

## CARE FOR A PATIENT WITH DEPRESSION

**Wojciech Wanot**

MA, University of Silesia in Katowice, Faculty of Pedagogy and Psychology,  
e-mail: bbwjtk@gmail.com, orcid.org/0000-0001-8649-8942, Poland

**Barbara Szczygiel**

BSc, Polonia University, Institute of Health and Nursing,  
e-mail: szczygielbarbara17@wp.pl, orcid.org/0000-0001-9141-6180, Poland

**Bartosz Wanot**

PhD, Polonia University, Institute of Health and Nursing,  
e-mail: b.wanot@ap.edu.pl, orcid.org/0000-0001-8971-0460, Poland

**Mariana Magerčiaková**

PhD, Catholic University in Ružomberok, Faculty of Health,  
e-mail: mariana.magerciakova@ku.sk, orcid.org/0000-0001-5742-8583, Slovakia

**Abstract.** It is important to run a family therapy alongside treatment of a patient with depression. The patient's family commits quite a frequent mistake of treating depression complaints as a manifestation of laziness, fatigue and ill will. There are two stages in education. In the first one, the essence of depression to the patient and his family is explained. The second stage of education is to draw attention to the mental and social sphere of the patient. This stage consists of two phases: psychological and social. Therapeutic communication is a specific form of communication. Help is directed to people who cannot make order in their own emotions, thoughts and perceive correctly the surrounding reality. The purpose of communication is also to facilitate the patient's expression of emotions. Therefore, therapeutic communication of a healing nature is the basis for helping mentally ill patients. Suicide is usually committed on impulse in the first, acute phase of depression or after entering the latent phase. Suicide is now considered a multidimensional phenomenon, resulting from the complex interaction of biological, psychological, sociological and environmental factors. The psychological state of people with suicidal tendencies is characterized by three characteristics: ambivalence, impulsiveness, stiffness. Suicide in children and adolescents is of the utmost importance

**Keywords:** depression, education, communication, suicide.

DOI: <http://dx.doi.org/10.23856/3513>

### Edukacja rodziny chorego

Początkowymi objawami depresji jest znużenie, smutek, rezygnacja, przewlekłe zmęczenie lub zniechęcanie do życia. Pojawiają się również zbyt częste rozmyślenia o przeszłości i niepewność co do przyszłości. Po pewnym czasie osoba chora w ogóle nie jest w stanie odczuwać pozytywnych emocji takich jak szczęście czy radość jak również utrata poczucia własnej wartości. Może występować również spowolnienie lokomocyjne, zaburzenia snu, stany lekowe a nawet myśli samobójcze (Szczygiel, Wanot, Magerčiaková, 2018). Najskuteczniejszą metodą leczenia jest połączenie psychoterapii i leczenia farmakologicznego. Można wyróżnić terapię poznawczą, interpersonalną oraz psychodynamiczną. Jej rodzaj należy ściśle dostosować do stanu i poziomu zaburzeń

pacjenta. Leki przeciwdepresyjne dzieli się na leki starej generacji czyli inhibitory enzymu monoaminooksydazy (MAO), leki hamujące wychwyty zwrotny neuromediatorów oraz trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne. Do leków nowej generacji zalicza się selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI), selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), selektywne odwracalne inhibitory MAO, inhibitory wychwyty noradrenaliny jak również leki czteropierścieniowe (*Wanot, Szczygiel, Wanot, Magerčiaková, 2019*). Ważne jest aby równoległe z leczeniem pacjenta chorego na depresję prowadzić terapię jego rodziny. Choroby afektywne w miarę czasu trwania powodują u 50% chorych zaburzenia przystosowania społecznego. Zaburzenia przystosowania społecznego oznaczają mniejsze zainteresowanie pracą zawodową, mniejszą wydajność, częstą zmianę pracy, niższy poziom osiągnięć zawodowych, niższy status materialny. Wśród chorych jest wyższy wskaźnik rozwodów, częściej są skłóceni ze środowiskiem rodzinnym. Istnieją dowody na to, że zarówno w manii, jak i w depresji może dojść do nadużywania alkoholu. Ocenia się, że 20-60% populacji chorych na zaburzenia afektywne nadużywa alkoholu lub uzależnia się od niego.

Rodzina chorego popełnia dość częsty błąd traktowania skarg depresyjnych jako przejawu lenistwa, zmęczenia i złej woli. Pierwotna chęć pomocy, wyrażana przez najbliższe otoczenie, wobec „niewdzięczności” chorego i uporczywości objawów prowadzi do zniechęcenia. Ujawnianie myśli samobójcze mogą przerażać członków rodziny. Bezsenność chorego i zmiana nastroju stanowią powód do wyczerpania się psychicznego rodziny i oscylowania między nadzieją a rozpaczą (*Ugniewska, 1998*). Pacjenci jak również rodzina, wykazują dużą niewiedzę dotyczącą jednostki chorobowej, postępowania oraz zajmowania się chorym. W tym procesie bardzo ważna jest edukacja. Wyróżnia się dwa etapy w edukacji. W pierwszym z nich należy wytłumaczyć choremu i jego rodzinie istotę depresji. Wyjaśnienie przyczyn depresji, w jaki sposób ona się manifestuje, zwrócenie uwagi na niebezpieczeństwa jakie niesie za sobą oraz jakie mogą być skutki nieleczzonej depresji. Ten etap to dostarczanie dla pacjentów broszur czy ulotek dotyczących depresji, gdzie mogą znaleźć wszystkie potrzebne informacje na temat choroby. Należy pokazać jak ważna jest samoobserwacja dla chorego oraz obserwacja stanu zdrowia pacjenta prowadzona przez rodzinę. Drugi etap edukacji to zwrócenie uwagi na sferę psychiczną oraz społeczną chorego. Ten etap składa się z dwóch faz: psychicznej i społecznej. Sfera psychiczna to:

- edukowanie pacjenta i jego rodziny w celu nabycia umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach;
- aktywizacja rodziny do udzielania wsparcia choremu w jego chorobie i codziennym życiu;
- zwrócenie uwagi na niezbędne systematyczne przyjmowanie leków i stawianie się na wizytach kontrolnych zgodnie z zaleceniami lekarza;
- pokazanie technik radzenia sobie ze stresem;
- na szczególną uwagę zasługuje wykazywanie asertywności w życiu osobistym i zawodowym;
- wytłumaczenie choremu, że nadal pozostaje on tą samą osobą, a choroba nie wpłynęła na jego osobowość.

Sfera społeczna to:

- uczestnictwo pacjenta w życiu społecznym i rodzinnym takie samo, jak przed zachorowaniem. W tym celu należy nadać pacjentowi obowiązki, włączenie do codziennych prac domowych, powrót do pracy zawodowej;

– wytłumaczenie konieczności powrotu do życia towarzyskiego, spotkań z rodziną i znajomymi;

– rozmowa z rodziną chorego o niezbędnej autentyczności i szczerym stosunku do pacjenta oraz potrzebie rozmów z nim;

– wyedukowanie rodziny pacjenta w zakresie komunikacji niewerbalnej, w celu poprawy prawidłowej interpretacji zachowań chorego.

Warto również zwrócić uwagę na złą sytuację rodziny osób po przebytej depresji lub próbie samobójczej. Wstrząs jaki przeszła rodzina po targnięciu się na życie przez jednego z jej członków, zostawia niezwykle traumatyczny ślad, który wymaga profesjonalnej pomocy.

Reakcja rodziny na chorobę kogoś bliskiego ma różne stadia, zawsze jednak jest to sprawa indywidualna, zależna od posiadanej wiedzy, wcześniejszych oczekiwań, wyobrażeń, tolerancji oraz ról, jakie pełnił chory. Formy przyjmowane przez członków rodziny mogą mieć charakter zaprzeczania chorobie, poczucia winy, izolacji, zagubienia, złości, wzajemnego oskarżania się, wstydu przed innymi. Szczególnie zagrażające dla chorego i rodziny są wyrażane przez niego myśli i zachowania samobójcze. Należy zwrócić uwagę rodzinie, że każde podejrzenie o myślach i tendencjach samobójczych powinno być niezwłocznie przekazane lekarzowi lub pielęgniarce. Nie wolno ignorować wypowiedzianych przez chorego myśli o śmierci, beznadziejności życia, nieuleczalności choroby. Ważne, aby uświadomić rodzinie, że samobójstwo może być aktem spontanicznym, nie poprzedzonym żadnymi symptomami. Jeśli chory nie wymaga natychmiastowej hospitalizacji, należy poinformować rodzinę, w jaki sposób może go ochraniać. Będzie to:

– kontrolowanie systematycznego zażywania leków, które skrócą czas trwania depresji, a tym samym zlikwidują myśli samobójcze,

– zapobieganie gromadzeniu i przedawkowaniu leków w celach samobójczych,

– uniemożliwienie dostępu do potencjalnie zagrażających przedmiotów i urządzeń,

– pozwolenie choremu na wypowiedzianie myśli samobójczych bez okazywania szoku, co zmniejszy poczucie osamotnienia, winy i chęci ukarania samego siebie (*Ugniewska, 1998*).

### **Komunikowanie się z chorym na depresję**

Komunikowanie terapeutyczne stanowi specyficzną formę komunikacji. Pomoc kierowana jest do ludzi, którzy nie potrafią samodzielnie dokonać porządku we własnych emocjach, myślach i postrzegać prawidłowo otaczającej rzeczywistości. Celem komunikacji jest także ułatwienie choremu wyrażania emocji względem otaczających go ludzi. Dlatego też komunikacja terapeutyczna o charakterze leczniczym, stanowi podstawę pomagania chorym psychicznie. Wyznacznikami prawidłowego komunikowania się z pacjentem chorym psychicznie jest:

– otwartość;

– akceptacja;

– empatia;

– autentyczność;

– prawość;

– uczciwość;

– integralność;

– odpowiedzialność;

– asertywność;

- celowość;
- samoświadomość.

Do błędów w komunikacji z pacjentem chorym na depresję należą:

- fragmentaryczność informacji;
- podawanie treści informacji w sposób niezrozumiały dla chorego, co może być przyczyną silnego lęku o własne zdrowie;
- niewłaściwa postawa i sposób zachowania podczas przekazywania pacjentowi złej wiadomości, której skutki w negatywny sposób odbiją się na jego stanie psychicznym;
- nakładanie na chorego „na wszelki wypadek” niepotrzebnych ograniczeń, które on interpretuje jako sygnał, że jest z nim niedobrze;
- nieudzielanie informacji lub zbywanie pacjenta ogólnikami prowokuje do szukania pozamedycznych źródeł wiedzy i kształtowania nieprawidłowego obrazu choroby,
- wysyłanie pacjenta na zbędne badania dodatkowe, co prowadzi do nasilenia jego obaw o swój stan zdrowia;
- wszelkie niestosowne zachowanie personelu medycznego wywołujące u pacjenta negatywne emocje.

Podstawowe techniki komunikowania z chorym na depresję:

- dostrzeganie pacjenta i spostrzeganie u niego zmian;
- oferowanie siebie;
- aktywne słuchanie;
- klasyfikacja;
- odzwierciedlenie;
- poświadczenie;
- informowanie;
- wyjaśnienie i uzgadnianie znaczeń;
- identyfikowanie mocnych stron pacjenta;
- milczenie terapeutyczne;
- umożliwienie szerokiego otwarcia: zachęcanie do komunikowania;
- urealnianie i słowne wyrażenie wątpliwości;
- proponowanie współpracy i planowanie;
- parafrazowanie;
- wspieranie;
- interpretowanie;
- podsumowanie;
- budowanie nadziei i pocieszenie (*Motyka, 2003*).

Konieczność stworzenia relacji terapeutycznej z osobami chorymi winna stać się priorytetem w profesjonalnym sprawowaniu opieki nad pacjentem psychiatrycznym. Jest to podstawa terapii dzięki której, chory uczy się nawiązywania poprawnych kontaktów z otoczeniem i poznania swoich słabości. Prawidłowo przeprowadzona relacja terapeutyczna stanowi formę wsparcia dla chorego i umożliwia uzyskanie więzi emocjonalnej niezbędnej do utrzymania prawidłowego kontaktu terapeutycznego. Członkowie zespołu terapeutycznego, rozpoczynając relację terapeutyczną, zdają sobie sprawę, że oba podmioty w tej specyficznej formie kontaktu muszą w niej aktywnie uczestniczyć i wyznaczać kierunek wzajemności tworzącej się więzi (*McKay, Davis, Fanning, Błaż, 2011*). Prawidłowy rozwój relacji terapeutycznych z pacjentem powinien zatem odbywać się poprzez:

– odpowiednio zaplanowany czas na rozmowę w atmosferze spokoju, ciepła poczucia bezpieczeństwa i w sposób nie przerwany przez czynniki zewnętrzne, tj. hałas, czy obecność osób trzecich;

– odpowiednio dobrane tempo rozmowy z pacjentem w zależności od jego stanu psychicznego;

– logiczne i konsekwentne prowadzenie rozmowy z chorym;

– umiejętność dostrzegania i uświadomienia pacjentowi jego wartości, zachęcanie go do wspierania samego siebie poprzez wykorzystanie w tym celu swoich zasobów oraz dawanie mu nadziei na możliwość pozytywnych zmian w przyszłości w jego życiu (*Kępiński, 2002*).

Techniki prawidłowego komunikowania się z osobą chorą na depresję w wieku podeszłym to:

– uważne słuchanie;

– emanowanie spokojem i opanowaniem;

– stwarzanie sytuacji ułatwiających swobodne wyrażanie siebie;

– poszanowanie granic wyznaczonych przez pacjenta;

– jasne i konkretne formułowanie komunikatów;

– dobieranie języka i stylu wypowiedzi zrozumiałych dla starszych osób;

– dostosowanie tempa mówienia do możliwości odbioru osoby starszej;

– zwracanie uwagi na komunikaty werbalne i niewerbalne osób starszych;

– przekazywanie aktualnych informacji bezpośrednio pacjentowi, nie przez osoby trzecie;

– reagowanie na zmiany zachodzące u pacjenta (*Lewko, 2003*).

Należy również pamiętać o tym, iż rodzaj komunikacji zależy od rodzaju zaburzeń zachowania, np. w przypadku agresji wyrozumiałość łagodzi, a odrzucenie nasila zaburzenie zachowania. W przypadku wędrowania należy pamiętać o dostosowaniu otoczenia do chorego, a nie chorego do otoczenia, a w komunikowaniu z pacjentem należy okazać zrozumienie i akceptację (*Kędziora-Kornatowska, Muszalik, 2007*).

### **Problem samobójstw i samookaleczeń w depresji**

Samobójstwo to akt celowego, świadomego odebrania sobie życia. Sytuacja, w której dochodzi do samobójstwa jest trudna do ujęcia w schemat, zazwyczaj składa się na to szereg czynników natury psychologicznej bądź społecznej. Sytuacja ta ma cechy pewnych syndromatycznych zachowań autodestrukcyjnych. Próba popełnienia samobójstwa jest najczęściej poprzedzona zespołem subdepresyjnym. Wiąże się to z zachowaniem pewnej zdolności do działań ruchowych. Samobójstwo popełnia się zazwyczaj pod wpływem impulsu w pierwszej, ostrej fazie depresji albo po przejściu w fazę utajoną. Samobójstwo uważa się obecnie za zjawisko wielowymiarowe, będące wynikiem złożonej interakcji czynników biologicznych, psychologicznych, socjologicznych i środowiskowych. U osób popełniających samobójstwo zwykle stwierdza się więcej niż jedno zaburzenie. Zaburzeniami często współwystępującymi są: alkoholizm, zaburzenia nastroju, zaburzenia osobowości typu „borderline”, czyli potocznie osobowość chwiejna emocjonalnie lub pograniczne zaburzenie osobowości. Różnego rodzaju zaburzenia nastroju mają związek z samobójstwem. Do tego rodzaju zaburzeń należą:

– dwubiegunowa choroba afektywna;

- epizody depresji;
- nawracające zaburzenia depresyjne;
- przewlekłe zaburzenia nastroju; np. cyklotymia, dystymia.

Do cech klinicznych towarzyszących zwiększeniu ryzyka samobójstwa w depresji należy:

- zaniedbanie w wyglądzie i higienie osobistej;
- duże nasilenie zaburzeń psychicznych; szczególnie depresji psychotycznej;
- osłabienie pamięci;
- pobudzenie;
- napady panicznego lęku.

Czynniki zwiększające ryzyko samobójstwa to:

- wiek: poniżej 25 lat oraz powyżej 65 roku życia;
- płeć: mężczyźni częściej samobójstwa dokonane a kobiety próby samobójcze;
- wczesna faza choroby depresyjnej;
- choroby psychiczne występujące w rodzinie;
- przypadki samobójstw lub prób samobójczych występujących w rodzinie;
- faza depresyjna choroby dwubiegunowej;
- stan mieszany: maniakalno-depresyjny;
- mania psychotyczna;
- schizofrenia;
- alkoholizm;
- nadużywanie leków;
- zaburzenia osobowości; zwłaszcza typu borderline oraz zaburzenia osobowości o podłożu antyspołecznym;
- zaburzenia lękowe; paniczny lęk napadowy;
- choroby somatyczne; zwłaszcza w fazie terminalnej, bolesnej i nieuleczalnej;
- choroby neurologiczne, nowotwory;
- HIV/AIDS;
- owdowienie, rozwód, zdrada, separacja;
- sytuacje traumatyczne, np. utrata bliskich w wypadku;
- utrata pracy lub przejście na emeryturę;
- konflikty rodzinne;
- negatywne sygnały przekazywane od osób bliskich, np. starsza osoba czuje, iż jest ciężarem dla rodziny;
- odrzucenie przez osobę znaczącą;
- wstyd i poczucie zagrożenia z powodu wykrycia winy danej osoby;
- wykorzystywanie seksualne, fizyczne, emocjonalne;
- mobbing w pracy;
- destrukcyjny wpływ otoczenia;
- pora roku; wiosna, jesień;
- dni tygodnia: poniedziałek, wtorek;
- okres po urodzinach; ryzyko popełnienia samobójstwa zwiększa się trzykrotnie w ciągu 2 tygodni po rocznicy urodzin;
- napięcie związane z przebywaniem w środowisku akademickim;
- problemy z kształceniem, niezaliczone egzaminy (Heitzman, 2007).

Wyróżniamy kilka typów samobójstw spowodowanych różnego rodzaju przyczynami dla których ludzie próbują lub skutecznie odbierają sobie życie (Tab. 1).

Tabela 1

**Typy samobójstw wg klasyfikacji Durkheima (Krogulski, 2003).**

Typ	Charakterystyka
Egoistyczne	Zbyt słaba integracja jednostki z grupą i społecznością. Samobójstwo jest tu negatywnym „produktem” współczesnych społeczeństw konsumenckich, w których wysokim wskaźnikom rozwoju cywilizacyjnego towarzyszy często silne poczucie środowiskowego wyobcowania, dramat ludzi „samotnych w tłumie”. Samobójstwo egoistyczne może (ale nie musi) być również anomicznym.
Altruistyczne	Nadmierna integracja ze środowiskiem, zbyt silna identyfikacja z celami, interesami i oczekiwaniami grupy.
Anomiczne	Zamach samobójczy jest przejawem zakłócenia ładu społecznego, wskaźnikiem jego rozregulowania, sytuacji, w której zachowania jednostki są w zbyt małym stopniu kontrolowane przez społeczeństwo. Inaczej mówiąc, jest to sytuacja dezintegracji społecznej, której efektem i wskaźnikiem jest m.in. narastanie samobójstw.
Fatalistyczne	Związane z sytuacją jednostkową. Jest to samobójstwo człowieka znajdującego się w sytuacji tragicznej, z której wyjścia są zablokowane również perspektywicznie.

Stan psychiczny osób o skłonnościach samobójczych charakteryzują szczególnie trzy cechy: Ambiwalencja – u osób o skłonnościach samobójczych pragnienie życia zmagają się z pragnieniem śmierci, raz bierze górę jedno a raz drugie, ktoś taki bardzo chce uciec od bólu istnienia, a jednocześnie pragnie żyć. Impulsywność – chęć popełnienia samobójstwa jest przemijająca i trwa kilka minut lub godzin, a wyzwala ją zwykle negatywne zdarzenia życia codziennego. Sztynność – ludzie w nastroju samobójczym nie są w stanie dostrzec innych dróg wyjścia, myślą w sposób radykalny. Większość z nich mówi o swoich myślach i zamiarach samobójczych. Często sygnalizują i stwierdzają wprost, że chcą umrzeć (*Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, 2003*).

Jeśli osoba w stanie wzburzenia lub ciężko chora zaczyna zachowywać się w określony sposób dając do myślenia, iż może chcieć rozstać się z życiem, to mamy wówczas do czynienia z zespołem presuicydalnym. Sygnały przemawiające o samobójstwie to:

- wypowiedzi typu; żałuję, że nie umarłem, beze mnie byłoby wam lepiej, nic nie mogę zrobić, jestem tylko ciężarem, już więcej tego nie wytrzymam;
- gromadzenie leków;
- napisanie testamentu lub pożegnalnego listu;
- rozważania o śmierci, rozmowy o grobach, zmarłych;
- zbieranie ostrych narzędzi, sznura;
- oglądanie miejsc uchodzących za dogodnych do samobójstwa;
- wydawanie zarządzeń dotyczących majątku;
- nagłe odizolowanie się od otoczenia;

- rozdawanie swoich rzeczy;
- nagła poprawa stanu psychicznego osoby będącej na skraju samobójstwa, czyli tzw. „złowieszczy spokój”.

Człowiek chory na depresję planujący samobójstwo może zdecydować się na zabicie również swoich najbliższych (tzw. „samobójstwo rozszerzone”). Motywem tragicznego zachowania, które zawsze wzbudza w otoczeniu wielki niepokój, może być chęć chronienia bliskich przed sytuacją bez wyjścia, nieszczęściem, cierpieniem, prześladowaniem, aresztowaniem lub też przed bólem istnienia.

Wszelkie zachowania presuicydalne powinny być dla rodziny sygnałem alarmowym zmusić do natychmiastowego działania, celem umieszczenia pacjenta możliwie szybko w szpitalu. Wielu pacjentów przed planowanym samobójstwem żegna się ze światem pisząc wiersze, co powinno stanowić bardzo ważny sygnał ostrzegawczy.

Ogromnym problemem, sprawą najwyższej wagi są samobójstwa u dzieci i młodzieży. Na całym świecie samobójstwo jest jedną z pięciu najczęstszych przyczyn zgonów w grupie wiekowej od 15 do 19 lat. W wielu krajach zajmuje pierwsze miejsce na liście najczęstszych przyczyn śmierci dziewcząt i chłopców w tym wieku. Metody samobójstwa są różne. Dziewczynki często zażywają nadmiar leków, chłopcy częściej niż dziewczęta umierają śmiercią samobójczą przez powieszenie, użycie broni palnej lub materiałów wybuchowych. Depresja występuje częściej u dziewcząt niż u chłopców, ale również jest im łatwiej niż chłopcom rozmawiać o swoich problemach, a więc zapobiegać aktom samobójczym ze skutkiem śmiertelnym. Chłopcy częściej bywają bardziej agresywni i impulsywni, nierzadko działają pod wpływem alkoholu i nielegalnych środków odurzających, co prawdopodobnie przyczynia się do tego, że w ich przypadkach akty samobójstwa kończą się zgonem. Do czynników, które chronią przed zachowaniami samobójczymi, należą:

- wzorce rodzinne: dobre relacje z członkami rodziny, wsparcie ze strony rodziny;
- styl poznawczy i osobowość: dobrze rozwinięte umiejętności społeczne, wiara w siebie, dobre mniemanie o swojej sytuacji i osiągnięciach, poszukiwanie w trudnych chwilach porady i pomocy innych, otwartość na doświadczenia i nową wiedzę;
- czynniki kulturowe i socjodemograficzne: integracja społeczna, dobre relacje z kolegami w szkole, dobre relacje z nauczycielami, wsparcie ze strony innych osób.

Najczęściej samobójstwo popełniają dzieci:

- chorujące na depresję;
- z zaburzeniami lękowymi;
- nadużywające alkohol i narkotyki;
- z zaburzeniami odżywiania;
- z zaburzeniami psychiatrycznymi (*Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły, 2003*).

Wszystkie zachowania presuicydalne dzieci i młodzieży powinny być sygnałem ostrzegawczym zarówno dla rodzica, jak i nauczycieli. Do ryzykownych sytuacji i zdarzeń, które mogą wywołać próby samobójcze lub samobójstwa dokonane należą:

- problemy rodzinne;
- przemoc w rodzinie (włącznie z używaniem przemocy fizycznej wobec dziecka);
- niedostateczna opieka ze strony rodziców/opiekunów, przy złej komunikacji w rodzinie;
- częste kłótnie między rodzicami/opiekunami z napięciem i agresją;
- rozwód, separacja lub śmierć rodziców/opiekunów;



- częste przeprowadzki do innego miejsca zamieszkania; częsta zmiana szkoły i otoczenia;
  - bardzo wygórowane lub bardzo zaniżone oczekiwania ze strony rodziców lub opiekunów;
  - nieadekwatny lub nadmierny autorytet rodziców/opiekunów;
  - brak czasu rodziców/opiekunów, by zauważyć problemy emocjonalne dziecka i zająć się nimi;
  - środowisko negatywne emocjonalnie; odrzucenie lub zaniedbywanie dziecka;
  - sztywność rodziców; stworzenie sztywnych reguł obowiązujących w domu;
  - nadużywanie alkoholu przez rodziców/opiekunów oraz dzieci;
  - nadużywanie leków, środków odurzających;
  - zachowanie antyspołeczne w rodzinie;
  - rozstanie z sympatią;
  - śmierć kogoś bliskiego;
  - konflikty z prawem;
  - złe oceny i strach przed reakcją rodziców;
  - wysoki poziom wymagań w szkole w okresie egzaminów;
  - niepowodzenie na studiach;
  - niechciana ciąża, aborcja;
  - zakażenie wirusem HIV lub inną chorobą przekazywaną drogą płciową
- (*Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły, 2003*).

Najczęściej opisywanym czynnikiem powodującym popełnienie próby samobójczej wśród dzieci i młodzież było połączenie objawów depresyjnych i zachowania antyspołecznego. Zgłaszający się po poradę lekarską uczniowie z depresją często podają objawy somatyczne takie jak:

- bóle głowy;
- bóle żołądka;
- bóle nóg;
- bóle w klatce piersiowej.

Depresyjne dziewczęta bywają milczące, przygnębione, smutne. Chłopcy z depresją mają natomiast skłonności do zachowania agresywnego i destrukcyjnego, wymagającego wiele uwagi ze strony nauczycieli i rodziców. Agresywność ta może prowadzić do osamotnienia, które samo w sobie jest czynnikiem ryzyka dla zachowań samobójczych.

Rozpoznanie złego stanu emocjonalnego dziecka, to bardzo ważny a jednocześnie trudny fakt. Należy traktować poważnie każdą nagłą lub radykalną zmianę, wpływającą na wyniki w nauce, obecność na lekcjach lub zachowanie dziecka czy nastolatka. Na szczególną uwagę zasługuje:

- brak zainteresowania zwykle wykonywanymi zajęciami;
  - ogólne obniżenie ocen;
  - złe zachowanie w klasie;
  - nieusprawiedliwione, powtarzające się nieobecności;
  - incydenty prowadzące do interwencji policji;
  - przemoc wobec innych uczniów;
  - palenie papierosów, picie alkoholu, używanie środków odurzających
- (*Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły, 2003*).

Czynniki te pomagają zwrócić uwagę na dzieci, młodzież, uczniów w przypadku których istnieje ryzyko bardzo złego stanu emocjonalnego spowodowanego przez stres psychiczny i społeczny oraz myśli samobójczych prowadzących w końcu do zachowań samobójczych. Jeśli któryś z tych objawów rozpozna nauczyciel lub psycholog szkolny, powinien zawiadomić o tym cały zespół nauczycielski i podjąć działania zmierzające do dokładnego zdiagnozowania danego ucznia, ponieważ takie objawy zwykle wskazują na bardzo zły stan emocjonalny i w niektórych przypadkach mogą doprowadzić do samobójstwa. Kolejną grupą pacjentów u których odnotowuje się próby samobójcze są osoby w okresie wczesnej i późnej starości. Większość osób w wieku późnej starości, które mają myśli samobójcze, dokonują prób samobójczych lub umierają w wyniku samobójstwa, cierpi na depresję. Prawdopodobieństwo wystąpienia depresji wzrasta po 75 – 80 roku życia i występuje u ok. 30 – 60% osób w wieku podeszłym (Polewka, Chrostek, Szczepańska, 2006).

Czynniki ryzyka mieszczą się zarówno w kategoriach biologicznych, jak i klinicznych oraz psychospołecznych.

Teorie biologiczne koncentrują się na związku choroby fizycznej ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa; ból, skumulowane objawy, ograniczona sprawność fizyczna mogą wywołać stres, w wyniku którego może rozwinąć się depresja i myśli w rodzaju „czy życie wciąż jest warte życia?!”.

Depresja może wynikać zarówno z błędnej oceny własnego życia jak i braku umiejętności zmagania się z problemami i stresem. W większości przypadków samobójstw u osób w wieku podeszłym istotne znaczenie ma więc rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, szczególnie z kręgu depresji oraz związanych z wiekiem towarzyszących chorób somatycznych, a także obecnością wcześniejszych postaw samobójczych. Ponieważ ludzie starsi cierpiący na depresję, generalnie nie korzystają z placówek opieki zdrowia psychicznego a raczej skarżą się na dolegliwości somatyczne, ważne jest aby w czasie przeprowadzania oceny zdrowia fizycznego zdiagnozować pacjentów również pod kątem depresji i myśli samobójczych (Pużyński, 2006).

## References

- Heitzman, J. (2007). *Depresja—odpowiedzi na pytania*, 22-24. Wrocław: Urban & Partner. [in Polish].
- Kędziora-Kornatowska, K., & Muszalik, M. (Eds.). (2007). *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku: podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo*. Lublin: Czelej. [in Polish].
- Kępiński, A. (2002). *Poznanie chorego*. Kraków: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich. [in Polish].
- Krogulski, S. (2003). *Zachowania samobójcze*. *Lekarz Rodzinny*, 6 (7/8), 99. [in Polish].
- Lewko, J. (2003). *Komunikowanie się z ludźmi starszymi*. Lublin: Czelej. [in Polish].
- McKay, M., Davis, M., Fanning, P., & Błaż, A. (2011). *Sztuka skutecznego porozumiewania się: praca, rodzina, zabawa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. [in Polish].
- Motyka, M. (2003). *Komunikacja terapeutyczna*. Lublin: Czelej. [in Polish]
- Polewka, A., Chrostek, Maj J., Szczepańska, Ł. (2006). *Samobójstwa i próby samobójcze w okresie wczesnej i późnej starości — epidemiologia, czynniki ryzyka, profilaktyka*. *Przegląd Lekarski*, 63, 323–327. [in Polish].
- Pużyński, S. (2006). *Problem samobójstw u ludzi starszych*. *Psychiatria po Dyplomie*, 60-63. [in Polish].

Szczygieł, B., Wanot, B., & Magerčiaková, M. (2018). Depression – definition, history of views, recognition. *Scientific Journal of Polonia University*, 30(5), 99-106. DOI: 10.23856/3010. [in English].

Ugniewska, C. (1998). *Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne: podręcznik dla szkół medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. [in Polish]

Wanot, B., Szczygieł, B., Wanot, W., & Magerčiaková, M. (2019). Depression - types and treatment of depression. *Scientific Journal of Polonia University*, 32(1), 121-130. DOI: 10.23856/3216. [in English].

*Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*. (2003). Światowa Organizacja Zdrowia. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. Genewa-Warszawa. [in Polish].

*Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej*. (2003). Światowa Organizacja Zdrowia. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. Genewa-Warszawa. [in Polish].