

ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM DZIECI I MŁODZIEŻY

Poradnik dla pracowników
szkół i placówek oświatowych oraz rodziców



seria Profilaktyka

Joanna Szymańska



OŚRODEK
ROZWOJU
EDUKACJI

ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM DZIECI I MŁODZIEŻY

Poradnik dla pracowników
szkół i placówek oświatowych oraz rodziców

Joanna Szymańska

seria Profilaktyka

Warszawa 2016

Redaktorzy merytoryczni serii „Profilaktyka”

Anna Borkowska, Marta Witkowska

Opracowanie graficzne, projekt okładki, skład

Aneta Witecka

Na okładce wykorzystano zdjęcie: © yanlev/Fotolia.com; grafika: © Brooman/Fotolia.com

Redakcja językowa i korekta

Katarzyna Gańko

ISBN 978-83-65450-71-5

ISBN 978-83-65450-70-8 (seria „Profilaktyka”)

© Copyright by Ośrodek Rozwoju Edukacji

Warszawa 2016

Wydanie IV poprawione

Ośrodek Rozwoju Edukacji

Aleje Ujazdowskie 28

00-478 Warszawa

www.ore.edu.pl

MINISTERSTWO
EDUKACJI
NARODOWEJ



 OŚRODEK
ROZWOJU
EDUKACJI

Publikacja wydrukowana na zlecenie Ministerstwa Edukacji Narodowej, sfinansowana z rezerwy celowej w ramach Rządowego programu na lata 2014–2016 „Bezpieczna i przyjazna szkoła”.

SPIS TREŚCI

Wstęp	5
I. Depresje młodzieńcze	6
1. Klasyfikacja depresji	6
2. Depresja młodzieńcza: norma rozwojowa czy zaburzenie?	7
3. Depresja u młodych ludzi – czynniki ryzyka i czynniki chroniące	8
4. Nietypowy obraz: depresja bez depresji	9
5. Objawy depresji u dzieci i młodzieży	10
6. Obrazy depresji u dorastających	12
II. Samobójstwa dzieci i młodzieży	14
1. Rozpowszechnienie i uwarunkowania samobójstw	14
2. Samobójstwa – czynniki ryzyka i czynniki chroniące	14
3. Etapy drogi do samobójstwa	16
4. Sygnały zagrożenia	17
III. Profilaktyka depresji i samobójstw	20
1. Poziomy profilaktyki	20
2. Kontrowersje wokół zajęć edukacyjnych dotyczących samobójstw	22
3. Czego robić nie wolno!	24
IV. Samobójczy kryzys	27
1. Jak reagować, gdy uczeń mówi o samobójstwie	27
Bibliografia	34

Wstęp

Samobójstwa są trzecią – po wypadkach i nowotworach – przyczyną zgonów młodych ludzi (WHO, 2002). Nie można ich więc zlekceważyć jako zjawiska marginalnego. Co więcej, według danych Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) liczba skutecznych samobójstw popełnianych przez młode osoby w wieku dorastania w Stanach Zjednoczonych (USA) i krajach Europy stale wzrasta. Większość aktów samobójczych dokonywana jest w stanie depresyjnym, którego objawy można rozpoznać stosunkowo wcześnie i podjąć działania pomocowe.

Nagłaśniane przez media przypadki samobójstw wśród dzieci i młodzieży wywołują zaniepokojenie środowiska oświatowego i powodują co pewien czas wzrost zapotrzebowania na działania profilaktyczne w tym obszarze. Szkoła, której obowiązkiem jest ochrona zdrowia psychicznego uczniów, powinna prowadzić działania mające na celu zapobieganie depresji i samobójstwom – niezależnie od doniesień i nacisków ze strony mediów. Dobre zdrowie kształtuje się u dziecka m.in. dzięki pozytywnym doświadczeniom w kontaktach z opiekuńczymi i kompetentnymi nauczycielami, a także pod wpływem odpowiednio dobranych i efektywnych programów przedszkolnych i szkolnych.

Jednak nie wszystkie działania profilaktyczne są bezpieczne i skuteczne. Celem tego poradnika – adresowanego do nauczycieli, szkolnych i poradnianych specjalistów oraz do rodziców – jest uwrażliwienie dorosłych na sygnały zagrożenia wysyłane przez dzieci, a także ukazanie, na czym powinna polegać profilaktyka samobójstw, zwłaszcza w szkole.

I. Depresje młodzieńcze

Depresje należą do zaburzeń, w których dominującymi objawami są: obniżony nastrój (smutek, rozpacz) i obniżony napęd (spowolnienie, apatia). Często występuje w nich także lęk i poczucie winy (Pużyński, 1988; Kępiński, 1973). Nastrój depresyjny poprzedza też nierzadko pierwsze sięgnięcie po środki psychoaktywne. Znaczne napięcie psychiczne, któremu mogą towarzyszyć myśli samobójcze, skłania do użycia alkoholu czy narkotyków. Depresja stanowi więc stan szczególnego zagrożenia i tym samym wymaga szybkiego rozpoznania i zdiagnozowania. Rozpoznanie typu i głębokości depresji nie jest jednak łatwe – z powodu braku obiektywnych kryteriów diagnostycznych w ogóle, a u osób młodych dodatkowo z powodu nietypowego obrazu zaburzenia.

1. Klasyfikacja depresji

Wyróżnienie typów depresji nadal jest jednym z najbardziej kontrowersyjnych tematów w psychiatrii i przedmiotem burzliwej debaty między specjalistami. Określenie typu depresji jest przecież kluczowe – decyduje o wyborze głównej metody leczenia: psychoterapii lub farmakoterapii. Zgodnie ze współczesnymi systemami kwalifikacyjnymi (DSM i ICD)¹ wyróżnia się następujące **rodzaje depresji**:

- **Depresja endogenna** (tzw. wielka depresja, zwana też prawdziwą) – występuje w przebiegu choroby afektywnej jedno- lub dwubiegunowej oraz w afektywnej postaci schizofrenii. Główne objawy, oprócz obniżenia nastroju i napędu, to zaburzenie rytmów dobowych (czuwania i snu), zmiany samopoczucia w zależności od pory dnia (najgorsze rano), lęk, zanik apetytu, wysychanie błon śluzowych i szereg dolegliwości somatycznych. Choć odkryto już mechanizmy biochemiczne, przyczyny depresji endogennej są nadal nieznane. Obecnie specjaliści kwestionują istnienie tego rodzaju depresji.
- **Depresje psychogenne** – uwarunkowane czynnikami psychologicznymi, społecznymi oraz trudnymi warunkami i wydarzeniami życiowymi. Wśród depresji psychogennych wyróżnia się trzy podtypy.
 - **Depresja reaktywna** będąca reakcją na stratę. Należy do najbardziej rozpowszechnionych typów depresji. Pojawia się w wyniku utraty znaczących i bliskich osób (np. z powodu rozwodu lub wyjazdu rodziców), obiektu uczuć lub samych

uczuć, dóbr materialnych, pozycji społecznej, perspektyw i celów życiowych, innych ważnych wartości, w tym duchowych. Jedną z wyróżnianych form depresji reaktywnej, ze względu na jej intensywność, jest żałoba po śmierci bliskiej osoby.

- **Depresja w przebiegu zaburzeń nerwicowych** – towarzysząca dłużej utrzymującym się objawom nerwicowym, które znacznie ograniczają i utrudniają normalną aktywność życiową (np. lęk, natręctwa).
- **Depresja w przebiegu reakcji adaptacyjnych** – spowodowana stanem permanentnego przeciążenia emocjonalnego, przewlekłym stresem. Najczęstsze przyczyny stresu to: bardzo złe relacje z otoczeniem – odrzucenie i izolacja społeczna, doświadczanie przemocy, długotrwały i eskalujący konflikt w rodzinie, przemęczenie obowiązkami, długotrwałe ubóstwo uniemożliwiające zaspokojenie wielu potrzeb.
- **Depresje towarzyszące chorobom somatycznym.**
- **Depresje w chorobach ośrodkowego układu nerwowego.**
- **Depresje związane z przyjmowaniem substancji chemicznych,** w tym niektórych leków. Zaburzenia nastroju, zwłaszcza zmiany nastroju od euforii do depresji, pojawiają się np. u osób używających środków halucynogennych, jak LSD, PCP czy MDMA (extasy, por. Dietrich-Muszalska, 2011).

Depresja młodzieńcza nie figuruje w systemach klasyfikacyjnych jako odrębna kategoria diagnostyczna. Wiąże się z kryzysem okresu dorastania, którego przeżywanie dodatkowo potęgują różne czynniki ryzyka – indywidualne, rodzinne, szkolne itp. Najczęściej rozpoznawane rodzaje depresji u młodzieży to depresja reaktywna lub towarzysząca reakcji adaptacyjnej.

2. Depresja młodzieńcza: norma rozwojowa czy zaburzenie?

Według globalnych szacunkowych danych Światowej Organizacji Zdrowia symptomy depresji przejawia 0,3% dzieci w wieku przedszkolnym, 2% dzieci w szkole podstawowej i 4–8% dorastających w grupie wiekowej 13–18 lat.

W krajach Europy wskaźniki epidemiologiczne są znacznie wyższe. Objawy depresji występują dwukrotnie częściej u dorastających dziewcząt niż u chłopców (Sabaté, 2004). **Epizody depresji** w okresie dojrzewania zdarzają się stosunkowo często. Polskie badania epidemiologiczne wskazują na ich **znaczne rozpowszechnienie w populacji nastolatków (27–54%)**, uzależnione od fazy dojrzewania i środowiska (Bomba, Orwid, 2004; 2008).

Depresja w okresie dojrzewania wiąże się z wieloma dynamicznie przebiegającymi zmianami: hormonalnymi, rozwojem nowych funkcji poznawczych, znaczącym poszerzeniem kontaktów społecznych i podejmowaniem nowych ról społecznych, a także usamodzielnianiem się od rodziców. Zmiany te, wymagające uruchomienia wszystkich zdolności adaptacyjnych, wywołują wiele obaw i typową huśtawkę emocji i nastrojów. Doświadczane w tym okresie trudności i porażki przyczyniają się niekiedy do wytworzenia się zniekształconego, zaburzonego obrazu własnej osoby: „Jestem głupszy od rówieśników i do niczego się nie nadaję” lub „Jestem brzydka, gruba i nikt mnie nie lubi” (Napieralska, Kułaga, Gurzkowska, Grajda, 2010).

Zdaniem J. Bomby i M. Orwid objawy depresyjne występujące we wczesnej fazie dojrzewania (13–16 lat) można uznać za zakłócenie funkcjonowania niewykraczające poza granice normy rozwojowej (Bomba, Orwid, 2008). Należy jednak uważnie obserwować, czy amplituda wahań nastroju i emocji nie staje się zbyt duża, oraz towarzyszyć nastolatkowi w jego dojrzewaniu, udzielać mu wsparcia.

Depresji okresu dojrzewania nie można lekceważyć, ponieważ objawia się często działaniami autodestruktywnymi. Uwarunkowania depresji dzieci i nastolatków są w znacznym stopniu znane, ale nadal prowadzi się analizy i badania pozwalające na identyfikację kolejnych czynników ryzyka i czynników chroniących.

3. Depresja u młodych ludzi – czynniki ryzyka i czynniki chroniące

Różni badacze zajmujący się tematyką depresji (Gould i in., 1996; NSW Health, 2002) wymieniają nieco odmienne zestawy czynników ryzyka. Część z nich zyskała potwierdzenie w co najmniej kilku badaniach naukowych, inne uznawane są za bardzo prawdopodobne.

Potwierdzone czynniki ryzyka depresji u dorastających:

- symptomy takie jak: lęk, zaburzenia zachowania, nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu, narkotyków), zaburzenia odżywiania;
- wiek – końcowa faza okresu dojrzewania (15–19 lat);
- płeć żeńska;
- depresyjni rodzice;
- występowanie epizodów depresji we wcześniejszych fazach rozwoju.

Inne czynniki ryzyka depresji wymieniane przez wielu badaczy i uznawane za wysoce prawdopodobne:

- depresyjni bliscy krewni;
- stresujące wydarzenia życiowe;
- nieprawidłowo kształtująca się osobowość – niska samoocena związana z negatywnym myśleniem, słaba samokontrola, brak kompetencji społecznych, neurotyzm;
- rozwód, separacja lub poważne konflikty pomiędzy rodzicami; styl wychowawczy oparty na kontrolowaniu dziecka;
- wykorzystywanie fizyczne i seksualne we wczesnym dzieciństwie;
- pochodzenie z mniejszości etnicznej – wzrastanie w środowisku odmiennym językowo i kulturowo; pochodzenie z terenów wiejskich;
- niski status socjoekonomiczny rodziny, niska sprawność intelektualna;
- ubogie relacje z rówieśnikami;
- obniżanie się osiągnięć szkolnych, trudności w nauce;
- próby samobójcze w przeszłości;
- zmiany hormonalne w okresie pokwitania, zaburzenia snu;
- fizyczne dolegliwości.

W odróżnieniu od czynników ryzyka, których obszerne listy znajdujemy w wielu pracach, czynniki i procesy chroniące dzieci i młodzież przed depresją były przez długi czas znacznie słabiej rozpoznane. W publikacjach zazwyczaj wymieniane są niespecyficzne, uniwersalne czynniki chroniące przed różnymi zachowaniami ryzykownymi i zaburzeniami.

Czynniki chroniące przed depresją (por. Costello, Swendsen, Rose, Dierker, 2008; Shashi, Subhash, 2007; NSW Health, 2002):

- wsparcie ze strony co najmniej jednego z rodziców;
- dobre relacje z rówieśnikami i wsparcie kolegów;
- zaangażowanie religijne;
- wyższa samoocena;
- posiadanie celów życiowych i planów na przyszłość;
- zatrudnienie lub inne zajęcia.

4. Nietypowy obraz: depresja bez depresji

Do końca lat 60. wielu psychiatrów odrzucało występowanie zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży. Obecnie nikt już ich nie kwestionuje, chociaż nadal zwraca się uwagę na problemy z rozpoznawaniem depresji młodzieńczej. Wątpliwości co do wczesnego jej występowania i trudności diagnostyczne biorą się stąd, że u dzieci i młodzieży

przejawia się ona w odmienny sposób niż u ludzi dorosłych (Kazdin, 1996; Pużyński, 1988).

Dorośli na ogół zdają sobie sprawę ze znacznego obniżenia nastroju, mówią, że przeżywają smutek, rozpacz, niepokój. Zwykle też analizują i podają przyczyny zmiany samopoczucia. Młodzi ludzie rzadko potrafią precyzyjnie określić objawy i nazwać przeżywane emocje. Depresja uwidacznia się u nich raczej w psychomotoryce (zahamowanie, apatia). Słownie komunikują natomiast poczucie odrzucenia („nikt mnie nie kocha”, „nikomu na mnie nie zależy”) lub niskie poczucie własnej wartości („nie dam rady, jestem do niczego”), a nie smutek. Zazwyczaj też więcej jest w ich przeżyciach poczucia krzywdy niż poczucia winy.

Zdaniem specjalistów **wczesne zaburzenia depresyjne rzadko manifestują się w postaci depresji prostej**. Najczęściej ujawniają się w sposób zakamuflowany (Kielholtz, 1973).

Depresja może więc przybierać postać masek somatycznych – zaburzeń łaknienia (w tym anoreksji i bulimii), zaburzeń snu, bólów głowy, brzucha, moczenia nocnego, nadmiernej męczliwości. Może także manifestować się fobiami (np. fobią szkolną) lub zachowaniami niszczycielskimi.

P. Kielholtz twierdzi, że maski depresji występują u osób niedojrzałych, w tym także dorosłych, ze słabą zdolnością do autoanalizy i słabą samoświadomością. Maski pojawiają się też w przypadkach, gdy otoczenie nie rozumie objawów depresji, a za ich ujawnienie stosuje kary (bo dziecko ma bez powodu humory). Dolegliwości fizyczne dziecka wywołują zaniepokojenie i współczucie dorosłych, uruchamiają dodatkowe działania opiekuńcze, natomiast dolegliwości psychiczne – już nie. Niektórzy autorzy dostrzegają związek między depresją a zachowaniami agresywnymi, które u dzieci i nastolatków mogą stanowić specyficzny dla wieku ekwiwalent depresji.

5. Objawy depresji u dzieci i młodzieży

E. Pużyńska zestawiała symptomy depresji młodzieńczej na podstawie kilkunastu doniesień znanych psychiatrów (Pużyńska 1988, s. 35). Te listy objawów są potwierdzane również w nowych opracowaniach (Bomba, Namysłowska, Orwid, 2002).

Na poziomie wewnętrznym:

- smutek, rozpacz;
- poczucie beznadziei;
- pustka wewnętrzna;
- lęk, niepokój;
- niska samoocena;
- niewiara we własne siły, brak poczucia sensu życia;
- nuda;
- brak wiary w przyszłość;
- poczucie osamotnienia;
- zagubienie, poczucie winy;
- słaba tolerancja na frustrację;
- chwiejność emocji – od euforii do rozpacz;
- gniew, złość.

Na poziomie zewnętrznym:

- bóle ciała;
- bóle głowy;
- zaburzenia łaknienia (brak apetytu, bulimia, anoreksja);
- zaburzenia snu (bezsenność, nadmierna senność);
- moczenie nocne;
- ciągłe zmęczenie;
- fobie szkolne;
- ociężałość, apatia;
- bezradność, izolacja od otoczenia;
- niechęć do aktywności;
- niewywiązywanie się z obowiązków;
- brak dbałości o wygląd;
- zahamowanie, mutyzm;
- roztargnienie, rozproszenie;
- brak zainteresowania otoczeniem i życiem;
- ucieczka w świat fantazji;
- odurzanie się alkoholem i narkotykami;
- niepokój ruchowy;
- ucieczki, wagary;
- drażliwość, dysforia, napady wściekłości, dewastacja;
- złośliwość wobec otoczenia;
- zachowania prowokacyjne, w tym prowokujący ubiór;
- samookaleczenie się;
- próby samobójcze;
- samobójstwo dokonane.

Depresja dziecięca i młodzieżowa może objawiać się w różnorodny sposób, często bardzo odległy od potocznego rozumienia depresji. Apatia, zahamowanie czy próby samobójcze łatwo kojarzą się z przeżywaniem depresji, natomiast już niewywiązywanie się z codziennych obowiązków lub agresja – bardzo rzadko. Ta nietypowość symptomów depresyjnych skłoniła WHO (2013) do wprowadzenia z pozoru paradoksalnego określenia depresja bez depresji.

Depresję u dzieci w wieku 6–12 lat charakteryzuje znaczna somatyzacja. Objawia się przede wszystkim skargami na rozmaite dolegliwości fizyczne: uczucie słabości i zmęczenia, trudności z zasypianiem, brak apetytu, bóle głowy, brzucha, mięśni itp. Obserwujemy też apatię i trudności z koncentracją uwagi, co przekłada się na problemy z nauką. Oprócz opisanego wcześniej mechanizmu maskowania depresji skargi na dolegliwości somatyczne mogą mieć bardziej zwyczajne wytłumaczenie. Dziecko samo nie wie, co mu dolega i nie potrafi opisać swego stanu psychicznego.

UWAGA!

U dzieci, zwłaszcza w młodszym wieku szkolnym, często w obrazie depresji dominuje niepokój, a nie apatia, objawiający się rozdrażnieniem, rozproszeniem uwagi, ciągłą i nadmierną aktywnością bez przerw na odpoczynek. W wielu przypadkach specjaliści błędnie rozpoznają ADHD zamiast depresji (Sabaté, 2004).

6. Obrazy depresji u dorastających

Psychiatrzy często posługują się klasyfikacją podaną przez Antoniego Kępińskiego (1973), który wyodrębnił **cztery postacie depresji młodzieńczej**.

- **Postać apatyczno-abuliczna**, w której młody człowiek ulega wewnętrznemu rozprężeniu. Nic go nie interesuje, odczuwa pustkę i nudę, godzinami przesiaduje beczynn timer lub słucha muzyki. Nudę życia usiłuje przerwać przez odurzenie się, ekscesy seksualne lub zachowania niszczycielskie.
- **Postać buntownicza** z dużym ładunkiem gniewu i agresji. Wyładowanie agresji na zewnątrz dokonuje się w formie gwałtownych reakcji lub cichej agresji (bierny opór, złośliwości). Gdy agresja nie może być wyładowana na zewnątrz, przekształca

się w autoagresję (niszczenie własnej kariery życiowej, próby samobójcze, alkoholizm, narkomania).

- **Postać rezygnacyjna**, w której dominuje lęk przed przyszłością, przewidywanie klęsk i niepowodzeń, poczucie bezradności i małej wartości własnej osoby. Efektem jest ograniczenie aktywności do minimum.
- **Postać labilna** charakteryzująca się dużą chwiejnością nastroju o dużej amplitudzie wahań (od chandry do wesołkowatości). U podłoża tkwi poczucie bezsensu życia i pustka uczuciowa.

Występowanie reakcji depresyjnej powodują niedostatek lub utrata uczuć albo innych ważnych wartości. Dłuższe utrzymywanie się traumatycznej sytuacji może doprowadzić do utrwalenia objawów lub/i rozwinięcia się nerwicy depresyjnej. J. Bomba (2011) stwierdza, że depresja młodzieńcza utrzymuje się relatywnie długo, nawet pomimo leczenia. Współwystępuje z trudną sytuacją społeczną.

¹ DSM – klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego APA (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). ICD – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. International Statistical Classification of Diseases Relate of Health Problems).

II. Samobójstwa dzieci i młodzieży

1. Rozpowszechnienie i uwarunkowania samobójstw

W najbardziej dramatyczny sposób w okresie dojrzewania depresja manifestuje się poprzez próby samobójcze i samobójstwa dokonane. Jak już wspomniano we wstępie do poradnika, samobójstwa stanowią trzecią (po wypadkach i nowotworach) przyczynę zgonów wśród młodych ludzi. Szacuje się, że na jedno samobójstwo przypada około 100 prób samobójczych. Wiele samobójstw i prób pozbawienia się życia dokonywanych jest w wieku 15–19 lat (Kazdin, 1996; SAMHSA, 2012). Obserwuje się skokowy wzrost liczby samobójstw dokonanych przez osoby po ukończeniu 14. roku życia, a więc po wejściu w wiek dojrzewania. W Polsce – według danych opublikowanych przez Główny Urząd Statystyczny za 2008 r. (Brodniak, 2011) – zanotowano 28 samobójstw dokonanych przez dzieci w wieku 10–14 lat. W grupie wiekowej 15–19 lat liczba ta wzrosła prawie dziesięciokrotnie i wyniosła 274. Statystyki z 2009 r. ukazują podobny, ośmiokrotny wzrost.

Według danych WHO 90% aktów samobójczych dokonują osoby w nastroju lub stanie depresyjnym. Może to być depresja intoksykacyjna wywołana przez środki psychoaktywne (alkohol, narkotyki, leki), depresja w przebiegu choroby afektywnej lub reakcja depresyjna spowodowana traumatycznymi wydarzeniami i doświadczeniami lub/i przewlekłym stresem. Czasami samobójstwo jest wynikiem halucynacji u osób chorych na schizofrenię.

Głównym zagrożeniem jest jednak depresja, której rozpowszechnienie w populacji młodych ludzi, mechanizmy powstawania oraz przyczyny nie są jeszcze do końca poznane, choć lista zidentyfikowanych czynników ryzyka i czynników chroniących stale się rozszerza.

2. Samobójstwa – czynniki chroniące i czynniki ryzyka

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, nieznajomość 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.

3. 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.

Badacze i specjaliści praktycy wymieniają szereg sygnałów zagrożenia obserwowanych we wcześniejszych fazach i sygnałów alarmujących, które świadczą o determinacji, a także przygotowaniach młodego człowieka do samobójstwa.

4. Sygnały zagrożenia

(por. Apter, Wasserman, 2003; Lazear, Roggenbaum, Blase, 2003; Dolto, 1995)

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 zwierali 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”.

III. Profilaktyka depresji i samobójstw

Choć profilaktyka depresji i samobójstw wśród dzieci i młodzieży szkolnej jest stosunkowo szeroko wdrażana od co najmniej kilkunastu lat (zwłaszcza w USA i Wielkiej Brytanii), 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.

1. 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.

2. Kontrowersje wokół zajęć edukacyjnych dotyczących samobójstw

O ile specjaliści zgadzają się, że skuteczne jest tylko podejście systemowe i nie należy tworzyć specjalnych programów edukacyjnych dla młodzieży, o tyle nie ma między nimi zgodności, czy należy włączać treści dotyczące samobójstw do programów nauczania i uniwersalnych programów profilaktycznych realizowanych w klasach. Trwa ożywiona debata, czy rozmawiać z młodzieżą na ten temat, jakie powinny to być treści i w jaki sposób je prezentować. W USA i niektórych krajach Europy przez kilka lat nawet zalecano i realizowano podobne działania, zatem możemy korzystać z zebranych doświadczeń.

Gould i in. (2003) dokonali przeglądu stanowisk różnych specjalistów w tej kwestii i wysuwanych przez nich argumentów. Zwolennicy zajęć edukacyjnych podkreślają, że lekcje poświęcone samobójstwom lub depresji dają następujące **pozytywne efekty**:

- powodują wzrost wiedzy;
- uwrażliwiają młodzież, skłaniają do poszukiwania pomocy w sytuacji kryzysu i udzielania wsparcia depresyjnym rówieśnikom, co powinno zredukować liczbę przypadków samobójstw. Po zajęciach liczba uczniów deklarujących gotowość udzielania pomocy i korzystania z niej wzrasta z około 30% do 60–70%.

Coraz większa liczba specjalistów zaleca jednak daleko posuniętą ostrożność, wysuwając następujące argumenty:

- Nie prowadzono dotychczas systematycznej i pogłębionej ewaluacji podobnych zajęć i nie wiadomo, jakie są ich efekty odroczone.
- Badania ewaluacyjne wskazują, że uzyskane efekty są przeważnie krótkotrwałe, utrzymujące się ok. dwóch miesięcy.
- Mimo stosunkowo szerokiego wdrażania edukacji w zakresie samobójstw i depresji nie zanotowano pozytywnego trendu w badaniach epidemiologicznych.
- Istnieją poważne przesłanki do stwierdzenia, że na zajęcia pozytywnie reaguje głównie młodzież dobrze przystosowana, niedoświadczająca poważniejszych problemów. Nie wiemy jednak, jakie procesy uruchamiamy u 30–40% uczniów, którzy nie wykazują gotowości udzielania pomocy i korzystania z niej. Mogą być w tej grupie osoby z trudnościami adaptacyjnymi, z obniżonym nastrojem, także z myślami samobójczymi. Istnieje ryzyko, że zajęcia dotyczące samobójstw przyspieszą u niektórych ostateczną decyzję.

Znacznie bezpieczniejsze są uniwersalne działania profilaktyczne, których skuteczność została potwierdzona. Edukacja w tym obszarze wymaga dalszych badań i doskonalenia metod i narzędzi ewaluacji (Horowitz, Garber, 2006).

Nieprofesjonalne działania profilaktyczne poświęcone samobójstwom są niebezpieczne. Udowodniono szkodliwość niektórych zajęć realizowanych w szkołach spowodowaną niewłaściwym doбором treści, metod i środków. Na podstawie wielu doniesień została skonstruowana lista ostrzeżeń i zaleceń, czego robić nie wolno (Mann i in., 2005; Doan, Lazear, Roggenbaum, 2003).

3. Czego robić nie wolno!

- **Organizować krótkich (2–4 godziny) zajęć dotyczących wyłącznie samobójstw**, niepowiązanych z innymi działaniami profilaktycznymi szkoły. Podobne zajęcia tylko rozjątrzają problemy zamiast im zapobiegać i podsuwają dzieciom i nastolatkom przeżywającym kryzys pomysły na ucieczkę z trudnej sytuacji.
- **Ukazywać samobójstwa jako reakcji na stres** i prezentować mechanizmów psychologicznych. Zamach samobójczy zaczyna być postrzegany jako uzasadniony, nieuchronny i akceptowany sposób rozwiązywania trudności.
- **Pokazywać filmów i innych materiałów wizualnych prezentujących zachowania samobójcze** młodego człowieka, a także reakcje otoczenia na jego śmierć (robią to niestety media). Podobny materiał działa jak instruktaż oraz wzmacnia motywację niektórych uczniów do zdobycia w ten sposób zainteresowania lub załatwienia porachunków ze swoimi rodzicami, kolegami czy nauczycielami.
- **Prezentować nagranych wywiadów i angażować młodych ludzi po próbach samobójczych** (rówieśników odbiorców lub nieco starszych), by opowiadali na spotkaniach z uczniami o swych przeżyciach. Uczniowie mogą identyfikować się z omawianymi problemami i kopiować zachowania samobójcze.

Podobne zajęcia, z negatywnymi efektami, prowadzono w przeszłości w ramach profilaktyki uzależnień. Wycofano się z nich już dawno. W przypadku samobójstw efekty nieprofesjonalnych działań mogą być znacznie bardziej dramatyczne. W latach 80. w trzech stanach USA w celach profilaktycznych wyświetlano młodzieży film o młodym samobójcy, mający ostrzegać i wywoływać konstruktywne refleksje. Po jego emisji zanotowano prawdziwą falę samobójstw. W ciągu trzech miesięcy 43 nastolatków uczestniczących w pokazie filmu targnęło się na swoje życie. Specjalnie powołany sztab kryzysowy złożony ze specjalistów starał się następnie zniwelować destrukcyjne skutki „profilaktyki”. Taką zbieżność wydarzeń, choć występujących w mniejszej skali, zanotowano wielokrotnie.

Wzrost liczby samobójstw popełnianych przez młodych ludzi na skutek nagłośnienia przypadków innych samobójstw specjaliści określają mianem **efektu Wertera** (Napieralska, Kułaga, Gurzkowska, Grajda, 2010). W badaniach ustalono następującą zależność: im więcej mówi się na temat samobójstwa danej osoby, im bardziej ta osoba jest znana,

im łatwiej nastolatki są w stanie utożsamić się z motywami popełnionego samobójstwa (np. problemy i konflikty w domu, odrzucenie ze strony grupy rówieśniczej, trudności w nauce itp.), tym większa liczba prób pozbawienia siebie życia.

Falę samobójstw mogą wyzwolić doniesienia medialne zawierające duży ładunek emocjonalny i nadmierną liczbę szczegółowych informacji. Z tego względu WHO od 1999 r. wydaje kolejne aktualizowane wersje poradnika dla mediów dotyczącego kwestii rozpowszechnia informacji na temat samobójstw (WHO, 2008). Poradnik otwiera listę podstawowych zaleceń dla dziennikarzy.

Jak informować o samobójstwach

Najważniejsze zalecenia dla pracowników mediów

- Wykorzystaj okazję, by edukować ludzi o samobójstwach.
- Unikaj języka opisującego samobójstwo jako sensację albo jako zdarzenie normalne i często występujące. Unikaj też prezentowania samobójstwa jako sposobu rozwiązywania problemów.
- Unikaj nadmiernego eksponowania i powtarzania historii o samobójstwach.
- Unikaj szczegółowego opisywania sposobów pozbawiania się życia notowanych w samobójstwach dokonanych i próbach samobójczych.
- Unikaj szczegółowego informowania, w jakich miejscach najczęściej są popełniane samobójstwa.
- Używaj ostrożnych słów w nagłówkach wiadomości.
- Bądź uważny i ostrożny, wybierając zdjęcia i materiały wideo.
- Zachowaj szczególną ostrożność w doniesieniach o samobójstwach znanych osób.
- Okazuj szacunek ludziom będącym w żałobie po stracie bliskiej osoby z powodu samobójstwa.
- Dostarczaj informacji, gdzie można szukać pomocy.
- Uwzględnij, że pracownicy mediów też mogą być poruszeni historią o samobójstwie.

Dla mediów samobójstwo dziecka lub celebryty staje się newsem przyciągającym odbiorców. Dziennikarze muszą się jednak ograniczać z uwagi na potencjalne poważne szkody wywołane niewłaściwym upowszechnianiem informacji. Przygotowując materiał, nie mogą też kierować się emocjami. WHO podkreśla, że media odgrywają ogromną rolę w działaniach na rzecz zdrowia publicznego, w tym w profilaktyce samobójstw. Świadome i odpowiedzialne

przekazywanie informacji pomaga w obalaniu mitów na temat samobójstw i skłania osoby w kryzysie psychicznym do poszukiwania pomocy. Udowodniono też, że nierespektowanie wymienionych zaleceń skłania niektórych młodych ludzi w depresji do skopiowania, nieraz bardzo dokładnego, zachowań samobójczych.

Badania wykazały, że **prawdopodobieństwo wystąpienia efektu Wertera jest najwyższe w ciągu trzech dni od pojawienia się wiadomości o samobójstwie**, następnie nieco się zmniejsza i utrzymuje się na tym samym poziomie przez około dwa tygodnie. Częste omawianie takiego wydarzenia sprawia, że stan wysokiego ryzyka utrzymuje się dłużej.

Są to istotne wskazania nie tylko dla ludzi mediów, lecz także dla pracowników oświaty zainteresowanych profilaktyką. Kierując się listą zaleceń WHO, nauczyciele mogą łatwiej ocenić jakość informacyjnych działań zapobiegawczych własnych i proponowanych przez różne podmioty oraz jakość doniesień medialnych dotyczących samobójstw i oszacować ryzyko negatywnego wpływu na uczniów. Wiadomo też, że w ciągu kilkunastu dni po samobójczej śmierci młodego człowieka w bliskim środowisku lub nagłośnionym wydarzeniu w mediach należy zwracać baczną uwagę na zachowanie uczniów, zwłaszcza doświadczających rozlicznych trudności, i udzielać im wsparcia. Należy także przypominać, do kogo można się zwrócić o pomoc.

IV. Samobójczy kryzys

Znajomość wymienionych wcześniej symptomów depresji młodzieńczej i sygnałów zagrożenia samobójstwem umożliwia uważnemu obserwatorowi identyfikację ucznia przeżywającego kryzys i szybkie podjęcie działań pomocowych. Jednak często otoczenie nie zdaje sobie sprawy z powagi sytuacji, a inne niż zwykle i dziwne zachowanie dziecka wiąże ze znanymi sobie, banalnymi przyczynami. Nastolatek, zdaniem rodziców i nauczycieli, opuścił się w nauce, nie dba o wygląd, bywa rozproszony lub agresywny z lenistwa lub zwiększonej pobudliwości typowych dla wieku dojrzewania. Dorośli usiłują więc cierpliwie przeczekać trudny okres albo koncentrują się na eliminowaniu poszczególnych symptomów, nie widząc, że układają się one w obraz depresji. Zachęty typu „weź się w garść”, interwencje wychowawcze, w tym rozmaite sankcje, mają zmotywować nastolatka do zmiany zachowania.

Podczas rozmowy z nauczycielem, pedagogiem lub psychologiem, dotyczącej np. wyglądu, ocen czy też wycofywania się z wszelkiej aktywności na terenie szkoły, uczeń może wprost lub w sposób zawołany ujawnić zamiary samobójcze. U większości nieprzygotowanych dorosłych podobny komunikat wywołuje silny lęk i poczucie bezradności. Pod wpływem emocji często reagują oni w sposób nieprzemyślany, pogarszając jeszcze trudną sytuację. Personel szkoły niekiedy próbuje zbagatelizować otrzymane informacje albo podejmuje chaotyczne, nieskoordynowane działania, które nie przyczyniają się do rozwiązania problemów dziecka, ale eskalują go. Stąd konieczność wyłonienia i przeszkolenia zespołu ds. sytuacji kryzysowych oraz wcześniejszego przygotowania procedur reagowania w sytuacji kryzysu. Umiejętność zarządzania kryzysem umożliwia udzielenie właściwej pomocy uczniowi, zwiększa poczucie kompetencji i bezpieczeństwa nauczycieli, a także zwiększa poczucie bezpieczeństwa uczniów i rodziców oraz ich zaufanie do nauczycieli (NASP, 2007).

1. Jak reagować, gdy uczeń mówi o samobójstwie

Jak się zachować, gdy młody człowiek komunikuje wprost zamiary samobójcze, daje do zrozumienia, że chce pozbawić się życia, czy opowiada o podejmowanych wcześniej próbach samobójczych? Jeśli nie jesteś psychoterapeutą, nie próbuj prowadzić psychoterapii.

Rozmawiaj z uczniem w sposób tak naturalny, jak tylko potrafisz. Celem prowadzonej rozmowy powinno być: zapewnienie mu bezpieczeństwa, nawiązanie kontaktu, umożliwienie odreagowania nagromadzonych silnych emocji, zmniejszenie poczucia osamotnienia, podarowanie odrobiny nadziei.

Nie można skonstruować jednego przydatnego scenariusza rozmowy z potencjalnym samobójcą, ponieważ nie istnieją dwa identyczne życiorysy, identyczne zestawy czynników ryzyka ani identyczne procesy prowadzące do kryzysu. Każda rozmowa będzie przebiegała inaczej. Można jednak podać **kilka podstawowych zasad reagowania i wskazówek umożliwiających osiągnięcie celów i uniknięcie poważnych błędów** (por. NASP, 2007; Goldman, Beardslee, 1999; Doan, Lazear, Roggenbaum, 2003; McKee, Jones, Barbe, 1993).

1. **Zachowaj spokój. Nie panikuj.** Nie reaguj natychmiast, policz w myśli do trzech. Kontroluj głos i mimikę, staraj się nie okazywać zdenerwowania. Uczniowi jest w tej chwili bardzo potrzebny opanowany, dający oparcie dorosły.
2. **Traktuj ucznia i jego komunikat o zamiarach samobójczych poważnie,** nie lekceważ go. Przekonanie, że osoby mówiące o samobójstwie nigdy go nie popełniają, jest mitem. Wielu samobójców komunikuje wcześniej swoje zamiary.
3. **Nie odsyłaj ucznia,** proponując inny termin rozmowy lub kierując go do innej osoby. To bardzo niebezpieczne. Odesłanie może zostać odebrane jako lekceważenie. Może też, podobnie jak objawy paniki u dorosłego rozmówcy, nasunąć uczniowi myśl, że jego sytuacja jest gorsza niż sam przypuszczał, i zwiększyć lęk, poczucie osamotnienia i beznadziei. Musisz z nim porozmawiać właśnie teraz. Poproś, by ktoś zastąpił cię podczas lekcji. W tej chwili najważniejsze jest zapewnienie dziecku fizycznego i psychicznego bezpieczeństwa.
4. **Nie zostawiaj ucznia ani na chwilę samego.** Jeśli obawiasz się, że sobie nie poradzisz, albo sytuacja tego wymaga (np. uczeń jest w stanie dużego pobudzenia), poślij kogoś po pomoc, nie opuszczając pokoju. Wezwij kogoś z członków zespołu ds. sytuacji kryzysowych, który jest lepiej przygotowany do prowadzenia rozmowy z osobą w kryzysie. Włączenie do interwencji drugiej osoby będzie potraktowane przez ucznia

jako coś naturalnego i oczywistego. Możesz się powołać na obowiązującą procedurę postępowania: „To ważna sprawa wymagająca szybkiego i mądrego rozwiązania. Jak wiesz, wszystkie trudności rozwiążemy w szkole zespołowo. Poproszę jeszcze do nas pana Marka. Co dwie głowy, to nie jedna”. Oczekując na pomoc, zatroszcz się o dziecko spokojnie i serdecznie. Po przyjściu drugiej osoby pozostań przy ich rozmowie.

5. **Nie obiecuj absolutnej dyskrecji.** Uczeń może chcieć rozmawiać o swoich problemach, żądając od ciebie przyrzeczenia, że nikomu o nich nie powiesz. Nigdy nie zawieraj takiego kontraktu. Znajdziesz się w pułapce – w konflikcie prawnym i etycznym. Musisz powiadomić dyrektora i rodziców. Prawdopodobnie niezbędne okażą się konsultacje specjalistyczne, czasem konieczna jest współpraca z policją i sądem rodzinnym. Staniesz przed dylematem, czy złamać dane słowo, czy zaniechać udzielania pomocy, biorąc odpowiedzialność za dalsze losy dziecka. Powiedz o tym: „Stawiasz mnie w trudnej sytuacji. Nie mogę ci tego obiecać. Bardzo chcę ci pomóc i zależy mi, żebyś była zdrowa i szczęśliwa, ale... (podaj kilka rzeczowych argumentów):
 - twoich problemów nie da się rozwiązać jednoosobowo,
 - nie jestem specjalistą,
 - obowiązują mnie przepisy prawa.
 Żądając całkowitej dyskrecji, wiążesz mi ręce. Nie chcę obwiniać się do końca życia, że nie zapewniłem ci odpowiedniej pomocy. Mogę tylko obiecać zachowanie dyskrecji wobec osób niezaangażowanych w rozwiązywanie twoich trudności”. Można też odwołać się do obowiązującej w szkole procedury postępowania – zespołowego rozwiązywania poważnych problemów. Przede wszystkim należy powtórzyć, że zależy nam na uczniu.
6. **Zapewnij możliwie najlepsze warunki rozmowy.** Zadbaj o intymność. Nie przeprowadzaj ucznia do pokoju nauczycielskiego, gdzie przebywa wiele osób. Nie pozwól, by ktoś przypadkowy wchodził do pokoju, w którym rozmawiacie. Nic nie powinno was rozpraszać.
7. **Nie prowokuj ucznia, podając w wątpliwość jego zamiary.** Nie znając sytuacji, nigdy nie mów: „Nie wierzę, że chcesz

to zrobić” lub „Nie próbuj mnie straszyć samobójstwem”. Nie poprawisz w ten sposób swoich ocen. To bardzo ryzykowne. Pobudliwy, zraniony i zdesperowany nastolatek może za chwilę przystąpić do realizacji zamiarów, choćby z chęci zemsty za twoją bezduszość.

8. **Respektuj uczucia ucznia.** Masz do czynienia z człowiekiem głęboko cierpiącym, młodym, który nie potrafi sobie poradzić z własnymi emocjami. Nie próbuj bagatelizować problemu protekcyjnym traktowaniem go, zdawkową reakcją typu: „Naprawdę chcesz to zrobić?” albo gorzej: „Naprawdę chcesz zrobić takie głupstwo?”. Wzmacniasz tylko jego negatywne emocje i utwierdzasz w przekonaniu, że nikt go nie rozumie i nie chce się nim zająć.
9. **Uważnie słuchaj.** Nie zajmuj się w tym czasie niczym innym. Pozwól uczniowi mówić. Mówienie może przynieść mu ulgę. Więcej słuchaj niż mów. Zadawaj krótkie pytania. Nie komentuj na bieżąco i nie podawaj od razu swoich interpretacji. Jeśli coś mówisz, posługuj się prostym językiem zrozumiałym dla nastolatka. Utrzymuj kontakt wzrokowy.
10. **Nie próbuj poprawiać nastroju ucznia.** On w tej chwili postrzega świat w czarnych barwach, przeżywa dramat i nie widzi dla siebie przyszłości. Pełne optymizmu zdania wypowiedziane w najlepszej intencji – „Na pewno nie jest tak źle, jak myślisz”; „Nie przejmuj się”; „Zobaczysz, wszystko będzie dobrze” – zostaną odebrane jako dowód lekceważenia, kompletnego braku zrozumienia i braku rozsądku. Zaufanie do ciebie i motywacja do rozmowy mogą się wyczerpać.
11. **Bądź empatyczny.** Czasem zasygnalizuj zrozumienie dla przeżyć ucznia, ale raczej unikaj nadużywanego słowa „rozumiem”. Osoby w depresji źle je znoszą i reagują irytacją. Są przekonane, że nikt tego nie rozumie, jeśli sam nie był na dnie rozpacz. Lepiej spróbuj nazwać emocje i odczucia ucznia: „Poczułeś, że świat się wali?” albo „Byłaś przerażona”. Nie rób tego jednak zbyt często.
12. **Bądź cierpliwy.** W uczniu jest pełno lęku, żalu, wstydu i gniewu. Może zachowywać się buntowniczo i prowokacyjnie. Zaczepki słowne i wyrazy rozgoryczenia nie muszą być adresowane

właśnie do ciebie. Jesteś tylko ekranem, na który uczeń rzutuje swoje frustracje. Nie daj się sprowokować i nie wchodź w rolę sędziego. Spokojnie słuchaj lub zastosuj wskazówkę nr 10. Gdy uczeń uzna cię za osobę rozumiejącą i wspierającą, uspokoi się.

13. **Ujawnij swoje odczucia** wywołane rozmową. Twoje emocje mogą być widoczne i nie ma powodu, by o nich nie wspomnieć. Uczeń chce usłyszeć, że jego osoba i jego sprawy nie są ci obojętne. Czasami usiłuje nawet sprowokować rozmówcę wypowiadając przypuszczenie, że pewnie go to nie zainteresuje. Wyraż krótko własne odczucia, posługując się zdaniem: „Jestem poruszony/przejęty tym, co mi powiedziałeś”. Nie mów jednak, że bardzo cię to zdenerwowało lub przeraziło i nie składaj wyrazów współczucia. Nie opowiadaj też teraz o własnych trudnościach życiowych i stanach psychicznych ani o znanych ci podobnych przypadkach. Skoncentruj się na historii ucznia.
14. **Nie oceniał.** Unikaj oceniania zachowania ucznia i wypowiadania opinii, co jest dobre, a co złe, etyczne lub nieetyczne. To nie jest właściwy moment na takie rozważania i nie są one skuteczne. Stwarzasz tylko dystans między sobą a dzieckiem. Ono od dawna doświadcza bardzo silnych przykrych emocji i chce się od nich uwolnić za wszelką cenę. Nie jest w stanie myśleć o niczym innym. Największą wartość ma właśnie to, że siedzisz z nim i słuchasz go uważnie. Udzielasz mu w ten sposób wsparcia.
15. **Nie próbuj prowadzić dyskusji.** Nie czuj się zobowiązany do natychmiastowego przekonania ucznia, by zrezygnował z samobójczych zamiarów.
 - Nie zasypuj go lawiną argumentów. To nie jest właściwy moment i dyskusja nie przyniesie oczekiwanych rezultatów z powodów wymienionych powyżej. Większość argumentów on sam już wielokrotnie rozważał.
 - Nie przeciwstawiaj się gwałtownie samobójczej decyzji ucznia, ale zachęcaj do odwołania w czasie jej realizacji. Możesz się posłużyć zdaniem „Zawsze jeszcze zdążysz to zrobić”.
 - Unikaj wywoływania w nim poczucia winy. Nie obciążaj go dodatkowo. Nie używaj takich argumentów jak rozpacz rodziców i bliskich w przypadku jego śmierci. Często plan

samobójstwa jest motywowany właśnie chęcią dokonania porachunków z rodzicami, kolegami czy nauczycielami. Utwierdzisz wówczas ucznia w jego zamiarach.

- Masz jednak prawo nie zgadzać się z wielokrotnie wypowiedzianym przez ucznia przekonaniem o braku wyjścia z kryzysu. Powiedz: „Wiem, że tak to widzisz i oceniasz, ale nie zgadzam się tobą. Przychodzą mi do głowy różne możliwe wyjścia. Nie mam w tej chwili pewności, czy i które okażą się skuteczne. Będziemy szukać najlepszych rozwiązań. Wrócimy jeszcze do tego”. Demonstrowaj spokojną pewność siebie. Nie musisz teraz uzasadniać swojego przekonania. I tak usłyszysz po każdym argumentie, że to beznadziejne, to nic nie da, a młody człowiek nie ma już na nic siły.

- 16. Wypowiadaj się w sposób bezpośredni i otwarty.** Nie obawiaj się używać słów „śmierć” i „samobójstwo”. Nie bój się, że podsuniesz uczniowi w ten sposób niebezpieczny pomysł. On i tak od dawna o tym myśli. Zyskasz tylko uznanie i zaufanie jako osoba otwarta i odważna. Często nastolatki nie mówią o samobójstwie wprost, lecz dają do zrozumienia. Można wówczas zapytać: „Czy chcesz mi powiedzieć, że myślisz o samobójstwie?”. Można także pytać, czy uczeń rozważał, jaką metodę pozbawienia się życia wybrać.
- 17. Nie bój się ciszy.** Gdy w trakcie rozmowy zapadnie cisza, nie przerywaj jej natychmiast. Daj sobie i uczniowi czas na refleksję. Przebywanie ze sobą w pełnej zrozumienia ciszy buduje kontakt.
- 18. Przedstaw swoje najbliższe zamiary.** Możesz jeszcze nie wiedzieć, jak rozwinie się akcja pomocy. Opowiedz jednak uczniowi, co zamierzasz zrobić w jego sprawie w najbliższym czasie, by nie czuł się zaskoczony i zdradzony przez ciebie. Zapytaj, czego obawia się w związku z planowanymi przez ciebie działaniami. Wysłuchaj jego obaw i weź je poważnie pod uwagę. Spróbuj go uspokoić, staraj się go chronić.
- 19. Bądź uczciwy.** Nie obiecuj uczniowi zbyt wiele. Możesz nie być w stanie zrealizować obietnic i tylko zniszczysz jego zaufanie.

- 20. Nie stosuj konfrontacji.** Gdy dowiesz się, że przyczyną próby samobójczej jest przemoc rówieśnicza, przemoc domowa czy wykorzystywanie seksualne, nie doprowadzaj do konfrontacji ze sprawcami przemocy. Dla ofiary jest to dodatkowa ogromna trauma. Narażasz ucznia na represje ze strony sprawców i burzysz zaufanie do siebie. Lęk przed represjami może przyspieszyć decyzję o samobójstwie. Sprawa wyjaśni się w procesie diagnozy.

Po zakończeniu rozmowy uruchom procedurę postępowania w sytuacjach kryzysowych, w tym powiadom rodziców. Nie pozwól, by uczeń sam opuścił szkołę.

Bibliografia

Apter A., Wasserman D., (2003), *Adolescent attempted suicide*, [w:] King R.A., Apter A. (red.), *Suicide in Children and Adolescents*, Cambridge: Cambridge University Press.

Bomba J., (2011), *Depresja młodzieńcza*, [w:] Namysłowska I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Bomba J., Namysłowska I., Orwid M., (2002). *Zaburzenia zachowania i emocji zaczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym*, [w:] Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.), Wrocław: Urban & Partner.

Bomba J., Orwid M., (2008), *Zaburzenia zdrowia psychicznego w okresie młodzieńczym* [online: <http://www.kpdim.cm-uj.krakow.pl/1.pdf>, dostęp dn. 1.08.2016].

Bomba J., Orwid M., (2004), *Zaburzenia zdrowia psychicznego w okresie młodzieńczym. Postępowanie, profilaktyka i błędy w postępowaniu*, [w:] Rybakowa M. (red.), *Medycyna wieku młodzieńczego*, t. 2, Kraków: Wydawnictwo Medyczne.

Brodniak W., (2011), *Informacja na temat samobójstw w Polsce na tle innych krajów europejskich* [online, http://psychiatria.org.pl/news,tekst,56,informacja_na_temat_samobojstw_w_polsce_na_tle_innych_krajow_europejskich, dostęp dn. 1.08.2016].

Costello D., Swendsen J., Rose J., Dierker L., (2008), *Risk and Protective Factors Associated with Trajectories of Depressed Mood from Adolescence to Early Adulthood*, „Journal of Consult” nr 76(2), s. 173–183.

Dietrich-Muszalska A., (2011), *Uzależnienie od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych*, [w:] Namysłowska I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Doan J., Lazear K., Roggenbaum S., (2003), *Youth suicide prevention school-based guide — Issue brief 6a: Responding to a student crisis* Tampa: Department of Child and Family Studies, University of South Florida.

Dolto F., (1995), *Nastolatki*, Warszawa: WAB.

Goldman S., Beardslee W.R., (1999), *Suicide in children and adolescents*, [w:] Jacobs D.G. (red.), *The Harvard medical school guide to suicide assessment and intervention*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Gould M., Fisher P., Parides M., Flory M., Shaffer D., (1996), *Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescents Completed Suicide*, „Archives of General Psychiatry”, nr 53(12), s. 1155–1162.

Greenberg T., Velting D., Shaffer D., (2003), *Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years* „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, nr 42(4).

Horowitz J.L., Garber J., (2006), *The Prevention of Depressive Symptoms In Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, t. 74, nr 3.

Kazdin A., (1996), *Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania. Programy profilaktyczne i lecznicze*, „Nowiny Psychologiczne” nr 2.

Kępiński A., (1973), *Psychopatologia nerwic*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Kielholtz P., (1973), *Psychosomatic aspects of depressive illness – masked depression and somatic equivalents. Masked Depression*, Berno–Stuttgart–Wiedeń: Hans Huber Publishers.

Kimokeo D., (2006), *Research-Based Guidelines and Practices for School-Based Suicide Prevention*, Nowy Jork: Uniwersytet Columbia.

Lazear K., Roggenbaum S., Blase K., (2003), *Youth suicide prevention school-based guide. Overview*, Tampa: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida, s. 2 [online: <http://theguide.fmhi.usf.edu/pdf/2012PDFs/2012GuideAll.pdf>, dostęp dn. 1.08.2016].

Mann J. i in., (2005), *Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review*, JAMA, t. 294, nr 16.

McKee P.W., Jones R.W., Barbe R.H., (1993), *Suicide and the School: A Practical guide to suicide prevention*, Horsham: LRP Publications.

Napieralska E., Kułaga Z., Gurzkowska B., Grajda A., (2010), *Epidemiologia zgonów dzieci i młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999–2006*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” nr 91(1), s. 92–98.

NASP, (2007), *Preventing Youth Suicide – Tips for Parents and Educators*, National Association of School Psychologists [online: <http://mycsp.org/wp-content/uploads/2014/09/tips-for-parents.pdf>, dostęp dn. 1.08.2016].

NSW Health, (2002), *Prevention Initiatives for Child and Adolescent Mental Health*, NSW Resource Document, Sydney: NSW Department of Health.

Pużyńska E., (1988), *Depresje u dzieci i młodzieży*, [w:] Pużyński S., *Depresje*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Pużyński S., (1988), *Depresje*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Sabaté E., (2004), *Depression in Young People and Elderly*. Dokument WHO: *Priority Medicines for Europe and the World*.

SAMHSA, (2012), *Preventing Suicide: A Toolkit for High Schools*, HHS Publication nr SMA-12-4669, Rockville: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration [także online: <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA12-4669/SMA12-4669.pdf>, dostęp dn. 1.08.2016].

Shashi K.B., Subhash C.B., (2007), *Childhood and Adolescent Depression*, „American Family Physician”, nr 75(1), s. 73–80.

WHO, (2013), *Priority Medicines for Europe and the World Update Report* [online: http://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/MasterDocJune28_FINAL_Web.pdf, dostęp dn. 11.08.2016].

WHO, (2008), *Preventing suicide: a resource for media*, Genewa: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, s. 3 [online: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf, dostęp dn. 1.08.2016].

WHO, (2002), *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPREMISS*. Protocol of SUPREMISS, Genewa: WHO.

