

PODREČNIK **POSTWENCJI** **ELLIPSE**



Kurs Postwencji ELLIPSE i niniejszy podręcznik powstały dzięki partnerom projektu ELLIPSE Postvention ze Szwecji i Polski.

Projekt ten był współfinansowany przez Unię Europejską

Numer projektu: 2023-1-SE01-KA210-ADU-000157831

Tytuł: ELLIPSE Postvention

Czas trwania: od 2023-09-01 do 2024-08-31

Cytowanie: A. Baran, T. Milewicz, M. Stensmark,
Podręcznik Postwencji ELLIPSE, Wydawnictwo
Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2024.

Korekty językowe:

j. polski Maria Z. Olech, Bogusława Majcherczyk

ISBN 978-83-233-5473-4 (druk)

ISBN 978-83-233-7645-3 (pdf)

Treści i grafiki (z wyłączeniem tekstów i grafik pochodzących z innych źródeł) mogą być cytowane i publikowane na stronach internetowych, blogach, w biuletynach, czasopismach i innych mediach pod warunkiem podania źródła.

Zastrzeżenie: Wsparcie Komisji Europejskiej dla tego projektu nie stanowi poparcia dla treści, które odzwierciedlają jedynie poglądy autorów, a Komisja nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek wykorzystanie informacji zawartych w niniejszym dokumencie.

WSTĘP

Mają Państwo w ręku podręcznik do kursu e-learningowego Postwencja ELLIPSE. Nieoczekiwana utrata osoby bliskiej często powoduje radykalne zmiany w naszym życiu, prowadzące nawet do kryzysu tożsamości, kiedy kwestionujemy nasze wybory dotyczące partnera, studiów, pracy, zachowań, ról życiowych i nie tylko. Ten podręcznik ma za zadanie wprowadzić czytelników w świat osób, które przeżyły stratę samobójczą, jednocześnie wskazując drogi pomocy w tak trudnym momencie życia. Postaramy się też odpowiedzieć na pytanie: W jaki sposób kurs postwencji może poprawić umiejętności radzenia sobie ze stratami w innych obszarach życia.

Doświadczenie straty jest nieuniknioną częścią życiowej podróży, przeplatanej okresami radości i smutku. Znalezione stwierdzenie z filmu „Forrest Gump”: „Życie jest jak pudełko czekoladek. Nigdy nie wiesz, co ci się trafi” zwraca uwagę na nieprzewidywalność sytuacji, z którymi przychodzi nam się konfrontować. Informacja o stracie kogoś bliskiego rozbija nasz wewnętrzny spokój, ponieważ z osobą bliską tracimy wiele innych elementów naszego własnego życia: wspólne zajęcia, naszą pozycję w życiu tej osoby, wartości związane z tą relacją i niektóre z ról, które są dla nas szczególnie ważne, np. rola rodzica, dziecka, przyjaciela, osoby wspierającej, leczącej, nauczyciela i wiele innych.

W rezultacie strata ważnej osoby wywołuje wiele reakcji wynikających z żałoby, wpływa na nasze uczucia, myśli i zachowania; ma zatem głęboki wpływ na nasze życie, a nasze reakcje na utratę kogoś bliskiego często odzwierciedlają nasze reakcje na poprzednie straty. Jeśli nasze strategie radzenia sobie z traumą stawiają na pierwszym miejscu życie i zdrowie, powinno być nam łatwiej poradzić sobie w nieoczekiwanej, niechcianej i tragicznej sytuacji samobójstwa. I odwrotnie, jeśli nasze wcześniejsze reakcje na stratę wytworzyły niezdrowe schematy i nawyki radzenia sobie, uczucia przeżywane w żałobie po samobójstwie pogłębią nasz niepokój, przypominając nam o innych trudnych okresach związanych ze stratami z naszej przeszłości.

Próba rozwiązania tego problemu jest koncepcja postwencji, podkreślająca znaczenie budowania systemu

wsparcia pozwalającego przetrwać trudny okres po utracie. Postwencja obejmuje zarówno żałobę skomplikowaną, jak i wzrost potraumatyczny.

Warto pamiętać, że każda nawet największa trauma jest także szansą na nowy początek, który choć niechciany, może sprawić, że nasze życie stanie się bardziej satysfakcjonujące.

Straty mogą wywołać wstrząs i często nie wiemy, jak zareagować. Dlatego, zadaniem tego podręcznika i kursu jest dostarczenie wskazówek, jak inne osoby poradziły sobie z podobnymi doświadczeniami oraz jak naukowcy opisują okres żałoby i jakie zalecenia wynikają z tych doświadczeń.

Podręcznik oferuje wiele praktycznych umiejętności, procedur i zasad, które mogą nam pomóc w przeżywaniu i przezwyciężeniu żałoby, aby jednak rozwijać się pomimo przeciwności losu, znajdując ścieżki, które są nie tylko wystarczająco dobre, a czasami nawet satysfakcjonujące pomimo doświadczenia traumy.

Każdy z sześciu modułów (A-F) zawiera:

- ▶ rozdział wstępny z pytaniem wprowadzającym do dyskusji,
- ▶ opis treści edukacyjnych w punktach – „czego się nauczymy”,
- ▶ treść rozdziału,
- ▶ wnioski,
- ▶ test wielokrotnego wyboru z odpowiedziami
- ▶ i bibliografię.

Studiowanie trudnego tematu samobójstwa jest efektywniejsze w grupie, dlatego zalecamy uczenie się wspólnie z innymi osobami. Nie tylko sposób przyswajania tych trudnych treści będzie łatwiejszy, ale druga osoba zapewni nam naturalne wsparcie.

W podręczniku zapisano również telefony zaufania, które można wykorzystać w przypadku osobistych kryzysów oraz 12-Stopniowy Plan Bezpieczeństwa, który pomaga przygotować się na nieprzewidziane życiowe wyzwania.

**Życzymy dobrej lektury,
Zespół projektu „Postwencja ELLIPSE”**

SPIIS TREŚCI

Wstęp

3

01 MODUŁ A

A.01	Obalanie mitów i ujawnianie faktów na temat żałoby po samobójstwie	8
A.02	Znajdowanie siły: 10 rzeczy, które warto zrobić i 10 rzeczy, których należy unikać	11
A.03	Odporność rodziny po samobójstwie – Budowanie uzdrawiającej narracji	18
A.04	Zrozumienie i zarządzanie żałobą – Identyfikacja „czerwonych flag” u dzieci i młodzieży	24
A.05	Rozmowa z dzieckiem w żałobie	30
A.06	Udzielanie wsparcia osobie po stracie samobójczej – podstawowe wskazówki	36
A.07	Zadbaj o swój mózg – zdrowe i niezdrowe nawyki, SCARS i 12-Stopniowy Plan Bezpieczeństwa	41

02 MODUŁ B

B.01	Effekt domina po samobójstwie – Zrozumienie wpływu samobójstwa na otoczenie	50
B.02	Wpływ samobójstw na jednostkę, rodzinę, naukę, pracę i społeczność	54
B.03	Różnice w żałobie po samobójstwie i żałobie po śmierci z innych przyczyn	62
B.04	Zrozumienie zespołu przedłużonej żałoby i skomplikowanej żałoby	67
B.05	Radzenie sobie z żałobą po samobójstwie – Przepracowanie problemów pojawiających się na różnych etapach żałoby	77
B.06	Od traumy do transformacji – Odkrywanie siły pourazowego wzrostu	87
B.07	Definiowanie pojęcia postwencji – wsparcie i leczenie po tragedii	93
B.08	Postwencja na świecie – 12 przykładów	99

03 MODUŁ C

C.01	Program postwencji w szwedzkim regionie Kalmar	109
C.02	Wskazówki dla pracowników służby zdrowia i opieki społecznej wspierających osoby dotknięte samobójstwem	113
C.03	Wsparcie indywidualne osób w żałobie po samobójstwie – przykład interwencji	119
C.04	Wczesne i częste wsparcie rodziny w żałobie po samobójstwie (Postwencja rodzinna Blekinge)	123
C.05	Znaczenie grup wsparcia w postwencji	135
C.06	Model postwencji TAPS (TAPS Suicide Postvention Model™)	143

04 MODUŁ D OPIEKA ZDROWOTNA

D.01	Służba zdrowia z perspektywy osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej	150
D.02	Samobójstwo pacjenta z perspektywy pracownika służby zdrowia	153
D.03	Podstawowe zasady postwencji w placówkach służby zdrowia	161
D.04	Wytyczne na spotkania terapeutyczne (debriefing) w opiece psychiatrycznej	164
D.05	Wsparcie po samobójstwie dla lekarzy i innych pracowników służby zdrowia	167

05 MODUŁ E OPIEKA SPOŁECZNA

E.01	Postwencja: spostrzeżenia z perspektywy pracownika socjalnego	172
E.02	Skuteczne wspieranie pracowników socjalnych w żałobie po samobójstwie podopiecznego	178

06 MODUŁ F PLACÓWKI EDUKACYJNE

F.01	Żałoba po samobójstwie w szkołach i na uczelniach – perspektywa ucznia i studenta	184
F.02	Samobójstwo ucznia – doświadczenia nauczycieli	190
F.03	Zasady postwencji w placówkach oświatowych – zapobieganie samobójstwom wśród młodzieży	196
F.04	Przykład procedury postwencji w szkole – rola szkolnego zespołu kryzysowego	202
F.05	Nawigowanie po wrażliwych rozmowach. Przewodnik po wywiadach na temat zapobiegania samobójstwom w mediach	208

MATERIAŁY DODATKOWE	213
----------------------------	------------

MODUŁ A

A.01 Obalanie mitów i ujawnianie faktów na temat żałoby po samobójstwie

A.02 Znajdowanie siły: 10 rzeczy, które warto zrobić i 10 rzeczy, których należy unikać

A.03 Odporność rodziny po samobójstwie – Budowanie uzdrawiającej narracji

A.04 Zrozumienie i zarządzanie żałobą – Rozpoznawanie „czerwonych flag” u dzieci i młodzieży

A.05 Rozmowa z dzieckiem w żałobie

A.06 Udzielanie wsparcia osobom w żałobie

A.07 Trenuj swój mózg – Zdrowe i niezdrowe nawyki, SCARS i 12-Stopniowy Plan Bezpieczeństwa



A.01

OBALANIE MITÓW I UJAWNIANIE FAKTÓW NA TEMAT ŻAŁOBY PO SAMOBÓJSTWIE

Pytanie wprowadzające

W jaki sposób obalenie powszechnych mitów na temat żałoby może zmienić nasze zrozumienie i wsparcie dla osób po utracie osoby bliskiej w wyniku samobójstwa?

Czego się nauczymy?

1. Emocjonalna złożoność żałoby.
1. Żałoba u osób „pozbawionych prawa do żałoby”.
2. Rozpoznawanie osób w „cichej żałobie”.
1. Odkrywanie różnorodnych mechanizmów radzenia sobie z żałobą.
2. Identyfikacja różnych potrzeb wsparcia.
3. Problemy ze zdrowiem psychicznym.
1. Ponadczasowa natura żałoby.
1. Rozpoznawanie różnych aspektów żałoby.

Wprowadzenie

Żałoba jest sytuacją, w której znajdzie się każdy człowiek. Rozpowszechnione błędne przekonania na jej temat mogą utrudnić zapewnienie odpowiedniego wsparcia i zrozumienie osoby w żałobie.

Odrzucenie obowiązujących mitów na temat żałoby, zwłaszcza po samobójstwie, i zauważenie wieloaspektowości sytuacji pomoże nam wspierać osoby w żałobie i budować bardziej współczujące i świadome społeczeństwo.

Niniejszy rozdział zwraca uwagę na emocjonalną złożoność żałoby, jej wpływ na różne osoby, różnorodne mechanizmy radzenia sobie, potrzebę wspierania i skorzystania z wsparcia.

10 MITÓW I FAKTÓW

1. Mit: Żałoba to tylko uczucie smutku i żalu.

Fakt: Podczas żałoby możemy doświadczać różnych emocji: złości, niepokoju, poczucia winy, wstydu i bólu.

2. Mit: Żałoba dotyczy tylko osoby bliskie zmarłemu (rodzinę, przyjaciół).

Fakt: Żałoba obejmuje wiele innych osób pomijanych i zwykle „zapominanych”: pracowników służby zdrowia, pracowników opieki społecznej, nauczycieli, świadków samobójstw i osób z problemami psychicznymi. Nazywa się to zjawisko żałobą u osób „pozbawionych prawa do żałoby”.

3. Mit: Wszystkie osoby, które mogą potrzebować pomocy, można zidentyfikować na podstawie wyrażanego przez nie smutku.

Fakt: Wiele osób dotkniętych tzw. „cichą żałobą” nie okazuje na zewnątrz emocji, co utrudnia diagnozę sytuacji i ocenę, na ile potrzebują wsparcia.

4. Mit: Ludzie radzą sobie z żałobą po samobójstwie, rozmawiając o nim.

Fakt: Mechanizmy radzenia sobie z żałobą są różne. Niektóre osoby szukają pocieszenia w rozmowie, inne mogą unikać rozmawiania na bolesny temat.

5. Mit: Osoby, które nie mówią o żałobie po samobójstwie osoby bliskiej, nie doświadczają emocji z nią związanych.

Fakt: Osoby unikające rozmowy na temat żałoby mogą doświadczać intensywnych uczuć związanych z żałobą, których wyrażenie jest utrudnione przez wstyd i lęk przed napiętnowaniem ich przez innych.

6. Mit: Osoby w żałobie po samobójstwie mają identyczne oczekiwania i potrzeby w zakresie wsparcia.

Fakt: Potrzeby wsparcia znacznie się różnią; niektóre osoby szukają pomocy, podczas gdy inne koncentrują się na wspieraniu innych osób w żałobie. Niektórzy potrzebują krótkotrwałej natychmiastowej pomocy, podczas gdy inni mogą potrzebować pomocy w ciągu kolejnych tygodni, miesięcy, a nawet lat po stracie.

7. Mit: Żałoba po samobójstwie jest zawsze wyrazem problemów psychicznych, dlatego powinniśmy skontaktować się z pracownikami służby zdrowia w sprawie leczenia.

Fakt: Żałoba po samobójstwie nie jest przejawem problemów psychicznych. Jest to naturalna reakcja na utratę. Wsparcie otrzymane od innych osób jest często najlepszą i oczekiwaną formą pomocy.

8. Mit: U osób w żałobie po samobójstwie nieuchronnie rozwija się zespół stresu pourazowego (ang. Post-traumatic Stress Disorder – PTSD).

Fakt: Wiele osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej nie doświadcza zespołu stresu pourazowego (PTSD), a „stresu pourazowego (PTS)”. PTS jest naturalną reakcją na bardzo traumatyczne doświadczenie i nie jest zaburzeniem. Część osób doświadcza tzw. wzrostu pourazowego (ang. Posttraumatic Growth – PTG). Jedno wiemy na pewno: nigdy nie jesteśmy tą samą osobą, którą byliśmy przed żałobą po samobójstwie osoby bliskiej.

9. Mit: Po kilku miesiącach od samobójstwa osoby bliskiej nie powinniśmy już odczuwać bólu z powodu tej utraty.

Fakt: Nie ma ustalonego harmonogramu pojawiania się uczuć towarzyszących żałobie.

10. Mit: Żałoba wynika wyłącznie z przyczyn psychologicznych.

Fakt: Na żałobę wpływają różne czynniki, w tym biologiczne, psychologiczne, społeczne i kulturowe. Żałoba jest wyrazem więzi emocjonalnych z osobą, którą utraciliśmy.

Wnioski

Obalanie mitów na temat żałoby ma kluczowe znaczenie dla głębszego zrozumienia sytuacji i skuteczniejszego wsparcia dla osób pogrążonych w żałobie. Uznanie złożoności reakcji emocjonalnych oraz zauważenie różnych sposobów radzenia sobie i szukania pomocy powinno ułatwić świadome podejście do okazywania wsparcia i współczucia. Znając fakty, możemy lepiej wspierać tych, którzy przeżywają żałobę, wzmacniać proces przezwyciężania trudnych emocji i wzmacniać odporność psychiczną ludzi w naszym otoczeniu.

Zapamiętaj:

1. Złożoność emocjonalna

Żałoba obejmuje szereg emocji wykraczających poza poczucie smutku, w tym złość, niepokój, poczucie winy i wstydu.

2. Żałoba u osób „pozbawionych prawa do jej przeżywania”

Żałoba dotyczy nie tylko bliskiej rodziny i przyjaciół, ale także pracowników służby zdrowia czy pracowników opieki społecznej.

3. Pojęcie „cichej żałoby”

Wiele osób doświadcza żałoby, nie okazując na zewnątrz swoich emocji, co utrudnia zauważenie, że także te osoby potrzebują wsparcia.

4. Zróżnicowane mechanizmy radzenia sobie

Ludzie radzą sobie z żałobą na różne sposoby. Nie wszyscy czują się komfortowo rozmawiając otwarcie o swojej stracie.

5. Zróżnicowane potrzeby wsparcia Potrzeba wsparcia różni się w zależności od osoby, jej oczekiwań i czasu, w którym jest odczuwana przez nią potrzeba wsparcia.

Pytania kontrolne

1. Które stwierdzenie dotyczące żałoby jest prawdziwe?

- A. Żałoba charakteryzuje się wyłącznie smutkiem.
- B. Żałoba dotyczy tylko bliską rodzinę i przyjaciół zmarłego.
- C. Ludzie radzą sobie z żałobą, otwarcie o niej rozmawiając.
- D. Reakcje na żałobę są jednolite i spójne u różnych osób.

2. Kogo uważa się za osoby „pozbawione prawa do żałoby”?

- A. Członków rodziny zmarłego.
- B. Pracowników służby zdrowia.
- C. Bliskich przyjaciół zmarłego.
- D. Wszystkie powyższe grupy.

3. Jakie błędne przekonanie na temat żałoby obala ten rozdział?

- A. Osoby unikające rozmawiania o żałobie nie doświadczają cierpienia emocjonalnego.
- B. Osoby w żałobie zawsze oczekują natychmiastowego wsparcia.
- C. Osoby w żałobie zawsze rozwijają zespół stresu pourazowego (PTSD) po samobójstwie osoby bliskiej.
- D. Wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe.

4. Co ten rozdział mówi na temat wpływu kultury na reakcje żałoby?

- A. Normy kulturowe nie mają wpływu na to, jak ludzie doświadczają żałoby.
- B. Czynniki neurobiologiczne całkowicie determinują reakcje żałoby.
- C. Różne kultury kształtują własne sposoby doświadczania i wyrażania żałoby.
- D. Wszystkie reakcje żałoby są jednolite w różnych kręgach kulturowych.

Odpowiedzi

- 1: C. Ludzie radzą sobie z żałobą, otwarcie o niej rozmawiając.
- 2: B. Pracowników służby zdrowia.
- 3: D. Wszystkie powyższe odpowiedzi są prawidłowe.
- 4: C. Różne kultury kształtują własne sposoby doświadczania i wyrażania żałoby.

A.02

ZNAJDOWANIE SIŁY: 10 RZECZY, KTÓRE WARTO ROBIĆ I 10 RZECZY, KTÓRYCH NALEŻY UNIKAĆ

Pytanie wprowadzające

Jak poradzić sobie z przytłaczającym żalem po stracie kogoś w wyniku samobójstwa i jak znaleźć drogę do uzdrowienia?

Czego się nauczymy?

1. Rozpoznawanie reakcji związanych z żałobą

Poznamy szeroki zakres emocji i objawów fizycznych związanych z żałobą.

2. Dbanie o zdrowie fizyczne

Nauczymy się jak ważne jest to, aby w czasie żałoby dbać o aktywność fizyczną.

3. Zachowanie w pamięci ukochanej osoby

Poznamy sposoby na zachowanie pamięci o osobie zmarłej.

4. Nadawanie kierunku działaniom sterowanym emocjami

Odkryjemy, jak ukierunkować swoje emocje na pozytywne działania i znaleźć ukojenie.

5. Zachowania szkodliwe

Zidentyfikujemy typowe pułapki, których należy unikać podczas procesu żałoby.

Wprowadzenie

Jeśli straciliśmy kogoś w wyniku samobójstwa, przeżywamy żałobę. Oplakiwanie utraty jest głęboko osobistym doświadczeniem, które nierzadko izoluje nas od innych osób. Uczucia w żałobie – od intensywnego smutku i złości, po poczucie winy i odrętwienie – są często przytłaczające. Zrozumienie i zaakceptowanie, że te reakcje są zupełnie naturalne, może dać pewną ulgę. Ten rozdział zawiera praktyczne informacje na temat strategii radzenia sobie z żałobą i zachowania w pamięci osoby, którą utraciliśmy. Zapoznamy się z różnymi sposobami wychodzenia z kryzysu poprzez budowanie systemu wsparcia i unikania szkodliwych zachowań.

Niniejszy rozdział ma na celu pomóc w radzeniu sobie z uczuciami, które mogą towarzyszyć traumatycznej

stracie. Praktycznym poradnikiem, jak przeżyć żałobę, jest wiedza, co robić w czasie żałoby, a czego unikać. Porady podane w podręczniku można zastosować do siebie, a także wypróbować z rodziną, przyjacielem lub w kontakcie ze specjalistą.

10 RZECZY, KTÓRE WARTO ROBIĆ: RADZENIE SOBIE Z ŻAŁOBĄ

1. Rozpoznaj swój sposób przeżywania żałoby!

Smutek i płacz, duże trudności w codziennym funkcjonowaniu w pracy i w życiu osobistym, poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, co i dlaczego się stało, obwinianie i oskarżanie to naturalne reakcje na traumę. Możemy odczuwać wrażenie, że niemożliwe jest uzyskanie jakiegokolwiek ulgi w bólu po tak strasznej stracie. Często niepokój niczym mgła utrudnia widzenie otaczającej nas rzeczywistości i ją deformuje. Jednak wszystko to jest normalne w sytuacji żałoby! Ponadto, niektóre osoby w żałobie skupiają się na pomaganiu innym, np. matka, która stara się skupić całą swoją energię na wspieraniu swoich dzieci, które utraciły ojca.

Porada: Zaplanuj wystarczającą ilość czasu na powrót do poziomu funkcjonowania sprzed utraty.

2. Zadbaj o swoje zdrowie fizyczne! Możemy odczuwać szereg fizycznych objawów stresu, takich jak ból, utrata apetytu, zawroty głowy, bezsenność czy zmęczenie. Może nam się wydawać, że nawet drobna czynność to ogromny i niemożliwy do wykonania wysiłek. Czasami jest dokładnie odwrotnie – uciekamy w pracę i wydajemy się nie odczuwać żadnych dolegliwości.

Porada: Staraj się przeciwdziałać stresowi i zmęczeniu, dobrze się wysypiaj i odżywiaj oraz stosuj w chwilach stresu np. trening oddechowy (<https://12stepsplan.com>).

3. Pamiętaj o utraconej osobie!

Spraw, aby utracona osoba miała pozytywny wpływ na Twoje życie pomimo swej tragicznej śmierci.

Porada: Znajdź sposoby na upamiętnienie utraconej osoby, ponieważ może to pomóc w uporaniu się z bólem po stracie. Może to być stworzenie albumu ze zdjęciami z życia danej osoby, zaangażowanie w pracę w organizacji pozarządowej wspomagającej profilaktykę samobójstw, pomaganie innym, np. w formie charytatywnego wsparcia badań nad samobójstwami, linii kryzysowych, czy edukacji w dziedzinie zapobiegania samobójstwom

4. Zrób coś dobrego dla innych!

Śmierć często budzi negatywne reakcje. Może to być chęć zemsty lub wymierzenie kary tym, których podejrzewamy o przyczynienie się do naszej utraty, tj. konkretnych osób lub lekarzy, którzy nie uratowali naszego ukochanego członka rodziny.

Porada: Pozwól sobie na pozytywne działanie, które może pomóc Tobie i innym osobom przeżywającym żałobę. Może to być punktem zwrotnym w Twoim życiu.

5. Zaakceptuj swoje uczucia i myśli!

W żałobie przeżywamy poczucie winy, niepokoju, złości, bólu, wstydu, smutku, a także szok, ulgę lub zanik jakichkolwiek uczuć, apatię i odrętwienie. Doświadczamy tych wszystkich uczuć związanych z żałobą z różną intensywnością, często nie zdając sobie sprawy, że mają one związek z naszą utratą. Możemy mieć poczucie „unieruchomienia” lub „zamrożenia” w jednej lub dwóch przeciwstawnych emocjach, często smutku i bólu, myśleniu o tym, że już nigdy nie będziemy w stanie się śmiać i cieszyć życiem. Niektórzy z nas mogą skoncentrować się na pomaganiu innym w powrocie do zdrowia i w poczuciu, że właśnie to jest sensem ich życia. Brak możliwości lub też dewaluowanie znaczenia pomagania innym może zwiększyć nasze cierpienie.

Porada: Pozwól sobie stopniowo poczuć się lepiej i powrócić do poziomu funkcjonowania sprzed traumy.

6. Wybacz sobie i innym!

Złość wynika z doświadczenia bycia zranionym i głębokiego poczucia niesprawiedliwości. Osoba pogrążona w żałobie może myśleć, że przebaczenie i pogodzenie się z faktami jest całkowicie niemożliwe. Utrzymywanie negatywnego nastawienia do siebie i innych osób prowadzi do konfliktów i różnych innych negatywnych konsekwencji dla osoby w żałobie i jej bliskich krewnych.

Porada: Przebaczenie to świadoma decyzja i kontrolowane przez nas działanie, które może pomóc naszym bliskim i nam samym stopniowo poczuć się lepiej i dostosować się do nowej rzeczywistości.

7. Szukaj pocieszenia w wierze, zwłaszcza jeżeli jesteś osobą wierzącą!

Silna wiara i wspólnota religijna mogą pomóc w odzyskaniu spokoju i w lepszym kontrolowaniu intensywnych emocji.

Porada: Możesz pomodlić się za zmarłą osobą czy porozmawiać z księdzem o swoim smutku.

8. Zaplanuj pożegnanie z utraconą niespodziewanie osobą!

Niespodziewana śmierć pozostawia w nas wiele niewyrażonych uczuć oraz niewypowiedzianych słów, które stają się dodatkowym emocjonalnym ciężarem.

Porada: Napisz list, w którym wyrazisz swoje myśli, pragnienia, uczucia, które chcesz przekazać utraconej osobie.

9. Dostosuj strategię radzenia sobie do trudnego okresu, który przeżywasz!

Chwile, w których trudne uczucia pojawiają się z większą siłą, np. podczas świąt, rocznic i innych specjalnych okazji, „wyzwalają” intensywne emocje np. smutek. Czasami smutek, rozpacz i ból mogą powracać bez powodu.

Porada: W rocznicę utraty możesz chcieć być sam lub udać się na cmentarz lub do kościoła. Możesz zaplanować spędzenie tej rocznicy z przyjaciółmi lub rodziną. W przypadku myśli samobójczych można też np. zadzwonić na linię kryzysową.

10. Pozwól sobie na rozwój poprzez smutek!

Żałoba może dać nam energię do budowania udanego życia wbrew wszelkim przeciwnościom. Tym, co odróżnia tych, którzy odnieśli sukces w życiu, od tych, którzy ponieśli porażkę, nie jest liczba ani dotkliwość traumatycznych doświadczeń, a sposób radzenia sobie z tymi doświadczeniami. Część osób nauczyła się żyć ze swoją żałobą, wyciągając wnioski i wykorzystując swoje doświadczenia w innych traumatycznych sytuacjach. Dzielenie się żalem zmniejsza ciężar żałoby, czyniąc go bardziej znośnym. Niezależnie od tego, skąd pochodzi wsparcie, staraj się je przyjąć. Nie musisz przeżywać żałoby samotnie. Nawiąż kontakt z osobami, które pomimo żałoby powróciły do pełnej aktywności.

Porada: Zlokalizuj zasoby i sojuszników: Jak nazywa się członek rodziny, z którym możesz się skontaktować w potrzebie? W jaki sposób możesz skontaktować się z osobami z podobnymi doświadczeniami żałoby lub pomagającymi innym profesjonalnie w radzeniu sobie z żałobą?

10 RZECZY, KTÓRYCH WARTO UNIKAĆ W ŻAŁOBIE

1. Nie tłum swoich uczuć!

Naucz się wykorzystywać swoje nawet bolesne uczucia. Jeśli powstrzymujesz emocje i unikasz myślenia o swojej stracie, zwykle przedłużasz proces żałoby. Nie jest niczym niezwykłym to, że reakcje żałoby pojawiają się prędzej czy później, czasami po wielu miesiącach, a nawet latach, kiedy nawet się tego nie spodziewamy.

2. Nie „znieczulaj” swojego bólu alkoholem i narkotykami!

Środki odurzające mogą sztucznie i tylko tymczasowo blokować skomplikowane uczucia, ale na dłuższą metę prowadzą do utraty kontroli i możliwych do uniknięcia, niepotrzebnych strat, problemów zdrowotnych i sytuacji zagrażających życiu.

3. Nie pielęgnuj „negatywności”!

Negatywne uczucia i wspomnienia będą się pojawiać i jest to naturalne w sytuacji utraty. Negatywne emocje mogą prowadzić do rozpacz, strachu, chęci zemsty i nienawiści. Emocje w żałobie mogą prowadzić do możliwych do uniknięcia konsekwencji np. zaburzeń depresyjnych, uzależnienia, kolejnych strat i zablokowania prawdziwego potencjału osoby w żałobie. Wybór pozytywnego nastawienia jest możliwy.

4. Nie izoluj się!

Możesz unikać innych, czując, że nikt nie jest w stanie zrozumieć Twojego bólu. Możesz odczuwać wstyd, dostrzegając, co można było zrobić w inny sposób. Możesz obawiać się, że inni będą Cię obwiniać. Niektórzy ludzie obwiniają się bardziej niż inni. Izolowanie się i dystansowanie od innych może wydawać się najbardziej naturalnym sposobem radzenia sobie z trudnymi emocjami i poczuciem niższości. Poważna utrata ogranicza nasze postrzeganie i odbiór rzeczywistości poprzez tzw. widzenie tunelowe i mgłę negatywności; nie widzimy niczego pozytywnego i czujemy, że jesteśmy zupełnie sami. W rzeczywistości często inne osoby chcą nam pomóc, a odkrycie tego faktu staje się nierzadko punktem zwrotnym odnawiającym życie osoby w żałobie.

5. Nie krzywdź innych!

Poważna strata sprawia ogromny ból. Nie byłeś/byłaś w stanie pomóc. Może myślałaś/myślałeś, że inne osoby, np. specjaliści, wiedzieli lepiej od Ciebie, co należy robić. W sytuacji samobójstwa, obarczanie winą innych osób może wydawać się naturalne i oczywiste. I może nawet sprawić, że poczujemy się z tym przez chwilę trochę lepiej. Jednak oskarżanie, obwinianie, przypisywanie winy i pięt-

nowanie innych tylko tymczasowo zmniejsza cierpienie i poczucie winy. Negatywność w dalszej perspektywie zawsze dodatkowo pogarsza sytuację. Czasami ludzie popełniają błędy, często w dobrej wierze, przekonani, że postąpili słusznie. Nie byli w stanie przewidzieć konsekwencji swoich działań. Zamiast ich wykluczać, włącz ich w działania profilaktyczne, które pozwolą na zidentyfikowanie błędów i wprowadzenie zmian systemowych, które zmniejszą ryzyko ponownego popełnienia błędów w przyszłości, co ma szansę istotnie polepszyć efektywność działań mających zapobiegać samobójstwom.

6. Nie piętnuj innych sposobów radzenia sobie i przeżywania żałoby!

Zwykle bardzo negatywnie oceniamy rzeczy, które „nie zadziałały” lub doprowadziły do śmierci ukochanej osoby. Pamiętajmy, że leki mogą być dla kogoś nadzieją i ratunkiem. Często ratują życie, ale mogą być również niebezpieczne dla życia i zdrowia, np. w sytuacji ich przedawkowania. Dlatego niezbędne jest podejmowanie pewnych środków ostrożności, aby można było skorzystać z leków w razie potrzeby w sposób bezpieczny.

7. Nie podejmuj ważnych decyzji pod wpływem negatywnych uczuć!

Uczucia są jak fale: przychodzą i odchodzą. Zawsze czekaj z ważnymi decyzjami, nie podejmując żadnych drastycznych kroków aż do czasu, gdy wzburzenie minie.

8. Nie pozwól, by strata zadecydowała o Twoim życiu!

Masz prawo do własnego życia, nawet jeśli doświadczasz poważnej straty. Naucz się schematów postępowania, które wzmocnią Twoją odporność na stres i radzenie sobie. Naucz się radzić sobie z nawracającymi falami smutku, bólu, poczucia winy i innych trudnych emocji.

9. Nie zapominaj o zainteresowaniach oraz codziennych nawykach!

Masz prawo kontynuować swoje zainteresowania. Masz prawo czuć się dobrze. Twoje codzienne nawyki i zainteresowania pomagały Ci czuć się lepiej w trudnych sytuacjach także wcześniej, a jeśli na to pozwolisz, mogą pomóc Ci także w czasie żałoby i w przyszłości. Zdrowe nawyki to Twoi najlepsi sprzymierzeńcy!

10. Nie poddawaj się!

Zawsze jest nadzieja, nawet jeśli teraz jej nie widzisz! Aby mieć częstszy kontakt z pozytywnymi wspomnieniami, możesz użyć np. podpowiedzi zawartych w 12-Stopniowym Planie Bezpieczeństwa, opisując w nim rzeczy, które mają wartość, dodatkowo ilustrując je zdjęciami, nagraniami audio i wideo. Opracuj swój własny 12-Stop-

niowy Plan Bezpieczeństwa, który pomoże Ci w trudnych i potencjalnie niebezpiecznych momentach życia. Droga życia nie jest ustana różami, ale życie jest najcenniejszą wartością. Dbanie o siebie, innych, otaczającą nas przyrodę i naszą planetę sprawia, że świat może stać się lepszym i bardziej przyjaznym miejscem do życia.

10 rzeczy ułatwiających przeżywanie żałoby

Rozpoznaj swoje własne reakcje w żałobie. Uznaj i zrozum swoje emocjonalne i fizyczne reakcje na utratę. Daj sobie czas na stopniowy powrót do codziennego funkcjonowania.

Zadbaj o swoje zdrowie fizyczne. Priorytetem jest dbanie o siebie poprzez odpoczynek, zbilansowaną dietę i praktykę uważności (świadomość tego, co dzieje się w chwili obecnej, pełne doświadczanie chwili).

Zachowaj pamięć o utraconych osobach. Pielęgnuj pamięć o ukochanej osobie. Stwórz stronę ze wspomnieniami lub album ze zdjęciami, zaangażuj się w działalność charytatywną lub przeznacz jakąś kwotę na zapobieganie samobójstwom.

Przekieruj swoje emocje na pozytywne działania. Akty dobroci pomagają przepracować żałobę.

Zaakceptuj szeroki zakres emocji związanych z żałobą. Daj sobie czas na poradzenie sobie z tymi uczuciami.

Wybacz sobie i innym niezamierzone, błędne wybory. Przebaczenie jest ważnym krokiem w kierunku poprawy funkcjonowania i samopoczucia.

Jeśli jesteś osobą wierzącą, szukaj pocieszenia w wierze. Czerp siłę z wiary i z doświadczenia wspólnoty religijnej. Angażuj się w modlitwę i szukaj wskazówek u duchowych autorytetów.

Poświęć czas na emocjonalne pożegnanie utraconej osoby. Skoncentruj się na Twoich niewyrażonych uczuciach i niewypowiedzianych słowach. Napisz list wyrażający Twoje myśli i uczucia do osoby przedwcześnie zmarłej.

Znajdź strategie na trudne momenty w Twoim życiu. Przygotuj się na trudne chwile, takie jak święta i rocznice. Zaplanuj, co będziesz robić, co może Ci pomóc w przeżyciu tych trudnych chwil. W razie potrzeby skontaktuj się z infolinią kryzysową.

Pozwól sobie na wzrost i rozwój po traumie. Ucz się poprzez żałobę. Ucz się na swoich doświadczeniach i szukaj wsparcia, aby sobie pomóc w powrocie do pełnej formy.



10 rzeczy, których nie należy robić w żałobie

Unikaj tłumienia swoich uczuć. Nie ignoruj swoich emocji, gdyż to zazwyczaj przedłuża cierpienie związane z żałobą.

Nie używaj alkoholu ani narkotyków. Unikaj używek, ponieważ mogą one prowadzić do problemów zdrowotnych, dodatkowo zwiększając trudności, które przeżywasz.

Unikaj skupiania się na negatywnych aspektach. Skup się na pozytywach i szukaj wsparcia.

Nie wycofuj się ani się nie izoluj. Skontaktuj się z rodziną, przyjaciółmi, znajomymi, osobami z podobnymi doświadczeniami lub z osobami pomagającymi innym w ramach swojego zawodu.

Unikaj krzywdzenia innych. Nie odtrącaj innych, nie oskarżaj. Zamiast tego pracuj nad zmniejszeniem ryzyka błędnych wyborów, decyzji i działań, gdyż to może wzmocnić system zapobiegania samobójstwom.

Unikaj stygmatyzowania alternatywnych metod radzenia sobie. Szanuj różne strategie radzenia sobie z problemami, nawet gdy ich nie popierasz.

Powstrzymaj się od podejmowania ważnych decyzji w chwilach wzburzenia. Poczekaj, aż emocje będą bardziej pozytywne i stabilne.

Nie pozwól bezradności przejąć kontroli nad Twoim zachowaniem. Skup się na zachowaniu poczucia kontroli i budowaniu lepszej i bardziej trwałej odporności psychicznej.

Nie rezygnuj z codziennych nawyków prozdrowotnych i wcześniejszych zainteresowań. Rozwijaj je i wzmacniaj!

Nigdy nie trać nadziei. 12-Stopniowy Plan Bezpieczeństwa może Ci pomóc zadbać o Twoje myśli i emocje oraz skorzystać ze wsparcia.

Wnioski

Radzenie sobie ze stratą ukochanej osoby w wyniku samobójstwa jest trudne, ale nie jesteśmy w tym doświadczeniu sami. Stosując strategie wyszczególnione w tym rozdziale, możesz lepiej poznać swoją żałobę i świadomie ją przeżywać. Daj sobie pozwolenie na doświadczanie i przepracowywanie swoich emocji, opieraj się na wsparciu bliskich i osób pomagających profesjonalnie, a przede wszystkim traktuj priorytetowo dbanie o siebie, swoje emocje, myśli, zachowania i zdrowie fizyczne. Unikaj działań, które mogą utrudniać powrót do formy sprzed utraty, a zamiast tego skupiaj na pozytywnych działaniach. Zachowaj pamięć o ukochanej osobie. Możesz znaleźć siłę i odporność nawet w obliczu głębokiej straty dzięki cierpliwości, współczuciu i determinacji.

Zapamiętaj!

- 1. Rozpoznaj i zaakceptuj swoje emocje.** Uznaj różnorodne emocje, które możesz odczuwać podczas żałoby.
- 2. Traktuj priorytetowo zdrowie fizyczne.** Zapewnij sobie wystarczającą ilość odpoczynku, utrzymuj zbilansowaną dietę i stosuj praktyki uważności.
- 3. Zachowaj w pamięci ukochaną osobę.** Znajdź sposób na zapamiętanie i nadanie jej życiu znaczenia.
- 4. Poszukaj wsparcia i praktykuj przebaczenie:** Polegaj na swojej sieci wsparcia i wybaczaaj sobie i innym, gdyż to może wspomóc przeżywanie żałoby.
- 5. Unikaj szkodliwych prób radzenia sobie:** Unikaj zachowań, które mogą pogłębiać smutek. Zamiast tego skup się na konstruktywnych działaniach i wyborach.

Pytania kontrolne

- 1. Jaki jest najważniejszy pierwszy krok w radzeniu sobie z reakcjami pojawiającymi się w żałobie?**
 - A. Tłumienie swoich uczuć.
 - B. Rozpoznawanie swoich reakcji na utratę.
 - C. Izolowanie się.
 - D. Ignorowanie swoich emocji.
- 2. Co może pomóc w utrzymaniu zdrowia fizycznego podczas żałoby?**
 - A. Ignorowanie wszelkich dolegliwości.
 - B. Używanie alkoholu do radzenia sobie.
 - C. Priorytetowe traktowanie odpoczynku i zbilansowanej diety.
 - D. Unikanie ćwiczeń fizycznych.
- 3. Jaki jest sugerowany sposób na zachowanie pamięci o ukochanej osobie?**
 - A. Unikanie myślenia o przeszłości.
 - B. Tworzenie dedykowanej strony pamięci.
 - C. Izolowanie się od rodziny i znajomych.
 - D. Ignorowanie wspomnień.
- 4. Czego należy unikać podczas żałoby?**
 - A. Szukania wsparcia u przyjaciół.
 - B. Dokonywania aktów miłosierdzia.
 - C. Tłumienia swoich uczuć.
 - D. Dbania o swoje zdrowie.
- 5. Dlaczego ważne jest unikanie podejmowania ważnych decyzji, gdy przeżywamy intensywne emocje związane z żałobą?**
 - A. Emocje są bardzo stabilne podczas żałoby.
 - B. Jest wtedy mniejsze ryzyko błędnych decyzji.
 - C. Emocje mogą utrudniać ocenę działania.
 - D. Żałoba nie ma wpływu na podejmowanie decyzji.

Odpowiedzi

- 1: B. Rozpoznawanie swoich reakcji na utratę.
- 2: C. Priorytetowe traktowanie odpoczynku i zbilansowanej diety.
- 3: B. Tworzenie dedykowanej strony pamięci.
- 4: C. Tłumienia swoich uczuć.
- 5: C. Emocje mogą utrudniać ocenę działania.

A.03

ODPORNÓŚĆ RODZINY PO SAMOBÓJSTWIE – BUDOWANIE UZDRAWIAJĄCEJ NARRACJI

Pytanie wprowadzające

Jak możemy przekształcić przytłaczający ból po stracie kogoś w wyniku samobójstwa w narrację o uzdrowieniu i odporności?

Czego się nauczymy?

1. Docenimy znaczenie wypracowania uzdrawiającej narracji skoncentrowanej na rodzinie w celu przyniesienia ulgi przeżywającym żałobę.
2. Poznamy trening wspólnego radzenia sobie z żałobą i przetwarzania intensywnych uczuć.
3. Bezpiecznego wyrażania złożonych emocji związanych z żałobą po samobójstwie.
4. Wspierania otwartego dialogu i pomagania członkom rodziny.
5. Poznamy metody samoopieki i zarządzania „wyzwalaczami” emocji.

Wprowadzenie

Samobójstwo jest trudnym doświadczeniem dla całej rodziny. Utrata bliskiej osoby w wyniku samobójstwa jest głęboką traumą, pozostawiającą rodziny w sytuacji zmagania się z intensywnymi emocjami i pytaniami bez odpowiedzi. Sytuacja ta może przytłaczać, a nawet paraliżować z powodu wyzwolenia wyjątkowo intensywnych skomplikowanych emocji, które mają głęboki wpływ na nasze myśli, działania i naszą przyszłość. Z angielskiego określamy je jako GAPS – Guilt-Anxiety-Aggression-Pain-Shame-Sorrow, czyli poczucie winy, lęk, agresja, ból, wstyd i żal.

Wielokrotnie zadajemy sobie pytanie „Dlaczego to się stało?”, próbując zrozumieć tragedię i uchronić się przed bólem. I jest to naturalne.

Jeśli nie jesteśmy przygotowani do radzenia sobie z intensywnymi uczuciami i złożonymi pytaniami, mogą one się stać niebezpieczne i destrukcyjne, ponieważ mogą wyzwolić zachowania samouszkodzające, w tym samobójcze. W niektórych przypadkach osoby wyrządzają sobie krzywdę, aby niejako poczuć więź z osobą, którą straciły, ponieważ ich bliska osoba zmarła właśnie

z powodu wyrządzenia sobie krzywdy. Niestety, to tylko pogłębia poczucie winy, niepokój, złość, ból, szok, smutek i wstyd.

Intensywne emocje są znakiem ostrzegawczym, który sygnalizuje, że musimy skupić się na dbaniu o siebie i innych, aby poprawić sytuację. W sytuacji straty samobójczej ważne jest, aby znaleźć sposoby na bezpieczne poruszanie się po emocjach wzbudzanych w okresie żałoby i budowanie odporności. Niniejszy rozdział ma na celu pokazanie praktycznych strategii, odpowiednich do zastosowania w rodzinie w celu udzielenia wsparcia i przyniesienia ulgi w żałobie, aby znajdować drogi do wzrostu potraumatycznego po stracie samobójczej. Chociaż nie możemy wymazać traumy i piętna samobójstwa, możemy podjąć kroki, aby chronić siebie i innych przed niszczącymi skutkami nieodwracalnego faktu. Możemy to zrobić budując uzdrawiającą narrację, historię, wyjaśnienie, które może ochronić nas i naszą rodzinę przed kolejnym samobójstwem i jego niepożądanymi skutkami w przyszłości.

ZNAJDOWANIE SIŁY W ŻAŁOBIE OPOWIEŚĆ O ODPORNOSCI

Kilka lat temu rozmawiałem z 18-letnim młodym mężczyzną, który doświadczył głębokiej traumy we wczesnych latach życia. Twierdził, że to skłoniło go do uciekania się do samouszkodzeń jako sposobu radzenia sobie z trudnymi emocjami. Samobójstwo jego brata, z którym miał napięte relacje, było dla niego druzgocącym przeżyciem. Wtedy zdał sobie sprawę, że więzi rodzinne są silniejsze niż dzielące ich różnice i konflikty.

Zmagając się z uczuciami gniewu, winy, smutku i niepokoju, podjął świadomą decyzję o zaprzestaniu wyrządzania sobie krzywdy. Uznał, że samouszkodzenia i samobójstwo tylko pogorszą ból. Skierował całą swoją uwagę na udzielanie wsparcia własnej matce (z ojcem nie miał żadnego kontaktu, gdyż rodzice byli rozwiedzeni) i zaczął dbać o siebie. Nie chciał sprawiać swojej rodzinie tego samego nieznośnego cierpienia,

którego wszyscy doświadczyli po samobójczej śmierci jego brata.

Żałoba nauczyła go, jak ważne jest skupienie się na dbaniu o siebie i o dobre samopoczucie członków rodziny, kontynuowanie leczenia i stosowanie się do rad specjalistów. Sztuka bycia w pełni obecnym, wspieranie siebie nawzajem i pocieszanie pomaga całej rodzinie lepiej radzić sobie z żałobą po utracie członka rodziny.

Pamiętaj, że nigdy nie jesteś sam, nawet jeśli czujesz się tak ze względu na głębię smutku i bólu, który przeżywasz. Jesteś w tym razem z Twoją rodziną, a dzielenie się cierpieniem ułatwia pokonanie bólu. Paradoksalnie żałoba może nas także nauczyć, że nigdy nie należy się poddawać!

DZIESIĘĆ SPOSOBÓW RODZINNEGO RADZENIA SOBIE Z ŻAŁOBĄ PO SAMOBÓJSTWIE

1. Zaakceptuj, że żałoba i strata uczy. Strata jest częścią wspólnej podróży, którą odbywasz razem z rodziną; uczy wszystkich, że przeciwności losu są nieuniknione.

2. Rozmawiaj otwarcie na temat zdrowia psychicznego i samobójstw. Potraktuj te tematy z taką samą otwartością jak rozmowy dotyczące choroby nowotworowej czy wypadków drogowych:

Niektóre rodziny tracą ukochaną osobę w wyniku raka, inne w wyniku samobójstwa. W obu przypadkach chcielibyśmy chronić swoich bliskich i tego uniknąć, ale nie zawsze jest to możliwe. Wiemy, że szukanie pomocy na czas ratuje życie. Przekonanie to może zmniejszyć stygmatyzację i zachęcić do szukania pomocy, aby zapobiec dalszym tragediom.

3. Przyznaj, że nie zawsze możemy kontrolować wydarzenia życiowe lub działania naszych bliskich.

Poczucie bezradności i beznadziei jest naturalną reakcją, ale ważne jest, aby nie pozwolić, by nas zdefiniowało.

Czasami poczucie straty może przerodzić się w nienawiść do samego siebie lub niechęć do innych osób postrzeganych jako odpowiedzialne za utratę.

4. Wspieraj rozmowy o emocjach, upewniając się, że wszyscy wiedzą, iż normalne jest doświadczanie szerokiego spektrum uczuć. Uczy to zwłaszcza dzieci, że ekspresja emocjonalna jest zdrowa, nawet jeśli się wiąże z głębokim bólem.

5. Naucz się konstruktywnie zarządzać i kierować swoimi emocjami. Uczucia mogą być przytłaczające, ale nie muszą kierować całym naszym życiem czy niszczyć naszych relacji.

6. Zaakceptuj fakt, że ani Ty, ani członkowie rodziny nie znają odpowiedzi na wiele pytań.

7. Zwróć się do osób najbliższych o pomoc w codziennych czynnościach, gdy żałoba jest szczególnie wyczerpująca.

Członkowie rodziny i przyjaciele często chcą wspierać się po stracie samobójczej, ale mogą nie wiedzieć co zrobić, aby pomóc.

8. Dbaj o siebie i innych członków rodziny. Upewnij się, że pijesz wystarczającą ilość wody, codziennie ćwiczysz, wychodzisz na spacer na łonie natury, przygotowujesz pożywny jedzenie i starasz się wystarczająco wysypiać.

9. Przypominaj sobie i członkom rodziny, że nagromadzenie trudnych uczuć jest tymczasowe, jednak mogą one powrócić z dużą siłą w sytuacjach, które budzą wspomnienia o zmarłym. Przygotowanie się do nawrotów silnych uczuć jest niezbędne, dlatego zaplanuj jak sobie z nimi radzić, np. zapal świecę, odmów modlitwę lub obejrzyj zdjęcia ukochanej osoby.

10. Wiedz, że Twoja rodzina mimo przeciwności może zachować swoją integralność, siłę, tożsamość i nadal dbać o siebie nawzajem. Żałoba może wzmocnić wzajemne relacje i pomóc odczuć dzieciom, że są mocno kochane i zawsze mogą otrzymać wsparcie od innych członków rodziny.

PRZEPRACOWYWANIE UCZUĆ ŻAŁOBY – ROZMOWA Z INNYMI OSOBAMI

Rozmowa z innymi osobami po stracie samobójczej może być wyzwaniem, ponieważ zmagamy się z tym, jak odpowiedzieć na wiele trudnych pytań i jak opowiedzieć o przyczynie i okolicznościach śmierci.

Prezentowane poniżej odpowiedzi na pytania mogą być cennym narzędziem do inicjowania dialogu z dzieckiem, nastolatkiem, przyjacielem, czy nawet z samym sobą. Oferując ustrukturyzowane ramy, poniższe podpowiedzi mogą złagodzić niepokój związany z wydarzeniem, pomóc w wyrażaniu emocji i podzieleniu się spostrzeżeniami na temat tego, jak radzić sobie z traumą.

ODPOWIADAJĄC NA PYTANIA DOTYCZĄCE SAMOBÓJSTWA

→ Osoba, której już nie ma w moim życiu to

→ Przyczyną śmierci było

→ Dowiedziałam/dowiedziałem się o jej śmierci, gdy

→ Moim pierwszym odczuciem było

ponieważ

→ Teraz czuję:

ponieważ

→ Najbardziej złości mnie

→ Najbardziej martwię się o

ponieważ

→ Najtrudniejszą rzeczą w szkole/pracy jest

ponieważ

→ Moi zaufani przyjaciele to

→ Powiedzieli mi

→ Najbardziej pomaga mi

→ To, co mi nie pomaga/szkodzi, to

→ Mogę o tym porozmawiać z

→ Czuję, że nie mogę o tym rozmawiać, ponieważ

PRZEPRACOWYWANIE ŻAŁOBY - MÓWIENIE O SOBIE

Każda nagła utrata ukochanej osoby, w tym samobójstwo, pozostawia nas z niewypowiedzianymi słowami i uczuciami do zmarłego. Emocje te, jeżeli się utrzymują, mogą przekształcić się w uporczywe ruminacje powtarzające się bez końca w naszych umysłach.

Jedną ze skutecznych metod radzenia sobie z obsesyjnymi myślami jest wyrażenie ich na piśmie; zapisanie ich może dać poczucie zamknięcia obciążających nas niedokończonych spraw. Poniżej znajduje się szablon, którego każdy członek rodziny może użyć do wyrażenia swoich uczuć i wypełnienia luk w komunikacji.

Droga / Drogi / Drogie

Mamo / Tato / Dziecko / Siostry / Bracie / Przyjacielu

[wpisz swój związek z osobą, którą straciłeś / straciłaś]:

Ponieważ zmarłaś / zmarłeś tak niespodziewanie; ponieważ nie jesteśmy pewni, co było dokładną przyczyną Twojej śmierci, ale wiemy, że nie ma Cię już z nami, chcę Cię pożegnać, gdyż nie mogłam / mogłem tego zrobić przed Twoim odejściem. Podzielę się z Tobą niektórymi moimi uczuciami i myślami:

1. Ponieważ byłeś moją mamą/siostrą/przyjaciółką/byłeś moim tatą/dzieckiem/bratem/przyjacielem [wpisz swój związek z osobą, którą straciłeś/straciłeś]:

(Smutek) ... jest mi bardzo smutno, że nie jesteś już ze mną/z nami.

2. (Chwile radości i szczęścia) ... dzieliliśmy wiele doświadczeń. Pamiętam, na przykład [wstaw wspomnienie]

I chcę, żebyś wiedziała/wiedział, że bardzo cenię te radosne wspólne chwile.

3. (Miłość) ... Pamiętam, że czułam/czułem się kochany/szczęśliwy, kiedy [opisz konkretną sytuację]; zawsze będę pielęgnować te chwile radości...

4. (Złość) ... mieliśmy też swoje trudne chwile i konflikty; nie mogłam/mogłem znieść, kiedy [opisz sytuację]. Często reagowałam/reagowałem nadmierną złością [opisz swoją reakcję], gdy... Ale teraz jestem zła/zły na siebie i na ciebie, że Cię tu nie ma/że nic już nie zrobimy razem.

5. Strach (niepokój) ... Pamiętam uczucie strachu, kiedy [opisz sytuację]. A teraz także odczuwam niepokój, jak sobie poradzę bez Twojego ciągłego wsparcia i obecności.

6. (Poczucie winy) ... Często czułam/czułem się winna/winny, gdy [opisz sytuację]. Teraz czuję się winna/winny, gdy [opisz swoje uczucia/działania]. Mówię, że nie powinnam/powinienem czuć się winna/winny, ale tak właśnie myślę. Wiem, że poczucie winy jest naturalną częścią smutku, tak jak smutek, złość czy strach.

7. (Ból)... Czułam/czułem niemal fizyczny ból, gdy [opisz bolesny moment]. A teraz odczuwam ból wiążąc, że nie będziemy mogli razem [opisz czynności, za którymi będziesz tęsknić].

8. Złe samopoczucie (nierozpoznane/mieszane uczucia) ... Czuję się tak źle, kiedy myślę o wszystkim, co mogłaś/mogłeś zrobić w swoim życiu i o tym, że nie jesteś już ze mną/z nami.

9. Wybaczam sobie, że nie byłam/byłem wystarczająco dobry/sprytny/mądry/silny, aby [opisać sytuację].

10. Dzięki Tobie czuję wdzięczność za wszystkie dobre rzeczy, które wydarzyły się w moim życiu.

11. Akceptuję fakt, że nie będę już mieć z Tobą fizycznego kontaktu; nigdy więcej nie poczuje twojego dotyku, nie usłyszę Twojego głosu, nie zobaczę Cię [opisz także inne zmysły].

12. Na razie skupię się na... przetrwaniu żalu, który czuję, wspierając wszystkich, którzy opłakują Ciebie razem ze mną.

13. Przyszłość... Patrząc w przyszłość, będę nadal osobą, którą chciałaś/chciałeś, abym była/był, osobą, z której możesz być dumna/dumny. Ale chcę, żebyś wiedziała/wiedział, że Twoja śmierć na zawsze zmieniła mnie, moje życie i życie naszej rodziny. Będę za Tobą tęsknić, szczególnie za tymi wszystkimi pięknymi chwilami, które dzieliliśmy.

14. Ludzie, miejsca, czynności, rocznice i święta będą mi o Tobie przypominać. Zapalę świeczkę, spojrzę na Twoje zdjęcie, odmówię modlitwę, odwiedzę [Twój grób/ miejsce, w którym byliśmy razem] (lub zaangażuję się w inne ważne działania, gdy przypomnę sobie o Twojej stracie).

15. *Zrobię wszystko, aby wyleczyć się z emocjonalnych ran spowodowanych moimi stratami, w tym utratą Ciebie. Będę starała/starat się być tak dobry/uprzejmy, jak tylko potrafię, dla siebie i innych, których spotykam w życiu, ponieważ życie jest zbyt cenne, by skupiać się na niedobrych rzeczach i nie wybaczać tych złych.*

*Spoczywaj w pokoju [utracona osoba].
PS. [opcjonalnie dodatkowe przemyślenia]*

Wnioski

Żałoba po samobójstwie to złożony czas, pełen wzlotów i upadków, ale ważne jest, aby pamiętać, że przetrwanie żałoby jest możliwe. Żałoba uczy nas nowych rzeczy o sobie i otaczającym nas świecie.

Możemy stopniowo znaleźć ukojenie i uodpornić się na tragedię, akceptując swoje emocje, wspierając szczerzy dialog, praktykując samoopiekę i budując uzdrawiającą narrację. Razem możemy wspierać się nawzajem pomimo bólu, jaki odczuwamy i wyjść z żałoby silniejsi.

Zapamiętaj!

1. Zaakceptuj emocje!

Zaakceptuj pełne spektrum emocji, które towarzyszą stracie samobójczej, uznając, że każde uczucie jest naturalną częścią procesu żałoby.

2. Wspieraj szczerzy dialog!

Zachęcaj i utrzymuj otwartą komunikację w rodzinie, aby budować zrozumienie, dzielić się doświadczeniami i oferować wzajemne wsparcie w tym trudnym czasie.

3. Nadaj priorytet samoopiece!

Zaangażuj się w czynności związane z samoopieką, aby zachować zdrowie fizyczne i dobre samopoczucie emocjonalne. Obejmuje to odpowiedni odpoczynek, spożywanie pożywnych posiłków i znajdowanie chwil na odpoczynek i relaks.

4. Stwórz uzdrawiającą narrację!

Zapisz swoje myśli i uczucia, aby pomóc przetworzyć smutek, znajdując sposób na zamknięcie niedokończonych spraw; może to zaowocować rozwiązaniem problemu i poczuciem radzenia sobie ze stratą.

5. Daj sobie czas na powrót do formy!

Zrozum, że leczenie ran emocjonalnych wymaga czasu i cierpliwości. Ważne jest wsparcie bliskich i znalezienie spokoju i siły w bólu.



Pytania kontrolne

1. W jaki sposób rodziny powinny rozmawiać na temat zdrowia psychicznego i samobójstw?

- A. Powinny całkowicie unikać tematu.
- B. Należy traktować dyskusje na temat zdrowia psychicznego inaczej niż inne kwestie zdrowotne.
- C. Otwarcie rozmawiając o zdrowiu psychicznym i szukając pomocy w razie potrzeby.
- D. Wystarczy ignorować uczucia bliskich nam osób.

2. Jaka strategia konstruktywnego zarządzania emocjami podczas żałoby jest szczególnie zalecana?

- A. Tłumienie emocji, aby uniknąć poczucia braku kontroli.
- B. Całkowite ignorowanie emocji.
- C. Pozwalanie emocjom na kierowanie naszymi działaniami.
- D. Nauka skutecznego zarządzania i kierowania emocjami.

3. W jaki sposób można zachęcać bliskich do szczerej rozmowy na temat swoich uczuć?

- A. Unikając dyskusji na temat emocji.
- B. Odrzucając uczucia innych jako nieistotne.
- C. Zapewniając się nawzajem, że doświadczanie różnych emocji jest naturalne.
- D. Poprzez milczenie i unikanie wszelkich konfrontacji.

4. Jakie znaczenie ma budowanie uzdrawiającej narracji po stracie samobójczej?

- A. Służy jako odwrócenie uwagi od bólu żałoby.
- B. Pomaga uniknąć konfrontacji z własnymi emocjami.
- C. Zapewnia poczucie zamknięcia przerwanych spraw poprzez wypowiedzenie niewypowiedzianych słów i myśli.
- D. Utrwala poczucie winy i wstydu.

Odpowiedzi:

- 1: C. Otwarcie rozmawiając o zdrowiu psychicznym i szukając pomocy w razie potrzeby.
- 2: D. Nauka skutecznego zarządzania i kierowania emocjami.
- 3: C. Zapewniając się nawzajem, że doświadczanie różnych emocji jest naturalne.
- 4: C. Zapewnia poczucie zamknięcia przerwanych spraw poprzez wypowiedzenie niewypowiedzianych słów i myśli.

A.04

ZROZUMIENIE I ZARZĄDZANIE ŻAŁOBĄ – IDENTYFIKACJA „CZERWONYCH FLAG”

Pytanie wprowadzające

Jak możemy skutecznie rozpoznawać sygnały ostrzegawcze i zapewniać wsparcie osobom doświadczającym żałoby, zwłaszcza dzieciom i nastolatkom?

Czego się nauczymy?

1. Identyfikacja „czerwonych flag” będących ostrzeżeniem u osób w żałobie, zwłaszcza dzieci i nastolatków.
2. Rozpoznawanie zmian w zachowaniu, takich jak wycofanie społeczne i utrata zainteresowania codziennymi czynnościami.
3. Zrozumienie przejawów zaabsorbowania śmiercią i myśli samobójczych.
4. Rozwiązywanie problemów związanych ze szkołą i izolacją społeczną nastolatków.
5. Rozróżnianie zdrowych i niezdrowych mechanizmów radzenia sobie.
6. Zachęcanie do otwartej komunikacji i wspieranie w omawianiu żałoby.
7. Zaakceptowanie konieczności sięgania po profesjonalną pomoc, gdy jest ona potrzebna.

Wprowadzenie

Radzenie sobie z żałobą, szczególnie po tak trudnej stracie jak samobójstwo, może być przytłaczającym doświadczeniem, zwłaszcza dla dzieci i nastolatków. Rozpoznawanie znaków ostrzegawczych i zrozumienie, kiedy trzeba szukać pomocy, ma kluczowe znaczenie dla skutecznego wspierania osób przeżywających żałobę.

Niniejszy rozdział ma na celu dostarczenie wiedzy i narzędzi do rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych i oferowania odpowiedniego wsparcia potrzebującym. Tak zwane „czerwone flagi” mogą być subtelne u dzieci. Podczas gdy młody dorosły może powiedzieć: *„Będzie ci lepiej, kiedy odejdę”*, dziecko może powiedzieć coś w rodzaju: *„Nikogo nie obchodzi, czy tu jestem”*.

KRÓTKA LISTA „CZERWONYCH FLAG”

1. **Problemy związane z zachowaniem samobójczym:**
 - ▶ wcześniejsza próba samobójcza (niezależnie od jej powagi)
 - ▶ groźby samobójcze, próby samobójcze lub samobójstwa w rodzinie w przeszłości.
2. **Dostęp do niebezpiecznych środków, np. leków, ostrych narzędzi.** Zależy on zazwyczaj od środowiska, w którym żyjemy i tradycji kulturowych, np. na niektórych obszarach pewne metody samobójstw są znacznie częstsze niż inne.
3. **Doświadczenie straty:**
 - ▶ żałoba po zakończeniu związku z powodu rozwodu lub konfliktu rodzinnego
 - ▶ poczucie odrzucenia
 - ▶ utrata poczucia własnej wartości lub nadziei na przyszłość.
4. **Problemy w relacjach międzyludzkich:**
 - ▶ chroniczne nękanie
 - ▶ doświadczanie przemocy lub bycie jej świadkiem
 - ▶ impulsywność.
5. **Objawy depresji:**
 - ▶ poczucie bezradności
 - ▶ poczucie samotności
 - ▶ poczucie bycia ciężarem
 - ▶ brak pozytywnej wizji przyszłości: *„Nic nie można zrobić”*.

DŁUGA LISTA „CZERWONYCH FLAG” U DZIECI

1. Zmiany w codziennym zachowaniu

Zaufaj swojej intuicji! Zachowania samobójcze są często powiązane z objawami depresji. Możesz zaobserwować następujące zmiany u dziecka:

- ▶ zmienione wzorce snu (nadmierna ilość snu, bezsenność lub częste budzenie się w nocy)

- ▶ zmiany nawyków żywieniowych (przejadanie się lub głodzenie się i odmawianie jedzenia)
- ▶ wycofanie się z rodziny i przyjaciół (izolacja społeczna)
- ▶ objawy psychosomatyczne, takie jak niewyjaśnione bóle głowy, bóle brzucha i inne bóle.

2. Zmiany w zachowaniu w szkole

Wzloty i upadki podczas procesu uczenia się są całkowicie normalne, jednak utrwalający się wzorec negatywnych zachowań może być „czerwoną flagą”, wskazującą, że dziecko potrzebuje pomocy.

Zwróć uwagę na następujące oznaki:

- ▶ pogorszenie wyników w nauce
- ▶ ograniczona interakcja z nauczycielami i rówieśnikami
- ▶ brak zainteresowania szkołą i przyjaciółmi
- ▶ odmowa chodzenia do szkoły lub wagarowanie
- ▶ brak zainteresowania codziennymi czynnościami, takimi jak sport, gry i zajęcia pozalekcyjne.

3. Zaabsorbowanie śmiercią

Należy zwracać uwagę na następujące znaki ostrzegawcze:

- ▶ wielokrotne zadawanie pytań lub badanie tematów związanych ze śmiercią lub metodami samookaleczenia
- ▶ stwierdzenia wyrażające myśli o śmierci lub omawiające, co mogłoby się stać, gdyby mówiącego już nie było; na przykład: *Nie będziesz za mną tęsknić, kiedy umrę, Chciałbym umrzeć, Nie będę ci już przeszkadzać.*

Dzieci mogą się zmagać z myślami o śmierci, zwłaszcza w trudnych okolicznościach, takich jak faktyczna utrata lub narażenie na tragiczne wydarzenie, czy nawet samobójstwo w mediach.

Każda wzmianka o samobójstwie powinna być zawsze traktowana poważnie, a poszukiwanie profesjonalnej pomocy jest koniecznością. Oznaki takie jak intensywne zaabsorbowanie śmiercią, poszukiwanie metod samookaleczenia lub mówienie o własnej śmierci nie powinny nigdy pozostać niedostrzeżone. Oferowanie wsparcia i pomoc w uzyskaniu dostępu do profesjonalistów ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa i ogólnego dobrego samopoczucia.

4. Testament dziecięcy

Niektóre dzieci mogą rozdawać swoje ulubione rzeczy lub mówić rodzicom, rodzeństwu lub przyjaciołom, kto powinien je mieć. Choć rodzicom może się to wydawać fanta-

zowaniem, w połączeniu z innymi niepokojącymi zachowaniami może to wskazywać na myśli samobójcze.

5. Pisanie lub rysowanie na temat śmierci lub samobójstwa.

Małe dzieci często mają trudności z werbalnym wyrażeniem intensywnych emocji, ale mogą to robić poprzez pisanie lub rysowanie.

Zachęć dziecko do podzielenia się wierszami, opowiadaniem lub rysunkami, które przedstawiają problem samobójstwa lub tematy śmierci, ponieważ rysunki mogą zawierać oznaki, że dziecko potrzebuje profesjonalnej pomocy.

6. Znaczące zmiany nastroju.

Znaczące zmiany nastroju mogą wskazywać na problem. Jeśli dziecko nagle zmienia się ze spokojnego i względnie szczęśliwego w agresywne, wycofane lub bardzo niespokojne, koniecznie poszukaj pomocy.

„CZERWONE FLAGI” WSKAZUJĄCE, ŻE NASTOLATEK MOŻE POTRZEBOWAĆ POMOCY PSYCHIATRYCZNEJ

Rozpoznanie, kiedy nastolatek wymaga pomocy psychiatrycznej, ma kluczowe znaczenie dla jego zdrowia. Oto kilka sygnałów, na które należy zwrócić uwagę:

1. Dramatyczne zmiany w zachowaniu Zwracaj uwagę na zauważalne zmiany w zachowaniu w domu, szkole i otoczeniu społecznym; śledź wszelkie niepokojące komentarze lub pytania, które nastolatek może zadawać.

2. Problemy szkolne

Zapytaj o wszelkie trudności, z jakimi nastolatek może się borykać, zarówno w szkole jak i poza nią. Zwróć uwagę na kwestie związane z wynikami w nauce, zaburzeniami emocjonalnymi i interakcjami społecznymi.

3. Nieobecności w szkole lub pogarszające się oceny

Uświadom sobie, że smutek może powodować brak motywacji. Zachęć nastolatka do uznania, że intensywny smutek jest tymczasowy, a unikanie obowiązków szkolnych zazwyczaj pogarsza sytuację.

4. Izolacja społeczna

Należy monitorować, czy nastolatek wycofuje się z aktywności społecznych i spędza nadmierną ilość czasu w samotności. Zachęć go do zaangażowania społecznego i uczestnictwa w zajęciach z przyjaciółmi.

5. Depresja

Rozróżnij żalobę od depresji i w razie potrzeby zachęć nastolatka do szukania dodatkowego wsparcia. Pomóż

mu uzyskać dostęp do konsultacji u psychologa lub psychiatry dziecięcego za pośrednictwem szkoły lub innych organizacji.

6. Problemy z gniewem

Problemem jest rozwiązywanie wszelkich nieporozumień w domu, szkole lub otoczeniu społecznym metodami siłowymi. Naucz nastolatka zdrowych sposobów wyrażania gniewu i radzenia sobie z nim.

7. Poczucie winy

Zaoferuj nastolatkowi wsparcie, aby potrafił poradzić sobie z poczuciem winy i wstydu. Zachęcaj do szczerej rozmowy i wybaczenia samemu sobie.

Dodatkowe sygnały, na które należy zwrócić uwagę:

1. Tęsknota za śmiercią

Należy poważnie traktować wszelkie oznaki pragnienia śmierci, zwłaszcza jeśli towarzyszy im historia depresji lub zachowań samobójczych. W razie potrzeby należy natychmiast zwrócić się po profesjonalną pomoc.

2. Zwiększone ryzyko samobójstwa

Bądź czujny na znaki ostrzegawcze i rozważ dołączenie do grup wsparcia dla osób, które straciły członka rodziny w wyniku samobójstwa.

3. Nadużywanie substancji odurzających Poinformuj nastolatka o ryzyku związanym z nadużywaniem substancji odurzających i zapewnij mu wsparcie, jeśli podejrzewasz, że używa narkotyków lub alkoholu.

4. Zachowania seksualne

Należy mieć świadomość, że żaloba może prowadzić do ryzykownych zachowań seksualnych jako sposobu poradzenia sobie z trudnymi uczuciami. Wskaż zdrowe strategie radzenia sobie i podkreślaj ich znaczenie.

Jeśli jesteś zaniepokojony, zadawaj bezpośrednie pytania dotyczące myśli samobójczych i niezwłocznie poszukaj profesjonalnej pomocy!

Otwarcie rozmawiaj z dzieckiem o depresji, aby okazać mu empatię i wsparcie!

Pomóż mu w tworzeniu planu bezpieczeństwa. Upewnij się, że potencjalnie szkodliwe przedmioty są zabezpieczone!

RADZENIE SOBIE Z GNIEWEM

Czasami zachowania „czerwonej flagi” skutkują ze strony otoczenia gniewem, który wyrażany w niewłaściwy sposób może prowadzić do jeszcze większych problemów.

Oto przykładowa historia pokazująca, jak ważna jest umiejętność radzenia sobie z gniewem i konfrontowania się z wypowiedziami innych ludzi, tak młodzieży, jak i dorosłych.

Młoda kobieta pozostająca w związku, który niemal doprowadził do jej śmierci, postanowiła chronić swoje życie i rozstać się z oprawcą. Skontaktowała się z policją. Za radą policjantki, z którą rozmawiała, przestała odbierać telefony od chłopaka, który wiele razy zachowywał się wobec niej w bardzo agresywny sposób, stosując przemoc emocjonalną i fizyczną. Następnego dnia otrzymała wiadomość, że jej były chłopak odebrał sobie życie. Zaczęła obwiniać siebie. W pracy usłyszała, że to ona była powodem jego samobójstwa.

Historie jak powyższa nie są rzadkie. Osoby z otoczenia w szkole, w miejscu pracy, w rodzinie lub inne, które powinny wspierać pogrążoną w żalobie osobę, zamiast tego wyrażają swój gniew czy frustrację, związaną z żalem i bezsilnością. Obwiniają, a nawet piętnują pogrążoną w żalobie osobę, dodając jej jeszcze więcej trudnych uczuć i poczucie winy.

Gdy przeżywamy silne emocje, często mamy problem ze znalezieniem odpowiednich słów. Dlatego ważne jest, aby być przygotowanym na trudne sytuacje, które mogą się zdarzyć po samobójstwie.

Przykład rozmowy antystygmatyzującej (AST) (co może odpowiedzieć osoba w żalobie na wyrażone frustracje innych osób):

Samobójstwo sprawia, że czujemy się źle, a często automatycznie zrzucamy winę za swoje złe samopoczucie i cierpienie na kogoś innego.

Kiedy mówisz mi, że to moja wina, czuję się z tym źle, ale podejrzewam, że nie wiesz, jak wyrazić swoją własną frustrację, nie raniąc przy tym mnie.

Samobójstwo ma wiele przyczyn i nigdy nie możemy przewidzieć, jak dana osoba zareaguje. Nie możemy czytać w czyichś myślach. Jeśli chcesz się dowiedzieć, co możemy zrobić z frustracją, możemy spotkać się np. w przerwie na lunch i spróbować na spokojnie o tym porozmawiać. Przykład rozmowy antystygmatyzującej (ASST) (co oso-

ba pogrążona w żałobie może pomyśleć w odpowiedzi na swoje nawracające myśli samooskarżające):

Kochałam go i tęskniłam za tymi chwilami, kiedy związek dawał mi poczucie szczęścia. Ale moje życie i zdrowie były w niebezpieczeństwie i musiałam się chronić. Musiałam się z nim rozstać, aby powstrzymać jego agresywne zachowanie w stosunku do mnie. Musiałam też przestać odbierać od niego telefony. (Taką radę otrzymałam od policji). Jestem smutna, że nasz związek zakończył się jego samobójstwem, ale w przeciwnym razie mógł zakończyć się moją śmiercią. Każda osoba ma prawo do obrony. Nie mogłam przewidzieć, że odbierze sobie życie dzień po tym, jak nie odebrałam od niego telefonu. Nie sądzę, bym mogła zrobić cokolwiek innego w tej sytuacji. Nie uważam więc, że powinnam się za to obwiniać, bo poczuję się z tego powodu tylko gorzej. Wręcz przeciwnie. Ta sytuacja przekonała mnie o tym, jak ważne jest to, aby o sobie lepiej dbać i nie pozwalać innym na agresywne zachowanie.

METODA CEASE WSPOMAGAJĄCA RADZENIE SOBIE Z KONFLIKTAMI I NIEPOŻĄDANYMI ZACHOWANIAM

Stosowanie metody oznaczonej akronimem z języka angielskiego CEASE w sytuacji konfliktu, zwłaszcza żałoby po samobójstwie, może być bardzo przydatne, ponieważ wyrażanie gniewu i inne destrukcyjne działania, w tym samookaleczenia, powinniśmy rozpoznać jako wskaźniki, że dziecko lub nastolatek potrzebuje naszej pomocy.

Metoda CEASE zapewnia ustrukturyzowane podejście do angażowania się w rozmowy z osobami, które wywołują uczucie złości, zarówno w szkole, w pracy, jak i w rodzinie. Co więcej metoda CEASE może okazać się pomocna nastolatkom w radzeniu sobie z trudnymi zachowaniami.

Skrót CEASE:

C – Cool down – Bądź spokojny!

Zachowaj spokój podczas całej rozmowy, używając zrównoważonego, uprzejmego i przyjaznego tonu. Pamiętaj, że złość dziecka nie jest skierowana na Ciebie, ale na sytuację. Postaw się w jego sytuacji i trenuj swoją cierpliwość. Jeśli poczujesz złość lub frustrację, poświęć chwilę na policzenie do 10 lub weź głęboki oddech, aby odzyskać spokój i kontrolę.

E – Empathise – Bądź serdeczny!

Wysłuchaj bez osądzania, pokazując, że jesteś po stro-

nie osoby wyrażającej swoją frustrację i że rozumiesz jej uczucia. Używaj zwrotów takich jak *rozumiem*, np. *Rozumiem, dlaczego krzyczysz na mnie/odczuwasz złość*.

Gdy dziecko lub osoba dorosła krzyczy/ wrzeszczy/ oskarża Cię, postaraj się zrozumieć sytuację i odkryć, na czym polega problem.

A – Apologise – Wyraż współczucie/Przepróś!

Jeśli ponosisz winę za zaistniałą sytuację – przepróś – za stres/ problem/niedogodność, której doświadczyło Twoje dziecko/nastolatek, a jeśli nie ponosisz winy za zaistniałą sytuację, możesz powiedzieć coś w stylu:

Przykro mi, że jesteś niezadowolony. Postarajmy się to naprawić/porozmawiajmy o tym, co możemy teraz zrobić, abyś pomimo tego mógł poczuć się lepiej.

S – Search – Szukaj rozwiązania!

Powiedz dziecku, w jaki sposób spróbujesz rozwiązać problem:

Porozmawiam z i zobaczymy, co możemy zrobić, abyśmy wszyscy poczuli się lepiej lub Musimy się dowiedzieć, jak możemy okazywać sobie więcej szacunku.

Nie składaj żadnych obietnic, których nie będziesz w stanie dotrzymać, ponieważ pogorszy to sytuację!

E – Ensure safety and love – Zapewnij poczucie bezpieczeństwa i bycia kochanym

Zapewnij swoje dziecko, że je kochasz, nawet jeśli nie akceptujesz jego zachowania i że zrobisz wszystko, co w Twojej mocy, aby sytuacja była dla niego łatwiejsza do zaakceptowania.

Chciałabym, abyś wiedział, że Cię kocham/szanuję Twoje zdanie, nawet jeśli nie akceptuję, gdy na mnie krzyczysz. Chciałabym, żebyś nauczył się szanować innych ludzi, nawet jeśli się z nimi nie zgadzasz i czujesz złość!

Metodę CEASE możemy stosować także w przypadku werbalnego ataku i sytuacji konfliktowej z dorosłym członkiem rodziny, czy też w szkole lub w pracy, np. z uczniem, pacjentem czy klientem.

Wnioski

Żałoba po stracie, zwłaszcza samobójstwie, wymaga od wszystkich dotkniętych stratą bardzo dużo empatii, gdyż ta tragedia budzi zawsze ekstremalne emocje. Rozpoznając „czerwone flagi” sygnalizujące niepokój i rozumiejąc, kiedy szukać profesjonalnej pomocy, możemy skutecznie wspierać osoby borykające się z żałobą.

Zapamiętaj!

1. Rozpoznawanie oznak niepokoju

Zwracaj uwagę na zmiany w zachowaniu, takie jak wycofanie społeczne, zaburzone wzorce jedzenia i snu oraz utrata zainteresowania codziennymi czynnościami, gdyż są to potencjalne oznaki nieradzenia sobie z emocjami.

2. Poważne traktowanie objawów

Zwracaj uwagę na przejawy zaabsorbowania śmiercią, myśli samobójcze i rozdawanie rzeczy, a w razie ich wystąpienia szukaj profesjonalnej pomocy.

3. Rozwiązywanie problemów szkolnych i społecznych

Staraj się zrozumieć znaczenie problemów związanych ze szkołą i izolacją społeczną u nastolatków, ponieważ mogą one oznaczać ukryte problemy emocjonalne, które wymagają wsparcia i interwencji.

4. Rozróżnianie różnych mechanizmów radzenia sobie

Naucz się rozróżniać zdrowe i niezdrowe mechanizmy radzenia sobie, zachęcaj do zdrowego odwracania uwagi (stosowania technik dystrykcji) i w razie potrzeby szukaj profesjonalnej pomocy psychiatrycznej.

5. Zachęcanie do szczerej rozmowy

Stwórz środowisko sprzyjające szczerym rozmowom, pełne empatii i oferujące wsparcie podczas omawiania żałoby z dziećmi i nastolatkami, podkreślając znaczenie szukania pomocy i profesjonalnego doradztwa w razie zaistnienia takiej potrzeby.

Pytania kontrolne

1. Dlaczego rozpoznawanie zmian zachowania u osób borykających się z żałobą ma kluczowe znaczenie?

- A. Gdyż mogą to być „czerwone flagi” wskazujące na problemy wymagające profesjonalnej pomocy.
- B. Gdyż wskazują one na konieczność wczesnej interwencji i zapewnienia odpowiedniego wsparcia.
- C. Gdyż powinniśmy ignorować je jako naturalną część procesu żałoby.
- D. Aby uniknąć pomocy psychiatry.

2. Jakie są przykłady zmian w zachowaniu, które mogą wskazywać na problemy psychiczne u dzieci i nastolatków?

- A. Lepsze wyniki w nauce i większe zaangażowanie społeczne.
- B. Zmniejszona interakcja z nauczycielami i rówieśnikami.
- C. Poprawa nawyków żywieniowych i snu.
- D. Zwiększone zainteresowanie codziennymi czynnościami.

3. Dlaczego przejawy zaabsorbowania śmiercią i myśli samobójcze powinny być traktowane poważnie? Ponieważ...

- A. są one powszechne u osób radzących sobie z żałobą.
- B. wskazują na brak zrozumienia śmierci.
- C. mogą sygnalizować ukryte cierpienie emocjonalne i potrzebę profesjonalnej pomocy.
- D. są to nieszkodliwe sposoby na zwrócenie na siebie uwagi.

4. Do czego należy zachęcać, rozmawiając o żałobie z dziećmi i nastolatkami?

- A. Do unikania otwartej komunikacji w celu uniknięcia dyskomfortu emocjonalnego.
- B. Do minimalizowania znaczenia ich uczuć.
- C. Do empatycznego wsparcia i szukania pomocy w razie potrzeby.
- D. Do ich ignorowania.

5. Do czego zmierzamy rozmawiając o żałobie z dziećmi i nastolatkami?

- A. Wyjaśniamy, że żałoba jest typową fazą rozwoju.
- B. Utrwalamy pogląd, że żałoba ułatwia osiągnięcie sukcesów.
- C. Wskazujemy, że są to zaburzenia emocjonalne.
- D. Wyjaśniamy, że żałoba oznacza przystosowanie się do utraty.

Odpowiedzi

- 1: B. Gdyż wskazują one na konieczność wczesnej interwencji i zapewnienia odpowiedniego wsparcia.
- 2: B. Zmniejszona interakcja z nauczycielami i rówieśnikami.
- 3: C. mogą sygnalizować ukryte cierpienie emocjonalne i potrzebę profesjonalnej pomocy.
- 4: C. Do empatycznego wsparcia i szukania pomocy w razie potrzeby.
- 5: D. Wyjaśniamy, że żałoba oznacza przystosowanie się do utraty.

A.05

ROZMOWA Z DZIECKIEM W ŻAŁOBIE

Pytanie wprowadzające

Jak możemy wspierać i prowadzić nasze dzieci przez skomplikowany proces żałoby?

Czego się nauczymy?

1. Przygotowanie do trudnych rozmów

→ Poznamy strategię przygotowania się do trudnych dyskusji na temat żałoby.

2. Poruszanie drażliwych tematów

→ Odkryjemy metody poruszania drażliwych tematów z dziećmi.

3. Tworzenie bezpiecznego środowiska

→ Dowiemy się, jak wybrać dobre miejsce do przeprowadzenia rozmów dotyczących żałoby.

4. Techniki aktywnego słuchania

→ Opanujemy sztukę aktywnego słuchania, aby lepiej wspierać potrzeby swojego dziecka.

5. Zachęcanie do wyrażania emocji

→ Poznamy sposoby pomagania dziecku w swobodnym wyrażaniu wszystkich emocji bez osądzania.

6. Normalizacja emocji

→ Dowiemy się, jak identyfikować i walidować emocje, pomagając dzieciom zrozumieć, że ich uczucia są normalne.

7. Komunikacja dostosowana do wieku

→ Uzyskamy wskazówki dotyczące dostosowania komunikacji do wieku i poziomu rozumienia dziecka.

8. Zarządzanie własnymi emocjami

→ Rozwiniemy techniki ułatwiające świadome i odpowiedzialne wyrażanie własnych uczuć podczas rozmów o żałobie.

9. Unikanie „pułapek” podczas rozmowy o żałobie

→ Zidentyfikujemy typowe pułapki, których należy unikać, aby zapewnić skuteczną i pełną współczucia interakcję z osobą w żałobie.

10. Rozmowa na trudny temat

→ Uzyskamy wgląd w to, kiedy możemy porozmawiać o samobójstwie i jak podejść do tego tematu z wrażliwością i troską.

Wprowadzenie

Rozmowa z dzieckiem na temat żałoby, zwłaszcza po nagłej śmierci lub samobójstwie, może być jedną z najtrudniejszych rozmów, jakie powinien przeprowadzić rodzic

lub opiekun. Dzieci przeżywają żałobę inaczej niż dorośli i mogą mieć trudności ze zrozumieniem złożonych emocji związanych ze stratą. Ten rozdział zawiera strategię i rady do wykorzystania w czasie takich trudnych rozmów wymagających nadzwyczajnej delikatności i zapewnienia dziecku poczucia wsparcia i zrozumienia.

PORADY JAK ROZMAWIAĆ Z DZIECKIEM W ŻAŁOBIE

► Przygotowanie do rozmowy o utracie

Przygotuj się psychicznie na trudną rozmowę.

► Czas i podejście

Zdecyduj, kiedy i jak poruszyć temat oraz co powiedzieć.

► Wybór miejsca

Wybierz bezpieczne miejsce, w którym dziecko będzie się czuło komfortowo podczas rozmowy.

► Zbadaj wiedzę dziecka

Zacznij od sprawdzenia, co dziecko już wie, co mogło wywnioskować słuchając rozmów dorosłych na temat samobójstwa.

► Zachęcaj do zadawania pytań

Zachęcaj dziecko do zadawania pytań i odpowiadaj na nie w spokojny, nieoceniający sposób: *Jak myślisz, co się stało z X?*

► Skup się na słuchaniu

Priorytetem jest słuchanie i rozpoznawanie potrzeb dziecka bez ich osądzania.

► Zachęcaj do wyrażania emocji

Pozwól dziecku swobodnie wyrażać wszystkie emocje bez ich osądzania.

► Normalizuj uczucia

Otwarcie rozmawiaj o wszystkich emocjach.

► Dostosowanie do wieku dziecka

Zadawaj pytania dotyczące traumy dostosowując je do wieku dziecka.

► Prosty język

Używaj języka dostosowanego do wieku i formułuj proste wyjaśnienia.

► Zarządzaj swoimi uczuciami

Uważaj na swoje emocje i sposób, w jaki je komunikujesz.

PORADY, CZEGO UNIKAĆ PODCZAS ROZMOWY Z DZIECKIEM W ŻAŁOBIE

→ Nie ukrywaj łez

- Ważne jest, aby nie ukrywać łez. Płacz na oczach dziecka wysyła wiadomość, że wyrażanie uczuć jest naturalne.

→ Nie zniechęcaj do płaczu

- Nie mów dziecku, aby przestało płakać, ponieważ może to stłumić jego emocje i sprawić, że poczuje się nieważne.

→ Nie wymuszaj publicznego okazywania żalu

- Unikaj zmuszania dziecka do publicznego okazywania żalu, jeśli tego nie chce.

→ Unikaj nadopiekuńczości

- Oprzyj się pokusie nadmiernego chronienia dziecka przed stratą. Dzieci rozumieją więcej niż myślimy, a przejście przez proces żałoby pomaga im dostosować się do nowej rzeczywistości.

→ Nie zwierzaj się swojemu dziecku

- Unikaj traktowania dziecka jako powiernika. Zamiast tego poszukaj wsparcia u innej zaufanej osoby dorosłej lub w grupie wsparcia.

→ Unikaj wyrażań, które mogą być niezrozumiałe dla rozmówcy

→ Bądź ostrożny z wyrażeniami, które dziecko może nieprawidłowo zinterpretować. Dzieci rozumieją język dosłownie, a niektóre wyrażenia mogą wywoływać u nich niepokój i dezorientację. Oto przykłady:

Mama „zasnęła”.

Tata „śpi”.

Bóg przyszedł i zabrał tatę do nieba.

Twoja siostra „została wezwana do domu”.

Jest teraz szczęśliwy.

Nasza rodzina „straciła” matkę.

Kuzyn zmarł, ponieważ „źle się poczuł”.

Ojciec się zabił, bo „nie mógł już tego znieść”.

→ Unikaj wiązania samobójstwa z wydarzeniami życiowymi

- Powstrzymaj się od kojarzenia samobójstwa z sytuacjami takimi jak separacja, rozstanie, zastraszanie (bullying) lub uczucie zmęczenia, ponieważ nie są to jednostkowe przyczyny samobójstw.

→ Unikaj idealizowania zmarłego

- Oprzyj się chęci idealizowania zmarłego dziecka, ponieważ może to sprawić, że rodzeństwo poczuje się nieadekwatne i mniej kochane w porównaniu do zmarłego.

→ Unikaj porównań

- Powstrzymaj się od porównywania zmarłego dziecka do rodzeństwa, które przeżyło.

→ Unikaj karania, krzyczenia, krytykowania lub oceniań wypowiedzi dziecka, nawet jeśli uważasz je za niewłaściwe; może to być jedyna okazja do zbudowania zaufania u dziecka.

POWIEDZIEĆ CZY NIE POWIEDZIEĆ DZIECKU O SAMOBÓJSTWIE

Wiedza o tym, kiedy i co powiedzieć, a także jak pomóc dzieciom pogodzić się ze stratą i żałobą, jest niezbędną dla ich procesu żałoby i ogólnego stanu zdrowia. Jednak rozmowa o samobójstwie może być szczególnie trudna, gdyż mamy do czynienia z ogromną stratą i towarzyszącymi jej emocjami.

Intensywna lub długotrwała żałoba może mieć znaczący wpływ zarówno na dorosłych, jak i na dzieci, potencjalnie prowadząc do problemów ze zdrowiem psychicznym, takich jak lęk, depresja, a nawet zachowania samobójcze, nawet długo po wystąpieniu straty. Dlatego tak ważne jest, aby ocenić, czy konieczne jest omawianie samobójstwa z dziećmi.

→ Jeśli samobójstwo nie ma bezpośredniego wpływu na dzieci, poruszanie z nimi tego tematu może nie być konieczne

→ Jeśli istnieje ryzyko, że dzieci i tak usłyszą o samobójstwie, ważne jest, aby przeprowadzić rozmowę także z najmłodszymi dziećmi; jeśli samobójstwo nie miało miejsca w rodzinie, omówienie go daje rodzicom możliwość zainicjowania rozmowy na temat samobójstwa, jego konsekwencji i środków zapobiegawczych. Udzielenie dzieciom informacji powinno pomóc w zaszczepieniu poglądu, że samobójstwu można zapobiec.

→ Dzieci często wyczuwają, że w ich rodzinie lub społeczności dzieje się coś ważnego. Jeśli nie zostaną poinformowane o samobójstwie, mogą odczuwać dezorientację lub niepokój, zastanawiając się, dlaczego nikt nie rozmawia z nimi o tej sytuacji. Brak rozmowy może skutkować poczuciem osamotnienia lub winy.

→ Żałoba może objawiać się u dzieci w różny sposób, czasami pojawiając się i znikając. Nawet jeśli czasami dzieci wydają się być niewzruszone, nie oznacza to, że nie przeżywają tzw. „cichej żałoby” po stracie. Dzieci mogą wykazywać zachowania takie jak wycofanie, problemy somatyczne lub zaburzenia snu. Osoby w ukrytej, tzw. cichej żałobie, także wymagają wsparcia.

Kto powinien powiedzieć dziecku o samobójstwie?

Mogłoby się wydawać, że kompetentną osobą do poinformowania dziecka o samobójstwie osoby mu bliskiej jest profesjonalista, jednak lepiej jest, gdy rozmowę tę przeprowadzają rodzice, opiekunowie lub inna zaufana

osoba, gdyż w ten sposób dziecko uczy się, że o samobójstwie można rozmawiać.

Przed rozpoczęciem rozmowy warto ocenić wiedzę dziecka na temat problemu, zadając pytania typu: *Czy słyszałeś coś o samobójstwie? Jak myślisz, co to jest?* – takie podejście pozwala na dostosowanie dyskusji do poziomu rozumienia dziecka.

Kiedy należy powiedzieć dziecku o samobójstwie?

Ważne jest, aby zaufana osoba jak najszybciej poinformowała dziecko o samobójstwie członka rodziny. Gwarantuje to, że dziecko otrzyma tę informację w sposób bezpieczny, a nie nieoczekiwanie z mediów społecznościowych lub innych źródeł.

Jeżeli rodzice lub opiekunowie nie podejmą z dzieckiem rozmowy o samobójstwie, może ono również pomyśleć, że w rodzinie nie powinno się rozmawiać o utratach. Może to prowadzić do stygmatyzacji nie tylko samobójstwa, ale nawet do piętnowania poszukiwania pomocy w trudnej sytuacji.

ROZMOWA O SAMOBÓJSTWIE Z DZIECKIEM

Rozumienie pojęcia śmierci różni się w zależności od wieku dziecka, dlatego w obliczu zadania omówienia z dzieckiem śmierci, zwłaszcza osoby bliskiej, ważne jest, aby rozmowa odpowiadała na potrzeby dziecka i była dostosowana do wieku i etapu rozwojowego.

W przypadku ważnej dla dziecka osoby dorosłej ignorowanie potrzeby dziecka, aby zrozumieć, co się stało, nie jest właściwe.

Rozumienie pojęcia śmierci przez dzieci w różnym wieku:

- **0-6 miesięcy:** w tym wieku niemowlęta nie znają pojęcia śmierci, ale mogą reagować na reakcje rodziców na stratę.
- **6-18 miesięcy:** mogą postrzegać śmierć jako tymczasową nieobecność.
- **od 18 miesięcy do 5 lat:** dzieci w tym przedziale wiekowym nadal postrzegają śmierć jako nieobecność tymczasową i wymagają konkretnych wyjaśnień na temat znaczenia śmierci.
- **6-8 lat:** rozumieją, że zmarła osoba nie powróci i pojmują, że śmierć jest czymś, co może przydarzyć się każdemu.
- **9-12 lat:** pojawia się ciekawość dotycząca biologicznych aspektów śmierci i pochówku. Na tym etapie dzieci mogą myśleć magicznie, wierząc na przykład, że

ktoś umarł z powodu pewnych zachowań lub wyrażenia życzenia, aby dana osoba nie żyła; ponadto mogą personifikować śmierć, wyobrażając sobie zmarłego jako ducha lub szkielet.

► **nastolatki, 18 lat i starsze** w pełni rozumieją pojęcie śmierci.

Aby uniknąć wzbudzania strachu w młodszym rodzeństwie, że ono również może umrzeć, ważne jest, aby wyjaśnić, że ludzie umierają z dwóch głównych powodów: ciężkiej choroby lub starości.

Oto kilka rad, jak wyjaśniać dziecku, czym jest samobójstwo:

- *Samobójstwo jest wtedy, kiedy ktoś umiera, ponieważ ma bardzo chorą głowę (nie umie myśleć). To rzadkie, ale się zdarza i sprawia, że ludzie czasami szkodzą sobie tak bardzo, że prowadzi to do ich śmierci.*
- *Mózg, dzięki któremu myślimy jest organem w ludzkim ciele, podobnie jak serce, wątroba i nerki. Czasami mózg może zachorować, podobnie jak inne narządy.*
- *Osoba ta była ciężko chora i to spowodowało jej śmierć.*
- *Jest wiele sposobów, które mogą nas ochronić przed samobójstwem, np. przebywanie z innymi osobami. Często pomaga też pobyt w szpitalu. Nie wiem, dlaczego X nie poszedł do szpitala.*

Możliwa jest sytuacja, że ktoś, kogo dziecko zna lub nawet ono samo, cierpi na chorobę psychiczną. W takich przypadkach ważne jest, aby podkreślić, że zgony z powodu takich chorób są bardzo rzadkie oraz że można temu zapobiec, korzystając np. z pomocy innych osób.

Dzieci często mają trudności ze zrozumieniem pojęcia śmierci i mogą wielokrotnie pytać, gdzie jest ukochana osoba lub kiedy wróci, nawet po otrzymaniu informacji o jej samobójstwie. Ważne jest, aby spokojnie powtórzyć, że dana osoba zmarła i nigdy nie wróci.

Wyjaśniając dziecku pojęcie śmierci należy używać prostych, szczerych i konkretnych wypowiedzi.

Małe dzieci mogą obwiniać się za to, co się stało, ważne jest więc, aby je zapewnić, że to nie ich wina, nawet jeżeli one same ją sobie przypisują.

Wyjaśniając dziecku pojęcie samobójstwa należy unikać kojarzenia go z sytuacjami, które dziecko może napotkać w swoim życiu, takimi jak brak pieniędzy, roz-

stanie czy zastraszanie (bullying), ponieważ przyczyny samobójstwa nigdy nie są jednostkowe.

Jeśli starsze dziecko lub nastolatek zapyta, dlaczego ktoś zginął śmiercią samobójczą, możesz odpowiedzieć empatycznie, motywując go jednocześnie do szukania pomocy w przypadku myśli samobójczych:

Nie wiem, dlaczego nie szukali pomocy. Pomoc jest dostępna! Wiele osób otrzymuje wsparcie w przewyciężaniu myśli samobójczych. Ważnym krokiem jest rozmowa z zaufaną osobą dorosłą. Jeśli ty lub ktoś, kogo znasz, zmaga się z myślami samobójczymi, mam nadzieję, że o tym powiesz.

Przygotuj możliwe odpowiedzi na ewentualne pytania dzieci typu:

- Dlaczego umarła?
- Umarła, ponieważ była bardzo, bardzo chora.
- Czy zrobiłem coś, co sprawiło, że tak się stało?
- Nie. Nie zrobiłeś nic takiego, co by mogło spowodować jej śmierć.
- Czy to moja wina?
- Nie, to nie twoja wina. Czasami wydaje nam się, że coś jest naszą winą, nawet jeśli tak nie jest.
- Co mogłem zrobić inaczej?
- Nie mogłeś postąpić inaczej, ponieważ nie wiedziałeś, że X umrze.
- Czy ja też popełnię samobójstwo?
- Nie, ponieważ nie umiera się w ten sposób, jeśli się szuka pomocy.
- Czy ty też umrzesz? Czy zostanę sam?
- Nie, ponieważ szukałabym/ szukałbym pomocy, gdybym miała/ miał taki problem.
- Jeśli ja też popełnię samobójstwo, czy spotkam po śmierci innych samobójców?
- Nie wiemy, co się dzieje po śmierci.
- Co mam powiedzieć w szkole?
- Możesz powiedzieć: Mój tata/ brat był bardzo chory. Przyczyną jego śmierci było samobójstwo.

- Czy ludzie będą źle myśleć o naszej rodzinie z powodu samobójstwa?
- To może się zdarzyć. Niektóre dzieci złością się i mówią innym niemiłe rzeczy.
- Robią mi złośliwe żarty. Mówią: „Ha ha, twój tata się zabił”.
- Niektóre dzieci mówią tak, ponieważ czują złość i nie wiedzą, co z nią zrobić. O wiele lepiej jest powiedzieć „jest mi smutno” niż złośliwe rzeczy, które zasmucą innych.
- Dlaczego jestem taki smutny? Czy już zawsze będę taki nieszczęśliwy?
- Nie! Smutek i inne uczucia zawsze mijają.
- Kiedy ból ustąpi? Co mogę zrobić, aby poczuć się lepiej?
- Jeśli chcesz, możemy o tym porozmawiać.
- Jak mogę zapamiętać moją mamę?
- Możemy zrobić album. Możemy napisać do niej list i opowiedzieć w nim o tym, co czujemy.
- Co mogę zrobić, żeby zapamiętać mojego tatę?
- Możesz np. napisać o rzeczach, które razem lubiliście robić.

Źródło: <https://www.camh.ca/en/health-info/crisis-resources#additional>

MÓWIENIE O EMOCJACH ZWIĄZANYCH Z ŻAŁOBĄ

G: Poczucie winy

Czasami, gdy umiera ktoś dla nas ważny, możemy czuć się winni. Możemy wierzyć, że coś, co zrobiliśmy, spowodowało chorobę lub śmierć tej osoby. Możemy obwiniać siebie, myśląc, że gdybyśmy lepiej radzili sobie w szkole czy w życiu, ta osoba by nie umarła. Możemy też obwiniać kogoś innego w rodzinie. Poczucie winy może sprawić, że przestaniemy rozmawiać z ludźmi, ponieważ obawiamy się, że oni również będą nas obwiniać. Czy kiedykolwiek myślałeś, że to się stało z Twojego powodu?

A: Lęk

To normalne, że boimy się stracić kogoś, kogo kochamy. Możemy się martwić: „Czy ja też stracę siostrę, mamę lub przyjaciela?” lub „A może ja też tak zachoruję?”. Czy kiedykolwiek miałeś takie myśli?

A: Złość

Czy czułeś złość? Czasami po śmierci kogoś, kogo kochamy, możemy czuć się bardzo samotni, a nawet żli na naszą mamę, tatę, siostrę, brata lub przyjaciela za to, że nas opuścił. Trudno jest złościć się na kogoś, kogo już nie ma, więc w efekcie złościmy się na siebie lub inne osoby wokół nas, zaniedbujemy naukę lub inne obowiązki, możemy też mieć trudności z porannym wstawaniem lub dbaniem o siebie. Początkowo gniew może być silny, ale z czasem słabnie i mija.

P: Ból

Po śmierci osoby bliskiej możemy odczuwać silny ból, który utrudnia nam odczuwanie czegokolwiek innego. To jak silny ucisk lub napięcie, które utrudnia poruszanie się, myślenie czy robienie różnych rzeczy. Z czasem jednak ból staje się nieco łatwiejszy do zniesienia. Kiedy odczuwasz ten ból, dobrze jest odpocząć i uspokoić się. Z czasem poczujesz się lepiej.

S: Smutek

Odczuwanie smutku jest jednym z najczęstszych uczuć po czyjejś śmierci. Czasami możemy mieć ochotę płakać przez cały czas, a innym razem możemy czuć się odrętwiali i niczego nie czuć. Smutek może być tak przytłaczający, że trudno go nawet opisać.

S: Wstyd

Nie tylko czujemy się winni, możemy również odczuwać wstyd, który utrudnia nam mówienie o naszych uczuciach. Możemy wstydzić się, że straciliśmy kogoś, kogo kochaliśmy lub, że zmarł on w wyniku samobójstwa. Czasami możemy nawet mówić innym, że ktoś zmarł z innego powodu, aby uniknąć reakcji innych osób.

Wnioski

Pomaganie dziecku w przeżywaniu żałoby wymaga cierpliwości, szczerości i wrażliwości. Aby wspierać dziecko w żałobie należy mu stworzyć bezpieczne środowisko, aktywnie go słuchać i zachęcać do otwartego wyrażania emocji.

Pamiętaj, że zarządzanie swoimi uczuciami i szukanie wsparcia jest niezbędne. Żałoba jest złożonym i długotrwałym procesem, ale dzięki odpowiednim narzędziom i zrozumieniu możesz pomóc dziecku przejść przez to doświadczenie.

Zapamiętaj!

1. Przygotowanie do rozmowy o utracie jest kluczowe

Przygotuj się psychicznie do rozmowy, upewniając się, że jesteś gotowy wspierać swoje dziecko.

2. Stwórz bezpieczną przestrzeń

Wybierz prywatne i wygodne miejsce do rozmowy na temat żałoby.

3. Słuchaj i zachęcaj do wyrażania uczuć

Nadaj priorytet słuchaniu i zachęcaj dziecko do wyrażania emocji bez osądzania.

4. Używaj języka dostosowanego do wieku

Dostosuj komunikację do wieku i poziomu rozumienia dziecka.

5. Zarządzaj własnymi emocjami

Pamiętaj o swoich uczuciach i ich wpływie na dziecko.

Pytania kontrolne

1. Jaki jest pierwszy krok w przygotowaniu się do rozmowy o żałobie z dzieckiem?

- A. Powiedz mu, żeby przestało płakać.
- B. Przygotuj się psychicznie do rozmowy.
- C. Daj mu książkę o żałobie.
- D. Unikaj tematu żałoby.

2. Dlaczego ważne jest, aby wybrać bezpieczne otoczenie do dyskusji na temat żałoby?

- A. Aby uniknąć rozpraszania uwagi.
- B. Aby dziecko czuło się możliwie komfortowo.
- C. Aby uniemożliwić innym podsłuchiwanie.
- D. Wszystkie powyższe.

3. Jak należy odpowiadać na pytania dziecka dotyczące żałoby?

- A. Ignorując takie pytania.
- B. Odpowiadając spokojnie i bez oceniania.
- C. Mówiąc dziecku, żeby przestało zadawać takie pytania.
- D. Zmieniając temat.

4. Czego należy unikać, rozmawiając z dzieckiem o żałobie?

- A. Używania prostego języka.
- B. Okazywania własnych emocji.
- C. Zmuszania do publicznego okazywania żalu.
- D. Zachęcania do wyrażania swoich uczuć.

5. Dlaczego ważne jest, aby rozmawiać z dzieckiem o samobójstwie, jeśli istnieje ryzyko, że o nim usłyszy np. w mediach społecznościowych?

- A. Aby upewnić się, że otrzyma prawidłowe informacje.
- B. Aby uniknąć dyskusji na ten temat.
- C. Aby je przestraszyć.
- D. Aby je obwiniać za samobójstwo.

Odpowiedzi

- 1: B. Przygotuj się psychicznie do rozmowy.
- 2: D. Wszystkie powyższe.
- 3: B. Odpowiadając spokojnie i bez oceniania.
- 4: C. Zmuszania do publicznego okazywania żalu.
- 5: A. Aby upewnić się, że otrzyma prawidłowe informacje.

A.06

UDZIELANIE WSPARCIA OSOBIE PO STRACIE SAMOBÓJCZEJ – PODSTAWOWE WSKAZÓWKI

Pytanie wprowadzające

Jak możemy zaoferować wsparcie przyjaciołom i rodzinie zmagającym się z żałobą po stracie ukochanej osoby w wyniku samobójstwa?

Czego się nauczymy?

1. Skuteczne strategie komunikacji

- Jak rozmawiać o żałobie?
- Słowa i wyrażenia, które nie powodują dodatkowego bólu.

2. Tworzenie wspierającego środowiska

- Techniki tworzenia bezpiecznej przestrzeni do rozmowy dla osób w żałobie.
- Dostosowanie się do różnych sposobów wyrażania żałoby.

3. Wsparcie emocjonalne i praktyczne

- Jak zaoferować praktyczną pomoc i towarzystwo osobom w żałobie?
- Jak rozpoznać, że osoba w żałobie może potrzebować profesjonalnej pomocy?

4. Zrozumienie dynamiki żałoby

- Przegląd różnych reakcji emocjonalnych związanych z żałobą.
- Strategie wspierania dzieci i dorosłych w ich indywidualnych procesach żałoby.

5. Unikanie stygmatyzacji

- Zwroty i działania, których należy unikać, a które mogą nieumyślnie zranić lub zlekceważyć uczucia osoby pogrążonej w żałobie.
- Sposoby zapewniania wsparcia bez narzucania własnych przekonań czy oczekiwań.

Wprowadzenie

Radzenie sobie z sytuacją żałoby, zwłaszcza wymagające wspierania dziecka, pozostałych członków rodziny, przyjaciół lub innych osób w potrzebie, może stanowić poważne wyzwanie dla rodziców i opiekunów. Dzięki wypracowanym strategiom i systemom wsparcia można zaoferować dzieciom praktyczną pomoc w przepracowaniu emocji i pomóc im w procesie radzenia sobie z żałobą. Niniejszy rozdział zawiera praktyczne porady, jak wspierać osoby w żałobie.

CO POWIEDZIEĆ RODZICOWI ZASTANAWIAJĄCEMU SIĘ, JAK POMÓC DZIECKU W ŻAŁOBIE?

Twoje dziecko może poczuć się lepiej, jeśli jako rodzic skupisz się na działaniach wspierających, jednocześnie budując zdrową relację z dzieckiem.

Przeanalizuj strategie postępowania:

- ▶ **Zauważ różnorodność relacji:** Twoje dziecko, dzieliło ze zmarłym członkiem rodziny zarówno chwile miłości, jak i gniewu.
- ▶ **Szanuj indywidualne sposoby przeżywania żałoby:** dzieci mogą ukrywać swoje przeżywanie żałoby, ale też nieoczekiwanie okazywać emocje (bądź wspierający w tych momentach!).
- ▶ **Zajmij się poczuciem winy:** dzieci mogą czuć się winne z powodu dawnych konfliktów i obwiniać się za śmierć rodzeństwa czy rodzica.
- ▶ **Zapewnij dziecku wsparcie:** zapewnij dziecko, że jest kochane i że jego działania nie spowodowały śmierci, nawet jeśli tak może mu się wydawać.
- ▶ **Pamiętaj:** poczucie winy i wstydu po stracie jest powszechne.
- ▶ **Zachęcaj do pozytywnych działań:** pomóż dziecku wyrazić smutek poprzez konstruktywne czynności, takie jak rysowanie, pisanie dziennika lub czytanie.
- ▶ **Okaż cierpliwość i czułość:** podtrzymuj dialog i angażuj się w działania, które pomogą dziecku poradzić sobie z żałobą.
- ▶ **Zauważaj pozytywne zachowania dziecka i doceniaj je, chwalcąc i zachęcając do ich kontynuowania.**
- ▶ **Dziel się wartościami i wiarą:** przekazuj dziecku swoje przekonania na temat życia i śmierci, a jeśli jesteś wierząca/wierzący módlcie się razem, aby znaleźć duchowe pocieszenie (modlitwa jest skutecznym sposobem radzenia sobie z żałobą przez osoby wierzące).
- ▶ **Wyrażaj emocje:** nie ukrywaj emocji przy dziecku – okazywanie odpowiedniego poziomu smutku upewnia je, że sytuacja radzenia sobie z cierpieniem jest naturalna.

- ▶ **Wspieraj rodzinę:** obserwuj jak inni członkowie rodziny radzą sobie z żałobą i oferuj swoje wsparcie: rozmowy i wspólnie spędzony czas.
- ▶ **Żałobne rytuały:** pozwól dziecku, nawet małemu, uczestniczyć w pogrzebie i innych ceremoniach żałobnych.
- ▶ **Pamięć o zmarłym:** pomóż dziecku znaleźć sposób na uhonorowanie i zapamiętanie zmarłego, np. odtworzenie pamiątkowych chwil lub dzielenie się wspomnieniami.
- ▶ **Dzielenie się pamiątkami:** zaproponuj dziecku zachowanie na pamiątkę jakiejś rzeczy należącej do zmarłego jako namacalne przypomnienie ukochanej osoby.
- ▶ **Zachowanie codziennej rutyny dziecka:** postaraj się, o ile to możliwe, aby życie dziecka toczyło się jak wcześniej, aby zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa.
- ▶ **Obserwuj zabawy dziecka,** ponieważ może to pomóc w podtrzymaniu dialogu i ułatwić dziecku wyrażanie uczuć podczas procesu żałoby.
- ▶ **Informuj innych o sytuacji.** Nie zakładaj, że nauczyciele lub inne osoby z otoczenia Twojego dziecka znają sytuację. Poinformuj ważnych dla dziecka dorosłych o tym, co się stało i jak omówiłeś to z dzieckiem, aby mogli zapewnić mu odpowiednie wsparcie.
- ▶ **Szukaj profesjonalnej pomocy,** jeśli dziecko ma trudności z przystosowaniem się do nowej rzeczywisto-

ści; zachęć dziecko do rozmowy z wykwalifikowanym doradcą, psychologiem lub psychiatrą.

- ▶ **Bądź wzorem dla dziecka:** modeluj swoje zachowania w żałobie, wyrażając emocje tak, by Twoje dziecko mogło Cię naśladować.

JAK WSPIERAĆ PRZYJACIELA LUB CZŁONKA RODZINY PO STRACIE SAMOBÓJCZEJ?

Zapewnienie wsparcia, gdy ktoś, na kim nam zależy, przeżywa żałobę po samobójstwie, może być trudne. Oto kilka wskazówek, które pomogą Ci poradzić sobie w tej trudnej sytuacji:

- ▶ **Bądź obecny:** osoby po utracie samobójczej osoby bliskiej często czują się odizolowane i samotne; zwykła obecność może mieć znaczący wpływ na ich proces zdrowienia. Zaoferuj swoją obecność i wsparcie, nawet jeśli nie wiesz, co powiedzieć.
- ▶ **Słuchaj ze współczuciem:** osoby pomagające często czują się bezradne i niepewne, jak zaoferować wsparcie. Skoncentruj się na słuchaniu odczuć i doświadczeń bez osądzania i prób naprawiania sytuacji. Czasami po prostu czas spędzony z osobą, która wysłucha, może dać ukojenie.



- ▶ **Waż słowa:** staraj się używać precyzyjnego języka; na przykład, możesz powiedzieć: *Słyszałem o śmierci...* (użycie słów 'zmarł' czy 'śmierć' sygnalizuje, że jesteś otwarty na rozmowę o uczuciach).
- ▶ **Wyraź współczucie:** daj znać, że ci zależy, że starasz się wczuć w ból; możesz powiedzieć: *Przykro mi słyszeć o tym, przez co przechodzisz.*
- ▶ **Pytaj o samopoczucie:** regularnie odwiedzaj osobę pogrążoną w żałobie i pytaj, jak się czuje i jak sobie radzi; unikaj zakładania, że znasz jej uczucia w danym dniu. Proste pytanie *Jak się czujesz?* może otworzyć przestrzeń do dzielenia się emocjami.
- ▶ **Bądź autentyczny:** wyrażaj swoje odczucia szczerze i naturalnie reaguj na daną sytuację. Możesz przyznać, że nie wiesz, co powiedzieć. Możesz powiedzieć: *Nie jestem pewna/pewien, jak to wyrazić, ale chcę, żebyś wiedziała/wiedział, że mi zależy.*
- ▶ **Zaproponuj praktyczne wsparcie:** daj znać, że jesteś dostępny, aby pomóc w dowolny sposób w zależności od potrzeb. Możesz powiedzieć: *Powiedz mi, co mogę dla ciebie zrobić.*
- ▶ **Akceptuj doświadczenia innych,** przypominając, że nie ma prawidłowego lub nieprawidłowego sposobu przeżywania żałoby. Żałoba jest głęboko osobistym doświadczeniem i każda osoba radzi sobie z nią w wyjątkowy sposób. Unikaj narzucania oczekiwań i nie osądzaj emocji innych osób lub ich działań.
- ▶ **Zauważaj zmiany w przeżywaniu żałoby.** Żałoba nie przebiega liniowo i może wiązać się z nieoczekiwanymi wznętami i upadkami. Bądź cierpliwy i wspierający podczas emocjonalnych wznętów i upadków i unikaj wywierania presji; nie mów, że osoba w żałobie powinna iść do przodu lub pogodzić się z sytuacją.
- ▶ **Zaakceptuj intensywność uczuć:** przygotuj się na skrajne emocje i zachowania czasie żałoby.
- ▶ **Zrozum swój smutek:** emocje takie jak poczucie winy, żal, rozpacz i strach są typowymi reakcjami na żałobę. Osoba pogrążona w żałobie może wyrażać emocje na różne sposoby. Ważne jest, aby upewnić osobę w żałobie, że jej uczucia są normalne i nie oceniać ich.
- ▶ **Uświadamiaj,** że nie ma ustalonego harmonogramu żałoby. Podczas gdy żałoba dla wielu osób może trwać od 18 do 24 miesięcy, proces żałoby może mieć różny czas trwania dla różnych osób. Unikaj wywierania presji na osobach w żałobie, aby szły naprzód lub sprawiania, by czuły, że zbyt długo optakują zmarłego, ponieważ może to utrudnić im proces zdrowienia.
- ▶ **Zachęcaj do otwartej rozmowy** na temat straty. Przyznaj, że ważne jest, aby wracać w rozmowie do zmarłego i wspomnień, ponieważ unikanie tematu może sprawić, że osoba w żałobie poczuje, że jej utrata jest ignorowana

lub zapomniana. Chociaż ważne jest, aby nie zmuszać osoby w żałobie do rozmowy, należy ją poinformować, że ma możliwość wyrażenia swoich uczuć.

- ▶ **Doceniaj wszystkie emocje:** powiedz osobie pogrążonej w żałobie, że wyrażanie uczuć, czy to poprzez łzy, czy przez żal jest rzeczą normalną. Unikaj racjonalizowania lub dyktowania osobie w żałobie, jak powinna się czuć.
- ▶ **Pozwól na opowiadanie.** Osoba pogrążona w żałobie może potrzebować, aby wielokrotnie opowiedzieć szczegóły śmierci ukochanej osoby. Bądź cierpliwa/cierpliwy, zadawaj dodatkowe pytania i aktywnie słuchaj opowiadania o wydarzeniu i uczuciach – to pomaga zaakceptować stratę.
- ▶ **Zapewnij ciche wsparcie:** jeśli osoba w żałobie nie ma ochoty na rozmowę, zaoferuj pocieszenie poprzez swoją obecność; proste gesty, takie jak kontakt wzrokowy, uścisk dłoni lub pocieszające spojrzenie, mogą przekazać twoje wsparcie.

JAK ZAOFEROWAĆ PRAKTYCZNĄ POMOC?

- ▶ **Zaoferuj praktyczną pomoc,** nie czekając, aż ktoś o nią poprosi. Wiele osób pogrążonych w żałobie może mieć trudności z sięgnięciem po pomoc z powodu poczucia winy, strachu przed byciem ciężarem lub w wyniku depresji.
- ▶ **Przedstaw konkretne sugestie,** zaproponuj załatwienie różnych spraw lub zapytaj np. jakich artykułów spożywczych potrzebują. Możesz też wysłać wiadomość: *Daj mi znać, co mogę dla ciebie zrobić* lub *Gdzie możemy się spotkać?*
- ▶ **Bądź cierpliwa/cierpliwy** i zostań tak długo, jak to konieczne. Twoja stała obecność i wsparcie mogą zapewnić komfort bez konieczności wielokrotnego proszenia o pomoc.
- ▶ **Pomóż w codziennych obowiązkach,** takich jak zakupy spożywcze czy przygotowywanie posiłków.
- ▶ **Zaoferuj pomoc w organizacji pogrzebu** lub załatwieniu spraw administracyjnych, takich jak ubezpieczenie lub rachunki.
- ▶ **Udziel pomocy w pracach domowych,** takich jak sprząatanie lub pranie.
- ▶ **Zaoferuj opiekę nad dziećmi** lub podwiezienie w potrzebne miejsce, np. na spotkanie lub do urzędu.
- ▶ **W razie potrzeby weź pod opiekę zwierzęta domowe** żałobników.
- ▶ **Zaproś na wspólny obiad,** do kina lub na inne przyjemne zajęcia, które pozwolą im na chwilę odetchnąć od smutku.

- **Organizuj zajęcia**, takie jak gry, rozwiązywanie łamigłówek lub projekty artystyczne, aby odwrócić ich uwagę i podnieść na duchu.

CZEGO UNIKAĆ PODCZAS ROZMOWY Z PRZYJACIELEM LUB KREWNYM PO DOŚWIADCZENIU SAMOBÓJSTWA OSOBY BLISKIEJ?

- Unikaj mówienia: *To już za Tobą; trzeba żyć dalej*, ponieważ może to oznaczać zapomnienie o ukochanej osobie.
- Powstrzymaj się od używania stwierdzeń zaczynających się od *Powinieneś* lub *Zrób to a to*. Zamiast tego możesz rozpocząć swój komentarz od słów: *Czy pomyślałeś...* lub *Może...*
- Unikaj mówienia *Nie powinieneś czuć się tak źle*, ponieważ może to w ich odczuciu unieważniać ich emocje.
- Powstrzymaj się od mówienia *Jest teraz w lepszym miejscu*, ponieważ osoba w żałobie może, ale nie musi podzielać tego przekonania.
- Unikaj mówienia: *Wiem, jak się czujesz*, ponieważ nigdy nie możesz w pełni zrozumieć emocji innej osoby. Zamiast tego poproś tę osobę o podzielenie się tym, co czuje.
- Jeśli doświadczyłeś/doświadczyłeś podobnej straty, podziel się swoimi doświadczeniami tylko wtedy, gdy uznasz, że mogą one pomóc. Unikaj udzielania niechcianych rad lub porównywania czegokolwiek do swojego smutku.
- Unikaj mówienia *To część Bożego planu*, ponieważ osoba może być niewierząca.
- Powstrzymaj się od mówienia: *Masz inne dzieci i bądź za to wdzięczna/wdzięczny*, ponieważ osobie w żałobie może to się wydawać mało istotne w danej chwili.
- Unikaj stwierdzeń typu: *Wyglądasz bardzo dobrze*, ponieważ może to wywierać presję na osobę, aby starała się ukryć swoje prawdziwe uczucia.

Wnioski

Oferując swoje towarzystwo, uważne słuchanie i praktyczną pomoc możemy zapewnić nieocenione wsparcie naszym bliskim w czasie żałoby po samobójstwie. Ważne jest, aby podchodzić do rozmów z empatią, unikać osądzania lub frazesów i priorytetowo traktować samopoczucie osoby w całym procesie żałoby.

Zapamiętaj!

1. Fundamentalne znaczenie ma bycie obecnym i oferowanie prawdziwego wsparcia pograżonym w żałobie przyjacielom i członkom rodziny.
2. Należy słuchać ze współczuciem i unikać osądzania lub prób „naprawienia” sytuacji.
3. Należy proponować praktyczną pomoc i zapewniać komfort emocjonalny, nie czekając aż żałobnicy o to poproszą.
4. Należy unikać stereotypowych pułapek, takich jak nieświadome unieważnianie emocji lub narzucanie swoich oczekiwań.
5. Należy wspierać szczerzy dialog i stwarzać przestrzeń do wyrażania żalu we wszystkich formach.

Pytania kontrolne

1. Jaki jest kluczowy aspekt wspierania bliskich po samobójstwie?

- A. Oferowanie porad.
- B. Unikanie wszelkich rozmów na temat straty.
- C. Zapewnienie swojej obecności i wsparcia.
- D. Ignorowanie ich potrzeb emocjonalnych.

2. Jak możesz zaoferować praktyczną pomoc osobie pogrążonej w żałobie?

- A. Poczekaj, aż poprosi o pomoc.
- B. Unikaj oferowania jakiegokolwiek pomocy, aby uszanować jej prywatność.
- C. Zaproponuj konkretne działania.
- D. Oceń, że nie potrzebuje pomocy.

3. Czego należy unikać podczas rozmowy z osobami w żałobie?

- A. Uważnego słuchania.
- B. Używania stwierdzeń zaczynających się od Powinieneś lub Zrób to a to.
- C. Dzielenia się własnymi doświadczeniami związanymi z żałobą.
- D. Oferowania empatii i zrozumienia.

4. Dlaczego ważne jest wspieranie szczerej rozmowy na temat straty?

- A. Aby zminimalizować znaczenie straty.
- B. Aby szybciej zapomnieć o zmarłym.
- C. Aby przyspieszyć proces żałoby.
- D. Aby wyrazić szacunek dla osoby zmarłej i zachować ją w pamięci.

5. Odpowiedzi

- 1: C. Zapewnienie swojej obecności i wsparcia.
- 2: C. Zaproponuj konkretne działania.
- 3: B. Używania stwierdzeń zaczynających się od Powinieneś lub Zrób to a to.
- 4: D. Aby wyrazić szacunek dla osoby zmarłej i zachować ją w pamięci.

A.07

ZADBAJ O SWÓJ MÓZG.

ZDROWE I NIEZDROWE NAWYKI, SCARS I 12-STOPNIOWY PLAN BEZPIECZEŃSTWA

Pytanie wprowadzające

Co może zapobiec niepotrzebnym tragediom?

Czego się nauczymy?

- 1.** Zrozumienie strategii radzenia sobie
 - ▶ Różnica między zdrowymi i niezdrowymi (autodestrukcyjnymi) strategiami radzenia sobie po stracie.
 - ▶ Znaczenie zdrowych mechanizmów radzenia sobie dla wzrostu pourazowego
- 2.** Interwencje SCARS
 - ▶ S – ang. Safe Transition (Zadbaj o bezpieczne przejście przez proces żałoby)
 - ▶ C – ang. Communicate with Care (Komunikuj się z samym sobą i z innymi w sposób wspierający).
 - ▶ A – ang. Align with your Allies (Wykorzystuj sojuszników oraz swoje i środowiskowe możliwości wsparcia).
 - ▶ R – ang. Reset (Skup się na pozytywnych zachowaniach i ogranicz zachowania szkodliwe).
 - ▶ S – ang. Stick to your Postvention Safety Plan (Zastosuj postwencyjny 12 – Stopniowy Plan Bezpieczeństwa).
- 3.** 12-Stopniowy Plan Bezpieczeństwa
 - ▶ Zrozumienie wpływu utraty na radzenie sobie z żałobą.
 - ▶ Techniki natychmiastowego odwracania uwagi (rozpraszania) i długoterminowej samoopieki.
 - ▶ Strategie zapobiegania samouszkodzeniom i wspieranie rozwoju osobistego.
 - ▶ Współpraca z systemami wsparcia i specjalistami.
 - ▶ Ustanowienie bezpiecznych przestrzeni i sposobów reagowania kryzysowego.
- 4.** Praktyczne techniki
 - ▶ Ćwiczenia oddechowe, rozluźnianie mięśni i inne proste metody radzenia sobie z intensywnymi emocjami.

- ▶ Budowanie i utrzymywanie pozytywnych rutyn i nawyków.
- ▶ Sposoby ograniczenia dostępu do szkodliwych wpływów otoczenia.
- 5.** Biologia odporności emocjonalnej i psychicznej
 - ▶ Rola kortyzolu, oksytocyny, dopaminy i endorfin w radzeniu sobie ze stratą.
 - ▶ Zrozumienie psychologicznych i hormonalnych reakcji na żałobę.
 - ▶ Rozwijanie odporności i potencjału wzrostu pourazowego
 - ▶ Narzędzia i wiedza wspierająca budowanie odporności.

Wprowadzenie

Żałoba jest nieuniknioną częścią życia, dotyczącą każdego z nas w wyjątkowy sposób. Chociaż ból związany ze stratą może wydawać się niemożliwy do zniesienia, zorganizowane wsparcie i empatyczne interwencje mogą przeprowadzić nas przez najtrudniejsze chwile.

Zrozumienie, że istnieją zarówno zdrowe jak i niezdrowe strategie radzenia sobie, pomaga docenić przewagę pozytywnych strategii nad samookaleczaniem się i innymi szkodliwymi działaniami w radzeniu sobie ze stratami, w tym z następstwami samobójstwa.

Interwencje SCARS oferują kompleksowe podejście do radzenia sobie z żałobą, kładąc nacisk na bezpieczne przetrwanie, troskliwy dialog, korzystanie ze wsparcia sojuszników, ponawianie pozytywnych zachowań i trzymanie się planu bezpieczeństwa. 12-Stopniowy Plan Bezpieczeństwa pomaga nam radzić sobie z żałobą oraz wspierać wzrost pourazowy.

ZDROWE I NIEZDROWE STRATEGIE RADZENIA SOBIE

Dlaczego nadzwyczaj ryzykowne są działania autodestrukcyjne, jak picie alkoholu, używanie narkotyków, niezdrowe odżywianie, samookaleczanie się, obraźliwe, agresywne zachowania itp., gdy jesteś przytłoczony emocjami żałoby po stracie?

Porozmawiajmy o tym!

Wyjaśnienie zdrowych i niezdrowych strategii radzenia sobie po stracie (samobójstwo, rozstanie)

Wzrost noradrenaliny/adrenaliny i aktywacja osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (HPA) wraz ze wzrostem hormonu adrenokortykotropowego (ACTH) i kortyzolu to naturalne reakcje hormonalne na stresującą sytuację, jaką jest utrata kogoś w wyniku samobójstwa. Sytuacja ta powoduje ból, ponieważ prowadzi do spadku endorfin, naszych naturalnych środków przeciwbólowych, prowadząc do bardzo nieprzyjemnych odczuć, których staramy się unikać lub uciec od nich tak szybko, jak to możliwe.

Aby poradzić sobie z bólem i innymi emocjami, pojawiającymi się w żałobie, angażujemy się w pewne działania: niezdrowe (samookaleczanie) lub zdrowe.

W początkowym okresie zarówno niezdrowe jak i zdrowe działania powodują wzrost oksytocyny (OXT). Ten hormon dobrego samopoczucia, pomaga nam radzić sobie z traumą, wpływa na wzmacnianie naszej więzi z rodziną i przyjaciółmi, wzmacniając tendencję do identyfikowania się z tymi, którzy dzielą podobne doświadczenia, jednocześnie pozwala dystansować się od tych, którzy nie przeżywają podobnej traumy. Dlatego po stracie samobójczej zwykle szukamy innych osób, które przeżyły podobne doświadczenie w poczuciu, że rozumiemy nas lepiej niż osoby bez podobnych przeżyć.

Oksytocyna przyczynia się do wzrostu dopaminy (DA), jednego z kluczowych hormonów układu nagrody w naszym mózgu i naszych naturalnych środków przeciwbólowych zwanych endorfinami (EN). OXT, DA i EN przyczyniają się do powstania nawyku, który automatycznie („uzależnia”) aktywuje te same połączenia w podobnych sytuacjach straty lub w przypadku konkretnych działań, których użyliśmy do radzenia sobie z bólem i żalem po stracie.

OXT, DA i EN sterują naszymi działaniami. Zmiana aktywności wyzwalającej hormonalną nagrodę na inną jest

bardzo trudna, dlatego często nieświadomie uzależniamy się od czynności, którą wybraliśmy jako pierwszą, a która przyniosła pożądaną efekt związany z aktywacją układu nagrody, nawiązanie więzi i zmniejszenie bólu. W podobnej sytuacji powtarzamy tę czynność, aby uzyskać „hormonalnego kopa”. Z czasem musimy zwiększać intensywność tej aktywności, aby uzyskać te same efekty ze względu na rozwój tzw. tolerancji.

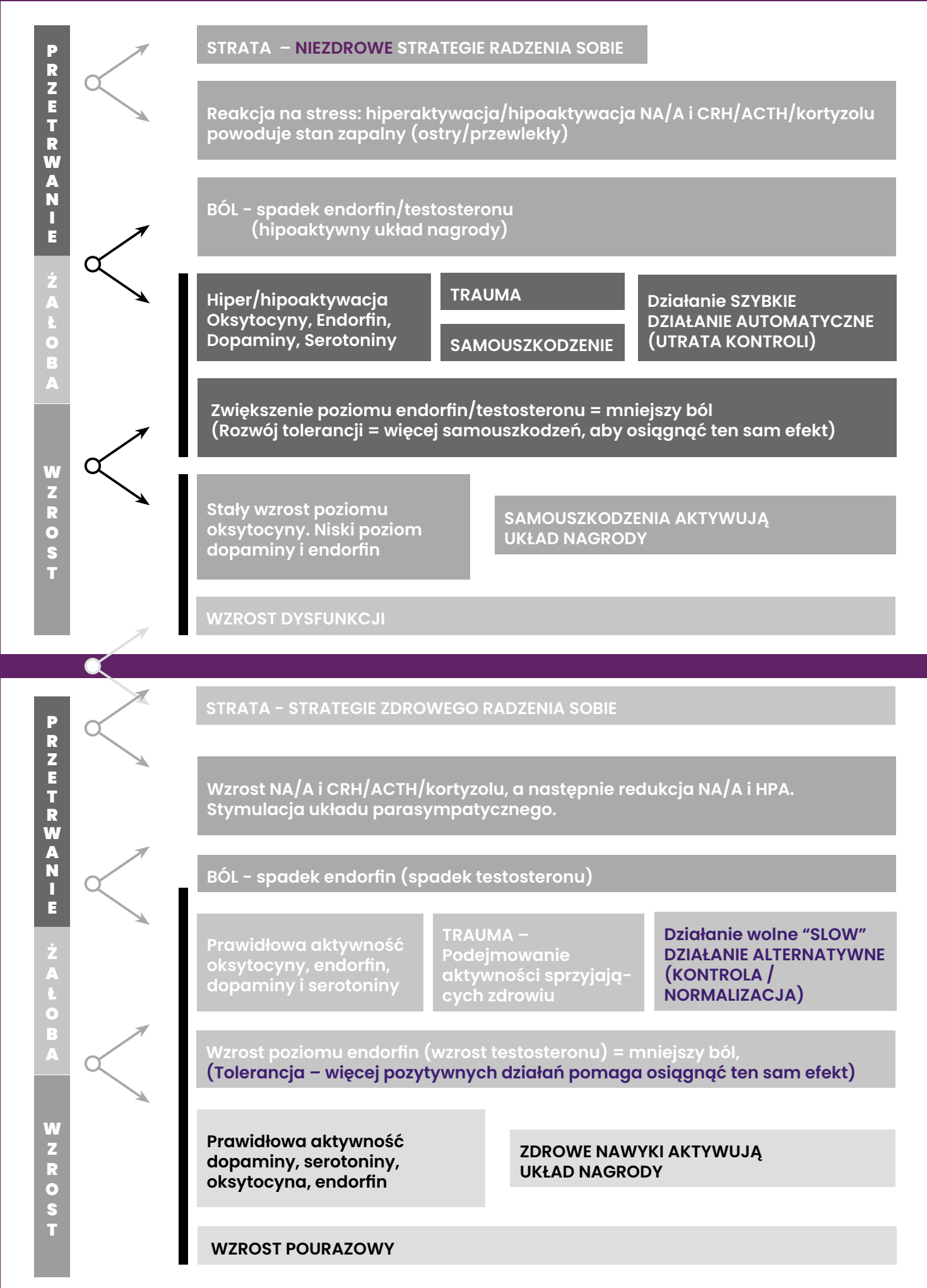
W niezdrowej strategii radzenia sobie (ang. Unhealthy Coping Loop – UCL), angażowanie się w szkodliwe zachowania, jak picie alkoholu, narkotyki, samookaleczanie, także wyzwała opisany system hormonalnych nagród. Dlatego zmiana negatywnych strategii jest bardzo trudna, co doskonale wiedzą osoby podejmujące próby wyjścia z uzależnienia od samookaleczania, nadużywania substancji odurzających lub innych szkodliwych zachowań. Ze względu na rozwój zjawiska tolerancji, osoba „złapana w pułapkę” niezdrowych strategii radzenia sobie może odczuwać pilną i ekstremalną potrzebę zwiększenia poziomu samouszkodzania za wszelką cenę, tylko po to, aby uzyskać ten sam lub wyższy stopień pobudzenia układu nagrody oraz podwyższenia aktywności OXT, DA i EN, co może ostatecznie doprowadzić do samozniszczenia.

Trudno jest wprowadzić zmiany, nawet gdy zdajemy sobie sprawę, że nasza aktywność nie jest dla nas i dla naszego otoczenia korzystna. Im bardziej dana osoba stara się skończyć z samouszkodzaniem, tym więcej czuje winy, lęku, gniewu, bólu, wstydu i smutku, co skutkuje powtarzającymi się samouszkodzeniami; co doprowadza do narastającego poczucia braku kontroli. Proces ten może doprowadzić do śmierci, wyzwalając działanie prowadzące do próby samobójczej lub samobójstwa.

Strategie zdrowego radzenia sobie (ang. Healthy Coping Loop – HCL) po doświadczeniu straty to tzw. dystraktory (rozpraszacze), które całkowicie eliminują ryzyko jakiegokolwiek zachowania autodestrukcyjnego; skutkują zaś szybkim zmniejszeniem intensywności nieprzyjemnych uczuć dzięki aktywacji układu przywspółczulnego i stymulacji nerwu błędnego.

Oto trzy przykłady takich naturalnych dystraktorów:

- ▶ Ćwiczenia oddechowe (wdech – policz 1,2,3,4 i wydech – policz 1,2,3,4,5,6,7).
- ▶ Techniki relaksacji mięśni (napnij, a następnie rozluźnij mięśnie).
- ▶ Zanurzenie twarzy w zimnej wodzie i policzenie do czterech, a następnie wyjęcie jej z wody i policzenie ponownie do czterech. Kilkakrotne powtórzenie tej czynności.



Proste i zdrowe dystraktory mają dużą moc, ponieważ pomagają zachować kontrolę nad stopniem pobudzenia i intensywności uczuć. Zmniejszają bowiem intensywność trudnych uczuć, co może również zwiększać poziom hormonów dobrego samopoczucia, takich jak oksytocyna, dopamina, endorfiny i serotonina.

W czasie zdrowej aktywności efekt tolerancji (potrzeby zwiększenia aktywności, aby uzyskać ten sam efekt nagrody) pomaga osobie osiągnąć wzrost, doskonałość i sukces, gdyż osoba zwiększa liczbę i intensywność pozytywnych działań, aby zwiększyć stymulację układu nagrody oraz OXT, DA i EN.

Osoba, która w młodym wieku wybierała HCL, dystansując się od aktywności szkodliwych, prawdopodobnie ze względu na interakcje między genami i środowiskiem, w sytuacji straty skupiać się będzie niemal automatycznie na nauce i rozwoju; dzięki temu będzie miała większe szanse na osiągnięcie potraumatycznego wzrostu (ang. Posttraumatic Growth - PTG), co ostatecznie pomoże jej poradzić sobie nie tylko z aktualną stratą, ale także z potencjalnymi stratami i rozstaniem w przyszłości.

INTERWENCJE SCARS PO STRACIE

S – (ang. Safe Transition) Rozpocznij bezpieczne przejście

Pozwól sobie na bezpieczne i pełne wsparcia przeżywanie żałoby.

- PRZED (przewidując coś nieprzyjemnego)
- PODCZAS (uczucie unieruchomienia, braku możliwości poradzenia sobie z sytuacją)
- PO (radzenie sobie z czymś nieprzyjemnym, co już się wydarzyło)
- PÓŹNIEJ – w późniejszym okresie życia (doświadczanie nieoczekiwanych reakcji i nawrotów „żałoby”).

C – (ang. Communicate with Care) Komunikuj się z troską o siebie i innych

Bądź delikatny i współczujący!

- Kontynuuj oddychanie ułatwiające relaksację (np., wdech – policz 1-2-3-4, wydech – policz 1-2-3-4-5-6-7).
- Rozluźnij i napinaj mięśnie (napnij mięśnie – policz 1-2-3-4, a następnie rozluźnij – policz 1-2-3-4-5-6-7).
- Zanurz twarz w lodowatej wodzie – policz 1-2-3-4, a następnie wyjmij twarz z wody – policz 1-2-3-4-5-6-7.
- Zaangażuj się w wybraną przez siebie relaksującą i zdrową aktywność!

A – (ang. Align with your Allies) Połącz siły ze swoimi sojusznikami

Korzystaj z nowych umiejętności (sojuszników) i wzorów do naśladowania, szczególnie gdy znalazłeś się na nieznanym terytorium!

- Techniki wspierające dobre samopoczucie wymagają praktykowania.
- Wiedza pozwala zrozumieć, co naprawdę pomaga, a co szkodzi.
- Zwiększony dostęp do bezpiecznych miejsc, takich jak grupy wsparcia, kluby fitness, poradnie i szpitale zwiększają szansę zdrowych zachowań.
- Połączenie z profesjonalnym zespołem, który prowadzi Twój „Feel Well (Dbaj o swoje samopoczucie)” projekt.
- Wsparcie grup rówieśniczych, w tym osób z doświadczeniem życiowym (broszury, telefony zaufania).

R – Reset (wyzerowanie)

Odkryj umiejętność przechodzenia od zachowań szkodliwych do „uzdrowiających” i przywracających równowagę.

- Ponowne zwrócenie się do rodziny
Poszukaj wsparcia u członków rodziny, którzy mogą skorzystać z psychoedukacji, aby lepiej Ci pomóc.
- Ponowne nawiązanie kontaktu z przyjaciółmi
Uzyskaj wsparcie, upewniając się, że przyjaciele mają niezbędną wiedzę, aby zaoferować praktyczną pomoc.
- Ponowne odwiedzenie miejsc, z którymi masz dobre skojarzenia
Znajdź komfort i stabilność, odbudowując więzi w znanych środowiskach, takich jak dom, szkoła czy praca.
- Ponowne odkrycie utraconych wartości i pozytywnych emocji
Odkryj i wzmocnij pozytywne wartości, takie jak miłość i troska, oraz pozytywne emocje, takie jak radość.
- Przywrócenie podstawowych rutyn i rytmów (akronim SEED – ang. Sleep-Exercise-Eat-Drink)
Priorytetowo traktuj sen, angażuj się w codzienną aktywność fizyczną i utrzymuj regularne nawyki związane ze zdrowym odżywianiem.
- Ograniczenie tymczasowego dostępu do autodestrukcyjnych i potencjalnie śmiertelnych środków.
Podjmij działania w celu ograniczenia dostępu do szkodliwych substancji i przedmiotów w okresach zagrożenia.

- Ograniczenie dostępu do potencjalnie niebezpiecznych miejsc
Unikaj środowisk, które mogą stanowić zagrożenie.
- Ograniczenie tymczasowego dostępu do negatywnych emocji, działań i myśli (akronim GAPS – ang. Guilt–Aggression. Anxiety–Pain–Shame and Sorrow)
Wdrożenie strategii zarządzania i łagodzenia trudnych emocji, działań i myśli.
- Ograniczenie tymczasowego dostępu do osób/wzorców, które koncentrują się na oskarżaniu, atakowaniu, obwinianiu i stygmatyzowaniu ludzi wokół ciebie
Otaczaj się wspierającymi osobami i pozytywnymi postawami.

S – Stosuj 12-Stopniowy Plan Bezpieczeństwa

- Rozpoznaj sytuację i swoje sygnały ostrzegawcze (sytuacja, działanie, odczucia, myśli – ang. Situation, Emotions. Action, and Thoughts – SEAT).
- Skoncentruj się na SOBIE – trening umiejętności metodą MFA (Mental Fitness Acronyms) i 12-Stopniowym Planem Bezpieczeństwa.
- Skupienie się na dotarciu do OTOCZENIA (innych osób takich jak członek rodziny – przyjaciel – rówieśnik – profesjonalista – numer ratunkowy 112)
- Monitorowanie, analizowanie i zdobywanie nowej wiedzy i umiejętności oraz dokumentowanie procesu.

12-STOPNIOWY PLAN BEZPIECZEŃSTWA

Żałoba obejmuje także rozważanie sposobów zapobiegania podobnym tragediom w przyszłości.

Przejście od świata z ukochaną osobą do świata bez tej osoby może wiązać się nie tylko z cierpieniem, ale nawet z samouszkodzeniami w celu zmniejszenia nasilenia intensywnych, bardzo nieprzyjemnych emocji. W zapobieganiu samouszkodzeniom i poradeniu sobie z trudnymi emocjami, niepokojącymi myślami i innymi niepożądanymi zachowaniami może pomóc zwiększający szanse na wzrost pourazowy 12-Stopniowy Plan Bezpieczeństwa.

Napisz odpowiedzi na pytania do 12-Stopniowego Planu Bezpieczeństwa.

A. Zrozumienie samobójstwa i jego skutków (żałoba/trauma)

► Krok 1. Zrozumienie zdarzenia

W jaki sposób opowiadam lub opisuję samobójstwo innym osobom? (Moje opowiadanie o stracie.)

► Krok 2. Odkrywanie emocji

Jakich emocji doświadczają osoby, które przeżyły samobójstwo? Co ja czuję?

► Krok 3. Badanie myśli

Jakie myśli mają osoby, które przeżyły samobójstwo? O czym ja myślę?

► Krok 4. Strategie radzenia sobie

Jak radzą sobie osoby w żałobie po samobójstwie? Co ja i członkowie mojej rodziny robimy, aby wspólnie poradzić sobie z traumą?

B. Rozwój osobisty i troska o siebie

► Krok 5. Natychmiastowe odwrócenie uwagi

Jak odwracam swoją uwagę od nieprzyjemnych uczuć? Jak na dłuższą metę dbam o siebie, aby zneutralizować nadmierne uczucia, myśli lub pragnienia związane z żałobą?

► Krok 6. Długoterminowa poprawa

Co robię, aby poprawić moje samopoczucie i sytuację w przyszłości?

► Krok 7. Strategie unikania

Jakich zachowań lub działań unikam, aby zapobiec odłączeniu się od moich czynników ochronnych (mojej rodziny, wartości, marzeń)?

► Krok 8. Znaczące związki/relacje

Co nadaje mojemu życiu sens? Co jest dla mnie ważne? Jak mogę ulepszyć świat? Jak mogę komuś pomóc?

C. Współpraca z innymi

► Krok 9. Kontakt z systemami wsparcia

W jaki sposób kontaktuję się/rozmawiam z rodziną, przyjaciółmi lub organizacjami pozarządowymi? Jakiego wsparcia od nich oczekuję?

► **Krok 10. Poszukiwanie profesjonalnej pomocy**

Jak mogę nawiązać kontakt z profesjonalistami? Jakiej pomocy od nich oczekuję?

► **Krok 11. Tworzenie bezpiecznych przestrzeni/ przystani**

Gdzie mogę znaleźć bezpieczne schronienie w trudnych chwilach?

► **Krok 12. Reagowanie w sytuacjach awaryjnych**

Jakie kroki podejmę, jeśli wszystko inne zawiedzie i moje bezpieczeństwo będzie zagrożone? Czy wiem jak i kiedy mogę wezwać służby ratunkowe?

Wnioski

Żałoba jest wieloaspektowym procesem, który wymaga zrozumienia (strategie zdrowego i niezdrowego radzenia sobie).

Wybór zdrowego lub niezdrowego sposobu radzenia sobie z trudnościami w dzieciństwie i w okresie dojrzewania może utrudniać zmianę strategii w późniejszym okresie życia ze względu na „nawyki” i towarzyszące im zmiany hormonalne w zakresie aktywności oksytocyny, dopaminy i endorfin.

Postępując zgodnie z założeniami SCARS, możemy skuteczniej przepracować żałobę, znajdując ukojenie i siłę we wspieraniu siebie i innych. Przyjęcie tych strategii może przekształcić nasz ból prowadząc do wzrostu, co pomoże nam odbudować nasze życie.

Angażując się w 12-Stopniowy Plan Bezpieczeństwa, osoby w żałobie mogą podjąć działania w celu zaspokojenia swoich potrzeb emocjonalnych, wspierania znaczących więzi i zbudowania strategii utrzymania bezpieczeństwa i dobrego samopoczucia po stracie samobójczej.

Osoby, które doświadczyły samobójstwa osoby bliskiej, a przez to lepiej rozumieją proces żałoby, wspierając innych w potrzebie – zachęcając do samoświadomości, szczerzej rozmowy i szukania wsparcia – mogą być równie skuteczne jak profesjonalści.

Zapamiętaj!

1. Żałoba powinna być przeżywana w bezpiecznym i wspierającym środowisku.
2. Empatyczna postawa względem siebie i skuteczna komunikacja z innymi są kluczowe podczas przeżywania procesu żałoby.
3. Stworzenie sieci sojuszników i systemów wsparcia może wspomóc przeżywanie żałoby.
4. Skupienie się na pozytywnych zachowaniach i wartościach może pomóc w przejściu od szkodliwych do uzdrawiających działań.
5. Spersonalizowany plan bezpieczeństwa jest pomocny w radzeniu sobie z żałobą, bowiem pomaga regulować emocje oraz zmodyfikować myśli i zachowania.

Pytania kontrolne

1. Jaki jest pierwszy krok w interwencji SCARS?

- A. Bezpieczna komunikacja.
- B. Współpraca z sojusznikami.
- C. Rozpoczęcie bezpiecznego przejścia.
- D. Reset (wyzerowanie).

2. Która z poniższych technik jest zalecana podczas żałoby?

- A. Ignorowanie swoich uczuć.
- B. Blokowanie emocji.
- C. Stosowanie relaksacji.
- D. Unikanie grup wsparcia.

3. Na co kładzie się nacisk w kroku „A-Połącz siły ze swoimi sojusznikami”?

- A. Izolowanie się od innych.
- B. Wykorzystywanie nowych umiejętności i wzorów do naśladowania.
- C. Unikanie profesjonalnej pomocy.
- D. Skupianie się wyłącznie na urazach z przeszłości.

4. Jakie jest jedno z zalecanych działań w kroku R-Reset (wyzerowanie)?

- A. Ograniczenie dostępu do pozytywnych emocji.
- B. Powrót do rodziny i przyjaciół.
- C. Unikanie rutynowych czynności.
- D. Odizolowanie się od znajomych środowisk.

5. Jaki jest cel „12-Stopniowego Planu Bezpieczeństwa” w interwencjach SCARS?

- A. Tłumienie emocji.
- B. Zapewnienie ustrukturyzowanego podejścia do radzenia sobie z żałobą i innymi trudnymi sytuacjami.
- C. Skupianie się na obwinianiu innych za stratę.
- D. Unikanie dokumentowania przeżyć związanych z żałobą.

6. Jaki jest cel pierwszego kroku w 12-Stopniowym Planie Bezpieczeństwa?

- A. Rozpoznawanie emocji.
- B. Opis sytuacji utraty.
- C. Tworzenie bezpiecznych przestrzeni.
- D. Poszukiwanie profesjonalnej pomocy.

7. Na czym koncentruje się krok 5. w zakresie 12-Stopniowym Planie Bezpieczeństwa?

- A. Długoterminowa poprawa.
- B. Strategie unikania.
- C. Natychmiastowe rozpraszanie negatywnych myśli.
- D. Znaczące połączenia.

8. Który krok 12-Stopniowego Planu Bezpieczeństwa obejmuje badanie i strategii radzenia sobie stosowanych przez osoby w żałobie?

- A. Krok 2.
- B. Krok 4.
- C. Krok 7.
- D. Krok 9.

9. Na co kładziony jest nacisk w kroku 10 w 12-Stopniowym Planie Bezpieczeństwa?

- A. Tworzenie bezpiecznych przestrzeni.
- B. Poszukiwanie profesjonalnej pomocy.
- C. Unikanie niebezpiecznych miejsc i substancji.
- D. Komunikacja z systemami wsparcia.

10. Dlaczego krok 12. jest kluczowy w 12-Stopniowym Planie Bezpieczeństwa?

- A. Gdyż intensyfikuje emocje.
- B. Gdyż pozwala zrozumieć samobójstwo.
- C. Z powodu wdrożenia strategii unikania.
- D. Gdyż uwzględnia protokoły reagowania kryzysowego – kontakt z 112.

Odpowiedzi

- 1: C. Rozpoczęcie bezpiecznego przejścia.
- 2: C. Stosowanie relaksacji.
- 3: B. Wykorzystywanie nowych umiejętności i wzorów do naśladowania.
- 4: B. Powrót do rodziny i przyjaciół.
- 5: B. Zapewnienie ustrukturyzowanego podejścia do radzenia sobie z żałobą i innymi trudnymi sytuacjami.
- 6: B. Opis sytuacji utraty.
- 7: C. Natychmiastowe rozpraszanie negatywnych myśli.
- 8: B. Krok 4.
- 9: B. Poszukiwanie profesjonalnej pomocy.
- 10: D. Gdyż uwzględnia protokoły reagowania kryzysowego – kontakt z 112.

MODUŁ B

B.01 Efekt domina po samobójstwie – Zrozumienie wpływu samobójstwa na otoczenie

B.02 Wpływ samobójstw na jednostkę, rodzinę, naukę, pracę i społeczność

B.03 Różnice w żałobie po samobójstwie i żałobie po śmierci z innych przyczyn

B.04 Zrozumienie zespołu przedłużonej żałoby i skomplikowanej żałoby

B.05 Radzenie sobie z żałobą po samobójstwie – Przepracowanie problemów pojawiających się na różnych etapach żałoby

B.06 Od traumy do transformacji – Odkrywanie siły pourazowego wzrostu

B.07 Zrozumienie postwencji – Wsparcie i leczenie po tragedii

B.08 Postwencja na świecie – 12 przykładów



B.01

EFEKT DOMINA PO SAMOBÓJSTWIE – ZROZUMIENIE WPŁYWU SAMOBÓJSTWA NA OTOCZENIE

Pytanie wprowadzające

W jaki sposób jedno samobójstwo wykracza poza jednostkę i wpływa na całą społeczność, kształtując doświadczenia innych osób?

Czego się nauczymy?

1. Ewolucja definiowania osób dotkniętych samobójstwem na przestrzeni lat, od początkowego twierdzenia Shneidmana do najnowszych badań empirycznych.
2. Wgląd w różnorodne doświadczenia osób, które przeżyły samobójstwo, podzielone na cztery odrębne grupy:
 - a) narażeni na samobójstwo
 - b) dotknięci samobójstwem
 - c) pogrążeni w żałobie po samobójstwie (krótkoterminowej i długoterminowej)
 - d) Suicide Loss Survivors (osoby, które doświadczyły samobójstwa osoby bliskiej).
3. Od minimalnych problemów do skomplikowanej żałoby.
4. Znaczenie rozpoznawania i zaspokajania potrzeb osób, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej – od natychmiastowej interwencji kryzysowej po bieżące wsparcie i usługi doradcze.

Wprowadzenie

Następstwa samobójstwa sięgają daleko poza jednostkę, dotykając w różny sposób życia wielu osób. Z biegiem lat badania empiryczne rzuciły światło na zakres tego wpływu, podważając wcześniejsze założenia i podkreślając złożone doświadczenia osób, które przeżyły stratę samobójczą. Osoby, które są pośrednio narażone na samobójstwo oraz osoby w żałobie po utracie ukochanej osoby, przeżywają na swój własny sposób żałobę. Zrozumienie różnorodnych doświadczeń osób, które przeżyły samobójstwo, jest niezbędne do zapewnienia im odpowiedniego wsparcia i podjęcia interwencji mającej na celu podniesienia odporności społeczności doświadczonej samobójstwem.

PODZIAŁ NA CZTERY GRUPY

Cerel i in. (2014) opisali czas trwania i wpływ samobójstwa jako kontinuum mierzone odpowiedzią na pytanie: „Myśląc o wpływie samobójstwa tej osoby na Twoje życie, jaka reakcja jest najbliższa Twojemu doświadczeniu?”

ODPOWIEDZI:

- 1 śmierć miała niewielki wpływ na moje życie
- 2 śmierć miała na mnie pewien wpływ, ale nie zakłóciła mojego życia,
- 3 śmierć zakłóciła moje życie na krótki czas,
- 4 śmierć wpłynęła na moje życie w znaczący lub druzgocący sposób, ale już tak tego nie odczuwam,
- 5 śmierć miała na mnie znaczący lub druzgocący wpływ, który nadal odczuwam.

Narażeni na samobójstwo

– osoby, które mają wiedzę na temat samobójstwa jakiejś osoby, ale mogą nie doświadczać bezpośredniego wpływu takiej utraty; grupa obejmuje np. fanów celebrytów, którzy odebrali sobie życie lub osoby, które miały sporadyczny kontakt z osobą, która odebrała sobie życie w swojej społeczności, w miejscu pracy lub szkole. Badania przeprowadzone w społecznościach wykazały, że ponad 40% populacji zgłasza kontakt w ciągu swojego życia z co najmniej jedną osobą, która odebrała sobie życie (Cerel i in., 2013). Działania postwencyjne na poziomie społeczności, takie jak programy edukacyjne i inicjatywy w zakresie zdrowia publicznego, mają na celu zapewnienie wsparcia każdemu, kto był/jest narażony na samobójstwo.

Dotknięci samobójstwem

– osoby, które doświadczają stresu z powodu różnych aspektów samobójstwa, w tym bycia świadkiem samobójstwa, znajomości kogoś, kto zmarł w wyniku samobójstwa lub zmagania się z wyzwaniem zdrowia psychicznego związanym z samobójstwem. Niektóre osoby „dotknięte samobójstwem” mogą być „osobami, które doświadczyły samobójstwa osoby bliskiej”, jednak nie wszystkie osoby, które miały kontakt z osobą, która odebrała sobie życie doświadczają bezpośredniej utraty osoby bliskiej.

Osoby pogrążone w żałobie po samobójstwie (żałoba krótkoterminowa – poniżej 12 miesięcy)

– kategoria ta obejmuje osoby blisko związane ze zmarłym, co ma głęboki wpływ na ich stan emocjonalny i poczucie bezpieczeństwa; obejmuje ona członków rodziny, partnerów, bliskich przyjaciół, współpracowników i terapeutów.

Osoby pogrążone w żałobie po samobójstwie (długotrwała żałoba – ponad 12 miesięcy)

– kategoria ta obejmuje osoby blisko związane ze zmarłym, co ma głęboki wpływ na ich stan emocjonalny i poczucie bezpieczeństwa; obejmuje ona członków rodziny, partnerów, bliskich przyjaciół, współpracowników i terapeutów.

OSOBY, KTÓRE PRZEŻYŁY STRATĘ OSOBY BLISKIEJ W SAMOBÓJSTWIE

Kategorie ‘osoby, które doświadczyły samobójstwa osoby bliskiej’ i ‘osoby pogrążone w żałobie po samobójstwie’ odnoszą się do tej samej grupy osób, które doświadczyły śmierci ukochanej osoby lub kogoś bliskiego w wyniku samobójstwa. Osoby te zmagają się z głębokim żalem, udręką emocjonalną i zmieniającymi życie konsekwencjami, które towarzyszą utracie ukochanej osoby w wyniku samobójstwa.

Sugerowane wsparcie

Natychmiastowa interwencja kryzysowa i wsparcie, takie jak oferowanie kontaktu z osobami pomagającymi osobom w żałobie w środowisku, a także identyfikacja osób zajmujących się terapią i wsparciem osób w kryzysach psychicznych w społeczności, są niezbędne dla tej grupy.

NA ILE OSÓB MOŻE MIEĆ WPŁYW JEDNO SAMOBÓJSTWO?

1973: Chociaż twierdzenie Shneidmana, że na każde samobójstwo przypada sześć osób, które miały kontakt z osobą, która odebrała sobie życie, nie znalazło potwierdzenia w badaniach, utrzymywało się w literaturze na temat zapobiegania samobójstwom przez ponad 40 lat (Andress i Corey, 1978).

1994: Crosby i Sacks (1994) przeprowadzili w Stanach Zjednoczonych pierwsze empiryczne badanie przeżywalności. W reprezentatywnym dla całego kraju badaniu telefonicznym z udziałem 5238 uczestników stwierdzono, że 7% populacji było narażonych na samobójstwo w ciągu ostatniego roku, a 20% straciło bliskiego krewnego. Z przeprowadzonego badania wynika, że na każde samobójstwo przypada więcej niż sześć osób, które doświadczyły utraty osoby bliskiej w wyniku samobójstwa.

1997: Campbell (1997) odkrył, że wśród osób związanych 28 różnymi relacjami ze zmarłym, ci którzy szukali leczenia w grupie wsparcia, w przeważającej większości reprezentowali jakąś formę pokrewieństwa.

2005: Shear i Shair (2005) podkreślili, że dla około 10–20% osób w żałobie doświadczenie intensywnej żałoby wykracza poza typowy okres adaptacyjny, trwający około sześciu miesięcy i znacząco wpływa na ich codzienne funkcjonowanie; jest to konceptualizowane jako skomplikowana żałoba.

2009: Chen i inni (2009) donoszą, że w Japonii na jedno samobójstwo przypada około pięciu pogrążonych w żałobie członków rodziny. W 2006 roku prawie 3 miliony osób straciło osobę bliską (członka rodziny) w wyniku samobójstwa, w tym około 90 tysięcy dzieci straciło jednego z rodziców.

2013: Cerel i in. (2013) stwierdzili, że 40% z 302 osób było narażonych na samobójstwo w ciągu swojego życia, a na 50% badanych zgony samobójcze miały duży wpływ.

2016: Cerel i in. (2016) przeanalizowali 1736 reprezentatywnych ankiet z Kentucky i stwierdzili, że 48% populacji była narażona na samobójstwo przynajmniej raz w życiu.

2017: Feigelman i in. (2017) przeanalizowali 1500 ankiet opartych na 11 pytaniach dodanych do Ogólnego Sondażu Społecznego 2016 (badanie GSS) w reprezentatywnej w skali kraju próbie gospodarstw domowych dorosłej populacji amerykańskiej. Stwierdzili oni, że połowa badanej grupy była narażona na jedno lub więcej samobójstw kogoś, kogo znali w ciągu swojego życia, a jedna trzecia badanych była dotknięta tymi zgonami. Badanie to zasugerowało, że w Stanach Zjednoczonych może być nawet 40 milionów osób dorosłych w żałobie po samobójstwie. Około 10% stanowili krewni pierwszego stopnia (rodzice, dzieci, małżonkowie i rodzeństwo), 40% określiło się jako przyjaciele zmarłego, a pozostałe 50% jako dalecy krewni, współpracownicy, pacjenci czy klienci. 40% badanych straciło swoich bliskich w ciągu ostatnich sześciu lat.

2019: Cerel et al., (2019) opublikowali badanie sugerujące, że na każde samobójstwo przypada około 135 osób w żałobie.

2023: Ustalono, że samobójstwo jednej osoby ma wpływ na grupę co najmniej 60 osób (Zimmerman i in., 2023).

Wnioski

Wpływ samobójstwa wykracza daleko poza jednostkę, kształtując doświadczenia całych społeczności i pozostawiając trwały ślad na tych, którzy pozostali.

Badania problemu pokazują, że działania postwencyjne powinny być nakierowane na rozpoznanie i zaspokojenie potrzeb osób z doświadczeniem utraty osoby bliskiej w wyniku samobójstwa.

Jako społeczeństwo powinniśmy wspierać radzenie sobie w obliczu głębokiej straty, zapewniając kompleksowe wsparcie i interwencję – od natychmiastowej interwencji kryzysowej po usługi doradcze i terapię.

Zapamiętaj!

1. Samobójstwo dotyka dużej grupy osób – od tych bezpośrednio pogrążonych w żałobie po osoby pośrednio narażone na samobójstwo.
2. Każda grupa osób doświadczająca utraty osoby w wyniku samobójstwa przeżywa żałobę, charakteryzującą się różną intensywnością reakcji emocjonalnych.
3. Rozpoznanie i zaspokojenie potrzeb osób, które doświadczyły samobójstwa osoby bliskiej, ma zasadnicze znaczenie dla wspierania procesu radzenia sobie z traumą i zwiększania odporności psychicznej w społeczności.
4. Kompleksowe wsparcie i interwencja, w tym natychmiastowa reakcja kryzysowa i długoterminowe wsparcie, są niezbędne, aby pomóc osobom, które przeżyły samobójstwo, w przepracowaniu uczuć pojawiających się w procesie żałoby.

Bibliografia

- Andress, V. R., & Corey, D. M. (1978). Survivor-victims: who discovers or witnesses suicide?. *Psychological reports*, 42(3 PT 1), 759–764. <https://doi.org/10.2466/pr0.1978.42.3.759>
- Campbell, F. R. (1997). Changing the legacy of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(4), 329–338. <https://psycnet.apa.org/record/1997-38589-001>
- Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis*, 29(1), 38–44. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.29.1.38>
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide & life-threatening behavior*, 49(2), 529–534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>
- Cerel, J., Maple, M., van de Venne, J., Brown, M., Moore, M., & Flaherty, C. (2017). Suicide Exposure in the Population: Perceptions of Impact and Closeness. *Suicide & life-threatening behavior*, 47(6), 696–708. <https://doi.org/10.1111/sltb.12333>
- Cerel, J., McIntosh, J. L., Neimeyer, R. A., Maple, M., & Marshall, D. (2014). The continuum of “survivorship”: Definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(6), 591–600. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/sltb.12093>
- Cerel, J., McIntosh, J. L., Neimeyer, R. A., Maple, M., & Marshall, D. (2014). The continuum of “survivorship”: Definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(6), 591–600. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/sltb.12093>
- Chen, J., Choi, Y.J., Mori, K. et al. Those Who are Left Behind: An Estimate of the Number of Family Members of Suicide Victims in Japan. *Soc Indic Res* 94, 535–544 (2009). <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9448-3>
- Crosby, A. E., & Sacks, J. J. (2002). Exposure to suicide: incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States, 1994. *Suicide & life-threatening behavior*, 32(3), 321–328. <https://doi.org/10.1521/suli.32.3.321.22170>
- Feigelman, W., Gorman, B. S., & Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death studies*, 33(7), 591–608. <https://doi.org/10.1080/07481180902979973>
- Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253–267. <https://doi/abs/10.1002/dev.20091>
- Zimmerman, M. S. (2023). The information seeking behaviors and needs of suicide survivors during bereavement. *Libri*, 73(1), 25–35. <https://doi.org/10.1515/libri-2021-0119>

Pytania kontrolne

1. Według Crosby & Sacks (1994), jaki procent populacji był narażony na samobójstwo w ciągu ostatniego roku?
 - A. 7%
 - B. 10%
 - C. 15%
 - D. 20%.
2. Co Cerel i in. (2013) odkryli w odniesieniu do osób narażonych na samobójstwo w społecznościach?
 - A. Ponad 20% populacji deklaruje, że zna przynajmniej jedną osobę, która zmarła w wyniku samobójstwa.
 - B. Mniej niż 10% populacji zgłasza, że zna kogoś, kto zmarł w wyniku samobójstwa.
 - C. Około 30% populacji zgłasza, że zna kogoś, kto zmarł w wyniku samobójstwa.
 - D. Ponad 40% populacji deklaruje, że zna przynajmniej jedną osobę, która zmarła w wyniku samobójstwa.
3. Kogo Cerel i in. (2014) klasyfikują jako 'osoby, które doświadczyły samobójstwa osoby bliskiej'?
 - A. Osoby, które otrzymały informację o samobójstwie lub posiadają wiedzę na jego temat.
 - B. Osoby, które doświadczają stresu z powodu różnych aspektów samobójstwa.
 - C. Osoby, które doświadczyły bezpośredniego wpływu utraty kogoś w wyniku samobójstwa.
 - D. Osoby, które miały bliskie związki ze zmarłym, co głęboko wpływa na ich bezpieczeństwo emocjonalne.
4. Jak Cerel i in. (2014) klasyfikują osoby 'dotknięte samobójstwem'?
 - A. Osoby, które miały bliskie powiązania ze zmarłym.
 - B. Osoby, które zostały poinformowane o samobójstwie lub posiadają wiedzę na jego temat.
 - C. Osoby, które doświadczają stresu emocjonalnego i/lub wpływu psychologicznego z powodu różnych aspektów samobójstwa.
 - D. Osoby, które doświadczyły bezpośredniego wpływu utraty kogoś w wyniku samobójstwa.
5. Jaki jest główny cel działań postwencyjnych na poziomie społeczności?
 - A. Oferowanie doradców ds. żałoby w środowisku szkolnym po samobójstwie.
 - B. Zapewnienie wsparcia osobom narażonym na samobójstwo poprzez programy edukacyjne i inicjatywy w zakresie zdrowia publicznego.
 - C. Identyfikacja osób, które doświadczają zaburzeń emocjonalnych z powodu samobójstwa.
 - D. Oferowanie natychmiastowej interwencji kryzysowej i usług wsparcia dla osób w żałobie po samobójstwie.
6. W jaki sposób mierzony jest czas trwania żałoby i wpływ samobójstwa?
 - A. Poprzez ocenę nasilenia cierpienia emocjonalnego doświadczanego przez osoby pogrążone w żałobie po samobójstwie.
 - B. Analizując liczbę osób dotkniętych samobójstwem w społecznościach.
 - C. Kategoryzując osoby na grupy w oparciu o ich związek ze zmarłym.
 - D. Pytając osoby o wpływ samobójstwa na ich życie.

Odpowiedzi

- 1: A. 7%.
- 2: D. Ponad 40% populacji deklaruje, że zna przynajmniej jedną osobę, która zmarła w wyniku samobójstwa.
- 3: D. Osoby, które miały bliskie związki ze zmarłym, co głęboko wpływa na ich poczucie bezpieczeństwa
- 4: C. Osoby, które doświadczają stresu z powodu różnych aspektów samobójstwa.
- 5: B. Zapewnienie wsparcia osobom narażonym na samobójstwo poprzez programy edukacyjne i inicjatywy w zakresie zdrowia publicznego.
- 6: D. Pytając osoby o wpływ samobójstwa na ich życie.

B.02

WPŁYW SAMOBÓJSTW NA JEDNOSTKĘ, RODZINĘ, NAUKĘ, PRACĘ I SPOŁECZNOŚĆ

Pytanie wprowadzające

W jaki sposób zrozumienie wieloaspektowego wpływu samobójstwa na jednostki, rodziny, sieci społeczne i społeczności może zainspirować rozwój kompleksowej strategii zapobiegania i interwencji?

Czego się nauczymy?

1. Wpływ na jednostkę

Zbadamy psychologiczne skutki samobójstwa u poszczególnych osób, w tym zwiększoną liczbę czynników ryzyka oraz wyzwań związanych z radzeniem sobie z żałobą i poczuciem winy.

2. Wpływ na rodzinę

Wyjaśnimy, w jaki sposób żałoba po samobójstwie zmienia dynamikę rodziny, wzorce komunikacji i mechanizmy radzenia sobie, wpływając na relacje i sprzyjając poczuciu wstydu i izolacji.

3. Wpływ na sieci społeczne i społeczności

Odkryjemy wpływ samobójstwa na sieci społeczne, w tym zmiany w relacjach, wycofanie społeczne, lęk, dyskomfort i wspólne doświadczenia rówieśników.

4. Obciążenia ekonomiczne społeczności

Poznamy koszty ekonomiczne związane z samobójstwami i próbami samobójczymi, obejmujące wydatki na opiekę zdrowotną, utratę produktywności oraz obciążenia finansowe dla rodzin i społeczności.

Wprowadzenie

Na całym świecie samobójstwa stanowią 1,4% przedwczesnych zgonów (Bachman i in., 2018). Każdego roku na całym świecie dochodzi do około 164 000 samobójstw osób poniżej 25 roku życia (Andriessen i in., 2017). Samobójstwo pozostawia niezatarte ślady na rodzinach, małych grupach i dużych społecznościach – od głębokiego psychologicznego wpływu na osoby w żałobie po obciążenia ekonomiczne ponoszone przez społeczności. Zrozumienie wieloaspektowego wpływu samobójstwa na otoczenie ma zasadnicze znaczenie dla skutecznych działań prewencyjnych, interwencyjnych i postwencyjnych.

W tym rozdziale zagłębimy się w skomplikowaną wielopoziomową naturę konsekwencji samobójstw, wywierających szkodliwy wpływ na jednostki, rodziny i społeczności ze względu na wpływ na zdrowie psychiczne, a także zjawiska społeczne (w tym bezrobocie, ubóstwo), funkcjonowanie rodziny i relacje interpersonalne. Konsekwencje społeczne samobójstw wymagają zaangażowania całych społeczności w działania zapobiegawcze. Podatność genetyczna, czynniki biologiczne, psychologiczne, rodzinne, społeczne i kulturowe, a także media mogą przyczyniać się do szkodliwego wpływu samobójstw na otoczenie (Hawton i in., 2012).

I. WPŁYW NA JEDNOSTKĘ

Osoby narażone na samobójstwo są zagrożone zwiększonym ryzykiem zaburzeń psychicznych np. PTSD, upośledzone funkcjonowanie społeczne oraz na zachowania samobójcze zakończone i niezakończone zgonem (Andriessen i in., 2017).

W porównaniu z całą populacją osoby w żałobie po samobójstwie są bardziej narażone na zachowania samobójcze i problemy związane ze zdrowiem psychicznym, takie jak depresja, lęk, zespół stresu pourazowego (PTSD) i nadużywanie substancji psychoaktywnych (Erlangsen i in., 2017). Żałoba po samobójstwie jest czynnikiem ryzyka skomplikowanej żałoby (Bellini i in., 2018).

Ryzyko samobójstwa i prób samobójczych wykracza poza grupę osób spokrewnionych genetycznie i obejmuje osoby niebędące krewnymi, takie jak małżonkowie i przyjaciele, co wskazuje, że skutki psychologiczne (środotwiskowe) mogą przenikać wiele kręgów społecznych związanych z osobą, która odebrała sobie życie (Azorina i in., 2019).

Poczucie winy może służyć jako ewidentny wskaźnik żałoby, ponieważ koreluje z innymi trudnościami związanymi z żałobą i problemami ze zdrowiem psychicznym. Wsparcie rówieśnicze odgrywa istotną rolę w zapobieganiu szkodli-

wym skutkiem poczucia winy, które może się objawiać na każdym etapie żałoby, pomagając jednostkom w uniknięciu potencjalnej negatywnej spirali niekorzystnych skutków samobójstwa (Feigelman & Cerel, 2020).

II. WPŁYW NA RODZINĘ

Przekazywanie zachowań samobójczych w rodzinach z pokolenia na pokolenie wydaje się być niezależne od obecności choroby psychicznej, przy czym przekazywanie skłonności do zachowań agresywnych jest istotnym czynnikiem ryzyka. Obserwacja ta koreluje z ustaleniami łączącymi zmiany w funkcji serotoninerгіcznej u osób zarówno z impulsywnymi zachowaniami agresywnymi, jak i zachowaniami samobójczymi. Warto zauważyć, że ryzyko zachowań samobójczych u jednego bliźniaka jednojajowego jest czterokrotnie większe, jeśli drugi bliźniak zmarł w wyniku samobójstwa, a ryzyko samobójstwa u krewnych pierwszego stopnia ofiar samobójstw wzrasta nawet czterokrotnie.

Badania przeprowadzone przez McMenamy'ego, Jordana i Mitchella (2008) wykazały, że 64% osób, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej, miało trudności z dzieleniem się swoją żałobą z członkami rodziny, podczas gdy 61% miało trudności z podzieleniem się nią z kimkolwiek, co sprzyjało utrzymywaniu przyczyny zgonu w tajemnicy, obwinianiu siebie i innych osób, prowokując konflikty, prowadzące często do załamania się systemu naturalnego wsparcia rodziny.

Żałoba po samobójstwie zmienia dynamikę funkcjonowania rodziny i komunikację, często prowadząc do poczucia wstydu, winy i wzajemnego obwiniania, a także kryzysów wiary (Hunt i in., 2015). Niezgoda w rodzinie często jest czynnikiem poprzedzającym samobójstwo, co dodatkowo zwiększa ryzyko obwiniania się członków rodziny (Hawton i in., 2012).

Osoby w żałobie po samobójstwie, często czują się osądzane i oceniane przez innych lub mają trudności z otwartym wyrażaniem żałoby. Ta dynamika może objawiać się jako presja społeczna, aby szybko „ruszyć dalej” i „zapomnieć” o żałobie, albo też jako dyskomfort związany z ekspresją emocjonalną, przyczyniający się do izolacji i frustracji wśród osób w żałobie (Azorina i in., 2019). Oto przykład:

Myślę, że moi przyjaciele spodziewali się, że będę płakać i płakać... ale ja po prostu tak się nie czułam... istnieje wymóg kulturowy do rozmawiania na ten temat, ale ja nie czułam, że jest o czym rozmawiać”. (Azorina i in., 2019).

Inny przykład:

Po śmierci mojego partnera byłam traktowana inaczej, ponieważ moja rodzina nie chciała, żebym o tym mówiła... Teraz zdaję sobie sprawę, że nie mogłam i nie będę mogła znów rozmawiać o tym z rodziną (Azorina i in., 2019).

Członkowie rodzin, które tragedia powinna zjednoczyć, mogą paradoksalnie doświadczać zmniejszonego wsparcia i zwiększonego dystansu z powodu dysfunkcyjnej komunikacji interpersonalnej. Urazy dotyczące więzi między zmarłym a poszczególnymi członkami rodziny, a także między pozostałymi przy życiu członkami rodziny, mogą zaostrzać konflikty i nadwyręzać więzi rodzinne (Hunt i in., 2015). Różne strategie radzenia sobie w rodzinach mogą prowadzić do osądów i konfliktów, dodatkowo komplikując proces żałoby.

Wszyscy zdawali się radzić sobie ze śmiercią inaczej... to może być powód, że nie jesteśmy blisko, nie poradziliśmy sobie z tym ciosem jako rodzina (Hunt et al., 2015).

Poczucie bezwartościowości i izolacji wśród pogrążonych w żałobie członków rodziny może objawiać się jako myśli samobójcze, które mogą być też napędzane pragnieniem ponownego połączenia się ze zmarłym lub/i ucieczką od cierpienia.

Pogrążeni w żałobie rodzice często zmagają się z poczuciem winy, przekonani, że mogli zapobiec śmierci swojego dziecka. Takie uczucia silnie korelują z trudnościami związanymi z żałobą i problemami ze zdrowiem psychicznym, w tym ze skomplikowaną żałobą (CG) i depresją (Feigelman i Cerel, 2020).

Osoby w żałobie mogą zmagać się z pytaniami „co by było, gdyby”, co sprzyja wzmocnieniu wstydu i poczucia winy. Wstyd pojawia się w relacjach i wymaga interwencji relacyjnych. Interwencje postwencyjne oferują możliwość skonfrontowania się z problematycznymi uczuciami i podzielenia się swoimi doświadczeniami, wspierając akceptację i zdrowienie poprzez wspólne zrozumienie problemu. Bezpieczne przestrzenie sprzyjające otwartej ekspresji żałoby, tworzone przez osoby z uprzednim doświadczeniem żałoby, mogą znacznie wspomóc proces radzenia sobie z żałobą, zmniejszając uczucie samotności i poczucie braku zrozumienia (Hunt i in., 2015).

III. WPŁYW NA GRUPY SPOŁECZNE

Osoby pogrążone w żałobie po samobójstwie częściej zgłaszają problemy w funkcjonowaniu społecznym niż osoby pogrążone w żałobie po innych nienaturalnych zgonach; opisują stan otrzymywania mniejszego wsparcia od rodziny i przyjaciół niż osoby pogrążone w żałobie z innych przyczyn, a także wskazują na opóźnienie w otrzymaniu wsparcia.

Wpływ samobójstwa na relacje, czy to w rodzinach, miejscach pracy, czy innych kręgach społecznych, jest głęboki. Osoby pogrążone w żałobie po samobójstwie często zmagają się z poczuciem winy, wstydem i lękiem przed oceną ze strony innych i zwykle się obwiniają, co może prowadzić do unikania interakcji społecznych, miejsc, w których mogą potencjalnie napotkać negatywne oceny, oraz powstrzymują się od działań związanych z bolesnymi wspomnieniami lub traumą, takich jak otwarte omawianie swoich emocji. Istnieje również obawa przed spotkaniem z innymi osobami, które mogą odczuwać gniew i próbować przypisać innym osobom winę – prowadzi to do niechęci angażowania się w rozmowy na temat samobójstwa, co jest naturalną reakcją obronną.

Osoby pogrążone w żałobie mogą odczuwać złość i starając się nie ranić innych całkowicie unikają wszelkich rozmów i kontaktów społecznych, choć otwarcie się na przebaczenie i praktykowanie umiejętności komunikacyjnych może zmniejszyć ryzyko traumy, umożliwić wspierający dialog i w rezultacie wzmocnić relacje międzyludzkie.

Pytania – *jak zmieniły się Twoje relacje z partnerem lub potencjalnymi partnerami od czasu żałoby i jak zmieniły się Twoje relacje w najbliższej rodzinie (rodzice, rodzeństwo, dzieci) od czasu straty* – badają głębokość zmian relacyjnych.

Podobnie pytania dotyczące relacji z członkami dalszej rodziny, bliskimi przyjaciółmi, kolegami z klasy, współpracownikami i przełożonymi rzucają światło na szeroki wpływ samobójstwa na więzi społeczne i sieci wsparcia (Azorina i in., 2019).

Cztery główne zmiany w relacjach

Żałoba po samobójstwie według Azoriny i współpracowników (2019) prowadzi do czterech głównych zmian w relacjach:

1. lęk przed dalszymi stratami i nadopiekuńczość
2. dyskomfort społeczny
3. wycofanie społeczne
4. wspólne przeżywanie żałoby.

1. Lęk przed dalszymi stratami i nadopiekuńczość

Lęk przed kolejnymi samobójstwami może skutkować świadomą postawą uważności i byciem nadopiekuńczym w stosunku do innych, przede wszystkim bliskiej rodziny i partnerów.

O wiele bardziej boję się, że ci, których kocham (partnerzy lub potencjalni partnerzy) umrą lub mnie opuszczą... – młoda kobieta, która straciła partnera w wyniku samobójstwa.

Jednak inni w tej samej sytuacji mogą próbować zachować dystans, aby chronić się przed porzuceniem przez bliskich i przyjaciół.

2. Społeczny dyskomfort z powodu śmierci

Relacje stają się często bardziej napięte z powodu dyskomfortu innych osób odczuwanego w związku z samobójstwem. Niezręczność pojawiająca się w rozmowach wydaje się zmniejszać poczucie przynależności respondentów do sieci społecznych.

Dyskomfort w rozmowie o samobójstwie pojawia się również dlatego, że temat może się wydawać zbyt bolesny i/lub zbyt trudny, aby o nim rozmawiać, i to zarówno dla osoby w żałobie, jak i dla innych.

Może pojawić się presja społeczna, aby jak najszybciej się „uporać” z problemem, albo też zażenowanie z powodu wylewności i potrzeby rozmowy u niektórych osób w żałobie, oraz dezaprobata i frustracja żałobników z powodu nieokazywania przez innych „wystarczających” emocji.

My (moja najbliższa rodzina) po prostu nigdy o tym nie rozmawialiśmy. Taka tajemnica Poliszynela – wszyscy wiedzą, ale nikt o tym nie mówi (ang. obecność słonia w pokoju) ... – młoda kobieta, której wujek zmarł w wyniku samobójstwa.

3. Wycofanie społeczne i potrzeba kontaktu

Tymczasowe wycofanie społeczne może być adaptacyjnym mechanizmem radzenia sobie z żałobą. Jednak niektórzy mogą postrzegać tymczasowe wycofanie się jako utratę poczucia samokontroli i własnej wartości, rozczarowanie reakcjami innych lub poczucie bycia ciężarem dla innych.

- Często czuję, że jestem ciężarem dla moich przyjaciół, jeśli daję upust swojemu smutkowi.
- Nie mogę o tym rozmawiać z najbliższą rodziną, ponieważ ich to denerwuje, a ja nie chcę ich denerwować.
- Chcę być blisko przyjaciół, ale oni mnie odpychają.
- Mam tendencję do wycofywania się z relacji z innymi przez większość czasu, jednocześnie odczuwając potrzebę bycia blisko nich.

4. Wspólne przeżywanie żałoby (potrzeba bliskości lub też jej unikanie i unikanie osób w żałobie)

→ *Przyciągają mnie (ludzie), którzy stracili kogoś w wyniku samobójstwa. Czuję się tak, jakbym mogła ich wyłowić w tłumie. Mogę z nimi rozmawiać o wszystkim w moim życiu, a oni natychmiast stają się przyjaciółmi i powiernikami.*

→ *...Było mi trudniej rozmawiać z tymi, którzy byli bezpośrednio dotknięci żałobą, i dlatego starałem się ich unikać.*

Źródło: Azorina i in. (2019)

IV. OBCIĄŻENIA EKONOMICZNE SPOŁECZNOŚCI

Badania wskazują, że ekonomiczne konsekwencje samobójstw i prób samobójczych są znaczące, obejmują bowiem nie tylko bezpośrednie wydatki medyczne, ale i zmniejszoną produktywność i inne pośrednie obciążenia finansowe; przy czym szacunki różnią się znacznie w zależności od kraju.

W Stanach Zjednoczonych badania przeprowadzone przez Shepard i in. (2015) wykazały, że koszty związane z samobójstwami i próbami samobójczymi wyniosły w 2013 roku 58,4 mld USD, a wynikały głównie z utraczonej produktywności; przy uwzględnieniu w analizie niedostatecznej sprawozdawczości sumę tę należy zwiększyć aż do 93,5 mld USD, co daje 298 USD na jednego mieszkańca kraju. Inwestowanie w profilaktykę i zapewnienie ciągłości opieki nad osobami z historią prób samobójczych bez skutku śmiertelnego może zatem przynieść znaczne korzyści ekonomiczne, zwłaszcza że stosunek korzyści do kosztów wynosi 6 do 1 – tracimy sześciokrotnie więcej w przeliczeniu na ewentualne nakłady.

Podobnie badacze australijscy – Kinchin i in. (2017) – stwierdzili, że wpływ ekonomiczny zachowań samobójczych i związanych z nimi zachowań w miejscu pracy w 2014 roku przyniósł straty w wysokości 6,73 miliarda dolarów. Zaproponowali oni wdrożenie uniwersalnej strategii prewencyjnej w miejscu pracy, która przyniosłaby pozytywny zwrot finansowy, ponieważ korzyści znacznie przewyższą koszty.

Samobójstwa wśród młodzieży stanowią znaczące obciążenie ekonomiczne budżetu Australii; roczne straty związane z samobójstwami oszacowano na 22 miliardy dolarów rocznie, obejmując one różne koszty bezpośrednie i pośrednie (Kinchin i in., 2018).

W Finlandii badacze Sollin i in. (2022) obliczyli koszty związane z samobójstwami, wskazując na kwoty od 309 020 EUR do 456 279 EUR; koszty wynikają nie tylko z utraty produktywności po samobójstwie, ale także wydatki związane z pogrążonymi w żałobie członkami rodziny. Zrozumienie problemu i wskazanie kosztów generowanych przez samobójstwa pomaga świadomie inwestować zasoby w programy profilaktyczne, skuteczne strategie interwencyjne i postwencyjne.

Badacze Kennedy i in. (2007) oszacowali całkowity koszt samobójstw w Irlandii w 2001 roku na ponad 906 milionów euro i 835 milionów euro rok później, za każdym razem są to wydatki w wysokości prawie 1% produktu krajowego brutto.

Straty przypisywane samobójstwom w UE-28 w 2015 roku wyniosły 9,07 miliarda euro. Pośredni koszt samobójstw w Polsce badacze szacują na równowartość 694,5 milionów euro w 2012 roku (Orlewska, K & Orlewska, E, 2018), a w 2015 roku 810,0 milionów euro (Łyszczarz, 2021). Pośredni koszt jednego samobójstwa dla całej populacji UE-28 wyniósł 231 088 euro; straty te stanowiły obciążenie ekonomiczne równe 0,061% PKB UE-28 (dla Polski 182 743 euro (ok. 782 266 PLN) i 0,106% PKB) (Łyszczarz i wsp., 2021).

W Japonii badacze Chen i in. (2009) podkreślają potrzebę oceny opłacalności programów zapobiegania samobójstwom w odniesieniu do tych obciążeń finansowych.

Wnioski

Wpływ samobójstwa wykracza daleko poza utratę życia jednostki, ponieważ przenika rodziny, relacje społeczne i całe społeczeństwo. Zrozumienie skutków samobójstw, w tym wymiernych strat finansowych, ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia odpowiedniego finansowania profilaktyki i kompleksowego wsparcia po takich tragediach.

Należy zauważyć wzajemne powiązania skomplikowanych skutków samobójstwa: od blizn psychicznych ponoszonych przez osoby w żałobie po obciążenia ekonomiczne całego społeczeństwa. Wprowadzenie kompleksowych strategii badań naukowych, programów edukacyjnych dedykowanych dla całego społeczeństwa oraz zaimplementowanie wyników badań nad samobójstwami w celu zapobiegania przyszłym tragediom oraz skuteczne programy wsparcia osób dotkniętych samobójstwem powinny być naturalnym efektem zauważenia ponoszonych kosztów ekonomicznych i potencjalnych zysków podjętych aktywności profilaktycznych.

Zapamiętaj!

1. Wpływ na osoby fizyczne:

1. Cierpienie emocjonalne

Osoby w żałobie często doświadczają intensywnego żalu, poczucia winy, złości i niepokoju.

2. Zdrowie psychiczne

Zwiększone ryzyko zaburzeń depresyjnych, lękowych i zespołu stresu pourazowego.

3. Zdrowie fizyczne

Związane ze stresem problemy ze zdrowiem fizycznym, takie jak bóle głowy, nadciśnienie czy osłabienie układu odpornościowego.

4. Holistyczne zrozumienie

Wpływ samobójstwa obejmuje sferę psychologiczną, społeczną i ekonomiczną, co wymaga holistycznego podejścia do problemu.

2. Wpływ na rodziny:

1. Żałoba

Rodziny po samobójstwie zmagają się z długimi okresami żałoby i przystosowania.

2. Relacje

Obciążenie relacji i zmiana dynamiki funkcjonowania rodziny z powodu żałoby.

3. Obciążenie finansowe

Potencjalne obciążenie finansowe związane z kosztami pogrzebu i utratą dochodów.

4. Odporność rodziny

Żałoba po samobójstwie zmienia komunikację w rodzinie, stąd ogromne znaczenie zaangażowania w szczyry dialog i tworzenie sieci wsparcia.

3. Wpływ na grupy społeczne:

1. Wsparcie rówieśnicze

Przyjaciele i grupy społeczne zmagają się ze żałobą, wspierając się nawzajem.

2. Piętno i izolacja

Grupy dotknięte żałobą – np. dana klasa w szkole – mogą czuć się napiętnowane lub izolowane z powodu społecznego postrzegania samobójstw.

3. Zbiorowa trauma

Wspólne poczucie straty może wpływać na wewnętrzną spójność grupy i wzajemne zrozumienie własnych potrzeb.

4. Ryzyko zarażenia

Zwiększone ryzyko naśladowania zachowań samobójczych.

4. Wpływ na edukację:

1. Środowisko szkolne

Zakłócenia w życiu społeczności szkolnej, mające wpływ na uczniów, nauczycieli i pracowników.

2. Wyniki w nauce

Spadek wyników w nauce wśród uczniów/ studentów w żałobie.

3. Potrzeba wsparcia

Zwiększone zapotrzebowanie na doradztwo szkolne i wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego.

5. Wpływ na zatrudnienie:

1. Atmosfera w miejscu pracy

Zmiana dynamiki i spadek morale po samobójstwie współpracownika.

2. Produktowność

Zmniejszona produktywność i zwiększona absencja wśród pracowników w żałobie.

3. Obowiązki pracodawcy

Pracodawcy powinni starać się zapewnić wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego.

4. Sieci wsparcia społecznego

Kluczowa rola sieci społecznych w łagodzeniu stygmatyzacji i izolacji po samobójstwie; wspieranie empatii i budowanie odporności w grupie.

6. Wpływ na społeczność:

1. Spójność społeczności

Samobójstwo wpływa negatywnie na poczucie wspólnoty i zbiorowego dobrobytu.

2. Zdrowie publiczne

Nacisk na zasoby zdrowia psychicznego i strategie zapobiegania samobójstwom.

3. Usługi socjalne

Zapotrzebowanie na usługi socjalne w celu wsparcia osób i rodzin w żałobie.

4. Względy ekonomiczne

Uświadomienie znaczących obciążeń finansowych związanych z samobójstwami w celu zwiększenia inwestycji na postwencję, interwencję i prewencję zachowań samobójczych.

Bibliografia

- Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., & Mitchell, P. B. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of psychiatric research*, 88, 113–120.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.017>
- Azorina, V., Morant, N., Nesse, H., Stevenson, F., Osborn, D., King, M., & Pitman, A. (2019). The Perceived Impact of Suicide Bereavement on Specific Interpersonal Relationships: A Qualitative Study of Survey Data. *International journal of environmental research and public health*, 16(10), 1801.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16101801>
- Bachman, R., & Schutt, R. K. (2018). The practice of research in criminology and criminal justice (6th ed.). Sage Publications.
- Bellini, S., Erbuto, D., Andriessen, K., Milelli, M., Innamorati, M., Lester, D., Sampogna, G., Fiorillo, A., & Pompili, M. (2018). Depression, Hopelessness, and Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Frontiers in psychology*, 9, 198.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00198>
- Doran, C. M., & Kinchin, I. (2020). Economic and epidemiological impact of youth suicide in countries with the highest human development index. *PloS one*, 15(5), e0232940.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232940>
- Erlangsen, A., Runeson, B., Bolton, J. M., Wilcox, H. C., Forman, J. L., Krogh, J., ... & Conwell, Y. (2017). Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes: A longitudinal and nationwide register-based study. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 456–464.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0226>
- Feigelman, W., & Cerel, J. (2020). Feelings of Blameworthiness and Their Associations With the Grieving Process in Suicide Mourning. *Frontiers in psychology*, 11, 610.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00610>
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064–2074.
<https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Hunt, Q. A., & Hertlein, K. M. (2015). Conceptualizing suicide bereavement from an attachment lens. *American Journal of Family Therapy*, 43(1), 16–27.
<https://doi.org/10.1080/01926187.2014.975651>
- Kinchin, I., & Doran, C. M. (2017). The Economic Cost of Suicide and Non-Fatal Suicide Behavior in the Australian Workforce and the Potential Impact of a Workplace Suicide Prevention Strategy. *International journal of environmental research and public health*, 14(4), 347.
<https://doi.org/10.3390/ijerph14040347>
- Kinchin, I., Doran, C. M., & Meurk, C. (2018). The cost of youth suicide in Australia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 672.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15040672>
- McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(4), 375–389.
<https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.4.375>
- Łyszczarz B. (2021). Production losses attributable to suicide deaths in European Union. *BMC public health*, 21(1), 950.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-11010-5>
- Orlewska, K., & Orlewska, E. (2018). Burden of suicide in Poland in 2012: how could it be measured and how big is it?. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 19(3), 409–417.
<https://doi.org/10.1007/s10198-017-0892-8>
- Sedlak, S., Jelenc, M., & Sambt, J. (2023). Alarming issue of suicides and their indirect costs in Slovenia. *European Journal of Public Health*, 33(Supplement_2), ckad160–1681.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.1681>
- Shepard, D. S., Gurewicz, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., Jr., & Silverman, M. M. (2015). Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(3), 352–362.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12225>
- Solin, P., Tamminen, N., Seppänen, A., & Partonen, T. (2022). Calculation of costs related to death by suicide in Finland. *Social Sciences*, 11(10), 468.
<https://doi.org/10.3390/socsci11100468>

Pytania kontrolne

- 1. Jak żałoba po samobójstwie wpływa na jednostki w porównaniu z populacją ogólną, wg Erlangsen i in. (2017)?**
 - A. Zmniejsza ryzyko wyzwań związanych ze zdrowiem psychicznym.
 - B. Zmniejsza ryzyko wystąpienia problemów ze zdrowiem fizycznym.
 - C. Zmniejsza prawdopodobieństwo zachowań samobójczych.
 - D. Zwiększa ryzyko stresu pourazowego (PTSD), depresji i zachowań samobójczych.
- 2. W jaki sposób Azorina i in. (2019) sugerują, że psychologiczne skutki samobójstwa mogą wykraczać poza osoby spokrewnione?**
 - A. Za pośrednictwem sieci społecznościowych, w tym znajomych i współpracowników.
 - B. Poprzez fizyczne komplikacje zdrowotne.
 - C. Poprzez politykę i regulacje rządowe.
 - D. Poprzez instytucje i praktyki religijne.
- 3. Zgodnie z wynikami badań, jaki jest związek między rodzinnym przekazywaniem zachowań samobójczych a chorobami psychicznymi?**
 - A. Jest to ściśle związane z chorobą psychiczną, która jest głównym czynnikiem determinującym samobójstwa.
 - B. Jest on niezależny od chorób psychicznych, a istotną rolę odgrywa w nim przenoszenie tendencji do zachowań agresywnych.
 - C. Nie istnieje żaden taki związek.
 - D. Ten związek jest niepewny, pojawiają się sprzeczne dowody z różnych badań.
- 4. Jak żałoba po samobójstwie wpływa na dynamikę rodziny i komunikację?**
 - A. Sprzyja otwartej komunikacji i wzmacnia więzi rodzinne.
 - B. Prowadzi do zwiększenia zaufania i zrozumienia między członkami rodziny.
 - C. Często skutkuje wstydem, poczuciem winy i obwinianiem, powodując upośledzenie komunikacji.
 - D. Nie ma zauważalnego wpływu na relacje rodzinne.
- 5. Jaki procent osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej, według McMenamy'ego, Jordana i Mitchella (2008), zgłosiło trudności w dzieleniu się uczuciami związanymi z żałobą z członkami rodziny?**
 - A. 50%
 - B. 61%
 - C. 75%
 - D. 90%.
- 6. Jakie emocje są powszechnie doświadczane przez żałobników po samobójstwie, które często prowadzą do myśli samobójczych?**
 - A. Poczucie szczęścia.
 - B. Poczucie wdzięczności.
 - C. Poczucie winy i wstydu.
 - D. Zadowolenie.
- 7. Jak osoby pogrążone w żałobie po samobójstwie reagują na poczucie winy, wstyd i strach przed obwinianiem?**
 - A. Szukają interakcji społecznych, aby stawić czoła tym emocjom.
 - B. Unikają sytuacji, w których mogliby zostać obwiniani lub zmuszeni do rozmowy o swoich emocjach.
 - C. Angażują się w rozmowy o samobójstwie, aby złagodzić poczucie winy.
 - D. Konfrontują się z innymi, którzy wyrażają złość lub przypisują im winę.

8. Jaka jest potencjalna konsekwencja unikania rozmów na temat samobójstwa?

- A. Zwiększa otwartość i zrozumienie wśród członków rodziny.
- B. Zmniejsza ryzyko traumy i wzmacnia relacje.
- C. Utrzymuje poczucie winy i wstydu wśród osób w żałobie.
- D. Chroni przed konfrontacją z innymi.

9. Jakie podejście może złagodzić wpływ samobójstwa na relacje?

- A. Unikanie rozmów na temat wydarzenia, aby zapobiec budzeniu emocji.
- B. Praktykowanie przebaczenia i doskonalenie umiejętności komunikacyjnych.
- C. Przypisywanie winy innym jako sposób radzenia sobie z osobistym poczuciem winy.
- D. Dążenie do izolacji w celu ochrony przed potencjalnymi konfrontacjami.

10. Jaki jest główny czynnik przyczyniający się do ekonomicznych kosztów samobójstw w Stanach Zjednoczonych według Shepard i in. (2015)?

- A. Bezpośrednie wydatki medyczne.
- B. Utrata produktywności.
- C. Wybiórczo zgłaszane przypadki.
- D. Ciągłość usług opieki.

11. W którym kraju oszacowano ekonomiczny wpływ samobójstw i zachowań samobójczych nieprowadzących do śmierci w miejscu pracy, wskazując na pozytywny zwrot inwestycji na profilaktykę samobójstw?

- A. Australia
- B. Finlandia
- C. Irlandia
- D. Słowenia.

12. Jaka jest wg Kinchin i in. (2018) szacunkowa roczna strata ekonomiczna przypisywana efektom samobójstw wśród młodzieży w Australii?

- A. 55,4 mld USD
- B. 6,73 mld USD
- C. 2 miliardy USD
- D. 309,020 USD.

Odpowiedzi

- 1: D. Zwiększa ryzyko stresu pourazowego (PTSD), depresji i zachowań samobójczych.
- 2: A. Za pośrednictwem sieci społecznościowych, w tym znajomych i współpracowników.
- 3: B. Jest on niezależny od chorób psychicznych, a istotną rolę odgrywa w nim przenoszenie tendencji do zachowań agresywnych.
- 4: C. Często skutkuje wstydem, poczuciem winy i obwinianiem, powodując upośledzenie komunikacji.
- 5: B. 61%.
- 6: C. Poczucie winy i wstydu.
- 7: B. Unikają sytuacji, w których mogliby zostać obwiniani lub zmuszeni do rozmowy o swoich emocjach.
- 8: C. Utrzymuje poczucie winy i wstydu wśród osób w żałobie.
- 9: B. Praktykowanie przebaczenia i doskonalenie umiejętności komunikacyjnych.
- 10: C. Utrata produktywności.
- 11: A. Australia.
- 12: B. 6,73 mld USD.

B.03

RÓŻNICE MIĘDZY ŻAŁOBĄ PO SAMOBÓJSTWIE A ŻAŁOBĄ PO ZGONIE Z INNEJ PRZYCZYNY

Pytanie wprowadzające

Czy żałoba po samobójstwie różni się od żałoby po śmierci z innej przyczyny niż samobójstwo?

Czego się nauczymy?

1. Intensywne emocje

Osoby w żałobie po samobójstwie doświadczają w sposób o wiele bardziej intensywny poczucia winy, wstydu, napiętnowania, złości i opuszczenia.

2. Poszukiwanie odpowiedzi

Samobójstwo stawia tych, którzy go doświadczili w sytuacji uporczywego poszukiwania wyjaśnień oraz prób zrozumienia przyczyn i sensu samobójstwa.

3. Unikatowe reakcje w czasie żałoby

Poznanie różnych reakcji osób przeżywających żałobę, pojawiające się wśród tych, którzy doświadczili samobójstwa osoby bliskiej, wskazuje na zwiększone poczucie odrzucenia i odpowiedzialności.

4. Rodzicielskie wzorce żałoby

Poznanie wzorców żałoby rodziców, którzy stracili dziecko w wyniku samobójstwa, wskazuje na zwiększone poczucie wstydu.

5. Długoterminowy wpływ

Poznanie długoterminowych skutków psychologicznych u osób, które doświadczły samobójstwa, wskazuje na zwiększone ryzyko depresji, myśli samobójczych i trudności w przystosowaniu społecznym.

6. Piętno i wstyd

Wszechobecne poczucie stygmatyzacji i wstydu w żałobie po samobójstwie może wymagać specjalistycznej pomocy.

7. Wpływ relacji ze zmarłym

Wpływ niższego poziomu pozytywnych relacji ze zmarłym na zdolność do doświadczania pourazowego wzrostu.

Wprowadzenie

Żałoba po samobójstwie stanowi większe wyzwanie niż żałoba związana z innymi przyczynami zgonów, co pod-

kreślili Sveen i in. (2008) w swoim pionierskim badaniu porównującym reakcje osób, które doświadczły samobójstwa z osobami, które doświadczły zgonu osoby bliskiej z innej przyczyny. Chociaż nie zaobserwowano żadnych istotnych różnic dotyczących ogólnego stanu zdrowia psychicznego, objawów depresji, zespołu stresu pourazowego (PTSD), poziomu lęku lub tendencji samobójczych podczas porównywania osób, które doświadczły samobójstwa z innymi grupami pogrążonymi w żałobie, badanie konkretnych czynników związanych z żałobą ujawniło wyraźne różnice. Badanie złożonego obrazu reakcji w czasie żałoby wykazało odrębne wzorce wśród osób pogrążonych w żałobie po samobójstwie, odróżniające je od innych żałobników.

DZIEWIĘĆ KLUCZOWYCH RÓŻNIC

Kluczowe różnice między żałobą po samobójstwie a żałobą po zgonie z innych przyczyn obejmują:

1. Osoby w żałobie po samobójstwie zwykle zmagają się z większym poczuciem wstydu, napiętnowania, winy i nieadekwatności; mogą również doświadczać zwiększonego gniewu i poczucia opuszczenia z powodu doświadczanej niezdolności do zapobieżenia samobójstwu lub udzielenia skutecznej pomocy (Sveen i in., 2008).

2. Poszukiwanie odpowiedzi na temat okoliczności i przyczyn samobójstwa jest powszechnym tematem wśród osób w żałobie, ponieważ jest sposobem na utrzymanie silnej więzi i wspomnień o zmarłym (Sveen i in., 2008).

3. W porównaniu z innymi grupami żałobników osoby w żałobie po samobójstwie częściej doświadczają odrzucenia, poczucia odpowiedzialności za śmierć i nietypowych reakcji emocjonalnych; wykazują większą intensywność emocji związanych z żałobą, zwiększony

poziom wstydu postrzeganego jako piętno (Bailey i in., 1999).

4. Rodzice, którzy stracili dziecko w wyniku samobójstwa, często doświadczają odmiennych wzorców żałoby, charakteryzujących się zwiększonym poczuciem wstydu i zwiększoną liczbą negatywnych wydarzeń życiowych po śmierci dziecka w porównaniu z rodzicami, którzy stracili dziecko w wyniku wypadku; ponadto żałoba rodzicielska po samobójstwie dziecka występuje częściej w rodzinach dysfunkcyjnych (Séguin i in., 1995).

5. W grupie osób w żałobie po samobójstwie obserwuje się wyższe wskaźniki depresji w ciągu całego życia, myśli samobójcze, obwinianie się oraz upośledzone funkcjonowanie społeczne w porównaniu z osobami, które doświadczyły żałoby w wyniku wypadku, zabójstwa lub z przyczyn naturalnych (Tal i in., 2017).

6. Rodzaj żałoby (samobójstwo vs. nagła śmierć) znacząco wpływa na poczucie odrzucenia, reakcje somatyczne, stygmatyzację, poczucie odpowiedzialności i wstydu (Kölves i in., 2019).

7. Piętno, wstyd i poczucie odrzucenia są powszechnymi tematami w żałobie po samobójstwie, co sugeruje potrzebę specjalistycznego podejścia do poradnictwa przeznaczonego dla osób doświadczających tego rodzaju straty (Harwood i in., 2002).

8. Osoby z żałobą po samobójstwie często zgłaszają niższy poziom pozytywnych relacji ze zmarłym w porównaniu z innymi grupami, co może tłumaczyć ich obniżoną zdolność do doświadczania pourazowego wzrostu. Intensywny żal i zaabsorbowanie zmarłym mogą utrudniać pozytywną transformację osobistą, szczególnie wśród osób w żałobie po samobójstwie bliskiej osoby (Levi-Belz, 2017).

9. Przystosowanie się do życia po samobójstwie osoby bliskiej trwa zazwyczaj dłużej, ponieważ emocje są bardziej złożone i trudniejsze do przepracowania. Wynika to z tego, że samobójstwo często wydaje się bardziej niezrozumiałe w porównaniu do zgonu z przyczyn naturalnych, co może wywoływać wewnętrzny konflikt i poczucie niepewności. Wyższy poziom zrozumienia wiąże się ze zmniejszoną tendencją do poszukiwania wyjaśnień i zaabsorbowania samobójstwem; czynniki te nie korelują jednak bezpośrednio z innymi doświadczeniami żałoby (Wojtkowiak i in., 2012).

Wnioski

Żałoba po samobójstwie znacznie różni się od żałoby związanej ze zgonami z innych przyczyn; charakteryzuje się zwiększonym poczuciem wstydu, winy i ciągłym poszukiwaniem odpowiedzi.

Dostosowanie wsparcia do potrzeb osób w żałobie jest niezbędne, szczególnie dla rodziców w żałobie po utracie dziecka w wyniku samobójstwa, ponieważ doświadczają oni odmiennych wzorców żałoby.

Zapamiętaj!

1. Bardziej intensywne emocje

Osoby w żałobie po samobójstwie często doświadczają silnego wstydu, napiętnowania, poczucia winy, gniewu i porzucenia.

2. Poszukiwanie odpowiedzi

Poszukiwanie wyjaśnień przyczyny samobójstwa wydaje się podtrzymywać więź żałobników ze zmarłym.

3. Unikatowe reakcje w żałobie

W porównaniu z innymi rodzajami żałoby, osoby w żałobie po samobójstwie zgłaszają silniejsze poczucie odrzucenia, poczucie nadodpowiedzialności i przejawiają intensywniejsze reakcje w żałobie.

4. Żałoba rodzicielska

Rodzice, którzy stracili dziecko w wyniku samobójstwa, doświadczają wyjątkowych wzorców żałoby, w tym zwiększonego wstydu i większej ilości negatywnych wydarzeń życiowych po śmierci dziecka.

5. Skutki długoterminowe

U osób w żałobie po samobójstwie obserwuje się wyższe wskaźniki depresji, myśli samobójczych, poczucie winy i problemy z dostosowaniem społecznym.

6. Piętno i wstyd

Stygmatyzacja, wstyd i odrzucenie są powszechne w żałobie po samobójstwie i wymagają specjalistycznego doradztwa.

7. Wpływ relacji ze zmarłym

Niższy poziom pozytywnych relacji ze zmarłym utrudnia potraumatyczny wzrost.

Bibliografia

- Bailey, S. E., Kral, M. J., & Dunham, K. (1999). Survivors of suicide do grieve differently: empirical support for a common sense proposition. *Suicide & life-threatening behavior*, 29(3), 256–271.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *Journal of affective disorders*, 72(2), 185–194.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00462-1](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00462-1)
- Kölves, K., Zhao, Q., Ross, V., Hawgood, J., Spence, S. H., & de Leo, D. (2019). Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: An analysis of grief reactions six-months after death. *Journal of affective disorders*, 243, 96–102.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.018>
- Kölves, K., Ross, V., Hawgood, J., Spence, S. H., & De Leo, D. (2017). The impact of a student's suicide: Teachers' perspectives. *Journal of affective disorders*, 207, 276–281.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.058>
- Levi-Belz Y. (2015). Stress-Related Growth among Suicide Survivors: The Role of Interpersonal and Cognitive Factors. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 19(3), 305–320.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2014.957452>
- Séguin, M., Lesage, A., & Kiely, M. C. (1995). Parental bereavement after suicide and accident: a comparative study. *Suicide & life-threatening behavior*, 25(4), 489–492.
- Sveen, C. A., & Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide & life-threatening behavior*, 38(1), 13–29.
<https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.13>
- Tal, I., Mauro, C., Reynolds, C. F., 3rd, Shear, M. K., Simon, N., Lebowitz, B., Skritskaya, N., Wang, Y., Qiu, X., Iglewicz, A., Glorioso, D., Avanzino, J., Wetherell, J. L., Karp, J. F., Robinaugh, D., & Zisook, S. (2017). Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death studies*, 41(5), 267–275.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1265028>
- Wojtkowiak, J., Wild, V., & Egger, J. (2012). Grief experiences and expectance of suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 42(1), 56–66.
<https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00070.x>

Pytania kontrolne

1. Według badań cytowanych w tekście, co odróżnia żałobę po samobójstwie od żałoby po zgonie z innych przyczyn?

- A. Nie stwierdzono znaczących różnic w reakcjach pomiędzy osobami w żałobie po samobójstwie a innymi grupami żałobników.
- B. Osoby w żałobie po samobójstwie często doświadczają wzmożonego poczucia wstydu, napiętnowania, winy i nieadekwatności.
- C. Osoby w żałobie po samobójstwie zgłaszają mniej doświadczeń odrzucenia i odpowiedzialności w porównaniu z innymi grupami pogrążonymi w żałobie.
- D. Poszukiwanie odpowiedzi na temat okoliczności śmierci jest mniej powszechne wśród osób w żałobie po samobójstwie.

2. Czym różnią się rodzice, którzy stracili dziecko w wyniku samobójstwa, od rodziców, którzy stracili dziecko w wyniku wypadku?

- A. Rodzice ofiar samobójstw doświadczają mniej negatywnych wydarzeń życiowych po śmierci w porównaniu z rodzicami ofiar wypadków.
- B. Zwiększone poczucie wstydu i więcej negatywnych wydarzeń życiowych po śmierci charakteryzują wzorce żałoby wśród rodziców ofiar samobójstw.
- C. Żałoba rodzicielska po samobójstwie jest częściej żałobą przedłużoną w porównaniu z żałobą po wypadkach.
- D. Nie ma znaczących różnic we wzorcach żałoby między rodzicami, którzy stracili dziecko w wyniku samobójstwa, a tymi, którzy stracili dziecko w wyniku wypadku.

3. Jaki jest wspólny temat wśród osób w żałobie po samobójstwie, jak wspomniano w tekście?

- A. Brak zainteresowania zrozumieniem przyczyn samobójstwa.
- B. Zwiększony poziom pozytywnych relacji ze zmarłym.
- C. Zwiększone poczucie odrzucenia i odpowiedzialności.
- D. Poszukiwanie odpowiedzi dotyczących okoliczności i przyczyn samobójstwa.

4. Które stwierdzenie dokładnie odzwierciedla wpływ rodzaju żałoby na doświadczenia związane z żałobą?

- A. Reakcje somatyczne są bardziej powszechne u osób z żałobą po wypadku niż u osób z żałobą po samobójstwie.
- B. Poczucie odrzucenia jest większe u osób z żałobą po zabójstwie w porównaniu do osób z żałobą po samobójstwie.
- C. Rodzaj żałoby – czy to po samobójstwie, czy w wyniku nagłej śmierci – nie wpływa na poczucie odpowiedzialności.
- D. Stygmatyzacja, wstyd i poczucie odrzucenia są powszechnymi tematami w żałobie po samobójstwie.

5. Co wpływa na skłonność osób z żałobą po samobójstwie do szukania wyjaśnień przyczyn śmierci?

- A. Wyższy poziom zrozumienia i wiedzy na temat samobójstw.
- B. Słabsze więzi ze zmarłym.
- C. Intensywny żal i tęsknota za zmarłym.
- D. Zwiększony poziom ogólnych reakcji żalu.

6. Jak jest jedno ze znaczących wyzwań stojących przed osobami z żałobą po samobójstwie w porównaniu z innymi grupami pogrążonych w żałobie?

- A. Niższy poziom reakcji emocjonalnych w żałobie.
- B. Zmniejszona tendencja do szukania wyjaśnień śmierci.
- C. Zwiększone poczucie wstydu, napiętnowania i winy.
- D. Wyższe wskaźniki wzrostu pourazowego.

Odpowiedzi

- 1: B. Osoby w żałobie po samobójstwie często doświadczają zwiększonego poczucia wstydu, napiętnowania, winy i nieadekwatności.
- 2: B. Zwiększone poczucie wstydu i więcej negatywnych wydarzeń życiowych charakteryzują wzorce żałoby wśród rodziców ofiar samobójstw.
- 3: D. Poszukiwanie odpowiedzi dotyczących okoliczności i przyczyn samobójstwa.
- 4: D. Stygmatyzacja, wstyd i poczucie odrzucenia są powszechnymi tematami w żałobie po samobójstwie.
- 5: A. Wyższy poziom zrozumienia i wiedzy na temat samobójstw.
- 6: C. Zwiększone poczucie wstydu, napiętnowania i winy.

B.04

ZROZUMIENIE ZESPOŁU PRZEDŁUŻONEJ ŻAŁOBY I SKOMPLIKOWANEJ ŻAŁOBY

Pytanie wprowadzające

W jaki sposób zrozumienie skomplikowanej żałoby i zespołu przewlekłej żałoby może pomóc osobom w żałobie?

Czego się nauczymy?

1. Zespół przewlekłej żałoby

Poznamy przedłużoną, skomplikowaną lub patologiczną żałobę oraz zespół przewlekłej żałoby (ZPŻ) i kluczowe różnice między nimi.

2. Czynniki ryzyka i kryteria diagnostyczne

Poznamy czynniki przyczyniające się do zespołu przewlekłej żałoby, w tym czynniki ryzyka, kryteria diagnostyczne i sposób klasyfikowania żałoby w warunkach klinicznych.

3. Podstawy neurobiologiczne

Zagłębimy się w neurobiologię zespołu przewlekłej żałoby; poznamy, w jaki sposób fizjologia i struktury mózgu przyczyniają się do doświadczenia żałoby.

4. Podejścia terapeutyczne

Odkryjemy interwencje terapeutyczne – od terapii ekspozycyjnej po integracyjne leczenie poznawczo-behawioralne, które dają nadzieję osobom z zespołem przewlekłej żałoby.

Wprowadzenie

Żałoba po stracie ukochanej osoby może przybierać różne formy. Skomplikowana żałoba i zespół przewlekłej żałoby stanowią poważne wyzwania dla osób, które starają się poradzić sobie ze stratą. W tym rozdziale zagłębimy się w złożoność emocjonalną, psychologiczną i neurobiologiczną procesu żałoby, próbując zrozumieć zespół przewlekłej żałoby.

SKOMPLIKOWANA ŻAŁOBA

Traumatyczna, patologiczna, przedłużona i skomplikowana żałoba (SŻ) to terminologia używana do opisu stanu, w którym osoby pogrążone w żałobie mają trudności z przystosowaniem się lub zaakceptowaniem swojej straty, co prowadzi do problematycznego, spowolnionego lub zatrzymanego procesu żałoby.

U 7-10% osób pogrążonych w żałobie wynikającej z utra-

ty bliskiej osoby w wyniku samobójstwa żałoba przechodzi w ciężki, przewlekły stan niepełnosprawności (Prigerson i in., 2009; Eisma i in., 2018).

Metaanaliza koncentrująca się na żałobie po nienaturalnych stratach, w tym po samobójstwach, wykazała, że prawie 50% dorosłych w żałobie doświadczyło zespołu przewlekłej żałoby (Djelantik i in., 2020). Istnieją czynniki zwiększające podatność jednostki na rozwój zespołu przewlekłej żałoby (ZPŻ), obejmują one płeć, ponieważ kobiety wykazują większą skłonność do przewlekłej żałoby i paradoksalne połączenie głębokich przekonań religijnych z niezadowoleniem z tych przekonań. Ponadto, głęboka więź emocjonalna ze zmarłym, nieoczekiwany charakter straty, osobista historia chorób psychicznych, występowanie zaburzeń psychicznych w rodzinie, intymny związek z ofiarą i obecność stresujących wydarzeń życiowych przyczyniają się do zwiększonego ryzyka doświadczenia zespołu przewlekłej żałoby (Schaal i in., 2014; Melhem i in., 2004).

W grupie osób doświadczających skomplikowanej żałoby (SŻ) po samobójstwie obserwuje się wyższe wskaźniki depresji w ciągu życia, występowanie myśli samobójczych, obwinianie się oraz problemy w pracy i w dostosowaniu społecznym (Tal i in., 2017).

Skomplikowana żałoba (SŻ) jest istotnie statystycznie związana z 9,68 razy większym prawdopodobieństwem wystąpienia myśli samobójczych, nawet przy uwzględnieniu depresji. Badacze przedmiotu podkreślają zwiększoną podatność na myśli samobójcze u osób ze skomplikowaną żałobą, co wymaga od klinicystów przeprowadzenia dokładnej oceny ryzyka samobójczego (Mitchell i in., 2005). Co więcej, wśród osób w skomplikowanej żałobie występuje 6,58 razy wyższe ryzyko samobójcze we wcześniejszym okresie i 11,30 razy wyższe ryzyko w późniejszym okresie. Ryzyko skomplikowanej żałoby zwiększają czynniki takie jak płeć, duże zaburzenie depresyjne (ang. Major Depressive Disorder; MDD), zespół stresu pourazowego (ang. Post-traumatic Stress Disorder; PTSD) i brak wsparcia społecznego (Latham i in., 2004).

Skomplikowana żałoba jest uznawana za odrębne zaburzenie psychiczne z ustalonymi kryteriami diagnostycznymi; włączone do Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych (wydanie piąte – DSM-V) jako zespół przedłużonej żałoby; uwzględnione także w jedenastej redakcji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11).

PORÓWNANIE KRYTERIÓW ICD-11 I DSM-5-TR DLA ZESPOŁU PRZEDŁUŻONEJ ŻAŁOBY

6B42 Zespół przedłużonej żałoby (ZPŻ) (ang. *Prolonged Grief Disorder – PGD*) – ICD-11

A. Żałoba po śmierci partnera, rodzica, dziecka lub innej bliskiej osoby.

B. Co najmniej jeden z następujących objawów: uporczywa i wszechobecna tęsknota za zmarłym; uporczywe i wszechobecne zaabsorbowanie zmarłym.

Co najmniej jeden objaw intensywnego bólu emocjonalnego: smutek; poczucie winy; złość; zaprzeczanie; obwinianie; trudności w zaakceptowaniu śmierci; poczucie utraty części siebie; niezdolność do odczuwania pozytywnego nastroju; odrętwienie emocjonalne; trudności w angażowaniu się w działania społeczne lub inne.

C. Znaczne upośledzenie funkcjonowania osobistego, rodzinnego, społecznego, edukacyjnego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach.

D. Upośledzenie trwające co najmniej ponad sześć miesięcy po utracie, wyraźnie przekraczające oczekiwane normy społeczne, kulturowe lub religijne dla kultury i sytuacji danej osoby (Linde i in., 2017, Maciejewski i in., 2016).

Kryteria zespołu przedłużonej żałoby (DSM-5-TR)

A. Śmierć osoby bliskiej nastąpiła co najmniej 12 miesięcy wcześniej (w przypadku dzieci i młodzieży, co najmniej sześć miesięcy).

B. Od momentu śmierci nastąpił rozwój uporczywej reakcji żałoby, która charakteryzuje się jednym lub obydwoma z następujących objawów, obecnych przez większość dni w klinicznie znaczącym stopniu, tzn. objawy te występują prawie codziennie przez co najmniej ostatni miesiąc: intensywna tęsknota za zmarłą osobą i zaabsorbowanie myślami lub wspomnieniami o zmarłej osobie (u dzieci i młodzieży zaabsorbowanie może się koncentrować na okolicznościach śmierci).

C. Od czasu zgonu co najmniej 3 z poniższych objawów występowały przez większość dni w stopniu istotnym klinicznie; ponadto objawy te występowały prawie codziennie przez co najmniej ostatni miesiąc:

1. zaburzenie tożsamości (np. poczucie, że część siebie umarła) od czasu śmierci
2. wyraźne poczucie niedowierzania w związku ze śmiercią
3. unikanie przypomnień (ang. reminders), że dana osoba nie żyje (u dzieci i nastolatków może się charakteryzować próbami uniknięcia przypomnień)
4. intensywny ból emocjonalny (np. złość, rozgoryczenie, smutek) związany ze śmiercią
5. trudności z ponowną integracją w relacjach i działaniach po śmierci (np. problemy z angażowaniem się w relacje z przyjaciółmi, realizowaniem zainteresowań lub planowaniem przyszłości)
6. odrętwienie emocjonalne (brak lub wyraźne zmniejszenie doznań emocjonalnych)
7. poczucie, że życie nie ma sensu
8. nasiloną samotność będącą wynikiem śmierci.

D. Zaburzenie to powoduje klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach.

E. Czas trwania i nasilenie reakcji żałoby wyraźnie przekracza oczekiwane normy społeczne, kulturowe lub religijne dla kultury i sytuacji danej osoby.

F. Objawy nie pozwalają się wyjaśnić zaburzeniami depresyjnymi, stresem pourazowym lub innymi zaburzeniami psychicznymi, ani nie można ich przypisać fizjologicznym skutkom substancji (np. leków, alkoholu) lub innego problemu medycznego (DSM-5-TR).

Diagnoza kliniczna objawów zespołu przedłużonej żałoby (ZPŻ) jest poparta dowodami wskazującymi, że opisane objawy skuteczniej reagują na interwencje związane z żałobą niż na inne podejścia, takie jak te skoncentrowane na depresji (Shear i in., 2014).

Osoby spełniające kryteria zespołu przedłużonej żałoby (ZPŻ) mają podwyższone ryzyko zarówno obecnego, jak i przyszłego dużego zaburzenia depresyjnego, zespołu stresu pourazowego (PTSD) i uogólnionego zaburzenia lękowego (ang. generalised anxiety disorder; GAD)) (Prigerson i in., 2008; Stroebe i in., 2007).

Nasilenie objawów zespołu przedłużonej żałoby znacząco koreluje z myślami samobójczymi, a także często współwystępuje z ciężką depresją i objawami zespołu stresu pourazowego (Rings i in., 2014).

Ustalono, że objawy zespołu przedłużonej żałoby różnią się od objawów depresji, lęku i zespołu stresu pourazowego (Prigerson i in., 2008).

Diagnoza różnicowa z ostrą żałobą, depresją i zespołem stresu pourazowego

Ostra żałoba po stracie osoby bliskiej, zwłaszcza w sytuacji silnego przywiązania, jest uważana za normalny proces i nie powinna być traktowana jako patologiczna.

Początkowe reakcje po stracie zwykle wiążą się z intensywnymi emocjami. Niektóre typowe oznaki żałoby pokrywają się z długotrwałym zaburzeniem żałoby, w tym uczucie szoku lub niedowierzania, tęsknota, fale smutku lub inne intensywne emocje, poczucie odłączenia od innych oraz chęć oderwania się od ról lub obowiązków.

Różnice między zespołem przedłużonej żałoby (ZPŻ) a depresją: Co odróżnia zespół przedłużonej żałoby od depresji?

1. Odróżnienie zespołu przedłużonej żałoby od depresji wymaga przeanalizowania kilku kryteriów (Szuhany i in., 2021):

2. Ocena koncentruje się na tym, czy myśli i emocje krążą wokół zmarłego (przedłużona żałoba), czy też są bardziej ogólne i mniej związane z samą stratą (depresja). W przypadku zespołu przedłużonej żałoby obniżony nastrój (dysforia) jest związany z rozstaniem z bliską osobą spowodowanym zgonem, podczas gdy depresja wiąże się z utrzymującą się i wszechobecną dysforią, często połączoną z pesymistycznym rozmyślaniem i poczuciem beznadziejności.

3. Depresja zazwyczaj wiąże się ze zmniejszonym zainteresowaniem lub zdolnością do cieszenia się codziennymi czynnościami. W przeciwieństwie do tego, zespół przedłużonej żałoby pociągga za sobą uporczywe zaabsorbowanie zmarłym, któremu często towarzyszy intensywna tęsknota i poszukiwanie doznań zmysłowych, które się łączą ze zmarłym.

4. Podczas gdy depresja często się objawia jako globalne poczucie winy i bezwartościowości, w zespole przedłużonej żałoby poczucie winy wynika z określonych działań lub zaniechań w stosunku do zmarłego i charakteryzuje się myśleniem kontrfaktycznym, takim jak „Gdybym tylko zrobił coś inaczej”.

5. Osoby z depresją mają tendencję do angażowania się w ogólne zachowania związane z unikaniem i wycofaniem społecznym, podczas gdy osoby z zespołem przedłużonej żałoby często unikają określonych miejsc, rzeczy i działań przypominających im o stracie.

6. Myśli samobójcze w depresji mogą być związane z zakończeniem nieznośnej sytuacji lub uwolnieniem się od postrzeganego obciążenia. Natomiast w zespole przedłużonej żałoby myśli samobójcze często się wiążą z pragnieniem ponownego połączenia się ze zmarłym.

7. Wyraźne objawy, takie jak znacząca utrata masy ciała, spowolnienie psychoruchowe i trudności w podejmowaniu decyzji są powszechne w depresji, ale nie występują w zespole przedłużonej żałoby..

Różnice między zespołem przedłużonej żałoby (ZPŻ) a zespołem stresu pourazowego (PTSD).

Co odróżnia zespół przedłużonej żałoby od zespołu stresu pourazowego?

Oto cztery podstawowe różnice między ZPŻ a PTSD (Szuhany i in., 2021):

1. W zespole stresu pourazowego dominuje lęk, natomiast tęsknota i smutek są bardziej powszechne w zespole przedłużonej żałoby.

2. W PTSD natrętne myśli koncentrują się wokół traumatycznego wydarzenia, natomiast w zespole przedłużonej żałoby skupiają się na okolicznościach śmierci; może się to jednak pokrywać w przypadku gwałtownej lub przypadkowej śmierci.

3. Zachowania związane z unikaniem w PTSD koncentrują się głównie na obawach o bezpieczeństwo lub zmniejszaniu potencjalnych zagrożeń, podczas gdy w zespole przedłużonej żałoby unikanie dotyczy bolesnych przypomnień o stracie i jej nieodwracalności.

4. PTSD charakteryzuje nadmierne pobudzenie i nadmierna czujność, w zespole przedłużonej żałoby występują problemy z ponownym zaangażowaniem się w życie bez zmarłego (np. poczucie bezsensu, pragnienie dołączenia do zmarłego lub samotność).

Istnieją również wspólne cechy zespołu stresu pourazowego (PTSD) i zespołu przedłużonej żałoby (ZPŻ), są to natrętne myśli lub obrazy śmierci, unikanie kontaktu z innymi osobami i odrętwienie emocjonalne; oba stany mogą także prowadzić do zaburzeń snu.

NEUROBIOLOGIA ZESPOŁU PRZEDŁUŻONEJ ŻAŁOBY

Zespół przedłużonej żałoby (ZPŻ) może wynikać z wcześniej istniejących cech indywidualnych obecnych w momencie śmierci osoby bliskiej, które odgrywają kluczową rolę w regulacji emocji.

Utrata więzi może skutkować tym, że skomplikowana żałoba charakteryzuje się względną niezdolnością do oderwania się od intensywnego smutku i tęsknoty wywołanych samobójstwem.

Żałoba wywołuje uogólnioną reakcję fizjologiczną znaną jako reakcja stresowa «walcz lub uciekaj», obejmującą układ sercowo-naczyniowy (np. częstość akcji serca, katecholaminy) i oś podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA) (np. hormon uwalniający kortykotropinę - CRH, kortyzol). Badania nad żałobą wykazały wzrost poziomu katecholamin i kortyzolu we wczesnych stadiach żałoby - ta wczesna reakcja stresowa w żałobie jest podobna do reakcji na inne stresujące wydarzenia życiowe (O'Connor i in., 2008). Katecholaminy są miarą stresu (O'Neill, 2019), które ciało migdałowate (ang. amygdala) integruje z konsolidacją pamięci i przypominaniem poprzez połączenia z kompleksem hipokampa (ang. hippocampal complex) i korą przedczołową (ang. prefrontal cortex) (Roosendaal i in., 2009). Wyższe poziomy adrenaliny oznaczają bardziej nasilone objawy ZPŻ po terapii, niezależnie od rodzaju interwencji.

Fizjologiczna żałoba obejmuje struktury podkorowe i korowe, takie jak jądro półleżące (ang. nucleus accumbens; NAc), ciało migdałowate (ang. amygdala; AMY), mózdek (ang. cerebellum; CBL), kora oczodołowo-czołowa (ang. orbitofrontal cortex; OFC), połączenie skroniowo-ciemieniowe (ang. temporoparietal junction; TPJ), przyśrodkowa i tylna kora zakrętu obręczy (medial, and posterior cingulate cortex; mPCC). Podczas fizjologicznej żałoby aktywacja jądra półleżącego (NAc) jest początkowo wysoka w odpowiedzi na sygnały przypominające zmarłego, ale z czasem maleje.

Zespół przedłużonej żałoby (ZPŻ) wykazuje odmienny wzorec aktywności w ciele migdałowatym (AMY) i korze oczodołowo-czołowej (OFC), prawdopodobnie inną aktywność w tylnej korze zakrętu obręczy (ang. posterior cingulate cortex; PCC), rostralnej lub subgenualnej przedniej korze zakrętu obręczy (ang. rostral or subgenual anterior cingulate cortex; rACC, sgACC) i zwojach podstawy mózgu (basal ganglia), w tym jądrze półleżącym (NAc), oraz możliwą zróżnicowaną aktywność w obszarze wyspy (ang. insula; INS) (Kakarala i in., 2020).

W badaniu emocji Stroopa osoby doświadczające skomplikowanej żałoby (SZ) z natrętnymi myślami i zachowaniami unikającymi podczas ekspozycji na słowa związane z żałobą wykazują zmniejszoną łączność między ciałem migdałowatym (AMY) a obszarami regulującymi emocje, takimi jak rostralna przednia kora zakrętu obręczy/grzbietowo-boczna kora przedczołowa (rACC/DLPFC) (Freed i in., 2009). Obserwowana jest zahamowana zdolność do oderwania się od bodźców istotnych emocjonalnie i tendencyjność uwagi, o czym świadczą opóźnione czasy reakcji w testach ze słowami związanymi ze stratą i porównanie osób ze skomplikowaną żałobą z osobami przeżywającymi nieskomplikowaną żałobą i grupą kontrolną bez żałoby; dowodzi to, że skomplikowana żałoba jest odrębną jednostką psychopatologiczną (O'Connor i Arizmendi, 2014).

Przetrwanie ludzkości zależy od zdolności do tworzenia więzi z innymi. Układy fizjologiczne zaangażowane w specyficzną dla więzi reakcję na stres obejmują układ dopaminowy, opioidowy i oksytocynowy. Utrata osoby i więzi z nią może prowadzić do zmian we wszystkich tych układach. Aktywacja układu nagrody jest związana z łagodzeniem odczuć bólowych poprzez uwalnianie endorfin (Younger i in., 2010). Receptory dopaminergiczne, oksytocynergiczne i opioidowe można znaleźć w jądrze półleżącym (NAc) - głównym elemencie układu nagrody. Oksytocyna jest związana z zaufaniem i tworzeniem więzi; opioidy utrwalają pozytywne doświadczenie kontaktu społecznego; a dopamina motywuje do nawiązywania kontaktów społecznych (O'Connor 2012).

Skomplikowana żałoba wiąże się z dysfunkcyjną aktywnością oksytocynergiczną i utrzymującą się hiperaktywacją jądra półleżącego (NAc). Mechanizm ten wpływa na zmniejszenie poczucia więzi z osobą zmarłą w początkowym okresie żałoby i prowadzi do poszukiwania nowych relacji/więzi interpersonalnych podczas późniejszej fazy żałoby (Bottemanne i in., 2024). Zmiany w aktywności oksytocyny podczas żałoby mogą się przyczyniać do tłumienia lęku podczas stresu psychospołecznego, zwiększonego zaufania do członków grupy „wewnętrznej” (osoby bliskie, rodzina), zwiększonej agresji wobec członków grupy „zewnętrznej” (spoza rodziny), zwiększonego cierpienia i samotności oraz zwiększonego ryzyka obwiniania i atakowania innych. Wsparcie rówieśnicze na wczesnym etapie po stracie samobójczej może pomóc w normalizacji zmian w aktywności oksytocyny i zmniejszyć ryzyko skomplikowanej żałoby.

Zgodnie z mózgową teorią opioidową przywiązania społecznego (ang. the brain opioid theory of social attachment), opioidy, a konkretnie układ receptorów

μ-opioidowych (MOR), stanowi neurochemiczną podstawę satysfakcjonujących i przyjemnych doznań pochodzących z więzi społecznych (Inagaki i in., 2016). Ten neurobiologiczny mechanizm jest szczególnie wyraźny w relacjach z silną więzią emocjonalną. Teoria sugeruje, że układ opioidowy odgrywa kluczową rolę w głęboko satysfakcjonujących doświadczeniach związanych ze znaczącymi interakcjami społecznymi i utrzymywaniem bliskich więzi interpersonalnych (Panksepp i in., 1978). Utrata więzi lub separacja społeczna skutkuje zmniejszoną aktywnością opioidów i zwiększoną reaktywnością na stresory społeczne, co prowadzi do odczucia zwiększonego bólu w konfrontacji z czynnikami związanymi z utratą obiektu przywiązania. Współaktywacja jądra półkuli przedniej (NAC) z obszarami związanymi z bólem (grzbietowa przednia kora zakrętu obręczy (dACC), wyspa (INS) i okółowodociągowa istota szara (ang. periaqueductal grey (PAG)) sugeruje, że „pragnienie” kontaktu z osobą zmarłą może być doświadczane podobnie jak uzależnienie.

Osoby pogrążone w żałobie mogą się powstrzymywać i unikać angażowania się w czynności związane z uczuciem przyjemności, które wcześniej wykonywały razem z osobą bliską, aby uniknąć intensywnego smutku i tęsknoty, co może skutkować tendencją do izolowania się, brakiem aktywności i wycofaniem.

W dopaminowym układzie nagrody wzrost dopaminy w jądrze półkuli przedniej (NAC) wywołany bodźcami takimi jak zdjęcie zmarłego może wywoływać zarówno przyjemne uczucia, jak i ból związany ze stratą i tęsknotą związaną z aktywacją w obszarach związanych z bólem (grzbietowa przednia kora zakrętu obręczy (dACC), wyspa (INS) i okółowodociągowa istota szara (PAG) (O'Connor i in., 2008).

Podejścia terapeutyczne w przypadku zaburzeń związanych z przedłużającą się żałobą (PGD)

Obecnie jeszcze nie udokumentowano protokołu leczenia psychofarmakologicznego ukierunkowanego konkretnie na zespół przedłużonej żałoby, jednak niektóre leki, takie jak Citalopram, wykazały skuteczność w zmniejszaniu współistniejących objawów depresji (Bryant i in., 2017).

Terapia ekspozycyjna zintegrowana z terapią poznawczo-behawioralną (CBT) jest skuteczniejsza (niż sama CBT) i może doprowadzić do zmniejszenia objawów zespołu przedłużonej żałoby, a korzystne efekty utrzymują się do dwóch lat po zakończeniu leczenia (Rosner i in., 2015). Terapeuci są zatem zachęceni do włączenia

jakieś formy ekspozycji – np. wspomnienia śmierci – w celu optymalizacji wyników leczenia pacjentów z zespołem przedłużonej żałoby (ZPŻ).

Integracyjna terapia poznawczo-behawioralna (PG-CBT) wykazała krótko- i długoterminową skuteczność (Trembl i in., 2021). Opisane kompleksowe podejście łączy techniki poznawczo-behawioralne dostosowane specjalnie do objawów zespołu przedłużonej żałoby, oferując obiecujące wyniki pacjentom poszukującym ulgi w cierpieniu związanym z żałobą.

Internetowa poznawczo-behawioralna terapia żałoby (ICBGT) stanowi skuteczną alternatywę dla tradycyjnych interwencji stacjonarnych; pięciodniowy program przeznaczony dla osób w żałobie po samobójstwie obejmuje dziesięć zadań pisemnych podzielonych na trzy fazy: konfrontację z samym sobą, restrukturyzację poznawczą i dzielenie się doświadczeniami społecznymi. Badania wskazują, że terapia ICBGT znacząco zmniejsza objawy zespołu przedłużonej żałoby, typowe reakcje żałoby po samobójstwie i objawy depresyjne (Berardelli i in., 2020, Włochy).

Cotygodniowe spotkania w ramach programu grupowego, prowadzonego przez wyszkolonych psychologów i dostosowane do potrzeb osób w żałobie po samobójstwie, są pozytywnie przyjmowane przez uczestników. Stosując podejście psychoedukacyjne, programy te mają na celu zapewnienie wsparcia, normalizację reakcji żałoby i pomoc w zaakceptowaniu straty. Wspierając interakcje między uczestnikami, programy te pomagają osobom w powrocie do codziennych zajęć i oferują szersze spojrzenie na problem samobójstwa bliskiej osoby (Hagström i in., 2020).

Innowacyjną propozycją są sztuki teatralne, przedstawiające zaburzoną komunikację rodzinną, tzw. „pakt milczenia”, poszukiwanie odpowiedzi, narażenie dziecka, próby zrozumienia problemów psychologicznych rodzica, nadużywanie substancji odurzających lub samobójstwa, które negatywnie wpłynęło na rodzinę; mają one służyć przede wszystkim przeciwdziałaniu stygmatyzacji związanej z żałobą po samobójstwie. Sztuki tego typu realizują jednocześnie kilka celów – służą wyrażeniu emocji i zaakceptowaniu ich, pomagają symbolicznie pożegnać się ze zmarłym lub przeszłością, ostatecznie kierując uwagę na obecne życie i przyszłe przedsięwzięcia; może to ułatwić osobom w żałobie po samobójstwie przepracowanie emocji, umożliwić spojrzenie na samobójstwo z szerszej perspektywy i przyczynić się do ogólnego poprawienia zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia; odwzorowując doświadczenia osób

pogrążonych w żałobie sztuka proponuje nową narrację i zmianę znaczeń związanych ze stratą samobójczą (Hagström i in., 2020).

Wnioski

Dla niektórych żałoba staje się długotrwałą walką, która wpływa na każdy aspekt życia, dlatego należy zauważyć wyjątkowe wyzwania związane ze skomplikowaną żałobą, aby otworzyć drogi do skutecznego wsparcia, zdrowienia i wypracowania odporności. Pomoc w znalezieniu ukojenia i sensu przynoszą nie tylko interwencje terapeutyczne oparte na naukowych dowodach, ale i innowacyjne podejście, takie jak wykorzystanie sztuk teatralnych dających nadzieję zmagającym się z głęboką stratą.

Zapamiętaj!

1. Rozpoznawanie złożoności Skomplikowana żałoba i zespół żałoby przedłużonej stanowią odrębne wyzwania, wymagające dostosowanych interwencji i systemów wsparcia.

2. Holistyczne „uzdrawianie”

Zrozumienie neurobiologicznych podstaw żałoby rozszerza nasz zestaw narzędzi terapeutycznych, umożliwiając holistyczne podejście do zagadnienia.

3. Społeczność i więzi

Programy grupowe i kreatywne formy ekspresji, takie jak sztuka teatralna, zapewniają osobom w żałobie wsparcie i wzmocnienie więzi społecznych.

Bibliografia

- Berardelli, I., Erbuto, D., Rogante, E., Sarubbi, S., Lester, D., Berardelli, I., Erbuto, D., Rogante, E., Sarubbi, S., Lester, D., & Pompili, M. (2020). Making Sense of the Unique Pain of Survivors: A Psychoeducational Approach for Suicide Bereavement. *Frontiers in psychology*, 11, 1244. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01244>
- Bottemanne, H., English, I., Bottemanne, L., Torres, P., Beauquier, B., & Joly, L. (2024). From love to pain: is oxytocin the key to grief complications?. *L'Encephale*, 50(1), 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.08.006>
- Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., & Nickerson, A. (2017). Treating Prolonged Grief Disorder: A 2-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(9), 1363–1368. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m10729>
- Djelantik, A. A. M. J., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of affective disorders*, 265, 146–156. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Eisma, M. C., & Stroebe, M. S. (2018). The efficacy of grief interventions: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 63, 17–29. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.001>
- Eisma, M. C., Bernemann, K., Aehlig, L., Janshen, A., & Doering, B. K. (2023). Adult attachment and prolonged grief: A systematic review and meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 214, 112315. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112315>
- Eisma, M. C., Boelen, P. A., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H. A., Lancee, J., & Stroebe, M. S. (2015). Internet-Based Exposure and Behavioral Activation for Complicated Grief and Rumination: A Randomized Controlled Trial. *Behavior therapy*, 46(6), 729–748. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.007>
- Eisma M. C. (2023). Prolonged grief disorder in ICD-11 and DSM-5-TR: Challenges and controversies. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 57(7), 944–951. <https://doi.org/10.1177/00048674231154206>
- Freed, P. J., Yanagihara, T. K., Hirsch, J., & Mann, J. J. (2009). Neural mechanisms of grief regulation. *Biological psychiatry*, 66(1), 33–40. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.01.019>
- Silvén Hagström A. (2020). Research-Based Theater and “Stigmatized Trauma”: The Case of Suicide Bereavement. *Frontiers in psychology*, 11, 1129. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01129>
- Inagaki, T. K., & Eisenberger, N. I. (2016). Giving support to others reduces sympathetic nervous system-related responses to stress. *Psychophysiology*, 53(4), 427–435. <https://doi.org/10.1111/psyp.12578>
- Kakarala, S. E., Roberts, K. E., Rogers, M., Coats, T., Falzarano, F., Gang, J., Chilov, M., Avery, J., Maciejewski, P. K., Lichtenthal, W. G., & Prigerson, H. G. (2020). The neurobiological reward system in Prolonged Grief Disorder (PGD): A systematic review. *Psychiatry research. Neuroimaging*, 303, 111135. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.111135>
- Linde, K., Tremblé, J., Steinig, J., & Wagner, B. (2017). Prolonged grief disorder in the ICD-11 and DSM-5: Differences and similarities. *Psychopathology*, 50(4), 211–220. <https://doi.org/10.1159/000477670>

- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 266–275.
<https://doi.org/10.1002/wps.20348>
- Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F., 3rd, & Brent, D. (2004). Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *The American journal of psychiatry*, 161(8), 1411–1416.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1411>
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer, M. K. (2005). Complicated grief and suicidal ideation in adult survivors of suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 35(5), 498–506.
<https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.498>
- O'Connor, M. F., & Arizemendi, B. J. (2014). Neuropsychological correlates of complicated grief in older spousally bereaved adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 69(1), 12–18.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbt025>
- O'Neill, A. (2019). A review on the involvement of catecholamines in animal behaviour, *South African Journal of Animal Science* 2019, 49 (No. 1)
<https://www.ajol.info/index.php/sajas/article/view/185172>
- Panksepp, J. (1986). The anatomy of emotions. In *Biological foundations of emotion* (pp. 91–124). Academic Press.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780125587037500103>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G. A., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B., & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS medicine*, 6(8), e1000121.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Rings, J. A., Gutierrez, P. M., & Forster, J. E. (2014). Exploring Prolonged Grief Disorder and Its Relationship to Suicidal Ideation Among Veterans. *Military Behavioral Health*, 2(3), 283–292.
<https://doi.org/10.1080/21635781.2014.963758>
- Rosner, R., Bartl, H., Pfoh, G., Kotoučová, M., & Hagl, M. (2015). Efficacy of an integrative CBT for prolonged grief disorder: A long-term follow-up. *Journal of affective disorders*, 183, 106–112.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.051>
- Roosendaal, B., McEwen, B. S., & Chattarji, S. (2009). Stress, memory and the amygdala. *Nature reviews. Neuroscience*, 10(6), 423–433.
<https://doi.org/10.1038/nrn2651>
- Schaal, S., Richter, A., & Elbert, T. (2014). Prolonged grief disorder and depression in a German community sample. *Death studies*, 38(6–10), 476–481.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2013.809032>
- Séguin, M., Lesage, A., & Kiely, M. C. (1995). Parental bereavement after suicide and accident: a comparative study. *Suicide & life-threatening behavior*, 25(4), 489–492.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F., 3rd (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293(21), 2601–2608.
<https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet (London, England)*, 370(9603), 1960–1973.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 19(2), 161–172.
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200052>
- Tal, I., Mauro, C., Reynolds, C. F., 3rd, Shear, M. K., Simon, N., Lebowitz, B., Skritskaya, N., Wang, Y., Qiu, X., Iglewicz, A., Glorioso, D., Avanzino, J., Wetherell, J. L., Karp, J. F., Robinaugh, D., & Zisook, S. (2017). Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. *Death studies*, 41(5), 267–275.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1265028>
- Tremblé, J., Nagl, M., Linde, K., Kündiger, C., Peterhänsel, C., & Kersting, A. (2021). Efficacy of an Internet-based cognitive-behavioural grief therapy for people bereaved by suicide: a randomized controlled trial. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1926650.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1926650>
- Younger, J., Aron, A., Parke, S., Chatterjee, N., & Mackey, S. (2010). Viewing pictures of a romantic partner reduces experimental pain: involvement of neural reward systems. *PLoS one*, 5(10), e13309.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013309>

Pytania kontrolne

- 1. Które z poniższych kryteriów jest wspólne dla zespołu przedłużonej żałoby w klasyfikacjach ICD-11 i DSM-5-TR?**
 - A. Intensywna tęsknota za zmarłym.
 - B. Trudności z ponowną integracją w relacjach.
 - C. Odrętwienie emocjonalne.
 - D. Wyraźne niedowierzanie w związku ze śmiercią.
- 2. Zgodnie z kryteriami ICD-11, jak długo powinny utrzymywać się objawy, aby zostały zakwalifikowane jako zespół przedłużonej żałoby?**
 - A. Co najmniej 6 miesięcy.
 - B. Co najmniej 4 miesiące.
 - C. Co najmniej 12 miesięcy.
 - D. Co najmniej 9 miesięcy.
- 3. Zgodnie z kryteriami DSM-5-TR, ile z wymienionych objawów musi występować przez co najmniej ostatni miesiąc, aby można było mówić o zespole przedłużonej żałoby?**
 - A. 3
 - B. 4
 - C. 5
 - D. 6
- 4. Które kryterium jest unikatowe w klasyfikacji DSM-5-TR w przypadku zespołu przedłużonej żałoby?**
 - A. Poczucie, że życie nie ma sensu.
 - B. Uporczywa tęsknota za zmarłym.
 - C. Intensywna samotność.
 - D. Unikanie przypomnień, że dana osoba nie żyje.
- 5. Który objaw jest uwzględniony w kryteriach DSM-5-TR, ale nie w kryteriach ICD-11 dla zespołu przedłużonej żałoby?**
 - A. Odrętwienie emocjonalne.
 - B. Poczucie, że życie nie ma sensu.
 - C. Wyraźne poczucie niedowierzania w związku ze śmiercią.
 - D. Intensywny ból emocjonalny związany ze śmiercią.
- 6. Która emocja dominuje w zespole stresu pourazowego w porównaniu z zespołem przedłużonej żałoby?**
 - A. Smutek.
 - B. Tęsknota.
 - C. Lęk/niepokój.
 - D. Samotność.
- 7. Co odróżnia natrętne myśli w zespole stresu pourazowego od tych w zespole przedłużonej żałoby?**
 - A. W zespole stresu pourazowego natrętne myśli są związane z okolicznościami śmierci.
 - B. W zespole przedłużonej żałoby natrętne myśli koncentrują się na obawach o bezpieczeństwo.
 - C. W zespole stresu pourazowego natrętne myśli krążą wokół traumatycznego wydarzenia.
 - D. W przypadku zespołu przedłużonej żałoby natrętne myśli są związane z nadmiernym niepokojem.
- 8. Na czym głównie się koncentrują zachowania związane z unikaniem w zespole przedłużonej żałoby?**
 - A. Kwestie bezpieczeństwa.
 - B. Ograniczanie potencjalnych zagrożeń.
 - C. Bolesne przypomnienia o trwałości straty.
 - D. Radzenie sobie z samotnością.

9. Która reakcja fizjologiczna jest zwykle wywoływana przez żałobę?

- A. Odpowiedź 'Odpocznij i przepracuj'.
- B. Reakcja na stres typu 'Walcz lub uciekaj'.
- C. Odpowiedź 'Znieruchomienie'.
- D. Odpowiedź w stylu 'Zaprzęzanie się'.

10. Która struktura mózgu jest głównie związana z układem nagrody?

- A. Hipokamp.
- B. Mózdzek.
- C. Jądro półleżące (NAC).
- D. Przyśrodkowa kora przedczołowa.

11. Jaka jest charakterystyczna cecha osób doświadczających skomplikowanej żałoby (SŻ) w teście Stroopa?

- A. Zwiększona zdolność do oderwania się od bodźców istotnych emocjonalnie.
- B. Zmniejszona łączność między ciałem migdałowatym a obszarami regulującymi emocje.
- C. Szybsze czasy reakcji w próbach ze słowami związanymi ze stratą w porównaniu do osób z grupy kontrolnej niebędących w żałobie.
- D. Brak tendencji uwagi.

12. Jaki jest obecny standard leczenia psychofarmakologicznego w przypadku zespołu przedłużonej żałoby (ZPŻ)?

- A. Opracowano kilka leków specjalnie w celu leczenia ZPŻ.
- B. Udowodniono, że citalopram skutecznie leczy objawy ZPŻ.
- C. Nie ma udokumentowanego protokołu leczenia psychofarmakologicznego ZPŻ.
- D. Wszystkie leki przeciwdepresyjne są skuteczne w leczeniu ZPŻ.

13. Które podejście terapeutyczne wykazało znaczące zmniejszenie objawów przedłużonej żałoby (ZPŻ) w połączeniu z terapią poznawczo-behawioralną (CBT)?

- A. Terapia ekspozycyjna.
- B. Terapia psychodynamiczna.
- C. Terapia oparta na uważności.
- D. Dialektyczna terapia behawioralna.

14. Co jest kluczowym elementem integracyjnej terapii poznawczo-behawioralnej (PG-CBT) dla przedłużonej żałoby (ZPŻ)?

- A. Farmakoterapia.
- B. Terapia ekspozycyjna.
- C. Terapia sztuką.
- D. Muzykoterapia.

15. Dla jakiej populacji przeznaczona jest internetowa poznawczo-behawioralna terapia żałoby (ICBGT)?

- A. Osoby doświadczające ostrej reakcji żałoby.
- B. Osoby z uogólnionymi zaburzeniami lękowymi.
- C. Osoby w żałobie po samobójstwie.
- D. Osoby z zespołem stresu pourazowego (PTSD).

Odpowiedzi

- 1: A. Intensywna tęsknota za zmarłym.
- 2: D. Co najmniej 6 miesięcy.
- 3: A. 3
- 4: D. Unikanie przypomnień, że dana osoba nie żyje.
- 5: C. Wyraźne poczucie niedowierzania w związku ze śmiercią.
- 6: C. Strach.
- 7: C. W zespole stresu pourazowego natrętne myśli krążą wokół traumatycznego wydarzenia.
- 8: C. Bolesne przypomnienia o trwałości straty.
- 9: B. Reakcja na stres typu 'Walcz lub uciekaj'.
- 10: C. Jądro półkule (NAC).
- 11: B. Zmniejszona łączność między ciałem migdałowatym a obszarami regulującymi emocje.
- 12: C. Nie ma udokumentowanego protokołu leczenia psychofarmakologicznego ZPŻ.
- 13: A. Terapia ekspozycyjna.
- 14: B. Terapia ekspozycyjna.
- 15: C. Osoby w żałobie po samobójstwie.



B.05

RADZENIE SOBIE Z ŻAŁOBĄ PO SAMOBÓJSTWIE – PRZEPRACOWANIE PROBLEMÓW POJAWIAJĄCYCH SIĘ NA RÓŻNYCH ETAPACH ŻAŁOBY

Pytanie wprowadzające

Jak sobie poradzić ze skomplikowaną żałobą po samobójstwie ukochanej osoby i odnaleźć sens życia pośród bólu?

Czego się nauczymy?

1. Modele żałoby po samobójstwie.
2. Tematy i emocje związane z różnymi modelami żałoby.
3. Wgląd w etapy żałoby w celu zrozumienia i świadomego przeżywania procesu żałoby.
4. Sposoby wykorzystania modeli żałoby dla zrozumienia i przepracowania emocji doświadczanych po stracie oraz do wzrostu potraumatycznego.

Wprowadzenie

Następstwem samobójstwa jest szok, niedowierzenie i przytłaczający żal – wir emocji, w który wpadają całe społeczności.

Zrozumienie zawitych niuansów żałoby po samobójstwie ma kluczowe znaczenie dla odnalezienia właściwej drogi.

Cztery tryby procesu żałoby po samobójstwie, opisane przez Fieldena i pięć etapów żałoby wg Kübler-Ross porządkując różnorodne emocje doświadczane przez osoby w żałobie zapewniają ramy dla zrozumienia złożoności żałoby po samobójstwie.

CZTERY TRYBY PROCESU ŻAŁOBY PO SAMOBÓJSTWIE

Znaczenie różnych etapów żałoby polega na rozpoznaniu i uznaniu różnych reakcji emocjonalnych, które przechodzą jednostki i społeczności. Fielden (2003) określa cztery tryby w procesie żałoby po samobójstwie: wrzu-

cenia, przetrwania, poszukiwania i kontynuacji; każdy opisany tryb charakteryzuje się innymi cechami.

I. TRYB WRZUCENIA

1. Doświadczanie chaosu

Początkowy szok po odkryciu samobójstwa ukochanej osoby wywołuje dezorientację, niedowierzenie, odrętwienie i paraliż, utrudniając codzienne funkcjonowanie i emocjonalne zaangażowanie w codzienne aktywności.

2. Potrzeba kontaktu i pożegnania

Osoby pogrążone w żałobie często myślą o ponownym spotkaniu ze zmarłym, aby go pożegnać i zająć się niedokończonymi sprawami.

II. TRYB PRZETRWANIA

3. Strach przed tym, że sobie nie poradzą

Osoby w żałobie zmagają się z intensywnym chaosem emocjonalnym i przytłaczającymi uczuciami, walcząc o zaakceptowanie śmierci ukochanej osoby.

4. Życie w świecie stygmatyzacji i wstydu

Stygmatyzacja i wstyd związane z samobójstwem prowadzą do strategii unikania i ukrywania się, potęgowa-
nego przez postawy społeczne i brak zrozumienia.

5. Poruszanie się po świecie winy Dążenie do przypisania komuś lub czemuś winy jest mechanizmem radzenia sobie i łagodzenia napięcia związanego z niepewnością co do przyczyn samobójstwa

III. TRYB POSZUKIWANIA

6. Pytania *dlaczego?*

Osoby w żałobie po samobójstwie nieustannie poszukują odpowiedzi, starając się zrozumieć, dlaczego ich ukochana osoba odebrała sobie życie.

7. Notatki zmarłego i zapisane fragmenty

Osoby w żałobie poszukują wskazówek, aby zdobyć wgląd w ból psychiczny i niepokój ukochanej osoby, w ten sposób mierzą się ze złożonością samobójstwa.

8. Refleksje nad relacją ze zmarłym

Refleksje na temat relacji i osobistej odpowiedzialności za śmierć skłaniają osoby w żałobie po samobójstwie do konfrontacji z trudnymi emocjami.

IV. TRYB KONTYNUACJI

9. Życie w poczuciu winy

Poczucie winy z powodu postrzeganych niepowodzeń i utraconych możliwości ciąży na osobach w żałobie po samobójstwie, utrudniając im pogodzenie się ze stratą.

10. Życie w świecie gniewu

Uczucia gniewu i frustracji, często skierowane w stronę pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej, przyczyniają się do stygmatyzacji.

11. Poszukiwanie wspomnień o ukochanej osobie

Znajome miejsca i czynności przywołują wspomnienia, pomagając osobie w żałobie po samobójstwie w przepracowaniu żałoby i zaakceptowaniu faktu utraty.

12. Tworzenie nowej rzeczywistości

Z czasem osoby w żałobie po samobójstwie przechodzą do fazy akceptacji, przyjmując trwałość śmierci ukochanej osoby i wytyczając nowe ścieżki we własnym życiu.

PIĘĆ ETAPÓW ŻAŁOBY

Pięć etapów żałoby – opisanych przez Kübler-Ross – jest efektem jej obserwacji pacjentów z nieuleczalnymi chorobami. Etapy te zostały po raz pierwszy opisane przez Elisabeth Kübler-Ross w książce „On Death and Dying” z 1969 roku. Choć nie każdy doświadcza wszystkich opisanych przez badaczkę etapów i ich kolejność może się różnić w indywidualnych przypadkach, wskazane etapy są ramą do zrozumienia emocjonalnych reakcji na żałobę. Model Kübler-Ross, często określany akronimem DABDA, jest stosowany w procesie żałoby przez osoby radzące sobie z różnymi stratami; można go wykorzystać także do analizy żałoby po samobójstwie.

D (ang. Denial) Zaprzeczenie

Opis: Zaprzeczanie jest początkowym etapem, w którym osoby nie są w stanie zaakceptować rzeczywistości straty; działa jako mechanizm obronny, aby zmniejszyć wstrząs wywołany informacją o śmierci/samobójstwie.

Typowe myśli:

To nie może się dziać naprawdę!

On nie mógł odebrać sobie życia!

To musi być jakaś pomyłka!

A (ang. Anger) Gniew

Opis: Gdy zaprzeczanie zanika, pojawia się ból, co prowadzi do gniewu; ten gniew może być skierowany do środka, ale i na innych, w tym na zmarłego.

Typowe myśli:

Jak mógł nam to zrobić?

Dlaczego nie zwrócił się o pomoc?

To takie niesprawiedliwe!

B (ang. Bargain) Negocjacje

Opis: Na tym etapie osoby w żałobie próbują odzyskać kontrolę, zawierając umowy lub składając obietnice, często siły wyższej, w nadziei na odwrócenie lub zminimalizowanie straty.

Częste myśli:

Gdybym tylko zauważył te znaki wcześniej...

Obiecuję, że będę bardziej uważny!

Co by było, gdybym zachował się inaczej?

D (ang. Depression) Depresja

Opis: Depresja pojawia się, gdy osoba konfrontuje się z rzeczywistością straty i jej konsekwencjami; etap ten charakteryzuje się głębokim smutkiem, żalem i poczuciem beznadziei.

Najczęstsze myśli:

Nie mogę uwierzyć, że on naprawdę odszedł!

Tęsknię za nim tak bardzo, że to boli!

Nie wiem, jak sobie poradzę bez niego...

A (ang. Acceptance) Akceptacja

Opis: Akceptacja to etap, w którym jednostki godzą się ze stratą; nie oznacza to szczęścia, ale raczej rezygnację i pogodzenie się z rzeczywistością.

Typowe myśli:

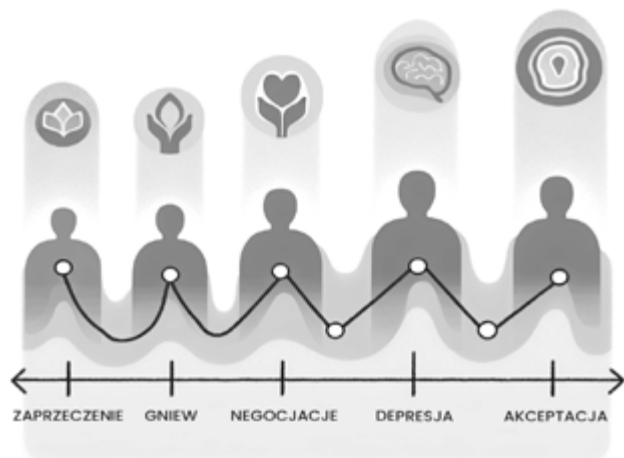
Rozumiem, że on umarł.

Nadszedł czas, aby znaleźć sposób, by iść naprzód.

Muszę znaleźć sposób, aby żyć z tą stratą.

Zrozumienie etapów żałoby może pomóc cierpiącym osobom poradzić sobie ze złożonymi emocjami, ponieważ zapewnia im wyjaśnienia problemów w trudnych chwilach, zwłaszcza gdy mamy do czynienia z wyjątko-

wo skomplikowanych przeżyciach, związanych z utratą bliskiej osoby w wyniku samobójstwa.



Pięć etapów żałoby (Kübler-Ross)

SZEŚCIOETAPOWY MODEL ŻAŁOBY

David Kessler rozszerzył klasyczne pięć etapów żałoby opisanych przez Elisabeth Kübler-Ross, dodając szósty etap: odnajdywanie sensu.

6. M (ang. Meaning making)

Odnajdywanie sensu

Opis: Odnajdywanie sensu to etap, w którym osoby starają się zrozumieć znaczenie straty i sposób, w jaki można ją zintegrować z dalszym życiem. Etap ten obejmuje poszukiwanie sposobu na zapamiętanie zmarłego i pójście naprzód w sposób, który uhonoruje jego życie.

Typowe myśli:

Jak mogę upamiętnić jego życie?

Co zrobić, aby jego życie i śmierć miało jakiś sens?

Jak mam żyć z tym doświadczeniem?

Czego mnie to nauczyło?

Jak mogę wykorzystać to doświadczenie, aby pomóc innym?

Kessler podkreśla, że odnajdywanie sensu nie oznacza, że sama strata ma sens, ale raczej, że osoba może znaleźć sens w swoim życiu i w życiu osoby, którą straciła. Ten etap polega na przekształceniu żałoby w pełne nadziei doświadczenie, pozwalające iść naprzód, jednocześnie oddając cześć i pielęgnując pamięć o osobie bliskiej.

TRZYETAPOWY MODEL ŻAŁOBY

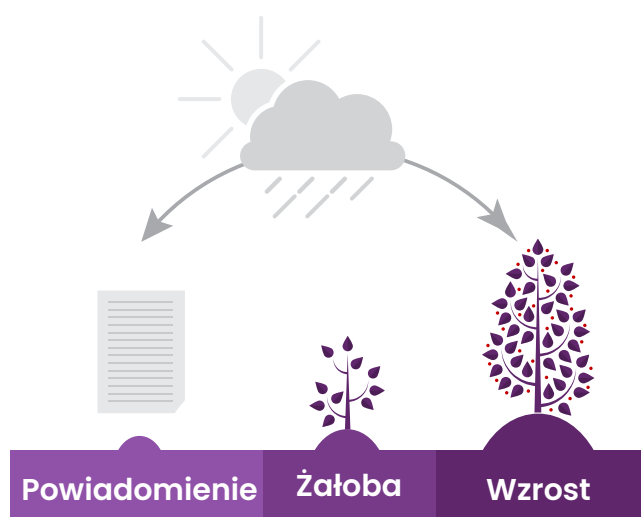
Po samobójstwie jednostki pojawia się problem, jak przekazywać tak rozdzierającą serce informację, jak śmierć/samobójstwo osoby bliskiej; jak poruszać się po drażli-

wym temacie żałoby, aby jednocześnie budować wspierającą narrację? I być może najważniejsze, jak znaleźć potencjał wzrostu w sytuacji tak głębokiej straty?

Trójetapowy model żałoby został opisany po raz pierwszy przez autorów niniejszego podręcznika; wskazuje on na trzy krytyczne etapy po samobójstwie i związane z nimi zadania:

- I. Powiadomienie i przetrwanie początkowego szoku
- II. Żałoba i budowanie wspierającej narracji
- III. Wzrost, rozwój, analiza retrospektywna i wprowadzanie modyfikacji.

Każdy etap jest skrupulatnie opisany, aby mieć możliwość zrozumienia, by w konsekwencji osobom dotkniętym samobójstwem udzielić porady i wsparcia, oraz wskazać drogę do wzrostu potraumatycznego.



Trzyetapowy Model Żałoby

Etap I: Powiadomienie i przetrwanie początkowego szoku

Etap, w którym największe znaczenie ma empatyczna komunikacja i natychmiastowe wsparcie; analizujemy krok po kroku proces informowania o samobójstwie, od interakcji z rodzinami pogrążonymi w żałobie po placówki edukacyjne i miejsca pracy, oferując jednocześnie strategie radzenia sobie z początkowym szokiem.

Etap II: Żałoba i budowanie wspierającej narracji

Etap koncentruje się na złożonych emocjach towarzyszących żałobie po samobójstwie; jesteśmy świadomi głębokiego poczucia straty, winy, złości, niepokoju, wstydu i smutku, które mogą się pojawić; zauważamy konieczność otwartej komunikacji i potrzebę budowania bezpiecznej narracji o samobójstwie sprzyjającej znalezieniu sensu, aby ułatwić wzrost potraumatyczny.

Etap III: Wzrost, rozwój, analiza retrospektywna i wprowadzanie modyfikacji

Etap podkreśla potencjał rozwoju osobistego w następstwie traumy; zachęcamy do refleksji, symbolicznego kontaktu z osobą, która odeszła, uczymy strategii zarządzania czasem i angażowania się w znaczące działania, w tym w samorozwój jako sposób radzenia sobie z żałobą i wspieramy pozytywne zmiany zarówno osobiste, jak i w otoczeniu.

Przechodząc pomyślnie i bezpiecznie przez te trzy krytyczne etapy żałoby po każdej stracie, którą napotykamy w naszym życiu, jednostki i społeczności mogą nie tylko przetrwać następstwa samobójstw czy innych katastrof osobistych i zbiorowych, ale także stać się osobami silniejszymi, bardziej empatycznymi i lepiej przygotowanymi do wspierania się nawzajem w najtrudniejszych momentach życia.

I. POWIADOMIENIE I PRZETRWANIE POCZĄTKOWEGO SZOKU

**Cel: Przekazanie informacji o samobójstwie z wyczu-
ciem, aby zmniejszyć intensywność emocji.**

**Pytanie: Jak możemy skutecznie i bezpiecznie powia-
damać innych?**

W miejscu pracy osoba, która jako pierwsza otrzyma informację o samobójstwie, zaczyna od podzielenia się nią z kierownikiem. Wiadomość powinna zostać przekazana innym pracownikom dopiero po poinformowaniu kierownika i osób, które mogą być najbardziej dotknięte.

➔ Pracownik: Witam szefie. Otrzymałem informację o samobójstwie jednego z naszych pacjentów/klientów. Zgodnie z naszymi zasadami, najpierw informuję o tym ciebie. Nie podzieliłem się tą wiadomością z innymi pracownikami.

➔ Szef: To bardzo smutne. Czy możesz podać więcej szczegółów? Jak myślisz, kogo najbardziej dotknie ta wiadomość? Postaram się dotrzeć do nich dzisiaj, więc proszę o poinformowanie innych osób w miejscu pracy dopiero jutro. W międzyczasie możesz porozmawiać z kimś z zespołu kryzysowego. Informacje kontaktowe prześlę ci zaraz pocztą elektroniczną.

Kolejnym krokiem jest poinformowanie przez kierownika pracownika odpowiedzialnego za pacjenta lub klienta oraz kierownika zespołu kryzysowego, który zorganizuje debriefing dla wszystkich członków personelu, tak szybko, jak to możliwe, ale nie później niż tydzień po zgłoszeniu.

➔ Szef (do potencjalnie poszkodowanego pracownika): Otrzymałem informację, że X zmarł w wyniku samobójstwa. Ponieważ byłeś ostatnią osobą, która miała kontakt z X, który był Twoim pacjentem, dzielę się z Tobą tą wiadomością w pierwszej kolejności zgodnie z naszymi Zasadami powiadamiania i działań postwencyjnych. Wiem, jak trudno jest odpowiadać na pytania innych członków personelu, gdy otrzymuje się nieoczekiwane taką wiadomość. Proponuję wspólne spotkanie po południu lub jutro i wspólne przejrzenie dokumentację tego pacjenta. Zapraszam do kontaktu telefonicznego lub wizyty u mnie.

Jeśli inni pacjenci zapytają, specjalista może odpowiedzieć:

Tak, otrzymałem tę smutną wiadomość. Obecnie badamy okoliczności zgodnie z procedurami szpitalnymi. Czy miałeś jakiś kontakt z X?

Szef kontaktuje się z pogrążoną w żałobie rodziną:

➔ Zostałem poinformowany/ wiem/ dowiedziałem się, że X zmarł w wyniku samobójstwa – moje najszczęśliwsze kondolencje.

Staramy się zrozumieć i zbadać wszelkie okoliczności tej śmierci. Zapraszam też do spotkania z lekarzem/psychologiem, który miał kontakt z (relacja z X) lub przesłanie wszelkich wg Państwa istotnych informacji. Jeśli w tym momencie trudno jest Państwu podjąć decyzję w tej sprawie, to jeżeli nie mają Państwo nic przeciwko temu, zadzwonię jeszcze raz za 2-3 tygodnie.

Jeśli jest coś, co możemy zrobić, aby Państwa wesprzeć, prosimy o kontakt.

Mam dane kontaktowe organizacji, które pomagają osobom w żałobie. Czy słyszeli Państwo o nich? Jeśli nie, prześlę je mailowo. Kontakt z nimi może pomóc.

Aby zwiększyć nasze szanse na uniknięcie długotrwałego smutku i innych zaburzeń, możemy:

- ▶ poznać strategie radzenia sobie z szokiem po otrzymaniu niepokojących wiadomości lub doświadczeniu traumatycznych wydarzeń
- ▶ zastosować techniki rozpraszania uwagi (dystrakcji) (takie jak głębokie oddychanie, rozluźnianie mięśni lub ekspozycja na zimną wodę), aby zmniejszyć natychmiastowe intensywne reakcje na stres związane ze stymulacją nerwu błędnego i układu przywspółczulnego.
- ▶ rozpocząć proces przepracowania emocji, aby wspomóc wzrost potraumatyczny
- ▶ nawiązać kontakt z rówieśnikiem z doświadczeniem żałoby po samobójstwie, który może działać jako wspierający towarzysz, podobnie jak *doula* dla kobiety w ciąży przygotowującej się do porodu, będąca źródłem wsparcia i cennych wskazówek.

II. ŻAŁOBA I BUDOWANIE WSPIERAJĄCEJ NARRACJI

Cel: Poruszanie się w żałobie po samobójstwie i inicjowanie budowy wspierającej narracji.

Pytanie: Jak możemy skutecznie i bezpiecznie poradzić sobie z żałobą po samobójstwie?

Możemy zainicjować rozmowę, wyrażając empatię:

Bardzo mi przykro z powodu utraty [relacja ze zmarłym]. Utrata kogoś w wyniku samobójstwa jest niezwykle trudnym doświadczeniem dla każdej osoby, szczególnie dla bliskich zmarłego. Samobójstwo wywołuje wiele trudnych emocji, które mogą utrzymywać się przez dłuższy czas, jeśli nie zostaną wyrażone. Dlatego doceńmy Państwa gotowość do rozmowy ze mną.

Każde samobójstwo konfrontuje nas z naszą nieadekwatnością i budzi poczucie bezsilności, ukazuje rzeczywistość, że nie zawsze nad wszystkim mamy kontrolę i że zapobieganie samobójstwom nie jest tak proste, jak często się to przedstawia. Każde samobójstwo przypomina nam o naszych ograniczeniach w ochronie lub pomocy osobie bliskiej. Temat braku kontroli i osobistej nieadekwatności może powracać wielokrotnie w następstwie straty, podczas rocznic i w sytuacjach, w których zmagamy się z bezradnością, co prowadzi do nieprzyjemnych intensywnych odczuć. Właśnie dlatego szczerza rozmowa jest tak ważna – umożliwia nam wyrażenie naszych emocji, myśli i wyjaśnienie zachowań, sprzyjając lepszemu zrozumieniu, co powinno pomóc nam w zapobieganiu samobójstwom w przyszłości. Ponadto opisując nasze uczucia i myśli, zyskujemy jasność i nabieramy do nich zdrowego dystansu, który pozwala nam zauważyć, że chociaż pewne sytuacje mogły być poza naszą kontrolą, możemy następnym razem podejść inaczej do podobnych okoliczności. Werbalne oswojenie problemu budzi nadzieję i wzmacnia więzi międzyludzkie, ponieważ wczuwamy się w potrzeby innych, jednocześnie ich dowartościowując; uczymy się sobie radzić z przytłaczającymi odczuciami bezsilności i bezradności oraz zapobiegać przenikaniu poczucia porażki do każdego aspektu naszego życia.

Jeżeli poczucie bezsilności i bezradności definiuje naszą tożsamość po samobójstwie lub jakiegokolwiek innej stracie; w takim przypadku często towarzyszy im niezliczona ilość trudnych uczuć opisywanych akronimem GAPS:

- ▶ **G (ang. Guilt) Poczucie winy** (przypisywane sobie z powodu podjętych lub niepodjętych działań)
- ▶ **A (ang. Anger) Gniew** (skierowany na siebie lub innych z powodu poczucia nieadekwatności)

- ▶ **A (ang. Anxiety) Lęk** (towarzyszący poczuciu bezradności i strachu),
- ▶ **P (ang. Pain) Ból** (wynikający ze spadku poziomu endorfin i większej podatności na stres emocjonalny)
- ▶ **S (ang. Shame & Sorrow) Wstyd** (wynikający z przekonania, że nie spełniliśmy oczekiwań lub mogliśmy być bardziej skuteczni).

GAPS to akronim oznaczający powyższe trudne emocje; rozpoznanie i wyrażenie tych uczuć w procesie żałoby, a także zbudowanie wokół nich bezpiecznej narracji ma kluczowe znaczenie dla polepszenia naszej samooceny i wzmocnienia więzi międzyludzkich; uczucia te będą się pojawiać ponownie w różnych sytuacjach i kontekstach w przyszłości.

III. WZROST, ROZWÓJ, ANALIZA RETROSPEKTYWNA I WPROWADZENIE MODYFIKACJI

Cel: Zbadanie potencjału rozwoju osobistego po traumie oraz przekształcenie żałoby i smutku w coś pozytywnego.

Pytanie: Jakie działania możemy podjąć, aby zwiększyć nasze prawdopodobieństwo doświadczenia porażkowego wzrostu?

Zrozumienie straty

Zrozumienie prawdziwego wpływu straty jest kluczowe; nie chodzi tylko o utratę osoby; chodzi o utratę całego świata splecionego z tą osobą; tracimy czas spędzany razem, niezliczone pozytywne i negatywne interakcje, chwile miłości i radości, wspólne działania i nasze role związane z tą osobą – bycie rodzicem, dzieckiem, rodzeństwem czy terapeutą; tracimy również wsparcie i poczucie wspólnoty, jakie nam zapewniała zmarła osoba.

Utrzymywanie więzi

Aby wejść na ścieżkę potraumatycznego rozwoju, musimy znaleźć sposoby na utrzymanie symbolicznej więzi z osobą, która odeszła, nawet jeśli fizycznie nie ma jej już z nami.

Zarządzanie czasem

Ważne jest, aby zdecydować, ile czasu poświęcimy wspomnieniom o danej osobie i na kiedy odłożymy czas na przepracowanie naszego żalu; obejmuje to oczekiwane okazje, takie jak święta i rocznice, ale także nieoczekiwane bodźce, które mogą wywołać natychmiastowe silne wspomnienia.

Angażowanie się w działania

Musimy określić, w jaki sposób będziemy spędzać czas

z osobą, którą straciliśmy; może to obejmować rozmowę z nią, refleksję nad naszymi wspólnymi doświadczeniami, oglądanie przedmiotów z nią związanych lub angażowanie się w rytuały, takie jak zapalanie świecy lub odmawianie specjalnej modlitwy – działania te są głęboko osobiste.

Rozpoczęcie rozmowy

Możemy rozpocząć rozmowę od przyznania, że utrata kogoś ważnego w naszym życiu wywołuje głębokie i nieoczekiwane zmiany. Jest to burzliwy okres, zwłaszcza gdy tracimy ceniony związek lub kogoś ściśle związanego z naszymi wartościami, takimi jak kompetencje zawodowe. Ten wstrząs rzuca nas na nieznane terytorium, wymagając od nas dostosowania się do nowych okoliczności.

Poruszanie się w samotności vs. interakcje społeczne

Podjęcie decyzji o tym, czy przeżywać żałobę w samotności, czy z innymi, stanowi wyzwanie. Naturalne jest, że obawiamy się, że szukanie pocieszenia w innym miejscu może wydawać się zdradą, ale komunikacja ma kluczowe znaczenie, ponieważ utrzymywanie otwartych ran emocjonalnych utrudnia powrót do zdrowia, dlatego ważne jest, aby otwarcie zająć się tymi obawami i poszukiwaniem rozwiązania, które wesprze naszą drogę do zdrowia i dobrego samopoczucia tak, aby samobójstwo nie zniszczyło naszego życia.

Zachowywanie wspomnień

Wspominając osobę, którą straciliśmy, ważne jest, aby określić aspekty, na których chcemy się skupić i skonstruować nasze wspomnienia wokół nich w sposób, który pomoże nam w procesie żałoby. Istnieje wiele sposobów, aby to osiągnąć. Na przykład można rozważyć skomponowanie piosenki, napisanie wiersza lub historii, która zawiera nasze relacje z osobą, która odeszła. Łącząc stratę z czynnością, którą możemy kontrolować, taką jak twórcza ekspresja, możemy stopniowo odzyskać poczucie sprawczości w naszym życiu.

Ci, którzy znajdują pocieszenie w towarzystwie innych osób mających podobne doświadczenia, mogą skorzystać z dołączenia do organizacji wspierającej osoby w żałobie. Alternatywnie, jeśli taka organizacja nie istnieje, utworzenie jej – być może w formie grupy w mediach społecznościowych – może zapewnić stałe wsparcie i złagodzić poczucie samotności i bezwartościowości.

Samorozwój

Ważne jest, aby po stracie przeznaczyć czas na autorefleksję i znaleźć sposoby ewolucji w lepszą wersję samego siebie. Proces ten obejmuje nas i inne osoby dotknięte stratą, a także instytucje, takie jak szpitale i miejsca pracy. Poprzez introspekcję i poszukiwanie obszarów do poprawy, możemy wspierać rozwój osobisty i pozytyw-

nie wpływać na nasze otoczenie. Niezbędnym elementem tego etapu jest wprowadzanie modyfikacji w funkcjonowaniu jednostki, rodziny czy grupy społecznej. np. wdrażając elementy edukacji w zakresie prewencji samobójstw, postwencji, efektywnej komunikacji czy techniki radzenia sobie z emocjami.

MODEL PODWÓJNEGO PROCESU RADZENIA SOBIE Z ŻAŁOBĄ

Model podwójnego procesu radzenia sobie z żałobą, opracowany przez Margaret Stroebe i Henka Schuta, zapewnia kompleksowe ramy dla zrozumienia, w jaki sposób jednostki radzą sobie z żałobą. Model ten sugeruje, że ludzie oscylują między dwoma rodzajami procesów radzenia sobie: procesem zorientowania na stratę i procesem zorientowania na odbudowę.

Radzenie sobie zorientowane na stratę

Radzenie sobie zorientowane na stratę to działania i myśli, które koncentrują się bezpośrednio na zmarłym i bólu związanym ze stratą; obejmują one:

- ▶ żałobę i płacz
- ▶ myślenie o ukochanej osobie
- ▶ tęsknotę za zmarłym
- ▶ wspomnianie i oglądanie starych zdjęć
- ▶ wyrażanie emocji związanych ze stratą.

Opisane działania pomagają jednostkom skonfrontować się z faktem i przetworzyć uczucia pojawiające się w żałobie poprzez uznanie rzeczywistości straty i zaakceptowanie związanej z nią bólu emocjonalnego (Stroebe & Schut, 1999).

Radzenie sobie zorientowane na odbudowę

Radzenie sobie zorientowane na odbudowę to działania, które pomagają jednostkom dostosować się do życia bez zmarłego i radzić sobie z wtórnymi stresorami (reakcjami zaburzającymi równowagę) wynikającymi ze straty; obejmują one:

- ▶ naukę nowych umiejętności (np. zarządzanie finansami)
- ▶ przyjmowanie nowych ról i obowiązków
- ▶ angażowanie się w nowe aktywności i hobby
- ▶ tworzenie nowych relacji
- ▶ koncentrację na codziennych zadaniach i rutynowych czynnościach.

Działania zorientowane na odbudowę zapewniają tymczasowe wytchnienie od emocjonalnej intensywności żałoby i pomagają przeorganizować życie oraz znaleźć nowe poczucie normalności.

Kluczową cechą modelu podwójnego procesu radzenia sobie z żałobą jest koncepcja oscylacji, wskazująca na dynamiczne przechodzenie tam i z powrotem między radzeniem sobie zorientowanym na stratę a radzeniem sobie zorientowanym na odbudowę; oscylacja pozwala osobie w żałobie zrównoważyć potrzebę konfrontacji z żalem z potrzebą robienia sobie przerw i angażowania się w działania regenerujące.

Zauważmy, że żałoba jest zmiennym doświadczeniem, w którym osoba może czasami odczuwać intensywny smutek, a innym razem bardziej koncentrować się na praktycznych zadaniach.

Model podwójnego procesu radzenia sobie z żałobą opisuje doświadczenie przechodzenia między różnymi rodzajami radzenia sobie, pomagając zrozumieć, że naturalne jest, że po okresach intensywnego żalu następują okresy względnego spokoju; zapewnia zatem elastyczne podejście do żałoby, pozwalając osobom w żałobie radzić sobie w sposób, który wydaje im się najbardziej odpowiedni w danym momencie.

Zauważamy także, że różni ludzie mogą mieć różne style radzenia sobie i że zarówno ekspresja emocjonalna, jak i praktyczne rozwiązywanie problemów są ważnymi sposobami radzenia sobie ze stratą.

Intensywne emocje i złożone reakcje żałoby związane z samobójstwem mogą wymagać częstego oscylowa-

nia między konfrontacją z bólem straty a angażowaniem się w odbudowę swojego życia.

Wnioski

Żałobę po samobójstwie cechują intensywne emocje i trudne wyzwania. Analizując różne modele żałoby osoby, które doświadczyły straty, mogą uzyskać głębsze zrozumienie własnych doświadczeń i emocji, znajdując pocieszenie w świadomości, że ich uczucia są częścią procesu rozwoju. Chociaż żałoba może czasami wydawać się przytłaczająca, oferuje również możliwości refleksji i osobistej transformacji (Stroebe & Schut, 1999).

Zapamiętaj!

1. Proces żałoby po samobójstwie charakteryzuje się różnymi etapami (i trybami), z których każdy ma swoje motywy i emocje.
2. Zrozumienie etapów (i trybów) żałoby może zapewnić osobom po stracie samobójczej ramy do poruszania się, co sprzyja wzrostowi potraumatycznemu.
3. Chociaż żałoba może wydawać się przytłaczająca, oferuje także możliwości rozwoju i osobistej transformacji.
4. Rozpoznając i przetwarzając swoje emocje, osoby w żałobie po samobójstwie mogą znaleźć sens i nadzieję pośród bólu wywołanego stratą, znajdując drogę do zdrowienia i większej odporności.

Bibliografia

- Azorina, V., Morant, N., Nesse, H., Stevenson, F., Osborn, D., King, M., & Pitman, A. (2019). The Perceived Impact of Suicide Bereavement on Specific Interpersonal Relationships: A Qualitative Study of Survey Data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101801>
- Fielden, J. (2003). Grief as a transformative experience: weaving through different lifeworlds after a loved one has completed suicide. *International journal of mental health nursing*, 12(1), 74-85. <https://doi.org/10.1046/J.1440-0979.2003.00271.X>
- Hunt, Q., & Hertlein, K. (2015). Conceptualising Suicide Bereavement From an Attachment Lens. *The American Journal of Family Therapy*, 43, 16 - 27. <https://doi.org/10.1080/01926187.2014.975651>
- Kubler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss. Simon and Schuster.
- Kessler, D. (2021, May). How to find meaning after loss [Video]. TED. Retrieved May 27, 2024, from https://www.ted.com/talks/david_kessler_how_to_find_meaning_after_loss/transcript
- Kessler, D. (n.d.). Free Suicide Loss Support Series. Retrieved May 27, 2024, from <https://www.davidkesslertraining.com/live-suicide-loss-support-web>
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega*, 61(4), 273-289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>

Pytania kontrolne

- 1. Czym charakteryzuje się „tryb wrzucenia” w procesie żałoby po samobójstwie?**
 - A. Strach przed nieosiągnięciem celu.
 - B. Refleksja na temat relacji ze zmarłym.
 - C. Doświadczenie chaosu.
 - D. Aktywne poszukiwanie wskazówek w notatkach osoby, która odebrała sobie życie.
- 2. Co z trudem akceptują osoby w „trybie przetrwania” w żałobie po samobójstwie?**
 - A. Rzeczywistość utraty ukochanej osoby.
 - B. Potrzebę pójścia naprzód i zapomnienia.
 - C. Społeczne piętno związane z samobójstwem.
 - D. Rodzaj emocjonalnego zakończenia relacji.
- 3. Co jest charakterystyczne dla „trybu poszukiwania” w żałobie po samobójstwie?**
 - A. Strach przed nieosiągnięciem celu.
 - B. Życie w świecie piętna i wstydu.
 - C. Zaangażowanie w nieustanne poszukiwanie odpowiedzi.
 - D. Tworzenie innej rzeczywistości.
- 4. Która emocja dominuje „tryb kontynuacji” w żałobie po samobójstwie?**
 - A. Wina
 - B. Gniew
 - C. Smutek
 - D. Akceptacja.
- 5. Który etap żałoby wg Kübler-Ross obejmuje odmowę zaakceptowania straty?**
 - A. Gniew
 - B. Negocjacje
 - C. Zaprzeczenie
 - D. Depresja.
- 6. Jaka emocja jest powszechnie doświadczana na etapie gniewu wg Kübler-Ross?**
 - A. Szczęście
 - B. Frustracja
 - C. Spokój
 - D. Akceptacja.
- 7. Czym charakteryzuje się etap negocjacji w żałobie wg Kübler-Ross?**
 - A. Wycofanie się z interakcji społecznych.
 - B. Próba negocjacji z losem.
 - C. Poczucie spokoju i stabilności emocjonalnej.
 - D. Kwestionowanie celu życia.
- 8. Jaki jest cel etapów żałoby według Kübler-Ross?**
 - A. Określenie sztywnych ram dla żałoby.
 - B. Zapewnienie narzędzia wyłącznie dla dostawców usług medycznych.
 - C. Pomoc osobom w zrozumieniu i radzeniu sobie ze złożonymi emocjami.
 - D. Całkowite uniknięcie przeżywania smutku.

9. W jaki sposób należy udostępniać informacje o samobójstwie w miejscu pracy?

- A. Natychmiast poinformować wszystkich pracowników.
- B. Poinformować najpierw kierownika a następnie potencjalnie zainteresowane osoby.
- C. Zachować poufność informacji.
- D. Powiadomić tylko lidera zespołu kryzysowego.

10. Jaka jest zalecana reakcja, gdy inni pacjenci pytają o samobójstwo?

- A. Unikanie omawiania z nimi tego tematu.
- B. Otwarte dzielenie się wiadomościami ze wszystkimi pacjentami.
- C. Przekazanie krótkiego potwierdzenia i zapewnienie ich, że sytuacja jest analizowana zgodnie z procedurami szpitalnymi.
- D. Skierowanie ich do innej osoby w żałobie w celu uzyskania dalszych informacji.

11. Jakie strategie są sugerowane w celu złagodzenia wpływu niepokojących wiadomości?

- A. Reagowanie impulsywne bez brania pod uwagę ewentualnych konsekwencji.
- B. Dążenie do natychmiastowego zamknięcia sprawy poprzez skontaktowanie się z pogrążoną w żałobie rodziną.
- C. Zastosowanie technik rozpraszania, takich jak głębokie oddychanie lub rozluźnianie mięśni.
- D. Powstrzymanie się od omawiania wiadomości z kimkolwiek i zinternalizowanie emocji.

12. W jaki sposób można w bezpieczny sposób zainicjować rozmowę na temat żałoby po samobójstwie?

- A. Wyraż empatię i potwierdź stratę, zachęcając do szczerej rozmowy.
- B. Unikaj dyskusji na temat samobójstwa, aby zapobiec dalszemu stresowi emocjonalnemu.
- C. Natychmiastowo oferuj porady dotyczące radzenia sobie.
- D. Zminimalizuj znaczenie straty, aby uniknąć dyskomfortu.

13. Co jest podkreślane jako główny temat dotyczący żałoby po samobójstwie?

- A. Możliwość zapobiegania samobójstwom przy odpowiednim wsparciu.
- B. Złożoność emocji wywołanych przez samobójstwo i poczucie bezsilności.
- C. Potrzeba oceny osobistych niedoskonałości i skupienia się na czynnikach zewnętrznych.
- D. Radzenie sobie z żałobą bez zajmowania się emocjami leżącymi u jej podstaw.

14. Jakim akronim jest używany do opisu podstawowych skomplikowanych uczuć związanych z żałobą po samobójstwie?

- A. KRYZYS
- B. GRIEF
- C. GAPS
- D. STRATA.

15. Jakie są zalecenia dotyczące zarządzania czasem w kontekście żałoby?

- A. Spędzanie całego dostępnego czasu na wspomnianiu utraconej osoby.
- B. Unikanie świąt i rocznic w celu uniknięcia wyzwalania wspomnień.
- C. Wyznaczenie określonego czasu na przepracowanie żałoby, w tym uwzględnienie potencjalnych „wyzwalaczy” żałoby.
- D. Skupienie się wyłącznie na planach na przyszłość, aby uniknąć rozpamiętywania przeszłości.

16. Jakie jest znaczenie autorefleksji i doskonalenia w procesie żałoby?

- A. Zaleca się unikanie jakichkolwiek zmian po stracie.
- B. Zaleca się przeznaczanie czasu na samorozwój i wzrost.
- C. Zniechęca się do introspekcji, aby zapobiec dalszym cierpieniom emocjonalnym.
- D. Odradza się szukania wsparcia od innych w celu doskonalenia osobistego.

Odpowiedzi

- 1: C. Doświadczanie chaosu.
- 2: C. Społeczne piętno związane z samobójstwem.
- 3: C. Zaangażowanie w nieustanne poszukiwanie odpowiedzi.
- 4: D. Akceptacja.
- 5: C. Zaprzeczenie.
- 6: B. Frustracja.
- 7: B. Próba negocjacji z losem.
- 8: C. Pomoc osobom w zrozumieniu i radzeniu sobie ze złożonymi emocjami.
- 9: B. Poinformować najpierw kierownika a następnie potencjalnie zainteresowane osoby.
- 10: C. Przekazanie krótkiego potwierdzenia i zapewnienie ich, że sytuacja jest analizowana zgodnie z procedurami szpitalnymi.
- 11: C. Stosowanie technik rozpraszających uwagę, takich jak głębokie oddychanie lub rozluźnianie mięśni.
- 12: A. Wyraż empatię i potwierdź stratę, zachęcając do szczerej rozmowy.
- 13: B. Złożoność emocji wywołanych przez samobójstwo i poczucie bezsilności.
- 14: C. GAPS.
- 15: C. Wyznaczenie określonego czasu na przepracowanie żałoby, w tym uwzględnienie potencjalnych „wyzwalaczy” żałoby.
- 16: B. Zaleca się przeznaczanie czasu na samorozwój i wzrost.

B.06

OD TRAUMY DO TRANSFORMACJI

ODKRYWANIE SIŁY

POURAZOWEGO WZROSTU

Pytanie wprowadzające

W jaki sposób jednostki i grupy społeczne mogą wykorzystać nabytą wiedzę, aby przekształcić traumatyczny ból w rozwój osobisty?

Czego się nauczymy?

1. Definicja i znaczenie wzrostu pourazowego (ang. Posttraumatic Growth (PTG))

Zrozumiemy, czym jest wzrost pourazowy i dlaczego jest to kluczowa koncepcja ułatwiająca przeżywanie żałoby.

2. Mechanizmy wzrostu pourazowego

Poznamy psychologiczne i społeczne mechanizmy, które ułatwiają wzrost pourazowy.

3. Wzrost pourazowy w kontekście straty samobójczej

Przeanalizujemy, jak wzrost pourazowy wpływa na osoby w żałobie po stracie samobójczej.

4. Strategie promowania wzrostu pourazowego w postwencji

Poznamy praktyczne strategie i interwencje, które mogą pomóc w promowaniu wzrostu pourazowego wśród osób w żałobie po samobójstwie.

5. Neurobiologia wzrostu pourazowego

Poznamy rolę mózgu we wzroście pourazowym oraz mechanizm procesów poznawczych i emocjonalnych zaangażowanych w rozwój po traumie.

6. Inspirujące historie o odporności i empatii

Poznamy historie osób, które przekształciły swój smutek w pozytywne działania, demonstrując siłę wzrostu pourazowego, dającego wsparcie społeczności.

Wprowadzenie

W sytuacji traumy i bolesnej straty często zakłada się, że jednostki są skazane na problemy, które będą utrudniać im prowadzenie satysfakcjonującego życia. Jednak badania i prawdziwe historie osób w żałobie po samobójstwie ujawniają, że przeciwność losu mogą być katalizatorem znaczących pozytywnych zmian. Zjawisko to nazwane przez Tedeschi i Calhoun w 2004 roku jako Posttraumatic Growth (PTG) opisuje pozytywne zmiany psychologiczne, które mogą wystąpić, gdy jednostki zmagają się z poważnymi stresorami, obejmuje głębokie przemiany w postrzeganiu siebie, relacjach i filozofii

życiowej, które wynikają z przetrwania i przezwyciężenia traumatycznych doświadczeń.

Niniejszy rozdział zagłębia się w wieloaspektową naturę wzrostu pourazowego, badając, w jaki sposób jednostki, w szczególności osoby w żałobie po samobójstwie, mogą znaleźć ścieżki rozwoju osobistego w sytuacji bólu; wskazując także mechanizmy, które sprzyjają wzrostowi pourazowemu, w tym adaptacyjne strategie radzenia sobie i opisując kluczową rolę wsparcia społecznego.

POURAZOWY WZROST – DEFINICJA

Tedeschi i Calhoun (2004) wprowadzili pojęcie potraumatycznego wzrostu, które odnosi się do pozytywnych zmian, które mogą pojawić się w wyniku zmagania się z traumami.

Potraumatyczny/pourazowy wzrost odnosi się do pozytywnych zmian psychologicznych, których doświadczają osoby po znaczących wyzwaniach życiowych lub traumatycznych wydarzeniach. Zamiast pozwolić przytłoczyć się traumie, niektóre osoby znajdują sposoby radzenia sobie i dostosowania do sytuacji, które prowadzą do osobistego wzrostu i rozwoju. Wzrost ten może przejawiać się jako zwiększona odporność i większy szacunek dla życia, wzmocnione relacje osobiste, poczucie celu lub znaczenia, oraz jako pogłębiona duchowa lub egzystencjalna transformacja.

Wzrost pourazowy nie neguje negatywnych skutków traumy, ale uznaje, że wzrost i pozytywne zmiany mogą także wyłonić się z przeciwności losu.

Wzrost pourazowy można obserwować także u osób w żałobie po samobójstwie, a jest to pozytywnie powiązane z takimi czynnikami, jak upływ czasu od straty, skuteczne mechanizmy radzenia sobie i poszukiwanie pomocy, przy czym wsparcie społeczne i odkrywanie siebie odgrywają szczególnie istotną rolę (Levi-Belz i in., 2020). Osoby z bezpiecznymi więziami z otoczeniem (ang. safe attachment) częściej doświadczają wzrostu poura-

zowego niż osoby nieposiadające takich więzi i relacji. Zatem interwencje oparte na teorii przywiązania (ang. attachment theory) mogą być szczególnie pomocne (Levi-Belz i in., 2018; Bonnemort, 2020).

Adaptacyjne strategie postwencji mogą sprzyjać rozwojowi psychologicznemu wśród osób w żałobie po samobójstwie (Levi-Belz, 2015).

Dzielenie się osobistymi przemyśleniami i emocjami jest integralną częścią procesu żałoby i dostosowywania się do nowych okoliczności; takie dzielenie się sprzyja budowaniu intymności, solidarności i wsparcia. Poprzez ujawnianie emocji osoby w żałobie po samobójstwie mogą odnaleźć poczucie przynależności i odkryć nowy cel w życiu. Ponadto dzielenie się swoim doświadczeniem może pomóc innym osobom w żałobie po samobójstwie w konstruowaniu nowych interpretacji swoich doświadczeń (Levi-Belz i in., 2014).

Kluczowe czynniki interpersonalne, takie jak poczucie przynależności, ujawnianie swoich uczuć i doświadczanie wsparcia społecznego, odgrywają znaczącą rolę we wzroście pourazowym wśród osób pogrążonych w żałobie po samobójstwie (Levi-Belz, 2019). Mechanizmy radzenia sobie zdaniem badaczy przedmiotu są silnie związane ze wzrostem pourazowym w następstwie straty samobójczej (Levi-Belz, 2015; Bonnemort, 2020).

Samowyluzowanie to proces, w którym osoba uznaje swoje niedociągnięcia i błędy, pozbywając się gniewu i urazy, co sprzyja pozytywnym emocjom, myślom i zachowaniom wobec siebie (Enright i in., 2000).

Badania wykazały, że samowyluzowanie koreluje z lepszą regulacją emocji oraz bardziej pozytywnymi relacjami i otrzymanym wsparciem społecznym (Webb & Boye, 2024). Przebaczenie odgrywa również kluczową rolę w łagodzeniu negatywnych emocji związanych z zachowaniami samobójczymi, takimi jak wstyd, poczucie winy i stygmatyzacja (Webb & Boye, 2024).

Adaptacyjne strategie radzenia sobie, takie jak pozytywne przewartościowanie i ponowne skupienie uwagi, wykazują odwrotne zależności z objawami depresji, lęku i innymi wskaźnikami problemów psychicznych (Garnefski i in., 2001).

PODSTAWOWE WSKAŹNIKI WZROSTU POURAZOWEGO

Koncepcja wzrostu pourazowego (PTG) – przedstawiona przez Tedeschi i Calhoun w 2004 roku – jest mierzona

za pomocą skali skupiającej się na postrzeganiu siebie, relacjach i zmianach duchowych.

I. Zmiany w Ja

Ten wymiar obejmuje zmiany w postawach, cechach charakteru, zachowaniu oraz rosnące poczucie samodzielności i akceptacji życiowych wyzwań.

Przykładowe stwierdzenia (Novora, 2010):

Odkryłem, że jestem silniejszy niż myślałem.

Rozwinąłem nowe zainteresowania.

Jestem gotowy do podejmowania prób zmiany rzeczy, które wymagają zmiany.

II. Zmiany w relacjach

Ta kategoria obejmuje poprawę interakcji społecznych, takich jak przezwyciężenie nieśmiałości lub lęku, tworzenie znaczących więzi z innymi oraz doświadczanie większej empatii i współczucia.

Przykładowe stwierdzenia:

Byłem nieśmiały – teraz rozwinąłem moje relacje z innymi. Jestem bardziej otwarty, poznałem wspaniałych ludzi, nauczyłem się, że mogę liczyć na innych w trudnych chwilach.

Mam więcej empatii dla innych.

Angażuję się w relacje.

III. Zmiany duchowe

Rozwój duchowy obejmuje zmiany w filozofii życia i odnajdywanie sensu wśród przeciwności losu, co prowadzi do głębszego docenienia życia i silniejszego poczucia celu.

Przykładowe stwierdzenia:

Biorę życie takim jakie ono jest i cieszę się nim bardziej.

Nie biorę już życia za pewnik; żyję każdym dniem w pełni, jakby to był ostatni dzień mojego życia. Odnajduję sens pośród traumy i jej skutków.

NEUROBIOLOGIA WZROSTU POURAZOWEGO (PTG)

Pierwsze badania nad neurobiologią wzrostu pourazowego ujawniły korelację z określonymi strukturami mózgu (Ochsner i in., 2002).

Ponowna ocena poznawcza (ang. Reappraisal) to strategia poznawcza stosowana do zarządzania emocjami poprzez zmianę znaczenia sytuacji; zamiast automatycznie reagować na potencjalnie stresujące lub niekorzystne zdarzenie, osoby stosujące ponowną ocenę poznawczą reinterpreterują sytuację w bardziej pozytywnym lub neutralnym świetle.

Technika ponownej oceny polega na zmianie perspektywy lub zrozumieniu wydarzenia, co może zmniejszyć intensywność trudnych emocji; jest często stosowana w regulacji emocji, aby poradzić sobie z trudnymi okolicznościami i promować dobrostan psychiczny.

Ponowna ocena poznawcza (powtórna ekspozycja na negatywny bodziec) zdjęć dokumentujących wysoce negatywne sytuacje doprowadziła do zmniejszenia subiektywnego doświadczenia negatywnych emocji, wzrostu aktywności mózgu w bocznej i przyśrodkowej korze przedczołowej (ang. lateral and medial prefrontal cortex; PFC) oraz zmniejszenia aktywacji w ciele migdałowatym (ang. amygdala, AMY) i przyśrodkowej korze oczodołowo-czołowej (ang. orbitofrontal cortex; OFC).

Wyniki w Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) były pozytywnie powiązane z aktywacją mózgu w rostralnej korze przedczołowej (ang. rostral prefrontal cortex; rPFC) i górnym płaciku ciemieniowym (ang. superior parietal lobule; SPL) w lewej centralnej sieci wykonawczej (central executive network; CEN). CEN utrzymuje informacje w pamięci roboczej i odgrywa rolę w podejmowaniu decyzji i rozwiązywaniu problemów w celu zachowania działań ukierunkowanych na cel (Menon, 2011).

Centralna sieć wykonawcza (CEN) utrzymuje informacje w pamięci roboczej i odgrywa rolę w podejmowaniu decyzji i rozwiązywaniu problemów w zachowaniach ukierunkowanych na cel (Menon, 2011). Aktywacja rostralnej kory przedczołowej (ang. rostral prefrontal cortex; rPFC) w CEN sugerowała, że osoby z większym wzrostem porazowym (PTG) doświadczały bardziej pozytywnych zmian funkcjonalnych w pamięci prospektywnej. Z kolei aktywacja górnego płaciku ciemieniowego (ang. superior parietal lobule; SPL) sugerowała pozytywną korelację z pamięcią roboczą, która obejmuje elastyczną alokację uwagi (Koenigs i in., 2009).

Wyniki badań nad Inwentarzem Potraumatycznego Rozwoju (pol. IPR/ ang. Posttraumatic Growth Inventory; PTGI) były również pozytywnie skorelowane ze zwiększoną aktywnością połączenia między górnym płacikiem ciemieniowym (ang. superior parietal lobule; SPL) a zakrętem nadbrzeżnym (ang. supramarginal gyrus; SMG), regionem mózgu związanym ze zdolnością do refleksji nad stanami psychicznymi innych, aktywowanym podczas zadań językowych i werbalnej pamięci roboczej. Prawy zakręt nadbrzeżny (ang. supramarginal gyrus; SMG) umożliwia osobie odróżnienie własnego postrzegania od percepcji innych. Uczestnicy, którzy rzutują swoje uczucia na innych, często wykazują zaburzenia neuronów w tych obszarach mózgu.

Zwiększona łączność między funkcjami pamięci a funkcjonowaniem społecznym może być związana ze zwiększonym wykorzystaniem pamięci w celu odzwierciedlenia innych stanów psychicznych podczas interakcji społecznych (Fujisawa i in., 2015).

INSPIRUJĄCE HISTORIE O ODPORNOŚCI I WSPÓŁCZUCIU

Tragiczne i bolesne doświadczenia niektórych ludzi można przekształcić w działania przynoszące nadzieję innym osobom w trudnej sytuacji. Opowieści o przetrwaniu i przemianie po niezwykle bolesnym doświadczeniu (traumie) mogą się stać katalizatorem głębokich zmian i wzbudzić potrzebny altruizm.

Historia suicydologa profesora Diego De Leo, który przeżył tragedię utraty dwójki swoich dzieci w wypadku samochodowym, pokazuje, że można znaleźć ukojenie dzięki empatii swojej społeczności; 5 kwietnia 2005 roku dwójka dzieci – Nicola i Vittorio – nagle pozostawiła po sobie pustkę niemożliwą do zniesienia, jednak rodzina De Leo dzięki życzliwości otoczenia w najczarniejszej godzinie znalazła odrobinę sensu. Pogrzeźni w żałobie rodzice założyli Fundację De Leo (De Leo Fund Onlus), niosącą nadzieję osobom, które zmagają się z niezwykle traumatyczną żałobą. Wizja fundatorów była prosta, ale głęboka: przekształcić swoje tragiczne doświadczenie w szansę życia dla innych, aby poprzez dzielenie się przeżyciami, wspomnieniami i doświadczeniami łagodzić ciężar smutku. Z biegiem czasu Fundacja De Leo uruchomiła dodatkowe usługi dla osób dotkniętych nagłą stratą, w tym doradztwo indywidualne, dla par i rodzin, grupy samopomocy, krajową linię pomocy, wsparcie na czacie na żywo, forum internetowe i specjalistyczne warsztaty kreatywne przeznaczone dla osób w żałobie po samobójstwie.

W różnych miejscach świata pojawiają się osoby dotknięte utratą ukochanej osoby, takie jak Fiona Tuomey, Maryan Fasth, Alice Harding, Denise Meine-Graham i Bonnie Carroll, które pełne empatii niosą nadzieję dla innych.

Fiona Tuomey, aby upamiętnić swoją córkę w 2018 roku założyła HUGG (ang. Healing Untold Grief Groups – 'grupy leczenia niewyrażonego żalu') oferujące osobom w żałobie po samobójstwie pocieszenie i wsparcie w czasach rozpacz.

W Szwecji w 1987 Maryan Fasth, której córka odebrała sobie życie, założyła stowarzyszenie REST, od 1989 zmiana nazwy na SPES ('szwedzka organizacja wsparcia dla osób w żałobie po samobójstwie'), aby osobom, które

przeżyły samobójstwo bliskiej osoby, okazać solidarność i wsparcie.

Alice Harding, zmagająca się z następstwami samobójstwa męża, założyła SOBS (ang. Survivors of Bereavement by Suicide and the Compassionate Friends – ‘osoby w żałobie po samobójstwie i współczujący przyjaciele’), to jest zorganizowaną sieć wsparcia dla osób w żałobie po samobójstwie.

Denise Meine-Graham w 2014 roku, doświadczona bolesną stratą syna dwa lata wcześniej, założyła LOSS (ang. Local Outreach to Suicide Survivors – ‘miejscowe wsparcie dla przeżywających samobójstwo osoby bliskiej’), wyciągając współczującą dłoń do tych, którzy znaleźli się w żałobie po samobójstwie.

Bonnie Carroll, wdowa po żołnierzu, w 1994 roku założyła TAPS (ang. Tragedy Assistance Program for Survivors – ‘program wsparcia dla ofiar tragedii’), oferujące wsparcie rodzinom opłakującym zmarłych w różnych okolicznościach, w tym w wyniku samobójstwa, żołnierzy i ich bliskich.

Wskazane wyżej osoby inspirowane transformującą mocą empatii i współczucia, odnalazły w bólu cel, a swój smutek i żal przekształciły w działania, obejmując przywództwo; oprócz założenia organizacji każda z tych osób doświadczyła osobistego rozwoju i transformacji po doświadczeniu utraty; ich doświadczenia są przykładem zrealizowanej koncepcji wzrostu pourazowego, dzięki któremu jednostki pomimo traumy odnajdują odporność i dokonują pozytywnych zmian dla siebie i innych. Zaangażowanie w pomaganie innym i tworzenie wspierających społeczności zainspirowało niezliczoną liczbę osób, pomagając odnaleźć nadzieję w obliczu przeciwności losu.

W pokazanych historiach odnajdujemy odporność ludzkiego ducha i niezwykłą moc współczucia, które leczy i jednoczy nas wszystkich, pokazując, że nawet w najciemniejszych czasach zawsze istnieje potencjał wzrostu i odnowy.

Wnioski

Ten rozdział jest poświęcony wzrostowi pourazowemu (PTG) – od pionierskiej pracy Tedeschiego i Calhouna (2004) przez inspirujące historie osób, które zamieniły swój ból w pomoc innym. Bowiem wzrost pourazowy (PTG) nie polega jedynie na przepracowaniu własnej traumy, ale na samorozwoju w jej następstwie: odnajdywaniu sensu, budowaniu odporności i dokonywaniu pozytywnych zmian w życiu. Wzrost pourazowy może przejawiać się w różnych dziedzinach życia, wpływając na poprawę relacji i na rozwój duchowy.

Neurobiologiczne mechanizmy wzrostu PTG, wyjaśniają, w jaki sposób ponowna ocena poznawcza i połączenia w mózgu przyczyniają się do psychologicznego wzrostu po traumie.

Historie o odporności i empatii przedstawione w tym rozdziale są nadzieją dla innych osób zmagających się z traumą, ponieważ udowadniają, że nawet w najtrudniejszych chwilach istnieje potencjał wzrostu.

Rozumiejąc koncepcję pourazowego wzrostu dzięki społecznemu wsparciu, możemy współtworzyć kulturę odporności i empatii, w której każdy może znaleźć ukojenie, uzyskać wsparcie i odnaleźć nadzieję.

Zapamiętaj!

1. Pourazowy rozwój jako droga do pozytywnych zmian

Koncepcja pourazowego wzrostu (PTG) wskazuje na potencjał osób po traumie do doświadczania pozytywnych przemian psychologicznych i duchowych; wzrost ten obejmuje lepsze postrzeganie siebie, budowanie głębszych relacji, odnalezienie sensu oraz poczucie celu.

2. Znacząca rola wsparcia społecznego

Skuteczne mechanizmy radzenia sobie oraz wsparcie przyjaciół, rodziny i społeczności odgrywają kluczową rolę w pourazowym wzroście (PTG); współczucie otoczenia i możliwość ujawnienia swoich przeżyć są niezbędne do przepracowania doświadczeń i znalezienia sensu po traumie.

3. Adaptacyjne strategie radzenia sobie

Wykorzystanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie, takich jak pozytywne przewartościowanie i wybaczenie sobie, może znacznie złagodzić negatywne skutki traumy i promować wzrost pourazowy; strategie te pomagają jednostkom przeformułować swoje doświadczenia i rozwinąć odporność.

4. Neurobiologiczne podstawy PTG

Badania wskazują, że wzrost pourazowy wiąże się z określonymi zmianami struktury i funkcji mózgu. Zrozumienie neurobiologicznych zjawisk, w tym przewartościowania poznawczego i zwiększonej liczby i aktywności połączeń w określonych obszarach mózgu, rzuca światło na procesy biologiczne, które wspierają wzrost pourazowy.

5. Inspirujące przykłady

Historie osób, które przekształciły osobistą tragedię w celowe altruistyczne działania, są przykładami wzrostu pourazowego; pokazują, jak osobista tragedia może prowadzić do tworzenia wspierających społeczności i inspirować innych do znalezienia nadziei i wzrostu w obliczu przeciwności losu.

Bibliografia

- Alderholm J., Arvidsson L. (2007). Growing through suffering: posttraumatic growth and positive changes after the suicide of a close relative. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:135145/FULLTEXT01.pdf>
- Levi-Belz, Y., & Lev-Ari, L. (2019). Attachment Styles and Posttraumatic Growth Among Suicide-Loss Survivors. *Crisis*, 40(3), 186–195. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000550>
- Bonnemort, L. (2020). Exploring the Impact of Insecure Attachment Styles in Couple Adjustment Through the Lens of Cluster B Pathology. <https://digitalcommons.nl.edu/diss/460/>
- Enright, R. D. (2019). *Forgiveness is a choice: A step-by-step process for resolving anger and restoring hope*. American Psychological Association.
- Fujisawa, T. X., Jung, M., Kojima, M., Saito, D. N., Kosaka, H., & Tomoda, A. (2015). Neural basis of psychological growth following adverse experiences: A resting-state functional MRI study. *PLOS ONE*, 10(8), e0136427. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0136427>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Koenigs, M., Barbey, A. K., Postle, B. R., & Grafman, J. (2009). Superior parietal cortex is critical for the manipulation of information in working memory. *Journal of Neuroscience*, 29(47), 14980–14986. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2799248/>
- Levi-Belz, Y. (2015). Stress-related growth among suicide survivors: The role of interpersonal and cognitive factors. *Archives of Suicide Research*, 19(3), 305–320. <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.957452>
- Levi-Belz, Y. (2019). With a little help from my friends: A follow-up study on the contribution of interpersonal characteristics to posttraumatic growth among suicide-loss survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(8), 895–904. <https://doi.org/10.1037/tra0000456>
- Levi-Belz, Y., Kryszyska, K., & Andriessen, K. (2021). “Turning personal tragedy into triumph”: A systematic review and meta-analysis of studies on posttraumatic growth among suicide-loss survivors. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 13(3), 322–332. <https://doi.org/10.1037/tra0000977>
- Menon V. (2011). Large-scale brain networks and psychopathology: a unifying triple network model. *Trends in cognitive sciences*, 15(10), 483–506. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.08.003>
- Morgan, J. K., Desmarais, S. L., Mitchell, R. E., & Simons-Rudolph, J. M. (2017). Posttraumatic Stress, Posttraumatic Growth, and Satisfaction With Life in Military Veterans. *Military Psychology*, 29(5), 434–447. <https://doi.org/10.1037/mil0000182>
- Ochsner, K. N., Bunge, S. A., Gross, J. J., & Gabrieli, J. D. (2002). Rethinking feelings: an fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of cognitive neuroscience*, 14(8), 1215–1229. <https://doi.org/10.1162/089892902760807212>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: “Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence.” *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Webb, J. R., & Boye, C. M. (2024). Self-Forgiveness and Self-Condensation in the Context of Addictive Behavior and Suicidal Behavior. *Substance abuse and rehabilitation*, 15, 21–30. <https://doi.org/10.2147/SAR.S396964>



Pytania kontrolne

1. Czym jest pourazowy wzrost według Tedeschi & Calhoun (2004)?

- A. Proces akceptowania swoich błędów oraz szukania w sobie złości i urazy do samego siebie.
- B. Pozytywne zmiany doświadczane po zmaganiu się z poważnymi traumatycznymi stresorami.
- C. Skala przeznaczona do pomiaru lęku.
- D. Interwencja terapeutyczna skoncentrowana na poznawczym przewartościowaniu negatywnych emocji.

2. W jaki sposób adaptacyjne strategie radzenia sobie są powiązane z pourazowym wzrostem (PTG) wg Garnefski i in. (2001)?

- A. Adaptacyjne strategie radzenia sobie nie mają znaczącego wpływu na wzrost pourazowy.
- B. Są one pozytywnie powiązane z objawami depresji i lęku.
- C. Są one negatywnie związane z objawami depresji, lęku, gniewu i innymi przejawami złego stanu psychicznego.
- D. Są one pozytywnie skorelowane z nasileniem problemów psychicznych.

3. Co zdaniem badaczy jest kluczowym czynnikiem ułatwiającym wzrost pourazowy (PTG) wśród osób w żałobie po samobójstwie?

- A. Unikanie interakcji społecznych, aby zapobiec dalszemu stresowi emocjonalnemu.
- B. Przyjmowanie marihuany.
- C. Silne przywiązanie, charakteryzujące się brakiem poczucia bezpieczeństwa po stracie.
- D. Poczucie przynależności, ujawnianie swoich uczuć i doświadczane wsparcie społeczne.

4. Jakie struktury mózgu były skorelowane z Inwentarzem Potraumatycznego Rozwoju (pol. IPR/ ang. PTGI) zgodnie z wynikami badania Ochsner et al. (2002)?

- A. Aktywacja w ciele migdałowatym i przyśrodkowej korze oczodołowo-czołowej.
- B. Zmniejszona aktywacja w bocznej i przyśrodkowej korze przedczołowej.
- C. Aktywacja w zakręcie nadoczodołowym (SMG) i górnym płacie ciemieniowym (SPL).
- D. Zwiększona aktywacja w rostralnej korze przedczołowej (rPFC) i górnym płacie ciemieniowym (SPL) w obrębie lewej centralnej sieci wykonawczej (CEN).

5. W jaki sposób przebaczenie sobie przyczynia się do regulacji emocjonalnej i uzyskania wsparcia społecznego?

- A. Samowybaczenie sprzyja negatywnym emocjom i nieprzystosowawczym zachowaniom.
- B. Przebaczenie sobie nie ma znaczącego wpływu na regulację emocjonalną ani wsparcie społeczne.
- C. Samowybaczenie promuje pozytywne emocje, myśli i zachowania wobec samego siebie i innych.
- D. Samowybaczenie prowadzi do obniżenia samooceny i autostygmatyzacji, co pogarsza stan psychiczny.

Odpowiedzi

- 1: B. Pozytywne zmiany doświadczane po zmaganiu się z poważnymi, dramatycznymi stresorami.
- 2: C. Są one negatywnie związane z objawami depresji, lęku, gniewu i innymi przejawami złego stanu psychicznego.
- 3: D. Poczucie przynależności, ujawnianie swoich uczuć i doświadczane wsparcie społeczne.
- 4: D. Zwiększona aktywacja w rostralnej PFC (rPFC) i SPL w lewej centralnej sieci wykonawczej (CEN).
- 5: C. Samowybaczenie promuje pozytywne emocje, myśli i zachowania wobec samego siebie i innych.

B.07

DEFINIOWANIE POJĘCIA POSTWENCJI – WSPARCIE I LECZENIE PO TRAGEDII

Pytanie wprowadzające

Jak społeczeństwo może skutecznie wspierać osoby w żałobie po samobójstwie i zapobiegać kolejnym tragediom?

Czego się nauczymy?

1. Definicja i znaczenie prewencji po samobójstwie

Dowiemy się czym jest postwencja i jak może pomóc osobom w żałobie po samobójstwie w radzeniu sobie i zapobieganiu kolejnym samobójstwom.

2. Cele postwencji

Zdefiniujemy cele działań: leczenie, przeciwdziałanie skomplikowanej żałobie, łagodzenie negatywnych skutków, zapobieganie kolejnym samobójstwom i promowanie wzrostu pourazowego.

3. Rodzaje interwencji

Przeanalizujemy podstawowe, drugorzędne i trzeciorzędne interwencje w związku z ryzykiem i złożonością żałoby.

4. Aktywne vs. pasywne działania prewencyjne

Rozróżnimy proaktywne – natychmiastowe wsparcie (aktywna postwencja) od oczekiwania aż osoby w żałobie same będą szukać pomocy (pasywna postwencja).

5. Wyzwania w zapobieganiu Zidentyfikujemy typowe problemy u osób w żałobie po samobójstwie, w tym stygmatyzację, bariery komunikacyjne, intensywne trudne emocje i ryzyko myśli samobójczych.

Wprowadzenie

Zapobieganie samobójstwom opiera się na zorganizowanej reakcji i wsparciu osób i grup społecznych dotkniętych samobójstwem lub innym traumatycznym wydarzeniem. Koncepcja postwencji (działania po incydencie), stworzona przez Shneidmana w 1981 roku, ma na celu zapewnienie pomocy osobom w żałobie po samobójstwie, aby wesprzeć ich poradzenie sobie ze stratą, zapobiec dalszym samobójstwom i promować wzrost potraumatyczny; podejście to obejmuje różne interwencje mające na celu ułatwienie procesu żałoby.

CZYM JEST POSTWENCJA?

Postwencja (działanie po incydencie) została zdefiniowana przez Amerykańskie Stowarzyszenie Suicydologii (1998) jako zapewnienie interwencji kryzysowej, wsparcia i pomocy osobom dotkniętym samobójstwem.

Osoby dotknięte samobójstwem to koledzy z klasy, przyjaciele, nauczyciele i członkowie rodziny, często określane także jako osoby, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej/ znanej (ang. suicide loss survivor) (Knieper, 1999).

Postwencja jest reakcją społeczności lub jednostki na próbę samobójczą lub samobójstwo osoby znanej (członka tej społeczności) w celu ułatwienia zdrowego dostosowania psychologicznego do tej trudnej sytuacji (Brock, 1990).

Postwencja obejmuje wsparcie po samobójstwie dedykowane członkom rodzin i społeczności z otoczenia zmarłego (Andriessen i in., 2011); zapewniane także przez przeszkolonych wolontariuszy/ rówieśników (Andriessen i in., 2019).

AKTYWNA I PASYWNA POSTWENCJA WTÓRNA

Aktywna postwencja jest zdefiniowana jako interwencja po samobójstwie mająca na celu ograniczenie wpływu samobójstwa na otoczenie zmarłego poprzez edukację osób, które jako pierwsze znalazły się na miejscu samobójstwa i wsparcie osób w żałobie w znalezieniu profesjonalnego i koleżeńskiego wsparcia (ang. peer-support).

Postwencja aktywna obejmuje interwencję po samobójstwie, podczas gdy postwencja bierna zakłada czekanie aż osoba w żałobie sama będzie szukać wsparcia (Cerel i in., 2009; Peace, 2016).

CELE DZIAŁAŃ POSTWENCYJNYCH

Celem postwencji jest zorganizowane wsparcie:

1. Ułatwienie radzenia sobie ze smutkiem i cierpieniem po samobójstwie.
2. Przeciwdziałanie skomplikowanym reakcjom żałoby.
3. Złagodzenie negatywnych skutków, na które narażona jest osoba po samobójstwie osoby bliskiej/ znanej.
4. Zapobieganie kolejnym samobójstwom wśród rodziny i przyjaciół, ponieważ dotyczy ich zwiększone ryzyko samobójstwa.
5. Promowanie wzrostu pourazowego.

Schut i Stroebe (2005) wyróżnili trzy rodzaje interwencji postwencyjnych:

1. **Pierwszorzędowe interwencje postwencyjne** oferują profesjonalną pomoc wszystkim osobom w żałobie (Linde i in., 2017).
2. **Wtórne interwencje postwencyjne są przeznaczone dla osób pogrążonych w żałobie, u których występuje wysokie ryzyko** skomplikowanej żałoby, na przykład u osób pogrążonych w żałobie z powodu samobójstwa lub zabójstwa.
3. **Trzeciorzędowe interwencje postwencyjne** skierowane są do osób, które doświadczają komplikacji w procesie żałoby.

Wszystkie programy zapobiegania samobójstwom powinny obejmować postwencję po samobójstwie dla osób pogrążonych w żałobie, w tym grup o podwyższonym ryzyku samobójstwa (Jordan, 2017).

WYZWANIA W POSTWENCJI

Wyzwania związane z problemami pojawiającymi się w postwencji:

1. Piętno i tabu społeczne

Spółeczne piętno otaczające samobójstwo może utrudniać otwartą dyskusję i wsparcie osób dotkniętych samobójstwem; piętno prowadzi do poczucia wstydu i izolacji.

2. Bariery komunikacyjne

Efektywna komunikacja może być trudna ze względu na obawę przed powiedzeniem czegoś niewłaściwego; przełamywanie barier mentalnych i wspieranie szczerych rozmów między członkami rodziny, przyjaciółmi i otoczeniem ma zasadnicze znaczenie dla wzrostu pourazowego.

3. Negatywny wpływ na relacje i brak wsparcia społecznego

Samobójstwo może nadwyrężyć relacje rodzinne, przyjacielskie i rówieśnicze, ponieważ mogą się pojawić trudności ze zrozumieniem lub skonfrontowaniem się z doświadczeniami po samobójstwie; obciąża to sieci wsparcia społecznego i może dodatkowo zaostrzyć poczucie izolacji i samotności, co jeszcze bardziej utrudnia osobom w żałobie po samobójstwie znalezienie potrzebnego wsparcia.

4. Intensywne emocje związane z żałobą

Radzenie sobie z intensywnymi emocjami żalu, poczucia winy, złości i dezorientacji może być przytłaczające dla osób w żałobie po samobójstwie. Znalezienie zdrowych mechanizmów radzenia sobie i przetwarzania negatywnych emocji jest dużym wyzwaniem.

5. Złożone reakcje żałoby

Żałoba po samobójstwie może stać się skomplikowaną żałobą, kiedy poradzenie sobie ze złożonymi emocjami i znalezienie drogi do wzrostu pourazowego (PTG) jest szczególnie trudne.

6. Ryzyko myśli samobójczych

Osoby w żałobie po samobójstwie mogą być narażone na zwiększone ryzyko wystąpienia myśli lub zachowań samobójczych; zajęcie się tym ryzykiem i zarządzanie nim, przy jednoczesnym wspieraniu procesu żałoby, ma kluczowe znaczenie w działaniach postwencyjnych.

7. Długoterminowy wpływ na zdrowie psychiczne

Wpływ samobójstwa na zdrowie psychiczne może wykraczać daleko poza bezpośrednie następstwa, prowadząc do długoterminowych problemów psychicznych, takich jak zaburzenia depresyjne, lękowe i zespół stresu pourazowego (PTSD); zapewnienie wsparcia ma kluczowe znaczenie w profilaktyce zdrowia psychicznego.

8. Brak zorganizowanego wsparcia

Dostęp do odpowiedniego wsparcia – doradztwo lub grupy wsparcia dla osób w żałobie po samobójstwie – może być ograniczony lub nawet niemożliwy w niektórych obszarach; pogłębia to poczucie izolacji i utrudnia proces powrotu do pełnej aktywności po traumie.

9. Wspieranie wrażliwych grup

Niektóre grupy społeczne, takie jak dzieci, młodzież lub osoby z zaburzeniami psychicznymi, są szczególnie narażone na skutki samobójstwa, włączając w to efekt Werthera, czyli pojawienie się wtórnych samobójstw po pierwszym samobójstwie; niezbędne jest dostosowanie wsparcia dla tych grup.

10. Różnice kulturowe i religijne

Przekonania kulturowe i religijne dotyczące śmierci i żałoby są bardzo zróżnicowane, co może wpływać na sposób, w jaki jednostki i społeczności reagują na stratę samobójczą; zrozumienie i poszanowanie różnic przy jednoczesnym zapewnieniu wsparcia ma zasadnicze znaczenie w działaniach postwencyjnych.

11. Skuteczność działań postwencyjnych

Identyfikacja najbardziej skutecznych działań i zdefiniowanie zakresu interwencji w ramach postwencji ma kluczowe znaczenie w dostosowaniu wsparcia do konkretnych potrzeb każdej osoby w żałobie po samobójstwie. Skuteczność postwencji może się różnić. Badania sugerują, że modele takie jak TAPS (Tragedy Assistance Program for Survivors; Suicide Postvention Model™) i protokoły postwencyjne mogą promować rozwój pourazowy po samobójstwie, oferując ścieżki efektywnego powrotu do zdrowia poprzez zapobieganie samobójstwom, zmniejszenie stygmatyzacji i wspieranie opiekunów.

12. Aktywne i pasywne podejście do wsparcia po samobójstwie

Aktywna postwencja odnosi się do proaktywnych środków i interwencji wdrażanych w celu wspierania osób, które doświadczyły straty samobójczej; to jest bezwzględne docieranie do osób dotkniętych samobójstwem, wsparcie oraz dostęp do usług pomocowych niejako automatyczny, w przeciwieństwie do podejścia pasywnego, w którym wsparcie owszem jest dostępne, ale nie jest aktywnie inicjowane.

Aktywne podejście ma na celu zmniejszenie stygmatyzacji oraz promowanie leczenia i powrotu do zdrowia wśród osób, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej. Praktyka pokazuje, że aktywne modele postwencyjne są bardziej skuteczne dla osób w żałobie po samobójstwie niż modele pasywne; zwiększają bowiem prawdopodobieństwo uczestnictwa żałobników w spotkaniach grup wsparcia i skutkują wyższą frekwencją.

Aktywne programy postwencyjne oferując wsparcie w czasie żałoby skracają czas między śmiercią osoby bliskiej a poszukiwaniem pomocy przez osoby, które przeżyły jej samobójstwo.

13. Ocena spełnienia potrzeb w zakresie informacji wśród osób w żałobie po samobójstwie

Osoby w żałobie po samobójstwie, często czują, że ich potrzeby dostępu do informacji nie są odpowiednio zaspokajane.

Początkowo osoby w żałobie po samobójstwie szukają informacji związanych z cierpieniem zmarłego, ale z czasem szukają również wskazówek dla siebie, jak radzić sobie ze stratą i jak zapobiegać kolejnym samobójstwom.

Wiele osób w żałobie po samobójstwie jest zmotywowanych do zaangażowania się w altruistyczną działalność, dlatego Zimmerman i in. (2023) sugerują, że należy opracować odpowiednią politykę informacyjną, aby wspierać osoby w żałobie po samobójstwie i potencjalnie zapobiegać rozprzestrzenianiu się samobójstw.

14. Ocena skuteczności osób, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej, we wspieraniu innych osób pogrążonych w żałobie po samobójstwie

Osoby w żałobie po samobójstwie mogą dać nadzieję i wsparcie w żałobie nowo osieroconym osobom, a także skierować je do opieki zdrowotnej, jeśli zajdzie taka potrzeba.

Wykazano, że rówieśnicze grupy wsparcia mają wpływ na poprawę samopoczucia osób w żałobie, dając im poczucie przynależności i nadzieję; normalizują doświadczenia związane z żałobą i dzielą się strategiami radzenia sobie; są zatem istotną propozycją dla osób w żałobie po samobójstwie.

15. Ocena wpływu krajowego programu prewencji na łagodzenie konsekwencji samobójstw

Protokoły postwencji są pomocne dla rezydentów i potencjalnie skuteczne w łagodzeniu psychologicznych i zawodowych konsekwencji samobójstw pacjentów. Badania pokazują jednak, że psychiatrzy rzadko korzystają z procedur postwencyjnych.

Zwiększone skoordynowane wysiłki, włączające edukację w zakresie postwencji są niezbędne, aby efektywniej zaopiekować się osobami w żałobie po samobójstwie i wzmocnić znajomość zasad postwencji wśród pracowników opieki zdrowotnej.

16. Opracowanie protokołów postwencji

Protokoły postwencyjne powinny zostać opracowane z uwzględnieniem specyfiki różnych środowisk.

Wnioski

Postwencja jest istotną częścią strategii zapobiegania samobójstwom, koncentrującą się na pomocy osobom w żałobie po samobójstwie poprzez zorganizowane wsparcie i edukację. Wychodząc naprzeciw potrzebom osób w żałobie po samobójstwie, działania postwencyjne nie tylko pomagają w leczeniu traumy, ale także zmniejszają ryzyko kolejnych samobójstw. Zrozumienie rodzajów interwencji i ich zastosowań może znacznie zwiększyć skuteczność programów prewencyjnych.

Zapamiętaj!

1. Definicja działań postwencyjnych

Postwencja to zorganizowane wsparcie zapewniane po samobójstwie, aby pomóc osobom w żałobie i zapobiec kolejnym samobójstwom.

2. Najważniejsze cele postwencji

Ułatwienie leczenia, przeciwdziałanie skomplikowanej żałobie, łagodzenie negatywnych skutków samobójstw i promowanie wzrostu pourazowego.

3. Rodzaje interwencji

Zabiegi postwencyjne są ukierunkowane na różne potrzeby w zależności od ryzyka kolejnego samobójstwa i komplikacji w procesie żałoby.

4. Aktywna i pasywna postwencja

Aktywna postwencja obejmuje natychmiastową interwencję i wsparcie, podczas gdy pasywna postwencja czeka, aż osoby w żałobie po samobójstwie, zwrócą się o pomoc.

5. Znaczenie zapobiegania

Programy zapobiegania kolejnym samobójstwom są niezwykle istotne, ponieważ dotyczą grupy zwiększonego ryzyka, jaką stanowią osoby w żałobie po samobójstwie.

Bibliografia

- Andriessen, K., Krysińska, K., & Grad, O. (Eds.). (2019). *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support*. Hogrefe Publishing GmbH.
- Mauk, G. W., & Sharpnack, J. D. (2013). A light unto the darkness: The psychoeducational imperative of school-based suicide postvention. In *Adolescent Psychiatry*, V. 23 (pp. 179–205). Routledge.
- Cerel, J., Padgett, J. H., Conwell, Y., & Reed Jr, G. A. (2009). A call for research: The need to better understand the impact of support groups for suicide survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(3), 269–281.
- Jordan, J. R. (2017). Postvention is prevention—The case for suicide postvention. *Death Studies*, 41(10), 614–621. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335544>
- Knieper, A. J. (1999). The suicide survivor's grief and recovery. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(4), 353–364. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1999.tb00530.x>
- Linde, K., Tremblé, J., Steinig, J., Nagl, M., & Kersting, A. (2017). Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(6), e0179496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179496>
- Higher Education Mental Health Alliance (HEMHA) (2014). *Postvention: A guide for response to suicide on college campuses*. <https://sprc.org/wp-content/uploads/2023/01/Hemha-postvention-guide.pdf>
- Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 8(sup1), S140–S147. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-140>
- Shneidman, E. S. (1981). Postvention: The care of the bereaved. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11(4), 349–359. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1981.tb01011.x>
- Zimmerman, M. S. (2023). The information seeking behaviors and needs of suicide survivors during bereavement. *Libri*, 73(1), 25–35. <https://doi.org/10.1515/libri-2021-0119>

Pytania kontrolne

1. Jaki jest główny cel postwencji?

- A. Zapewnienie zasobów edukacyjnych w zakresie zapobiegania samobójstwom.
- B. Ułatwianie dostosowania psychologicznego i leczenia po stracie samobójczej.
- C. Identyfikacja osób zagrożonych próbami samobójczymi.
- D. Promowanie świadomości na temat występowania samobójstw.

2. Czym się różni postwencja aktywna od pasywnej?

- A. Aktywne działania prewencyjne koncentrują się na dostarczaniu zasobów edukacyjnych, podczas gdy pasywne oferują bezpośrednie wsparcie.
- B. Aktywna postwencja obejmuje interwencję po samobójstwie, podczas gdy pasywna postwencja obejmuje czekanie, aż osoby poszukają wsparcia.
- C. Aktywna postwencja polega wyłącznie na profesjonalnym wsparciu, podczas gdy pasywna obejmuje wsparcie rówieśników.
- D. Aktywne działania postwencyjne mają na celu zapobieganie próbom samobójczym, podczas gdy pasywne koncentrują się na wspieraniu osób w żałobie po samobójstwie.

3. Co wyróżnia wtórne interwencje postwencyjne w zapobieganiu samobójstwom wg Schut i Stroebe (2005)?

- A. Oferują profesjonalną pomoc wszystkim osobom w żałobie.
- B. Ich celem są cierpiący ludzie, którzy doświadczają komplikacji w procesie żałoby.
- C. Są one przeznaczone dla osób pogrążonych w żałobie o wysokim ryzyku przeżywania skomplikowanej żałoby, takich jak osoby pogrążone w żałobie z powodu samobójstwa lub zabójstwa.
- D. Koncentrują się one na zapewnianiu wsparcia i pomocy osobom dotkniętym samobójstwem.

4. Jaki jest najważniejszy cel postwencji?

- A. Promowanie świadomości na temat strategii postwencji.
- B. Zachęcanie ludzi do szukania profesjonalnej pomocy.
- C. Ułatwianie radzenia sobie ze smutkiem i cierpieniem po stracie samobójczej.
- D. Edukacja społeczności na temat znaków ostrzegawczych zachowań samobójczych.

5. Postwencja po samobójstwie jest uważana za bezpośrednią formę zapobiegania samobójstwom ponieważ...

- A. zapewnia interwencję kryzysową i wsparcie dla osób dotkniętych samobójstwem.
- B. ma na celu promowanie świadomości na temat strategii zapobiegania samobójstwom.
- C. koncentruje się na identyfikacji osób zagrożonych próbami samobójczymi.
- D. obejmuje oferowanie zasobów edukacyjnych w zakresie zapobiegania samobójstwom.

6. W jaki sposób działania prewencyjne przyczyniają się do zapobiegania samobójstwom w rodzinie i wśród przyjaciół ofiar samobójstwa?

- A. Zapewniając zasoby edukacyjne na temat technik zapobiegania samobójstwom.
- B. Ułatwiając wsparcie i poprawę samopoczucia w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom po samobójstwie.
- C. Identyfikując osoby o wysokim ryzyku doświadczania skomplikowanego żalu.
- D. Poprzez promowanie świadomości na temat występowania samobójstw w społecznościach.

7. Jakie problemy w zakresie postwencji powodują postawy społeczne w postrzeganiu samobójstw?

- A. Wpływ emocjonalny.
- B. Brak usług wsparcia.
- C. Piętno i tabu społeczne.
- D. Ryzyko myśli samobójczych.

8. Dlaczego skuteczna komunikacja w żałobie po samobójstwie jest trudna?

- A. Ze względu na brak wpływu samobójstwa na emocje.
- B. Ponieważ nie ma złożonych reakcji żałoby.
- C. Ze względu na obawę przed powiedzeniem czegoś niewłaściwego.
- D. Z powodu różnic kulturowych i religijnych.

9. Czego mogą doświadczać osoby w żałobie po samobójstwie w wyniku napiętych relacji i braku wsparcia społecznego?

- A. Zwiększona odporność emocjonalna.
- B. Większe poczucie wspólnoty.
- C. Poczucie izolacji i samotności.
- D. Ulepszenie mechanizmu radzenia sobie.

10. Jaki długoterminowy wpływ na zdrowie psychiczne może mieć samobójstwo?

- A. Zmniejszone ryzyko depresji i lęku.
- B. Ogólnie lepsze samopoczucie.
- C. Wzrost/ rozwój pourazowy (PTG).
- D. Lepszy dostęp do usług wsparcia.

Odpowiedzi

- 1: B. Ułatwianie dostosowania psychologicznego i leczenia po stracie po stracie samobójczej.
- 2: B. Aktywna postwencja obejmuje interwencję po samobójstwie, podczas gdy pasywna postwencja obejmuje czekanie, aż osoby poszukają wsparcia.
- 3: C. Są one przeznaczone dla osób pogrążonych w żałobie o wysokim ryzyku przeżywania skomplikowanej żałoby, takich jak osoby pogrążone w żałobie z powodu samobójstwa lub zabójstwa.
- 4: C. Ułatwianie radzenia sobie ze smutkiem i cierpieniem po stracie samobójczej.
- 5: A. zapewnia interwencję kryzysową i wsparcie dla osób dotkniętych samobójstwem.
- 6: B. Ułatwiając leczenie i poprawę samopoczucia w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom po samobójstwie.
- 7: C. Piętno i tabu społeczne.
- 8: C. Ze względu na obawę przed powiedzeniem czegoś niewłaściwego.
- 9: C. Poczucie izolacji i samotności.
- 10: C. Wzrost/ rozwój pourazowy (PTG).

B.08

POSTWENCJA NA ŚWIECIE – 12 PRZYKŁADÓW

Pytanie wprowadzające

Czy kiedykolwiek zastanawiałeś się nad wsparciem osób i rodzin zmagających się z następstwami samobójstwa?

Czego się nauczymy?

1. Uzyskamy wgląd w sytuację w zakresie postwencji w różnych krajach świata.
2. Odkryjemy różnorodne sposoby wsparcia oferowane przez dwanaście przykładowych organizacji postwencyjnych.
3. Dowiemy się o dostosowywaniu wsparcia, zaangażowaniu społeczności i praktykach opartych na doświadczeniu.
4. Zrozumiemy rolę empatii i wzrostu pourazowego we wspieraniu osób, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej.

Wprowadzenie

Po samobójstwie członkowie rodzin ofiary, przyjaciele i znajomi zmagają się z żałobą. W różnych krajach istnieją organizacje świadczące usługi postwencyjne, mające na celu wspieranie osób w żałobie po samobójstwie.

Poznamy dwanaście organizacji z różnych krajów zajmujących się organizowaniem wsparcia indywidualnego, rodzinnego i rówieśniczego, a także wspieraniem zmian w polityce i finansowaniem badań z zakresu postwencji. Każda z opisanych organizacji oferuje unikatowe wsparcie, dostosowane do potrzeb osób w żałobie po samobójstwie, co odgrywa istotną rolę we wzmacnianiu odporności społeczeństwa i spełnia swoją funkcję w prewencji samobójstw.

Zaangażowanie w opiekę nad osobami w żałobie, rozpowszechnianie informacji i wspieranie badań nad żałobą i prewencją samobójstw są szansą dla osób w żałobie na wzrost pourazowy.

PREZENTACJA DWUNASTU ORGANIZACJI ZAJMUJĄCYCH SIĘ POSTWENCJĄ

Poniżej przedstawiamy przekrój przez działania organizacji zjednoczonych w swej misji wspierania i podnoszenia na duchu osób dotkniętych samobójstwem.

Australia – StandBy

www.standbysupport.com.au

StandBy to wiodący australijski program zapobiegania samobójstwom, mający na celu wspieranie osób, rodzin, przyjaciół, świadków, osób udzielających pierwszej pomocy, pracowników opieki zdrowotnej, opieki społecznej, szkół i całych społeczności dotkniętych samobójstwem.

Standby oferuje bezpłatne bezpośrednie lub telefoniczne wsparcie dzięki lokalnym organizacjom zaangażowanym w pomoc osobom dotkniętym samobójstwem. Standby jest centralnie koordynowany; łączy osoby w potrzebie z lokalnymi organizacjami i instytucjami mogącymi udzielić wsparcia; działa siedem dni w tygodniu.

Standby zapewnia ciągłe wsparcie przez okres do dwóch lat, sprawiając, że osoby cierpiące nie są same w żałobie.

Standby oferuje spotkania w grupach dla szkół, zakładów pracy i innych grup; wspiera całe społeczności poprzez kompleksowe inicjatywy szkoleniowe.

Działania Standby zostały opracowane przez grupy doradcze, w skład których wchodzi także osoby z doświadczeniem żałoby po samobójstwie, w oparciu o badania naukowe, które wykazały znaczną poprawę samopoczucia, zmniejszenie skłonności samobójczych i rzadsze korzystanie z opieki zdrowotnej przez osoby w żałobie, które otrzymały wsparcie, co czyni tę formę postwencji opłacalną inwestycją.

Irlandia - HUGG (ang. Healing Untold Grief Groups - 'grupy leczenia niewyrażonego żalu')
www.hugg.ie

HUGG to organizacja wsparcia rówieśniczego, oferująca spotkania w grupach dla osób dorosłych w żałobie po samobójstwie; założona została przez Fionę Tuomey, której córka odebrała sobie życie.

HUGG udziela informacji, oferuje telefoniczne wsparcie i organizuje pomoc świadczoną przez lokalnych wolontariuszy z uprzednim doświadczeniem utraty osoby bliskiej w wyniku samobójstwa.

Misja organizacji obejmuje angażowanie się w badania, współpracę z profesjonalistami i promowanie wsparcia. Działania grup HUGG są oparte na badaniach naukowych i prowadzone przez wyszkolonych moderatorów, których HUGG rekrutuje spośród osób z ponad trzyletnim doświadczeniem w żałobie, zapewniając im kompleksowe wsparcie. Struktura spotkań jest zgodna z wytycznymi obowiązującymi w Wielkiej Brytanii i Australii; tradycyjnie są to spotkania stacjonarne dla max. 12 uczestników odbywające się co dwa tygodnie; nacisk kładzie się na wzajemny szacunek, nieocenianie i poufność; każda sesja HUGG kończy się ćwiczeniem relaksującym i przypomnieniem o znaczeniu samoopieki dla dobrego samopoczucia.

Irlandia - Pieta
www.pieta.ie/about

Pieta rozpoczęła swoją działalność w 2006 roku w Lucan, w hrabstwie Dublin, angażując się w działania uczące samoakceptacji i budzące nadzieję na budowanie świata bez samobójstw, samouszkodzeń i stygmatyzacji; misja tej organizacji koncentruje się na rozszerzaniu dostępu do profesjonalnych usług przeznaczonych dla osób i społeczności w kryzysie.

Pieta poprzez usługę Suicide Bereavement Liaison (SBL - 'kontakt dla osoby w żałobie po samobójstwie') organizuje wsparcie, oferując poradnictwo, praktyczne informacje i pocieszenie osobom zmagającym się z bezpośrednim następstwem samobójstw.

Tak zwany oficer łącznikowy (SBLO) kontaktuje się z osobami dotkniętymi samobójstwem, proponując do 10 sesji dostosowanych do indywidualnych potrzeb.

Niezależnie od tego, czy spotkania mają miejsce w zaciszu własnego domu, czy w wybranej neutralnej przestrzeni, łącznik Piety (SBLO) zapewnia wsparcie praktyczne i emocjonalne, ułatwiając skorzystanie z dodatkowych usług terapeutycznych.

Swoimi działaniami Pieta obejmuje rodziców pomagającym swoim dzieciom w potraumatycznym okresie, dostarczając im kluczowych informacji i wsparcia także

podczas dochodzeń, postępowań sądowych i śledztwa prowadzonego przez koronera. Pieta dąży do złagodzenia ciężaru żałoby i zapewnienia drogi do zdrowienia i budowanie odporności.

Norwegia - Unge LEVE ('młodzi żyją') - norweska organizacja dla osób w żałobie po samobójstwie
www.leve.no

LEVE - (Landsforeningen for etterlatte ved selvmord - 'norweska organizacja dla osób, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej') zajmuje się wspieraniem osób i rodzin po stracie samobójczej; LEVE jest jednocześnie norweskim czasownikiem 'żyć', co ma wskazywać na odporność i nadzieję w obliczu tragedii.

Koncentrując się na wspieraniu, dostarczaniu informacji i badaniach, LEVE dąży do zapewnienia osobom w żałobie po samobójstwie aktywnej pomocy, jednocześnie opowiadając się za programami postwencji.

Poprzez działania informacyjne LEVE stara się podnosić świadomość na temat samobójstw i wyzwań związanych z żałobą, wśród różnych społeczności, także wśród pracowników służby zdrowia.

LEVE angażuje się także w finansowanie inicjatyw badawczych mających na celu zapobieganie samobójstwom i poprawę opieki nad osobami, które je przeżyły. Cele LEVE obejmują zapewnienie odpowiedniej pomocy i wsparcia dla osób w żałobie po samobójstwie, podejmowanie wysiłków na rzecz zapobiegania samobójstwom oraz promowanie zrozumienia problemów osób w żałobie po samobójstwie.

LEVE - wykorzystując bolesne doświadczenia jako cenne źródło wsparcia w żałobie i zapobiegania samobójstwom - dąży do stworzenia bardziej współczującego i wspierającego się solidarnego społeczeństwa.

Polska - Nagle Sami
www.naglesami.org.pl

Fundacja Nagle Sami narodziła się zauważając potrzebę wsparcia w czasie żałoby; założona została dla tych, którzy zostali zmuszeni do poradzenia sobie z nagłą stratą. Fundacja Nagle Sami oferuje zrozumienie i empatię, dzięki niezachwianemu przekonaniu, że chociaż strata jest nieuniknioną częścią życia, podróż przez żałobę jest głęboko osobista i wyjątkowa dla każdej osoby; rozumiejąc to, fundacja wyciąga dłoń do wszystkich w żałobie, którzy szukają pocieszenia i wsparcia.

Fundacja Nagle Sami stara się być kołem ratunkowym dla potrzebujących poprzez różne inicjatywy, zwłaszcza grupy wsparcia, będące bezpieczną przestrzenią, w której osoby pogrążone w żałobie mogą podzielić się swoimi doświadczeniami i znaleźć ukojenie w towarzystwie

innych osób, które rozumieją ich ból, czy też spersonalizowane indywidualne terapie, dostosowane do potrzeb konkretnej osoby.

Fundacja Nagle Sami prowadzi stacjonarne i internetowe spotkania wsparcia, angażuje się w edukację, organizując sesje szkoleniowe i seminaria internetowe, aby pomóc osobom w radzeniu sobie z żałobą.

Dla tych, którzy czują się odizolowani w swojej żałobie, Fundacja Nagle Sami przygotowała bezpłatną anonimową linię telefoniczną, mającą być pocieszającym głosem w potrzebie.

Misją Fundacji Nagle Sami jest: słuchać, wspierać i być tam, gdzie osoby w żałobie, okazując współczucie i empatię, towarzysząc w żałobie.

Szwecja – SPES (Riksförbundet för SuicidPrevention och EfterlevandeStöd – ‘krajowe stowarzyszenie na rzecz zapobiegania samobójstwom i wsparcia osób w żałobie po samobójstwie’)

www.spes.se

Stowarzyszenie jest przeznaczone dla każdego, kto stracił członka rodziny, krewnego, partnera lub dobrego przyjaciela w wyniku samobójstwa.

Maryan Fasth, która zmagająca się z żałobą po samobójstwie córki, w 1986 roku skontaktowała się z Hemmets Journal, prosząc o pomoc; jej szczerza prośba o kontakt odbiła się szerokim echem wśród innych osób, które również straciły bliskich w wyniku samobójstwa. Dlatego w 1987 roku siedemnaście osób zebrało się w Sztokholmie, aby utworzyć REST – krajowe stowarzyszenie wsparcia osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej, którego Maryan Fasth została tymczasową przewodniczącą. Jedną z pierwszych inicjatyw powstałego stowarzyszenia było stworzenie arkusza członkowskiego, nazwanego „Arkuszem Forget-Me-Not”, symbolizującego ich zaangażowanie w uhonorowanie pamięci tych, których utracili.

W 1988 zmieniono nazwę na SPES – szwedzka organizacja prewencji samobójstw i wsparcia osób w żałobie po samobójstwie, przyjęto statut i podjęto kroki do sformalizowania organizacji; stworzono lokalne oddziały rozszerzając zasięg wsparcia dla osób, które również straciły bliskich w wyniku samobójstwa na cały kraj. Profesor Hans Åkerberg został pierwszym doradcą organizacji, umacniając jej zaangażowanie w doskonalenie realizacji swojej misji.

Z osobistej tragedii osieroconej matki wyłoniła się organizacja SPES, będąca świadectwem odporności ludzkiego ducha i siły społeczności w obliczu straty, która oferuje wsparcie i pomoc tym, którzy stracili bliskich w wyniku samobójstwa, ucieleśniając samą istotę swojej nazwy – SPES to po łacinie ‘nadzieja’.

SPES organizuje comiesięczne spotkania w różnych regionach, spotkania cyfrowe, infolinię i czat. Angażuje się w krajowe inicjatywy wsparcia dla osób w żałobie po samobójstwie, SPES Blekinge był partnerem w międzynarodowym projekcie ELLIPSE, współfinansowanym przez program Unii Europejskiej Erasmus+ (2019-2022) i koordynatorem projektu Postwencja ELLIPSE (2023-2024). Jest współtwórcą e-learningowego kursu zapobiegania samobójstwom ELLIPSE Gatekeeper+ oraz kursu Postwencja Ellipse.

Szwecja: HOPE – To live on

www.hopeattlevavidare.se

Hope to organizacja non-profit dla osób, które straciły dziecko w wyniku samobójstwa. Jej celem jest pomoc im w znalezieniu nadziei. Życie nigdy nie będzie takie samo, ale można powrócić do codziennego życia i starać się nadać mu sens. Celem działań wspierających jest zapewnienie osobom, które straciły dziecko, narzędzi do przepracowania żałoby, zobaczenia przyszłości, życia, a nie tylko przetrwania. Została założona w 2023 roku przez cztery matki, które straciły swoje dzieci w wyniku samobójstwa. Organizują spotkania, rozmowy przy kawie, spacerzy połączone z rozmową w różnych miejscach w kraju, a także spotkania online.

Stany Zjednoczone – LOSS – Local Outreach to Survivors of Suicide (‘miejscowe wsparcie dla przeżywających samobójstwo osoby bliskiej’)

www.losscs.org/about-us/

Denise Meine-Graham, założycielka LOSS – Local Outreach to Survivors of Suicide (‘miejscowe wsparcie dla przeżywających samobójstwo osoby bliskiej’) w Stanach Zjednoczonych, w 2012 roku doświadczyła drugoczącej straty syna w wyniku samobójstwa; znajdując ukojenie we wsparciu innej osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej, zdała sobie sprawę z nieocenionej roli, jaką w procesie zdrowienia w żałobie odgrywa wsparcie emocjonalne.

W 2014 roku powstała organizacja LOSS, której misją jest zaszczepienie nadziei i umożliwienie osobom w żałobie po samobójstwie rozwoju pomimo traumy. Informowani przez biuro koronera przeszkoleni wolontariusze LOSS zapewniają zrozumienie i wsparcie osobom, które otrzymały informacje o samobójstwie osoby bliskiej; w tym co najmniej jeden z wolontariuszy posiada własne doświadczenie żałoby po samobójstwie, dlatego też nawiązuje pełne empatii silne więzi z osobą potrzebującą wsparcia; kontakt z innymi ‘przeżywającymi samobójstwo osoby bliskiej’ (ang. Suicide Loss Survivors) inspirowe i daje nadzieję nowo pogrążonym w żałobie.

LOSS organizuje grupy wsparcia, wydarzenia upamiętniające oraz szkolenia w zakresie postwencji i prewencji samobójstw dla zainteresowanych społeczności. Zeespoły LOSS, składające się z profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, pracowników centrów kryzysowych i wolontariuszy z doświadczeniem samobójstwa osoby bliskiej, docierają do dotkniętych samobójstwem w krótkim czasie po stracie, zapewniając niezbędne wsparcie i pomoc.

Wdrażane w Ameryce, Australii i Singapurze programy typu LOSS stanowią przykład aktywnej postwencji; trwają badania mające na celu ustalenie, czy aktywna postwencja koreluje z mniejszą liczbą objawów depresji i skomplikowanej żałoby oraz czy prowadzi do poprawy długoterminowej, dając nadzieję na budowę systemu wsparcia dla osób w żałobie po samobójstwach.

Stany Zjednoczone – TAPS

- Tragedy Assistance Program for Survivors

(‘program wsparcia dla ofiar tragedii’)

www.taps.org

TAPS – Tragedy Assistance Program for Survivors (‘program wsparcia dla ofiar tragedii’) daje nadzieję osobom pogrążonym w żałobie po stracie ukochanej osoby odbywającej służbę wojskową; został założony w 1994 roku przez Bonnie Carroll, pogrążoną w żałobie wdowę po żołnierzu.

TAPS wyłonił się z osobistej tragedii, aby zapewnić wsparcie tysiącom pogrążonym w żałobie rodzin.

Głównym celem TAPS jest bycie kołem ratunkowym dla osób zmagających się z żałobą po stracie członka rodziny odbywającego służbę wojskową.

Poprzez wiele różnych programów – od grup wsparcia rówieśniczego i indywidualnego, przez doradztwo, po platformy online – TAPS oferuje wsparcie dostosowane do szczególnych potrzeb każdej osoby w żałobie. TAPS zapewnia osobom w żałobie bezpieczną przystań, gdzie mogą dzielić się swoimi historiami, znajdować wsparcie i odkrywać nadzieję pośród bólu.

Jedną z cech charakterystycznych TAPS jest zaangażowanie w rozwój osobisty osób w żałobie w obliczu przeciwności losu; poprzez zasoby edukacyjne i programy informacyjne, TAPS wyposaża osoby w żałobie w narzędzia, których potrzebują, aby uhonorować wspomnienie ukochanej osoby, jednocześnie budując odporność na przyszłość.

TAPS jest wiodącą organizacją w działaniach wojskowych na rzecz wsparcia osób w żałobie i zapobiegania samobójstwom; współpracując z agencjami rządowymi, wojskowymi i społecznymi TAPS pracuje na rzecz podnoszenia świadomości i promowania polityki wspierającej potrzeby rodzin w żałobie.

WIELKA BRYTANIA – SOBS – Survivors of Bereavement by Suicide

(‘przeżywający żałobę w wyniku samobójstwa’)

www.uksobs.com

Organizacja SOBS – Survivors of Bereavement by Suicide (‘przeżywający żałobę w wyniku samobójstwa’) została założona w Wielkiej Brytanii w 1991 roku przez Alice Middleton, która po śmierci brata i braku dostępnego wsparcia umieściła ogłoszenie w lokalnej gazecie, w którym prosiła o kontakt z innymi osobami w żałobie w wyniku samobójstwa; pierwszą grupę wsparcia założyła w swoim mieszkaniu w Hull.

SOBS jest jedyną brytyjską ogólnokrajową organizacją charytatywną zapewniającą wsparcie osobom dorosłym będącym w żałobie z powodu samobójstwa poprzez organizowanie lokalnych i wirtualnych grup wsparcia online, krajową infolinię telefoniczną, wsparcie e-mailowe i forum dla społeczności osób w żałobie online.

SOBS zapewnia bezpieczną poufną przestrzeń, w której osoby mogą dzielić się swoimi doświadczeniami, dawać i otrzymywać wsparcie od innych, zarówno bezpośrednio po stracie, jak i w kolejnych miesiącach i latach. SOBS zapewnia współpracę z profesjonalistami, którzy angażują się i wspierają osoby w żałobie po samobójstwie.

Dzięki SOBS osoby w żałobie, które doświadczyły straty, łączą się z innymi osobami doświadczającymi podobnych strat, aby samodzielnie odkrywać strategie radzenia sobie, doświadczać poczucia wspólnoty i zrozumienia na drodze do wzrostu potraumatycznego.

Włochy – SOPROXI

www.soproxi.it/en/soproxi-project

SOPROXI to organizacja koordynująca specjalistyczne wsparcie i dostarczająca potrzebne informacje osobom, które straciły bliską osobę w wyniku samobójstwa; została założona w 2006 roku przez lekarza psychiatrę Paola Scocco, profesora na wydziale suicydologii Uniwersytetu w Padwie; złożona z psychiatrów, psychologów, osób w żałobie po samobójstwie po szkoleniach i grupy wolontariuszy SOPROXI działa w celu zmiany na lepsze w życiu osób dotkniętych samobójstwem.

SOPROXI obejmuje zasięgiem działania całe Włochy.

Misją SOPROXI jest promowanie dobrostanu psychicznego i zapewnienie pomocy osobom, które przeżywają żałobę, dlatego organizując konsultacje, grupy wsparcia i zajęcia psychoterapeutyczne SOPROXI dąży do wzmocnienia pozycji osób w żałobie po samobójstwie i wspiera je w radzeniu sobie z żałobą.

Ponadto SOPROXI organizuje i prowadzi warsztaty i inne wydarzenia edukacyjne w celu podniesienia świadomości na temat czynników ryzyka samobójstwa i strategii zapobiegania samobójstwom.

Włochy: De Leo Fund Onlus

<https://www.deleofund.org/>

De Leo Fund Onlus to organizacja non-profit, której współzałożycielem był suicydolog, profesor Diego De Leo w 2005 r. De Leo Fund zapewnia wsparcie osobom dotkniętym traumą spowodowaną nagłą lub traumatyczną śmiercią (wypadki drogowe lub w pracy, samobójstwa, morderstwa, klęski żywiołowe) poprzez krajową infolinię telefoniczną, chat, fora internetowe oraz wywiady online lub osobiste.

Wnioski

W rozdziale omówiono dwanaście organizacji zajmujących się udzielaniem wsparcia osobom, rodzinom i grupom dotkniętym samobójstwem na całym świecie. Począwszy od australijskiego StandBy, oferującego bezpłatne wsparcie osobiste i telefoniczne, przez irlandzką HUGG zapewniającą grupy wsparcia rówieśniczego, po polską Fundację Nagle Sami każda z opisanych organizacji jest zaangażowana w zaspokajanie wyjątkowych potrzeb osób w żałobie po samobójstwie; Pieta w Irlandii zapewnia emocjonalne i praktyczne wsparcie, SOPROXI we Włoszech udziela pomocy specjalistycznej i pomocnych informacji; LEVE w Norwegii koncentruje się na wsparciu, udzielaniu informacji i badaniach, wspierając osoby, które przeżyły samobójstwo i finansując inicjatywy badawcze mające na celu postwencję. SPES w Szwecji, podobnie jak inne organizacje opisane w tym rozdziale, wyłonił się z osobistej tragedii, by stać się krajowym stowarzyszeniem wspierającym osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej. Organizacja SOBS w Wielkiej Brytanii zapewnia grupy wsparcia i zasoby, których celem jest wspieranie w przeżyciu bolesnych doświadczeń związanych z żałobą i zrozumienie potrzeb osób w żałobie. W Stanach Zjednoczonych LOSS organizuje kompleksowe działania postwencyjne i profilaktyczne; jednocześnie TAPS wspiera rodziny wojskowych w przeżywaniu żałoby, dostosowując do ich potrzeb programy i wsparcie. Wreszcie, Fundacja Nagle Sami w Polsce zapewnia poczucie zrozumienia i empatię, organizując grupy wsparcia, indywidualne terapie i ogólnokrajowy telefon wsparcia dla osób zmagających się z żałobą.

Organizacje mające na celu złagodzenie ciężaru żałoby, ukazywanie nadziei i możliwości poradzenia sobie z żałobą stanowią konkretne przykłady różnorodnych podejść do postwencji.

Zapamiętaj!

1. Globalny zasięg

Usługi w zakresie postwencji są świadczone przez różne organizacje na całym świecie.

2. Wsparcie dostosowane do potrzeb

Każda organizacja oferuje unikatowe wsparcie, dostosowane do potrzeb osób w żałobie, w tym doradztwo, grupy rówieśnicze i pomoc praktyczną.

3. Zaangażowanie społeczności

Wiele organizacji nadaje priorytet odporności społeczności poprzez organizację spotkań grupowych i grup wsparcia.

4. Usystematyzowana wiedza

Usługi postwencyjne są często oparte na badaniach naukowych, wykazujących skuteczność w poprawie zdrowia psychicznego.

5. Wsparcie rówieśnicze

Grupy rówieśnicze zapewniają bezpieczną przestrzeń do dzielenia się doświadczeniami.

6. Rzecznictwo i świadomość Organizacje opowiadają się za rozwojem usług w zakresie postwencji i podnoszą świadomość społeczną w dziedzinie potrzeb osób w żałobie.

7. Dostęp online

Niektóre organizacje oferują wsparcie online w celu zwiększenia dostępności.

8. Specjalistyczne wsparcie

Niektóre organizacje zajmują się konkretnymi grupami, takimi jak rodziny wojskowych.

9. Podejście oparte na empatii Wszystkie organizacje kładą nacisk na współczucie i empatię podczas wspierania osób w żałobie.

10. Wzrost pourazowy

Organizacje świadcząc usługi w zakresie postwencji mają na celu wskazywanie możliwych ścieżek do odzyskania zdrowia i wzrostu pourazowego.

SPIS ORGANIZACJI

Australia: StandBy – Support After Suicide StandBy – Support After Suicide. Pobrano 19 lipca 2024,
z <https://standbysupport.com.au/>

Irlandia: HUGG (Healing Untold Grief Groups) HUGG (Healing Untold Grief Groups). Pobrano 19 lipca 2024,
z <https://www.hugg.ie>

Irlandia: Pieta – Suicide Bereavement Liaison Service Pieta. Pobrano 19 lipca 2024,
z <https://www.pieta.ie/about/>

Norwegia: LEVE – The Norwegian Organisation for Suicide Survivors LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord. (n.d.). Pobrano 19 lipca 2024,
z <https://leve.no/>

Polska: Nagle Sami Nagle Sami. Pobrano 19 lipca 2024,
z <https://naglesami.org.pl/>

Szwecja: SPES (National Association for Suicide Prevention and Survivors Support) SPES. Pobrano 19 lipca 2024,
z <https://spes.se>

Szwecja: HOPE – To live on Strona internetowa: hopeattlevavidare.se

Stany Zjednoczone: Local Outreach to Survivors of Suicide (LOSS) Local Outreach to Survivors of Suicide (LOSS). Pobrano 19 lipca 2024,
z <https://losscs.org/about-us/>

Stany Zjednoczone: Tragedy Assistance Program for Survivors (TAPS) Tragedy Assistance Program for Survivors (TAPS). Pobrano 19 lipca 2024,
z <https://www.taps.org/>

Wielka Brytania: Survivors of Bereavement by Suicide (SOBS) Survivors of Bereavement by Suicide (SOBS). (n.d.). Pobrano 19 lipca 2024,
z <https://uksobs.com/>

Włochy: De Leo Fund Onlus <https://www.deleofund.org/>

Włochy: SOPROXI SOPROXI. Pobrano 19 lipca 2024,
z <https://www.soproxi.it/en/soproxi-project/>

Pytania kontrolne

1. Jaki jest główny cel organizacji StandBy w Australii?

- A. Zapewnienie bezpłatnego bezpośredniego lub telefonicznego wsparcia osobom dotkniętym samobójstwem.
- B. Organizowanie grupowych sesji wsparcia dla szkół, miejsc pracy i innych społeczności.
- C. Prowadzenie badań nad strategiami zapobiegania samobójstwom.
- D. Oferowanie szkoleń dla specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego.

2. Jaka jest główna misja organizacji Pieta w Irlandii?

- A. Zapewnienie wsparcia osobom i społecznościom w kryzysie.
- B. Oferowanie bezpłatnego bezpośredniego lub telefonicznego wsparcia osobom dotkniętym samobójstwem.
- C. Podnoszenie świadomości na temat zdrowia psychicznego.
- D. Badania nad żałobą po samobójstwie.

3. Jaka jest misja SOPROXI we Włoszech?

- A. Promowanie dobrostanu psychicznego i zapewnienie specjalistycznego wsparcia osobom, które utraciły osobę bliską w samobójstwie.
- B. Opowiadanie się za poprawą usług w zakresie zdrowia psychicznego.
- C. Prowadzenie stacjonarnych seminariów na temat uważności (ang. Mindfulness).
- D. Oferowanie indywidualnej psychoterapii specjalistom w dziedzinie zdrowia psychicznego.

4. Jaki jest główny cel organizacji SPES w Szwecji?

- A. Zapewnienie wsparcia osobom w żałobie po samobójstwie.
- B. Oferowanie internetowych spotkań wsparcia dla osób, które przeżyły samobójstwo.
- C. Szkolenie specjalistów ds. zdrowia psychicznego w zakresie strategii zapobiegania samobójstwom.
- D. Promowanie dobrostanu psychicznego i zapewnianie wsparcia osobom w żałobie

5. Co wyróżnia organizację TAPS w USA?

- A. Oferuje wsparcie rodzinom wojskowym w żałobie po stracie osoby bliskiej.
- B. Koncentruje się na zapewnianiu wsparcia w żałobie osobom po klęskach żywiołowych.
- C. Zapewnia przede wszystkim porady online dla osób w żałobie.
- D. Organizuje rekolekcje dla osób, które przeżyły różnego rodzaju straty.

6. Co wyróżnia organizację LOSS w USA?

- A. Zapewnia wsparcie w żałobie wyłącznie osobom, które straciły ukochaną osobę w wojsku.
- B. Organizuje grupy wsparcia i wydarzenia upamiętniające dla osób w żałobie po samobójstwie.
- C. Koncentruje się na zapewnianiu wsparcia osobom dotkniętym klęskami żywiołowymi.
- D. Oferuje przede wszystkim usługi doradztwa online dla osób pogrążonych w żałobie.

Odpowiedzi

- 1: A. Zapewnienie bezpłatnego bezpośredniego lub telefonicznego wsparcia osobom dotkniętym samobójstwem.
- 2: A. Zapewnienie wsparcia osobom i społecznościom w kryzysie.
- 3: A. Promowanie dobrostanu psychicznego i zapewnienie specjalistycznego wsparcia osobom, które utraciły osobę bliską w samobójstwie.
- 4: A. Zapewnienie wsparcia osobom w żałobie po samobójstwie.
- 5: A. Oferuje wsparcie rodzinom wojskowym pogrążonym w żałobie po stracie osoby bliskiej.
- 6: B. Organizuje grupy wsparcia i wydarzenia upamiętniające dla osób w żałobie po samobójstwie.



MODUŁ C

C.01 Program postwencji
w szwedzkim regionie Kalmar

C.02 Wskazówki dla pracowników
służby zdrowia i opieki społecznej
wspierających osoby dotknięte
samobójstwem

C.03 Wsparcie indywidualne osób
w żałobie po samobójstwie –
przykład interwencji

C.04 Wczesne i częste
wsparcie rodziny w żałobie po
samobójstwie (Postwencja
rodzinna Blekinge)

C.05 Znaczenie grup wsparcia
w postwencji

C.06 Model postwencji TAPS
(Suicide Postvention Model™)



C.01

PROGRAM POSTWENCJI W SZWEDZKIM REGIONIE KALMAR

Pytanie wprowadzające

W jaki sposób możemy szybko dotrzeć ze wsparciem do osób w żałobie po samobójstwie?

Czego się nauczymy?

1. Cel i zakres procedury

Zrozumienie celu procedury.

2. Podział ról i obowiązków

Identyfikacja kluczowych podmiotów i ich obowiązków w zakresie procedury zapewniania wsparcia osobom w żałobie.

3. Skuteczne strategie komunikacji

Nauka empatycznej i skutecznej komunikacji z osobami, które straciły bliską osobę w wyniku samobójstwa.

4. Praktyczne kroki

Uzyskanie wglądu w natychmiastowe działania i procedury następcze niezbędne do wspierania osób w żałobie.

5. Potrzeby osób w żałobie

Ocena potrzeb i dostosowanie do nich wsparcia.

Wprowadzenie

Badania przeprowadzone w Szwecji pokazują, że 96% osób pogrążonych w żałobie chce, aby służba zdrowia proponowała im wsparcie i informacje po samobójstwie osoby bliskiej. Służby ratunkowe biorą na siebie odpowiedzialność za wsparcie w ostrej fazie, ale często muszą szybko reagować na nowe sytuacje alarmowe.

Osoby w żałobie otrzymują **różne wsparcie w zależności od miejsca zamieszkania**; co więcej, nie istnieje żadna konkretna organizacja z jasno określoną odpowiedzialnością za prowadzenie postwencji.

Według obowiązującego w Szwecji prawa, opieka zdrowotna jest zobowiązana do zapobiegania chorobom, a gminy na mocy ustawy o usługach społecznych mają obowiązek zapewnić ludziom potrzebną pomoc i wsparcie w sytuacjach kryzysowych.

CEL PROGRAMU POSTWENCJI W REGIONIE KALMAR

Celem programu postwencji w regionie Kalmar jest usprawnienie systemu udzielania wsparcia osobom w żałobie oraz podział ról i obowiązków różnych podmiotów; dotyczy to zarówno fazy ostrej żałoby (po otrzymaniu informacji o samobójstwie), jak i późniejszego okresu.

Wsparcie dla osób pogrążonych w żałobie powinno być oferowane niezależnie od tego, czy zmarły miał stały kontakt z opieką zdrowotną lub z opieką społeczną, czy też nie; program dotyczy całego regionu Kalmar, a wsparcie powinno być zapewnione wszystkim jego mieszkańcom w żałobie po samobójstwie, niezależnie od tego, gdzie doszło do samobójstwa.

DEFINICJA OSOBY W ŻAŁOBIE

W początkowej fazie żałoby jako osoby w żałobie traktuje się najbliższych krewnych zmarłego, zgodnie z danymi urzędowymi (są to zazwyczaj jedna lub dwie osoby).

Badania wskazują jednak, że samobójstwo dotyka znacznie więcej osób z otoczenia zmarłego, zatem definicja osoby w żałobie powinna obejmować inne relacje, ponieważ samobójstwo może dotyczyć innej bliskiej niespokrewnionej osoby; ta szersza definicja uwzględnia aspekt czasowy, tj. jak długo śmierć znacząco wpływa na daną osobę.

Program postwencji w regionie Kalmar przyjmuje szerszą definicję osób w żałobie, głównie w oparciu o odczuwaną przez nie potrzebę wsparcia; wszystkie osoby w żałobie są identyfikowane później, gdy wsparcie już otrzymali najbliżsi krewni.

OSOBY W ŻAŁOBIE SPOZA REGIONU

Osoby w żałobie po samobójstwie mieszkające poza regionem Kalmar nie są obecnie objęte tą procedurą, nawet jeśli zgón nastąpił geograficznie w regionie Kalmar.

SAMOBÓJSTWO I ŚMIERĆ O NIEPEWNEJ PRZYZYNI

W niektórych przypadkach nie ma wątpliwości, że śmierć jest samobójstwem, podczas gdy w innych przypadkach zbadanie i ustalenie przyczyny wymaga czasu; dlatego program postwencji w regionie Kalmar obejmuje zarówno potwierdzone samobójstwa, jak i zgony z podejrzeniem samobójstwa.

WSPARCIE W ŻAŁOBIE

Od lipca 2022 roku region Kalmar oferuje proaktywne i skoordynowane wsparcie swoim mieszkańcom w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej; wsparcie jest udzielane dorosłym i dzieciom od wieku przedszkolnego.

Podział obowiązków

- **Kierownik placówki służby zdrowia** odpowiada za rozpowszechnianie procedury i dopilnowanie, by wszyscy pracownicy jej przestrzegali.
- **Pracownicy** są odpowiedzialni za przeprowadzanie interwencji zgodnie z przyjętą rutynową procedurą.
- **Policja lub lekarz** po stwierdzeniu zgonu ma obowiązek jego zgłoszenia – za pośrednictwem TeleQ lub skrzynki pocztowej w systemie Cosmic Messenger – do ośrodka zdrowia/ gabinetu lekarskiego, w którym osoba w żałobie otrzymuje pomoc medyczną, aby zainicjować wsparcie w żałobie.

Szczegóły zgłoszenia:

- zgłoszenie zawiera imię i nazwisko osoby w żałobie, jej numer identyfikacyjny, aktualne dane kontaktowe, informacje, które mogą być przydatne dla osoby, która się z nią skontaktuje oraz imię i nazwisko oraz dane kontaktowe policjanta/lekarza, który dokonał zgłoszenia.
- Pracownik systemu TeleQ niezwłocznie informuje o zgłoszeniu kierownika placówki służby zdrowia (lub osobę go zastępującą).
- Wyznaczenie przewodnika postwencji – kierownik jednostki wyznacza pracownika, który będzie tzw. przewodnikiem postwencji z obowiązkiem skontaktowania się z osobą w żałobie następnego dnia roboczego i odpowiedzialnego za koordynację dalszego wsparcia.

Koordinacja wsparcia w żałobie

- **Natychmiastowy kontakt telefoniczny**
 - przewodnik postwencji kontaktuje się z osobą pogrążoną w żałobie następnego dnia roboczego.
- **Pierwsze spotkanie**
 - przewodnik postwencji planuje pierwsze (fizyczne) spotkanie do tygodnia po zdarzeniu.

► Kontakty uzupełniające

– obowiązkowe kontakty telefoniczne po minimum 1, 3, 6 i 12 miesiącach (w razie potrzeby częściej).

► Ocena i ankieta

Podczas ostatniego kontaktu z osobą w żałobie udzielone wsparcie powinno zostać ocenione, a osoby, które przyjęły i otrzymały wsparcie, wypełniają ankietę. Ankieta powinna być zawsze przeprowadzana podczas ostatniego kontaktu, nawet jeśli wsparcie trwało krócej niż 12 miesięcy.

Jeśli wsparcie zostanie odrzucone

► Pierwszy kontakt:

– przewodnik postwencji zostawia swoje dane kontaktowe informując, że skontaktuje się ponownie.

► Drugi kontakt:

– jeśli przy drugiej próbie kontaktu osoba w żałobie nadal odmawia przyjęcia wsparcia, należy to uszanować i nie podejmować dalszych prób.

► Zapewnienie informacji

– należy jednak upewnić się, że osoba w żałobie ma dane kontaktowe do przewodnika i broszurę „Dla tych, którzy stracili ukochaną osobę” i wie, że może skontaktować się z ośrodkiem zdrowia w każdej chwili, jeśli będzie miała taką potrzebę.

Kluczowe kwestie

► Rola przewodnika postwencji:

– podstawowym zadaniem jest wysłuchanie, wsparcie i pomoc osobie w żałobie w dotarciu do potrzebnego wsparcia, a nie zapewnienie leczenia medycznego lub psychoterapii.

► Zachęcanie i empatia:

– obowiązuje postawa zachęcania i poprzez empatyczne słuchanie, wzmacniania zdolności osoby w żałobie do szukania pomocy.

► Dowartościowanie uczuć:

– przyjmujemy, że wszystkie emocje pojawiające się w czasie żałoby są ważne.

► Utrzymywanie regularnych aktywności:

– zachęcamy osobę pogrążoną w żałobie do kontynuowania regularnych zajęć (praca, ćwiczenia, chór itp.), ponieważ korzystanie ze zwolnienia lekarskiego na ogół na dłuższą metę nie jest pomocne.

► **Unikanie przedwczesnych wniosków:** – należy unikać nazywania śmierci samobójstwem, dopóki nie zostanie to jednoznacznie potwierdzone.

► Wsparcie rodziny:

– jeśli wsparcie ze strony innych członków rodziny jest możliwe, należy je zaoferować; kontakt ze wszystkimi osobami dorosłymi w żałobie powinien być udokumentowany oddzielnie w systemie dokumentacji medycznej Cosmic.

► **Praktyczne porady:**

- zachęcamy osobę w żałobie do zanotowania ważnych informacji.

Pierwszy kontakt telefoniczny (następny dzień roboczy)

► **Złóż kondolencje:**

- po potwierdzeniu się zdarzenia składamy kondolencje.

► **Wyjaśnij procedurę:**

- krótko wyjaśniamy, że kontakt telefoniczny jest częścią programu wsparcia osoby w żałobie w regionie Kalmar.

► **Opisz swoją rolę:**

- wyjaśniamy swoją rolę przewodnika postwencji, informując o tym co możemy, a czego nie możemy robić.

► **Pozostaw miejsce na rozmowę:**

- pozostawiamy miejsce na rozmowę z osobą pogrążoną w żałobie, jeśli sobie tego życzy.

► **Akceptacja emocji:**

- zapewniamy, że wszystkie uczucia są normalne.

► **Ocena potrzeb nieletnich:**

- zbieramy informacje na temat wieku małoletnich, szkoły i tego, czy dyrektor został poinformowany; jeśli opiekun dziecka nie może powiadomić szkoły, przewodnik może podjąć się tego zadania za zgodą opiekuna.

► **Proponowanie wsparcia:**

- zapewniamy osobę w żałobie o możliwości przyjęcia lub odrzucenia wsparcia; w przypadku akceptacji, planujemy spotkanie; w przypadku odmowy informujemy, że kolejna próba kontaktu zostanie podjęta za około miesiąc.

► **Zapewnienie informacji kontaktowych:**

- upewniamy się, że posiadamy aktualne dane kontaktowe do osoby w żałobie i podajemy swoje dane kontaktowe, zachęcając ją do kontaktu w razie potrzeby.

Po pierwszym kontakcie telefonicznym

► **Wysyłanie wiadomości SMS z informacjami o pomocy:**

- wysyłamy wiadomość tekstową z linkiem do strony pomocowej i informacji na stronie 1177, zawierającą dane kontaktowe i godziny dostępności organizacji wspierającej osoby w żałobie.

► **Udokumentowanie połączenia:**

- rejestrujemy rozmowę w systemie dokumentacji Cosmic, używając szablonu „Pierwsza wizyta (podstawowa opieka zdrowotna)”, wybierając „Wsparcie w żałobie” w polu „Przyczyna kontaktu”;

- planujemy kolejne działania zgodnie z rutynowymi odstępami czasu lub zgodnie z ustaleniami z osobą w żałobie.

Wizyta kontrolna (po tygodniu)

► **Przeczytanie zapisu poprzedniej rozmowy:** kontynuacja.

► **Zaplanuj rozmowę:**

- zaplanuj miejsce i czas na rozmowę z osobą w żałobie, jeśli sobie tego życzy.

► **Akceptacja emocji:**

- zapewnij, że wszystkie uczucia są normalne.

► **Omówienie różnych obszarów:**

- omów z osobą w żałobie jej bieżące potrzeby w zakresie opieki, potrzeby małoletnich; udziel informacji o sieciach wsparcia, innych osobach w żałobie, możliwych kontaktach z psychiatrą, psychoterapeutą, grupami wsparcia; zapytaj o potrzeby w miejscu pracy; objaśnij działanie pomocy socjalnej; odpowiedz na pytania i podaj praktyczne źródła informacji.

Inne informacje

► **Informacje na stronie 1177 i w witrynie internetowej**

Szczegóły dotyczące żałoby i reakcji na żałobę są dostępne na stronie 1177. Strona regionu Kalmar poświęcona wsparciu w żałobie zawiera broszury, porady dotyczące lektur i informacje na temat weekendów wsparcia BRIS dla dzieci i rodzin dotkniętych samobójstwem rodzica.

► **Media społecznościowe**

Zachęcamy do ostrożności przy zamieszczaniu informacji w mediach społecznościowych, aby zapobiec plotkom i dezinformacji; jest to szczególnie ważne w przypadku dzieci i młodzieży.

► **Ryzyko samobójstwa**

Osoby w żałobie często zgłaszają więcej myśli samobójczych niż osoby w żałobie z innych przyczyn. Jeśli osoba pogrążona w żałobie przyznaje się do myśli samobójczych, należy nadać jej priorytet w postaci wizyty u lekarza i oceny ryzyka samobójczego tego samego dnia.

Wnioski

Zapewnienie wsparcia osobom w żałobie po samobójstwie jest niezwykle ważnym i delikatnym zadaniem, które wymaga przejrzystego podziału ról, zakresu obowiązków i stosowania skutecznych strategii komunikacji.

W rozdziale opisano ustrukturyzowane podejście do zapewnienia spójnej i pełnej empatii opieki w szwedzkim regionie Kalmar, podkreślając znaczenie proaktywnego wsparcia i ciągłej oceny potrzeb, które mogą zmieniać się w czasie.

Przestrzeganie sprawdzonych procedur i wytycznych może pomóc potrzebującym, wspierając osobę w żałobie i jej odporność po tragicznej stracie.

Zapamiętaj!

1. Jasny cel wsparcia

Program postwencji w regionie Kalmar to przykład dobrze zdefiniowanej procedury dla zapewnienia spójnego wsparcia osobom w żałobie.

2. Wyznaczone role

Przypisanie konkretnych obowiązków i zadań różnym podmiotom zaangażowanym we wsparcie w żałobie zapewnia funkcjonowanie programu.

3. Skuteczna komunikacja

Efektywność wsparcia wymaga empatii i wymiany informacji z osobami pogrążonymi w żałobie.

4. Natychmiastowe i dalsze wsparcie

Procedura zapewnia natychmiastowe i stałe wsparcie osób dotkniętych samobójstwem.

5. Ciągła ocena

Istnieje potrzeba regularnej oceny i indywidualnego dostosowywania wsparcia w celu zaspokojenia potrzeb osób w żałobie.

Bibliografia

Hälsö- och sjukvårdslagen (HSL)

<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/centrala-lagar/halso--och-sjukvardslagen>

Rutin för efterlevandestöd i Region Kalmar (Kalmar Region Routine for Postvention):

<https://vardgivare.regionkalmar.se/ward--behandling/psykiskhalsa/efterlevandestod-vid-suicid/>

ELLIPSE Postvention Webbinarium: Efterlevandestöd/Postvention för hälso- och sjukvården och socialtjänsten (ELLIPSE Postvention Webinar - Postvention for Healthcare and Social Care (2024))

Pytania kontrolne

1. Jaki jest główny cel rutynowego wsparcia w żałobie w regionie Kalmar?

- A. Zapewnienie wsparcia finansowego osobom w żałobie.
- B. Dostarczenie osobie pogrążonej w żałobie szczegółowego raportu z dochodzenia.
- C. Wyjaśnienie możliwości wsparcia oferowanego osobom w żałobie oraz określenie ról i obowiązków.
- D. Prowadzenie rejestru procesu żałoby.

2. Kto inicjuje proces wsparcia w żałobie po potwierdzeniu samobójstwa?

- A. Rodzina zmarłego.
- B. Policja lub lekarz.
- C. Przewodnik postwencji.
- D. Administrator ośrodka zdrowia.

3. Co należy podkreślić rozmawiając z osobą w żałobie o zmarłym?

- A. Dane osobowe i zdjęcia zmarłego.
- B. Osoby, które odebrały sobie życie często cierpią na zaburzenia psychiczne, najczęściej depresję.
- C. Konkretna metoda zastosowana w samobójstwie.
- D. Osiągnięcia i najważniejsze wydarzenia w karierze zmarłego.

4. Na czym należy się skupić podczas pierwszego kontaktu telefonicznego z osobą pogrążoną w żałobie?

- A. Omówienie finansowych konsekwencji śmierci.
- B. Składanie kondolencji, wyjaśnianie rutynowych czynności i udzielanie informacji pomocowych.
- C. Zadawanie szczegółowych pytań dotyczących życia zmarłego.
- D. Aby zorganizować usługi pogrzebowe.

5. W jaki sposób oceniana jest skuteczność udzielonego wsparcia?

- A. Prosimy osobę pogrążoną w żałobie o napisanie szczegółowego raportu.
- B. Wypełnia się ankietę i sprawdza wsparcie udzielone podczas ostatniego kontaktu.
- C. Obserwuje się zachowanie osoby w żałobie na przestrzeni czasu.
- D. Należy skonsultować się z przewodnikiem po żałobie.

6. Która z poniższych kwestii jest kluczowa dla skutecznego wsparcia dla osób w żałobie?

- A. Zachęcanie osób w żałobie do unikania mówienia o swoich uczuciach.
- B. Udzielanie praktycznych porad dotyczących radzenia sobie z żałobą i wspierania członków rodziny.
- C. Sugerowanie natychmiastowego wprowadzenia istotnych zmian w życiu.
- D. Podkreślanie potrzeby szybkiego wyjścia ze straty.

Odpowiedzi

- 1: C. Wyjaśnienie możliwości wsparcia oferowanego osobom w żałobie oraz określenie ich ról i obowiązków.
- 2: B. Policja lub lekarz.
- 3: B. Osoby, które odebrały sobie życie często cierpią na zaburzenia psychiczne, najczęściej depresję.
- 4: B. Składanie kondolencji, wyjaśnianie rutynowych czynności i udzielanie informacji pomocowych.
- 5: B. Wypełnia się ankietę i sprawdza wsparcie udzielone podczas ostatniego kontaktu.
- 6: B. Udzielanie praktycznych porad dotyczących radzenia sobie z żałobą i wspierania członków rodziny.

C.02

WSKAZÓWKI DLA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ WSPIERAJĄCYCH OSOBY DOTKNIĘTE SAMOBÓJSTWEM

Pytanie wprowadzające

Jakie kluczowe strategie i rozważania pracownicy służby zdrowia i opieki społecznej powinni traktować priorytetowo, wspierając osoby w żałobie po samobójstwie?

Czego się nauczymy?

1. Luki w szkoleniu terapeutów i lekarzy

- ▶ Znaczenie empatycznych interwencji.
- ▶ Ryzyko pogłębienia traumy poprzez niewłaściwe reakcje.

2. Kulturowanie empatii w placówkach służby zdrowia

- ▶ Konieczność empatycznej i zindywidualizowanej opieki.
- ▶ Wpływ lekceważących postaw na osoby pogrążone w żałobie.

3. Wymiar egzystencjalny, duchowy i kulturowy żałoby

- ▶ Przyjmowanie różnych strategii radzenia sobie.
- ▶ Konstruowanie narracji wyjaśniającej.

4. Emocjonalna złożoność samobójstwa

- ▶ Radzenie sobie z poczuciem winy i gniewem.
- ▶ Znaczenie modelu dwoistego procesu żałoby.

Wprowadzenie

Wspieranie osób w żałobie po samobójstwie wymaga zindywidualizowanego empatycznego podejścia, aby efektywnie pomóc w radzeniu sobie ze złożoną i często wyniszczającą żałobą.

Niniejszy rozdział opisuje najważniejsze strategie i spostrzeżenia dotyczące skutecznej pomocy osobom, które straciły bliskich w wyniku samobójstwa; zauważa także krytyczne luki w przygotowaniu terapeutów i lekarzy na sytuacje traumatyczne; podnosi znaczenie kulturowania empatii w placówkach służby zdrowia oraz wskazuje na potrzebę zrozumienia egzystencjalnego, duchowego i kulturowego wymiaru żałoby po samobójstwie. Analizując te czynniki, pracownicy służby zdrowia i opieki

społecznej mogą zapewnić współczującą, dostosowaną kulturowo opiekę, umożliwiającą zdrowienie, budowanie odporności i wzrost po traumie samobójstwa osoby bliskiej.

WYPEŁNIANIE LUK W PRZYGOTOWANIU DO POMOCY W ŻAŁOBIE

1. Usuwanie luk w szkoleniu terapeutów

→ Przykład:

Za bardzo się nad tym rozwodzisz.

W niektórych przypadkach terapeuci wyposażeni np. w techniki terapii poznawczo-behawioralnej przedkładają zastosowanie konkretnych technik nad nawiązywanie empatycznej, opartej na więzi terapeutycznej relacji z pacjentami, którzy doświadczyli samobójstwa osoby bliskiej; takie podejście może prowadzić do wycofania się z terapii i utraty nadziei na jej skuteczność (Jordan, 2020).

2. Usuwanie luk w szkoleniu lekarzy

→ Przykład:

Potrzebujesz leków.

Zdarza się, że lekarze zbyt wcześnie przepisują leki przeciwdepresyjne, bez uwzględnienia zindywidualizowanych potrzeb i emocji osób w żałobie po samobójstwie; może to skutkować nieprzestrzeganiem zasad leczenia, przerwaniem terapii i zmniejszoną wiarą w zdolność systemu opieki zdrowotnej do pomocy w radzeniu sobie z traumą (Jordan, 2020).

3. Kultywowanie empatii w placówkach służby zdrowia

→ Przykład:

Nie potrzebujesz zwolnienia lekarskiego. Im wcześniej wrócisz do pracy, tym lepiej się poczujesz.

Pacjenci mogą spotykać się z lekceważącym podejściem ze strony pracowników służby zdrowia, którzy ignorują ich potrzebę czasu na przepracowanie żałoby; lekceważące reakcje na potrzeby pacjentów mogą jedynie nasilać poczucie izolacji i bezwartościowości u osób pogrążonych w żałobie.

4. Porady dotyczące dbania o siebie

→ Przykład: *Zapisz się na lekcje jogi.*

Sugestie, takie jak propozycja zaangażowania się w jogę, choć mają dobre intencje, mogą być przytłaczające dla osób, które zmagają się z następstwami samobójstwa; osoba w żałobie potrzebuje wsparcia emocjonalnego i zrozumienia, gdyż to sprzyja budowaniu sojuszu terapeutycznego i łagodzi poczucie izolacji, niepokoju i nieadekwatności (Jordan, 2020).

5. Wymiar egzystencjalny, duchowy i kulturowy żałoby

→ Przykład:

Samobójstwo jest niemoralnym zachowaniem i grzechem.

Po doświadczeniu samobójstwa bliskiej osoby osoba pogrążona w żałobie może odczuwać dyskomfort w kontaktach ze społecznościami religijnymi, które piętnują samobójstwo. Piętnowanie może prowadzić do wycofania społecznego i nasilać poczucie izolacji i cierpienia. I odwrotnie, wspierające społeczności, omawiając z osobą w żałobie czynności życia codziennego, mogą zapewnić pociechę i poczucie więzi (Jordan, 2020).

6. Niezrozumienie i brak akceptacji różnorodnych strategii radzenia sobie

→ Przykład:

Nie chcę o tym rozmawiać.

Po utracie dziecka w wyniku samobójstwa matka może szukać ciągłych okazji do mówienia o swoim bólu, aby przepracować swoją stratę; w tym samym czasie ojciec dziecka może odczuwać potrzebę odizolowania się i przyjęcia postawy „obronnej hibernacji” – ta rozbieżność w mechanizmach radzenia sobie może prowadzić do rozdzwisku, gdyż podejście jednej osoby do inte-

gracji straty jest sprzeczne z podejściem drugiej; brak zaakceptowania tych różnic może spowodować ostry konflikt w związku, prowadząc nawet do separacji lub rozwodu (Jordan, 2020).

7. Konstruowanie narracji wyjaśniającej

→ Przykład:

Twoja żona jest teraz w lepszym miejscu.

Stwierdzenie takie jak powyższe może mieć na celu pocieszenie osoby w żałobie po samobójstwie. Jeśli jednak osoba ta nie wierzy, że jej ukochany zmarły może być w lepszym miejscu, może to tylko zwiększyć jej frustrację. Niektóre stwierdzenia pocieszające jednych mogą pogłębić cierpienie innych.

Lekarze robili, co mogli, ale nie byli w stanie pomóc. Problemy psychiczne mogą być czasem równie trudne w leczeniu, jak niektóre formy raka.

Kiedy ukochana osoba była leczona psychiatrycznie, a rodzina była zaangażowana w proces leczenia, może być im łatwiej zaakceptować fakt, że wszyscy starali się pomóc. Jednak zaakceptowanie takich narracji jest trudniejsze, jeśli osoba w żałobie nie była włączona w proces leczenia lub nie zgadzała się z niektórymi jego aspektami (Jordan, 2020).

Jednym z kluczowych zadań dla osób pogrążonych w żałobie jest opracowanie wyjaśnienia, które uwalnia od pytań – *Dlaczego?* Często wiąże się to z narracją o śmierci w wyniku samobójstwa, przedstawionej jako fatalny zbieg wielu czynników, a nie wynik błędów lub niepowodzeń jednej osoby czy instytucji (Jordan, 2020).

8. Koncepcja zachowania więzi i niedokończone sprawy

→ Przykład:

Nie powinnaś dłużej myśleć o swoim zmarłym mężu.

Jeżeli osoba udzielająca wsparcia odradzi wyrażania cierpienia przez opowiadanie o zmarłym, może to sprawić, że osoby, które przeżywają samobójstwo poczuć się odrzucone, a ich poczucie bezwartościowości, ciężaru i samotności nasili się. Koncepcja zachowania więzi wskazuje, że nagłe zaprzestanie myślenia o ukochanej osobie, która zmarła, jest dużym wyzwaniem.

Utrzymywanie więzi ze zmarłym jest powszechnym, zdrowym i trwałym elementem w czasie procesu żałoby (Klass, Silverman, Nickman, 1996). Zatem „przywrócenie”

relacji – pogodzenie się ze zmarłym poprzez zajęcie się wszelkimi niedokończonymi sprawami, jest często niezbędne do przepracowania emocji w żałobie po stracie samobójczej; może obejmować działania, takie jak pisanie listów czy stosowanie techniki pustego krzesła, aby „porozmawiać” ze zmarłym (Jordan, 2020).

9. Opracowanie biografii zmarłego

→ Przykład: *Nie powinienś o nim mówić.*

Zakazywanie mówienia o zmarłym może nasilać stres emocjonalny i utrudniać osobom pogrążonym w żałobie wyjaśnienie straty w swojej narracji na temat zdarzenia.

Kolejny problem wynika z faktu, że samobójstwo jest stosunkowo rzadkie i społecznie napiętnowane, dlatego opowiadanie o życiu zmarłego może koncentrować się wyłącznie na sposobie śmierci, tworząc tabu wokół omawiania innych aspektów jego życia. Tymczasem opowiadana (trwała) biografia powinna obejmować to, kim był zmarły, jego osiągnięcia i spuściznę; do stworzenia spójnej opowieści o życiu zmarłego jest pomocne wspólne wspomnianie i opowiadanie historii przez tych, którzy znali zmarłego, a moment śmierci powinien być jedynie punktem wyjścia do rozmowy (Jordan, 2020).

10. Przyczyny samobójstwa

→ Przykład:

Nie mógł tego dłużej znieść. Samobójstwo było jego wyborem.

Niektóre osoby postrzegają samobójstwo jako świadomy wybór, podczas gdy inne postrzegają je jako zdarzenie spowodowane przez okoliczności zewnętrzne.

Przekonanie, że ktoś zamierzał umrzeć, może nasilać poczucie winy i złość, prowadząc do pytań o powody tej decyzji i o to, czy można było jej zapobiec. Takie przekonania mogą nasilać emocjonalne reakcje na śmierć (Jordan, 2020).

11. Zapobieganie samobójstwom

→ Przykład:

Samobójstwu można zapobiec.

Stwierdzenia takie jak powyższe, często spotykane w programach poświęconych zapobieganiu samobójstwom, mogą nieintencjonalnie wywoływać lub nasilać poczucie winy u osób pogrążonych w żałobie, ponieważ ich ukochana osoba zmarła pomimo ich wysiłków, aby temu zapobiec; jednocześnie mogą one budzić poczucie niesprawiedliwości i gniew na innych, co może mieć

znaczący wpływ na osoby pogrążone w żałobie i nadwyrężyć ich relacje z innymi osobami (Jordan, 2020).

12. Postrzeganie samobójstwa jako osobistej porażki

→ Przykład:

Gdybym był na Twoim miejscu, zapobiegłbym temu.

Samobójstwo jest często postrzegane przez pryzmat osobistej porażki. Rodzice, którzy stracili dziecko, mogą czuć, że zawiedli jako opiekunowie; rodzeństwo może kwestionować swoją rolę jako wspierającego brata lub siostry, a przyjaciel może wątpić w swoją zdolność do zapewnienia potrzebnej pomocy. Podobnie pracownicy służby zdrowia, lekarze, pielęgniarki, psychologowie, pracownicy socjalni czy nauczyciele mogą przechodzić głębokie kryzysy tożsamości, rozważając zmianę zawodu z powodu poczucia nieadekwatności. Poczucie porażki może wywoływać zachowania nadopiekuńcze u rodziców lub profesjonalistów, wpływając znacząco na ich interakcje z innymi.

13. Postrzeganie samobójstwa jako porażki systemu opieki zdrowotnej

→ Przykład:

Gdyby utrzymywali z nami lepszy kontakt, może nadal by żył.

Samobójstwo jest często postrzegane jako porażka systemu opieki zdrowotnej. Krewni osób, które leczyły się psychiatrycznie i przyjmowały leki, mogą uważać, że lepsza komunikacja z pracownikami służby zdrowia mogła zapobiec tragedii. Podobnie pracownicy służby zdrowia mogą mieć poczucie winy, że nie zastosowali alternatywnych metod zapobiegania samobójstwom, skoro wybrane przez nich podejście okazało się nieefektywne. Poczucie winy może przejawiać się w nadopiekuńczych zachowaniach wobec pacjentów lub klientów – „aby zapobiec przyszłym tragediom”, prowadząc do niekorzystnych zmian w stosowanych praktykach.

14. Model dwoistego procesu żałoby

→ Przykład:

Czas leczy wszystkie rany.

Osoby w żałobie często doświadczają silnego bólu, który wydaje się nie mieć końca; dlatego stwierdzenia takie jak powyższe mogą jeszcze bardziej je frustrować.

Model dwoistego procesu żałoby (Stroebe i Schut, 2016) sugeruje, że do przepracowania żałoby stosuje się dwie

orientacje: nastawienie na stratę (zanurzenie w żałobie), z jednoczesnym zorientowaniem na odbudowę i dostosowanie do zmienionego w wyniku straty świata (Pearce & Komarony, 2020). Pomoc terapeuty dla osoby w żałobie polega zatem na koncentracji uwagi na żałobie i utracie a jednocześnie sprostaniu wyzwaniom codziennego życia.

15. Reinwestycja w życie

→ Przykład:

Osoby w żałobie po samobójstwie są w grupie podwyższonego ryzyka samobójstwa.

Narażenie na samobójstwo, w tym utrata bliskiej osoby w wyniku samobójstwa, może nasilać myśli samobójcze wśród osób w żałobie, które zmagają się z pytaniami egzystencjalnymi, tęsknotą za osobą zmarłą i bólem po stracie. Jednak nie u wszystkich występuje zwiększone ryzyko samobójstwa. Niektórzy znajdują powody, by kontynuować życie i budują ochronne wyjaśnienia (tzw. narrację ochronną). Na przykład młody mężczyzna, który w przeszłości zmagał się z myślami samobójczymi twierdzi, że musi żyć dalej po utracie w wyniku samobójstwa jedyne go brata, gdyż widząc ogromne cierpienie matki chce jej oszczędzić nowej traumy. Taka ochronna narracja pomaga osobie w żałobie po samobójstwie w dokonywaniu pozytywnych zmian w życiu.

Wnioski

Rozdział zawiera spostrzeżenia dotyczące skutecznego wspierania osób w żałobie po samobójstwie, po których można sformułować następujące wnioski:

Po pierwsze, pracownicy służby zdrowia i opieki społecznej powinni już w czasie studiów uczyć się postwencji, aby w sytuacjach trudnych umieli udzielać wsparcia w sposób właściwy, nie powiększając traumy u osób w żałobie po samobójstwie. Brak tej wiedzy to istotna luka w przygotowaniu pracowników służby zdrowia.

Specjaliści mogą wspierać zaangażowanie w terapię i w leczenie, koncentrując się na budowie więzi terapeutycznej, która może pomóc w łagodzeniu bolesnych objawów żałoby.

Po drugie, kultywowanie postawy empatii w placówkach służby zdrowia ma ogromne znaczenie, ponieważ lekceważące zachowania lub pospieszne, nieprzemyślane i niedopasowane do potrzeb osoby w żałobie porady mogą nasilać poczucie izolacji i bezwartościowości; zapewnienie porad dotyczących samoopieki,

dostosowanych do indywidualnych potrzeb, sprzyja budowaniu silniejszych relacji terapeutycznych i przynosi ulgę w cierpieniu.

Zauważenie egzystencjalnych, duchowych i kulturowych wymiarów żałoby po samobójstwie ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia wszechstronnego wsparcia. Specjaliści powinni wspierać różne indywidualne strategie radzenia sobie, aby w ten sposób pomóc osobie w żałobie w akceptacji faktu śmierci osoby bliskiej i dokonania zmian w życiu, które wynikają z tego faktu.

Postrzeganie samobójstwa jako osobistej porażki może nasilać poczucie winy i gniewu, podczas gdy zrozumienie złożoności żałoby, w tym zauważenie dwoistości procesu żałoby, może wspierać jednostki w radzeniu sobie ze stratą.

Koncepcja reinwestycji w życie podkreśla odporność i potencjał wzrostu wśród osób, które przeżyły stratę samobójczą.

Podsumowując, odpowiednio przygotowani pracownicy służby zdrowia i opieki społecznej mogą zapewnić skuteczniejsze wsparcie osobom zmagającym się z żałobą po samobójstwie. Specjaliści mogą pomóc osobom w żałobie rozpocząć proces zdrowienia, budowania odporności i przejścia do rozwoju w następstwie tragedii poprzez empatyczne, dostosowane kulturowo wsparcie.

Zapamiętaj!

1. Szkolenie terapeutów i lekarzy

Należy unikać przedkładania stosowania konkretnych technik terapeutycznych nad opiekę opartą na empatii i kontakcie.

2. Empatia w opiece zdrowotnej

Wrażliwe, empatyczne interakcje mają kluczowe znaczenie.

3. Dostosowanie kulturowe

Rozpoznawanie i przyjmowanie różnych strategii radzenia sobie.

4. Budowa ochronnej narracji

Pomaganie osobom w żałobie w tworzeniu ochronnej narracji (ochronnego wyjaśnienia) pomaga w leczeniu.

5. Model dwoistego procesu żałoby

Wspieranie równowagi między zanurzeniem w żałobie a codziennym życiem.

6. Reinwestycja w życie

Wspieranie odporności i znajdowanie powodów do życia wśród osób w żałobie.

Bibliografia

Jordan J. R. (2020). Lessons Learned: Forty Years of Clinical Work With Suicide Loss Survivors. *Frontiers in psychology, 11*, 766.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00766>

Mirick, R. G., McCauley, J., & Bridger, J. (2023, May 1). Integrating Trauma-Informed Principles Into Suicide Prevention, Intervention, and Postvention. Practice Innovations. Advance online publication.
<https://dx.doi.org/10.1037/pri0000212>

Pearce, C., & Komaromy, C. (2020). Recovering the body in grief: Physical absence and embodied presence. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 26*, Article 4.
<https://doi.org/10.1177/1363459320931914>

Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega, 61*(4), 273–289.
<https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>

Pytania kontrolne

1. Na czym polega pułapka, w którą mogą wpaść terapeuci podczas pracy z osobami w żałobie po samobójstwie?

- A. Przedkładanie nawiązania relacji opartej na współczuciu nad konkretne metody i techniki terapeutyczne.
- B. Skupienie się na budowaniu relacji opartych na przywiązaniu przed rozpoczęciem terapii.
- C. Pomijanie długoterminowego wpływu samobójstwa na rzecz natychmiastowych rozwiązań.
- D. Stosowanie technik terapeutycznych bez zrozumienia złożoności przeżyć klienta.

2. W jaki sposób lekarze mogą nieintencjonalnie wzmocnić cierpienie osób w żałobie po samobójstwie?

- A. Zapewniając plany leczenia oparte na indywidualnych potrzebach.
- B. Oferując wspierające porady i zrozumienie.
- C. Przepisując leki niezależnie od zindywidualizowanych potrzeb osoby w żałobie.
- D. Współpracując z klientami w celu zbadania kwestii egzystencjalnych.

3. Jakie problemy mogą się pojawić, gdy osoba pogrążona w żałobie wykazuje przeciwstawne mechanizmy radzenia sobie?

- A. Zwiększone wzajemne wsparcie i zrozumienie.
- B. Zwiększona spójność i harmonia w związku.
- C. Potencjalne napięcia w związku.
- D. Wzmocnione więzi emocjonalne i odporność.

4. Które stwierdzenie skierowane do osób, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej jest niewłaściwe?

- A. Twoja ukochana osoba jest teraz w lepszym miejscu.
- B. Lekarze dołożyli wszelkich starań, ale leczenie nie przyniosło oczekiwanego efektu.
- C. Samobójstwom możemy zapobiegać dzięki odpowiednim interwencjom i wsparciu.
- D. To samobójstwo było wynikiem złożonej interakcji wielu czynników.

5. Który model żałoby wskazuje, że do przepracowania żałoby stosuje się dwie orientacje?

- A. Model Kübler-Ross.
- B. Model Kublera-Dyera.
- C. Model dwoistego procesu żałoby.
- D. Model trzech etapów żałoby.

6. Jak najefektywniej poradzić sobie ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa po stracie samobójczej?

- A. Unikając rozmów na temat samobójstwa lub zmarłego.
- B. Przyjmując leki natychmiast po stracie.
- C. Rozwijając narracje ochronne i znajdując powody do dalszego życia.
- D. Izolując się od sieci wsparcia i bliskich.

Odpowiedzi

- 1: D. Stosowanie technik terapeutycznych bez zrozumienia złożoności przeżyć klienta.
- 2: C. Przepisując leki niezależnie od zindywidualizowanych potrzeb osoby w żałobie.
- 3: C. Potencjalne napięcia w związku.
- 4: A. Twoja ukochana osoba jest teraz w lepszym miejscu.
- 5: C. Model dwoistego procesu żałoby.
- 6: C. Rozwijając narracje ochronne i znajdując powody do dalszego życia.

C.03

WSPARCIE INDYWIDUALNE OSÓB W ŻAŁOBIE PO SAMOBÓJSTWIE – PRZYKŁAD INTERWENCJI

Pytanie wprowadzające

W jaki sposób empatyczna komunikacja i wsparcie mogą pomóc w procesie zdrowienia osób po stracie samobójczej?

Czego się nauczymy?

1. Rola empatii

Poznamy znaczenie empatycznego wsparcia w interwencji postwencyjnej dla osób w żałobie po samobójstwie.

2. Strategie komunikacji

Dowiemy się o skutecznych technikach komunikacji, które umożliwiają osobom w żałobie wyrażanie swoich emocji.

3. Radzenie sobie ze złożonymi emocjami

Uzyskamy wgląd w radzenie sobie z poczuciem winy, złością, wstydem i przytłoczeniem w kontekście straty samobójczej.

4. Znaczenie świąt i rocznic

Dowiemy się jakie dni mogą nasilać żałobę i jak wspierać osoby w żałobie w tych trudnych momentach.

5. Wspieranie odporności

Odkryjemy sposoby jak pomóc osobie w żałobie ponownie skoncentrować się na codzienności i zaadoptować się do zmian.

Wprowadzenie

W następstwie samobójstwa osoby często zmagają się z intensywnymi, złożonymi emocjami i przytłaczającym żalem. Wsparcie w tym okresie jest nieocenione. W tym rozdziale przeanalizujemy rozmowy między osobą w żałobie po samobójstwie a osobą udzielającą jej wsparcia, aby docenić znaczenie szczerej rozmowy i empatycznego wsparcia dla skuteczności interwencji po samobójstwie.

Przykład:

Agnes Bearns (osoba udzielająca wsparcia) przywitała Chrisa Dahlgrena, osobę w żałobie szukającą wspar-

cia, i nawiązała rozmowę, omawiającą doświadczenia, emocje i zmagania Chrisa po samobójstwie jego ojca. Dzięki okazaniu troski i aktywnemu słuchaniu Agnes umożliwiła Chrisowi bezpieczne dzielenie się przemyśleniami i uczuciami. W trakcie rozmowy o poczuciu winy, złości i wstydzie Agnes pomaga Chrisowi odkrywać, co czuje w żałobie.

Empatyczna rozmowa jest przykładem istotnej roli interwencji postwencyjnej we wspieraniu osób w żałobie po samobójstwie, w której własne doświadczenia osób udzielających wsparcia, odgrywają kluczową rolę.

Analizując przykładowe dialogi z krótkimi komentarzami, uzyskujemy wgląd w proces wspierania gojenia emocjonalnych ran, spowodowanych utratą osoby bliskiej w samobójstwie.

INTERWENCJA INDYWIDUALNA

Poniżej fragment rozmowy między osobą w żałobie po samobójstwie, a osobą udzielającą mu wsparcia z doświadczeniem samobójstwa.

Scenariusz

Wyposażenie pokoju: stół i dwa krzesła.

Osoba udzielająca wsparcia: 60-letnia Agnes Bearns (AB).

Poszukujący pomocy pogrążony w żałobie (H): 28-letni mężczyzna Chris Dahlgren (CD).

AB otwiera drzwi w odpowiedzi na pukanie i zaprasza gościa do pokoju.

ROZPOCZĘCIE ROZMOWY

Sytuacja:

Na początku AB przedstawia się i wyraża wdzięczność za skontaktowanie się z organizacją; udziela informacji na temat kosztów i ram czasowych oraz pyta o cel wizyty.

- AB: Witam! Jestem Agnes Bearns.
- CD: Witam, jestem Chris Dahlgren.
- AB: Proszę usiądźmy tutaj.
- CD: Dziękuję.
- AB: Jak mam się do Pana zwracać?
- CD: Chris.
- AB: Dziękujemy Chris za skontaktowanie się z nami.

BUDOWANIE POCZUCIA BEZPIECZEŃSTWA I ZAUFANIA

Sytuacja:

Osoba pomagająca w sytuacjach kryzysowych zachęca do podzielenia się uczuciami i docenia fakt szukania pomocy; nawiązuje kontakt z osobą poszukującą pomocy, budując poczucie bezpieczeństwa i zaufania.

- AB: Rozumiem, jak trudne musi to być dla Pana. Mówienie o swoich doświadczeniach jest ważne, gdyż pozwala przepracować żalobę. Właśnie dlatego jesteśmy tutaj i staramy się pomóc.
- CD: Doceniam to. Ciężko było radzić sobie z tym samemu.

SPRZECZNE EMOCJE

Sytuacja:

Osoba wspierająca przygotowuje grunt pod dyskusję o uczuciach związanych z żalobą, wykazując jednocześnie szczerze zainteresowanie osobą poszukującą pomocy. Osoba szukająca pomocy otrzymuje zapewnienie, że doświadczanie sprzecznych emocji jest normalne.

- AB: Kiedy to się stało?
- CD: 1 grudnia zeszłego roku. Wspomnienie tego dnia jest wciąż żywe. Byłem w pracy, kiedy odebrałem telefon z policji. Znaleźli mojego tatę. Odebrał sobie życie.
- AB: Utrata ukochanej osoby w wyniku samobójstwa może wywołać wiele emocji. Zanim Pan mi o tym opowie, proszę powiedzieć mi kilka słów o sobie.
- CD: Oczywiście. Mam 28 lat i mieszkam z moją dziewczyną. Jestem nauczycielem. Planowaliśmy się pobrać, ale wszystko się zmieniło po śmierci mojego taty.

DOWARTOŚCIOWANIE (WALIDACJA) UCZUĆ

Sytuacja:

Jeśli osoba poszukująca pomocy nie zainicjuje dyskusji na temat dnia straty, osoba wspierająca zachęca ją do podzielenia się wspomnieniami; słucha uważnie, akceptując wyrażone emocje.

- AB: Co się wydarzyło tego dnia?
- CD: To był koszmar! Moja siostra go znalazła, a ja potem musiałem go zidentyfikować. Odkąd stracił pracę, zmagat się z problemami. Widok był druzgocący.

- AB: To niesamowicie trudne doświadczenie.
- CD: To było nie do opisanie. Wciąż nie mogę się otrząsnąć z tych wspomnień.

POCZUCIE WINY

Poczucie winy jest powszechną emocją po samobójstwie, często wynikającą z poczucia odpowiedzialności lub przekonania, że można było zapobiec tej stracie.

- AB: Myśli Pan, że mógł uratować ojca?
- CD: Gdybym tylko tam był, mógłbym go uratować. (Dłuższa cisza.)
- AB: Być może uważa Pan, że samobójstwo jest aktem nagłym i gdyby tak było, być może mógłby Pan interweniować. Jednak samobójstwo to splot wielu niezależnych od nas okoliczności i naprawdę niełatwo jest mu zapobiec.
- CD: Naprawdę?
- AB: Nawet profesjonaliści mogą mieć trudności ze skuteczną interwencją, zwłaszcza jeśli dana osoba nie szuka pomocy.
- CD: Rozumiem. Nigdy nic nie powiedział. Nie mówił o swoich trudnościach ze znalezieniem pracy i nigdy nie poprosił o pomoc.
- AB: Widzę, że bardzo Pan kochał swojego ojca.
- CD (ze łzami w oczach): Zrobiłem wszystko, co mogłem. Martwiłem się jego piciem. Nie pił często, ale kiedy to robił, pił duże ilości alkoholu.

BEZRADNOŚĆ, SAMOTNOŚĆ I ZŁOŚĆ

Uczucia bezradności, izolacji i złości są powszechne po stracie samobójczej; emocje te mogą się objawiać na różne sposoby, od obwiniania siebie po urazę do zmarłego.

- AB: Gdy Pan myśli o ojcu, czy jest Pan na niego zły?
- CD: Nie. A powinienem być?
- AB: Osoby, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej, często tłumią uczucie gniewu wobec zmarłego. Jednak te emocje mogą nadal na nas wpływać, nawet jeśli nie przyznajemy się do nich wprost. Czy zauważył Pan u siebie jakieś oznaki gniewu lub urazy?
- CD: Starłem się być silny. Moi rodzice mieli burzliwy związek i często musiałem interweniować. Zorganizowałem pogrzeb, ale teraz czuję się wykończony.

BOLESNE PRZYPOMNIENIA, NP. ROCZNICE Specjalne daty, będące bolesnym przypomnieniem o przeszłości, nasilają smutek.

- AB: Pana ojciec zmarł 1 grudnia. Skoro mamy już 26 listopada, to czy niepokoi Pana zbliżająca się rocznica?
- CD: Nie myślałem o tym, ale możliwe, że teraz o tym więcej myślę. Ostatnio nie chcę wychodzić z domu. Moja dziewczyna uważa, że powinienem poszukać pomocy.

WSTYD

Wstyd może prowadzić nas do izolowania się od innych osób z obawy przed oceną i odrzuceniem.

- ➔ AB: *Dlaczego unika Pan wychodzenia z domu?*
- ➔ CD: *Wstydę się. Wydaje mi się, że wszyscy mnie obwiniają za to, co się stało.*
- ➔ AB: *To rozumiem, że tak się Pan czuje, ale nie każdy zna Pana sytuację. Ma Pan prawo wybierać osoby, którym się Pan zwierza.*
- ➔ CD: *To ma sens. Nigdy nie myślałem, że mam wpływ na to, z kim rozmawiam o moich problemach. To dla mnie trudne. Na zawsze będę znany jako syn człowieka, który odebrał sobie życie.*

KRYZYS TOŻSAMOŚCI

Kiedy przytłacza nas smutek, sytuacja może nas przerosnąć i zaczniemy zaniedbywać inne aspekty swojego życia.

- ➔ AB: *To brzmi jak oskarżenie. A przecież jest Pan kimś więcej niż tylko synem człowieka, który zmarł w wyniku samobójstwa. Wspominał Pan o swojej dziewczynie – jest Pan partnerem, o siostrze, zatem jest Pan bratem i zapewne przyjacielem. Pana osobowość nie wyczerpuje się tylko w byciu synem.*
- ➔ CD (ze łzami w oczach): *To trudne, ale ma Pani rację. Mam inne role w życiu.*

ZAPROSZENIE DO PONOWNEGO KONTAKTU

Zakończenie rozmowy, będące zaproszeniem do przyszłego kontaktu, sprzyja poczuciu więzi i zaufania.

- ➔ AB: *Dziękuję, że podzielił się Pan ze mną swoimi doświadczeniami. Proszę nie wahać się skontaktować ze mną, jeśli kiedykolwiek będzie Pan chciał porozmawiać.*
- ➔ CD: *Dziękuję za wysłuchanie. Czuję się silniejszy po rozmowie z Panią.*
- ➔ AB: *Było mi bardzo miło. Proszę pamiętać o nas i odwiedzić nas, kiedy tylko będzie nas Pan potrzebował. Do widzenia.*
- ➔ CD: *Do widzenia.*

Wnioski

Rozmowa między Agnes Bearns i Chrisem Dahlgrenem pokazuje znaczenie skutecznej komunikacji i empatycznego wsparcia w czasie interwencji dla osób w żałobie po samobójstwie. W czasie rozmowy Agnes aktywnie słuchając i potwierdzając jego doświadczenia, daje Chrisowi możliwość, aby mógł otwarcie wyrazić swoje emocje; rozmowa podkreśla znaczenie radzenia sobie ze złożonymi emocjami, takimi jak poczucie winy, złość, wstyd i wrażenie przytłoczenia, jednocześnie zauważając znaczenie rocznic i potrzebę współczucia dla samego siebie.

Rozmowa pokazuje głęboki terapeutyczny wpływ empatycznego słuchania i komunikacji wspierającej radzenie sobie z żałobą po stracie samobójczej.

Model rozmowy opisany w tej lekcji jest wykorzystywany w praktyce przez Soul at Home, węgierską organizację pozarządową wspierającą osoby w żałobie po samobójstwie. Opis tej rozmowy znajdziemy także w kursie zapobiegania zachowaniom samobójczym ELLIPSE Gatekeeper+ w lekcji C.08 Postwencja.

Zapamiętaj!

► Słuchanie z empatią

Akceptowanie emocji osoby w żałobie i zapewnienie jej wsparcia może znacząco pomóc w procesie przetwarzania uczuć w żałobie.

► Radzenie sobie z poczuciem winy i wstydu

Pomaganie osobom w żałobie w zrozumieniu złożoności samobójstwa i faktu, że nie jest to ich wina, może im pomóc zrzucić z siebie ciężar poczucia winy i pozbyć się uczucia wstydu.

► **Tworzenie bezpiecznej przestrzeni** Nieoceniające środowisko zachęca osoby w żałobie po samobójstwie do dzielenia się swoimi uczuciami i doświadczeniami.

► **Zauważanie znaczenia świąt i rocznic** Wiedza o znaczeniu dat związanych ze zmarłym może pomóc osobie w żałobie przygotować się i poradzić sobie lepiej z nasileniem emocji w tym okresie.

► Poznanie różnych ról pełnionych przez osoby w żałobie po samobójstwie

Przypominanie osobom w żałobie o ich wielu rolach, które pełnią w życiu może pomóc im spojrzeć w przyszłość i wzmocnić odporność.

Odsyłacz

Baran A., Milewicz T., Stensmark M. (2024). ELLIPSE Postvention Handbook. The Jagiellonian University Publishing House, Cracow.

Course in Suicide prevention ELLIPSE Gatekeeper+ created 2019-2022 during the ELLIPSE project co-funded by European Union Erasmus+ programme (ellipse.12stepsplan.com) Retrieved June 20th, 2024.

Pytania kontrolne

1. Jaki jest główny cel początkowej interakcji osoby wspierającej z osobą poszukującą pomocy?

- A. Pobieranie płatności za świadczone usługi.
- B. Nawiązanie kontaktu i informacja o pracy wolontariuszy wspierających osoby w żałobie.
- C. Zniechęcenie osoby poszukującej pomocy do szukania dalszej pomocy.
- D. Jak najszybsze zakończenie rozmowy.

2. Jaka emocja często pojawia się po stracie samobójczej z powodu poczucia odpowiedzialności?

- A. Radość
- B. Poczucie winy
- C. Apatia
- D. Zadowolenie.

3. W jaki sposób wolontariusz reaguje na poczucie winy osoby poszukującej pomocy po samobójstwie jej ojca?

- A. Obwiniając osobę szukającą pomocy za działania ojca.
- B. Odrzucając emocje osoby szukającej pomocy jako irracjonalne.
- C. Podkreślając, że samobójstwo jest wynikiem dłuższego procesu, a nie wyłącznie winą jednostki.
- D. Poprzez całkowite unikanie tematu.

4. Jakie znaczenie wolontariusz przypisuje zbliżającej się rocznicy śmierci ojca?

- A. Nie ma to znaczenia dla stanu emocjonalnego osoby szukającej pomocy.
- B. Może to zintensyfikować poczucie żalu i straty u osoby poszukującej pomocy.
- C. Nie ma to wpływu na emocje.
- D. Oznacza zamknięcie i uzdrowienie dla osoby szukającej pomocy.

5. W jaki sposób osoba wspierająca kończy rozmowę z osobą poszukującą pomocy?

- A. Przez nagłe zakończenie dyskusji bez zaoferowania dalszego wsparcia.
- B. Wyrażając irytację emocjami osoby szukającej pomocy.
- C. Zachęcając osobę poszukującą pomocy do ponownego zwrócenia się o wsparcie w przyszłości.
- D. Krytykując mechanizmy radzenia sobie osoby szukającej pomocy.

Odpowiedzi

- 1: B. Nawiązanie kontaktu i informacja o pracy wolontariuszy wspierających osoby w żałobie.
- 2: B. Poczucie winy.
- 3: C. Podkreślając, że samobójstwo jest wynikiem dłuższego procesu, a nie wyłącznie winą jednostki.
- 4: B. Może zintensyfikować poczucie żalu i straty u osoby poszukującej pomocy.
- 5: C. Zachęcając osobę poszukującą pomocy do ponownego zwrócenia się o wsparcie w przyszłości.

C.04

WCZESNE I CZĘSTE WSPARCIE RODZINY W ŻAŁOBIE PO SAMOBÓJSTWIE (POSTWENCJA RODZINNA BLEKINGE)

Pytanie wprowadzające

Jak można przekształcić druzgocący żal po samobójstwie w uzdrowienie dla pogrążonej w żałobie rodziny?

Czego się nauczymy?

1. Podstawowe zasady Postwencji Rodzinnej Blekinge (ang. Blekinge Family Postvention; BFP);

Zrozumienie podstawowych celów i praktycznych aspektów BFP.

2. Wpływ na uczestników

Odkryjemy wpływ postwencji rodzinnej (BFP) na osoby, które doświadczyły samobójstwa osoby bliskiej.

3. Rola doradców ds. żałoby

Poznamy rolę doradców ds. żałoby, umożliwiających właściwą komunikację w celu przyniesienia ulgi w żałobie.

4. Struktura spotkań

Poznamy częstotliwość i plan sesji Postwencji Rodzinnej Blekinge (BFP).

5. Tematyka spotkań

Uzyskamy wgląd w tematy omawiane podczas sesji BFP.

6. Wsparcie i praktyczna pomoc

Zrozumiemy znaczenie zarówno emocjonalnego, jak i praktycznego wsparcia zapewnianego przez osoby prowadzące sesje BFP.

Wprowadzenie

Żałoba po samobójstwie ukochanej osoby jest trudnym emocjonalnie przeżyciem, dlatego wsparcie i wskazówki oferowane w trakcie sesji Postwencji Rodzinnej Blekinge (BFP) mają nieocenioną wartość.

Interwencja BFP dla rodzin (wczesne i częste wsparcie rodziny w żałobie po samobójstwie) została opracowana w 2015 roku przez Maiellen Stensmark, szwedzką nauczycielkę i pracownika socjalnego, która straciła córkę w tragicznych okolicznościach w wyniku samobójstwa; BFP jest nadzieją dla rodzin zmagających się ze skutkami samobójstwa.

Ten rozdział przedstawia podstawowe zasady i praktyczne aspekty Postwencji Rodzinnej Blekinge (BFP), wyjaśniając jej cele, strategie i wpływ, jaki ma ona na osoby w żałobie po samobójstwie.

Opierając się na osobistym doświadczeniu i profesjonalnej wiedzy Maiellen Stensmark, BFP ma na celu zapewnienie intensywnego wsparcia rodzinom pogrążonym w żałobie po stracie ukochanej osoby w wyniku samobójstwa.

Oferując wczesną interwencję, BFP stara się złagodzić długoterminowe skutki żałoby, takie jak przedłużające się zwolnienia lekarskie i zmniejszona zdolność do pracy, jednocześnie wzmacniając naturalną odporność rodziny i wspomagając jej radzenie sobie z żałobą.

Omówimy podstawowe cele BFP, liczbę uczestników, częstotliwość i plan spotkań oraz wpływ, jaki terapia ma na osoby dotknięte samobójstwem w oparciu o doświadczenia i spostrzeżenia Maiellen Stensmark; wskażemy kluczowe elementy sesji, w tym dyskusje na temat snu, nawyków żywieniowych, zainteresowań i hobby, z których wszystkie odgrywają istotną rolę w pracy z rodziną w żałobie.

Wyjaśnimy wspierającą rolę doradcy rodziny ds. żałoby (F-GF) w sesjach BFP, podkreślając jego empatyczne podejście i wkład w proces radzenia sobie z żałobą przez uczestników sesji; poprzez rozmowę z członkami rodziny, praktyczną pomoc i wsparcie emocjonalne doradca ds. żałoby (F-GF) tworzy bezpieczną przestrzeń dla rodzin, aby mogły przepracować swoją żałobę, wyrazić swoje emocje i stopniowo odbudować swoje życie po stracie.

1. JAK RODZINA POMAGA SOBIE NAWZAJEM RADZIĆ SOBIE ZE STRATĄ

1.A POSTWENCJA RODZINNA TO ZDROWA STRATEGIA RADZENIA SOBIE Z ŻAŁOBĄ PO SAMOBÓJSTWIE

W czasie żałoby pojawiają się przytłaczające odczucia jako naturalny proces po samobójczej stracie (separacji). Aby je złagodzić, musimy wspomóc procesy biologiczne, związane z gwałtownym spadkiem po traumie hormonów dobrego samopoczucia. Robimy to na różne sposoby: przytulając się, czując się częścią społeczności i czując się bezpiecznie, gdy zajmujemy nasze myśli czymś, co odwraca naszą uwagę od ogromnego cierpienia spowodowanego utratą. Gdy spokojnie rozmawiamy i jesteśmy dla siebie nawzajem, kiedy słuchamy i możemy potwierdzić to, co inna osoba odczuwa, to daje nam to nadzieję, że będziemy w stanie poradzić sobie z żalem i stratą. Już podczas pierwszej rozmowy możemy poczuć się lepiej. Kiedy wszyscy w rodzinie rozmawiają o swoim smutku, efekt uśmierzenia bólu wzrasta dzięki wydzielaniu endorfin sprzyjających przeżywaniu poczucia bliskości i bezpieczeństwa. Wspólna rozmowa w rodzinie, która przechodzi wspólnie przez tę samą traumę jest pozytywną strategią radzenia sobie.

Pozostawienie głęboko zrozpaczonej i zszokowanej osoby samej ze swoim żalem może zagrażać jej życiu. Hormon dobrego samopoczucia oksytocyna i przeciwbólne endorfiny spadają, a samopoczucie pogarsza się i ból rośnie. Jeśli dana osoba nie wie, jak o sobie zadbać, istnieje wysokie ryzyko, że rozpocznie własne „samoleczenie” przy użyciu niezdrowych strategii radzenia sobie w celu zmniejszenia swojego cierpienia. Samouszkodzenia mają na celu przywrócenie wyjściowego poziomu produkowanych przez organizm endorfin. Staje się to rodzajem ucieczki od nieprzyjemnych uczuć poprzez alkohol, narkotyki, niezdrowe odżywianie, samookaleczanie i zachowania agresywne. Zarówno w krótkim, jak i długim okresie szkodzi to osobie, a w najgorszym przypadku może prowadzić do śmierci.

1. B WCZESNY KONTAKT PO SAMOBÓJSTWIE SPRZYJA LEPSZEMU RADZENIU SOBIE Z ŻAŁOBĄ

Gdy rodzina zostanie poinformowana o śmierci, organizowane jest spotkanie. Spotkania są tak często, jak życzy sobie tego pogrążona w żałobie rodzina. Zwykle prowadzi to do częstych rozmów między pogrążonymi w żałobie, z których niektórzy dzielą ten sam ogromny ból i szok. Łagodzi to wewnętrzne poczucie paniki, chaos oraz pomaga skoncentrować się na trosce o siebie nawzajem, co zmniejsza poziom stresu.

1. C RODZINA SPOTYKA SIĘ Z OSOBĄ Z WŁASNYM DOŚWIADCZENIEM ŻAŁOBY PO SAMOBÓJSTWIE BLISKIEJ OSOBY

Wczesne i częste wsparcie w żałobie jest prostym sposobem na zmniejszenie nasilenia przytłaczających uczuć bólu, szoku i paniki spowodowanych stratą samobójczą. Osoby, które przeżyły samobójstwo, mają często wyobrażenia dotyczące straty, które wyzwalają ból i stale im przeszkadzają, które należy zastąpić innymi kojącymi wyobrażeniami. To jest jedną z technik omawianych w czasie spotkań z rodziną.

Słuchanie innej osoby może pomóc, a także gdy sami mówimy, jak tego doświadczyliśmy... lub jak to widzimy. Pojawiają się różne doświadczenia lub myśli, które mogą pomagać innym. I powoli członkowie rodziny zaczynają rozumieć, co tak naprawdę się wydarzyło.

Wielu z nas spontanicznie chce przytulić inną osobę, która bardzo cierpi. Osobom pogrążonym w żałobie łatwiej jest otworzyć się i przyjąć wsparcie od członka rodziny. Dzieje się tak, ponieważ poziom naturalnych hormonów łagodzących ból w organizmie podwyższa się, co polepsza nasze samopoczucie. To pomaga nam przypomnieć sobie sytuacje, w których pomaganie sobie jest naturalne i wzmacnia zasoby rodziny. W ten sposób rodziny zawsze troszczyły się o siebie nawzajem, na przykład pomagając zranionemu dziecku poprzez przytulanie, nałożenie plastra na ranę itp.

Rodziny, które skorzystały z postwencji rodzinnej w Blekinge, uznały, że spotkania i wysłuchanie siebie nawzajem po samobójstwie nie byłoby możliwe bez moderatora, który prowadzi rozmowę, w której wszyscy uczestniczą i słuchają, aby szanować się nawzajem po straszej rzeczy, która się wydarzyła. Uspokaja to sytuację i pomaga wszystkim poczuć się lepiej.

- Rozmowę w rodzinie ułatwia udział nieznanej osoby, osoby z zewnątrz, która nie zna jeszcze rodziny. Każda osoba zaangażowana w spotkanie jest zobowiązana do zachowania poufności.
- Daje nadzieję, że ktoś, kto przeszedł przez samobójstwo, udzieli współczującego wsparcia.
- Członkowie rodziny otrzymują drobne wskazówki i proste narzędzia w trakcie rozmów.
- Jest to naturalny sposób radzenia sobie z procesami biologicznymi zachodzącymi w mózgu w wyniku utraty.
- Wiedza, iż do ponownego spotkania pozostało tylko kilka dni daje nadzieję.

- Spotkania poprawiają samopoczucie, gdyż dają rodzinie możliwość pomagania sobie i innym członkom rodziny.
- Rodzina zdobywa nowe doświadczenie tego, że wspólnie jest w stanie poradzić sobie z najtrudniejszymi momentami i wyzwaniami.
- Wiedza o tym, co pomaga, jest w rodzinie, a moderator rozmowy pomaga to dostrzec.
- Rodzina staje się bezpiecznym miejscem, w którym panuje otwartość na trudne rozmowy o przyszłości.

2. OPIS MODELU POSTWENCJI RODZINNEJ

Możliwość opowiedzenia innym członkom rodziny o swoim cierpieniu ułatwia życie, przynosi ulgę i daje poczucie bezpieczeństwa oraz nadzieję. Oszczędza to rodzinie ogromnego cierpienia. Często zdarza się, że po samobójstwie w rodzinie występują braki lub przeszkody w komunikacji. Dzięki zaangażowaniu osoby z zewnątrz, przeszkody te mogą zostać pokonane, a równowaga może zostać osiągnięta w taki sposób, że członkowie rodziny zaczynają ze sobą rozmawiać na temat najtrudniejszych uczuć.

Wsparcie rodziny należy rozpocząć bardzo wcześnie. Wynika to z obserwacji, że łatwiej jest wtedy poradzić sobie z żałobą.

Wsparcie ma miejsce podczas wizyt domowych, ale rozproszona geograficznie rodzina może się także spotkać online.

Wsparcie całej rodziny wspomaga proces odzyskiwania równowagi. Wsparcie jednostki jednocześnie pomaga całej rodzinie, które zapewnia jej stabilność i wsparcie. Uznanie roli zmarłego w rodzinie, pomaga w tym, aby samobójstwo mogło zostać w jakiś sposób „zaakceptowane” (Kaslow et al., 2011))

Jak często się spotykamy? Pierwszy raz tak szybko, jak to możliwe. Następne spotkanie może być dzień później lub dwa dni później. Na początku spotkania odbywają się bardzo często, po kilku tygodniach raz lub dwa razy w tygodniu, a następnie jeszcze rzadziej. Rozmowy są kontynuowane na warunkach rodziny tak długo, jak długo wyraża ona chęć ich kontynuowania.

W niektórych rodzinach cała rodzina spotyka się dopiero po pogrzebie, a następnie w rocznice śmierci. Ważne jest uzyskanie informacji zwrotnych na temat tego, na ile pomoc była istotna dla rodziny.

Niektórzy członkowie rodziny chcą pozostać w kontakcie z osobą wspierającą rodzinę przez dłuższy czas. Nierzadko zdarza się, że wsparcie trwa w jakiejś formie, nawet przez kilka lat. Jest ono zawsze otwarte dla tych osób, które tego chcą i potrzebują. Zamiast spotykać się, możemy komunikować się na wszystkie inne możliwe sposoby: e-maile, SMS-y, rozmowy telefoniczne i spotkania online.

Spotykamy się przed lub po rocznicach lub specjalnych okazjach dlatego, że rodzina potrzebuje wtedy pomocy w zrozumieniu, co się stało i wsparcia w przeżyciu „nawrotów” żałoby. Wiedzą, że jest to sposób na dawanie i otrzymywanie wsparcia od innych.

Zazwyczaj w rodzinie jest 5-7 osób. Jeśli rodzina jest większa lub występują wyjątkowe komplikacje, spotkania mogą być zorganizowane w mniejszych grupach. Możemy spotkać się raz lub dwa razy w dużej grupie. Ale w międzyczasie możliwe jest spotkanie z kimś indywidualnie, gdy istnieje taka potrzeba. Możliwe jest na przykład oddzielne spotkanie młodych kuzynów z rodzicami; co sprawia, że łatwiej im będzie rozmawiać o samobójstwie i utracie i mówić, kiedy się czymś martwią, lub jeśli widzą, że inna osoba zaczyna wykazywać niepokojące zachowanie. Wiedzą, że mogą zadawać pytania; wiedzą, jak pytać, ponieważ sami doświadczali podobnych emocji i uczyli sobie z nimi radzić.

Postwencja rodzinna po samobójstwie to prosta, bezpośrednia i zdrowa ścieżka docierania do osób w każdym wieku i każdej płci. Ciało ma niesamowitą zdolność do samoleczenia, co jest pozytywne w krótkim i długim okresie, nawet gdy jesteśmy przytłoczeni uczuciem żałoby po stracie samobójczej. Oksytocyna może pomóc nam poczuć silną więź z rodziną i przyjaciółmi oraz zwiększyć naszą identyfikację z ludźmi o podobnych doświadczeniach. Efekt ten zaczyna się zaraz po wejściu do pokoju. Odczuwamy natychmiastowe emocje związane z aktywnością w układzie oksytocyna-dopamina-endorfyny, o którym czytaliśmy w rozdziale poświęconym zdrowym i niezdrowym strategiom radzenia sobie, ale z czasem zmniejsza się aktywność tego układu. Potrzeba częstych spotkań rodzinnych naturalnie maleje wraz z upływem tygodni. Cała rodzina spotyka się coraz rzadziej, aż uzna, że takie spotkania nie są im dłużej potrzebne.

Rozmowy w rodzinie pogrążonej w żałobie koncentrują się później coraz mniej na samej żałobie, a bardziej na życiu z nią, na możliwości wspierania innych w żałobie po samobójstwie. Nazywamy to wzrostem pourazowym.

Metody odwracania uwagi są również przydatne w postwencji rodzinnej. Pomagają one zachować pewną kontrolę nad intensywnością emocji.

- ▶ Ćwiczenia oddechowe (wdech – policz 1,2,3,4 i wydech – policz 1,2,3,4,5,6,7)
- ▶ Techniki relaksacji (napinania i rozluźniania mięśni)
- ▶ Techniki związane z regulacją temperatury (zanurzenie twarzy na chwilę w zimnej wodzie i policzenie do czterech, a następnie wynurzenie i policzenie ponownie do czterech).

12-Stopniowy Plan Bezpieczeństwa może pomóc w radzeniu sobie z trudnymi emocjami, niepokojącymi myślami i niepożądanymi zachowaniami. Rodzina otrzymuje informacje o tym, jak działa aplikacja internetowa i gdzie ją znaleźć. Istnieje również możliwość pomocy poszczególnym osobom w utworzeniu zindywidualizowanego 12-Stopniowego Planu Bezpieczeństwa przez każdego członka rodziny. Ktoś w grupie rodzinnej może zobowiązać się do pomocy komuś innemu, co zwiększa skuteczność pomocy.

Metoda postwencji rodzinnej ta została opracowana i zaprezentowana podczas *webinarium Ellipse Postvention* dla pracowników służby zdrowia i opieki społecznej w dniu 11 kwietnia 2024 r. przez Maiellen Stensmark, pracownika socjalnego, terapeutę i edukatora, która sama przeżyła żałobę, a także nazywa siebie doulą (Pomoc douli przy porodzie prowadzi do znacznie mniejszej liczby powikłań). Rodzinna prewencja może zwiększyć poczucie własnej skuteczności rodziny w radzeniu sobie z traumą.

3. JAK ZACZYNAMY PIERWSZE SPOTKANIE?

Rodzina zbiera się w salonie kogoś z „rodziny nuklearnej” (którą często może być dom zmarłego): rodzice, dzieci, rodzeństwo, kuzyni i dziadkowie. Być może także bardzo bliski przyjaciel zmarłego i rodziny lub sąsiad, który mieszkał blisko rodziny. Przyjdź o wyznaczonej godzinie.

- ▶ Zaczynaj bardzo krótko, podając swoje imię i nazwisko, mówiąc, kogo straciłeś w wyniku samobójstwa, kiedy to było i w jakim wieku ta osoba zmarła. Powiedz, że spotykasz się z rodzinami w żałobie, aby pomóc im w radzeniu sobie z żałobą.
- ▶ Opowiedz, w jaki sposób zwykle odbywają się rozmowy: o zasadach dialogu: uważne słuchanie siebie nawzajem, zachowywanie wszystkiego, co zostało powiedziane w pokoju.
- ▶ Kogo dziś tu nie ma? Kto powinien tu być? Poproś, aby zaprosili tę osobę następnym razem!

- ▶ Ważne są spontaniczne wypowiedzi, ale zawsze czekamy, aż rozmówca skończy mówić.
- ▶ Twoje zadanie polega na pomocy poszczególnym członkom rodziny w zbudowaniu narracji, która będzie pomocna rodzinie.

3.A JAK ZACZYNAMY PIERWSZĄ ROZMOWĘ?

- ▶ Pierwsze pytanie brzmi: „*Jak się teraz czujesz?*”. „*Co jest teraz dla Ciebie najtrudniejsze?*”. Poproś jedną z osób, aby zaczęła, a następnie poproś tę osobę, aby wypowiedziała swoje imię i powiedziała, jaka jest jej relacja z osobą zmarłą (*Kim była dla Ciebie (imię osoby zmarłej)?*)
- ▶ Ważne jest budowanie zaufania w rodzinie w czasie spotkania.
- ▶ Gdy dana osoba odpowie i dziękujemy jej, wyjaśniamy, że za pierwszym razem, gdy odpowiadamy na pytanie, jest to zazwyczaj trudne; ale z czasem staje się naturalne.
- ▶ Powiedz, że masz nadzieję, że wszyscy będą czuć się bezpiecznie i że jesteś z nimi po to, aby pomóc i dać wsparcie.
- ▶ Powiedz, że będziesz dawać wskazówki, które mogą pomóc.
- ▶ Zapytaj (w zależności od tego, kiedy się spotkacie), czy ktoś już rozmawiał ze specjalistą po śmierci X.
- ▶ Mówiąc o zmarłej osobie, zawsze podawaj jej imię.

3.B JAK KONTYNUUJEMY ROZMOWĘ?

- ▶ Możesz zmienić pytanie do następnej osoby i np. zapytać: *Co jest teraz dla ciebie najtrudniejsze?* lub *O czym pomyślałeś najpierw, gdy usłyszałeś moje pytanie? Z jakimi emocjami się zmagasz?*
- ▶ Gdy ktoś skończy mówić, podziękuj mu za to, czym się podzielił (wypowiedz jego imię).
- ▶ Następnie zwróć się do następnej osoby.
- ▶ Twoim zadaniem jest uchwycenie różnych uczuć i ich walidowanie, gdyż to sprawia, że dana osoba czuje się słuchana.
- ▶ Następnie możesz udzielić krótkich wskazówek, jak radzić sobie z tymi uczuciami lub sytuacjami.
- ▶ Zrób to w formie otwartych pytań do grupy. Zadawaj pytania tak, aby każdy otrzymał pytanie i każdy, kto chce coś powiedzieć, mógł to zrobić.

3.C JAK POMÓC RODZINIE WZNOWIĆ WCZEŚNIEJSZE RUTYNOWE CZYNNOŚĆ? (AKRONIM: SEED)

- ▶ S – Ang. SLEEP (po polsku sen). Priorytetem jest rozmowa o śnie; pytasz wszystkich, czy śpią lub czy mają kogoś do spania, aby nie byli sami. Uściski na dobranoc! Przytulajcie się więcej!
- ▶ E – Ang. Engage (po polsku: Zaangażuj się). Mów o otaczaniu się wspierającymi ludźmi i pozytywnym nastawieniu.

► ED – Ang. Eat-Drink (po polsku Jedzenie-Picie). Porozmawiaj o zdrowym odżywianiu i nawadnianiu organizmu. Zapytaj *Czy gotujecie razem? Czy ktoś uważa, że przygotowanie posiłków będzie/jest teraz wyjątkowo trudne?* Jeśli ktoś nie dostaje/nie jadł jedzenia, grupa stara się w tym pomóc.

Ważne jest, aby na początku podkreślić codzienne czynności, nawyki. *Co robiłeś przed samobójstwem?*

Ważne jest, aby o tym porozmawiać: gdyż robienie rzeczy, które dawały nam radość, zanim zmartwienia i smutek przejęły kontrolę, jest istotne dla procesu wychodzenia z żałoby.

- Porozmawiaj o tym, jak ważne jest wznowienie aktywności, takich jak spacerowanie lub chodzenie na siłownię... najlepiej, gdy pojawi się ten temat w rozmowie.
- Nadaj priorytet działaniom zorientowanym na życie, aby wspomóc proces powrotu do zdrowia. Uprawomocni to również przekonanie reszty rodziny, że chodzenie na siłownię jest możliwe. Należy pamiętać, że inne osoby spoza rodziny mogą mieć swoje poglądy – stygmatyzację należy omówić/znaleźć rozwiązania!
- Mówienie o uczuciach, działaniach i myślach (akronim GAPS): Wdrażanie strategii łagodzenia skomplikowanych uczuć i myśli, gdy pojawiają się one w rozmowie.
- Jak radzić sobie z osobami, które obwiniają i stygmatyzują. jeśli pojawiają się w rozmowie?
- Jak skontaktować się ze współpracownikami lub szefem przed wizytą w miejscu pracy / wypiciem kawy w pracy / ponownym rozpoczęciem pracy?
- Porozmawiaj o tym, co należy zrobić / dlaczego ważne jest, aby stworzyć poczucie bezpieczeństwa w obliczu wydarzeń, które mogą być trudne.

3.E JAK KOŃCZYMY ROZMOWĘ?

Zadaj pytanie każdemu:

- *Co ci się dzisiaj podobało?*
- *Co może ci się przydać do czasu naszego ponownego spotkania?*
- Upewnij się, że kolejne wydarzenie zostało ustalone i każdy zanotował miejsce, dzień i godzinę.
- Pożegnaj się, wstań i opuść grupę.

4. JAK WSPIERAMY CICHYCH UCZESTNIKÓW, CO WNOSZĄ ONI DO ROZMOWY

- Milczący uczestnik może obawiać się, że mówiąc coś, zrani kogoś innego.
- Podkreślasz, jak ważne jest, aby wszyscy rozmawiali i że nawet małe rzeczy są pomocne.

► Ważne jest również, aby inni członkowie grupy wiedzieli, jak radzi sobie ta osoba.

► Badania wskazują, że ból psychiczny osób, które przeżyły samobójstwo, jest inny niż w przypadku innych przyczyn śmierci. Intensywne uczucia, takie jak poczucie winy, odrzucenie, porzucenie, złość i wstyd po śmierci mogą powodować cierpienie. Możesz także odczuwać strach, że jesteś częściowo odpowiedzialny za samobójstwo lub powiedzieć coś co może kogoś zranić.

► Istotne jest promowanie czynników ochronnych i zrozumienie zasobów, które ludzie posiadają, a które pozwalają im pomóc sobie w najtrudniejszym okresie żałoby.

5. JAK POMAGAMY RODZINIE ZNALEŢĆ ODPOWIEDZI NA PYTANIA?

5. A. JAK RADZISZ SOBIE Z TĄ STRATĄ?

Podsumowując, odpowiedź powinna dotyczyć następujących kluczowych punktów;

► Zrozumienie zdarzenia: Jak rozmawiać lub opisywać samobójstwo innym? Każda osoba musi znaleźć własną historię, aby omówić stratę z innymi.

► Zwiększenie zrozumienia samobójstwa i jego skutków (w odniesieniu do żałoby/traumy, niepozwolenie, aby skala problemu samobójstwa osłabiła chęć szerzenia świadomości i pomocy w ratowaniu życia, sprawdzenie, w jaki sposób poufność/zasady/interwencje zostały wykonane/poprzednie działania).

► Kluczowe jest, aby osoby, które przeżyły, uzyskały odpowiedź na swoje pytania / były w stanie przejść od fazy szoku – do fazy żałoby – do rozwoju osobistego,

► Wiele osób może być również zainteresowanych zaangażowaniem się w pomoc innym. aby samobójstwo nie przytrafiło się nikomu innemu. Ich zainteresowanie należy pielęgnować, chronić przed samobójstwem. Pomóż im rozwijać się w kierunku wspierania regionu, kraju lub wolontariatu w celu zapewnienia wsparcia w żałobie poprzez wizyty domowe na poziomie lokalnym i krajowym.

► Życie już nigdy nie będzie takie samo; pogrzebni w żałobie opisując swoje nowe życie. Jest to kwestia wznowienia opieki jako praktycznego działania, wzmacniającego wcześniejsze pozytywne emocje, takie jak radość i miłość. Chodzi o osobisty, a czasem duchowy rozwój i dbanie o siebie.

Kryzys nasila wcześniejsze konflikty i nieporozumienia, które mogą wzmacniać samotność i smutek, ale system rodzinny może się zmienić, gdy rodzina wspiera się nawzajem w żałobie.

- ▶ Jeśli pojawią się konflikty z przeszłości, zaproponuj ich opisanie. Często ktoś będzie chciał wyjaśnić sytuację bardziej skrótowo.
- ▶ Wiele konfliktów z przeszłości zostało rozwiązanych, a rodzina trzyma się razem.
- ▶ Z drugiej strony, jeśli rodzina nie ma zapewnionego wsparcia w postaci postwencji rodzinnej, konflikty mogą zostać spotęgowane, tak że więzi rodzinne mogą zostać całkowicie zerwane.
- ▶ Jeśli samobójstwo zmarłego jest postrzegane przez osobę pogrążoną w żałobie jako *wybór*, prowadzi to do konfliktu z intensywnymi uczuciami odrzucenia, porzucenia i gniewu.
- ▶ Żadna osoba, która umiera w wyniku samobójstwa, nie umiera z własnej woli. Wiele osób w społeczeństwie błędnie używa sformułowania, że ktoś wybiera odebranie sobie życia. W odpowiednim momencie można opisać, dlaczego *nie jest to wybór, i można wyjaśnić*, że takie podejście pomaga osobom, które przeżyły.
- ▶ Z tego samego powodu nie są też odpowiednie słowa, że ktoś nie mógł znieść życia. Ani ofiara choroby fizycznej lub wypadku nie umiera dlatego, że tego chce, ani dlatego, że nie może poradzić sobie z życiem (to bardzo niefortunne sformułowanie).

6. POSTWENCJA RODZINNA TO INTERWENCJA W ZAKRESIE ZDROWIA PUBLICZNEGO.

6.A. JAK ZAPOBIEGAĆ PODOBNYM TRAGEDIOM?

Żałoba może zapoczątkować posttraumatyczny wzrost i wiązać się z życiem w świecie, w którym nie ma już ukończonej osoby, a jednocześnie z chęcią i potrzebą wykorzystania swojej wiedzy i doświadczenia, aby zapobiec samobójczej stracie innych. Daje nadzieję, która również zmniejsza intensywne emocje, które czasami pojawiają się ponownie po długim życiu i wymagają ich uwagi.

6.B. PROPONOWANIE POSTWENCJI RODZINNEJ ZARAZ PO POINFORMOWANIU RODZINY O SAMOBÓJSTWIE

Postwencja rodzinna może prowadzić do:

- ▶ wzmocnienia zasobów społeczności dla pogrążonej w żałobie rodziny po samobójstwie,
- ▶ zmniejszenia ryzyka medykamentowania żałoby i wykorzystywania znacznych środków na opiekę zdrowotną.
- ▶ zwiększenia zrozumienia samobójstwa i jego skutków nie pozwalając, aby skala problemu samobójstwa osłabiła chęć pomocy innym w ratowaniu życia,
- ▶ zapobiegania kolejnym samobójstwom i zwiększaniu cierpienia.

6.C. PROPONOWANIE UTWORZENIA ZESPOŁU PREWENCYJNEGO/POSTWENCYJNEGO W KAŻDYM REGIONIE

Jeśli samobójstwo miało miejsce poza domem lub szpitalem, policja z zawiadomienia o śmierci najbliższego członka rodziny.

- ▶ Policja może skontaktować się z Zespołem Prewencyjnym po uzyskaniu zgody rodziny na wezwanie osoby z doświadczeniem samobójstwa osoby bliskiej w celu zapewnienia rodzinie postwencji rodzinnej.
- ▶ Jeśli do samobójstwa dojdzie w sektorze opieki zdrowotnej, jednostka ta kontaktuje się z regionalnym zespołem ds. prewencji/postwencji i policją.
- ▶ Za pośrednictwem zespołu prewencyjnego/postwencyjnego można przekazać informacje zwrotne, zebrać osoby, które pracowały bezpośrednio z osobą, która odebrała sobie życie / personel na oddziale / oddziale / miejscu pracy / szkole, w której doszło do samobójstwa w celu udzielenia wszystkim dotkniętym wsparcia w żałobie.
- ▶ Wsparcie w żałobie może być również zapewnione specjalistom, którzy stracili pacjenta/klienta/klienta w wyniku samobójstwa/...
- ▶ Pracownicy w miejscu pracy, którzy stracili pacjenta/klienta/klienta, spotykają się z innym specjalistą z doświadczeniem samobójstwa w pracy w celu uzyskania wsparcia
- ▶ Podobnie świadkowie / osoby zaangażowane potrzebują wsparcia po samobójstwie.
- ▶ Informacje zwrotne po analizie zdarzeń dla organizacji, w których doszło do samobójstwa, na temat tego, w jaki sposób poufność / zasady / interwencje / poprzednie działania / mogą pomóc w budowie bezpiecznego miejsca pracy.
- ▶ Po częściowym przeprowadzeniu przez rodzinę analizy zdarzenia we współpracy z osobą z doświadczeniem samobójstwa, zespół ds. prewencji/postwencji opracowuje analizę zdarzenia.
- ▶ Region finansuje czas potrzebny na udział w szkoleniu, czas spędzony na pracy z regionalnym zespołem prewencji/postwencji oraz koszty ogólne.
- ▶ Zespół może również skierować osoby z osobistym doświadczeniem straty samobójczej do wsparcia szkoły/rówieśników/miejsca pracy/świadków/osób w najbliższym otoczeniu dotkniętych samobójstwem.
- ▶ Najlepszym sposobem na wdrożenie wsparcia w żałobie rodzinnej we wszystkich regionach jest zaproszenie tych rodzin, które chcą to zrobić, do programu szkoleniowego na temat wsparcia w żałobie np. Kursu „Postwencja ELLIPSE”
- ▶ Osoby, które wcześniej otrzymały wsparcie rodzinne i które chcą wspierać inną rodzinę, mogą otrzymać informacje konieczne do wykonywania tego zadania.

W ten sposób osoby te nadal zapewniają sobie wsparcie, koncentrując się na potrzebach innych.

► Osoby z doświadczeniem osobistym mogą otrzymać zwrot kosztów bezpośredniej utraty wynagrodzenia oraz zwrot kosztów przejazdu i zryczałtowaną stawkę za pół dnia. Jest to podobne do tego, w jaki sposób przysięgli w sądach otrzymują rekompensatę za połowę lub pełne dni, co jest kolejną zaszczytną usługą publiczną do wykonania.

Ustanowienie zespołu prewencji/postwencji w każdym regionie.

► Oznacza to podobną procedurę interwencji po samobójstwie w całym kraju.

► Wsparcie po stracie samobójczej opiera się na tej samej świadomości sytuacji osoby pogrążonej w żałobie i być realizowane w ten sam sposób w całym kraju.

► Regiony mogą angażować osoby z własnym doświadczeniem do postwencji rodzinnej

► Celem jest także zapewnienie wsparcia profesjonalistom po stracie samobójczej

► Fundusze przeznaczone na zapobieganie samobójstwom mogą częściowo finansować działania ze strony państwa, a szkolenia mogą być prowadzone jako wsparcie w żałobie, ponieważ zadania te się częściowo pokrywają.

7. POSTWENCJA RODZINNA JEST ODPOWIEDNIKIEM DEBRIEFINGU OFEROWANEGO NP. STRAŻAKOM CZY PRACOWNIKOM OPIEKI ZDROWOTNEJ.

Oznacza to możliwość rozmowy i wzajemnego wspierania się, aby uniknąć w okresie późniejszym komplikacji.

Ocena rodzin, które uczestniczyły w postwencji rodzinnej na przestrzeni lat, została zaprezentowana podczas wykładu projektu ELLIPSE w dniu 10 września. Pliki te zostały zapisane i można je znaleźć na stronie internetowej ellipse.12stepsplan.com i radddaliv.se.

► Większość rodzin chce, aby wsparcie w żałobie rozpoczęło się tego samego dnia, w którym otrzymali informację o samobójstwie.

► Wiedza na temat tego, jak inni radzą sobie z żałobą, działa uspokajająco.

► Dobrze jest rozmawiać o rzeczach, takich jak własne lęki lub obawy o kogoś innego.

► Z około 35 rodzin w Blekinge, które uczestniczyły we wsparciu dla osób, które przeżyły samobójstwo, doświadczyli wsparcia jako czegoś pozytywnego.

► Na pytanie, czy w przyszłości mogliby być zaangażowani w rodzinną postwencję, większość odpowiedziała twierdząco, aby móc pomóc komuś, kto stracił ukochaną osobę w wyniku samobójstwa.

► Ważna jest gotowość i odwaga, aby zebrać całą rodzinę i być w stanie pomóc wszystkim grupom wiekowym w tym samym czasie. Zapobiega to samobójstwom i zwiększa wzajemną bliskość w rodzinie.

► W przypadku braku postwencji, samobójstwo stwarza duże ryzyko całkowitego załamania komunikacji i rozpadu rodziny.

10 WSKAZÓWEK DOTYCZĄCYCH CELÓW POSTWENCJI RODZINNEJ

1. Okaż zainteresowanie każdej osobie.
2. Ogranicz pytania uzupełniające w zależności od znaczenia danej kwestii.
3. Wzmocnij krytyczne punkty, z których wszyscy mogą skorzystać.
4. Pomóż uczestnikom w zrozumieniu „dlaczego” i co stoi za ich emocjami.
5. Pomóż osobom w radzeniu sobie z poczuciem winy, wstydem i obwinianiem siebie.
6. Podkreśl, że nawet głęboki smutek może się zmienić w trakcie rozmowy.
7. Pomóż uczestnikom spotkania w przetwarzaniu traumatycznych wspomnień i obrazów.
8. Zachęcaj do szczerej rozmowy na temat uczuć związanych z żałobą, w tym niepokoju.
9. Wspieraj zachowanie równowagi między dbaniem o siebie a wspieraniem innych.
10. Zadbaj także o siebie po spotkaniu z rodziną w żałobie, np. rozmawiając z osobą, która razem z Tobą jest zaangażowana w pomaganie innym.

Wnioski

Opisane w tym rozdziale wsparcie rodziny w żałobie jest kluczową kwestią społeczną. Pomaga poszczególnym członkom rodziny radzić sobie z chaosem i przytłaczającymi emocjami, które pojawiają się, gdy umiera ukochany członek rodziny.

Wsparcie rodzinne utrzymuje rodzinę razem, wzmacnia jej wiedzę i odporność. Może zwiększyć poczucie wspólnoty i dać członkom rodziny nadzieję na przetrwanie najtrudniejszej żałoby i ponowne odnalezienie radości w swoim życiu. W ten sposób zwiększa zdolność członków rodziny do radzenia sobie z żałobą zmniejszając ryzyko PTSD, a zwiększając szansę na rozwój pourazowy.

Gdy społeczność wdroży to działanie we wszystkich regionach, wykorzystując bezpośrednią wiedzę i zainteresowanie członków rodziny, może to pomóc w zapobieganiu samobójstwom, gdyż pomoże im uratować życie oraz uczestniczyć we wsparciu w żałobie innych dotkniętych rodzin. Wymaga to zmiany w społeczeństwie, w którym wiedza i doświadczenia osób pogrążonych w żałobie ma podstawowe znaczenie.

Utworzenie regionalnych zespołów prewencji/postwencji skoordynowanych z organem centralnym pozwoli na bieżąco monitorować liczbę samobójstw i czynniki ryzyka i ochronne. Jest to ogromne wyzwanie dla społeczeństwa, ale jest ono uzasadnione ekonomicznie, ponieważ wszystkie te kroki kosztują obecnie społeczeństwo znaczną ilość pieniędzy z podatków. Według uczestników Blekinge Family Postvention 2014-2023, koszty organizacji, która bezpośrednio wspiera całą rodzinę, mogą się szybko zwrócić np. poprzez powrót osób do pracy zamiast utraty ich produktywności.

Najprostszym sposobem na wdrożenie wsparcia dla całej rodziny w żałobie we wszystkich regionach jest zaproszenie uczestników rodzin pogrążonych w żałobie biorących udział w programie wsparcia do udziału w szkoleniu kursie Postwencji ELLIPSE. Szkolenie pomoże uczestnikom rozwijać umiejętności rozmowy na temat żałoby.

Zapamiętaj!

1. Wczesna interwencja i wsparcie

- ▶ BFP należy rozpocząć natychmiast po samobójstwie.
- ▶ BFP ma na celu złagodzenie długoterminowych skutków żałoby, takich jak przedłużające się zwolnienia lekarskie i zmniejszona zdolność do pracy.

▶ Praktyczna pomoc dotyczy różnych kwestii logistycznych po samobójstwie, zwiększając stabilność rodziny w sytuacjach kryzysowych (Hans i in., 2018).

▶ Rodzina w żałobie po samobójstwie powinna otrzymać wsparcie w bezpiecznym i wspierającym środowisku, co ułatwi jej powrót do zdrowia.

2. Rola doradcy ds. żałoby w rodzinie

▶ Osoby wspierające przeżywanie żałoby w rodzinie (jedna lub dwie osoby z doświadczeniem utraty samobójczej po kursie w zakresie postwencji), podobnie jak doula towarzysząca kobiecie w ciąży, tworzą bezpieczną przestrzeń dla rodzin, aby mogły przepracować swoją żałobę, wyrazić emocje i odbudować swoje życie (Gruber i in., 2013).

▶ Doradcy ds. żałoby pomagają uczestnikom radzić sobie z intensywnymi emocjami, zapewniając poczucie, że każdy jest wysłuchany i wspierany.

3. Struktura sesji BFP

▶ Początkowe spotkania odbywają się często (co dwa, trzy dni), przechodząc w cotygodniowe sesje, gdy sytuacja się stabilizuje.

▶ Sesje dotyczą krytycznych aspektów codziennego życia, takich jak sen, jedzenie i hobby celem promowania wszechstronnego podejścia do radzenia sobie z żałobą.

4. Komunikacja i normalizacja

▶ Otwarte dyskusje podczas sesji BFP pomagają zracjonalizować uczucia żalu, złości i poczucie winy.

▶ Uczestnicy są zachęceni do dzielenia się doświadczeniami, z wykorzystaniem wspierającej dynamiki grupy.

5. Wsparcie praktyczne i emocjonalne

▶ Praktyczne wsparcie obejmuje pomoc w organizacji pogrzebu i ułatwienie kontaktu z profesjonalistami.

▶ Wsparcie emocjonalne koncentruje się na potwierdzaniu emocji uczestników i wskazywaniu strategii radzenia sobie z żałobą.

6. Podejście skoncentrowane na rodzinie

▶ Podejście skoncentrowane na rodzinie pomaga wyeliminować bariery komunikacyjne i nieporozumienia w rodzinie.

▶ Zachęcanie członków rodziny do wzajemnego wspierania się sprzyja terapii i wzmacnia relacje.

▶ Rodzina staje się systemem wsparcia zapewniającym niezbędne warunki do wzrostu pourazowego dla jej członków.

▶ Wsparcie rodziny pomaga w szczególności młodym ludziom skupić się na pozytywnych zachowaniach i wartościach, co może pomóc im przejść od szkodliwych do prozdrowotnych działań.

Bibliografia

Andriessen, K., & Kryszyska, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International journal of environmental research and public health*, 9(1), 24–32.

<https://doi.org/10.3390/ijerph9010024>

Gruber, K. J., Cupito, S. H., & Dobson, C. F. (2013). Impact of doulas on healthy birth outcomes. *The Journal of perinatal education*, 22(1), 49–58.

<https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.1.49>

Hans, S. L., Edwards, R. C., & Zhang, Y. (2018). Randomized Controlled Trial of Doula-Home-Visiting Services: Impact on Maternal and Infant Health. *Maternal and child health journal*, 22(Suppl 1), 105–113.

<https://doi.org/10.1007/s10995-018-2537-7>



Pytania kontrolne

1. Jaki jest główny cel programu BFP?

- A. Przypisanie winy za samobójstwo rodzinie.
- B. Zapewnienie praktycznej pomocy, takiej jak sprzątanie miejsca zgonu.
- C. Pomoc rodzinom w radzeniu sobie z żałobą przy jednoczesnym minimalizowaniu długoterminowych negatywnych skutków.
- D. Ułatwienie komunikacji z organami ścigania i osobami duchownymi.

2. W jaki sposób doradcy ds. żałoby (F-GF) rozpoczynają spotkania z rodzinami?

- A. Unikają dyskusji na temat zmarłego.
- B. Zapewniają wyłącznie praktyczną pomoc.
- C. Proponują szczerą rozmowę na temat żałoby i cierpienia.
- D. Skupiają się wyłącznie na indywidualnych strategiach radzenia sobie.

3. Jaki jest cel doradcy ds. żałoby (F-GF) w czasie wizyty w domu rodziny pogrążonej w żałobie?

- A. Przypisanie komuś winy za samobójstwo.
- B. Zapewnienie praktycznej pomocy w organizacji pogrzebu.
- C. Stworzenie bezpiecznej atmosfery do przepracowania żałoby i cierpienia.
- D. Przedwczesne zakończenie rozmowy.

4. W jaki sposób BFP sugeruje, jak radzić sobie z emocjami w rodzinie?

- A. Poprzez tłumienie poczucia winy i złości.
- B. Poprzez zachęcanie do szczerzej rozmowy i dzielenia się doświadczeniami.
- C. Poprzez unikanie rozmów o zmarłym.
- D. Przez przypisanie komuś winy za samobójstwo.

5. Dlaczego wczesne i częste wsparcie w żałobie po samobójstwie jest ważne dla całej rodziny?

- A. Rodzina potrzebuje pomocy, aby poradzić sobie ze stratą samobójczą
- B. Rodzina w kryzysie po stracie zadaje sobie wiele pytań
- C. Bez wsparcia z zewnątrz, konflikty w rodzinie mogą zwiększyć poczucie samotności i smutku
- D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne

6. Wsparcie dla rodzin w żałobie po samobójstwie powinno być ogólnie dostępne.

- A. Należy pilnie zaoferować go wszystkim rodzinom w żałobie po samobójstwie.
- B. Tak jak służby ratownicze i pracownicy służby zdrowia potrzebują debriefingu, tak samo potrzebują podobnej interwencji rodziny w żałobie.
- C. Wczesne wsparcie może pomóc zmniejszyć cierpienie oraz ryzyko PTSD i depresji.
- D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne

7. Co opisuje wczesne i częste wsparcie rodziny w żałobie?

- A. Każdy, niezależnie od tego, w jaki sposób przeżywa żałobę, może uzyskać pomoc.
- B. Tylko ci, którzy potrafią mówić o swoim bólu, odnoszą korzyści z tych rozmów.
- C. Cisi uczestnicy sprawiają, że rozmowy są łatwiejsze dla innych.
- D. Ta metoda polega na rozmowie o samobójstwie, a nie o tym, jak czuje się osoba pogrążona w żałobie.

8. Czy wczesne i częste wsparcie rodziny w żałobie może być postrzegane jako interwencja zapobiegająca samobójstwom?

- A. Tak, osoby, które przeżyły samobójstwo, mają zwiększone ryzyko odebrania sobie życia
- B. Nie, nikt inny w rodzinie, która przeżyła, nie jest zagrożony śmiercią samobójczą.
- C. Osoba, która umiera, wybiera śmierć samobójczą.
- D. Mówienie o jednej przyczynie samobójstw nie jest niebezpieczne.

9. Jaka jest rola osoby z doświadczeniem żałoby w postwencji rodzinnej?

- A. Sprzyja uzyskaniu równowagi między wsparciem dla jednostki a wsparciem dla całego systemu rodzinnego.
- B. Ułatwia ona funkcjonowanie rodziny.
- C. Zapewnia rodzinie stabilność i wsparcie.
- D. Wszystkie trzy opcje są poprawne.

10. Na jakie uczucia i myśli ma wpływać wsparcie rodziny?

- A. Ukazuje jak przerażające jest samobójstwo.
- B. Wpływa na obniżenie niepokoju, ujęcie uczuć w słowa i zastąpienie złożonych, powtarzających się nieprzyjemnych wyobrażeń innymi wyobrażeniami, bardziej sprzyjającymi zdrowieniu.
- C. Koncentruje się na rozmowach o samobójstwie.
- D. Ukazuje jak niebezpiecznie jest pozwalać członkom rodziny mówić sobie nawzajem o tym, co czują.

11. Wsparcie dla rodziny, musi rozpocząć się wcześniej. Wskaż poprawne wypowiedzi.

- A. Należy zająć się zaburzeniami komunikacji w rodzinach.
- B. Rodzina potrzebuje wsparcia, nadziei i zachęty do rozmowy o najtrudniejszych uczuciach.
- C. Rodzinę należy wspierać jak najszybciej po śmierci poprzez bezpieczne, zdrowe radzenie sobie z problemami
- D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.

12. Im później pojawia się wsparcie, tym bardziej złożona i długotrwała staje się reakcja żałoby.

- A. Osoby mają więcej czasu, aby uciec od bólu w niezdrowe wzorce radzenia sobie.
- B. Tym mniejsze jest ryzyko żałoby powiklanej.
- C. Wczesne wsparcie w żałobie może zmniejszyć poczucie własnej skuteczności.
- D. Intensywność bólu i cierpienia wzrasta w rodzinie otrzymującej wczesne wsparcie w żałobie.

13. Co wspiera członków rodziny, którzy dzielą się swoim smutkiem, co otwiera drzwi do poprawy samopoczucia?

- A. Ludzie zaczynają zdawać sobie sprawę i rozumieć, co się stało, słuchając siebie nawzajem.
- B. Troska o żyjących członków rodziny zmniejsza się, gdy wiesz, jak się czują, myślą i odczuwają.
- C. Słuchanie innych członków rodziny pomaga im wspierać siebie nawzajem.
- D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.

14. Co może pomóc osobom pozostałym przy życiu?

- A. Mówienie o paraliżujących emocjach, uspokajanie uczucia.
- B. Otrzymywanie wskazówek, o prawidłowym oddychaniu czy o tym, jak wspierać dzieci.
- C. Dysfunkcyjne relacje rodzinne są porządkowane, aby przezwyciężyć ból i zyskać nadzieję.
- D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.

15. Jak rozpocząć rozmowę z rodziną po stracie samobójczej?

- A. Osoba wspierająca wita się z Tobą i opowiada Ci bardzo krótko o sobie, o tym, kogo straciła w wyniku samobójstwa.
- B. Jeśli chodzi o zasady rozmowy, nikt nie może ujawniać tego, co ktoś mówi poza rodziną.
- C. Osoba wspierająca buduje zaufanie, wyjaśnia, na czym polega udzielane przez nią wsparcie i pyta, jak wszyscy sobie radzą.
- D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.

16. Jak pomóc milczącej osobie, która nie bierze udziału w rozmowie? Możesz powiedzieć:

- A. Wystarczy, że słuchasz; nie musisz mówić nic o sobie.
- B. Jeśli trudno ci wyrazić swoje zdanie, równie dobrze możesz milczeć.
- C. Dzielenie się złożonymi i intensywnymi uczuciami łagodzi ból i obawy innych o ciebie.
- D. Wystarczająco dużo osób mówi, więc nie musisz mówić.

17. Jakie obszary nie powinny być poruszane w rodzinnej postwencji?

- A. Jeśli mieszkasz sam i potrzebujesz wsparcia, zapytaj o to w trakcie spotkania.
- B. Znaczenie właściwego odżywiania i nawodnienia, wspólnego gotowania i spożywania posiłków.
- C. Szczegóły dotyczące tego, jak doszło do samobójstwa.
- D. Utrzymanie/wznowienie ważnych codziennych rutynowych czynności/działań od czasu przed samobójstwem.

18. Które zdania są poprawne według badań?

- A. Rozmowa o czymś wyborze śmierci samobójczej może prowadzić do uczuć złości, porzucenia i smutku.
- B. Powinniśmy unikać wypowiedzi typu „Osoba, która nie mogła poradzić sobie z życiem, zdecydowała się na samobójstwo”, gdyż samobójstwo nie jest racjonalną decyzją ani wyborem.
- C. Żadna osoba, która umiera przez samobójstwo, nie umiera z własnej woli, nie jest to racjonalny wybór.
- D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.

19. Najlepszą rzeczą we wczesnym i częstym wsparciu dla całej rodziny jest to, że:

- A. pomaga ona wszystkim grupom wiekowym w tym samym czasie.
- B. łagodzi obawy osoby pogrążonej w żałobie o to, jak inni członkowie rodziny poradzą sobie ze stratą samobójczą.
- C. może zapobiec sytuacji, w której strata samobójcza doprowadzi do całkowitego załamania komunikacji między osobami pogrążonymi w żałobie.
- D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.

Odpowiedzi

- 1: C. Pomoc rodzinom w radzeniu sobie z żałobą przy jednoczesnym minimalizowaniu długoterminowych negatywnych skutków.
- 2: C. Proponują szczerą rozmowę na temat żałoby i cierpienia.
- 3: C. Stworzenie bezpiecznej atmosfery do przepracowania żałoby i cierpienia.
- 4: B. Poprzez zachęcanie do szczerzej rozmowy i dzielenia się doświadczeniami.
- 5: D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.
- 6: D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.
- 7: A. Że każdemu, niezależnie od tego, w jaki sposób każda osoba przeżywa żałobę, można pomóc poprzez poradnictwo rodzinne.
- 8: A. Tak, według statystyk i badań, osoby, które przeżyły samobójstwo, są narażone na zwiększone ryzyko odebrania sobie życia.
- 9: D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.
- 10: B. Zmniejszenie niepokoju, ujęcie uczuć w słowa, zastąpienie złożonych, powtarzających się obrazów łatwiejszymi do opanowania.
- 11: D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.
- 12: A. Wtedy osoba może uciec od bólu w niezdrowe radzenie sobie, nawet zaprzeczając stracie samobójczej.
- 13: D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.
- 14: D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.
- 15: D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.
- 16: C. Dzielenie się złożonymi i intensywnymi uczuciami łagodzi ból i troskę innych o ciebie.
- 17: C. Szczegóły dotyczące tego, jak doszło do samobójstwa i jak zawiodły wysiłki ratunkowe.
- 18: D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.
- 19: D. Wszystkie trzy odpowiedzi są poprawne.

C.05

ZNACZENIE GRUP

WSPARCIA W POSTWENCJI

Pytanie wprowadzające

W jaki sposób grupowe interwencje postwencyjne (grupy wsparcia) mogą skutecznie wspierać osoby w żałobie po samobójstwie i ułatwiać proces zdrowienia?

Czego się nauczymy?

- ▶ Znaczenie grupowych interwencji postwencyjnych (grup wsparcia) dla osób w żałobie po samobójstwie.
- ▶ Korzyści i skuteczność grup wsparcia w promowaniu wzrostu pourazowego (ang. Posttraumatic Growth – PTG).
- ▶ Typowe bariery komunikacyjne
- ▶ Praktyczne aspekty inicjowania i pracy grup wsparcia w żałobie po samobójstwie.
- ▶ Struktura, format i wytyczne etyczne niezbędne dla grup wsparcia.
- ▶ Potencjalne problemy w grupach wsparcia i strategie radzenia sobie z nimi.

Wprowadzenie

Pomimo głębokiego wpływu samobójstwa na rodzinę i przyjaciół, badania wskazują, że tylko niewielki procent osób w żałobie otrzymuje wsparcie. Ta rozbieżność między potrzebami a faktycznym wsparciem podkreśla znaczenie interwencji postwencyjnych, w szczególności interwencji grupowych, w zaspokajaniu wyjątkowych potrzeb osób, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej.

Wsparcie grupowe stwarza bezpieczną przestrzeń dla osób, które chcą podzielić się doświadczeniami i nauczyć się strategii radzenia sobie.

Rozdział ten opisuje grupowe interwencje postwencyjne po samobójstwie, wskazując ich korzyści i ograniczenia; analiza wyników badań i praktycznych doświadczeń dotyczących inicjowania i prowadzenia grup wsparcia ma na celu przekazanie podstawowej wiedzy i narzędzi niezbędnych do grupowego wsparcia osób pogrążonych w żałobie po samobójstwie.

Usuwanie barier komunikacyjnych w udzielaniu wsparcia osobom w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej

Badania wskazują, że tylko około 25% ze 114 ankietowanych telefonicznie osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej zgłosiło otrzymanie jakiegokolwiek pomocy, pomimo faktu, że 74% wyraziło chęć uzyskania pomocy (Provini i in., 2000).

Powszechne bariery komunikacyjne to przekonania rodziny i przyjaciół typu:

- *Nie wiem, co powiedzieć.*
- *Nie chcę pogarszać sytuacji.*
- *Mają już mnóstwo wsparcia; moja obecność nic nie zmieni.*
- *Wymagają profesjonalnej pomocy; nie mogę wiele zaoferować.*

Grupy wsparcia są najbardziej rozpowszechnioną formą interwencji w żałobie ze względu na dostępność (Levy, Derby i Martinkowski, 1993); oferują wiele korzyści osobom w żałobie po samobójstwie.

Postwencja grupowa dla osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej, zapewnia:

- ▶ bezpieczną przestrzeń sprzyjającą poczuciu przynależności
- ▶ środowisko, w którym zapewniona jest poufność i współczucie
- ▶ możliwość szczerej rozmowy na temat lęków i obaw.
- ▶ grupę wsparcia, w której zachęca się do mówienia o żałobie
- ▶ pomoc w łagodzeniu poczucia beznadziejności i odzyskiwaniu poczucia kontroli
- ▶ wgląd w zachowania związane z unikaniem lub negatywizmem
- ▶ możliwości nabycia nowych strategii rozwiązywania problemów i radzenia sobie z żałobą
- ▶ psychoedukację, w tym zrozumienie procesu żałoby, poznanie faktów dotyczących samobójstw i roli pracowników służby zdrowia i opieki społecznej

- wskazówki dotyczące obchodzenia rocznic lub wydarzeń budzących trudne emocje u osób w żałobie.

Badania wykazały, że osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej, które uczestniczą w grupach wsparcia, uważają je za umiarkowane lub bardzo pomocne, ponieważ umożliwiają one kontakt z innymi osobami przeżywającymi podobne doświadczenia, co sprzyja szczeremu wyrażaniu emocji i umożliwia otrzymanie nieocenianego wsparcia (McMenamy, Jordon i Mitchell, 2008).

Interwencje grupowe są skuteczne w zmniejszaniu negatywnych objawów psychologicznych, takich jak depresja i lęk, jednocześnie promując wzrost pourazowy (PTG) i poprawę samopoczucia.

Badanie przeprowadzone przez Constantino i in. (2001) oceniło wpływ dwóch interwencji grupowych – Bereavement Group Postvention (BGP) i Social Group Postvention (SGP) – na osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej. Wyniki wskazały na znaczące zmniejszenie objawów depresji, cierpienia psychicznego i intensywności żałoby, oraz zwiększone dostosowanie społeczne wśród uczestników BGP.

Chociaż dowody na skuteczność grupowych interwencji postwencyjnych są dość ograniczone, elementy takie jak dostosowanie do potrzeb wsparcie, zaangażowanie przeszkolonych wolontariuszy lub rówieśników oraz interwencje skoncentrowane na przepracowaniu uczuć żałoby są obiecujące (Andriessen i in., 2019).

Pytania dotyczące utworzenia grupy wsparcia w żałobie po samobójstwie

1. Czy jako potencjalny doradca ds. żałoby (F-GF) znasz odpowiedzi na poniższe dziesięć pytań?

- 1) Jeśli doświadczyłeś żałoby, czy poprowadzisz grupę samodzielnie, czy też poszukasz profesjonalnej pomocy w prowadzeniu spotkań?
- 2) Czy jesteś emocjonalnie gotowy, aby poświęcić niezbędną energię i czas na założenie grupy, biorąc pod uwagę wymagania wczesnego etapu żałoby?
- 3) Czy jesteś w stanie prowadzić grupę przez dłuższy czas?
- 4) Czy znasz istniejące grupy wsparcia w żałobie w swojej społeczności lokalnej lub online?
- 5) Czy sam uczestniczyłeś w grupie wsparcia w żałobie?
- 6) Czy brałeś udział w indywidualnym lub rodzinnym wsparciu w żałobie?
- 7) Czy przeszedłeś jakieś kursy postwencji, aby poszerzyć swoją wiedzę i umiejętności w zakresie radzenia sobie z różnymi wyzwaniami w grupie?

8) Czy posiadasz niezbędne umiejętności i wiedzę na temat żałoby i postwencji?

9) Czy masz wystarczające doświadczenie i umiejętności w zarządzaniu dynamiką grupy?

10) Czy masz wystarczające wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół, aby zostać liderem i doradcą ds. żałoby?

2. Jak zdefiniujesz grupę docelową?

Grupy docelowe można opisać w następujący sposób:

Do grupy wsparcia kwalifikują się osoby dorosłe zmagające się z utratą członka rodziny lub przyjaciela w wyniku samobójstwa; dzieci poniżej 16 roku życia powinny brać udział w grupach wsparcia dostosowanych do potrzeb nieletnich.

3. Jaka będzie struktura grupy: „otwarta” i ciągła, czy „zamknięta” i ograniczona czasowo?

Wybór między „otwartą” a „zamkniętą” strukturą grupy wsparcia w żałobie zależy od różnych czynników i konkretnych potrzeb społeczności; rozważmy zalety i wady.

Grupa otwarta

Zalety:

1. elastyczność; umożliwia różnym osobom dołączanie do grupy i opuszczanie jej w zależności od ich potrzeb
2. dostępność; jest dostępna zawsze, gdy ktoś potrzebuje wsparcia
3. mniejsze obciążenie; uczestnicy nie muszą się angażować w długoterminowe zobowiązania, co dla wielu osób może być przytłaczające.

Wady:

1. wyzwania związane z przywództwem; utrzymanie spójnego przywództwa i wsparcia przez dłuższy czas może być trudne
2. wahania liczby członków; zmiany uczestników wpływają znacząco na dynamikę i spójność grupy
3. ryzyko stagnacji; niektórzy członkowie mogą „utknąć” w grupie, zamiast zająć się swoimi problemami i robić postępy na drodze w radzeniu sobie z żałobą.

Grupa zamknięta

Zalety:

1. zdefiniowana oś czasu zapewnia członkom wyraźny punkt początkowy i końcowy, pozwalając im skupić się na żałobie w określonych ramach czasowych
2. spójna dynamika grupy; członkowie mają możliwość budowania silnych relacji interpersonalnych, gdy wspólnie przechodzą przez ten sam program

3. zachęta do postępów w wyznaczonym czasie i posuwania się naprzód w procesie leczenia.

Wady:

- 1.** ograniczona dostępność; nowi potrzebujący muszą czekać na założenie kolejnej grupy
- 2.** problemy związane z rekrutacją wystarczającej liczby zaangażowanych członków, zwłaszcza w mniejszych społecznościach
- 3.** wybiórczość; potrzebujący, którzy przegapią start programu, mogą dołączyć do niego dopiero w kolejnym cyklu, co znacząco opóźnia ich dostęp do wsparcia.

Ostatecznie wybór między tworzeniem grup otwartych czy zamkniętych zależy od takich czynników, jak potrzeby społeczności, dostępne zasoby i preferencje potencjalnych członków grupy; warto ocenić te czynniki i zaproponować obie opcje, aby zaspokoić różne preferencje i elastycznie dostosować się do okoliczności.

4. Jaki będzie plan spotkań grupy: ustrukturyzowany czy nieustrukturyzowany?

Ustrukturyzowany (formalny) plan

Podejście to obejmuje z góry określony porządek każdej sesji, dając uczestnikom poczucie stabilności i zapewnienie systematycznego podejścia do spotkań. Typowa sesja może obejmować: powitanie uczestników, wprowadzenie, wspomnienie kodeksu etycznego grupy, dzielenie się doświadczeniami, elementy wiedzy na z góry określony temat, podsumowanie i na zakończenie luźne spotkanie towarzyskie (poczęstunek).

Nieustrukturyzowany (nieformalny) plan

Dyskusje przebiegają naturalnie, poruszane są tematy, które pojawiają się w zależności od potrzeb uczestników.

5. Czy grupa wsparcia w procesie żałoby będzie stacjonarna czy internetowa?

Aby zapewnić optymalną dostępność grupa wsparcia może działać online; zachęcamy uczestników do stworzenia środowiska wolnego od czynników mogących rozpraszać uwagę, korzystania ze słuchawek w celu zapewnienia prywatności i jakości dźwięku, umieszczenia kamer na wysokości oczu i udostępnienia kontaktów telefonicznych (alarmowych) doradcom ds. żałoby.

6. Jaka będzie częstotliwość spotkań?

Spotkania powinny się odbywać z częstotliwością, która pozwoli uniknąć nadmiernej zależności i trudności w tworzeniu więzi; cotygodniowe sesje mogą sprzyjać uzależnieniu, podczas gdy comiesięczne spotkania mogą utrudniać tworzenie więzi.

7. Jaki będzie czas trwania spotkania?

Spotkania trwają zazwyczaj od półtorej do dwóch godzin, przy czym staramy się zachować równowagę między znaczącym zaangażowaniem a dobrym samopoczuciem emocjonalnym; takie ramy czasowe pozwalają na wprowadzenie, główne spotkanie oraz poczęstunek (dla grup stacjonarnych) i socjalizację po spotkaniu; wydłużenie czasu do ponad dwóch godzin grozi emocjonalnym wyczerpaniem uczestników.

8. Jaki będzie kodeks etyczny grupy?

Kodeks etyczny jest spisem podstawowych zasad obowiązujących w grupie; ustalenie jasnych granic daje poczucie bezpieczeństwa, ponieważ członkowie rozumieją, czego się od nich oczekuje; zasady powinny być udostępnione w formie pisemnej wszystkim uczestnikom i przypomniane na początku każdego spotkania.

Przykładowe 10 zasad kodeksu etycznego grupy wsparcia

1) Poufność

– członkowie grupy zobowiązują się do zachowania poufności i uszanowania prywatności każdego uczestnika.

2) Akceptacja

– uczestnicy uznają, że myśli i uczucia wyrażane w grupie nie są ani dobre, ani złe, co sprzyja atmosferze akceptacji i zrozumienia.

3) Postawa nieosądzająca

– uczestnicy zobowiązują się do przyjęcia postawy akceptacji i powstrzymania się od osądzania lub krytykowania doświadczeń innych.

4) Wolność wypowiedzi

– każdy uczestnik ma prawo do werbalnego dzielenia się swoim smutkiem i innymi emocjami podczas spotkań; ciche uczestnictwo jest również szanowane.

5) Wyrażanie emocji

– uznaje się, że płacz na grupie wsparcia – jako sposób wyrażania smutku – jest korzystny i akceptowany, gdyż emocje mogą pojawiać się niespodziewanie.

6) Empatia i współczucie

– członkowie grupy starają się okazywać sobie empatię, potwierdzając swoje zrozumienie dla doświadczeń innych osób.

7) Rozwiązywanie konfliktów

– szanując różnorodność osobowości i doświadczeń, uczestnicy zobowiązują się do współpracy w celu rozwiązywania wszelkich konfliktów lub napięć, które mogą się pojawić.

8) Szacunek dla indywidualnej żałoby

– uznając wyjątkowość każdej osoby i jej żałoby, uczestnicy zobowiązują się do szanowania i akceptowania wspólnych doświadczeń i indywidualnych różnic w grupie.

9) Bezpieczeństwo

– osoby uczestniczące w grupie w razie potrzeby mogą skorzystać z pomocy medycznej i terapii niezależnie od udziału w grupie wsparcia; grupa pomaga w utworzeniu dla każdej osoby tzw. planu bezpieczeństwa, do zastosowania w sytuacji np. myśli samobójczych.

10) Dbanie o siebie

– uczestnicy spotkań dokładają starań, aby w miarę możliwości dbać o swoje podstawowe potrzeby w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej, snu i kontaktów z innymi.

9. Czy masz plan pierwszego spotkania?

Oto przykładowy plan na pierwsze spotkanie:

- 1) powitanie przez organizatora spotkania
- 2) przedstawienie się – uczestnicy podają swoje imiona i opowiadają, jak dowiedzieli się o spotkaniu
- 3) wyjaśnienie celu grupy
- 4) rozmowa na tematy związane z tworzeniem grupy, w tym nad kodeksem etycznym grupy wsparcia
- 5) poczęstunek i spotkanie towarzyskie.

10. Czy istnieje plan, jak radzić sobie z ewentualnymi problemami?

Poniżej wskazówki dotyczące ośmiu potencjalnych problemów i strategii ich rozwiązania.

1. Nadmierna zależność członków grupy od kilku osób dominujących w grupie.

Strategia rozwiązania problemu:

przeznaczenie czasu na spotkania w celu omówienia podziału zadań i uzyskania sugestii.

2. Zdominowanie spotkań przez jednego z członków grupy.

Strategia rozwiązania problemu:

ustalenie wyraźnych limitów czasowych wypowiedzi i przypomnienie uczestnikom zasad działania grupy (kodeks etyczny grupy wsparcia).

3. Nadmierne milczenie członka grupy

Strategia rozwiązania problemu:

zwrócenie uwagi w grupie na to, że także milczący członkowie grupy mogą wносить z niej pozytywne doświadczenia; zauważenie, że milczenie jest jedną ze strategii radzenia sobie ze stresem; ponadto zwykle osoby milczące wcześniej lub później dzielą się swoimi przeżyciami z dużą korzyścią dla pozostałych członków grupy.

4. Członek grupy tkwi w głębokim smutku, co silnie wpływa na innych.

Strategia rozwiązania problemu: przeprowadzenie prywatnej rozmowy i w razie potrzeby zalecenie skorzystania z indywidualnego doradztwa.

5. Brak postępów w grupie.

Strategia rozwiązania problemu:

ponowna ocena potrzeb grupy i wprowadzenie niezbędnych zmian.

6. Świadomość ryzyka samobójstwa wśród osób w żałobie.

Strategia rozwiązania problemu:

omówienie środków bezpieczeństwa i stworzenie planu bezpieczeństwa dla każdego uczestnika grupy wsparcia.

7. Potrzeba edukacji członków grupy na temat żałoby i wskazanie strategii radzenia sobie z traumą.

Strategia rozwiązania problemu: zapewnienie materiałów edukacyjnych, dotyczących sposobów zarządzania żałobą i pokazanie technik radzenia sobie ze skomplikowanymi emocjami.

8. Odczuwanie frustracji, smutku i niepokoju przez doradcę ds. żałoby.

Strategia rozwiązania problemu:

spróbuj poszukać odpowiedzi w dynamice grupy i przeczytaj o reakcjach innych liderów grup oraz o tym, jak sobie z nimi radzą; możesz także porozmawiać z innymi moderatorami grup.

Wnioski

Grupowe interwencje postwencyjne (grupy wsparcia) zapewniają bezpieczną przestrzeń do dzielenia się doświadczeniami i uzyskiwania dostępu do wsparcia.

Badania wykazują niezwykłą skuteczność grupowych interwencji postwencyjnych w zmniejszaniu negatywnych objawów psychologicznych i wspieraniu wzrostu pourazowego; umożliwiają borykającym się z żałobą zrozumienie straty i odnalezienie nadziei, ponieważ sta-

wiają na pierwszym miejscu współczujące wsparcie i budowanie odporności.

Inwestowanie w grupowe interwencje postwencyjne ma kluczowe znaczenie dla wypełnienia luki w odpowiedzi na potrzeby osób, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej oraz dla promowania rozwoju po tragedii (wzroście pourazowego – PTG).

Zapamiętaj!

1. Znaczenie grupy wsparcia

Grupowe interwencje postwencyjne oferują niezbędne wsparcie, odpowiadając na wyjątkowe potrzeby osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej.

2. Korzyści z grup wsparcia

Grupy wsparcia zapewniają bezpieczną przestrzeń, wspierają przynależność i oferują cenne strategie radzenia sobie, znacznie wspomagając proces żałoby.

3. Typowe bariery komunikacyjne

Zrozumienie typowych blokad komunikacji po traumie może poprawić skuteczność interwencji.

4. Problemy praktyczne tworzenia grup

Zainicjowanie i utrzymanie grupy wsparcia wymaga gotowości emocjonalnej, znajomości lokalnych zasobów i zaangażowania lidera.

5. Struktura grupy i plan spotkań

Wybór między otwartymi/zamkniętymi strukturami i formalnymi/nieformalnymi planami działania zależy od konkretnych potrzeb społeczności.

6. Zasady etyczne

Kodeks etyczny jest niezbędny do zapewnienia wszystkim uczestnikom bezpiecznego funkcjonowania w grupie.

7. Problemy i strategie ich rozwiązywania

Radzenie sobie z potencjalnymi trudnościami, takimi jak zależność członków, dominacja i ryzyko samobójstwa, poprzez przygotowane wcześniej strategie zwiększa efektywność grupowych działań terapeutycznych.

Bibliografia

- Andriessen, K., Lobb, E., Mowll, J., Dudley, M., Draper, B., & Mitchell, P. B. (2019). Help-seeking experiences of bereaved adolescents: A qualitative study. *Death studies*, 43(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1426657>
- Andriessen, K., & Kryszka, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International journal of environmental research and public health*, 9(1), 24–32.
<https://doi.org/10.3390/ijerph9010024>
- Constantino, R. E., Sekula, L. K., & Rubinstein, E. N. (2001). Group intervention for widowed survivors of suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 31(4), 428–441.
<https://doi.org/10.1521/suli.31.4.428.22044>
- Levy, L. H., Derby, J. F., & Martinkowski, K. S. (1993). Effects of membership in bereavement support groups on adaptation to conjugal bereavement. *American journal of community psychology*, 21(3), 361–381.
<https://doi.org/10.1007/BF00941507>
- McMenamy, J. M., Jordan, J. R., & Mitchell, A. M. (2008). What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(4), 375–389.
<https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.4.375>
- Provini, C., Everett, J. R., & Pfeffer, C. R. (2000). Adults mourning suicide: self-reported concerns about bereavement, needs for assistance, and help-seeking behavior. *Death studies*, 24(1), 1–19.
<https://doi.org/10.1080/074811800200667>
- World Health Organization. (2008). Preventing suicide: how to start a survivors' group. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/44801>



Pytania kontrolne

- 1. Jaki procent osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej zgłosiło otrzymanie jakiegokolwiek pomocy po samobójstwie, wg. Provini i in. (2000)?**
 - A. 10%
 - B. 25%
 - C. 50%
 - D. 75%.
- 2. Według Levy'ego, Derby'ego i Martinkowskiego (1993), jaka jest najbardziej rozpowszechniona forma interwencji w żałobie?**
 - A. Terapia indywidualna.
 - B. Wsparcie grupowe.
 - C. Leki.
 - D. Fora internetowe.
- 3. Co NIE jest zaletą grup samopomocy dla osób, które przeżyły samobójstwo?**
 - A. Wspieranie poczucia przynależności.
 - B. Zapewnienie pomocy finansowej.
 - C. Oferowanie płaszczyzny do omawiania obaw i wątpliwości.
 - D. Zachęcanie do szczerej rozmowy na temat żałoby.
- 4. Czego NIE obejmowało badanie przeprowadzone przez Constantino i in. (2001) na temat interwencji grupowych?**
 - A. Zwiększonego dostosowania społecznego.
 - B. Znaczącego zmniejszenia depresji.
 - C. Zwiększonej stabilności finansowej.
 - D. Zmniejszonego cierpienia psychicznego.
- 5. Który czynnik należy wziąć pod uwagę podczas tworzenia struktury grupy wsparcia?**
 - A. Lokalizacja grupy.
 - B. Częstotliwość spotkań.
 - C. Wiek uczestników.
 - D. Tło kulturowe.
- 6. Jaka jest wada „otwartej” struktury grupy wsparcia?**
 - A. Konsekwentne przywództwo.
 - B. Nadmierne zaangażowanie członków.
 - C. Wahania liczby członków.
 - D. Zdefiniowana oś czasu.

7. Co z poniższych zazwyczaj NIE jest zawarte w kodeksie etycznym grupy wsparcia?

- A. Poufność.
- B. Akceptacja.
- C. Wkład finansowy.
- D. Nieoceniająca postawa.

8. Jaka jest potencjalna strategia rozwiązywania problemu, gdy jeden z członków dominuje na spotkaniu grupy wsparcia?

- A. Ignorowanie członka.
- B. Wyznaczanie jasnych limitów czasowych.
- C. Zachęcanie do zachowań asertywnych.
- D. Odwołanie spotkania.

9. Który element NIE jest niezbędny do zainicjowania grupy wsparcia dla osób, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej?

- A. Zaangażowanie w utrzymanie grupy.
- B. Znajomość lokalnych grup wsparcia.
- C. Dyplom w dziedzinie psychologii.
- D. Wystarczające doświadczenie w ułatwianiu dynamiki grupy.

Odpowiedzi

- 1. B. 25%.
- 2. B. Wsparcie grupowe.
- 3. B. Zapewnienie pomocy finansowej.
- 4. C. Zwiększonej stabilności finansowej.
- 5. B. Częstotliwość spotkań.
- 6. C. Wahania liczby członków.
- 7. C. Wkład finansowy.
- 8. B. Wyznaczenie jasnych limitów czasowych.
- 9. C. Dyplom w dziedzinie psychologii

C.06

MODEL POSTWENCJI TAPS™ (SUICIDE POSTVENTION MODEL™)

Pytanie wprowadzające

W jaki sposób model postwencji TAPS™ (Suicide Postvention Model™) chroni osoby, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej i profesjonalistów od następstw samobójstwa?

Czego się nauczymy?

1. Struktura i fazy modelu postwencji TAPS™.
2. Krytyczne zadania ułatwiające wspieranie osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej.
3. Strategie radzenia sobie ze zdrowiem psychicznym i traumą.
4. Znaczenie budowania więzi i znajdowania sensu w żałobie.

Wprowadzenie

Następstwa samobójstwa są dotkliwe, zarówno dla osób bliskich, jak i dla profesjonalistów i opiekunów, którzy starają się ich wspierać. W 2008 roku wprowadzono model postwencji TAPS™ (Suicide Postvention Model™), tj. kompleksowe ramy przygotowane do ochrony osób, z doświadczeniem samobójstwa osoby bliskiej, i profesjonalistów (świadczących usługi związane ze wsparciem w żałobie) przed następstwami samobójstwa.

Model postwencji TAPS™ składa się z trzech faz:

- I Stabilizacja.
- II Praca nad żałobą.
- III Wzrost pourazowy

Każda faza modelu postwencji TAPS™ jest starannie opracowana, aby sprostać wyjątkowym potrzebom i rozwiązać problemy, przed którymi stoją osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej, zapewniając im osiągnięcie stabilizacji, plan wspierający ich zdrowienie, przepracowanie różnych aspektów żałoby co ułatwia wzrost pourazowy.

W każdej fazie zaplanowano konkretne zadania, które mają poprowadzić osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej i ich profesjonalnych świadczeniodawców w kierunku rozwoju i wzrostu pourazowego; zada-

nia obejmują zarówno natychmiastowe interwencje, jak i długoterminowe strategie, z naciskiem na bezpieczeństwo, opiekę po traumie i integrację żałoby w życiu osoby po samobójstwie osoby bliskiej.

Opierając się na badaniach i doświadczeniach w dziedzinie złożoności żałoby i odnajdywania potencjału wzrostu w obliczu głębokiej straty model postwencji TAPS™ (Suicide Postvention Model™) proponuje wszechstronne podejście do wspierania osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej. Dzięki temu modelowi jednostki i społeczności mogą na nowo odnaleźć nadzieję po tragedii.

TRZY FAZY MODELU POSTWENCJI TAPS™

Faza I. Stabilizacja

Faza ta obejmuje bezpośrednie następstwa samobójstwa, obejmujące pierwsze godziny, dni i tygodnie po stracie. W tym okresie osoby doświadczają intensywnego nawału uczuć i koncentrują się na szczegółach śmierci.

Głównym celem terapii jest zminimalizowanie ryzyka samobójstwa i promowanie leczenia. Specjaliści, opiekunowie, świadczeniodawcy i inne osoby wspierające rodzinę powinny priorytetowo traktować bezpieczeństwo. Proaktywna postawa może być konieczna w przypadku osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej, które są odizolowane geograficznie lub mają tendencję do wycofywania się z systemów wsparcia.

Zadanie 1. Ocena zdrowia psychicznego i ryzyka samobójczego w celu właściwego skierowania

Identyfikacja problemów ze zdrowiem psychicznym i ocena ryzyka samobójstwa ma kluczowe znaczenie dla skierowania danej osoby do leczenia specjalistycznego, w razie takiej potrzeby. Zrozumienie adaptacyjnych i nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie może pomóc zmniejszyć ryzyko samobójstwa u osób szczególnie narażonych.

Personel modelu postwencji TAPS™ jest przeszkolony w zakresie oceny strategii radzenia sobie i wykorzystywania umiejętności interwencyjnych, takich jak Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) i Crisis Response Planning (CRP), w celu oceny ryzyka i ułatwienia skierowania do profesjonalistów.

Zadanie 2. Ocena traumy i skierowanie

Osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej mogą doświadczać objawów stresu pourazowego ze względu na zmieniającą życie naturę samobójstwa, zwłaszcza jeśli są narażone na bezpośredni kontakt. Trauma i żałoba często współistnieją, jednak powinny być traktowane oddzielnie. Identyfikacja traumy i skierowanie osoby w żałobie po samobójstwie do opieki profesjonalnej w celu leczenia objawów ma zasadnicze znaczenie dla stabilizacji emocjonalnej.

Zadanie 3. Zajmowanie się problemami związanymi z samobójstwem

Osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej mogą zmagać się ze złożonymi emocjami, takimi jak poczucie winy, wstydu, złość i odrzucenie. Kontakty osoby w żałobie po samobójstwie z osobami o podobnych doświadczeniach pomagają zaakceptować emocje i sprzyjają zdrowieniu.

Odpowiedzi na pytania „dlaczego” – osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej szukają odpowiedzi na pytanie, dlaczego ich ukochana osoba odebrała sobie życie, badając różne źródła informacji. Proces ten może odkrywać tajemnice i prowadzić do poczucia odrzucenia i złości. Zmiana perspektywy i zdobycie nowej wiedzy mogą pomóc osobie w żałobie przejść od poczucia opuszczenia do zrozumienia stanu umysłu osoby w chwili samobójstwa. Zmiana perspektywy może ułatwić przebaczenie i pomóc na nowo zdefiniować relacje i stosunek do osoby zmarłej.

Dzieci w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej – dorośli mogą mieć trudności z mówieniem o samobójstwie ze swoimi dziećmi; właściwe wskazówki i wsparcie może pomóc rodzicom w rozwiązaniu tego problemu i zapewnić zdrową podstawę dla wspólnego z dziećmi przeżywania żałoby.

Religia

Osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej mogą zmagać się z żałobą oraz stygmatyzacją i dezinformacją dotyczącą pogrzebów i nabożeństw żałobnych; ułatwianie szczerych rozmów i kontaktu ze wspierającymi społecznościami religijnymi może być kluczową interwencją w fazie stabilizacji.

Identyfikacja i zajęcie się istotnymi dla osób w żałobie kwestiami może im pomóc zintegrować żałobę z ich życiem, zmniejszając ryzyko autodestrukcyjnych mechanizmów radzenia sobie.

Faza II: Praca nad żałobą

Żałoba nie jest wydarzeniem, ale raczej procesem trwającym całe życie. Choć z czasem może ewoluować i słabnąć, często powraca wielokrotnie. Model postwencji TAPS™ ma na celu zintegrowanie żałoby z życiem osób po samobójstwie osoby bliskiej poprzez wspieranie odnowionych relacji z osobą, którą utracili i pomaganie w rozumieniu uczuć przeżywanych w czasie żałoby jako wyrazu miłości.

Podczas tej fazy nacisk kładziemy przede wszystkim na to, co Stroebe i Schut (1999) nazwali „radzeniem sobie zorientowanym na stratę”, które obejmuje przetwarzanie emocji bezpośrednio związanych ze stratą oraz „radzenie sobie zorientowane na odbudowę”, obejmujące sprawy życia codziennego zmienione przez stratę. Osoba w żałobie oscyluje między skupieniem się na samej stracie a zajmowaniem się sprawami praktycznymi.

Zadanie 1. Odejście od przyczyny śmierci

Osoby w żałobie po samobójstwie mogą skupiać się na okolicznościach związanych ze śmiercią, obawiając się, że zdefiniuje ona całe ich życie. Przekierowanie ich uwagi na wspólne doświadczenia, a nie ostatnie chwile, może pomóc złagodzić ten strach.

Zadanie 2. Wyłączenie żałoby poprzez odkrycie jej rytmu

Żałoba jest przytłaczająca i nieprzewidywalna, prowadzi do wycofywania się. Zachęcanie osoby w żałobie po samobójstwie do rozpoznawania wyzwalaczy żałoby, wyrażania emocji i znajdowania wsparcia może pomóc w uporaniu się z przypiętymi i odpływanymi intensywnych trudnych uczuć.

Zadanie 3. Nawiązanie nowej relacji ze zmarłym

Osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej mogą utrzymać więź ze swoimi zmarłymi bliskimi, przekształcając ich miłość i przywiązanie w stałą więź; więź ta może pomóc osobom w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej w radzeniu sobie z żałobą.

Faza III: Wzrost pourazowy

Faza wzrostu pourazowego reprezentuje pozytywny wynik przepracowania żałoby, następujący po okresie, w którym problemy komplikujące stratę zostały złagodzone lub rozwiązane. Stosując radzenie sobie skon-

centrowane na problemie, osoby, które przeżyły stratę, mogą przenieść swoją uwagę z przeszłego bólu na przyszłe wyzwania, ostatecznie odnajdując sens w swoim wymuszonym przepracowaniu różnych aspektów żałoby.

Zadanie 1. Znajdź znaczenie straty

Zachęcanie osoby w żałobie do znalezienia sensu w ich stracie może złagodzić objawy żałoby; mogą oni badać możliwości przemiany życia lub angażować się w działania upamiętniające ukochaną osobę.

Zadanie 2. Opowiedz i udostępni historię w pełen nadziei, uzdrawiający sposób

Osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej mogą włączając swoje spostrzeżenia i doświadczenie porażenia sobie z traumą napisać od nowa historię zdarzenia; proces ten pozwala im podzielić się swoimi przeżyciami w sposób pełen nadziei, wzmacniając siebie i innych.

Zadanie 3. Odkryj nowy sens życia

Odpowiednio wspierane osoby w żałobie mogą uznać swoje życie za wzbogacone po stracie, doświadczając głębszych więzi z innymi i zwiększonego poczucia empatii; na nowo odkryty szacunek dla życia i sens życia honoruje pamięć bliskich i sprzyja ciągłemu rozwojowi.

Wnioski

Model postwencji TAPS™ (Suicide Postvention Model™) zapewnia uporządkowane, podzielone na 3 fazy (stabilizacja – praca nad żałobą – wzrost pourazowy) podejście do wspierania osób, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej. Model priorytetowo traktuje bezpieczeństwo, zapewniając plan rozwoju i wzrostu pourazowego. Dzięki współczującym i opartym na dowodach strategiom, model ten umożliwia osobom w żałobie radzenie sobie z różnymi aspektami żałoby, odnajdywanie sensu i kultywowanie odporności pomimo tragedii.

Model postwencji TAPS™ zapewnia kompleksowe ramy dla zaspokojenia wieloaspektowych potrzeb osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej.

Opis TAPS jest oparty na publikacji Ruocco, K. A., Patton, C. S., Burditt, K., Carroll, B., & Mabe, M. (2022). TAPS Suicide Postvention Model™: A comprehensive framework of healing and growth. Death studies, 46(8), 1897–1908. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1866241>

Zapamiętaj!

Kompleksowe ramy

Model postwencji TAPS™ proponuje ustrukturyzowane podejście do wspierania osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej, wyróżniając fazy: stabilizacji, pracy nad żałobą i wzrost/rozwoj pourazowy.

1. Natychmiastowe wsparcie

Etap stabilizacji obejmuje natychmiastową ocenę zdrowia psychicznego i traumy w celu zminimalizowania ryzyka samobójstwa i rozpoczęcie koniecznego leczenia.

2. Praca z żałobą

Etap koncentruje się na włączeniu (integracji) żałoby do codziennego życia, odejściu od koncentrowania się na przyczynach zgonu i ustanowieniu nowej relacji ze zmarłym.

3. Pozytywny rozwój

Praca nad wzrostem potraumatycznym ułatwia znalezienie sensu w stracie, dzielenie się pełnymi nadziei narracjami i rozwijanie szacunku dla życia.

4. Rozwiązywanie konkretnych problemów

Model podkreśla znaczenie zajmowania się kwestiami związanymi z samobójstwem, takimi jak złożoność emocji i potrzeby dzieci w żałobie.

5. Wzmocnienie odporności

Wspierając kontakty z rówieśnikami i wspierającymi społecznościami, model ten umożliwia osobom, które przeżyły żałobę, efektywne radzenie sobie z nią.

Bibliografia

TAPS Suicide Postvention Model™ A Roadmap Toward Post-Traumatic Growth Webinar | TAPS Institute. Retrieved June 20, 2024. <https://www.taps.org/webinar/2022/suicidepostvention>,

Ruocco, K. A., Patton, C. S., Burditt, K., Carroll, B., & Mabe, M. (2022). TAPS Suicide Postvention Model™: A comprehensive framework of healing and growth. *Death studies*, 46(8), 1897–1908. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1866241>

Pytania kontrolne

1. Jaki jest główny cel fazy stabilizacji w modelu postwencji TAPST™?

- A. Zachęcanie osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej do zagłębiania się w emocje.
- B. Ułatwienie przebaczenia i przywrócenie pozytywnych wspomnień.
- C. Zminimalizowanie ryzyka i rozpoczęcie leczenia.
- D. Identyfikacja problemów religijnych.

2. Dlaczego ważne jest, aby osoby w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej kierować do profesjonalnej opieki po ocenie traumy?

- A. Aby ułatwić przebaczenie i przywrócić pozytywne wspomnienia.
- B. Aby zaakceptować emocje i potwierdzić potrzebę dodatkowej opieki.
- C. Aby leczyć objawy stresu pourazowego.
- D. Aby odkryć tajemnice i przyczyny samobójstwa.

3. Jaką rolę odgrywa zajmowanie się kwestiami związanymi z samobójstwem w fazie stabilizacji?

- A. Pomaga zrozumieć stan umysłu ukochanej osoby w momencie samobójstwa.
- B. Zachęca do otwartego omawiania swoich emocji z rówieśnikami.
- C. Ułatwia nawiązywanie kontaktów z innymi osobami, które dzielą podobne doświadczenia.
- D. Utrudnia leczenie.

4. Co jest podkreślane jako kluczowa interwencja w fazie stabilizacji w odniesieniu do religii?

- A. Kierowanie do profesjonalnej opieki.
- B. Ułatwianie szczerych rozmów na temat przekonań.
- C. Oferowanie wskazówek, jak rozmawiać z dziećmi o samobójstwie.
- D. Zachęcanie do zagłębiania się w emocje.

5. Na czym koncentruje się faza pracy nad żałobą w modelu postwencji TAPST™?

- A. Świątowanie kamieni milowych.
- B. Przeniesienie uwagi z przyczyny śmierci na wspólne wspomnienia.
- C. Znalezienie rozwiązania poprzez zrozumienie szczegółów śmierci.
- D. Unikanie czynników wyzwalających smutek w celu zminimalizowania bólu emocjonalnego.

6. Co obejmuje zadanie wyłączenia żałoby w fazie pracy nad żałobą w modelu postwencji TAPSTM?

- A. Przyjmowanie strategii wycofywania się.
- B. Zachęcanie do ignorowania czynników wywołujących smutek.
- C. Identyfikowanie czynników wyzwalających smutek w celu radzenia sobie z emocjami.
- D. Skupianie się wyłącznie na kwestiach praktycznych niezwiązanych ze stratą.

7. Jaki jest cel opowiadania na nowo historii w fazie wzrostu pourazowego?

- A. Pogłębienie poczucia winy i żalu.
- B. Unikanie zajmowania się emocjonalnym wpływem straty.
- C. Włączenie nowych spostrzeżeń i doświadczeń zdobytych podczas żałoby.
- D. Tłumienie emocji związanych ze stratą.

8. Na co kładzie nacisk poszukiwanie nowego sensu w fazie wzrostu potraumatycznego?

- A. Utrzymywanie więzi ze zmarłym.
- B. Unikanie jakichkolwiek wzmianek o zmarłym.
- C. Wymazywanie wspomnień o zmarłym w celu znalezienia rozwiązania.
- D. Przeniesienie uwagi z przeszłego bólu na przyszłe możliwości.

Odpowiedzi

- 1: C. Zminimalizowanie ryzyka i rozpoczęcie leczenia.
- 2: B. Aby zaakceptować emocje i potwierdzić potrzebę dodatkowej opieki.
- 3: A. Pomaga zrozumieć stan umysłu ukochanej osoby w momencie samobójstwa.
- 4: B. Ułatwianie szczerych rozmów na temat przekonań.
- 5: B. Przeniesienie uwagi z przyczyny śmierci na wspólne wspomnienia.
- 6: C. Identyfikowanie czynników wyzwalających smutek w celu radzenia sobie z emocjami.
- 7: C. Włączenie nowych spostrzeżeń i doświadczeń zdobytych podczas żałoby.
- 8: D. Przeniesienie uwagi z przeszłego bólu na przyszłe możliwości.



MODUŁ D

OPIEKA ZDROWOTNA

D.01 Służba zdrowia z perspektywy osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej

D.02 Samobójstwo pacjenta z perspektywy pracownika służby zdrowia

D.03 Podstawowe zasady postwencji w placówkach służby zdrowia

D.04 Wytoczne na spotkania terapeutyczne (debriefing) w opiece psychiatrycznej

D.05 Wsparcie po samobójstwie dla lekarzy i innych pracowników służby zdrowia



D.01

SŁUŻBA ZDROWIA Z PERSPEKTYWY OSÓB W ŻAŁOBIE PO SAMOBÓJSTWIE OSOBY BLISKIEJ

Pytanie wprowadzające

W jaki sposób placówki służby zdrowia mogą lepiej wspierać osoby w żałobie po samobójstwie?

Czego się nauczymy?

1. Znaczenie wymiany informacji między psychiatryczną opieką zdrowotną a rodzinami pacjentów na temat ryzyka samobójstwa.
2. Potrzeba dostosowania opieki zdrowotnej do wymagań związanych z opieką nad osobami z tendencjami samobójczymi.
3. Znaczenie poszanowania preferencji i oczekiwań osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej.
4. Znaczenie wrażliwej i odpowiednio zaplanowanej komunikacji pracowników służby zdrowia z osobami w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej.

Wprowadzenie

Służba zdrowia odgrywa kluczową rolę we wspieraniu osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej. Jednak luki w działaniach postwencyjnych mogą utrudnić skuteczną pomoc. Niniejszy rozdział wskazuje krytyczne obszary, zbierając obserwacje osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej.

SPOSTRZEŻENIA GRUPY FOKUSOWEJ OSÓB W ŻAŁOBIE PO SAMOBÓJSTWIE

Etap powiadamiania

Osoby pogrążone w żałobie po stracie ukochanej osoby mogą czuć się odrzucone i opuszczone, co ma duży wpływ na ich zdolność do poszukiwania pomocy, w tym dostrzeżenia, że taka pomoc jest dla nich dostępna:

Pierwsze tygodnie po śmierci (mojego syna) były dla mnie stanem oszołomienia, jakbym wpadła w taką wielką ciemną dziurę i nie wiedziała, jak się z niej wydostać.

Nie mogłam planować... to tak, jakby gdziekolwiek jesteś, ludzie wokół ciebie rozmawiali, jakby istniała niewidzialna bariera między wami, to tak, jakby wyciągali rękę i próbowali cię dotknąć, ale Ty nie byłeś w stanie ich poczuć... a oni nie mogliby Ci pomóc... to tak, jakbyś szła przez ruchliwą dzielnicę handlową, czując się całkowicie odizolowaną od innych (Fielden i in., 2003, s. 77).

Etap żałoby

Niektóre osoby znajdują się na etapie żałoby doświadczając trudne, intensywne uczucia, w tym złość i poczucie winy, dostrzegając rzeczy, które można było zrobić w inny sposób. Etap ten jest dobrze zilustrowany spostrzeżeniami osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej podczas wywiadów grup fokusowych w ramach projektu ELLIPSE (2020–2021) współfinansowanego przez program Erasmus+ Unii Europejskiej. Osoby te zwracają uwagę na 5 problemów:

1. Brak udzielenia informacji o myślach samobójczych

Nigdy nie powiedzieli nam, jego rodzinie, o planach naszego syna zakończenia swojego życia, mimo że nasz syn wyraził zgodę [na informowanie nas o jego stanie zdrowia].

2. Brak informacji o myślach samobójczych jako skutkach ubocznych przyjmowania leków

Nigdy nie powiedziano nam, że tabletki, które brał mój brat, mogły zwiększyć ryzyko samobójstwa, a miały taki możliwy efekt uboczny. Później pomyślałam, że mogłam wziąć wolne, by być z nim. Ale nie zdawaliśmy sobie sprawy z tego, jak poważna była to sprawa. Gdybyśmy byli poinformowani o zagrożeniu, mogliśmy zaplanować działania tak, by ktoś zawsze był przy nim. Nigdy nie pomyśleliśmy, że może odebrać sobie życie, bo nikt nam nie powiedział, że istnieje takie ryzyko.

3. Brak dostosowania opieki zdrowotnej do rzeczywistych wyzwań

Aby stłumić to, co czułem, mój syn szedł na złą drogę i wkrótce zdał sobie sprawę, że może swoje złe samopoczucie stłumić marihuaną i przez to wpadł w błędne koło. Psychiatrzy nie chcieli przyjąć go na leczenie, dopóki palił. (...) nikt nie chciał wziąć na siebie odpowiedzialności [by mu pomóc].

4. Znaczenie poszanowania preferencji i oczekiwań osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej

Jedyne, czego potrzebowałam jako pacjentka, to czas, ale nie dostałam żadnego zwolnienia lekarskiego. Nie chciałam brać tabletek, ponieważ mój brat umarł przez nie. Nie, w takim przypadku nie dostaniesz zwolnienia lekarskiego. Musiałam więc zrezygnować z pracy, przeszłam na bezrobocie i wykorzystałam ten czas jako zwolnienie lekarskie. Nie powinniśmy być zmuszani do zwolnienia się z pracy, gdy odmawiamy brania tabletek!

5. Niezadowolenie z kontaktu pracownika służby zdrowia z rodziną po samobójstwie

Ordynator oddziału zadzwonił dwa dni po tym, jak mój syn odebrał sobie życie. To był człowiek, który mówił do mnie coś niezrozumiałego, a ja nawet nie wiedziałam, kto dzwoni. ...Ordynator oddziału nie powinien dzwonić do ludzi do domu, i mówić o niezrozumiałych dla nich kwestiach medycznych.. Przede wszystkim nigdy go nie widzieliśmy. Nie czułam się dobrze po tym telefonie. To było takie nieludzkie.

Dwa tygodnie po samobójstwie szpital skontaktował się ze mną i poprosił o wypełnienie kwestionariusza na temat tego, dlaczego uważam, że mój brat odebrał sobie życie. Byłam tym bardzo wzburzona. To oni go wypisali... To o wiele za wcześnie na kontakt ze służbą zdrowia [i na przeprowadzanie ankiety].

Etap wzrostu pourazowego

Na tym etapie osoba może potrzebować „ruszyć do przodu”, co może pomóc w dokonaniu zmian w życiu. Może to być np. zaangażowanie się w pomoc innym i zapobieganie samobójstwom.

„... ale nadchodzi moment, w którym wszyscy chcą iść do przodu, i wtedy zdecydowałam, że chcę żyć... chcę odzyskać kontrolę nad swoim życiem i skupiłam się na tym” (Fielden i in., 2003, s. 79).

Wnioski

Spostrzeżenia osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej podkreślają istotne kwestie w komunikacji i praktykach postwencyjnych psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Zarzuty obejmowały nieinformowanie na temat myśli samobójczych i skutków ubocznych leków, „sztywność” zasad postępowania, która nie uwzględnia rzeczywistych wyzwań i potrzeb, oraz nie szanuje preferencji osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej. Ponadto niewłaściwy czas kontaktu ze służbą zdrowia po samobójstwie może pogłębić niepokój członków rodziny. Zwrócenie uwagi na te kwestie powinno podnieść efektywność wsparcia osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej.

Zapamiętaj!

1. Sprawna wymiana informacji między pracownikami służby zdrowia a rodzinami pacjentów może pomóc w zapobieganiu samobójstwom.
2. Zrozumienie skutków ubocznych leków ma ważne znaczenie dla zapobiegania samobójstwom i większego zaangażowania członków rodziny w opiekę nad osobą z myślami samobójczymi.
3. Opieka zdrowotna powinna być elastyczna, dostosowana do potrzeb każdego pacjenta w celu zapewnienia optymalnego poziomu leczenia.
4. Poszanowanie autonomii i preferencji osób w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej ma kluczowe znaczenie dla ich zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia.
5. Empatyczna komunikacja ze strony pracowników służby zdrowia z rodziną jest niezbędna, aby zapobiec dalszej traumatyzacji.

Bibliografia

- McKinnon, J. M., & Chonody, J. (2014). Exploring the formal supports used by people bereaved through suicide: A qualitative study. *Social Work in Mental Health*, 12(3), 231-248. <https://doi.org/10.1080/15332985.2014.889637> ResearchGate. Retrieved Aug 23, 2024 from: https://www.researchgate.net/publication/271927854_Exploring_the_Formal_Supports_Used_by_People_Bereaved_Through_Suicide_A_Qualitative_Study
- ELLIPSE Project. (n.d.). E-LLIPSE & ELLIPSE POSTVENTION. Retrieved 24 May 2024 from ELLIPSE Gatekeeper+ Course in Suicide Prevention (https://navoica.pl/courses/course-vi:JagiellonianUniversity+EG_A+2023_2_EN/about). <https://ellipse.12stepsplan.com>

Pytania kontrolne

1. Co w opinii rodziny zlekceważył psychiatra?

- A. Brak dostępności leku.
- B. Poinformowanie rodziny o zamiarach samobójczych osoby bliskiej.
- C. Niewłaściwą infrastrukturę szpitala.
- D. Brak psychoterapii.

2. Czego służba zdrowia odmówiła do czasu zaprzestania przez pacjenta używania substancji psychoaktywnych?

- A. Zapewnienia wsparcia emocjonalnego.
- B. Oferowania alternatywnych opcji leczenia.
- C. Przyjęcia pacjenta do leczenia szpitalnego.
- D. Rozpoczęcia leczenia psychiatrycznego.

3. Dlaczego osoba w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej opisana w tym rozdziale odmówiła przyjmowania leków?

- A. Ze względu na ograniczenia finansowe.
- B. Ponieważ była świadkiem negatywnego wpływu leków na członka rodziny.
- C. Z powodu braku zaufania do pracowników służby zdrowia.
- D. Z obawy przed uzależnieniem od leków.

4. Jak osoba w żałobie odebrała prośbę szpitala o wypełnienie kwestionariusza dotyczącego przyczyn samobójstwa?

- A. Jako wyraz empatii i wsparcia.
- B. Jako potrzebną do przepracowania żałoby.
- C. Jako przedwczesną i bezosobową.
- D. Jako pomocną w procesie żałoby.

Odpowiedzi

- 1: D. Poinformowanie rodziny o zamiarach samobójczych osoby bliskiej.
- 2: D. Rozpoczęcia leczenia psychiatrycznego.
- 3: B. Ponieważ była świadkiem negatywnego wpływu leków na członka rodziny.
- 4: C. Jako przedwczesną i bezosobową.

D.02

SAMOBÓJSTWO PACJENTA Z PERSPEKTYWY PRACOWNIKA SŁUŻBY ZDROWIA

Pytanie wprowadzające

Jak pracownicy służby zdrowia radzą sobie z emocjonalnymi następstwami utraty pacjenta w wyniku samobójstwa?

Czego się nauczymy?

1. Reakcje pracowników opieki zdrowotnej na samobójstwo pacjenta bezpośrednio po zdarzeniu.
2. Długoterminowe skutki psychologiczne doświadczane przez pracowników służby zdrowia po samobójstwie pacjenta.
3. Refleksje i spostrzeżenia pracowników służby zdrowia dotyczące potencjalnych strategii zapobiegania.
4. Wpływ samobójstwa pacjenta na relacje zawodowe i osobiste pracowników służby zdrowia.
5. Organizacyjne i instytucjonalne wspieranie pracowników służby zdrowia w żałobie po samobójstwie pacjenta.

Wprowadzenie

Samobójstwo pacjenta może mieć istotny wpływ na pracowników służby zdrowia wywołując szereg reakcji emocjonalnych i długotrwałych następstw natury psychologicznej.

Zrozumienie tych reakcji i wyzwań stojących przed pracownikami służby zdrowia w radzeniu sobie z samobójstwem pacjenta ma kluczowe znaczenie dla rozwoju systemów wsparcia i strategii postwencji w placówkach służby zdrowia.

I. POCZĄTKOWE REAKCJE NA SAMOBÓJSTWO PACJENTA

I.1 POCZĄTKOWE REAKCJE LEKARZY RODZINNYCH

Lekarze rodzinni bardzo przeżywali samobójstwo pacjenta, doświadczając różnych emocji, od empatii dla rodziny po poczucie winy. Wielu zmagало się z poczuciem nieadekwatności, zastanawiając się, co więcej mogliby zrobić (Foggin i in., 2016).

Byłem strasznie przygnębiony. Kiedy usłyszałem, że zmarł, poczułem, jakby mnie ktoś kopnął w brzuch. (Foggin i in., 2016, s. 743).

I.2 POCZĄTKOWE REAKCJE PRACOWNIKÓW OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ

Pracownicy psychiatrycznej opieki zdrowotnej zgłasza-
li szereg emocji, w tym szok, niedowierzenie i poczucie
zdrady. Niektórzy czuli się zaskoczeni, pomimo świad-
omości tendencji samobójczych swoich pacjentów.
Szok, jaki odczuwali, został porównany do tego, które-
go doświadczają żołnierze w obliczu nieoczekiwanego
niebezpieczeństwa. Po doświadczeniu utraty pacjenta
w samobójstwie specjaliści kwestionowali częściej swo-
je decyzje dotyczące leczenia. Strata ma często cha-
rakter osobisty, ponieważ wielu z nich utrzymywało bli-
skie relacje ze swoimi pacjentami (Foggin i in., 2016):

*Dowiedziałem się, kiedy przyszedłem na poranny ob-
chód... Usłyszałem, jak rozmawiają o samobójstwie.
Nonszalancko zapytałem: „O kim mowa?” I usłyszałem,
że był to Pan B.. Musiałem wyglądać, jakbym dostał
w brzuch, ponieważ następne pytanie brzmiało: „Czy to
był Twój pacjent?”.*

*Pamiętam, jak siedziałem przy biurku godzinami, wpa-
trując się w przestrzeń... drobiazgowo analizując i kwe-
stionując każdą swoją decyzję.*

*Rozmawialiśmy o nim dość dużo i wiedzieliśmy sporo
o jego życiu..., więc znaliśmy go dość dobrze i byliśmy
bardzo smutni i zszokowani.*

*Przyszedł do szpitala, ponieważ miał myśli samobójcze
i depresję, ale powiedział, że całkowicie mu przeszło [...].
Pamiętam, że pojechałem na wakacje. A kiedy wróciłem,
odkryłem, że odebrał sobie życie [...] Moją pierwszą reakcją
był szok. I poczucie, że coś przeoczyłem (Foggin i in., 2016).*

*Czułem się zaskoczony i zdradzony, ponieważ wierzy-
łem, że udało nam się nawiązać coś w rodzaju rela-*

cji terapeutycznej – być może pierwszą taką relację w trakcie długiego leczenia.... Jednak w najbardziej krytycznym momencie nie była w stanie się ze mną skontaktować... (Foggin i in., 2016).

Rozmawialiśmy o wydarzeniu, ale przez całą noc wydawało się, że pracujemy na autopilocie, niewiele z tego pamiętałem. Żadnego strachu, smutku, nic. (Lekarz – świadek samobójstwa, użytkownik forum: <https://www.quora.com/Doctors-How-did-you-react-to-the-first-time-one-of-your-patients-died>).

„Bardzo mi przykro” – powiedziała cicho. „Becky odebrała sobie życie zeszłej nocy”. Czulałam się jak pod wodą, mój głos był zniekształcony, kiedy w końcu udało mi się powiedzieć: „Dziękuję, że mi Pani o tym powiedziała”. (Terapeutka otrzymująca informację o samobójstwie od pogrążonej w żałobie matki: <https://www.psychotherapy.net/article/client-samobojstwo-artykul>).

II. ŻAŁOBA

II.1 Poczucie winy

„Po powrocie do domu miałam trudności z zaśnięciem; następnego dnia w końcu to do mnie dotarło. Zaczęłam współczuć jemu i jego rodzinie. Wciąż aktualizowałam scenariusz zdarzenia, zadając sobie pytanie, czego nie dopatrzyłam.

(Lekarka, świadek samobójstwa, użytkowniczka forum: <https://www.quora.com/Doctors-How-did-you-react-to-the-first-time-one-of-your-patients-died>).

Po prostu ciągle się obwiniam i nie mogę przestać analizować ostatnich chwil mojego podopiecznego. Nie mogę przestać o tym myśleć”. (Terapeuta: <https://www.psychotherapy.net/article/client-suicide-article>).

„W pewnym sensie czułam, że może popełniłem błąd. I czułam się jakbym to ja był powodem tej śmierci”. (Psychiatra; Foggin i in., 2016).

„Pierwszą rzeczą, o której myślisz, jest to, czy to moja wina, czy mogłem temu zapobiec, czy powinienem był skierować go do kogoś wcześniej, czy powinienem był zauważyć znaki ostrzegawcze, czy brał odpowiednie leki? Czy przedawkował leki, czy to ja przepisałem mu leki, którymi się zabił? Pojawia się mnóstwo pytań...” (Lekarz rodzinny; Pooja i in., 2016).

„Zawsze znajdzie się coś, co sprawia, że czujesz, że mogłeś zrobić więcej, lub jest coś, co można było zmienić, ponieważ taka jest ludzka natura, aby szukać rzeczy,

które... można było zrobić... które mogłyby zmienić sytuację, prawda?” (Psychiatra; Foggin i in., 2016).

II.2 Niepokój i strach

„(...) obawiałem się, że zmarła z powodu jakiegoś rażącego niedopatrzenia z mojej strony, które w końcu zostanie odkryte”. (Psycholog; Foggin i in., 2016).

„To mnie przestraszyło, przeraziło, sprawiło, że zwątpiłem we wszystko, co robiłem”. (Psycholog; Foggin i in., 2016).

„Za każdym razem, gdy telefon dzwonił w środku nocy, bałem się, że otrzymam informację dotyczącą samobójstwa”. (Psycholog; Foggin i in., 2016).

II.3 Uczucie gniewu/złości

„...Byłem zły z tego powodu, że dowiedziałem się o jej śmierci od jej rodziców dopiero tydzień po jej śmierci”. (Psychiatra; Furqan i in., 2023).

„Wszedłem do mojego biura jak we mgłę i odkryłem, że kierownik kliniki otworzył mój gabinet i przeszukiwał moje biurko w poszukiwaniu karty ambulatoryjnej. Byłem zbyt oszołomiony, by złościć się na niego, ale teraz ponownie czuję złość, gdy to piszę”. (Psychiatra; Furqan i in., 2023).

II.4 Samotność w bólu

„Uważałam, aby nie mówić o samobójstwie Becky. Myśląc o całym doświadczeniu, czuję, że moja izolacja była najbardziej zgubnym aspektem reakcji na jej samobójstwo. Teraz zdaję sobie sprawę, że większość ludzi nie jest w stanie pojąć, jak raniąca jest utrata pacjenta. Nawet „dziwny” ton wypowiedzi kolegów ranił mi dzień”. (Terapeutka, <https://www.psychotherapy.net/article/client-suicide-article>).

II.5 Kryzys tożsamości zawodowej

„Po tygodniu ...myślałam, że jestem jedyną osobą, która tak się czuje. A czułam, że wykonuję niewłaściwy zawód ... (Lekarka, użytkowniczka forum: <https://www.quora.com/Doctors-How-did-you-react-to-the-first-time-one-of-your-patients-died>).

„... mój pacjent odebrał sobie życie. Czy to oznacza, że nie wykonałem należycie swojej pracy? Czy to oznacza, że nie jestem dobrym terapeutą”. (Silverthorn, 2005; s. 88).

II.6 Wstyd

„Niemał wstydzilem się za nie [odnosząc się do dwóch samobójstw pacjentów]. Wstydzilem się tego, co pomyśli o mnie moja sekretarka”. (Psychiatra; Furqan i in., 2023).

III. DŁUGOTERMINOWY WPŁYW SAMOBÓJSTWA NA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Następstwa samobójstw pacjentów często pozostawały pracowników opieki psychiatrycznej w traumie. Wielokrotnie kwestionowali oni swoje umiejętności. Niektórzy terapeuci przestali nawet przyjmować pacjentów z ryzykiem samobójczym. Emocjonalne konsekwencje trwały a terapeuci przez lata doświadczali lęku i zwątpienia (Hendin i in., 2000).

Prześladowały ich sny odzwierciedlające poczucie nieadekwatności i niekompetencji, podkreślając trwały wpływ samobójstwa pacjenta na ich psychikę (Foggin i in., 2016).

Po samobójstwie pacjenta 10% psychiatrów przestało przyjmować pacjentów, u których podejrzewali wysokie ryzyko samobójcze lub czuli się niepewnie podczas wykonywania nawet rutynowych czynności zawodowych (Ehrlich i in., 2017).

Przykłady:

„Przez jakiś czas po tym zdarzeniu byłem bardzo niezdecydowany przy wypisywaniu ze szpitala pacjentów, którzy mieli myśli samobójcze, a to około 60% moich pacjentów”. (Psychiatra; Foggin i in., 2016).

„Miałem koszmary o jakiś egzaminach. Starłem się w nich pokonać przeszkody na drodze do ukończenia studiów lub stażu. Ciągle gubiłem się jak u Kafki – w labiryncie korytarzy, schodów, pociągów, beznadziejnie spóźniony, żałośnie nieprzygotowany, a w jednym śnie tylko częściowo ubrany”. (Psycholog; Foggin i in., 2016).

„W dniach i tygodniach po samobójstwie [pani C.] pojawił się mój wstyd związany z moją pracą jako terapeuty, gdy zmagalem się z palącym poczuciem bycia nieadekwatnym, bycia niewystarczająco dobrym lub w ogóle dobrym, oraz niemożnością zapobieżenia jej śmierci...” (Psycholog; Foggin i in., 2016).

„Jeśli chodzi o moją pracę, ponownie odzyskałem entuzjazm, ale... Teraz wiem, że każdy może czasami stracić nadzieję i chociaż uważnie słucham subtelnych komu-

nikatów, którymi dzielą się ze mną moi pacjenci, wiem, że mogą ukrywać wiele rzeczy. Znam swoje ograniczenia i wiem, że nie mogę przewidzieć ani wiedzieć, co zrobi dana osoba. I muszę żyć z tą niepewnością i konsekwencjami, które z niej wynikają”. (Terapeuta; <https://www.psychotherapy.net/article/client-suicide-article>).

„Czuję, że ... jestem lepszym klinicystą. Czuję, że lepiej oceniam ryzyko samobójstwa. W pewnym sensie sprawiło ono, że jestem bardziej ostrożny. [...] Analizuję każdy możliwy czynnik, aby upewnić się, że podejmuję właściwą decyzję. I to jest dobra rzecz”. (Psychiatra; Furqan i in., 2023).

Z perspektywy czasu wielu specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym zidentyfikowało jakiś aspekt procesu leczenia, którego zmiana, według nich, mogła przyczynić się do skuteczniejszej prewencji samobójstw. Niektóre ze zmian, które terapeuci rozważali w następstwie samobójstwa, dotyczyły:

- ▶ Stosowania leków
- ▶ Oceny potrzeby hospitalizacji pacjenta
- ▶ Konsultacji z poprzednimi terapeutami
- ▶ Zwiększonej czujności i wrażliwości na ryzyko samobójcze
- ▶ Lepiej prowadzonej dokumentacji
- ▶ Kontynuowania kształcenia w zakresie przeprowadzania i dokumentowania oceny ryzyka samobójczego.

IV ODPOWIEDZI OD WSPÓŁPRACOWNIKÓW I KIEROWNICTWA

Reakcje współpracowników i menedżerów na samobójstwo pacjenta terapeuty były zróżnicowane, przy czym niektóre reakcje były postrzegane jako wspierające, podczas gdy inne były lekceważące lub natrętne. Prowadzone analizy przyczyn samobójstwa często pogłębiały zwątpienie i niepokój terapeutów (Furqan i in., 2023):

„Konferencja [dotycząca śmiertelności i zachorowalności] nie była tym, czego oczekiwałem – byłem zły, że zrobiono z niego kozła ofiarnego np.: „Wykonaliśmy dobrą robotę, ale on nie pozwolił nam sobie pomóc” – psychiatra.

„Zawsze uważałam je [narady na temat kontroli jakości procesu leczenia] za pouczające, bardzo pomocne i wspierające [...] Nie ma oskarżeń, obwiniania ani pociągania do odpowiedzialności. Zawsze kładziemy nacisk na to, czego możemy się nauczyć, co możemy zrobić inaczej w przyszłości” – psychiatra.

„Rozmawiałem również z innymi psychiatrami na temat ich doświadczeń. To było pomocne” – psychiatra.

„Moje poczucie życia pod mikroskopem wzrosło kilka dni po samobójstwie [pani C.], kiedy otrzymałam telefon od urzędnika, który przedstawił się i szybko poinformował mnie, że nasza rozmowa telefoniczna jest nagrywana; że wszczęt dochodzenie w sprawie śmierci mojej pacjentki. Miałem prawo do uzyskania porady prawnej... Zaniemówiłem na kilka sekund i zająknąłem się, że oczywiście będę współpracował i nie, nie sądzę, żebym potrzebował adwokata. Zdałem sobie sprawę, że oddział psychiatrii, szpital i stanowy system zdrowia psychicznego będą kontrolować moją pracę w momencie, gdy czułem się najbardziej bezradny ...” – psycholog.

„(...) wiele z najtrudniejszych chwil, jakich doświadczyłem, miało miejsce podczas mojej pracy na oddziale psychiatrii i miały na celu ocenę leczenia związaną z samobójstwem [pani C.]. Rozmowy bardziej przypominały dochodzenie. Pod koniec pierwszej rozmowy dyrektor kliniczny, wyraźnie niezadowolony z nieobecności kilku kluczowych osób i mojej pobieżnej wiedzy na temat historii choroby i leczenia [pani C.], nagle zakończył spotkanie i rozejrzał się po pokoju, a następnie skupił wzrok na mnie, wypowiadając słowa, których nigdy nie zapomnę: „Wygląda na to, że [pani C.] zmarła w taki sposób, w jaki była traktowana, z wieloma ludźmi wokół, ale nikt jej naprawdę nie pomagał». Muszę przyznać, że w tym momencie mojego zawodowego życia czułem się najbardziej bezradny. Pamiętam, że czułem się oszołomiony i zły, że jego komentarze były rażąco niesprawiedliwe, niewłaściwe i wręcz okrutne. Mimo to nie zareagowałem. Nie mogłem albo ze złości, poczucia winy lub wstydu, albo z czystego emocjonalnego wyczerpania» – psycholog.

Furqan i in. (2023) podkreślają, że w niektórych przypadkach instytucjonalna reakcja może być pozytywnym doświadczeniem dla psychiatrów w żałobie po utracie pacjenta w wyniku samobójstwa. Jednak tylko w sytuacji, gdy środowisko służby zdrowia zapewnia:

- a) bezpieczną przestrzeń dzielenia się doświadczeniami, oddzieloną od formalnych zebrań,
- b) wsparcie emocjonalne ze strony szefów oddziałów lub innych autorytetów,
- c) wzajemne wsparcie od kolegów, którzy przeszli podobne doświadczenia, oraz
- d) narady, które nie oceniają i są zorientowane na uczenie się i doskonalenie procesu opieki nad pacjentem.

5. Interakcje z krewnymi pacjentów

Terapeuci, angażujący się w kontakt z krewnymi pacjentów po samobójstwie, spodziewali się krytyki, jednak często doświadczali ulgi. Czasami rozbudowane inte-

rakcje i wzajemne wsparcie uspokajały obie strony, rozwiewając poczucie winy. Gniew lub obwinianie ze strony rodziny przyczynia się do niepokoju doświadczanego przez psychiatrów po samobójstwie pacjenta (Furqan i in., 2023). Jak wyrazili to psychiatrzy (Hendin i in., 2000):

„Najbardziej stresująca jest niewiedza, czego można się spodziewać po rodzinie pacjenta, który popełnił samobójstwo”.

„Rozmawialiśmy z tą mamą. Płakaliśmy po samobójstwie jej dziecka przez jakieś 2,5 godziny, to było bardzo, bardzo pomocne”.

„Terapeuta został przekonany przez matkę pacjenta do wypisania go z oddziału, chociaż pacjent informował terapeuta o swoich planach samobójczych, co – zdaniem terapeuty należało przepracować podczas terapii. Po wypisie pacjent odebrał sobie życie w sposób, który dokładnie wcześniej opisał. Terapeuta i matka pacjenta spędzili kilka miesięcy na nieformalnych rozmowach o śmierci jej syna i samobójstwach w ogóle” – psychiatra.

„Jest bardzo prawdopodobne, że rodzice cię pozwą. Biorąc pod uwagę to, co mi powiedziałaś, będą potrzebowali winnego. Proszę, sporządź raport ze zdarzenia i daj nam znać, jeśli trzeba będzie działać w sprawie pozwu” – prawnik z firmy ubezpieczeniowej.

„Większość terapeutów, których znam, pracuje obawiając się pozwu. Nie byłam wyjątkiem. I oczywiście tak właśnie się stało” – terapeutka, <https://www.psychotherapy.net/article/client-suicide-article>

6. Wsparcie organizacyjne dla osób w żałobie

Zarówno krewni pacjentów, jak i pracownicy służby zdrowia napotykają na trudności w dostępie do odpowiedniego wsparcia w żałobie. Pracownicy psychiatrycznej opieki zdrowotnej często czuli się pozostawieni sami sobie z żałobą, dodatkowo utrudnianą przez pracodawców, oczekujących wznowienia regularnych obowiązków związanych z pracą (Foggin i in., 2016).

Wysiłki mające na celu poprawę wsparcia dla pracowników służby zdrowia pogrążonych w żałobie po samobójstwie pacjenta są utrudnione przez strach przed osądem i niechęć do zmian ze strony szpitali. Partnerzy zewnętrzni posiadający wiedzę na temat samobójstw mogliby ułatwić otwarty dialog i promować niezbędne zmiany w postwencji, aby lepiej wspierać pogrążonych w żałobie pracowników służby zdrowia i zapobiegać przyszłym samobójstwom. Jak wyrazili to lekarze pierwszego kontaktu (Foggin i in., 2016):

„Ludzie muszą próbować przepracować wszystko, a następnie przejść do pełnej terapii, jeśli nie robią żadnych postępów, ale lekarze rodzinni nie mają wystarczająco dużo czasu”. (Lekarz rodzinny; Pooja i in., 2016).

„Zazwyczaj, jeśli odwołujemy się do tradycyjnej opieki psychiatrycznej, to nie jest ona wystarczająca... w przypadku tego rodzaju problemów”. (Lekarz rodzinny; Pooja i in., 2016).

„Organizacje wolontariackie... mają dużą rolę do odegrania...” (Lekarz rodzinny; Pooja i in., 2016).

„I wszyscy zastanawiamy się nad tym, czy coś mogliśmy zrobić... co powinniśmy byli zrobić... czy mogliśmy zrobić coś lepiej? Nie sądzę, że powinienem radzić sobie z tym sam; ja bym sobie nie poradził. Myślę, że naprawdę musisz się tym z kimś podzielić”. (Lekarz rodzinny; Pooja i in., 2016).

„Przypuszczam, że lekarze rodzinni są nauczani kontrowalowania emocji i sytuacji, i myślą, że są najlepsi w radzeniu sobie, co jest złe. Myślę, że lekarzowi trudno jest stać się pacjentem... wielu lekarzy wolałoby raczej temu zaprzeczyć. Myślę, że ich „Och, jestem zbyt zajęty” to wymówka”. (Lekarz rodzinny; Pooja i in., 2016).

„Chociaż obaj opłakiwaliśmy stratę, ode mnie jako od psychiatry oczekiwano, abym udzielił wsparcia lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej (...) Idealnie byłoby, gdybyśmy byli dla siebie wzajemnym wsparciem, ale pracodawcy nie stworzyli nam takiej możliwości. ...nie traktowałem priorytetowo radzenia sobie z moją osobistą reakcją na stratę”. (Psychiatra; Yasgur, 2023).

Wnioski

Samobójstwo pacjenta ma duży wpływ na pracowników służby zdrowia, wywołując szereg reakcji emocjonalnych, w tym szok, poczucie winy i poczucie nieadekwatności. Te początkowe reakcje często prowadzą do długoterminowych skutków psychologicznych, takich jak ciągłe wątpliwości w sobie, niepokój i zmiany w praktykach zawodowych. Proces żałoby jest złożony i może obejmować intensywne poczucie winy, obwinianie się, samotność i kryzys tożsamości zawodowej.

Pracownicy służby zdrowia często otrzymują wsparcie od kolegów i kierownictwa, ale niektóre reakcje pracodawców jedynie pogłębiają cierpienie. Skuteczne systemy wsparcia mają kluczowe znaczenie, ponieważ mogą pomóc pracownikom służby zdrowia w radzeniu sobie z żałobą, dzięki zapewnieniu bezpiecznych przestrzeni do ana-

lizy, podsumowania, wsparcia emocjonalnego ze strony autorytetów i kolegów o podobnych doświadczeniach.

Interakcje z krewnymi pacjentów mogą być trudne, ale też budujące, wszystko zależy od okoliczności.

Systemy wsparcia organizacyjnego odgrywają istotną rolę w pomaganiu pracownikom służby zdrowia w radzeniu sobie z żałobą, ale systemy te są często nieodpowiednie lub są wykorzystywane w niewystarczającym stopniu.

Istnieje pilna potrzeba, aby placówki służby zdrowia wdrożyły programy wspierające otwarty dialog na temat wyzwań, przed którymi stoją profesjonaliści po samobójstwie pacjenta.

Zapamiętaj!

1. Rozpoznanie skutków samobójstwa

Samobójstwo pacjenta ma znaczny wpływ na pracowników służby zdrowia.

2. Identyfikacja potrzeb w zakresie wsparcia

Zrozumienie potrzeby stworzenia odpowiednich systemów wsparcia, w tym wsparcia rówieśniczego i spotkań terapeutycznych (debriefing), pomagających pracownikom służby zdrowia poradzić sobie z następstwami samobójstwa.

3. Promowanie nazywania problemu

Zachęcanie do dyskusji w placówkach służby zdrowia na temat żałoby po samobójstwie pacjenta, w celu stworzenia wspierającego środowiska.

4. Wdrażanie wsparcia

Postulowanie zmian w procedurach postwencyjnych placówek służby zdrowia w celu zapewnienia terminowego i adekwatnego wsparcia pracownikom pogrążonym w żałobie.

5. Prowadzenie odpowiednich szkoleń zawodowych

Podkreślenie znaczenia ciągłej edukacji i szkoleń dla pracowników systemu opieki zdrowotnej w zakresie postępowania z pacjentami z wysokim ryzykiem samobójczym i radzenia sobie z emocjonalnymi skutkami samobójstwa pacjenta.

6. Wprowadzenie na studiach programów prewencji samobójstw, w tym postwencji

Obowiązkowe kursy dla przyszłych pracowników służby zdrowia, które mogłyby pomóc im w lepszym przygotowaniu do zawodu. Przykłady to e-learningowe kursy ELLIPSE Gatekeeper+ oraz Postwencja ELLIPSE na platformie Navoica.pl.

7. Wzajemne wsparcie

Budowanie podejścia opartego na współpracy w celu wspierania pracowników służby zdrowia i rodzin pacjentów w żałobie.

Bibliografia

Foggin, E., McDonnell, S., Cordingley, L., Kapur, N., Shaw, J., & Chew-Graham, C. (2016). GPs' experiences of dealing with parents bereaved by suicide: a qualitative study. *The British Journal of General Practice: the Journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(651), e737-46.
<https://doi.org/10.3399/bjgp16X686605>

Furqan, Z., Cooper, R. B., Lustig, A., Sinyor, M., Nakhost, A., Kurdyak, P., Rudoler, D., Naeem, F., Stergiopoulos, V., & Zaheer, J. (2023). "I was Close to Helping him but Couldn't Quite get There": Psychiatrists' Experiences of a Patient's Death by Suicide. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 68(3), 187-199.
<https://doi.org/10.1177/07067437221125300>

Pooja Saini, Khatidja Chantler, David While, Navneet Kapur, Do GPs want or need formal support following a patient suicide?: a mixed methods study, *Family Practice*, Volume 33, Issue 4, August 2016, Pages 414-420,
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmw040>

Swift Yasgur B. Handling Your Grief After a Patient's Suicide. July 18, 2023.
<https://www.medscape.com/viewarticle/994491?form=fpf>

Teichert, W. M. (2013). The experience of psychologists after the suicide of their patient.
<https://core.ac.uk/download/43173729.pdf>

Qayyum, Z., Luff, D., Van Schalkwyk, G. I., & AhnAllen, C. G. (2021). Recommendations for Effectively Supporting Psychiatry Trainees Following a Patient Suicide. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 45(3), 301-305.
<https://doi.org/10.1007/s40596-020-01395-7>

Webinar przygotowany w ramach grantu Postwencja ELLIPSE pt. „Trzy powody, dla których nie warto się poddawać”, w którym dr n med Anna Baran, psychiatra i Maiellen Stensmark, nauczycielka rozmawiają o doświadczeniach własnych związanych z samobójstwami.
Link: <https://youtu.be/QjcTjmZtmqU?si=7xQ0L2K5T6u0swzO&t=5>



Pytania kontrolne

- 1. Jakich emocji często doświadczają lekarze pierwszego kontaktu, gdy dowiadują się o samobójstwie pacjenta?**
 - A. Ulga i satysfakcja.
 - B. Szok i poczucie winy.
 - C. Obojętność i apatia.
 - D. Podekscytowanie i ciekawość.
- 2. W jaki sposób pracownicy placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej zazwyczaj reagują na samobójstwo pacjenta?**
 - A. Mają poczucie zamknięcia tematu i szybko ruszają dalej (strategia „business as usual”).
 - B. Doświadczają szoku, niedowierzania i zwątpienia w siebie.
 - C. Stają się emocjonalnie oderwani od rzeczywistości.
 - D. Obwiniają rodzinę pacjenta za samobójstwo.
- 3. Jaki odsetek psychiatrów przestał przyjmować pacjentów uznanych za zagrożonych samobójstwem po doświadczeniu samobójstwa pacjenta?**
 - A. 5%
 - B. 10%
 - C. 20%
 - D. 50%.
- 4. Czego doświadczają terapeuci po samobójstwie pacjenta?**
 - A. Czują się upewnieni w swoich decyzjach dotyczących leczenia.
 - B. Doświadczają poczucia winy, zwątpienia w siebie i wstydu.
 - C. Obwiniają pacjenta za swoje działania.
 - D. Wierzą, że zrobili wszystko idealnie.
- 5. Jaka jest typowa reakcja ze strony placówek służby zdrowia w zakresie wspierania swoich pracowników w żałobie po samobójstwie pacjenta?**
 - A. Świadczenie kompleksowych usług doradczych w ramach instytucji.
 - B. Przypisywanie winy i inicjowanie postępowania karnego przeciwko zaangażowanym w sprawę pracownikom.
 - C. Oferowanie wzajemnego wsparcia i terapii.
 - D. Ignorowanie zdarzenia i oczekiwanie od profesjonalistów natychmiastowego powrotu do normalnych obowiązków.

Odpowiedzi

- 1: B. Szok i poczucie winy.
- 2: B. Doświadczają szoku, niedowierzania i zwątpienia w siebie.
- 3: B. 10%.
- 4: B. Doświadczają poczucia winy, zwątpienia w siebie i wstydu.
- 5: C. Oferowanie wzajemnego wsparcia i terapii.

D.03

PODSTAWOWE ZASADY POSTWENCJI W PLACÓWKACH SŁUŻBY ZDROWIA

Pytanie wprowadzające

Jak możemy przekształcić traumę związaną z samobójstwem w okazję do rozwoju i wsparcia pracowników służby zdrowia?

Czego się nauczymy?

1. Zrozumienie celów i etapów postwencji w psychiatrycznej opiece zdrowotnej.
2. Etap przygotowania do spodziewanego zdarzenia jakim jest samobójstwo w kontakcie z psychiatryczną opieką zdrowotną.
3. Procedury powiadamiania o samobójstwie w placówkach służby zdrowia.
4. Zapewnianie adekwatnego wsparcia indywidualnego i grupowego (debriefing).
5. Analiza i wdrażanie działań postwencyjnych.

Wprowadzenie

Poradzenie sobie z następstwami samobójstwa pacjenta w placówce służby zdrowia jest złożonym i emocjonalnie trudnym zadaniem. Jednak dzięki wdrożeniu skutecznych strategii zapobiegania, pracownicy służby zdrowia mogą przekształcić to doświadczenie w okazję do rozwoju i lepszej opieki nad pacjentem. Niniejszy rozdział analizuje system postwencji w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, podkreślając znaczenie etapu przygotowania, powiadamiania, wsparcia w żałobie i wzrostu pourazowego.

LISTA DZIAŁAŃ POSTWENCYJNYCH W PSYCHIATRYCZNEJ OPIECE ZDROWOTNEJ

CELE:

1. Pomoc w radzeniu sobie z traumą i żałobą oraz ograniczenie reakcji kryzysowych.
2. Ograniczenie ryzyka dalszych samobójstw i zachowań samobójczych.
3. Pomoc osobom w żałobie w powrocie do poziomu funkcjonowania sprzed traumy.

CZTERY ETAPY POSTWENCJI W PLACÓWKACH SŁUŻBY ZDROWIA

Etap I: Przygotowanie do działań postwencyjnych

Etap II: Powiadomienie/wymiana informacji

Etap III: Wsparcie w żałobie

Etap IV: Wzrost – analiza i modyfikacja procedur

OPISY ETAPÓW

Etap I. Przygotowania do działań postwencyjnych

1. Utworzenie zespołu kryzysowego (ZK/ CIT – ang. Crisis Intervention Team), w skład którego wejdą lekarze, psycholodzy, doradcy ds. żałoby/ doświadczeni rówieśnicy/ asystenci zdrowienia (AZ/PLE – ang. Peers with Lived Experience of suicide loss), terapeuci, pracownicy socjalni, personel pielęgniarstwa i ratownicy medyczni.
2. Przygotowanie protokołów postępowania w przypadku zachowań samobójczych dla personelu, pacjentów, rodziny pogrążonej w żałobie i społeczności.
3. Opracowanie informacji pomocniczych (broszur/ ulotek).
4. Przeprowadzanie anonimowych badań kwestionariuszowych i zbieranie informacji o próbach samobójczych i samobójstwach do celów badawczych.
5. Koordynacja harmonogramów szkoleń z kierownictwem szpitala.
6. Upewnienie się, że członkowie ZK przechodzą szkolenie co najmniej raz w roku.

Etap II. Powiadomianie

► W przypadku zagrażającej życiu próby samobójczej

1. Zadzwoń pod numer 112.
2. Skontaktuj się z lekarzem dyżurnym.
3. Rozpocznij działania ratunkowe i zabezpiecz miejsce interwencji.
4. Poinformuj kierownika placówki i koordynatora zespołu kryzysowego
5. Pomóż koordynatorowi ZK w przygotowaniu i rozpowszechnianiu informacji dotyczących postwencji.

- W przypadku samobójstwa
- 1. Skontaktuj się z lekarzem w celu ustalenia przyczyny zgonu.
- 2. Powiadom kierownika placówki i koordynatora ZK.
- 3. Powiadom policję.
- 4. Zorganizuj wsparcie dla rodziny w żałobie.

Etap III. Wsparcie w żałobie

- 1. Identyfikuj osoby potrzebujące wsparcia.
- 2. Aktywuj wewnętrzny system wsparcia.
- 3. Oferuj osobom w żałobie materiały na temat radzenia sobie z żałobą i procedur po samobójstwie.
- 6. Przeprowadź spotkanie (debriefing) dla pracowników.
- 4. W razie potrzeby zmobilizuj wsparcie z zasobów zewnętrznych.

Etap IV. Wzrost pourazowy

- 1. Przeprowadź analizę prób samobójczych i samobójstw.
- 2. Przeprowadź retrospektywny przegląd zdarzeń z trzech miesięcy od zdarzenia.
- 3. Zaangażuj asystentów zdrowienia z doświadczeniem samobójstwa do rozmów i gromadzenia opinii i opisów doświadczeń osób w żałobie po samobójstwie.

Działania praktyczne

- Zapewnij świadkom i ich bliskim pomoc.
- Udzielaj informacji i wsparcia najbliższym krewnym w zakresie ostatnich kontaktów zmarłego z systemem opieki zdrowotnej.
- Zabezpiecz rzeczy zmarłego.
- Zablokuj naliczanie opłat osobie zmarłej.
- Udziel wsparcia pracownikom.
- Zorganizuj rozmowy i spotkania z pracownikami.
- Zaangażuj przeszkolonych asystentów zdrowienia z doświadczeniem samobójstwa w pracę w ramach ZK i wspieraj ich rozwój.
- Dokumentuj wszystkie podjęte działania.

OBOWIĄZKI ODDZIAŁU PSYCHIATRII I ZESPOŁU KRYZYSOWEGO (ZK):

- Zorganizowanie przez ZK spotkania (debriefingu) pracowników zaangażowanych w leczenie pacjenta w celu omówienia zdarzenia.
- Zwrócenie się o pomoc do innych oddziałów, np. poprzez poproszenie o dodatkowy personel.
- Ustalenie, czy i jakich informacji/wsparcia potrzebują inni pacjenci i ich rodziny.
- Poinformowanie innych współpracowników o zdarzeniu po ich powrocie do pracy np. po urlopie.

- Upewnienie się, że osoby w żałobie nie otrzymują żadnych rachunków za pobyt w szpitalu i nie mają żadnych planowych wizyt.
- Organizowanie wsparcia w ciągu najbliższych dni od zdarzenia do dwóch – trzech miesięcy.
- Zapewnienie szybkiego przygotowania i przekazania raportu kierownikowi.
- Dokumentacja wszystkich działań podjętych w trakcie i po zdarzeniu.

Ordynator oddziału psychiatrycznego jest odpowiedzialny za przygotowanie oddziału do:

- Zapewnienia szybkiego wsparcia kryzysowego pacjentom/krewnym/osobie poszkodowanej.
- Rozszerzenia wsparcia na dzieci w żałobie po samobójstwie osoby bliskiej.
- Zorganizowania spotkania z osobami zaangażowanymi lub odpowiedzialnymi za leczenie pacjenta (np. osobą do kontaktu z pacjentem i jego rodziną/lekarzem prowadzącym).
- Określenia zadań w przypadkach, gdy samobójstwo ma wpływ na wiele osób z placówki służby zdrowia i lokalnej społeczności.
- Rejestrowania wszystkich kontaktów z krewnymi itp. w dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta. Jeśli kontakt krewnych osoby, która odebrała sobie życie z opieką psychiatryczną się przedłuża, należy rozważyć utworzenie dla nich dokumentacji medycznej.
- Zaangażowania przeszkolonych osób z doświadczeniem samobójstwa osoby bliskiej lub pacjenta w pracę ZK.
- Zwiększania kompetencji i umiejętności członków ZK poprzez zapewnienie im stałej dostępności do materiałów pomocowych w sytuacjach kryzysowych.

Wnioski

Podsumowując, skuteczna postwencja w psychiatrycznej opiece zdrowotnej wymaga proaktywnego przygotowania standardowych protokołów reagowania, wsparcia, uczenia się, współpracy międzyoddziałowej i wprowadzania modyfikacji. Postępując zgodnie z procedurą postwencyjną, pracownicy służby zdrowia i rodziny pacjentów mogą otrzymać profesjonalne wsparcie sprzyjające wzrostowi potraumatycznemu i poprawie jakości opieki.

Zapamiętaj!

1. Przygotowanie

Podstawą skutecznej postwencji w psychiatrycznej opiece zdrowotnej jest dokładne przygotowanie: utworzenie Zespołów Kryzysowych, nawiązanie kontaktu z asystentami zdrowienia, opracowanie protokołów

i zapewnienie regularnych szkoleń to kluczowe kroki w postwencji.

2. Ustrukturyzowane działania

Procedura postwencyjna zawiera cztery etapy:

- 1/ przygotowanie
- 2/ powiadamianie
- 3/ wsparcie w żałobie
- 4/ wzrost pourazowy.

Ustrukturyzowane ramy pomagają usprawnić proces reagowania w przypadku samobójstwa i zapewniają kompleksowe wsparcie pracowników i ich rodzin.

3. Protokoły natychmiastowych działań postwencyjnych

Protokoły natychmiastowego reagowania w sytuacjach zagrożenia życia w związku z próbą samobójczą czy samobójstwem są niezbędne. Natychmiastowe działania obejmują: skontaktowanie się z zespołem ratownictwa medycznego, powiadomienie personelu placówki, zabezpieczenie miejsca zdarzenia i zapewnienie wsparcia bliskim.

4. Wspierające otoczenie

Działania postwencyjne wykraczają poza zarządzanie kryzysowe i obejmują stałe wsparcie dla osób w żałobie, w formie wewnętrznych systemów wsparcia, spotkań terapeutycznych (debriefing) i umożliwiania dostępu do zasobów zewnętrznych.

5. Ciągłe uczenie się i doskonalenie

Przeprowadzenie analizy zdarzenia, retrospektywnego przeglądu działań, zebranie opinii asystentów zdrowienia i pracowników umożliwi pracownikom służby zdrowia identyfikację obszarów wymagających poprawy i udoskonalanie strategii postwencyjnych w przyszłości.

6. Współpraca międzyoddziałowa

Skuteczne działania postwencyjne wymagają współpracy między różnymi oddziałami w placówkach służby zdrowia.

7. Odpowiedzialność

Jasny podział obowiązków zapewnia odpowiedzialność na każdym poziomie, od członków ZK po kierowników oddziałów psychiatrycznych. Dokumentacja działań, opis procedur i składanie raportów przyczyniają się do standaryzacji działań i ułatwiają ciągłe doskonalenie.

8. Włączenie w działania osób z doświadczeniem samobójstwa

Zaangażowanie osób z doświadczeniem samobójstwa (AZ) w pracę zespołu kryzysowego (ZK) umożliwia reagowanie na problem w szerokiej perspektywie i efektywne zapobieganie samobójstwom. Zaangażowanie wolontariuszy zwiększa empatię i efektywne zrozumienie potrzeb osób dotkniętych samobójstwem.

Bibliografia

- Andriessen, K., Kryszka, K., & Grad, O. (Eds.). (2017). *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support*. Hogrefe Publishing. ISBN-1616764937, 9781616764937
- Andriessen, K., Kryszka, K., Hill, N. T., Reifels, L., Robinson, J., & Reavley, N. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: A systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. *BMC Psychiatry*, 19(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2020-z>
- Brock, S. E. (2002). School suicide postvention. In S. E. Brock, P. J. Lazarus, & S. R. Jimerson (Eds.), *Best practices in school crisis prevention and intervention* (pp. 553-575). National Association of School Psychologists. ISBN-0-932955-84-3
- Cerel, J., & Campbell, F. R. (2008). Suicide survivors seeking mental health services: A preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 30-34. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.30>
- Linde, K., Trembl, J., Steinig, J., Nagl, M., & Kersting, A. (2017). Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PLoS ONE*, 12(6), e0179496. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179496>
- Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, 8(sup1), S140-S147. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-140>
- Shneidman, E. S. (1981). Postvention: The care of the bereaved. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11(4), 349-359. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1981.tb01011.x>
- Zimmerman, M. S. (2023). The information seeking behaviors and needs of suicide survivors during bereavement. *Libri*, 73(1), 25-35. <https://doi.org/10.1515/libri-2021-0119>

Pytania kontrolne

1. Jakie są główne cele postwencji w psychiatrycznej opiece zdrowotnej?

- A. Ograniczenie ryzyka kolejnych samobójstw.
- B. Przywrócenie codziennej rutyny.
- C. Pomoc osobom z doświadczeniem samobójstwa w radzeniu sobie z traumą i żałobą.
- D. Żadne z powyższych.

2. Jaki jest główny cel spotkań terapeutycznych (debriefing) dla pracowników?

- A. Przypisanie komuś winy za zdarzenie.
- B. Unikanie omawiania uczuć i reakcji.
- C. Stworzenie bezpiecznej przestrzeni do omówienia zdarzenia.
- D. Przedkładanie opieki nad pacjentem nad dobre samopoczucie personelu.

3. Kto zazwyczaj jest koordynatorem zespołu kryzysowego w opiece psychiatrycznej?

- A. Kierownictwo szpitala.
- B. Ordynator oddziału psychiatrii.
- C. Lokalny posterunek policji.
- D. Lekarz prowadzący.

4. Jaki jest cel retrospektywnego przeglądu zdarzeń w procedurach postwencyjnych?

- A. Rekonstrukcja zdarzeń poprzedzających samobójstwo.
- B. Przypisywanie winy świadczeniodawcom opieki zdrowotnej.
- C. Wszczęcie postępowania sądowego przeciwko zmarłemu.
- D. Uniknięcie dalszej analizy zdarzenia.

5. Jak można dostosować wsparcie do potrzeb osób w kryzysie?

- A. Zapewniając tylko standardowe materiały pomocnicze.
- B. Unikając bezpośredniego kontaktu z osobą pogrążoną w żałobie.
- C. Poprzez podanie leków.
- D. Dostosowując wsparcie do indywidualnych potrzeb każdej osoby.

Odpowiedzi

- 1. C. Pomoc osobom z doświadczeniem samobójstwa w radzeniu sobie z traumą i żałobą.
- 2. C. Stworzenie bezpiecznej przestrzeni do omówienia zdarzenia.
- 3. B. Ordynator oddziału psychiatrii.
- 4. A. Rekonstrukcja zdarzeń poprzedzających samobójstwo.
- 5. D. Dostosowując wsparcie do indywidualnych potrzeb każdej osoby.

D.04

WYTYCZNE DOTYCZĄCE DEBRIEFINGU W OPIECE PSYCHIATRYCZNEJ

Pytanie wprowadzające

Jaka jest rola debriefingu w zapewnianiu wsparcia osobom w żałobie po samobójstwie w opiece psychiatrycznej?

Czego się nauczymy?

1. Cel i znaczenie debriefingu w opiece psychiatrycznej.
2. Krytyczne aspekty organizacji i prowadzenia debriefingu.
3. Strategie tworzenia wspierającego i nieoceniającego środowiska podczas debriefingu.
4. Radzenie sobie z różnymi aspektami żałoby i dbanie o wzrost pourazowy osób w żałobie.
5. Sposoby angażowania i wspierania członków rodziny poprzez udział w debriefingu.

Wprowadzenie

W psychiatrycznej opiece zdrowotnej wspieranie osób dotkniętych samobójstwem ma kluczowe znaczenie. Ten rozdział omawia podstawowe strategie i protokoły postwencji, koncentrując się na interwencji kryzysowej, której częścią jest debriefing i ciągłym wsparciu dla osób z doświadczeniem samobójstwa.

Debriefing jest formą spotkania w grupie i dyskusji mającej na celu rekonstrukcję faktów dotyczących traumaticznego zdarzenia.

Rozumiejąc obowiązki kierownictwa w opiece zdrowotnej i wykorzystując wiedzę wyszkolonych specjalistów, jednostki opieki psychiatrycznej mogą stworzyć wspierającą przestrzeń dla osób dotkniętych samobójstwem.

LISTA OSÓB WYMAGAJĄCYCH WSPARCIA W PRZYPADKU SAMOBÓJSTWA PACJENTA

1. Członkowie najbliższej rodziny zmarłego
2. Kluczowi pracownicy służby zdrowia (psychiatrzy, psychologowie, psychoterapeuci, menedżerowie)
3. Stażyści i młodzi pracownicy

4. Pielęgniarki, którzy mieli częsty kontakt z pacjentem
5. Inny personel, który nawiązał więź z pacjentem lub brał udział w zapewnieniu pacjentowi specjalistycznej opieki
6. Osoba, która znalazła ciało zmarłego pacjenta
7. Pacjenci, którzy mogli ucierpieć w wyniku zdarzenia i mają potrzebę wyrażenia swoich uczuć i obserwacji
8. Krewni pacjenta, zwłaszcza w przypadku psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej
9. Personel pomocniczy, który nawiązał kontakt z pacjentem
10. Nieobecni pracownicy (np. z powodu choroby, urlopu), którzy mogą wymagać wsparcia po powrocie do pracy.

DEBRIEFING DLA PRACOWNIKÓW

1. Głównym celem debriefingu jest stworzenie bezpiecznego środowiska do opisanie zdarzenia i ułatwienie otwartego dialogu między wszystkimi zaangażowanymi pracownikami.
2. Początkowo podsumowanie powinno być ograniczone do personelu klinicznego obecnego na oddziale podczas zdarzenia.
3. Zaleca się, aby debriefing odbył się poza miejscem zdarzenia i niezwłocznie po powiadomieniu o zdarzeniu, najlepiej w ciągu 24 godzin.
4. Debriefing pomaga w wyjaśnieniu ról personelu, określeniu natychmiastowych działań i zapewnia platformę do otwartej dyskusji na temat emocji i reakcji w nieoceniającym otoczeniu.
5. Podczas dyskusji należy koncentrować się na wsparciu i nauce, unikając obwiniania.
6. Wykorzystaj pytania otwarte, aby zachęcić pracowników do udziału, takie jak „Kto? Co? Kiedy? Gdzie?”
7. Powstrzymaj się od zagłębiania się w szczegóły zdarzenia, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się spekulacji i plotek.
8. Ustalenie czasu trwania spotkania (debriefing), który zazwyczaj wynosi od 30 do 60 minut.
9. Przed przeprowadzeniem podsumowania należy

przeanalizować osobiste odczucia i reakcje, ponieważ postawa prowadzącego często nadaje ton późniejszym dyskusjom.

10. Przewiduj różne reakcje uczestników, w tym brak odpowiedzi, i odnieś się do nich z wyczuciem, upewniając się, że wszyscy czują się wysłuchani.

11. Zachęcaj do uważnego słuchania i zadawania pytań.

12. Wyrażanie reakcji żalu i płacz jest uważane za zdrowe i konieczne, zazwyczaj nie wymaga interwencji ze strony służb medycyny pracy ani leków. Wykorzystaj zasoby, takie jak 12-Stopniowy Plan Bezpieczeństwa i udostępnij broszury na temat radzenia sobie z żałobą po samobójstwie.

DEBRIEFING DLA RODZIN W ŻAŁOBIE

1. Debriefing dla rodzin oferuje możliwość wyrażenia emocji i uzyskanie na wczesnym etapie wsparcia.

2. Osobom w żałobie po samobójstwie należy zaofiarować wsparcie związane z wydarzeniem, wzmacniając poczucie bezpieczeństwa i więzi.

3. Należy zwrócić uwagę na poczucie winy wśród członków rodziny, umożliwiając im wyrażenie emocji i otrzymanie pomocy w radzeniu sobie z nim.

4. Grupowy i indywidualny debriefing są kluczowe dla stworzenia bezpiecznej przestrzeni do interakcji między członkami rodziny moderowanej przez doradcę ds. żałoby.

5. Spotkania rodzinne powinny odbywać się regularnie i w miejscu wybranym przez rodzinę.

6. Spotkania dla rodziny mogą prowadzić przeszkoleni w postwencji asystenci zdrowienia z doświadczeniem żałoby po samobójstwie osoby bliskiej po szkoleniu w zakresie postwencji.

7. Rodziny powinny być wyposażone w narzędzia radzenia sobie, takie jak zasady self-care (dbania o siebie, sen, odżywianie, ćwiczenia fizyczne, bezpieczeństwo i higienę), dostosowane do indywidualnych potrzeb, aby uniknąć niepotrzebnego podawania leków w czasie żałoby.

8. Koordynator ZK powinien ułatwiać początkowe spotkania, koncentrując się na żałobie i zachęcać uczestników do otwartego dialogu.

9. Uczestnicy są zachęceni do dzielenia się swoimi doświadczeniami i emocjami związanymi ze zdarzeniem, jednocześnie do powstrzymania się od przypisywania winy, wspólnie badając potencjalne przyczyny samobójstwa.

Wnioski

Skuteczne działania postwencyjne w psychiatrycznej opiece zdrowotnej wymagają stworzenia protokołów wsparcia i ustalenia przywództwa do rozwiązywania pro-

blemów pojawiających się w związku z samobójstwem i żałobą.

Debriefing jest istotnym elementem postwencji w opiece psychiatrycznej, ponieważ zapewnia wsparcie i oferuje wskazówki osobom w żałobie po samobójstwie. Wspierając otwarte nazywanie problemów i rozmowy, sesje debriefingu przyczyniają się do aktywnego wsparcia personelu w żałobie po samobójstwie pacjenta. Wdrażanie strategii, takich jak debriefing i zaangażowanie przeszkolonych osób z doświadczeniem żałoby po samobójstwie (AZ), ma zapewnić pracownikom służby zdrowia i rodzinom pacjentów wsparcie w żałobie po samobójstwie.

Zapamiętaj!

1. Cel debriefingu

Zrozumienie, że spotkania w placówkach opieki psychiatrycznej służą ustanowieniu bezpiecznej przestrzeni do zebrania na gorąco obserwacji pracowników na temat zdarzenia i wsparciu otwartego omówienia problemu i wyrażenia uczuć przez pracowników.

2. Docelowi odbiorcy wsparcia

Zauważenie różnorodności osób wymagających wsparcia po samobójstwie, w tym najbliższej rodziny, opiekunów, lekarzy, pielęgniarek i innych osób zaangażowanych w leczenie oraz dotkniętych zdarzeniem.

3. Logistyka spotkań

Należy zwrócić uwagę na znaczenie wczesnego zorganizowania pierwszego spotkania debriefingu – w ciągu 24 godzin po zdarzeniu – oraz aby koncentrowało się ono na wsparciu i nauce o problemie, odżegnując się od przypisywania winy.

4. Komunikacja z rodzinami w żałobie Uznanie znaczenia rodzinnych sesji debriefingu w zapewnianiu wzajemnego wsparcia, radzeniu sobie z poczuciem winy i oferowaniu narzędzi radzenia sobie dostosowanych do indywidualnych potrzeb.

5. Włączenie osób z doświadczeniem żałoby po samobójstwie

Zaangażowanie osób z doświadczeniem żałoby po samobójstwie (AZ) w spotkania (debriefing), aby zapewnić osobom po samobójstwie nadzieję i empatię.

6. Zapobieganie nadużywaniu leków w żałobie

Upewnienie się, że w działaniach wspierających unikamy niepotrzebnego stosowania leków w żałobie, a zamiast tego koncentrujemy się na budowaniu więzi i zapewnianiu schematów do radzenia sobie.

7. Nazwanie problemu i wsparcie

Podkreślenie znaczenia szczerych rozmów, uważnego słuchania i powstrzymywania się od przypisywania winy podczas debriefingu, których głównym celem jest pomoc osobom potrzebującym wsparcia.

Bibliografia

Grieving a Suicide Loss: Eight Things I Know For Sure – Retrieved June 24, 2024 from <https://afsp.org/story/grieving-a-suicide-loss-eight-things-i-know-for-sure>

Harder, N., Lemoine, J., & Harwood, R. (2020). Psychological outcomes of debriefing healthcare providers who experience expected and unexpected patient death in clinical or simulation experiences: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 29(3–4), 330–346. <https://doi.org/10.1111/jocn.15085>

NYS Office of Mental Health's Suicide Prevention Center (May 2022). The Impact of Suicide On Professional Caregivers. Retrieved June 2024 from: https://omh.ny.gov/omhweb/suicide_prevention/omh_postventionguide.pdf

Pytania kontrolne

- 1. Jaki jest główny cel debriefingu dla personelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej?**
 - A. Przypisywanie winy.
 - B. Tworzenie bezpiecznej przestrzeni do szczerej rozmowy.
 - C. Unikanie dyskusji na temat emocji.
 - D. Ograniczenie uczestnictwa do wybranych osób.
- 2. Kto powinien organizować wczesne spotkania terapeutyczne (debriefing) dla rodzin pogrążonych w żałobie?**
 - A. Kierownik szpitala.
 - B. Przeszkolone osoby z doświadczeniem utraty osoby bliskiej w samobójstwie (AZ).
 - C. Konsultanci zewnętrzni.
 - D. Członkowie personelu, którzy byli obecni podczas samobójstwa.
- 3. Co należy do podstawowych obowiązków ordynatora oddziału psychiatrycznego lub koordynatora Zespołu Kryzysowego?**
 - A. Wystawianie osobom w żałobie rachunków za pobyt w szpitalu.
 - B. Dokumentowanie wszystkich działań podjętych po samobójstwie.
 - C. Przypisywanie winy pracownikom.
 - D. Unikanie komunikacji z innymi placówkami służby zdrowia.
- 4. Jak pracownicy powinni zachowywać się na spotkaniach terapeutycznych (debriefing)?**
 - A. Unikać przyznawania się do osobistych uczuć.
 - B. Skupić się na przypisywaniu winy.
 - C. Zidentyfikować osobiste uczucia i reakcje.
 - D. Powstrzymać się od zadawania zbyt wielu pytań uzupełniających.
- 5. Jaką rolę odgrywają osoby z doświadczeniem żałoby czyli asystenci zdrowienia (AZ) w interwencjach postwencyjnych?**
 - A. Zapewniają opiekę medyczną.
 - B. Prowadzą spotkania terapeutyczne (debriefing).
 - C. Zapewniają wsparcie i zrozumienie.
 - D. Unikają rozmów z osobami w żałobie po samobójstwie.

Odpowiedzi

1. B. Tworzenie bezpiecznej przestrzeni do szczerej rozmowy.
2. B. Przeszkolone osoby z doświadczeniem utraty osoby bliskiej w samobójstwie (AZ).
3. B. Dokumentowanie wszystkich działań podjętych po samobójstwie.
4. C. Zidentyfikować osobiste uczucia i reakcje.
5. C. Zapewniają wsparcie i zrozumienie.

D.05

WSPARCIE PO SAMOBÓJSTWIE DLA LEKARZY I INNYCH PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Pytanie wprowadzające

W jaki sposób placówki służby zdrowia mogą skutecznie wspierać pracowników służby zdrowia w żałobie po samobójstwie pacjenta?

Czego się nauczymy?

1. Znaczenie standardów postwencji dla lekarzy i innych pracowników służby zdrowia.
2. Kwestie krytyczne do uwzględnienia przy opracowywaniu zaleceń postwencji dla placówek służby zdrowia.
3. Strategie wspierania lekarzy i innych pracowników służby zdrowia w żałobie po samobójstwie pacjenta.
4. Opcje wsparcia dostępne dla lekarzy i innych pracowników służby zdrowia w żałobie po samobójstwie pacjenta.
5. Znaczenie dbania o siebie (ang. self-care) w radzeniu sobie z żalem i uczuciem straty.

Wprowadzenie

Doświadczenie samobójstwa pacjenta nie jest rzadkością, co podkreśla konieczność wprowadzenia zasad postwencji w placówkach służby zdrowia. W tym rozdziale zagłębimy się w podstawowe zasady postwencji i zbadamy strategie skutecznego wspierania lekarzy i innych pracowników służby zdrowia po samobójstwie pacjenta.

LISTA KONTROLNA – POSTWENCJA DLA LEKARZY I PRACOWNIKÓW PLACÓWEK SŁUŻBY ZDROWIA

1. Jakiego wsparcia należy udzielić lekarzowi i innemu pracownikowi służby zdrowia w żałobie po samobójstwie pacjenta od momentu powiadomienia?

- ▶ Otrzymanie powiadomienia od przełożonego.
- ▶ Zapewnienie bezpośredniego kontaktu z przełożonymi w celu uzyskania wsparcia i uruchomienia procedur postwencji.
- ▶ Ustanowienie wyznaczonego punktu kontaktowego dla lekarzy i innych pracowników służby zdrowia w celu uzyskania natychmiastowego wsparcia.
- ▶ Zapewnienie wskazówek, jak radzić sobie na wczesnym i późniejszych etapach żałoby.

- ▶ Zapewnienie dostępu do technik radzenia sobie z żałobą i strategii dbania o siebie.

2. Czy przełożony może przeznaczyć czas na wsparcie i omówienie zaleceń postwencji z lekarzem i innym pracownikiem służby zdrowia w żałobie po samobójstwie pacjenta?

- ▶ Zaplanuj spotkanie terapeutyczne (debriefing), aby umożliwić pracownikom podzielenie się emocjami i obawami związanymi z samobójstwem pacjenta.
- ▶ Zachęcaj do szczerej rozmowy i otwartego wyrażania emocji podczas debriefingu.

3. Czy dla lekarza lub innego pracownika służby zdrowia w żałobie są dostępne:

- ▶ wsparcie pracownika w radzeniu sobie ze stresem i napięciem emocjonalnym
- ▶ możliwości zmiany harmonogramu dyżurów, zapewniające odpowiedni czas na dbanie o siebie i regenerację
- ▶ możliwości dopasowania rozkładu obciążeń w pracy w celu zmniejszenia niepokoju
- ▶ narady z przełożonym w celu uzyskania wczesnego wsparcia
- ▶ możliwość skorzystania ze wskazówek doświadczonych kolegów i dokumentacji pacjenta w czasie pisania raportu
- ▶ możliwość uczestnictwa w debriefingu z zespołem leczącym pacjenta, który odebrał sobie życie
- ▶ wsparcie opiekuna stażu/specjalizacji (w przypadku lekarza w czasie stażu lub specjalizacji)
- ▶ dostęp do materiałów edukacyjnych dla pracowników służby zdrowia na temat żałoby i strategii radzenia sobie w sytuacji utraty pacjenta w samobójstwie
- ▶ informacja o wewnętrznych i zewnętrznych formach wsparcia
- ▶ kontakt z grupami lub sieciami wsparcia rówieśniczego w celu wymiany doświadczeń
- ▶ wskazówki i wsparcie u doświadczonych pracowników służby zdrowia lub przełożonych z doświadczeniem żałoby po samobójstwie pacjenta
- ▶ wsparcie od lekarza z podobnym doświadczeniem utraty pacjenta w wyniku samobójstwa.

4. Co placówka służby zdrowia może zaoferować lekarzowi i innemu pracownikowi służby zdrowia w żałobie po samobójstwie pacjenta?

- ▶ Kompleksowe usługi wsparcia dostosowane do potrzeb danego zawodu.
- ▶ Indywidualne spotkania z terapeutą w zakresie radzenia sobie z żałobą po samobójstwie.
- ▶ Ułatwienie dostępu do grup wsparcia rówieśniczego lub sieci wsparcia.
- ▶ Zapewnienie poufności i prywatności przy analizie skutków samobójstwa.

5. Jakie zasady postwencji są obecnie stosowane?

- ▶ Przegląd istniejących protokołów dotyczących żałoby po samobójstwie pacjenta.
- ▶ Ocena skuteczności obecnych systemów wsparcia.
- ▶ Identyfikacja obszarów wymagających poprawy w oparciu o informacje zwrotne od lekarzy i innych pracowników służby zdrowia.

6. Czy Twoje miejsce pracy daje możliwość dostosowania grafiku do osobistych preferencji?

- ▶ Oceń „elastyczność” grafiku i możliwość „zarządzania” obciążeniem pracą, czyli dostosowania obciążenia pracą do wydolności pracownika.
- ▶ Rozważ możliwość dostosowania grafiku pracy do indywidualnych potrzeb i preferencji pracownika.
- ▶ Zbadaj możliwości pracy zdalnej lub telepracy, gdy jest taka możliwość.

7. W jaki sposób można zaspokoić praktyczne potrzeby wsparcia?

- ▶ Zapewnienie praktycznej pomocy w zadaniach administracyjnych.
- ▶ Oferowanie wsparcia finansowego lub zwrot kosztów terapii.
- ▶ W razie potrzeby zorganizowanie tymczasowego zwolnienia z obowiązków.

8. Czy zalecenia są napisane w sposób jasny i przystępny dla pracowników?

- ▶ Upewnij się, że zasady postwencji są dobrze udokumentowane i łatwo dostępne.
- ▶ Upewnij się, że placówka skutecznie informuje wszystkich pracowników o aktualizacjach lub zmianach zasad.
- ▶ Upewnij się, że możesz brać udział w szkoleniach lub spotkaniach na temat wdrażania zasad postwencji.

7 WSKAZÓWEK DOTYCZĄCYCH WSPIERANIA LEKARZY I INNYCH PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA W ŻAŁOBIE PO SAMOBÓJSTWIE PACJENTA

1. Tworzenie bezpiecznej przestrzeni

- ▶ Buduj środowisko zaufania i poufności, w którym lekarz i inni pracownicy służby zdrowia czują się komfortowo wyrażając swoje emocje.
- ▶ Zachęcaj do otwartego dialogu i aktywnego słuchania.
- ▶ Zapewnij empatyczne wsparcie bez osądzania i krytykowania.

2. Wsparcie komunikacji z rodziną pacjenta

- ▶ Inicjuj proaktywny kontakt z rodzinami w celu ich wsparcia.
- ▶ Komunikuj się z rodziną pacjenta z szacunkiem i empatią.
- ▶ Oferuj wskazówki dotyczące prowadzenia trudnych rozmów i poruszania drażliwych tematów.
- ▶ Zapewnij materiały do nauki skutecznych strategii komunikacji i technik rozwiązywania konfliktów.

3. Przemyślane ujawnianie informacji

- ▶ Podkreśl wspólne doświadczenia i uczucia, aby łagodzić samotność odczuwaną po stracie pacjenta.
- ▶ Dziel się osobistymi doświadczeniami i słabościami, aby budować relacje z osobą w żałobie po samobójstwie.
- ▶ Akceptuj emocje, żal, poczucie winy i zwątpienia u lekarza lub innego pracownika.
- ▶ Dziel się nadzieją, dodawaj otuchy w chwilach zwątpienia lub niepewności.

4. Akceptuj uczucia przeżywane w żałobie

- ▶ Akceptuj emocje doświadczane przez pracowników służby zdrowia, w tym szok, smutek, złość i poczucie winy.
- ▶ Zachęcaj do wyrażania uczuć i zapewnij o swoim wsparciu i uczestnictwie w traumatycznym doświadczeniu.
- ▶ Pamiętaj, iż wyrażanie własnych emocji jest integralnym elementem wsparcia.
- ▶ Doceniaj i akceptuj uczucia pracowników.

5. Przywracanie zaufania

- ▶ Wyjaśnij wieloaspektowy charakter samobójstwa pacjentów i złożonych czynników, które się do nich przyczyniają.
- ▶ Przenieś punkt ciężkości z indywidualnej winy na odpowiedzialność instytucjonalną i czynniki systemowe.
- ▶ Wyjaśnij pojęcie odpowiedzialności instytucjonalnej.

- ▶ Wzmacniaj kompetencje zawodowe lekarza i innego pracownika służby zdrowia i zauważ jego zaangażowanie w opiekę nad pacjentem.

6. Doświadczenie edukacyjne

- ▶ Zachęcaj lekarza i innego pracownika służby zdrowia do postrzegania traumatycznych doświadczeń jako okazji do nauki w zakresie rozwoju osobistego i zawodowego.
- ▶ Ułatwiał dyskusję na temat zdobytych doświadczeń i spostrzeżeń.
- ▶ Podkreślaj znaczenie autorefleksji i ciągłego uczenia się w postwencji.

7. Troska o siebie i samowspółczucie (ang. self-compassion)

- ▶ Dbaj o siebie w celu zapobiegania wypaleniu zawodowemu.
- ▶ Zadbaj o materiały edukacyjne dla siebie na temat zarządzania stresem, relaksacji i uważności.
- ▶ Zachęcaj lekarzy i innych pracowników służby zdrowia do priorytetowego traktowania swojego dobrego samopoczucia oraz szukania wsparcia w razie potrzeby.
- ▶ Przygotuj się psychicznie na trudną rozmowę z kierownikiem, mentorem, rodziną pacjenta.

Wnioski

Zasady postwencji dostosowane do potrzeb lekarzy i innych pracowników służby zdrowia odgrywają istotną rolę w zapewnianiu współczującego wsparcia i wskazówek po samobójstwie pacjenta.

Wdrażając procedury postwencyjne i wskazówki, placówki służby zdrowia mogą lepiej wspierać swoich pracowników w radzeniu sobie ze złożonością żałoby po samobójstwie pacjenta.

Zapamiętaj!

1. Znaczenie zasad postwencji

Zasady postwencji dostosowane do potrzeb lekarzy i innych pracowników placówek służby zdrowia, pozwalają na ich skuteczniejsze wsparcie po samobójstwie pacjenta.

2. Podstawowe elementy postwencji

Wczesne wsparcie już od momentu powiadomienia, dedykowane spotkania (debriefing), dostosowanie obciążenia pracą do możliwości pracownika oraz zapewnienie dostępu do wsparcia.

3. Udogodnienia w miejscu pracy

Planowanie czasu pracy i zarządzanie obciążeniem pracą dostosowane do indywidualnych potrzeb i preferencji pracownika, w tym opcji pracy zdalnej.

4. Komunikacja

Dbanie o utworzenie bezpiecznej przestrzeni otwartego dialogu, aktywnego słuchania i empatycznej komunikacji w celu docenienia i akceptacji uczuć pracowników w żałobie po samobójstwie pacjenta.

5. Nauka i rozwój

Zachęcanie lekarzy i innych pracowników do postrzegania traumatycznego doświadczenia jako szansy na rozwój osobisty i zawodowy, oparty o autorefleksję i ciągłe uczenie się.

6. Dbanie o siebie (ang. self-care) i wyrażanie empatii w stosunku do siebie (ang. self-compassion)

Promowanie współczucia dla samego siebie i dbania o siebie w celu zapobiegania wypaleniu zawodowemu, z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych do zarządzania stresem, relaksacji i uważności.

7. Przygotowanie i walidacja

Gotowość na trudne rozmowy z pogrążonymi w żałobie lekarzami i innymi pracownikami placówek medycznych, bazując na wspólnych doświadczeniach, akceptując emocje oraz oferując wsparcie zgodne z preferencjami pracownika w żałobie.

Placówki służby zdrowia, które wdrożyły strategię postwencji, mogą wspierać swoich pracowników i łagodzić wpływ samobójstwa na ich funkcjonowanie.

Bibliografia

Qayyum Z et al. (2021). Recommendations for Effectively Supporting Psychiatry Trainees Following a Patient Suicide. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 45(3), 301–305. <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01395-7>

Pytania kontrolne

- 1. Jakie są główne elementy postwencji dla lekarzy i innych pracowników służby zdrowia po samobójstwie pacjenta?**
 - A. Natychmiastowe wsparcie, opcje pracy zdalnej, rekompensata finansowa.
 - B. Dedykowane spotkania (debriefing), dostosowanie obciążenia pracą, dostęp do materiałów edukacyjnych ułatwiających radzenie sobie z problemami.
 - C. Obowiązkowe spotkania (debriefing), wprowadzanie zmian i działania dyscyplinarne.
 - D. Zwiększone obciążenie pracą, ograniczona komunikacja, zmniejszone możliwości wsparcia.
- 2. Jaki jest cel tworzenia bezpiecznej przestrzeni dla otwartego dialogu we wspieraniu pogrążonych w żałobie lekarzy i innych pracowników służby zdrowia?**
 - A. Przypisać winę i skrytykować.
 - B. Aby akceptować emocje i doświadczenia.
 - C. Unikać omawiania drażliwych tematów.
 - D. Ograniczyć komunikację i interakcję.
- 3. W jaki sposób placówki służby zdrowia mogą pomóc pogrążonym w żałobie lekarzom i innym pracownikom w dbaniu o siebie (ang. self-care) i okazywaniu sobie współczucia (ang. self-compassion)?**
 - A. Minimalizując przerwy i zwiększając obciążenie pracą.
 - B. Zapewniając materiały edukacyjne do nauki zarządzania stresem.
 - C. Ograniczając dostęp do sieci wsparcia i materiałów edukacyjnych.
 - D. Ignorując potrzeby i obawy pracowników.
- 4. Jakie znaczenie ma elastyczność w dostosowaniu miejsca pracy do potrzeb lekarzy i innych pracowników służby zdrowia w żałobie?**
 - A. Pozwala na bardziej rygorystyczne zasady i działania dyscyplinarne.
 - B. Umożliwia pracę zdalną i dostosowanie harmonogramu.
 - C. Ogranicza dostęp do wsparcia i zasobów edukacyjnych.
 - D. Zwiększa stres i obciążenie emocjonalne pracowników.
- 5. Jaką rolę odgrywają dedykowane spotkania (debriefing) we wspieraniu pogrążonych w żałobie lekarzy i innych pracowników służby zdrowia?**
 - A. Przypisują winę i krytykują pracowników.
 - B. Zapewniają bezpieczną przestrzeń do przetwarzania emocji i obaw pracowników.
 - C. Ograniczają komunikację i interakcje między pracownikami.
 - D. Sprzyjają unikaniu dyskusji na drażliwe tematy związane z samobójstwem pacjenta.
- 6. Jaki jest ostateczny cel wdrożenia zasad postwencji dla pogrążonych w żałobie lekarzy i innych pracowników w placówkach służby zdrowia?**
 - A. Zminimalizowanie wsparcia i zasobów dla pracowników.
 - B. Wspieranie kultury obwiniania i krytyki.
 - C. Zapewnienie dostępu do współczującego wsparcia i wskazówek mentora.
 - D. Zwiększenie obciążenia pracą i stresu osób w żałobie.

Odpowiedzi

1. B. Dedykowane spotkania (debriefing), dostosowanie obciążenia pracą, dostęp do materiałów edukacyjnych ułatwiających radzenie sobie z problemami.
2. B. Aby akceptować emocje i doświadczenia.
3. B. Zapewniając materiały edukacyjne do nauki zarządzania stresem.
4. B. Umożliwia pracę zdalną i dostosowanie harmonogramu.
5. B. Zapewniają bezpieczną przestrzeń do przetwarzania emocji i obaw pracowników.
6. C. Zapewnienie dostępu do współczującego wsparcia i wskazówek mentora.

MODUŁ E

PLACÓWKI OPIEKI SPOŁECZNEJ

E.01 Postwencja: spostrzeżenia
z perspektywy pracownika socjalnego

E.02 Skuteczne wspieranie
pracowników socjalnych w żałobie
po samobójstwie podopiecznego



E.01

POSTWENCJA: SPOSTRZEŻENIA Z PERSPEKTYWY PRACOWNIKA SOCJALNEGO

Pytanie wprowadzające

Jak możemy przekształcić traumę związaną z samobójstwem w okazję do rozwoju w placówkach opieki społecznej?

Czego się nauczymy?

W tym rozdziale poznamy reakcje w żałobie i mechanizmy radzenia sobie pracowników socjalnych, którzy doświadczali samobójstwa podopiecznego.

Z jakościowego badania Sandersa, Jacobsona i Tinga (2005), wiemy, że:

1. Samobójstwo ma silny wpływ na stan emocjonalny pracowników socjalnych.
2. Często doświadczane uczucia to szok, smutek, poczucie winy, złość i obawa.
3. Strategie radzenia sobie stosowane przez pracowników socjalnych to dążenie do pojednania i uzyskanie wglądu w osobiste ograniczenia.
4. Samobójstwo może prowadzić do zmiany w pracy w placówce opieki społecznej oraz większego zwracania uwagi na znaczenie ciągłej edukacji i wsparcia.
5. Czynniki wpływające na reakcje pracowników socjalnych na samobójstwo obejmują osobiste doświadczenia pracownika, narażenie na traumę i poczucie bezsilności.

Wprowadzenie

Utrata podopiecznego w wyniku samobójstwa jest głębokim i złożonym doświadczeniem dla pracowników socjalnych, wpływającym na nich na poziomie emocjonalnym, osobistym i zawodowym. Dzięki badaniom jakościowym i relacjom z pierwszej ręki zagłębiamy się w wieloaspektową naturę reakcji pracowników socjalnych na samobójstwo i badamy, w jaki sposób radzą sobie z następstwami tak tragicznego wydarzenia.

Ten rozdział opiera się na badaniach przeprowadzonych przez Sandersa, Jacobsona i Tinga (2005) w celu zbadania wpływu samobójstwa podopiecznego na pracowników socjalnych zajmujących się zdrowiem psychicznym. Ponadto uwzględnia on wyniki wcześniej-

szych badań, pozwalając zrozumieć ten ważny temat w edukacji i pracy pracownika socjalnego.

Częstość występowania samobójstw wśród podopiecznych

Jacobson i in. (2004) przeprowadzili przełomowe badanie, ujawniając, że 31% pracowników socjalnych zajmujących się zdrowiem psychicznym doświadczyło samobójstwa podopiecznego, co jest zgodne ze wskaźnikami zgłaszanymi przez psychologów i psychiatrów, które wahają się od 20% do 62% (Pope & Tabachnick, 1993).

Sanders, Jacobson i Ting (2005) przeprowadzili ankietę wśród losowej próby pracowników socjalnych zajmujących się zdrowiem psychicznym, ujawniając, że prawie 55% uczestników spotkało się z próbą samobójczą podopiecznego.

Część pracowników doświadcza pourazowych niekorzystnych skutków osobistych i zawodowych w związku z doświadczeniem samobójstwa pacjenta, a nawet nazywa się ich „ofiarami wtórnymi”, gdyż z tytułu wykonywanego zawodu są narażeni na niekorzystne zdarzenia medyczne u pacjentów (Scott, 2019).

Czynniki zwiększonego ryzyka wiktylizacji są brak wsparcia i szkoleń oraz bliska relacja ze zmarłym (Leaune i in., 2020).

Pomimo wysokiego rozpowszechnienia samobójstw jako problemu dotyczącego pracowników socjalnych zajmujących się zdrowiem psychicznym, Ruth i in. (2012) stwierdzili, że większość programów uniwersyteckich przygotowujących pracowników socjalnych poświęca mniej niż cztery godziny na temat zapobiegania samobójstwom; problem ten już wcześniej zauważyli Gurrister i Kane (1978), podkreślając brak uwagi poświęcanej samobójstwom podopiecznych w edukacji pracowników socjalnych.

1. Reakcje emocjonalne

Pracownicy socjalni często doświadczają szoku, smutku, poczucia winy i złości po samobójstwie podopiecznego.

Emocje te wynikają z poczucia traumy, osobistej straty i zawodowego zwątpienia w siebie, często potęgowanego zewnętrznymi naciskami i obwinianiem ze strony innych osób.

Szok: Pracownicy socjalni często opisują uczucie traumy i niedowierzania, gdy dowiadują się o samobójstwie:

- ▶ „Byłem w szoku! Zastanawiałem się, czy mogłem to wykrzyć lub zrobić więcej, aby temu zapobiec, ale w ogóle się nie spodziewałem takiej reakcji. Byłem wtedy na konferencji, a on nawet psychologowi nie powiedział o swoim planie samobójstwa”.
- ▶ „Czułem się przez pewien czas zagubiony i zdeorientowany”.
- ▶ „Trudno mi było sobie zaakceptować, że on rzeczywiście to zrobił”.

Poczucie winy i obwinianie siebie: Pracownicy socjalni często zmagają się z poczuciem porażki zawodowej i poczuciem winy po samobójstwie podopiecznego. Kwestionują swoje kompetencje i czują się źle przygotowani do radzenia sobie z takimi sytuacjami. Ta wewnętrzna walka prowadzi do zwiększonego stresu i niepokoju. Pracownicy socjalni zastanawiają się, co mogliby zrobić inaczej, co mogłoby zapobiec samobójstwu:

- ▶ „Kwestionowałem swoje umiejętności oceny. Kwestionowałem również pierwotną diagnozę podopiecznego”. „Czułem się odpowiedzialny, nieadekwatny, nierzetelny, głupi, przez to, że nie wychwyciłem sygnałów ostrzegawczych. Rozważałem odejście z zawodu”
- ▶ „Nie wierzę, że mogłem zrobić cokolwiek inaczej. Chociaż zdawałem sobie sprawę, że myślał o samobójstwie, nie miał aktywnych myśli samobójczych, kiedy z nim rozmawiałem. Nie mógł być przymusowo hospitalizowany, ponieważ nie spełniał kryteriów. Odebrał sobie życie między dwoma sesjami”.

Gniew: Wielu pracowników socjalnych odczuwa złość po samobójstwie podopiecznego, kierując ją w stronę zmarłego, siebie lub systemu:

- ▶ „Byłem zły, czułem się winny i smutny”.
- ▶ „Byłem przerażony sposobem, w jaki się zabił. Byłem bardzo zły na osoby, które były wtedy w pracy i nie zareagowały”.

Niepokój/obawa o przyszłość: Pracownicy socjalni wyrażają obawy, które mogą wpływać na ich zdolność do skutecznej pracy z podopiecznymi cierpiącymi na depresję:

- ▶ „Bałam się, że inni podopieczni z depresją także odbiorą sobie życie”.

Smutek: Po samobójstwie pracownicy socjalni doświadczają głębokiego smutku i przygnębienia. Smutek ten wynika ze świadomości, że ich wysiłki jako terapeutów nie przyniosły pożądanego rezultatu. Dodatkowo, osobiste relacje nawiązane z podopiecznymi i ich rodzinami potęgują poczucie straty:

- ▶ „Byłem smutny nie tylko ze względu na siebie, ale także ze względu na jej najlepszą przyjaciółkę, z którą również spotykałem się w klinice”.
- ▶ „Dowiedziałam się, że ten podopieczny planował to od kilku tygodni, a może nawet dłużej. Przeprowadziliśmy rozmowę, zarówno indywidualnie, jak i z rodziną. Wyraził głęboką wdzięczność za to, że staram się mu pomóc, co było dla mnie kłopotliwe. Jednak wkrótce potem... To trudne do zrozumienia doświadczenie, wiedząc, że planował to od jakiegoś czasu, a mimo to wyraził wdzięczność za wsparcie. To rodzaj doświadczenia, które zapisuje się głęboko, oddziałując zarówno na pracę zawodową, jak i na samo życie” – pracownik socjalny, wywiad fokusowy dla grantu ELLIPSE (2019–2022).

Te emocjonalne reakcje podkreślają złożone wyzwania stojące przed pracownikami socjalnymi po samobójstwie podopiecznego, podkreślając potrzebę ich kompleksowego wsparcia w ramach przygotowania do zawodu.

2. Mechanizmy radzenia sobie

Aby poradzić sobie z następstwami samobójstwa podopiecznego, pracownicy socjalni mogą dążyć do pogodzenia się z utratą (pogodzenie się wskazuje na rozwój osobisty i zawodowy pracownika socjalnego po samobójstwie podopiecznego, często postrzegane jako krytyczne doświadczenie edukacyjne lub wydarzenie, które silnie wpływa na praktykę zawodową). Pracownik socjalny uznaje swoje ograniczenia i uzyskuje dodatkową wiedzę na temat zapobiegania samobójstwom. Niektórzy pracownicy socjalni czerpią z osobistych doświadczeń i koncentrują się na pozytywnych doświadczeniach w relacjach z podopiecznymi.

Jacobson i in. (2004) stwierdzili różnice między płciami w sposobie, w jaki pracownicy socjalni reagowali na zachowania samobójcze podopiecznych. Kobiety zgłaszały wyższy poziom wpływu na ich życie (intruzji), podczas gdy mężczyźni wykazywali wyższy poziom unikania.

„Co przegapiłam? Czego nie zauważyłam? Nie ufałam własnym ocenom chyba przez około 3–4 tygodnie, a następnie mówiłam moim kolegom: „Słuchaj, czy możesz przeprowadzić drugą ocenę ryzyka samobójczego tej osoby?”. Nie ufam własnej ocenie tego ryzyka” (Duffy, 2018).

- „To było krytyczne doświadczenie edukacyjne, wydarzenie, które miało pozytywny wpływ na moją praktykę” (Duffy, 2018).
- „Ufam sobie bardziej, ponieważ miałem niejasne przecucie co do tego podopiecznego, więc bardziej słucham swojej intuicji”. (Haines, 2019).
- „Przyjąłem do wiadomości, że nie mogę uratować wszystkich moich podopiecznych. Wiele rzeczy jest poza naszą kontrolą”. (Causer i in., 2019)).

3. Wpływ długofalowy

Intensywne uczucia i niepokój po samobójstwie podopiecznego u wielu pracowników socjalnych utrzymują się przez długi czas, a wspomnienia o wydarzeniu często wywołują objawy somatyczne, a nawet myśli samobójcze.

Intensywność emocji z czasem maleje, ale samobójstwo ma znaczący wpływ na pracownika socjalnego niezależnie od czasu, jaki upłynął od samobójstwa.

- „Możesz również znaleźć się w sytuacji, w której sam zmagasz się z myślami samobójczymi. To nie jest coś, co dotyczy tylko kogoś innego, ale także nas samych. Powinniśmy mieć odwagę się skonfrontować się z własnym bólem” – pracownik socjalny, podczas wywiadu fokusowego, ELLIPSE (kwiecień 2020).
- „Być może było to najbardziej traumatyczne doświadczenie w ciągu 20 lat pracy jako terapeuta i superwizor” (Hanif, 2018).
- „Wciąż czuję żal, że odeszła. Wciąż od czasu do czasu przeglądam wydarzenia prowadzące do samobójstwa, zastanawiając się, czy mogłem zrobić coś inaczej” (Causer i in., 2019).

4. Wyzwania i potrzeba wsparcia

Pracownicy socjalni stają przed wyzwaniami, takimi jak obwinianie przez innych, brak wsparcia, nieodpowiednie szkolenia i narażenie na traumatyczne doświadczenia, które przyczyniają się do stresu i wypalenia zawodowego. Instytucje koordynujące pracę pracowników socjalnych powinny uwzględniać wskazane sytuacje stresowe i zapewnić odpowiednie wsparcie oraz materiały edukacyjne dla swoich pracowników.

- „Czuję się niepewnie, jeśli chodzi o samobójstwo, ponieważ nie otrzymałem formalnej edukacji na ten temat”.
- „Samobójstwo było twoją winą i będziesz miał je na sumieniu do końca życia”.
- „Mam nadzieję, że jesteś przygotowany do rozprawy sądowej i poniesienia odpowiedzialności zawodowej”.
- „Po tym, jak ujawnił, że jest molestowany, skonsultowałam się z moim pracodawcą i zostałam nakloniona do zgłoszenia tego na policję. Zaraz potem widziałem się z nim, a on zgodził się współpracować z policją. Oko-

ło tydzień później odebrał sobie życie na trawniku przed domem swojej byłej żony”.

- „Nie podobają mi się odprawy, które się odbywają. Ponieważ koncentrują się na zdjęciu odpowiedzialności z instytucji. Ludzie nie czują się swobodnie z powodu obecności kierownictwa; obawiają się, że zostaną osądzeni przez kolegów, przełożonych lub kogokolwiek innego. Więc o tym nie mówią” (Duffy, 2018).
- „W ogóle nie mamy tutaj protokołu postwencji. (...) wszystko jest w pewnym sensie tym, co uważamy, że powinniśmy zrobić jako współpracownicy” (Duffy, 2018).
- „(...) poszedłem wcześniej do domu tego dnia, zwykle to właśnie robimy. Idziesz do domu, nawet jeśli myślisz, że nic ci nie jest. ... Ale ktoś musi przejąć odpowiedzialność” (Duffy, 2018).

Wnioski

Pracownicy socjalni radzą sobie z samobójstwami podopiecznych dzięki konstruktywnym mechanizmom radzenia sobie ze stresem, specjalistycznym szkoleniom, zrozumieniu podopiecznych i zarządzaniu ryzykiem samobójczym. Niemniej jednak mogą potrzebować zwiększonego wsparcia.

Samobójstwo głęboko wpływa na pracowników socjalnych, wywołując szereg intensywnych emocji i podważając ich zawodową tożsamość. Daje również możliwości rozwoju osobistego i zawodowego, ponieważ pracownicy socjalni uczą się włączać to traumatyczne doświadczenia do swojej praktyki. Programy i organizacje pracy socjalnej powinny nadać priorytet szkoleniom i wsparciu, aby pomóc złagodzić negatywny wpływ samobójstwa na pracowników socjalnych i promować ich dobre samopoczucie.

Zapamiętaj!

Samobójstwo podopiecznego jest istotnym, ale często niedostrzeganym aspektem praktyki zawodowej pracownika socjalnego.

1. Pracownicy socjalni często doświadczają szoku, smutku, poczucia winy i złości po samobójstwie podopiecznego.
2. Mechanizmy radzenia sobie obejmują m.in. dążenie do pojednania, uznanie ograniczeń i uzyskanie dodatkowego wykształcenia i wiedzy.
3. Wpływ samobójstwa podopiecznego utrzymuje się przez długi czas, co wymaga stałego wsparcia pracowników socjalnych.
4. Zasadnicze znaczenie dla promowania dobrego samopoczucia pracowników socjalnych ma dostrzeżenie tego, że są oni narażeni na traumę i brak wsparcia w sytuacjach kryzysowych.

Bibliografia

- Causser, H., Muse, K., Smith, J., & Bradley, E. (2019). What Is the Experience of Practitioners in Health, Education or Social Care Roles Following a Death by Suicide? A Qualitative Research Synthesis. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3293. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183293>
- Causser, H., Spiers, J., Efstathiou, N., Aston, S., Chew-Graham, C. A., Gopfert, A., Grayling, K., Maben, J., van Hove, M., & Riley, R. (2022). The Impact of Colleague Suicide and the Current State of Postvention Guidance for Affected Co-Workers: A Critical Integrative Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(18), 11565. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811565>
- Castelli Dransart, D. A., Heeb, J. L., & Gulfi, A. (2020). Mental Health and Social Care Professionals After a Patient Suicide: Interrelation Between Support Needed, Sought, and Received. *Journal of psychiatric practice*, 26(4), 263–272. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000477>
- Dransart, D. A. C., Treven, M., Grad, O. T., & Andriessen, K. (2017). Impact of client suicide on health and mental health professionals. *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support*, 245–254.
- Christianson, C. L., & Overall, R. D. (2009). Breaking the silence: School counsellors' experiences of client suicide. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(2), 157–168. <https://doi.org/10.1080/03069880902728580>
- Gulfi, A., Castelli Dransart, D. A., Heeb, J. L., & Gutjahr, E. (2010). The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. *Crisis*, 31(4), 202–210. <https://doi.org/10.1027/0027-5910/a000027>
- Jacobson, J. M., Ting, L., Sanders, S., & Harrington, D. (2004). Prevalence of and Reactions to Fatal and Nonfatal Client Suicidal Behavior: A National Study of Mental Health Social Workers. *Omega: Journal of Death and Dying*, 49(3), 237–248. <https://doi.org/10.2190/HPKQ-T700-EPQL-58JQ>
- Leaune, E., Ravella, N., Vieux, M., Poulet, E., Chauliac, N., & Terra, J. (2019). Encountering Patient Suicide During Psychiatric Training: An Integrative, Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 27, 141–149. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000208>
- Duffy, A. (2018). Exploring the impact of client suicide on social workers: A phenomenological study. <https://yorkspace.library.yorku.ca/server/api/core/bitstreams/5cc2a6e4-98d1-477e-9d33-36e46179bf2e/content>
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 142–152. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.142>
- Ruth, B. J., Gianino, M., Muroff, J., McLaughlin, D., & Feldman, B. N. (2012). You can't recover from suicide: Perspectives on suicide education in MSW programs. *Journal of Social Work Education*, 48(3), 501–516. <https://media.wbur.org/wp/2016/04/MSW-suicide-courses.pdf>
- Takahashi, C., Chida, F., Nakamura, H., Akasaka, H., Yagi, J., Koeda, A., Takusari, E., Otsuka, K., & Sakai, A. (2011). The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC Psychiatry*, 11, 38 – 38. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-38>
- Mirick, R. (2023). Strategies for Teaching Suicide Content in Social Work Education: A Survey of Social Work Instructors. *Journal of Teaching in Social Work*, 43, 305 – 323. <https://doi.org/10.1080/08841233.2023.2207090>
- Scott D. A. (2019). Suicide and second victims. *Anaesthesia*, 74(11), 1351–1353. <https://doi.org/10.1111/anae.14763>
- Sanders, S., Jacobson, J., & Ting, L. (2005). Reactions of mental health social workers following a client suicide completion: A qualitative investigation. *Omega: Journal of Death and Dying*, 51(3), 197–216. <https://doi.org/10.2190/D3KH-EBX6-Y70P-TUGN>
- Sanders, S., Jacobson, J., & Ting, L. (2008). Preparing for the Inevitable: Training Social Workers to Cope with Client Suicide. *Journal of Teaching in Social Work*, 28, 1 – 18. <https://doi.org/10.1080/08841230802178821>
- Sherba, R. T., Linley, J. V., Cox, K. A., & Gersper, B. E. (2018). Impact of client suicide on social workers and counselors. *Social Work in Mental Health*, 17(3), 279–301. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1550028>
- Ting, L., Sanders, S., Jacobson, J. M., & Power, J. R. (2006). Dealing with the aftermath: a qualitative analysis of mental health social workers' reactions after a client suicide. *Social work*, 51(4), 329–341. <https://doi.org/10.1093/sw/51.4.329>
- Ting, L., Jacobson, J., & Sanders, S. (2008). Available supports and coping behaviors of mental health social workers following fatal and nonfatal client suicidal behavior. *Social work*, 53 3, 211–21. <https://doi.org/10.1093/sw/53.3.211>
- Wagner, N. J., Grunhaus, C. M., & Tuazon, V. E. (2020). Agency Responses to Counselor Survivors of Client Suicide. *Professional Counselor*, 10(2), 251–265. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1259780.pdf>

Pytania kontrolne

- 1. Jaki procent pracowników socjalnych zajmujących się zdrowiem psychicznym doświadcza samobójstwa podopiecznego, zgodnie z badaniem Sandersa, Jacobsena i Tinga?**
 - A. 20%
 - B. 33%
 - C. 55%
 - D. 62%.
- 2. Jak pracownicy socjalni zazwyczaj opisują swoje uczucia po samobójstwie podopiecznego?**
 - A. Wyrażają ulgę i zadowolenie ze swoich interwencji.
 - B. Zgłaszają, że czują się emocjonalnie oderwani od wydarzenia.
 - C. Opisują intensywne emocje, takie jak szok, smutek, poczucie winy i gniew.
 - D. Pozostają niewzruszeni i kontynuują swoją pracę jak zwykle.
- 3. Według Ruth i in. (2012), ile godzin zajęć związanych z prewencją samobójstw zapewniają swoim absolwentom programy edukacyjne kształcące pracowników socjalnych?**
 - A. Mniej niż jedna godzina.
 - B. Mniej niż dwie godziny.
 - C. Mniej niż trzy godziny.
 - D. Mniej niż cztery godziny.
- 4. Jaki aspekt edukacji i szkolenia w zakresie pracy socjalnej jest podkreślany jako kluczowy dla radzenia sobie ze stresorami związanymi z samobójstwami podopiecznych?**
 - A. Zapewnienie dostępu do terapii indywidualnej.
 - B. Podkreślanie ważności dbania o swoje zdrowie psychiczne.
 - C. Oferowanie specjalistycznych szkoleń w zakresie zapobiegania samobójstwom.
 - D. Zachęcanie pracowników socjalnych do unikania interakcji z podopiecznymi.
- 5. Jakie są typowe reakcje emocjonalne doświadczane przez pracowników socjalnych po samobójstwie podopiecznego?**
 - A. Ulgę.
 - B. Szok, smutek, poczucie winy, złość i strach.
 - C. Apatia i obojętność.
 - D. Podekscytowanie.

6. Jak pracownicy socjalni radzą sobie w sposób pozytywny z następstwami samobójstwa podopiecznego?

- A. Ignorując swoje emocje i kontynuując pracę.
- B. Dążąc do pogodzenia się z utratą, uznając ograniczenia i zdobywając dodatkowe wykształcenie.
- C. Obwiniając innych i unikając autorefleksji.
- D. Dystansując się od podopiecznych i unikając przyszłych interakcji.

7. Jaki wpływ ma samobójstwo podopiecznego na pracowników socjalnych na przestrzeni czasu?

- A. Emocje stopniowo zanikają, a pracownicy socjalni wracają do normalnego funkcjonowania.
- B. Wspomnienia o samobójstwie stają się mniej intensywne, ale jego wpływ pozostaje znaczący.
- C. Pracownicy socjalni doświadczają intensywnych emocji po samobójstwie niezależnie od upływu czasu.
- D. Pracownicy socjalni z czasem uodparniają się na utraty.

8. Jakie wyzwania stoją przed pracownikami socjalnymi po samobójstwie podopiecznego?

- A. Brak wsparcia ze strony kolegów i przełożonych.
- B. Obwinianie przez innych, brak wsparcia, nieodpowiednie szkolenie i narażenie na traumatyczne doświadczenia.
- C. Minimalny wpływ emocjonalny i możliwości rozwoju osobistego.
- D. Zwiększona pewność siebie i kompetencje zawodowe.

Odpowiedzi

- 1. C. 55%.
- 2. C. Opisują intensywne emocje, takie jak szok, smutek, poczucie winy i złość.
- 3. D. Mniej niż cztery godziny.
- 4. B. Podkreślanie ważności dbania o swoje zdrowie psychiczne.
- 5. B. Szok, smutek, poczucie winy, złość i strach.
- 6. B. Dążąc do pogodzenia się z utratą, uznając ograniczenia i zdobywając dodatkowe wykształcenie.
- 7. B. Wspomnienia o wydarzeniu stają się mniej intensywne, ale jego wpływ pozostaje znaczący.
- 8. B. Obwinianie przez innych, brak wsparcia, nieodpowiednie szkolenie i narażenie na traumatyczne doświadczenia.

E.02

SKUTECZNE WSPIERANIE PRACOWNIKÓW SOCJALNYCH W ŻAŁOBIE PO SAMOBÓJSTWIE PODOPIECZNEGO

Pytanie wprowadzające

W jaki sposób placówki opieki społecznej mogą skutecznie wspierać pracowników socjalnych pogrążonych w żałobie po samobójstwie podopiecznego?

Czego się nauczymy?

1. Znaczenie postwencji dla pracowników socjalnych w placówkach opieki społecznej.
2. Strategie wspierania pracowników socjalnych pogrążonych w żałobie po samobójstwie podopiecznego.
3. Dostępność praktycznych udogodnień i opcji wsparcia dostępnych dla pogrążonych w żałobie pracowników socjalnych.
4. Znaczenie dbania o siebie i współczucia dla siebie w radzeniu sobie z żałobą po samobójstwie.

Wprowadzenie

Doświadczenie samobójstwa podopiecznego nie jest rzadkością dla pracowników socjalnych, co podkreśla konieczność wprowadzenia zasad postwencji w placówkach opieki społecznej. W tym rozdziale zgłębimy podstawowe elementy postwencji i zbadamy strategie skutecznego wspierania pracowników socjalnych po samobójstwie podopiecznego.

33% pracowników socjalnych (Jacobson i in., 2004), od 51 do 82% psychiatrów (Castelli Dransart i in., 2017), 46,9% stażystów psychiatrii (Leaune i in., 2019), 55% pielęgniarzek (Takahashi i in., 2011), od 22 do 39% psychologów (Castelli Dransart i in., 2017) doświadczy samobójstwa pacjenta lub podopiecznego podczas szkolenia lub kariery.

Wiele osób, włączając w to pracowników socjalnych, może doświadczać żałoby „bez prawa do żałoby”, uznanego przez przełożonych i społeczeństwo (Doka, 1989). Z zawodowego punktu widzenia samobójstwo pacjenta lub podopiecznego może wywoływać unikanie przez pracowników socjalnych osób z ryzykiem sa-

mobójczym, upośledzać podejmowanie decyzji zawodowych i obniżać wydajność pracy.

Powiadomienie o samobójstwie

Kluczowym aspektem postwencji jest określenie, kiedy i w jaki sposób pracownik socjalny otrzyma informację o samobójstwie podopiecznego.

Czasami pracownicy socjalni dowiadują się o samobójstwie w rozmowie telefonicznej, czy to w domu, czy w pracy. Mogą nawet otrzymywać takie telefony po godzinach pracy, co zwiększa obciążenie emocjonalne.

Pracownicy socjalni często czują presję i wymóg wznowienia pracy natychmiast po wydarzeniach traumatycznych. Na przykład jeden z pracowników socjalnych dowiedział się o samobójstwie podopiecznego tuż przed rozpoczęciem spotkania z innym podopiecznym, bez uwzględnienia wsparcia lub czasu potrzebnego na przepracowanie informacji. Ta presja, aby kontynuować swój dzień pracy, jak gdyby się nic nie stało, może prowadzić do poczucia bycia niezauważanym przez kolegów i przełożonych (Duffy, 2018).

Lista zasad postwencji dotycząca żałoby po samobójstwie dla pracowników w placówkach opieki społecznej

Wsparcie otrzymywane przez pracowników opieki społecznej w żałobie po samobójstwie w momencie powiadomienia:

- Otrzymanie powiadomienia od przełożonego lub kierownika placówki opieki społecznej.
- Zapewnienie bezpośredniego kontaktu z przełożonym w celu uzyskania wsparcia i wskazówek.

- ▶ Ustanowienie wyznaczonego punktu kontaktowego dla pracowników opieki społecznej w celu uzyskania natychmiastowego wsparcia.
- ▶ Oferowanie wskazówek, jak radzić sobie z początkowymi etapami żałoby i szoku.
- ▶ Zapewnienie zasobów dotyczących strategii radzenia sobie i dbania o siebie.
- ▶ Zaplanowanie i uczestniczenie w debriefingu z przełożonym, nastawionym na akceptowanie emocji pracowników i okazanie im natychmiastowego wsparcia.
- ▶ Zachęcanie do refleksji i przepracowania żałoby we wspierającym otoczeniu.

Pracownicy opieki społecznej w żałobie po samobójstwie podopiecznego mają możliwość:

- ▶ Dostosować obciążenia pracą do aktualnych możliwości w celu złagodzenia niepokoju i niepewności.
- ▶ Skorzystać ze wskazówek doświadczonych kolegów i dokonać analizy dokumentacji podopiecznego.
- ▶ Uzyskać dostęp do pisemnych materiałów edukacyjnych na temat żałoby i strategii radzenia sobie dla pracowników socjalnych.
- ▶ Uzyskać informacje o wewnętrznych i zewnętrznych możliwościach uzyskania wsparcia.
- ▶ Porozmawiać z innymi pracownikami socjalnymi, aby podzielić się z nimi swoimi doświadczeniami.
- ▶ Poszukać wskazówek i wsparcia od doświadczonych pracowników opieki społecznej lub przełożonych, którzy mieli doświadczenie samobójstwa podopiecznego.
- ▶ Skorzystać z usług wsparcia dostosowanych do potrzeb pracowników socjalnych.
- ▶ W razie potrzeby skorzystać z rozmowy z terapeutą, doradztwa lub terapii.
- ▶ Skorzystać z dostępu do grup wsparcia rówieśniczego lub sieci wsparcia dla pracowników socjalnych
- ▶ Mieć zapewnioną poufność i prywatność.
- ▶ Pracodawca może zaspokoić praktyczne potrzeby wsparcia pracownika socjalnego poprzez:
 - ▶ Zapewnienie praktycznej pomocy w zadaniach administracyjnych.
 - ▶ Zaoferowanie wsparcia finansowego lub zwrot kosztów psychoterapii.
 - ▶ Tymczasowe zwolnienie z obowiązków w pracy.
 - ▶ Możliwości dostosowania harmonogramu pracy do indywidualnych potrzeb i preferencji.
 - ▶ Zbadanie możliwości pracy zdalnej.
 - ▶ Upewnienie się, że zasady postwencji są przejrzyste sformułowane i łatwo dostępne w miejscu pracy.
 - ▶ Skuteczne informowanie wszystkich pracowników o aktualizacjach lub zmianach zasad postwencji
 - ▶ Zapewnienie szkolenia lub sesji informacyjnych na temat zasad postwencji.

7 WSKAZÓWEK DOTYCZĄCYCH WSPIERANIA PRACOWNIKÓW OPIEKI SPOŁECZNEJ W ŻAŁOBIE PO SAMOBÓJSTWIE PODOPIECZNEGO

1. Tworzenie „bezpiecznej przestrzeni”

- ▶ Wspieranie współtworzenia bezpiecznego i poufnego środowiska, w którym pracownicy opieki społecznej czują się komfortowo, wyrażając swoje emocje, najlepiej poza miejscem pracy, aby zwiększyć prywatność (Williams i in., 2022).
- ▶ Zapewnienie wspierającej obecności bez osądzania i krytykowania.

2. W razie potrzeby wsparcie w rozmowach z rodziną pracownika opieki społecznej

- ▶ Inicjowanie proaktywnego kontaktu z rodzinami w celu ich wsparcia.
- ▶ Ułatwianie pełnej szacunku i empatii komunikacji między pracownikami opieki społecznej a rodziną podopiecznego.
- ▶ Zapewnienie dostępu do materiałów edukacyjnych w celu nauki skutecznych technik komunikacji i rozwiązywania konfliktów.

3. Dzielenie się doświadczeniami z innymi

- ▶ Dzielenie się osobistymi doświadczeniami i słabościami w celu budowania więzi i empatii.
- ▶ Akceptacja żalu, winy i zwątpienia u pracowników opieki społecznej.
- ▶ Dodawanie otuchy w chwilach niepewności.

4. Akceptacja emocji

- ▶ Akceptacja emocji doświadczanych przez pracowników opieki społecznej, w tym szoku, smutku, złości i poczucia winy.
- ▶ Zachęcanie do wyrażania siebie i introspekcji jako integralnych elementów radzenia sobie z żałobą.
- ▶ Oferowanie wsparcia i akceptacji bez minimalizowania lub odrzucania uczuć pracowników opieki społecznej.

5. Przywracanie zaufania

- ▶ Wyjaśnienie wieloaspektowego charakteru samobójstwa i złożonych czynników, które się do niego przyczyniają.
- ▶ Przeniesienie nacisku z obwiniania jednostek na od-

powiedzialne instytucje i zajęcie się czynnikami systemowymi w opiece społecznej.

► Wzmocnienie kompetencji zawodowych pracowników opieki społecznej i ich zaangażowania w opiekę nad pacjentami.

6. Doświadczenie edukacyjne

► Zachęcanie pracowników opieki społecznej do przestrzegania samobójstwa podopiecznego jako możliwości do nauki i rozwoju osobistego, np. radzenia sobie z utratami.

► Ułatwianie dyskusji na temat zdobytych doświadczeń i spostrzeżeń.

► Podkreślenie znaczenia autorefleksji i ciągłego rozwoju zawodowego w praktyce opieki społecznej.

7. Dbanie o siebie i samowspółczucie

► Promowanie współczucia dla samego siebie i dbania o siebie w celu zapobiegania wypaleniu zawodowemu.

► Dostęp do szkoleń z tematu zarządzania stresem, relaksacji i uważności.

► Zachęcanie pracowników opieki społecznej do priorytetowego traktowania swojego dobrego samopoczucia i szukania wsparcia w razie potrzeby.

Wnioski

Postwencja dostosowana do potrzeb pracowników opieki społecznej, a także innych pracowników pracujących w opiece społecznej odgrywa kluczową rolę w zapewnianiu współczującego wsparcia i udzielaniu wskazówek dotyczących żałoby i sposobów radzenia sobie po samobójstwie podopiecznego. Wdrażając zasady postwencji, placówki opieki społecznej, podobnie jak placówki służby zdrowia, mogą lepiej wspierać pracowników socjalnych (a także psychologów, lekarzy i pielęgniarki pracujące w placówkach opieki społecz-

nej) w radzeniu sobie z żałobą po samobójstwie podopiecznego.

Oferując praktyczne udogodnienia, ułatwiając otwartą komunikację i promując dbanie o siebie, placówki opieki społecznej mogą pomóc złagodzić emocjonalny wpływ samobójstwa podopiecznego na swoich pracowników.

Zapamiętaj!

1. Zalecenia w zakresie postwencji

Zalecenia postwencji są niezbędne dla pracowników socjalnych pracujących w placówkach opieki społecznej.

2. Wsparcie emocjonalne

Placówki opieki społecznej mają za zadanie opracowanie zasad postwencji obejmującej wsparcie psychologiczne, praktyczną pomoc i ciągłą edukację, zaspokajając potrzeby swoich pracowników w żałobie po samobójstwie podopiecznego.

3. Debriefing

Skuteczne wsparcie pracowników socjalnych zmagających się z następstwami samobójstwa pacjenta/podopiecznego wymaga spotkania (debriefing) i zapewnienia dostępu do różnorodnych strategii radzenia sobie.

4. Udogodnienia

Oferowanie praktycznych udogodnień, takich jak dostosowanie obciążenia pracą oraz dostępu do wsparcia i terapii, jest niezbędne, aby pomóc pogrążonym w żałobie pracownikom socjalnym w radzeniu sobie z żałobą przy jednoczesnym wykonywaniu obowiązków zawodowych.

5. Dbanie o siebie

Promowanie dbania o siebie i wspieranie kultury współczucia dla samego siebie ma zasadnicze znaczenie dla wzmocnienia odporności psychicznej pracowników socjalnych.

Bibliografia

- Duffy, A. (2018). Exploring the impact of client suicide on social workers: A phenomenological study. <https://yorkspace.library.yorku.ca/server/api/core/bitstreams/5cc2a6e4-98d1-477e-9d33-36e46179bf2e/content>
- Dransart, D. A. C., Treven, M., Grad, O. T., & Andriessen, K. (2017). Impact of client suicide on health and mental health professionals. *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support*, 245-254.
- Doka K. (1989). *Disenfranchised Grief. Recognizing Hidden Sorrow*. New York, NY: Lexington Books.
- Jacobson, J. M., Ting, L., Sanders, S., & Harrington, D. (2004). Prevalence of and Reactions to Fatal and Nonfatal Client Suicidal Behavior: A National Study of Mental Health Social Workers. *Omega: Journal of Death and Dying*, 49(3), 237-248. <https://doi.org/10.2190/HPKQ-T700-EPQL-58JQ>
- Leaune, E., Ravella, N., Vieux, M., Poulet, E., Chauliac, N., & Terra, J. (2019). Encountering Patient Suicide During Psychiatric Training: An Integrative, Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 27, 141-149. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000208>
- Ruth, B. J., Gianino, M., Muroff, J., McLaughlin, D., & Feldman, B. N. (2012). You can't recover from suicide: Perspectives on suicide education in MSW programs. *Journal of Social Work Education*, 48(3), 501-516. <https://media.wbur.org/wp/2016/04/MSW-suicide-courses.pdf>
- Sanders, S., Jacobson, J., & Ting, L. (2005). Reactions of mental health social workers following a client suicide completion: A qualitative investigation. *Omega: Journal of Death and Dying*, 51(3), 197-216. <https://doi.org/10.2190/D3KH-EBX6-Y70P-TUGN>
- Takahashi, C., Chida, F., Nakamura, H., Akasaka, H., Yagi, J., Koeda, A., Takusari, E., Otsuka, K., & Sakai, A. (2011). The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC Psychiatry*, 11, 38 - 38. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-38>
- Qayyum, Z., Luff, D., Van Schalkwyk, G. I., & AhnAllen, C. G. (2021). Recommendations for Effectively Supporting Psychiatry Trainees Following a Patient Suicide. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 45(3), 301-305. <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01395-7>



Pytania kontrolne

- 1. Co jest kluczową kwestią dla placówki opieki społecznej we wsparciu pracowników socjalnych w żałobie po samobójstwie podopiecznego?**
 - A. Zapewnienie rekompensaty finansowej.
 - B. Oferowanie usług doradczych.
 - C. Wdrożenie zasad postwencji.
 - D. Organizowanie działań integracyjnych.
- 2. Jaka strategia została wspomniana w celu stworzenia bezpiecznej przestrzeni dla pracowników socjalnych w żałobie?**
 - A. Zachęcanie do osądzania i krytykowania.
 - B. Promowanie otwartego dialogu i aktywnego słuchania.
 - C. Minimalizowanie interakcji poza miejscem pracy.
 - D. Ignorowanie emocji wyrażanych przez pracowników socjalnych.
- 3. Co jest niezbędne do wspierania komunikacji z rodziną pogrążonego w żałobie pracownika socjalnego?**
 - A. Unikanie kontaktu z rodziną.
 - B. Ułatwianie empatycznej komunikacji.
 - C. Zniechęcanie do trudnych rozmów.
 - D. Minimalizowanie wspólnych doświadczeń.
- 4. Co jest podkreślane jako integralna część zdrowienia pogrążonych w żałobie pracowników socjalnych?**
 - A. Tłumienie emocji.
 - B. Walidacja zewnętrzna.
 - C. Wyrażanie siebie i introspekcja.
 - D. Odrzucanie poczucia żalu i winy.

Odpowiedzi

- 1: C. Wdrożenie zasad postwencji.
- 2: B. Promowanie otwartego dialogu i aktywnego słuchania.
- 3: B. Ułatwianie empatycznej komunikacji.
- 4: C. Wyrażanie siebie i introspekcja.

MODUŁ F

PLACÓWKI EDUKACYJNE

F.01 Żałoba po samobójstwie
w szkołach i na uczelniach –
perspektywa ucznia i studenta

F.02 Samobójstwo ucznia –
doświadczenia nauczycieli

F.03 Zasady postwencji w placówkach
oświatowych – zapobieganie
samobójstwom wśród młodzieży

F.04 Przykład procedury postwencji
w szkole – rola szkolnego zespołu
kryzysowego



F.01

ŻAŁOBA PO SAMOBÓJSTWIE W SZKOŁACH I NA UCZELNIACH – PERSPEKTYWA UCZNIA I STUDENTA

Pytanie wprowadzające

Jakie wnioski możemy wyciągnąć z doświadczeń uczniów i studentów, którzy stracili kolegę lub koleżankę w wyniku samobójstwa?

Czego się nauczymy?

1. Wpływ samobójstwa na innych uczniów i studentów

Doświadczenia uczniów i studentów zmagających się z następstwami samobójstwa kolegi z klasy.

2. Odpowiedzi szkół i uczelni

Zrozumienie, w jaki sposób szkoły radzą sobie z klastrami samobójstw* i zapewniają wsparcie uczniom w żałobie.

3. Mechanizmy radzenia sobie

Radzeniu sobie ze skutkami samobójstwa służą różnorodne reakcje żałoby zależne od tradycji i zwyczajów.

4. Postwencja w szkołach i na uczelniach

Zbadamy postrzeganie przez uczniów i studentów przyczyn samobójstw i rolę rodziców, szkół, uczelni i społeczności w wysiłkach na rzecz postwencji.

*Klaster samobójstw można zdefiniować jako grupę samobójstw, która wystąpiła w krótszych odstępach czasu i przestrzeni, niż można by się tego normalnie spodziewać w danej społeczności.

Wprowadzenie

Wielu uczniów szkół średnich i studentów straciło rówieśnika w wyniku samobójstwa. Ma to wpływ nie tylko na uczniów/studentów, ale także na nauczycieli i innych pracowników szkoły i uczelni.

Kölves i in. (2016) zbadali, że 36% nauczycieli było narażonych na co najmniej jedno samobójstwo ucznia. Samobójstwo ucznia miało znaczący wpływ na życie osobiste – 76% nauczycieli i życie zawodowe 85,7%. Wpływ na życie osobiste był większy w przypadku nauczycielek. Po samobójstwie ucznia 27,1% nauczycieli zgłaszało potrzebę większego wsparcia (Kölves i in., 2016).

Nauczyciele teoretycznie powinni być przygotowani i wyposażeni w umiejętność rozpoznawania u uczniów i studentów symptomów zagrożenia samobójstwem i mieć możliwość udzielania im pomocy. Ponieważ to nauczyciele często jako pierwsi zauważają, że uczniowie i studenci mają problemy emocjonalne. Jedyną pomoc, jaką mogą udzielić, to kierować uczniów do szkolnych psychologów i w czasie wolnym od nauki szukać kontaktu z jakimiś pracownikami socjalnymi w gminie zamieszkania ucznia. Ze względu na zaangażowanie nauczycieli szkoły są miejscem, w którym uczniowie często otrzymują pomoc w problemach emocjonalnych (Stephan i in., 2007).

Młodzież, która doświadczyła samobójstwa rówieśnika, jest bardziej narażona na myśli samobójcze, próby samobójcze i samobójstwo, co jest zjawiskiem określanym jako „zakażenia” samobójstwem (Gould i in., 2018).

Sytuacja, która tworzy się po samobójstwie, może normalizować ideę samobójstwa jako sposobu na rozwiązanie określonego problemu, który inni postrzegają jako „przyczynę” samobójstwa danej osoby (np. zerwanie, prześladowanie (ang. bullying) czy nadmierna presja zwiększająca ryzyko zachowań samobójczych (Mueller i Abrutyn, 2016; Kleinman, 2015)).

Ponad 13% samobójstw wśród nastolatków można potencjalnie wytłumaczyć występowaniem klasterów samobójstw (Swansson i in., 2013). Młodzież i młodzi dorośli są bardziej narażeni na samobójstwo po ekspozycji na samobójstwo lub próbę samobójczą (Abrutyn i Mueller, 2014).

Nauczyciele i inni pracownicy szkoły często są osamotnieni i pozbawieni wsparcia po samobójstwie ucznia. Potrzebują wsparcia i specjalistycznych szkoleń, aby sobie poradzić z żałobą po śmierci ucznia lub studenta.

W następstwie samobójstwa kolegi z klasy uczniowie wpadają w wir emocji, zmagając się z żalem, poczuciem winy i pytaniami bez odpowiedzi. Dzięki ich narracjom zyskujemy bezcenne obserwacje, jaki wpływ ma samobójstwo na jednostki i społeczności. Każda narracja zapewnia wgląd w skomplikowane emocje i przeszkody, z którymi borykają się osoby w żałobie.

Narracja 1:

Reakcja jednego z uczniów na samobójstwo szkolnego kolegi wskazuje na głęboki wpływ żałoby na relacje, uczucia żalu, smutku i poczucie winy pomimo jedynie sporadycznych wcześniejszych interakcji z osobą, która odebrała sobie życie.

Surrealistyczne. Zdarzyło mi się to w zeszłym tygodniu. Nie sądzę, żebym kiedykolwiek z nim rozmawiał, więc nie byłem blisko z nim ani z jego przyjaciółmi, ale i tak miało to na mnie ogromny wpływ – użytkownik Reddit.

Kilka tygodni temu byłem z nim na tych samych zajęciach, ale potem przestał się na nich pojawiać. Nie jestem pewien, czy było to związane z depresją, czy zmienił klasę (...), ale nie zastanawiałem się nad tym aż do tego piątku, kiedy nauczyciel przekazał nam tę wiadomość. (...) – użytkownik Reddit.

Na początku nie miałem zbyt wiele refleksji poza naturalnym „To okropne i przygnębiające”, ale po chwili zaczęliśmy się czuć coraz gorzej, pomimo że nie znaliśmy osoby, która zmarła. Sama myśl o tym była tak smutna, a my widzieliśmy ją wcześniej na korytarzach, tak że wiele rzeczy przechodziło mi przez myśl.

„Może kiedyś z nim rozmawiałem?”

„Żałuję, że z nim nie porozmawiałem”.

„Gdybym o coś zapytał, może coś by się zmieniło”

(...) Kwestionowałem każdy ruch, który wykonałem w przeszłości w pobliżu tej osoby, ale było już za późno. To bardzo boli. Użytkownik Quora

Narracja 2:

Opis problemu klasteru samobójstw w szkole, wskazujący na początkowy szok, późniejsze odrętwienie i reakcje postwencyjne szkoły, w tym zwiększony dostęp do opieki psychologa i rozmowy na temat zdrowia psychicznego.

Klaster samobójstw w szkole

W mojej szkole było pięć samobójstw w ciągu 3 lat. O pierwszym mówiono przyciszonym tonem. Wydaje mi się, że było też o tym ogłoszenie. Drugie dotyczyło kogoś

z mojej klasy i wydarzyło się niespodziewanie; ta osoba była popularna i lubiana. Nikt się niczego nie spodziewał; dowiedziałem się wieczorem, ponieważ jego przyjaciele opublikowali informację na Instagramie. Było ogłoszenie na początku dnia, a niektórzy z moich nauczycieli mówili o tym na początku zajęć, ponieważ wcześniej brał w nich udział. Kolejna trójka była w zasadzie traktowana w ten sam sposób (...) Szeptano o tym, co się stało przed oficjalnym rozpoczęciem szkoły, potwierdzono te informacje w porannym ogłoszeniu, a nauczyciele chwilę z nami rozmawiali. Wiem, że nasza szkoła zatrudniła więcej pedagogów, a po trzecim samobójstwie w naszej szkole odbyła się dyskusja na temat zdrowia psychicznego. Mieliśmy też spotkania z kilkoma mówcami motywacyjnymi. (...) Ostatnie trzy samobójstwa wydarzyły się w ciągu około 6 – 7 miesięcy i szczerze mówiąc, przyjęliśmy to wtedy dość obojętnie – użytkownik Reddit.

Narracja 3:

Opis żałoby – składającej się z reakcji emocjonalnych płaczu, bólu, myślenia magicznego, samooskarżania się i modlitwy po samobójstwie ucznia, przy minimalnym wsparciu emocjonalnym ze strony nauczycieli. Płacz jest jedną z powszechnych reakcji żałoby w szkole po stracie samobójczej.

Kiedy byłem w gimnazjum, ktoś odebrał sobie życie. Nie znałem go, ale zacząłem płakać. Wiele osób płakało. Nauczyciele nie okazywali żadnych emocji, ale pozwalali nam po prostu robić cokolwiek w klasie, czyli głównie płakać. – użytkownik Quora.

Bardzo mnie to bolało. (...) Ale pamiętam, że pewnego dnia w moim pokoju, zanim zasnąłem, modliłem się. Modliłem się do Boga, aby dał mi moc i zdolność komunikowania się z duchami, abym mógł z nim rozmawiać i przekazywać od niego wiadomości innym (Shilubane i in., 2018, s. 3).

Czułem się również winny, ponieważ był czas, kiedy chciał być moim przyjacielem, ale nie byłem zainteresowany nawiązaniem z nim kontaktu. Kiedy dowiedziałem się o jego śmierci, pomyślałem, że może zrobiłem coś, co sprawiło, że pomyślał, że go nienawidzę, a potem poczuł się samotny po tym, jak odmówiłem bycia jego przyjacielem. To sprawiło, że czułem się źle. (Shilubane i in., 2018, s. 3).

Narracja 4:

Osobiste zmagania z niechęcią do uczestnictwa w rytuałach żałobnych, podkreślające traumę, jaką może to wywołać u dzieci. Doświadczenia związane z samobój-

stwem szkolnej koleżanki. Poczucie obowiązku udziału w rytuale żałobnym charakterystycznym dla danej kultury może zwiększyć traumę u dzieci.

(...) Mieliśmy iść na stypę, żeby oddać jej hołd. Nie chciałem tam iść, ponieważ przerażają mnie martwi ludzie. Moi rodzice również zgodzili się, że nie powinienem iść. Mój tata zaproponował, że pójdzie w moim imieniu. Ale będąc w liceum, bałem się tego, co mogą o mnie powiedzieć koledzy z klasy. że jestem tchórzem i nie okazuję szacunku itp..

Poszedłem więc z grupą kolegów z klasy. (...) Jej ojciec siedział przy drzwiach na przemian płacząc i przeklinając swoją żonę, która cicho płakała, jednocześnie witając się z nami.

Tak się potem bałem, że moja mama musiała spać ze mną w łóżku przez następne dwa miesiące – użytkownik Quora.

Narracja 5:

Temat „cichego samobójstwa” i ukrytych zmagania osób, które mogą nie wykazywać zewnętrznych oznak cierpienia.

„Ciche samobójstwo” – to samobójstwo, gdy otoczenie nie zauważyło żadnych wcześniejszych sygnałów ostrzegawczych (podobnie jak w przypadku „cichego” zawału serca, który ma niewiele objawów, jeśli w ogóle, lub objawów nierozpoznanych jako zawał serca).

Nigdy byś nie powiedział, że cierpi. Nikomu o tym nie powiedziała. Można by pomyśleć, że była najszczęśliwszą osobą, jaką kiedykolwiek spotkałeś. Po prostu nie wiesz, przez co przechodzą inni ludzie.

Być może myślała, że nikogo nie obchodzi, ale jej śmierć dotknęła więcej ludzi niż można sobie wyobrazić. (...) Pamiętam, jak miła była dla mnie i dla każdego, kogo spotkała. Miała talent. Chciała być projektantką graficzną i dlatego wybrała ten kierunek studiów. – użytkownik Quora.

Narracja 6:

Opis wpływu samobójstwa na osoby, które nie były blisko ze zmarłym, uwidaczniający grupę osób, „pozbawioną praw do żałoby”, zdefiniowaną jako osoby dotknięte samobójstwem, które zazwyczaj są pomijane, gdy wymieniamy osoby zagrożone skomplikowaną żałobą.

(...) Nie znałem jej osobiście, ale z tego, co o niej wiedziałem, wydawała się jedną z tych niezawodnie życzy-

liwych i szczerych osób. W styczniu napisała na Facebooku, że „ten rok zapowiada się bardzo dobrze” i była bardzo aktywna w działaniach organizacji uczelnianych – widziałem jej twarz na plakatach na całym kampusie. Nie znam jej przyjaciół ani rodziny, więc nie mam komu złożyć kondolencji. Nie jestem pewien, dlaczego ta wiadomość tak bardzo mnie dotknęła, skoro tak naprawdę jej nie znałem – użytkownik Quora.

Wspierający komentarz użytkownika Quora:

Przede wszystkim zacznę od tego, że przykro mi, że przez to przechodzisz. Nawet jeśli nigdy z nią nie rozmawiałeś, śmierć koleżanki ze studiów, zwłaszcza tak nagła jak samobójstwo, może być ogromnym szokiem. Jest to bardzo bolesne, gdy jesteście młodzi, jeszcze studiujecie i być może nigdy wcześniej nie doświadczyliście takiej straty w naszym otoczeniu. Dlatego, chociaż może się komuś wydawać, że za mało ją znałeś, żeby Cię to dotknęło, jest zrozumiałe, że możesz odczuwać smutek, niepokój, każdą emocję, która może pojawić się wraz z żałobą.

Narracja 7:

Wpływ samobójstwa studenta na nastrój na kampusie; po początkowym niepokoju życie większości studentów wraca do normy.

Jeden z moich studentów odebrał sobie życie 4 miesiące przed ukończeniem studiów. Był wyśmiewany z powodu swojej wagi. ...To całkowicie zmieniło nastrój kampusu na około tydzień. Mieliśmy dyskusje, psychologów, zespoły kryzysowe itp. potem życie potoczyło się dalej. Tylko jego najlepszy przyjaciel opłakiwał go przez prawie dwa lata. Większość, w tym koledzy z grupy i wykładowcy – nigdy już później otwarcie o nim nie rozmawiała (Shilubane i in., 2018, s. 4).

Narracja 8:

Opis złożonych emocji u osób z myślami samobójczymi wywołanymi wiadomością o samobójstwie innej osoby oraz komentarze wspierające. Wskazanie potrzeby zrozumienia i wsparcia.

„Efekt Wertera” – zwiększone ryzyko samobójstwa w społeczności, w której doszło do samobójstwa.

(...) Nie mogę przestać się obwiniać. Trzy tygodnie temu mi powiedział, że chce odebrać sobie życie, ale się boi. Nie sądziłam, że to robi. Napisał też do mnie, że gdybyśmy może się spotkali, nie podjąłby decyzji, żeby się zabić. Wciąż czytam te wiadomości. Nie mogę wyrzucić tego z głowy. Każdej nocy krzyczę i czuję się jak morder-

ca. Mam wrażenie, że powinnam umrzeć za to, że przeze mnie umarł ... nigdy w życiu nie cierpiałam tak bardzo. Mam depresję i myśli samobójcze. Moja mama zostaje ze mną w domu.

(<https://www.nexusfamilyhealing.org/advice/my-friend-died-suicide-there-any-way-i-could-get-through-pain>)

Dobija mnie, gdy słyszę, że ktoś umarł na depresję. Czuję się zmuszona, by to zrobić, żeby się zabić. Nie wiem, co o tym myśleć. Znałam tę osobę przez 10 lat, a teraz odeszła. Po prostu nie czuję się dobrze, będąc na tej planecie, gdy jej już tu nie ma. Nie wiem, czy to czyni mnie samolubną, ale czuję się tak, jakby wszechświat mówił mi, że ja też powinnam odejść. Ta osoba miała cudowny uśmiech i wydaje mi się, że ludzie nie traktują twoich problemów poważnie, dopóki nie odbierzesz sobie życia – użytkownik Quora.

Wspierający komentarz 1:

Ja również walczyłam z depresją i myślami samobójczymi. Kiedyś miałam pewne problemy i (...) zażyłam wszystkie tabletki jakie miałam. Zemdlalam na klatce schodowej i dlatego ktoś mnie znalazł i zadzwonił pod 112. (...) W szpitalu miałam płukanie żołądka a potem leczono mnie na oddziale dla osób z problemami psychicznymi. Rozmawiałam z wieloma terapeutami, którzy dali mi kilka dobrych rad. Na początku nie sądziłam, że mogą mi pomóc. A jednak. Otrzymałam pomoc i teraz staram się pomagać innym, kiedy tylko mogę. Jeśli chcesz porozmawiać o swoich problemach, napisz do mnie. – użytkownik Quora.

Wspierający komentarz 2:

Był moją pierwszą miłością. Wszyscy go lubili. Miał cudowny uśmiech. Wcześniej odeszła moja babcia. To tak bardzo boli. Nie wymażę tego. Chcę, żebyś wiedziała, że się z tobą utożsamiam. Ale to nie znak, by umierać. Jeśli już, to znak, by żyć. – użytkownik Quora.

Wnioski

Przedstawione narracje ukazują wieloaspektową naturę uczuć doświadczanych przez uczniów i studentów po samobójstwie rówieśnika. Strata wywołuje wir emocji, w tym żal, poczucie winy, dezorientację i poczucie bezradności. Złożone reakcje na samobójstwo wymagają opracowania przez szkoły kompleksowych zasad dotyczących żałoby i postwencji, które zapewnią uczniom i studentom wczesne i długoterminowe wsparcie.

Pierwsza narracja pokazuje, jak nawet uczniowie, którzy mieli niewielki kontakt ze zmarłym, są faktem samobój-

stwa głęboko dotknięci. Poczucie winy i kwestionowanie swojego zachowania są powszechne, ponieważ uczniowie stawiają sobie pytania o odpowiedzialność: czy ich działania mogły coś zmienić. Podkreśla to znaczenie rozpoznawania i radzenia sobie z tymi złożonymi emocjami przez szkoły, zamiast oczekiwania, że uczniowie szybko przejdą nad tym do porządku dziennego.

Druga narracja przedstawia szkołę zmagającą się z klasterem samobójstw. Początkowy szok i późniejsze odrętwienie doświadczane przez uczniów ilustrują poważne emocjonalne skutki samobójstwa ucznia. Reakcja szkoły – zatrudnienie większej liczby terapeutów i promowanie otwartych dyskusji na temat zdrowia psychicznego – pokazuje konieczność proaktywnego i trwałego wsparcia zdrowia psychicznego w celu łagodzenia skutków takich tragedii.

Trzecia narracja opisuje powszechne reakcje żałoby, takie jak płacz i samooskarżanie się, szczególnie w środowiskach, w których wsparcie emocjonalne ze strony nauczycieli jest minimalne. Podkreśla to potrzebę bardziej aktywnego zaangażowania nauczycieli i personelu szkoły w zapewnienie wsparcia emocjonalnego i tworzenie bezpiecznej przestrzeni dla uczniów do wyrażania swoich emocji.

Czwarta narracja omawia traumę wywołaną uczestnictwem w obrzędach żałobnych, zauważając, że w indywidualnych sytuacjach praktyki te mogą nasilić niepokój. Wskazuje to na potrzebę wrażliwości i elastyczności w podejściu do różnych sposobów wyrażania żałoby.

Piąta narracja przedstawia „ciche samobójstwo”, podkreślając ukrytą naturę zmagania niektórych osób, przypominając nam, że zewnętrzny spokój może być mylący. Wymaga to zwiększonej świadomości i zindywidualizowanego podejścia do ucznia.

Szósta narracja odnosi się do osób „pozbawionych praw do żałoby” – osób dotkniętych samobójstwem, ale zazwyczaj nie uznawanych za zagrożone skomplikowaną żałobą. Opisane doświadczenia podkreślają nieoczekiwane emocjonalne konsekwencje u osób niezwiązanych bezpośrednio ze zmarłym, wskazując potrzebę kierowania wsparcia nie tylko do osób z większym ryzykiem samobójczym tj. przyjaciół czy osób z wcześniejszymi problemami psychicznymi.

Siódma narracja wskazuje na to, że życie na kampusie wraca do normy, ale ze względu na „ciche samobójstwa” i to, że część osób w żałobie nie wyraża otwarcie żałoby, np. osoby „pozbawione praw do żałoby”, może

to być mylące. Prawdopodobnie wiele potrzeb emocjonalnych osób dotkniętych samobójstwem pozostaje niezauważonych.

Ósma narracja podkreśla silne reakcje emocjonalne osób z myślami samobójczymi wywołane wiadomością o samobójstwie innej osoby, znane jako „efekt Wertera”, wskazując na potrzebę wspierającej rozmowy, pomagającej wspierać osoby szczególnie podatne na negatywne następstwa samobójstwa w placówce edukacyjnej.

Podsumowując, opisy różnych reakcji po samobójstwach pokazują, że utrata rówieśnika wyniku samobójstwa ma wpływ na całą społeczność uczniowską/studencką, z długotrwałymi konsekwencjami pojawiającymi się po początkowym szoku.

Placówki oświatowe powinny priorytetowo traktować edukację w zakresie zdrowia psychicznego, w tym postwencji i prewencji samobójstw, zapewniać dostępne usługi wsparcia oraz wspierać kulturę empatii i otwartego nazywania problemów zdrowia psychicznego. W ten sposób mogą pomóc uczniom i studentom lepiej radzić sobie z żałobą, budować odporność i zapobiegać tragediom. Stworzenie wspierającego i rozumiejącego środowiska ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia dobrych warunków rozwoju i nauki dla dzieci i młodzieży.

Zapamiętaj!

Bibliografia

- Abrutyn, S., & Mueller, A. S. (2014). Are Suicidal Behaviors Contagious in Adolescence?: Using Longitudinal Data to Examine Suicide Suggestion. *American Sociological Review*, 79(2), 211–227. <https://doi.org/10.1177/0003122413519445>
- Andriessen, K., et al. (2017). Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *Journal of psychiatric research*, 88, 113–120. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.017>
- Mueller, A. S., & Abrutyn, S. (2016). Adolescents under pressure: A new durkheimian framework for understanding adolescent suicide in a cohesive community. *American Sociological Review*, 81(5), 877–899. <https://doi.org/10.1177/0003122416663464>
- Kleiman E. M. (2015). Suicide acceptability as a mechanism of suicide clustering in a nationally representative sample of adolescents. *Comprehensive psychiatry*, 59, 17–20. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.02.002>
- Kölves, K., Ross, V., Hawgood, J., Spence, S. H., & De Leo, D. (2017). The impact of a student's suicide: Teachers' perspectives. *Journal of affective disorders*, 207, 276–281. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.058>
- Swanson, S. A., & Colman, I. (2013). Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 185(10), 870–877. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121377>
- Stephan, S. H., et al. C. (2007). Transformation of children's mental health services: the role of school mental health. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 58(10), 1330–1338. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.10.1330>

1. Głęboki wpływ emocjonalny

Utrata kolegi czy koleżanki z klasy w wyniku samobójstwa głęboko wpływa na uczniów, nawet tych, którzy nie znali zmarłego osobiście, prowadząc do poczucia winy, żałoby, kwestionowania swoich zachowań i siebie.

2. Złożoność reakcji żałoby

Reakcje na samobójstwo kolegi lub koleżanki mogą być bardzo różne, od płaczu i odrętwienia po nasilone myśli samobójcze u osób szczególnie wrażliwych, co podkreśla potrzebę spersonalizowanego wsparcia i interwencji.

3. Rozpoznawanie i zaspakajanie potrzeby wsparcia

Szkoły i uczelnie powinny zapewnić wczesne i ciągłe wsparcie, w tym porady psychologa lub pedagoga szkolnego oraz rozmowy na temat zdrowia psychicznego, aby pomóc uczniom i studentom przepracować uczucia żałoby i zapobiec dodatkowej traumie.

4. Znaczenie otwartego nazywania problemów

Stworzenie środowiska, w którym kwestie zdrowia psychicznego są otwarcie poruszane, może pomóc w destygmatyzacji i zachęcić młodych ludzi do szukania pomocy przed wystąpieniem kryzysu.

5. Budowa odporności społeczności placówki oświatowej

Wspieranie kultury empatii i zrozumienia w społeczności szkolnej ma kluczowe znaczenie dla budowania odporności i wspierania długoterminowych działań postwencyjnych i prewencyjnych.

Pytania kontrolne

- 1. Jak uczniowie opisali swoją emocjonalną reakcję na utratę kolegi z klasy w wyniku samobójstwa?**
 - A. Obojętność.
 - B. Przytłaczający smutek i poczucie winy.
 - C. Ulga.
 - D. Zadowolenie.
- 2. Jakie środki podjęły szkoły w odpowiedzi na klastry samobójstw, zgodnie z narracjami uczniów?**
 - A. Ignorowanie problemu.
 - B. Zapewnienie dodatkowej pomocy psychologicznej i rozmów na temat zdrowia psychicznego.
 - C. Obwinianie studentów.
 - D. Anulowanie zajęć.
- 3. Jak uczniowie postrzegali rolę rodziców w zapobieganiu samobójstwom?**
 - A. Rodzice powinni unikać omawiania z dziećmi złożonych tematów.
 - B. Rodzice powinni komunikować się ze swoimi dziećmi otwarcie i z szacunkiem.
 - C. Rodzice powinni zachęcać dzieci do ukrywania swoich uczuć.
 - D. Rodzice powinni obwiniać swoje dzieci za to, jak wyrażają swoją żalobę.
- 4. Według badań, jaki był jeden wspólny sygnał ostrzegawczy zaobserwowany wśród rówieśników, którzy zmarli w wyniku samobójstwa?**
 - A. Lepsze wyniki w nauce.
 - B. Zaangażowanie w zajęcia pozalekcyjne.
 - C. Nietypowe zachowanie lub wypowiedzi wskazujące na myśli samobójcze.
 - D. Wysoki poziom popularności.
- 5. Jaki był kluczowy wniosek z badania porównawczego przeprowadzonego przez Gould i in. (2018)?**
 - A. Uczniowie szkół, w których niedawno doszło do samobójstwa, wykazywali niższe wskaźniki objawów depresji.
 - B. Studenci, którzy byli bliskimi przyjaciółmi zmarłego, mieli najniższe ryzyko myśli samobójczych.
 - C. Uczniowie w szkołach, w których niedawno doszło do samobójstwa, miały negatywne podejście do szukania pomocy.
 - D. Uczniowie w szkołach w których niedawno doszło do samobójstwa, mieli podwyższone ryzyko poważnych myśli/ zachowań samobójczych, szczególnie w przypadku jednoczesnego doświadczania niekorzystnych wydarzeń życiowych.

Odpowiedzi

- 1: B. Przytłaczający smutek i poczucie winy.
- 2: B. Zapewnienie dodatkowej pomocy psychologicznej i rozmów na temat zdrowia psychicznego.
- 3: B. Rodzice powinni komunikować się ze swoimi dziećmi otwarcie i z szacunkiem.
- 4: C. Nietypowe zachowanie lub wypowiedzi wskazujące na myśli samobójcze.
- 5: D. Uczniowie w narażonych szkołach mieli podwyższone ryzyko poważnych myśli/zachowań samobójczych, szczególnie w przypadku jednoczesnego doświadczania niekorzystnych wydarzeń życiowych.

F.02

SAMOBÓJSTWO UCZNIA – DOŚWIADCZENIA NAUCZYCIELI

Pytanie wprowadzające

Jak nauczyciele radzą sobie z samobójstwem ucznia?

Czego się nauczymy?

1. Głęboki wpływ samobójstwa ucznia na nauczycieli

Nauczyciele doświadczają głębokiego żalu, poczucia winy po samobójstwie ucznia. Obserwacje nauczycieli ujawniają wczesne i długoterminowe problemy emocjonalne związane z żałobą po samobójstwie.

2. Znaczenie strategii postwencyjnych

Skuteczna komunikacja i systemy wsparcia mają kluczowe znaczenie w zarządzaniu następstwami samobójstwa ucznia w szkole. Szkoły potrzebują jasnych procedur, aby radzić sobie z takimi kryzysami w sposób empatyczny i skuteczny.

3. Wyzwania związane z rozpoznawaniem sygnałów ostrzegawczych

Identyfikacja i interpretacja sygnałów ostrzegawczych i tendencji samobójczych może być trudna, co prowadzi do poczucia winy i obwiniania się przez nauczycieli. Refleksja dotycząca niezauważonych sygnałów ostrzegawczych wskazuje na potrzebę większej świadomości nauczycieli i rodziców, oraz na konieczność szkoleń.

4. Rola systemów wsparcia

Skoordynowane działania zespołów kryzysowych i administracji szkolnej są niezbędne do instytucjonalnego wspierania osób w żałobie.

5. Mechanizmy radzenia sobie i odporność psychiczna

Nauczyciele znajdują różne sposoby radzenia sobie, w tym przypominanie sobie pozytywnych chwil i codzienne wyrażanie troski o swoich uczniów.

6. Wpływ relacji nauczyciel-uczeń

Narracje podkreślają znaczący wpływ słów i działań nauczycieli na uczniów; wzajemne akceptowanie uczuć i wsparcie może mieć głęboki i trwały efekt.

Wprowadzenie

Żałoba po samobójstwie jest przeżyciem głęboko osobistym, a tragedia samobójstwa ucznia rzuca długi i bolesny cień na całą społeczność szkolną. Nauczyciele, często postrzegani jako filary wsparcia, zmagają się z głębokim żalem, poczuciem winy i dezorientacją. Choć badania jakościowe odnoszące się do wpływu samobójstw uczniów i studentów na społeczność szkoły i uczelni są bardzo ograniczone, osobiste narracje nauczycieli oferują bezcenne spostrzeżenia. Historie te podkreślają potrzebę opracowania, implementacji i ewaluacji strategii postwencyjnych. Analizując poniższe narracje, możemy lepiej zrozumieć wieloaspektowy wpływ takich tragedii i zbadać sposoby wspierania nauczycieli i uczniów oraz studentów w żałobie.

Narracja 1.

Ta anonimowa relacja daje obraz bezpośredniego wpływu samobójstwa ucznia na nauczyciela. Elementy procedury, takie jak ogłoszenie i zebranie nauczycieli, ilustrują reakcję szkoły na kryzys. Narracja opisuje zbiorowy szok i smutek wśród uczniów i personelu oraz walkę nauczyciela o zachowanie spokoju i zapewnienie uczniom wsparcia. Zauważamy znaczenie wypracowania przez szkołę strategii postępowania i systemów wsparcia, które mogą pomóc w poradzeniu sobie z tragicznymi wydarzeniami.

„Będę anonimowy w tej sprawie po prostu z szacunku dla rodziny. W zeszłym roku straciliśmy uczennicę. Była piękną, pełną życia prawie 16-letnią dziewczyną, była bardzo lubiana. Pewnego poniedziałkowego poranka przed szkołą (...) Od lat miała problemy ze zdrowiem psychicznym, o czym wiedzieliśmy. Ale wydawała się być w okresie poprawy. Jak to wyglądało? Okropnie. I to wryło się w moją pamięć.

Zaczęło się jak typowy poniedziałkowy poranek: apel, potem lekcja jedna, druga, to samo co zawsze. O 9:50 przez głośnik rozległo się ogłoszenie, wzywające wszystkich nauczycieli do sekretariatu szkoły.

Wydawało się to bardzo dziwne, ale poszliśmy. Byłem jednym z pierwszych w pokoju nauczycielskim, gdzie wręczono mi małą kartkę papieru i kazano przeczytać ją mojej klasie.

„(Imię i nazwisko ucznia) z klasy 10 zmarła dziś rano. Jeśli masz jakieś pytania lub chcesz porozmawiać, skontaktuj się z pedagogiem szkolnym”.

Wszedłem do mojej klasy oszołomiony. Uczniowie pytali mnie, co się stało. Nie odpowiadałem – nie chciałem powtarzać tej wiadomości więcej niż jeden raz. W ogóle nie chciałem tego mówić – ale musiałem. W końcu wszyscy usiedli. Wstałem i powiedziałem: „Mam złą wiadomość”. Następnie przeczytałem to, co było na papierze.

Wszyscy byli zszokowani. Dwie uczennice natychmiast zaczęły płakać; obie przyjaźniły się z nieżyjącą dziewczyną. Z perspektywy czasu myślę, że taki sposób przekazywania informacji był niepotrzebnie okrutny.

W końcu zabrzmiał dzwonek na przerwę. Następnie miałem lekcje w 8. klasie. Uczniowie byli wyraźnie rozemocjonowani. Próbowałem porozmawiać z nimi o tym, co się dzieje, ale nie sędzę, żeby to do nich docierało. Przez cały czas myślałem o chłopcach z mojej drużyny piłkarskiej – wiedziałem, że byli w tej samej klasie, co ta dziewczyna. Bardzo się o nich martwiłem – chłopcy zwykle nie radzą sobie w takich sytuacjach, a szczególnie chłopcy z drużyny piłkarskiej.

Próbowałem czytać mojej klasie książkę, którą mieliśmy czytać. W pewnym momencie po prostu przestałem i powiedziałem: „Słuchajcie, nie pamiętam nic z tego, co przeczytałem, i nie sędzę, żebyście wy pamiętali. Może po prostu posiedźmy?”.

Resztę poranka pamiętam jak przez mgłę. Dowiedziałem się później, że powodem, dla którego poinformowano całą szkołę, było to, że niektórzy uczniowie zaczęli otrzymywać wiadomości tekstowe z informacją, że zmarła, a wiadomość szybko rozeszła się po szkole. Około stu uczniów od razu poszło do domu.

Myślę, że dla mnie najtrudniejszą częścią było zastanawianie się nad tym, co robić. Od nauczyciela oczekuje się, żeby znał wszystkie odpowiedzi, ale w tym przypadku zmagalem się z tym tak samo jak uczniowie. Wokół mnie widziałem smutek i szok. Znałem tę uczennicę niezbyt dobrze, ale znałem ją.

Potem dostałem wiadomość, żebym przyszedł do sekretariatu. Przybrany brat zmarłej uczennicy przyszedł

do szkoły i chciał ze mną porozmawiać. Poprosiłem innego nauczyciela, aby przejął moje zajęcia i poszedłem. W sekretariacie był brat uczennicy ze swoim przyjacielem. Znałem obu chłopców, uczyłem ich i trochę znałem ich rodziny.

Następne dwie godziny spędziłem na słuchaniu, a on opowiadał swoją historię. To on ją znalazł (...) i próbował ratować jej życie. To było wstrząsające i oszałamiające, ale jednocześnie budziło mój podziw, jak ten czternastoletni dzieciak zareagował na to przerażające doświadczenie. Nie wiem, jakim cudem, ale nie płakał.

I chyba właśnie tego nauczyłem się w kolejnych dniach, tygodniach i miesiącach. Jak nastolatki, które wydają się takie jednowymiarowe, takie samolubne i niedojrzałe, mogą zaimponować mi swoją dojrzałością, współczuciem i zrozumieniem” – nauczyciel, użytkownik Quora.

Narracja 2.

Refleksja nauczycielki na temat przeoczonych sygnałów ostrzegawczych – takich jak wiersze i wiadomości – opisuje trudności w identyfikacji i interpretacji sygnałów samobójczych oraz chaotyczne emocje pojawiające się po samobójstwie ucznia, w tym konfliktowe relacje, zilustrowane interakcjami nauczycielki z ojcem tego ucznia. Ponadto, powracające sny z obrazem ucznia dokumentują złożony proces żałoby.

„(...) To było naprawdę druzgocące. Obwinałam siebie za to, że mnie tam nie było, że nie widziałam sygnałów ostrzegawczych, gdyż nie przysmykałabym na nie oczu. Powinnam była to dostrzec w wierszach, które pisał, w wiadomościach, które wysyłał, w ranach, które pokazał mi, kiedy jeszcze żył. Byłam tam, kiedy jego ojciec odrzucił moje próby wyrażenia współczucia (...) Jego rodzice nigdy potem ze mną nie rozmawiali. Jego ojciec obwiniął swoich przyjaciół o wszystko, być może nawet mnie. Nigdy nie zdobyłam się na odwagę, by stanąć z nim twarzą w twarz i powiedzieć mu, że mnie nie słuchał, gdy mu mówiłam o problemach jego syna. Nie daje mi to spokoju.

Za miesiąc wypada rocznica jego śmierci...” – użytkowniczka Quora.

Narracja 3.

Krótką i wzruszającą narracją podkreślającą znaczenie codziennego wyrażania troski i pozytywnych emocji, co ilustrują ostatnie słowa nauczyciela do ucznia. Mechanizm radzenia sobie nauczyciela polegający na przypominaniu sobie radości dzielonej z uczniem wskazuje pozytywne podejście do radzenia sobie z żałobą. Historia dokumentuje głęboki wpływ słów i działań nauczyciela na uczniów, nawet w pozornie zwyczajnych chwilach.

(...) Ostatniego dnia zwołała się wcześniej z powodu „wizyty u lekarza”, a ostatnią rzeczą, jaką mi powiedziała, było: „Ale fajnie! Nie chcę jeszcze iść! (Byliśmy w trakcie gier matematycznych, a matematyka była jej ulubionym przedmiotem).”

Moje ostatnie słowa do niej brzmiały: „Do zobaczenia, już nam Ciebie brakuje!” Z tego powodu (...) mówię teraz wszystkim, że ich kocham (...) pod koniec każdego dnia, ponieważ nigdy nic nie wiadomo.

(...) Jak sobie z tym radzę? Zawsze o nich pamiętam i cenię czas, który z nimi spędziłem. Było w nich tyle radości ... – użytkownik Quora.

Narracja 4.

Nauczycielka otrzymała druzgocącą wiadomość o samobójstwie syna przyjaciółki, jej historia ilustruje bezpośrednio osobiste i zawodowe problemy, które muszą rozwiązać nauczyciele. Szybka mobilizacja personelu przez dyrektora odzwierciedla znaczenie skoordynowanej reakcji społeczności. Szerokie wsparcie zapewnione przez zespół pedagogów podkreśla ich kluczową rolę w procesie zapobiegania negatywnym skutkom utraty.

„14-letni syn mojej przyjaciółki odebrał sobie życie. Rodzina mieszkała w małym wiejskim miasteczku, gdzie pracowałam w lokalnej szkole podstawowej. Wcześniej uczyłam jego młodszego brata w innej szkole w pobliskim większym mieście (zanim przeniosłam się do lokalnej szkoły, do której wcześniej uczęszczali chłopcy). Odebrałam telefon chyba najgorszy w życiu, około 8 rano. Natychmiast w panice wybiegłam z klasy, by być przy mojej przyjaciółce. Po drodze zobaczyłam mojego dyrektora, który uczył chłopca kilka lat temu, i wszystko mu powiedziałam. To był okropny sposób na przekazanie tej wiadomości, ale nie myślałam jasno. Powiedzia-łam, że muszę iść, ale wrócę tak szybko, jak to możliwe.

Poszłam do domu przyjaciółki (niedaleko szkoły) i robi-łam, co mogłam, aby ją pocieszyć, dopóki nie pojawiły się inne osoby, które przyszły, aby ją wesprzeć. To było straszne. Potem wróciłam do szkoły.

Okazało się, że w ciągu 2 godzin, kiedy mnie nie było, mój dyrektor skontaktował się z lokalnym liceum (chłopiec w rzeczywistości nie uczęszczał do tej szkoły, ale dyrektor uznał, że powinni o tym wiedzieć, ponieważ było to małe miasteczko, w którym wszyscy się znają). Zebrał się ich zespół psychologów i pedagogów i poinformowali wszystkie dzieci z tego małego miasteczka, upewniając się, że usłyszą wiadomość w tak delikatny sposób, jak to tylko możliwe i zanim informacja pojawi się w mediach

społecznościowych. Wysłali też psychologa do mojej szkoły, by mnie wspierał.

W kolejnych dniach i tygodniach nadal zapewniali wsparcie kolegom chłopca.

Podczas omawiania kwestii samobójstwa należy zachować ostrożność, ponieważ może dojść do większej liczby samobójstw, samouszkodzeń itp. Jestem bardzo wdzięczna zespołowi psychologów i pedagogów, którzy zrobili wszystko, aby wesprzeć te dzieci i całą społeczność. Zorganizowali nawet spotkanie w naszym małym miasteczku, zapraszając dzieci (i dorosłych) z drużyny sportowej chłopca, aby zaoferować im wsparcie i porady. (Tekst użytkownika Quora zmodyfikowany dla celów edukacyjnych.)

Narracja 5

Doświadczenie Jessiki Lyons jest przejmującą ilustracją głębokiego emocjonalnego wpływu, jaki samobójstwo ucznia może mieć na nauczyciela. Jej historia podkreśla bezradność i ogromne poczucie winy, które często odczuwają nauczyciele, pomimo wsparcia ze strony szkolnego środowiska. Zauważamy potrzebę ciągłego wspierania zdrowia psychicznego nauczycieli oraz znaczenie dostępu do narzędzi i wsparcia w rozpoznawaniu i skutecznym radzeniu sobie z żałobą.

Oto fragmenty artykułu Jessiki Lyons opublikowanego na LinkedIn 13 kwietnia 2023 roku, zatytułowanego *The Heartbreaking Guilt and Reality of Losing a Student to Suicide* (łamiące serce poczucie winy i rzeczywistość utraty ucznia w wyniku samobójstwa). (<https://www.linkedin.com/pulse/heartbreaking-guilt-reality-losing-student-suicide-jessica-lyons>)

Jako nauczycielka z wieloletnim doświadczeniem widziałam już wiele tragedii i złamanych serc, ale nic nie mogło mnie przygotować na wiadomość, że jeden z moich uczniów odebrał sobie życie. To strata, która na zawsze pozostanie w moim sercu i duszy.

Zawsze byłam zwolenniczką szczerych rozmów na temat zdrowia psychicznego. Podkreślałam moim uczniom znaczenie szukania pomocy, gdy zmagają się z trudnościami i pracowałam nad stworzeniem bezpiecznego i wspierającego środowiska, w którym czują się komfortowo. Jednak pomimo świadomości wszystkich moich wysiłków, nie mogę opanować poczucia winy. To jak bym otrzymała zniecka cios w brzuch. Czuję się całkowicie zdruzgotana. Jak ktoś tak młody i dobrze zapowiadający się mógł tak nagle odejść? Próbuję pogodzić się z tragedią, ale nie mogę przestać się zastanawiać, czy nie przegapiłam ja-

kichś sygnałów ostrzegawczych. Dlaczego nie udało mi się rozpoznać oznak cierpienia, których doświadczał? Czy mogłam zrobić coś więcej, by zapobiec tej tragedii?

Poczucie winy jest przytłaczające. Jako nauczycielka mam obowiązek zapewnić bezpieczeństwo i dobre samopoczucie moim uczniom. Moim zadaniem jest stworzenie wspierającego środowiska, w którym uczniowie czują się swobodnie i mogą dzielić się swoimi problemami. Nie mogę oprzeć się wrażeniu, że w jakiś sposób zawiodłam tego ucznia.

Powiedziano mi, że samobójstwo jest tak złożoną kwestią, że osoby nim dotknięte odczuwają szereg emocji, od dezorientacji i poczucia winy po smutek i złość. Powiedziano mi, że jako nauczyciele mocno to przeżywamy, że to normalne, że szczególnie trudno jest nam poradzić sobie z wiadomością o samobójstwie ucznia (...). Powiedziano mi, że to normalne, że zastanawiamy się, jak mogło do tego dojść i dlaczego ten uczeń nie był w stanie uzyskać pomocy, której potrzebował. Nic nie jest normalne. (...)

List do ucznia:

„Do mojego ucznia, który odebrał sobie życie: Chcę, żebyś wiedział, że byłeś kochany i ceniony. Byłeś bystrym i ciekawym świata uczniem, chętnym do nauki i odkrywania świata. Miałeś uśmiech, który rozświeślał pokój i zaraźliwie się śmiałeś, przynosząc radość wszystkim wokół. Trudno mi pojąć, jak ktoś tak młody i dobrze się zapowiadający mógł tak nagle odejść. Miałeś przed sobą przyszłość pełną możliwości, a świadomość, że nigdy nie zobaczymy pełni Twojego potencjału, rozdziera mi serce. (...)

Twoja tragiczna śmierć wzmocniła moją determinację do zapobiegania samobójstwom. Będę nadal uświadamiać innych, jak ważne jest zdrowie psychiczne i budować bezpieczne środowisko, w którym uczniowie czują się na tyle komfortowo, że szukają pomocy. Będę walczyć o to, by taka tragedia nie dotknęła innych osób, a pamięć o Tobie będzie mi stale przypominać o tym, jak ważna jest ta praca. Spoczywaj w pokoju, Drogi (imię ucznia). Zawsze będzie nam Ciebie brakowało a pamiętać o Tobie będzie trwała”.

Wnioski

Pomimo braku konkretnych badań jakościowych dotyczących następstw samobójstw uczniów w placówkach oświatowych, historie nauczycieli zapisane w mediach społecznościowych dają nieoceniony wgląd w to głęboko osobiste i bolesne doświadczenie, mające poważ-

ny wpływ na nauczycieli, którzy zmagają się z żałobą, poczuciem winy i własną bezsilnością. Wynika z tego potrzeba stworzenia w szkołach skutecznych strategii postwencji, obejmujących jasne procedury oparte na empatii oraz systemy wsparcia.

Narracje zawarte w tym rozdziale ujawniają problemy, przed jakimi stoją nauczyciele zmuszeni rozpoznawać sygnały ostrzegawcze, świadczące o zagrożeniu samobójstwem, co często prowadzi do poczucia winy. Podkreśla to konieczność pracy nad poprawą świadomości i stworzeniem systemu szkoleń, aby pomóc nauczycielom skuteczniej identyfikować i interpretować sygnały ostrzegawcze.

Kluczowe znaczenie ma wsparcie społeczności i osób zajmujących się pomocą profesjonalnie, w tym skoordynowane działania zespołów kryzysowych i administracji szkolnej w udzielaniu pomocy osobom w żałobie.

Przedstawione historie pokazują różne pomocne w budowaniu odporności emocjonalnej mechanizmy radzenia sobie nauczycieli, takie jak zapamiętywanie pozytywnych chwil i wyrażanie codziennej troski o swoich uczniów.

Historie nauczycieli wskazują na potrzebę rozwoju strategii postwencyjnych, ciągłego szkolenia w zakresie zdrowia psychicznego studentów pedagogiki i prowadzenia szkoleń nauczycieli oraz rozwoju sieci wsparcia dla społeczności szkolnej, obejmującej specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego.

Osobiste relacje nauczyciel-uczeń są bardzo ważne i mogą mieć kluczowe znaczenie w zapobieganiu i radzeniu sobie ze skutkami tragicznych wydarzeń, wśród których jest także samobójstwo członka społeczności szkolnej.

Zapamiętaj!

1. Wpływ samobójstwa ucznia na nauczycieli

Nauczyciele doświadczają głębokiego żalu, poczucia winy i bezsilności. Emocje te mogą być przytłaczające i długotrwałe, wpływając na ich życie zawodowe i osobiste.

2. Wyzwania związane z identyfikacją sygnałów ostrzegawczych

Nauczyciele często zmagają się z poczuciem winy i obwiniają siebie, zastanawiając się, czy nie przegapili jakiś sygnałów ostrzegawczych lub czy mogli zrobić więcej, aby zapobiec tragedii.

3. Mechanizmy radzenia sobie

Nauczyciele radzą sobie ze stratą ucznia na różne sposoby, od szukania wsparcia u kolegów i koleżanek do

skorzystania z terapii. Strategie te są niezbędne dla utrzymania ich dalszej zdolności do wspierania rozwoju uczniów.

4. Znaczenie promocji zdrowia psychicznego

Nauczyciele tacy jak Jessica Lyons podkreślają konieczność promowania zdrowia psychicznego i otwartej komunikacji. Wspieranie środowiska, w którym uczniowie czują się swobodnie, szukając pomocy, ma kluczowe znaczenie.

5. Rola systemów wsparcia

Skuteczne strategie postwencyjne, w tym wczesne komunikaty wspierające, niezależne analizy i wsparcie szkolnej społeczności, mają kluczowe znaczenie dla pomocy zarówno nauczycielom, jak i uczniom w radzeniu sobie ze stratą. Szkoły powinny budować systemy edukacji i wsparcia, aby zaspokoić emocjonalne potrzeby całej społeczności.

Bibliografia

Peace, J. L. (2016). Suicide Postvention: How to Help the Bereaved Move Forward. <https://core.ac.uk/download/200292351.pdf>

Lyons J. LinkedIn "The Heartbreaking Guilt and Reality of Losing a Student to Suicide" published on April 13, 2023. (<https://www.linkedin.com/pulse/heartbreaking-guilt-reality-losing-student-suicide-jessica-lyons>)



Pytania kontrolne

- 1. W jaki sposób w Narracji 1, szkoła poinformowała uczniów o śmierci ich koleżanki?**
 - A. Za pośrednictwem wiadomości e-mail.
 - B. W rozmowie telefonicznej z każdym z rodziców.
 - C. Poprzez publiczne ogłoszenie i notatkę odczytaną przez nauczycieli.
 - D. Przez zgromadzenie uczniów na apelu.
- 2. W Narracji 4, jakie natychmiastowe działania podjął dyrektor po usłyszeniu o śmierci ucznia?**
 - A. Odwołanie wszystkich zajęć w danym dniu.
 - B. Kontakt z lokalną szkołą średnią w celu uzyskania wsparcia.
 - C. Ignorowanie wiadomości.
 - D. Wysłanie wszystkich uczniów do domu.
- 3. Jaki temat poruszają wszyscy nauczyciele po stracie ucznia w wyniku samobójstwa?**
 - A. Poczucie osobistej porażki.
 - B. Poczucie triumfu.
 - C. Wiara w nieunikniony los.
 - D. Poczucie sukcesu zawodowego.
- 4. Według Jessiki Lyons, jaka jest reakcja emocjonalna nauczyciela dowiadującego się o stracie ucznia w wyniku samobójstwa?**
 - A. Gniew
 - B. Ulga
 - C. Poczucie winy
 - D. Obojętność.
- 5. Za czym zawsze opowiadała się Jessica Lyons w swoim podejściu do nauczania?**
 - A. Surowa dyscyplina.
 - B. Otwarta komunikacja na temat zdrowia psychicznego.
 - C. Doskonałość akademicka.
 - D. Duch rywalizacji.
- 6. Jakie metody prewencji można znaleźć w narracjach 1–5? Zaznacz wszystkie poprawne odpowiedzi.**
 - A. Wdrożenie odpowiednich procedur informowania uczniów o śmierci.
 - B. Słuchanie uczniów, którzy potrzebują kontaktu z osobą, której mogą zaufać.
 - C. Zwiększenie liczby doradców dostępnych dla każdego, kto chce porozmawiać o swojej żałobie.
 - D. Wszystkie powyższe odpowiedzi.

Odpowiedzi

- 1: C. Poprzez publiczne ogłoszenie i notatkę odczytaną przez nauczycieli.
- 2: B. Kontakt z lokalną szkołą średnią w celu uzyskania wsparcia.
- 3: A. Poczucie osobistej porażki.
- 4: C. Poczucie winy.
- 5: B. Otwarta komunikacja na temat zdrowia psychicznego.
- 6: D. Wszystkie powyższe odpowiedzi.

F.03

ZASADY POSTWENCJI W PLACÓWKACH OŚWIATOWYCH – ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM WŚRÓD MŁODZIEŻY

Pytanie wprowadzające

W jaki sposób szkoły mogą skutecznie wspierać uczniów i zapobiegać dalszym tragediom w następstwie samobójstwa?

Czego się nauczymy?

1. Znaczenie budowania relacji i wzmacniania więzi

Uczenie się społeczno-emocjonalne może chronić przed samobójstwami poprzez wzmacnianie poczucia przynależności uczniów i pielęgnowanie więzi z osobami dorosłymi i społecznością.

2. Praktyki postwencyjne dostosowane do różnych grup wiekowych Zrozumienie, w jaki sposób uczniowie na różnych etapach rozwoju przepracowują emocje i reagują na samobójstwo, ma kluczowe znaczenie dla skutecznego zapobiegania tragediom.

3. Znaczenie planu postwencji

Dobrze przygotowany plan postwencji pomaga przywrócić równowagę, upamiętnić zmarłego i zminimalizować negatywne skutki tragedii.

4. Reakcja na śmierć samobójczą

Zapewnienie bezpieczeństwa, wiarygodności, atmosfery współpracy, szacunku i wrażliwości kulturowej.

5. Włączenie zapobiegania samobójstwom do szkolnego programu nauczania i szkolenia w zakresie reagowania kryzysowego

Po samobójstwie włączenie programów zapobiegania samobójstwom do programu nauczania zachęca do otwartych dyskusji na temat zdrowia psychicznego i planu reagowania kryzysowego z personelem przeszkolonym w zakresie postwencji i zapobiegania samobójstwom.

Wprowadzenie

Samobójstwo wśród młodzieży jest niepokojącym i wieloaspektowym wyzwaniem, głęboko wpływającym nie tylko na szkoły, ale także na rodziny i społeczność. Biorąc pod uwagę, że uczniowie spędzają znaczną część

swojego czasu w szkole, zajmuje ona kluczową pozycję w działaniach postwencyjnych – zapewniając niezbędne wsparcie osobom dotkniętym samobójstwem, jednocześnie starając się zapobiegać przyszłym tragediom. Niniejszy rozdział ukazuje praktyki w zakresie zapobiegania samobójstwom w szkołach.

Budowanie relacji i wspieranie więzi

Muller i współpracownicy (2022) podkreślają znaczenie kultywowania silnych więzi z rodzicami, opiekunami i społecznością. Przed jakimkolwiek planowaniem kryzysowym lub zapobieganiem samobójstwom, współpraca między tymi grupami ma kluczowe znaczenie dla zbudowania procedur reagowania na kryzys samobójczy i postwencji (Cerel i Campbell, 2008; Williams i in., 2022).

Działania na rzecz integracji w szkołach nie tylko sprzyjają dobremu samopoczuciu uczniów, ale mogą być podstawą dla przyszłych inicjatyw mających na celu zapobieganie samobójstwom i podejmowanie działań postwencyjnych.

Czynniki ochronne obejmują poczucie przynależności uczniów do społeczności szkolnej, pielęgnowanie więzi z dorosłymi i społecznością szkolną oraz kultywowanie efektywnych sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Poczucie więzi jest niczym tarcza ochronna zmniejszająca ryzyko samobójcze (Marraccini & Brier, 2017).

Niezbędne jest budowanie silnych, pozytywnych relacji między uczniami, pracownikami socjalnymi, nauczycielami i innymi pracownikami szkoły, aby uczniowie mogli zaufać dorosłym, z którymi mogą rozmawiać podczas kryzysów i w czasie działań postwencyjnych (King, 2001). W szkołach promowane są działania wspierające wysiłki na rzecz zapobiegania samobójstwom (Weare & Nind, 2011).

Praktyki postwencyjne w różnych grupach wiekowych

Przedszkole:

Przedszkolaki wykazują się „myśleniem magicznym” i w niewielkim stopniu potrafią pojąć trwałość śmierci, czasami są wręcz podekscytowane rytuałami otaczającymi śmierć.

Interwencja postwencyjna:

Opis pozytywnych wspomnień o zmarłym oraz gromadzenie konkretnych zdjęć lub pamiątek.

Szkoła podstawowa:

Uczniowie są rozwojowo skoncentrowani na sobie i mogą martwić się o to, jak samobójstwo może wpłynąć na nich lub ich rodziny.

Interwencja postwencyjna:

Zapewnienie uczniów, że są bezpieczni, a ich rodziny nie zmienią się znacząco po tragedii może poprawić poczucie bezpieczeństwa uczniów.

Gimnazjum:

Uczniowie zaczynają proces indywidualizacji i są bardziej skoncentrowani na rówieśnikach, ponieważ oddzielają się od rodziców. Mogą czuć się zaniepokojeni lub się obwiniać, że powinni byli przewidzieć śmierć lub jej zapobiec.

Interwencja postwencyjna:

Gimnazjaliści mogą odnieść korzyść z omówienia faktów związanych ze śmiercią samobójczą i analizowania możliwości zapobiegania takim wydarzeniom. Mogą wymagać kontaktu z pedagogiem lub psychologiem, jeśli mieli znaczące konflikty ze zmarłym przed samobójstwem.

Szkoła średnia:

Uczniowie potrafią rozpoznać ostateczność śmierci danej osoby i zrozumieć jej nieodwracalność.

Interwencja postwencyjna:

Ważne jest omówienie znaczenia życia, nieodwracalności śmierci i żałoby po śmierci osoby bliskiej, z uwzględnieniem charakteru relacji między zmarłym a rówieśnikami, ponieważ czynniki te mogą wpływać na rodzaj i intensywność emocji np. poczucia winy.

Dlaczego plan postwencji jest istotny?

Cel

Interwencje postwencyjne mają na celu przywrócenie równowagi w szkole, promowanie zdrowych strategii radzenia sobie z żałobą, upamiętnienie zmarłego, zminimalizowanie negatywnych skutków samobójstwa,

zapewnienie psychoedukacji w zakresie radzenia sobie z żałobą po samobójstwie oraz zwiększenie odporności i budowanie wzajemnego wsparcia społeczności szkolnej (Berkowitz i in., 2011).

Praktyki postwencyjne mają kluczowe znaczenie dla zapobiegania samobójstwom wśród młodzieży, a ponieważ młodzi ludzie spędzają znaczną część swojego życia w szkołach, instytucje te odgrywają istotną rolę w działaniach postwencyjnych i prewencji samobójstw (Wyman, 2014).

Czas:

Wszystkie plany kryzysowe/postwencyjne powinny być opracowywane z wyprzedzeniem, aby umożliwić szybką reakcję personelu oraz zmniejszyć dotkliwość i czas trwania negatywnych skutków (Owens, 2014).

Łatwo dostępny plan postwencyjny pomaga osobom w żałobie i daje nadzieję na wzrost potraumatyczny. Istotną zaletą działań postwencyjnych jest łączenie osób w żałobie z grupami wsparcia.

Model teoretyczny

Szkolny plan kryzysowy powinien opierać się na modelu teoretycznym i uwzględniać lokalizację szkoły i potrzeby jej uczniów (Owens, 2014; Pearce, 2016).

Kiedy rozpocząć działania postwencyjne?

W pracy z osobami, które przeżyły tragedię, najlepiej jest rozpocząć działania postwencyjne tak szybko, jak to możliwe, najlepiej w ciągu pierwszych 24 godzin po tragedii (Leenaars & Wenckstern, 1998; Williams, Wexler & Muelle, 2022).

Aktywna postwencja rozpoczyna proces „leczenia”, docierając ze wsparciem do osób dotkniętych samobójstwem, natychmiast lub wkrótce po jego wystąpieniu.

Kontakt/rozmowa z osobami w czasie ostrych reakcji na samobójstwo ma kluczowe znaczenie, ponieważ może wpływać na sposób, w jaki osoby pogrążone w żałobie przechodzą przez poszczególne etapy procesu żałoby (McKinnon & Chonody, 2014; Peace, 2016).

Praktyczne umiejętności radzenia sobie (Aaron i in., 2018)

► *Używaj prostych technik relaksacyjnych i rozpraszających, takich jak wzięcie trzech głębokich oddechów, policzenie do dziesięciu lub wyobrażenie sobie ulubionego spokojnego i relaksującego miejsca.*

► *Zaangażuj się w ulubione zajęcia lub hobby, takie jak muzyka, rozmowa z przyjacielem, czytanie lub oglądanie filmów.*

- ▶ Zaangażuj się w ćwiczenia fizyczne i trening.
- ▶ Zastanów się, jak radziłaś/radziłeś sobie z trudnościami i przypomnij sobie, że możesz teraz wykorzystać te umiejętności.
- ▶ Sporządź listę osób, do których uczniowie i nauczyciele mogą zwrócić się o wsparcie.
- ▶ Skup się na indywidualnych celach, takich jak powrót do klasy lub spędzanie czasu z przyjaciółmi.

Rozmowa telefoniczna z rodzicami zmarłego ucznia

- ▶ Zaczynaj od złożenia kondolencji.
- ▶ Zapytaj rodzinę ucznia o ich życzenia dotyczące sposobu poinformowania szkoły o śmierci, w tym co powiedzieć, a czego nie.
- ▶ Wyjaśnij, że plotki mogą być gorsze niż rzeczywistość, a dostarczenie uczniom informacji zapewni im większe wsparcie w radzeniu sobie ze stratą.
- ▶ Uszanuj ich decyzje dotyczące tego, jakie informacje chcą udostępnić.
- ▶ Zapytaj, czy znają uczniów, z którymi zmarły miał bliższy kontakt, gdyż osoby te mogą wymagać większego wsparcia.
- ▶ Poinformuj ich, że mogą otrzymać wsparcie dla siebie i swoich dzieci od terapeuty i/lub psychologa, który będzie dostępny w szkole.
- ▶ Wyjaśnij, że poczucie wstydu może utrudniać szukanie pomocy, ale przezwyciężenie go może przynieść ulgę i zapoczątkować powrót do zdrowia po stracie.
- ▶ Podkreśl, że dorośli, którzy wiedzą, jak rozmawiać o złożonych kwestiach i rozumieją proces żałoby, będą wspierać dzieci doświadczające żałoby.
- ▶ Zgodnie z teorią rytuałów interakcyjnych (ang. theory of interaction ritual chains) Collinsa (1990) zaangażowanie i przywrócenie solidarności grupowej jest zjawiskiem pozytywnym i prowadzi do wzrostu „energii emocjonalnej”.

Reakcja na samobójstwo

Opisane działania postwencyjne dotyczące kształtowania procesu podejmowania decyzji, działań i wsparcia dla młodzieży wykorzystują zasady opracowane przez amerykański Urząd ds. uzależnień i zdrowia psychicznego (SAMHSA – ang. Substance Abuse and Mental Health Services Administration), który wchodzi w skład Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych i kieruje działaniami w zakresie zdrowia publicznego (Mirrick i in., 2023).

Zasady SAMHSA zawierają wskazówki dla szkoły dotyczące zapewnienia społeczności szkolnej:

- ▶ bezpieczeństwa fizycznego i emocjonalnego
- ▶ wiarygodności i przejrzystości
- ▶ współpracy i wzajemności

- ▶ upodmiotowienia, możliwości zabrania głosu i dokonania wyboru wsparcia rówieśniczego
- ▶ zwrócenia uwagi na kwestie kulturowe, historyczne i związane z płcią.

Włączenie zapobiegania samobójstwom do programu szkolnego

Wiele szkół pracuje nad włączeniem programów zapobiegania samobójstwom do programu nauczania, zachęcając do otwartych dyskusji na temat zdrowia psychicznego.

Szkoły mogą włączać treści dotyczące zapobiegania samobójstwom do zajęć wychowawczych, organizować coroczne dni świadomości zdrowia psychicznego lub uczestniczyć w kursie na temat zdrowia psychicznego, odporności (ang. resilience) i prewencji samobójstw (np. Question Persuade Respond – QPR, SOS Signs of Suicide – SOS, Youth Aware of Mental Health – YAM) czy też wprowadzić powszechne badania przesiewowe (Singer i in., 2019).

Szkoły mogą również rozwijać stałe systemy wsparcia poprzez nawiązanie współpracy z placówkami opieki społecznej, co może zmniejszyć presję wywieraną na personel szkolny, aby był jedynym systemem wsparcia dla młodzieży. Szkoły mogą współpracować z organizacjami zajmującymi się prewencją samobójstw i promocją zdrowia psychicznego.

Plan reagowania kryzysowego/postwencji

Tylko połowa psychologów szkolnych twierdzi, że ich szkoły mają plan reagowania kryzysowego (O'Neill, 2017). Aby zapewnić wysokiej jakości działania postwencyjne, wszystkie szkoły powinny zapewnić plan reagowania kryzysowego/ postwencji, który jest oparty na przejrzystych zasadach i który wskazuje spójny sposób reagowania na zgon członka społeczności szkolnej z uwzględnieniem różnych przyczyn (AFSP, 2018).

Personel szkolny, w tym pracownicy administracyjni, powinni uczestniczyć w rutynowych szkoleniach na temat zdrowia psychicznego, postwencji i prewencji samobójstw (Diefendorf i in., 2022).

Niestety wielu pracowników zajmujących się zdrowiem psychicznym nie jest przygotowanych do pracy w zakresie prewencji samobójstw i postwencji. W jednym z badań 70% psychologów szkolnych podało brak wiedzy na temat zapobiegania samobójstwom (O'Neill, 2020). Pracownikom socjalnym również brakuje przygotowania w tym temacie. Jedynie jeden na czterech pracowników socjalnych uczył się o postwencji (Mirrick, 2022).

Strategie budowania kultury opartej na wzajemnym wspieraniu się

Oprócz ustawicznego kształcenia, szkoły mogą budować kulturę zorientowaną na wzajemne wspieranie się poprzez:

- ▶ Włączenie tematów dotyczących zdrowia psychicznego do zajęć szkolnych.
- ▶ Powszechną edukację na temat depresji i wspierania rówieśników z problemami psychicznymi.
- ▶ Otwarte rozmowy na temat prewencji samobójstw, postwencji (w tym m.in. 12-Stopniowego Planu Bezpieczeństwa) i stygmatyzacji.
- ▶ Tworzenie dobrych relacji z organizacjami społecznymi.

Istotnym ograniczeniem w pracy postwencyjnej jest brak badań nad skutecznością działań postwencyjnych (Williams i in., 2022). Takie badania są niezbędne, bo dzięki nim dowiemy się, czy i w jakim stopniu obecne zasady i zalecenia spełniają potrzeby uczniów oraz wspierają personel w przypadku żałoby związanej z samobójstwem w społeczności szkolnej (Williams i in., 2022).

Najlepsze praktyki postwencyjne powinny ewoluować wraz ze zmianą czynników ryzyka, oczekiwań i potrzeb uczniów oraz dostępu do mediów społecznościowych. Przyszłe badania powinny wykazać, w jaki sposób praktyki prewencji samobójstw i postwencji mogą być skutecznie stosowane w środowisku szkoły czy uczelni po samobójstwie, tak aby pracownicy socjalni, psycholodzy i pedagodzy byli jak najlepiej przygotowani do udzielania wsparcia i wskazówek uczniom, rodzicom, nauczycielom i pracownikom administracyjnym.

Wnioski

Wdrożenie kompleksowych procedur postwencyjnych w szkołach ma zasadnicze znaczenie dla wspierania uczniów i zapobiegania dalszym samobójstwom.

Wspierając społeczność szkoły i uczelni, angażując się w proaktywne społeczno-emocjonalne nauczanie i współpracując z różnymi organizacjami, szkoły mogą stworzyć bezpieczną przestrzeń dla uczniów do przepracowania żałoby i wzrostu potraumatycznego.

Ciągła edukacja i badania nad strategiami postwencyjnymi są niezbędne do dostosowania się do zmieniających się potrzeb uczniów i zapewnienia skuteczności systemów wsparcia w żałobie.

Zapamiętaj!

1. Znaczenie procedur postwencyjnych

Posiadanie planu reagowania kryzysowego pomaga szkołom szybko i skutecznie reagować na samobójstwo, minimalizując jego negatywne skutki.

2. Kształtowanie wspierającego środowiska szkolnego

Kształtowanie środowiska szkolnego, w którym uczniowie czują się bezpieczni i wspierani przez dorosłych, ma kluczowe znaczenie dla zmniejszenia ryzyka samobójstwa i wspomagania działań postwencyjnych.

3. Współpraca z lokalną społecznością

Budowanie relacji z rodzicami, opiekunami i organizacjami społecznymi zwiększa szansę na skuteczne zapobieganie samobójstwom.

4. Proaktywne społeczno-emocjonalne nauczanie

Wdrażanie programów nauczania społeczno-emocjonalnego pomaga dbać o dobre zdrowie psychiczne młodzieży.



Bibliografia

- AFSP. (2018). After a suicide: A toolkit for schools (2nd ed.). American Foundation for Suicide Prevention. Retrieved June 24, 2024 from <https://afsp.org/after-a-suicide-a-toolkit-for-schools/>
- Aluri, J., Haddad, J. M., Parke, S., Schwartz, V., Joshi, S. V., Menon, M., & Conrad, R. C. (2023). Responding to Suicide in School Communities: An Examination of Postvention Guidance from Expert Recommendations and Empirical Studies. *Current psychiatry reports*, 25(8), 345–356. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01431-x>
- Berkowitz, L., McCauley, J., & Mirick, R. [n.d.]. Riverside Trauma Center postvention guidelines. Retrieved June 20, 2024 from <http://traumacenter.wpengine.com/wp-content/uploads/2015/03/Postventionguidelines.pdf>
- Cerel, J., & Campbell, F. R. (2008). Suicide survivors seeking mental health services: a preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide & life-threatening behavior*, 38(1), 30–34. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.30>
- Collins, R. (1990). Interaction ritual chains. *American Sociological Review*, 55(5), 765–780. Retrieved June 2024 from <https://doi.org/10.1515/9781400851744>
- Diefendorf, S., et al. (2022). Continuing education and training for school staff on mental health and postvention. Retrieved June 14, 2024 from https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-06127-1_6
- King K. A. (2001). Developing a comprehensive school suicide prevention program. *The Journal of school health*, 71(4), 132–137. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2001.tb01310.x>
- Leenaars, A. A., & Wenckstern, S. (1999). Suicide prevention in schools: The art, the issues, and the pitfalls. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 20(3), 132–142. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.20.3.132>
- Marraccini, M. E., & Brier, Z. M. F. (2017). School connectedness and suicidal thoughts and behaviors: A systematic meta-analysis. *School psychology quarterly: the official journal of the Division of School Psychology, American Psychological Association*, 32(1), 5–21. <https://doi.org/10.1037/spq0000192>
- McKinnon, J. M., & Chonody, J. (2014). Exploring the formal supports used by people bereaved through suicide: A qualitative study. *Social Work in Mental Health*, 12(3), 231–248. <https://doi.org/10.1080/15332985.2014.889637>
- Mirick, R. G., et al. (2023). Implementing trauma-informed postvention in schools. Retrieved from <https://schoolcrisishealing.org/wp-content/uploads/2023/09/Trauma-Informed-School-based-Postvention-Services-Clinical-Social-Work-Journal34.pdf>
- O'Neill, J. C., Marraccini, M. E., Bledsoe, S. E., Knotek, S. E., & Tabori, A. V. (2020). Suicide postvention practices in schools: School psychologists' experiences, training, and knowledge. *School psychology (Washington, D.C.)*, 35(1), 61–71. <https://doi.org/10.1037/spq0000331>
- Owens, C., Owen, G., Belam, J., Lloyd, K., Rapport, F., Donovan, J., & Lambert, H. (2011). Recognising and responding to suicidal crisis within family and social networks: qualitative study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 343, d5801. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5801>
- Peace, J. L. (2016). Suicide postvention: How to help the bereaved move forward. <https://anyflip.com/aqqq/unub/basic/51-68>
- Pearce C, (2019) The Public and Private Management of Grief Recovering Normal. ISBN 978-3-030-17661-7 ISBN 978-3-030-17662-4 (eBook) <https://doi.org/10.1007/978-3-030-17662-4>
- Pearce, S., & Pickard, H. (2013). How therapeutic communities work: specific factors related to positive outcome. *The International journal of social psychiatry*, 59(7), 636–645. <https://doi.org/10.1177/0020764012450992>
- Sokol, R. L., Heinze, J., Doan, J., Normand, M., Grodzinski, A., Pomerantz, N., Scott, B. A., Gaswirth, M., & Zimmerman, M. (2021). Crisis Interventions in Schools: A Systematic Review. *Journal of school violence*, 20(2), 241–260. <https://doi.org/10.1080/15388220.2021.1879098>
- Singer, J. B., Erbacher, T. A., & Rosen, P. (2019). School-based suicide prevention: A framework for evidence-based practice. *School mental health*, 11, 54–71. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9245-8>
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say?. *Health promotion international*, 26(suppl_1), i29–i69. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- Williams, D. Y., Wexler, L., & Mueller, A. S. (2022). Suicide Postvention in Schools: What Evidence Supports Our Current National Recommendations?. *School social work journal*, 46(2), 23–69.
- Wyman P. A. (2014). Developmental approach to prevent adolescent suicides: research pathways to effective upstream preventive interventions. *American journal of preventive medicine*, 47(3 Suppl 2), S251–S256. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.039>

Pytania kontrolne

1. Jaki jest główny cel procedur postwencyjnych w szkołach?

- A. Ukazanie osoby odpowiedzialnej za tragedię.
- B. Przywrócenie równowagi, promowanie zdrowej żałoby i wspieranie społeczności.
- C. Zapewnienie wsparcia społeczności akademickiej.
- D. Zignorowanie samobójstwa i jego następstw.

2. Kiedy najlepiej rozpocząć działania postwencyjne po samobójstwie?

- A. W ciągu pierwszych 24 godzin.
- B. Po tygodniu.
- C. Po miesiącu.
- D. Nie da się tego określić.

3. Która strategia NIE jest wymieniana przy tworzeniu wspierającego środowiska szkolnego?

- A. Włączenie zdrowia psychicznego do zajęć szkolnych.
- B. Zorganizowanie dnia świadomości zdrowia psychicznego.
- C. Ignorowanie potrzeb uczniów w zakresie zdrowia psychicznego.
- D. Promowanie otwartych rozmów na temat prewencji samobójstw i stygmatyzacji.

4. Jaką rolę odgrywa społeczność lokalna w postwencji?

- A. Nie jest w to zaangażowana.
- B. Pomaga budować podstawy dla wspólnych interwencji i zapewnia dodatkowe wsparcie.
- C. Krytykuje starania szkoły w zakresie postwencji.
- D. Zastępuje obowiązki szkoły.

5. Dlaczego ciągła edukacja w zakresie postwencji jest ważna dla pracowników szkoły?

- A. Aby nauczyciele mogli utrzymać swoje licencje nauczycielskie.
- B. Umożliwia skuteczne wspieranie studentów w żałobie po samobójstwie.
- C. W celu lepszego przygotowania na sytuacje kryzysowe niezwiązane z samobójstwami.
- D. Zapewnienie bezdyskusyjnego wykonywania poleceń administracyjnych.

Odpowiedzi

- 1: B. Przywrócenie równowagi, promowanie zdrowej żałoby i wspieranie społeczności.
- 2: A. W ciągu pierwszych 24 godzin.
- 3: C. Ignorowanie potrzeb uczniów w zakresie zdrowia psychicznego.
- 4: B. Pomaga budować podstawy dla wspólnych interwencji i zapewnia dodatkowe wsparcie.
- 5: B. Umożliwia skuteczne wspieranie studentów w żałobie po samobójstwie.

F.04

PRZYKŁAD PROCEDURY POSTWENCJI W SZKOLE – ROLA SZKOLNEGO ZESPOŁU KRYZYSOWEGO

Pytanie wprowadzające

W jaki sposób szkoły mogą skutecznie wspierać uczniów i pracowników po samobójstwie, umożliwiając leczenie i zapobiegając dalszej traumie?

Czego się nauczymy?

1. Rola szkolnego zespołu kryzysowego w zarządzaniu reakcjami po samobójstwie.
2. Strategie skutecznej komunikacji i kontrola niepotwierdzonych informacji i plotek.
3. Identyfikacja i wspieranie zagrożonych uczniów.
4. Zaangażowanie rodzin i społeczności szkolnej w proces leczenia.
5. Długoterminowe wsparcie i strategie zapobiegania w celu budowania odporności.

Wprowadzenie

Niespodziewane samobójstwo ucznia jest ogromną tragedią, która ma duży wpływ na społeczność szkolną. W tak krytycznym momencie szkolny zespół kryzysowy powinien działać szybko i z dużą empatią wspierać uczniów, ich rodziny i personel szkoły.

Poniższe studium przypadku oparte o tekst autorstwa Merrick i in. (2023) ilustruje zastosowanie „podejścia opartego na traumie” w szkolnych działaniach postwencyjnych, oferując mapę interwencji kryzysowej, komunikacji i długoterminowego wsparcia. Dzięki skoordynowanym wysiłkom zespołu kryzysowego podejście to wzmacnia poczucie bezpieczeństwa, pomaga w radzeniu sobie z kryzysem i żałobą oraz zapobiega dalszej traumie w społeczności szkolnej.

PRZYKŁAD POSTWENCJI W ŚRODOWISKU SZKOLNYM

Sytuacja

Pracownik socjalny (PS)¹ – koordynator szkolnego zespołu kryzysowego został poinformowany przez kierownika o samobójstwie ucznia w momencie, gdy o 16:00 planował wyjść z pracy. Było to jego pierwsze doświadczenie w radzeniu sobie z taką traumą i natychmiast poczuł się przytłoczony. Zaczął od kilku głębokich oddechów w celu uspokojenia emocji.

I. Dzień 1 (dzień powiadomienia)

A. Spotkanie zespołu kryzysowego

Dyrektor szkoły zwołał na godzinę 17:00 pilne spotkanie zespołu kryzysowego (ZK). Spotkanie rozpoczęło się od przeglądu szkolnego planu kryzysowego i sporządzenia listy zadań dla zespołu:

- Przygotowanie konkretnej informacji w celu ograniczenia negatywnego wpływu plotek i niepotwierdzonych wiadomości.
- Stworzenie bezpiecznej przestrzeni i wsparcia dla dotkniętych samobójstwem uczniów. Działanie to obejmuje wezwanie dodatkowego wsparcia (psychologów, pedagogów i pracowników socjalnych) z innych szkół w mieście.
- Stworzenie listy uczniów najbardziej narażonych na traumę z powodu śmierci ucznia, w tym przyjaciół, kolegów z drużyny szachowej, kolegów z klasy i uczniów z historią traumy, niedawnej straty lub myśli i zachowań samobójczych. Na tej liście powinni się znaleźć:

1. rodzeństwo i przyjaciele zmarłego
2. osoby udzielające pierwszej pomocy lub te, które odkryły ciało

¹ W polskich szkołach nie ma pracowników socjalnych, na polskich uczelniach pracownicy działów socjalnych zajmują się jedynie sprawami socjalnymi pracownikami, nie mają związku ze studentami. Istnieją natomiast pracownicy i biura uczelni wsparci przez wolontariuszy, którzy są dedykowani do pomocy studiującym i pracownikom w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych. W Uniwersytecie Jagiellońskim są to: Studencki Ośrodek Wsparcia i Adaptacji (<https://sowa.uj.edu.pl/pl/>); Dział do spraw bezpieczeństwa i równego traktowania Bezpieczni UJ (<https://bezpieczni.uj.edu.pl/>); Centrum Dostępności UJ (<https://cd.uj.edu.pl/>)

3. pracownicy, którzy znali zmarłego lub zetknęli się w przeszłości z podobnymi tragediami
4. pracownicy szkoły, nauczyciele, wykładowcy i pracownicy administracyjni zajmujący się sprawami studenckimi, którzy mieli bliskie relacje ze studentem
5. uczniowie/studenci zmagający się z problemami psychiatrycznymi nasilonymi przez zdarzenie
6. uczniowie/studenci, którzy znali zmarłego: koledzy z akademika, rówieśnicy z tego samego wydziału/klasy, członkowie klubu, koledzy z drużyny, rówieśnicy ze szkoły średniej i osoby z tej samej miejscowości

Zespół kryzysowy może wykorzystać model „koła wrażliwości” (ang. Circles of Vulnerability) do oceny emocjonalnego wpływu samobójstwa na członków społeczności:

- ▶ bliskość psychospołeczna
- ▶ bliskość geograficzna
- ▶ zagrożona populacja/subkultura.

Zespół Stresu Pourazowego (PTSD)

Objawy wskazujące na zespół stresu pourazowego (PTSD) obejmują:

- ▶ unikanie wszystkiego co przypomina zdarzenie
- ▶ ponowne przeżywanie zdarzenia
- ▶ zwiększone pobudzenie
- ▶ słaba koncentracja
- ▶ zaburzenia snu (utrzymujące się miesiąc po zdarzeniu).

Uczniowie wykazujący te objawy powinni zostać skierowani na indywidualizowane leczenie i przebadani pod kątem PTSD i depresji.

- ▶ Wyznacz osobę dorosłą pozostającą w relacji z uczniami (np. nauczyciela, trenera, doradcę zawodowego), aby indywidualnie skontaktowała się z każdym uczniem z listy.
- ▶ Zwróć uwagę na uczniów, którzy nie znajdują się na liście, a mogą być w grupie ryzyka.

B. Kontakt z rodziną zmarłego ucznia

Po spotkaniu zespołu kryzysowego kierownik zespołu i dyrektor szkoły odwiedzają rodziców i rodzeństwo zmarłego ucznia, składają kondolencje i uzgadniają, w jaki sposób rodzice zmarłego chcieliby podzielić się informacjami o śmierci swojego dziecka ze społecznością szkolną.

Może się zdarzyć, że początkowo rodzice nie będą chcieli, aby śmierć została uznana za samobójstwo.

Pracownik socjalny wyjaśnia, że podanie przyczyny śmierci jako samobójstwa może ułatwić rozmowy na temat zdrowia psychicznego i sprawić, że uczniowie

otrzymają lepsze wsparcie, co może zapobiec kolejnym samobójstwom w szkole. Prawdopodobnie rodzice zgoda się, aby poinformowano uczniów o samobójstwie.

C. Przygotowanie powiadomienia o tragedii

Kierownik zespołu kryzysowego przygotowuje krótkie oświadczenia, w którym powiadamia o tragedii.

Informacja dla nauczycieli:

Z wielkim smutkiem informujemy, że [imię i nazwisko], który był uczniem naszej szkoły [rola], zmarł. W dniu [data] o [godzina] w [miejsce] odbędzie się spotkanie w celu przekazania bardziej szczegółowych informacji na ten temat oraz możliwość uzyskania wsparcia”.

Informacja dla uczniów/ studentów:

Z przykrością informuję, że [imię i nazwisko] zmarł wczoraj. Uczcijmy jego pamięć minutą ciszy. [Dalsze szczegóły dotyczące wsparcia i kolejnych kroków]”.

Informacja dla rodziców uczniów:

„Droży Rodzice, z przykrością informujemy o samobójstwie [imię i nazwisko], członka naszej społeczności szkolnej. [Szczegóły dotyczące wsparcia dla uczniów]”.

II. Dzień 2: Powiadamianie uczniów i przywracanie równowagi

1. Spotkanie personelu przed zajęciami

Kierownik zespołu kryzysowego organizuje spotkanie w celu poinformowania pracowników i zaplanowania dnia. Nauczyciele są proszeni o odroczenie testów i nie sprawdzanie prac domowych, zachowując strukturę zajęć, aby odbudować poczucie bezpieczeństwa i przewidywalności.

2. Wsparcie dla uczniów/studentów

Zespół kryzysowy organizuje w bibliotece punkt konsultacyjny dla uczniów pragnących porozmawiać z pedagogami, psychologami (np. z pobliskich szkół i przychodni środowiskowych).

Ponadto są przygotowywane materiały dla uczniów, umożliwiające złożenie kondolencji i wysłanie wiadomości rodzinie zmarłego ucznia.

3. Powiadamianie uczniów i wsparcie w grupach

Nauczyciele czytają uczniom oświadczenia, powiadamiając ich o zdarzeniu, odpowiadają na pytania i identyfikują osoby potrzebujące dodatkowego wsparcia.

Kierownik zespołu kryzysowego uczestniczy w zajęciach klasy, do której chodził zmarły uczeń, aby dodatkowo wspierać nauczycieli i uczniów. Ważne jest odniesienie się do krążących plotek, psychoedukacja na temat

żałoby po samobójstwie oraz podkreślenie znaczenia szczerzej rozmowy i wsparcia.

4. Unikanie plotek w mediach społecznościowych

Kierownik zespołu kryzysowego potwierdza pogłoski dotyczące samobójstwa ucznia i zapewnia dostęp do przejrzystych, opartych na faktach informacji, podkreślając wagę udzielania sobie nawzajem wsparcia, dbania o zdrowie psychiczne i poszukiwania pomocy u dorosłych i specjalistów.

(Jeśli rodzina nie chce ujawnienia przyczyny zgonu, personel potwierdza jedynie pogłoski o zgonie ucznia i koncentruje się na wspieraniu potrzeb emocjonalnych uczniów w żałobie).

5. Indywidualne wsparcie dla uczniów i studentów

Uczeń A: Zmagają się z lękiem i niepokojem.

Interwencja:

Członek zespołu kryzysowego słucha uważnie ucznia, a na końcu informuje go, że lęk i niepokój to jedna z najczęstszych reakcji na traumatyczne zdarzenie i oferuje gotowość dalszej rozmowy i wsparcia ucznia.

Uczeń B: Wyraża zaniepokojenie postem kolegi z klasy w mediach społecznościowych.

Interwencja:

Członek zespołu kryzysowego spotyka się tego samego dnia z uczniem, który zamieścił niepokojący post w mediach społecznościowych, aby ocenić ryzyko samobójstwa i zapewnić wsparcie.

Inne kwestie:

1. Normalizacja reakcji na żałobę

Pedagog szkolny promuje zdrowe strategie radzenia sobie z żałobą, zajmując się różnymi sposobami jej manifestacji. Pracownicy poradni pomagają zmienić narrację, aby znormalizować różne reakcje na żałobę, uwzględniając różnice kulturowe.

2. Udział w pogrzebie

Kierownik zespołu kryzysowego może skontaktować się z dyrektorem zakładu pogrzebowego i poinformować rodziców uczniów o pogrzebie, zalecając, aby jeżeli ich dzieci chcą w nim uczestniczyć, zrobili to w towarzystwie osoby dorosłej. Opiekunowie wspierają uczniów, u których pogrzeb wyzwolił myśli samobójcze.

3. Psychoedukacja

► Wieczne Forum Wsparcia dla Rodziców

Szkoła organizuje wieczorne forum, aby edukować rodziców na temat wspierania dzieci w żałobie i szkolnego planu postwencji.

► Wieczne Forum Wsparcia dla Młodzieży

Uczniowie dowiadują się o traumie jaką jest samobójstwo oraz o żałobie po samobójstwie. Prowadzący spotkanie akceptują emocje związane z żałobą, nie podając szczegółów samobójstwa, aby zmniejszyć ryzyko naśladowania.

► Wieczne Forum Wsparcia dla Nauczycieli

Pracownicy uczestniczą w warsztatach na temat radzenia sobie z żałobą i wspierania uczniów.

4. Upamiętnienie zmarłego

Starsi uczniowie mogą zaproponować upamiętnienie zmarłego, co jest naturalną potrzebą i sposobem radzenia sobie z emocjami w żałobie. Gdy proponują np. ławkę pamięci, pracownik zespołu kryzysowego najpierw wyraża uznanie dla inicjatywy uczniów i chęć zachowania osoby zmarłej w pamięci. Sugeruje alternatywne sposoby upamiętnienia, które mogłyby zmniejszyć ryzyko „zarażenia samobójstwem”.

Uczniowie po namyśle proponują zorganizowanie wydarzenia promującego szukanie pomocy i wsparcia w sytuacjach kryzysowych. Zespół kryzysowy stara się zrównoważyć potrzeby uczniów w zakresie pamięci o koledze z działaniem na rzecz zapobiegania samobójstwom, zalecając unikanie trwałych pomników oraz koncentrowanie się na życiu zmarłego i łączenie go z działaniem wspierającym bezpieczeństwo np. plan bezpieczeństwa.

Kierownik zespołu kryzysowego podkreśla złożoność samobójstwa oraz znaczenie wsparcia i nadziei, modyfikując narrację uczniów w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia samobójstwem zwanego efektem Werthera.

5. Wsparcie długoterminowe – wzmocnienie zdrowia psychicznego uczniów/studentów

Szkoła stara się włączać informacje o tym, jak dbać o zdrowie psychiczne, jak zapobiegać samobójstwom i jak zdrowo radzić sobie z żałobą do programu nauczania.

Uczniowie mogą utworzyć klub skupiający się na budowie i wzmacnianiu odporności psychicznej oraz wzmacnianiu więzi ze społecznością szkolną, poprzez comiesięczne spotkania w celu monitorowania działań postwencyjnych i rozwoju działań na rzecz wzrostu pourazowego.

Wnioski

Zorientowane na traumę podejście do działań postwencyjnych przedstawione w tym studium przypadku zapewnia ramy dla poszczególnych działań dla szkół radzących sobie z następstwami samobójstwa ucznia. Szkoły mogą skuteczniej radzić sobie z tymi trudnymi sytuacjami, koncentrując się na jasnej komunikacji, iden-

tyfikowaniu i wspieraniu uczniów z grupy ryzyka, angażowaniu rodzin i wspieraniu długoterminowej odporności. Wdrożenie tych strategii może pomóc złagodzić wpływ takich tragedii, wspierać ogólne zdrowie psychiczne i dobre samopoczucie społeczności szkolnej.

Zapamiętaj!

1. Przejrzyste zasady komunikacji

Ustanowienie kanałów komunikacji i opracowanie empatycznych oświadczeń i przekazów dla społeczności placówki edukacyjnej ma kluczowe znaczenie dla ograniczenia plotek i dostarczania opartych na faktach informacji zorientowanych na wzrost pourazowy.

2. Wsparcie dla uczniów/studentów z ryzykiem samobójczym

Identyfikacja i wspieranie uczniów/studentów najbardziej dotkniętych tragedią pomaga zadbać o ich potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego.

3. Zaangażowanie rodziny

Zaangażowanie rodziny zmarłego ucznia i poszanowanie jej życzeń pomaga w procesie integracji działań postwencyjnych społeczności.

4. Psychoedukacja

Zapewnienie edukacji na temat żałoby, traumy i zdrowia psychicznego uczniom, pracownikom i rodzicom sprzyja zrozumieniu i zmniejsza stygmatyzację.

5. Długoterminowa odporność

Włączenie zdrowia psychicznego i zapobiegania samobójstwom do szkolnego programu nauczania promuje kulturę otwartej rozmowy i wsparcia.



Bibliografia

- Abrutyn, S., & Mueller, A. S. (2014). Are suicidal behaviours contagious in adolescence? Using longitudinal data to examine suicide suggestion. *American Sociological Review*, 79(2), 211–227.
<https://doi.org/10.1177/0003122413519445>
- American Foundation for Suicide Prevention (AFSP). (2018). *After a suicide: A toolkit for schools* (2nd Ed.). Education Development Center.
<https://afsp.org/after-a-suicide-a-toolkit-for-schools>
- Andriessen, K., et al. (2016). Pre-and post-loss features of adolescent suicide bereavement: A systematic review. *Death Studies*, 40(4), 229–246.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1128497>
- Berkowitz, L., McCauley, J., & Mirick, R. [n.d.]. Riverside Trauma Center postvention guidelines. Retrieved June 20, 2024 from <http://traumacenter.wpengine.com/wp-content/uploads/2015/03/Postventionguidelines.pdf>
- Diefendorf, S., et al. (2022). Continuing education and training for school staff on mental health and postvention. Retrieved June 14, 2024 from https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-06127-1_6
- Ackerman, J. P., & Horowitz, L. M. (2022). *Youth suicide prevention and intervention: Best practices and policy implications* (p. 169). Springer Nature.
<https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/58358/1/978-3-031-06127-1.pdf>
- Gould, M. S., et al. (2018). Exposure to suicide in high schools: Impact on serious suicidal ideation/behaviour, depression, maladaptive coping strategies, and attitudes toward help-seeking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 455–472.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15030455>
- Jordan, J. R. (2017). Postvention is prevention—the case for suicide postvention. *Death Studies*, 41(10), 614–621.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335544>
- Jordan J. R. (2020). Lessons Learned: Forty Years of Clinical Work With Suicide Loss Survivors. *Frontiers in psychology*, 11, 766.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00766>
- Jordan, J. R. (2012). “Guided imaginal conversations with the deceased,” in *Techniques of Grief Therapy: Creative Practices for Counseling the Bereaved*, ed. R. A. Neimeyer (New York, NY: Routledge), 262–265.
- Leaune, E., Cuvillier, B., Vieux, M., Pacaut-Troncin, M., Chalancon, B., Perez, A. F., Haesebaert, J., Chauliac, N., Poulet, E., & Durif-Bruckert, C. (2020). The SUPPORT-S Protocol Study: A Postvention Program for Professionals After Patient or User Suicide. *Frontiers in psychology*, 11, 805.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00805>
- McGill, K., Bhullar, N., Batterham, P. J., Carrandi, A., Wayland, S., & Maple, M. (2023). Key issues, challenges, and preferred supports for those bereaved by suicide: Insights from postvention experts. *Death studies*, 47(5), 624–629.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2022.2112318>
- Mirick, R. G., et al. (2018). Lessons learned from ten years of using school-based screenings for suicide postvention. *School Social Work Journal*, 43(1), 20–37.
<https://eric.ed.gov/?id=EJ1206799>
- Mirick, R. G., Bridger, J., & McCauley, J. (2022). Trauma-Informed Clinical Practice with Clients with Suicidal Thoughts and Behaviors. *Smith College Studies in Social Work*, 92(3), 169–184.
<https://doi.org/10.1080/00377317.2022.2104778>
- Mirick, R. G., & Berkowitz, L. (2023). School-Based Postvention Services: Exploring the Perspectives of Students. *Children & Schools*, 45(4), 233–242.
<https://doi.org/10.1093/cs/cdad020>
- O'Neill, J. C., Marraccini, M. E., Bledsoe, S. E., Knotek, S. E., & Tabori, A. V. (2020). Suicide postvention practices in schools: School psychologists' experiences, training, and knowledge. *School psychology (Washington, D.C.)*, 35(1), 61–71.
<https://doi.org/10.1037/spq0000331>
- Singer, J. B., Erbacher, T. A., & Rosen, P. (2019). School-based suicide prevention: A framework for evidence-based practice. *School mental health*, 11, 54–71.
<https://doi.org/10.1007/s12310-018-9245-8>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2023) Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach.
<https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-06-05-005.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2014). Trauma-informed care in behavioural health services: Tip 57.
<https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4816.pdf>
- Survivors of Suicide Loss Task Force (2015). Responding to grief, trauma, and distress after a suicide: U.S. National Guidelines. Action Alliance for Suicide Prevention.
<https://theactionalliance.org/sites/default/files/inline-files/NationalGuidelines.pdf>
- Swanson, S. A., & Colman, I. (2013). Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 185(10), 870–877.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.121377>
- Shneidman, E. S. (1981). Postvention: The care of the bereaved. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11(4), 349–359.
<https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1981.tb01011.x>
- Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253–267.
<https://doi.org/10.1002/dev.20091>
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega*, 61(4), 273–289.
<https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2008). Beyond the concept of recovery: growth and the experience of loss. *Death studies*, 32(1), 27–39.
<https://doi.org/10.1080/07481180701741251>
- Tedeschi, R. G., and Calhoun, L. G. (2003). *Helping Bereaved Parents: A Clinician's Guide*. New York, NY: Brunner-Routledge, 188.
- Tumbo helps. Death in the School Community – A Guide for Teachers (Tumbo pomaga. Śmierć w społeczności szkolnej. Poradnik dla Nauczycieli.).
<https://www.tumbopomaga.pl/dla-nauczycieli/smierc-w-spolecznosci-szkolnej-poradnik-dla-nauczycieli>

Pytania kontrolne

1. Jaki jest pierwszy krok pracownika socjalnego po otrzymaniu informacji o samobójstwie ucznia?

- A. Dzwoni do rodziny ucznia.
- B. Dokonuje przeglądu szkolnego planu kryzysowego.
- C. Bierze kilka głębokich oddechów, aby uspokoić myśli.
- D. Informuje media.

2. Jaki jest cel pilnego spotkania zwołanego przez dyrektora szkoły na godzinę 17:00?

- A. Zaplanowanie nabożeństwa żałobnego.
- B. Dokonanie przeglądu szkolnego planu kryzysowego i przydzielenie zadań członkom zespołu kryzysowego.
- C. Poinformowanie rodziny ucznia.
- D. Kontakt z mediami.

3. Dlaczego ważne jest zidentyfikowanie uczniów/studentów, którzy mogą doświadczyć samobójstwa w szkolnej społeczności w sposób szczególnie traumatyczny?

- A. Aby wykluczyć ich z zajęć.
- B. Aby zapewnić im zindywidualizowane wsparcie i zapobiegać dalszym negatywnym skutkom samobójstwa.
- C. Aby zaangażować ich w organizację pogrzebu.
- D. Aby powiadomić media.

4. Jaka jest rola dyrektora szkoły i kierownika zespołu kryzysowego podczas kontaktu z rodziną zmarłego ucznia?

- A. Złożenie kondolencji i omówienie sposobu udostępniania informacji o śmierci ich dziecka.
- B. Poproszenie o darowiznę dla szkoły.
- C. Zorganizowanie konferencji prasowej.
- D. Zaplanowanie pogrzebu.

5. Dlaczego do działań upamiętniających, takich jak trwałe pomniki, podchodzi się z ostrożnością?

- A. Są zbyt drogie.
- B. Mogą zwiększać ryzyko „zakażenia się” samobójstwem.
- C. Są zabronione przez dyrektora szkoły.
- D. Nie honorują ucznia we właściwy sposób.

Odpowiedzi

- 1: C. Bierze kilka głębokich oddechów, aby uspokoić myśli.
- 2: B. Dokonanie przeglądu szkolnego planu kryzysowego i przydzielenie zadań członkom zespołu kryzysowego.
- 3: B. Aby zapewnić im zindywidualizowane wsparcie i zapobiegać dalszym negatywnym skutkom samobójstwa.
- 4: A. Złożenie kondolencji i omówienie sposobu udostępniania informacji o śmierci ich dziecka.
- 5: B. Mogą zwiększać ryzyko „zakażenia się” samobójstwem.

F.05

WYWIAD W MEDIACH NA TEMAT PREWENCJI SAMOBÓJSTW I/LUB POSTWENCJI: NA CO ZWRÓCIĆ UWAGĘ?

Pytanie wprowadzające

Na co należy położyć największy nacisk podczas wywiadu na temat zapobiegania samobójstwom?

Czego się nauczymy?

1. Cel publikacji

Zapobieganie samobójstwom i postwencja jako nadrzędny przekaz wywiadu.

2. Kontekst

Zwrócenie uwagi na ochronę prywatności i odpowiedni kontekst wypowiedzi.

3. Wyzwania

Radzenie sobie z wyzwaniami związanymi z dostarczaniem kompleksowych informacji i preferencji medialnych.

4. Ostrożny przekaz

Zauważenie trudności w zapobieganiu samobójstwom i potrzeby ostrożnego przekazu informacji.

5. Edukacja studentów

Zrozumienie znaczenia poszerzania kompetencji studentów dziennikarstwa i dziennikarzy w zakresie tematyki dotyczącej zapobieganiu samobójstwom.

ZROZUMIENIE ZNACZENIA SKUTECZNEJ KOMUNIKACJI W MEDIACH

W wywiadzie powinniśmy skupić się przede wszystkim na przekazie, który może pomóc w zapobieganiu samobójstwom; to pozwoli nam zachować konieczny dystans.

Wiedza dziennikarza w zakresie zapobiegania samobójstwom najczęściej nie opiera się na doświadczeniu. Dlatego niezbędna jest taka forma edukacji i komunikacji z pracownikiem szkoły lub służby zdrowia, która może poszerzyć kompetencje dziennikarza w tym zakresie.

Kolejną trudnością jest zawarcie w przekazie kompletnych informacji, co niekiedy może wynikać z chęci narzucenia przez przedstawiciela mediów swoich preferencji w nadawaniu wagi poszczególnym problemom.

W takiej sytuacji należy przypomnieć o sile oddziaływania mediów i złożoności profilaktyki samobójstw, która wymaga ostrożnego podejścia do tematu.

WSPIERANIE DZIENNIKARZA W WYWIADZIE NA TEMAT KONKRETNEGO SAMOBÓJSTWA

Jeśli rozmowa ma dotyczyć konkretnego samobójstwa, dziennikarz powinien najpierw zastanowić się, jak przedstawić to wydarzenie, aby „nie zaszkodzić” („Primum non nocere”) poprzez zmniejszenie ryzyka efektu Werthera (kopiowania samobójstwa zwłaszcza przez osoby młode).

Informacje o osobie, która zmarła w wyniku samobójstwa

Informacje o osobie, która zmarła w wyniku samobójstwa, powinny być jak najbardziej ogólne. Należy ostrzec dziennikarza o niestosowności podawania danych osobowych ofiary, zdjęć, charakterystyki i opisu osoby.

Warto podkreślić dane naukowe, że w około 90% przypadków osoby odbierające sobie życie cierpią na zaburzenia psychiczne, najczęściej depresję (jednak biorąc pod uwagę całą populację osób z zaburzeniami psychicznymi, większość z nich nie umiera z powodu samobójstwa). Leczenie psychologiczne i farmakologiczne pomaga uporać się z chorobą, jednak czasami konieczne jest leczenie szpitalne, tak jak w przypadku innych chorób. Jednak zdarza się, że pomimo naszych najlepszych starań, czasem przegrywamy tę nierówną walkę.

Możemy uratować swoje życie nawet w najgorszym kryzysie samobójczym, jeśli będziemy postępować zgodnie z opracowanym w tym celu planem bezpieczeństwa, np. 12-Stopniowym Planem Bezpieczeństwa (<https://12steps.plan.com>), dlatego informacja o tym, jak taki plan przygotować może być cenna dla odbiorców artykułu.

Informacje o osobach, które doświadczyły samobójstwa w swoim najbliższym otoczeniu

Informacje o bliskich osoby zmarłej w wyniku samobójstwa powinny być jak najbardziej ogólne. Dziennikarz może przekazać informację, że najbliższe otoczenie przeżywa żałobę i próbuje poradzić sobie z tą „niepotrzebną” tragedią. Użycie wyrażenia „niepotrzebna tragedia” sygnalizuje, że można jej było uniknąć.

Dziennikarz może wspomnieć, że trwa współpraca z policją, analizowane są czynniki, które mogły przyczynić się do zdarzenia, a także podejmowane są działania mające na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia podobnego zdarzenia w przyszłości.

Dziennikarz może przedstawić sposoby radzenia sobie z problemem/problemami, co jest cenne, ponieważ dla wielu osób w obliczu tragedii skrajny stres powoduje wzrost poczucia bezradności i szoku.

Informacje o motywach

Istnieje wiele czynników ryzyka samobójstwa, w tym stresujące czynniki, z którymi dana osoba nie była w stanie sobie poradzić bezpośrednio przed samobójstwem. Warto zwrócić uwagę na biologiczne podłoże samobójstw (Jollant i in., 2011), o którym bardzo rzadko się mówi lub pisze w mediach. Badania wskazują, że u osób z zachowaniami samobójczymi znacznie częściej występują zmiany w mózgu, które determinują nadmierne reakcje na problemy. Oznacza to, że czasami bardzo drobne trudności stają się dla nich niemożliwe do pokonania. Jednocześnie nie są w stanie wygenerować alternatywnych rozwiązań, co prowadzi do impulsywnych zachowań.

Ojciec suicydologii, Edwin Shneidman (1980), podkreślił, że ludzie mają różną wrażliwość na ból (tolerancję bólu), co wpływa na ich działania. Zaspokojenie nawet w niewielkim stopniu wywołującej frustrację potrzeby może zmniejszyć ból/ułatwić jego tolerowanie, a tym samym często zapobiec samobójstwu. Badacz przestrzegał, aby nie mylić wydarzeń, które często współwystępują z samobójstwami (zmiany w mózgu, psychice, relacjach międzyludzkich, w społeczeństwie) z wydarzeniami koniecznymi – niezbędnymi do wystąpienia kryzysu samobójczego.

Zgodnie z interpersonalną teorią samobójstwa (Joiner, 2005), samobójstwo ma związek z poczuciem bycia ciężarem dla innych, postrzeganej własnej uciążliwości dla siebie i innych (ang. Burden) a także zagrożonej potrzeby przynależności (ang. Alone) i zdolności do zabicia się (ang. Capability). Akceptująca postawa wobec samobójstwa jest najważniejszym czynnikiem związanym

z przyszłymi zamiarami samobójczymi (Jeon i in., 2013). Media mogą wpływać na kształtowanie takich postaw, ale mogą również pomóc w promowaniu postawy, która całkowicie neguje zachowania samobójcze jako rozwiązanie jakiegokolwiek problemu oraz przedstawiać możliwości rozwiązań alternatywnych.

Dziennikarze często pytają, jak pomóc osobie w kryzysie (w tym w kryzysie samobójczym), dlatego warto zawczasu przygotować sobie odpowiedź na takie pytanie, np.

„W takiej sytuacji należy: spróbować nawiązać kontakt, wysłuchać, akceptować uczucia i myśli (okazać współczucie), powiedzieć, że chcemy pomóc, że jest nadzieja, spróbować znaleźć coś, co jest dla tej osoby ważne, co może jej pomóc przetrwać trudne chwile. Możemy podjąć działania w celu zapewnienia bezpieczeństwa, np. skontaktować się z innymi źródłami wsparcia, np. z Ośrodkiem Interwencji Kryzysowej”.

Odpowiedź powinna być również dostosowana do sytuacji. I tak, kiedy mówimy o niebezpiecznym wpływie, jaki może mieć serial Netflixa „13 Reasons Why”, możemy poinformować media, że szczególnie podatne osoby, tj. młodzi ludzie, którzy doświadczyli przemocy seksualnej, mobbingu, przeżywają nieszczęśliwą miłość lub cierpią na depresję, powinni unikać oglądania serialu lub oglądać go z kimś, komu ufają, i szukać pomocy, jeśli ich stan psychiczny się pogorszy.

Należy podkreślić, że osoby z otoczenia często czują się bezradne, nie wiedzą, jak pomóc i boją się, że zaszkodzą, powiedzą coś niewłaściwego lub, że mimo ich pomocy dana osoba i tak odbierze sobie życie. Dlatego warto, aby media informowały o tym, jak otoczenie może pomóc osobom w kryzysie. Jest to równie ważne, jak ratująca życie pierwsza pomoc w nagłych wypadkach.

Informowanie o metodzie i lokalizacji

Dziennikarz powinien poinformować o metodzie samobójstwa tak ogólnie, jak to możliwe. Warto podkreślić niebezpieczeństwa związane z podawaniem opisów/informacji o metodzie samobójstwa, zwłaszcza takiej, która jest nowa dla danego regionu. Badania wskazują, że takie informacje zazwyczaj przyczyniają się do wzrostu liczby samobójstw popełnianych tą samą metodą. Największe ryzyko występuje w początkowym okresie, bezpośrednio po doniesieniach i publikacjach w mediach. Przykładem tego może być np. wykorzystanie podobnej scenografii czy też metody samobójstwa opisanej w scenariuszu filmu.

Dziennikarz powinien wspomnieć o lokalizacji tylko w sposób ogólny (np. województwo).

Zasady ograniczonej informacji dotyczą także samobójstw rozszerzonych (największy problem z rozprzestrzenianiem się samobójstw rozszerzonych i paktów samobójczych występował i nadal występuje w Japonii, kraju o jednym z najwyższych wskaźników samobójstw na świecie) oraz zabójstw – samobójstw (np. gdy matka w psychozie poporodowej zabija swoje nowonarodzone dziecko a potem siebie).

Australia ma również negatywne doświadczenia w zakresie medialnego upowszechniania zachowań samobójczych. W jednym z australijskich miast matka odebrała życie pięciorgu dzieciom, co było szeroko i sensacyjnie komentowane w mediach. Po tygodniu w tym samym mieście ojciec zabił siebie i czwórkę swoich dzieci (Pirkis, Blood, 2001). Dopiero z czasem przedstawiciele mediów zdali sobie sprawę z wagi tego, co i w jaki sposób relacjonowali, dlatego wprowadzono zalecenia dla mediów.

Warto skorzystać z zagranicznych doświadczeń. Jeśli podejrzewamy, że zabójstwo z samobójstwem (*ang. homicide-suicide*) było/mogło być związane z psychozą poporodową, warto uczulić bliskich na ten problem i poinformować, gdzie szukać pomocy.

Gdy konieczne jest wspomnienie o metodzie, warto dodać, że ten sposób samobójstwa powoduje nie tylko cierpienie i ból osoby, której dotyczy, ale także najbliższych osób oraz że prawie zawsze może prowadzić do uszkodzenia mózgu, stanu wegetacji lub trwałego kalectwa.

Informowanie o domniemanych przyczynach samobójstwa

Można doradzić dziennikarzowi, aby napisał o osobie/osobach, które poradziły sobie z podobną sytuacją, np. mobbingiem lub nieszczęśliwą miłością i szczegółowo opisał, jak to zrobiły (promowanie zjawiska wzrostu przez kryzys/kryzysy). Może to dodatkowo wzmocnić przekaz, że w takich sytuacjach należy zawsze prosić o pomoc lub sygnalizować, że jej potrzebujemy, co pomoże przetrwać kryzys. Nie należy jednak podejmować ważnych decyzji pod wpływem chwilowych silnych niszczących emocji, kryzysu, alkoholu czy narkotyków.

Warto zaznaczyć, że podobnie jak w przypadku innych chorób lub ich powikłań, podjęcie odpowiednich kroków we właściwym czasie często prowadzi do zapobiegnięcia samobójstwu. Kluczowe jest odczytywanie sygnałów ostrzegawczych i właściwe podejmowanie odpowiednich działań. Ponadto istotne jest przekazanie informacji, że większość pacjentów podejmujących próby

samobójcze lub cierpiących na depresję nie odbiera sobie później życia.

Informowanie o konsekwencjach samobójstwa/próby samobójczej

Należy zawsze podkreślać, że doświadczenie samobójstwa jest tragedią i traumą na resztę życia dla najbliższej rodziny i otoczenia, co może prowadzić do „zarażenia” kogoś z otoczenia i w efekcie do kolejnego samobójstwa.

AUTORYZACJA WYWIADU – ZALECENIA I REFLEKSJE OSOBY UDZIELAJĄCEJ WYWIADU

– Bezpośrednio po rozmowie należy zastanowić się, jakie elementy cytowanych wypowiedzi miały wartość postwencyjną i czy warto coś zmienić lub poprawić.

– Przed zapoznaniem się z tekstem, który powinniśmy otrzymać do autoryzacji, dla pewności warto przypomnieć sobie zalecenia dla mediów, co ułatwi sprawdzenie, czy ostateczna forma publikacji jest z nimi zgodna.

– Jeśli, wbrew naszym intencjom, zalecenia nie są przestrzegane w tekście, należy wskazać dziennikarzowi, które zalecenia dla mediów powinny być przestrzegane i zaproponować poprawki.

– Jeśli uznamy, że ogólne podejście dziennikarza do tematu i słowa używane zamiennie do opisanie samobójstwa są zbyt sensacyjne, gloryfikują ofiarę samobójstwa i mogą zachęcać do samobójstwa – należy wprowadzić do tekstu konieczne poprawki.

– Szczególną uwagę należy zwrócić na tytuł, czy w jakikolwiek sposób nie zachęca on osoby w danym wieku i z danym problemem do popełnienia samobójstwa. Czasami sensacyjny tytuł może „zwabić” odbiorców do artykułu, który jest napisany w sposób rozważny i prewencyjny. Niemniej jednak i w tytule powinniśmy kierować się zaleceniami dla mediów.

– Poproś dziennikarza/redaktora o podanie, pod artykułem lub na końcu programu, numerów telefonów instytucji, w których można szukać pomocy w przypadku kryzysu psychicznego lub samobójczego, a także w przypadku konkretnego omawianego problemu, np. depresji lub psychozy poporodowej, przemocy, cyberprzemocy itp.

– Obecnie odbiorcy mogą komentować każdy artykuł online. Generalnie komentarzy jest bardzo mało. Zdarzają się jednak sytuacje, w których komentarze zawierają dużo „nienawiści”, co wynika z tego, że temat

samobójstw wywołuje silne, często negatywne emocje. Niestety, szukanie „kozła ofiarnego” nie jest dobrym wzorcem. Aby uchronić siebie i swoich bliskich przed tym zjawiskiem, warto rozważyć prośbę o dezaktywację „komentarzy”. Ponadto, warto, aby osoba udzielająca wywiadu wiedziała, czy redakcja zamierza aktywować funkcję komentarza pod artykułem i odpowiednio się do tego przygotować.

Wnioski

Zapobieganie samobójstwom jest złożonym i trudnym przedsięwzięciem, które wymaga skutecznych strategii komunikacyjnych, zwłaszcza w wywiadach medialnych.

Pomimo wysiłków mających na celu nadanie priorytetu przekazom prewencyjnym, nadal istnieją zjawiska, takie jak sensacyjność przekazów medialnych w odniesieniu do samobójstw. Jednak przestrzeganie wytycznych i podkreślanie znaczenia odpowiedzialnego raportowania może złagodzić te problemy i przyczynić się do działań prewencyjnych w Polsce i na świecie.

Zapamiętaj!

1. W wywiadach priorytetem jest przekazywanie informacji o zapobieganiu samobójstwom.
2. Należy kłaść nacisk na jasne i informacyjne strategie komunikacji z dziennikarzami.
3. Przestrzeganie wytycznych i odpowiedzialnych praktyk sprawozdawczych może nam pomóc w poradzeniu sobie z wyzwaniami, takimi jak sensacyjność przekazów na temat samobójstw w mediach.
4. Warto podkreślać w wywiadach złożoność problemu i różne wysiłki czynione na rzecz zapobiegania samobójstwom.
5. Należy zadbać o ochronę prywatności i zapewnienie odpowiedniego kontekstu, a także podanie na eksponowanym miejscu w publikacji aktualnych linii pomocowych, czatu i innych informacji sprzyjających radzeniu sobie z myślami samobójczymi i stresorami zewnętrznymi.

Bibliografia

- Baran A., Gmitrowicz A., Pawelec R. Working Group on Prevention of Suicide and Depression at Public Health Council Ministry of Health. The role of media in mental health promotion and suicide prevention. Guide for people speaking with the press. Warsaw 2018
<https://suicydologia.org/wp-content/uploads/2016/09/Guidelines-People-talking-to-media-about-suicide-PL-1.pdf>
- Jollant, F., Lawrence, N. L., Olié, E., Guillaume, S., & Courtet, P. (2011). The suicidal mind and brain: A review of neuropsychological and neuroimaging studies. *World Journal of Biological Psychiatry*, 12(3), 320–339.
<https://doi.org/10.3109/15622975.2011.556200>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
<https://www.hup.harvard.edu/books/9780674025493>
- Jeon, H. J., Lee, J. Y., Lee, Y. M., Hong, J. P., Won, S. H., Cho, S. J., Kim, J. Y., Chang, S. M., Lee, D., Lee, H. W., & Cho, M. J. (2010). Lifetime prevalence and correlates of suicidal ideation, plan, and single and multiple attempts in a Korean nationwide study. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(9), 643–646.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181ef3ecf>
- Pirkis, J., & Blood, R. W. (2001). Suicide and the media: Part I. Reportage in nonfictional media. *Crisis*, 22(4), 146–154.
<https://doi.org/10.1027//0227-5910.22.4.146>
- Preventing suicide: a resource for media professionals, Update 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MSD/MER/17.5). Licence: CCBY-NC-SA 3.0 IGO (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-17.5>)
- Shneidman, E. S. (1980). *Voices of death*. Harper & Row. <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2010-1-5-18.pdf>
- 12-Steps Safety Plan. (n.d.). Accessed 20 July 2024. Retrieved 24 June 2024 from <https://12steps.plan.com>

Pytania kontrolne

1. Na czym należy się skupić podczas rozmów dotyczących zapobieganiu samobójstwom?

- A. Osobiste postrzeganie.
- B. Przekazywanie wiadomości o zapobieganiu samobójstwom.
- C. Doświadczenie dziennikarza.
- D. Preferencje dotyczące mediów.

2. Jaki powinien być cel komunikacji na temat samobójstw w mediach?

- A. Nadanie priorytetu osobistemu postrzeganiu.
- B. Rozszerzenie bazy wiedzy.
- C. Ustalenie jako priorytetu preferencji medialnych co do prezentacji tematu.
- D. Zmniejszenie liczby samobójstw.

3. Co jest jednym z głównych wyzwań napotykanych podczas dostarczania kompleksowych informacji na temat zapobiegania samobójstwom w mediach?

- A. Brak zainteresowania ze strony odbiorców.
- B. Nadmierny nacisk na osobiste postrzeganie.
- C. Brak dostępu do badań.
- D. Brak zaleceń dla dziennikarzy w obszarze prewencji samobójstw w mediach.

4. Co jest najważniejsze, gdy przedstawiamy informacje o konkretnym przypadku samobójstwa?

- A. Podanie danych osobowych.
- B. Podanie ogólnych informacji.
- C. Podkreślanie preferencji medialnych.
- D. Wykluczenie danych naukowych.

5. Co należy zrobić natychmiast po rozmowie dotyczącej zapobiegania samobójstwom?

- A. Ocena preferencji dotyczących tematów.
- B. Ocena wartości prewencyjnej wypowiedzi.
- C. Ignorowanie przestrzegania wytycznych.
- D. Unikanie proponowania poprawek.

Odpowiedzi

- 1. B. Przekazywanie wiadomości o zapobieganiu samobójstwom.
- 2. B. Rozszerzenie bazy wiedzy.
- 3. B. Nadmierny nacisk na osobiste postrzeganie.
- 4. B. Podanie ogólnych informacji.
- 5. B. Ocena wartości prewencyjnej wypowiedzi.

MATERIAŁY DODATKOWE



ZAŁĄCZNIK 1. A.01

Podstawowe informacje o żałobie po samobójstwie

1. Żałoba jest przeżyciem bardzo osobistym. Różnice w przeżywaniu żałoby zależą od osoby i relacji, którą miała ze zmarłym. Objawia się w postaci intensywnych, trudnych uczuć, niepokojących myśli i/lub podejmowanych aktywności.
2. Następstwa utraty kogoś w wyniku samobójstwa mogą być bardzo trudne ze względu na wiele ról, jakie zmarła osoba pełniła w naszym życiu.
3. Ludzie radzą sobie z żałobą na różne sposoby – niektórzy szukają samotności, inni porady w Internecie, a jeszcze inni szukają rady i wsparcia u osób, które doświadczyły utraty osoby bliskiej w samobójstwie. Niektóre osoby mogą potrzebować profesjonalnego wsparcia ze strony psychologów, pielęgniarek lub lekarzy.
4. Żałoba nie ma ustalonego schematu ani harmonogramu. Często jest jak poruszanie się po krętej ścieżce z nieprzewidywalnymi zwrotami akcji. Przeżywanie trudności, poczucie porażki i braku kontroli jest częścią tego procesu.
5. Dostosowanie się do życia bez utraconej w samobójstwie osoby bliskiej wymaga czasu i cierpliwości.
6. Celem żałoby nie jest wymazanie bólu, ale znalezienie sposobów na włączenie go do codziennego życia. Chociaż żałoba jest trwała, nie powinna całkowicie pochłaniać całej naszej egzystencji. Pozwólmy sobie na żałobę i życie przeszłością, ale uczmy się też doceniać życie w teraźniejszości.
7. Decyzja o nieujawnianiu przyczyny śmierci może prowadzić do izolacji od potencjalnych źródeł wsparcia, takich jak rodzina i przyjaciele. Zamiast skupiać się na piętnie związanym z samobójstwem, warto traktować priorytetowo swoją drogę do zdrowienia.
8. Z czasem intensywność bólu i smutku maleje, umożliwiając stopniową odbudowę życia.
9. To normalne, że intensywne uczucia żalu powracają w różnych momentach życia, często niespodziewanie.
10. Święta i specjalne okazje mogą wywołać nasilenie uczuć żałoby, a przygotowanie się na te chwile może pomóc w radzeniu sobie z nimi.



ZAŁĄCZNIK 2 A.07

12 Stopniowy Plan Bezpieczeństwa w działaniach postwencyjnych

KROK 1	KROK 2.a	KROK 2.b	KROK 3	KROK 4.a	KROK 4.b
S – Sytuacja	E – Emocje	E – Doświadczenia fizyczne	A – Działania (zachowania)	T – Myśli	T – Myśli
Co się stało?	Jak reagujemy? Emocje	Jak reagujemy? Doświadczenia fizyczne	Jak reagujemy? Działania / zachowania	Jak reagujemy? Myśli – stwierdzenia i przekonania	Jak reagujemy? Myśli – pytania
Utrata w wyniku samobójstwa	Szok	Poczucie nierealności	Nic nie robię. Jestem po prostu w domu, w łóżku.	To nie może być prawda. To niemożliwe.	Dlaczego ja / on / ona / oni nie zdołali go / jej ochronić?
	Poczucie odrzucenia	Poczucie, że dana osoba jest obecna	Cały czas próbuję coś zrobić.	Stało się. Nie mogę nic z tym zrobić.	Dlaczego mi nie powiedział?
	Niepokój	Uczucie pustki	Ciągle płaczę. Łzy same płyną.	Nic już nie ma znaczenia. Nie ma radości. Straciłem wszystko i nie mogę go odzyskać. Straciłem najważniejszą osobę w moim życiu.	Dlaczego czuję to, co czuję? Z kim mogę porozmawiać? Co mogę powiedzieć o swojej stracie?
	Współczucie	Problemy ze snem, bezsenność, koszmary nocne	Szukam towarzystwa innych. Nie mogę być sam.	Nie jestem nic wart. Nie potrafię o siebie zadbać, doświadczyć radości...	Jak mogę sobie poradzić bez niego/niej?
	Poczucie winy	Niepokój, drażliwość	Trzymam się z dala od innych. Izoluję się.	Wszystko wydaje się bez znaczenia. Czuję się całkowicie pusty i bardzo samotny. Nikt nie może zrozumieć tego, co czuję.	Co inni pomyślą o mnie/naszej rodzinie?
	Poczucie wstydu	Poczucie bycia bezsilnym, bezradnym, biernym.	Spotykam się z tymi, którzy doświadczyli straty ukochanej osoby. Potrafią zrozumieć, co czuję.	Nie mogę nic zrobić z tym, co się stało, ale staram się żyć. Najlepiej jak umiem. Wiem, że on/ona by tego chciał/a. Nie chciał mnie skrzywdzić.	Czy pomyślą, że to moja wina? Oskarżą mnie?
	Gniew	Trudności z koncentracją	Szukam informacji o okolicznościach, które doprowadziły do jego śmierci.	Muszę dbać o Y, w przeciwnym razie stracę ją / jego / ich.	Kto jest winny? Kto jest odpowiedzialny za jego śmierć?
	Bezradność	Nadwrażliwość na dźwięk, światło, słowa	Rozmawiam ze szkołą, przyjaciółmi, lekarzami, miejscem pracy itp., aby opisać, co się stało.	Zapamiętam X jako... (mamy tendencję do idealizowania osoby, którą straciliśmy, co zwykle sprawia, że tęsknota i uczucia są bardziej bolesne i intensywne).	Czy powinienem winić siebie? Czy ktoś inny z rodziny lub przyjaciół jest winny?
	Beznadzieja	Ból (ból brzucha, nudności, ból głowy, bóle mięśni)	Angażuję się w zapobieganie samobójstwom.	Nie mogę się na niczym skupić. Straciłem wszystkie zainteresowania	Czy powinniśmy winić personel szpitala? Czy powinniśmy winić lekarza? System? Instytucje? Całe społeczeństwo?
	Pustka	Trudności w oddychaniu	Angażuję się w działania przeciwko mobbingowi, ponieważ wiem, że to było przyczyną jego śmierci.	Nie mogę czytać książek, oglądać wiadomości.	Jak Bóg mógł na to pozwolić?
	Samotność	Kołatanie serca	Zapalam świece.	Nie mogę pracować. Nie mogę posprzątać pokoju ani pozmywać naczyń.	Jak X mógł postąpić tak, jak postąpił?
		Apetyt (utrata lub zwiększony apetyt)	Przeglądam zdjęcia.	Nie mogę jeść. Nie mogę spać.	Jak mógł zrobić to mi/ swoim dzieciom? Kochaliśmy go/ją.
	Poczucie bycia ciężarem	Masa ciała (utrata lub przyrost masy ciała)	Zadaję sobie wiele pytań.	Nigdy nie dowiem się na pewno, dlaczego tak się stało. Nigdy nie wybaczę sobie, że nie zrobiłem więcej. Jestem nieudacznikiem.	Jak mogę kiedykolwiek wybaczyć sobie/jemu? Jak mogę go/ją zapamiętać?

Jak mogę poradzić sobie z sytuacją? (1) Samo-opieka w celu poprawy poczucia własnej wartości i kontroli	KROK 5 Rozpraszanie uwagi	KROK 6 Poprawa radzenia sobie	KROK 7.a Unikanie pogarszania sytuacji	KROK 7.b Wzmocnienie czynników ochronnych, np. tworzenie nowej misji (rozwój pourazowy)	KROK 8 Tworzenie narracji ochronnej
	Użyję metody oddychania 4x4.	Postaram się znaleźć jak najwięcej informacji.	Będę unikać alkoholu/ narkotyków.	Stwórz misję, np. chcę pomagać innym w sytuacji samobójstwa.	Samobójstwa zdarzają się, ponieważ nie mamy wystarczającej wiedzy i umiejętności, aby zapobiec każdemu samobójstwu.
	Rozluźnię mięśnie.	Napiszę wszystko, co wiem, na papierze /w komputerze.	Będę unikać tematów, aktywności, miejsc i przyjaciół, którzy sprawiają, że źle się czuję.	Wybierz czym się zajmiesz w przyszłości np. Chcę dowiedzieć się, jak zapobiegać samobójstwom.	Samobójstwo jest wynikiem dysfunkcji biologicznych, podobnie jak zawał serca lub udar mózgu.
	Pójdę na spacer.	Napiszę analizę zawierającą wszystkie rzeczy, które mogły doprowadzić do samobójstwa.	Będę unikać obwiniania i oskarżania innych, ponieważ nie chcę dokładać im cierpienia.	Chcę pomagać innym rodzicom, którzy utracili swoje dzieci w samobójstwie.	Jeśli moje dziecko odbierze sobie życie, nie oznacza to, że jestem złym rodzicem i nieudacznikiem.
	Wykonam kilka ćwiczeń oddechowych, aby się uspokoić.	Zrobię listę rzeczy, które chcę u siebie zmienić.	Będę unikać izolowania się od innych, ponieważ nie jest to dla mnie dobre.	Chcę pomagać osobom, które utraciły pacjenta/ podopiecznego w wyniku samobójstwa.	Jeśli mój uczeń/ pacjent/klient/pracownik odebrał sobie życie, nie oznacza to, że jestem złym nauczycielem /lekarzem/terapeutą/ menedżerem.
	Użyję umiejętności zimnej wody (ang. Cold Water Skill).	Przeczytam o kimś, kto również miał podobne doświadczenia.	Będę unikał oskarżania samego siebie.	Chcę dowiedzieć się więcej o tym, jak zapobiegać samobójstwom z badań naukowych.	Zrobiłem to, co mogłem zrobić w danym momencie, biorąc pod uwagę informacje, umiejętności i wiedzę, którą posiadałem.
	Będę słuchał muzyki dopóki nie poczuję się lepiej.	Wezmę udział w webinarium/kursie i w konferencji.	Będę unikał nienawiści i samouszkodzenia.	Wprowadzę procedury zapobiegania samobójstwom w moim szpitalu.	Nawet gdybym zrobił coś innego, nie ma pewności, że uratowałoby mu to życie.

Jak poprawić sytuację? (2) Połącz się, aby pomóc sobie i innym w radzeniu sobie	KROK 9 Napisz	KROK 10.a Porozmawiaj	KROK 10.b Odwiedź/lub zaprosz kogoś do siebie	KROK 11 Schroń się w bezpiecznym miejscu	KROK 12 Zadzwoń pod numer 112 i czekaj na pomoc
	Mogę wysłać sms, że potrzebuję pomocy	Mogę porozmawiać z kimś, kto również został dotknięty tym samobójstwem, aby uzyskać więcej informacji	Mogę odwiedzić rodzinę lub przyjaciela	Mogę zatrzymać się u znajomego/rodziny.	Jeśli widzisz, że Twoje lub czyjeś życie jest w nagłym lub bezpośrednim niebezpieczeństwie, zadzwoń pod numer 112.
	Mogę rozmawiać o swoich odczuciach z organizacją pozarządową Mogę wysłać maila do organizacji zajmującej się zapobieganiem samobójstwom.	Mogę rozmawiać z osobami, które poprawiają mi samopoczucie. Mogę porozmawiać z ekspertem, aby spojrzeć na problem z innej perspektywy	Mogę skontaktować się z przyjacielem/ rodziną online. Mogę skorzystać z pomocy organizacji pozarządowej (na miejscu lub online).	Mogę zaprosić rodzinę/znajomych, aby zatrzymali się u mnie Mogę udać się do szpitala, jeśli czuję się tak źle, że mogę zrobić krzywdę sobie lub komuś innemu!	Własne pomysły:

ZAŁĄCZNIK 3 B.05 (1)

Leczenie ran fizycznych i „emocjonalnych”

Etap 1. POWIADOMIENIE

- ▶ Śmierć nie tylko kończy życie jednej osoby, ale jednocześnie rozpoczyna nową pourazową rzeczywistość dla wielu innych osób i organizacji, rozpoczynając szereg różnych procesów.
- ▶ Ponieważ wiele szczegółów z momentu uzyskania informacji o śmierci zostanie zapamiętanych na zawsze, ogromne znaczenie ma sposób, w jaki ta wiadomość zostanie przekazana (z wrażliwością i troską) zarówno rodzinie jak i innym osobom.
- ▶ Pytanie „Jaka była przyczyna śmierci?” jest jednym z pierwszych pytań o kluczowym znaczeniu dla pogrążonej w żałobie rodziny, a także różnych środowisk i społeczności.
- ▶ Niewiedza, co robić i znalezienie się w sytuacji, której nie możemy kontrolować, to aspekty, którymi należy się zająć, gdy mamy do czynienia z powiadomieniem.
- ▶ Dowiedz się, gdzie możesz znaleźć niezbędne informacje, kto może Ci pomóc w takiej sytuacji na wypadek, gdybyś musiał sobie z nią radzić w przyszłości. To może zmniejszyć przyszłe koszty i zmniejszyć intensywność niepokoju.

Etap 2. ŻAŁOBA

RADZENIE SOBIE Z KWESTIAMI PRAKTYCZNYMI

1. Sprzątanie mieszkania (jeśli samobójstwo miało miejsce w domu).
2. Uzyskanie karty zgodnu od lekarza.
3. Uzyskanie aktu zgonu (rejestracja zgonu w Urzędzie Stanu Cywilnego w Polsce).
4. Planowanie i organizacja pogrzebu.
5. Zadbanie o kwestie finansowe.
 - a. Zapoznanie się ze spadkiem, spisem inwentarza i dziedziczeniem.
 - b. Zamknięcie rachunku telefonicznego.
 - c. Zamknięcie rachunków bankowych i spłata długów.
 - d. Zadbanie o różne ubezpieczenia.
 - e. Zamknięcie rachunków na media (elektryczność, woda itp.)

RADZENIE SOBIE Z PROBLEMAMI PSYCHICZNYMI

1. Poczucie winy
2. Niepokój
3. Gniew
4. Poczucie osamotnienia
5. Ból
6. Zaniżone poczucie własnej wartości
7. Poczucie wstydu
8. Smutek i żal

ORGANIZACJA DEBRIEFINGU:

Zapewnienie możliwości debriefingu dla: pracowników służb ratunkowych, pracowników opieki społecznej i placówek edukacyjnych

Spotkania dla rodzin i krewnych

Etap 3. WZROST

WZROST JEDNOSTKI, RODZIN I GRUP SPOŁECZNYCH (PRZYJACIELE)

1. Zmniejszenie dostępu do śmiertelnych środków dla osoby w kryzysie samobójczym i z zaburzeniami zdrowia psychicznego.
2. Utrzymywanie kontaktu ze służbą zdrowia w celu poprawy komunikacji i więzi.
3. Zwiększenie dostępu do „bezpiecznych” ludzi i miejsc np. członków rodziny czy przyjaciół
4. Kontakt z przeszkolonymi asystentami zdrowia (organizacjami NGO).
5. Tworzenie własnych/rodzinnych planów bezpieczeństwa krok po kroku.
6. Zwiększenie dostępu do osób wspierających osoby w żałobie, służby zdrowia oraz miejsc dla osób o specjalnych potrzebach (np. szpitali, rekolekcji).
7. Uczestniczenie/inicjowanie badań naukowych.
8. Korzystanie/tworzenie oferty edukacyjnej.
9. Przekazywanie treści prewencyjnych w mediach.
10. Pomoc w zdiagnozowaniu przyczyny śmierci.
11. Popieranie finansowania działań prewencyjnych i postwencyjnych.

NABYWANIE DOŚWIADCZENIA PRZEZ ORGANIZACJE/GRUPY SPOŁECZNE

1. Zmniejszenie dostępu do śmiertelnych środków dla osoby w kryzysie samobójczym i zaburzeniu zdrowia psychicznego w szpitalu i społeczności (przepisy dotyczące bezpiecznej infrastruktury, leków, alkoholu, narkotyków).
2. Utrzymywanie kontaktu z rodziną w celu poprawy komunikacji.
3. Rozmowa z pacjentem/podopiecznym i jego krewnymi na temat potrzeby zwiększenia dostępu do „bezpiecznych” osób i miejsc.
4. Zwiększenie dostępu do przeszkolonych asystentów zdrowia, wspierających w określonych trudnych sytuacjach życiowych, np. rozwód, śmierć (organizacje).
5. Tworzenie własnych/organizacyjnych planów bezpieczeństwa krok po kroku.
6. Poprawa polityki w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej oraz miejsc dla osób o specjalnych potrzebach (np. szpitali, rekolekcji).
7. Uczestniczenie/inicjowanie badań nad prewencją/profilaktyką zgodnie z planem badawczym organizacji/środowiska/społeczności/regionu/kraju.
8. Korzystanie/tworzenie oferty edukacyjnej dla różnych adresatów: osób indywidualnych, krewnych, różnych grup zawodowych i środowisk.
9. Przekazywanie treści prewencyjnych w mediach społecznościowych i publicznych.
10. Pomoc w zdiagnozowaniu przyczyny zgonu.
11. Optymalne dostosowanie finansowania prewencji i zapobiegania samobójstwom.
12. Zapobieganie stagnacji i niemożności dostrzeżenia czego możemy się nauczyć w sytuacji kryzysowej.

ZAŁĄCZNIK 4 B.05 (2)

Budowanie bezpiecznej narracji po samobójstwie

Etap	Temat	Jak budować narrację zorientowaną na zdrowie i życie?	Czego unikać podczas budowania bezpiecznej, zorientowanej na zdrowie i życie narracji?
Temat		Co możemy powiedzieć?	Czego powinniśmy unikać?
POWIADOMIENIE Jak powiadomić o samobójstwie, aby zmniejszyć ryzyko kolejnych samobójstw?	Co się stało?	Przyczyną jego śmierci było samobójstwo.	Powinniśmy unikać mówienia: X popełnił samobójstwo. X zdecydował się z sobą skończyć, bo był zmęczony życiem.
	Jak do tego doszło?	Naukowcy zalecają, aby nie mówić o metodzie, więc przestrzegamy tych zaleceń, aby nie zwiększać ryzyka naśladowania.	Nie informujemy o tym, jak dokładnie to się stało. Unikamy podawania konkretnej metody samobójstwa.
	Gdzie i kiedy to się stało?	W domu/W szpitalu. Nie zdarzyło się w szpitalu.	Unikamy precyzowania miejsca zgonu.
	Dlaczego tak się stało?	Istnieje wiele przyczyn samobójstwa. Tak naprawdę nie wiemy, dlaczego do niego doszło. Ogólnie rzecz biorąc, osoba czuje się opuszczona, czuje, że obciąża innych i wierzy, że jedynym wyjściem jest samobójstwo. Jeśli tak się poczujesz, jest to sygnał, aby skupić się na zdrowym radzeniu sobie: odwracaniu uwagi, rozmowie z kimś, pójściu do miejsca, w którym są ludzie, unikaniu wszystkiego, co szkodliwe, aby nie pogorszyć sytuacji, lub skontaktować się z najbliższym szpitalem. Jest to stan umysłu spowodowany krytyczną biopsychiczną niewydolnością mechanizmów radzenia sobie.	Unikamy koncentrowania się na jakiegokolwiek konkretnej przyczynie śmierci, aby zmniejszyć ryzyko kojarzenia: względny powszechny problem psychospołeczny/stresor (na przykład utrata, separacja, stygmatyzacja) – samobójstwo. Samobójstwo nie jest rozwiązaniem problemu. Problemy/stres powinny wyzwalać zdrowe mechanizmy radzenia sobie, ponieważ jest to naprawdę pomocne, a nie skutkować jeszcze większymi problemami, kosztami i zagrożeniem dla zdrowia i życia wielu osób, jak w przypadku klastrow samobójczych.
	Kogo/co należy winić?	X był w szpitalu, ale niestety nie udało się uratować mu życia. Podobnie jest z innymi problemami zdrowotnymi, takimi jak udar, atak serca, sepsa. Wielu ludziom uda się pomóc, ale są też tacy, którzy mają takie obrażenia/rany/powikłania, że umierają.	Unikamy obwiniania, oskarżania, atakowania konkretnego miejsca (np. szpitala), sposobu leczenia, zawodu lub osoby, aby uniknąć negatywnego skojarzenia „szpital/psychiatria/terapia-samobójstwo”, ponieważ może to potencjalnie zmniejszyć szansę na poszukiwanie pomocy. Informacje o niepowodzeniach w udzielaniu pomocy mogą obniżyć motywację do szukania pomocy.
	Gdzie jest teraz zmarły?	Kiedy dziecko lub inni dorośli zadają nam to pytanie, najlepiej odpowiedzieć, gdzie znajduje się ciało zmarłego, np. w szpitalu, w zakładzie pogrzebowym, na cmentarzu.	Powinniśmy unikać mówienia, że dana osoba jest w niebie, ponieważ tego nie wiemy, a wtedy dziecko będzie pytało, czy ono również się tam dostanie, aby być z ukochaną osobą. Skojarzenie ukochany – niebo – samobójstwo może być niebezpieczne, ponieważ taka osoba może myśleć, że musi umrzeć w samobójstwie, aby być z ukochaną osobą.

Etap	Temat	Jak budować narrację zorientowaną na zdrowie i życie?	Czego unikać podczas budowania bezpiecznej, zorientowanej na zdrowie i życie narracji?
Temat		Co możemy powiedzieć?	Czego powinniśmy unikać?
ŻAŁOBA (orientacja na stratę). Jak przeżywać żałobę po samobójstwie, aby zmniejszyć ryzyko naśladowania?	Czy czujesz się winny?	Czuję się winny, że zrobiłem/ że nie zrobiłem Wiem jednak, że było wiele innych czynników. Nie możemy kontrolować ani przewidzieć, co robi inna osoba.	Unikaj obwiniania/oskarżania/atakowania. To była tylko moja wina. Nigdy sobie tego nie wybaczę. To była jego/jej wina.
	Czy czujesz wstyd?	Czuję wstyd, że zrobiłem/ że nie Wiem jednak, że nie ma powodu do wstydu, podobnie jak gdybym stracił go w wyniku udaru, powikłań cukrzycy lub infekcji.	Czuję wstyd. Nigdy nikomu nie powiem o swoich uczuciach, bo będą się tylko ze mnie śmiać, a ja poczuje się tylko gorzej.
	Czy odczuwasz niepokój?	Tak. Często odczuwamy niepokój, ponieważ nasze życie zmienia się dramatycznie, gdy ktoś umiera, zwłaszcza jeśli umiera w wyniku samobójstwa. Zastanawiamy się, co zrobiliśmy / co powinniśmy zrobić i czy zostaniemy oskarżeni, zaatakowani przez innych. Tracimy część naszej roli/funkcji, np. bycie pomocnikiem, wsparciem dla kogoś. Czujemy się bezradni.	Czuję niekontrolowany niepokój. Nigdy nie będzie lepiej. Jestem bezradny - nie mogę nic zrobić. Nikt nie może nic zrobić. Nigdy nie będzie lepiej. Czuję niepokój, bo wiem, że będą mnie obwiniać. Muszę unikać rozmów z ludźmi. Zostałem w swoim pokoju, ponieważ jest to jedyne miejsce, w którym mogę czuć się bezpiecznie.
	Czy czujesz złość?	Czuję taką złość, że nie poprosił mnie o pomoc, po prostu zostawił mnie i resztę rodziny, nie myśląc o tym, jak to na nas wpłynie, nawet jeśli wiem, że to była depresja/ destrukcyjny impuls. Pracuję nad własnymi sposobami bezpiecznego wyrażania złości. Wykonuję ćwiczenia fizyczne, spaceruję na łonie natury i to naprawdę mi pomaga!	Skupię się na oskarżaniu i obwinianiu. To tylko moja wina! To tylko ich wina. Zniszczę ich. Tylko wtedy poczuje się lepiej.
	Czy odczuwasz ból?	Czuję taki ból, że nie jestem w stanie jasno myśleć. Kiedy robię coś dla innych, odczuwam nieco mniejszy ból, ponieważ skupiam się na cierpieniu innych, a nie na swoim. Jest to dla mnie pomocne.	Czuję ból i będę go czuć przez cały czas, ponieważ nie mam prawa się od niego uwolnić. Będę cierpieć do końca życia. Nic nigdy tego nie zmieni. Nie mam kontroli nad bólem.
ŻAŁOBA (orientacja na stratę). Jak przeżywać żałobę po samobójstwie, aby zmniejszyć ryzyko naśladownictwa?	Czy czujesz smutek?	Czuję ogromny smutek, ponieważ nigdy nie będziemy mogli rozmawiać, uśmiechać się, wychodzić razem. Mieliśmy tyle wspomnień. To rana, której zagojenie zajmie dużo czasu.	Czuję smutek i już nigdy nie będę szczęśliwa. Nie mogę się uśmiechać. Mogę tylko płakać. Życie jest takie smutne. Nic nie sprawi, że znów się uśmiechnę.
	Czy czujesz ulgę?	Czuję ulgę i jest mi naprawdę wstyd, że tak się czuję, nawet jeśli logicznie rozumiem, że tak się czuję, ponieważ mieliśmy wyjątkowo trudny okres w naszym życiu. Jednak jego/jej śmierć sprawia, że jest jeszcze gorzej. Jego/jej myślenie, że będzie lepiej, kiedy umrze, było całkowicie błędne. Jak w ogóle mógł tak pomyśleć? Nigdy tego nie zrozumie.	Wiem, że z psychologicznego punktu widzenia uczucie ulgi jest zrozumiałe, bo czułam się ofiarą, gdyż on się nade mną znęcał. Ale nigdy sobie nie wybaczę, że go zostawiłam i że poczułam ulgę po jego śmierci, kiedy powinnam czuć smutek. Czuję się nadal winna. Jestem złą osobą. A teraz on i kilka miłych chwil odeszło na zawsze.
	Czy trudno ci powiedzieć, co czujesz?	Nic nie czuję/Jestem odrętwiały/ Mam wiele uczuć, ale nie potrafię ich uporządkować. Ale wiem, że to normalne w tej sytuacji.	Czuję się odrętwiały. Nic nie czuję. Coś ze mną jest nie tak. Jestem tak złą osobą, że nie myślę o smutku po jego śmierci.

Etap	Temat	Jak budować narrację zorientowaną na zdrowie i życie?	Czego unikać podczas budowania bezpiecznej, zorientowanej na zdrowie i życie narracji?
Temat		Co możemy powiedzieć?	Czego powinniśmy unikać?
WZROST (orientacja na przyszłość) Czego się nauczyliśmy?	Czego się nauczyłam/nauczyłem?	To zależy od miejsca zamieszkania. Różne kultury i społeczeństwa mają swoje własne rytuały. W wielu krajach, np. w Szwecji, po otrzymaniu informacji o śmierci danej osoby, informuje się agencję podatkową, następnie księdza, aby porozmawiać o obrzędach pogrzebowych i agencję pogrzebową, aby omówić szczegóły pogrzebu; rzeczy danej osoby są dzielone zgodnie z wolą zmarłego. Jest to coś, co można również wyjaśnić dziecku, jeśli zapyta, co stanie się ze zmarłym.	Unikanie pogrzebu nie jest zalecane, ponieważ rytuał ten jest ważny, aby móc zrozumieć, że dana osoba już nie żyje. Jeśli jednak członek rodziny wyrazi życzenie, aby nie uczestniczyć w pogrzebie, ważne jest, aby to uszanować. Nie należy unikać informacji o tym, co należy robić krok po kroku, ponieważ pomaga to w żałobie.
	Czego się nauczyłam/nauczyłem?	Pogrzeb to ceremonia, podczas której ciało jest składane do grobu. Musimy również symbolicznie złożyć do grobu niektóre z naszych emocji, które dzielimy ze zmarłym. Możemy o nich porozmawiać lub po prostu napisać je w formie notatki, listu i włożyć do grobu lub do specjalnego Pudełka Pamięci, w którym umieścimy cenne rzeczy związane ze zmarłym, które będą nam przypominać o wyjątkowych chwilach, które spędziliśmy razem.	Ponieważ większość z nas zwykle chce pożegnać się ze zmarłym, unikanie wypowiedziania/wyrażania naszych indywidualnych „emocjonalnych pożegnań” nie jest zalecane, gdyż może to później przybrać formę ruminacji, ciągłych powracających myśli związanych z uczuciami wywołanymi przez różne rzeczy, które przypominają nam o zmarłym.
	Czego się nauczyłam/nauczyłem?	Badania pokazują, że możemy do pewnego stopnia kształtować wspomnienia. Ważne jest, aby kształtować narrację i formować wspomnienia o ukochanej osobie w sposób, który pomoże nam poradzić sobie z życiem bez tej osoby. Możemy sporządzić notatkę w pliku na komputerze lub materialny list, który włożymy do Pudełka Pamięci, wybierając sytuacje, które chcemy pamiętać.	Uniknę uczenia się/pamiętania/nadmiernego skupiania się na rzeczach, które mogą sprawić, że poczuje się źle, obniżyć moją samoocenę, sprawić, że przestanę dbać o siebie i szukać pomocy. Będę unikać autodestrukcyjnych myśli i zachowań. Nie zapomnę o dodaniu telefonu zaufania do moich Kontaktów w telefonie komórkowym, z którego zawsze mogę skorzystać w sytuacji awaryjnej.
	Czego się nauczyłam/nauczyłem?	Każda strata, w tym samobójstwo, pozostawia nam pewne przemyślenia, spostrzeżenia, refleksje – budujemy narrację o samobójstwie. To wielki ból/trauma na całe życie. Uczy mnie, jak ważne jest dbanie o siebie, plan bezpieczeństwa, dzięki któremu wiem, jak zareagować, gdy czuję się samotny, poczuje się ciężarem i gdy pojawiają się myśli samobójcze. Samobójstwo wiąże się ze stratami nie tylko emocjonalnymi, ale i finansowymi. Wszystkie uczucia, nawet jeśli są bardzo intensywne, są tymczasowe i prędzej czy później miną, a jeśli staną się zagrożeniem dla mojego życia, porozmawiam z kimś, kogo znam, z wolontariuszem lub skontaktuję się ze szpitalem, dokładnie w taki sam sposób, w jaki ja i moja rodzina/przyjaciele zareagowaliby, gdyby zauważyli objawy, które mogłyby sygnalizować, że doznałem udaru lub zawału serca. Dzielenie się z innymi świadomością wyzdrowienia z chorób może pomóc innym przetrwać trudny czas, pogodzić się z żałobą, a nawet rozwijać się, wspierając innych w przyszłości.	Będę unikać szkodliwych schematów, które stwarzają niebezpieczeństwo i zagrożenie dla mojego zdrowia i życia. Przykłady szkodliwych schematów: Nie mogę przyjmować leków, ponieważ mogą one doprowadzić do mojej śmierci. Nie mogę szukać pomocy, bo i tak nikt mi nie pomoże. Wierzę w różne mity na temat żałoby i samobójstwa i ich rozpowszechnianie. Może negatywnie wpływać na mechanizmy radzenia sobie, tak że osoby zaczynają samouszkadzać się w nadziei, że pomoże im to nie odczuwać bólu. Ważne jest, aby unikać wszelkich samouszkodzeń, ponieważ to znacznie pogorszy sytuację, a nawet może przyczynić się do budowania narracji, która doprowadzi do rozprzestrzeniania się traumy, zamiast rozpowszechniania informacji o tym, jak przetrwać i wyleczyć się z emocjonalnych ran spowodowanych samobójstwem osoby bliskiej.

ZAŁĄCZNIK 5. C.03

Postwencja Rodzinna Blekinge (Blekinge Family Postvention). Krótki opis z przykładem.

Wprowadzenie

Pomagając rodzinom zrozumieć i poradzić sobie z żałobą, Postwencja Rodzinna Blekinge ma na celu pomóc im odzyskać równowagę i dojść do siebie po stracie.

Metoda ta, opracowana w 2015 r. przez Maiellen Stensmark, szwedzką nauczycielkę i pracownika socjalnego, która straciła córkę w wyniku samobójstwa, jest źródłem nadziei dla rodzin zmagających się z wyniszczającymi skutkami samobójstwa. Poprzez otwarte dyskusje, praktyczną pomoc i wsparcie emocjonalne, doradca ds. żałoby (F-GF) zapewnia rodzinom bezpieczną przestrzeń do wyrażenia swoich uczuć i stopniowej odbudowy życia po stracie.

Cele

Głównym celem Postwencji Rodzinnej Blekinge jest pomoc członkom rodziny w radzeniu sobie z żałobą przy jednoczesnym minimalizowaniu potencjalnych długoterminowych skutków, jakie samobójstwo może mieć na ich samopoczucie. Biorąc pod uwagę, że wszyscy członkowie rodziny dotknięci samobójstwem mogą zmagać się z trudnościami i czuć się przytłoczeni rzeczywistością, ważne jest, aby wspierać ich w odnalezieniu stabilizacji i powrotu do zdrowia.

Doradca rodziny ds. żałoby (F-GF)

Wspiera i prowadzi rodziny przez proces żałoby po stracie bliskiej osoby; zapewnia pomoc w sytuacjach kryzysowych, a ponadto szkoli specjalistów i społeczności w zakresie przewidywania i reagowania na potrzeby wsparcia osób doświadczających żałoby.

Liczba uczestników

Podczas pracy z rodzinami zazwyczaj najskuteczniejsze jest rozpoczęcie spotkań od najbliższej rodziny, składającej się z maksymalnie 5-7 osób. Następnie do spotkań można włączyć innych członków rodziny, takich jak rodzeństwo zmarłego, co daje większe grupy liczące 10-14 osób. Ważne jest jednak, aby poświęcić każdemu uczestnikowi odpowiednią uwagę, szczególnie w przypadku większych spotkań.

Częstotliwość spotkań

Pierwsze spotkania odbywają się co drugi lub trzeci dzień, następnie raz w tygodniu przez pierwsze 5-6 tygodni. Niektóre osoby mogą mieć potrzebę utrzymywania kontaktu z doradcą ds. żałoby przez dłuższy czas, nawet do kilku lat, np. za pomocą rozmów telefonicznych, SMS-ów czy e-maili. Częstotliwość kontaktu zależy od indywidualnych potrzeb i okoliczności.

Spotkania z rodzinami, prowadzone przez Maiellen Stensmark, zapewniają wczesne wsparcie osobom, które doświadczyły samobójstwa osoby bliskiej, łagodzą ból i cierpienie dotkniętych żałobą rodzin. Rodziny szukające wsparcia odnajdują Maiellen za pośrednictwem platformy internetowej Stowarzyszenia SPES Blekinge lub poprzez stronę internetową raddaliv.se.

Dowody

Badania wykazują, że wsparcie rodziny w czasie kryzysu może mieć efekt ochronny. Przykładowo, Gruber i in. (2013) stwierdzili, że matki, które otrzymały pomoc od douli podczas ciąży, rzadziej doświadczały komplikacji w czasie ciąży i porodu. Hans i in. (2018) stwierdzili również, że włączenie usług douli do poporodowych programów wizyt domowych może przynieść dodatkowe korzyści zdrowotne dla rodzin. Podobnie, wsparcie zapewniane przez doradcę ds. żałoby po stracie samobójczej może wzmocnić poczucie własnej skuteczności członków rodziny w radzeniu sobie z traumą, efektywnie zmniejszając cierpienie.

Tworzenie bezpiecznej przestrzeni dla mówienia o żałobie

Podczas interwencji po samobójstwie doradca ds. żałoby (F-GF) odwiedza dom rodziny pogrążonej w żałobie, aby zapewnić wsparcie i stworzyć bezpieczne środowisko do wyrażenia żalu i cierpienia. Rodziny w czasie szczerej

rozmowy są zachęcane do dzielenia się swoimi doświadczeniami, emocjami i przemyśleniami, z naciskiem na stopniowe przywracanie aktywności, które lubili przed stratą.

Kontakt z profesjonalistami i osobami osieroconymi przez samobójstwo

Wczesny kontakt z funkcjonariuszami policji, ratownikami medycznymi, lekarzami sądowymi i osobami duchownymi może mieć znaczący wpływ na osoby w żałobie po samobójstwie. Współczujący i kompetentni ratownicy mogą dostarczyć ważnych informacji i pomóc rodzinom w nawiązaniu kontaktu ze specjalistami i innymi osobami w żałobie po samobójstwie, przyczyniając się do wsparcia i poprawienia samopoczucia członków rodzin, którzy mogą czuć się bezradni w zaistniałej sytuacji.

ROZMOWA Z RODZINĄ POGRĄŻONĄ W ŻAŁOBIE: PRZYKŁADY

Miejsce: Pokój, w którym znajduje się pięć osób siedzących wokół stołu (w tekście zamieszczamy zmienione imiona).

→ F-GF (doradca ds. żałoby): *Czy wszyscy jesteśmy obecni? Czy jest ktoś, kto nie mógł uczestniczyć w naszym spotkaniu? Czy ktoś szukał wsparcia, być może u profesjonalisty, po śmierci X?*

→ F-GF (na początku spotkania): *Dzień dobry wszystkim. Nazywam się MS i 21 lat temu straciłam córkę w wyniku samobójstwa. Od kilku lat zapewniam wsparcie rodzinom, które doświadczyły podobnej tragedii. Należy pamiętać, że wszystko, o czym mówimy w tym pokoju, pozostaje poufne. Jak już rozpoczniemy, poproszę, aby Państwo się krótko przedstawili i wyjaśnili swoją relację ze zmarłym. Najpierw chciałabym się jednak upewnić, czy wszyscy są obecni. Czy ktoś poinformował o swojej dzisiejszej nieobecności?*

→ Adam (syn): *Ciocia Zosia nie mogła przyjść. Nie chce się teraz z nikim spotykać.*

→ F-GF: *Rozumiem. Są chwile, kiedy rozmowa i spotkania z innymi nas przerastają. Jednak to może się zmienić. Czy ktoś może skontaktować się z ciocią Zosią lub z kimś jej bliskim, opowiedzieć jej o dzisiejszym spotkaniu i zaprosić na następne?*

→ Adam (syn): *Oczywiście. Mam dobre relacje z ciocią Zosią i nie chcę, żeby była sama ze swoją żałobą.*

(F-GF uważnie słucha każdego uczestnika i czasami zadaje krótkie pytania uzupełniające, dba, aby nie dominować rozmowy).

ETAP 1. PREZENTACJA UCZESTNIKÓW

→ F-GF: *Zacznijmy zatem, pamiętając, że nasze słowa mają duże znaczenie nie tylko dla nas samych, ale także dla wszystkich obecnych na tym spotkaniu. Proszę zacząć od podania swojego imienia, pokrewieństwa/ relacji ze zmarłym (używamy imienia) i powiedzieć, jak Państwo radzą sobie w tym trudnym dla Państwa czasie.*

→ Adam (syn): *Nazywam się Adam, (imię zmarłego) był moim ojcem. Czuję się przytłoczony i brakuje mi słów.*

→ F-GF: *Dziękuję bardzo. Poczucie zagubienia w obliczu tak głębokiej straty jest bardzo częste w żałobie. Co jest dla Pana największym problemem?*

→ Adam (syn): *To, że go już z nami nie ma.*

→ F-GF: *Pani kolej. (F-GF wskazuje na osobę siedzącą obok).*

→ Fiona (córka): *Nazywam się Fiona, (imię zmarłego) był również moim ojcem. Ja też czuję się przytłoczona. Prześladuje mnie pytanie, dlaczego nas opuścił.*

→ F-GF: *Czy może Pani coś więcej powiedzieć nam o uczuciach, których Pani doświadcza?*

→ Fiona (córka): *Jestem smutna, ale też jestem zła, że nas opuścił. Jak mógł podjąć taką decyzję?*

→ F-GF: *Dziękuję bardzo. Często słyszy się, że ofiary osoby, które odebrały sobie życie „wybrały” czy „podjęły decyzję” o zakończeniu swojego życia, ale w rzeczywistości często jest to spowodowane uczuciem beznadziejności lub poczuciem braku możliwości jakiegokolwiek wyboru lub impulsem. Badania pokazują, że czasami, aby zapobiec tragedii, wystarczy przeczekanie okresu, w którym myśli i impulsy samobójcze są najsilniejsze.*

Przechodzimy do następnego uczestnika (F-GF patrzy na kolejną osobę).

→ Jan (ojciec): *Nazywam się Jan, (imię zmarłego) był moim synem. Nie mogę otrząsnąć się ze wspomnienia naszej ostatniej rozmowy. Chciał mnie odwiedzić, ale przełożyłem odwiedziny, bo miałem inne plany. Gdybym tylko go zaprosił, wszystko potoczyłoby się inaczej. Będę musiał z tym żyć do końca życia.*

→ F-GF: *Poczucie winy bardzo często się pojawia w żałobie po samobójstwie. Ponieważ zdajemy sobie sprawę z powagi sytuacji dopiero wtedy, gdy jest już za późno.*

→ Jan (ojciec): *Dokładnie tak się czuję.*

→ F-GF: Wielu z nas zmaga się z poczuciem winy po samobójstwie ukochanej osoby, zastanawiając się, czy mogliśmy zrobić więcej, aby temu zapobiec. Posłuchajmy kolejnego uczestnika.

→ Ada (żona): Nazywam się Ada, (imię zmarłego) był moim mężem. Ja również mam poczucie winy, przez naszą ostatnią kłótnię. Kłóciliśmy się w ostatnich tygodniach przed jego śmiercią.

→ F-GF: Dziękuję za podzielenie się swoimi przemyśleniami. Rozmowa o takich emocjach jest trudna, ale niezbędna, aby poradzić sobie z żałobą i znaleźć ukojenie we wzajemnym wsparciu.

→ F-GF: Ważne jest, aby starać się wyrażać swoje uczucia i myśli, ponieważ, gdy o nich mówimy zmieniają one swoją intensywność. Dzielenie się nimi może zmniejszyć ich ciężar i przypomnieć nam, że nie jesteśmy sami w naszych zmaganiach. Zanim przejdziemy dalej, czy ktoś z Państwa chciałby się podzielić przemyśleniami na ten temat?

→ Ada (żona): Tak, obawiam się powiedzieć kolegom w pracy, jaka była przyczyna śmierci mojego męża. Czy powinien im powiedzieć o samobójstwie? Boję się, że będą mnie obwiniać?

→ F-GF: Pani obawy są uzasadnione. (F-GF zwraca się do grupy) W jaki sposób możemy powiedzieć o naszej stracie przyjaciołom lub współpracownikom?

→ Adam (syn): Myślę, że szczerość jest niezbędna. Ja już o tym rozmawiałem w pracy. Nawet niektóre osoby oferowały mi wsparcie, ale inni nie wiedzieli, jak zareagować.

→ F-GF: Dokładnie tak. Dzielenie się naszymi doświadczeniami może prowadzić do zrozumienia i wsparcia w pracy czy w szkole, ale reakcje mogą być bardzo różne i warto się na to przygotować.

→ F-GF: Dziękuję wszystkim za podzielenie się swoimi przemyśleniami. Ważne jest, aby kontynuować tę rozmowę, gdyż nasze uczucia ewoluują. Kiedy emocje stają się przytłaczające, przynieść ulgę może dzielenie się przeżyciami, albo można skupić się na oddychaniu. Ćwiczenia oddechowe są szczególnie skuteczne w radzeniu sobie z niepokojem. Wypróbujmy prostą technikę: połóżmy dłoń na brzuchu, a teraz robimy wdech na trzy, przytrzymajmy powietrze przez trzy, cztery, pięć, a następnie robimy wydech na sześć. Pamiętajmy, że nie jesteśmy sami ze swoimi problemami, chociaż często mamy dokładnie takie odczucie. (F-GF demonstruje ćwiczenie oddechowe.).

Komentarz dla doradcy ds. żałoby w rodzinie: Wprowadzenie ma na celu zbudowanie przestrzeni porozumienia, uspokojenie uczestników spotkania, że ich uczucia są akceptowane i wzmocnienie więzi w grupie dotkniętej stratą w wyniku samobójstwa. Każdy uczestnik ma możliwość podzielenia się swoimi odczuciami, co przyczynia się do utworzenia wspierającego środowiska.

ETAP 2. PYTANIA DOTYCZĄCE SNU

→ F-GF: Porozmawiamy teraz o śnie, podstawowej potrzebie często pomijanej w czasie ekstremalnego stresu. Czy ktoś z Państwa był w stanie normalnie spać od czasu śmierci X (imię zmarłego)?

→ Adam (syn): Łatwiej jest mi się czymś zająć w ciągu dnia, ale już wieczory są dla mnie trudne. Noce są jeszcze trudniejsze, mam problem ze snem.

→ F-GF (zwracając się do kolejnej osoby): A Pani?

→ Fiona (córką): Dużo śpię i mam koszmary. Śniło mi się nawet, że rozmawiałam z tatą, ale nie pamiętam szczegółów.

→ Jan (ojciec): A ja cały czas śpię, po 12-14 godzin i wstaję niewyspany. Czuję się ciągle zmęczony, nie mogę się skupić.

→ Ada (żona): Budzę się wiele razy w nocy, pochłonięta myślami o tym, co się stało.

→ F-GF: Dziękuję za podzielenie się. Niektóre osoby mają problemy ze snem. Mam sugestię, która może pomóc. Pociuszające jest to, że można sobie z tym poradzić. Gdy w domu jest inna osoba, którą kochamy, np. mama czy dziadek, może to złagodzić uczucie samotności, które często towarzyszy stracie. Wzmacnia to też poczucie bezpieczeństwa, że członkowie rodziny są w pobliżu, wspierają nas swoją obecnością.

→ Ada (żona): To całkiem dobry pomysł. Możecie zostać w domu na noc.

→ Adam (syn): Z chęcią pomieszkać w domu kilka nocy.

→ Fiona (córką): Mogę zostać na noc lub dwie.. Możesz też częściej kontaktować się ze mną przez telefon.

→ F-GF: Doskonale. Świadomość, że Pani (imię żony zmarłego) będzie miała towarzystwo podczas tych pierwszych nocy może nawet skutkować spokojniejszym snem. Czy ma Pani kogoś, do kogo może zadzwonić po wsparcie lub towarzystwo podczas bezsennych nocy?

→ Ada (żona): Tak, mam bliską przyjaciółkę. Rozmawiamy o wszystkim.

→ F-GF: Cieszę się, że jesteście gotowi wzajemnie się wspierać. Poczucie bezpieczeństwa i wsparcie pomaga przezwyciężać najtrudniejsze pierwsze dni i może ułatwić nam zasypianie, a sen jest nam niezbędny.

Komentarz dla rodzinnego doradcy ds. żałoby: Rozwiązywanie problemów ze snem ma kluczowe znaczenie, ponie-

waż są one powszechne po traumatycznej stracie i mogą stać się chronicznym problemem, jeśli nie zostaną szybko rozwiązane. Zachęcanie do bycia w domu w nocy, dla poprawy poczucia bezpieczeństwa podczas snu i udzielanie sobie wzajemnego wsparcia w rodzinie to skuteczne strategie radzenia sobie. W przypadku par, małżonków lub dzieci doradca może zasugerować poszukiwanie fizycznego komfortu – przytulanie się, ponieważ wzmacnia to poczucie bezpieczeństwa.

ETAP 3. PYTANIA DOTYCZĄCE NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH

→ F-GF: Skupmy się teraz na nawykach żywieniowych, często zaniedbywanych pod wpływem stresu. Jaki Pani ma apetyt? Czy jadła Pani dzisiaj?

→ Ada (żona): Nie, nie mam ochoty na jedzenie. Nie mam też energii, by przygotować posiłek.

→ Jan (ojciec): Nie mam apetytu, ale staram się jeść coś z fast fooda.

→ F-GF (zwracając się do syna zmarłego): A jak to wygląda u Pana?

→ Adam (syn): U mnie podobnie. Zupełnie nie mam apetytu.

→ F-GF: Zazwyczaj je Pani sama czy razem z kimś?

→ P4: Kiedyś gotowałam i jadłam razem z mężem. Ale teraz gotowanie nie wydaje mi się potrzebne.

→ F-GF: A gdyby ktoś przyniósł Pani jedzenie, czy zjadłaby je Pani razem z nim?

→ Ada (żona): Nie wiem. Nie jestem pewna.

→ F-GF: Kto z Państwa mógłby pomóc w przygotowywaniu posiłków w najbliższym dniach?

→ Fiona (córka): Mogę pomóc w gotowaniu. Jedzenie razem jest o wiele przyjemniejsze niż jedzenie w pojedynkę. Możemy się dogadać.

→ F-GF: Czy ktoś z Państwa lubi gotować?

→ Fiona (córka): Ja lubię.

→ Ada (żona): Kiedyś też to lubiłam, ale od jego śmierci w ogóle nie mam ochoty gotować.

→ F-GF: A co z piciem płynów? Często zapominamy o tym jak ważne jest dobre nawodnienie organizmu. Picie jest równie ważne co jedzenie i sen w stresujących momentach naszego życia.

→ Adam (syn): Piję co najmniej 1-1,5 litra herbaty i soku dziennie.

→ Ada (żona): Ja też.

→ Jan (ojciec): Ja też. Zaczynam dzień od kawy, a potem piję wodę lub sok.

→ Fiona (córka): Kiedy wspomniała Pani o piciu, pomyślałam o moim kuzynie, który pije zbyt dużo alkoholu, zwłaszcza teraz, gdy nasz tata zmarł.

→ F-GF: Prawidłowe odżywianie i picie, nawet podczas żałoby, ma kluczowe znaczenie. Jak wspomniała Fiona, niektórzy mogą sięgać po alkohol, aby sobie poradzić z żałobą, co jest ryzykowne. Utrzymywanie zdrowych nawyków i wzajemne wspieranie się w tym czasie jest niezbędne. Proponuję zaprosić kuzyna na nasze następne spotkanie, aby omówić tę kwestię. Co Państwo o tym sądzą?

→ Fiona (córka): To świetny pomysł. Porozmawiam z nim o tym.

→ F-GF: Wspaniale! Cieszę się widząc wsparcie, jakie sobie Państwo nawzajem okazujecie. Pamiętajmy, że odpowiednie jedzenie i picie, nawet proste posiłki, są niezbędne dla dobrego samopoczucia fizycznego i emocjonalnego.

Komentarz dla rodzinnego doradcy ds. żałoby: Skupienie się na codziennej rutynie, jak jedzenie, picie, spanie, pomaga przekierować uwagę z żałoby na codzienne czynności. Podkreślenie znaczenia rutynowych codziennych czynności powinno wzmocnić pogrążonych w żałobie, pomagając im w powrocie do rzeczywistości po stracie. Rozpoczęcie rozmowy od przypomnienia o życiowych czynnościach podkreśla znaczenie dbania o siebie w trudnych momentach.

ETAP 4. PYTANIA DOTYCZĄCE ZAINTERESOWAŃ I HOBBY

→ F-GF: Sen, picie i jedzenie są niezbędne, podobnie jak zainteresowania i hobby. Czy ktoś z Państwa ma jakieś szczególne zainteresowanie lub hobby?

→ Ada (żona): Tak, ale nie chodzę na siłownię odkąd zmarł mój mąż.

→ F-GF: A Pani?

→ Fiona (córka): Nigdy nie miałam żadnych konkretnych zainteresowań. Skupiam się na pracy i rodzinie.

→ Jan (ojciec): Mam psa, więc spaceruję z nim 3-4 razy dziennie.

→ Adam (syn): Kiedyś lubiłem pływać, ale dawno tego nie robiłem.

→ F-GF: Dlaczego nie chodziła Pani na siłownię od śmierci męża?

- Ada (żona): Nie chciałam nikogo widzieć.
- F-GF: Czy rozmawiała Pani o swojej żałobie z koleżankami?
- Ada (żona): Nie.
- F-GF: Więc nie była Pani w stanie znaleźć u nich wsparcia? Gdyby wiedziały, jak się Pani czuje, mogłaby Pani z nimi porozmawiać. Bardzo ważny jest powrót do naszych zainteresowań, chociaż nierzadko wydaje się to nieistotne. To element dbania o siebie i swoją kondycję psychiczną i fizyczną. Najlepiej byłoby to zrobić jak najszybciej. Chodzenie na siłownię, spacer, spotkania z przyjaciółmi czy gra na pianinie (lub inne hobby) może pomóc nam wypełnić czas czymś, co sprawiało nam przyjemność przed śmiercią (imię). Pomagało nam to wtedy radzić sobie ze stresem, a teraz jest niezbędne do radzenia sobie ze stratą i towarzyszącymi jej uczuciami i myślami. Musimy odzyskać jak najwięcej radości z czynności, które sprawiały nam przyjemność, zanim smutek, żal i cierpienie przejęły nad nami kontrolę.
- Ada (żona): Zawsze czułam się lepiej po pobycie na siłowni. Siłownia pomaga mi się zrelaksować.
- F-GF: Wznowienie ćwiczeń może znacząco poprawić samopoczucie. Potrzebuje Pani więcej energii. Może obawia się Pani znajomych? Obawia się Pani, że będą pytać?
- Ada (żona): Tak. Jedno i drugie.
- F-GF: To zupełnie naturalne, że czujemy się zaniepokojeni tym, co inni o nas wiedzą i jak nas oceniają.
- Ada (żona): Nie chodzę na siłownię, aby uniknąć pytań. Widzę, że ludzie nie wiedzą, jak ze mną rozmawiać. Dziwnie się zachowują.
- F-GF: Pomocne może być wcześniejsze przygotowanie odpowiedzi na ich pytania lub pójście z kimś, kto może Panią wesprze.
- Ada (żona): Tak, zrobiłam to już raz. Mogę spróbować jeszcze raz.
- F-GF: Doskonale! A co z Panią? Czy potrafi Pani znaleźć aktywność, która pomoże Pani poradzić sobie z emocjami? Pływanie? Spacer? Siłownia? Cokolwiek innego?
- Fiona (córka): Nie wiem. Moja praca i rodzina zajmują mi dużo czasu.
- Jan (syn): A ja mógłbym znowu zacząć pływać. Kiedyś mnie to relaksowało.
- F-GF: W porządku. Zatem zapytam Państwa następnym razem, czy udało się Wam podjąć jakąś odświeżającą aktywność. Może się wydawać to mało istotne, a ma to znaczący wpływ na przekierowanie uwagi na zdrowszy styl życia.

Komentarz dla doradcy rodzinnego ds. żałoby: Skupienie się na zainteresowaniach i hobby może zapewnić pożądane odwrócenie uwagi od żałoby/ utraty i pomóc w ustaleniu priorytetów i działań zorientowanych na życie w celu powrotu do formy sprzed utraty. Rolą doradcy rodzinnego ds. żałoby jest podkreślenie znaczenia tych aktywności.

ETAP 5. SŁUCHAMY, AKCEPTUJEMY EMOCJE

- F-GF: Ponieważ zbliżamy się do końca naszego spotkania, chciałabym usłyszeć Państwa przemyślenia na temat naszej dyskusji i czy są Państwo zainteresowani ponownym spotkaniem za kilka dni.
- Adam (syn): Tak, początkowo nie rozumiałem, dlaczego rozmawialiśmy o jedzeniu i spaniu, ale teraz widzę, jak ważne są one w trudnych momentach.
- Fiona (córka): Dla mnie najważniejszym aspektem było omówienie naszych uczuć.
- Jan (ojciec): Dla mnie cenna była możliwość szczerej rozmowy.
- Ada (żona): Dziękuję. Tak, to spotkanie bardzo mi pomogło. Może ponownie spotkamy się w piątek?
- F-GF (zamykając spotkanie): Być może czuli się Państwo dziwnie odpowiadając na moje pytania po raz pierwszy, ale z każdym spotkaniem będziemy bardziej oswojeni z sytuacją. Możemy spotykać się tak długo, jak będzie to dla Państwa korzystne. Postaram się Państwa wspierać, pytając o uczucia i wskazać Wam narzędzia, które pomogły mi i innym. Mam nadzieję, że Państwo również poczną, że to jest pomocne. Ma to być okazja do podzielenia się doświadczeniami, jak sobie radzić z niepokojącymi myślami i intensywnymi emocjami. Osoby (ciocia i wujek), o których mówiliśmy, mogą dołączyć do nas już w piątek. Bardzo mi zależy na naszym kolejnym spotkaniu.

AKCEPTOWANIE REAKCJI W ŻAŁOBIE

Podsumowując wkład uczestnika, rodzinny doradca ds. żałoby może powiedzieć np.:

- ▶ Wiele osób, które doświadczyły samobójstwa osoby bliskiej, doświadcza podobnych uczuć.
- ▶ Starajmy się nie myśleć o tym, jak postrzegają nas inni; takie zmartwienia mogą powodować niepotrzebny stres. Potrzebujemy teraz przede wszystkim złagodzenia stresu.

- ▶ Kluczowe znaczenie ma wyrażanie i omawianie różnych aspektów żałoby, niezależnie od tego, jak niewygodne mogą się nam wydawać podejmowane tematy.
- ▶ Wszystko, co zostało omówione, nawet najdrobniejsze szczegóły, jest ważne dla powrotu do zdrowia po traumie.
- ▶ Pamiętajmy, że doświadczanie różnych emocji jest naturalne i normalne, natomiast jeśli pozostaną niewyrażone, mogą wyrządzić krzywdę. Ważne jest, aby wyrażać swoje emocje w obecności osób, którym możemy zaufać.

Rodzinny doradca ds. żałoby może również zwrócić się do milczącego uczestnika, mówiąc:

- ▶ Nie mówił Pan dzisiaj zbyt wiele. Czuje Pan, że to nie ma sensu? A może obawia się Pan zranienia kogoś swoimi słowami? A może czuje się Pan dziwnie wyrażając swoje uczucia.
- ▶ Każdy wkład w nasze spotkania, bez względu na to, jak mały, jest cenny na drodze do wyzdrowienia.
- ▶ Wybór milczenia nie jest problemem, czasami potrzebujemy pomilczeć, ale zupełne zamknięcie się może skomplikować nasze wysiłki na rzecz wsparcia.

Często milcząca osoba zaczyna mówić później lub na kolejnym spotkaniu, zwłaszcza gdy inni dzielą się swoimi przemyśleniami. Niektóre osoby potrzebują więcej czasu, aby się otworzyć lub mogą wahać się przed otwartym wyrażeniem siebie. Oswajanie się z sytuacją i poczucie bezpieczeństwa mogą zachęcić do uczestnictwa w rozmowie. Często, gdy jedna osoba dzieli się swoimi przeżyciami, inne idąc w jej ślady, stopniowo się otwierają.

Podsumowanie

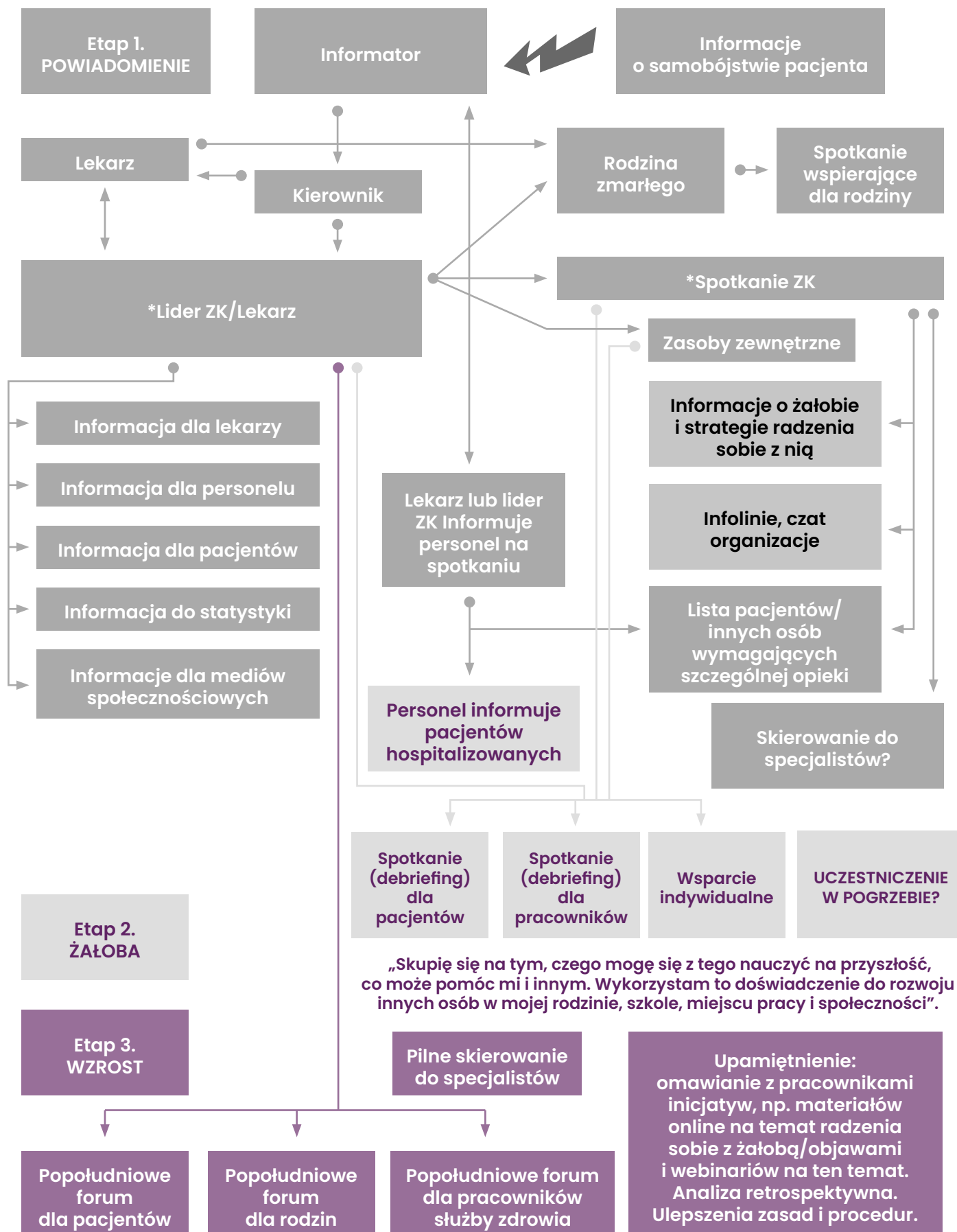
Postwencja Rodzinna Blekinge (ang. Blekinge Family Postvention – BFP) daje nadzieję rodzinom zmagającym się z następstwami samobójstwa bliskiej osoby. BFP oferuje krótkoterminowe intensywne wsparcie dla osób w żałobie po samobójstwie, mające na celu złagodzenie długoterminowych konsekwencji żałoby; jednocześnie umożliwia rodzinom odbudowania swojego życia po traumie.

Poprzez budzące nadzieję rozmowy, praktyczną pomoc i pełne współczucia wskazówki BFP – budując poczucie wspólnoty – tworzy bezpieczną przestrzeń dla rodzin dla dzielenia się uczuciami związanymi z żałobą.



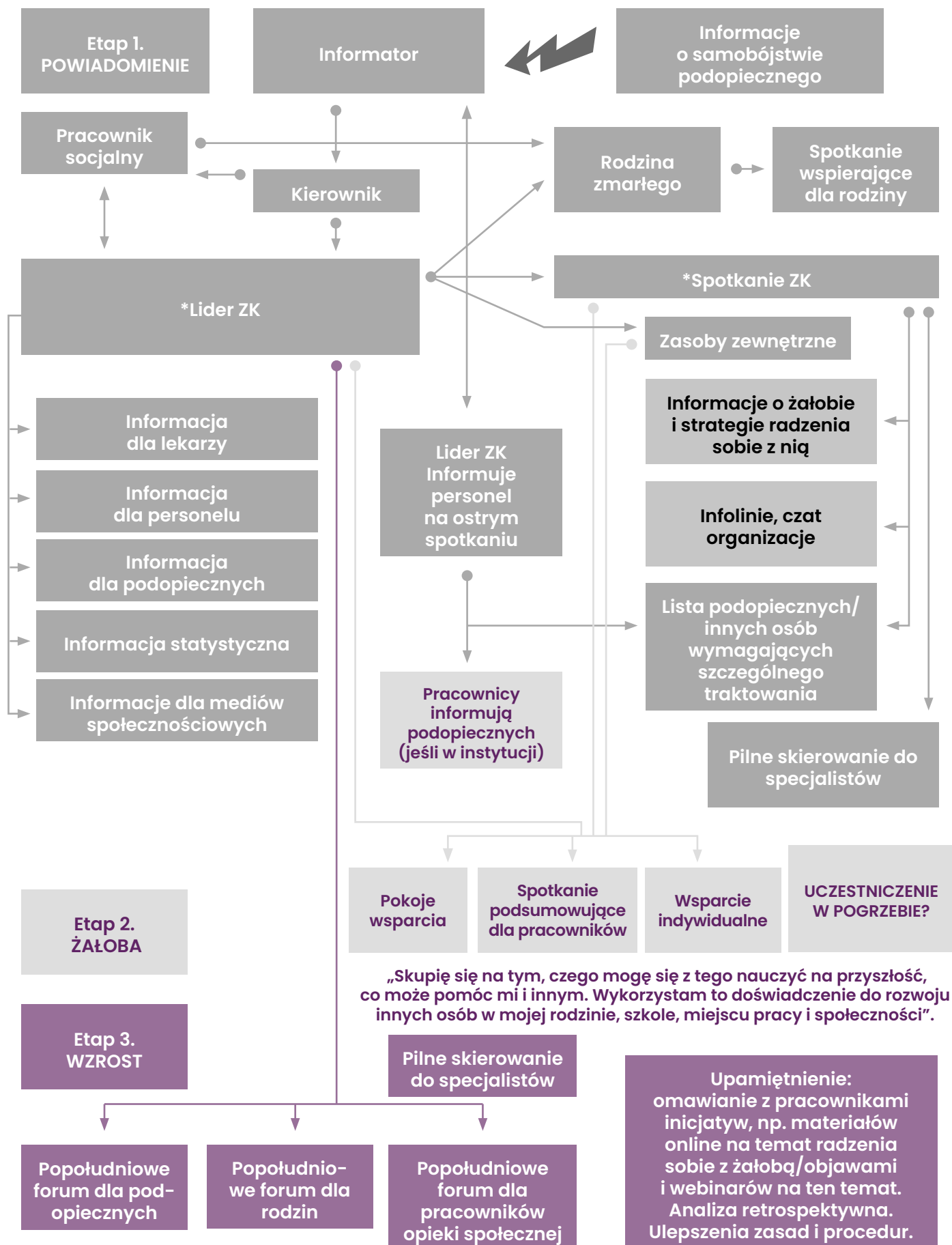
ZAŁĄCZNIK 6 D

Schemat procedury postwencyjnej: **opieka zdrowotna**



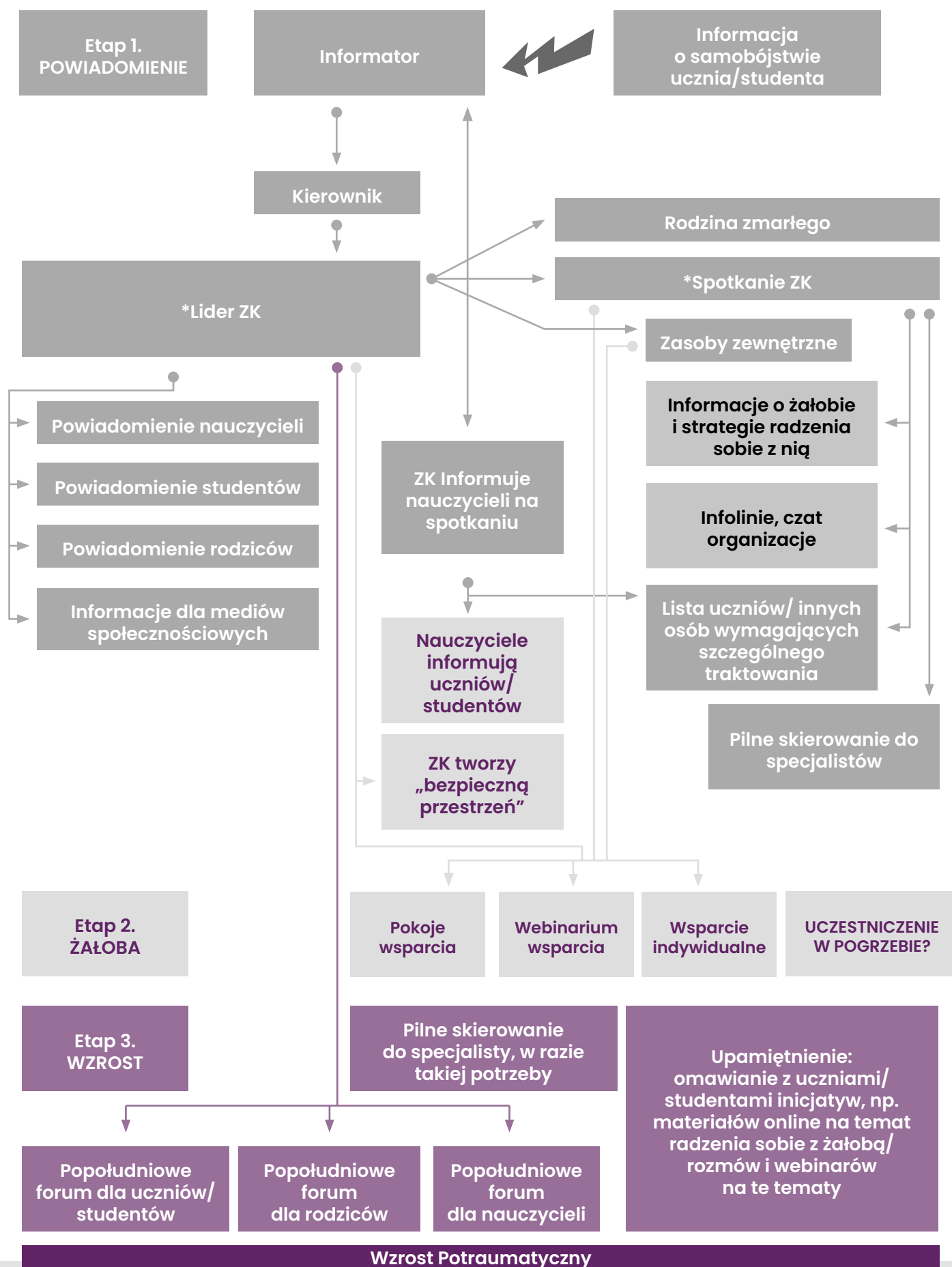
ZAŁĄCZNIK 7 E

Schemat procedury postwencyjnej: **opieka społeczna**



ZAŁĄCZNIK 8 F (1)

Schemat procedury postwencyjnej: placówki edukacyjne



ZAŁĄCZNIK 8 F (2)

ZMIENIAJĄCE SIĘ NARRACJE: EDUKACJA INTERDYSCYPLINARNA W AKCJI ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM

Lekarze, psychologowie, pielęgniarki, pracownicy socjalni, menedżerowie zdrowia publicznego, menedżerowie, policja, strażacy, ratownicy, dziennikarze, księża, nauczyciele, wolontariusze, pracownicy sądów, wojskowi itp.



Etap 6. Rozwój (wyniki, informacje zwrotne, jakość i opłacalność)

Wyzwania:

1. brak protokołów w pracy i brak programów obejmujących zapobieganie samobójstwom/postwencję w placówkach edukacyjnych,
2. nieodpowiednie postawy, nawyki i nieświadomość potrzeby edukacji w zakresie zapobiegania samobójstwom,
3. niezdolność do uczenia się na podstawie doświadczeń i niesłuchanie uczniów/studentów, absolwentów i profesjonalistów,
4. niedofinansowane i brak badań naukowych, brak dostosowywania procedur do potrzeb.

ZAŁĄCZNIK 9

Leczenie ran fizycznych i „emocjonalnych”

Etap 1. POWIADOMIENIE

Celem tego etapu jest dostosowanie zasad powiadamiania do sytuacji w celu redukcji stresu.

Zmiana narracji zmniejsza intensywność trudnych emocji, a to pomaga kontrolować działania, zmniejszając samookaleczenia i szkodliwe działania. Nasz system wsparcia obejmuje empatycznego „przewodnika”, który dzięki szerokiej gamie zasobów, może pomóc ci zrozumieć, co robić dalej i jak poruszać się po różnych etapach żałoby, w tym zaprzeczaniu, złości, targowaniu się, depresji i akceptacji.

Z biologicznego punktu widzenia, najpierw pojawia się ostra reakcja na stres (zwiększenie Noradrenaliny i Adrenaliny), reakcja zapalna (aktywacja układu podwzgórze-przysadka-nadnercza), a następnie dochodzi do aktywacji układu parasympatycznego i redukcji procesu zapalnego.

Etap 2. ŻAŁOBA

Celem tego etapu jest ułatwienie wyrażania poczucia winy, wstydu, złości, niepokoju, bólu, szoku i smutku.

Zmiana narracji zmniejsza intensywność trudnych emocji, a to pomaga kontrolować działania, zmniejszając ryzyko samouszkodzeń i szkodliwe działania.

Z biologicznego punktu widzenia hormon oksytocyna odgrywa kluczową rolę w naszym przywiązaniu zarówno do pozytywnych, jak i negatywnych działań. Może to powodować zwiększony niepokój i agresję, jeśli więzi zostaną zerwane.

Przykład. W kontekście żałoby oksytocyna może pomóc nam w tworzeniu więzi ze wspierającymi zasobami, takimi jak empatyczny „przewodnik” lub dostęp do informacji na temat żałoby i etapów wzrostu, które mogą pomóc w procesie leczenia.

Etap 3. WZROST

Celem tego etapu jest wzrost potraumatyczny i zmniejszenia ryzyka zaburzeń psychicznych.

Zmiana narracji przenosi uwagę z traumy i emocji związanych z żałobą, zmniejszając ryzyko samouszkodzeń, zwiększając rozwój kluczowych umiejętności radzenia sobie.

Z biologicznego punktu widzenia faza przemodelowania wiąże się ze wzrostem dopaminy i endorfin. Pomaga w rozwoju „uzależnienia” od pozytywnych aspektów radzenia sobie (w tym skuteczniejszego pomagania innym w podobnych sytuacjach) i zmniejsza rozwój uzależnienia od samouszkodzania się/niezdrowych strategii radzenia sobie. Próba „przełączenia się” na inne korzystniejsze strategie radzenia sobie może skutkować objawami „abstynencji” i okresowego pogorszenia samopoczucia i funkcjonowania. To sprawia, że często tkwimy w niezdrowych schematach, nie będąc w stanie zastąpić ich bardziej funkcjonalnymi.

Przykłady: nawiązanie dobrego kontaktu z wewnętrznym empatycznym „przewodnikiem”, który wspiera Cię na każdym kroku, oferuje Ci dostęp do zasobów na temat tego, co robić dalej, aby osiągnąć korzyści związane ze wzrostem pourazowym.

RECENZJE



Profesor dr hab. Agnieszka Gmitrowicz, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego oraz przewodnicząca Zespołu ds. Zapobiegania Samobójstwom i Depresji przy Radzie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia; współtwórczyni polskiego programu profilaktyki zachowań samobójczych, opisanego w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025; autorka i współautorka licznych publikacji na temat zapobiegania samobójstwom.

Recenzowana publikacja „ELLIPSE Postvention Handbook” autorstwa A. Baran, T. Milewicz, M. Stensmark i „Kurs Postwencji ELLIPSE” (e-kurs na platformie edukacyjnej Navoica.pl), powstałe w ramach szwedzko-polskiego projektu współfinansowanego przez Unię Europejską omawiają często traktowane marginalnie – a jednak bardzo istotne – zagadnienia dotyczące postwencji, czyli postępowania po nagłym zgonie samobójczym w celu prewencji samobójstw. W przestrzeni publicznej samobójstwo jest zjawiskiem bardzo trudnym. Śmierć kogoś bliskiego/ znanego w tragicznych okolicznościach jest ogromnym obciążeniem emocjonalnym dla otoczenia, wywołuje poczucie winy, zagubienia i ból, wynikający ze straty; wszystko to może przyczynić się do kolejnej tragedii. Dlatego zagadnienie udzielenia wsparcia ludziom osieroconym, rodzinom, osobom z najbliższego otoczenia ofiary samobójstwa jest kluczowe w zapobieganiu kolejnym tragediom.

Wyniki recenzowanych prac są nie tylko wartościowym merytorycznie źródłem informacji w zakresie postwencji, ale także znakomitym przykładem spójnego, metodologicznie poprawnego i efektywnego sposobu edukacji. Praca naukowa napisana jest zrozumiałym językiem, wzbogaconym o przekaz wizualny (ilustracje), adekwatny do treści.

Omawiany podręcznik zawiera 6 modułów, z których każdy zaczyna się od istotnych pytań, konfrontujących czytelnika/ uczestnika kursu/ szkolenia z problemem, wskazując na zakres posiadanej wiedzy lub jej brak. Pierwsze dwa moduły podręcznika zawierają omówienie podstawowych zagadnień ogólnych nt. żałoby po zgonie z przyczyn naturalnych i śmierci samobójczej. Dodatkowe ich walory to opisy przypadków oraz załączony „Plan bezpieczeństwa” oraz bibliografia aktualnych wysoko punktowanych publikacji. W trzecim module zaprezentowane są różne formy wsparcia dla osób doświadczających żałoby po nagłej samobójczej śmierci w bliskim otoczeniu. Następne moduły przeznaczone są dla osób mających styczność z nagłymi zgonami samobójczymi z racji wykonywanego zawodu – dla pracowników służby zdrowia, opieki społecznej oraz edukacji. Każdy z modułów uzupełniony jest ważnymi załącznikami i może być traktowany jako odrębna całość. Należy podkreślić prewencyjny i uniwersalny charakter prezentowanych technik/ metod radzenia sobie z utratą. Ponadto autorzy publikacji dają możliwość sprawdzenia i utrwalenia nabywanej wiedzy poprzez testowe pytania kontrolne, zamieszczone na końcu każdego rozdziału; w dalszej części podano także poprawne odpowiedzi.

Wnioski końcowe:

- ▶ omawiana książka/ poradnik i e-kurs ma wysoką wartość praktyczną
- ▶ pod względem merytorycznym stanowi zwięzłe podsumowanie aktualnej wiedzy w zakresie postwencji
- ▶ może stanowić uzupełnienie lektur w programach nauczania przeddyplomowego studentów: medycyny, pedagogiki, psychologii, socjologii oraz podyplomowego lekarzy, pielęgniarek, psychologów, nauczycieli szkolnych i akademickich, pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych
- ▶ jest ważnym źródłem praktycznej wiedzy na temat radzenia sobie z żałobą po utracie osoby bliskiej z powodów naturalnych oraz powikłaną żałobą po nagłej samobójczej śmierci
- ▶ publikacja stanowi kompendium wiedzy na temat samobójstwa i jego konsekwencji dla pracowników służby zdrowia, opieki społecznej oraz edukacji – sektorów, na których funkcjonowanie samobójcza śmierć może istotnie wpłynąć.



Dr Regina Seibl, specjalistka w zakresie zdrowia psychicznego i ekspertka w dziedzinie postwencji po samobójstwie; pracowała jako doradca do spraw żałoby z grupami wsparcia dla osób po stracie samobójczej przez okres 15 lat, od 2002 roku współpracując z Pro mente tirol, organizacją zajmującą się zdrowiem psychicznym w Innsbrucku, w Austrii, a od 2016 roku zapewniającą także wsparcie postwencyjne dla pracowników służby zdrowia po samobójstwie pacjenta; członek panelu SUPRA (SUicide PREvention Austria) oraz przewodnicząca grupy roboczej SUPRA ds. postwencji; trenerka rodzin i terapeutów w zakresie postwencji po samobójstwie, wyszkoliła około 500 specjalistów zdrowia psychicznego w zakresie postwencji.

Utrata bliskiej osoby w wyniku samobójstwa to doświadczenie bardzo bolesne, niezwykle trudne i potencjalnie traumatyczne dla osób pozostających w żałobie po stracie, których ból często bywa dodatkowo potęgowany przez obecność stygmatyzacji i wstydu związanego z samobójstwem oraz przez głęboki brak zrozumienia żałoby po samobójstwie w społeczeństwie. Podręcznik Postwencji ELLIPSE został stworzony z jasnym zamiarem, aby znacząco poprawić tę sytuację. Dlatego napisano go współczującym językiem, prostym i łatwym do zrozumienia. Znamienne, że ten wszechstronny pełen informacji podręcznik przyczynia się do przełamywania stygmatyzacji, rzuca światło na złożoność i różne aspekty żałoby po samobójstwie oraz zwiększa świadomość na temat tego, kto może być dotknięty bolesnymi skutkami samobójstwa; obejmując zasięgiem wsparcia rodziny, przyjaciół, środowiska zdrowia psychicznego oraz placówki szkolne. Książka przedstawia przydatne rozwiązania postwencyjne w różnych kontekstach. Podręcznik jest tak starannie i przemyślane skomponowany, że stanowi niezwykle wartościową pozycję dla osób, które straciły bliskich w wyniku samobójstwa, oraz dla tych, którzy się nimi opiekują, jak również dla osób zawodowo zajmujących się zdrowiem psychicznym, w tym tych, którzy doświadczyli straty pacjenta/ podopiecznego w wyniku samobójstwa. Podręcznik postwencji ma na celu wsparcie i zachęcenie osób w żałobie po stracie samobójczej do dbania o siebie, skorzystania, gdy to konieczne, z oferowanej pomocy, przepracowania żałoby, aby doprowadzić do wzrostu po traumie, sięgania po wsparcie, gdy tylko jest to konieczne, a przede wszystkim – do tego, aby nigdy nie tracić nadziei.

PODZIĘKOWANIA

Chcielibyśmy wyrazić naszą wdzięczność dla konsultantów z Tragedy Assistance Program for Survivors (TAPS) za zrecenzowanie podręcznika „ELLIPSE Postvention Handbook” i za wszelkie cenne uwagi.

Szczególne podziękowania kierujemy do Cecilii Gamme, specjalistki ds. zdrowia publicznego i koordynatorki ds. zapobiegania samobójstwom w Regionie Kalmar, oraz do Daniela Abrahamssona z Kommunförbundet Kalmar län za udostępnienie i podzielenie się swoją pracą nad Programem Wsparcia Postwencyjnego w Regionie Kalmar w Szwecji.



