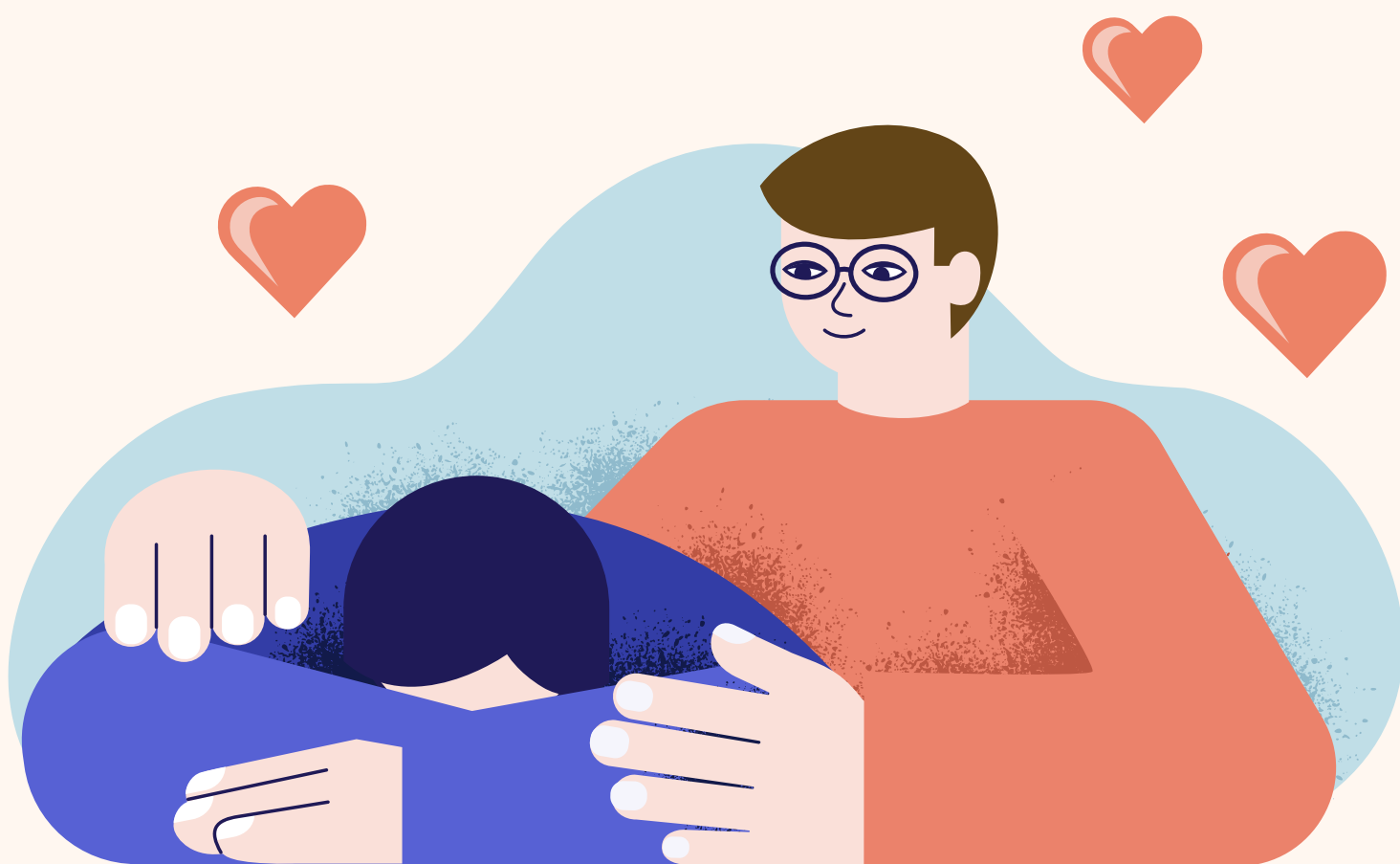


Jak wspierać dziecko w depresji i kryzysie samobójczym



Poradnik dla rodziców

przygotowany przez Fundację Zobacz...JESTEM

Każde dziecko i każdy nastolatek przeżywa chwile smutku, złości czy zniechęcenia. Są one naturalną częścią rozwoju emocjonalnego i reakcją codzienne trudności. Nie każdy gorszy nastrój oznacza depresję. Depresja to poważne zaburzenie zdrowia psychicznego, które wymaga profesjonalnej pomocy. Kluczowe dla życia i zdrowia młodej osoby jest umiejętne rozróżnienie tych dwóch stanów.

Dlaczego o tym TRZEBA WIEDZIEĆ?

Badania pokazują, że depresja dotyka:

- około 1% dzieci w wieku przedszkolnym,
- 2-4% dzieci w wieku 6-12 lat,
- nawet do 20% nastolatków.

Mało osób zdaje sobie sprawę, że depresja może występować także u bardzo małych dzieci (0-3 lata). Objawy różnią się od tych obserwowanych u dorosłych i często są trudniejsze do zauważenia. Mogą być to m.in. uporczywy smutek, brak zainteresowania zabawą, drażliwość, problemy ze snem i apetytem, lub nadmierny lęk separacyjny czy agresja wobec siebie i innych. W tak wczesnym wieku do diagnozy wykorzystuje się specjalne narzędzia, takie jak klasyfikacja DC:0-5™, która uwzględnia nie tylko zachowanie dziecka, ale też jego rozwój, relacje z opiekunami i sytuację rodzinną.

Sygnaly alarmujące, które powinny skłonić rodziców do konsultacji, to m.in.:

- brak kontaktu wzrokowego lub uśmiechu społecznego,
- brak gaworzenia czy reagowania imię,
- nagła utrata wcześniej zdobytych umiejętności,
- także nasilona drażliwość,
- wycofanie,
- utrwalone problemy ze snem i jedzeniem.

W dzieciństwie depresja występuje równie często u chłopców i dziewczynek, w okresie dojrzewania choruje już dwukrotnie więcej dziewcząt.

Depresja jest wynikiem złożonego splotu predyspozycji biologicznych, cech psychicznych i doświadczeń życiowych. Nie ma jednej przyczyny. Najczęściej rozwija się u styku indywidualnej podatności biologicznej i stresu środowiskowego.

Ważne: Diagnoza nie jest etykietą – jest to narzędzie, które pozwala dobrać najlepsze formy terapii i wsparcia. Jest przede wszystkim potrzebna, aby móc wdrożyć odpowiednie leczenie.

Jak rozpoznać depresję?

Aby mówić o epizodzie depresji, musi pojawić się 5 z 9 wymienionych poniżej objawów. Objawy te muszą trwać co najmniej dwa tygodnie, pojawiać się przez większość dnia, powodować cierpienie, utrudniać codzienne funkcjonowanie dziecka i/lub objawy są widoczne dla innych.

Kluczowe dla postawienia diagnozy jest pojawienie się co najmniej jednego z dwóch objawów podstawowych:

- obniżony nastrój (u dzieci może to być drażliwość) i/lub utrata zainteresowań lub zdolności odczuwania przyjemności.
- Widoczny spadek lub przyrost masy ciała
- Nadmierna senność lub bezsenność
- Obniżenie napędu psychoruchowego
- Znacząco wzmożona lub obniżona aktywność
- Poczucie beznadziei, pustki lub nieuzasadnione poczucie winy
- Zaburzenia koncentracji
- Myśli, plany i próby samobójcze

Obniżony nastrój to np.:

- trudny do pokonania smutek,
- przygnębienie,
- poczucie, że życie straciło urok,
- anhedonia – utrata zdolności do odczuwania przyjemności i cieszenia się rzeczami, które kiedyś sprawiały przyjemność (często rezygnacja z zainteresowań),
- zubożenie depresyjne
- u wielu dzieci zamiast smutku dominuje drażliwość!! – wybuchy złości, napięcie i frustracja (nastrój dysforyczny)

Obniżenie napędu psychoruchowego to np.:

- stałe uczucie zmęczenia,
- szybka utrata energii poprzez wykonywane czynności,
- trudności z rozpoczęciem dnia (wstanie z łóżka może być bardzo trudne),
- spowolnienie myślenia i tempa wypowiedzi,
- poczucie obniżonej sprawności intelektualnej,
- spowolnienie ruchowe,
- czasem przeciwnie – nadmierna pobudliwość, wiercenie się, trudność w spokojnym siedzeniu, mówienie bez przerwy

Zaburzenia snu i rytmu dobowego (mogą występować nawet u 73% nastolatków) to np.:

- trudności z zasypianiem
- wybudzanie się wcześnie rano,
- sen płytki i przerywany,
- znaczna senność w ciągu dnia – “Wieczorem czuję się lepiej, rano znacznie gorzej.”

Zaburzenia snu zwiększają ryzyko samobójstwa!

Objawy fizyczne to np.:

- somatyzacje, np. bóle głowy, brzucha, mięśni,
- spadek lub wzrost masy ciała (bez związku ze świadomym stosowaniem diety),
- brak apetytu lub nadmierny apetyt z epizodami objadania się
- Zaburzenia koncentracji to np.:
- zaburzenia uwagi, pogorszenie pamięci

Mogą pojawić się depresyjne zaburzenia myślenia takie jak:

- negatywny obraz siebie (np. „Jestem beznadziejna/y”, „Jestem głupi/a”, „Nie zasługuję na nic dobrego”)
- negatywny obraz świata (np. “Oni na pewno myślą, że jestem nudna/y”, „Jest ze mną z litości”, „Nigdy nie byłam/em dla nich ważny”)
- negatywna wizja swojej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości (np. „Nigdy mi się nie uda”, „Nie warto nawet próbować”, „Nigdy moje życie się nie zmieni”)
- ruminacje – wielogodzinne rozmyślanie o wszelkich życiowych porażkach i kłopotach, o tym, w czym jesteśmy kiepscy, co nam nie wyjdzie i z czym sobie nie

poradzimy

- myślenie czarno-białe – postrzeganie wszystkiego co się dzieje w kategoriach zero-jedynkowych („Wszystko jest beznadziejne”, „Nic mi się nie udaje”)
- poczucie winy – poczucie, że jest się ciężarem dla innych, że nic już nie da się zrobić, aby to zmienić,
- niskie poczucie własnej wartości, niższości, gorszości, bezwartościowości, deprecjonowanie, poniżanie siebie
- spadek zaufania lub szacunku do siebie – utrata zaufania do swoich umiejętności i możliwości
- urojenia depresyjne, np. hipochondryczne, nihilistyczne, katastroficzne,
- myśli rezygnacyjne.

Depresja jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka samobójstw u młodzieży. Statystyki są alarmujące – około 80% nastolatków, którzy próbowali odebrać sobie życie, cierpiało depresję, a 60% tych, którzy popełnili samobójstwo, miało zdiagnozowane zaburzenia nastroju.

Większość osób w kryzysie samobójczym nie chce umrzeć, chce tylko przestać cierpieć.

Myśli samobójcze pojawiają się, gdy ból emocjonalny przekracza zdolność radzenia sobie, towarzyszy im poczucie izolacji i beznadziei, oraz przekonanie, nic już nie można zrobić – co prowadzi do zawężenia poznawczego i decyzji o uciszeniu cierpienia poprzez śmierć.

Pojęcia z obszaru profilaktyki samobójstw:

Myśli rezygnacyjne to myśli o śmierci lub o chęci, by życie się zakończyło, bez opracowanego planu samobójczego i bez bezpośredniego zamiaru odebrania sobie życia.

Myśli samobójcze (ang. suicidal thoughts) to rozważania lub pragnienia odebrania sobie życia; mogą być bierne (np. „chciałbym zasnąć i się nie obudzić”) lub czynne (z planem działania).

Zamiary samobójcze (ang. suicidal intent) to świadome planowanie lub chęć odebrania sobie życia.

Zachowania samobójcze (ang. suicidal behavior) to konkretne działania mające na celu odebranie sobie życia, np. próby samobójcze.

Próba samobójcza (ang. suicide attempt) – celowe, podjęte samodzielnie działa-

nie, które stwarza realne zagrożenie dla życia i może prowadzić śmierci; towarzyszy mu intencja odebrania sobie życia (wyrażna lub ambiwalentna). Najczęściej wynika z poczucia braku wyjścia z trudnej sytuacji, silnego cierpienia psychicznego lub przekonania, że życie straciło sens.

Samobójstwo dokonane (ang. completed suicide) to odebranie sobie życia.

Autoagresja/samouszkodzenia niesamobójcze (ang. self-harm/NSSI) to świadome i dobrowolne uszkodzenie własnego ciała, które nie stanowi poważnego zagrożenia dla życia i nie ma celu odebrania sobie życia. Zwykle jest sposobem na chwilowe obniżenie napięcia emocjonalnego, poradzenie sobie z trudnymi uczuciami lub przekazanie otoczeniu sygnału o swoim cierpieniu. Badania jasno pokazują, że samouszkodzenia niesamobójcze i zachowania samobójcze są różnymi zjawiskami, ale są ze sobą istotnie powiązane.

Czynniki, które pchają dziecko lub nastolatka do podjęcia próby samobójczej

Doświadczenie intensywnego bólu emocjonalnego

Osoba w kryzysie samobójczym zazwyczaj przeżywa skrajne cierpienie psychiczne. Ból ten jest często trudny do opisanego słowami – może dominować w nim np. uczucie rozpacz, winy, pustki lub wstydu, a emocje wydają się nie do zniesienia.

Poczucie nierozwiązywalności zaistniałej sytuacji

W momencie kryzysu osoba ma przekonanie, że znalazła się w sytuacji bez wyjścia. Problemy wydają się przytłaczające, a żadne rozwiązania nie są osiągalne. Z punktu widzenia psychologii poznawczej dochodzi do zniekształceń myślenia: dziecko przestaje dostrzegać alternatywy, interpretuje rzeczywistość w sposób katastroficzny („nic już nie ma sensu, nikt mi nie pomoże”). **To wrażenie całkowitej bezsilności i braku wpływu jest jednym z kluczowych czynników ryzyka samobójstwa.**

Zawężone postrzeganie możliwych do podjęcia działań

Pod wpływem silnego stresu i emocji dochodzi do tzw. zawężenia poznawczego (cognitive constriction). Oznacza to, że dziecko zaczyna myśleć w sposób skrajnie uproszczony i tunelowy – widzi tylko jedno rozwiązanie: śmierć jako koniec bólu. Nie

potrafi w danym momencie dostrzec, że pomoc jest możliwa, a sytuacja może ulec zmianie. Zawężenie myślenia powoduje też trudność w komunikowaniu potrzeb. Osoba może wydawać się spokojna i wyciszona (co bywa mylone z poprawą nastroju), podczas gdy wewnątrz podjęła już decyzję o samobójstwie.

SYGNAŁY OSTRZEGAWCZE PRZED MOŻLIWĄ PRÓBĄ POPEŁNIENIA SAMOBÓJSTWA

- Wygłaszanie niepokojących komunikatów (np. „nie mam powodów, by żyć”; „jestem obciążeniem dla wszystkich”; „lepiej by było, gdybym umarł”).
- Poczucie beznadziejności sytuacji, w której się jest.
- Odczuwanie w dużym natężeniu emocji: rozpacz, agresja, brak perspektyw, poczucie beznadziei, frustracja.
- Długotrwała zmiana nastroju (zazwyczaj przygnębienie).
- Izolowanie się od otoczenia.
- Problemy ze snem (deregulacja dobowego rytmu snu).
- Trudności w realizacji codziennych zadań.
- „Porządkowanie” spraw.
- Rozmyślanie i mówienie o samobójstwie.
- Występowanie myśli samobójczych.
- Wcześniejsze próby samobójcze.
- Gromadzenie środków potrzebnych do odebrania sobie życia.
- Przygotowywanie listów pożegnalnych.
- Zamiar odebrania sobie życia (wyrażany wprost lub w inny sposób).

Jak rozmawiać z dzieckiem?

Rozmowa z dzieckiem, które zmaga się z trudnymi emocjami lub depresją, wymaga spokoju, uważności i gotowości słuchania. Zanim zacznie się rozmowę, warto poświęcić chwilę zastanowieniu się nad własnymi emocjami i nastawieniem. Dziecko potrzebuje poczuć, rodzic jest obok niego, gotowy wysłuchać i zrozumieć, bez presji i oceniania.

Przygotowanie rozmowy

Warto na początku przeanalizować własne emocje i przemyśleć, jak chce się rozmawiać z dzieckiem. Ważne, by podchodzić do rozmowy z otwartością i cierpliwością.

Pamiętaj, że celem takiej rozmowy nie jest sprawienie, aby myśli o odebraniu sobie życia odeszły lub się nie pojawiały, tylko aby nie doszło ich realizacji.

Przede wszystkim zachowaj opanowanie, cierpliwość i kontrolę nad własnymi emocjami.

- Okaż dziecku zainteresowanie, obecność i gotowość do wysłuchania.
- Poświęć jej/mu swój czas i pełną uwagę, dając poczucie bezpieczeństwa i akceptacji.
- Bądź zaangażowany, ale nie dominujący.
- W rozmowie zachowuj aktywną i wspierającą postawę, unikaj narzucania swojego zdania czy oceniania.
- Mów prostym, zrozumiałym językiem, dostosowanym do sytuacji i emocji dziecka.
- Stosuj techniki aktywnego słuchania – parafrazuj wypowiedzi, dopytuj i okazuj, że naprawdę słuchasz.
- Pamiętaj: mniej mów, więcej pytaj, aby dziecko mogło wyrazić swoje myśli i uczucia.
- Słuchaj bez oceniania.
- Najważniejsze jest pełne przyjęcie tego, co dziecko ci powie, bez krytyki i wartościowania.
- Podtrzymuj rozmowę.
- Zadbaj o spójność między słowami, tonem głosu i mową ciała, by komunikat był autentyczny i wspierający.
- Udziel wsparcia emocjonalnego.
- Traktuj wszystko, co słyszysz, z najwyższą powagą i empatią.
- Wyrażaj zrozumienie i akceptację dla przeżyć dziecka, nawet jeśli wydają Ci się irracjonalne.
- Pomóż nazwać problemy, wzmacniaj przekonanie, każda sytuacja ma wyjście.
- Pokaż, że nie jest samo i pomoc jest dostępna.
- Wspólnie spróbujcie poszukać możliwych rozwiązań i sposobów na poprawę sytuacji.
- Wy tłumacz, że to, czego doświadcza, jest chorobą, którą trzeba i można wyleczyć, dlatego zwróćcie się o pomoc specjalisty: psychologa lub psychiatry.

W sytuacji, w której mamy poczucie, że nasze dziecko jest zagrożone samobójstwem, należy zadzwonić na numer 112 i powiadomić dyspozytora o zaistniałym zagrożeniu.

Czego unikać w kontakcie z dzieckiem/nastolatkiem zagrożonym samobójstwem

Niezwykle ważne jest, by zachować delikatność, uważność i szacunek. Tak samo istotne jak to, co mówisz, jest to, czego powinienes unikać — nieodpowiednie reakcje mogą pogłębić poczucie osamotnienia i beznadziei.

- **Nie zaprzeczaj emocjom i nie umniejszaj cierpienia.** Nie tłum uczuć dziecka ani nie próbuj ich racjonalizować. Nie mów: „inni mają gorzej” ani „to minie” — takie słowa mogą sprawić, że dziecko poczuje się niezrozumiane i odrzucone. Pozwól mu przeżywać to, co czuje, i pokaż, że akceptujesz jego emocje bez oceniania.
- **Nie przerywaj i nie podważaj słów rozmówcy.** Osoba w kryzysie potrzebuje przestrzeni, by się wypowiedzieć. Nie kwestionuj tego, co mówi — nawet jeśli wydaje Ci się to irracjonalne.
- **Zaufaj, że to, co słyszysz, jest jej autentycznym doświadczeniem bólu.**
- **Nie okazuj zniecierpliwienia, niechęci ani irytacji.** Cierpliwość i spokój są kluczowe. Unikaj postawy zniechęcenia, przewracania oczami czy tonu znużenia — każda taka reakcja może zostać odebrana jako brak zainteresowania lub odrzucenie.
- **Nie wpędzaj w poczucie winy ani nie zarzucaj egoizmu.** Nie mów, że samobójstwo jest krzywdzeniem bliskich lub ucieczką od odpowiedzialności. Takie słowa potęgują wstyd i poczucie winy, które często już towarzyszą dziecku w kryzysie.
- **Nie pouczaj, nie moralizuj i nie oceniaj.** Nie mów, jak dziecko powinno się zachować ani co miało zrobić inaczej. To nie czas na ocenę, lecz na zrozumienie. Twoim zadaniem nie jest osądzanie, ale towarzyszenie i uważne wysłuchanie.
- **Nie dyskutuj i nie wdawaj się w polemikę.** Nie próbuj przekonywać dziecka, że nie ma powodu do myśli samobójczych. Takie argumenty mogą pogłębić jego poczucie niezrozumienia. Zamiast tego uznaj jego emocje i skup się na empatycznym słuchaniu.
- **Nie lekceważ ani nie bagatelizuj problemów.** Nie mów: „to nic takiego”, „wszyscy tak mają” ani „dasz radę”. Każde cierpienie — nawet jeśli Tobie wydaje się niewielkie —

może być dla drugiego dziecka nie do zniesienia.

- **Nie składaj pustych obietnic ani nie proponuj nierealnych rozwiązań.** Nie obiecuj, że „wszystko się ułoży” ani że „na pewno będzie dobrze”, jeśli nie masz takiej pewności. Nie proponuj rozwiązań niemożliwych do wykonania.
- **Nie lekceważ ani nie bagatelizuj problemów.** Nie mów: „to nic takiego”, „wszyscy tak mają” ani „dasz radę”. Każde cierpienie — nawet jeśli Tobie wydaje się niewielkie — może być dla drugiego dziecka nie do zniesienia.
- **Zawsze traktuj wypowiedzi o cierpieniu i myślach samobójczych poważnie.**
- **Nie reaguj zbyt emocjonalnie ani nie okazuj bezradności.** Staraj się kontrolować własne emocje — nie płacz, nie krzycz i nie panikuj. Pokazywanie spokoju i stabilności daje dziecku poczucie bezpieczeństwa. Unikaj także postawy bezsilności — dziecko w kryzysie potrzebuje, byś był/a obecny/a i uważny/a.
- **Nie próbuj na siłę pocieszać ani porównywać z innymi.** Nie mów: „ja też tak miałem/a i sobie poradziłem/am”, „inni mają gorzej”. Porównywanie bagatelizuje uczucia drugiej osoby i może wywołać dodatkowe poczucie wstydu.
- **Nie wypowiadaj się z pozycji autorytetu.** Unikaj tonu wyższości i pouczania. Zamiast „ja wiem lepiej”, przyjmij postawę: „jestem tu, by Cię wysłuchać i pomóc Ci znaleźć wsparcie”.
- **Nie zaprzeczaj myślom ani planom samobójczym.** Jeśli dziecko mówi o śmierci, nie udawaj, że to żart lub przesada. Nie zmieniaj tematu i nie uciekaj od rozmowy — mówienie o śmierci to sygnał, że potrzebna jest natychmiastowa pomoc. Zamiast zaprzeczać, powiedz: „Rozumiem, że jest Ci bardzo trudno. Opowiedz mi, co się dzieje”.
- **Nie daj się zwieść pozorom poprawy.** Jeśli dziecko/nastolatek po okresie silnego kryzysu nagle wydaje się spokojny/a, nie zakładaj automatycznie, że zagrożenie minęło. Często taki spokój może oznaczać podjęcie decyzji o odebraniu sobie życia i dlatego chwilowo przestał/a się wahać.
- **Zawsze zachowuj czujność i kontynuuj wsparcie.**

Jedną z najważniejszych zasad jest stała obecność przy dziecku w kryzysie.

Dziecko, które mówi o chęci odebrania sobie życia, powinno pozostawać pod nieprzerwaną opieką aż do momentu objęcia go pomocą specjalisty lub innym bezpiecznym wsparciem.

LISTA PRZYDATNYCH ZWROTÓW W ROZMOWIE

Okazywanie zrozumienia i wsparcia emocjonalnego

- *Przykro mi, że Cię to spotkało.*
- *Cieszę się, że możesz teraz ze mną porozmawiać.*
- *Dobrze, że jesteś teraz ze mną.*
- *Teraz jesteś bezpieczny/a (tylko jeśli to prawda).*
- *To, co czujesz, jest zupełnie normalne wobec tego, co się stało.*
- *To zrozumiałe, że masz takie emocje.*
- *Domyślam się, że jesteś bardzo przygnębiony/a, zestresowany/a, widząc to, co się wydarzyło.*
- *To naturalne, że płaczesz, czujesz złość lub bezradność.*

Okazywanie empatii i akceptacji

- *To nie była Twoja wina. Nie popełniłeś/aś błędu (jeśli zgodne z prawdą).*
- *Twoje reakcje są adekwatne do sytuacji.*
- *Rozumiem, że teraz nie chcesz rozmawiać, ale gdybyś zmienił/a zdanie — jestem tutaj, żeby Cię wysłuchać.*
- *Martwię się o Ciebie i zależy mi na tym, żeby Ci pomóc.*
- *Jesteś bardzo dzielny/a, silny/a po tym, co Cię spotkało..*

Przywracanie nadziei i poczucia wpływu

- *Już nigdy nie będzie tak samo, ale wszystko może się ułożyć.*
- *Wierzę, że to, co teraz przeżywasz, może się zmienić.*
- *Widzę, że mimo trudności starasz się coś zrobić — to bardzo ważne.*
- *To, co wybierzesz i zrobisz, zależy od Ciebie — masz wpływ na swoje decyzje..*

Proponowanie pomocy i współpracy

- *Mam pomysł, który może być przydatny. Czy chcesz, żebym Ci o nim opowiedział?*
- *Nie wiem, czy będzie to dla Ciebie pomocne, ale mogę powiedzieć, jak inni radzili sobie w podobnej sytuacji — czy chcesz o tym posłuchać?*

- *Mogę podsunąć Ci kilka możliwych rozwiązań, ale Ty zdecydujesz, czy któreś z nich Ci odpowiada.*

Zapewnienie o obecności i bezpieczeństwie

- *Jestem tutaj dla Ciebie.*
- *Nie zostawię Cię samego/samej w tym, co przeżywasz.*
- *Zależy mi Tobie i chcę Ci pomóc przejść przez ten trudny moment.*

Najważniejsze w rozmowie wspierającej nie jest doskonałe dobranie słów, ale ton głosu, empatia i autentyczna obecność. Mów spokojnie, nie oceniaj, nie pośpieszaj.

LISTA NIEPOŻĄDANYCH ZWROTÓW

Zwroty, które umniejszają cierpienie lub odbierają prawo emocji

- *Wiem, jak się teraz czujesz/Rozumiem Cię.*

Każdy przeżywa ból inaczej. Takie słowa mogą być odebrane jako banalizowanie lub brak autentycznego zrozumienia.

- *Nie powinieneś odczuwać tego w ten sposób.*

Negowanie emocji wzmacnia poczucie winy i izolacji.

- *Proszę, nie płacz.*

Płacz to naturalny sposób odreagowania — nie powinno się go tłumić.

- *Nie bierz wszystkiego tak do siebie.*

Taki zwrot sugeruje, osoba przesadza, co może pogłębić jej poczucie niezrozumienia.

Zwroty, które bagatelizują tragedię lub cierpienie

- *Będzie dobrze./Czas leczy wszystkie rany.*

Choć brzmią pocieszająco, są pustymi frazami — mogą wzbudzać złość lub poczucie, rozmówca nie rozumie powagi sytuacji.

- *Tragedia jest już za Tobą, teraz przydarzą Ci się same dobre rzeczy.*

Osoba w kryzysie lub depresji nie jest w stanie przeskoczyć pozytywnego myślenia — takie zdania są dla niej niedostępne emocjonalnie.

- *Ludzie mają gorsze problemy./Inni mają gorzej.*

Porównywanie cierpienia zawsze umniejsza doświadczenie rozmówcy i blokuje szczerość.

- *Nie doceniasz tego, co masz.*

Zwroty, które nakazują być silnym lub wziąć się w garść

- *Musisz skończyć z tą rozpaczą./ Musisz się wziąć w garść.*

Osoba w kryzysie nie ma zasobów, by to zrobić — potrzebuje wsparcia, a nie nakazu.

- *Powinieneś/ Powinnaś iść przodu.*

Wymusza tempo zdrowienia, które może być dla osoby zbyt szybkie.

- *Myśl pozytywnie.*

Wymuszony optymizm jest dla osoby cierpiącej niezrozumiały i może wywołać frustrację.

- *Lepiej pomyśl o czymś miłym.*

Unika konfrontacji z problemem i zamyka przestrzeń na szczere emocje.

Zwroty, które bagatelizują stratę lub racjonalizują tragedię

- *Powinieneś/ Powinnaś być szczęśliwy/ a, że żyjesz.*
- *Możesz przecież mieć innego chłopaka.*
- *Powinieneś/ Powinnaś być szczęśliwy/ a, jesteś młody/ a, masz całe życie przed sobą.*

Wszystkie te zdania pomijają realne cierpienie osoby i sprowadzają je do powinności odwzajemnienia wdzięczności.

Dlaczego te zwroty są niebezpieczne?

Wszystkie powyższe komunikaty mają wspólną cechę: umniejszają uczucia osoby, sugerują, że nie powinna cierpieć lub że „to minie”, zamiast pomóc jej poczuć się wysłuchaną i zaakceptowaną. Dziecko w kryzysie potrzebuje zrozumienia, obecności i akceptacji, a nie gotowych rozwiązań czy ocen.

Mity i fakty o samobójstwie

Mit: Pytanie o samobójstwo może podsunąć pomysł, aby dokonać samobójstwa.

Fakt: Rozmowa o samobójstwie nie zwiększa ryzyka, a może zapobiec tragedii.

Otwarte pytania („Czy myślałeś o tym, żeby sobie coś zrobić?”) pomagają dziecku poczuć się zauważonym i mniej samotnym. Dla dzieci i młodzieży to informacja, że rodzic/opiekun jest w stanie o tym rozmawiać i unieść ciężar tych informacji.

Mit: Dziecko mówiące o samobójstwie nigdy tego nie zrobi.

Fakt: Większość osób, które popełniły samobójstwo, wcześniej mówiła o tym wprost lub nie wprost (np. „mam dość”, „to nie ma sensu”). Zgodnie z danymi WHO około 50–60% osób, które odebrały sobie życie, wcześniej wyrażało zamiary samobójcze. Najczęściej cytowany szacunek mówi, że 75–80% osób w jakiś sposób sygnalizowało swoje zamiary — 3 na 4 osoby dawały sygnały ostrzegawcze. Mówienie o samobójstwie to sygnał ostrzegawczy, a nie szantaż.

Mit: Ktoś, kto chce się zabić, i tak to zrobi, nic go nie powstrzyma.

Fakt: Samobójstwo nie jest pragnieniem śmierci, lecz ucieczką od bólu, którego dana osoba nie potrafi już dłużej znieść. Badania nad osobami po próbach samobójczych wskazują, że większość z nich przyznaje: gdyby istniał inny sposób zakończenia cierpienia, nie wybraliby śmierci (Ellis & Newman, 1996). Większość osób z tendencjami samobójczymi można uratować, jeśli otrzymają pomoc i wsparcie.

Mit: Tylko osoby chore psychicznie popełniają samobójstwo.

Fakt: Choć często współwystępują zaburzenia psychiczne (np. depresja), samobójstwo może być wynikiem nagłego kryzysu życiowego (np. utraty kogoś bliskiego, przemocy, rozpadu rodziny). Kryzys może dotknąć każdego, niezależnie od diagnozy.

Mit: Samobójstwo akt egoizmu lub tchórzostwa.

Fakt: Samobójstwo nie jest ani egoizmem, ani tchórzostwem — jest skutkiem ogromnego cierpienia psychicznego, często połączonego z bezradnością i brakiem wsparcia. Stygmatyzacja osób po próbach samobójczych jedynie pogłębia ich izolację.

Mit: Jeśli ktoś raz próbował, więcej tego nie zrobi.

Fakt: Wcześniejsza próba samobójcza jest najpoważniejszym czynnikiem ryzyka śmierci samobójczej — każda próba to sygnał alarmowy, a nie manipulacja.

Mit: Dzieci mówią o samobójstwie, by manipulować innymi.

Fakt: Zdecydowana większość dzieci i nastolatków nie chce manipulować, lecz szuka pomocy — reagowanie z empatią, a nie oceną, ratuje życie.

Mit: Gdy ktoś nagle wygląda spokojnego, kryzys minął.

Fakt: Nagłe uspokojenie się może oznaczać podjęcie decyzji o odebraniu sobie życia — jest to bardzo niebezpieczny moment.

Gdzie szukać pomocy

W sytuacji zagrożenia życia zadzwoń numer alarmowy 112 i czekaj pomoc.

TELEFONY W SYTUACJACH KRYZYSOWYCH

Dla dzieci i młodzieży

116 111 Telefon zaufania dla dzieci i młodzieży. Czynny codziennie, całodobowo.

800 121 212 Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka — linia wsparcia dzieci i młodzieży.

22 484 88 04 Fundacja ITAKA — Telefon Zaufania Młodych, czynny od poniedziałku do soboty, w godz. 13:00–20:00.

Dla dorosłych

116 123 Poradnia Telefoniczna — ogólnopolski telefon zaufania dla dorosłych w kryzysie emocjonalnym.

22 290 44 42 – Fundacja Twarze Depresji — Telefon Zaufania, czynny od poniedziałku do czwartku w godz. 19:00–21:00 oraz we wtorki i środy w godz. 8:00–11:00.

22 484 88 01 Fundacja ITAKA — Antydepresyjny Telefon Zaufania.

22 425 98 48 Telefoniczna Pierwsza Pomoc Psychologiczna, czynna od poniedziałku do piątku w godz. 17:00–20:00 oraz w soboty w godz. 15:00–17:00.

Punkt Informacyjno-Konsultacyjny

W punkcie Informacyjno-Konsultacyjnym mieszkańcy Dzielnicy Bielany mogą otrzymać darmową poradę prawną, konsultację psychologiczną lub konsultację z psychoterapeutą uzależnień. Mogą dowiedzieć się, gdzie i jak otrzymać pomoc w dzielnicy Bielany.

Adres i telefon:

ul. S. Żeromskiego 29, pok. 195, piętro I,
01-882 Warszawa
tel.: (+48) 22 325 44 11

Godziny otwarcia:

poniedziałek, wtorek 8:00 – 16:00
środa, piątek 8:00 – 12:30

Ponadto:

Ośrodki interwencji kryzysowej; Centra zdrowia psychicznego; Środowiskowe poradenie psychologiczne dla dzieci i młodzieży; Miejskie ośrodki pomocy społecznej; Poradenie psychologiczne; Szpitale lub oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży.

Wykaz ich dyżurów znajdziesz na:

nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-mazowieckiego-ow-nfz/harmonogramy-tzw-ostrych-i-tepych-dyzurow

Dodatkowe informacje znajdziesz na stronie internetowej *Życie warto jest rozmowy*:

zwjr.pl.

O Fundacji ZOBACZ... JESTEM

Fundacja Zobacz... JESTEM od 13 lat wspiera dzieci, młodzież i młodych dorosłych w trudnych sytuacjach emocjonalnych. Specjalizujemy się m.in. w zaburzeniach odżywiania, autoagresji, depresji, zachowaniach samobójczych i przemocy rówieśniczej.

Prowadzimy działania edukacyjne, wspieramy rodziców i opiekunów oraz oferujemy psychoterapię indywidualną, grupową i rodzinną, a także pomoc psychologiczną i konsultacje. Jesteśmy dla osób w każdym wieku.

Prowadzimy bezpłatne grupy wsparcia dla rodziców dzieci z depresją, zachowaniami autoagresywnymi, zagrożonych samobójstwem oraz z zaburzeniami odżywiania się. Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółowymi informacjami na stronie zobaczjestem.pl

Kontakt:

Fundacja Zobacz... JESTEM

ul. Dobra 5/2

00-384 Warszawa

tel. poradnia (+48) 883-336-883

tel. biuro (+48) 883-337-883

zobaczjestem.pl

kontakt@zobaczjestem.pl

Jesteśmy Organizacją Pożytku Publicznego KRS 0000453024.

Wesprzyj nasze działania i podaruj nam swój 1,5% podatku.

Zostań naszym darczyńcą i/lub wolontariuszem :)

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington. American Psychiatric Publishing.

Wieczorkiewicz, D. Fundacja Zobacz... JESTEM. (2021). Depresja - co należy wiedzieć. Warszawa.

Wieczorkiewicz, D., Fundacja Zobacz... JESTEM. (2020). Depresja. Prezentacja psychoedukacyjna. Warszawa.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). (1992). Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Genewa: WHO.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). (2022). International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision). Pobrano z <https://icd.who.int/>

Wieczorkiewicz, D., Niegrzeczne czy chore? Co wpływa zachorowanie mojego dziecka? [broşura] Warszawa: Fundacja Zobacz... JESTEM

Zeanah, C. H. (Ed.). (2018). Handbook of infant mental health (4th ed.). The Guilford Press.

ZERO TO THREE. (2016). DC:0-5™: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. ZERO TO THREE.

Materiał Opracowała **Danuta Wieczorkiewicz**

Dziękujemy za zapoznanie się z tą broszurą. Mamy nadzieję, że zawarte w niej informacje pomogą Ci lepiej zrozumieć problem oraz znaleźć odpowiednie wsparcie i skuteczne sposoby radzenia sobie z trudnościami. Pamiętaj — nie jesteś sam/a i pomoc jest dostępna.

Projekt realizowany w ramach zadania publicznego pod nazwą „Życie w Twoich rękach – prewencja zachowań samobójczych na terenie Dzielnicy Bielany m.st. Warszawy”



projekt finansuje
dzielnica
Bielany



**Zobacz...
JESTEM**

