

Tragiczny problem dzieci i młodzieży: samouszkodzenia i myśli samobójcze

Według danych statystycznych samookaleczenia odnotowane w ciągu ostatnich dwudziestu lat są coraz częstszym zjawiskiem wśród dzieci i młodzieży. W Polsce zjawisko to kształtuje się na poziomie 4,8% - 13,7% wśród badanej młodzieży. Samobójstwa wśród dzieci i młodzieży znajdują się na drugim, zaraz po wypadkach, miejscu, jeśli chodzi o przyczynę zgonu. W zeszłym roku na swoje życie skutecznie targnęło się 107 dzieci, a przeżyły próbę 843 dzieci.

Mimo wielu lat badań wciąż nie ma jednoznacznych kryteriów diagnostycznych i etiologicznych zjawiska samookaleczenia (samookaleczenie, samouszkodzenie, autoagresja, samozniszczenie są pojęciami używanymi wymiennie). Pojawiają się zarówno wśród osób, które w swoim życiu doświadczyły traumy lub były leczone psychiatrycznie oraz takich, które takich doświadczeń nie miały. Czym zatem są samookaleczenia? Najprościej mówiąc, to działania polegające na zadawaniu sobie bólu, ran, uderzeń, które nie mają intencji samobójczej, a motywacją do nich jest chwilowe złagodzenie dyskomfortu psychicznego. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że tatuaże, skaryfikacja oraz body piercing nie są zaliczane jako forma samookaleczenia.

Klasyfikacja samookaleczeń wyróżnia **cztery ich typy: wielkie**, które są jednorazowe, ale charakteryzują się trwałym uszczerbkiem zdrowia i stanowią zagrożenie dla życia np. okaleczenia czy pozbawienie się genitaliów. Drugi wyróżniony typ to **samookaleczenia stereotypowe**, które pojawiają się najczęściej u osób z niepełnosprawnością intelektualną, z autyzmem, lub wybranymi wadami wrodzonymi, np. rytmiczne uderzanie głową o twarde powierzchnie. **Samookaleczenia kompulsywne**, które zwykle powtarzają się wielokrotnie w ciągu doby, (w ocenie chorego nie są możliwe do zniwelowania) polegają między innymi na niepohamowanym wrywaniu włosów czy obgryzaniu paznokci. Ostatni, najczęściej pojawiający się wśród dzieci i młodzieży, typ to **samookaleczenia impulsywne**. Nie stanowią one poważnego zagrożenia dla życia i zdrowia, są jednorazowymi epizodami lub powtarzającymi się, noszącymi znamiona uzależnienia aktami. Towarzyszy im chwilowe odczucie ulgi tuż po dokonaniu samookaleczenia, poczucie kontroli nad sytuacją czy też poczucie siły. Samookaleczenia impulsywne polegają głównie na nacinaniu, nakłuwaniu, przypalaniu skóry, wbijaniu w skórę ostrych przedmiotów oraz zadawaniu sobie ciosów (Zetterqvist, 2015). Niewielkie zagrożenie dla życia (rzadko wymagające interwencji lekarskiej), wiążące się z taką formą autodestrukcji, stanowi trudność w dokładnym oszacowaniu skali

problemu. Badania przeprowadzone w Polsce pokazują, że zjawisko to kształtuje się na **poziomie 4,8% - 13,7%** wśród badanej młodzieży (Ziółkowska i Wycisk, 2019, s 102 – 105). WHO natomiast podaje, że średnio **10% nastolatków** (wartości te są różne dla poszczególnych regionów świata) **dokonyuje aktów samookaleczeń** (Global Accelerated Action for the Health of Adolescents s.30).

Wśród **najczęstszych przyczyn** wymienianych w kontekście samookaleczeń wyróżnić można **doświadczenie straty, konflikt, wykorzystanie, poniżenie, trudności w szkole, sporcie oraz izolację społeczną**. Najliczniejsze przyczyny aktów autoagresji związane są z czynnikami rodzinnymi, szczególnie konflikty z rodzicami, zaburzone relacje rodzinne, brak kontaktu i wsparcia ze strony bliskich (Warzocha i inn., 2008, s. 659 – 669). Badania wskazują również jako przyczynę niski status ekonomiczny, ubóstwo, niskie wykształcenie. Czynnikiem zwiększającym podatność na samookaleczenia jest wychowywanie przez samotnego rodzica (Kostyła i inn., 2009, s. 249-261).

Dlaczego dzieci i nastolatki zadają sobie ból? Najczęstszą odpowiedzią ze strony młodych ludzi jest **chęć odczucia ulgi**. Młodzież i dzieci nie potrafią znaleźć innego sposobu rozładowania pojawiających się przed dokonaniem samookaleczenia silnych emocji. Dokonując aktów samouszkodzeń młodzi chcą również pokazać światu swój ból i cierpienie, ukarać się, mieć (pozorną) kontrolę nad własnym ciałem czy zachowaniem innych (Kulig, 2019, s.13). Jest to także forma wołania o pomoc, przeniesienia odczuwania przeciągającego się bólu psychicznego, na ból fizyczny, chęć zapomnienia o problemach. Zdarza się również, że do samookaleczeń skłania młodych ludzi pragnienie zaistnienia wśród określonej grupy rówieśniczej (Bubak i Pilch, 2019 s.18-19).

Zapewne wiele osób zastanawia się, dlaczego akurat samookaleczenia są przez młodych ludzi wybierane jako forma rozładowania napięcia. Część z nich przypadkowo doświadcza ulgi w sytuacji okaleczenia się, a druga część próbuje takiej formy, ponieważ informację taką znaleźli w mediach lub słyszeli z relacji rówieśników (Ziółkowska i Wycisk, 2019, s. 127).

Najpowszechniej spotykane formy samookaleczeń nie stanowią zagrożenia dla życia i zdrowia, jednak coraz częściej wśród młodzieży i dzieci pojawiają się **myśli i próby samobójcze**. Wydawać by się mogło, że granica między samookaleczeniami a samobójstwami jest płynna, jednakże badania prowadzone przez psychologów i psychiatrów pokazują, że motywy tych zachowań są sobie przeciwstawne. Wśród kryteriów diagnostycznych różnicujących samobójstwa i samookaleczenia znajdują się następujące aspekty: stopień

zagrożenia życia, powtarzalność aktu, różnorodność wykorzystywanych metod, intencja, poziom bólu psychicznego, występowanie zawężenia poznawczego (myślenie w kategoriach zero – jedynkowych – wszystko, albo nic), poczucie beznadziejności i bezsilności, samopoczucie po dokonanej akcji (w przypadku nieudanych prób samobójczych obserwuje się pogorszenie samopoczucia) oraz kluczowy problem, który w przypadku samobójstwa jest związany z współwystępowaniem depresji, smutku, gniewu i obejmuje wszystkie sfery życia, a w przypadku samookaleczeń to najczęściej silny stres, negatywny obraz siebie, nieumiejętność odnalezienia innego sposobu na przeżywanie trudności (Ziółkowska i Wycisk, 2019, s. 110 – 112). Osoby dokonujące aktów autoagresji w postaci samookaleczeń najczęściej nie dążą do śmierci.

Na co zwrócić uwagę powinni dorośli, zanim u dzieci wystąpią akty samookaleczenia? Lista jest długa, jednak najważniejsze sygnały obserwowane wśród zmian zachowania u dzieci i młodzieży to: „ograniczenie lub unikanie dotychczasowej aktywności, wycofywanie się z kontaktów towarzyskich lub nieoczekiwane poszukiwanie nowych kontaktów, problemy ze snem, apetytem, manifestacja silnego buntu oraz permanentne nieprzestrzeganie znanych zasad, skłonność do zachowań agresywnych, tendencja do zachowań impulsywnych i ryzykownych, w sytuacji kryzysu - albo opór przed poszukiwaniem pomocy i porady specjalistów, duża determinacja w szukaniu wsparcia specjalisty (strach), ukrywanie przed najbliższymi samookaleczeń np. noszenie długich rękawów i spodni nieadekwatnie do pogody, dekorowanie nadgarstków szczelnie przylegającymi opaskami i bransoletami, szukanie w sieci lub w szkole osób mających doświadczenia autodestrukcyjne, stany przygnębienia, zagubienia, smutek, skłonność do płaczu rozdrażnienie, nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne, skłonność do złości, agresji, łatwość popadania w skrajne nastroje, labilność emocjonalna, stany apatii, obojętności, braku motywacji do działania, stan ogólnego zniechęcenia, znużenia, dominacja pesymistycznego myślenia; „widzenie wszystkiego w czarnych barwach”, poczucie odrzucenia („nikt mnie nie kocha”, „nikt mnie nie potrzebuje”), poczucie winy (prawie zawsze nieadekwatne do okoliczności), uczucie wewnętrznego napięcia, niepokoju najczęściej bez obiektywnej przyczyny, nieoczekiwane i nieuzasadnione zainteresowanie tematem śmierci; myśli samobójcze, niska samoocena, małe poczucie własnej wartości, lęk przed oceną zewnętrzną, poczucie nieumiejętności sprostanania oczekiwaniom najbliższych, poszukiwanie osób mających doświadczenia w samookaleczeniach” (Tomaszewska, 2019, s. 22 – 23).

Poza samookaleczeniami, niepokojącym zjawiskiem są pojawiające się wśród dzieci i młodzieży myśli samobójcze. **Co roku na świecie życie odbiera sobie około miliona osób.**

W Polsce, według statystyk policyjnych, w 2020 roku odnotowano łącznie 5165 aktów samobójczych zakończonych zgonem, w tym **1 wśród dzieci w wieku 7 – 12 lat i 106 przypadków wśród młodzieży w wieku 13 – 18 lat**. Natomiast prób samobójczych ogółem było 12013 przypadków, wśród dzieci w wieku 7 – 12 lat było ich 29, a wśród młodzieży w wieku 13 – 18 lat - 814 przypadków (Statystyka Policyjna, Zamachy samobójcze). Samobójstwa wśród dzieci i młodzieży znajdują się na drugim, zaraz po wypadkach, miejscu, jeśli chodzi o przyczynę zgonu.

Definicji samobójstw jest wiele, jednak według współczesnej suicydologii jest **to proces lub ciąg różnorodnych zdarzeń, w którym istotny udział mają myśli samobójcze**. To myśli o samobójstwie rozpoczynają ten proces (Ostaszewski, 2018, s.43). Pojawiają się one w wyniku trwającej i przeciągającej się ekspozycji na czynniki ryzyka, przy równoczesnym braku występowania czynników chroniących. Do czynników ryzyka popełnienia samobójstw wśród młodzieży zalicza się silne emocje takie jak lęk, gniew, żal, wstyd czy upokorzenie, smutek i poczucie winy, które prowadzą do stanu permanentnego przeciążenia oraz depresji (Szymańska, 2016, s. 16). Ponadto presja na osiągnięcia w nauce, brak wsparcia przy jednocześnie wysokich oczekiwaniach, niesprzyjający klimat społeczny, przemoc ze strony rówieśników, brak integracji wśród uczniów, trudne relacje nauczycieli z uczniami, obojętność, wrogość, brak lub wręcz przeciwnie – zbyt wysoka dyscyplina, brak reakcji na stosowane przez uczniów środki psychoaktywne, niemożność rozwijania zdolności i zainteresowań uczniów a także brak adekwatnej oferty pomocy psychologiczno-pedagogicznej to również czynniki zwiększające ryzyko popełnienia samobójstw przez młodzież szkolną (Hołyst, 2018, s.52). Czynniki przeciwnymi – chroniącymi przed popełnieniem samobójstwa są: spójna rodzina, umiejętność przeciwstawiania się napotykanym trudnościom, wysokie osiągnięcia szkolne, poczucie przynależności do społeczności szkolnej i klasowej, prawidłowe relacje z rówieśnikami, niska dostępność do broni, leków, trucizn, nastawienie na poszukiwanie pomocy u innych osób, umiejętność panowania nad emocjami, poczucie sensu życia, umiejętność zaufania innym i sobie, stały dostęp do pomocy medycznej i psychologiczno-pedagogicznej, poczucie odpowiedzialności za innych oraz zakorzenienie w wierze (Szymańska, 2016, s. 15 – 16).

Psycholodzy wyodrębniają **trzy etapy w procesie samobójstwa: myśli samobójcze, zamiary (tendencje) samobójcze oraz samobójstwo dokonane**. Pojawiające się już na wczesnym etapie myśli samobójcze i wiążące się z nimi zmiany zachowania można zauważyć. Z badań przeprowadzonych przez Amerykańskie Towarzystwo Suicydologiczne wynika, że

80% osób próbujących odebrać sobie życie, podejmuje próby poinformowania najbliższych o swoich zamiarach. **Aż 25% badanych osób** po nieudanej próbie samobójczej przyznało, że **nie dostało wcześniej odpowiedniej pomocy od dorosłych** (Szymańska, 2016, s. 17). Często właśnie brak nadziei na pomoc skłania młodych ludzi do próby odebrania sobie życia.

Na co zwrócić szczególną uwagę, żeby pomóc i w odpowiednim momencie zauważyć, że z młodym człowiekiem dzieje się coś niepokojącego? Badacze wyróżniają **dwa etapy sygnałów ostrzegawczych**, które obserwuje się u osób planujących samobójstwo: wczesne i wysokiego ryzyka. **Do wczesnych sygnałów ostrzegawczych** zalicza się wycofanie się z kontaktów z rodziną oraz rówieśnikami, nadmierne zainteresowanie tematem śmierci i samobójstw, obserwowalne zmiany nastroju i osobowości, problemy z koncentracją, problemy szkolne: niższe oceny i jakość pracy, utrata lub nadmierny apetyt, bezsenność lub nadmierna senność, brak zainteresowania dotychczasowymi rozrywkami, zwiększone uskarżanie się na dolegliwości somatyczne, najczęściej związane z emocjami (ból głowy, żołądka), znużenie, zaniechanie czynności o które do tej pory młody człowiek starannie dbał (Szymańska, 2016, s. 17). Istnieją również **czynniki wysokiego ryzyka**, obserwując które nastolatki już wprost mówią o myślach i zamiarach samobójczych. Pojawiają się u nich nagłe incydenty związane z używkami, odrzucają oferowaną pomoc, deklarują komunikatami wprost, że niedługo przestaną być problemem, to nie ma znaczenia, już się nie zobaczymy, sporządzają testament, rozdają ulubione i wartościowe dla siebie przedmioty oraz komunikują wprost, że chcieliby umrzeć, zamierzają się zabić, czy nie powinni byli się urodzić (Szymańska, 2016, s. 18).

Dzieci oraz młodzież nie mają w pełni ukształtowanej dojrzałości emocjonalnej, zatem nie są w stanie podejmować w pełni świadomych decyzji o zakończeniu własnego życia. Podejmując takie dramatyczne próby dzieci i młodzież próbują zwrócić uwagę na problemy, z którymi się borykają. **Aktualna sytuacja pandemiczna**, wydarzenia, które powodują wspomnianą już wcześniej izolację społeczną, kreowana przez media polityka strachu, a także obowiązujące obostrzenia spowodowały **nasilenie objawów depresji u dzieci i młodzieży**.

Ważne, aby w sytuacjach, w których zauważa się pojawienie problemu, reagować, a najlepiej **wprowadzić działania profilaktyczne**. Działania zapobiegające samobójstwom powinny ująć szeroko rozumianą rolę rodziny, szkoły, policji, systemu ochrony zdrowia oraz administracji rządowej i samorządowej. Działania podjęte na każdym z tych szczebli powinny się dopełniać i zapewnić dzieciom oraz młodzieży kompleksową opiekę.

**Autor: Anna Szymańska – pedagog, neurologopeda,
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Świętochłowicach.**

Bibliografia:

Bubak M. i Plich M., 2019, Samookaleczenia – co może mówić zranione ciało., 2019, [w] Globik – Madej E. (red.), Zranione ciało – zraniona dusza. Samookaleczenia u dzieci i młodzieży. Materiały z konferencji dla rodziców, pedagogów, psychologów i terapeutów. Gliwice, 9 lutego 2019 r., Gliwice: wydawnictwo Poradni Psychologiczno Pedagogicznej w Gliwicach

Kostyła A., Szczepaniak A., Gmitrowicz A., 2009, Funkcjonowanie emocjonalne młodzieży dokonującej samouszkodzeń, w: PSYCHIATRIA I PSYCHOLOGIA KLINICZNA. 9 (4), ss. 249-261

Kulig A., 2019, Autoagresja – różne konteksty. Leczenie., [w] Globik – Madej E. (red.), Zranione ciało – zraniona dusza. Samookaleczenia u dzieci i młodzieży. Materiały z konferencji dla rodziców, pedagogów, psychologów i terapeutów. Gliwice, 9 lutego 2019 r., Gliwice: wydawnictwo Poradni Psychologiczno Pedagogicznej w Gliwicach

Ostaszewski K., 2018, Myśli samobójcze a sytuacja rodzinna oraz problemy inter- i eksternalizacyjne u młodzieży w wieku 14–16 lat, [w:] Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka Vol. 17 Nr 3

Szymańska J., 2016, Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców., Warszawa: wydawnictwo ORE
Hołyst B., 2018, Zapobieganie Samobójstwom. Imperatyw ogólnoświatowy., Warszawa: wydawnictwo Instytut Psychiatrii i Psychologii w Warszawie

Tomaszewska M., 2019, Sygnały ostrzegawcze w samookaleczeniach., [w] Globik – Madej E. (red.), Zranione ciało – zraniona dusza. Samookaleczenia u dzieci i młodzieży. Materiały z konferencji dla rodziców, pedagogów, psychologów i terapeutów. Gliwice, 9 lutego 2019 r., Gliwice: wydawnictwo Poradni Psychologiczno Pedagogicznej w Gliwicach

Warzocho D., Gmitrowicz A., Pawełczyk T., 2008, Związek samouszkodzeń wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie z rodzajem zaburzeń psychicznych i wybranymi czynnikami środowiskowymi, w: Psychiatria Polska, tom XLII, numer 5 ss. 659–669

Ziółkowska B. i Wycisk J., 2019, Autodestruktywność dzieci i młodzieży, Warszawa: Wydawnictwo Difin SA

Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to support country implementation, <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241512343>> [dostęp 19.09.2021]

Zetterqvist, M., 2015, The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* **9**, 31
<<https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-015-0062-7#citeas>> [dostęp 19.09.2021]

<https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> [dostęp 19.09.2021]