



MATERIAŁY SZKOLENIOWE

Interwencja kryzysowa wobec dzieci i młodzieży

Prowadzący: Michał Gluzek



Pojęcie interwencji kryzysowej oraz kryzysu

Interwencja kryzysowa, jako forma pomocy psychologicznej, polega na kontakcie terapeutycznym, skoncentrowanym na problemie wywołującym kryzys, czasowo ograniczonym, w którym dochodzi do konfrontacji osoby z kryzysem i do jego rozwiązania. Redukcja symptomów i przywrócenie równowagi psychicznej zapobiega dalszej dezorganizacji (W. Badura-Madej, 1996). Interwencja kryzysowa to działalność prewencyjna, związana z prewencją wtórną - zapobieganiem pogłębianiu się patologii w konsekwencji nierozwiązanych kryzysów. **Prewencja pierwotna** to zapobieganie rozwojowi kryzysów i patologizacji w wymiarze ogólnospołecznym.

Klasyczny model interwencji kryzysowej polega na zapewnieniu wsparcia emocjonalnego, poczucia bezpieczeństwa, zredukowaniu lęku.

Pojęcie kryzysu i interwencji kryzysowej coraz częściej gości w praktyce psychologicznej. Terapeuci pomagający ludziom w trudnych sytuacjach uważają, że jest to najlepszy moment na udzielenie pomocy i wsparcia. Takie sytuacje niosą w sobie nadzieję na zmianę i rozwój. W praktyce psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia w ostatnich latach również funkcjonował termin "interwencja kryzysowa". Związany on był z metodą opisaną przez V. Johnsona i spopularyzowaną przez dr Wandę Sztander. Metoda ta zakładała przygotowanie bliskich osób z otoczenia alkoholika do rozmowy, która konfrontowała go ze skutkami picia. Interwencja taka jest więc spiętrzeniem (sprowokowaniem) kryzysu, w którym jedynym konstruktywnym wyjściem jest podjęcie leczenia odwykowego. Alkoholik znajduje się więc przed interwencją w zupełnie innej sytuacji psychologicznej niż osoba przeżywająca kryzys. Dlatego właściwiej będzie nazywać to oddziaływanie interwencją wobec alkoholika, czy motywowaniem go do leczenia. Zapoznając się z teorią i praktyką interwencji kryzysowej, należy ustalić znaczenia takich terminów jak: kryzys i interwencja kryzysowa. Potoczne kryzys rozumie się jako okres przełomu, przesilenia, decydujących zmian. W języku angielskim termin ten zawiera dodatkowo takie cechy jak: nagłość, urazowość i negatywne przeżycia. **Tak więc kryzys to moment rozstrzygający, punkt zwrotny, okres przełomu.**



Rodzaje kryzysów

kryzys polityczny – oznacza sytuację związaną z upadkiem rządu w wyniku wyrażenia mu przez parlament votum nieufności;

kryzys ekonomiczny – odnosi się do załamania procesu wzrostu gospodarczego, poważnego naruszenia równowagi gospodarczej i regresu w rozwoju ekonomicznym kraju;

kryzys medyczny – oznacza nagłe, gwałtowne przesilenie się choroby z następującym po nim szybkim spadkiem gorączki i ustąpieniem innych objawów chorobowych (Słownik Wyrazów Obcych PWN 1999).

kryzys psychologiczny – wiązany on jest z utratą ważnego celu życiowego, obiektu miłości, światopoglądu, religii. Często jest to rozczarowanie wybraną drogą życiową.

Według teoretyków kryzysu powinno wystąpić kilka cech, które pozwolą nam go rozpoznać. Są to: **obecność ostrego wydarzenia krytycznego lub przewlekłego stresu, odczuwanie wydarzenia jako nieoczekiwanego, spostrzeganie sytuacji jako utraty lub zagrożenia, poczucie niepewności, co do przyszłości, poczucie utraty kontroli, nagłe naruszenie rutynowych sposobów zachowania, stan napięcia emocjonalnego trwający przez jakiś czas, konieczność zmiany dotychczasowych sposobów funkcjonowania**. Podsumowując: kryzys, (według Geralda Caplana amerykańskiego psychiatry jednego z twórców interwencji kryzysowej, który opracował schemat przebiegu reakcji kryzysowej), to sytuacja, która powstaje wtedy, gdy jakaś osoba na drodze do osiągnięcia ważnych celów życiowych napotyka przeszkody i nie jest w stanie tych przeszkód przezwyciężyć za pomocą dotychczasowych metod rozwiązywania problemów; kryzys powoduje, iż osoba traci równowagę w jakiej się znajduje i wchodzi w stan braku równowagi i dezorganizacji.



Przebieg interwencji kryzysowej

Krok I. Prośba o pomoc.

Osoba w kryzysie poszukuje pomocy. Należy odebrać jej sygnały, usłyszeć jej wołanie.

Krok II. Analiza sytuacji powodującej kryzys.

Interwent analizuje jej aktualne funkcjonowanie w relacji z sobą, z innymi, w domu, w pracy. Analizuje aktualne cele, wartości.

Pytania klucze: jak wygląda twój dzień? Jakich masz znajomych, przyjaciół? Co myślisz o sobie? Co dla Ciebie jest ważne w życiu? Jakie uczucia najczęściej przeżywasz?

Krok III. Rozpoznanie strategii i działań, które podejmowane były przez osobę w kryzysie.

Interwent analizuje wszystkie możliwe działania, które podejmowała osoba w kryzysie i efekty tych działań. Należy dowiedzieć się jak wygląda dotychczasowy schemat rozwiązywania problemów. Jakie towarzyszą temu schematy poznawcze, emocjonalne i behawioralne.

Pytania klucze: Jak dotychczas radziłeś sobie z trudnościami? Jakie były efekty twoich działań? W jaki sposób radziłeś sobie w podobnych sytuacjach?

Krok IV. Sprawdzenie możliwych, preferowanych rozwiązań.

Interwent sprawdza co jest celem osoby w kryzysie. Na ile preferowany jest ten cel oraz czy dana osoba w jakiś sposób już podobne rzeczy realizowała.

Pytania klucze: Czy były takie chwile w twoim życiu, że udawało ci się realizować choćby część z tych celów? W jaki sposób udawało ci się "to" zrobić? Co takiego musiałoby się zdarzyć, abyś częściej "to" robił? Co będziesz robił, kiedy ten problem zostanie rozwiązany?

Krok V. Nauczenie nowych strategii postępowania.

Interwent powinien nauczyć nowego sposobu widzenia świata, rozwiązywania problemów oraz zachowania się. Niezbędne są tutaj treningi zachowań konstruktywnych. Osoba w kryzysie ma dzięki nam zobaczyć swój problem z metapoziomu. Wykorzystać wszystkie swoje zasoby.

Krok VI. Kontrakt na uczenie się nowych zachowań i wdrażanie nowej strategii

Na tym etapie interwent doprowadza do końca swoją interwencję. Osoba wspomagana powinna dalej sama wdrażać w codziennym życiu nowe strategie.



Cechy interwenta kryzysowego

W interwencji kryzysowej istotne jest empatyczne, a zarazem praktyczne odpowiedzenie na potrzeby osoby w kryzysie. Ważne, aby podejmując się pomocy osobie w kryzysie, mieć na uwadze następujące zasady:

Po pierwsze: należy być z tą osobą. Jeżeli nie mamy czasu, jeżeli nie mamy możliwości być dłużej, to nie powinniśmy podejmować interwencji. Czas interwencji jest nieograniczony we wstępnej fazie. Kontakty powinny być intensywne. Powinniśmy pracować do skutku, czyli do ustalenia jakiegoś sposobu postępowania.

Po drugie: w niektórych sytuacjach należy być dyrektywnym. Osoba w kryzysie nie jest w stanie sama rozwiązać swoich problemów. Nie widzi swej sytuacji z metapoziomu.

Koncentrujemy się na problemach "tu i teraz".

Po trzecie: osoba pomagająca powinna okazywać maksymalny poziom empatii. Powinna popatrzeć na świat osoby w kryzysie z jej punktu widzenia. Zobaczyć jej trudności oraz zasoby pomocne w rozwiązywaniu problemu.

Po czwarte: osoba pomagająca osobom w kryzysie powinna uczyć nowych rozwiązań, a nie dawać gotowe recepty.

Nawiązanie kontaktu pomocowego z dzieckiem

1. Powiedz mi, jak się czujesz.

Nakłonienie dziecka do opisanie emocji, które odczuwa – nawet jeśli to tylko słowo lub dwa – odbiera moc, siłę, intensywność tej emocji. W ten sposób angażujemy przedczołową korę mózgową, która działa jak strażnik i pomaga nam zachowywać się, jak na dorosłego przystało, gdyż odpowiada za panowanie nad sobą.

2. Chcę zrozumieć, jak się czujesz.

Ponownie, prowokujemy dziecko, do znalezienia słów opisujących, targające nim emocje. Bez wątplenia pomoże to załagodzić reakcję i przejść przez gwałtowne emocje. Jednocześnie tym zwrotem **pokazujemy empatię, którą go darzymy**. Empatia pozwala zbudować most między lądem, na którym stoimy, a wyspą, na której jest nasza pociecha.



3. Kocham Cię, nawet gdy czujesz złość...

Dzieci **potrzebują naszej bezwarunkowej miłości**, aby móc w pełni rozwijać się fizycznie i emocjonalnie. Ten zwrot pokazuje, że, nawet kiedy się nie dogadujecie, wciąż go kochasz. Zamień „złość” – na tę emocję, którą dostrzegasz u dziecka, bądź o jakiej ono mówi podczas waszej rozmowy.

4. Nie ma nic złego w tym, że czujesz wściekłość.

Jeśli dziecko próbuje stłumić to, co czuje, to najprawdopodobniej w przyszłości, to uczucie się nasili i uderzy w jeszcze bardziej nieprzyjemny sposób. Emocje są naturalną częścią człowieczeństwa, nawet te niezbyt przyjemne. Każda z nich czemuś służy. Otwarcie dając przyzwolenie na okazywanie nawet tych niekomfortowych emocji, przekazujemy dziecku, kształtujemy w nim akceptację dla uczuć, a to pierwszy krok w stronę regulacji emocjonalnej. Analogicznie, podczas rozmowy zmieniamy „wściekłość” na emocje, których doświadcza nasza pociecha.

5. Czy mogę Cię przytulić?

W trudnych, emocjonujących sytuacjach, w mózgu dziecka zachodzi wiele zmian, szczególnie uaktywnia się ciało migdałowate. Kiedy odczuwamy negatywną emocję, ciało migdałowate zaczyna działać jak nadreaktywny alarm samochodowy. Wtedy **mózg zamyka się na logikę i interpretuje każdą drobnostkę jako zagrożenie**. To dlatego, umoralniająca rozmowa z dzieckiem, gdy jest zdenerwowane, nie ma najmniejszego sensu, bo nie przyniesie żadnego pożytku.

Modele interwencji kryzysowej

MODEL RÓWNOWAGI/NIERÓWNOWAGI

Zakłada, że celem interwencji jest przywrócenie osobie przeżywającej kryzys równowagi emocjonalnej i psychicznej, która jest zachwiana (Caplan, 1964). Model ten jest najbardziej stosowny do wczesnej interwencji, gdy osoba w kryzysie jest zdezorientowana i nie potrafi dokonywać racjonalnych wyborów. Celem staje się emocjonalne ustabilizowanie klienta (Lindemann, 1944; Leithner, 1974) Zanim nie uda się przywrócić określonego stopnia stabilności, nie można wiele zdziałać, np. nic nie da wnikanie w dręczące myśli „S” klienta



zanim nie uda się go ustabilizować, aby zgodził się z tym, że warto przynajmniej żyć jeszcze przez tydzień.

MODEL POZNAWCZY

Zakłada, że źródłem kryzysów jest nierealistyczna, fałszywa ocena zdarzeń lub sytuacji otaczających kryzys, a nie same te wydarzenia lub sytuacje (Ellis, 1962). Celem interwencji jest pomoc ludziom w uświadomieniu sobie istoty i znaczenia wydarzeń krytycznych i sytuacji kryzysowych, a także w zmianie poglądów i przekonań powiązanych z sytuacją (James, Gilliland, 2004). Ludzie będący w kryzysie przekazują sami sobie negatywne informacje, pokrętnie komunikaty, utrzymują irracjonalne przekonania, co wyczerpuje i spycha w stronę negatywnego samoprzekonania. U tych osób tor myślenia należy skierować na pozytywne sprzężenie zwrotne poprzez ćwiczenie i powtarzanie nowych samoocen. Uzyskanie kontroli jest możliwe poprzez zmiany sposobów myślenia osób w kryzysie, którym pomagamy. Ten model nawiązujący do racjonalno-emotywniej terapii Ellisa (RET) i psychologicznych koncepcji poznawczych Becka (1967) czy Meichenbauma (1977), może być zastosowany wobec klienta ustabilizowanego emocjonalnie.

MODEL PRZEMIANY PSYCHOSPOŁECZNEJ

Zakłada, że kryzysy mogą wynikać zarówno z trudności osobowościowych, jak i psychospołecznych czy środowiskowych. Celem interwencji kryzysowej jest zarówno współpraca z klientem w ocenie wewnętrznych i zewnętrznych czynników przyczyniających się do kryzysu, jak i pomoc w wyborze skutecznych alternatyw dla ich obecnych zachowań, postaw i sposobów wykorzystywania zasobów środowiskowych (James, Gilliland, 2004, s. 4). Ważne są możliwości przyswojenia sobie przez klientów adekwatnych strategii zmagania się, pozyskanie i zwiększanie wsparcia społecznego i zasobów środowiskowych. **Model psychospołeczny postrzega kryzys nie tylko w kategoriach indywidualnych ale także społecznych** – uwzględnia konieczność zmian systemowych. Rodzina, koledzy, praca zawodowa, religia, społeczność lokalna i inne czynniki środowiskowe promują względnie zaburzają zdolności przystosowawcze, a rozwiązanie wielu kryzysów może wymagać ingerencji systemowych. Model przemiany psychospołecznej nawiązuje do Adlera (Hall, Lindzey, 1990), Eriksona (1963), Minuchina (1974). Wydaje się właściwy w późniejszych stadiach interwencji.



Sześćoetapowy model interwencji kryzysowej Model Jamesa, Gillianda (2004) Ujmuje przebieg interwencji w 6 etapach, obejmujących dwutorowe, równoległe oddziaływania interwencyjne polegające na wysłuchaniu klienta oraz działaniu i nakłanianiu klienta do działania.

Wysłuchanie obejmuje zajmowanie się klientem, obserwowanie, rozumienie oraz reagowanie z empatią i akceptacją. Można je sprowadzić do: **zdefiniowania problemu klienta** i zrozumienia problemu z punktu widzenia klienta; **zapewnienie klientowi bezpieczeństwa**; **zapewnienie klientowi wsparcia** (klient powinien czuć się doceniony, dowartościowany i zadbany)

Działanie to zaangażowanie się w interwencję (mniej lub bardziej dyrektywne), które można sprowadzić do:

rozważenia wraz z klientem możliwości radzenia sobie z kryzysem, pomocy w ułożeniu planu konkretnych działań na rzecz pozyskania zasobów wsparcia i radzenia sobie, pomocy klientowi w zobowiązaniu się do konstruktywnych działań.

Autorzy modelu definiują działanie jako zaangażowanie w sposób niedyrektywny, dyrektywny lub kooperatywny, zależnie od oceny stanu indywidualnego klienta i możliwości wykorzystania wsparcia środowiskowego. „Poziom działania/zaangażowania prowadzącego interwencję kryzysową może znajdować się w każdym miejscu tego kontinuum, w zależności od rzetelnej i realistycznej oceny stopnia zdolności klienta do działania (James, Gilliland).

W tym modelu działanie obejmuje trzy zadania interwencyjne:

Rozważenie możliwości – pomoc klientowi w poszukiwaniu dostępnych mu wyborów, w znalezieniu wsparcia, wskazanie sposobów radzenia sobie z trudnościami i nakłonienie do pozytywnego myślenia.

Ułożenie planu – pomoc klientowi w opracowaniu realistycznego, krótkoterminowego planu, obejmującego pozyskanie dodatkowego źródła wsparcia oraz sposobów zmagania się (plan powinien obejmować konkretne, zrozumiałe działania, które sam klient może uznać za własne)

Skłonienie klienta, aby zobowiązał się do działania – pomoc w angażowaniu się klienta w zdecydowanie pozytywne działania, które może uznać za własne (autonomicznie motywowane), zrealizować i zaakceptować ich rezultaty.



Dziecko w sytuacji żałoby

Od około 4-5 miesiąca życia do mniej więcej 2 lat, dzieci zauważają, że dana osoba przestała się pojawiać w ich otoczeniu. Potrafią dostrzec, że coś się zmieniło. Często dzieci w tym wieku odczuwają podwójną stratę. Kiedy umiera jeden z rodziców, drugi często (przeżywając własną żałobę) oddala się od dziecka. Czuje się ono wówczas opuszczone, ponieważ pomimo sprawowania podstawowej opieki, maluch wyczuwa dystans emocjonalny i jego podstawowe potrzeby związane z bliskością nie zostają zaspokojone.

W wieku od 2 do 5 lat dzieci znają już pojęcie śmierci, jednakże nie rozumieją, że jest ona nieodwracalna. Jest to moment, w którym potrzebują dużo ciepła i uwagi, ale jednocześnie również wiele cierpliwości, ponieważ mogą zadawać masę pytań związanych ze śmiercią bliskiej osoby, co może być trudne dla kogoś, kto również jest pogrążony w rozpacz. W tym wieku może się także zdarzyć, że dziecko będzie czuło się winne śmierci, bo np. życzyło jej komuś lub źle się zachowywało. W tym wieku reakcją może być również bunt, który dzieci kierują w stronę osoby, która odeszła, albo w kierunku rodzica, który żyje. Małe dzieci często nie potrafią wyrazić swoich emocji słowami i jeśli nie rozładowują tak silnego napięcia, występują u nich objawy somatyczne, np. moczenie się, odczuwanie różnego rodzaju bólów, brak apetytu czy zaburzenia snu.

Pomiędzy 5 a 8 rokiem życia dzieci wiedzą już, że śmierć jest nieodwracalna, jednakże przekonane są, że dotyczy ona tylko ludzi starych. Jednocześnie myślą również, że umrzeć można za karę. Jest to czas, kiedy dzieciom w dalszym ciągu trudno poradzić sobie z traumatycznymi przeżyciami. Dodatkowo należy bardzo uważać w rozmowach z nimi, ponieważ biorą wszystko dosłownie. Dlatego też używanie metafor może mieć zły skutek. Na tym etapie ważne jest, by zachęcać dziecko do okazywania uczuć, a nie skrywania ich.



Przebieg żałoby

- **Pierwszy etap to faza szoku i zaprzeczania.** Ma ona miejsce na samym początku, kiedy dowiadujemy się o śmierci bliskiej osoby. Wiąże się ona z brakiem wiary w to, co się stało, z otępieniem, czasem gwałtowną reakcją. W przypadku dziecka szok i zadziwienie ma często związek z reakcją rodzica, której jest świadkiem. Dziecko może poczuć się wystraszone, zdezorientowane i nie rozumiejące zaistniałej sytuacji. Etap ten czasem trwa kilka minut, dni, czasem przedłuża się do miesięcy.
- **Kolejny etap to dezorganizacja zachowania.** Dorosła osoba w tej fazie staje się nieporadna, ciężko jej sprostać podstawowym codziennym czynnościom. U dzieci (u dorosłych również) dużo częściej wiąże się ona z zaburzeniami snu, brakiem apetytu, apatią, niechęcią do zabaw. Dziecko prócz tego, że czuje brak bliskiej osoby, dodatkowo odczuwa chaos i dezorganizację w domu, co potęguje jego odczucia. Temu etapowi towarzyszy również izolowanie się od innych ludzi.
- **Faza buntu to kolejny etap na drodze przeżywania żałoby.** Wiąże się on z postawą pełną złości i gniewu w stosunku do osoby, która odeszła, ale również do osoby, która pozostała. Zdarza się również, że dziecko może kierować złość przeciw sobie samemu.
- **Kolejny etap to faza smutku, żalu, a nawet depresji.** To czas, kiedy tęsknota jest najsilniejsza. Opadają złość i rozpacz. W pewnym sensie to czas na opłakanie osoby, która odeszła. To ważna chwila, w której potrzeba wiele zrozumienia i ciepła.
- **Ostatnią fazą żałoby jest akceptacja zaistniałej sytuacji.** To moment, w którym zaczynamy pomału wracać do codzienności, do rutynowych zajęć, aktywności. Coraz łatwiej jest też rozmawiać o osobie, która odeszła.

Rzeczą niezwykle ważną jest, by zarówno dziecko jak i dorosły przeżyli swoją żałobę. Przede wszystkim należy pamiętać, że dziecko (nie mówię tu oczywiście o niemowlaku) ma prawo pożegnać zmarłego. Jeśli jest to osoba przewlekłe chora, dobrze by dziecko mogło jeszcze za życia się z nią spotkać. Natomiast w przypadku nagłego zgonu, należy umożliwić udział w pogrzebie, przed którym należy porozmawiać z dzieckiem i wyjaśnić, na czym polega ta uroczystość.



Istotną kwestią są rozmowy z dzieckiem na temat śmierci i zaistniałej sytuacji. Zawsze należy mówić prawdę. Nie jest to proste zwłaszcza, gdy rodzicem targają jego własne emocje. Poza tym język należy dostosować do wieku dziecka. **Jednocześnie też nie należy ukrywać przed dzieckiem własnych emocji. Płacz w takiej sytuacji jest naturalną reakcją.** Dajemy wówczas dziecku znak, że należy okazywać swoje emocje, że nie powinno się ich tłumić w sobie. Jednakże są i takie odczucia, których powinniśmy zaoszczędzić dziecku. Są to na przykład lęki o zapewnienie bytu rodzinie.

Dla dziecka ważne jest również utrzymywanie w miarę normalnego trybu dnia i wszelkich czynności z tym związanych. Zdarza się, że ciężko sobie z tym poradzić, ale może wówczas znalazłby się ktoś, kto mógłby w tym pomóc, np. babcia, ciocia czy dobra sąsiadka.

Dziecko ma także prawo do okazywania swoich emocji poprzez płacz czy nawet złość. Nie należy mu tego zabraniać. Może się również zdarzyć, że będzie miało ochotę bawić się, śmiać. Tego także nie wolno zabronić, mówiąc, że „nie wypada” lub zarzucając dziecku, że „jak może w takiej sytuacji się cieszyć”. Często spontaniczna zabawa jest sposobem, w jaki dziecko radzi sobie z trudną sytuacją.

Przychodzi również taki moment, w którym należy przeorganizować role w rodzinie. Te, które dotychczas były pełnione przez zmarłego, muszą zostać przejęte przez inną osobę. Może się zdarzyć, że spotka się to z buntem ze strony dziecka. Nie należy mieć do niego wówczas pretensji, a jedynie spokojnie porozmawiać i wytłumaczyć, dlaczego tak musi być.

Zdarzyć się może również, że żałoba zacznie przybierać niepokojące formy. Mogą się przejawiać w wieloraki sposób, np. nieprzyjmowanie do wiadomości zaistniałej sytuacji, unikanie okazywania uczuć, udawanie, że nic się nie stało, unikanie wszystkiego, co wiąże się ze zmarłym, zamknięcie się w sobie. W takich sytuacjach warto udać się po pomoc do specjalisty. Ale również w każdym innym momencie, który będzie wzbudzał w nas wątpliwości co do postępowania z dzieckiem.

Najważniejsze to okazywać dziecku jak najwięcej miłości, ciepła i bliskości. I często powtarzać, że się je kocha. Bo z najtrudniejszą nawet sytuacją łatwiej sobie poradzić z kimś i niż w samotności.



Samobójstwa wśród dzieci i młodzieży

Zachowania samobójcze, niespowodowane przez chorobę psychiczną, powstają w wyniku interakcji licznych czynników: indywidualnych, rodzinnych, środowiskowych, z których wiele zostało zidentyfikowanych. Na podstawie obszernego przeglądu badań utworzono listę najważniejszych czynników chroniących i czynników ryzyka, która nie jest jeszcze zamknięta.

Czynniki chroniące młodzież przed samobójstwem (Gould i in., 1996; Lazear, Roggenbaum, Blase, 2003; SAMHSA, 2012): • spójna rodzina (której członkowie okazują zainteresowanie i udzielają wsparcia); • umiejętność stawiania czoła trudnościom; • osiągnięcia szkolne;

• poczucie więzi ze szkołą; • dobre relacje z rówieśnikami w szkole; • mała dostępność środków umożliwiających skuteczne pozbawienie się życia (broni palnej, leków, trucizn); • umiejętność poszukiwania pomocy i porady u innych; • umiejętność kontrolowania impulsów; • umiejętność rozwiązywania problemów i konfliktów; • integracja ze środowiskiem; liczne okazje do uczestnictwa we wspólnie podejmowanych działaniach, w wydarzeniach szkolnych i kołach zainteresowań; • poczucie sensu życia, zaufanie do siebie i innych; • stabilne środowisko; • dostęp do pomocy psychologiczno-pedagogicznej i medycznej; • odpowiedzialność za innych (kolegów, zwierzęta domowe itp.); • religijność.

Część wymienionych wyżej czynników chroni zarówno przed depresją, jak i samobójstwem. Warto zauważyć, że większość tych czynników wiąże się ze szkołą lub jest możliwa do modyfikowania właśnie poprzez odpowiednie działania szkoły. Niektóre czynniki związane z rodziną można wzmacniać, pomagając rodzicom np. w rozwijaniu kompetencji wychowawczych. Dla pracowników oświaty szczególnie ważna jest znajomość czynników ryzyka związanych ze szkołą. **Czynniki zwiększające ryzyko samobójstw wśród uczniów** (Greenberg, Velting, Shaffer, 2003; Lazear, Roggenbaum, Blase, 2003):

• nastawienie na osiągnięcia w nauce; wysokie wymagania przy braku wsparcia; • negatywny klimat społeczny: bezosobowe relacje nauczycieli z uczniami i rodzicami, obojętność lub wrogość, nieznanostwo problemów i potrzeb uczniów; dezintegracja zespołów klasowych; chaos i brak dyscypliny lub nadmierna dyscyplina i restrykcje; przemoc rówieśnicza i brak zdecydowanej reakcji na nią ze strony nauczycieli; • tolerowanie lub niezauważanie używania przez uczniów środków psychoaktywnych; • brak oferty zajęć rozwijających zainteresowania uczniów; • brak oferty



pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Są to te same czynniki, które generują agresywne zachowania uczniów, spadek motywacji i trudności z nauką, sprzyjają opuszczaniu zajęć szkolnych i eksperymentowaniu ze środkami psychoaktywnymi.

Etapy drogi do samobójstwa samobójstwa rzadko występują nagle. Pojawiają się jako rezultat dłuższego procesu, gdy stałej ekspozycji na poważne czynniki ryzyka nie równoważy wpływ istotnych czynników chroniących. Im dłuższy czas działania czynników ryzyka, tym większe zagrożenie samobójstwem. Młody człowiek w bardzo trudnej sytuacji doświadcza silnych emocji – jak lęk, gniew, żal, wstyd i upokorzenie, poczucie winy i smutek – które po pewnym czasie doprowadzają do stanu permanentnego przeciążenia emocjonalnego i depresji. Mogą pojawić się pośrednie myśli o śmierci: myśli rezygnacyjne, rozważania na temat bezsensu życia, wyobrażanie sobie śmierci na skutek nieuleczalnej choroby lub wypadku. Przy braku wsparcia i pomocy uczeń może uznać swoją sytuację za beznadziejną i zacząć poszukiwać drogi ucieczki od cierpień, na której wyodrębniamy zwykle trzy etapy lub fazy.

- Myśli samobójcze – rozważania, że dobrze byłoby nie żyć, fantazjowanie o własnej śmierci (wyobrażanie sobie pogrzebu, reakcji otoczenia, fantazje na temat wpływu własnej śmierci na dalsze losy innych osób).
- Zamiary (tendencje) samobójcze – podjęcie decyzji i poszukiwanie informacji o skutecznych sposobach odebrania sobie życia; testowanie ich (czasami dochodzi do kilku prób samobójczych, o których nikt nie wie).
- Samobójstwo dokonane. Zdaniem suicydologów myśli i zamiary (tendencje) samobójcze w większości przypadków dają się odczytać z wypowiedzi i zachowań danej osoby. Z badań Amerykańskiego Towarzystwa Suicydologicznego wynika, że 80% osób, które zamierzają popełnić samobójstwo, usiłuje wcześniej w rozmaity sposób powiadomić o tym najbliższe otoczenie. W fazach poprzedzających akt samobójczy jednostka wysyła coraz wyraźniejsze sygnały werbalne i niewerbalne, komunikując swoje plany. Tym samym – mniej lub bardziej świadomie – woła o pomoc. Wrażliwy i uważny obserwator może je wychwycić. Większość podejmujących próbę samobójczą nie chce umrzeć, młodzi przez dłuższy czas mają jeszcze nadzieję, że zostaną zrozumiani, uzyskają wsparcie i pomoc. Jednak 25% nastolatków badanych po nieudanej próbie samobójczej relacjonuje, że poszukiwało pomocy u dorosłych, lecz jej nie otrzymało (Apter, Wasserman, 2003). Utrata nadziei na pomoc najczęściej powoduje przejście do kolejnej fazy – zamiarów samobójczych.



Wczesne sygnały ostrzegawcze: • wycofywanie się z kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, odwracanie się od nich; • zainteresowanie lub wręcz zaabsorbowanie śmiercią; • wyraźne zmiany osobowości i nastroju; • trudności z koncentracją; • trudności w szkole; obniżenie jakości pracy i ocen; • zmiana dotychczasowych zwyczajów dotyczących jedzenia i snu (utrata apetytu lub objadanie się, bezsenność lub nadmierna senność); • utrata zainteresowania rozrywkami; • częste uskarżanie się na fizyczne dolegliwości, przeważnie powiązane z emocjami, jak bóle głowy, bóle żołądka lub uczucie zmęczenia; • nieustanne znudzenie; • utrata zainteresowań dla rzeczy i spraw, o które dotychczas młody człowiek się troszczył (np. zaniechanie dbałości o wygląd). Sygnały wysokiego zagrożenia: • rozmowy o samobójstwie lub jego planowaniu; • wzrost impulsywności: nagłe impulsywne działania, jak akty agresji i przemocy, zachowania buntownicze lub ucieczkowe (wynikające z ogromnego napięcia emocjonalnego); • nagłe ekscesy alkoholowe lub narkotykowe (będące próbą „znieczulenia się w cierpieniu” lub formą wołania o pomoc); • odrzucanie pomocy; poczucie, że udzielenie pomocy jest już niemożliwe; • oskarżanie się: „Jestem złym człowiekiem”; • wypowiadanie komunikatów na temat beznadziejności życia, braku wyjścia, własnej bezwartościowości; • odrzucanie otrzymywanych pochwał lub nagród; • wypowiadanie co jakiś czas komunikatów typu: „Niedługo przestanę być dla ciebie problemem”, „To nie ma znaczenia”, „To już na nic się nie zda” lub „Już się nie zobaczymy”; • nagłe przejście z depresji do stanu pogody i zadowolenia. Zwykle oznacza to, że uczeń, po okresie walki wewnętrznej, podjął już decyzję o ucieczce od problemów i zakończeniu swego życia; • rozdawanie kolegom swoich ulubionych przedmiotów; oddawanie domowych zwierzątek w dobre ręce; • sporządzanie testamentu; • wypowiadanie komunikatów typu: „Jestem niczym”, „Nie warto się mną zajmować”, „Chciałbym umrzeć”, „Zamierzam się zabić”, „Nie powinnam się urodzić”. Myśli i tendencje samobójcze nastolatki często ujawniają w swoich utworach literackich i plastycznych. Niepokojącym sygnałem może być także ograniczenie aktywności nastolatka tylko do różnych przejawów fascynacji tematyką śmierci i umierania. Jeżeli w ciągu ostatnich kilku tygodni lub dłużej nauczyciele czy koledzy zaobserwowali u ucznia wymienione wyżej sygnały/objawy, szkoła powinna podjąć natychmiastowe działania. Kilka utrzymujących się objawów świadczy o poważnym kryzysie afektywnym z wysokim ryzykiem samobójstwa wymagającym pilnej interwencji specjalistów, niekiedy także farmakologicznej. Młodzież kierowana do szkolnych specjalistów lub do poradni z powodu trudności w przystosowaniu się



i słabych wyników w nauce ma często wiele powodów do reagowania obniżeniem nastroju. Trudności rodzinne i szkolne, deficyty umiejętności psychologicznych i społecznych uniemożliwiające zbudowanie dobrych relacji z otoczeniem i zaspokojenie ważnych potrzeb przy braku wsparcia psychicznego prowadzą do stanu niekiedy głębokiej depresji. Typowa dla okresu dojrzewania intensyfikacja przeżywanych emocji, w tym lęku, i chwiejność nastroju wzmagają zagrożenie. Myśl o samobójstwie powstaje w wyniku oceny swojej sytuacji jako pułapki życiowej, z której nie ma wyjścia. Osoby o obniżonym nastroju mają skłonności do przeprowadzania bilansu życiowego, który przeważnie wypada ujemnie. Nawet błahe wydarzenie lub drobne niepowodzenie może wówczas stać się „kroplą przepełniającą czarę” i przyczynić do wyboru dramatycznych w skutkach rozwiązań. Nastolatki w depresji rzadko poszukują pomocy u osób dorosłych, zwłaszcza jeśli dotychczasowe kontakty ze znaczącymi dorosłymi zniszczyły ich zaufanie. Czasami ujawniają swój stan i problemy rówieśnikom. Najczęściej jednak poszukują pomocy gdzie indziej – stosują środki odurzające. Początkowo stanowi to rodzaj autoterapii, potem staje się drogą powolnego samozniszczenia, samobójstwem „na raty”. Potwierdzają to relacje badanej w poradniach młodzieży szkolnej. Uczniowie kierowani tam z powodu nagłego porzucenia szkoły albo częstych wagarów ujawnili po pewnym czasie myśli samobójcze. Niektórzy mieli za sobą jedną lub nawet kilka prób samobójczych. Po nawiązaniu kontaktu terapeutycznego zwierzali się, że myśleli też o braniu narkotyków. Czasem podejmowali działania mające ułatwić realizację takich zamiarów. Zbierali informacje o środkach psychoaktywnych lub rozmawiali z narkomanami. Niektórzy dali się namówić na spróbowanie narkotyku lub wypróbowywali działanie różnych leków znalezionych w domu czy zdobytych od znajomych. Swój stan określali jako „dolek psychiczny” trwający od dawna. Drobne wydarzenia, jak widok kolegi tulącego dziewczynę, zła ocena w szkole, a nawet brak wody w kranie, powodowały pesymistyczne podsumowanie własnej sytuacji życiowej: „mnie nikt nie kocha”, „jestem do niczego”, „wszystko sprzysięga się przeciwko mnie”.

Choć profilaktyka depresji i samobójstw wśród dzieci i młodzieży szkolnej jest stosunkowo szeroko wdrażana od co najmniej kilkunastu lat, tylko niektóre programy są poddawane ewaluacji. Dopiero niedawno podjęto szerokie badania nad zawartością i skutecznością programów w tym obszarze (Kimokeo, 2003). Wyniki wskazują jednoznacznie, że:

- Krótkie programy koncentrujące się na samobójstwach lub depresji, oderwane od rzeczywistych



problemów szkoły, są nieskuteczne, a nawet mogą być szkodliwe. • Ze względu na wyjątkowo złożone, wieloczynnikowe uwarunkowania depresji i samobójstw efektywny może być jedynie ekologiczny model profilaktyki: uwzględniający zarówno eliminowanie lub osłabianie wszelkich modyfikowalnych czynników ryzyka (indywidualnych, rodzinnych, szkolnych, środowiskowych), jak i wzmacnianie czynników chroniących; prowadzenie działań długofalowych na kilku poziomach. Wskazówek dotyczących kierunków działań i głównych zadań dostarczają listy czynników ryzyka i czynników chroniących dotyczące depresji młodzieńczej oraz samobójstw – zamieszczone wyżej. Są to te same czynniki, które generują agresywne zachowania uczniów, spadek motywacji i trudności z nauką, sprzyjają opuszczaniu zajęć szkolnych i eksperymentowaniu ze środkami psychoaktywnymi. Eliminacja wewnątrzszkolnych czynników ryzyka powinna stanowić jeden z głównych celów profilaktyki. Działania szkoły powinny obejmować trzy poziomy profilaktyki. Zgodnie z nową klasyfikacją są to profilaktyka uniwersalna, selektywna i wskazująca. Każdy poziom uwzględnia zadania dostosowane do stopnia zagrożenia. Poziomy profilaktyki **A. Promocja zdrowia i profilaktyka uniwersalna** (por. Horowitz, Garber, 2006; Doan, Lazear, Roggenbaum, 2003), adresowana do uczniów, rodziców i nauczycieli (pierwszorzędowa według starego podziału):

- Szkolenie nauczycieli i innych pracowników szkoły w zakresie potrzeb rozwojowych dzieci, bezpieczeństwa oraz umiejętności wychowawczych.
- Powołanie i przeszkolenie zespołu ds. sytuacji kryzysowych, wypracowanie procedur reagowania. W skład zespołu powinni wchodzić: dyrektor lub jego zastępca, psycholog/pedagog, pielęgniarka (jeśli jest zatrudniona) i kilku wychowawców (stosownie do liczby uczniów w szkole).
- Kreowanie zdrowego, wspierającego środowiska w szkole. Dbanie o dobry klimat fizyczny i społeczny, w tym: budowanie dobrych relacji nauczycieli z uczniami i rodzicami oraz pomiędzy uczniami (działania integracyjne zapobiegające stygmatyzacji i odrzuceniu); ustalenie jasnej polityki dotyczącej zachowania się uczniów. Zdecydowana niezgoda na przemoc. Konsekwentne reagowanie nauczycieli na wszelkie jej przejawy, ochrona i wsparcie dla ofiar przemocy.
- Wzmacnianie odporności uczniów poprzez uczenie najważniejszych umiejętności psychologicznych i społecznych, w tym: radzenia sobie z emocjami i stresem, poszukiwania pomocy i udzielania jej; rozwiązywania konfliktów, przewidywania konsekwencji własnych działań itp.
- Podnoszenie samooceny dzieci i nastolatków poprzez dostarczanie okazji do rozwijania zainteresowań i przeżycia sukcesu.



- Wzmacnianie więzi ze szkołą poprzez angażowanie uczniów w szkolne projekty i wydarzenia.
 - Zwiększanie wychowawczych kompetencji rodziców – spotkania poświęcone potrzebom i problemom dzieci w różnych fazach rozwojowych, treningi komunikacji budujące kontakt i więź z dzieckiem.
 - Wskazanie osób, do których można się zwrócić o poradę i pomoc. Powinny one być dostępne i przygotowane do udzielania pomocy. Podstawowa profilaktyka samobójstw nie koncentruje się więc na samobójstwach i nie zakłada nadzwyczajnych działań. Budowanie pozytywnego klimatu oraz uczenie umiejętności psychologicznych i społecznych zapobiega różnym zachowaniom ryzykownym, ale także zwiększa dyscyplinę w klasach i poprawia efektywność nauczania.
- B. Profilaktyka selektywna, adresowana do grup zwiększonego ryzyka** (uczniowie z problemami zdrowotnymi, ekonomicznymi, rodzinnymi, z trudnościami w nauce i zachowaniu, źle się adaptujący):
- zbieranie informacji o potrzebach i trudnościach uczniów; uważna obserwacja dla oszacowania ryzyka;
 - pomoc w nauce, udzielanie wsparcia i budowanie motywacji, indywidualizacja nauczania;
 - włączanie w grupę rówieśniczą;
 - włączanie do dodatkowych programów rozwijających umiejętności psychologiczne i społeczne.
- zacieśnianie współpracy z rodzicami.
- C. Profilaktyka wskazująca, adresowana do poszczególnych uczniów z grupy wysokiego ryzyka** (po próbie samobójczej, eksperymentujących ze środkami psychoaktywnymi):
- stała dyskretna obserwacja prowadzona przez przeszkolonych pracowników szkoły (w tym personel pomocniczy);
 - udzielanie wsparcia przez nauczycieli i pomoc w nauce;
 - stała współpraca z rodzicami, podjęcie interwencji z udziałem rodziców, wspólne opracowanie strategii pomocy dla ucznia;
 - opieka szkolnego specjalisty, udzielanie wsparcia i pomocy w rozwiązywaniu trudności;
 - kierowanie ucznia do specjalistów w środowisku lokalnym celem przeprowadzenia indywidualnej diagnozy i ewentualnego podjęcia terapii, stała współpraca z nimi;
 - kierowanie rodziców na treningi umiejętności lub nakłanianie ich do skorzystania ze specjalistycznej pomocy, w tym terapeutycznej.