

**Co NAUCZYCIEL
POWINIEN WIEDZIEĆ
O SAMOOKALECZANIU SIĘ
I ZACHOWANIACH SAMOBÓJCZYCH
MŁODZIEŻY**

**AGNIESZKA CZECHOWSKA
ANNA GAWKOWSKA
ŁUKASZ SZOSTAKIEWICZ**



AGNIESZKA CZECHOWSKA
ANNA GAWKOWSKA
ŁUKASZ SZOSTAKIEWICZ

**Co NAUCZYCIEL
POWINIEN WIEDZIEĆ
O SAMOOKALECZANIU SIĘ
I ZACHOWANIACH SAMOBÓJCZYCH
MŁODZIEŻY**

Copyright © 2019 „Integracja” Stowarzyszenie Rodzin
i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi

„Integracja” Stowarzyszenie Rodzin
i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi

ul. A. Grottgera 25A
00-785 Warszawa

www.stowarzyszenie-integracja.pl



KRS: 0000022856



DZIELNICA
MOKOTÓW
M.ST. WARSZAWY

Projekt okładki: Konrad Gelert | Pracownia BAZA
Opracowanie graficzne: Maria Czubek | Ad punctum

Publikacja „Co nauczyciel powinien wiedzieć o samookaleczaniu się i zachowaniach samobójczych młodzieży” jest skierowana do nauczycieli i innych profesjonalistów pracujących w systemie edukacji. Uważam ją za niezwykle ważną i w sposób istotny uzupełniającą lukę w dotychczas opublikowanych rekomendacjach dotyczących postępowania z osobami w wieku rozwojowym.

Sformułowane w pracy zalecenia odwołują się do profesjonalnej wiedzy i zostały opracowane w oparciu o aktualne międzynarodowe rekomendacje. Uwrażliwienie pracowników systemu edukacji na wczesne przejawy kryzysów psychicznych pozwoli na szybkie udzielenie wsparcia osobie potrzebującej i umożliwienie jej uzyskania adekwatnej pomocy. Równocześnie, w przypadku sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia ucznia, osoby posiadające wiedzę na temat sposobu postępowania mogą zareagować szybko i kompetentnie.

Ponieważ szkoła to miejsce, gdzie – poza rodziną – młody człowiek spędza najwięcej czasu, ważne jest, aby dziecko miało tam możliwość dobrego rozwoju, a w razie kryzysu – szybkiego uzyskania pomocy.

Dlatego zdecydowanie polecam niniejszą pracę wszystkim profesjonalistom pracującym w systemie edukacji.

Dr hab. n. med. Barbara Remberk

Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

Wstęp

Szkoła, jako instytucja, w której dzieci i młodzież spędzają wiele godzin każdego dnia, ma wyjątkową rolę w **zapobieganiu** problemom zdrowia psychicznego, w tym **zachowaniom autoagresywnym i samobójczym**.

Odpowiednie przygotowanie systemu szkolnego stwarza znaczną szansę na poprawę funkcjonowania i odporności psychicznej populacji szkolnej. Mowa nie tylko o identyfikacji znaków ostrzegawczych i interwencji, ale też o tworzeniu pozytywnego środowiska i dostarczaniu programów i zasobów, które odpowiadają na potrzeby społeczno-emocjonalne uczniów.

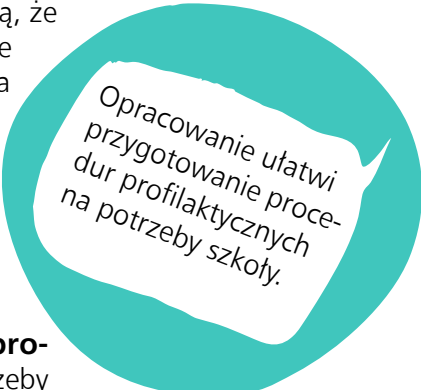
Najnowsze doniesienia naukowe pokazują, że adekwatne programy profilaktyki w szkole są jednym z czterech elementów, które na pewno zmniejszają ryzyko samobójstw wśród młodzieży.

Głównym **celem** tego opracowania jest uwrażliwienie na problem zachowań autoagresywnych i samobójczych wśród uczniów oraz **dostarczenie wiedzy potrzebnej do tworzenia strategii profilaktycznych oraz procedur** na potrzeby konkretnej szkoły.

Nie sugerujemy, że istnieje jeden prawidłowy model. Biorąc pod uwagę różnorodność populacji uczniów, zasoby szkoły oraz ograniczenia, **każda szkoła powinna mieć własną procedurę**, która wykorzystywałaby dostępne w środowisku możliwości.

Procedura powinna opierać się na **opisie i diagnozie** sytuacji. Powinna być **precyzyjna** i określać, **co, przez kogo, jak często, gdzie, kiedy** powinno być zrobione.

Procedury zabezpieczają przed reagowaniem w sposób emocjonalny, zgodny z wartościami (subiektywnymi) danej osoby i jej



Opracowanie ułatwi przygotowanie procedur profilaktycznych na potrzeby szkoły.

własnymi przekonaniemii na temat tego, co należy robić w trudnej sytuacji. Personel szkoły, pracując nad procedurami, ma możliwość wspólnej refleksji nad sytuacją oraz wypracowania rozwiązań, co sprzyja budowaniu wspierającego się wzajemnie środowiska.

Dobre procedury mają określać w zarysie porządek działania, minimalizować dowolność i wyznaczać ramy postępowania, a nie ograniczać.

Dodatkowym argumentem przemawiającym na rzecz reagowania w oparciu o procedury jest fakt, że w sytuacji kryzysu, tym co podlega analizie, jest proces, a nie konkretna osoba. Pytamy, **co** musimy zmienić w procedurze, aby błąd się nie powtórzył, **a nie, kto** jest winien. Oczywiście, zakładając, że postępowano zgodnie z procedurą.

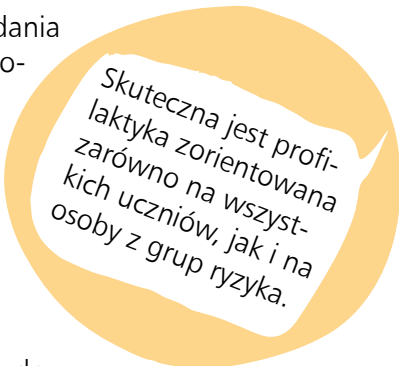
Zachęcamy zatem, aby opracowanie to potraktować jako punkt wyjścia do wspólnej pracy grona nauczycielskiego nad budowaniem strategii i procedur postępowania wobec problemów zdrowia psychicznego uczniów.

Prezentowaną procedurę przygotowano na podstawie doświadczeń zawodowych autorów, dostępnej literatury oraz warsztatów z personelem szkoły i rodzicami uczniów.

Profilaktyka

Zachowania samobójcze i autoagresywne często współwystępują z problemami zdrowia psychicznego. Wielokrotnie da się je przewidzieć, analizując czynniki ryzyka.

Prowadzone przez ponad trzydzieści lat badania dowodzą, że zapobieganie działa. Stwierdzono skuteczność interwencji profilaktycznych w ramach zarówno programów skierowanych do wszystkich uczniów, jak i programów selektywnych.



Skuteczna jest profilaktyka zorientowana zarówno na wszystkich uczniów, jak i na osoby z grup ryzyka.

Programy profilaktyczne

1. Programy uniwersalne – adresowane do **wszystkich** uczniów bez względu na poziom ekspozycji na ryzyko

Celem pracy na tym poziomie jest tworzenie kultury szkoły wolnej od przemocy, uwrażliwianie nauczycieli, uczniów, rodziców i innych osób z otoczenia szkoły na kwestie zdrowia psychicznego, **uczenie strategii rozwiązywania problemów, radzenia sobie ze stresem** itp.

Zadaniem programów jest oddziaływanie na wszystkich, zmniejszanie ryzyka samobójstwa poprzez usuwanie barier w opiece, pogłębianie wiedzy o tym, co robić i mówić, aby pomóc osobom samobójczym, zwiększenie dostępu do pomocy i **wzmocnienie procesów ochronnych**, takich jak wsparcie społeczne i umiejętność radzenia sobie.

Interwencjami uniwersalnymi są publiczne kampanie edukacyjne, szkolne programy „samobójstwa”, środki ograniczające, programy edukacyjne dla mediów dotyczące praktyk sprawozdawczych związanych z samobójstwami oraz szkolne plany i zespoły reagowania kryzysowego.

2. Programy selektywne

skoncentrowane na młodych ludziach, u których identyfikuje się **podwyższony poziom ryzyka**, ale którzy nie ujawniają problemów zdrowotnych

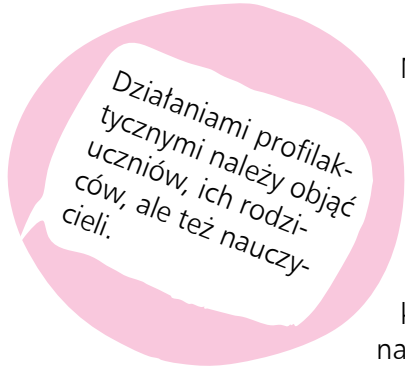
Celem pracy na tym poziomie jest **dostarczenie wsparcia** i wypracowanie rozwiązań dostosowanych do potrzeb uczniów, którzy znajdują się w grupie ryzyka (mają problemy zdrowotne, ekonomiczne, rodzinne, trudności w nauce).

Profilaktyka obejmuje badania przesiewowe, szkolenie gatekeeperów (nauczycieli, opiekunów z pierwszej linii i pomocników naturalnych z grup rówieśniczych), tworzenie grup wsparcia, rozwijanie umiejętności społecznych oraz ułatwianie dostępu do miejsc pomocy.

3. Programy selektywne

skoncentrowane na młodzieży, która **przejawia problematyczne zachowania**

Celem pracy na tym poziomie jest **dostarczenie wsparcia, obserwacja, pomoc w kierowaniu do specjalistów** (osoby leczone się psychiatrycznie, po próbach „S”, autoagresywne). Te programy są **najskuteczniejsze, gdy są zindywidualizowane**. Programy na tym poziomie podejmują również działania w zakresie wsparcia rodziców młodzieży z problemami.



Działaniami profilaktycznymi należy objąć uczniów, ich rodziców, ale też nauczycieli.

Należy zauważyć, że jedynie długofalowa i wieloaspektowa profilaktyka jest skuteczna. Nie zaleca się prowadzenia krótkich form, które nie uwzględniają szerszego kontekstu szkolnej rzeczywistości. Ponadto trzeba pamiętać, że działania profilaktyczne na każdym poziomie powinny być kierowane do różnych grup odbiorców: grona nauczycielskiego, uczniów i rodziców.

Podsumowując, według oceny WHO na profilaktykę samobójstw w szkołach składają się przede wszystkim następujące czynniki:

- wzmacnianie zdrowia psychicznego nauczycieli,
- wzmacnianie poczucia wartości uczniów,
- trenowanie u uczniów umiejętności wyrażania emocji,
- zapobieganie przemocy w szkole,
- dostęp do informacji o placówkach interwencji kryzysowych i psychiatrycznych.

Samouszkodzenia

Samouszkadzanie to celowe uszkodzanie własnego ciała na przykład przez nacinanie, przypalanie czy rozdrapywanie skóry.

W Polsce samouszkodzeń/samookaleczeń dokonuje 13,7% młodzieży w wieku 16–19 lat. W badaniach ankietowych, przeprowadzonych w grupie wiekowej 13–19 lat, do samookaleczeń przyznało się ponad 8% nastolatków, natomiast w badaniach europejskich SEYLE – 17%.

Samookaleczenia mogą przybierać **różnorodne formy**:

- **linijne nacięcia**, z taką formą kojarzą się najczęściej;
- **okrągłe, nieregularne blizny** – wynik przypalania papierosami;
- **otarcia naskórka** wykonywane szorstkimi przedmiotami;
- **odmrożenia** spowodowane przez wystawianie ciała na wpływ rozprężanej substancji, najczęściej dezodorantu;
- **uszkodzenia spowodowane przez uderzanie** w twarde przedmioty lub ściany pięściami, głową, nogami.

Jest prawie pewne, że **problem samookaleczeń dotyczy każdej szkoły**, ale nie jest łatwo go dostrzec. Nawet osoby najbliższe mogą przez wiele miesięcy, a nawet lat nie zauważyć samookaleczeń dokonywanych przez nastolatka. Aby zwiększyć szanse ich wykrycia, należy znać przyczyny i oznaki samookaleczeń, sposoby zatajania ich przed dorosłymi oraz populacyjne czynniki ryzyka.

Przyczyny

Jest wiele czynników predysponujących do dokonywania samouszkodzeń. Znaczącą rolę mają doświadczenia z dzieciństwa, poza nimi jest wiele innych czynników ryzyka.

Doświadczenia z dzieciństwa

- **zaniedbania** opieki, trudności w relacjach w rodzinie, deprivacja potrzeb wczesnodziecięcych;
- doświadczenie wykorzystania, **nadużycia w sferze seksualnej**;
- **nadużycia emocjonalne**, odrzucenie, przemoc emocjonalna;
- **trudności w komunikacji**, brak umiejętności wyrażania uczuć, nazywania trudnych stanów emocjonalnych i napięć;
- doświadczenie **przemocy** fizycznej lub psychicznej;
- doświadczenie **rozłąki**, straty w obszarze relacji, odrzucenia;
- **choroba rodzica**, konieczność opiekowania się po stronie dziecka;
- **uzależnienie** rodzica.

Inne czynniki ryzyka

- doświadczenie **przemocy**, znęcania się lub odrzucenia ze strony grupy rówieśniczej;
- **inne źródła stresu i napięcia**, których nastolatek nie potrafi samodzielnie oraz konstruktywnie przepracować;
- **wygórowane oczekiwania** ze strony rodziny lub szkoły;
- strach i zawstydzenie spowodowane **dojrzwaniem płciowym** i zmianami fizjologicznymi;
- poczucie **odmienności** lub dezorientacji związane z odkrywaniem swojej **orientacji seksualnej**;
- inne sytuacje, w trakcie których nastolatek przeżywa **stany bezradności i nienawiści**;
- **płeć** żeńska;
- okres **dojrzewania**.

Zaburzenia towarzyszące

Dokonywaniu samookaleczeń najczęściej towarzyszą konkretne zaburzenia psychiczne:

- zaburzenia afektywne (zwłaszcza depresyjne);
- zaburzenia osobowości oraz cechy nieprawidłowego rozwoju osobowości;
- nadużywanie substancji psychoaktywnych;
- zaburzenia lękowe;
- zespół stresu pourazowego;
- zaburzenia adaptacyjne;
- zaburzenia zachowania i emocji;
- zaburzenia psychotyczne.

Funkcje

Ważne jest zrozumienie, **dlaczego młodzi ludzie dokonują samouszkodzeń**. Z relacji wynika, że zachowania autoagresywne pełnią różne funkcje:

- rozładowanie napięcia, regulacja stanów złości i lęku, sposób radzenia sobie z trudnymi uczuciami;
- wyrażanie trudności w relacjach, w komunikowaniu się z innymi ludźmi, brak umiejętności komunikowania i nazywania swoich uczuć;
- karanie innych, obrona siebie;
- potrzeba ukojenia i fizycznej troski;
- karanie siebie, wyraz nienawiści do siebie;
- wyraz potrzeby autonomii i kontroli.

Gdy się tnę, znika moja nienawiść do siebie i wszystkie inne uczucia. To jak wyzwolenie.

Tak bardzo cierpię emocjonalnie, że muszę to zamieniać na ból fizyczny. Ten jest łatwiej akceptować i rozumieć. To pomaga pozbyć się części bólu.

Chciałam, żeby ktoś zapytał mnie, dlaczego to robię. Mogłabym wreszcie opowiedzieć, przez co przeszedłam.

Puszczanie krwi to taki sposób mówienia: Hej, zobacz, jakie to straszne, teraz mi wierzysz?

Nigdy nie powiedziałam ojcu słowa po tym, co mi zrobił. Za to pokazuję mu blizny. Są dla niego jak wyrzut sumienia. Nie może udawać, że nic się nie stało.

Musiłam trzymać ich od siebie z daleka. Byłam przekonana, że gdy zobaczą, jak się okaleczam, to mnie więcej nie skrzywdzą.

Gdy pielęgnuję swoje oparzenia, czuję, że mam powód, by troszczyć się o siebie. To jakbym mogła mówić sobie: Dobrze, już dobrze...

Sądzę że okaleczanie się pomaga mi zobaczyć swój ból psychiczny. Pozwala mi się nad sobą pouzalać. Zasluguję wtedy na odrobinę troski.

Staram się nie widzieć swoich blizn, bo kiedy je zobaczę, dopada mnie takie poczucie winy i wstydu, że znów się muszę ciąć.

Frustruje mnie, że nie udało mi się na tyle oszpecić, żeby pokazać wszystkim, jaka jestem zła.

Nawet gdy mocno boli, zmuszam się do robienia tego dalej, żeby poczuć, że mnie na to stać. To mi daje poczucie władzy.

Okaleczanie ciała dawało mi poczucie większej kontroli. Jakbym to ja rządził ciałem, a nie ono mną.

W trakcie samouszkodzenia wydzielają się **endorfiny** – naturalny środek znieczulający. Osoby samoookaleczające się mogą odczuwać spokój, ulgę, a nawet euforię. W mózgu tworzy się zapotrzebowanie na sytuację, które mogą powodować wydzielanie endorfin. Tym sposobem rodzą się nawyki.

Leczenie tendencji do samouszkodzeń jest procesem długotrwałym. Nastolatki potrzebują rozwiązać swoje problemy, które stanowią zespół przyczyn, i nauczyć się inaczej regulować napięcia i znajdować ukojenie.

Jak zauważyć samoookaleczenia w szkole?

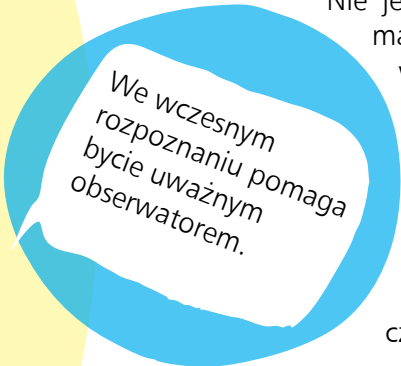
Nie jest możliwe, by pracownicy szkoły w ramach codziennych obowiązków diagnozowali uczniów, ale wyczuleni na sygnały, mogą być tymi, którzy zainicjują łańcuch pomocy dla ucznia.

Powinny zwrócić uwagę wszystkie poważne **zmiany w funkcjonowaniu** ucznia – spadek ocen, zmiana funkcjonowania na tle grupy, zmiana zachowania czy zmiana wyglądu.

Samoookaleczenia mogą dotyczyć osób, które rzucają się w oczy (mają tatuaże, kolczyki, używają substancji psychoaktywnych, są agresywne), ale też osób cichych, nierzucających się w oczy, trzymających na uboczu.

Młodzież dokonująca samouszkodzeń często stara się je ukryć. Znajomość **sposobów ukrywania** może pomóc nauczycielowi w zauważeniu samouszkodzeń. Warto zwrócić uwagę na

- nieadekwatny do pory roku i temperatury strój (długie rękawy, długie spodnie);
- unikanie zajęć związanych z rozbieraniem i przebieraniem się (w-f, basen, zajęcia teatralne, wycieczki szkolne);



We wczesnym rozpoznaniu pomaga być uważnym obserwatorem.

- liczne opaski, tasiemki, bransoletki, zegarki na przedramionach i nadgarstkach;
- częste bandaże, opatrunki (najczęściej na nadgarstku i przedramieniu niedominującej ręki, ale mogą być też na innych częściach ciała – ramionach, nogach, brzuchu, dekolcie, pośladkach);
- posiadanie nietypowych przedmiotów (żyłetki, noże do tapet, maszynki do golenia, rozmontowane temperówki, ostre kawałki plastiku, płyt CD lub szkła);
- trudne do wyjaśnienia blizny i ślady oparzeń, odmrożeń i innych uszkodzeń;
- przygotowywanie prac na temat fizycznego bólu, cierpienia, zranienia.

Jak rozmawiać z osobą samouszkodzającą się?

1. Nie unikać tematu. Otwarcie rozmawiać. Ważne jest wczesne rozpoznanie samouszkodzeń, żeby nie przeoczyć problemów, które je spowodowały. Należy również zadbać o to, by nie utrwały się oraz nie rozprzestrzeniały w grupie rówieśniczej.
2. Należy rozmawiać życzliwie, z szacunkiem i zrozumieniem. Zatroszczyć się, wysłuchać.
3. Zaoferować pomoc. Dostarczyć informacji o możliwościach uzyskania konsultacji lekarskiej, psychoterapii, pomóc szukać rozwiązania problemów, poszukać możliwości leczenia.
4. Podjąć współpracę z rodziną, specjalistami, instytucjami pomocowymi.

Otwartość,
życzliwość, szacunek,
zrozumienie,
troska, pomoc,
współpraca...

Kiedyś, gdy znalazłam się na oddziale ratunkowym, wydawało mi się, że wszyscy się na mnie złością i mną gardzą z powodu samouszkodzeń. Ale gdy byłam tam kolejny raz, trafiłam na pielęgniarkę, która zrobiła mi herbatę i ze mną porozmawiała. Po raz pierwszy ktoś dał mi do zrozumienia, że być może nie okaleczam się ot tak, bez powodu. Bardzo mi to pomogło.

Nigdy nie przyszło mi do głowy, żeby się sobą zająć. Dopiero ten wychowawca dodał mi otuchy. A lekarz, do którego mnie skierował, rozmawiał ze mną delikatnie. Czuję, że to pomaga mi wyrwać się z błędnego koła. Potrafię już być dla siebie dobra...

Procedury postępowania

Podstawowe zasady


- Najważniejszym elementem postępowania osoby dorosłej, która dowiaduje się o dokonywanych przez ucznia samookaleczeniach jest **zapewnienie** mu **bezpieczeństwa**.
- **Obietnica dochowania tajemnicy nigdy nie może dotyczyć kwestii zagrożenia czyjegoś życia lub zdrowia.** Niedyskrecja może wpływać na jakość późniejszej współpracy, ale ta obawa nie może przesłaniać pierwszorzędnego celu.
- **Informowanie opiekunów prawnych** o tym, co zostało zaobserwowane jest obowiązkiem pracowników szkoły.
- **Ocena ryzyka** związanego z dokonywanymi samookaleczeniami, z objawami zaburzeń psychicznych, z wypowiedzianymi myślami samobójczymi **jest kompetencją lekarza lub lekarza psychiatry.**

Zapewnienie bezpieczeństwa

Zapewnienie bezpieczeństwa oznacza przede wszystkim objęcie ucznia, u którego wykryto samookaleczenia, **łańcuchem pomocy**.

Gdy istnieje **bezpośrednie zagrożenie dla jego zdrowia i życia, uczeń nie zostaje sam**. Wyznaczane są kolejne etapy i miejsca udzielania pomocy, np. SOR szpitala pediatrycznego lub izba przyjęć szpitala psychiatrycznego, do których uczeń może zostać dowieziony przez zespół ratownictwa medycznego (ZRM).

Gdy **nie ma bezpośredniego zagrożenia życia**, równoznaczne z zapewnieniem

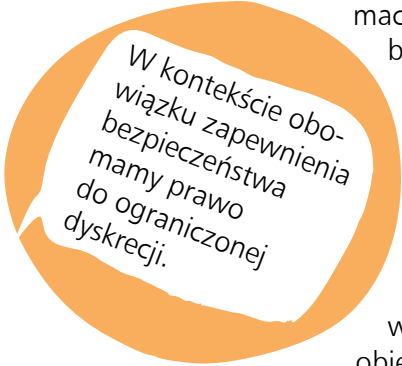


Objęcie kogoś **łańcuchem pomocy** oznacza ustalenie kolejnych etapów i miejsc udzielania pomocy.

bezpieczeństwa będzie **poinformowanie rodziców** o sytuacji ucznia oraz dostarczenie informacji o miejscach, gdzie można uzyskać pomoc psychiatryczną i psychologiczną.

Dyskrecja

Kontakt psychologiczny, psychiatryczny i terapeutyczny zawsze wiąże się z umową o dyskrecję. Zapisy Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego chronią tajemnicę w większym stopniu niż inne ustawy zdrowotne. Ale tajemnica dotycząca informacji przekazywanych przez ucznia nie może być bezwzględna. Uczeń może poprosić, i może to zostać uwzględnione, o dyskrecję dotyczącą relacji towarzyskich, kłótni z rodzeństwem, zakochania się...



W kontekście obowiązków zapewnienia bezpieczeństwa mamy prawo do ograniczonej dyskrecji.

Tajemnicą nie mogą być objęte kwestie dotyczące bezpieczeństwa.

W praktyce można na początku rozmowy powiedzieć: „To, co tutaj powiesz, jest objęte tajemnicą, chyba że dowiem się o tym, że ktoś Ci robi poważną krzywdę albo że Twojemu zdrowiu lub życiu, lub życiu i zdrowiu innej osoby grozi niebezpieczeństwo”. Gdy mamy przekonanie, że część rozmowy trzeba ujawnić rodzicom, **warto z uczniem omówić, co i dlaczego zostanie im powiedziane.** U starszych uczniów można rozważyć wspólną rozmowę z uczniem i jego rodzicami.

O ile sama treść rozmów z psychologiem szkolnym może być objęta tajemnicą, o tyle informacja o tym, że jest udzielane wsparcie psychologiczne (szczególnie regularne) oraz o zaobserwowanych objawach musi być przekazana rodzicom.

Ocena ryzyka

Ocena ryzyka związanego z samookaleczeniami jest **kompetencją lekarza lub lekarza psychiatry**.

Samookaleczenia, które wystąpiły po raz pierwszy lub samookaleczenia, które występują od dłuższego czasu, ale uczeń jest pod stałą opieką psychoterapeutyczną i psychiatryczną, i nie towarzyszą tym samookaleczeniom czynniki ryzyka ani myśli samobójcze, mogą być konsultowane **w trybie planowym**.

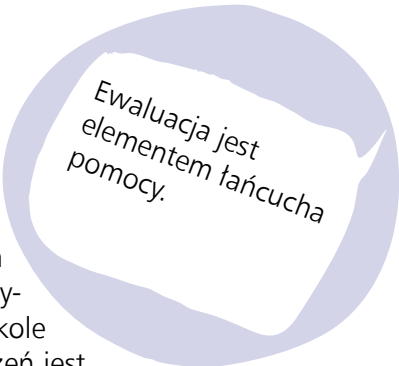
Jeśli samookaleczenia występują od dłuższego czasu, ale nasilają się, towarzyszą im czynniki ryzyka i/lub myśli „S” lub nie posiadamy informacji o stałej, regularnej opiece, wskazana jest konsultacja psychiatryczna **w trybie pilnym**.

Gdzie po pomoc?

W każdej sytuacji należy rodzicom podpowiedzieć, gdzie można uzyskać pomoc – wskazane jest, aby szkoła posiadała **listę poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradni psychologiczno-pedagogicznych**, które udzielają wsparcia oraz listę **innych miejsc udzielających wsparcia** (np. listę prywatnych placówek ochrony zdrowia, które zajmują się psychiatrią dzieci i młodzieży).

Ewaluacja

Po udzieleniu informacji należy umówić się na **ewaluację**, tzn. wyznaczyć termin, w którym zostanie omówione, co udało się zrobić i czy jest potrzebna konkretna forma pomocy ze strony szkoły. Psychiatra lub psycholog może dać zalecenia dla szkoły, a szkole jest potrzebna informacja zwrotna, czy uczeń jest bezpieczny.



Ewaluacja jest elementem tańcucha pomocy.

Postępowanie w konkretnych sytuacjach

I etap. Postępowanie bezpośrednio po uzyskaniu informacji (w zależności od jej źródła)

- Informacja o okaleczeniach pochodzi od **innych uczniów**:

Uczniowie, którzy przychodzą z informacją, mogą oczekiwać dyskrecji. Jeśli jest prawdopodobne pozyskanie takiej informacji od pracowników szkoły (pielęgniarka, nauczyciel w-f), można starać się chronić informatora. Jeśli nie jest to możliwe, należy wyjaśnić, dlaczego ważne jest, abyśmy zareagowali, nawet jeśli osoba samookaleczająca się może się domyślić, od kogo pochodzą informacje.

- Informacja o okaleczeniach pochodzi od **rodziców ucznia** okaleczającego się

Konieczna jest ocena sytuacji w rozmowie z uczniem. Wskazane jest, by przynajmniej część rozmowy odbyła się w towarzystwie rodziców.

- **Pracownicy szkoły** zauważyli okaleczanie się

Konieczna jest ocena sytuacji w rozmowie z uczniem, można zacząć od sformułowania: „Zauważyłem, że gorzej się ostatnio czujesz”. „Zastanawiam się, czy nie potrzebujesz o czymś porozmawiać”. „Zauważyliśmy, że się okaleczasz, to może oznaczać, że przeżywasz coś trudnego lub z czymś trudno ci sobie poradzić”.

- Informacja o okaleczeniach pochodzi od **samego ucznia** okaleczającego się

Taka sytuacja jest najprostszą, ponieważ oznacza, że możemy otwarcie rozmawiać o tym, co się dzieje. Chociaż konieczna jest ocena samego ryzyka związanego z samookaleczeniami, np. czy nie ma świeżych zagrażających nacięć lub aktywnych myśli samobójczych. Ważne jest, by wysłuchać, co uczeń ma do powiedzenia. Dla niego od nacięć może być ważniejsze to, co przeżywa w sferze emocjonalnej lub w relacjach z innymi.

II etap. Postępowanie w zależności od oceny ryzyka

- Jeśli uczeń pokazuje okaleczenia i tłumaczy, że powstały przypadkiem („podrapał mnie kot”, „podrapałem się o gałąź”), by to pojedynczy eksperyment lub wygłupy, można powiedzieć: „Rozumiem, ale gdybyś miał jakieś kłopoty lub chciał o czymś porozmawiać, pamiętaj, że zawsze tu możesz przyjść”. Samookaleczenia, które **nie są głębokie**, a krwawienie można zatamować, mogą być oceniane przez **lekarza rodzinnego**. Konieczna jest dalsza uważna **obserwacja** ucznia.
- Jeśli okaleczenia są **liczne**, widać, że powstawały w różnym czasie (obok blizn są rany niemal zagojone i świeże nacięcia), ale nie występują objawy depresji, myśli samobójcze, znacząca zmiana zachowania i funkcjonowania w ostatnim okresie lub uczeń pozostaje pod stałą opieką psychiatryczną, należy **poinformować rodziców** o konieczności umówienia **pilnej wizyty psychiatrycznej w trybie ambulatoryjnym**.
- Jeżeli **okaleczeniom towarzyszą czynniki ryzyka** – uczeń wypowiada myśli samobójcze, mówi o podejmowanych ostatnio próbach samobójczych, podejrzewamy u niego zaburzenia psychiczne (występują objawy depresyjne, zmiana zachowania i funkcjonowania w ostatnim czasie), należy **poinformować rodziców o konieczności zgłoszenia się na izbę przyjęć szpitala psychiatrycznego**.
- Jeżeli samoookaleczenia są **świeże, głębokie** lub nie udaje się zatamować krwawienia, konieczne jest **pilne zgłoszenie się do szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala pediatrycznego**. Jeśli rodziców nie na miejscu i nie mogą się zjawić niezwłocznie, konieczne jest wezwanie zespołu ratownictwa medycznego. Jeśli są dostępni, z nimi można ustalić dalsze postępowanie, w tym ewentualne wezwanie ZRM.
- Jeśli **utrata krwi** może być **znacząca** (widać dużo krwi lub uczeń ma objawy jej utraty), uczeń jest pobudzony, nie udaje się z nim spokojnie porozmawiać, wygłasza deklaracje samobójcze, **konieczne jest wezwanie ZRM**.

III etap. Dalsze postępowanie

1. Konieczne jest **poinformowanie rodziców**. Bez zgody rodziców dziecko nie może uzyskiwać profesjonalnej pomocy, a zasada zachowania tajemnicy nie obejmuje stanów poważnego zagrożenia zdrowia i życia. Jeśli dziecko bardzo boi się tego, płacze, prosi o nieinformowanie, należy zwiększyć czujność, gdyż może to świadczyć o braku poczucia bezpieczeństwa i braku zaufania do osób dorosłych.
2. Gdy **ryzyko zostało ocenione jako niskie**, została udzielona pierwsza pomoc lub odbyła się konsultacja lekarska, ale uczeń nie został skierowany lub przyjęty do szpitala psychiatrycznego, należy **wskazać miejsca, w których można uzyskać pomoc**:
 - poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (informacje o nich można uzyskać na stronach NFZ),
 - poradnia psychologiczno-pedagogiczna, z którą szkoła współpracuje,
 - poradnie i programy prowadzone przez organizacje pozarządowe,
 - niepubliczne placówki zajmujące się psychiatrią dzieci i młodzieży (udzielenie informacji o kilku takich placówkach, chroni przed oskarżeniem o reklamowanie prywatnych podmiotów, a można tam uzyskać pomoc w dużo krótszym terminie).
3. Konieczne jest **ustalenie terminu spotkania**, podczas którego można omówić, **co udało się zrobić** i jaka dalsza pomoc ze strony szkoły jest potrzebna (np. po 3–4 tygodniach).
4. Nie istnieją leki, którymi można by leczyć samookaleczenia. Mogą być one ważnym elementem terapii zaburzeń współistniejących, ale nie istnieją rekomendacje, które uznawałyby farmakoterapię za właściwe leczenie samych samookaleczeń. Choć brak jednoznacznych wyników badań, które by odpowiedziały na pytanie, jaki wpływ mają poszczególne interwencje na efekty, wiadomo, że konieczne są **psychoterapia i interwencje środowiskowe – w środowisku szkolnym** (wykluczenie przemocy, w tym przemocy psychicznej i cyberprzemocy) **oraz w środowisku rodzinnym**.

Postwencja

Jak postępować z grupą w sytuacji wystąpienia zachowań autoagresywnych?

Postwencja to działania podejmowane **po wystąpieniu trudnego zdarzenia**, których celem jest zredukowanie jego negatywnych skutków.

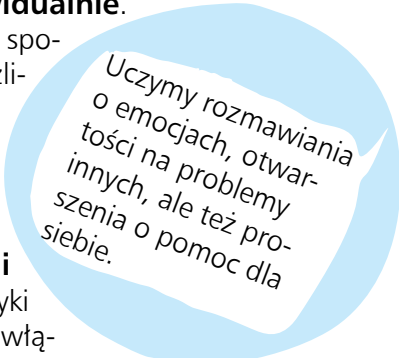
Ważne, aby program postwencji został opracowany, zanim doszło do wydarzenia. Jego wdrażaniem powinna zająć się powołana do tego grupa kryzysowa, w której przynajmniej jedna osoba nie jest dotknięta startą. Postwencja powinna być elementem całościowego programu wspierania zdrowia psychicznego uczniów i nauczycieli.

Zachowania autoagresywne wzbudzają duży niepokój nauczycieli. Należy pamiętać, że **mają** one **tendencję do rozprzestrzeniania się**, zatem należy zachować ostrożność w poruszaniu tego tematu podczas zajęć grupowych. Z osobami, których dotyka problem, **rozmawiamy indywidualnie**.

W grupie warto mówić o konstruktywnych sposobach radzenia sobie z emocjami oraz możliwości szukania pomocy i wsparcia.

Wszelkie programy, które służą wzmocnieniu zdrowia psychicznego, **uczą prowadzenia rozmowy o emocjach, kształtują postawę empatii i akceptacji innych osób**, stanowią element profilaktyki autoagresji. Treści te powinny być na stałe włączone do programu wychowawczo-profilaktycznego szkoły. Zachęcamy do wykorzystania koncepcji resilience.

Zdrowie psychiczne uczniów, ale także osób pracujących z młodzieżą, stanowi punkt wyjścia do radzenia sobie z zachowaniami autoagresywnymi i samobójczymi.



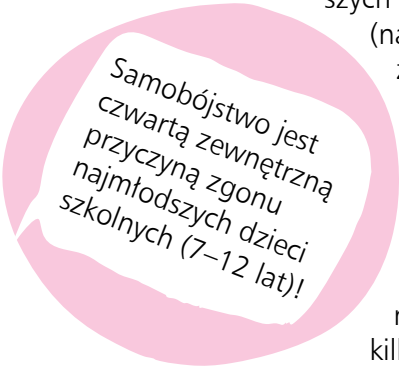
Uczymy rozmawiania o emocjach, otwartości na problemy innych, ale też przeszenia o pomoc dla siebie.

Samobójstwa, myśli i próby samobójcze

Opis zjawiska, rozpowszechnienie w okresie dorastania

Według ICD-10 (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych) **samobójstwo to zewnętrzna przyczyna zgonu, dokonana bez udziału innych osób**. Jako takie, znajduje się na II miejscu zewnętrznych przyczyn zgonów młodzieży w Polsce.

W latach 1999–2006 samobójstwo było drugą **przyczyną zgonu** w grupie wiekowej 1–19 rż. Samobójstwa nie dotyczą najmłodszych dzieci, ale już w grupie wiekowej 7–12 lat (najmłodsze dzieci szkolne) jest to czwarta zewnętrzna przyczyna zgonu. Według danych Komendy Głównej Policji, w 2017 roku 730 osób do 18 rż. dokonało próby samobójczej, a 116 osób popełniło samobójstwo. Dane te na pewno są niedoszacowane. Uważa się, że w grupie młodzieży na jedno samobójstwo dokonane przypada w populacji przynajmniej kilkadziesiąt prób samobójczych.

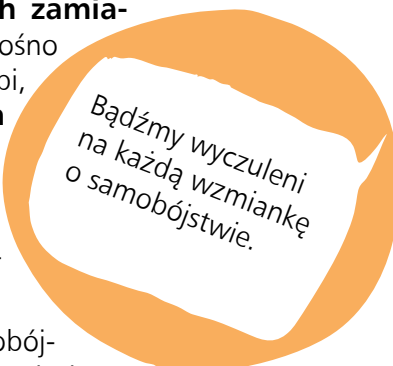


Samobójstwo jest czwartą zewnętrzną przyczyną zgonu najmłodszych dzieci szkolnych (7–12 lat)!

Próbie samobójczą najprościej definiuje się jako celową próbę zadania sobie śmierci lub sprowokowania swojej śmierci. Aby rozpoznać próbę samobójczą, w pierwszym momencie nie rozpatruje się realnego ryzyka poniesienia śmierci na skutek działania ucznia, a jedynie **podjęcie konkretnych aktywności**, których celem miało być odebranie sobie życia (np. nacięcie skóry, wzięcie pierwszej tabletki, wejście na parapet).

Próby samobójcze podejmuje 4–23% uczniów (w zależności od stosowanego narzędzia badawczego i rozpoznawalności zjawiska). W Polsce podjęcie próby samobójczej potwierdziło w stan-

daryzowanych badaniach kwestionariuszowych 7% badanych uczniów. Z powodu utajnienia zjawiska, braku zgłoszeń do dokumentacji służby zdrowia i policji wszystkich prób samobójczych, szacuje się, że jest to znacznie większa liczba niż pokazują statystyki. Według niektórych badań, myśli samobójcze potwierdza 30% uczniów. **Co druga osoba podejmująca próbę samobójczą informuje otoczenie o swoich zamiarach.** Przeświadczenie, że kto mówi głośno o samobójstwie, ten na pewno tego nie zrobi, jest tragicznym w skutkach mitem. **Każda informacja o myślach samobójczych powinna być przez dorosłych potraktowana poważnie.** Należy pamiętać o typowej dla okresu dorastania ambivalencji w postępowaniu i impulsywności.



Bądźmy wyczuleni na każdą wzmiankę o samobójstwie.

Nastolatki informują o tendencjach samobójczych, najczęściej relacjonując myśli o bezsensie życia, niechęci do życia, pragnieniu śmierci, poczuciu winy, braku nadziei, niemożności poradzenia sobie z problemami i cierpieniem psychicznym.

Objawy, które należy odebrać jako sygnał narastającego zagrożenia, to zaburzenia psychiczne, najczęściej depresyjne, zmiana nawyków, wycofanie, rozdawanie swoich rzeczy, pisanie listów czy blogów, izolacja, fascynacja zjawiskiem śmierci, w tym samobójczej, poszukiwanie informacji dotyczących sposobów odebrania sobie życia, gromadzenie czy poszukiwanie środków umożliwiających podjęcie próby samobójczej.

Przyczyny i podatność

Model **gen i środowisko** opisuje wpływ zarówno czynników biologicznych, jak i środowiskowych zwiększających podatność na zachowania samobójcze. Czynniki zwykle się na siebie nakładają i współwystępują. Zdarzają się również próby samobójcze przy silnym wpływie jednego czynnika.

- Czynniki **genetyczne** wpływają na predyspozycje do zapadnięcia na pewne choroby, na odporność psychiczną, temperament i cechy charakteru.
- Czynniki **rodzinne** to brak oparcia w rodzinie – zakłócenia więzi i komunikacji, brak poczucia bezpieczeństwa, zaniedbania, przemoc, rozwód, konflikt, nadmierne oczekiwania czy kontrola ze strony rodziców, wczesna utrata rodziców, choroba rodzica, uzależnienie, agresja ze strony bliskich, wykorzystanie seksualne, trauma, żałoba.
- Faza rozwoju życia – **dorastanie**. Specyfiką okresu dorastania często jest **kryzys tożsamości**. Zmiany hormonalne nasilone w tym czasie wpływają na stan psychiczny i funkcjonowanie nastolatków. Pobudzenie, labilność emocjonalna, impulsywność, ambiwalencja to czynniki zwiększające ryzyko podjęcia próby samobójczej.
- **Zaburzenia psychiczne**, przede wszystkim zaburzenia psychiatryczne, zaburzenia nastroju, zaburzenia osobowości i uzależnienia. Ryzyko podjęcia próby samobójczej jest związane z liczbą nawrotów oraz nasileniem zaburzenia psychicznego.
- **Nadużywanie substancji psychoaktywnych** jest często współwystępującym czynnikiem, ponieważ nasila impulsywność, osłabia kontrolę, upośledza racjonalne myślenie, potęguje labilność nastroju i skłonność do zachowań autodestrukcyjnych.
- **Stresory** oraz **traumy** bywają czynnikiem wyzwalającym i zwiększającym ryzyko podjęcia próby samobójczej. Są to w okresie dorastania często sytuacje związane z relacjami w grupie rówieśniczej (przemoc, nękanie, odrzucenie, izolacja), nadużycie seksualne, utrata wizerunku, zawód miłosny czy niepowodzenia szkolne.
- **Choroby somatyczne**, np. onkologiczne, HIV/AIDS, cukrzyca, toczeń, padaczka, niepełnosprawność, przewlekły ból, utrata sprawności fizycznej na skutek wypadku lub choroby.

- **Wcześniejsze próby samobójcze.** W ciągu roku 20% nastolatków ponawia próbę samobójczą, co w istotny sposób zwiększa ryzyko.
- Próby samobójcze w najbliższym otoczeniu – wśród przyjaciół, znajomych, osób sławnych. Obserwowane jest zjawisko **zarażania się** podejmowaniem prób samobójczych czy samo-uszkodzeń. Należy wtedy wdrażać procedury profilaktyki oraz wczesnej interwencji.
- **Poczucie odmienności** w obszarze orientacji seksualnej, tożsamości, niepełnosprawności. Może to być każda cecha, która prowadzi do poczucia wstydu, winy, odrzucenia, niskiej samooceny, niemożności odnalezienia się w grupie społecznej.
- Żałoba.
- Utrata nadziei i wsparcia.

Istotny procent prób samobójczych to **próby impulsywne**. Nawet najbardziej staranna ocena czynników ryzyka i objawów zwiastunowych nie da nam nigdy pewności, że młody człowiek jest bezpieczny.

Czynniki zmniejszające ryzyko podjęcia próby samobójczej

- **dobre relacje z rodzicami**, bezpieczny model przywiązania rodzic – dziecko, system rodzinny prawidłowo reagujący w sytuacjach trudnych, dający oparcie i uczący rozwiązywania problemów;
- **rodzina współpracująca**, radząca sobie z problemami, dająca wsparcie i reagująca; w sytuacji interwencji czy terapii, podejmująca działanie, na przykład udział w terapii rodzinnej czy psychoedukacji dla rodziców;
- **posiadanie relacji rówieśniczych**, przyjaciół i znajomych dających oparcie, poczucie przynależności do grupy;

- **umiejętność komunikacji**, dzielenia się swoimi problemami, przyjmowania wsparcia;
- adekwatne i stabilne **poczucie własnej wartości**;
- umiejętność podejmowania decyzji, radzenia sobie z problemami, szukania pomocy, wewnętrzny system przekonań o własnej skuteczności i możliwościach;
- dostęp do **specjalistów** (pedagog, psycholog szkolny, psychoterapeuta, lekarz psychiatra);
- **profilaktyka szkolna**, system nauczania i wychowania oparty na przyjaznej atmosferze oraz uczenie umiejętności społecznych oraz komunikacyjnych, warsztaty radzenia sobie ze stresem, przeciwdziałanie depresji i przemocy;
- **natychmiastowe reagowanie** w sytuacji zagrożenia, sprawne szkolne procedury zapobiegania i reagowania w sytuacji próby samobójczej czy samookaleczenia.

Skuteczność wymienionych czynników uważa się za prawdopodobną, przemawia za tym doświadczenie kliniczne. Przyjąć na pewno można, że one nie szkodzą.

W ostatnich badaniach wyodrębniono **4 czynniki, które na pewno chronią przed samobójstwem:**

- **ograniczenie dostępu do metod** (w praktyce może to czasem oznaczać konieczność hospitalizacji);
- **włączenie** adekwatnej **farmakoterapii** (a więc opieka psychiatry);
- **programy profilaktyki** wdrażane w szkołach;
- **łańcuch pomocy** (dziecko/rodzic wie, co ma zrobić i gdzie w danym momencie pójść, a więc **na każdym etapie pomocy dokładne wskazanie następnego kroku**, co oznacza na przykład ustalenie kolejnego terminu wizyty u specjalisty).

Czynniki ryzyka i sygnały ostrzegawcze

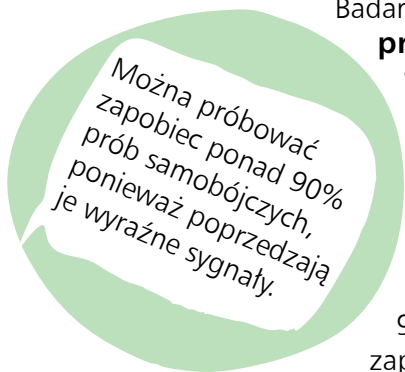
Czynniki ryzyka

- płeć męska;
- choroby psychiczne lub samobójstwa w rodzinie;
- słabe wsparcie społeczne/problemowe otoczenie;
- nadużywanie substancji psychoaktywnych;
- objawy choroby psychicznej;
- poczucie braku nadziei/bezwartościowości, brak planów na najbliższą i dalszą przyszłość;
- dostęp do środków mogących spowodować śmierć.

Sygnały ostrzegawcze

- zauważalne zmiany w nawykach dotyczących jedzenia lub snu;
- niewyjaśnione agresywne lub zbuntowane zachowanie;
- wycofanie się z relacji z rodziną lub przyjaciółmi;
- nasilenie zachowań seksualnych, wagarowanie, zachowania agresywne i niszczycielskie;
- znacząca zmiana osobowości;
- pobudzenie, niepokój lub napady lęku;
- mówienie, pisanie lub rysowanie treści kojarzących się z popełnieniem samobójstwa, nawet jeśli jest to przez autora komentowane jako żart;
- rozdawanie swoich wartościowych (także emocjonalnie) rzeczy;
- wcześniejsze zachowania samobójcze, rozważanie/próbowanie wysoce niebezpiecznych metod;
- pogorszenie wyników i funkcjonowania w szkole.

W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że **czynniki ryzyka** tym różnią się od sygnałów ostrzegawczych, że **są bardziej trwałe** i nie są intencjonalnymi ostrzeżeniami wysyłanymi do otoczenia.



Badania pokazują, że zdecydowana **większość prób samobójczych jest poprzedzona wyraźnymi sygnałami ostrzegawczymi wysyłanymi do otoczenia**. Jeśli zsumujemy to z informacjami pośrednimi (obserwowane objawy, na które uczeń nie ma bezpośredniego wpływu – izolowanie się, obniżenie wyników w nauce, widoczny smutek), to okaże się, że ponad 90% prób samobójczych można próbować zapobiec. Warto znać najważniejsze czynniki ryzyka i sygnały ostrzegawcze.

Postępowanie w przypadku zagrożenia próbą samobójczą

Rozmowa

W przypadku podejrzenia ryzyka samobójstwa zawsze konieczna jest **rozmowa** z uczniem, podczas której psycholog szkolny może ocenić ryzyko, pytając wprost o myśli o śmierci, o samobójstwie, o czynione plany, przygotowywane lub podejmowane próby samobójcze. W przypadku potwierdzenia lub podejrzenia, że uczeń nie mówi prawdy (dyssymuluje), należy wdrożyć procedurę zabezpieczenia go (nie może zostać sam, nie może sam opuścić budynku szkoły).

Ocena kliniczna ryzyka próby „S”, a więc stwierdzenia, że uczeń nie musi być w szpitalu, **jest kompetencją lekarza psychiatry**.

Zapewnienie bezpieczeństwa

Inaczej niż w przypadku samookaleczeń, gdy istnieje zagrożenie próbą samobójczą, w pierwszej kolejności należy bezwzględnie zapewnić bezpieczeństwo osobie zagrożonej. Jest to **rola gate-keepera**, czyli osoby odpowiedzialnej za utrzymanie zagrożonego w budynku szkoły, a następnie w bezpiecznym pomieszczeniu z osobą dorosłą. Jeśli nie ma drugiej osoby dorosłej do pomocy, prosimy innego ucznia, by sprowadził pomoc. Jeśli jesteśmy sam na sam z uczniem, idziemy z nim lub, jeśli nie współpracuje, wzywamy pomoc przez telefon. **Osoba zagrożona samobójstwem nie powinna nigdy zostawać sama.**

Wezwanie rodziców

Kolejnym krokiem jest wezwanie do szkoły rodziców – podobnie jak w każdej sytuacji stanowiącej zagrożenie życia, konieczność powiadomienia rodziców nie podlega dyskusji. Jeżeli uczeń jest spokojny i współpracuje, po ich wezwaniu dobrze porozmawiać wspólnie o dalszych krokach postępowania.

Ocena psychiatryczna

W sytuacji zagrożenia samobójstwem zawsze konieczna jest **pilna ocena psychiatryczna**, ale jeśli nawiązano dobry kontakt z rodziną i uczniem, nie zawsze trzeba wezwać zespół ratownictwa medycznego, rodzice mogą się udać na taką konsultację sami.

Pomoc w uzyskaniu informacji

Zgodnie z zasadą zapewnienia łańcucha pomocy, wskazane jest zasięgnięcie informacji, jaki szpital pełni aktualnie dyżur (można to sprawdzić na stronach NFZ lub lokalnych samorządów). Dobrze jest zadzwonić do szpitala i upewnić się, czy rzeczywiście ma dyżur. **Skierowanie do szpitala, który nie dyżuruje, zwiększa ryzyko, że rodzina zrezygnuje z szukania pomocy.**

Wezwanie zespołu ratownictwa medycznego

W przypadku dokonanej próby samobójczej, podejrzenia zażycia substancji psychoaktywnych, pobudzenia ucznia, braku współpracy ucznia lub rodziców zawsze należy wezwać zespół ratownictwa medycznego.

Ewaluacja

Podobnie jak w przypadku samookaleczeń, należy ustalić z rodzicami lub opiekunami termin spotkania albo kontaktu telefonicznego, podczas którego będzie można zweryfikować, co się wydarzyło i zaplanować dalszą współpracę. Ponieważ spodziewamy się interwencji lub konsultacji psychiatrycznej w tym samym dniu, również **informacja zwrotna powinna przyjść możliwie szybko** (tego samego dnia lub kolejnego).

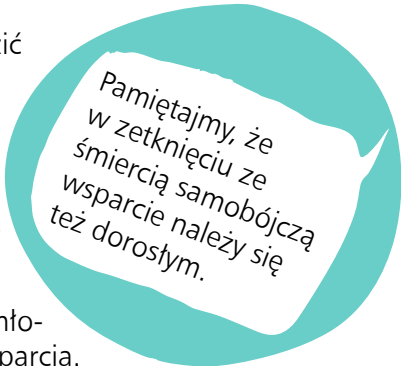
W przypadku nieprzyjęcia do szpitala może być konieczne jak najszybsze omówienie dalszego postępowania, pokierowanie do specjalistów i umawianie kolejnych spotkań, podobnie jak w przypadku sytuacji samookaleczenia się.

Postwencja. Jak postępować z grupą w sytuacji wystąpienia zachowań samobójczych?

Po wystąpieniu zachowania samobójczego w klasie warto pamiętać, że zawsze wzbudza ono wiele emocji.

Wiemy, że:

- emocje związane ze stratą i żalem po samobójstwie dotyczą wielu ludzi,
- samobójstwo jednej osoby może narazić innych na myśli samobójcze,
- sposób, w jaki społeczność reaguje na samobójstwo, wpływa na ogólne samopoczucie i zdrowie członków społeczności i innych osób, które znały osobę zmarłą.



Pamiętajmy, że w zetknięciu ze śmiercią samobójczą wsparcie należy się też dorosłym.

Dlatego tak ważne jest, aby dorośli oraz młodzież otrzymali w takiej sytuacji dużo wsparcia.

Emocje uczniów i pracowników szkoły mogą być różne w zależności od tego, w jakich relacjach z poszczególnymi osobami była osoba dokonująca zamachu samobójczego, w jakich okolicznościach do niego doszło oraz od tego, czy osoba przeżyła.

Jeśli szczęśliwie próba samobójcza nie doprowadziła do śmierci, musimy pamiętać, że jesteśmy zobowiązani do zachowania tajemnicy i jedynie po uzgodnieniu z rodzicami ucznia możemy podjąć temat z klasą.

Jeśli uzyskamy zgodę rodziców, rozmawiamy z klasą o emocjach związanych z faktem, nie udzielając informacji na temat metody, miejsca, przyczyn. **Nie analizujemy publicznie trudności ucznia. Skupiamy się na możliwości szukania pomocy w sytuacji kryzysowej i umiejętnościach radzenia sobie z problemami.**

Niezależnie od tego, czy zamach samobójczy okazał się skuteczny, czy też nie, należy:

- **Unikać pozytywnych**, np. gloryfikujących, **określeń** w powiązaniu ze słowem samobójstwo.
- **Nie sugerować, że samobójstwo jest rozwiązaniem problemu**, końcem cierpienia czy działaniem przynoszącym ulgę!
- **Pokazywać inne możliwe sposoby radzenia sobie z problemami**. Nie sugerować, że sytuacja jest bez wyjścia.
- **Unikać** nadmiernych **uproszczeń** w przedstawianiu domniemanych motywów i przyczyn samobójstwa oraz oskarżania i wskazywania winnego. Samobójstwo nigdy nie jest spowodowane jednym czynnikiem.
- **Wzmacniać identyfikację z osobą, która pokonuje trudności i kryzysy** (np. chorobę, problemy finansowe, myśli samobójcze) oraz z **osobą, która zwraca się o pomoc** i ją otrzymuje.
- **Promować strony, osoby, instytucje i konkretne działania, które uratowały/mogą uratować komuś życie.**

Szczegółowe omówienie postępowania z klasą i szkołą po śmierci samobójczej ucznia przekracza ramy niniejszego opracowania. Odsyłamy do cytowanej literatury (Krysińska K.).

Myślenie o zdrowiu psychicznym uczniów, nauczycieli, rodziców – nas wszystkich powinno stanowić podstawę budowania procedur i wszelkich strategii.

Profilaktyka zachowań autoagresywnych i samobójczych uwzględnia zarówno czynniki odporności psychicznej, jak i pomocy z zewnątrz. **Nie ma skutecznej profilaktyki bez możliwości skierowania osoby potrzebującej do odpowiedniego specjalisty.**

Literatura przedmiotu

1. Alaska Suicide Prevention, <http://dhss.alaska.gov/dbh/Pages/Prevention/programs/suicideprevention/default.aspx>.
2. Babiker G, Arnold L, *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2013.
3. Borucka A, Ostaszewski K, *Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia*, „Med Wieku Rozwoj” 2008, 12(2 Pt 1), 587–597.
4. Deliberto TL, Nock MK, *Cutting helps me feel better – nonsuicidal self-injury*, [w:] *DSM-5® Casebook and treatment guide for child mental health*, Galanter CA, Jensen PS (red.), American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA 2017.
5. Dykstra HK, *Suicide in Prepubescent Children in the United States: A Descriptive Analysis of Major Characteristics and Risk Factors*, „Int J Epidemiol” 2015, 44, suppl 1, i285–i286.
6. Gmitrowicz A, Janas-Kozik M, *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Medical Tribune Polska, Warszawa 2018.
7. ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych).
8. Institute of Medicine (US) Committee on Pathophysiology and Prevention of Adolescent and Adult Suicide; Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE (red.), *Reducing Suicide: A National Imperative*, National Academies Press (US), Washington (DC) 2002.
9. Krysińska K, *Podstawy postwencji samobójstw w szkołach*, [w:] *Zagrożenia rozwoju w okresie dorastania*, Brzezińska A, Bardziejewska M, Ziólkowska B (red.), Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2003.
10. Kułaga Z, Litwin M, Wójcik P, Jakubowska-Winecka A, Grajda A, Gurzkowska B, Napieralska E, Barwicka K, Róźdzżyńska A, Wiśniewski T, *Aktualne trendy zewnętrznych przyczyn zgonów dzieci i młodzieży w Polsce*, „Probl Hig Epidemiol” 2009, 90(3), 332–341, <http://www.phie.pl/pdf/phe-2009/phe-2009-3-332.pdf>.

11. Namysłowska I (red.), *Psychiatria Dzieci i Młodzieży*, PZWL, Warszawa 2012.
12. Napieralska E, Kułaga Z, Gurzkowska B, Grajda A, *Epidemiologia zgonów dzieci i młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999–2006*, „Probl Hig Epidemiol” 2010, 91(1), 92–98.
13. National Academy of Sciences (US), <https://nam.edu/perspectives-2015-unleashing-the-power-of-prevention/>.
14. Pawłowska B, Potembska E, Zygo M, Olajossy M, Dziurzyńska E, *Rozpowszechnienie samouszkodzeń dokonywanych przez młodzież w wieku od 16 do 19 lat*, „Psychiatr Pol” 2016, 50(1), 29–42.
15. Remberk B, *Samookaleczenia u pacjentów w wieku rozwojowym – diagnoza i postępowanie*, „Standardy Med Pediatr” 2018, 5, 28–29.
16. Remberk B, Brzóska E, Ścibor I, *Samookaleczenia u dzieci i młodzieży*, <http://www.institutpwn.pl/samookaleczenia-u-dzieci-i-mlodziezy/>.
17. Robinson J, Bailey E, Witt K, Stefanac N, Milner A, Currier D, Pirkis J, Condrón P, Hetrick S, *What Works in Youth Suicide Prevention? A Systematic Review and Meta-Analysis*, „E Clinical Medicine” 2018, 4–5, 52–91.
18. *Suicidality: prevention, detection and intervention*, Anderson J, Mitchell PB, Brodaty H, Aust Prescr 2017, Oct, 40(5), 162–166. Published online 2017 Oct 3. DOI: 10.18773/austprescr.2017.058.
19. *Teen Suicide: Learning to Recognize the Warning Signs*, <https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=teen-suicide-learning-to-recognize-the-warning-signs-1-1696>.
20. World Health Organization, Mental and Behavioural Disorders Team, *Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff*, World Health Organization, Genewa 2000, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66801>.

Publikacja **Co nauczyciel powinien wiedzieć o samookaleczaniu się i zachowaniach samobójczych młodzieży** jest skierowana do nauczycieli i innych profesjonalistów pracujących w systemie edukacji. Uważam ją za niezwykle ważną i w sposób istotny uzupełniającą lukę w dotychczas opublikowanych rekomendacjach dotyczących postępowania z osobami w wieku rozwojowym.

Ponieważ szkoła jest to miejsce, gdzie – poza rodziną – młody człowiek spędza najwięcej czasu, ważne jest, aby dziecko miało tam możliwość dobrego rozwoju, a w razie kryzysu – uzyskania szybkiej pomocy.

Dlatego zdecydowanie polecam niniejszą pracę wszystkim profesjonalistom pracującym w systemie edukacji.

[z rekomendacji **dr n. med. Barbary Remberk** – konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży]

AGNIESZKA CZECHOWSKA – psycholog, psychoterapeuta, specjalista psychiatrii środowiskowej PTP. Związana zawodowo z poradnią Specjalistyczną MOP w Warszawie oraz Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz, gdzie od kilku lat kieruje pracą Ośrodka Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej w Otwocku. Od kilkunastu lat pracuje terapeutycznie z młodzieżą i rodzinami, a także angażuje się w projekty na rzecz zdrowia psychicznego młodzieży.

ANNA GAWKOWSKA – psycholog, pedagog, psychoterapeuta. Pracuje w Poradni Specjalistycznej Młodzieżowy Ośrodek Profilaktyki i Psychoterapii MOP. Od kilkunastu lat zajmuje się indywidualną terapią młodzieży, terapią rodzinną, prowadzeniem grup szkoleniowych, wspierających i superwizyjnych dla pracowników oświaty oraz poradni psychologiczno-pedagogicznych.

lek. ŁUKASZ SZOSTAKIEWICZ – specjalista psychiatra, członek zespołu terapeutycznego Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN oraz zespołu terapeutycznego w Hostelu – Ośrodku Rehabilitacji Socjopsychiatrycznej w Otwocku, Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz; zatrudniony jako lekarz i psychoterapeuta w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży w Józefowie.