



Ministerstwo
Zdrowia



NPZ
NARODOWY PROGRAM ZDROWIA



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

STANDARDY POSTĘPOWANIA DLA NAUCZYCIELI SPECJALISTÓW

dotyczące kontaktu z osobami
w kryzysie samobójczym, po próbie samobójczej
i w żałobie po śmierci samobójczej

(wersja rozszerzona)

opracowanie: Lucyna Kicińska

konsultacja: Małgorzata Łuba

Każde samobójstwo i każda próba samobójcza wpływa nawet na **20 osób** z najbliższego otoczenia.

Próba samobójcza ucznia/uczennicy dotyczy szkoły, bez względu na to, czy wydarzyła się na jej terenie i czy miała z nią bezpośredni związek.

Szkoła odgrywa wyjątkową rolę w zapobieganiu zachowaniom samobójczym – daje możliwość prowadzenia działań na wszystkich poziomach profilaktyki.

Spis treści

1. Rola szkoły w zapobieganiu zachowaniom samobójczym	7
Rola współpracy nauczycieli i nauczycieli specjalistów na rzecz zdrowia psychicznego uczniów i uczennic w kontekście zachowań samobójczych	8
Poziomy profilaktyki zdrowia psychicznego i zachowań samobójczych	10
Działania szkoły w świetle strategii profilaktyki zachowań samobójczych wskazywanych przez WHO (LIVE LIFE, 2021)	13
2. Zachowania samobójcze – podstawowe informacje	14
Zachowania samobójcze jako proces, czyli zjawisko szersze niż próba lub śmierć samobójcza	15
Zachowania samobójcze a samookaleczenia bez intencji samobójczej	17
3. Zdrowie psychiczne uczniów i uczennic oraz zachowania samobójcze (próby samobójcze oraz samobójstwa) w świetle danych (KGP) oraz wniosków z raportów i badań	20
Dane Komendy Głównej Policji	21
Wybrane wyniki badań	23
Diagnoza przemocy wobec dzieci (Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 2023)	23
EZOP II: Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (IPiN, 2021)	25

Co sprzyja myślom samobójczym wśród dzieci i młodzieży – analiza na podstawie danych odbiorców pomocy online i 116 111 – telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży (Wydział Psychologii UW, 2021)	25
Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów (Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 2018)	26
Samobójstwa osób z rodziny w relacji studentów (Czabański, 2011)	27
4. Mity i stereotypy na temat zachowań samobójczych	28
5. Działania na rzecz uczniów zagrożonych zachowaniami samobójczymi	32
Cele szkolnych działań indywidualnych i grupowych w stosunku do uczniów i uczennic zagrożonych zachowaniami samobójczymi	33
Rola dostosowań procesu edukacyjnego do aktualnych potrzeb uczniów i uczennic zagrożonych zachowaniami samobójczymi	35
Szacowanie ryzyka samobójstwa ucznia lub uczennicy przez nauczycieli specjalistów	36
Czego nie robić i nie mówić?	37
Co robić?	38
6. Wspieranie uczniów w kryzysie samobójczym	39
Sygnaty ostrzegawcze kryzysu samobójczego	40
Budowanie współpracy z zespołem uczącym uczniów zagrożonych zachowaniami samobójczymi	41

Budowanie współpracy z rodzicami/opiekunami prawnymi uczniów zagrożonych zachowaniami samobójczymi	42
Pozaszkolny system wsparcia ucznia i jego opiekunów prawnych w sytuacji kryzysu samobójczego	43
Ośrodki utworzone w ramach reformy psychiatrii dzieci i młodzieży	43
Organizacje społeczne i pozarządowe	44
Ośrodki interwencji kryzysowej (OIK)	44
Inne instytucje	45
Elementy rozmowy z uczniem lub uczennicą w kryzysie samobójczym	46
7. Wspieranie uczniów po próbie samobójczej	48
Możliwe negatywne następstwa prób samobójczych i samobójstw wśród dzieci i nastolatków	49
Działania interwencyjne krótko- i długoterminowe w kontekście próby samobójczej ucznia/uczennicy	50
Wspieranie uczniów po próbie samobójczej	52
Plan powrotu ucznia/uczennicy do szkoły	52
Elementy rozmowy z uczniem/uczennicą o powrocie do szkoły po próbie samobójczej	53
Wspieranie społeczności szkolnej po śmierci samobójczej ucznia/uczennicy	55
Elementy rozmowy z uczniem lub uczennicą w żałobie po śmierci samobójczej osoby ze społeczności szkolnej	57

8. Plan bezpieczeństwa	59
9. Ogólnopolskie telefony i strony pomocowe	62
10. Bibliografia	65
11. Warto przeczytać	69

1

ROLA SZKOŁY W ZAPOBIEGANIU ZACHOWANIOM SAMOBÓJCZYM

Rola współpracy nauczycieli i nauczycieli specjalistów na rzecz zdrowia psychicznego uczniów i uczennic w kontekście zachowań samobójczych

Kluczowym elementem w profilaktyce zdrowia psychicznego oraz zapobieganiu zachowaniom samobójczym uczniów i uczennic ze strony szkoły jest współpraca nauczycieli i nauczycieli specjalistów, a także dyrekcji placówki. Jedynie działania zintegrowane dają możliwość pełnej realizacji zapisu § 2. 1. 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. z 2023 r. poz. 1798)¹:

„Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi w przedszkolu, szkole i placówce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w przedszkolu, szkole i placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego ucznia i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu przedszkola, szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym”.

Formy świadczenia ww. pomocy w szkołach, z wyjątkiem szkół dla dorosłych, branżowych szkół II stopnia prowadzących kształcenie w formie stacjonarnej lub zaocznej i szkół policealnych prowadzących kształcenie w formie stacjonarnej lub zaocznej określone są w § 6. 2. Rozporządzenia:

„W szkole, z wyjątkiem szkoły dla dorosłych, branżowej szkoły II stopnia prowadzącej kształcenie w formie stacjonarnej lub zaocznej i szkoły policealnej prowadzącej kształcenie w formie stacjonarnej lub zaocznej, pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest udzielana w trakcie bieżącej

pracy z uczniem oraz przez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów, a także w formie:

- 1) klas terapeutycznych;
- 2) zajęć rozwijających uzdolnienia;
- 3) zajęć rozwijających umiejętności uczenia się;
- 4) zajęć dydaktyczno-wyrównawczych;
- 5) zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym;
- 6) zajęć związanych z wyborem kierunku kształcenia i zawodu – w przypadku uczniów szkół podstawowych oraz uczniów szkół ponadpodstawowych;
- 7) zindywidualizowanej ścieżki kształcenia;
- 8) porad i konsultacji;
- 9) warsztatów”.

Określenia użyte przez ustawodawcę jasno wskazują, że pomoc psychologiczno-pedagogiczna powinna być świadczona w trybie ciągłym, w pracy podczas lekcji, a także przez zintegrowane działania nauczycieli i specjalistów. Spośród wskazanych szczegółowych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej jedynie te zawarte w punkcie 5) „zajęć specjalistycznych: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne oraz innych zajęć o charakterze terapeutycznym” mogą być realizowane tylko i wyłącznie przez nauczycieli specjalistów.

¹ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001591> – dostęp 14.12.2023 r.

Poziomy profilaktyki zdrowia psychicznego i zachowań samobójczych

Szkoła odgrywa wyjątkową rolę w kontekście podejmowania ciągłych, wieloletnich oddziaływań na rzecz zdrowia psychicznego i przeciwdziałania zachowaniom samobójczym uczniów/uczennic, jest bowiem w stanie realizować działania w odpowiedzi na rozpoznane potrzeby uczniów/uczennic na wszystkich trzech poziomach profilaktyki.

Zachowania samobójcze mogą dotyczyć uczniów wszystkich szkół. Ważne więc, by każda szkoła przeciwdziałała występowaniu kryzysów, wspierała tych uczniów i te uczennice, którzy/które znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka podjęcia zachowań samobójczych, a także realizowała indywidualne interwencje pomocowe na rzecz uczniów/uczennic z grupy najwyższego ryzyka, w tym tych, którzy/które wracają do szkoły po próbie samobójczej.

Profilaktyka uniwersalna

Profilaktyka uniwersalna adresowana jest do wszystkich odbiorców: uczniów i uczennic, rodziców, nauczycieli i innych pracowników szkoły.

W jej ramach należy:

- Rozwijać kluczowe kompetencje psychologiczne i społeczne uczniów i uczennic;
- Edukować i aktualizować wiedzę nauczycieli i innych pracowników szkoły (tworzenie bezpiecznej atmosfery w szkole, odpowiadanie na potrzeby rozwojowe uczniów i uczennic, zarządzanie sytuacjami trudnymi, rozwijanie kompetencji wychowawczych itp.);
- Stworzyć i aktualizować istniejące procedury antyprzemocowe (przemoc rówieśnicza, przemoc dorosłych względem dzieci);
- Powołać i przeszkolić zespół ds. sytuacji kryzysowych, stworzyć i aktualizować procedury dotyczące sytuacji kryzysowych;

- Wzmacniać więzi uczniów i uczennic oraz ich rodziców ze szkołą;
- Stwarzać uczniom i uczennicom okazje do znaczącego udziału w życiu szkoły, dającego każdej młodej osobie możliwość odniesienia sukcesu i odczucia satysfakcji;
- Podejmować działania na rzecz rozwijania kompetencji wychowawczych rodziców (pedagogizacja rodziców);
- Tworzyć zdrowe, bezpieczne środowisko i dobrą atmosferę w szkole dla wszystkich.

Profilaktyka selektywna

Profilaktyka selektywna adresowana jest do konkretnych jednostek i grup zwiększonego ryzyka, czyli uczniów i uczennic zagrożonych wystąpieniem kryzysu w obszarze zdrowia psychicznego.

W jej ramach należy:

- Prowadzić obserwację funkcjonowania ucznia/uczennicy w porozumieniu z całym zespołem uczącym / personelem szkoły oraz rodzicami;
- Dostosować proces edukacyjny do indywidualnych potrzeb psychorozwojowych ucznia/uczennicy;
- Stymulować środowisko rówieśnicze do integracji oraz zaangażowania się w pomoc uczniowi/uczennicy;
- Oferować zajęcia specjalistyczne (np. rozwijające kompetencje społeczno-emocjonalne dopasowane do potrzeb ucznia/uczennicy), porady i konsultacje ze szkolnymi specjalistami.

Profilaktyka wskazująca

Profilaktyka wskazująca adresowana jest do konkretnych jednostek i grup wysokiego ryzyka, czyli uczniów i uczennic w kryzysie psychicznym, a także tych, którzy podjęli próby samobójcze.

W jej ramach należy:

- Poinformować zespół uczący o sytuacji ucznia/uczennicy, uczyć nauczycieli i personel pomocniczy na potrzeby młodej osoby;

- Prowadzić stałą obserwację funkcjonowania ucznia/uczennicy w porozumieniu z całym zespołem uczącym / personelem szkoły i rodzicami;
- Dostosować proces edukacyjny do potrzeb psychofizycznych i rozwojowych ucznia/uczennicy, udzielać wsparcia i pomocy w nauce;
- Zapewnić opiekę szkolnego specjalisty, pomoc w rozwiązywaniu problemów w nauce, radzeniu sobie z napięciem emocjonalnym tu i teraz;
- Utrzymywać stałą współpracę z zewnętrznymi specjalistami, pod opieką których jest uczeń/uczennica (psychoterapeuta, psychiatra, ośrodek diagnostyczny itp.), wymieniać informacje, stosować się do zaleceń;
- Udzielać wsparcia i konsultacji rodzicom, a jeśli istnieje taka potrzeba – motywować ich do skorzystania z zewnętrznej pomocy.

Działania szkoły w świetle strategii profilaktyki zachowań samobójczych wskazywanych przez WHO (LIVE LIFE, 2021)

Światowa Organizacja Zdrowia w przewodniku wdrożeniowym LIVE LIFE (2021) wskazuje na cztery strategie zapobiegania samobójstwom, które mają naukowo udowodnioną skuteczność. Wszystkie odnoszą się do ogółu społeczeństwa, w tym do dzieci i nastolatków, a dwie z nich mogą być realizowane bezpośrednio w środowisku szkolnym (patrz strategia 3. i 4.).

Strategia 1.

Ograniczenie dostępu do metod odebrania sobie życia.

Strategia 2.

Odpowiedzialne informowanie o zachowaniach samobójczych w mediach.

Strategia 3.

Rozwijanie kompetencji społeczno-emocjonalnych u adolescentów.

Strategia 4.

Wczesne rozpoznawanie, dostęp do pomocy, wsparcie dla wszystkich osób dotkniętych przez zachowanie samobójcze.

Opracowanie własne na podstawie: LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. World Health Organization, Geneva 2021.

2

ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE – PODSTAWOWE INFORMACJE

Zetknięcie się z zachowaniami samobójczymi jest dla wielu osób bardzo trudnym i destabilizującym doświadczeniem. Informacje o próbie samobójczej lub samobójstwie wywołują lęk, złość, zakłopotanie, poczucie winy, smutek, żal, rozpacz, zagubienie, bezsilność, brak nadziei, chaos. Mogą doprowadzić do chęci ucieczki (od problemu samego w sobie albo nieprzyjemnych myśli i emocji), nadmiernego zaangażowania się w pomoc, mogą nasilać zachowania samobójcze, prowadzić do izolacji i samotności. Dlatego tak ważne jest, aby wiedzieć jak najwięcej na temat zachowań samobójczych. Rozumienie zjawiska oraz tego, co każdy z nas może zrobić, by mu przeciwdziałać, przywraca poczucie kontroli i bezpieczeństwa (D'Onofrio, 2007 za: Ziółkowska, Wycisk, 2019).

Zachowania samobójcze jako proces, czyli zjawisko szersze niż próba lub śmierć samobójcza

Wiele osób, w tym wielu nauczycieli i nauczycieli specjalistów, którzy nigdy wcześniej nie zetknęli się z uczniem/uczennicą z myślami samobójczymi, uważa, że już sam fakt obecności takich myśli świadczy o bezpośrednim zagrożeniu życia lub zdrowia. Tak być nie musi. Zachowania samobójcze to proces, obejmujący nie tylko samą próbę lub śmierć samobójczą, ale także inne poprzedzające je zachowania, myśli i uczucia danej osoby.

Wybitny psychiatra i neurolog, profesor Erwin Ringel, pionier współczesnej suicydologii, uważał, że prawie każdy człowiek chociaż raz w życiu pomyślał o samobójstwie (za: Witkowska, 2021). Tak zwane przelotne myśli samobójcze wpisane są więc niejako w gatunek ludzki. Nie stanowią one zagrożenia, jeśli samoistnie ustępują. Jednak u części osób myśli przelotne nie ustępują, a utrwalają się i poważnie utrudniają codzienne funkcjonowanie. Intensywne oraz długie utrzymywanie się myśli samobójczych wywołuje poznawcze zagubienie, trudności w podejmowaniu decyzji i sprawia, że nie dostrzega się możliwości poprawy i zmiany sytuacji.

Myślenie katastroficzne pogłębiane jest przez postępujący brak możliwości zarządzania treścią myśli, a także odwracania lub rozpraszenia uwagi. Wiele osób żyje z utrwalonymi myślami samobójczymi i nigdy nie przechodzi na kolejny poziom zagrożenia. Nie oznacza to jednak, że takim osobom nie należy pomagać, ponieważ negatywny wpływ utrwalonych myśli samobójczych na codzienne funkcjonowanie dotyczy wszystkich obszarów życia: emocji, myśli i procesów poznawczych, funkcjonowania fizycznego, a także zachowania.

Część osób, którym towarzyszą utrwalone myśli samobójcze, jest nimi tak przytłoczona i zmęczona, że zaczyna informować o nich – metaforycznie lub wprost, bardzo często w sytuacji silnego pobudzenia emocjonalnego – swoje otoczenie. Może mieć to miejsce podczas kłótni, intensywnego płaczu, ale także w formie wysłanej wiadomości czy opublikowania wpisu w internecie. To bardzo ważne, by za każdym razem reagować na tego typu deklaracje – blisko 80% osób, które podejmują próby samobójcze, informuje o tym kogoś ze swojego otoczenia (Simon i Hales, 2012). Dostrzeżenie wypowiedzi, rysunków, wypracowań, zadań pisemnych, wierszy, opowiadań, rozprawek itp., ale również notatek na marginesie, wiadomości wysłanych do rówieśników czy postów w mediach społecznościowych o charakterze rezygnacyjnym lub samobójczym daje szansę na podjęcie działań pomocowych na rzecz młodej osoby w kryzysie. Nigdy nie powinny być bagatelizowane.

Kolejny etap zagrożenia, na który wkroczy jedynie część osób, dotyczy wyboru metody odebrania sobie życia, wyznaczenia terminu, podjęcia próby domknięcia doczesnych spraw (w przypadku dzieci i nastolatków może być to zamknięcie profilu w mediach społecznościowych, oddanie pożyczonych przedmiotów, rozdanie rzeczy dla siebie wartościowych, przeproszenie osób, z którymi popadło się w konflikt itp.). Na tym etapie może – choć nie musi – pojawić się list pożegnalny; wg prof. Brunona Hołysta zostawia go jedynie 30% osób (Gołota, 2022). Warto pamiętać, że choć zagrożenie na tym etapie jest już bardzo poważne, to wciąż nie wszystkie osoby podejmą próbę samobójczą.

Badania pokazują (Kessler i wsp., 1999), że spośród osób, które mają wybraną metodę (i dostęp do niej), a także wyznaczony termin (ten etap określanym jest jako „tendencje”), próbę samobójczą podejmie 7 z 10 osób. Z etapu utrwalonych myśli samobójczych na etap tendencji przejdzie 34% osób. Istnieje natomiast znaczące ryzyko podjęcia próby samobójczej w niewielkim odstępie czasowym od pojawienia się myśli samobójczej. To tzw. próby

impulsywne, charakterystyczne dla młodszych dzieci, osób doświadczających gwałtownych traum, a także tych, które znajdują się pod wpływem substancji psychoaktywnych. Niestety, ryzyko podjęcia próby samobójczej w niewielkim odstępie czasowym od pojawienia się myśli samobójczych dotyczy 26% osób.

Na szczęście w przypadku prób samobójczych podejmowanych przez dzieci i nastolatki zdecydowana większość nie kończy się śmiercią (patrz rozdział 3.). Ważne jednak, by pamiętać, że wcześniejsza próba samobójcza jest najsilniej oddziałującym niezależnym czynnikiem ryzyka podjęcia kolejnego zamachu na własne życie. Ok. 40% osób po próbie samobójczej ponawia ją w okresie pierwszych 12–14 miesięcy (WHO, 2019; Gmitrowicz, Baran, Kropiwnicki, 2017).

Zachowania samobójcze a samookaleczenia bez intencji samobójczej

W najnowszej wersji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5) samouszkodzenia chroniczne bez intencji samobójczych (NSSI – *nonsuicidal self-injury*) uznane są za odrębną od zachowań samobójczych (SBD – *suicidal behavior disorder*) kategorię diagnostyczną, wymagającą dalszych badań (American Psychiatric Association, 2013 za: Makowska i Gmitrowicz, 2018).

Kryteria NSSI wg DSM-5:

- 1 W ostatnim roku osoba przez co najmniej pięć dni dokonuje samouszkodzeń bez intencji samobójczej.
- 2 Osoba musi wykazywać przynajmniej jedną z motywacji:
 - poszukuje ulgi w doznawanych negatywnych uczuciach lub stanie psychicznym;
 - próbuje rozwiązać w ten sposób konflikty interpersonalne;
 - chce osiągnąć przyjemność.
- 3 Zamierzone samouszkodzenia muszą być związane z przynajmniej jednym z poniższych czynników:
 - występowanie konfliktu interpersonalnego czy negatywnych emocji lub myśli (np. depresji, lęku, napięcia, złości) w okresie bezpośrednio poprzedzającym samouszkodzenie;
 - zaabsorbowanie planowanym działaniem w okresie bezpośrednio poprzedzającym;
 - natręctwa myślowe dotyczące samouszkodzeń.
- 4 Samouszkodzenie nie jest usankcjonowane kulturowo (np. tatuaże, piercing) i nie jest ograniczone do zdrapywania strupków czy obgryzania paznokci.
- 5 Zachowanie to lub jego konsekwencje powodują znaczący dyskomfort psychiczny i wpływają na funkcjonowanie osoby.
- 6 Zachowanie nie występuje wyłącznie w przebiegu epizodu psychotycznego, majaczenia, intoksykacji czy zespołu abstynencyjnego i nie może być lepiej wyjaśnione przez inne zaburzenie (np. niepełnosprawność intelektualną, zespół Lescha-Nyhana).

Kryteria SBD wg DSM-5:

- 1 Podjęcie próby samobójczej w ciągu ostatnich 24 miesięcy (próba samobójcza to działania, którym, w momencie ich inicjowania, towarzyszył zamiar odebrania sobie życia).
- 2 Działanie to nie spełnia kryteriów NSSI.
- 3 Diagnozy tej nie stosuje się do myśli samobójczych czy działań przygotowawczych (tendencji samobójczych).
- 4 Działanie nie było podjęte w stanie zaburzenia świadomości.
- 5 Osoba nie miała motywacji politycznej ani religijnej. Obecne SBD: w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od ostatniej próby. SBD we wczesnej remisji: 12–24 miesiące od ostatniej próby.

Źródło: Kicińska L., Łuba M., Palma J., Witkowska H., 2022.

3

ZDROWIE PSYCHICZNE UCZNIÓW I UCZENNIC

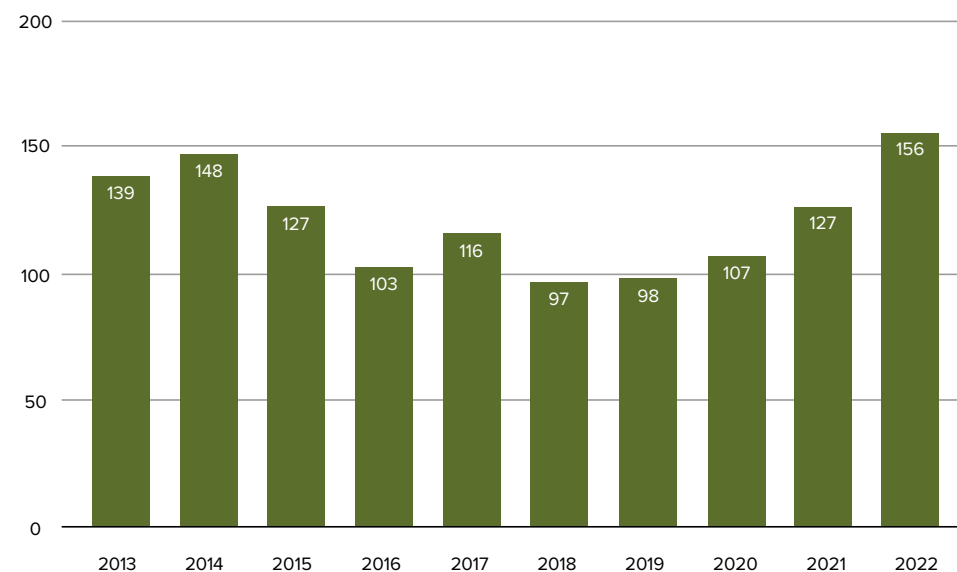
oraz zachowania samobójcze (próby samobójcze oraz samobójstwa) w świetle danych (KGP) oraz wniosków z raportów i badań¹

¹ Aktualizacja części 1.2. Raportu końcowego 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.

Dane Komendy Głównej Policji

Według danych Komendy Głównej Policji (KGP) w ostatnich 10 latach w Polsce życie odebrało sobie 1218 osób poniżej 19. roku życia. W 2022 roku KGP odnotowała najwyższą liczbę zachowań samobójczych młodych ludzi od 2014 roku. W 2022 roku życie odebrało sobie 156 osób poniżej 19. roku życia, w tym 6 osób poniżej 12 lat.

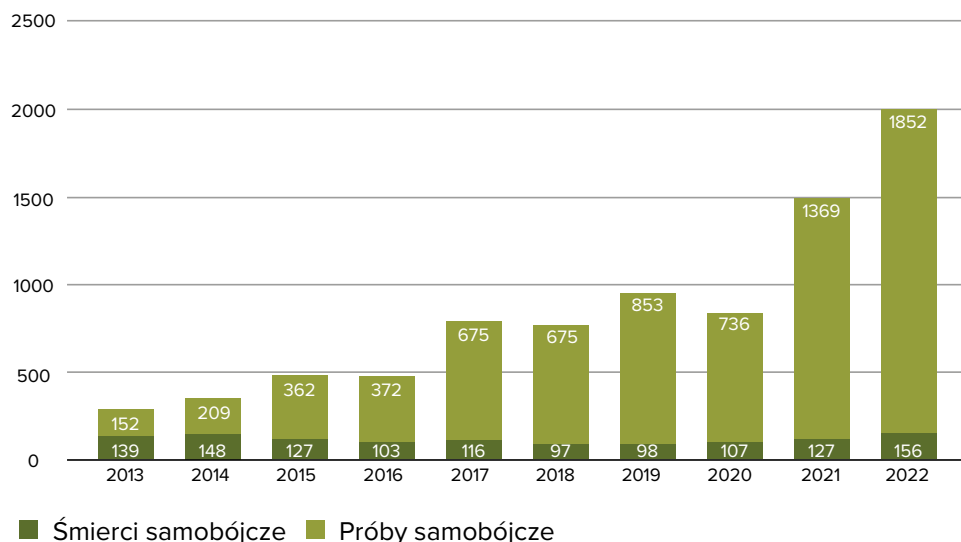
Liczba śmierci samobójczych osób poniżej 19. roku życia w Polsce



Opracowanie własne na podstawie danych KGP.

Problemem o znacznie większej skali są próby samobójcze, których niepokojący wzrost w grupie wiekowej do 19. roku życia obserwujemy w latach 2021–2022 (wg danych KGP). W roku 2022 na 1 samobójstwo zakończone śmiercią przypadało blisko 12 prób samobójczych, a w 2021 – 11.

Liczba śmierci samobójczych i prób samobójczych niezakończonych śmiercią osób poniżej 19. roku życia w Polsce.



■ Śmierci samobójcze ■ Próby samobójcze

Opracowanie własne na podstawie danych KGP.

Rejestr prób samobójczych młodych osób przygotowany przez KGP jest jednak znacznie zaniżony¹, czego dowodem są doświadczenia specjalistów m.in. z oddziałów psychiatrycznych, toksykologicznych oraz badania dotyczące rozpowszechnienia prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży (Gmitrowicz A., Makara-Studzińska M., Młodożeniec A., 2015). Zgodnie z przelicznikiem szacowania liczby prób samobójczych wśród dzieci, młodzieży i młodych dorosłych na podstawie liczby samobójstw – jaki sugeruje WHO i American Association of Suicidology – na jedno zarejestrowane samobójstwo może

¹ Dane na temat zachowań samobójczych publikowane przez KGP nie są pomyślane jako część statystyki publicznej dotyczącej samobójstw. Dane policyjne są w pewnym stopniu „produktem ubocznym” postępowań, które policja prowadzi w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa polegającego na namowieniu innej osoby do popełnienia przez nią samobójstwa (art. 151 Kodeksu karnego), jak i pomocy w doprowadzeniu takiej osoby do targnięcia się na własne życie. Zamach samobójczy nie jest przestępstwem. Policja nie dysponuje więc danymi na temat tych przypadków, w których nie prowadzi takich postępowań. Choć dane KGP są bardzo przydatne w ocenie zjawiska, to nie mogą być traktowane jako zaplanowana statystyka publiczna dotycząca zachowań samobójczych. (Źródło: Rekomendacje dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych (wersja rozszerzona). Zadanie zrealizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 finansowane przez Ministra Zdrowia, s. 16).

przypadać od 100 do nawet 200 prób samobójczych (World Health Organization, 2019; Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M., 2011). Oznaczałoby to, że próby samobójcze w 2022 roku podjęto od 15 600 osób do 32 200. Te szacunki są w spójności z wynikami badań przytoczonych w dalszej części opracowania.

Wybrane wyniki badań

Diagnoza przemocy wobec dzieci (Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 2023)²

W 2023 roku diagnozę przemocy wobec dzieci w Polsce (Makaruk K., Drabarek K., Popyk A., Wójcik Sz., 2023) zrealizowano po raz trzeci, na losowo-warstwowej próbie 2026 nastolatków w wieku 11–17 lat. Poprzednie edycje odbyły się w latach 2012 (Włodarczyk i Makaruk, 2013) i 2018 (Włodarczyk i in., 2018). We wszystkich dotychczasowych edycjach badania wykorzystano kwestionariusz JVQ (Juvenile Victimization Questionnaire) w polskiej adaptacji, w którym od 2018 roku uwzględniono pytania dotyczące dysfunkcji w rodzinie, podejmowania zachowań autodestrukcyjnych (samookaleczeń i prób samobójczych) i wsparcia społecznego. W 2023 roku dodano kolejne dwa obszary wiktymizacji – parentyfikację i zaniedbanie emocjonalne.

W 2023 roku odnotowano wzrost odpowiedzi zarówno dotyczących zachowań samobójczych (9% respondentów zadeklarowało, że próbowało odebrać sobie życie vs. 7% deklaracji w 2018 roku), jak i samookaleczeń (22% deklaracji o zachowaniach autoagresywnych vs. 16% tego typu deklaracji 5 lat wcześniej). Dziewczęta częściej niż chłopcy deklarowały samookaleczenia (29% vs. 14%). Starsze nastolatki (15–17 lat) znacząco częściej niż te młodsze (11–14 lat) okaleczyły się (26% vs. 18%).

² Makaruk K., Drabarek K., Popyk A., Wójcik Sz. 2023, Warszawa. Uzyskano w grudniu 2023: https://fdds.pl/_Resources/Persistent/4/0/d/e/40de383c074981a2c2061800f8a565d2f4d53b55/Raport%20Diagnoza%20Przemocy%20wobec%20Dzieci%202023.pdf.

Czynnikami ryzyka podjęcia próby samobójczej były:

- doświadczenie wykorzystywania seksualnego z kontaktem fizycznym (AOR³=3,66);
- bycie ofiarą przemocy ze strony bliskich dorosłych (AOR=2,74);
- wykorzystanie seksualne bez kontaktu fizycznego (AOR=2,61);
- mieszkanie z osobą chorującą psychicznie (AOR=2,03);
- mieszkanie z osobą używającą narkotyków (AOR=1,38).

W przypadku osób, które doświadczyły wykorzystania seksualnego z kontaktem fizycznym i nie miały wsparcia społecznego ze strony dorosłych, szansa podejmowania prób samobójczych była wyższa (OR⁴=4,75) niż w grupie osób, które miały takie wsparcie (OR=2,30).

Na zachowania autoagresywne przekładały się następujące negatywne doświadczenia:

- doświadczenie przemocy rówieśniczej (AOR=4,12);
- choroba psychiczna domownika (AOR=2,92);
- doświadczenie wykorzystania seksualnego bez kontaktu fizycznego (AOR=2,58);
- doświadczenie zaniedbania fizycznego (AOR = 2,03);
- używanie narkotyków przez domownika (AOR=1,97);
- zamieszkiwanie w mieście (AOR=1,35);
- nadużywanie alkoholu przez domownika (AOR=1,23).

U osób, które doświadczyły przemocy rówieśniczej i nie miały wsparcia społecznego ze strony dorosłych, szansa dokonywania samookaleczeń była wyższa (OR=5,43) niż u osób, które na takie wsparcie mogły liczyć (OR=3,91).

³ AOR – skorygowany iloraz szans.

⁴ OR – iloraz szans.

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

W badaniu udział wzięło 1186 nastolatków w wieku 12–17 lat, którzy stanowili grupę reprezentatywną. Tendencje samobójcze (myśli, próby – kiedykolwiek w życiu) zadeklarowało 5,7% respondentów, co po ekstrapolacji do populacji stanowiło 130,9 tysięcy osób. Zaburzenia depresyjne w badaniu zadeklarowało 4,0% badanych. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, iż szczegółowa analiza wyników wykazała, że na odpowiedzi w tych dwóch kategoriach silny wpływ miała obecność rodziców przy badaniu. Jeśli rodzic był obecny, to myśli lub podejmowanie prób samobójczych deklarowało 2,7%*** respondentów ($n = 749$, 62,8% próby), jeśli nie było go podczas badania, to odsetek deklaracji wyniósł 10,8% ($n = 437$, 37,2% próby). W przypadku zaburzeń depresyjnych: odsetek deklaracji przy rodzicu wyniósł 2,2%** , bez rodzica 6,9%.

Co sprzyja myślom samobójczym wśród dzieci i młodzieży – analiza na podstawie danych odbiorców pomocy online i 116 111 – telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży (Wydział Psychologii UW, 2021)⁵

Analizie poddano dane pochodzące z bazy pomocy udzielanej online w ramach 116 111 – telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży, zebrane w latach 2014–2017. Z rejestru kontaktów wypełnianego przez konsultantów telefonu 116 111 wyselekcjonowano całościowo 4609 przypadków, w których dzieci lub nastolatki raportowały o doświadczanej przemocy. Spośród nich wybrano 931 osób doświadczających myśli samobójczych. Celem diagnozy była analiza wpływu doświadczenia różnych kategorii krzywdzenia dzieci i ich konsekwencji psychologicznych wpływających na powstanie myśli samobójczych.

⁵ Barlińska J., Lalak D., Winiewski M., Orzechowska K., 2021.

Wybrane wyniki:

- Nasilone negatywne stany emocjonalne sześciokrotnie zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia myśli samobójczych u dzieci i młodzieży;
- Częste wydarzenia stresogenne, wielokrotnie doświadczana przemoc fizyczna, wykorzystywanie seksualne oraz ojców w roli sprawcy przemocy półtora raza zwiększają ryzyko pojawienia się myśli samobójczych u dzieci i młodzieży.

Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów (Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 2018)⁶

Badanie przeprowadzono na próbie 1722 studentów w wieku 18–25 lat z 5 uczelni wyższych w Polsce, które zostały dobrane w sposób celowy. Aby zapewnić różnorodność w próbie, uczelnie zostały dobrane na podstawie następujących czterech kryteriów: lokalizacji (różne rejony Polski), typu (uczelnia publiczna/niepubliczna), liczby studentów (uczelnie z różnych kategorii wielkości pod względem liczby studentów) oraz profilu (techniczny/nietechniczny). Celem badania było oszacowanie częstości występowania krzywdzenia dzieci i innych negatywnych doświadczeń w dzieciństwie oraz ich związku z zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia.

Wybrane wyniki:

- 4,6% badanych przyznało się do podejmowania prób samobójczych w przeszłości (w okresie pomiędzy 10. a 21. r.ż.) – u 55,3% osób z tej grupy była to jedna próba samobójcza, u 26,3% – dwie próby, a u 18,4% – od trzech do pięciu prób;
- 16,66% respondentów dokonywało samouszkodzeń – samouszkodzenia częściej dotyczyły badanych kobiet niż mężczyzn (21,04% vs. 10,84%) oraz częściej młodszych studentów w wieku 18–19 lat (21,53%) niż starszych;

⁶ Makaruk K., Włodarczyk J., Sethi D., Michalski P., Szredzińska R., Karwowska P., 2018.

- Osoby, które w dzieciństwie zetknęły się z co najmniej czterema formami badanych negatywnych doświadczeń (m.in. przemoc fizyczna, przemoc emocjonalna, wykorzystywanie seksualne, zaniedbanie fizyczne, zaniedbanie emocjonalne, rozwód lub separacja rodziców, uzależnienia w rodzinie, problemy psychiczne w rodzinie, bycie świadkiem przemocy domowej), ponad 17 razy częściej podejmowały próby samobójcze i prawie 12 razy częściej dokonywały samouszkodzeń;
- Doświadczenie zaniedbywania emocjonalnego oraz przemocy emocjonalnej w dzieciństwie zostały wskazane odpowiednio jako pierwszy i drugi najsilniejszy pojedynczy czynnik związany z zachowaniami szkodliwymi dla zdrowia – respondenci zaniedbywani emocjonalnie 11 razy częściej, a ofiary przemocy emocjonalnej 8 razy częściej podejmowały próby samobójcze.

Samobójstwa osób z rodziny w relacji studentów (Czabański, 2011)⁷

Badania zostały przeprowadzone wśród 2100 studentów poznańskich uczelni wyższych (Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Akademii Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Kwiatkowskiego w Poznaniu, Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu i Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii w Poznaniu).

Wybrane wyniki:

- 46,2% respondentów doświadczyło samobójstwa bliskiego lub znajomego człowieka, u 7% wszystkich badanych studentów było to samobójstwa osoby z rodziny;
- Co 10. osoba w Polsce może mierzyć się z doświadczeniem samobójstwa bliskiego znajomego, a co 14. cierpieć z powodu samobójstwa członka rodziny.

⁷ Czabański A., 2014.
Czabański A., 2019.

4

MITY I STEREOTYPY NA TEMAT ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

BŁĘDNE PRZEKONANIE	RZETELNY PRZEKAZ
Ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie odbierają sobie życia.	Badania wskazują, że nawet 80% osób planujących samobójstwo mówi o tym wcześniej osobom ze swojego otoczenia.
Samobójstwo przychodzi bez ostrzeżenia.	Nawet jeśli osoba w kryzysie psychicznym nie komunikuje swojego zamierzenia w sposób werbalny i bezpośredni, zazwyczaj samobójstwo zwiastują pewne typowe symptomy, jak np.: przygnębienie, smutek, brak troski o wygląd zewnętrzny, unikanie kontaktów towarzyskich, pilne regulowanie własnych spraw, rozdawanie cennych przedmiotów.
Rozmowa o samobójstwie może do niego zachęcić.	Umiejętna rozmowa o myślach, planach i próbach samobójczych to szansa na lepsze zrozumienie doświadczanych trudności, uzyskanie informacji mających wpływ na bezpieczeństwo danej osoby oraz udzielenie adekwatnej pomocy. To często pierwszy krok umożliwiający wsparcie osoby w kryzysie. Dzięki empatycznej rozmowie można pokazać cierpiącej jednostce, że nie musi sama zmagać się z problemami.
Samobójstwo popełniają ludzie określonego typu.	Co prawda można wyróżnić grupy podwyższonego ryzyka, jednak problem samobójstwa dotyczy ludzi każdego wyznania i przynależności etnicznej, niezależnie od ich sytuacji społeczno-ekonomicznej, wykonywanego zawodu, poziomu wykształcenia czy wieku.
Zachowania samobójcze podejmują wyłącznie osoby chore psychicznie.	Samobójstwo może być spowodowane działaniem różnych czynników. Choroba psychiczna jest jednym z nich, ale nie jedynym. Osoby chorujące psychicznie znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka, jednak nie należy przyjmować generalizującej tezy, że choroba psychiczna leży u podłoża każdego samobójstwa.

BŁĘDNE PRZEKONANIE	RZETELNY PRZEKAZ
Samobójstwa popełniają osoby wrażliwe, np. artyści.	Zachowań samobójczych nie można przypisać do konkretnego zawodu, typu wrażliwości czy zainteresowań.
Osoby, które podejmują próby samobójcze, nie chcą umrzeć. Pragną jedynie manipulować swoim otoczeniem.	Osoba w kryzysie może pragnąć zwrócić uwagę otoczenia na siebie oraz swoje problemy. Nie jest to jednak manipulacja, a wołanie o pomoc. W ten sposób osoba w kryzysie suicydalnym wyraża wolę życia, potrzebę zmiany dotychczasowych warunków na lepsze.
Osoby, które podejmują próby samobójcze, chcą umrzeć za wszelką cenę.	Naukowcy zajmujący się badaniem zachowań samobójczych, m.in. Erwin Stengel, zwracają uwagę, że większość osób w kryzysie suicydalnym cechuje ambiwalencja – jednoczesne pragnienia życia i śmierci. To pozostawia możliwość pomocy.
Samobójstwo to tchórzostwo lub odwaga.	Samobójstwo to skutek działania wielu czynników ryzyka, dlatego nie należy rozpatrywać go w kategoriach odwagi lub tchórzostwa.
Osoba o skłonnościach samobójczych będzie je mieć już zawsze.	Myśli i tendencje samobójcze nie są stałą składową konstruktów psychologicznych danej osoby, a wypadkową kumulacji negatywnych czynników, występujących w danym momencie jej życia. W wielu przypadkach myśli samobójcze mogą mieć charakter sytuacyjny, mijają więc wraz z rozwiązaniem problemu.
Próby samobójcze rzadko bywają ponawiane.	Osoby, które podjęły w swoim życiu próbę samobójczą, są w grupie podwyższonego ryzyka suicydalnego. Badania pokazują, że ok. 40% osób po próbie samobójczej podejmuje ją po raz kolejny.
Przyczyną samobójstwa jest jeden konkretny powód.	Samobójstwo nigdy nie jest wynikiem jednej przyczyny. Powody, dla których ktoś chce odebrać sobie życie, nawarstwiają się i wzajemnie na siebie wpływają. Każdy element ma znaczenie.

BŁĘDNE PRZEKONANIE	RZETELNY PRZEKAZ
Samobójstwom nie można zapobiec.	Szybkie dostrzeżenie zagrożenia związanego z głębokim kryzysem psychicznym oraz adekwatna na nie reakcja może zapobiec nieszczęściu. Samobójstwo nie jest i nie musi być nieuniknione.

Źródło: Rekomendacje dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych (wersja rozszerzona). Zadanie zrealizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 finansowane przez Ministra Zdrowia, s. 19–22.

5

DZIAŁANIA NA RZECZ UCZNIÓW ZAGROŻONYCH ZACHOWANIAMISAMOBÓJCZYMI

Cele szkolnych działań indywidualnych i grupowych w stosunku do uczniów i uczennic zagrożonych zachowaniami samobójczymi

Podstawą planowania działań na rzecz uczniów/uczennic zagrożonych zachowaniami samobójczymi jest uświadomienie sobie roli, jaką szkoła odgrywa w tym procesie. Artykuł 1 pkt. 2 Ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz.U. 2024 poz. 737¹) stwierdza, że system oświaty w Polsce zapewnia wspomaganie przez szkołę wychowawczej roli rodziny. Oznacza to, że szereg działań na rzecz ucznia/uczennicy w kryzysie samobójczym podejmować mogą jedynie rodzice (np. zapewnienie badania psychiatrycznego, pomocy psychoterapeutycznej). Ich wdrażanie współwystępuje z działaniami, jakie zgodnie ze swoją rolą powinna podejmować szkoła.

Do celów działań szkolnych zalicza się:

- **Rozwijanie współpracy, budowanie lub pogłębianie więzi z uczniami i uczennicami**, dzięki której nauczycielom i nauczycielom specjalistom łatwiej będzie dostrzec objawy kryzysu, a uczniom i uczennicom – komunikować je dorosłym w szkole.
- **Doskonalenie umiejętności komunikacyjnych uczniów i uczennic**. Znaczącą barierę w ujawnianiu problemów i kryzysów u uczniów/uczennic stanowią niskie kompetencje komunikacyjne, szczególnie w zakresie komunikacji interpersonalnej. Modelowanie w codziennych rozmowach, a także podejmowanie działań profilaktycznych w zakresie eksploracji i nazywania emocji, komunikowania swojego nastroju i zauważonych trudności, w znaczący sposób ułatwia uczniom i uczennicom zgłaszanie nauczycielom i nauczycielom specjalistom niepokojących sytuacji zauważonych u siebie i innych.

¹ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20240000737> – dostęp 26.08.2024 r.

- **Poznanie technik radzenia sobie ze stresem:** techniki oddechowe, wizualizacyjne, medytacyjne. Od lat docierają do nas wyniki badań (Instytut Edukacji Pozytywnej (IEP) 2019, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018, Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II 2021 i in.) alarmujące o pogarszającym się funkcjonowaniu psychicznym dzieci i nastolatków. Wielość bodźców, wymagań, presji i oczekiwań, jakie docierają do młodych osób z każdej strony, także w kontekście edukacyjnym, przekładają się na doświadczanie permanentnego stresu. Uczniowie i uczennice dzięki poznaniu i praktykowaniu technik oddechowych, medytacyjnych i wizualizacyjnych mogą zapanować nad lękiem przed wystąpieniami publicznymi lub stresem podczas sprawdzianu czy klasówki. Umiejętność wyciszania nieprzyjemnych emocji pomocna jest również w przypadkach poważnych kryzysów, w tym emocjonalnych i samobójczych.
- **Rozwijanie umiejętności zatrzymywania negatywnych myśli i interpretacji** – ważne, aby pomóc uczniowi lub uczennicy w kryzysie rozpoznawać automatyczne interpretacje o charakterze krytycznym i katastroficznym oraz przeciwstawiać się im, a także uczyć się szukania alternatywnych, mniej krzywdzących interpretacji.
- **Zapewnienie bezpieczeństwa wszystkim uczniom.** Celem pracy z uczniami i uczennicami w kryzysie jest również ochrona pozostałych uczniów przed potencjalnym negatywnym wpływem nadmiernego zaangażowania się we wsparcie rówieśnicze, a także właściwe rozumienie procesów pomocowych: uczeń w kryzysie powinien wiedzieć, na czym polega pomoc świadczona na jego rzecz, jak ważne jest jego zaangażowanie i bieżąca ewaluacja własnego stanu emocjonalnego, również we współpracy ze specjalistami. Powinien także wiedzieć, że nie można oczekiwać natychmiastowych efektów, zwłaszcza przy nieregularnym przyjmowaniu leków.

Rola dostosowań procesu edukacyjnego do aktualnych potrzeb uczniów i uczennic zagrożonych zachowaniami samobójczymi

Pamiętając o negatywnym wpływie kryzysu emocjonalnego i samobójczego na funkcjonowanie poznawcze ucznia/uczennicy (poznawcze zagubienie, trudności w podejmowaniu decyzji, postępujące w czasie trudności w obszarze koncentrowania uwagi, zapamiętywania i wydobywania z pamięci), należy zadbać o dostosowanie procesu edukacyjnego do aktualnych potrzeb osób zagrożonych zachowaniami samobójczymi.

Przykładowe dostosowania (źródło: Kicińska L., Palma J. (2023). Szkolny system wsparcia uczniów po próbie samobójczej, w: Biblioteka suicydologiczna, tom III. Warszawa 2023):

- Ustalenie preferowanej przez ucznia lub uczennicę formy aktywności, sprawdzania wiedzy;
- Podział materiału do zaliczenia na części, umożliwienie zaliczania materiału partiami;
- Możliwość pracy podczas klasówek/sprawdzianów/kartkówek w warunkach umożliwiających koncentrację uwagi (np. poza klasą);
- Wydłużenie czasu pracy na klasówce lub sprawdzianie, a także zadań w ramach pracy własnej;
- Ograniczenie liczby zadań na klasówce lub sprawdzianie oraz zadań w ramach pracy własnej;
- Uwzględnianie trudności dotyczących wykonywania przez ucznia lub uczennicę kilku czynności naraz;
- Umożliwienie nieprowadzenia notatek;
- Akceptacja zachowań wynikających z rozpoznanych trudności ucznia lub uczennicy;
- Wzmacnianie pozytywne wszystkich uczniów.

Dostosowania mogą, choć nie muszą, zostać uruchomione na podstawie zaleceń przygotowanych przez zewnętrznych specjalistów (opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej, psychoterapeuty, psychiatry).

Szacowanie ryzyka samobójstwa ucznia lub uczennicy przez nauczycieli specjalistów

Podstawą do oszacowania ryzyka samobójstwa ucznia/uczennicy w szkole jest prowadzenie bieżącej obserwacji funkcjonowania młodej osoby, a w razie zauważenia objawów kryzysu samobójczego przeprowadzenie rozmowy przez nauczyciela specjalistę.

CZEGO NIE ROBIĆ I NIE MÓWIĆ?

CZEGO NIE ROBIĆ?

- **NIE OKAZUJ** swojej bezradności w obliczu cierpienia, z jakim mierzy się uczeń/uczennica.
- **NIE OKAZUJ** swojej złości (na sytuację ucznia/uczennicy, brak działań lub postawy innych osób).
- **NIE PYTAJ** „dlaczego?”.
- **NIE ZOSTAWAJ** sam/a z informacjami o kryzysie ucznia/uczennicy.
- **NIE OCZEKUJ** natychmiastowych efektów działań podejmowanych na rzecz ucznia/uczennicy w szkole i poza nią.
- **NIE ZAKŁADAJ**, że kryzys minął tylko dlatego, że uczeń/uczennica już Ci o nim nie opowiada.
- **NIE OBWINIAJ** ucznia/uczennicy za kryzys, w którym się znajduje, za brak wcześniejszego ujawnienia problemu lub odrzucenie pomocy.
- **NIE IGNORUJ** objawów kryzysu w zachowaniu ucznia/uczennicy.
- **NIE SKŁADAJ OBIETNIC**, których nie możesz dotrzymać np. że zachowasz informację o zagrożeniu suicydalnym ucznia/uczennicy w tajemnicy przed innymi osobami.

CZEGO NIE MÓWIĆ?

- *Na pewno nie jest tak źle, jak opowiadasz.*
- *Twoje reakcje są przesadzone.*
- *Skup się na czymś innym, wyjdź do ludzi.*
- *Jeśli się nie zmienisz, trafisz do szpitala psychiatrycznego.*
- *Zdobądź się na wysiłek, wtedy kryzys minie.*
- *Teraz są ważniejsze sprawy przed Tobą.*
- *Inni jakoś sobie radzą.*
- *Ja w Twoim wieku...*
- *Powinieneś/Powinnaś już poczuć się lepiej.*
- *Czy dasz sobie radę sam/a?*
- *Nie chcę, żebyś brał/a leki (trafił/a do szpitala).*
- *Pomyśl, jak cierpią Twoi bliscy.*

CO ROBIĆ?

- Twórz w rozmowie atmosferę zaufania i bezpieczeństwa przez stonowane i spokojne komunikaty. Zaznaczaj, że dobrze się stało, że dowiedziałeś/dowiedziałas się, co dzieje się z uczniem/uczennicą.
- Pozwól uczniowi/uczennicy wyrażać wszystkie emocje w każdej formie, akceptuj je, podkreślając, że są naturalne.
- Temat samobójstwa traktuj jako najważniejszy w rozmowie, jeśli uczeń/uczennica z niego zbacza, zaznacz to i zaproponuj powrót do niego.
- Pamiętaj, jaką pełnisz rolę i działaj w obszarze własnych kompetencji jako szkolny specjalista.
- Informuj o roli innych osób, które pomogą uczniowi/uczennicy przezwyciężyć kryzys: rodzice, inne dorosłe osoby z rodziny/otoczenia ucznia/uczennicy, nauczyciele, psychoterapeuta, psychiatra, rówieśnicy.
- Swoje poglądy (religijne, moralne, na temat powodów, jakie podaje uczeń/uczennica itp.) zachowaj dla siebie. Odwołuj się do wiedzy naukowej na temat zachowań samobójczych.
- Swoją postawą w rozmowie pokazuj pewność i wiarę w przyszłość.
- Bądź zdeterminowany/a w szukaniu bezpiecznych dla ucznia/uczennicy rozwiązań krótko- i długoterminowych.

6

WSPIERANIE UCZNIÓW W KRYZYSIE SAMOBÓJCZYM

Sygnaly ostrzegawcze kryzysu samobójczego

Zespół presuicydalny (Ringler, 1953) to stan psychiczny bezpośrednio poprzedzający podjęcie próby samobójczej. Występuje u ok. 80% osób i składa się z trzech wzajemnie wzmagających się komponentów, nazywanych prekursorami samobójstwa:

1 Zawężenie świadomości (widzenie tunelowe) dotyczące wszystkich sfer funkcjonowania człowieka

- Zawężenie sytuacyjne – zwróć uwagę na wypowiedzi typu:
Nie ma dla mnie żadnej nadziei.
Jestem w potrzasku.
- Zawężenie dynamiczne – zwróć uwagę na wypowiedzi typu:
Jestem gorszy od innych i przez to nie potrafię poradzić sobie z moimi problemami.
- Zawężenie systemu wartości – zwróć uwagę na wypowiedzi typu:
To, co wcześniej mnie cieszyło, co było dla mnie ważne, nie znaczy już nic.
Kiedyś myślałem tylko o spotkaniach ze znajomymi, teraz nie mogę zmusić się do wyjścia. Męczy mnie każda minuta spędzona z innymi.
- Zawężenie relacji interpersonalnych – zwróć uwagę na wypowiedzi typu:
Nikt mnie nie rozumie.
Jestem całkiem sama.

2 Kumulowanie się agresji i napięcia, z czasem kierowanych na siebie

- Zwróć uwagę na wypowiedzi typu:
Ludzie mnie złością.
Mam ochotę go uderzyć.
Tnę się, żeby na chwilę zapomnieć o myślach samobójczych.

3 Fantazje samobójcze

- Zwróć uwagę na wypowiedzi typu:
Wszystkim będzie lepiej beze mnie.
Nie mam już siły dalej walczyć, śmierć przyniesie mi ulgę.

Budowanie współpracy z zespołem uczącym uczniów zagrożonych zachowaniami samobójczymi

Szkolny specjalista nie jest w stanie zrealizować wszystkich działań na rzecz ucznia/uczennicy w kryzysie sam. Aby pomoc była skuteczna, niezbędne jest poinformowanie o trudnościach młodej osoby całego zespołu uczącego, dostarczenie mu wiedzy o indywidualnych potrzebach dziecka lub nastolatka wynikających z kryzysu, a także zmotywowanie do współpracy i jednolitych, konsekwentnych działań. Kluczowe dla ich powodzenia jest powołanie przez dyrektora zespołu kryzysowego (w skład którego wchodzi szkolni specjaliści, wychowawca i wybrani nauczyciele, także ci wskazani przez samą młodą osobę), który będzie wspierał ucznia/uczennicę w kryzysie samobójczym, a także monitorował jego/jej bieżące funkcjonowanie. Praca zespołowa daje możliwość szybszego kontaktu i zareagowania wszystkim osobom, które zauważą niepokojące zachowania ucznia/uczennicy.

Budowanie współpracy z rodzicami/opiekunami prawnymi uczniów zagrożonych zachowaniami samobójczymi

Rolą szkolnych specjalistów jest przeprowadzenie z rodzicami lub opiekunami prawnymi ucznia/uczennicy rozmowy informującej o rozpoznanych przez szkołę trudnościach i związanych z nimi potrzebach ucznia/uczennicy. Ważnymi elementami rozmowy są:

- Omówienie, jaką rolę odgrywa szkoła w procesie wspierania ucznia/uczennicy w wychodzeniu z kryzysu;
- Wzmocnienie rodziców i motywowanie ich do podejmowania działań na rzecz ucznia/uczennicy (wspieranie ucznia/uczennicy, cierpliwe towarzyszenie dziecku, zapewnienie diagnostyki i pomocy zewnętrznych specjalistów);
- Ustalenie z rodzicami/opiekunami prawnymi sposobu komunikacji i wymiany informacji, w szczególności terminu przekazania zaświadczenia od psychoterapeuty/psychiatry o stanie zdrowia dziecka, zawierającego zalecenia dla nauczycieli.

Ważne, by pamiętać o utrzymywaniu stałego kontaktu z rodzicami/opiekunami prawnymi ucznia/uczennicy w kryzysie, który będzie się przekładał nie tylko na budowanie i umacnianie wzajemnego zaufania, ale także na efektywność wspólnie podejmowanych działań.

Pozaszkolny system wsparcia ucznia i jego opiekunów prawnych w sytuacji kryzysu samobójczego¹

Ośrodki utworzone w ramach reformy psychiatrii dzieci i młodzieży

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

Pierwszy poziom

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).

Powyższy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży ma na celu udzielanie pomocy na odpowiednich poziomach referencyjności w każdym powiecie (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 się stanu zdrowia psychicznego pacjenta i zapobiec ewentualnej hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym, która jest zazwyczaj trudnym doświadczeniem

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.

dla młodej osoby i jej rodziny. Jest to kierunek zmian zgodny z obecnymi tendencjami kształtowania systemów ochrony zdrowia psychicznego w innych europejskich krajach oraz zgodny z międzynarodowymi zaleceniami.

W ramach działań profilaktycznych, interwencyjnych i postwencyjnych szkoła może współpracować z psychologami, psychoterapeutami, terapeutami środowiskowymi (specjaliści z pierwszego poziomu referencyjności) lub dodatkowo skorzystać ze wsparcia psychiatrii (pomoc dziecku świadczona na drugim poziomie referencyjności). Zaproszeni specjaliści mogą brać udział w spotkaniach z nauczycielami, rodzicami i uczniami.

Aktualna lista istniejących w Polsce ośrodków:

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

Organizacje społeczne i pozarządowe

Jako podmioty zewnętrzne organizacje pozarządowe mogą uzyskać możliwość prowadzenia działalności w szkole po uprzednim uzgodnieniu szczegółowych jej warunków i otrzymaniu pozytywnej opinii rady szkoły i rady rodziców. Konieczne jest uwzględnienie roli i statusu rodziców jako prawnych opiekunów dzieci, którzy muszą mieć zagwarantowany wpływ na działania lokalnych instytucji, zaspokajających ich potrzeby i potrzeby dzieci. Wybór przez dyrektora szkoły oferty podmiotu zewnętrznego jest uzależniony od wyników rozpoznania potrzeb rozwojowych uczniów lub wychowanków, a także zdefiniowania czynników chroniących i ryzyka w środowisku szkoły lub placówki oświatowej w oparciu o zadania ujęte w jej programie wychowawczo-profilaktycznym.

Ośrodki interwencji kryzysowej (OIK)

OIK oferują kompleksową pomoc osobom znajdującym się w sytuacji kryzysowej. Podstawowym ich zadaniem jest podjęcie natychmiastowej interwencji. Ośrodek jest dostępny całodobowo, w każdy dzień tygodnia. Osoby zagrożone samobójstwem objęte są opieką wysoko wyspecjalizowanej kadry psychologów, pedagogów, terapeutów, pracowników socjalnych, lekarzy i prawników. Pracownicy instytucji interweniują także w środowisku rodzinnym, szkolnym, rówieśniczym i zawodowym osób potrzebujących pomocy.

Inne instytucje

W kryzysie szkoła może liczyć na wsparcie pracowników instytucji pomocy społecznej i wymiaru sprawiedliwości, w szczególności:

Pracowników socjalnych, niosących pomoc ludziom znajdującym się w różnych sytuacjach, z problemami materialnymi, którzy integrują działania różnych specjalistów wokół rodziny;

Asystentów rodziny, którzy służą pomocą nie tylko w problemach wychowawczych, ale także w sprawach codziennych, aby w przyszłości rodzina samodzielnie pokonywała własne problemy;

Kuratorów sądowych, organizujących działania o charakterze wychowawczo-resocjalizacyjnym, diagnostycznym, profilaktycznym i kontrolnym związane z wykonywaniem orzeczeń sądu.

ELEMENTY ROZMOWY

z uczniem lub uczennicą w kryzysie samobójczym

RODZAJ INTERWENCJI W ROZMOWIE	UCZEŃ/UCZENNICA W KRYZYSIE SAMOBÓJCZYM
Powiedzenie uczniowi/uczennicy o tym, co zauważyłeś/aś (i jakie wywołało to u Ciebie emocje) i zachęcenie do rozmowy	<p>Wypowiedź do ucznia/uczennicy zaproszonego/ej na rozmowę:</p> <p><i>Marku, dowiedziałem/am się od Twojej wychowawczynie, że kilka razy w ostatnim czasie mówiłeś, że nic nie ma sensu i lepiej byłoby, gdybyś zniknął. Martwi mnie to i chciałbym/ chciałabym porozmawiać z Tobą o tym, co przeżywasz.</i></p> <p>Wypowiedź do ucznia/uczennicy, który/a mówi o myślach samobójczych podczas rozmowy, którą sam/a zainicjował/a:</p> <p><i>Na początku spotkania rozmawialiśmy o Twoich trudnościach w skupieniu uwagi i o obniżonym nastroju. Teraz powiedziałeś/aś, że coraz częściej myślisz o tym, by odebrać sobie życie. Chciałbym/ Chciałabym skupić się na tym temacie, dobrze?</i></p>
Zadawanie konkretnych i bezpośrednich pytań	<p><i>Od jakiego czasu towarzyszą Ci myśli samobójcze? Jak często pojawiają się u Ciebie myśli o odebraniu sobie życia?</i></p> <p><i>Ile razy myślałeś/aś o tym w ciągu dnia, tygodnia, miesiąca itp.?</i></p> <p><i>Czy jesteś w stanie zatrzymać lub rozpraszać te myśli? Czy masz kontrolę nad myślami o odebraniu sobie życia?</i></p>

RODZAJ INTERWENCJI W ROZMOWIE	UCZEŃ/UCZENNICA W KRYZYSIE SAMOBÓJCZYM
Okazywanie uznania i akceptacji, zachęcanie do dalszej otwartości	<p><i>Dobrze zrobiłeś/aś, prosząc o rozmowę, kiedy samemu/samej trudno było Ci zapanować nad myślami o skrzywdzeniu się. Chciałbym/ Chciałabym, żebyś robił/a tak zawsze, kiedy poczujesz, że napięcie emocjonalne staje się dla Ciebie trudne do zniesienia.</i></p> <p><i>Chcę, żebyś wiedział/a, że doceniam, że opowiedziałeś/aś o tym, z czym się mierzysz. Domyślam się, że wiele Cię to kosztowało, by wypowiedzieć na głos swoje myśli i emocje.</i></p>
Zaakceptowanie emocji	<p><i>Wyobrażam sobie, że jesteś bezradny/a i przygnębiony/a. To naturalne, że tak się czujesz, kiedy bardzo się starasz zapanować samodzielnie nad myślami samobójczymi, a nie widzisz efektu.</i></p>
Psychoedukowanie na temat aktualnego stanu oraz procesu pomocy	<p><i>To, że teraz towarzyszą Ci myśli samobójcze, nie oznacza, że to się nie zmieni.</i></p> <p><i>W niektórych sytuacjach niezbędny jest pobyt na oddziale w szpitalu. Młoda osoba jest tam umieszczana, żeby z jednej strony zapewnić jej bezpieczeństwo, a z drugiej strony, aby miała intensywny kontakt ze specjalistami. O tym, czy ktoś trafi na oddział, czy nie, decyduje lekarz psychiatra na podstawie przeprowadzonego badania.</i></p>
Informowanie o działaniach, jakie zamierzasz podjąć	<p><i>Porozmawiam z Twoją mamą o tym, jak może być dla Ciebie większym wsparciem.</i></p> <p><i>Ustalę z panią od matematyki, żebyś mógł/mogła pisać następny sprawdzian poza klasą, tak abyś miał/a warunki wolne od stresu i rozproszeń uwagi.</i></p>
Zaznaczanie obszaru decyzji ucznia lub uczennicy	<p><i>O Twoim obniżonym nastroju i myślach samobójczych mogę powiedzieć Twoim rodzicom sam/a albo możemy zrobić to razem.</i></p> <p><i>Nie mogę się zgodzić na to, żebyś został/a sam na sam z myślami samobójczymi.</i></p>

7

WSPIERANIE UCZNIÓW PO PRÓBIE SAMOBÓJCZEJ

Próba samobójcza lub samobójstwo wywołują szereg nieprzyjemnych emocji i stanów w środowisku, w którym się wydarzyły. W przypadku zachowań samobójczych dzieci i nastolatków dotyczy to również wpływu na środowisko szkolne: klasę, do której chodzi uczeń/uczennica, który podjął/podjęła próbę samobójczą, pozaklasowe środowisko rówieśnicze (np. koło wolontariatu, drużyna sportowa, zespół projektowy), grono pedagogiczne (zarówno zespół uczący w danej klasie, jak i pozostali nauczyciele), personel pomocniczy.

W reakcji na próbę samobójczą lub samobójstwo ucznia/uczennicy konieczne jest podjęcie działań postwencyjnych (z ang. *postvention* – działanie po incydencie). Składa się na nie szereg form wsparcia dla osób, które doświadczają wielu różnych stanów emocjonalnych w wyniku próby samobójczej lub samobójstwa kogoś bliskiego lub kogoś, kogo znały (Gmitrowicz, 2010). Ważne, by pamiętać, że postwencja jest nieodzowną częścią działań na rzecz zapobiegania samobójstwom (Andriessen, Krysińska i Grad, 2017).

Możliwe negatywne następstwa prób samobójczych i samobójstw wśród dzieci i nastolatków

Dzieci i nastolatki są wskazywane jako jedna z grup najbardziej podatnych na wystąpienie tzw. efektu Wertera (Bridge J. i in., 2020), czyli mechanizmu identyfikacji z ofiarami samobójstw lub z osobami po próbach samobójczych, który prowadzi do naśladowania ich zachowań.

Brak działań ze strony szkoły po próbie samobójczej ucznia/uczennicy, adresowanych do społeczności szkolnej, może przełożyć się na spadek zaufania do nauczycieli i nauczycieli specjalistów, pogłębiać poczucie osamotnienia, uniemożliwiać sięganie po pomoc czy zdobywanie wiedzy na temat miejsc i osób, do których warto zwracać się po wsparcie, a także wzmacniać fałszywe przekonania na temat zachowań samobójczych.

Działania interwencyjne krótko- i długoterminowe w kontekście próby samobójczej ucznia/uczennicy

Działania postwencyjne należy wdrażać natychmiast po otrzymaniu informacji o próbie samobójczej ucznia/uczennicy. W dalszej kolejności należy pamiętać o zachowaniu równowagi pomiędzy działaniami interwencyjnymi, niezwiązanymi z codziennym funkcjonowaniem szkoły, a rutyną i rytmem działania placówki (Łuba, Palma, Witkowska, 2022).

Do działań natychmiastowych zalicza się:

- 1** Zwołanie szkolnego zespołu kryzysowego w celu podziału zadań i opracowania planu działań postwencyjnych, poinformowanie o celu i harmonogramie działań grona pedagogicznego podczas specjalnie zwołanej rady.
- 2** Nawiązanie kontaktu z rodziną ucznia/uczennicy po próbie samobójczej lub samobójstwie w celu przekazania informacji o możliwych formach wsparcia oraz weryfikacji informacji na temat zdarzenia.
- 3** Rozmowa o próbie lub śmierci samobójczej z członkami społeczności szkolnej: pracownikami szkoły, uczniami.
- 4** Zorganizowanie i promowanie wśród uczniów, nauczycieli i rodziców szkolnego i pozaszkolnego systemu wsparcia.

Zespół kryzysowy powinien przygotować informację adresowaną do uczniów, nauczycieli i rodziców dotyczącą próby samobójczej ucznia/uczennicy.

Po przekazaniu informacji o próbie samobójczej ucznia/uczennicy bardzo ważne jest, aby we wszystkich klasach, które tego potrzebują, odbyły się zajęcia edukacyjne nt. kryzysu emocjonalnego. Powinny one obejmować zagadnienia takie jak: rozpoznawanie kryzysu u siebie i innych, sposoby reagowania, zasady wsparcia rówieśniczego, wskazanie osób dorosłych (z bliskiego otoczenia i specjalistów), do których można zwrócić się po pomoc, wskazanie dostępnych miejsc pomocy i telefonów pomocowych.

Przeprowadzenie zajęć może stanowić wyzwanie dla nauczycieli i wychowawców, dlatego tak ważne jest, by szkolni specjaliści przygotowali ich do tego zadania, a także zajęli się ich stanem emocjonalnym (zarówno przed prowadzeniem rozmów i zajęć, jak i po nich).

Podczas zajęć nie należy skupiać się na konkretnej sytuacji, a na rozwijaniu uniwersalnych umiejętności, które mogą przywrócić uczniom poczucie bezpieczeństwa i kontroli.

Zaleca się, aby w pierwszych trzech dniach od przyjęcia i przekazania uczniom i uczennicom informacji o próbie samobójczej ich rówieśnika/rówieśniczki realizować działania postwencyjne bezpośrednio (rozmowa, zajęcia edukacyjne, zapewnienie wsparcia uczniom i uczennicom w potrzebie) i pośrednio (np. zrezygnowanie z odpytywania, kartkówek, zaplanowanych prac klasowych w klasie, w której uczeń/uczennica podjął/podjęła próbę samobójczą, szczególne monitorowanie stanu uczniów i uczennic, umożliwienie im opuszczania lekcji w celu rozmowy ze szkolnymi specjalistami itp.). Po upływie tego czasu warto wrócić do rutynowego działania szkoły (Headspace, 2012), z uwzględnieniem oddziaływań na rzecz zdrowia psychicznego uczniów i uczennic, zaplanowanych wcześniej w programie profilaktyczno-wychowawczym i/lub zmodyfikowanych.

Prowadzenie działań edukacyjnych i uczulenie całego grona pedagogicznego na potrzeby uczniów i uczennic, a także na ich możliwe różnorodne reakcje na informacje o próbie samobójczej może doprowadzić do ujawnienia w klasach młodych osób narażonych na naśladownictwo zachowań samobójczych. Takich uczniów i takie uczennice należy otoczyć wielowymiarowym wsparciem (patrz rozdział 6.).

Wszelkie działania należy dokumentować, a same procedury obowiązujące w szkole poddać ewaluacji i ewentualnej modyfikacji w celu poprawy ich efektywności.

Wspieranie uczniów po próbie samobójczej

Uczeń/uczennica po próbie samobójczej mierzy się z szeregiem myśli i emocji w kontekście powrotu do szkoły. Może obawiać się pytań ze strony rówieśników lub nauczycieli w związku z nieobecnością lub pobytem w szpitalu, niepokoić się, czy nadrobi zaległości w nauce, mieć poczucie, że nie jest gotowy/a, aby zmierzyć się ze szkolną rzeczywistością i antycypowanymi oczekiwaniami. Uczniowi/uczennicy może towarzyszyć wstyd, lęk, że nikt nie będzie chciał z nim/nią rozmawiać, że będzie izolowany/a lub traktowany/a w specyficzny sposób. Młoda osoba może mieć poczucie, że jest ze swoimi emocjami i myślami dotyczącymi szkoły zupełnie sama.

Z tego powodu dla ucznia/uczennicy po próbie samobójczej należy opracować plan wsparcia w powrocie do szkoły. Jego celem jest zapewnienie optymalnej pomocy, zniwelowanie stresu i napięcia emocjonalnego związanego z koniecznością funkcjonowania w środowisku szkolnym po hospitalizacji lub nieobecności związanej z próbą samobójczą.

Plan powrotu ucznia/uczennicy do szkoły

Plan wsparcia w powrocie do szkoły ma na celu zapewnienie pomocy uczniowi/uczennicy po próbie samobójczej. Powinien uwzględniać ograniczenie potencjalnego negatywnego wpływu środowiska szkolnego na funkcjonowanie młodej osoby, a także rozwijanie czynników ochronnych w postaci tworzenia atmosfery bezpieczeństwa i akceptacji. Aby plan był jak najbardziej dostosowany do konkretnego ucznia / konkretnej uczennicy, musi uwzględniać działania odpowiadające na rozpoznane w szkole i poza nią indywidualne potrzeby psychorozwojowe, w szczególności dostosowanie procesu edukacyjnego, a także zapewnienie możliwości kontaktu ze szkolnymi specjalistami i innymi osobami wskazanymi przez samą młodą osobę. Plan musi więc zostać omówiony z uczniem/uczennicą, jego/jej rodzicami, a także całym zespołem uczącym. Na powrót ucznia/uczennicy po próbie samobójczej do szkoły warto przygotować również jego/jej klasę, omawiając potencjalne działania rówieśnicze wspierające ten proces.

Jeśli jest to możliwe, tworząc plan, warto uwzględnić informacje o ewentualnych specyficznych przyczynach (czynnikach ryzyka) próby samobójczej związanych ze szkolnym funkcjonowaniem ucznia/uczennicy, aby zniwelować ich wpływ po jego/jej powrocie do szkoły.

ELEMENTY ROZMOWY

z uczniem/uczennicą o powrocie do szkoły po próbie samobójczej

RODZAJ INTERWENCJI W ROZMOWIE	UCZEŃ/UCZENNICA WRACAJĄCY/A DO SZKOŁY PO PRÓBIE SAMOBÓJCZEJ
Powiedzenie uczniowi/uczennicy o tym, co wiesz lub zauważyłeś/aś (i jakie wywołało to u Ciebie emocje) i zachęcenie do rozmowy	Wypowiedź do ucznia/uczennicy zaproszonego/zaproszonej na rozmowę: <i>Aniu, wiem, że byłeś w szpitalu w związku z próbą samobójczą. Teraz wrócisz do szkoły i domyślam się, że możesz mieć wiele pytań lub wątpliwości z tym związanych. Zaprosiłem/Zaprosiłam Cię na spotkanie, żeby o tym porozmawiać.</i> Wypowiedź do ucznia/uczennicy, który/a mówi o myślach samobójczych podczas rozmowy, którą sam/a zainicjował/a: <i>Wspomniałeś/aś, że boisz się tego, że nie dasz rady nadrobić materiału. Domyślam się, że może Cię to blokować przed powrotem do szkoły.</i>
Zadawanie konkretnych i bezpośrednich pytań	<i>Czy aktualnie towarzyszą Ci myśli samobójcze? Co jest dla Ciebie najtrudniejsze w kontekście powrotu do szkoły? Czy jesteś pod opieką psychiatry i psychoterapeuty? Czy ten kontakt jest dla Ciebie pomocny? Czy wiesz, co zrobić, jeśli myśli samobójcze powrócą lub zintensyfikują się?</i>
Okazywanie uznania i akceptacji, zachęcenie do dalszej otwartości	<i>Mówisz o tym, że towarzyszy Ci wiele obaw w związku z powrotem do szkoły. To ważne, że wiem, z czym się mierzysz. Co myślisz o tym, żebyśmy wspólnie zastanowili się, co możemy zrobić, żeby Twój powrót do szkoły był dla Ciebie łatwiejszy? Domyślam się, że nie było Ci łatwo powiedzieć o tym, co przeżywasz.</i>

RODZAJ INTERWENCJI W ROZMOWIE	UCZEŃ/UCZENNICA WRACAJĄCY/A DO SZKOŁY PO PRÓBIE SAMOBÓJCZEJ
Zaakceptowanie emocji	<p><i>Niepokój związany z powrotem do szkoły po próbie samobójczej jest naturalny.</i></p> <p><i>Mówisz, że boisz się, że nie uda Ci się wytrzymać na wszystkich lekcjach. To naturalne, że trudno jest Ci koncentrować uwagę na nauce, kiedy wciąż mierzysz się z kryzysem/myślami samobójczymi.</i></p>
Psychoedukowanie na temat aktualnego stanu oraz procesu pomocy	<p><i>Bardzo ważne jest, żebyś miał/a teraz pomoc i wsparcie lekarza psychiatry oraz psychoterapeuty. Leki psychoaktywne nie działają od pierwszej dawki. Trzeba obserwować siebie uważnie i dostrzegać każdą, nawet najmniejszą zmianę. Jeśli po ok. 2–3 tygodniach nie zauważysz żadnych pozytywnych efektów przyjmowania leków, powinien się o tym jak najszybciej dowiedzieć Twój lekarz prowadzący.</i></p>
Informowanie o działaniach, jakie zamierzasz podjąć	<p><i>Omówię z nauczycielami, którzy Cię uczą, różne opcje sprawdzania Twojej wiedzy, inne niż odpowiedzi na forum klasy. Porozmawiam z Twoimi rodzicami o tym, że masz trudności w koncentracji uwagi i jak wpływa to na Twoje oceny.</i></p>
Zaznaczanie obszaru decyzji ucznia/uczennicy	<p><i>To od Ciebie zależy, co i komu w klasie powiesz o swojej nieobecności.</i></p> <p><i>Jeśli nie chcesz rozmawiać o swoim pobycie w szpitalu, możesz o tym powiedzieć wprost osobom w klasie.</i></p>

Wspieranie społeczności szkolnej po śmierci samobójczej ucznia/uczennicy

Śmierć samobójcza ucznia/uczennicy jest jednym z najtrudniejszych zdarzeń, z jakimi musi się zmierzyć społeczność szkolna. Działania wspierające są w tej sytuacji niezbędne. Stwarzają one szansę, aby (Łuba, Palma, Witkowska, 2022):

- Wesprzeć społeczność szkolną w radzeniu sobie z następstwami samobójstwa (np. poczuciem winy lub odpowiedzialności) dzięki zapewnieniu możliwości rozmowy o zdarzeniu, jego wpływie na emocje, stworzeniu wspólnoty i przywracaniu kontroli i poczucia bezpieczeństwa;
- Pomóc w rozpoczęciu procesu żałoby i przeciwdziałać zatrzymaniu się na którymś z jego etapów;
- Zmniejszyć ryzyko samobójstw (w tym naśladowczych) wśród osób ze społeczności szkolnej;
- Zmniejszyć ryzyko wystąpienia zespołu stresu pourazowego i innych zaburzeń psychicznych u bliskich osoby, która odebrała sobie życie, a także u ewentualnych świadków zdarzenia (zarówno tych, którzy znaleźli ciało, jak i tych, którzy wiedzieli o planach samobójczych albo uświadamiają sobie ten fakt po samobójstwie itp.).

Aby te cele mogły zostać spełnione, należy przygotować komunikaty do uczniów, ich rodziców, a także grona pedagogicznego oraz stworzyć przestrzeń do rozmowy o zdarzeniu dla wszystkich osób, które tego potrzebują (pomocne w tym zakresie jest jak najszybsze nawiązanie kontaktu z rejonową poradnią psychologiczno-pedagogiczną i/lub ośrodkiem interwencji kryzysowej).

Komunikat dotyczący śmierci samobójczej ucznia lub uczennicy powinien zostać przekazany tak szybko, jak to jest możliwe. Niezalecane jest informowanie społeczności w formie apelu. Lepszym rozwiązaniem jest rozmawianie w naturalnych grupach, ponieważ dają one większe poczucie bezpieczeństwa i otwartości. Informacja o samobójczej śmierci powinna być krótka i rzeczowa, detale należy ograniczyć do minimum. Nie należy wskazywać ani opisywać metody samobójstwa ani wskazywać miejsca zdarzenia. W komunikacie

należy skoncentrować się na ukazaniu możliwego negatywnego wpływu zdarzenia na emocje czy myśli pozostałych osób, a także na wskazaniu miejsc i osób (w szkole i poza nią), które mogą wspierać w radzeniu sobie z konsekwencjami śmierci samobójczej ucznia/uczennicy. Komunikat powinien być przekazany w sposób spokojny i stonowany, zachęcający do rozmowy o uczuciach, myślach czy wątpliwościach związanych ze zdarzeniem.

Podobnie jak w przypadku działań po próbie samobójczej niezakończonych śmiercią, ich efektem może być również ujawnienie osób w kryzysie, co skutkuje wdrożeniem działań opisanych w rozdziale 5.

Grupy osób, które należy objąć szczególną uwagą (za: Łuba M., Palma J., Witkowska H. Interwencje po śmierci samobójczej, s. 29):

- Świadkowie samobójstwa lub osoby, które jako ostatnie pozostawały w kontakcie ze zmarłym, np. rozmawiały z nim, odebrały wiadomość szczególnie zapowiadającą samobójstwo itp.;
- Rodzina (w tym rodzeństwo), przyjaciele i bliscy znajomi zmarłego;
- Nauczyciele i uczniowie, którzy mieli ze zmarłym wspólne lekcje lub zajęcia pozalekcyjne;
- Nauczyciele i uczniowie w procesie żałoby lub z wcześniejszymi doświadczeniami strat lub traum;
- Nauczyciele i uczniowie mający negatywne relacje ze zmarłym, np. konflikty, rywalizacje, przemoc itp.;
- Nauczyciele i uczniowie z problemami emocjonalnymi i psychicznymi;
- Nauczyciele i uczniowie z historią wcześniejszych prób samobójczych lub z myślami samobójczymi.

ELEMENTY ROZMOWY

z uczniem lub uczennicą w żałobie po śmierci samobójczej osoby ze społeczności szkolnej

RODZAJ INTERWENCJI W ROZMOWIE	UCZEŃ/UCZENNICA W ŻAŁOBIE PO ŚMIERCI SAMOBÓJCZEJ OSOBY ZE SPOŁECZNOŚCI SZKOLNEJ
Powiedzenie uczniowi/uczennicy o tym, co zauważyłeś/aś (i jakie wywołało to u Ciebie emocje) i zachęcenie do rozmowy	<p>Wypowiedź do ucznia/uczennicy zaproszonego/zaproszonej na rozmowę:</p> <p><i>Kilka dni temu dowiedzieliśmy się o śmierci samobójczej Moniki. Wiem, że się przyjaźniłyście i wyobrażam sobie, że jest w Tobie wiele emocji i trudnych, nieprzyjemnych myśli. Chciałbym/Chciałabym z Tobą porozmawiać o tym, jak się czujesz i co przeżywasz.</i></p> <p>Wypowiedź do ucznia/uczennicy, który/a mówi o myślach samobójczych podczas rozmowy, którą sam/a zainicjował/a:</p> <p><i>Mówisz o tym, jak bardzo poruszyła Cię śmierć kolegi, z którym nie byłeś blisko. Widzę, jak bardzo czujesz się przytłoczony i zagubiony. Czy możesz opowiedzieć więcej o tym, co przeżywasz?</i></p>
Zadawanie konkretnych i bezpośrednich pytań	<p><i>Jak często pojawia się u Ciebie poczucie winy, że nie udało Ci się pomóc przyjacielowi?</i></p> <p><i>Czy udaje Ci się oderwać od wspomnień choć na chwilę?</i></p> <p><i>Czy Twoje emocje są cały czas na tym samym poziomie, od kiedy dowiedziałas się o samobójstwie Wiktora, czy może coś się w nich zmienia?</i></p>
Okazywanie uznania i akceptacji, zachęcenie do dalszej otwartości	<p><i>To ważne, że nie jesteś już sama z myślami, że mogłaś coś zrobić, by zapobiec samobójstwu swojego chłopaka. Wyobrażam sobie, że mówienie o tym, co czujesz, nie było dla Ciebie łatwe i chcę, żebyś wiedziała, że to bardzo doceniam.</i></p>

RODZAJ INTERWENCJI W ROZMOWIE	UCZEŃ/UCZENNICA W ŻAŁOBIE PO ŚMIERCI SAMOBÓJCZEJ OSOBY ZE SPOŁECZNOŚCI SZKOLNEJ
Zaakceptowanie emocji	<p><i>Tęsknota za kimś, kto odszedł, jest naturalna.</i></p> <p><i>W okresie żałoby może pojawiać się wiele sprzecznych uczuć: żalu, złości, rozpacz, wyrzutów sumienia. Wszystkie one są odpowiedzią na stratę, której doświadczasz.</i></p>
Psychoedukowanie na temat aktualnego stanu oraz procesu pomocy	<p><i>Żałoba jest procesem, przez który każdy przechodzi w indywidualnym tempie.</i></p> <p><i>Pomocne w poradzeniu sobie z uczuciami towarzyszącymi żałobie jest ich uwalnianie, np. przez rozmowę z zaufaną osobą.</i></p>
Informowanie o działaniach, jakie zamierzasz podjąć	<p><i>Wyjaśnię Twoim rodzicom, że potrzebujesz pomocy psychoterapeuty i ustalę z nimi, żeby Cię do niego zapisali.</i></p>
Zaznaczanie obszaru decyzji ucznia/uczennicy	<p><i>Zależy mi, żeby wiedzieć, jak się czujesz.</i></p> <p><i>Czy wolisz przychodzić na przerwie, czy może umówimy się na konkretnej lekcji?</i></p>

8

PLAN BEZPIECZEŃSTWA

Oddziaływania szkolne i pozaszkolne skoncentrowane na przezwycięzeniu kryzysu i odbudowaniu równowagi emocjonalnej osoby zagrożonej podjęciem próby samobójczej (pierwszej lub kolejnej) rozłożone są w czasie. W bieżącym funkcjonowaniu ucznia/uczennicy pomocne jest opracowanie z nim/nią planu bezpieczeństwa, czyli spisu działań, jakie może podejmować, by chronić się przed zagrożeniem podjęcia próby samobójczej tu i teraz. Plan bezpieczeństwa to technika poznawczo-behawioralna, która pomaga przetrwać trudne, przytłaczające i przepełnione napięciem emocjonalnym chwile. Pomaga zmniejszyć ból i cierpienie, a także rozwijać i wykorzystywać umiejętności radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych (Vivyan, 2011; Pettit, Hill, 2023).

Badacze (Range i in., 2002; Lee, Bartlett, 2005) od lat wskazują na ograniczoną efektywność tzw. kontraktów na życie. Obok ich pierwotnego celu obserwuje się negatywny wpływ na osobę w kryzysie samobójczym (złość, poczucie niezrozumienia, ograniczona szczerłość w rozmowach, podejmowanie prób samobójczych mimo podpisania dokumentu) oraz relację, w której jest on zawierany (wycofanie się z relacji pomocowej, złość na osobę, która oczekuje podpisania kontraktu, złudne poczucie bezpieczeństwa i niedoszacowanie zagrożenia przez osobę pomagającą). Dzieje się to szczególnie przy „kontraktach” wyjątkowo krótkich, skupionych na podpisaniu zobowiązania, że do następnego spotkania osoba w kryzysie nie podejmie działania, by się skrzywdzić. Plan bezpieczeństwa nie wymaga składania podpisu pod tego typu zobowiązaniem, pomaga za to w zobaczeniu własnych zasobów i możliwości bezpiecznych działań (podejmowanych w pojedynkę, ale również przy udziale innych osób) w sytuacjach kryzysowych.

Plan bezpieczeństwa należy opracować i omówić jego wykorzystanie podczas spotkania z uczniem/uczennicą. Przykładowy plan (Carol Vivyan & Chellie, 2011¹) składa się z 10 pytań. Każde z nich powinno być omówione i skonfrontowane z faktycznymi doświadczeniami i możliwościami osoby w kryzysie, a następnie spisane.

Początkowo uczeń/uczennica odpowiada na pytania dotyczące rozpoznawania stresorów (sytuacji, myśli, wyzwalaczy napięcia emocjonalnego), działań, jakie można podjąć w pojedynkę, by zredukować napięcie (z uwzględnieniem sposobów, które działały w przeszłości lub wciąż działają); następnie przechodzi do wypowiedzi o działaniach, które mogą być dla niego/niej pomocne, jeśli

¹ www.getselfhelp.co.uk, tłumaczenie L. Kicińska: <https://www.porozmawiajmy.edu.pl/plan-bezpiecze%C5%84stwa> – dostęp 14.12.2023 r.

kryzys nie będzie mijał mimo podjętych aktywności. Następne pytanie poświęcone jest działaniom innych osób – *kto i co może dla mnie zrobić w trudnych chwilach?* W tym miejscu warto zapewnić młodej osobie psychoedukację – wyjaśnić, że każdy z nas może mieć swoje indywidualne potrzeby względem innych, warto więc konkretnie wskazywać, jakie zachowania innych pomagają w obniżeniu napięcia. W kolejnych pytaniach uczeń/uczennica wskazuje osoby, z którymi może porozmawiać albo do nich zadzwonić (na wypadek, gdyby skorzystanie z bezpośredniego wsparcia było niemożliwe albo nie przyczyniłoby się do obniżenia napięcia emocjonalnego), by rozproszyć myśli samobójcze lub uzyskać wsparcie. Bardzo ważne, by młoda osoba wskazała konkretne osoby i konkretną kolejność zwracania się o pomoc; listę kontaktów w tym polu odpowiedzi należy uzupełnić o numery całodobowych telefonów zaufania. Omawiając to pytanie, warto podkreślić, że rozmowa (szczególnie ze wskazanymi bliskimi) nie musi dotyczyć kryzysu samego w sobie, a może posłużyć do odwrócenia uwagi, przerwania ruminacji o charakterze samobójczym. W kolejnym pytaniu uczeń/uczennica proszony/a jest o zastanowienie się nad tym, gdzie może się udać, aby się nie skrzywdzić (wskazanie „bezpiecznego miejsca”). Ostatnie pytanie planu bezpieczeństwa brzmi: „Co zrobię, jeśli myśli samobójcze nie będą ustępowały / jeśli zacznę tracić nad sobą kontrolę?” i ma wpisaną odpowiedź „UDAM SIĘ NA OSTRY DYŻUR LUB WEZWĘ KARETKĘ, DZWONIĄC POD 112”, bazującą na regule konsekwencji i zaangażowania. Plan stanowi bowiem nie tylko sposób na minimalizowanie ryzyka przez samego ucznia lub uczennicę, ale także argument za sięgnięciem po zewnętrzną, profesjonalną pomoc, jeśli szereg zaplanowanych działań nie doprowadzi do odzyskania kontroli.

O tym, że plan bezpieczeństwa został opracowany, należy powiadomić rodziców/opiekunów prawnych ucznia/uczennicy. Jest to ważne w kontekście pytania o działania innych, które mogą pomóc w opanowaniu napięcia. Na ogół uczeń/uczennica wskazuje m.in. dorosłych ze swojego otoczenia jako tych, którzy mogą podjąć konkretne działania; jeśli tak się nie dzieje spontanicznie, należy o te osoby dopytać. Wskazane dorosłe osoby mogą także pomóc dziecku w dotarciu do szpitala (ostatnie pytanie).

Opracowany i omówiony plan bezpieczeństwa uczeń/uczennica powinien mieć zawsze przy sobie (np. w formie zdjęcia w telefonie, zapisany w osobnym, łatwo dostępnym folderze, w portfelu itp.). Warto omawiać jego skuteczność podczas spotkań, a jeśli będzie taka potrzeba – modyfikować, tak aby zawierał wskazówki faktycznie pomocne w sytuacji skumulowania się myśli samobójczych.

9

OGÓLNOPOLSKIE TELEFONY I STRONY POMOCOWE

(dostępność na dzień 15.09.2024 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 w sprawach dzieci

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

800 119 119

Telefon Zaufania Towarzystwa Przyjaciół Dzieci

(czynny codziennie w godzinach 14:00–22:00)

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

22 484 88 04

Telefon dla młodych

zapewnia wsparcie psychologiczne (czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 13:00–20:00)

800 111 123

Tumbo Linia

bezpłatny telefon dla dzieci i nastolatków, które doświadczają żałoby (czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 12:00–18:00)

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 piątku w godzinach 12:00–15:00)

■ **800 800 602**

Telefon dla rodziców dzieci w kryzysie

(czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 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

(czynny od poniedziałku do piątku w godzinach 14:00–20:00)

MIEJSCA W SIECI INTERNETOWEJ

www.zwjz.pl



www.naglesami.pl



www.tumbopomaga.pl



www.institutdobrejsmierci.pl



www.centrumwsparcia.pl



www.116111.pl



www.116sos.pl



www.800100100.pl



www.800121212.pl

10

BIBLIOGRAFIA

1. Andriessen K., Krysińska K., Grad O.T. (red.). *Postvention in Action. The International Handbook of Suicide Bereavement Support*. MA: Hogrefe Publishing, Boston 2017.
2. Barlińska J., Lalak D., Winiewski M., Orzechowska K. Co sprzyja myślom samobójczym wśród dzieci i młodzieży – analiza na podstawie danych odbiorców pomocy online 116 111 – telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży. Uzyskano w grudniu 2022 r. z: <https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/811/659> (2021).
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.. 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", Volume 59, Issue 2, 2020, s. 236–243, <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.020>.
4. Ciszewska K., Żyża S. Wsparcie szkoły w zakresie interwencji kryzysowej. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2016.
5. Cohen J.A., Mannarino A.P., Deblinger E. *Terapia traumy i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
6. Czabański A. Samobójstwa osób z rodziny w relacji studentów. W: K. Rosa, A. Czabański (red.). *Percepcja zachowań samobójczych. Między opiniami a doświadczeniami* (s. 75-76). Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Kraków 2014.
7. Czabański A. Zachowania samobójcze w rodzinach. Społeczne konsekwencje zjawiska. 2019. Pozyskano z: <https://ojs.teologiaimoralnosc.pl/index.php/tim/article/view/66/64pl/index.php/tim/article/view/66/64> (2021).
8. Gmitrowicz A. Postwencja – wsparcie dla osób po samobójczym zgonie kogoś bliskiego. „Psychiatria po Dyplomie” 2010; 4 (7).
9. Gmitrowicz A., Baran A., Kropiwnicki P. Problem monitorowania prób samobójczych i samouszkodzeń w Polsce w kontekście zaleceń WHO. „Suicydologia” 2017; 9, 23–32.
10. Gmitrowicz A., Makara-Studzińska M., Młodożeniec A. *Ryzyko samobójstwa u młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
11. Gołota M. *Żyłkę noszę zawsze przy sobie*. Wydawnictwo Filia, Poznań 2022.
12. Headspace. *Suicide Postvention Toolkit*. 2012. <https://postventionaustralia.org/resource/suicide-postvention-toolkit/> - dostęp 27.08.2024.
13. James R.K., Gilliland B.E. *Strategie interwencji kryzysowej*. Przeł. A. Bidziński. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2008.
14. Jerzak M. (red.). *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe dzieci a szkolna rzeczywistość*. PWN, Warszawa 2016.
15. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. „Arch Gen Psychiatry”. 1999 Jul; 56 (7): 617-26.
16. Kicińska L., Łuba M., Palma J., Witkowska H. *Samouszkodzenia – zrozumieć, aby zapobiec*. Poradnik nt. samouszkodzeń u młodzieży, skierowany do środowiska szkolnego (nauczyciele, wychowawcy, szkolni specjaliści). Stowarzyszenie Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2022, s. 16–17.
17. Kicińska L., Palma J. *Szkolny system wsparcia uczniów po próbie samobójczej*. W: Biblioteka suicydologiczna, tom III. Warszawa 2023.
18. Kicińska L., Palma J. *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. Raport za lata 2012–2021 na podstawie danych Komendy Głównej Policji*. Uzyskano w grudniu 2022 r. z: <https://zwjr.pl/artykuly/raport-dotyczacy-zachowan-samobojczych-mlodziezy>.
19. Komenda Główna Policji. *Zamachy samobójcze zakończone zgonem*. 2021. Uzyskano w grudniu 2022 r. z: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>.
20. Krysińska K. *Podstawy postwencji samobójstw w szkołach*. W: A. Brzezińska, M. Bardziejewska, B. Ziółkowska (red.). *Zagrożenia rozwoju w okresie dorastania*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2003.
21. Lee J.B., Bartlett M.L. Suicide prevention: critical elements for managing suicidal clients and counselor liability without the use of a no-suicide contract. *Death Stud.* 2005 Nov; 29 (9), s. 847-865. doi: 10.1080/07481180500236776.
22. Łuba M. *Interwencje kryzysowe w kryzysie zagrożenia życia*. W: J.C. Czabała, S. Kluczyńska (red.). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach sytuacyjnych*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2021.
23. Łuba M. *Stany depresyjne i kryzys samobójczy*. W: M. Łuba, D. Doleszczak, M. Kulczykowska, P. Nalazek, O. Pogodzińska, A. Sikora, E. Szadura-Urbańska. *Młodzi w kryzysie*. Urząd M. St. Warszawy, Warszawa 2021.
24. Łuba M., Palma J., Witkowska H. *Interwencje po śmierci samobójczej – o znaczeniu i potrzebie działań postwencyjnych w szkole*. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2022.
25. Makaruk K., Włodarczyk J., Sethi D., Michalski P., Szredzińska R., Karwowska P. *Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów*. 2018. Uzyskano w grudniu 2022 r. z: <https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/695/551>.
26. Makaruk K., Włodarczyk J., Szredzińska R. *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii. Raport z badań ilościowych*. 2020. Uzyskano w grudniu 2022 r. z: https://fdds.pl/_Resources/Persistent/5/0/0/e/500e0774b0109a6892ce777b0d8595f528adea62/Negatywne-doswiadczenia-mlodziezy-w-trakcie-pandemii.-Raport-z-badan-ilosciowych-1.pdf.
27. Makaruk K., Drabarek K., Popyk A., Wójcik Sz. *Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce 2023*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Uzyskano w grudniu 2023: https://fdds.pl/_Resources/Persistent/4/0/d/e/40de383c074981a2c2061800f8a565d2f4d53b55/Raport%20Diagnoza%20Przemocy%20wobec%20Dzieci%202023.pdf.
28. Makowska I., Gmitrowicz A. *Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze*. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2018; 18 (2).
29. Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M. *Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi*. Przeł. M. Kapera. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
30. Naar-King S., Suarez M. *Wywiad motywujący z młodzieżą i młodymi dorosłymi*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
31. Niederkrotenthaler T., Braun M., Pirkis J., Till B., Stack S., Sinyor M. et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020; 368:m575.
32. Ostaszewski K. *Próby samobójcze – badania reprezentatywne młodzieży w Polsce*. Abstrakt i wykład przygotowany na II Kongres Suicydologiczny, Łódź 2020. Uzyskano w grudniu 2022 r. z: <http://konferencjasuicydologiczna.umed.pl/wp-content/uploads/2020/11/Suicydologia-abstrakt.pdf>.
33. Paczkowska A. *Dziecko i nastolatek w żałobie. Rola nauczycieli i pedagogów*. Wydawnictwo Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk 2020.
34. Pettit J.W., Hill R.M. *Myśli samobójcze u nastolatków*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2023.
35. Range L.M., Campbell C., Kovac S.H., Marion-Jones M., Aldridge H., Kogos S., Crump Y. No-suicide contracts: an overview and recommendations. *Death Stud.* 2002 Jan; 26 (1), s. 51-74. doi: 10.1080/07481180210147.
36. Radomska A. i in. *System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia*. Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2010.

37. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Nauki zmieniające rozporządzenie w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2023 r. poz. 1798).
38. Schneider-Corey M., Corey G. Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2002.
39. Schulte-Markwort M. Zaburzenia u dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Dobra Literatura, Słupsk 2019.
40. Simon R.I., Hales R.E. (Eds.). The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management (2nd ed., pp. 3–28). American Psychiatric Publishing, 2012.
41. Sztander W. Rozmowy, które pomagają. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1999.
42. Szwajca K., Kasprzak P., Serafin M., Wojciechowski T. Rola pracowników oświaty w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu zachowaniom autodestruktywnym u młodzieży. Fundacja Wielogłosu, Mysłowice 2019.
43. Szymańska J. Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników placówek oświaty oraz rodziców. ORE, Warszawa 2016.
44. Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe Dz.U. 2024 poz. 737.
45. Vivyan C. Safety plan. 2011. <https://get.gg/docs/SafetyPlan.pdf> – dostęp 27.08.2024.
46. Wasserman D. Suicide – an unnecessary death. Martin Dunitz, London 2001.
47. Witkowska H. Samobójstwo w kulturze dzisiejszej. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2021.
48. Włodarczyk J., Makaruk K., Michalski P., Sajkowska M. Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. Raport z badań. 2018. Uzyskano w grudniu 2022 r. z: https://fdds.pl/_Resources/Persistent/5/0/0/a/500aebc9b081441adf85491306a93ff093341566/Og%C3%B3lnopolska-diagnoza-skali-i-uwarunkowa%C5%84-krzywdzenia-dzieci_Wyniki-badania_2018.pdf.
49. Woynarowska B. Kształcenie kadr dla promocji zdrowia w Polsce i w Unii Europejskiej. W: K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.). Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008, s. 17-32.
50. World Health Organization. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva 2021. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>).
51. World Health Organization. LIVE LIFE: Preventing suicide. 2018. Uzyskano w grudniu 2022 r. z: <https://www.who.int/publications/i/item/live-life-preventing-suicide>.
52. World Health Organization. Suicide. Key facts. 2019. Uzyskano w grudniu 2022 r. z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
53. Ziółkowska B., Wycisk J. Autodestruktywność dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2019.

11

WARTO PRZECZYTAĆ

Poniżej zamieszczamy zestawienie książek, artykułów, publikacji internetowych, które nie zostały wykorzystane przy tworzeniu szczegółowych standardów, ale mogą pogłębić wiedzę nauczycieli specjalistów nt. profilaktyki zachowań samobójczych, interwencji w kryzysie samobójczym i działań postwencyjnych.

1. Berndt C., Kowynia E. Tajemnica odporności psychicznej: jak uodpornić się na stres, depresję i wypalenie zawodowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2015.
2. Brzezińska A. Dzieci z układu ryzyka. W: A. Brzezińska, S. Jabłoński, M. Marchow (red.). Ukryte piętno. Zagrożenia rozwoju w okresie dzieciństwa (s. 11-37). Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2003.
3. Gaś Z. Psychoprofilaktyka: procedury konstruowania programów wczesnej interwencji. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2000.
4. Gaś Z.B. Profilaktyka w szkole. W: B. Kamińska-Buśko, J. Szymańska (red.). Profilaktyka w szkole. Poradnik dla nauczycieli. Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2005.
5. Grzegorzewska M.K. Nauczyciel wsparciem dla ucznia w stanie ryzyka suicydalnego (następstwa długotrwałego stresu). W: B. Hołyst (red.). Zapobieganie samobójstwom. Motywacja zachowań samobójczych (s. 201-209). Wydawnictwo Difin, Warszawa 2021.
6. James R.K., Gilliland B.E. Strategie interwencji kryzysowej. Parpamedia, Warszawa 2008.
7. Łakomski M. Aksjologiczny wymiar integralnego wychowania i profilaktyki w szkole. „Pedagogika Przedszkolna i Wczesnoszkolna”, 2015, 2 (6), s. 41-44.
8. Karski J.B. Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wydawnictwo Fachowe CeDeWu, Warszawa 2007.
9. Rosińska A. Promocja zdrowia w społeczności lokalnej. Strategiczne planowanie prozdrowotnej zmiany. W: M. Górnik-Durose, J. Mateusiak (red.). Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza (s. 69-89). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2011.
10. Schab L.M. Lęk i zamartwianie się u nastolatków. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2017.
11. Stewart J. (red.) Mosty zamast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
12. Witkowska H., Falaciński S. Życie mimo wszystko. Rozmowy o samobójstwie. Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa 2022.
13. Wycisk J. Samouszkodzenia umiarkowane u młodzieży. Podstawy prewencji na terenie szkoły. „Ruch Pedagogiczny”, 3/4, s. 5-20.