

Światowa Organizacja Zdrowia
Polskie Towarzystwo Suicydologiczne

ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM
PORADNIK DLA PRACOWNIKÓW
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

GENEWA-WARSZAWA
2003

- 1 -

Tytuł oryginału angielskiego:
*PREVENTING SUICIDE A RESOURCE
FOR PRIMARY HEALTH CARE WORKERS*

Mental and Behavioural Disorders
Department of Mental Health
World Health Organization
Geneva 2000

Przekład z języka angielskiego:
Dr Barbara Mroziak

© Copyright: *Polskie Towarzystwo Suicydologiczne*

e-mail: brodniak@ipin.edu.pl
<http://www.ipin.edu.pl/towsuicyd>

Ten dokument jest jednym z serii poradników adresowanych do określonych grup zawodowych i społecznych, szczególnie ważnych dla zapobiegania samobójstwom.

Poradnik przygotowano w ramach realizowanego na całym świecie z inicjatywy WHO programu SUPRE, którego celem jest zapobieganie samobójstwom.

Słowa kluczowe: samobójstwo / zapobieganie / poradniki / pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej

ISBN 83-918777-2-8

Wydano za zgodą Światowej Organizacji Zdrowia:
TR/02/114-118 z dnia 3 lipca 2002 r.

Zakład Wydawniczo Produkcyjny *FOLIAL*, 02-858 Warszawa, ul. Fanfarowa 25

Spis treści

Wstęp	5
Wstęp do wydania polskiego.....	7
Samobójstwo — skala problemu.....	9
Dlaczego koncentrujemy się na pracownikach podstawowej opieki zdrowotnej?.....	9
Samobójstwo a zaburzenia psychiczne	10
Choroba somatyczna a samobójstwo	13
Samobójstwo — czynniki socjodemograficzne i środowiskowe	14
Stan psychiczny osób o skłonnościach samobójczych	16
Jak dotrzeć do osoby o skłonnościach samobójczych?	17
Samobójstwo — fikcja i fakty.....	18
Jak rozpoznać osobę o skłonnościach samobójczych?	18
Jak ocenić ryzyko samobójstwa?	19
Jak postępować z osobą o skłonnościach samobójczych?	20
Kierowanie osób o skłonnościach samobójczych do specjalisty.....	22
Porady— skąd można uzyskać pomoc?	23
Co robić i czego nie robić?.....	23
Wnioski	24

Wstęp

Samobójstwo jest złożonym zjawiskiem, które od stuleci przyciągało uwagę filozofów, teologów, lekarzy, socjologów i artystów. Francuski filozof, Albert Camus, w swoim *Micie Szyzyfa* uznał je za jedyny poważny problem filozoficzny.

Samobójstwami — jako poważnym problemem w dziedzinie zdrowia publicznego trzeba się zająć, lecz zapobieganie im nie jest, niestety, łatwym zadaniem. Najnowsze badania wskazują, że zapobieganie samobójstwom jest wprawdzie możliwe, lecz wymaga całej serii działań, począwszy od zapewnienia jak najlepszych warunków wychowywania dzieci i młodzieży, poprzez skuteczne leczenie zaburzeń psychicznych, a skończywszy na kontrolowaniu czynników ryzyka w środowisku. Sukces programów zapobiegania samobójstwu zależy przede wszystkim od odpowiedniej popularyzacji informacji na ten temat oraz od pogłębienia świadomości.

W 1999 r. WHO rozpoczęło na całym świecie program zapobiegania samobójstwom — SUPRE. Ta broszura należy do serii poradników przygotowanych w ramach SUPRE i adresowanych do określonych grup społecznych, szczególnie ważnych dla zapobiegania samobójstwom. Jest ogniwem długiego i zróżnicowanego łańcucha, na który składa się wiele różnych osób i grup, m.in. pracownicy służby zdrowia, nauczyciele i pedagodzy, organizacje społeczne, rządy, legislatorzy, osoby zajmujące się zawodowo środkami przekazu i egzekwowaniem prawa, a także rodziny i społeczności.

Jesteśmy szczególnie wdzięczni profesorowi Diego de Leo z Griffith University w Brisbane, Queensland, w Australii, autorowi wcześniejszej wersji tej broszury. Jej tekst był następnie recenzowany przez następujące osoby z należącej do WHO Międzynarodowej Sieci Zapobiegania Samobójstwom, którym składamy podziękowanie:

Dr Sergio Pérez Barrero, *Hospital de Bayamo, Granma, Kuba,*

Dr Annette Beautrais, *Christchurch School of Medicine, Christchurch, Nowa Zelandia,*

Dr Ahmed Okasha, *Ain Shams University, Kair, Egipt,*

Profesor Lourens Schlebusch, *University of Natal, Durban, Afryka Południowa,*

Profesor Jean-Pierre Soubrier, *Groupe Hospitalitier Cochon, Paryż, Francja,*

Dr Airi Värnik, *Tartu University, Tallin, Estonia,*

Profesor Danuta Wasserman, *National Centre for Suicide Research and Control, Sztokholm, Szwecja,*

Dr Shutao Zhai, *Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, Chiny.*

Wyrazy wdzięczności składamy także dr Lakshmi Vijayakumar, *SNEHA, Chennai, Indie,* za pomoc w redakcji technicznej wcześniejszych wersji poradników.

Poradniki te są obecnie szeroko rozpowszechniane z nadzieją, że będą tłumaczone i adaptowane do warunków miejscowych — co jest niezbędne dla ich skuteczności. Chętnie udzielimy zgody na ich tłumaczenie i adaptację oraz oczekujemy na komentarze.

Dr J. M. Bertolote
Koordynator

*Zaburzenia Psychiczne
i Zaburzenia Zachowania
Departament Zdrowia Psychicznego*

Światowa Organizacja Zdrowia — WHO

Wstęp do wydania polskiego

Samobójstwo stanowi obecnie poważny problem społeczny, bowiem w aktualnych uwarunkowaniach socjologiczno-ekonomicznych naszego kraju coraz więcej osób poszukuje pomocy w różnych sytuacjach kryzysowych. Transformacja ustrojowa spowodowała m.in., że stosunki międzyludzkie stają się coraz bardziej skomplikowane, a funkcjonowanie zawodowe i rodzinne uwarunkowane jest wzrastającą nieustannie różnorodnością wzajemnie powiązanych czynników i zdarzeń. Ta złożoność stosunków społecznych powoduje, że wiele osób nie ma się do kogo zwrócić o pomoc i wsparcie w sytuacji dla siebie psychologicznie trudnej. Długotrwałe sytuacje stresowe i trudności adaptacyjne mogą prowadzić do zachowań suicydalnych u niektórych, bardziej wrażliwych osób i w konsekwencji, jeżeli w porę nie uzyskają pomocy, do samobójstwa dokonanego ze skutkiem śmiertelnym.

W Polsce od wielu lat obserwuje się niewystarczający udział przedstawicieli służby zdrowia zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej w działalności profilaktycznej mającej na celu zapobieganie zamachom samobójczym. Należy pamiętać, że wielu potencjalnych samobójców w okresie kilku miesięcy, tygodni, czy też dni poprzedzających samobójstwo odwiedza swoich lekarzy, nie poruszając z własnej inicjatywy dręczących ich dramatycznych przeżyć. Dlatego pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej mogą odegrać znaczącą rolę w zapobieganiu samobójstwom, pytając swoich pacjentów, a szczególnie tych wykazujących smutek i przygnębienie o myśli samobójcze, a w przypadku uzyskania potwierdzenia wdrożyć odpowiednie postępowanie. Pracownik POZ nie powinien się obawiać, że nawiązując do rozmowy o samobójstwie może zachęcić pacjenta do zamachu na życie, a wręcz przeciwnie, taki chory będzie wdzięczny za postawione pytanie zmierzające do uratowania mu życia, bo ocena stanu psychicznego i wdrożone odpowiednie postępowanie mogą zapobiec tragedii.

Zachowania suicydalne (próby samobójcze i samobójstwa dokonane) należą do czynów autodestrukcyjnych popełnianych przez człowieka. Zamach na własne życie jest przede wszystkim następstwem osobistego dramatu jednostki oraz jej najbliższego otoczenia. Samobójstwo jest czynem mającym na celu świadome unicestwienie własnego życia i w wielu przypadkach raczej świadomą

rezygnacją z najwyższych wartości człowieka, jaką jest życie. Znaczny odsetek — wg niektórych autorów 60–90 % samobójstw jest podejmowana przez osoby chore psychicznie, cierpiące przeważnie na depresję, psychozy, zaburzenia osobowości i uzależnienie od alkoholu.

Dlatego też w większości krajów nieudzielenie pomocy potencjalnemu samobójcy traktowane jest jako przestępstwo. Jeżeli z rozważań samobójczych zostaną wyłączone osoby, które popełniły samobójstwo z przesłanek psychopatologicznych, to pozostałe będą przeważnie następstwem zaburzonej równowagi między jednostką, a społeczeństwem oraz stanowią konstelację indywidualnych cech osobowości suicydanta i uwarunkowań środowiskowych.

Stosunkowo niewiele jest wiadomo o indywidualnych motywach i uwarunkowaniach zachowań samobójczych człowieka, a zwłaszcza o mechanizmach psychologicznych powodujących, że w sytuacji ocenianej przez daną osobę jako dramatyczną zawodzą mechanizmy obronne i człowiek zdolny jest targnąć się na własne życie. Powszechnie uważa się, że m.in. wskaźnik samobójstw w pewnym stopniu odzwierciedla kondycję psychiczną danego społeczeństwa. Jeżeli przyjmiemy, że większość przypadków zachowań samobójczych ludzi powodują czynniki psychopatologiczne, to nie można wykluczyć, że są one w znacznej mierze wynikiem całokształtu życia społecznego i częstokroć są też wskaźnikiem społecznej dezintegracji. Ujmując w ten sposób zjawisko samobójstwa obciążamy w pewnym stopniu całe społeczeństwo, a nie tylko najbliższe środowisko społeczne samobójcy.

Należy przypuszczać, że ten poradnik zainteresuje Czytelników w szeregach pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, a znajdujące się w nim praktyczne wskazówki przyczynią się do ograniczenia skali autodestruktywnych zachowań w naszym społeczeństwie.

*Prof. dr hab. med. Antoni Florkowski
WICEPREZES
Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego*

SAMOBÓJSTWO — SKALA PROBLEMU

- W ciągu roku samobójstwo popełni prawdopodobnie milion ludzi na całym świecie.
- Co 40 sekund gdzieś na świecie ktoś popełnia samobójstwo.
- Co 3 sekundy ktoś próbuje odebrać sobie życie.
- Samobójstwo należy do trzech najczęstszych przyczyn śmierci młodych ludzi w wieku od 15 do 35 lat.
- Każde samobójstwo ma poważny wpływ na co najmniej sześć innych osób.
- Psychologiczny, społeczny i finansowy wpływ samobójstwa na rodzinę i społeczeństwo jest niezmierny.

Samobójstwo jest złożonym problemem, który nie ma jakiegokolwiek jednej przyczyny, czy jakiegokolwiek jednego powodu. Jest wynikiem złożonej interakcji czynników biologicznych, genetycznych, psychologicznych, społecznych, kulturowych i środowiskowych.

Trudno wyjaśnić, dlaczego niektórzy ludzie decydują się popełnić samobójstwo, podczas gdy inni w podobnej czy nawet gorszej sytuacji tego nie robią. Większości samobójstw można jednak zapobiec.

Samobójstwo stanowi obecnie poważny problem w dziedzinie zdrowia publicznego we wszystkich krajach. Jeśli damy pracownikom służby zdrowia pierwszego kontaktu możliwość rozpoznawania w społeczności lokalnej osób o skłonnościach samobójczych, diagnozowania ich, sprawowania nad nimi opieki i kierowania do specjalisty, będzie to ważny krok w zapobieganiu samobójstwom.

DLACZEGO KONCENTRUJEMY SIĘ NA PRACOWNIKACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ?

- Pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej mają długotrwałe i bliskie kontakty ze społecznością lokalną i są dobrze odbierani przez mieszkańców.
- Stanowią ważne ogniwo łączące społeczność lokalną ze służbą zdrowia.
- W wielu krajach rozwijających się, gdzie opieka w zakresie zdrowia psychicznego nie jest dobrze rozwinięta, są oni często głównym źródłem opieki zdrowotnej.

- Dzięki dobrej znajomości społeczności lokalnej mogą uzyskać wsparcie ze strony rodzin, przyjaciół i organizatorów.
- Mogą zapewnić ciągłość opieki.
- Często od nich zaczyna się kontakt ze służbą zdrowia i świadczenia zdrowotne dla osób w bardzo złym stanie emocjonalnym. Krótko mówiąc, są oni dostępni, mają wiedzę i znajomości, a także są zaangażowani w świadczenie opieki.

SAMOBÓJSTWO A ZABURZENIA PSYCHICZNE

Badania prowadzone w krajach zarówno rozwiniętych, jak i rozwijających się wskazują na dwa czynniki. Po pierwsze, u większości osób, które popełniają samobójstwo, można rozpoznać jakieś zaburzenia psychiczne. Po drugie, samobójstwa i zachowania samobójcze zdarzają się częściej wśród pacjentów psychiatrycznych.

Ryzyko samobójstwa stwierdza się (w porządku malejącym) w grupach pacjentów z następującymi rozpoznaniem:

- depresja (wszystkie postaci),
- zaburzenia osobowości (osobowość antyspołeczna, oraz osobowość typu *borderline* — „z pogranicza”, z cechami impulsywności, agresją i częstymi zmianami nastroju),
- alkoholizm (i/lub nadużywanie narkotyków u młodzieży),
- schizofrenia,
- zaburzenia psychiczne o podłożu organicznym,
- inne zaburzenia psychiczne.

Chociaż osoby popełniające samobójstwo przeważnie mają jakieś zaburzenia psychiczne, większość z nich nigdy nie była u profesjonalisty zajmującego się zdrowiem psychicznym. Dlatego też rola pracowników służby zdrowia pierwszego kontaktu staje się taka ważna.

Depresja

Depresja jest najczęstszym rozpoznaniem w przypadkach samobójstwa dokonanego. Każdy z nas od czasu do czasu czuje się smutny, przygnębiony, samotny i niepewny, ale takie nastroje zwykle mijają. Kiedy jednak te uczucia utrzymują się uporczywie i zakłócają normalne życie człowieka, stan taki przestaje być nastrojem depresyjnym, a zaczyna być chorobą depresyjną.

Do powszechnie występujących objawów depresji należą:

- codzienne uczucie smutku przez większość dnia,
- utrata zainteresowania zwykle wykonywanymi zajęciami,
- spadek wagi (bez odchudzania się) lub przybranie na wadze,
- spanie za długo lub za krótko, albo za wczesne budzenie się,
- uczucie zmęczenia i osłabienia cały czas,
- poczucie bezwartościowości, winy lub beznadziejskości,
- ciągła drażliwość i niepokój,
- trudności z koncentracją, podejmowaniem decyzji lub zapamiętywaniem różnych rzeczy,
- powtarzające się myśli o samobójstwie i śmierci.

Dlaczego depresja bywa nie rozpoznawana?

Chociaż istnieje bardzo wiele sposobów leczenia depresji, choroba ta często bywa nie rozpoznawana z kilku powodów:

1. Ludzie często wstydzą się przyznać, że mają depresyjny nastrój, ponieważ widzą te objawy jako „przejaw słabości”.
2. Ludzie dobrze znają uczucia związane z depresją i wobec tego nie potrafią uznać jej za chorobę.
3. Depresję trudniej jest rozpoznać wówczas, gdy ktoś ma równocześnie inną chorobę somatyczną.
4. Pacjenci z depresją mogą odczuwać wiele różnych, niewyraźnych bólów.

Depresję można leczyć Samobójstwu można zapobiec

Alkoholizm

1. Stwierdzono, że około jedna trzecia samobójców to osoby uzależnione od alkoholu.
2. 5 do 10% ludzi uzależnionych od alkoholu kończy życie samobójstwem.
3. Stwierdzono, że wiele osób było pod wpływem alkoholu podczas popełniania aktu samobójstwa.
4. Dla popełniających samobójstwo ludzi z problemami alkoholowymi charakterystyczne jest to, że:
 - zaczęli pić w bardzo młodym wieku,

- pili alkohol przez długi czas,
- pili w dużych ilościach,
- ich stan zdrowia fizycznego był zły,
- czuli się przygnębieni,
- mieli burzliwe i nieuporządkowane życie osobiste,
- niedawno doznali poważnej straty w relacjach interpersonalnych, takiej, jak np. rozstanie ze współmałżonkiem i/lub rodziną, rozwód lub śmierć bliskiej osoby,
- źle sobie radzili w pracy.

Uzależnione od alkoholu osoby popełniające samobójstwo nie tylko zaczynają pić w młodym wieku i piją dużo, ale także mogą pochodzić z rodzin alkoholowych.

Nadużywanie środków odurzających coraz częściej stwierdza się u młodzieży podejmującej zachowania samobójcze.

Obecność u kogoś zarówno alkoholizmu, jak i depresji ogromnie zwiększa ryzyko samobójstwa tej osoby

Schizofrenia

W przybliżeniu 10% schizofreników popełnia w końcu samobójstwo. Schizofrenię charakteryzują zaburzenia mowy, myślenia, słyszenia lub widzenia, zaniedbanie higieny osobistej i niewłaściwe zachowania społeczne; krótko mówiąc, drastyczne zmiany zachowania i/lub odczuwania, albo dziwaczne pomysły.

Ryzyko samobójstwa jest u schizofreników większe, jeśli są:

- młodymi, bezrobotnymi mężczyznami stanu wolnego,
- we wczesnej fazie choroby,
- przygnębieni, w bardzo obniżonym nastroju,
- skłonni do częstych nawrotów choroby,
- bardzo wykształceni,
- paranoidalni (podejrzliwi).

Prawdopodobieństwo wypełnienia samobójstwa przez schizofreników jest większe w następujących okresach:

- w początkowym stadium choroby, kiedy są zagubieni i/lub w stanie pomieszania,
- w początkowym okresie powrotu do zdrowia, kiedy zewnętrznie objawy już ustępują, ale chorzy wewnętrznie czują się słabi,

- w początkowym okresie nawrotu choroby, kiedy mimo poczucia, że już przezwyciężyli swój problem, objawy jednak powracają,
- wkrótce po wypisie ze szpitala.

CHOROBA SOMATYCZNA A SAMOBÓJSTWO

Niektóre choroby somatyczne wiążą się z większą częstością samobójstw.

Zaburzenia neurologiczne

Padaczka. Zwiększona impulsywność, agresja i przewlekła niepełnosprawność często występująca u osób z padaczką — są to prawdopodobne przyczyny częstszych zachowań samobójczych w tej grupie. Przyczynia się do nich alkohol i nadużywanie narkotyków.

Urazy kręgosłupa lub głowy i udary. Im poważniejszy uraz, tym większe jest ryzyko samobójstwa.

Rak

Istnieją dane wskazujące, że choroba terminalna (np. rak) wiąże się z podwyższonymi wskaźnikami samobójstwa. Ryzyko samobójstwa jest większe u:

- mężczyzn,
- wkrótce po rozpoznaniu choroby (w ciągu pierwszych pięciu lat),
- kiedy pacjent przechodzi chemioterapię.

HIV/AIDS

Piętno i charakter tej choroby, a także niepomyślne rokowanie zwiększają ryzyko samobójstwa u osób zarażonych wirusem HIV. Po postawieniu diagnozy, kiedy pacjent nie korzysta z poradnictwa psychologicznego po przeprowadzeniu testu na HIV, ryzyko samobójstwa jest wysokie.

Choroby przewlekłe

Następujące przewlekłe schorzenia mogą się wiązać z podwyższonym ryzykiem samobójstwa:

- cukrzyca,
- stwardnienie rozsiane,

- przewlekłe choroby nerek, wątroby i inne chroniczne schorzenia układu pokarmowego,
- choroby kości i stawów z przewlekłym bólem,
- choroby sercowo-naczyniowe i naczyniowe układu nerwowego,
- zaburzenia seksualne.

Do grupy ryzyka należą również osoby, które mają trudności z chodzeniem, widzeniem i słyszeniem.

Ryzyko samobójstwa wzrasta w chorobach przewlekłych i związanych z bólem

SAMOBÓJSTWO — CZYNNIKI SOCJODEMOGRAFICZNE I ŚRODOWISKOWE

Płeć

Samobójstwo popełnia więcej mężczyzn niż kobiet, ale więcej kobiet podejmuje próby samobójcze.

Wiek

Najwyższe wskaźniki samobójstw notuje się w dwóch okresach życia:

- u ludzi młodych (15–35 lat),
- w wieku podeszłym (ponad 75 lat).

Stan cywilny

Ryzyko samobójstwa jest wyższe w przypadku osób rozwiedzionych, owdowiałych i stanu wolnego niż pozostających w związku małżeńskim. Jeszcze większe skłonności samobójcze mają osoby będące w separacji lub mieszkające samotnie.

Zawód

Ponadprzeciętne wskaźniki samobójstw stwierdza się w przypadku lekarzy, weterynarzy, farmaceutów, chemików i farmerów.

Bezrobocie

Stwierdzono, że z samobójstwem ma związek utrata pracy, a nie status osoby bezrobotnej.

Migracja

Ludzie, którzy przeprowadzili się ze wsi do miasta, albo przenieśli się w inny region lub wyemigrowali do innego kraju mają większe skłonności samobójcze.

Czynniki środowiskowe

Stresujące wydarzenia życiowe. Większość osób popełniających samobójstwo przeżyła szereg stresujących zdarzeń życiowych w ciągu trzech miesięcy przed samobójstwem, takich, jak np.:

- problemy interpersonalne — np. kłótnie ze współmałżonkiem, rodziną, przyjaciółmi, kochankami,
- odrzucenie — np. rozstanie z rodziną i przyjaciółmi,
- utrata – np. straty finansowe, osierocenie (utrata bliskiej osoby),
- problemy w pracy i finansowe — np. utrata pracy, przejście na emeryturę, trudności finansowe,
- zmiany w społeczeństwie — np. gwałtowne zmiany polityczne i ekonomiczne,
- różne inne stresujące przeżycia, takie, jak wstyd i obawa, że nasza wina zostanie ujawniona, wyda się.

Dostępność. Łatwy dostęp do metody popełnienia samobójstwa jest ważnym czynnikiem, od którego zależy, czy dana osoba popełni samobójstwo, czy nie. Ograniczenie dostępności środków umożliwiających popełnienie samobójstwa jest skuteczną strategią zapobiegania samobójstwom.

Zetknięcie się z samobójstwem.

W niewielkim procencie przypadków samobójstwo popełnia wrażliwa dorastająca młodzież, która pod wpływem zetknięcia się z samobójstwem w życiu rzeczywistym lub w środkach masowego przekazu podejmuje zachowania samobójcze.

STAN PSYCHICZNY OSÓB O SKŁONNOŚCIACH SAMOBÓJCZYCH

Psychikę pacjentów o skłonnościach samobójczych charakteryzują szczególnie trzy cechy:

1. Ambiwalencja. Większość ludzi podchodzi do popełnienia samobójstwa z mieszanymi uczuciami. U osoby o skłonnościach samobójczych pragnienie życia zmagają się z pragnieniem śmierci, raz bierze górę jedno, raz drugie, jak na huśtawce. Ktoś taki bardzo chce uciec od bólu istnienia, a jednocześnie pragnie żyć. Wiele osób o skłonnościach samobójczych tak naprawdę wcale nie chce umierać — po prostu w życiu czują się nieszczęśliwe. Jeśli da się im wsparcie i wzrośnie ich pragnienie życia, ryzyko samobójstwa maleje.

2. Impulsywność. Samobójstwo jest również aktem impulsywnym. Jak każdy inny impuls, także impulsywna chęć, by popełnić samobójstwo, jest przemijająca i trwa przez kilka minut lub godzin. Wyzwalają ją zwykle negatywne zdarzenia życia codziennego. Poprzez zażegnanie takiego kryzysu i grę na zwłokę można pomóc, przyczyniając się do zmniejszenia pragnienia śmierci.

3. Sztywność. Kiedy ludzie są w nastroju samobójczym, ich myślenie, odczuwanie i działanie ulega zawężeniu. Nieustannie myślą o samobójstwie i nie są w stanie dostrzec innych dróg wyjścia. Myślą w sposób radykalny.

Większość osób o skłonnościach samobójczych mówi o swoich myślach i zamiarach samobójczych.

Często sygnalizują i stwierdzają wprost, że „chcą umrzeć”, „czują się niepotrzebni”, i tak dalej. Żadnego takiego błagania o pomoc nie wolno lekceważyć. Niezależnie od tego, jakie są ich problemy, ludzie o skłonnościach samobójczych na całym świecie mają podobne myśli i uczucia.

Uczucia	Myśli
Smutek, przygnębienie	„Żałuję, że nie umarłem”
Osamotnienie	„Nic nie mogę zrobić”
Poczucie bezradności	„Już więcej tego nie wytrzymam”
Beznadziejność	„Do niczego się nie nadaję i jestem tylko ciężarem”
Poczucie bezwartościowości	„Beze mnie będzie im lepiej”

JAK DOTRZEĆ DO CZŁOWIEKA O SKŁONNOŚCIACH SAMOBÓJCZYCH?

Kiedy ktoś mówi „Mam dość życia”, albo „Życie nie ma sensu”, bardzo często zbywa się go, albo podaje mu się jako przykład innych, którzy mieli jeszcze trudniejszą sytuację. Żadna z tych reakcji nie pomaga osobie o skłonnościach samobójczych.

Pierwszy kontakt z osobą o skłonnościach samobójczych jest bardzo ważny. Często ma miejsce w ruchliwej klinice, w domu lub jakimś miejscu publicznym, gdzie przeprowadzenie poufnej rozmowy może być trudne.

Pierwszym krokiem jest znalezienie odpowiedniego miejsca, gdzie można porozmawiać w miarę spokojnie i w odosobnieniu.

Następnym krokiem jest przeznaczenie na rozmowę niezbędnej ilości czasu. Osoby o skłonnościach samobójczych zwykle potrzebują więcej czasu, żeby się wywnętrzyć i trzeba się przygotować psychicznie, żeby dać im na to czas.

Następnie najważniejszym zadaniem jest skuteczne wysłuchanie takiej osoby. „Wyciągnięcie ręki i wysłuchanie samo w sobie jest dużym krokiem ku obniżeniu poziomu rozpaczliwości”.

Chodzi o stworzenie pomostu nad przepaścią, jaka powstała wskutek nieufności, rozpaczliwości i utraty nadziei, oraz o to, by dać takiej osobie nadzieję, że wszystko może się jeszcze zmienić na lepsze.

Jak się zachowywać podczas rozmowy?

- Słuchaj uważnie, bądź spokojny.
- Staraj się zrozumieć uczucia tej osoby (wczuwaj się, bądź empatyczny).
- Niewerbalnie okazuj jej akceptację i szacunek.
- Wyrażaj szacunek dla opinii i wartości tej osoby.
- Rozmawiaj w sposób uczciwy i autentyczny.
- Okazuj zainteresowanie, troskę i ciepło.
- Skup się na uczuciach tej osoby.

Czego nie robić podczas rozmowy?

- Nie przerywaj zbyt często.
- Nie okazuj, że jesteś wstrząśnięty czy przeżywasz silne emocje.
- Nie dawaj do zrozumienia, że jesteś zajęty.

- Nie traktuj rozmówcy protekcyjnie, z góry.
 - Nie rób niepotrzebnych, niejasnych uwag nie na temat.
 - Nie zadawaj podchwytliwych pytań.
- Spokojne, otwarte, akceptujące i nieoceniające podejście jest niezbędne dla ułatwienia rozmowy.

Słuchaj w ciepły sposób.
 Traktuj z szacunkiem.
 Wczuwaj się w emocje.
 Troszcz się z przekonaniem.

SAMOBÓJSTWO — FIKCJA I FAKTY

Fikcja	Fakty
1. Ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie popełniają samobójstwa	1. Większość osób, które odebrały sobie życie, wcześniej wyraźnie sygnalizowała swój zamiar.
2. Osoby o skłonnościach samobójczych są absolutnie zdecydowane, żeby umrzeć.	2. Większość jest ambiwalentna
3. Samobójstwo zdarza się bez ostrzeżenia.	3. Osoby o skłonnościach samobójczych często dają wiele sygnałów.
4. Poprawa po kryzysie oznacza, że nie ma już ryzyka.	4. Wiele samobójstw następuje po okresie poprawy, kiedy człowiek ma energię i siłę woli, by myśli pełne rozpaczki zmienić w destrukcyjne działanie.
5. Nie wszystkim samobójstwom można zapobiec.	5. To prawda. Ale większości da się zapobiec.
6. Skoro ktoś miał kiedyś skłonności samobójcze, będzie je miał zawsze.	6. Myśli samobójcze mogą powracać, ale nigdy nie są one trwałe, a u niektórych osób mogą już nigdy nie wystąpić.

JAK ROZPOZNAĆ OSOBĘ O SKŁONNOŚCIACH SAMOBÓJCZYCH?

Sygnaly, jakich należy szukać w zachowaniu człowieka i wywiadzie chorobowym:

1. Zachowanie wskazujące na wycofywanie się, niezdolność nawiązania bliskich relacji z rodziną i przyjaciółmi.
2. Choroba psychiczna.
3. Alkoholizm.
4. Lęk lub panika.
5. Zmiana osobowości, okazywanie drażliwości, pesymizmu, przygnębienia lub apatii.
6. Zmiana zwyczajów dotyczących jedzenia i snu.
7. Podejmowanie w przeszłości prób samobójczych.
8. Nienawiść do siebie, poczucie winy, bezwartościowości, wstydu.
9. Niedawna wielka strata — śmierć, rozwód, separacja, etc.
10. Przypadki samobójstwa w rodzinie.
11. Nagłe pragnienie uporządkowania spraw osobistych, pisanie testamentu, etc.
12. Poczucie osamotnienia, bezradności, beznadziejności.
13. Listy samobójcze (pożegnalne).
14. Zły stan zdrowia fizycznego.
15. Powtarzające się wzmianki o śmierci lub samobójstwie.

JAK OCENIĆ RYZYKO SAMOBÓJSTWA?

Kiedy pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej przypuszczają, że w danym przypadku mogą mieć do czynienia z zachowaniem samobójczym, powinni ocenić następujące czynniki:

- aktualny stan psychiczny oraz myśli o śmierci i samobójstwie,
- obecny plan samobójstwa — w jakim stopniu dana osoba się przygotowała i jak szybko ma ono nastąpić,
- system wsparcia tej osoby (rodzina, przyjaciele, itp.).

Najlepszym sposobem, aby dowiedzieć się, czy ktoś ma myśli samobójcze, jest zapytanie go o to. Wbrew popularnemu przekonaniu, rozmawianie o samobójstwie nie powoduje, że się ludziom podsuwa taki pomysł. Tak naprawdę, przynosi im to ulgę i są bardzo wdzięczni, że mogą otwarcie porozmawiać o sprawach i kwestiach, z którymi się zmagają.

Jak pytać?

Nie jest łatwo pytać kogoś o jego czy jej myśli samobójcze. Dobrze jest dochodzić do tego tematu stopniowo. Przydatne bywają np. takie pytania:

- Czy odczuwa Pan(i) smutek)? Czy jest Pani smutno?
- Czy ma Pan(i) poczucie, że nikogo Pani nie obchodzi (że nikogo nie obchodzi, co się z Panią dzieje)?
- Czy ma Pan(i) poczucie, że nie warto żyć?
- Czy myślała Pani o popełnieniu samobójstwa?

Kiedy pytać?

1. Kiedy rozmówca ma poczucie, że się go rozumie.
2. Kiedy swobodnie mówi o swoich uczuciach.
3. Kiedy ta osoba mówi o swoich negatywnych uczuciach — osamotnienia, bezradności, itp.

O co pytać?

1. Aby się dowiedzieć, czy ktoś ma określony plan popełnienia samobójstwa:

- Czy ma Pan jakieś plany żeby skończyć z życiem? (Czy planował Pan, żeby odebrać sobie życie?)
- Czy zastanawiał się Pan nad tym, jak to zrobić?
- 2. Aby się dowiedzieć, czy ten ktoś ma środki (sposób, metodę):
- Czy ma Pan tabletki, pistolet, środki owadobójcze, czy inne sposoby?
- Czy ma Pan do nich łatwy dostęp?
- 3. Aby się dowiedzieć, czy ta osoba już ustaliła czas:
- Czy zdecydował Pan, kiedy chce Pan skończyć z życiem?
- Kiedy planuje Pan to zrobić?

Wszystkie te pytania trzeba zadawać ostrożnie, ze współczuciem, okazując, że to ważna sprawa, która nas obchodzi

JAK POSTĘPOWAĆ Z OSOBĄ O SKŁONNOŚCIACH SAMOBÓJCZYCH?

Małe ryzyko

Ten ktoś ma jakieś myśli samobójcze, np. „Już dłużej nie mogę” czy „Żałuję, że nie umarłem”, ale jeszcze niczego nie planowała.

Co trzeba zrobić?

- Udzielić wsparcia emocjonalnego.
- Omówić uczucia związane z samobójstwem. Im bardziej otwarcie ktoś mówi o swojej stracie, izolacji i bezwartościowości, tym bardziej zmniejsza się jego niepokój emocjonalny. Kiedy ów niepokój emocjonalny uciszy się, osoba ta prawdopodobnie będzie mogła pomyśleć, zastanowić się. Proces refleksji, zastanowienia się, ma zasadnicze znaczenie, ponieważ nikt inny poza nią nie może odwołać decyzji, żeby umrzeć i podjąć decyzji, żeby żyć.
- Skupić się na pozytywnych, mocnych stronach tej osoby, prowadząc rozmowę tak, by opowiedziała, jak dawniej rozwiązywała swoje problemy nie uciekając się do samobójstwa.
- Skierować tę osobę do lekarza czy innego profesjonalisty zajmującego się zdrowiem psychicznym.
- Spotykać się regularnie i utrzymywać stały kontakt.

Średnie ryzyko

Ten ktoś ma myśli i plany samobójcze, ale nie planuje samobójstwa natychmiast.

Co trzeba zrobić?

1. Udzielić wsparcia emocjonalnego, rozmawiać o związanych z samobójstwem uczuciach tej osoby i skupić się na jej pozytywnych, mocnych stronach. Ponadto, postępować w podany niżej sposób.
2. Wykorzystać ambiwalencję. Pracownik służby zdrowia powinien koncentrować się na ambiwalencji odczuwanej przez osobę o skłonnościach samobójczych, tak, aby stopniowo wzmocnić jej wolę życia.

3. Zbadać i omówić inne możliwe wyjścia poza samobójstwem. Pracownik służby zdrowia powinien postarać się, by zastanowić się nad różnymi innymi możliwościami, nawet gdyby nie były to rozwiązania idealne, w nadziei, że osoba ta weźmie pod uwagę chociaż jedno z nich.
4. Zawrzeć kontrakt, umowę. Uzyskać obietnicę osoby o skłonnościach samobójczych, że nie popełni samobójstwa
5. dopóki nie skontaktuje się z personelem służby zdrowia,
6. przez określony okres czasu.
7. Skierować tę osobę do psychiatry, psychologa lub lekarza ogólnego i wyznaczyć jej wizytę na możliwie najwcześniejszy termin.
8. Skontaktować się z rodziną, przyjaciółmi i kolegami i zapewnić sobie ich pomoc.

Duże ryzyko

Osoba ta ma określony plan, ma środki (metodę) jego realizacji, i planuje zrobić to natychmiast.

Co trzeba zrobić?

1. Przebywać z tą osobą. Nigdy nie zostawiać jej samej.
2. Łagodnie do niej mówić i usunąć z jej zasięgu tabletki, nóż, pistolet, środek owadobójczy itd. (odebrać jej środki niezbędne do popełnienia samobójstwa).
3. Zawrzeć kontrakt.
4. Natychmiast skontaktować się z profesjonalistą zajmującym się zdrowiem psychicznym lub z lekarzem, wezwać pogotowie i ułatwić przyjęcie do szpitala.
5. Poinformować rodzinę i zapewnić sobie jej pomoc.

KIEROWANIE OSÓB O SKŁONNOŚCIACH SAMOBÓJCZYCH DO SPECJALISTY

Kiedy kierować?

Wówczas, gdy dana osoba:

- jest chora psychicznie,
- w przeszłości już próbowała popełnić samobójstwo,
- w jej rodzinie zdarzały się przypadki samobójstwa, alkoholizmu lub chorób psychicznych,

- ma zły stan zdrowia fizycznego,
- nie ma żadnego wsparcia społecznego.

Jak kierować?

1. Pracownik podstawowej opieki zdrowotnej musi bez pośpiechu wyjaśnić tej osobie, dlaczego kieruje ją na konsultację.
2. Umówić wizytę.
3. Przekazać tej osobie, że skierowanie jej na konsultację nie oznacza, że kierujący umywa ręce i nie będzie się więcej zajmował jej problemami.
4. Spotkać się z tą osobą po konsultacji.
5. Utrzymywać z nią kontakty od czasu do czasu.

PORADY— SKĄD MOŻNA UZYSKAĆ POMOC?

Wsparcie i pomoc można zwykle uzyskać od:

- rodziny,
- przyjaciół,
- kolegów, znajomych,
- duchownych,
- w ośrodkach interwencji kryzysowej,
- profesjonalistów ze służby zdrowia.

Jak się zabrać do uzyskania pomocy?

1. Postarać się, by osoba o skłonnościach samobójczych zgodziła się na wezwanie na pomoc kogoś z wyżej wymienionych, a następnie skontaktować się z nimi.
2. Nawet jeśli nie wyrazi zgody, trzeba się postarać znaleźć kogoś, kto byłby szczególnie życzliwy osobie o skłonnościach samobójczych.
3. Porozmawiać przedtem z osobą o skłonnościach samobójczych i wyjaśnić jej, że czasami łatwiej jest rozmawiać z obcym człowiekiem niż z kimś, kogo kochamy, a więc nie powinna się czuć zlekceważona czy urażona.
4. Porozmawiać z osobami wymienionymi na liście zasobów, bez oskarżania ich i wpędzania w poczucie winy.
5. Zapewnić sobie ich pomoc w działaniach, jakie należy podjąć.
6. Zdawać sobie sprawę również z ich potrzeb.

CO ROBIĆ I CZEGO NIE ROBIĆ?

Co należy robić?

1. Wysłuchać, okazywać zrozumienie, zachować spokój.
2. Wspierać i okazywać, że nam zależy, że nas to obchodzi.
3. Traktować sytuację poważnie i ocenić stopień ryzyka.
4. Zapytać o poprzednie próby samobójcze.
5. Zbadać, jakie są inne możliwości — poza samobójstwem.
6. Zapytać o plan samobójstwa.
7. Grać na zwłokę, starać się zyskać na czasie — zawrzeć kontrakt.
8. Zorientować się, skąd jeszcze można uzyskać pomoc.
9. Jeśli można, zabrać lub usunąć poza zasięg tej osoby środki niezbędne do popełnienia samobójstwa.
10. Podjąć działanie, powiedzieć innym, wezwać pomoc.
11. Jeśli ryzyko jest duże, zostać z tą osobą.

Czego nie należy robić?

1. Zignorować sytuację.
2. Być wstrząśniętym, zażenowanym, lub wpadać w panikę.
3. Mówić, że wszystko będzie dobrze.
4. Prowokować, mówiąc tej osobie „Proszę bardzo, niech pan(i) to zrobi!”
5. Przedstawiać jej problem jako banalny.
6. Dawać fałszywe gwarancje.
7. Zobowiązać się do zachowania tajemnicy.
8. Zostawić tę osobę samą.

WNIOSKI

Zaangażowanie, wrażliwość, wiedza i troska o innego człowieka, wiara, że życie warte jest tego, by je chronić — to są główne zasoby, jakimi dysponują pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej; opierając się na nich mogą pomóc w zapobieganiu samobójstwom.