatu metodologicznego w tym zakresie.

Ośrodki Interwencji Kryzysowej i Telefony Zaufania (Crisis Centers and Hotlines)

Racjonalnym uzasadnieniem tworzenia Ośrodków Interwencji Kryzysowej jest przesłanka, iż akt samobójczy bezpośrednio poprzedzony jest wystąpieniem krytycznej i wysoce stresującej sytuacji, nacechowany jest impulsywnością zachowania się jednostki suicydalnej, a sam zamiar samobójczy charakteryzuje się ambiwalencją celów, jednoczesnym pragnieniem życia i śmierci¹³.

Ośrodki Interwencji Kryzysowej oferują kompleksową pomoc osobom, znajdującym się w sytuacji kryzysowej. Podstawowym zadaniem tych instytucji jest podjęcie natychmiastowej interwencji wobec tych osób. Ośrodki te dostępne są przez 24 godziny na dobę, w każdy dzień tygodnia. Jednostki zagrożone samobójstwem objęte są opieką wysoko wyspecjalizowanej kadry psychologów, pedagogów, terapeutów, pracowników

¹³ E. Stengel, *Suicide and Attempted Suicide*, Baltimore 1975.

socjalnych, lekarzy i prawników. Pracownicy tych instytucji interweniują także w środowisku rodzinnym, szkolnym, rówieśniczym i zawodowym osób zagrożonych samobójstwem. W razie potrzeby organizuje się pomoc medyczną w ośrodkach zdrowia.

Celem idei, tzn. „pierwszego kontaktu”, jest rozładowanie napięć jednostki, noszącej się z zamiarem odebrania sobie życia i otoczenie jej specjalistyczną opieką przez przynajmniej kilka miesięcy. W okresie tym pomaga się jednostce odzyskać równowagę psychiczną i kontrolę nad swoim życiem. W USA instytucje Telefonu Zaufania i Ośrodki Interwencji Kryzysowej nawiązują ścisłe kontakty ze szkołami oraz ośrodkami zdrowia.

W całej Polsce powstało tylko czterdzieści kilka takich ośrodków, ale nastawionych głównie na przemoc w rodzinie, a nie pomoc osobom w kryzysie suicydalnym, zatem istnieje potrzeba stworzenia możliwości rozszerzenia pomocy, jaką mogą oferować te placówki w całym kraju, przynajmniej w każdym większym mieście. Duże nakłady finansowe, związane z utworzeniem takiej placówki, nadal są poważną barierą, hamującą rozwój takich instytucji w Polsce.

Programy Interwencji Postsuicydalnej (*Intervention After a Suicide Programs*)

Programy te realizowane są w szkołach, w których jeden uczeń (bądź kilku) dokonuje zamachu na swoje życie. Celem programu jest przygotowanie personelu szkoły oraz pracowników innych instytucji (np. ośrodków zdrowia, duchownych, policjantów, przedstawicieli administracji danej miejscowości) do podjęcia działań, minimalizujących ryzyko szerzenia się tzw. samobójstw naśladowczych. Stwierdzono, że często istnieje takie zagrożenie. Zanotowano wiele przypadków samobójstw naśladowczych w szkołach, w których uczeń odebrał sobie życie. Sytuację taką nazwano *suicide contagion* (zarażenie samobójstwem).

W programie tym zakłada się utworzenie grupy koordynującej, przygotowanej do podjęcia natychmiastowych działań. Pierwszym krokiem jest przeszkolenie nauczycieli, pedagogów czy innych ochotników, aby w umiejętny sposób zaopiekowali się uczniami, których kolega, koleżanka, przyjaciel odebrał sobie życie. Program postwencyjny określa, w jaki sposób poinformować uczniów o tym zdarzeniu, jakie podjąć działania w stosunku do osób bliskich ofiary, a więc przyjaciół, sympatii czy też klasy. Podczas działań postwencyjnych należy bezwzględnie unikać sensacji czy gloryfikacji śmierci samobójczej.

Działania postwencyjne obejmują również: eliminowanie ze środowiska szkolnego niekorzystnych dla młodzieży czynników, zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia dalszych „naśladowczych samobójstw”, otoczenie szczególną opieką osób, które wcześniej podejmowały próby samobójcze, oraz usunięcie tych wszystkich środków samobójczych, którymi posłużyła się ofiara samobójstwa.

Niektóre z elementów omawianych programów – np. otoczenie opieką kolegów, przyjaciół, klasy szkolnej, którzy stracili bliską osobę przez śmierć samobójczą, odpowiednie sposoby informowania o popełnionym w szkole samobójstwie – można by realizować w ramach programów profilaktycznych, przeprowadzanych w polskich szkołach (np. programach wsparcia rówieśniczego, promowania zdrowia psychicznego)¹⁴.

Programy Ograniczenia Dostępu do Śmiercionośnych Środków (*Means Restriction*)

Podjęte w ramach tego programu działania ograniczają możliwość korzystania ze środków, za pomocą których łatwo odebrać sobie życie (leki, broń palna, wysokie budowle i mosty).

Tworzenie i realizacja Programów Ograniczania Dostępu do Środków uzasadnione są następującymi przesłankami: przede wszystkim, w świetle badań empirycznych, impulsywność ma istotny wpływ na odebranie sobie życia, szczególnie u młodzieży; ponadto, suicydologowie zgadzają się co do faktu, iż znamioną właściwością niemal wszystkich samobójstw jest ambiwalencja celów, jednoczesne pragnienie życia i śmierci¹⁵.

Dlatego też wielu specjalistów w zakresie profilaktyki uważa, że jeśli środki śmiertelne nie są dostępne dla potencjalnego samobójcy, to albo czyn ten zostanie oddalony w czasie – a wtedy istnieje możliwość pomocy takiej osobie – albo też użyty zostanie łagodniejszy środek i dzięki pomocy medycznej jednostka ta może mieć szansę na przeżycie.

W świetle przedstawionych programów profilaktycznych realizowanych w USA wydaje się słuszne, aby korzystać z doświadczeń tego kraju i w racjonalny sposób realizować je w polskich warunkach. Duże koszty tych przedsięwzięć przerastają jednak możliwości finansowe naszego kraju, a ponadto działalność profilaktyczna w Polsce hamowana jest przez wiele negatywnych czynników, np. postawy lekceważące i niedoceniające działań profilaktycznych, błędne opinie społeczne o samobójstwie czy nawet bardzo niski poziom wiedzy o tym zjawisku osób prowadzących

¹⁴ H. Malicka-Gorzelańczyk, *op. cit.*, s. 512.

¹⁵ E. Stengel, *op. cit.*

działalność wychowawczą, niechęć do poszukiwania coraz bardziej skutecznych metod pracy pedagogicznej z młodzieżą. Należy także wzmóc prace naukowo-badawcze w tym zakresie oraz stworzyć szansę współpracy szerszego grona specjalistów w celu zwiększenia efektywności działań prewencyjnych oraz ograniczenia rozmiarów zachowań samobójczych w Polsce¹⁶.

¹⁶ H. Malicka-Gorzelańczyk, *op. cit.*, s. 512.

WPLYW ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH NA RYZYKO SAMOBÓJSTWA WŚRÓD MŁODZIEŻY

Każdy nauczyciel pracujący w gimnazjum lub szkole średniej (liceum, technikum itp.) z uczniami w wieku 13–19 lat powinien być poinformowany o silnej zależności pomiędzy występowaniem wśród młodzieży określonych zaburzeń psychicznych a wysokim ryzykiem samobójstwa. Samobójstwa stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgonów osób w okresie dojrzewania (adolescencji). U znacznej większości nastolatków po próbach samobójczych – w około 90% przypadków stwierdzone są różne zaburzenia psychiczne, głównie depresyjne i zaburzenia zachowania.

Podstawowa wiedza na temat tych zaburzeń daje nauczycielom możliwość włączania się w działania profilaktyczne poprzez m.in. identyfikowanie uczniów z problemami psychicznymi i kierowanie ich na konsultację psychiatryczną celem podjęcia właściwego leczenia. Ponadto znajomość uwarunkowań (mechanizmów powstawania) chorób i zaburzeń psychicznych pozwoli nauczycielom na eliminowanie określonych przyczyn związanych ze środowiskiem szkolnym oraz właściwe promowanie zdrowia psychicznego. Aby to osiągnąć, konieczne jest zdefiniowanie poszczególnych zagadnień.

Definicje zdrowia psychicznego i normy psychicznej

Zdrowie psychiczne to zespół cech i reakcji osobniczych nieodbiegających od normy psychicznej, związane z cechami osobowości jednostki i normami panującymi w danym społeczeństwie oraz związanymi z jego kulturą.

Osobowość to nawykowe postawy lub inaczej utrwalona tendencja do zachowywania się w określony sposób.

Powszechnie za **wyznaczniki normy psychicznej** przyjmuje się kryterium przeciętności (statystyczne) oraz kryterium wartości (kulturowe). Są one mało trafne i często prowadzą do etykietowania. Dla przykładu – zachowania, które występują dość powszechnie wśród uczniów (np. wagarowanie, brak poszanowania własności) lub które są typowe dla subkultur młodzieżowych (np. spożywanie alkoholu) można zarówno uznać za normalne, jak i za przejaw głębszej patologii. Stąd wspomniane kryteria trudno przyjąć jako wystarczające i uniwersalne.

W psychiatrii konieczne jest spełnienie dwóch warunków potrzebnych do uznania jednostki za zdrową psychicznie:

- 1) **kryterium adaptacji** (zdolności przystosowawczych do określonych sytuacji, np. innych podczas lekcji, innych podczas obozu harcerskiego);
- 2) **brak objawów choroby lub zaburzeń psychicznych** (według obowiązujących kryteriów diagnostycznych).

Na **kształtowanie się osobowości człowieka** mają wpływ **predyspozycje biologiczne** (dziedziczenie, mutacje genowe), **mikrosystem** – którym jest rodzina, oraz **makrosystem**.

W skład makrosystemu wchodzi:

- społeczeństwo na określonym etapie przemian historycznych, obecnie postmodernistyczne (z widoczną dekonstrukcją norm);
- kultura masowa (kreująca określony wygląd, style zachowań czy cały styl życia w ramach tworzących się różnych subkultur – patrz poniżej);
- subkultury młodzieżowe (w tym przestępcze gangi, bullying, mobbing, narkotyki, style muzyki, style ubierania, tatuaże, piercing itp.);
- pozaedukacyjne funkcje szkoły (częste promowanie rywalizacji i konformizmu).

Występowanie zaburzeń psychicznych wśród młodzieży

Sam **okres dojrzewania (adolescencji)** może stwarzać problemy natury psychicznej. Jest on określany w literaturze psychiatrycznej jako „drugie narodziny”, „normatywny kryzys tożsamości”. W krótkim czasie, u dziewcząt w wieku 10–12 lat, a wśród chłopców w wieku 12–14 lat, dochodzi do intensywnych przemian biologicznych, psychologicznych i społecznych, które m.in. odpowiadają za zmianę wyglądu zewnętrznego, ukształtowanie się orientacji płciowej i poczucia własnej tożsamości. Około 1/3 adolescentów rozwija się w sposób burzliwy, nieharmonijny. Typowe dla tego okresu są postawy buntu, negacji norm i autorytetów, prowokacji, kontestacji oraz dążenie do inności i szukanie sensu życia. Konieczne jest różnicowanie tych zachowań z objawami określonych chorób i zaburzeń psychicznych.

Aby właściwie rozpoznać zaburzenia psychiczne u nastolatka, trzeba oceniać jego stan z uwzględnieniem różnych płaszczyzn: 1) obrazu psychopatologicznego (patrz aneks), 2) poziomu intelektualnego i ewentualnej obecności specyficznych zaburzeń umiejętności szkolnych (dawniej deficytów poznawczych), 3) stanu somatycznego (obecność chorób czy deficytów fizycznych, jak cukrzyca, niedosłuch), 4) funkcjonowania w środowisku rodzinnym, szkolnym i rówieśniczym. nierozwiązane kon-

flikty i trudności związane z danym środowiskiem, obok małych umiejętności radzenia sobie, mogą być przyczyną bardzo drastycznych zachowań u młodzieży, takich jak ucieczka z domu, agresja i autoagresja (samo-uszkodzenia), a nawet próba samobójcza.

Przyczyny zaburzeń psychicznych najlepiej opisuje **model stres–podatność**, w którym podkreślany jest wpływ określonych stresorów (np. patologii rodzinnej, śmierci kogoś bliskiego, problemów szkolnych) na ujawnienie się predyspozycji do wystąpienia określonych chorób, na przykład depresji, schizofrenii czy innych zaburzeń psychicznych. Podłożem tej predyspozycji są zarówno czynniki biologiczne (genetyczne oraz dysfunkcje mózgowie), jak i cechy osobowości. W przypadku powtarzających się zachowań autoagresywnych są to takie cechy, jak impulsywność i agresywność. Potwierdzeniem prawdziwości wspomnianego modelu są wyniki badań bliźniąt jednojajowych. Mimo że zgodność występowania np. depresji jest u nich wysoka (około 40%), to jednak nie dotyczy ona wszystkich par.

Różne zaburzenia psychiczne stwierdza się u około 1/5 młodzieży (10–20%), przy czym z najwyższym ryzykiem dokonania samobójstwa wiąże się obecność zaburzeń depresyjnych. **Na przykład gdy w grupie młodzieży stwierdza się obecność depresji lub schizofrenii, wskaźnik ryzyka samobójstwa rośnie nawet kilkadziesiąt razy** (w odniesieniu do populacji ogólnej).

Szacuje się, że ryzyko popełnienia samobójstwa u osób z depresją oraz uzależnionych od alkoholu wynosi 10–15%, a u osób chorujących na schizofrenię 7–10%. Oznacza to, że w okresie całego swojego życia 10–15% osób chorujących na depresję lub uzależnionych i 7–10% z rozpoznaniem schizofrenii popełnia samobójstwo.

Na wzrost częstości występowania samobójstw w okresie rozwojowym znaczący wpływ mają także zaburzenia psychiczne wśród najbliższych, przede wszystkim depresja rodziców i nadużywanie przez nich substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki czy leki psychotropowe).

Rozpoznawanie poszczególnych objawów, zespołów psychopatologicznych oraz chorób i zaburzeń psychicznych

Objaw psychopatologiczny jest to wycinkowe (elementarne) odchylenie od stanu prawidłowego. Obecność tylko jednego objawu nie świadczy o chorobie psychicznej. Objawy można pogrupować w zależności od sfery

psychicznej na zjawiska poznawcze, emocjonalne, ruchowe. Jeżeli mają one tendencje do współwystępowania, mówimy o **zespolu psychopatologicznym** (patrz aneks 1).

Zaburzenia osobowości to nieprawidłowe wzorce zachowań, które uniemożliwiają prawidłowe przystosowywanie się, nie poddają się wpływowi otoczenia oraz wyraźnie odbiegają od obowiązujących norm społecznych. Zaburzenia te z reguły zaczynają ujawniać się już w okresie rozwojowym, a utrwalają po 18. roku życia. Przed pełnoletnością rozpoznaje się **zaburzenia zachowania**, które charakteryzują się uporczywym i powtarzającym się wzorcem aspołecznego, agresywnego i buntowniczego zachowania. Zachowanie takie (typu nadmiernie częste wdawanie się w bójki, tyranizowanie otoczenia, okrucieństwo wobec ludzi i zwierząt, poważne niszczenie mienia, podpalenia, kradzieże, powtarzające się kłamstwa, wagarowanie i ucieczki z domu, częste i ciężkie napady złości oraz nieposłuszeństwo) powinno prowadzić do poważnego naruszenia adekwatnych dla wieku oczekiwań społecznych. Musi więc być czymś więcej niż tylko zwykłą dziecięcą złośliwością i młodzieńczym buntem oraz mieć względnie trwały charakter (trwa sześć miesięcy lub dłużej). Należy pamiętać, że cechy zaburzonego zachowania mogą być również przejawem innych zaburzeń psychicznych, np. schizofrenii czy używania substancji psychoaktywnych. W tych przypadkach preferuje się pierwotne rozpoznanie. Jeżeli zaburzenia zachowania pojawiają się w późniejszym okresie życia, należy myśleć o organicznych uwarunkowaniach, będących wynikiem uszkodzenia mózgu (np. w wyniku ciężkiego zatrucia, urazu głowy czy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych).

Depresja pod postacią tylko pojedynczego objawu, czyli smutku, przygnębienia, występuje u około 10–40% młodzieży. W tej postaci może być **reakcją** na wystąpienie choroby fizycznej, psychicznej (schizofrenii) lub na trudną sytuację życiową. Wszystko, co obniża jakość życia, może powodować reakcję smutku, nie osiągającego jednak natężenia i jakości choroby psychicznej, jaką jest melancholia (tzw. duża depresja). Aby rozpoznać taki **epizod depresji**, smutkowi muszą towarzyszyć, przez okres minimum 2 tygodni, inne objawy, tj. utrata zainteresowań, niezdolność do przeżywania przyjemności (anhedonia), zmęczenie i brak energii oraz spadek zaufania do siebie, poczucie małej wartości, winy, pogorszenie możliwości uczenia się, zaburzenia snu (budzenie się wcześniej rano), utrata apetytu oraz poczucie bezsensu i myśli o śmierci lub samobójstwie. Depresja jako choroba występuje szacunkowo w grupie 5–10% młodzieży, w tym

dwa razy częściej u dziewcząt. Uczniowie chorujący na depresję przestają mieć osiągnięcia w nauce, dbać o siebie, zaczynają unikać kontaktów, mogą też sprawiać kłopoty – wagarować, reagować drażliwością, a nawet agresją lub mieć tzw. maskę somatyczną depresji, pod postacią wymiotów, bólów czy zawrotów głowy.

Schizofrenia jest chorobą psychiczną (psychozą). Szacuje się, że w populacji dorosłych (18 lat i więcej) u blisko 1% rozpoznaje się psychozę schizofreniczną. Jej przyczyny nie są jednoznacznie ustalone. Przyjmuje się, że dziedziczona jest pewna podatność na zachorowanie. Stresory mogą wyzwać rzut choroby lub pogarszać jej przebieg. Pomyślnie rokuje: obecność umiejętności społecznych, oparcie społeczne w rodzinie oraz wczesne jej rozpoznanie i podjęcie właściwego leczenia.

Istota schizofrenii polega na **rozszcepieniu osobowości** (patrz aneks 2), które znacząco upośledza komunikację z innymi oraz znacząco pogarsza funkcjonowanie społeczne, doprowadzając często do izolacji, a nawet odcięcia się od świata (autyzm).

Występowanie zachowań samobójczych wśród badanej młodzieży szkolnej

W łódzkim środowisku uczniów publicznych szkół ponadpodstawowych od 2001 roku prowadzone są badania, dotyczące występowania zachowań ryzykownych. Myśli samobójcze potwierdzał co trzeci uczeń, natomiast do usiłowań samobójstwa przyznało się 7% badanych. Uczniowie ci wielokrotnie częściej niż pozostali, nieobciążeni zachowaniami samobójczymi, potwierdzali fakt leczenia psychiatrycznego. W populacji pacjentów szpitalnych prawie **co drugi nastolatek leczony psychiatrycznie prezentuje zachowania samobójcze**.

Wśród badanej młodzieży wyłoniłymi **czynnikami ryzyka zachowań samobójczych, obok obecności zaburzeń psychicznych, były: złe funkcjonowanie społeczne** (powtarzanie klas, przerwy w nauce, ucieczki z domu, wycofanie, mała aktywność, używanie substancji psychoaktywnych), **osierocenie** (szczególnie samobójcza śmierć rodzica), **trudna sytuacja rodzinna** (doświadczenie przemocy fizycznej i psychicznej), **poczucie bezsensu i beznadziejności** oraz **fascynacja śmiercią u chłopców**.

Ustalenie u ucznia tych czynników ryzyka powinno budzić szczególną czujność u nauczycieli, zwłaszcza gdy występują także zaburzenia psychiczne. Uczeń taki powinien być objęty **szczególną opieką pedagoga szkolnego**, polegającą na: częstych spotkaniach, zachęcaniu do rozmów,

monitorowaniu postępów w nauce, relacji z kolegami, sytuacji rodzinnej oraz powinien być przebadany na początku w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, celem zminimalizowania efektu etykietowania (naznaczenia).

Wczesna interwencja, już na etapie wystąpienia czynników ryzyka, jest strategią profilaktyczną, przeciwdziałającą postępowi „**procesu samobójczego**” – od predyspozycji uruchomionej przez stresory – poprzez myśli samobójcze – do prób samobójczych pojedynczych i kolejnych...

Strategie zapobiegania samobójstwom młodzieży

Do **strategii pośrednich**, które mają na celu zapobieganie zachowaniom samobójczym młodzieży, należy przede wszystkim:

- 1) **wykrywanie i leczenie zaburzeń psychicznych**, związanych z wysokim ryzykiem samobójstwa (głównie depresji, psychoz, uzależnień);
- 2) **wykrywanie i usuwanie stresorów** (tj. problemy szkolne, rodzinne, z prawem, choroby fizyczne, utrata bliskich osób).

W przypadku wystąpienia u ucznia widocznych tendencji samobójczych stosuje się **strategie bezpośrednie**, polegające m.in. na szczegółowej ocenie ryzyka samobójstwa przy użyciu specjalnych skal psychometrycznych przez psychologa lub psychiatrę. Ponadto podejmuje się odpowiednią do występujących zaburzeń psychicznych i sytuacji rodzinnej **psychoterapię** (patrz aneks 3). Jeżeli utrzymują się tendencje samobójcze, należy koniecznie kierować ucznia, najlepiej przez lekarza psychiatrę, do szpitala celem ratowania życia.

Środowiskowa prewencja samobójstw powinna polegać na:

- edukacji nauczycieli, duchowieństwa, rodziców, opiekunów nt. **znaków ostrzegających o zamiarach samobójczych** („S” – patrz aneks 4);
- obserwacji uczniów (ich ekspresji słownej i pozasłownej) pod kątem prób i myśli „S”, depresji, nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych;
- właściwej prezentacji w mediach zagadnień, dotyczących samobójstw (ze wskazaniem, jak mówić i pokazywać, żeby ograniczyć naśladowictwo zachowań „S” u młodzieży);
- dostępności Telefonów Zaufania;
- ograniczeniu dostępu (w tym prawnego) do metod, np. broni palnej, leków, alkoholu.

Według oceny **WHO profilaktyka samobójstw w szkołach** to przede wszystkim:

- wzmacnianie zdrowia psychicznego nauczycieli;
- wzmacnianie poczucia wartości uczniów;
- trenowanie u uczniów wyrażania własnych emocji;
- zapobieganie przemocy w szkole;
- dostępne informacje o placówkach interwencji kryzysowych i psychiatrycznych.

Warunki skutecznej interwencji po próbie samobójczej ucznia

Jeżeli zawiodą metody profilaktyczne i dowiemy się o podjęciu przez ucznia próby samobójczej, po **bezwzględnie zalecanej konsultacji psychiatrycznej** należy pamiętać o sprawdzonych wskazówkach w trakcie pierwszych z nim kontaktów:

- wsparcie, dawanie bliskości, okazanie zrozumienia, akceptacja;
- szczerość kontaktu, empatia (współbrzmienie w zakresie emocji i poziomu intelektualnego), zaufanie (uwaga! nie obiecywać zachowania tajemnicy odnośnie aktualnych tendencji samobójczych);
- czytelność intencji, przekazów, w tym udzielanych informacji na temat zjawiska samobójstw;
- świadomość własnych ograniczeń;
- umiejętność zaakceptowania braku dobrego kontaktu z uczniem;
- uznanie próby samobójstwa za fakt historyczny (pozwala na obniżenie poziomu ekspresji emocji, utrzymanie dystansu do tego, co się stało);
- adekwatna do możliwości deklaracja własnej dostępności i dyspozycyjności;
- dzielenie z innymi odpowiedzialności za kontakt z uczniem;
- wzajemne zobowiązania, w tym „niesamobójczy” kontrakt z uczniem (umowa co do potrzebnego czasu na załatwienie akceptowanych rozwiązań i sygnalizowania wszelkich trudności przez ucznia);
- dokładne poznanie faktów, rozpoznanie przyczyn tendencji samobójczych;
- koncentracja na głównych problemach ucznia i ich pozytywne przeformułowanie, jeżeli jest to możliwe;
- wskazanie różnych systemów oparcia / zasobów (wewnętrznych i zewnętrznych), podjęcie konkretnych działań (np. telefon interwencyjny do opiekunów);
- zadbanie o maksymalne bezpieczeństwo ucznia (gdy ryzyko samobójstwa – wezwanie pogotowia ratunkowego i przymusowe umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym).

Podczas interwencyjnej rozmowy z uczniem należy unikać:

- podtrzymywania wyobrażeń ucznia o naszej wszechmocy;
- koncentracji na instrumentalnym („na pokaz”) aspekcie próby samobójczej (niedoceniając zagrożenia);
- blokowania tematu śmierci i samobójstwa (stwierdzeń: „nie mówmy o śmierci”);
- zaprzeczania temu, co mówi uczeń, osądzania go;
- ujawniania bezradności i / lub rezygnacji z udzielenia pomocy, często **samo wysłuchanie jest skuteczne.**

Aneks 1

Objawy i zespoły psychopatologiczne

W zakresie *sfery poznawczej* mogą występować: zaburzenia spostrzegania (złudzenia, omamy – halucynacje, omamy rzekome, parahalucynacje), zaburzenia myślenia (urojenia, idee nadwartościowe, natręctwa – obsesje), zaburzenia pamięci (nadczynność, niedoczynność pamięci, niepamięć – amnezja, zafałszowania pamięci), zaburzenia uwagi (np. nadmierna przeczutność uwagi czy trwałość uwagi, wyczerpywalność uwagi).

W zakresie *sfery emocjonalnej* m.in.: zaburzenia popędowe (popędu seksualnego, samozachowawczego – samobójstwo), zaburzenia życia emocjonalnego (zaburzenia afektu, nastroju, lękowe), uczuciowości złożonej (otępienie emocjonalne, chłód emocjonalny).

W zakresie *sfery ruchowej* m.in.: zahamowanie ruchowe – stupor, pobudzenie ruchowe, fuga, manieryzmy ruchowe, stereotypie, natręctwa ruchowe – kompulsje.

Objawy psychopatologiczne, które występują w chorobach psychicznych (psychozach), nazywamy psychotycznymi lub *jakościowymi* (wytwórczymi); są to: złudzenia patologiczne, omamy (czyli spostrzeganie w otoczeniu zjawisk, których inni nie potwierdzają), omamy rzekome (np. głosy lub obrazy w głowie) oraz urojenia (fałszywe przekonania). Natomiast objawy, które mogą występować także u osób zdrowych, nazywamy *ilościowymi* (nie psychotycznymi). Wśród objawów ilościowych można wymienić: obniżenie sprawności intelektualnej (stopnie upośledzenia umysłowego), zaburzenia nerwicowe (lękowe) oraz deficyty emocjonalne (świadczące o zaburzeniach zachowania, które często powyżej 18. roku życia przechodzą w zaburzenia osobowości).

Jeżeli określone objawy występują łącznie, rozpoznajemy wtedy **zespół psychopatologiczny**, np. depresyjny (obniżenie nastroju, czyli smutek + obniżenie aktywności ruchowej, inaczej napędu + spowolnienie my-

ślenia); maniakalny (podwyższenie nastroju + pobudzenie psychoruchowe); otępienny (znaczne obniżenie sprawności intelektualnej + zaburzenia pamięci + krytycyzmu + chwiejność afektywna); paranoidalny (omamy + urojenia).

Aneks 2

Rozszczępienie osobowości w schizofrenii i inne objawy osiowe

Zaciera się poczucie *integralności* (czego przykładem są rozdwojenie lub zwielokrotnienie osobowości, dialogi wewnętrzne, sprzeczne sądy, odwrotne do oczekiwanych reakcje emocjonalne) i *odrębności* własnej osobowości (np. uczucie owładnięcia przez szatana). Do tzw. *objawów osiowych* należą **autyzm** (utrata kontaktu ze światem zewnętrznym) oraz **stępienie uczuciowe** (utrata związków uczuciowych z innymi ludźmi, uczucie pustki emocjonalnej, zanik ambicji, uczuć estetycznych). Wyrażanie przez otoczenie wysokiego poziomu emocji (wypowiedzi o silnym ładunku emocjonalnym) nie sprzyjają relacji z osobą chorą.

Osoby chore tracą grację w poruszaniu, często prezentują dziwaczne ruchy (manieryzmy), reagują nieadekwatnie do sytuacji lub pozostają obojętni (nawet na cierpienia innych), czasami ograniczają swoją aktywność do stereotypowych lub dziwnych czynności. W ekspresji słownej może przejawiać się niezdyscyplinowane myślenie, **rozkojarzenie**, będące wynikiem utraty związków logicznych pomiędzy członami wypowiedzi. Najczęściej występuje paranoidalna postać schizofrenii.

Aneks 3

Zalecane rodzaje terapii uczniów z zachowaniami samobójczymi

- **Terapia kryzysowa** (z reguły początkowy etap każdego podejścia terapeutycznego).

W trakcie terapii kryzysowej chroni się pacjenta przed izolacją, usuwa się objawy powodujące złe funkcjonowanie (lęk, bezsenność), włącza się właściwe leczenie (np. leki przeciwdepresyjne), rozwiązuje się z pacjentem konkretny problem, określa się rolę zachowania samobójczego oraz wyjaśnia mechanizm stresu (stres → lęk → rezygnacja).

Na pierwszym spotkaniu (najlepiej w ciągu pierwszego tygodnia od próby samobójczej) jasno określa się cel terapii, częstotliwość spotkań, ich przebieg oraz ew. uczestnictwo rodziców lub innych osób, uświadamia się, jak dużo zależy od aktywnego udziału samego pacjenta i jego współpracy;

pod koniec wspólnie z pacjentem definiuje się podstawowy problem, cel możliwy do osiągnięcia w krótkim czasie oraz miejsce i metodę leczenia (wskazane są pytania ustrukturalizowane oraz używanie schematów).

- **Terapia behawioralna** (m.in. trening umiejętności społecznych, przykładem może być opisany poniżej SEL).
- **Terapia poznawcza** (m.in. zmiana depresyjnych schematów myślenia, typu: jestem nic niewart, nikomu na mnie nie zależy).
- **Terapia rodzinna** (głównie zmiana komunikacji i nieprawidłowych interakcji wewnątrzrodzinnych).
- **Terapia grupowa** (tu m.in. alternatywne sposoby radzenia sobie ze stresorami, rozwijanie samokontroli).
- **Farmakoterapia** (ściśle monitorowane przyjmowanie leków psychotropowych).

Podstawowe cele terapii po próbie samobójczej:

- ratowanie życia;
- usunięcie lub zminimalizowanie czynników ryzyka związanych z otoczeniem ucznia (ustanowienie kontroli w przypadku ofiar przemocy);
- leczenie rozpoznanych zaburzeń psychicznych, przede wszystkim redukcja lęku, niepokoju i agresji;
- poprawa możliwości adaptacyjnych ucznia.

Aneks 4 **Znaki ostrzegające o samobójstwie**

Poza wspomnianą obecnością zaburzeń psychicznych (głównie: depresji, zaburzeń osobowości, nadużywania substancji psychoaktywnych, schizofrenii), o wysokim ryzyku samobójstwa u ucznia świadczyć mogą:

- wzmianki o samobójstwie, śmierci i / lub o poczuciu bezsensu życia, bezradności (słowne i pozasłowne, na przykład w stroju, ekspresji plastycznej czy muzycznej);
- zmiany zachowania (np. rozdawanie swoich cennych rzeczy, izolowanie się od ludzi, zaniedbywanie swojego wyglądu, słuchanie określonej muzyki, agresja jawna lub tłumiona);
- informacje o wcześniejszych samouszkodzeniach i / lub próbach samobójczych oraz zachowaniach impulsywnych;
- trudna sytuacja życiowa (m.in. konflikty w rodzinie, samotność, doświadczanie przemocy, niepowodzenia szkolne, odrzucenie przez osobę znaczącą, utrata kogoś lub czegoś);
- występowanie w rodzinie samobójstw i zaburzeń psychicznych.

Wskazówki dla pedagoga szkolnego / terapeuty

1. Podaj swój służbowy numer telefonu oraz inne całodobowe numery Telefonów Zaufania, Ośrodków Interwencji Kryzysowych.
2. Poinformuj ucznia, kiedy i gdzie możesz być dla niego dostępny oraz czego może oczekiwać, gdy zadzwoni, a ty będziesz nieobecny.
3. Przeciwicz z pacjentem nawiązywanie kontaktu przez telefon.
4. Wielokrotnie powtórz uczniowi, aby informował kogoś, ilekroć pojawią się myśli samobójcze lub będzie czuł się źle.
5. Zachęć ucznia do kontaktu z tobą pomiędzy spotkaniami.
6. Sam podtrzymuj z nim kontakt (ocień, czy nie ma zagrożenia).
7. Zapisz sobie numery telefonów do ucznia i jego najbliższych.
8. Utrzymuj stały kontakt z odpowiednimi placówkami medycznymi.

STRATEGIE ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY

Naturalnym etapem w życiu każdego młodego człowieka jest pewien stan chaosu, kiedy znany dotąd postrzegany porządek świata przestaje istnieć, a w jego miejsce nie ukształtował się jeszcze w miarę spójny obraz nowej rzeczywistości. Jest to czas negacji, często czas młodzieńczego buntu, czas poszukiwania autonomii, czas eksperymentowania, szukania własnych granic, czas wielkiej próby i trudnych pytań. Już sam stan osiągnięcia fizycznej i psychicznej dojrzałości jest dla młodego człowieka trudnym życiowym doświadczeniem, zazwyczaj również wspaniałym i niezwykle twórczym, jednak niekiedy także traumatycznym, czyli pełnym stresów i problemów.

Poszukiwanie własnej autonomii i próba przekraczania granic może być fascynującą przygodą, jednak dla wielu nastolatków okres dorastania wypełniony jest również wydarzeniami, wywołującymi trudne do wytrzymania napięcia emocjonalne.

Pojawiające się w tym czasie wahania nastroju, a nawet stany depresyjne, zachowania agresywne, niespójność w myśleniu, negowanie rzeczywistości, to w wieku dojrzewania częste zachowania. W atmosferze akceptacji, oparcia, możliwości odwołania się do pozytywnych wzorców młody człowiek uczy się, jak w sposób niezagrażający nikomu i społecznie akceptowany radzić sobie w trudnej życiowej sytuacji i jak redukować napięcia emocjonalne. Na tym, między innymi, polega dorastanie i prawidłowy proces socjalizacji. Zagrożenie może rodzić się wówczas, gdy w tym naturalnym procesie wystąpią zakłócenia. Wobec poczucia braku akceptacji, czasem opuszczenia i osamotnienia oraz znając głównie negatywne wzorce zachowań, łatwo sięgnąć po destrukcyjne sposoby radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych.

Szczególny obowiązek reagowania na niepokojące sygnały i zachowania dzieci i młodzieży spoczywa niewątpliwie na nauczycielach, wychowawcach klas i pedagogach szkolnych. Powinni oni potrafić rozróżnić stan naturalnego chaosu, towarzyszącego młodym ludziom w okresie dojrzewania i dorastania, od chaosu stanowiącego zagrożenie dla ich życia lub zdrowia. Dość łatwo bowiem zbagatelizować poważne zagrożenie, mówiąc, że dziecko zachowuje się w określony sposób, gdyż przechodzi „trudny okres dojrzewania i buntu”. To jest możliwe, ale jednak możliwe jest również, że poziom stresu, którego doświadcza dziecko, powoduje, że nie jest ono w stanie uporać się z codziennymi zmartwieniami i kłopotami

za pomocą prostych metod. Wtedy (często w sposób nagły) pojawia się ostry kryzys, który ogarnia całą rzeczywistość młodego człowieka i nasila stres do poziomu krytycznego. Konsekwencją takiego stanu może być podjęcie przez ucznia zamachu samobójczego.

Czynniki świadczące o tym, że uczeń może podjąć próbę samobójczą

Osoby rozważające możliwość popełnienia samobójstwa rzadko komunikują wprost, że taką ewentualność biorą pod uwagę. Jednak większość z nich komunikuje to światu w inny sposób. Często są to delikatne wskazówki, aluzje, zmiany w sposobie codziennego funkcjonowania. Nasza wrażliwość na odbieranie tego typu subtelnych sygnałów może wpłynąć na zaniechanie próby samobójczej.

Nigdy nie należy lekceważyć żadnych sygnałów, świadczących o chęci popełnienia samobójstwa. Nawet jeśli groźby takie wydają się jedynie próbą zwrócenia na siebie uwagi, lepiej na nie reagować, niż później żałować, że nie udało nam się zapobiec tragedii.

Analiza poniższych czynników pozwala lepiej zrozumieć znaczenie sygnałów ostrzegawczych przed samobójstwem, a także motywów, dla których niektórzy młodzi ludzie wybierają samobójstwo jako sposób na rozwiązanie swoich problemów.

	CZYNNIKI WYSOKIEGO RYZYKA	TAK	NIE
1.	Uczeń mówi (lub wyraża w inny sposób) o poczuciu beznadziejności, bezradności, braku nadziei.		
2.	Mówi wprost lub pośrednio o samobójstwie, pisze list pożegnalny lub testament.		
3.	W ostatnim czasie pozbywa się osobistych i cennych dla niego przedmiotów.		
4.	W ostatnim czasie unika kontaktów, również z bliskimi kolegami, izoluje się, zamyka w sobie.		
5.	Zaniechał zajęć, które dotychczas sprawiały mu przyjemność.		
6.	Używa wyrażeń, które mówią o jakimś krańcowym momencie w czasie, wiążą się z końcem, zaprzestaniem, odejściem itp.		
7.	W ostatnim czasie przejawia dużą zmianę charakteru, nastroju, występują nietypowe zachowania.		
8.	Przestał dbać o wygląd i higienę osobistą lub zmienił inne nawyki zachowania.		

	CZYNNIKI WYSOKIEGO RYZYKA	TAK	NIE
9.	Źle sypia, cierpi na bezsenność, nie ma apetytu.		
10.	W przeszłości podejmował już próby samobójcze.		
11.	Przejawiał inne zachowania ryzykowne, okaleczał się, spożywał alkohol, używał narkotyków itp.		
12.	W ostatnim czasie doświadczył jakiejś traumy, sytuacji stresowej, np. przeżył stratę ważnej relacji z kimś bliskim lub śmierć osoby bliskiej		
13.	Przejawia zainteresowanie tematyką śmierci, umierania, reinkarnacji, życia po śmierci itp.		
14.	Fascynują go znane osoby (np. gwiazdy popkultury), które popełniły samobójstwo.		

Wystąpienie przynajmniej jednego z powyższych czynników świadczy o wysokim ryzyku zachowań samobójczych.

Strategia reagowania w przypadku próby samobójczej ucznia

Działania, które powinna podjąć szkoła w kontekście zagrożenia samobójstwami i próbami samobójczymi uczniów, należy podzielić na trzy kategorie.

Po pierwsze, są to *działania profilaktyczne*, mające na celu zapobieganie zachowaniom samobójczym oraz wczesne rozpoznawanie zagrożeń. W ramach działań zapobiegawczych warto podjąć następujące kroki:

- omówienie problematyki, dotyczącej samobójstw dzieci i młodzieży na forum Rady Pedagogicznej,
- zorganizowanie zajęć edukacyjnych dla dzieci i młodzieży na temat sytuacji kryzysowych, zagrożeń dla zdrowia psychicznego i czynników ryzyka w przypadku zamachu samobójczego,
- opracowanie planu zapobiegania ostrym sytuacjom kryzysowym, stworzenie prostych procedur postępowania w sytuacji kryzysu i bazy danych osób i miejsc świadczących pomoc w tego typu sytuacjach,
- powołanie spośród nauczycieli i innych pracowników szkoły Zespołu Kryzysowego, reagującego w sytuacji zagrożenia zamachem samobójczym i w innych sytuacjach kryzysowych,
- umożliwienie członkom Zespołu Kryzysowego odbycia szkoleń z zakresu podejmowania interwencji kryzysowej,
- zgromadzenie materiałów informacyjnych, dotyczących zagrożenia samobójstwem wśród dzieci i młodzieży i upowszechnianie procedur przewidywania ewentualnych zagrożeń samobójstwem,

- stałe monitorowanie stanu psychicznego uczniów pod kątem występowania ostrych kryzysów psychicznych, utrzymującego się przez dłuższy czas stresu, stanów depresyjnych, które mogą być bezpośrednią przyczyną zachowań samobójczych,
- przeprowadzanie cyklicznych badań uczniów, mających na celu ustalenie, czy doświadczają (lub doświadczali) oni przemocy, nadużyć seksualnych lub innej traumy.

W obliczu realnego zagrożenia zamachem samobójczym ucznia, a więc w momencie wystąpienia poważnego kryzysu i bezpośrednio po ustąpieniu kryzysu, konieczne jest podjęcie *działań interwencyjnych*. Przede wszystkim trzeba więc wykonać następujące czynności:

- należy jednoznacznie ustalić rodzaj zdarzenia,
- nie pozostawiać ucznia znajdującego się w kryzysie samego i próbować przeprowadzić go w bezpieczne, ustronne miejsce,
- zebrać wstępne informacje o okolicznościach zdarzenia,
- w razie konieczności wezwać pomoc – pogotowie ratunkowe, policję, straż miejską i w czasie tej interwencji zadbać, by przebiegła ona spokojnie i dyskretnie,
- ocenić ryzyko dalszego zagrożenia (możliwe, że konieczna będzie hospitalizacja dziecka),
- zawiadomić o zdarzeniu dyrekcję szkoły, wychowawcę dziecka oraz rodziców,
- chronić ucznia oraz inne osoby przed dodatkową traumą, związaną np. z kontaktem z mediami.

Bezpośrednio po przewyciężeniu sytuacji kryzysowej należy podjąć *działania pokryzysowe*, w szczególności zaś należy:

- dokonać diagnozy ryzyka ponowienia próby samobójczej,
- zaplanować dalszą strategię postępowania wspólnie ze specjalistami z Centrum Interwencji Kryzysowej lub placówki zdrowia psychicznego itp.,
- podjąć próbę zmobilizowania rodziny, by udzieliła dziecku wsparcia i zapewniła bezpieczeństwo.

Ryzyko ponownej próby samobójczej

Większość zamachów samobójczych nie jest podejmowana na terenie szkoły, mimo to powinny być one traktowane jako poważna sytuacja kryzysowa i z zastosowaniem podobnych procedur. Szczególnie istotne jest ocenienie ryzyka ponownej próby samobójczej. Osoby, które już raz podjęły zamach na swoje życie, łatwiej podejmują kolejną próbę. Jeśli nie poświęcimy młodemu człowiekowi należytej uwagi i nie przeanalizujemy

dogłębnie powodów, dla których próbował popełnić samobójstwo, istnieje ryzyko, że sytuacja taka powtórzy się. Po podjętym zamachu na życie dziecko odczuwa zazwyczaj znaczny spadek napięcia, nie należy tego utożsamiać jednak z poprawą stanu psychicznego. Okres ten powinien być traktowany z dużą ostrożnością, bo dziecko może po prostu zbierać siły do kolejnej próby. Często zdarza się, że wybiera wówczas skuteczniejsze metody pozbawienia się życia.

W czasie kryzysu dziecko powinno przebywać pod stałym nadzorem co najmniej przez kilka dni. Istotne jest również, aby w pobliżu lub w stałym kontakcie był lekarz lub psycholog.

Próbując ocenić ryzyko ponownej próby samobójczej, warto znaleźć odpowiedź na następujące pytania:

- W jakich okolicznościach uczeń podjął próbę samobójczą?
- Jakie były tego przyczyny?
- Czy jest to pierwsza próba samobójcza, a jeśli nie, to w jakich okolicznościach i z jakiego powodu podejmowane były poprzednie próby?
- Co działo się w życiu ucznia i jakie uczucia mu towarzyszyły w ostatnim tygodniu przed podjęciem próby samobójczej oraz w dniu samobójstwa i tuż przed jego popełnieniem?
- Czy, podejmując próbę samobójczą, uczeń znajdował się pod wpływem działania środków zmieniających świadomość (alkohol, narkotyki, leki psychotropowe).
- Jakie uczucia towarzyszyły uczniowi po podjętej próbie samobójczej?
- Czy w rodzinie lub w najbliższym otoczeniu dziecka zdarzyły się próby samobójcze lub śmierć samobójcza?
- Czy uczeń leczył się psychiatrycznie, jeśli tak, to gdzie, kiedy i z jakiego powodu?
- Czy w ostatnim okresie (roku, kilku miesięcy, tygodni) uczeń doznał utraty kogoś bliskiego lub innych traumatycznych doświadczeń w swoim życiu oraz jaki to ma wpływ na jego obecne funkcjonowanie?

Żaloba po śmierci ucznia

Samobójstwo dokonane przez dziecko przynosi cierpienie i jest źródłem wielu niezwykle trudnych emocji nie tylko dla rodziców dziecka. Również dla jego kolegów i przyjaciół jest to wielkie nieszczęście, dlatego trzeba poświęcić im w tym okresie dużo uwagi i troski.

Tragiczne wydarzenie powinno stać się przedmiotem dyskusji zarówno w grupie uczniów (klasie), jak i indywidualnie. Młodzieży trzeba stworzyć

możliwość rozmawiania na ten temat i możliwość podzielenia się swoim smutkiem, niepokojem, żalem po stracie. Rozmawiając o samobójstwie, nie należy jednak dopuścić do gloryfikowania tego typu zachowań oraz do idealizacji osoby, która targnęła się na swoje życie. Rozmowa na temat samobójstwa powinna uwzględniać zagadnienie w szerszym kontekście – w kontekście różnych zachowań autodestrukcyjnych i przyczyn ich powstawania. A jeszcze lepiej w szerokim kontekście zdrowia psychicznego i moralnego, ale absolutnie bez tonacji potępienia, tylko w kontekście pozytywnych wartości życia i twórczych wzorów zachowań.

Nie należy organizować uroczystości o charakterze wspominkowym ani apeli szkolnych, na których informowano by o zdarzeniu, choć osoby chcące wziąć udział w uroczystościach pogrzebowych powinny mieć taką możliwość.

W okresie następującym po tragicznych wydarzeniach istotne jest wnikliwe monitorowanie stanu psychicznego uczniów ze szczególnym zwróceniem uwagi na możliwość wystąpienia wśród uczniów objawów stresu pourazowego. Uczniowie powinni też uzyskać informację o miejscach, w których uzyskają pomoc w sytuacji kryzysu, oraz numerach infolinii i telefonów zaufania.

Uwzględnienie powyższych czynników zmniejsza ryzyko naśladownictwa i wystąpienia seryjnych prób samobójczych lub samobójstw.

Kontakt z mediami

Jeżeli w szkole zdarzy się samobójstwo lub inna poważna sytuacja kryzysowa, to niemal z całą pewnością dowiedzą się o tym przedstawiciele mediów – telewizji, radia i prasy. Zadaniem mediów jest przekazywanie społeczeństwu informacji o istotnych zdarzeniach, a przedstawiciele szkoły zaś dbanie o dobry interes i bezpieczeństwo uczniów. Tutaj często pojawia się konflikt. Niektórzy przedstawiciele mediów wypełniają swój obowiązek w sposób agresywny, z naruszeniem prywatności, dbając jedynie o sensacyjność przygotowywanych materiałów. Warto więc być na taką ewentualność przygotowanym. Taktyka polegająca na blokowaniu informacji i używaniu lakonicznego stwierdzenia „bez komentarza” jest zła, bo tylko pobudza dziennikarską dociekliwość, pozostawia mnóstwo miejsca na konfabulację i zmusza dziennikarzy do szukania informatorów wśród uczniów lub rodziców dzieci. Znacznie lepiej mieć wpływ na przepływ informacji, niż narażać uczniów na dodatkową traumę, a szkołę stawiać w świetle niepotrzebnej i niezdrowej sensacji. Większość dziennikarzy chętnie współpracuje w atmosferze wzajemnej życzliwości i zrozumienia.

Wskazówki dotyczące kontaktu z mediami w sytuacji kryzysowej:

- należy wyznaczyć jedną komunikatywną i dobrze merytorycznie przygotowaną osobę do kontaktu z mediami,
- jasno należy określić kto, w jaki sposób i gdzie będzie przekazywał dziennikarzom informacje,
- na pytania mediów należy odpowiadać natychmiast, przekazując jedynie konkretne i sprawdzone informacje, należy rozmawiać o faktach, nie snuć domysłów,
- w sytuacji dużego zainteresowania mediów warto zorganizować konferencję prasową i przygotować komunikaty prasowe,
- konferencję prasową powinien prowadzić dyrektor szkoły, choć istotne informacje może przekazywać ktoś inny spośród personelu szkoły lub osoba ze współpracującej ze szkołą w przewycięzaniu kryzysu instytucji czy organizacji,
- w trakcie konferencji należy w jak najpełniejszy sposób odpowiadać na pytania dziennikarzy, powinna to robić osoba kompetentna, komunikatywna, posiadająca wiedzę merytoryczną.

Miejsca, gdzie można uzyskać pomoc

Poza jasną, dokładnie omówioną i opracowaną w formie instrukcji strategią zapobiegania samobójstwom uczniów i postępowania w sytuacji ich wystąpienia, koniecznie należy przygotować listę teledresową miejsc świadczących pomoc na wypadek wystąpienia kryzysu. Z placówkami działającymi na terenie miasta czy powiatu należy prowadzić stałą współpracę na podstawie wspólnie wypracowanych założeń. Do placówek takich należą przede wszystkim:

- Ośrodek Pomocy Społecznej,
- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna,
- Poradnia Zdrowia Psychicznego oraz inne placówki służby zdrowia, w tym szczególnie pogotowie ratunkowe,
- Wydziały Edukacji i Zarządzania Kryzysowego,
- policja, straż miejska, straż pożarna (policja i straż pożarna ma w centrach zarządzania kryzysowego grupy psychologów).

Ponadto niezbędne jest zgromadzenie danych na temat organizacji i instytucji świadczących pomoc w sytuacji kryzysu, takich jak:

- Centra czy Ośrodki Interwencji Kryzysowej (informacja na temat placówek dostępna jest na stronie www.interwencjakryzysowa.pl),
- placówki pomagające osobom doświadczającym przemocy (informacja na temat placówek dostępna jest na przykład na stro-

- nie Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie www.porozumienie.niebieskalinia.pl lub Fundacji Dzieci Niczyje www.fdn.pl),
- telefonów informacyjnych, interwencyjnych i wsparcia w sytuacji kryzysu (informacja dostępna jest na stronie Polskiego Towarzystwa Pomocy Telefonicznej www.pomocitel.free.ngo.pl).

CZEŚĆ II

BROSZURA ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

WSTĘP

Samobójstwo jest złożonym zjawiskiem, które od stuleci przyciągało 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 samobójstwom zależy przede wszystkim od odpowiedniej popularyzacji informacji na ten temat oraz od pogłębienia świadomości.

W 1999 r. WHO rozpoczęło na całym świecie program zapobiegania 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
Departament Zdrowia Psychicznego WHO*

17 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.

¹⁷ P. W. McKey, R. W. Jones, R. H. Barbe: *Suicide and the School: A Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications 1993.

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 w społeczności lokalnej.

To, że od czasu do czasu przychodzi 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.¹⁸ Młodzi ludzie potrzebują rozmów na te tematy z dorosłymi.¹⁹

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 osoby²⁰, 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.

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 ryzykownych, 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

¹⁸ M. McGoldrick, F. Walsh: *A systematic view of family history and loss*. In: Aronson Med. Group and Family Therapy, Brunner/Mazel, New York 1983.

¹⁹ 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.

²⁰ P. C. Holinger, E. H. Klemen: *Violent deaths in the United States, 1900-1975*. Social Science and Medicine 1982, 16: 1929-1938.

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;

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.²¹

²¹ L. Jilek-Aall: *Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison*. *Transcultural Psychiatry Research Review* 1988, 25: 87–105.

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

Czynnikami ryzyka dla zachowań samobójczych są również problemy z tożsamością seksualną — brak zgody na własną płeć 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 doznanyym urazem.²²

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

Stwierdza się najczęściej:

- psychopatologię rodziców²³, 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,

²² H. S. Sudak, A. B. Ford, N. B. Rushforth: *Adolescent suicide: an overview*. American Journal of Psychotherapy 1984, 38: 350–363.

²³ 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.

- 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,²⁴
- 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.

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,

²⁴ 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.

- 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 seksualnej²⁵,
- ambiwalentne relacje z rodzicami, innymi dorosłymi oraz przyjaciółmi.

Zainteresowanie związkiem między szerokim wachlarzem czynników osobowościowych i poznawczych a ryzykiem zachowań samobójczych 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.^{26, 27} 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.²⁸

Zgłaszając się po poradę lekarską, uczniowie z depresją często prezentują objawy somatyczne.²⁹ Często są takie dolegliwości somatyczne, jak bóle głowy czy żołądka, a także przeszywające bóle w nogach lub klatce piersiowej.

²⁵ 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.

²⁶ E. Spruijt, M. de Goede: *Transitions in family structure and adolescent well-being*, Journal of Adolescence 1997. 32(128): 897–911.

²⁷ M. M. Weissman et al.: *Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up*, Archives of General Psychiatry 1999, 56: 794–801.

²⁸ 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.

²⁹ D. Wasserman: *Depression — en vanlig sjukdom* [Depression — a common illness] Natur och Kultur, Stockholm 1998.

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 samobójczymi.³⁰ 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.³¹

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% nastolatków 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

³⁰ D. S. Vandivort, B. Z.: *Locke Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt*, *Suicide & Life-threatening Behavior*, 1979, 9:205–218.

³¹ X. Pommereau: *Quand l'adolescent va mal* [When things don't go well for adolescents] 1997. Ed. J'ai lu. 123.

badania wskazują, że również chłopcy mogą chorować na anoreksję i bulimię.^{32, 33}

Zaburzenia psychiatryczne

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 psychiatrycznymi 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 psychiatrycznych, 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

³² 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.

³³ 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.

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 nastolatka³⁴, na przykład:

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

³⁴ 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 włącznie),
- 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.³⁵

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.

Wcześniejsze próby samobójcze

Podjęcie prób samobójczych w przeszłości należy do najbardziej istotnych czynników ryzyka. Młodzi ludzie w sytuacji krytycznej, w rozpaczy, 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 objawy³⁶ składają się na chorobę depresyjną³⁷.

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,

³⁵ 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.

³⁶ M. M. Weissman et al.: *Depressed adolescents grow up*, *Journal of the American Medical Association* 1999, 281(18): 1701–1713.

³⁷ D. Marcelli: *Suicide and depression in adolescents*, *Revue du Praticien* 1998, 48:1, 419–423.

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 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.³⁸ 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 szkoły*³⁹

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.

*Wzmacnianie poczucia własnej wartości uczniów*⁴⁰

Pozytywne poczucie własnej wartości chroni dzieci i młodzież przed krytyczną sytuacją psychiczną i przygnębieniem oraz umożliwia adekwatne radzenie sobie w sytuacjach trudnych i stresujących.⁴¹

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.⁴² Pozytywne

³⁸ P. B. Malley, F. Kusk, R. J. Bogo: *School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey*, School Counselor 1994.42: 130–136.

³⁹ J. Smith: *Coping with Suicide*, Rosen, New York 1986.

⁴⁰ M. M. Weissman, K. Fox, G. L. Klerman: *Hostility and depression associated with suicide attempts*, American Journal of Psychiatry 1973, 130: 450–455.

⁴¹ E. H. Erikson: *Identity, Youth and Crisis*, Norton, New York 1994.

⁴² R. L. Papenfuss et al.: *Teaching positive self-concepts in the classroom*, Journal of School Health 1983, 53: 618–620.

- 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 biegle 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.

Trening umiejętności życiowych, prowadzony najpierw przez zaproszonych 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 młodzieży 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 znaczną 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 uświadomienie sobie i rozumienie ryzyka samobójstwa. Podstawowym sposobem zapobiegania samobójstwu 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 samobójstwu, 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 popelnienie 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 samobójstwu, 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 Kontroli nad Chorobami) zalecenia co do tego, jak postępować, aby zapobiec samobójstwom grupowym, są obecnie szeroko stosowane.⁴³

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 nieznanymi ofiarom samobójstwa mogą się identyfikować z ich zachowaniem i w rezultacie zdecydować się na samobójstwo.

Koleżdy 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,

⁴³ 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.

- zmniejszenie ich negatywnych emocji, wynikających ze stresu psychicznego,
- zwracanie uwagi i nauczenie 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,
- 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 ZALECANEJ LITERATURY W JĘZYKU POLSKIM

- Cekiera Cz.: *Postawy wobec życia i śmierci a problem samobójstw* [w:] Między życiem a śmiercią, red. W. Boloza i M. Ryś, wyd. USKW, s. 277–288, Warszawa 2002.
- Dąbrowski K.: *Trud istnienia*, WP, Warszawa 1986.
- Frankl V.: *Homo patiens*, Pax, Warszawa 1971.
- Gmitrowicz A.: *Uwarunkowania zachowań samobójczych młodzieży*, Suicydologia, rocznik, tom I, 2005, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa, s. 71–77.
- Hołyst B.: *Na granicy życia i śmierci*, wyd. V rozszerzone, Cinderella Books, Warszawa 1999.
- Hołyst B.: *Suicydologia*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa, 2002.
- 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.: *Samobójstwa. Ucieczka przegranych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- 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 ponadpodstawowych* [w:] Zjawiska patologii społecznej i zachowań dewiacyjnych młodzieży, red. J. Żebrowski, Gdańskie Tow. Naukowe, Gdańsk 2001.
- Pilecka B.: *Wybrane problemy samobójstw młodzieży*, Wyd. „Masz szansę”, Lublin, 1995.
- Pilecka B.: *Osobowościowe korelaty prób samobójczych u młodzieży*, Wyd. Naukowe WSP, Rzeszów, 1981.
- Płużek Z.: *Problemy psychologiczne suicydologii*, „Przegląd Lekarski”, 39, 1982.
- Ringel E.: *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Glob, Warszawa 1987.
- Ringel E.: *Nerwica a samozniszczenie*, Warszawa 1992.
- Rosa K.: *Próby samobójcze*. Charakterystyka socjologiczna, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1996.
- Sołtysiak T., Mosiewicz T.: *Niektóre przyczyny oraz oceny prób i myśli samobójczych młodzieży*, „Problemy Alkoholizmu”, nr 3, 2000.
- Suicydologia, rocznik Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego, wyd. Via Medica, Gdańsk, tom I, Warszawa 2005 i tom II, Warszawa 2006.