Ministerstwo Zdrowia

NPZ NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 finansowane przez Ministra Zdrowia.

STANDARDY POSTĘPOWANIA DLA PRACOWNIKÓW OKRĘGOWYCH OŚRODKÓW WYCHOWAWCZYCH, ZAKŁADÓW POPRAWCZYCH I SCHRONISK DLA NIELETNICH

dotyczące kontaktu z osobami w kryzysie samobójczym i po próbie samobójczej

(wersja rozszerzona)

opracowanie: Małgorzata Łuba

Spis treści

1. Wstęp **5**

Podstawowe strategie profilaktyki zachowań samobójczych wskazywane przez Światową Organizację Zdrowia 6

Rola pracowników okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich w działaniach na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym 7

2. Podstawowe informacje o zachowaniach samobójczych **11**

Zachowania samobójcze na tle szeroko rozumianej autodestrukcji 12

Czynniki ryzyka zachowań samobójczych 16

Częstotliwość występowania prób i śmierci samobójczych w grupie dzieci i młodzieży 20

Dane Komendy Głównej Policji 20

Rejestry wewnętrzne okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich 22

Wybrane wnioski z badań na temat częstotliwości występowania zachowań samobójczych u młodzieży w Polsce 24

Błędne przekonania na temat zachowań samobójczych oraz ich korekta 26

3. Interwencje na rzecz wychowanków zagrożonych zachowaniami samobójczymi 29

Postępowanie wobec wychowanków w kryzysie samobójczym 30

Pierwsza pomoc emocjonalna w reakcji na obecność kryzysu samobójczego i szacowanie zagrożenia samobójczego 30

System wsparcia wychowanków w kryzysie samobójczym w ośrodku i poza nim 39

Ośrodki utworzone w ramach reformy psychiatrii dzieci i młodzieży 39

Standardy postępowania dla pracowników okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich dotyczące kontaktu z osobami w kryzysie samobójczym (wersja skrócona) 41

Postępowanie wobec wychowanków po próbie samobójczej 46

Następstwa próby samobójczej dla wychowanka i wsparcie po powrocie do ośrodka 46

Następstwa próby samobójczej oraz formy wsparcia dla pozostałych wychowanków 48

Standardy postępowania dla pracowników okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich dotyczące kontaktu z osobami po próbie samobójczej (wersja skrócona) 52

Tworzenie procedur i dokumentacja interwencji 59

Potrzeba superwizji wewnętrznych 60

4. Bibliografia 61

5. Wybrane bezpłatne publikacje z praktycznymi wskazówkami dotyczącymi realizacji działań interwencyjnych, postwencyjnych i profilaktycznych 64

6. Ogólnopolskie telefony i strony pomocowe 66

1

WSTĘP

Podstawowe strategie profilaktyki zachowań samobójczych wskazywane przez Światową Organizację Zdrowia

Zapobieganie zachowaniom samobójczym wymaga wzajemnej współpracy i zaangażowania całego społeczeństwa. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w przewodniku wdrożeniowym LIVE LIFE z 2021 roku wskazuje cztery kluczowe obszary działań profilaktyki samobójstw, które mają naukowo udowodnioną skuteczność. Wśród nich można wyróżnić:

1. **Rozwijanie kompetencji społeczno-emocjonalnych u dzieci i nastolatków**, np. promowanie dbałości o zdrowie psychiczne, uczenie umiejętności rozwiązywania problemów, konfliktów, radzenia sobie ze stresem i regulacji emocji.
2. **Wczesne identyfikowanie i adekwatne wspieranie osób zagrożonych zachowaniami samobójczymi oraz ułatwianie dostępu do profesjonalnej pomocy**, np. szkolenie różnych grup społecznych i zawodowych nt. możliwych oznak kryzysu samobójczego oraz udzielania pierwszej pomocy emocjonalnej (przedpsychologicznej), rozwijanie i zwiększanie dostępności specjalistycznego systemu opieki i wsparcia psychologicznego, psychoterapeutycznego i psychiatrycznego.
3. **Ograniczenie dostępu do metod odebrania sobie życia**, np. identyfikowanie i utrudnianie dostępu do śmiercionośnych środków, takich jak pestycydy, środki farmakologiczne, broń palna, instalowanie barier ochronnych na stacjach kolejowych, mostach, wysokich budynkach, zamieszczanie tabliczek zachęcających do powstrzymania się od działań samobójczych oraz skorzystania ze wsparcia w miejscach, gdzie doszło do prób samobójczych lub samobójstw.
4. **Odpowiedzialne opisywanie zachowań samobójczych w mediach**, np. unikanie wskazywania metody, miejsca próby samobójczej lub samobójstwa, danych oraz motywów ofiary samobójstwa lub osoby podejmującej próbę samobójczą, a także popularyzowanie telefonów zaufania, instytucji specjalistycznego wsparcia w kryzysie psychicznym i w zagrożeniu samobójczym (WHO, 2021).

Rola pracowników okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich w działaniach na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym

Rola pracowników okręgowych ośrodków wychowawczych, schronisk dla nieletnich i zakładów poprawczych w działaniach na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym jest wieloaspektowa i wynika z przepisów określających działanie tych placówek[1], i w następujący sposób wpisuje się w trzy strategie profilaktyki zachowań samobójczych rekomendowane przez WHO:

1

Rozwijanie kompetencji społeczno-emocjonalnych u dzieci i nastolatków

- Ogólnym celem placówek jest prowadzenie działalności wychowawczej, resocjalizacyjnej, terapeutycznej i profilaktycznej zmierzającej do zmiany postaw nieletnich na społecznie pożądane i zapewniającej prawidłowy rozwój ich osobowości (Dz.U. 2022 poz. 978).

[1] Przede wszystkim z Ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz.U. 2022 poz. 978), Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 sierpnia 2022 r. w sprawie funkcjonowania okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich (Dz.U. 2022 poz. 1897), z Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 sierpnia 2022 r. w sprawie pobytu nieletnich w okręgowych ośrodkach wychowawczych (Dz.U. 2022 poz. 1890), z Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 31 sierpnia 2022 r. w sprawie pobytu nieletnich w zakładach poprawczych (Dz.U. 2022 poz. 1891), z Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 września 2022 r. w sprawie pobytu nieletnich w schroniskach dla nieletnich (Dz.U. 2022 poz. 1889), z Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 30 sierpnia 2022 r. w sprawie wykazu zajęć prowadzonych w okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich (Dz.U. 2022 poz. 1840), a także dodatkowo z Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2023 poz. 1798), Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. 2017 poz. 59), z Ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U. 2025 poz. 620), z Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2024 poz. 917 t.j.).

- Psycholodzy zatrudnieni w placówkach prowadzą specjalistyczne zajęcia grupowe o charakterze profilaktycznym, psychoedukacyjnym, socjoterapeutycznym i psychokorekcyjnym. Zajęcia te koncentrują się na sposobach radzenia sobie ze stresem, na nabywaniu kompetencji społecznych oraz zapobieganiu agresji. Psycholodzy uczestniczą także w opracowywaniu i modyfikowaniu indywidualnych programów oddziaływań wychowawczych, resocjalizacyjnych i terapeutycznych, które obejmują pomoc psychologiczną mającą na celu wspieranie potencjału rozwojowego nieletniego i tworzenie warunków do jego aktywnego uczestnictwa w życiu placówki i środowisku społecznym (Dz.U. 2022 poz. 1840 oraz 2022 poz. 1890).
- Pedagodzy i pedagodzy specjalni prowadzą zajęcia wychowawczo-edukacyjne, w tym terapię pedagogiczną, socjoterapię, zajęcia z rozwoju osobistego, komunikacji interpersonalnej i zapobiegania agresji. Ich działania profilaktyczne obejmują informowanie, edukację i szkolenia z zakresu profilaktyki uzależnień i innych problemów nieletnich, promujące zdrowy styl życia i uczące radzenia sobie w trudnych sytuacjach (Dz.U. 2020 poz. 2050, 2021 poz. 2469 oraz 2022 poz. 763, 764, 1700, 1812 i 1840).

2

Wczesne identyfikowanie i adekwatne wspieranie osób zagrożonych zachowaniami samobójczymi oraz ułatwianie dostępu do profesjonalnej pomocy

- Placówki zapewniają nieletnim prawo do uzyskania pomocy psychologicznej i pedagogicznej oraz terapeutycznej. Pracownicy udzielają indywidualnej pomocy psychologicznej (porady, terapia krótko- i długoterminowa) oraz inicjują i prowadzą działania interwencyjne i mediacyjne w sytuacjach problemowych i kryzysowych. Dodatkowo prowadzą indywidualne oddziaływania profilaktyczne oraz terapeutyczne wobec wychowanków zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych. Kwalifikowani psycholodzy i pedagodzy prowadzą terapię dla nieletnich uzależnionych od alkoholu, substancji psychoaktywnych i czynności (Dz.U. 2022 poz. 978 i 1840).

- Nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych oraz specjaliści mają za zadanie rozpoznawanie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów, określanie mocnych stron, predyspozycji, zainteresowań i uzdolnień, a także przyczyn niepowodzeń edukacyjnych lub trudności w funkcjonowaniu. W przypadku stwierdzenia, że wychowanek wymaga pomocy psychologiczno-pedagogicznej, natychmiast udzielają mu tej pomocy w trakcie bieżącej pracy i informują o tym wychowawcę klasy lub dyrektora (Dz.U. 2023 poz. 1798).
- Psycholodzy w placówkach przeprowadzają rozmowy wstępne i badania diagnostyczne, aby rozpoznać indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne, możliwości psychofizyczne, a także przyczyny trudności w funkcjonowaniu i niepowodzeń szkolnych nieletnich. Diagnozują również zaburzenia emocjonalne i rozwojowe, funkcje poznawcze oraz cechy osobowości (Dz.U. 2022 poz. 1840).
- Pedagodzy i pedagodzy specjalni rozpoznają indywidualne potrzeby i przyczyny szkolnych niepowodzeń nieletnich. Obie grupy specjalistów kwalifikują wychowanków do odpowiedniej formy pomocy pedagogicznej lub psychologicznej, uwzględniając ich deficyty rozwojowe (Dz.U. 2022 poz. 1840).
- Izby adaptacyjne służą do wstępnych badań, obserwacji psychologicznej lub pedagogicznej oraz do indywidualnej pracy z nieletnimi, gdy wcześniejsze oddziaływania psychologiczno-pedagogiczne okazały się nieskuteczne lub gdy nieletni zgłasza potrzebę odosobnienia (Dz.U. 2022 poz. 978).
- W ramach procesu resocjalizacji placówki uwzględniają udzielanie nieletnim pomocy psychiatrycznej (Dz.U. 2022 poz. 1889).
- W przypadku bezskuteczności oddziaływań psychologiczno-pedagogicznych, w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia możliwe jest użycie środków przymusu bezpośredniego, co wskazuje na priorytetowe traktowanie innych form interwencji (Dz.U. 2022 poz. 978).

3

Ograniczenie dostępu do metod odebrania sobie życia

- Dyrektorzy placówek są odpowiedzialni za utrzymanie bezpieczeństwa i porządku wewnętrznego, w tym za zabezpieczenia uniemożliwiające samowolne oddalenie się nieletnich lub ich uwolnienie przez osoby z zewnątrz, a także inne bezprawne działania (Dz.U. 2022 poz. 1897).
- W placówkach stosowane są systemy ochrony, obejmujące zabezpieczenia techniczno-ochronne, takie jak ogrodzenia, bramy, drzwi, kraty, zamki, systemy monitoringu obrazu i dźwięku, urządzenia kontroli dostępu oraz urządzenia techniczne do kontroli pobieżnej paczek, przedmiotów i pojazdów (Dz.U. 2022 poz. 978 i 1897).
- Pracownicy ochrony i inni pracownicy placówek są zobowiązani do egzekwowania przepisów bezpieczeństwa oraz planu ochrony. Ich zadania obejmują obserwację zachowania nieletnich, kontrolowanie ich ruchu, uniemożliwianie ucieczek, sprawdzanie dokumentów i tożsamości osób wchodzących i wychodzących oraz deponowanie przedmiotów, których nie można posiadać na terenie placówki (Dz.U. 2022 poz. 978).
- Wykaz przedmiotów niedozwolonych w placówce jest ustalany przez dyrektora, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia porządku prawnego i bezpieczeństwa. Przedmioty znalezione podczas kontroli są zatrzymywane, a te niezgodne z prawem zgłaszane właściwym organom (Dz.U. 2022 poz. 978).
- Pracownicy placówek prowadzą czynności zapobiegawcze, w tym obserwują zachowania i relacje między nieletnimi, rozpoznają struktury podkulturowe i nastroje oraz identyfikują zamiary mogące naruszać bezpieczeństwo. Wszelkie zauważone zagrożenia bezpieczeństwa są natychmiast zgłaszane dyrektorowi (Dz.U. 2022 poz. 1897).

W dalszej części tego opracowania zostanie położony nacisk na działania nauczycieli, wychowawców oraz specjalistów zatrudnionych w okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich. Działania te odnoszą się do drugiej strategii, czyli do **wczesnego identyfikowania i adekwatnego wspierania osób zagrożonych zachowaniami samobójczymi oraz do ułatwiania dostępu do profesjonalnej pomocy**.

2

PODSTAWOWE INFORMACJE O ZACHOWANIACH SAMOBÓJCZYCH

Zachowania samobójcze na tle szeroko rozumianej autodestrukcji

Zgodnie z definicją Barenta Walsha autodestrukcja to dobrowolne podejmowanie niekorzystnych zachowań, zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich, które mogą zagrażać zdrowiu lub życiu:

- **Bezpośrednie zachowania autodestrukcyjne** – to każda forma ataku na swoje ciało charakteryzująca się oczywistym związkiem i małym odstępem czasowym między działaniem a jego szkodliwym dla zdrowia lub życia skutkiem. Są one zazwyczaj intencjonalne (choć stopień ich uświadomienia może być zróżnicowany) i społecznie oraz kulturowo nieakceptowane. Do tej kategorii zaliczają się samouszkodzenia i zachowania samobójcze.
- **Pośrednie zachowania autodestrukcyjne** – w przypadku tych działań negatywne dla zdrowia lub życia skutki są odroczone i kumulują się, zazwyczaj nie będąc widocznymi natychmiast. Ich zamiarem nie jest wyrządzenie sobie krzywdy, lecz dążenie do uzyskania konkretnych korzyści kosztem szkodliwych konsekwencji. Do tej kategorii zaliczają się m.in. zaniedbania zdrowotne (np. niewłaściwe przyjmowanie leków, lekceważenie zaleceń specjalistów), szkodliwe nawyki (np. niewłaściwe odżywianie się, używanie substancji psychoaktywnych, hazard), zachowania ryzykowne i impulsywne (np. fizyczne, sytuacyjne, seksualne) (2014).

Zachowania samobójcze są procesem rozwijającym się i utrzymującym na przestrzeni dni, tygodni, a nawet lat, obejmującym nie tylko samą próbę lub śmierć samobójczą, ale także inne poprzedzające je elementy, takie jak myśli, plany i tendencje.

KLUCZOWE ELEMENTY PROCESU ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

Myśli

Rozmyślania związane z poczuciem braku sensu istnienia, z niechęcią do życia, wyobrażenia o znalezieniu się w śmiertelnie niebezpiecznej sytuacji, rozmyślania o samobójstwie, które mogą występować z różnym nasileniem i częstotliwością.

Plany i tendencje

Rozmyślanie, w jaki sposób odebrać sobie życie, poszukiwanie metody, przygotowywanie środków, wybieranie miejsca, czasu, okoliczności oraz towarzysząca im mniejsza lub większa gotowość do podjęcia próby samobójczej lub popełnienia samobójstwa.

Próba samobójcza i samobójstwo dokonane

Samodzielne podjęcie zamierzonego działania zagrażającego życiu, które może być niezakończone (próba samobójcza) lub zakończone (samobójstwo dokonane) śmiercią.

Opracowanie własne na podstawie: Wasserman, 2001, Łuba, 2021.

Czasami zdarza się, że samouszkodzenia są postrzegane jako jeden z elementów zachowań samobójczych w myśl założenia: „Skoro się okaleczył/a, na pewno chciał/a lub za chwilę będzie chciał/a się zabić". Należy zdawać sobie sprawę, że – choć samouszkodzenia i zachowania samobójcze należą do tej samej szerszej kategorii (autodestrukcji bezpośredniej) – jest kilka cech, które je różnią.

Różnice między samouszkodzeniami a zachowaniami samobójczymi

RÓŻNICUJĄCY WYMIAR	SAMOUSZKODZENIA	ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE
Intencja	Obniżenie dyskomfortu psychicznego, stan ulgi, spokoju albo pozbycie się apatii, odrętwienia i osiągnięcie pobudzenia emocjonalnego	Niemożność, by wytrzymać obecny w życiu ból psychiczny, ucieczka od cierpienia emocjonalnego, doświadczanych trudności, konsekwencji wcześniejszych wyborów, pragnienie niebytu, trwałego wyłączenia świadomości
Poziom zagrożenia dla zdrowia lub życia	Zazwyczaj niewielki, często brak konieczności specjalistycznych interwencji medycznych	Poważny, nierzadko konieczność konsultacji z lekarzami różnych specjalności
Częstotliwość	Na ogół powtarzające się zachowania z różnym nasileniem w czasie	Rzadka
Sięganie po różne metody	Zwykle więcej niż jedna forma uszkadzania ciała	Zwykle wybór jednej metody
Nasilenie cierpienia psychicznego	Obecny dyskomfort psychiczny, ale zazwyczaj nie jest on obecny w sposób ciągły	Cierpienie nie ustępuje i w subiektywnych odczuciach wydaje się nie do zniesienia
Zawężenie poznawcze	Na ogół nie występuje, obecne silne dążenie do poszukiwania możliwego działania	Obecne i narastające, co sprawia, że śmierć może zacząć być postrzegana jako jedyny możliwy sposób poradzenia sobie z trudnościami
Poczucie bezsilności i braku nadziei	Pojawia się czasowa poprawa nastroju i poczucie wpływu	Dominuje nad innymi stanami
Ograniczenie dostępu do metod	Niewykonalne i niewskazane, często przynosi nasilenie samouszkodzeń	Wskazane, często ratuje życie

Opracowanie własne na podstawie: Walsh, 2014, Ziółkowska i Wycisk, 2019.

Formy autodestrukcji bezpośredniej mogą mieć nie tylko te same czynniki ryzyka (np. depresja, zaburzenia osobowości, nadużywanie substancji psychoaktywnych, impulsywność, zaburzenia zachowania, doświadczenie przemocy, dysfunkcje w rodzinie), ale również pozostają ze sobą w dwoistej relacji:

- Samouszkodzenia mogą być czynnikiem ryzyka rozwijania się procesu zachowań samobójczych – są uznawane za bezpośredni predyktor prób samobójczych i samobójstw (Makowska i Gmitrowicz, 2018, za: Hamzy i in., 2012);
- Do momentu, kiedy samouszkodzenia są skutecznym sposobem samoregulacji emocji lub powodują pozytywne zmiany w środowisku zewnętrznym (np. otrzymanie zainteresowania i wsparcia), mogą jednocześnie działać jak czynnik ochronny, który odracza w czasie podjęcie próby samobójczej lub odebranie sobie życia (Gmitrowicz, Makara-Studzieńska i Młodożeniec, 2015).

Czynniki ryzyka zachowań samobójczych

Zachowania samobójcze nie są efektem działania pojedynczej przyczyny. Ich wystąpienie jest wynikiem wzajemnego oddziaływania wielu różnorodnych czynników, takich jak predyspozycje genetyczne, biologiczne, psychologiczne, a także okoliczności życiowe, czynniki społeczne czy kulturowe. Zagrożenie samobójcze pojawia się, gdy wpływ szkodliwych czynników ryzyka przeważa nad działaniem czynników ochronnych. Czynniki ryzyka to okoliczności życiowe, które oddziałują przez dłuższy lub krótszy czas i mogą budować podatność na pojawienie się procesu zachowań samobójczych, a także dynamizować jego przebieg (Miller, Rathus i Linehan, 2011).

CZYNNIKI RYZYKA ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

DŁUGOTERMINOWE (podatność)	KRÓTKOTERMINOWE (stres)
To warunki i doświadczenia, które utrzymują się przez dłuższy czas i mogą sprawić, że młody człowiek staje się bardziej podatny na pojawienie się problemów ze zdrowiem psychicznym i procesu zachowań samobójczych. Same w sobie zazwyczaj nie są wystarczające, aby doprowadzić do próby samobójczej lub samobójstwa, ale zwiększają ich ryzyko.	To sytuacje lub wydarzenia, które pojawiają się bliżej w czasie nasilania się myśli, planów lub podjęcia próby, lub dokonania samobójstwa. Mogą być jak ostatnia kropla przepełniająca czarę goryczy, która nasila ból emocjonalny, utrudnia szukanie rozwiązań i zwiększa gotowość do podjęcia śmiertelnych w skutkach działań.
Wcześniejsze próby samobójcze, samouszkodzenia (są najsilniejszym prognostykiem przyszłego samobójstwa).	Silnie stresujące wydarzenia życiowe, m.in.: • straty interpersonalne (m.in. śmierć, rozwód, separacja, zawód miłosny, konflikty, rozstania); • utrata lub ograniczenie niezależności (m.in. konflikty z prawem, umieszczenie w ośrodku, długi, trudna sytuacja materialna, nieplanowane rodzicielstwo);
Zaburzenia psychiczne (m.in. depresja, zaburzenia lękowe, używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia zachowania).	

Zaburzenia osobowości (osobowość z pogranicza, dyssocjalna).	• porażki, wstyd (m.in. problemy z nauką, brak promocji do następnej klasy, przerwanie nauki); • doświadczenie wykluczenia, dyskryminacji, przemocy (fizycznej, psychicznej, seksualnej).
Przewlekłe choroby somatyczne i niepełnosprawność (szczególnie z objawami bólowymi, bezsennością, ograniczające i utrudniające codzienne funkcjonowanie).	
Dysfunkcjonalne środowisko rodzinne (m.in. negatywne doświadczenia w dzieciństwie, takie jak przemoc, zaniedbanie, osłabienie lub brak więzi, obserwowanie przemocy w rodzinie, rozwód rodziców, uzależnienia lub zaburzenia psychiczne bliskich, śmierć rodzica, szczególnie poprzez samobójstwo).	Pierwsze objawy chorób somatycznych, zaburzeń psychicznych i urazów lub nasilenie gorszego funkcjonowania z ich powodu.
	Ekspozycja na zachowania samobójcze ważnych osób (m.in. bycie naocznym świadkiem samobójstwa, dowiedzenie się o próbie samobójczej lub samobójstwie kogoś z rodziny, przyjaciół, ważnych osób, np. idola lub autorytetu).
Płeć męska (chłopcy częściej niż dziewczęta dokonują samobójstw).	Intoksykacja (bycie pod wpływem alkoholu, narkotyków, leków lub innych substancji psychoaktywnych, które mogą zmniejszać lub znosić kontrolę zachowań).
Wiek (wśród nastolatków osoby między 15 a 19 r.ż. należą do grupy największego ryzyka).	
Przynależność do mniejszościowej grupy (bycie częścią mniejszości pod względem np. etnicznym, religijnym, psychopłciowym, co może wiązać się z wielokrotnym doświadczaniem dyskryminacji, wykluczenia lub przemocy).	Dostęp do metod (posiadanie łatwego dostępu do środków, które mogą zostać użyte do odebrania sobie życia).

Opracowanie własne na podstawie: APA, 2007, Miller, Rathus i Linehan, 2011, Kielan i Olejniczak, 2018.

Wśród czynników długoterminowych, które w silny sposób mogą odnosić się do podopiecznych okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich, warto wymienić:

Wcześniejsze próby samobójcze

Wśród młodych osób, które odebrały sobie życie, 10-44% podejmowało wcześniejsze próby samobójcze.

Zaburzenia zachowania

45% nastolatków z diagnozą zaburzeń opozycyjno-buntowniczych i poważnych zaburzeń zachowania podejmuje próby samobójcze.

Używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych

Sięganie po środki psychoaktywne, które zwiększają impulsywność w zachowaniu, trzykrotnie zwiększa ryzyko prób samobójczych i samobójstw.

Zaburzenia depresyjne i lękowe

U 49-64% nastolatków po próbach samobójczych stwierdza się zaburzenia depresyjne i lękowe (Miller, Rathus i Linehan, 2011).

Dysfunkcjonalne środowisko rodzinne

Młode osoby, których rodzice odebrali sobie życie, są 2-5 razy bardziej narażone na samobójstwo (Agerbo, Nordentoft i Mortensen, 2002). Najsilniejszymi czynnikami zwiększającymi ryzyko podjęcia próby samobójczej są: doświadczenie wykorzystywania seksualnego (zarówno z kontaktem fizycznym, jak i bez), bycie ofiarą przemocy ze strony bliskich dorosłych, a także mieszkanie z osobą chorującą psychicznie lub używającą narkotyków. Nastolatki, które doświadczyły wykorzystywania seksualnego z kontaktem fizycznym, ale nie miały wsparcia ze strony dorosłych, były prawie dwukrotnie bardziej narażone na próby samobójcze w porównaniu z tymi, które takie wsparcie otrzymały (Makaruk i in., 2023). Osoby, które w dzieciństwie doświadczyły co najmniej czterech różnych negatywnych zdarzeń (takich jak przemoc, zaniedbanie, uzależnienia w rodzinie), są ponad 17 razy bardziej narażone na próby samobójcze. Doświadczenie zaniedbywania emocjonalnego i przemocy emocjonalnej w dzieciństwie to dwa najsilniejsze czynniki, które 11-krotnie zwiększają ryzyko próby samobójczej (Makaruk i in., 2018).

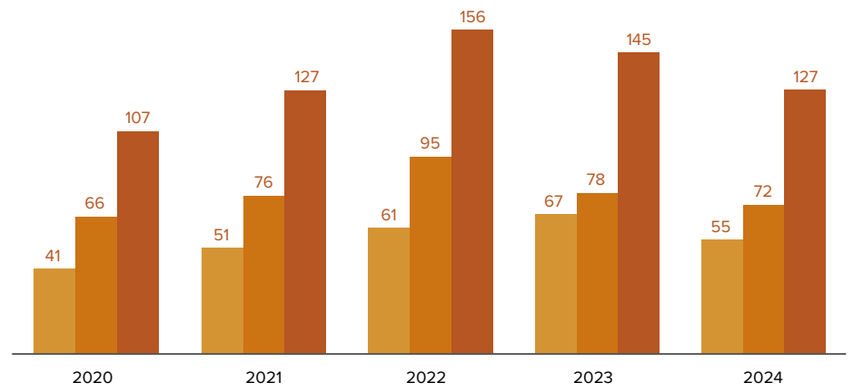
Specyficznym czynnikiem krótkoterminowym, którego doświadczają podopieczni okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich, jest umieszczenie w placówce oraz odczuwanie ciężaru adaptacji do warunków tam panujących. To oznacza, że **początkowy okres przebywania młodej osoby w ośrodku może być dla niej czasem podwyższonego zagrożenia samobójczego**.

Częstotliwość występowania prób i śmierci samobójczych w grupie dzieci i młodzieży

Dane Komendy Głównej Policji

Każdego roku w Polsce dochodzi do ok. 5 tysięcy samobójstw, a od ponad 100 do blisko 160 takich przypadków dotyczy grupy dzieci i młodzieży (KGP, 2025). Według tego samego źródła w ostatnich pięciu latach 662 osoby poniżej 19 r.ż. odebrały sobie życie.

Liczba samobójstw w Polsce w latach 2020-2024 u osób < 19 r.ż.

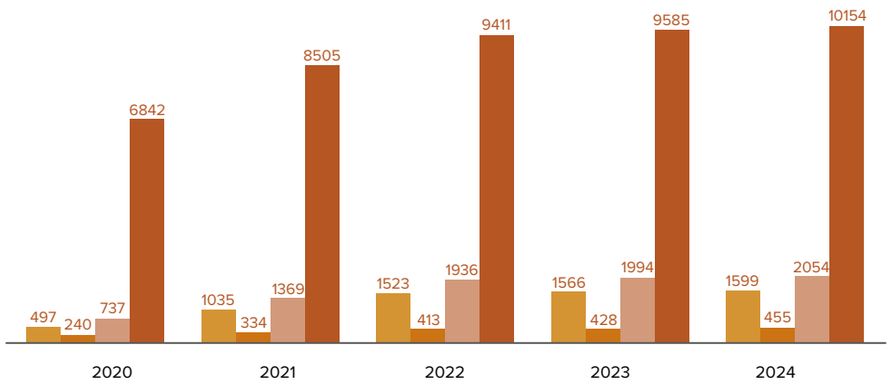


Opracowanie własne na podstawie: KGP, 2025.

Dziewczęta Chłopcy Ogółem

Problemem o znacznie większej skali są próby samobójcze – w całej populacji Polski obserwuje się stopniowy wzrost liczby prób samobójczych odnotowywanych przez KGP. W ostatnich pięciu latach na jedno samobójstwo przypadało od blisko 6 do ponad 16 prób samobójczych w grupie dzieci i młodzieży.

Liczba prób samobójczych w Polsce w latach 2020-2024

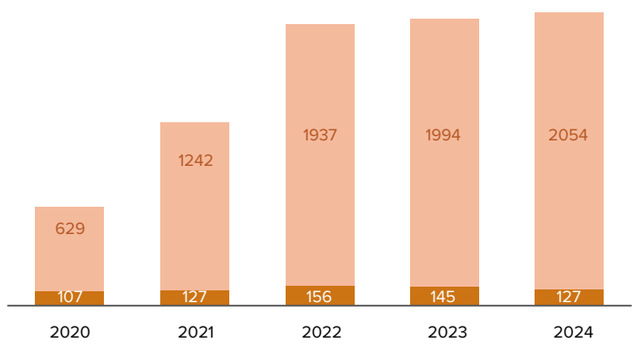


Opracowanie własne na podstawie: KGP, 2025.

Dziewczęta Chłopcy Osoby < 19 r.ż. Ogółem

Największy przyrost prób samobójczych zauważono wśród dziewcząt – od 2020 do 2023 roku było to 315%. Wśród chłopców w analogicznym okresie wzrost wyniósł 178% (Czabański, 2025).

Zestawienie liczby prób samobójczych i samobójstw w Polsce w latach 2020-2024, osoby < 19 r.ż.



Opracowanie własne na podstawie: KGP, 2025.

próby samobójcze samobójstwa

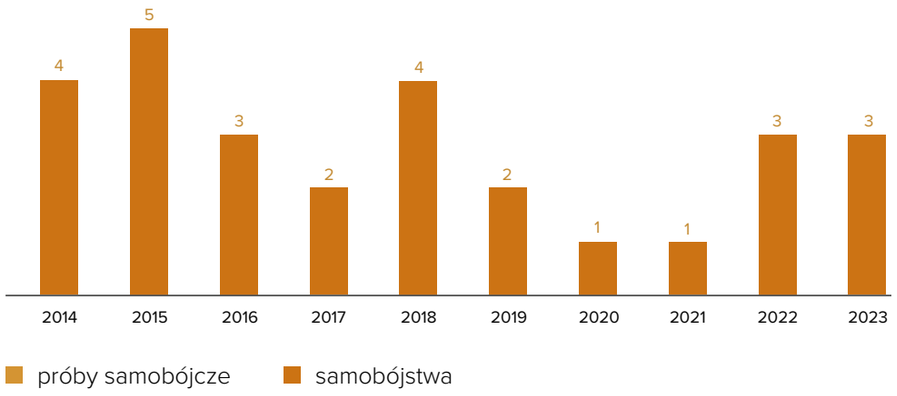
Warto podkreślić, że rejestr prób samobójczych KGP odnoszący się do młodych osób może być jednak znacznie zaniżony[1]. Poparciem takiej tezy są codzienne doświadczenia specjalistów m.in. z oddziałów psychiatrycznych, toksykologicznych, ratowników medycznych, specjalistów zatrudnionych w różnych ośrodkach i poradniach oraz badania dotyczące częstotliwości występowania prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży. Zgodnie z przelicznikiem szacowania liczby prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży na podstawie statystyk samobójstw w tej grupie wiekowej – jaki sugeruje WHO i American Association of Suicydology – na jedno zarejestrowane samobójstwo może przypadać od 100 do nawet 200 prób samobójczych (WHO, 2019, Miller, Rathus i Linehan, 2011). Oznaczałoby to, że w 2024 roku mogło dojść do 12 700-25 400 prób samobójczych w tej grupie wiekowej.

Rejestry wewnętrzne okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich

Organ nadzorujący pracę okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich, zgodnie z art. 87 pkt 12 lit. j i k Ustawy z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz.U. 2022 poz. 978), kwalifikuje próby samobójcze wychowanków jako wydarzenia nadzwyczajne. Każda taka okoliczność podlega obowiązującej procedurze zgłoszenia oraz wyjaśnienia. Procedury te obejmują m.in. sposób dokumentowania zdarzenia, obowiązek niezwłocznego poinformowania Ministerstwa Sprawiedliwości, a także wdrożenie stosownych działań interwencyjnych i wspierających. Zgłoszenia odnoszące się do prób samobójczych i samobójstw dotyczą tylko tych zdarzeń, które miały miejsce na terenie placówki.

[1] Powstaje na podstawie postępowań, które policja prowadzi w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa polegającego na namowie innej osoby do popełnienia przez nią samobójstwa (art. 151 Kodeksu karnego), jak i pomocy w doprowadzeniu takiej osoby do targnięcia się na własne życie. Policja nie dysponuje więc danymi na temat tych przypadków prób samobójczych, dla których nie prowadzi takich postępowań.

Liczba samobójstw i prób samobójczych
wychowanków na terenie OOW, ZP i SdN w latach 2014-2024



Opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez Ministerstwo Sprawiedliwości[2].

Dzięki systemom ochrony ograniczającym dostęp do metod, dzięki organizacji sposobu pracy, tworzeniu zabezpieczeń i usprawnień oraz wewnętrznym procedurom, szczegółowo opisującym sposób postępowania w przypadku prób samobójczych i aktów autoagresji, w ostatnich 11 latach na terenie okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk odnotowano łącznie 29 prób samobójczych i nie odnotowano żadnego samobójstwa.

[2] Dane za lata 2014-2021 dotyczą zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich, dane za lata 2022-2024 – zakładów poprawczych, schronisk dla nieletnich i okręgowych ośrodków wychowawczych, ponieważ te ostatnie zostały utworzone w 2022 roku.

Wybrane wnioski z badań na temat częstotliwości występowania zachowań samobójczych u młodzieży w Polsce

Diagnoza przemocy wobec dzieci (FDDS, 2023)[3]

- Między 2018 a 2023 rokiem zaobserwowano wyraźny wzrost liczby nastolatków w wieku 11-17 lat, którzy deklarowali próby samobójcze (z 7% do 9%) oraz samookaleczenia (z 16% do 22%).

EZOP II: Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (IPiN, 2021)[4]

- Około 5,7% nastolatków w wieku 12-17 lat z populacji ogólnej zadeklarowało, że kiedykolwiek w życiu miało próby samobójcze.
- Deklaracje wcześniejszych prób samobójczych były silnie zaniżone, jeśli rodzic był obecny podczas badania (2,7% deklaracji z rodzicem) w porównaniu z sytuacją, gdy nastolatek był badany bez rodzica (10,8% deklaracji).

Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów (FDDS, 2018)[5]

- 4,6% badanych studentów w wieku 18-25 lat przyznało się do prób samobójczych w przeszłości (między 10 a 21 r.ż.). Ponad połowa z nich miała jedną próbę, a blisko jedna piąta – trzy do pięciu prób samobójczych.

[3] Makaruk K., Drabarek K., Popyk A., Wójcik Sz. (2023). Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Uzyskano w maju 2025 r. z: https://fdds.pl/_Resources/Persistent/0/e/3/9/0e397c8f31d01856cd8d4a9430e56eade6648565/Diagnoza%20przemocy%20wobec%20dzieci%20w%20Polsce%202023%20FDDS.pdf.

[4] Moskalewicz J. (2021). Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań. Tendencje samobójcze. Referat wygłoszony podczas konferencji podsumowującej projekt EZOP II, Warszawa. Uzyskano w maju 2025 r. z: https://ezop.edu.pl/wyniki-badania/.

[5] Makaruk K., Włodarczyk J., Sethi D., Michalski P., Szredzińska R., Karwowska P. (2018). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa. Uzyskano w maju 2025 r. z: https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/695/551.

Próby samobójcze – badania reprezentatywne młodzieży w Polsce (IPiN, 2020)[6]

- Około 6% nastolatków w wieku 12-17 lat w Polsce deklarowało, że kiedykolwiek próbowało popełnić samobójstwo, a u 0,4% występowało wysokie bieżące ryzyko samobójstwa.
- W grupie młodzieży przebywającej w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii aż 40% osób potwierdziło co najmniej jedną próbę samobójczą w życiu. W tej grupie 17% miało jedną próbę, 9% – dwie, a 14% – trzy lub więcej prób. Ryzyko to było znacznie wyższe wśród dziewcząt (60%) niż chłopców (30%) w tych ośrodkach.

[6] Ostaszewski K. (2020). Próby samobójcze – badania reprezentatywne młodzieży w Polsce. Referat wygłoszony podczas II Kongresu Suicydologicznego, Łódź. Uzyskano w maju 2025 r. z: https://konferencjasuicydologiczna.umed.pl/wp-content/uploads/2024/06/II-Kongres-Sui-2020_Abstrakty.pdf.

Błędne przekonania na temat zachowań samobójczych oraz ich korekta[7]

BŁĘDNE PRZEKONANIE	RZETELNA WIEDZA
Próba samobójcza lub samobójstwo pojawiają się bez ostrzeżenia.	Około 80% osób, które zamierzają odebrać sobie życie, w werbalny lub niewerbalny sposób sygnalizuje wcześniej swoje zamiary (Simon i Hales, 2012).
Osoby, które mówią o samobójstwie, nie odbierają sobie życia. **Osoby, które informują innych o myślach samobójczych, robią to tylko po to, aby zwrócić na siebie uwagę.**	Myśli lub wypowiedzi samobójcze warto zawsze traktować jak sygnał ostrzegawczy zagrożenia samobójczego i dostateczny powód do rozmowy, której celem jest weryfikacja bezpieczeństwa danej osoby.
Kiedy ktoś zechce odebrać sobie życie, i tak to zrobi.	Osoby w kryzysie samobójczym często doświadczają ambiwalencji – jednoczesnego pragnienia życia i śmierci, które sprawia, że mogą one wahać się w swoim myśleniu, odczuwaniu i zachowaniach. Istnieje zatem szansa na ratunek.
Rozmowa z kimś w kryzysie o zachowaniach samobójczych może do nich zachęcić.	Umiejętna rozmowa o myślach, planach, tendencjach i próbach samobójczych to szansa na lepsze zrozumienie doświadczanych trudności oraz uzyskanie informacji mających wpływ na bezpieczeństwo danej osoby, a także udzielenie adekwatnej pomocy. To niekiedy również sposób uwolnienia od ciężaru noszenia w sobie obciążającej tajemnicy (Święcicki, 2018).

[7] Źródło: Standardy postępowania dla nauczycieli dotyczące kontaktu z osobami w kryzysie samobójczym, po próbie samobójczej i w żałobie po śmierci samobójczej (wersja rozszerzona). Zadanie zrealizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (finansowane przez Ministra Zdrowia).

BŁĘDNE PRZEKONANIE	RZETELNA WIEDZA
Zachowania samobójcze podejmują wyłącznie osoby z zaburzeniami psychicznymi.	Zachowania samobójcze to efekt działania różnych czynników ryzyka. Zaburzenia psychiczne są jednym z nich, ale nie jedynym. Oznacza to, że osoby doświadczające problemów ze zdrowiem psychicznym znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka. Nie należy jednak przyjmować generalizującego założenia, że zaburzenia psychiczne będą obecne u każdego człowieka w kryzysie samobójczym.
Przyczyną próby samobójczej lub samobójstwa był czynnik x, y, z lub osoba a, b, c itp.	Próby samobójcze i samobójstwa nigdy nie mają pojedynczej przyczyny. Po próbie lub śmierci samobójczej pojawia się silna tendencja do znalezienia odpowiedzi na pytanie, dlaczego doszło do tego zdarzenia, oraz konkluzja wskazująca jako przyczynę np. przeżywane trudności, cechy charakteru, działania innych osób. Takie wyjaśnienia to niebezpieczne uproszczenie genezy zachowań samobójczych i co najwyżej zidentyfikowanie tylko niektórych czynników ryzyka, których doświadczał dany człowiek.
Próba samobójcza lub samobójstwo to tchórzostwo lub odwaga.	Próba samobójcza i samobójstwo to skutek działania wielu czynników ryzyka, których efektem jest często cierpienie emocjonalne, poczucie beznadziejności, bezradności, osamotnienia. Dlatego nie należy rozpatrywać ich w kategoriach odwagi lub tchórzostwa.
Ludzie podejmują próby samobójcze lub odbierają sobie życie tylko w obliczu poważnych trudności życiowych.	Zachowania samobójcze młodych osób mogą być poprzedzone przykrą sytuacją, która przez opiekunów może być uznana za błahy problem lub przejściową trudność, np. niespełnione oczekiwania wobec rodziców, przyjaciół, bliskich, niepowodzenie szkolne, nieszczęśliwa miłość. Niestety, każda taka okoliczność może być czynnikiem spustowym, który staje się przysłowiową kroplą przepełniającą zapełnioną wcześniej innymi trudnymi okolicznościami czarę goryczy.

BŁĘDNE PRZEKONANIE	RZETELNA WIEDZA
Próby samobójcze są jedynie manipulacją lub prowokacją.	Założenie, że motywem próby samobójczej była chęć prowokacji lub manipulacji, często doprowadza do traktowania tego zdarzenia jako niegroźne. Tymczasem wcześniejsza próba samobójcza jest uznawana za główny, niezależny czynnik ryzyka samobójstwa – ok. 40% osób po próbie ponawia ją w okresie pierwszych 12-14 miesięcy, a u co trzeciej ofiary samobójstwa były obecne wcześniejsze próby samobójcze (WHO, 2019, Gmitrowicz, Baran, Kropiwnicki, 2017).
Jeżeli młoda osoba mówi opiekunowi w tajemnicy o tym, że myśli o samobójstwie, to trzeba tej tajemnicy dochować.	W sytuacji, kiedy opiekun ma wiedzę, że młoda osoba może być dla samej siebie zagrożeniem, jest zobowiązany podzielić się tą informacją z innymi pracownikami ośrodka, np. wychowawcami, nauczycielami, specjalistami, aby wspólnymi siłami podjąć działania na rzecz weryfikacji niebezpieczeństwa i sięgnięcia po adekwatne formy działań zabezpieczających i wsparciowych.

3

INTERWENCJE NA RZECZ WYCHOWANKÓW ZAGROŻONYCH ZACHOWANIAMI SAMOBÓJCZYMI

Postępowanie wobec wychowanków w kryzysie samobójczym

Postępowanie wobec podopiecznych w kryzysie samobójczym w okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich opiera się przede wszystkim na zintegrowanych działaniach i współpracy zatrudnionych tam nauczycieli, wychowawców i specjalistów. Kluczowe jest wczesne rozpoznawanie zagrożenia i adekwatny sposób zareagowania na nie.

Pierwsza pomoc emocjonalna w reakcji na obecność kryzysu samobójczego i szacowanie zagrożenia samobójczego

Pierwsza pomoc emocjonalna to przykład działań, które mogą być odpowiedzią na podejrzenie obecności kryzysu samobójczego u wychowanka. Może jej udzielić każdy, bez względu na swoje wykształcenie i kompetencje, np. nauczyciel, wychowawca, ale również psycholog i pedagog. Jej głównym celem nie jest diagnoza ani specjalistyczna terapia, ale:

- lepsze zrozumienie perspektywy i potrzeb młodej osoby doświadczającej kryzysu samobójczego;
- łagodzenie nieprzyjemnych stanów emocjonalnych towarzyszących kryzysowi samobójczemu, takich jak bezradność, beznadzieja, osamotnienie;
- ocena zagrożenia samobójczego;
- zidentyfikowanie zasobów i źródeł wsparcia;
- wybranie i rozpoczęcie wdrażania adekwatnych form niezbędnej pomocy angażujących zasoby placówki lub wsparcie specjalistyczne z zewnątrz (Łuba, Palma i Witkowska, 2022).

Etapami tworzącymi pierwszą pomoc emocjonalną są: **zauważenie oznak kryzysu, rozmawianie o doświadczanych trudnościach i szacowanie zagrożenia samobójczego oraz podjęcie dalszych interwencji na miarę potrzeb**.

ZAUWAŻ

Zauważenie oznak kryzysu

Pierwszą pomoc emocjonalną rozpoczyna zauważenie zmian w dotychczasowym funkcjonowaniu młodej osoby, które mogą sygnalizować obecność kryzysu samobójczego. Ten etap może być realizowany przez wszystkich pracowników placówki, którzy mają bezpośrednią styczność z wychowankami. Jednak – ze względu na częstotliwość interakcji – najbardziej efektywni w takich obserwacjach mogą być wychowawcy i nauczyciele, a – ze względu na posiadaną wiedzę i umiejętności – pedagodzy i psycholodzy.

Zmiany w zachowaniu, na które należy zwrócić szczególną uwagę, obejmują:

- **komunikację werbalną i niewerbalną** – bezpośrednie lub pośrednie mówienie o myślach, planach samobójczych lub samobójstwie (np. mówienie o cierpieniu, ciężarze życia, chęci śmierci, poczuciu bezradności, beznadziejności, braku sensu lub celu w życiu), wyrażanie poczucia bycia ciężarem dla innych, własnej bezwartościowości lub osamotnienia;
- **działania przygotowawcze** – pożegnania, sporządzanie nagrań lub listów pożegnalnych, tworzenie testamentu, porządkowanie spraw (np. zamykanie profili w mediach społecznościowych, oddawanie pożyczonych przedmiotów czy rozdawanie wartościowych dla siebie rzeczy), szukanie informacji o sposobach odebrania sobie życia lub gromadzenie leków, przedmiotów czy narzędzi, które mogłyby posłużyć do tego celu;
- **zainteresowanie śmiercią** – wprost lub nie wprost wyrażane w wypowiedziach ustnych, pisemnych lub aktywnościach artystycznych;
- **zmiany emocjonalne i społeczne** – długotrwałe przygnębienie, utrata spontaniczności, zwiększona płaczliwość, wycofanie się z kontaktów, niechęć do rozmów, zabaw, spotkań, rezygnacja z wcześniej lubianych zajęć, nasilona irytacja i rozdrażnienie, częstsze popadanie w konflikty, nasilone wybuchy złości i agresji;

- **trudności w funkcjonowaniu** – problemy z koncentracją uwagi i zapamiętywaniem, obniżenie efektów edukacyjnych, trudności z mobilizacją, zachowania wskazujące na zmęczenie i niemoc, brak dbałości o siebie, swój wygląd i higienę;
- **zmiany nawyków** – wyraźne zmiany w sposobie odżywiania się (np. odmowa jedzenia) lub snu (np. bezsenność, nocne wybudzanie się i niemożność ponownego zaśnięcia, trudności z rozbudzaniem się rano), odmowa przyjmowania lekarstw i stosowania się do zaleceń specjalistów;
- **rozpoczęcie lub nasilenie sięgania po substancje psychoaktywne lub samouszkodzenia**;
- **niedawne trudne zdarzenia** – przeżyta urazogenna sytuacja (np. próba samobójcza lub samobójstwo kogoś bliskiego, doświadczanie przemocowych zachowań, bycie świadkiem traumatycznego wydarzenia) (Szymańska, 2016, Jobes, 2019, Łuba, Palma i Witkowska, 2022).

POROZMAWIAJ

Rozmawianie o doświadczanych trudnościach i szacowanie zagrożenia samobójczego

Nie lada wyzwaniem dla pracowników realizujących rolę ratowników pierwszej pomocy emocjonalnej jest zachęcenie wychowanka przeżywającego trudności do rozmowy. Kluczowe jest zachowanie spokoju i cierpliwości oraz okazanie wytrwałości w podejmowaniu kolejnych prób, kiedy pierwsza nie skutkuje pożądanym efektem. Na tym etapie ważne jest aktywne słuchanie, które ma na celu pomóc podopiecznemu nazwać, zrozumieć i uwolnić trudne emocje, a także stwarza możliwość zidentyfikowania przyczyn stanu kryzysowego oraz zbudowania sojuszu w obliczu problemów. W tej części rozmowy szczególnie należy unikać prób pocieszania, odwracania uwagi, udzielania rad, przekonywania do zmiany sposobu myślenia o trudnościach czy dyskusji o tym, kto ma rację. Komentarze pełne optymizmu lub gotowe rozwiązania, choć wypowiedziane w dobrej wierze, mogą zostać odebrane przez młodą osobę jako dowód braku zrozumienia, lekceważenia, bagatelizowania.

Rozmowa z młodą osobą powinna także służyć sprawdzeniu, w jaki sposób radzi sobie z problemami i towarzyszącymi im nieprzyjemnymi emocjami, czy

te metody są bezpieczne dla jej zdrowia lub życia, oraz ocenie zagrożenia samobójczego. Choć za formalną ocenę ryzyka samobójczego odpowiedzialny jest lekarz psychiatra, również psycholodzy lub pedagodzy pracujący w placówce muszą potrafić wstępnie weryfikować zagrożenie. Oceny należy dokonać, gdy w zachowaniach podopiecznego zaobserwuje się sygnały zagrożenia samobójczego. Jest to również konieczne, gdy w jego życiu obecnych jest wiele długoterminowych czynników ryzyka, a w ostatnim czasie pojawiły się silnie stresujące czynniki krótkoterminowe, które pogarszają stan emocjonalny i psychiczny młodej osoby. Podejmując się oceny zagrożenia samobójczego, warto zatem wziąć pod uwagę następujące obszary:

- krótkoterminowe czynniki ryzyka oraz kluczowe czynniki długoterminowe, takie jak aktualna sytuacja życiowa oraz szerszy kontekst dotychczasowych doświadczeń;
- obecność elementów procesu zachowań samobójczych, ich czas trwania i stopień nasilenia;
- występowanie ograniczeń i zniekształceń poznawczych i emocjonalnych, takich jak negatywna ocena własnych zdolności, poczucie braku nadziei, bezradności, bezsilności, sztywność myślenia, myślenie czarno-białe, brak wiary w możliwość pozytywnej zmiany, poczucie osamotnienia, porzucenia, niezrozumienia, izolacji, brak poczucia sensu, utrata wartości życia, subiektywne powody przemawiające za śmiercią i samobójstwem;
- słabe, niekonstruktywne mechanizmy radzenia sobie – agresywne zachowania, skłonność do unikania, izolowania się, redukowanie napięcia poprzez zażywanie substancji psychoaktywnych, samouszkodzenia, ukrywanie emocji, odrzucanie pomocy, bierność, brak planowania;
- czynniki ochronne, takie jak dostępność wsparcia, tolerancja na stres i dyskomfort psychiczny, umiejętności konstruktywnego radzenia sobie, subiektywne powody przemawiające za dalszym życiem (APA, 2007, Gmitrowicz, Makara-Studzińska i Młodożeniec, 2015).

Rezultatem tej części pierwszej pomocy emocjonalnej ma być wybór dalszych interwencji i najwłaściwszej drogi wsparcia (DZIAŁAJ).

DZIAŁAJ

Podjęcie dalszych interwencji na miarę potrzeb

W tej części interwencji należy skupić się na konkretnych działaniach. Obejmują one szczególnie: omówienie dotychczasowych metod samodzielnego radzenia sobie i ich skuteczności, poszukiwanie alternatywnych możliwych do podjęcia kroków zaradczych i określenie kolejności ich realizacji oraz – w razie potrzeby – zaangażowanie innych osób do pomocy, zwłaszcza specjalistów w ośrodku lub poza nim.

Poziomy zagrożenia samobójczego i rekomendowane interwencje

Rezultatem oceny zagrożenia samobójczego ma być wskazanie, jaki poziom ryzyka dotyczy danej młodej osoby i w jaki sposób dalej postępować. W odniesieniu do zachowań samobójczych wyróżniamy trzy poziomy zagrożenia i rekomendowane interwencje, które powinny iść w ślad za nimi:

RYZYKO NAGŁE

(inaczej określane mianem bezpośredniego lub bardzo wysokiego) zakłada, że działania samobójcze mogą być podjęte w ciągu najbliższych 48 godzin – potrzeba podjęcia działań natychmiastowych i zapewnienia pilnej konsultacji specjalistycznej (w tym psychiatrycznej), realizowana poprzez zgłoszenie na numer alarmowy i przywołanie służb ratunkowych. Dotyczy ono młodej osoby:

- po dokonanej, przerwanej lub udaremnionej próbie samobójczej;
- z dużym nasileniem i natrętnością myśli samobójczych oraz z obecnością szczegółowego planu i silnych tendencji samobójczych (deklaruje, że często myśli o odebraniu sobie życia, że chce się zabić i przygotowała środki, wybrała czas i miejsce do popełnienia samobójstwa) lub po niedawnej próbie samobójczej bez działań pomocowych (deklaruje, że często myśli o odebraniu sobie życia i podjęła próbę samobójczą w ostatnich trzech miesiącach, nikomu tego nie zgłaszając);

- z dużym nasileniem i natrętnością myśli samobójczych oraz towarzyszącymi im objawami kryzysu psychicznego lub zaburzeń psychicznych (deklaruje, że często myśli o odebraniu sobie życia, ma poczucie braku wpływu i bezwyjściowości, beznadziejności, osamotnienia, a dodatkowo w jej zachowaniu obecne jest pobudzenie emocjonalne, impulsywność, osłabienie kontroli impulsów m.in. za sprawą przyjmowania środków psychoaktywnych);
- która dokonała na terenie placówki samouszkodzeń związanych z poważnym naruszeniem tkanek i wymagających pilnych interwencji medycznych, takich jak głębokie rany i niemożność zatamowania krwi lub konieczność założenia szwów, uderzanie głową o twarde przedmioty i utrata przytomności lub mdłości, połknięcie ciał obcych;
- która dokonała na terenie placówki samouszkodzeń obejmujących oczy, twarz, piersi, podbrzusze, genitalia.

RYZYKO KRÓTKOTERMINOWE

(inaczej określane mianem bliskiego lub umiarkowanego) zakłada, że działania samobójcze mogą być podjęte w ciągu najbliższych kilku dni lub tygodni – potrzeba mniej pilnej konsultacji psychiatrycznej, realizowanej w ciągu 72 godzin (w przypadku dotkliwych objawów konsultacja powinna odbyć się jeszcze tego samego dnia), np. na terenie ośrodka, w izbie przyjęć, w środowiskowym centrum zdrowia psychicznego, zarządzanie zagrożeniem samobójczym (monitorowanie poziomu ryzyka, opracowanie planu bezpieczeństwa). Dotyczy ono młodej osoby:

- z obecnością myśli samobójczych bez szczegółowych planów i tendencji do ich realizacji (deklaruje, że myśli o odebraniu sobie życia, rozważa wstępnie, jak może to zrobić, ale w szczegółowy sposób nie zaczęła tego jeszcze planować) oraz towarzyszącymi im nasilonymi objawami zaburzeń psychicznych (doświadcza dużych problemów, które utrudniają codzienne funkcjonowanie i nasilają myślenie o śmierci i zabiciu siebie);
- która dokonuje samouszkodzeń w powtarzalny sposób z częstotliwością większą niż kilka razy w tygodniu.

RYZYKO DŁUGOTERMINOWE

(inaczej określane mianem lekkiego) zakłada, że działanie samobójcze może być podjęte w ciągu najbliższych miesięcy lub lat – zarządzanie zagrożeniem samobójczym (monitorowanie poziomu ryzyka, opracowanie planu bezpieczeństwa), rozważenie potrzeby konsultacji psychiatrycznej w trybie ambulatoryjnym. Dotyczy ono młodej osoby:

- po wcześniejszej próbie samobójczej;
- z obecnością myśli rezygnacyjnych i samobójczych (deklaruje, że chciałaby zasnąć i się nie obudzić, chciałaby, żeby jej nie było, lub myśli o odebraniu sobie życia bez szczegółowego rozważania, jak to zrobić) oraz z towarzyszącymi im objawami zaburzeń psychicznych o mniejszym nasileniu;
- która dokonuje samouszkodzeń w powtarzalny sposób z częstotliwością nie większą niż kilka razy w tygodniu. (Młodożeniec, 2008, Walsh, 2014, Łuba, 2021).

Zarządzanie zagrożeniem samobójczym

Poziom zagrożenia samobójczego u młodej osoby może zmieniać się w czasie. Dlatego w przypadku stwierdzenia ryzyka krótko- i długoterminowego (kiedy konsultacja psychiatryczna i ewentualna hospitalizacja są zazwyczaj odroczone w czasie lub kiedy wychowanek wrócił do placówki po hospitalizacji związanej z próbą samobójczą lub po ustaniu ryzyka nagłego) warto, aby pracownicy ośrodka zaangażowali się w monitorowanie potencjalnych zmian w procesie zachowań samobójczych, a także wraz z podopiecznym opracowali plan bezpieczeństwa.

Monitorowanie ryzyka samobójczego można realizować na kilka różnych sposobów, np. systematycznie pytając o obecność zachowań samobójczych, stresujące wydarzenia, nastrój itp., prosząc o regularne wypełnianie kart z codziennym zapisem obecności myśli samobójczych, prosząc o wypełnienie na początku każdego spotkania kwestionariusza Suicide Status Form (Jobes, 2019). Do monitorowania zagrożenia mogą również zostać zaangażowani wychowawcy i nauczyciele, których głównym zadaniem będzie prowadzenie

stałej, dyskretnej obserwacji zachowań podopiecznego ze szczególnym zwróceniem uwagi na oznaki pogorszenia jego samopoczucia i funkcjonowania.

Kolejnym elementem zarządzania ryzykiem samobójczym jest opracowanie planu bezpieczeństwa, czyli poznawczo-behawioralnej interwencji pomagającej przetrwać trudne, przytłaczające i przepełnione napięciem emocjonalnym chwile. Jego istotą jest dostarczenie odpowiedzi na pytanie, co może zrobić młoda osoba, kiedy pogarsza się jej stan psychiczny i staje się ona bardziej podatna na wpływ wewnętrznych impulsów pchających ją do odebrania sobie życia, a więc jak ma się przed nimi chronić. W tworzeniu planu warto uwzględniać: samodzielne ograniczenie dostępu do metod odebrania sobie życia; samodzielne działania na rzecz uspokojenia, poprawy nastroju, konstruktywnego odreagowania trudnych emocji, odwrócenia uwagi od problemów i zmartwień lub zmiany perspektywy ich postrzegania; sięganie po wsparcie innych (w tym rówieśników, opiekunów, specjalistów). Ważne, aby każdy punkt planu był konkretną instrukcją, możliwą do zastosowania w chwilach potrzeby. Dlatego warto go dokładnie omówić, urealnić, ale również zapisać i przećwiczyć. W czasie dalszego wsparcia plan ten należy weryfikować (jeśli działania okażą się mało skuteczne) oraz aktualizować i uzupełniać o zapisy nowych działań (kiedy podopieczny zyska nowe umiejętności).

Zapisy planu bezpieczeństwa powinny być również omówione z nauczycielami i wychowawcami młodej osoby, aby zyskali oni większą jasność, jakie działania zostały w nim uwzględnione i jaki rodzaj zaangażowania z ich strony może być potrzebny do jego realizacji.

Dostosowanie metod i form pracy

Ryzyko krótko- i długoterminowe (w tym również powrót po hospitalizacji związanej z próbą samobójczą lub po ustaniu ryzyka nagłego) nie tylko wiąże się z pogorszeniem stanu emocjonalnego, ale również z jego negatywnym wpływem na poznawcze funkcjonowanie wychowanka. Może to objawiać się jego dezorientacją, trudnościami w podejmowaniu decyzji, a także problemami z koncentracją uwagi, zapamiętywaniem i odtwarzaniem informacji z pamięci. Z tego powodu ważne jest, aby nauczyciele placówki dostosowali metody i formy pracy do bieżących możliwości i potrzeb takiej młodej osoby.

PRZYKŁADOWE MODYFIKACJE W PROCESIE EDUKACYJNYM

- ustalenie, w jakiej formie uczeń preferuje aktywność lub sprawdzanie wiedzy;
- podzielenie materiału do zaliczenia na mniejsze części, co pozwoli na stopniowe opanowywanie treści;
- umożliwienie pisania sprawdzianów czy kartkówek w warunkach sprzyjających łatwiejszej koncentracji;
- wydłużenie czasu na wykonanie zadań podczas sprawdzianów oraz prac dodatkowych;
- ograniczenie liczby zadań na sprawdzianach i w ramach pracy własnej;
- możliwość rezygnacji z robienia notatek;
- uwzględnienie trudności, jakie uczeń może mieć z wykonywaniem kilku czynności jednocześnie;
- akceptacja zachowań ucznia wynikających z rozpoznanych trudności;
- docenianie wysiłku i dowartościowanie;
- możliwość wyjścia z sali w sytuacji napięcia;
- możliwość opuszczania niektórych lekcji w sytuacji potrzeby odpoczynku.

Opracowanie własne na podstawie: Kicińska i Palma, 2023).

Kierunki potrzebnych dostosowań mogą być rezultatem zaleceń zawartych w opiniach, orzeczeniach od specjalistów, ale też mogą być efektem obserwacji wychowawców lub obserwacji własnych i indywidualnych ustaleń z podopiecznym.

System wsparcia wychowanków w kryzysie samobójczym w ośrodku i poza nim

Okręgowe ośrodki wychowawcze, zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich organizują wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego swoich podopiecznych w sposób indywidualny, w zależności od możliwości lokalnych i woli współpracy ze strony innych instytucji. W tym obszarze nie ma odgórnie narzuconych zasad dotyczących współpracy z innymi podmiotami świadczącymi pomoc.

Część jednostek opiera wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego swoich podopiecznych wyłącznie na specjalistach zatrudnionych w placówce bądź korzysta z ogólnodostępnych poradni lub centrów zdrowia psychicznego. Wiele placówek posiada umowy zawarte z lekarzami psychiatrii lub korzysta z ich usług w ramach współpracy z podmiotami zewnętrznymi. Istnieją również ośrodki, które prowadzą regularną współpracę z instytucjami zewnętrznymi, takimi jak szpitale psychiatryczne, poradnie specjalistyczne, organizacje pozarządowe świadczące pomoc w zakresie zdrowia psychicznego kierowaną do dzieci i młodzieży na danym terenie.

Ośrodki utworzone w ramach reformy psychiatrii dzieci i młodzieży[1]

Ministerstwo Zdrowia wprowadziło 10 stycznia 2020 r. model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oparty na trzech poziomach referencyjności:

- **pierwszy poziom** – zespoły/ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży zatrudniające psychologów, psychoterapeutów i terapeutów środowiskowych;
- **drugi poziom** – środowiskowe centra zdrowia psychicznego, w których można skorzystać dodatkowo z porady psychiatry;
- **trzeci poziom** – ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej (oddziały psychiatryczne).

[1] Źródło: Raport końcowy z działań podjętych w 2021 roku przez zespół opracowujący standardy postępowania w sytuacji ryzyka zachowań samobójczych dla kadry pedagogicznej szkół, placówek oświatowych oraz pracowników uczelni wyższych.

Powyższy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży ma na celu prowadzenie pomocy na odpowiednich poziomach referencyjności w każdym powiecie (zespół/ośrodek środowiskowej opieki dla dzieci i młodzieży), dla kilku sąsiadujących powiatów (centra zdrowia psychicznego) i w województwie (ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej). Założeniem tzw. środowiskowej reformy psychiatrii dzieci i młodzieży jest dostarczenie pomocy młodym pacjentom oraz ich rodzinom jak najwcześniej i jak najbliżej miejsca zamieszkania. Pozwala to nie dopuścić do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego pacjenta i zapobiec ewentualnej hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym, która jest często trudnym doświadczeniem dla młodej osoby i jej rodziny. Jest to kierunek zmian zgodny z obecnymi tendencjami kształtowania systemów ochrony zdrowia psychicznego w innych krajach europejskich oraz zgodny z międzynarodowymi rekomendacjami.

Każda placówka powinna posiadać aktualną listę kontaktów do lokalnych ośrodków zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz określone procedury kierowania wychowanków do takich miejsc. Aktualna lista istniejących w Polsce ośrodków:

https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/

Standardy postępowania dla pracowników okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich

dotyczące kontaktu z osobami w kryzysie samobójczym (wersja skrócona)

Pierwsza pomoc emocjonalna to interwencje, które możesz podjąć (niezależnie od tego, czy jesteś nauczycielem, wychowawcą lub specjalistą), kiedy podejrzewasz obecność kryzysu samobójczego u swojego wychowanka. Jej głównym celem nie jest diagnoza ani specjalistyczna terapia, ale lepsze zrozumienie perspektywy i potrzeb młodej osoby, łagodzenie nieprzyjemnych stanów emocjonalnych towarzyszących kryzysowi, weryfikacja poziomu zagrożenia samobójczego, a także rozpoczęcie wdrażania adekwatnych form niezbędnej pomocy angażujących zasoby placówki lub wsparcie specjalistyczne z zewnątrz.

ZAUWAŻ

- **ZWRÓĆ** uwagę na niepokojące, niepożądane, narastające zmiany w zachowaniu.
- **UWZGLĘDNIJ** wiedzę o przeżytym niedawno urazie lub bardzo obciążającej sytuacji.
- **POTRAKTUJ** swoje spostrzeżenia jako potencjalny sygnał kryzysu samobójczego.

- **NIE BAGATELIZUJ** swoich spostrzeżeń.
- **NIE ZAKŁADAJ**, że zaobserwowane zmiany w zachowaniu są spowodowane banalnymi, niegroźnymi przyczynami.
- **NIE BĄDŹ** obojętny i bierny.

POROZMAWIAJ

- **ZACHĘĆ** do rozmowy o trudnościach, szczerze dzieląc się swoimi spostrzeżeniami i znaczeniem, jakie im nadajesz.
- **TWÓRZ** w rozmowie atmosferę zaufania i bezpieczeństwa przez stonowane i spokojne komunikaty.
- **WYSŁUCHAJ**, okazując zainteresowanie, spokój, życzliwość, cierpliwość oraz chęć zrozumienia.

- **NIE PONAGLAJ** podczas rozmowy.
- **NIE POCIESZAJ** na siłę.
- **NIE ZMIENIAJ** tematu rozmowy, aby odwrócić uwagę od przeżywanych trudności.
- **NIE ZAPRZECZAJ** powadze zgłaszanych problemów i samobójczych komunikatów.

- **UŁATWIAJ** rozmowę, zadając proste pytania pogłębiające wiedzę o problemach i prosząc o przykłady.
- **POZWÓL** wyrażać w rozmowie wszystkie emocje, **AKCEPTUJ** i **NORMALIZUJ** je.
- W empatyczny sposób **ODZWIERCIEDLAJ** oraz **UPRAWOMOCNIAJ** emocje i odczucia.
- **ZAPYTAJ** o sposoby radzenia sobie z przeżywanymi trudnościami, szczególną uwagę zwracając na autodestrukcyjne metody**.
- **ZAPYTAJ** wprost o myśli, plany, tendencje i wcześniejsze próby samobójcze**.
- Wątek zagrożenia samobójczego **TRAKTUJ** jako priorytetowy i **WRACAJ** do niego, kiedy twój współrozmówca zmieni temat w rozmowie**.
- **PODZIĘKUJ** za odpowiedzi na pytania i uzyskane informacje.
- **UTWIERDŹ** w przekonaniu, że podzielenie się trudnościami to ważny element radzenia sobie i dowód siły, a nie słabości.

- **NIE KRYTYKUJ** zachowań, wyborów, decyzji i **NIE POUCZAJ** o ich możliwych negatywnych następstwach.
- **NIE OBWINIAJ** za eskalację trudności z powodu braku wcześniejszego ujawnienia problemów lub odrzucenia pomocy.
- **NIE UDZIELAJ** rad, dopóki nie pogłębisz swojej wiedzy o problemach.
- **NIE PRÓBUJ** przekonywać do natychmiastowej rezygnacji z autodestrukcyjnych myśli, planów lub działań.
- **NIE OKAZUJ** bezradności w obliczu cierpienia.

* Działania do realizacji przez wychowawców i nauczycieli.

** Działania do realizacji przez specjalistów (pedagogów i psychologów).

DZIAŁAJ

- **ZACHĘĆ** do szukania rozwiązań i możliwości poradzenia sobie z trudnościami.
- **POMÓŻ** zaplanować małe, realne w danej chwili działania na rzecz poprawy nastroju i poradzenia sobie z problemami.
- **PRZYPOMNIJ** o dostępnych specjalistach w szkole, **ZACHĘĆ** do skorzystania z ich pomocy i **POMÓŻ** do nich dotrzeć*.
- **ZAANGAŻUJ SIĘ** w monitorowanie ryzyka samobójczego, prowadząc stałą, dyskretną obserwację zachowań* lub systematycznie weryfikując potencjalne zmiany w procesie zachowań samobójczych**.
- **POMÓŻ** opracować plan bezpieczeństwa i **WERYFIKUJ** jego stosowanie i skuteczność**.
- **OMÓW** zapisy wypracowanego planu bezpieczeństwa ze współpracownikami**.
- **ZAPYTAJ** o problemy związane z nauką i **DOSTOSUJ** wymagania edukacyjne do możliwości*.
- **POMÓŻ** opracować plan nadrobienia zaległości*.
- **MONITORUJ** postępy edukacyjne, wychowawcze oraz postępy w adaptacji w środowisku, na bieżąco **REAGUJ** na dodatkowe potrzeby i **DOCENIAJ** wszelkie starania i zaangażowanie*.

- **NIE POZOSTAWIAJ** bez pomocy i dozoru pracownika placówki.
- **NIE OCZEKUJ** natychmiastowej poprawy i efektów.
- **NIE DAJ SIĘ ZWIEŚĆ**, że zagrożenie samobójcze minęło dzięki jednej rozmowie.
- **NIE OBIECUJ** absolutnej dyskrecji.
- **NIE DZIAŁAJ** w pojedynkę.
- **NIE ZWLEKAJ** z potrzebnymi interwencjami.

- **POINFORMUJ** wszystkie osoby pracujące z nieletnim o swoich spostrzeżeniach.
- **URUCHOM** procedurę postępowania adekwatną do okoliczności (w tym zgłoszenie pod numer alarmowy **112** w razie bezpośredniego zagrożenia życia), aby wezwać pomoc.
- Jeśli masz wątpliwości, co zrobić, **SKONSULTUJ** swoje działania ze specjalistami, dzwoniąc pod numery telefonów pomocowych (np. **800 100 100**), zgłaszając się na rozmowę on-line (https://zwjr.pl/konsultacje-dla-szkol) lub pisząc (zwjr.pl/napisz-do-specjalisty).
- **DOKUMENTUJ** na bieżąco podjęte działania.
- **ROZMAWIAJ** otwarcie ze swoimi współpracownikami o przebiegu interwencji, towarzyszących ci emocjach podczas regularnych spotkań zespołu i superwizji wewnętrznych.

* Działania do realizacji przez wychowawców i nauczycieli.

** Działania do realizacji przez specjalistów (pedagogów i psychologów).

Postępowanie wobec wychowanków po próbie samobójczej

Następstwa próby samobójczej dla wychowanka i wsparcie po powrocie do ośrodka

Młoda osoba, która podjęła próbę samobójczą, doświadczać może różnych następstw tego zdarzenia:

- **pozytywnych,** w postaci np. redukcji napięcia emocjonalnego, ulgi, zyskania szczególnej uwagi i atencji, otrzymania wsparcia i pomocy, wpływu na osoby z najbliższego otoczenia. Może to się wyrażać m.in. w zakończeniu konfliktu, przerwaniu koła zemsty, w wymuszeniu zmiany zachowania;
- **negatywnych**, w postaci np. somatycznych powikłań (m.in. bólu, zeszpecenia, ograniczenia sprawności), potwierdzenia braku kontroli nad sobą i swoim życiem, obaw i wstydu związanych z reakcją innych, otrzymania etykiety „potencjalnego samobójcy" i odrzucenia przez osoby z najbliższego otoczenia.

Oprócz tego warto pamiętać, że kiedy ustają powody dalszej hospitalizacji młodej osoby po próbie samobójczej, ona sama nadal może doświadczać trudności emocjonalnych i psychicznych, które przekładają się na jej gorsze funkcjonowanie społeczne (np. izolowanie się, zachowania agresywne w kontakcie) i poznawcze (np. trudności w uczeniu się). Wszystko to może być dla niej dodatkowym codziennym ciężarem, a nawet stać się motywacją do podjęcia kolejnego działania samobójczego, które będzie drastyczniejsze w przebiegu i z użyciem bardziej śmiertelnej metody (Gmitrowicz, Makara-Studzińska i Młodożeniec, 2015, za: Chiles i Strosahl, 1995).

Nauczyciele, wychowawcy i specjaliści mogą odegrać niebagatelną rolę w tym, aby powrót wychowanka po próbie samobójczej do ośrodka przebiegł w bezpiecznych warunkach.

Warto, aby w ich działaniach zostały uwzględnione[1]:

1

Świadomość ryzyka nawrotu zagrożenia samobójczego i potrzeba zaangażowania się w zarządzanie zagrożeniem samobójczym

Warto wiedzieć, że wcześniejsza próba samobójcza jest uznawana za główny, niezależny czynnik ryzyka samobójstwa – ok. 40% osób po próbie ponawia ją w okresie pierwszych 12-14 miesięcy, a u co trzeciej ofiary samobójstwa były obecne wcześniejsze próby samobójcze (WHO 2019, Gmitrowicz, Baran, Kropiwnicki, 2017). Niestety, wielu opiekunów wciąż uznaje próby samobójcze nastolatków za zachowania prowokacyjne („Skoro przeżył, to naprawdę nie chciał się zabić, a jedynie zwrócić na siebie uwagę i zyskać atencję otoczenia") lub manipulacyjne („To szantaż emocjonalny – w ten sposób próbował coś wymusić lub osiągnąć"). Nie ma podziału na „prawdziwe" i „fałszywe" próby. Każde takie działanie oznacza ambiwalentny stosunek do życia i śmierci („W jakimś stopniu chcę umrzeć i w jakimś stopniu chcę żyć") i może rodzić ogromne niebezpieczeństwo (Szwajca i in., 2019). Dlatego tak ważne jest, aby wszyscy pracownicy już pierwszego dnia powrotu wychowanka po próbie samobójczej do placówki zaangażowali się w działania na rzecz zarządzania zagrożeniem samobójczym (**patrz: Zarządzanie zagrożeniem samobójczym**).

2

Świadomość pogorszenia funkcjonowania poznawczego i konieczność dostosowania metod i form pracy oraz pomoc w nadrobieniu zaległości edukacyjnych

Na postawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2023 poz. 1798), nauczyciele są zobowiązani dostosować metody oraz formy realizacji programu nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych, edukacyjnych i możliwości psychofizycznych ucznia/uczennicy (**patrz: Dostosowanie metod i form pracy**).

[1] Źródło: Standardy postępowania dla nauczycieli dotyczące kontaktu z osobami w kryzysie samobójczym, po próbie samobójczej i w żałobie po śmierci samobójczej (wersja rozszerzona). Zadanie zrealizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 finansowane przez Ministra Zdrowia.

3

Świadomość pogorszenia funkcjonowania społecznego i potrzeba wzbudzenia postawy zaangażowania w grupie rówieśniczej oraz zadbania o poprawę relacji z innymi

Ujawniona w ośrodku próba samobójcza wychowanka może stać się silnym zagrożeniem dla jego relacji z rówieśnikami – może przyczynić się do powstawania różnych barier komunikacyjnych, a także stać się siłą napędową do wykluczenia lub przemocy rówieśniczej. Dlatego tak ważne jest, aby nauczyciele, wychowawcy i specjaliści ośrodka pomogli swoim podopiecznym lepiej zrozumieć sytuację i możliwe trudności ich kolegi/koleżanki po próbie samobójczej, zachęcali ich nie tylko do postawy wzajemnego szacunku i akceptacji, ale również poszukali własnych pomysłów realizacji pomocy w nadrobieniu zaległości edukacyjnych i społecznych. Mogą w tym pomóc zajęcia psychoedukacyjne nt. charakterystyki funkcjonowania człowieka w kryzysie, zasad wsparcia rówieśniczego, okoliczności bezwzględnego sięgania po pomoc u opiekunów przeprowadzone jeszcze w czasie nieobecności w ośrodku młodej osoby po próbie samobójczej. Niezwykle ważna będzie również stanowcza i natychmiastowa reakcja pracowników na wszelkie przejawy wykluczenia i przemocy wobec młodej osoby po próbie samobójczej.

Następstwa próby samobójczej oraz formy wsparcia dla pozostałych wychowanków

Próba samobójcza młodej osoby może budzić u członków całej społeczności placówki szereg silnych emocji, takich jak szok, bezsilność, żal, strach, przygnębienie, poczucie winy czy gniew. Może także prowokować tendencje do poszukiwania racjonalnych wytłumaczeń i odpowiedzi na pytania, dlaczego doszło do tego zdarzenia, kto jest za nie bezpośrednio odpowiedzialny, kto się do niego przyczynił, co nie zostało zrobione, aby zapobiec tej okoliczności. Ponadto zetknięcie się z próbą samobójczą rówieśnika stanowi krótkotrwały czynnik ryzyka, mogący sprzyjać pojawieniu się kolejnych podobnych przypadków wśród nastolatków. Jest to przejaw mechanizmu naśladownictwa zachowań samobójczych (efektu Wertera), opierającego się na:

- identyfikacji („On jest do mnie podobny, skoro zrobił to, ja też mogę podjąć takie działanie");

- dostępności poznawczej i odhamowaniu („Skoro wiem, że on to zrobił, dla mnie też jest to możliwe rozwiązanie”);
- dowodzie społecznym („Jeśli ktoś taki jak on zdecydował się na to w swojej sytuacji, musi być to sensowna opcja i możliwe rozwiązanie również dla mnie”);
- konformizmie informacyjnym („Kiedy jestem zagubiony i nie wiem, jak postąpić, jego działanie staje się dla mnie jasną wskazówką”);
- dążeniu do spójności grupy („Jeśli powtórzę to, co zrobił bliski mi rówieśnik, udowodnię naszą wyjątkową więź”);
- rywalizacji („Jego czyn nie był niczym szczególnym. Ja zrobię to bardziej efektownie”) (Walsh, 2014).

Warto podkreślić, że dzieci i młodzież uważa się za jedną z grup najbardziej wrażliwych na działanie efektu Wertera (Bridge i in., 2020).

Aby zminimalizować negatywne skutki związane z próbą samobójczą na terenie ośrodka, zaleca się jak najszybsze wdrożenie działań wspierających. Brak konkretnych reakcji i wsparcia ze strony personelu placówki natychmiast po zdarzeniu może skutkować obniżeniem zaufania do nauczycieli, wychowawców i specjalistów, pogłębić poczucie izolacji, utrudnić poszukiwanie i otrzymanie niezbędnej pomocy, a także wzmocnić szkodliwe przekonania dotyczące zachowań samobójczych. Oto przykładowe obszary takich działań:

1 Natychmiastowe wsparcie naocznych świadków

Może zdarzyć się, że wśród wychowanków będą bezpośredni świadkowie próby samobójczej kolegi lub koleżanki. W obliczu tej sytuacji pracownicy placówki natychmiast powinni zapewnić bezpieczeństwo takim młodym osobom. Jak najszybsze działanie jest kluczowe w zapobieganiu rozwoju zaburzeń, które mogą być następstwem udziału w urazogennej sytuacji (Krawętkowski, 2022). Ważne jest, aby bezpośrednim świadkom próby samobójczej zapewnić obecność zaufanego dorosłego, który zadba o ich potrzeby fizjologiczne, zaproponuje proste aktywności stabilizowania emocji, będzie gotowy wysłuchać ich relacji tylko wtedy, kiedy pojawi się u nich potrzeba rozmowy o tym, co się wydarzyło (Szwajca i in., 2019). W kolejnych dniach bezpośrednich świadków zdarzenia należy objąć indywidualnym wsparciem specjalistów.

2 Rozmawianie z wychowankami o zdarzeniu i normalizowanie ich reakcji na nie

Wielu opiekunów zakłada, że nie powinno się rozmawiać z wychowankami o próbie samobójczej rówieśnika nawet wtedy, kiedy dojdzie do niej na terenie placówki o charakterze zamkniętym. Takie osoby chcą wierzyć, że informacja o tym zdarzeniu nie dotrze do ich podopiecznych. Tymczasem warto zakładać, że młode osoby wcześniej czy później dowiedzą się o próbie samobójczej od jej bezpośrednich świadków lub z krążących w środowisku plotek. To oznacza, że nauczyciele, wychowawcy i specjaliści powinni zabrać jak najszybciej oficjalny i mądry głos w tej sprawie, aby nie pozostawić młodych osób sam na sam z trudnymi emocjami, krzywdzącymi opiniami lub zagrażającymi wnioskami. Najważniejsze cele takiej rozmowy to:

- pokazanie możliwie zrównoważonej i bezpiecznej interpretacji zdarzenia;
- normalizacja różnorodnych reakcji na tę okoliczność;
- zachęcenie do sięgania po wsparcie oraz przekazanie informacji, w jaki sposób jest to możliwe na terenie ośrodka.

3 Identyfikowanie wychowanków najbardziej narażonych na naśladownictwo zachowań samobójczych i objęcie ich indywidualnym wsparciem

Ważnym zadaniem, jakiego mogą podjąć się pracownicy ośrodka na rzecz bezpieczeństwa młodych osób z grup podwyższonego ryzyka, jest zwiększenie wysiłków w celu zidentyfikowania konkretnych podopiecznych potrzebujących wsparcia.

RÓWIEŚNICY NAJSILNIEJ NARAŻENI NA DZIAŁANIE MECHANIZMU NAŚLADOWNICTWA ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

- świadkowie próby samobójczej;
- młode osoby, które jako ostatnie były w kontakcie z kolegą/koleżanką, który/która próbował/ła odebrać sobie życie;
- rodzeństwo, przyjaciele i bliscy znajomi;

- wychowankowie w procesie żałoby lub z wcześniejszymi doświadczeniami strat lub traum;
- wychowankowie mający negatywne relacje z kolegą/koleżanką, który/która próbował/ła odebrać sobie życie;
- wychowankowie z problemami emocjonalnymi i psychicznymi, z historią wcześniejszych własnych zachowań samobójczych.

Opracowanie własne na podstawie: Paczkowska, 2020.

W realizacji tego zadania konieczna jest współpraca między nauczycielami, wychowawcami i specjalistami placówki. Rolą tych pierwszych jest przede wszystkim monitorowanie podczas zajęć stanu emocjonalnego wychowanków oraz – w razie potrzeby – zachęcenie do rozmowy wspierającej prowadzonej ścieżką pierwszej pomocy emocjonalnej lub podzielenie się niepokojącymi obserwacjami z pedagogiem lub psychologiem. Rolą specjalistów jest inicjowanie kontaktu indywidualnego ze wskazanymi przez nauczycieli i wychowawców podopiecznymi (**patrz: Pierwsza pomoc emocjonalna w reakcji na obecność kryzysu samobójczego i szacowanie zagrożenia samobójczego**).

4 Zajęcia psychoedukacyjne dla wychowanków wzmacniające czynniki ochronne

Ważnym elementem budowania ochrony wobec ekspozycji na próbę samobójczą rówieśnika jest przeprowadzenie zajęć psychoedukacyjnych związanych z dbaniem o zdrowie psychiczne i radzeniem sobie z kryzysami (w szczególności identyfikowanie kryzysu psychicznego i samobójczego u siebie i u innych, identyfikowanie sposobów konstruktywnej samoregulacji emocjonalnej, zasad wsparcia rówieśniczego, okoliczności, w których konieczne jest sięganie po pomoc dorosłych z najbliższego otoczenia i specjalistów ośrodka). Podczas tych zajęć nie należy koncentrować się na analizie zaistniałej sytuacji próby samobójczej, lecz na rozwijaniu ogólnych umiejętności, które pomogą wychowankom odzyskać poczucie bezpieczeństwa i sprawczości.

Standardy postępowania dla pracowników okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich

dotyczące kontaktu z osobami po próbie samobójczej (wersja skrócona)

Wychowankowie, którzy podjęli próbę samobójczą, są bardziej narażeni na jej ponowienie, a ich rówieśnicy, którzy byli świadkami tego zdarzenia lub o nim wiedzą – na naśladowanie zachowań samobójczych. Dlatego warto, abyś zaangażował się we wspieranie obu tych grup niezależnie od tego, czy realizujesz rolę nauczyciela, wychowawcy, czy specjalisty.

WYCHOWANKOWIE PO PRÓBIE SAMOBÓJCZEJ

W OBLICZU PRÓBY SAMOBÓJCZEJ

- **URUCHOM** procedurę postępowania adekwatną do okoliczności (w tym zgłoszenie pod numer alarmowy **112** w razie bezpośredniego zagrożenia życia), aby wezwać pomoc.
- **DOKUMENTUJ** na bieżąco podjęte działania.
- **ROZMAWIAJ** otwarcie ze swoimi współpracownikami o przebiegu interwencji, towarzyszących ci emocjach podczas regularnych spotkań zespołu i superwizji wewnętrznych.

- **NIE POZOSTAWIAJ** bez pomocy i dozoru pracownika placówki.
- **NIE DZIAŁAJ** w pojedynkę.
- **NIE ZWLEKAJ** z potrzebnymi interwencjami.

PRZED POWROTEM I PO POWROCIE DO PLACÓWKI

- **UŚWIADOM** sobie możliwe trudności, m.in. brak dostatecznej poprawy funkcjonowania po kryzysie, obawę przed reakcją rówieśników oraz opiekunów, zaległości edukacyjne i społeczne.
- **ZAANGAŻUJ SIĘ** w monitorowanie ryzyka samobójczego, prowadząc stałą, dyskretną obserwację zachowań* lub systematycznie weryfikując potencjalne zmiany w procesie zachowań samobójczych**.
- **POMÓŻ** opracować plan bezpieczeństwa i **WERYFIKUJ** jego stosowanie i skuteczność**.
- **OMÓW** zapisy wypracowanego planu bezpieczeństwa ze współpracownikami**.
- **ZAPYTAJ** o problemy związane z nauką i **DOSTOSUJ** wymagania edukacyjne do możliwości*.
- **POMÓŻ** opracować plan nadrobienia zaległości*.
- **MONITORUJ** postępy edukacyjne, na bieżąco **REAGUJ** na dodatkowe potrzeby i **DOCENIAJ** wszelkie starania i zaangażowanie*.
- **POMÓŻ** w dołączeniu do grupy rówieśniczej.
- **REAGUJ** na wszelkie przejawy wykluczenia i przemocy.
- **DOKUMENTUJ** na bieżąco podjęte działania.
- **ROZMAWIAJ** otwarcie ze swoimi współpracownikami o przebiegu interwencji, towarzyszących ci emocjach podczas regularnych spotkań i superwizji zespołu.

- **NIE ZWLEKAJ** z potrzebnymi interwencjami.
- **NIE ZAKŁADAJ**, że przeżyty kryzys i wdrożone leczenie będą bez wpływu na edukacyjne możliwości.
- **NIE POZWÓL** na ośmieszanie, drwiny, ataki.

* Działania do realizacji przez wychowawców i nauczycieli.

** Działania do realizacji przez specjalistów (pedagogów i psychologów).

GRUPA RÓWIEŚNICZA

W OBLICZU PRÓBY SAMOBÓJCZEJ

- **ZADBAJ** o bezpieczeństwo bezpośrednich świadków próby samobójczej.
- **POROZMAWIAJ** otwarcie o tym, co się stało.
- Bardziej niż na omawianiu samego zdarzenia **SKONCENTRUJ SIĘ** na jego zrównoważonej interpretacji, przeżyciach towarzyszących tej sytuacji oraz sposobach radzenia sobie z trudnymi emocjami.
- **ZAAKCEPTUJ** różne reakcje na próbę samobójczą.
- **PRZYPOMNIJ** o możliwych formach pomocy w ośrodku*.
- **PODKREŚL**, że korzystanie ze wsparcia innych jest dowodem siły, a nie słabości.
- **DOKUMENTUJ** na bieżąco podjęte działania.
- **ROZMAWIAJ** otwarcie ze swoimi współpracownikami o przebiegu interwencji, towarzyszących ci emocjach podczas regularnych spotkań zespołu i superwizji wewnętrznych.

- **NIE ZWLEKAJ** z potrzebnymi interwencjami.
- **NIE WCHODŹ** w szczegóły ani **NIE DYSKUTUJ** o domniemanych motywach lub przyczynach próby samobójczej.
- **NIE ZAKŁADAJ**, że rówieśnicy będą wiedzieć, jak radzić sobie z kryzysem i z jakich form wsparcia można skorzystać w razie trudności.

PRZED POWROTEM I PO POWROCIE DO PLACÓWKI

- **ZAANGAŻUJ** się w identyfikowanie osób najbardziej narażonych na naśladownictwo zachowań samobójczych i UŁATW im kontakt ze specjalistami*.
- Osoby najbardziej narażone na naśladownictwo zachowań samobójczych **OBEJMIJ** indywidualnym wsparciem**.
- **ZACHĘĆ** do rozmowy o trudnościach lub **POMÓŻ** zrozumieć sytuację kolegi/koleżanki wracającego/wracającej do placówki po próbie samobójczej.
- **POROZMAWIAJ**, jak można zaangażować się w pomoc rówieśniczą.
- **POŁÓŻ** nacisk na wzajemną troskę, szacunek i akceptację.
- **ZREALIZUJ** zajęcia psychoedukacyjne wzmacniające czynniki ochronne**.
- **REAGUJ** na wszelkie przejawy wykluczenia i przemocy.
- **DOKUMENTUJ** na bieżąco podjęte działania.
- **ROZMAWIAJ** otwarcie ze swoimi współpracownikami o przebiegu interwencji, towarzyszących ci emocjach podczas regularnych spotkań zespołu i superwizji wewnętrznych.

- **NIE BAGATELIZUJ** swoich obserwacji.
- **NIE DZIAŁAJ** w pojedynkę.
- **NIE ZWLEKAJ** z potrzebnymi interwencjami.
- **NIE OCZEKUJ**, że wszyscy będą gotowi w takim samym stopniu wspierać ucznia/uczennicę po próbie samobójczej.
- **NIE WYMUSZAJ** specjalnego traktowania i nieautentycznej sympatii.

POZIOMY ZAGROŻENIA SAMOBÓJCZEGO I REKOMENDOWANE INTERWENCJE

RYZYKO NAGŁE

(działania samobójcze mogą być podjęte w ciągu najbliższych 48 godzin) – dotyczy młodej osoby:

- po dokonanej, przerwanej lub udaremnionej próbie samobójczej;
- z dużym nasileniem i natrętnością myśli samobójczych oraz z obecnością szczegółowego planu i silnych tendencji samobójczych lub po niedawnej próbie samobójczej bez działań pomocowych;
- z dużym nasileniem i natrętnością myśli samobójczych oraz towarzyszącymi im objawami kryzysu psychicznego lub zaburzeń psychicznych;
- która dokonała na terenie placówki samouszkodzeń związanych z poważnym naruszeniem tkanek i wymagających pilnych interwencji medycznych;
- która dokonała na terenie placówki samouszkodzeń obejmujących oczy, twarz, piersi, podbrzusze, genitalia.

DZIAŁANIA

1. Zgłoszenie na numer alarmowy i przywołanie służb ratunkowych.

RYZYKO KRÓTKOTERMINOWE

(działania samobójcze mogą być podjęte w ciągu najbliższych kilku dni lub tygodni) – dotyczy młodej osoby:

- z obecnością myśli samobójczych bez szczegółowych planów i tendencji do ich realizacji oraz z towarzyszącymi im nasilonymi objawami zaburzeń psychicznych;
- która dokonuje samouszkodzeń w sposób chroniczny z częstotliwością większą niż kilka razy w tygodniu.

DZIAŁANIA

1. Zapewnienie pilnej konsultacji psychiatrycznej, realizowanej w ciągu 72 godzin, np. na terenie ośrodka, w izbie przyjęć, w środowiskowym centrum zdrowia psychicznego.
2. Zarządzanie zagrożeniem samobójczym (monitorowanie poziomu ryzyka, opracowanie planu bezpieczeństwa).

RYZYKO DŁUGOTERMINOWE

(działanie samobójcze może być podjęte w ciągu najbliższych miesięcy lub lat) – dotyczy młodej osoby:

- po wcześniejszej próbie samobójczej;
- z obecnością myśli rezygnacyjnych i samobójczych oraz towarzyszącymi im objawami zaburzeń psychicznych o mniejszym nasileniu;
- która dokonuje samouszkodzeń w sposób chroniczny z częstotliwością nie większą niż kilka razy w tygodniu.

DZIAŁANIA

1. Zarządzanie zagrożeniem samobójczym (monitorowanie poziomu ryzyka, opracowanie planu bezpieczeństwa).
2. Rozważenie potrzeby konsultacji psychiatrycznej w trybie ambulatoryjnym.

Tworzenie procedur i dokumentacja interwencji

W obliczu tak trudnych i złożonych kwestii jak kryzysy i próby samobójcze kluczowe jest, aby działania podejmowane w okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich były skoordynowane i na bieżąco dokumentowane. Nie powinien być to jedynie wymóg formalny, niezbędny dla bezpieczeństwa prawnego placówki oraz potrzeb kontroli nadzoru pedagogicznego. Jest to przede wszystkim fundamentalny element budowania skutecznego systemu zapobiegania zachowaniom samobójczym, który chroni zarówno podopiecznych, jak i pracowników. Pragmatycznie opracowywane procedury oraz prowadzenie rzetelnej dokumentacji podjętych zadań mają na celu przede wszystkim:

- zwiększoną przejrzystość odpowiedzialności poszczególnych pracowników w koniecznych do podjęcia interwencjach oraz pomoc w uniknięciu niejasności kompetencyjnych;
- ułatwienie podejmowania szybkich i adekwatnych decyzji;
- pomoc w uczeniu się poprzez dotychczasowe doświadczenia i wprowadzanie koniecznych modyfikacji w istniejących procedurach na rzecz udoskonalania systemu wsparcia.

Dlatego tak ważne jest, aby procedury zostały wypracowane przez zespół pracowników placówki, który będzie z nich korzystał, gdy zajdzie taka potrzeba. Procedury te mają zawierać konkretny schemat postępowania oraz precyzować, kto jest odpowiedzialny za poszczególne działania (np. koordynowanie interwencji, monitorowanie ryzyka, ocenę zagrożenia, udzielanie wsparcia itd.).

Potrzeba superwizji wewnętrznych

Praca z młodzieżą w okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, zwłaszcza w obliczu kryzysu samobójczego, jest niezwykle wymagająca i niesie ze sobą znaczące obciążenia emocjonalne dla wychowawców, nauczycieli oraz specjalistów. Z tego powodu niezbędne staje się zapewnienie pracownikom odpowiedniego wsparcia, które pozwoli im nie tylko skutecznie realizować swoje obowiązki, ale również dbać o własny dobrostan psychiczny. Jednym z kluczowych narzędzi w tym zakresie mogą być regularne superwizje wewnętrzne, realizowane np. w ramach comiesięcznych spotkań zespołu. Wśród najważniejszych korzyści z superwizji warto wskazać na:

- **wsparcie emocjonalne** – regularne spotkania superwizyjne pomagają pracownikom radzić sobie z trudnymi emocjami, stresem i wypaleniem zawodowym;
- **tworzenie bezpiecznego środowiska pracy** – superwizje wspierają budowanie atmosfery wzajemnego zaufania i wsparcia w zespole, co jest niezbędne dla efektywnej koordynacji działań i prowadzenia dokumentacji interwencji;
- **poprawę jakości pracy** – dzięki superwizjom pracownicy lepiej rozumieją potrzeby podopiecznych, skuteczniej planują i realizują oddziaływania wychowawcze, resocjalizacyjne i terapeutyczne;
- **zapobieganie błędom** – omówienie trudnych przypadków, wspólna analiza zdarzeń oraz podjętych w odpowiedzi na nie działań pozwala wyciągnąć wnioski na przyszłość, przyczynia się do podnoszenia jakości interwencji i minimalizowania ryzyka nieadekwatnych reakcji;
- **rozwój zawodowy** – superwizje umożliwiają doskonalenie umiejętności, poszerzanie wiedzy i uczenie się od siebie nawzajem, zwłaszcza w zakresie interwencji kryzysowej i pierwszej pomocy emocjonalnej.

4

BIBLIOGRAFIA

1. Agerbo E., Nordentoft M., Mortensen P.B. (2002). Familial, psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study. „British Medical Journal", 325, 74-77.
2. American Psychiatric Association (2007). Ocena ryzyka i leczenie osób zagrożonych samobójstwem. Krótkie wytyczne postępowania. Suicydologia, 3, 40-48.
3. Bridge J.A., Greenhouse J.B., Ruch D., Stevens J., Ackerman J., Sheftall A.H., Horowitz L.M., Kelleher K.J., Campo J.V. (2020). Association Between the Release of Netflix's 13 Reasons Why and Suicide Rates in the United States: An Interrupted Time Series Analysis. "Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry", Vol. 59, Iss. 2, s. 236-243. Uzyskano w maju 2025 r. z: https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(19)30288-6/fulltext.
4. Czabański A., Witkowska H. (2025). Raport zachowania samobójcze 2020-2024. Biuro ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Warszawa. Uzyskano w maju 2025 r. z: https://zwjr.pl/artykuly/raport-zachowania-samobojcze-2020-2024.
5. Gmitrowicz A., Baran A., Kropiwnicki P. (2017). Problem monitorowania prób samobójczych i samouszkodzeń w Polsce w kontekście zaleceń WHO. „Suicydologia", 9, 23-32.
6. Gmitrowicz A., Makara-Studzińska M., Młodożeniec A. (2015). Ryzyko samobójstwa u młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
7. Kicińska L., Palma J. (2023). Szkolny system wsparcia uczniów po próbie samobójczej. W: Biblioteka suicydologiczna, tom III. Warszawa.
8. Kielan A., Olejniczak D. (2018). Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży. „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka", Vol. 17, Nr 3, 9-26. Uzyskano w maju 2025 r. z: https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/680.
9. Krawętkowski Ł. (2022). Wsparcie ucznia z traumą. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
10. Łuba M. (2021). Interwencje kryzysowe w kryzysie zagrożenia życia. W: Czabała J.C., Kluczyńska S. (red.), Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach sytuacyjnych. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
11. Łuba M., Palma J., Witkowska H. (2022). Interwencje po śmierci samobójczej – o znaczeniu i potrzebie działań postwencyjnych w szkole. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa.
12. Makaruk K., Włodarczyk J., Sethi D., Michalski P., Szredzińska R., Karwowska P. (2018). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Uzyskano w grudniu 2022 r. z: https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/695/551.
13. Makaruk K., Drabarek K., Popyk A., Wójcik Sz. (2013). Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Uzyskano w grudniu 2023 r. z: https://fdds.pl/_Resources/Persistent/4/0/d/e/40de383c074981a2c2061800f8a565d2f4d53b55/Raport%20Diagnoza%20Przemocy%20wobec%20Dzieci%202023.pdf.
14. Makowska I., Gmitrowicz A. (2018). Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna", 18 (2).
15. Młodożeniec A. (2008). Ocena klinicznych czynników ryzyka samobójstwa. „Suicydologia", 4, 20-28.
16. Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M. (2011). Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi. Przeł. M. Kapera. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
17. Ostaszewski K. (2020). Próby samobójcze – badania reprezentatywne młodzieży w Polsce. Referat wygłoszony podczas II Kongresu Suicydologicznego, Łódź.
18. Paczkowska A. (2020). Dziecko i nastolatek w żałobie. Rola nauczycieli i pedagogów. Wydawnictwo Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk.

19. Simon R.I., Hales R.E. (2012). The American Psychiatric publishing textbook of suicide assessment and management. American Psychiatric Publishing, Washington.

20. Szwajca K., Kasprzak P., Serafin M., Wojciechowski T. (2019). Rola pracowników oświaty w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu zachowaniom autodestruktywnym u młodzieży. Fundacja Wielogłosu, Mysłowice.

21. Święcicki Ł. (2018). Depresja i samobójstwo – fakty i mity. Referat wygłoszony podczas Światowego Dnia Zapobiegania Samobójstwom. Warszawa.

22. Wasserman D. (2001). Suicide – an unnecessary death. Martin Dunitz, London.

23. Walsh B.W. (2014). Terapia samouszkodzeń. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

24. World Health Organization. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. 2021. Uzyskano w czerwcu 2025 r. z: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-UCN-MHE-22.02.

25. World Health Organization. Suicide. Key facts. 2019. Uzyskano w maju 2025 r. z: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide.

26. Ziółkowska B., Wycisk J. (2019). Autodestruktywność dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Difin, Warszawa.

5

WYBRANE BEZPŁATNE PUBLIKACJE

z praktycznymi wskazówkami dotyczącymi realizacji działań interwencyjnych, postwencyjnych i profilaktycznych

- **Młodzi w kryzysie**: https://dzialam.um.warszawa.pl/mlodzi-w-kryzysie
- **Pierwsza pomoc emocjonalna**: https://zwjr.pl/artykuly/pierwsza-pomoc-emocjonalna
- **Jak rozmawiać z rodzicem ucznia w kryzysie.** Poradnik dla nauczycieli: https://zwjr.pl/artykuly/jak-rozmawiac-z-rodzicem-ucznia-w-kryzysie
- **Samouszkodzenia – zrozumieć, aby zapobiec.** Poradnik nt. samouszkodzeń u młodzieży, skierowany do środowiska szkolnego (nauczyciele, wychowawcy, szkolni specjaliści): https://zwjr.pl/artykuly/samouszkodzenia-zrozumiec-aby-zapobiec
- **Wsparcie rówieśnicze**: https://zwjr.pl/artykuly/wsparcie-rowiesnicze
- **Wspomaganie szkoły w zakresie interwencji kryzysowej**: https://www.ore.edu.pl/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=4028
- **Wsparcie ucznia po próbie samobójczej**: https://zwjr.pl/artykuly/wsparcie-ucznia-po-probie-samobojczej
- **Interwencje po śmierci samobójczej** – o znaczeniu i potrzebie działań postwencyjnych w szkole: https://zwjr.pl/artykuly/interwencje-po-smierci-samobojczej
- **Interwencja kryzysowa w szkole w sytuacji śmierci** – informacje podstawowe: https://www.metis.pl/content/view/756/228/
- **Rola pracowników oświaty w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu zachowaniom autodestruktywnym u młodzieży.** Poradnik dla nauczycieli: http://ore.edu.pl/2020/06/zdrowie-psychiczne-dzieci-i-mlodziezy-poradniki-dla-nauczycieli-i-rodzicow/
- **Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży.** Poradnik dla pracowników placówek oświaty oraz rodziców: https://www.ore.edu.pl/wp-content/uploads/phocadownload/pracownie/seria_profilaktyka_Zapobieganie_samobojstwom_dzieci_i_mlodziezy.pdf
- **Profilaktyka zachowań suicydalnych wśród młodzieży:** https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/473/339
- **Żałoba dzieci i młodzieży** – poradnik dla nauczycieli**:** https://tumbopomaga.pl/images/pdf/Nauczyciele_zalobadzieci_a.pdf
- **Wszystko o żałobie** – poradnik dla dzieci i młodzieży: https://tumbopomaga.pl/images/pdf/dlamlodziezy.pdf
- **Scenariusze lekcji dotyczące śmierci i żałoby:** https://tumbopomaga.pl/dla-nauczycieli/smierc-w-spolecznosci-szkolnej-poradnik-dla-nauczycieli?view=article&id=633&catid=77

6

OGÓLNOPOLSKIE TELEFONY I STRONY POMOCOWE

(dostępność na dzień 30.06.2025 r.)

116 111

Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży
Bezpłatny, całodobowy i działający codziennie telefon przeznaczony dla dzieci i nastolatków doświadczających trudności.
Czat pomocowy: www.116111.pl/czatuj

800 12 12 12

Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka
Bezpłatny, całodobowy i działający codziennie telefon pomocy psychologicznej i prawnej dla dzieci i młodzieży.

Czat pomocowy: https://czat.brpd.gov.pl/

800 119 119

Telefon Zaufania Towarzystwa Przyjaciół Dzieci
Ogólnopolska linia wsparcia psychologicznego dla dzieci i młodzieży w kryzysie psychicznym, czynna codziennie w godz. 14:00-22:00.

Czat pomocowy: https://800119119.pl/czat-zaufania/

22 484 88 04

Telefon dla młodych
Telefon wsparcia psychologicznego skierowanego głównie do dzieci, nastolatków i młodych dorosłych (do 25 r.ż.), czynny od poniedziałku do niedzieli w godz. 13:00-20:00.

800 111 123

Tumbo Linia
Bezpłatny telefon dla dzieci i nastolatków, które doświadczają żałoby, czynny w poniedziałki i wtorki w godz. 9:00-13:00.

800 100 100

Telefon dla rodziców i nauczycieli w sprawie bezpieczeństwa dzieci
Bezpłatny telefon dla rodziców i nauczycieli, którzy potrzebują wsparcia i informacji w zakresie pomocy dzieciom i nastolatkom przeżywającym kłopoty i trudności, czynny od poniedziałku do czwartku w godz. 10:00-14:00 oraz w piątki w godz. 12:00-15:00.

800 800 602

Telefon dla rodziców dzieci w kryzysie Fundacji Słonie na Balkonie
Linia dla rodzin dotkniętych kryzysem, czynna od poniedziałku do piątku w godz. 15:00-19:00.

116 123

Kryzysowy Telefon Zaufania
Bezpłatny, całodobowy i działający codziennie telefon przeznaczony dla osób dorosłych doświadczających trudności.

800 702 222

Centrum Wsparcia dla Osób Dorosłych w Kryzysie Psychicznym
Bezpłatny, całodobowy i działający codziennie telefon przeznaczony dla osób dorosłych doświadczających trudności.

800 108 108

Bezpłatna linia wsparcia dla osób, które doświadczają żałoby
Linia adresowana do wszystkich osób w żałobie, które potrzebują pomocy, czynna od poniedziałku do piątku w godz. 14:00-20:00.

Platforma edukacyjno-pomocowa „Życie warte jest rozmowy”
(bezpłatne konsultacje suicydologiczne dla pracowników szkół, rodziców, osób w żałobie po śmierci samobójczej, osób w kryzysie samobójczym): https://zwjr.pl/

Fundacja Nagle Sami
www.naglesami.pl

Fundusz Dzieci Osieroconych Tumbo Pomaga
https://tumbopomaga.pl/

Instytut Dobrej Śmierci
www.instytutdobrejsmierci.pl

Centrum Wsparcia dla Osób Dorosłych w Kryzysie Psychicznym
www.centrumwsparcia.pl

Bezpłatne wsparcie dla osób dorosłych doświadczających kryzysu psychicznego:
www.116sos.pl

Doraźna, bezpłatna i anonimowa pomoc telefoniczna i online dla dorosłych w sprawie bezpieczeństwa dzieci poniżej 18 r.ż.
www.800100100.pl