

Zachowania samobójcze dzieci i młodzieży – sposoby postępowania i metody pracy

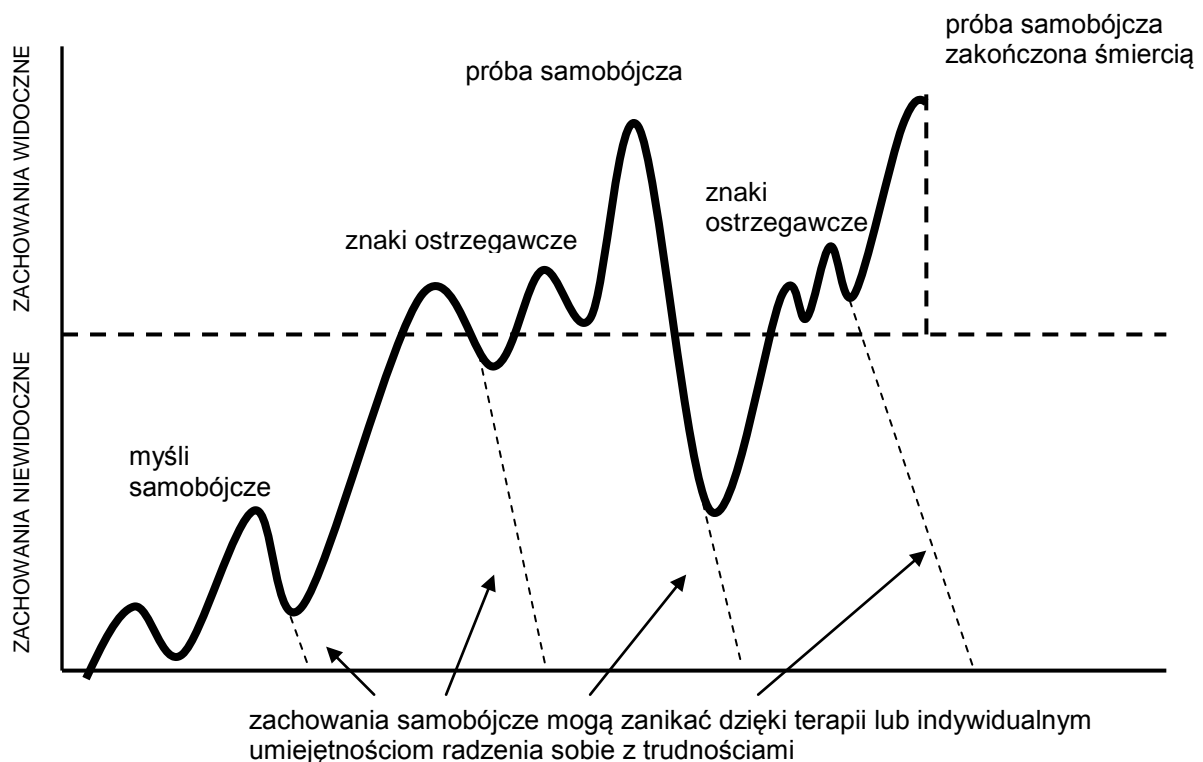
Samobójstwa stanowią jedną z trzech pierwszych przyczyn zgonów wśród młodych ludzi (za: WHO). Szacuje się, że wśród nastolatków jedno samobójstwo przypada na około 100-200 prób samobójczych (Suicide, Lancet 2002). Najwięcej samobójstw i prób dokonywanych jest w wieku między 15. a 19. rokiem życia (Kazdin 1996, Dolto 1995).

W większości przypadków samobójstwa pojawiają się jako rezultat dłuższego procesu, kiedy wpływ czynników chroniących nie jest w stanie zrównoważyć stałej ekspozycji na poważne czynniki ryzyka. Im dłuższy czas działania czynników ryzyka, tym większe zagrożenie. Młody człowiek w bardzo trudnej sytuacji doświadcza silnych emocji, jak lęk, gniew, żal, wstyd i upokorzenie, poczucie winy i smutek. Po pewnym czasie te emocje mogą doprowadzić do stanu permanentnego przeciążenia emocjonalnego i depresji. Przy braku wsparcia i pomocy może uznać swoją sytuację za beznadziejną i zacząć poszukiwać drogi ucieczki od cierpień poprzez zachowania samobójcze.

Zachowania samobójcze:

- Samobójcze ideacje – myśli samobójcze, ruminacje dotyczące śmierci, samouszkodzeń, znalezienia się w sytuacji zagrożenia życia, fantazje, zaabsorbowanie śmiercią
- Intencja śmierci – tak lub nie, jej stopień nasilenia, problem ambiwalencji uczuć i pragnień
- Plany samobójcze – pragnienie, oczekiwanie śmierci w wyniku samobójstwa, ważne jest przekonanie o śmiertelności wybranej metody
- Stopień śmiertelności wybranej metody
- Próba samobójcza

W przebiegu procesu zachowań samobójczych możemy wyróżnić widoczne i niewidoczne zachowania (rys. 1).



Rysunek 1. Przebieg procesu zachowań samobójczych (na podstawie: Wasserman, 2001)

Zachowania widoczne mogą być traktowane jako sygnały ostrzegawcze ryzyka suicydalnego. Wśród nich można wymienić:

- Wycofywanie się z kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, odwracanie się od nich
- Zainteresowanie lub wręcz zaabsorbowanie śmiercią
- Wyraźne zmiany osobowości i poważne zmiany nastroju
- Trudności z koncentracją
- Trudności w szkole, obniżenie jakości pracy i ocen
- Zmiana dotychczasowych zwyczajów dotyczących jedzenia i snu
- Utrata zainteresowania rozrywkami
- Częste uskarżanie się na fizyczne dolegliwości, które nie mają wyraźnej przyczyny somatycznej (ból głowy, ból żołądka, ciągłe zmęczenie, nieustanne znudzenie)
- Utrata zainteresowań dla rzeczy i spraw, której do tej pory były ważne
- Rozmawianie o samobójstwie lub jego planowaniu
- Wzrost impulsywności, nagłe impulsywne działania, jak akty agresji i przemocy,
- zachowania buntownicze lub ucieczkowe, absencja w szkole
- Odrzucanie pomocy, poczucie, że udzielenie pomocy jest już niemożliwe
- Oskarżanie się, poczucie winy, bycia złym człowiekiem
- Wypowiadanie komunikatów na temat beznadziejności życia, braku wyjścia, własnej bezwartościowości
- Odrzucanie otrzymywanych pochwał lub nagród
- Duża zmienność nastroju i emocji, nagłe przejście z depresji do stanu pogody i zadowolenia
- Rozdawanie kolegom swoich ulubionych przedmiotów, oddawanie domowych zwierzątek w dobre ręce
- Sporządzanie testamentu, pożegnania
- Wypowiadanie komunikatów: „Jestem niczym”, „Nie warto się mną zajmować”, „Chciałbym umrzeć”, „Zamierzam się zabić”, „Nie powinnam się urodzić”, „Lepiej żeby mnie nie było”, „Mogłoby mi się coś przydarzyć”
- Ślady po samouszkodzeniach lub próbach samobójczych

Warto podkreślić, iż sygnały ostrzegawcze często mogą być na tyle niespecyficzne, że łatwo je przeoczyć lub znaleźć dla nich inne wytłumaczenie niż tendencje samobójcze.

Czynniki ryzyka samobójstwa

Badania pokazują, że w odniesieniu do dzieci i młodzieży można wyróżnić czynniki długo- i krótkoterminowe, które zwiększają możliwość wystąpienia zachowań samobójczych.

Czynniki ryzyka długoterminowe	Czynniki ryzyka krótkoterminowe
Wcześniejsze zachowania samobójcze	Stresujące wydarzenia życiowe
Zaburzenia psychiczne <ul style="list-style-type: none"> • Depresja i lęki • Stosowanie substancji psychoaktywnych • Zachowania impulsywne, agresywne, antyspołeczne • Zaburzenia osobowości z pogranicza 	Nadużywanie seksualne i fizyczne w dzieciństwie
Inne współwystępujące choroby	Problemy z nauką
Problemy w środowisku rodzinnym	Gorsze funkcjonowanie z powodu chorób somatycznych i urazów
Płeć	Samobójstwo w środowisku społecznym
Orientacja seksualna	Dostęp do metod popełnienia samobójstwa
Przynależność do mniejszościowej grupy, np. etnicznej, religijnej	

Czynniki ryzyka krótkoterminowe w połączeniu z długoterminowymi zwiększają ryzyko popełnienia samobójstwa. Wcześniejsze zachowania samobójcze to najsilniejszy predyktor przyszłych zachowań samobójczych.

Depresja jako jeden z głównych czynników ryzyka zachowań samobójczych

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia 90% aktów samobójczych dokonywanych jest w nastroju lub stanie depresyjnym. Może to być depresja wywołana przez środki psychoaktywne (alkohol, narkotyki, leki), tzw. „prawdziwa” depresja, czyli choroba afektywna lub reakcja depresyjna spowodowana traumatycznymi wydarzeniami i doświadczeniami lub/i przewlekłym stresem. Czasami samobójstwo jest wynikiem halucynacji u osób chorych na schizofrenię.

Syndrom presuicydalny (E. Ringel)

Syndrom presuicydalny (SP) to termin stworzony przez austriackiego suicydologa, który stwierdził, że przeważająca większość samobójstw (około 80%) jest poprzedzona wystąpieniem szczególnych zachowań i sygnałów. Analiza zachowania pacjentów przed podjęciem próby samobójczej lub samobójstwa dokonanej doprowadziła go do stworzenia koncepcji syndromu, który opisuje to, co dzieje się z osobą, która dokonuje zamachu na własne życie. SP jest jednym z czynników ostrzegawczych. Złożony jest z trzech elementów:

1. Zawężenia
2. Agresji hamowanej i autoagresji
3. Fantazji samobójczych

Zawężenie

1. Zawężenie osobistych możliwości (sytuacyjne) – stan, kiedy człowiek uznaje, że sytuacja, w której się znalazł, jest zagrażająca, bez szansy na zmianę czy przezwyciężenie jej. Osoba nie widzi rozwiązania swojego trudnego położenia. Nie widzi innych, dopuszczalnych rozwiązań. Nie jest w stanie przyjrzeć się swemu położeniu z metapoziumu. Nie jest w stanie nic zmienić. Charakterystyczne dla tego rodzaju zawężenia jest poczucie bezradności, bezsilności, osaczenia, bycia w potrzasku, zdania na łaskę losu.

2. Zawężenie świata uczuć (dynamiczne) – negatywne postrzeganie świata, obecność emocji jednostronnie ukierunkowanych na „czarne myślenie”, skojarzenia, wyobrażenia idące w stronę autodestrukcji. Osoba doświadcza działania sił, które pchają ją do samobójstwa. Jej nastrój, wyobrażenia, uczucia pogrążone są w pesymizmie.

3. Zawężenie stosunków międzyludzkich – poczucie osamotnienia, opuszczenia, izolacji, niezrozumienia. Ten rodzaj zawężenia może łączyć się z izolacją totalną (osamotnienie w przypadku ludzi bez rodziny, przyjaciół), ilościowym zmniejszeniem kontaktów z ludźmi (izolacja, mniejsza ilość wolnego czasu, przeprowadzka), dewaluacją istniejących kontaktów (utrata więzi, niskie umiejętności w nawiązywaniu relacji). Osoba izoluje się od starych przyjaciół, od znajomych. Zmniejsza ilościowo kontakty z ludźmi. Relacje są powierzchowne, nie dotyczą rzeczy ważnych, osobistych.

4. Zawężenie świata wartości – stan braku poczucia wartości, braku poczucia sensu lub przyjęcie systemu wartości znacznie różniącego się od ogólnie przyjętego w danej społeczności. Osoba przeżywa brak poczucia wartości w niektórych dziedzinach życia. Wartości przez nią wyznawane ulegają dewaluacji. Nie jest w stanie bronić ich. Wpływa to znacząco na jej własny obraz siebie, na poczucie własnej wartości. Osoba w takiej sytuacji kieruje się często subiektywnymi ocenami. Są one różne od ogólnie przyjętych wartości.

Agresja hamowana i autoagresja (i napięcie)

Każde samobójstwo jest wyrazem szczególnie nasilonej agresji. Osoba przeżywa bardzo silne napięcie, które prowadzi do agresji. Jest ona kierowana początkowo na najbliższe osoby. Zwrot agresji przeciwko sobie wiąże się z tym, że w człowieku powstają pokłady bardzo silnej agresji i ich odreagowanie na zewnątrz nie jest możliwe (jest to uniemożliwione poprzez indywidualne zahamowania lub warunki zewnętrzne).

Fantazje samobójcze

Osoba zaczyna fantazjować o swojej śmierci. Początkowo niewinne myśli o samobójstwie, dające możliwość rozładowania napięcia w trudnej sytuacji, nabierają charakteru samodzielnych bytów. Stają się natrętnym, obezwładniającym myśleniem. Fantazje samobójcze przechodzą przez trzy etapy. Jakość fantazji samobójczych określają trzy stopnie, które charakteryzują różny stopień niebezpieczeństwa:

1. Wyobrażenia bycia martwym – nie dotyczą samego momentu śmierci, ale jej rezultatu
2. Wyobrażenia podniesienia na siebie ręki bez konkretnych planów realizacji
3. Fantazjowanie nastawione na ustalenie określonej, konkretnej metody samobójstwa, szczegółowe planowanie próby.

Miejsca pomocy:

e-Poradnia Psychologiczna

Bezpłatny telefon dla osób dorosłych w kryzysie emocjonalnym 116 123 (czynny codziennie od 14.00 do 22.00)

porady mailowe: poradnia@116123.edu.pl

strona internetowa: www.116123.pl

Bezpłatny Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży

Tel. 116 111 (czynny od poniedziałku do niedzieli między 12.00 a 20.00).

Grupa Ponton: www.ponton.org.pl

Tel. 22 635 93 92 (połączenie jest płatne według stawki operatora, czynny w piątki, w godzinach 16.00-20.00)

Grupa Ponton to młodzi specjaliści, którzy pomogą Ci w sprawach dojrzewania, seksualności oraz antykoncepcji. Doradcy Pontonu potrafią rozmawiać z młodymi ludźmi o wszystkim co dotyczy rozwoju seksualnego, bez skrępowania.

Niebieska Linia

Tel. 801 12 00 02 (połączenie z numerem Niebieskiej Linii jest płatne za pierwszy impuls według stawki operatora, telefon czynny jest od poniedziałku do soboty w godzinach 8.00-22.00 oraz w niedziele i święta w godzinach 8.00-16.00)

Tu możesz zadzwonić jeśli jesteś ofiarą przemocy w rodzinie lub znasz kogoś kto doświadcza takiej przemocy w domu.

Ogólnopolski Telefon Zaufania Narkotyki – Narkomania

Tel. 801 199 990 (czynny codziennie od 16.00 do 21.00, całe połączenie płatne 35 gr.)

Pod tym numerem telefonu otrzymasz pomoc oraz wsparcie jeśli Twoim problemem są narkotyki i uzależnienia od narkotyków.

Telefon zaufania – uzależnienia behawioralne

Tel. 801 889 880 (czynny codziennie od 17.00 do 22.00; koszt połączenia z telefonów stacjonarnych to koszt jednego impulsu, według taryfy operatora; koszt połączenia z telefonów komórkowych – cena za każdą minutę, zależnie od taryfy operatora)

Telefon zaufania, dedykowany osobom cierpiącym z powodu uzależnień od hazardu, internetu, seksu, zakupów, pracy, jedzenia.

Bezpłatna linia wsparcia dla osób po stracie bliskich, tel. 800 108 108

Działa w dni powszednie od 14:00 do 20:00. Adresowana jest do wszystkich osób w żałobie, które potrzebują pomocy. Dzwoniący mogą anonimowo porozmawiać o swojej sytuacji, otrzymać wsparcie, zasięgnąć porady.

Ośrodki Interwencji Kryzysowej,

<http://interwencjakryzysowa.pl/osrodki-interwencji-kryzysowej>

Literatura:

1. Gmitrowicz, A., Młodożeniec, A., Makara-Studzińska, M. (2015). Ryzyko samobójstwa u nastolatków. Warszawa: PZWL.
2. Gmitrowicz, A. (2005). Uwarunkowania zachowań samobójczych młodzieży. *Suicydologia*, t. 1, 71-76.
3. Jamison, K., R. (2004). Noc szybko nadchodzi. Zrozumieć samobójstwo, by mu zapobiec. Warszawa: Zysk i spółka.
4. James, R., K., Gilliland, B., E. (2008). Strategie interwencji kryzysowej. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
5. Łuba, M. (2011). Płaszcz przeciwdeszczowy w plecaku. Praca z uczniem po próbie samobójczej. *Głos Pedagogiczny*, 30, 46-49.
6. Łuba, M. (2011). Wołanie o pomoc. *Głos Pedagogiczny*, 32, 57-60.
7. Miller, A., M., Rathus, J., H., Linehan, M., M. (2013). Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.