

**Marta Makara-Studzińska**

Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM  
Zakład Psychologii Zdrowia

# Formy pomocy osobom po próbach samobójczych

## Forms of help for people after suicidal attempts

### STRESZCZENIE

**WPROWADZENIE.** Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), samobójstwo jest zjawiskiem wielowymiarowym, będącym wynikiem interakcji pomiędzy czynnikami genetycznymi, socjologicznymi, biologicznymi, psychologicznymi oraz środowiskowymi. Jest ono poważnym problemem społecznym i zdrowotnym. Pomoc w takich sytuacjach to tworzenie wsparcia dla osób znajdujących się w kryzysie. Jest to pomoc medyczna, psychoterapeutyczna oraz psychologiczna.

**CEL.** Analiza różnych form pomocy psychologicznej udzielanych osobom po próbach samobójczych.

**WNIOSKI.** Istnieją różne formy pomocy, dostosowane do potrzeb korzystających z niej osób. W przypadku osób po próbach samobójczych, ryzyko podjęcia kolejnych jest podwyższone, w związku z czym zaleca się intensywne ich leczenie przy jednoczesnym udzielaniu wsparcia emocjonalnego. Istotne jest tu również stosowanie metod skojarzonych, tj. łączenie psychoterapii z farmakoterapią.

**Słowa kluczowe:** próby samobójcze, leczenie, psychoterapia, młodzież, osoby dorosłe

### ABSTRACT

**INTRODUCTION.** According to the World Health Organization, suicide is a multi-faceted phenomenon, being the result of interactions of genetics, sociology, biology, psychology and surroundings. It is a serious social and health problem. Help, which is medical, psychotherapeutic and psychological in nature, is associated with supporting those in crisis.

**AIM.** Analysis of various forms of psychological assistance for people after suicidal attempts.

**CONCLUSIONS.** There are various forms of help adapted to those in need. In the case of people after suicidal attempts, the risk of attempting to commit suicide is increased, which is why intensive treatment is recommended, providing emotional support at the same time. Another significant aspect is the use of combined methods, e.g. combination of psychotherapy and pharmacotherapy.

**Keywords:** suicidal attempts, treatment, psychotherapy, youth, adults

**Adres do korespondencji:** [marta.makara-studzinska@uj.edu.pl](mailto:marta.makara-studzinska@uj.edu.pl)

## WPROWADZENIE

### Problematyka samobójstwa

Samobójstwo to zjawisko wielowymiarowe, będące wynikiem interakcji pomiędzy czynnikami genetycznymi, socjologicznymi, środowiskowymi, biologicznymi oraz psychologicznymi. To świadome odebranie sobie życia, w ujęciu E. Durkheima jest to każdy przypadek śmierci będący wynikiem bezpośredniego lub pośredniego działania lub zaniedbania, dokonanego przez ofiarę, w pełni zdającą sobie sprawę ze skutków swojego czynu (Putowski, Piróg, Podgórniak, Zawiślak, Pieciewicz-Szczęsna, 2015). Autor definicji podkreśla rolę intencji (zamiaru) jako warunku koniecznego dla uznania śmierci samobójczej (Makara-Studzińska, 2001).

E. Shneidman stwierdził, iż samobójstwo to świadomy akt unicestwienia; wielowymiarowy stan złego samopoczucia u osoby o niezaspokojonych potrzebach, według której samobójstwo stanowi najlepsze rozwiązanie jednego z jej problemów (James, Gilland, 2006). Autor ww. definicji wskazuje na istotną rolę motywacji, leżącej u podstaw czynu samobójczego. Przedstawił on również listę cech charakteryzujące osoby podejmujące się aktu samobójczego:

- cechy sytuacyjne – bodźcem popychającym do samobójstwa jest ból psychiczny oraz frustracja z powodu niezaspokojenia potrzeb psychicznych,
- cechy wolicjonalne – celem samobójcy jest znalezienie rozwiązania sytuacji trudnej,
- cechy afektywne – dominującą emocją jest poczucie bezradności oraz bezna dziejności,
- cechy relacyjne – działanie w samobójstwie stanowi prawo do decydowania o sposobie wyzwolenia się z wewnętrznego bólu, jak również prawo umożliwiający wyjście z sytuacji subiektywnie trudnej,
- cechy poznawcze – zawężone wzorce myślenia,
- cechy seryjne – wzorce radzenia sobie w sytuacjach trudnych ukształtowane na

przestrzeni życia jednostki; decyzja o podjęciu samobójstwa jest zatem spójna z dotychczasowymi strategiami radzenia sobie z trudnościami (James, Gilland, 2006).

Samobójstwo to zjawisko, które budzi sporo kontrowersji oraz dyskusji w społeczeństwie. Często jest postrzegane jako akt woli sprzeczny z podstawowym prawem biologicznym – instynktem zachowania życia (Baumann, 2008). Akt samobójczy jest uwarunkowany wieloczynnikowo, a istotną rolę odgrywają tu indywidualne cechy osoby dokonującej targnięcia się na własne życie.

### Dane światowe i ogólnopolskie

Szacuje się, że na świecie dochodzi rocznie do 800 tys. zgonów w wyniku samobójstwa. Globalnie, 15 samobójstw przypada na 100 tys. mężczyzn, natomiast 8 na 100 tys. kobiet. Na każdego dorosłego, który targnie się na swoje życie, przypada ponad 20 innych osób, które mają za sobą zamach samobójczy (WHO, 2014).

Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w skali globalnej liczba samobójstw dokonanych jest najwyższa w grupie osób będących w wieku starszym. Badania Eurostatu (Europejskiego Urzędu Statystycznego) wskazują, iż średnia europejska targnięć na życie wynosi 18 na 100 tys. mieszkańców, w Polsce zaś 29 na 100 tys. Jak dotąd najwięcej samobójstw popełniały osoby w wieku 50–55 lat. W ostatnim czasie odnotowuje się coraz więcej przypadków samobójców w wieku 65–69 lat. W roku 2014 było ich 443, a więc o 106 więcej niż w roku poprzednim.

Jak wynika z raportu Światowej Organizacji Zdrowia opublikowanego w 2014 roku, samobójstwa młodzieży stanowią trzecią przyczynę zgonów w grupie wiekowej 10–19 lat (Holliday, Vandermause, 2015; Krajewska, Florkowski, Gmitrowicz, 2014; Namysłowska, 2013), natomiast drugą w grupie wiekowej 10–24 lat (Centers for Disease Control and Prevention, National Centers for Injury Prevention and Control, Web-based Injury Statistics Query and Reporting System, 2013). Co roku

próbę samobójczą podejmuje średnio około 2 mln. nastolatków, z których 700 000 wymaga opieki medycznej po próbie samobójczej, a 2000 z nich umiera (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001).

W USA do oceny samobójstwa stosuje się algorytm C-CASA (z ang. *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment*). Obejmuje on 8 kategorii oceniających, czy zamachy mają charakter samobójczy czy niesamobójczy.

W ramach C-CASA dokonywany jest podział samobójstw na trzy grupy:

1. Zachowania samobójcze (próby samobójcze, myśli i tendencje samobójcze, samobójstwa dokonane)
2. Zachowania niesamobójcze (zachowania autoagresywne, samouszkodzenia bez intencji samobójstwa, wypadki mogące skutkować śmiercią)
3. Zachowania potencjalnie samobójcze (autoagresja, samouszkodzenia z możliwą intencją samobójczą oraz brak wystarczających danych do uznania śmierci za samobójstwo) (Gmitrowicz, Orzechowska, Talarowska, Florkowski, 2013).

Ogólnopolskie dane dotyczące liczby samobójstw gromadzone przez Komendę Główną Policji na podstawie zgłoszeń oraz Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie kart zgonów są rozbieżne. Ponadto w literaturze suicydologicznej przytaczane są znacznie wyższe statystyki. Dzieje się tak, ponieważ w statystykach policyjnych oraz w kartach zgonów te przypadki, które można by zakwalifikować jako samobójstwa, odnotowane są jako zgony z innego powodu (np. zatrucie, uraz, nieustalona przyczyna). Faktycznej skali zamachów samobójczych niezakończonych zgonem nie można wiarygodnie ocenić ze względu na brak odnośnych statystyk.

## CEL

Celem niniejszego artykułu jest analiza różnych form pomocy psychologicznej udzielanej osobom po próbach samobójczych.

W Polsce nie ma wprowadzonych wytycznych medycznych i psychoterapeutycznych dotyczących postępowania w przypadku zamachu samobójczego pacjenta. Placówki lecznicze w swoim własnym zakresie tworzą procedury w przypadku podjęcia przez pacjenta próby samobójczej lub samobójstwa dokonanego. Natomiast brak jest polskich standardów postępowania wobec pacjentów po zamachach samobójczych, którzy zakończyli hospitalizację stacjonarną.

Celem pomocy udzielanej osobom po próbach samobójczych jest między innymi stworzenie warunków do odreagowania agresji i rozładowania napięcia.

Obok farmakoterapii, niezbędnej w ocenie psychiatry, ważne jest również stosowanie psychoterapii. Połączenie obydwu tych form daje bardzo dobre rezultaty. Zatem interwencja powinna obejmować intensywne leczenie farmakologiczne wraz z różnymi formami pomocy psychologicznej.

Zasadne wydaje się objęcie opieką psychologiczną osób po próbie samobójczej zaraz po jej dokonaniu oraz kontynuowanie opieki po zakończeniu leczenia szpitalnego.

Poniżej znajduje się opis metod pomocy psychologicznej, wykorzystywanych w procesie leczenia pacjentów po próbach samobójczych. Z uwagi na wiek pacjentów, zostały one podzielone na takie, które są stosowane w przypadku osób dorosłych oraz nastoletnich.

## TERAPIA OSÓB PO PRÓBACH SAMOBÓJCZYCH

### Terapia osób dorosłych

Oddziaływania psychospołeczne, w tym formy psychoterapii, są jednym z podstawowych narzędzi zapobiegania powstawaniu kolejnych kryzysów suicydalnych. Oddziaływania o charakterze terapeutycznym mają korzystny wpływ na zmniejszenie skłonności do autoagresji, będącej bezpośrednią przyczyną targnięcia się na własne życie. W przypadku takiej sytuacji można zastosować:

- psychologiczną interwencję kryzysową,

- terapię poznawczo-behawioralną eliminującą poczucie beznadziejności oraz próby samobójcze (skuteczna tylko w przypadku pacjentów dorosłych),
- terapię rodzinną,
- terapię małżeńską,
- terapię grupową,
- terapię skoncentrowaną na rozwiązywaniu problemów,
- krótkotrwałą terapię psychodynamiczną w przypadku pacjentów *borderline* (Hepp, Wittmann, Schnyder, Michel, 2004).

Do form pomocy postsuicydalnej zalicza się również tworzenie samopomocowych grup wsparcia. We współczesnym świecie wszelkiego rodzaju problemy są najczęściej wpisywane w wyszukiwarkę internetową. Dlatego też warto wspomnieć o istniejących w wirtualnej sieci stronach oferujących pomoc dla osób będących w kryzysie. Wśród nich można znaleźć m.in.:

- Portal informacyjny *Samobojstwo.pl* – znajdują się na nim numery telefonów kryzysowych oferujące bezpłatną pomoc psychologiczną dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych.
- Internetowe forum wsparcia *Przyjaciele.org* – „razem przeciw samobójstwom”, na którym można nawiązać kontakt z osobami mającymi podobne problemy; można tam również znaleźć informacje, gdzie szukać bezpłatnej pomocy psychologicznej.
- Studencki serwis rozwoju *wiecjestem.us.edu.pl* – przeznaczony dla ludzi w każdym wieku; można tam znaleźć informacje odnośnie radzenia sobie z sytuacjami trudnymi; w zakładce „Mam problem” znajduje się artykuł dotyczący tematyki samobójstwa.
- Strona Internetowa *suicideproject.org* – miejsce, gdzie ludzie dzielą się swoimi historiami o przeżywanych trudnych chwilach, depresji, ale także o nadziei i chęci do życia.
- Strona *secondlife.com* – organizacja non-profit zajmująca się edukacją z zakresu

zapobiegania samobójstwom oraz udzielania wsparcia i pomocy dla ludzi będących po próbie samobójczej.

- *survivorsofsuicide.com* – strona zraszająca osoby, które przeżyły zamach samobójczy.
- Ciekawą aplikacją jest kanadyjska @Psy ASSISTANCE – stanowi ona źródło informacji na smartfonie, zapewnia wsparcie terapeutyczne oraz dysponuje wiedzą na temat miejsc pomocy i usług terapeutycznych w nagłych zdarzeniach kryzysowych; zajmuje się oceną ryzyka samobójczego, a gdy jest ono bardzo duże, powiadamia wcześniej pięć wskazanych osób oraz wskazuje miejsce pobytu właściciela smartfona.

W opinii Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) użyteczną techniką do pracy z osobami po próbie samobójczej jest terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (APA, 2010). Jest to forma terapii poznawczo-behawioralnej, której głównym zadaniem jest wzmocnienie umiejętności radzenia sobie jednostki z różnymi rodzajami stresorów. Zadaniem psychologa jest wyzwolenie w pacjencie suicydalnym optymizmu oraz akceptacja faktu, iż problemy stanowią powszechny element ludzkiego życia. Celem terapii jest znalezienie racjonalnego rozwiązania problemu – zamiast impulsywnego i dysfunkcjonalnego (D’Zurilla, Nezu, Maydeu, 2002).

Ważnym elementem pracy z pacjentem postsuicydalnym jest ocena przeżywanego bólu psychologicznego. Badania przeprowadzone przez E. Shneidmana potwierdzają istnienie związku między odczuwanym bólem psychologicznym a próbami samobójczymi (Leenaars, 2010). Za źródła wspomnianego bólu uważa on poczucie winy, wściekłość, wstyd, samotność oraz poczucie beznadziejności. Uznawane są one za efekt niezaspokojonych potrzeb jednostki oraz mogą się bezpośrednio przyczynić do podjęcia decyzji o zamachu samobójczym. Ocena bólu psychologicznego jest jednym z elementów pracy psychologa z pacjentem postsuicydalnym. Skłonności samobójcze jednostki wymagają leczenia przez specjalistę, który poprzez

stworzenie bezpiecznej relacji towarzyszy pacjentowi w wypracowaniu konstruktywnych sposobów radzenia sobie z bólem emocjonalnym, a co za tym idzie – pomaga zmniejszyć skłonności do autodestrukcji oraz zagrożenie śmiercią (Shneidman, 1981).

E. Shneidman zaproponował stosowanie terapii zwanej łagodzącą (z ang. *anodyne therapy*). Koncentruje się ona na zaspokojeniu potrzeb sfrustrowanego pacjenta. Zadaniem specjalisty jest pomoc w zmniejszeniu stopnia odczuwanego bólu emocjonalnego poprzez jego identyfikację, zredukowanie oraz przedefiniowanie. Terapeuta identyfikuje źródła frustracji pacjenta.

Efektywność oddziaływań terapeutycznych zależna jest w znacznej mierze od relacji między terapeutą a pacjentem i zawarciem tzw. kontraktu na życie. Został on po raz pierwszy opisany w roku 1973 (Drye, Goulding, Goulding, 1973). Był umową między pacjentem a klinicystą obejmującą następujące aspekty:

- deklarację pacjenta, iż nie zrobi on sobie krzywdy ani nie odbierze sobie życia,
- szczegóły dotyczące czasu trwania kontraktu,
- plan awaryjny na wypadek niedotrzymania warunków kontraktu,
- obowiązki obydwu stron zawartej umowy (Rudd, Mandrusiak, Joiner Jr., 2006).

Celem kontraktu było wzbudzenie w pacjencie poczucia aktywnego udziału w procesie leczenia. Jednakże z powodu braku empirycznych dowodów stał się on przedmiotem krytyki (McMyler, Prymachuk, 2008). Kontrakt na życie zapoczątkował tworzenie innych alternatywnych metod klinicznych, które oparte były na jego podłożu teoretycznym.

### Aktualny stan badań

E. Castaigne i wsp. (2016) twierdzą, iż 60–70% osób po próbie samobójczej wymaga bezwzględnie dalszego leczenia psychoterapeutycznego i farmakologicznego po pobycie w szpitalu. Jednakże aż 50% z nich odmawia dalszego leczenia lub w krótkim okresie czasu rezygnuje z uczestnictwa w terapii.

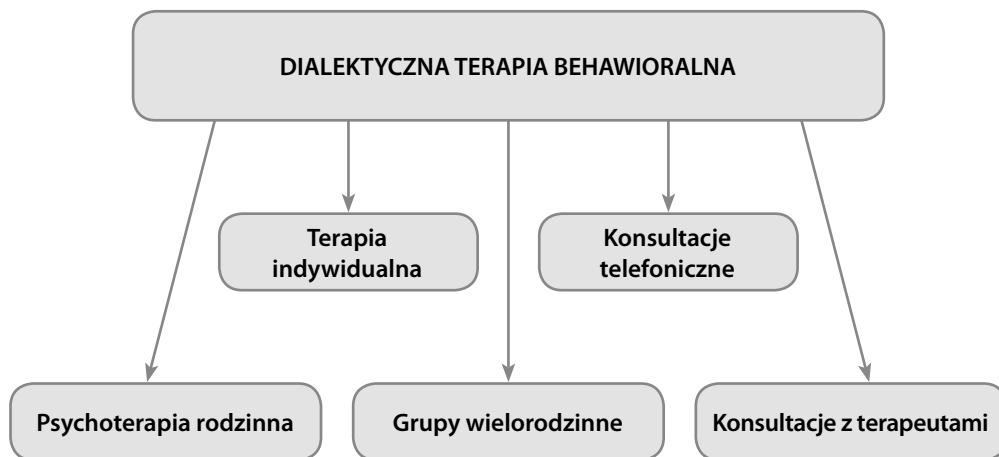
Wg naukowców z John Hopkins University z USA (Stuart, 2014), oddziaływanie psychoterapeutyczne w sposób skuteczny wpływa na zmniejszenie ryzyka dokonania samobójstwa w grupie osób wysokiego ryzyka. Badania 5000 osób po próbie samobójczej leczonych w pierwszym roku psychoterapią wykazały, że w tej grupie pacjentów było o 27% mniej powtórnych prób samobójczych. Co więcej, nawet po upływie 10 lat od zakończenia procesu leczenia korzyści z psychoterapii były w dalszym ciągu zauważalne (Stuart, 2014).

R. van der Sande (1997) stwierdził skuteczność przede wszystkim terapii poznawczo-behawioralnej w zapobieganiu powtórnym próbom samobójczym. M. Inagaki i wsp. (2015) dokonali analizy artykułów naukowych z zakresu efektywności form pomocy udzielanej osobom po samouszkodzeniach oraz próbach samobójczych. Według opinii badaczy, aktywne techniki pomocy wpływały na zmniejszenie ryzyka wystąpienia prób samobójczych oraz aktów samouszkodzeń w przyszłości.

S. Wei i wsp. (2013) analizowali dokumentację pacjentów po próbach samobójczych w Chinach. Pacjentom zaproponowano udział w grupowej terapii poznawczej lub telefonicznej grupie wsparcia. Z pierwszej formy skorzystało kilku pacjentów, z drugiej zaś aż 60% pacjentów po zamachach samobójczych. O pomocy psychologicznej w formie wsparcia przez telefon dla osób po zamachach samobójczych pisali również D. Noh i wsp. (2016). Uważają oni tą formę pomocy za alternatywę dla tradycyjnej psychoterapii prowadzonej „twarzą w twarz”, jednakże podają w wątpliwość jej skuteczność w redukowaniu przyszłych prób samobójczych.

### TERAPIA OSÓB NASTOLETNICH

Okres adolescencji jest czasem intensywnych zmian w zakresie poszukiwania sensu życia, własnej tożsamości oraz zmian priorytetów, innego sposobu spostrzegania otaczającego świata, chęci zaimponowania i poszukiwania własnej drogi życiowej. U blisko 1/3 adolescentów proces ten przebiega w sposób



**Ryc 1.** Formy dialektycznej terapii behawioralnej stosowanej w przypadku nastolatków (Gmitrowicz, Młodożeńiec, Makara-Studzińska, 2015)

burzliwy. Na skutek napotykaných trudności pojawiać się może poczucie beznadziejności. Młodzież reaguje rezygnacją przejawiającą się pod postacią nieumiejętności radzenia sobie z problemami w szkole, poczuciem bezsensu, lękiem, somatyzacją oraz tendencjami samobójczymi. Te ostatnie nierzadko bywają związane z okaleczaniem własnego ciała będącą formą redukcji narastającego wewnętrznego napięcia (Baranowska, 2015).

Wewnętrzne uczucie dyskomfortu i brak nadziei na przyszłość są niwelowane przez podejmowanie zachowań ryzykownych, w tym prób samobójczych (Kulik, Sądel, 2013; Tomaszek, Tucholska, 2012). Psychoterapia osób nieletnich jest trudna. Terapeuta jest osobą z kręgu dorosłych, od których nastolatki próbują się uniezależnić, co ma negatywny wpływ na proces psychoterapii, w tym na zawarcie sojuszu terapeutycznego. Badania kliniczne wykazały skuteczność dialektycznej terapii behawioralnej w leczeniu nastolatków po próbach samobójczych oraz samouszkodzeniach. Wywodzi się ona ze stosowania standardowej terapii behawioralnej w latach siedemdziesiątych XX wieku dla osób z tendencjami samobójczymi. Dialektyczna terapia behawioralna traktuje zachowania samobójcze jako rodzaj wyuczonych metod radzenia

sobie z cierpieniem emocjonalnym. Formy dialektycznej terapii behawioralnej zostały wyszczególnione na rycinie 1.

Terapia indywidualna odbywa się w formie cotygodniowych spotkań trwających od 50 do 60 minut. W okresie kryzysowym dla nastolatka sesje mogą odbywać się nawet dwa razy w tygodniu. W trakcie terapii indywidualnej nastoletni pacjent ma szansę uczyć się, jak wykorzystywać zdobyte umiejętności. Rolą terapeuty jest rozwijanie u nastolatka umiejętności i motywacji, które wpływają na wykształcenie konstruktywnych stylów radzenia sobie lub wzmacniają funkcjonalne radzenie sobie.

Konsultacje telefoniczne są integralną częścią terapii między sesjami odbywającymi się w warunkach ambulatoryjnych. Ich cele są następujące:

- pomoc w treningu umiejętności,
- interwencja w przypadkach nagłych,
- zachęta do przekazywania również dobrych wiadomości, co przerywa związek między zachowaniami samobójczymi a zainteresowaniem terapeuty,
- stwarzanie kontekstu pomagającego naprawić relację terapeutyczną, ponieważ pacjent nie musi czekać na kolejny wyznaczony termin sesji.

Sesja prowadzona przy pomocy telefonu jest dostosowana do stopnia złożoności problemu oraz czasu terapeutycznego.

Psychoterapia rodzinna dotyczy nastoletniego pacjenta i jego rodziny. Według badań, taka forma terapii okazała się skuteczna w redukowaniu liczby prób samobójczych w przyszłości. Oprócz terapii rodzinnej możliwe jest uczestnictwo rodziców w grupach treningowych – mogą przyjmować one formę treningu umiejętności, grup psychoedukacyjnych lub grup wsparcia.

Warto również wspomnieć o grupie wielorodzinnej. Spotkania takiej grupy odbywają się z częstotliwością raz na 3–4 tygodnie. Uczestniczą w niej nastolatki wspólnie ze swoimi rodzicami. Celem jest podjęcie pracy na określony temat.

Osoby młodociane z tendencjami samobójczymi często doświadczają niepowodzeń w terapii, co prowadzi do jej przerwania. Niestosowanie się do zaleceń terapeuty oraz przerwanie terapii pojawiają się najczęściej wtedy, gdy rodzice przyprowadzają nastolatka wbrew jego woli (Gmitrowicz, Młodożeniec, Makara-Studzińska, 2015).

W literaturze przedmiotu można znaleźć badania dotyczące skuteczności terapii nastoletnich pacjentów. Przykładem tego typu badań był projekt badawczy obejmujący swym zakresem trzy populacje młodzieży ze zdiagnozowaną depresją (the Treatment of Adolescent Depression Study – TADS, the United Kingdom-based Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial – ADAPT oraz The treatment of SSRI-resistant depression in adolescents – TORIDA), gdzie porównywano: terapię lekami vs. terapię poznawczo-behawioralną vs. terapię łączoną (psychoterapia i farmakoterapia) (Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka, Goodyer, 2011; Brent, 2009; Daniel, Goldston, 2009).

W TADS wykazano wyższą skuteczność terapii łączonej nad terapią z wykorzystaniem leków. W efekcie działania pierwszej z nich następowało szybsze ustępowanie myśli samobójczych u badanych. Z kolei w ADAPT nie wykazano podobnej zależności. W populacji

TADS uzyskano wyniki potwierdzające istnienie związku między wyższymi zasobami socjo-demograficznymi a skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej (Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka, Goodyer, 2011; Brent, 2009; Daniel, Goldston, 2009).

W przypadku nastolatków ze zdiagnozowanym zaburzeniem osobowości typu *borderline* (osobowość chwiejna emocjonalnie) wykazano skuteczność terapii behawioralnej w ośrodkach pod nazwą the Centre of Excellence in Suicide Prevention (Miller, Rathus, Linehan, 2011). Cele terapeutyczne przedstawiane są pacjentom w postaci piramidy, której podstawą jest uważność – tolerowanie dyskomfortu psychicznego – skuteczność w zakresie relacji interpersonalnych – regulowanie emocji; na szczycie znajduje się zaś redukowanie zachowań samobójczych (Miller, Rathus, Linehan, 2011).

W terapii osób nastoletnich z ryzykiem samobójczym skuteczne okazują się także inne formy pomocy, takie jak: trening rozwiązywania problemów oraz kontrakt zapobiegający samobójstwu (Gmitrowicz, Młodożeniec, Makara-Studzińska, 2015).

### **Badanie SEYLE wraz z interwencjami zapobiegawczymi w szkołach**

W celu zmniejszenia liczby zachowań samobójczych wśród osób w wieku dojrzewania zamieszkujących kraje europejskie powstał Program Ramowy Unii Europejskiej, który sfinansował projekt SEYLE (z ang. Saving and Empowering Young Lives in Europe).

SEYLE to program badawczy, który miał na celu zebranie danych na temat nastolatków w przedziale wiekowym 14–16 lat, uczęszczających do 168 szkół z 10 krajów UE (Austrii, Francji, Estonii, Niemiec, Irlandii, Włoch, Węgier, Słowenii, Rumunii, Hiszpanii) w okresie od stycznia 2009 roku do grudnia 2011 roku.

Analizując wyniki badań stwierdzono występowanie myśli samobójczych u 32,3% badanych nastolatków. Znacząco wyższe wyniki odnotowano w grupie starszych uczniów (38,7%), a wśród dziewczyn (24,5%).

W związku z uzyskanymi wynikami w okresie od listopada 2009 roku do grudnia 2010 roku wprowadzono w szkołach objętych badaniem programy z różnymi interwencjami zapobiegawczymi.

Pierwszy z nich był oparty na interwencji o nazwie QPR, czyli *Pytaj, Przekonuj, Przekazuj!* Polegał on na szkoleniu tzw. strażników (nauczycieli, personelu szkolnego), mających za zadanie diagnozowanie osób narażonych na zachowania ryzykowne i zapobieganie nim. Obejmował nie tylko diagnozowanie osób w ryzyku samobójczym, ale także informowanie o możliwościach poszukiwania pomocy, motywowanie do zmiany zachowań oraz kierowanie do odpowiednich placówek udzielających pomocy (Wasserman, Carli, Wasserman, Apter, Balazs, Bobes, Bracale, Brunner, Bursztein-Lipsicas, 2010).

Kolejnym programem była interwencja Youth Aware of Mental Health (YAM). Miała ona na celu promowanie zdrowia psychicznego wśród nastolatków. Uczniowie otrzymali poradnik, dzięki któremu edukowani byli między innymi o stanach depresyjnych i myślach samobójczych. Dodatkowo zawierał także adresy i numery telefonów placówek niosących pomoc (Wasserman, Carli, Wasserman, Apter, Balazs, Bobes, Bracale, Brunner, Bursztein-Lipsicas, 2010).

Ostatni program to *Profesjonalne Wykrywanie* (z ang. Professional Screening – Prof-Screen). Była to interwencja mająca na celu identyfikowanie nastolatków narażonych na zachowania samobójcze (Wasserman, Carli, Wasserman, Apter, Balazs, Bobes, Bracale, Brunner, Bursztein-Lipsicas, 2010).

## WNIOSKI

Przegląd badań na temat psychologicznych metod pracy z osobami po próbach samobójczych ukazuje ich dużą różnorodność. Dostępne w literaturze przedmiotu badania potwierdzają korzystny wpływ oddziaływań psychologicznych na zmniejszenie ryzyka wystąpienia prób samobójczych w przyszłości. Łączącym wszystkie metody celem nadrzęd-

nym jest stworzenie pacjentowi suicydalnemu warunków do odreagowania agresji, rozładowania napięcia oraz nauki umiejętności konstruktywnego radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Efektywne pomaganie wymaga ze strony specjalisty zarówno merytorycznego, jak i praktycznego przygotowania.

Istotne jest również dostosowanie form pomocy psychologicznej do wieku pacjentów. Inne zasady, a co za tym idzie – metody pracy – będą obowiązywały w przypadku osób dorosłej, inne zaś w przypadku nastolatka.

## Bibliografia

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 40 (7), 24–51.
- American Psychiatric Association (2010). *Practice Guideline For The Assessment And Treatment Of Patients With Suicidal Behaviors*. APA.
- Baranowska A. (2015). Zachowania autodestrukcyjne wśród młodzieży. *Pedagogika Społeczna*, 4 (58), 97–116.
- Baumann K. (2008). Problem aktów samobójczych wśród osób w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 16 (2), 80–88.
- Brent D.A. (2009). The treatment of SSRI-resistant depression in adolescents (TORDIA): in search of the best next step. *Depress Anxiety*, 26 (10), 871–4.
- Castaigne E., Hardy P., Mouaffak F. (2016). Follow-up interventions after suicide attempt. What tools, what effects and how to assess them? *Encephale*, doi: 10.1016/j.encep.2016.08.004.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Centers for Injury Prevention and Control, Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) (2013). *Leading causes of death, United States*.
- D’Zurilla T.J., Nezu A.M., Maydeu Olivares A. (2002). *Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R)*. Multi-Health Systems, Inc: North Tona-wanda, NY.
- Daniel S.S., Goldston D. (2009). Interventions for Suicidal Youth: A Review of the Literature and Developmental Considerations. *Suicide Life Threat Behav.*, 39(3), 252.
- Drye R.C., Goulding R.L., Goulding M.E. (1973). No-suicide decisions: Patient monitoring of



- suicidal risk. *American Journal of Psychiatry*, 130, 171–174.
- Gmitrowicz A., Młodożeniec A., Makara-Studzińska M. (2015). *Ryzyko samobójstwa u młodzieży. Diagnostyka, terapia, profilaktyka*. PZWL: Warszawa.
- Gmitrowicz A., Orzechowska A., Talarowska M., Florkowski A. (2013). Samobójstwa pacjentów w szpitalach psychiatrycznych – badania wstępne. *Psychiatria*, 10(2), 84–90.
- Hepp U., Wittmann L., Schnyder U., Michel K. (2004). Psychological and Psychosocial Interventions After Attempted Suicide. An Overview of Treatment Studies. *Crisis*, 25(3), 108–117.
- Holliday C., Vandermause R. (2015). Teen experiences following a suicide attempt. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(29), 168–173.
- Inagaki M., Kawashima Y., Kawanishi C., Yonemoto N., Sugimoto T., Furuno T., Ikeshita K., Eto N., Tachikawa H., Shiraishi Y., Yamada M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *J Affect Disord*, 175, 66–78.
- James R.K., Gilland B.E. (2006). *Strategie interwencji kryzysowej*. PARPA. Wydawnictwo Edukacyjne: Warszawa.
- Krajewska K., Florkowski A., Gmitrowicz A. (2014). Związek zespołu zależności alkoholowej rodziców z występowaniem prób samobójczych wśród nastoletnich pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie. *Psychiatr. Psychol. Klin.*, 14(3), 196–201.
- Kulik A., Sądel E. (2013). Lęk i jakość życia jako determinanty poczucia beznadziejności u młodzieży. *Psychiatr. Psychol. Klin.*, 13(2), 83–91.
- Leenaars A.A. (2010). Review. Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online*. 1, 5–18.
- Makara-Studzińska M. (2001). Wybrane zagadnienia z problematyki suicydologii. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, XXVI(17), 219–231.
- McMyler C., Prymachuk S. (2008). Do „no-suicide” contracts work? *J. Psychiatr. Ment. Health. Nurs.*, 15(6), 512–522.
- Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M. (2011). *Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z zachowaniami samobójczymi*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: Kraków.
- Namysłowska I. (2013). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość. *Postępy Nauk Medycznych*, Borgis, 1, 4–9.
- Noh D., Park Y.S., Oh E.G. (2016). Effectiveness of Telephone – Delivered Interventions Following Suicide Attempts: A Systematic Review. *Arch. Psychiatr. Nurs.*, 30(1), 114–119.
- Nolen-Hoeksema S. (2008). Suicide. Nolen-Hoeksema S. *Abnormal Psychology* (4th ed) McGraw-Hill: New York.
- O'Connor R.C., Nock M.K. (2014). The psychology of suicidal behavior. *The Lancet Psychiatry*.
- Putowski M., Piróg M., Podgórnjak M., Zawisłak J., Pieciewicz-Szczęsna H. (2015). Analiza epidemiologiczna występowania samobójstw w Polsce w latach 2000–2013. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 96(1), 264–268.
- Rudd M.D., Mandrusiak M., Joiner Jr. T.E. (2006). The Case Against No-Suicide Contracts: The Commitment to Treatment Statement as a Practice Alternative. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62(2), 243–251.
- Shneidman E.S. (1981). Psychotherapy with suicidal patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 11(4), 341–348.
- Stuart E. (2014). Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. *Lancet Psychiatry*.
- Tomaszek K., Tucholska S. (2012). Psychospołeczne następstwa poczucia alienacji u młodzieży. *Pedagogia Christiana*, 2(30), 163–178.
- van der Sande R., Buskens E., Allart E., van der Graaf Y., Van Engeland. (1997). Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(1), 43–50.
- Wasserman D., Carli V., Wasserman C., Apter A., Balazs J., Bobes J., Bracale R., Brunner R., Bursztein-Lipsicas C. et al. (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health.*, 10, 192.
- Wei S., Liu L., Bi B., Li H., Hou J., Tan S., Chen X., Chen W., Jia X., Dong G., Qin X., Liu Y. (2013). An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Crisis*, 34(2), 107–115.
- Wilkinson P.O., Kelvin R., Roberts C., Dubicka B., Goodyer I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Anti-depressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am. J. Psychiatry*, 168, 495–501.
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide; a global imperative*. Geneva.