



Wspierająca
Szkoła

Małgorzata Łuba



PORADNIK DLA NAUCZYCIELI

SAMOUSZKODZENIA U DZIECI I MŁODZIEŻY



Wspierająca
Szkoła



Spis treści:

1. Charakterystyka i skala samouszkodzeń wśród dzieci i młodzieży	4
2. Czynniki ryzyka samouszkodzeń	6
3. Syndrom chronicznych samouszkodzeń bez intencji samobójczych	8
4. Sygnały ostrzegawcze	11
5. Przygotowanie do rozmowy	14
6. Rozmowa interwencyjna	18
7. Funkcje samouszkodzeń	27
8. Doraźne działania na rzecz ograniczenia szkód związanych z samouszkodzeniami	30
9. Działania terapeutyczne	33
10. Społeczne zarażanie się samouszkodzeniami	36
11. Bibliografia	38

Charakterystyka i skala samouszkodzeń wśród dzieci i młodzieży

Samouszkodzenia to intencjonalne (nieprzypadkowe), przeprowadzone z własnej woli, pozbawione intencji samobójczych i stanowiące niewielkie zagrożenie życia uszkodzenia własnego ciała, które nie są akceptowane społecznie (Walsh, 2014). Obok zachowań samobójczych należą do bezpośrednich zachowań autodestrukcyjnych. Najczęściej pojawiają się i występują u nastolatków oraz młodych dorosłych. Wiek inicjacji przypada zazwyczaj między 11. a 14. rokiem życia. Niełatwo jest określić dokładną skalę tego zjawiska, ponieważ młodzież najczęściej ukrywa je przed dorosłymi. Co więcej, większość aktów autoagresji nie wymaga interwencji medycznej i nie jest w żaden sposób odnotowywana w statystykach opieki zdrowotnej. Jednak na podstawie różnych badań **szacuje się, że samouszkodzenia mogą być obecne u 11, a nawet 39% młodych ludzi** (Ziółkowska i Wycisk, 2019). Oznacza to, że w przeciętnej klasie szkolnej są przynajmniej trzy osoby, które przejawiają autoagresję.

Badacze zauważają, że samouszkodzenia coraz częściej pojawiają się u młodych ludzi bez zaburzeń psychicznych i traumatycznych doświadczeń (Walsh, 2014). Wśród ważnych powodów wzrostu częstotliwości samouszkodzeń młodzieży z populacji ogólnej można wyróżnić m.in.:

- **Wysoce stresogenne środowisko szkolne – wielozadaniowość, nacisk na sukces edukacyjny i rywalizację, przemoc rówieśniczą;**
- **Zanik poczucia wspólnoty i wsparcia społecznego, pozostawianie nastolatków przez rodziców samym sobie przez większą część dnia;**
- **Brak konstruktywnego modelu regulacji emocji i samouspokajania w środowisku rodzinnym i szkolnym;**
- **Propagowanie środków zmieniających świadomość jako metody radzenia sobie z emocjami i stresem oraz oczekiwanie natychmiastowej poprawy;**
- **Przedstawianie samouszkodzeń jako normalnej reakcji na stres oraz instruktaże w Internecie, książkach, programach, filmach, serialach;**
- **Gloryfikowanie zachowań autoagresywnych i obdarzanie osób, które je przejawiają, uwagą.**

Czynniki ryzyka samouszkodzeń

Samouszkodzenia raczej nie występują jako wyizolowany problem – częściej są jednym z objawów różnych trudności.

BIOPSYCHOSPOŁECZNE CZYNNIKI RYZYKA POJAWIENIA SIĘ SAMOUSZKODZEŃ	
Wymiar środowiskowy	• Zdarzenia z przeszłości rodziny, m.in. przemoc, nadużywanie substancji psychoaktywnych, samouszkodzenia i zachowania samobójcze wśród bliskich; • Zdarzenia z przeszłości nastolatka, m.in. zaniedbanie, problemy z więzią, utrata ważnej osoby, doświadczenia traumatyczne (przemoc fizyczna i seksualna); • Unieważniające środowisko rodzinne – emocjonalne doświadczenia nastolatka są ignorowane, negowane, wyśmiewane lub potępiane; to sprawia, że on sam zaczyna również kwestionować zasadność, a nawet istnienie swoich wewnętrznych stanów afektywnych; • Obecne problemy, np. strata, konflikt w relacji, niepowodzenie, nadużycie, kontakt z rówieśnikami dokonującymi samouszkodzeń.
Wymiar biologiczny	• Zaburzenia psychiczne (najczęściej depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania, zaburzenia osobowości); • Hipotezy dotyczące niewłaściwej regulacji poziomu serotoniny, dysfunkcji endogennego systemu opioidowego, zmniejszonej wrażliwości na ból.

Wymiar poznawczy	• Niska samoocena; • Niewielkie poczucie sprawstwa; • Samooskarżanie; • Tendencja do zniekształceń poznawczych w myśleniu; • Myśli, obrazy i wspomnienia związane z traumą.
Wymiar afektywny	• Podatność na częste występowanie silnych i długotrwałych emocji; • Częste odczuwanie złości, lęku, napięcia, wstydu, osamotnienia.
Wymiar behawioralny	• Niewielkie umiejętności psychospołeczne; • Najczęstsze bodźce spustowe, m.in. kłótnie, izolacja, zażycie substancji psychoaktywnej.

Nie ma prostego związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy danym czynnikiem ryzyka a wystąpieniem samouszkodzeń – to, czy dany nastolatek sięgnie po autoagresję, będzie wypadkową działania czynników ryzyka i obecnych czynników protekcyjnych.

Syndrom chronicznych samouszkodzeń bez intencji samobójczych

Najbardziej rozpowszechnione są samouszkodzenia umiarkowane impulsywne. Polegają one na stosunkowo płytkim nacinaniu skóry ostrymi narzędziami (np. żyłką, nożem, kawałkiem szkła, ostrzem temperówki), rzadziej przypalaniu, zadawaniu sobie ciosów, drapaniu, gryzieniu, nakłuwaniu, podduszaniu, zazwyczaj pod wpływem trudnego do pohamowania impulsu, związanego z silnym napięciem. Zranieniu ulegają ramiona, przedramiona, uda, rzadziej brzuch, piersi, szyja. Kiedy pojawiły się nie więcej niż pięć razy w ciągu ostatniego roku i są wyrazem okresowo przeżywanych trudności lub odpowiedzią na przejściowy kryzys, mówimy o samouszkodzeniach epizodycznych. Gdy utrwalają się jako najczęstszy (lub wręcz jedyny) sposób radzenia sobie z przeżywanymi napięciami i występują wielokrotnie, nazywamy je chronicznymi.

W najnowszej wersji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-V) samouszkodzenia chroniczne bez intencji samobójczych zostały uznane za odrębną kategorię diagnostyczną, którą wymieniono jako jedno z zaburzeń psychicznych wymagających dalszych badań.

KRYTERIA WG DSM-V:

1. W ostatnim roku osoba przez co najmniej 5 dni dokonuje samouszkodzeń bez intencji samobójczej.
2. Osoba musi wykazywać przynajmniej jedną z motywacji:
 - a. poszukuje ulgi w doznawanych negatywnych uczuciach lub stanie psychicznym,
 - b. próbuje rozwiązać w ten sposób konflikty interpersonalne,
 - c. chce osiągnąć przyjemność.
3. Zamierzone samouszkodzenia muszą być związane z przynajmniej jednym z poniższych:
 - a. występowanie konfliktu interpersonalnego czy negatywnych emocji lub myśli (np. depresji, lęku, napięcia, złości) w okresie bezpośrednio poprzedzającym samouszkodzenie,
 - b. zaabsorbowanie planowanym działaniem w okresie bezpośrednio go poprzedzającym,
 - c. rozmyślanie, ruminacje dotyczące samouszkodzeń.
4. Samouszkodzenie nie jest usankcjonowane kulturowo (np. tatuaże, piercing) i nie jest ograniczone do zdrapywania strupów czy obgryzania paznokci.
5. Zachowanie to lub jego konsekwencje powodują znaczący dyskomfort psychiczny i wpływają na funkcjonowanie.
6. Zachowanie nie występuje wyłącznie w przebiegu epizodu psychiatrycznego, majaczenia, intoksykacji czy zespołu abstynencyjnego i nie może być lepiej wyjaśnione przez inne zaburzenie (np. niepełnosprawność intelektualną, zespół Lescha-Nyhana).

Istnieją hipotezy wiążące samouszkodzenia chroniczne z biochemicznymi mechanizmami wydzielania endorfin – naturalnych, wewnętrznych środków przeciwbólowych, potocznie nazywanych „hormonami szczęścia” (Walsh, 2014). W chwili zranienia endorfiny znieczulają ból, redukują dyskomfort, poprawiają samopoczucie, a u niektórych wywołują wręcz stan euforii. Są to jednak substancje opioidowe (podobnie jak morfina), od których można się uzależnić. Oznacza to, że ciężar pracy z młodą osobą z samouszkodzeniami chronicznymi może być podobny jak z osobami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych. Nie wystarczy pouczyć, powiedzieć o konsekwencjach, postraszyć lub zakazać. Takie wsparcie wymagać będzie często specjalistycznej pomocy i trwać może bardzo długo.

4 Sygnały ostrzegawcze

Czy nauczyciel, wychowawca, pedagog lub psycholog szkolny jest zawsze w stanie zauważyć, że konkretny uczeń doświadcza problemów emocjonalnych lub psychicznych i w ich obliczu zaczął sięgać po samouszkodzenia? To z wielu powodów niełatwe zadanie – nie pomaga w tym obciążenie wieloma obowiązkami, praca w pośpiechu, konieczność zajmowania się całą, często zbyt liczną grupą, niewielka liczba zajęć z daną klasą. Dodatkowo wielu nastolatków stara się ukryć przed najbliższym otoczeniem, w szczególności przed dorosłymi, swoje trudności i złe samopoczucie. A jeśli nawet uda się zaobserwować niepokojące lub niepożądane zmiany w ich zachowaniu, z łatwością można znaleźć dla nich inne, mniej groźne wytłumaczenie, np. wiek dojrzewania, przejściowa niechęć do respektowania zasad, zwracanie na siebie uwagi, lenistwo, moda itp.

Mimo wszystko zauważenie nastolatka doświadczającego trudności jest możliwe. Czasami pomoże przypadek. Innym razem pozyskanie dodatkowej wiedzy o przeżytym przez ucznia urazie lub jego trudnej sytuacji życiowej, np. śmierci bliskiej osoby, bezpośrednim udziale w traumatycznym zdarzeniu, problemach w rodzinie, chorobie, byciu ofiarą przemocy rówieśniczej itd. Jednak zawsze konieczne jest autentyczne zainteresowanie i uważna obserwacja. Wśród zachowań młodych osób warto zwrócić uwagę na takie zmiany, które mogą być bezpośrednimi lub pośrednimi sygnałami świadczącymi o obecności autoagresji.

PRZYKŁADOWE OBSERWACJE, KTÓRE NALEŻY POTRAKTOWAĆ JAKO SYGNAŁ OSTRZEGAWCZY OBECNOŚCI SAMOUSZKODZEŃ

BEZPOŚREDNIE	POŚREDNIE
• Blizny, zadrapania, skaleczenia, siniaki, ślady krwi o niewiadomym pochodzeniu na ubraniu, liczne i częste opatrunki. • Ubrania nieadekwatne do pogody, np. z długimi rękawami, nogawkami, które pomagają ukryć efekty samouszkodzeń. • Unikanie aktywności, podczas których mogą zostać odsłonięte rany, blizny, np. lekcji WF-u, zajęć na basenie, przebierania się przy innych. • Noszenie przy sobie ostrych narzędzi, np. żyletek, nożyków, agrahek, porozginanych spinaczy, igieł. • Spędzanie długiego czasu w toalecie, w odosobnionych miejscach. • Zamieszczanie w mediach społecznościowych lub przesyłanie w wiadomościach zdjęć, filmów, opisów dotyczących autoagresji. • Zgłoszenia rówieśników dotyczące zaobserwowanych przez nich aktów samouszkodzeń lub ich efektów. Opracowanie na podstawie: Wycisk i Ziółkowska, 2010; Ziółkowska i Wycisk, 2019.	• Długotrwałe przygnębienie, utrata spontaniczności, większa płaczliwość i tendencja do zamartwiania się. • Powtarzające się negatywne wypowiedzi o sobie, relacjach z innymi, życiu, przyszłości. • Izolowanie się, wycofanie z kontaktów, mniejsza chęć do rozmów, zabaw, spotkań, rezygnowanie z zajęć do tej pory ważnych i lubianych, powtarzające się nieobecności w szkole. • Brak dbałości o siebie, wygląd i higienę. • Wyraźne, dość nagłe zaniedbanie się w nauce. • Poruszanie w pracach tematu bólu, cierpienia, fizycznego zranienia, śmierci itp. • Wzrost impulsywności, większa skłonność do konfliktów, wybuchów, zachowań agresywnych, buntowniczych, niszczycielskich, prowokacyjnych. • Pierwsze sięganie po środki psychoaktywne, np. alkohol, narkotyki, dopalacze, leki lub nasilenie ich używania. • Zachowania ryzykowne, np. skakanie z dużej wysokości, przebieganie przez ulicę, prowokowanie w sferze seksualnej.

Dodatkowo nastolatki z tendencją do samouszkodzeń częściej niż ich rówieśnicy mogą przejawiać zaniżone, niestabilne poczucie własnej wartości, a także mieć niewielkie kompetencje radzenia sobie ze stresem i trudnymi emocjami. W relacji z innymi często może towarzyszyć im poczucie odrzucenia, osamotnienia, niezrozumienia. Dla niektórych ich własne ciało może wydawać się nieakceptowaną, niewartą troski, wręcz odrażającą częścią siebie.



5 Przygotowanie do rozmowy

Aby skutecznie i prawdziwie pomocnie zareagować na samouszkodzenia, opiekunowie muszą zyskać podstawową wiedzę na temat zachowań autodestrukcyjnych oraz być świadomi własnych reakcji i emocji, które mogą pojawić się w efekcie zetknięcia się z autoagresją (Walsh, 2014).

ZANIM ROZPOCZNIESZ WSPIERANIE MŁODEJ OSOBY:

- Zdobądź wiedzę o samouszkodzeniach, która pomoże ci lepiej zrozumieć ich mechanizmy oraz funkcje.
- Naucz się odróżniać samouszkodzenia od zachowań samobójczych i pamiętaj o ich wzajemnych powiązaniach.
- Uświadom sobie własne odruchy i postawę, jaką przyjmujesz wobec samouszkodzeń i młodych osób po nie sięgających, zadając sobie poniższe i podobne im pytania:
 - Co myślisz o nastolatkach z samouszkodzeniami?
 - Co czujesz, kiedy dowiadujesz się lub podejrzewasz, że twój uczeń sięga po samouszkodzenia?
 - Jaka jest twoja rola we wspieraniu ucznia z samouszkodzeniami? Co możesz zrobić? Co może być efektem twoich interwencji, a czego nie jesteś w stanie osiągnąć i zmienić za sprawą swoich działań?

Samouszkodzenia mogą wywołać u opiekunów bardzo silne reakcje. Dominującym stanem jest zazwyczaj lęk – dorośli niepokoją się, że nastolatek, raniąc swoje ciało, nie tylko szkodzi swojemu zdrowiu, ale być może zechce popełnić samobójstwo. Boją się również, że nie będą w stanie skutecznie pomóc. Silne obawy o zdrowie i życie młodej osoby mogą przełożyć się na próby powstrzymania nastolatka przed wyrządzaniem sobie krzywdy za wszelką cenę poprzez:

- **Systematyczne sprawdzanie i pilnowanie:** *Pokaż swoje ręce, nogi, brzuch, bo muszę sprawdzić, czy znowu się nie pocięłaś; Na moich lekcjach nie możesz wyjść do toalety, bo tam pewnie znowu się potniesz.;*
- **Argumentowanie, przekonywanie:** *Nie powinieneś się tak krzywdzić, bo...;*
- **Proszenie i wymuszanie zobowiązań do natychmiastowego zaprzestania zachowań autoagresywnych:** *Proszę, nie myśl więcej o cięciu. Skończ z tym natychmiast. Zrób to dla mnie. Obiecuj mi, że więcej nie zrobisz sobie krzywdy.*

Bywa i tak, że zbyt silny lęk paraliżuje jakiekolwiek działania, a sposobem poradzenia sobie z nim staje się umniejszanie niebezpieczeństwa (*To nic takiego – przecież w dzisiejszych czasach każdy nastolatek się tnie.*) lub unikanie zajmowania się problemem i dążenie do przerzucenia odpowiedzialności za podjęcie interwencji na kogoś innego (*To nie mój wychowanek. To nie problem szkoły. Ma przecież rodziców, którzy pewnie o wszystkim wiedzą i powinni się tym zająć*).

Niestety zetknięcie się z aktami autoagresji może również wywołać złość. Wówczas samouszkodzenia są odbierane jako prowokacja (*Robi sceny. Robi mi na złość. Chce mnie zdenerwować.*) lub manipulacja (*Próbuje mnie szantażować. Chce w ten sposób osiągnąć swoje perfidne cele.*). Pojawia się wówczas:

- **Straszenie:** *Jeśli natychmiast nie przestaniesz, możesz być kaleką do końca życia.;*
- **Zawstydzanie:** *No, pochwal się i pokaż wszystkim, jakie głupoty ostatnio sobie zrobiłeś.;*
- **Obwinianie:** *Nie pomyślałaś nawet, co by poczuli twoi rodzice lub młodsze rodzeństwo, gdyby zobaczyli, co sobie robisz?;*
- **Potępianie, karanie:** *Jesteś bezwzględny i obrzydliwy w tym, co robisz. Jeśli jeszcze raz to zrobisz, popamiętasz. Zaraz wpiszę ci uwagę.*

W interwencjach opiekunów podyktowanych zbyt silnym lękiem lub złością pojawia się błędne założenie, że nastolatek jest w stanie w pełni kontrolować samouszkodzenia i potrzebuje jedynie motywacji zewnętrznej – „kija i marchewki” – aby im zaprzestać. Tego typu działania nie są skuteczne, a w perspektywie dłuższego czasu mogą wręcz szkodzić – dorosły wywiera presję, aby zmienić zachowanie młodej osoby, nie próbuje jednak dowiedzieć się, jakie trudności i potrzeby kryją się za samouszkodzeniami.

Natychmiastowe wyeliminowanie zachowań autoagresywnych jest zazwyczaj niemożliwe. Niekiedy może przynosić również szkodę – nastolatki bez innej możliwości poradzenia sobie z dyskomfortem psychicznym niż samouszkodzenia mogą poczuć się jeszcze bardziej bezradne i przytłoczone odczuwanymi emocjami i problemami.

W obliczu samouszkodzeń opiekunowie mają prawo odczuwać lęk. Jednak jego zadaniem jest zmobilizować do jak najszybszego zainicjowania rozmowy z nastolatkiem, aby lepiej zrozumieć, co się dzieje. Ma on również zmotywować do podjęcia współpracy z innymi – nauczycielami, wychowawcą, specjalistami w szkole i poza nią, rodzicami ucznia – aby wspólnie znaleźć i zaplanować realne działania na rzecz wsparcia młodej osoby.

6 Rozmowa interwencyjna

Pierwszy krok w reakcji na samouszkodzenia to szczerą, bezpośrednią rozmowę z młodą osobą o zaobserwowanych niepokojących zmianach w jej zachowaniu. Jej celem nie jest natychmiastowe powstrzymanie kolejnych samouszkodzeń ani próba wyjaśnienia, że to niewłaściwe zachowanie, które pociąga za sobą szereg negatywnych konsekwencji. Właściwym celem takiej rozmowy jest szczegółowe poznanie perspektywy ucznia – jego sytuacji życiowej, rodzinnej, szkolnej, relacji z rówieśnikami, doświadczanych problemów – oraz potwierdzenie obecności samouszkodzeń i określenie rozmiaru ich szkodliwości. Dobrze jest zacząć od nazwania konkretnych obserwacji, które zwróciły uwagę opiekuna, oraz zapewnienia o zainteresowaniu, trosce, chęci zrozumienia i pomocy.

Przykładowe rozpoczęcie rozmowy:

- **FAKT**, czyli zaobserwowane zachowania młodej osoby, które cię zaniepokoiły – *Zauważyłem/am świeże rany na twoich nadgarstkach.*
- **UCZUCIE i jego KONTEKST**, czyli twoja reakcja emocjonalna i znaczenie, które nadajesz zaobserwowanym zachowaniom – *Zasmuciło mnie to, bo myślę sobie, że może za tymi ranami coś się kryje i może przeżywasz trudne chwile.*
- **OCZEKIWANIE**, czyli prośba o pomoc w lepszym zrozumieniu niepokojących obserwacji – *Powiedz, proszę, co się dzieje. Porozmawiamy.*

Zaproszenie nastolatka do rozmowy nie jest jeszcze gwarancją, że od razu się ona odbędzie. Młoda osoba nie musi być na nią gotowa – może być skryta i niechętnie dzielić się z innymi swoimi problemami, może nie wierzyć w dobre intencje opiekuna, może zakładać, że dorosły nie będzie w stanie jej wysłuchać i zrozumieć, może doświadczać tak silnego cierpienia, że utrudnia jej ono kontakt z innymi. Zamiast wywierania presji, komunikowania rozczarowania i urazy **warto poszukać w sobie cierpliwości, życzliwości i powiedzieć:**

- *Czasami niełatwo mówić o swoich trudnościach.*
- *Wiem, że do tej pory mogłaś tak z nikim nie rozmawiać.*
- *Masz prawo nie chcieć ze mną rozmawiać.*
- *Jeśli chcesz, możemy porozmawiać, kiedy będziesz w lepszym nastroju.*
- *Może łatwiej będzie ci porozmawiać z kimś innym?*
- *Martwię się o ciebie i zależy mi na tym, abyś jak najszybciej poczuła się lepiej.*

Kiedy już dojdzie do rozmowy, ważne, aby w jej trakcie uważnie i cierpliwie słuchać, zadawać dodatkowe pytania pogłębiające rozumienie zgłaszanych trudności, prosić o przykłady. Konieczne jest również wystrzeganie się pocieszania, dawania rad i przekonywania do innego sposobu myślenia, a także akceptowanie emocji, jakie wyraża nastolatek, bez próby poprawiania ich na siłę. Tylko taka empatyczna postawa daje szansę na zidentyfikowanie problemów i pozwala nawiązać pomocową relację (Miller, Rathus i Linehan, 2011).



ZAMIAST MÓWIĆ:	MOŻESZ POWIEDZIEĆ:
• <i>Zobaczysz, wszystko będzie dobrze.</i> • <i>Nie przejmuj się.</i> • <i>Uszy do góry!</i> • <i>Musisz myśleć pozytywnie.</i> • <i>Musisz teraz wziąć się w garść.</i> • <i>No już, nie płacz.</i> • <i>Nie powinieneś tak się tym przejmować.</i> • <i>Chyba nie jesteś tak niemądra, żeby się tego bać?</i> • <i>Chyba trochę przesadzasz.</i> • <i>Takie problemy jak twoje to żadne problemy.</i> • <i>Jest wiele osób na świecie, które przeżywają gorsze rzeczy.</i>	• <i>Co dokładnie masz na myśli? Powiedz o tym coś więcej. Pomóż mi lepiej zrozumieć, co się dzieje.</i> • <i>W tej sytuacji możesz czuć smutek, niepokój, złość itd.</i> • <i>Może być ci ciężko.</i> • <i>Widzę, że ta sytuacja cię przygnębia.</i> • <i>Masz prawo czuć to, co czujesz.</i> • <i>Nie wiem, co przeżywasz, ale bardzo chcę to zrozumieć.</i> • <i>Dziękuję, że podzieliłaś się ze mną swoimi problemami.</i> • <i>To ważne, że opowiadasz o tym, co dla ciebie trudne.</i> • <i>Nie wiem, co mogę teraz powiedzieć, ale dobrze, że mi o tym opowiedziałeś.</i>

W przypadku gdy interweniujący nauczyciel, wychowawca przypuszcza, że nastolatek dokonuje samouszkodzeń lub praktykuje inne autodestrukcyjne zachowania albo reaguje na swoje problemy silnymi emocjami, towarzyszy mu poczucie bezsilności, niemocy, rezygnacji, braku nadziei lub mówi wprost, że jest bardzo załamany, że dłużej nie da rady itp., konieczne jest zachęcenie go do spotkania z pedagogiem lub psychologiem szkolnym.

Zadaniem nauczyciela specjalisty będzie nie tylko pogłębienie wiedzy o problemach ucznia, ale również weryfikacja tych podejrzeń oraz – w przypadku potwierdzenia obecności samouszkodzeń lub innych zachowań autodestrukcyjnych – oszacowanie rozmiarów takich praktyk.

PRZYKŁADOWE WYPOWIEDZI POMOCNE W WERYFIKACJI OBECNOŚCI SAMOUSZKODZEŃ LUB INNYCH ZACHOWAŃ AUTODESTRUKCYJNYCH:

- **Kiedy zostały zauważone zmiany na ciele mogące być efektem samouszkodzeń** – *Powiedz, proszę, skąd się wzięły twoje rany, blizny itp.*
- **Kiedy efekty samouszkodzeń nie zostały zaobserwowane** – *W obliczu trudności możemy sięgać po różne sposoby radzenia sobie. Mogą być one zdrowe lub niezdrowe, skuteczne lub nieskuteczne. A jak jest u ciebie? Co robisz w ostatnim czasie, kiedy czujesz się bardzo źle, kiedy chcesz przestać o czymś myśleć, przestać czuć nieprzyjemne dla ciebie emocje lub zapomnieć o trudnościach?*

**PRZYKŁADOWE SPOSOBY
ORAZ NARZĘDZIA POMOCNE
W OCENIE ROZMIARU SAMOUSZKODZEŃ
LUB INNYCH ZACHOWAŃ AUTODESTRUKCYJNYCH:**

1. Pytania wprost:

- **Od jak dawna** w twoim życiu obecne są samouszkodzenia, sięganie po alkohol itp.?
- **Jak często** pojawiają się w skali miesiąca, tygodnia, dnia?
- **W odpowiedzi na jakie sytuacje** pojawiają się najczęściej?
- **W jaki sposób** uszkodzasz swoje ciało?
- **Jakie jego części?**
- **Po jakie substancje** sięgasz najczęściej?
- **Jaka jest powaga obrażeń** na twoim ciele?

2. Kwestionariusze

- **FASM** (The Functional Assessment od Self-Mutilation) oraz **ABUSI** (The Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale) – dostępne w książce pt. *Terapia samouszkodzeń autorstwa B. Walsh*
- **AUDIT** (Rozpoznawania Problemów Alkoholowych) – dostępny w książce pt. *Autodestruktywność dzieci i młodzieży autorstwa B. Ziółkowskiej i J. Wycisk*

Oprócz weryfikacji występowania samouszkodzeń należy również zapytać o najbardziej powszechne pośrednie zachowania autodestrukcyjne (środki psychoaktywne, m.in. alkohol, narkotyki, dopalacze, leki) (Walsh, 2014). Konieczne są również pytania o obecność zachowań samobójczych (myśli, plany, tendencje i wcześniejsze próby), ponieważ samouszkodzenia są uznawane za bezpośredni predyktor prób samobójczych i samobójstw (Makowska i Gmitrowicz, 2018 za: Hamza i in., 2012).



PRZYKŁADOWE PYTANIA O ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE: MYŚLI REZYGNACYJNE I SAMOBÓJCZE, ICH NASILENIE I MOŻLIWOŚĆ KONTROLI NAD NIMI

- *Czasem ludzie, którzy czują się źle, są przygnębieni, martwią się, zaczynają myśleć, że nie warto żyć, że chcieliby zasnąć i się nie obudzić, że chcieliby umrzeć. Czy też tak masz?*
- *Czy zdarzyło ci się kiedykolwiek myśleć o zabiciu się? Co dokładnie wtedy myślisz?*
- *Jak często pojawiają się takie myśli – ile razy w ciągu dnia, tygodnia itp.?*
- *Czy możesz przestać myśleć o zabiciu się lub chęci śmierci, gdybyś tylko chciała? Czy masz kontrolę nad takimi myślami? A może są uporczywe i natrętne, i przychodzą do głowy nawet wtedy, kiedy tego nie chcesz?*
- *Czy kiedykolwiek myśli te były tak nasilone, że chciałeś zrobić sobie krzywdę? Na ile prawdopodobne jest to, że podejmiesz takie działania w przyszłości?*

INTENCJE ORAZ OCZEKIWANE KONSEKWENCJE ŚMIERCI

- *Jakie sprawy spowodowały, że myślisz w ten sposób?*
- *Myślisz o śmierci, bo...? Myślisz o zabiciu się, bo...?*
- *Co byłoby, gdybyś odebrał teraz sobie życie? Jakie byłyby tego skutki?*

PLANY I TENDENCJE SAMOBÓJCZE

- *Czy zastanawiałaś się, w jaki sposób odebrać sobie życie? O czym dokładnie myślałaś?*
- *Czy zaczęłaś opracowywać szczegóły tego, w jaki sposób się zabić? Jakie masz plany? Kiedy, gdzie, jak planujesz odebrać sobie życie? Jakie poczyniłaś przygotowania? Czy posiadasz środki potrzebne do przeprowadzenia tego planu?*
- *Czy masz zamiar zrealizować ten plan? Jak bardzo prawdopodobne jest, że odbierzesz sobie życie?*

WCZEŚNIEJSZE PRÓBY SAMOBÓJCZE

- *Czy kiedykolwiek podjęłaś działanie, które mogło doprowadzić do twojej śmierci? Proszę, opisz, kiedy to było i co się wtedy dokładnie stało.*
- *Ile razy próbowałaś popełnić samobójstwo? Kiedy zdarzyło się to ostatni raz?*

Źródło: Łuba, 2021.

Wszystkie powyższe pytania należy zadawać wprost, w atmosferze wsparcia, bez moralizowania i osądzania, aby sprawdzić, na ile młoda osoba jest bezpieczna dla samej siebie i czy pojawia się zasadność natychmiastowych interwencji ze wsparciem służb ratownictwa medycznego lub policji. Konieczność wezwania pomocy za pośrednictwem numeru alarmowego 112 pojawia się w przypadku:

- **Dokonania przez młodą osobę samouszkodzeń związanych z poważnym naruszeniem tkanek i wymagających pilnych interwencji medycznych;**
- **Dokonania przez młodą osobę samouszkodzeń obejmujących oczy, twarz, piersi, podbrzusze, genitalia;**
- **Zidentyfikowania u młodej osoby samouszkodzeń epizodycznych lub chronicznych i towarzyszących im planów samobójczych lub wcześniejszych prób samobójczych (szczególnie w okresie ostatniego miesiąca) (Walsh, 2014).**

Ważne, aby zgłoszenie na numer alarmowy było pierwszą, a telefoniczne poinformowanie opiekunów prawnych o zdarzeniu oraz podjętych działaniach drugą w kolejności interwencją szkoły.

Nie każdy nastolatek z samouszkodzeniami potrzebuje zgłoszenia na numer alarmowy oraz konsultacji psychiatrycznej. Dotyczy to zwłaszcza młodych osób, u których autoagresja pojawiła się w formie epizodycznej (kilkukrotnie) lub jako zachowanie pod presją grupy, związane ze sprawdzeniem „jak to jest”. Jeśli jednak nastolatek sięga po samouszkodzenia z dużą częstotliwością (np. kilka razy w ciągu dnia lub tygodnia) i od dłuższego czasu (np. kilka miesięcy) lub ich efekty są bardzo szkodliwe dla zdrowia (np. powikłania medyczne, konieczność zakładania szwów), warto zadbać, aby spotkał się z lekarzem. Konsultacja psychiatryczna jest również wskazana, kiedy zachowania autoagresywne występują obok innych objawów zaburzeń psychicznych. Warto pamiętać, że we wszystkich przypadkach niezbędną formą pomocy będą działania psychoterapeutyczne oraz interwencje psychosocjalne.

Wielu dorosłych – nie rozumiejąc funkcji zachowań autoagresywnych – uznaje je za sposób zwracania na siebie uwagi, błahostkę, chwilową modę, szantaż, manipulację, wyraz „młodzieńczej głupoty” lub buntu. Taki sposób myślenia pociąga za sobą poważne konsekwencje. Osoby, którym będzie towarzyszyć przekonanie, że w samouszkodzeniach jest jakakolwiek zła wola nastolatka, spróbują poradzić sobie z nimi restrykcjami. Ci, którzy uznają, że to moda, będą oczekiwać, że problem rozwiąże się sam. Tymczasem zawsze warto traktować samouszkodzenia poważnie i sprawdzić, co się z nimi wiąże. Zamiast wyciągać pochopne wnioski i patrzeć na nie przez pryzmat krzywdzących stereotypów, można uważnie przyjrzeć się ich psychologicznym korzyściom. Występowanie samouszkodzeń bardzo często świadczy o wysokim poziomie dyskomfortu psychicznego i braku bardziej konstruktywnych umiejętności radzenia sobie z nim. Oprócz tego zachowania autoagresywne mogą pełnić jeszcze inne funkcje.

FUNKCJE ZACHOWAŃ AUTOAGRESYWNYCH

Funkcje związane z radzeniem sobie i przetrwaniem (m.in. regulacja napięcia emocjonalnego, ochrona przed samobójczym impulsem)	• Nie czuć trudnych emocji. • Rozładować napięcie emocjonalne i poczuć ulgę, odprężenie, spokój. • Poradzić sobie z apatią, odrętwieniem, pustką emocjonalną, nudą, poczuć cokolwiek. • Zrobić coś ekscytującego, pobudzającego, euforyzującego. • Rozproszyć samobójcze myśli, móc zrobić coś innego zamiast próby samobójczej.
Funkcje związane z „ja” (m.in. uzyskanie poczucia wpływu, kontroli i autonomii)	• Mieć poczucie wpływu na siebie, swoje ciało, emocje, cierpienie, życie. • Utwierdzić się w przekonaniu o własnej niezależności. • Zastąpić ból psychiczny bólem fizycznym i zyskać nad nim większą kontrolę. • Znaleźć obszary w swoim życiu, do których inni nie mają dostępu i o których nie decydują.
Funkcje związane z relacjami z innymi ludźmi (m.in. komunikowanie, wywieranie wpływu)	• Zakomunikować bez słów i bez konieczności argumentowania swoje cierpienie, trudności. • Znaleźć pomoc i opiekę otoczenia. • Zyskać uwagę innych. • Zyskać wpływ na zachowanie innych. • Powstrzymać innych przed zostawieniem lub opuszczeniem. • Ukarać innych za coś.

Funkcje związane z samokaraniem i pozostawaniem w roli ofiary	• Wyrazić gniew, nienawiść do siebie. • Wymierzyć sobie karę. • Potraktować siebie tak, jak traktują inni. • Szukać sposobu oczyszczenia siebie, swojego ciała. • Znaleźć powód do zatroszczenia się o siebie.
Funkcje odnoszące się do wcześniejszych traumatycznych doświadczeń (m.in. ekspresja cierpienia wynikającego z urazu)	• Udowodnić sobie prawdziwość własnego bólu emocjonalnego. • Uwolnić się od trudnych emocji i wspomnień. • Odtworzyć traumatyczne doświadczenia.
Funkcje rozwojowe, regulacja procesu formowania się tożsamości	• Podkreślić swoją niepowtarzalną osobowość, odrębność od innych. • Nawiązać więź z rówieśnikami, zyskać akceptację wybranej grupy, dopasować się do innych, poczuć wspólnotę i przynależność. • Sprawdzić, jak to jest. • Sprawdzić, czy jest się na tyle silnym, aby znieść ból.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Babiker i Arnold, 2003.

Najważniejszą i pierwotną funkcją samouszkodzeń jest **regulacja napięcia emocjonalnego**. Osoby z samouszkodzeniami mają trudności w radzeniu sobie z własnym afektem – sytuacje stosunkowo mało znaczące i powodujące niewysokie pobudzenie szybko zmieniają się w ich doświadczeniu w intensywne stany, których nie mogą znieść. Akt autoagresji przynosi niemal natychmiastową ulgę i uspokojenie, pomaga odciąć się od przykrych emocji, służy chwilowemu zapomnieniu, przez co staje się bardzo atrakcyjny. Jednak – na dłuższą metę – nie tylko **nie rozwiązuje problemów, ale również może je pogłębiać**.

Doraźne działania na rzecz ograniczenia szkód związanych z samouszkodzeniami

W obecnych czasach – ze względu na wzrost rozpowszechnienia problemów emocjonalnych i psychicznych wśród dzieci i młodzieży – dostęp do specjalistów zdrowia psychicznego (psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów), którzy mogą wesprzeć nastolatka z samouszkodzeniami i jego rodziców, jest bardzo ograniczony i zwykle na pierwsze spotkanie trzeba czekać kilka tygodni lub nawet miesięcy. Dlatego ważnym elementem pomocy, której może się podjąć specjalista szkolny, są doraźne działania ograniczające szkody związane z samouszkodzeniami. Przykładem takiej interwencji jest zachęcenie do zastosowania negatywnych zachowań zastępczych.

Negatywne zachowania zastępcze to metoda, która opiera się na sięgnięciu po działania na tyle przypominające samouszkodzenia, aby móc zasymulować i zastąpić nimi akt autoagresji (Walsh, 2014). Ich efektem jest zwykle wywołanie fizycznego bólu, ale bez naruszania tkanek i trwałych uszkodzeń albo innego doznania zmysłowego (przede wszystkim czuciowego, kinestetycznego, smakowego lub wizualnego).

PRZYKŁADOWE NEGATYWNE ZACHOWANIA ZASTĘPCZE

Zrób eksperyment i w sytuacji, kiedy pojawi się impuls, aby okaleczyć lub uszkodzić swoje ciało, sprawdź, czy coś innego zadziała.

Osobom, które przeżywają podobne trudności jak twoje, pomagają:

- Zaciśnięcie lub pstrykanie elastyczną gumką miejsca, które jest zazwyczaj uszkodzane.
- Przyłożenie zimnego kompresu lub kostek lodu w miejsce, które chce się zranić.
- Trzymanie kostki lodu w dłoni, w ustach, na języku, pod językiem, dociśniętej do zębów.
- Włożenie dłoni do lodowatej wody.
- Rozgryzienie pieprzu, ziela angielskiego, papryczki albo innej gorzkiej lub ostrej przyprawy.
- Klaskanie w dłonie, aż ścierpną.
- Masowanie, uciskanie, szczypanie miejsca, które chce się uszkodzić.
- Wzięcie lodowatego lub gorącego prysznica.
- Płukanie ust bardzo mocnym płynem do zębów.
- Pisanie lub rysowanie po ciele czerwonym długopisem, cienkopisem, markerem.
- Przyklejenie i zdrapanie zmywalnego tatuażu.
- Przyklejenie i ewentualne energiczne odklejenie plastrów w miejscach, które chce się okaleczyć.

- Posmarowanie wcześniejszych ran lub blizn maścią rozgrzewającą.
- Gładzenie wcześniejszych ran lub blizn miękkim przedmiotem, miłą w dotyku tkaniną.
- Szczegółowe opisanie lub nagranie opisu aktu samouszkodzenia bez jego realizacji.
- Inne twoje propozycje:

Który pomysł wydaje ci się najbardziej sensowny?

Który spróbujesz zastosować?

Jak przebiegła realizacja tego eksperymentu w ostatnim tygodniu?

Co poszło dobrze? Co trzeba zmienić lub poprawić?

Opracowanie na podstawie: Łuba, 2016; Walsh, 2014.

Podstawowym zadaniem negatywnych zachowań zastępczych jest ograniczenie potencjalnych negatywnych konsekwencji medycznych podczas oczekiwania na spotkania terapeutyczne i ich pozytywne rezultaty. Z tego powodu są szczególnie zalecane młodym osobom, u których samouszkodzenia są częste, drastyczne, zagrażające powikłaniami zdrowotnymi. Ważne jednak, aby pamiętać, że nie mogą one pozostać jedyną strategią pomocową i nie zastępują działań na rzecz rozwijania bardziej konstruktywnych sposobów radzenia sobie (Szalas i Bryńska, 2021).

Działania terapeutyczne

Szkoła nie jest instytucją, która jest odpowiedzialna za prowadzenie specjalistycznej psychoterapii nastolatków z samouszkodzeniami oraz ich rodzin. Praca taka wymaga umiejętności i kompetencji nabytych na drodze specjalistycznych szkoleń, motywacji i zaangażowania młodej osoby oraz jej opiekunów prawnych do skorzystania z oddziaływań pomocowych, warunków lokalowych i czasowych, aby możliwe były regularne spotkania przez okres od kilku do kilkunastu miesięcy lub nawet dłużej. Warto jednak, aby nauczyciele, wychowawcy i szkolni specjaliści, oprócz skierowania rodziny do odpowiednich instytucji, np. poradni psychologiczno-pedagogicznej, środowiskowego ośrodka pomocy psychologicznej i psycho-terapeutycznej i działań doraźnych, zyskali ogólne wyobrażenie, jakie obszary pracy może obejmować psychoterapia młodej osoby z tendencjami do zachowań autoagresywnych.

PRZYKŁADOWE OBSZARY W PRACY TERAPEUTYCZNEJ:

Analiza czynników poprzedzających samouszkodzenia	Nabycie umiejętności analizy epizodu samouszkodzeń w modelu biopsychospołecznym, czyli nauka zauważania związku między trudnymi sytuacjami („wyzwalaczami”) a doświadczanymi w ich trakcie myślami i emocjami, które poprzedzają akt autoagresji, aby móc znaleźć nad niektórymi z nich kontrolę i wpływ na nie.
Analiza następstw samouszkodzeń	Tworzenie bilansów zysków i strat powiązanych z samouszkodzaniem, odnoszących się do krótszej i dłuższej perspektywy czasowej, aby wzmacniać motywację do pracy nad zmianą zachowań autoagresywnych.
Analiza funkcji samouszkodzeń	Rozpoznanie, jaką funkcję realizują samouszkodzenia, aby zidentyfikować potrzeby i deficyty młodej osoby oraz określić dalsze kierunki pracy.
Rozwijanie umiejętności konstruktywnego radzenia sobie	Treningi rozwijające umiejętności bardziej konstruktywnych i akceptowanych społecznie form radzenia sobie z trudnościami, które mogą być wykorzystane jako alternatywa dla samouszkodzeń, m.in.: • akceptacji dyskomfortu psychicznego, • samoregulacji emocji, • relaksacji, • komunikacji interpersonalnej, • rozwiązywania problemów.

Opracowanie na podstawie: Rathus i Miller, 2018; Szalas, 2021; Walsh, 2014.

Niektóre z narzędzi terapeutycznych – szczególnie te dotyczące pracy nad umiejętnościami komunikacji interpersonalnej i radzeniem sobie ze stresem – możliwe są do wykorzystania przez pedagogów lub psychologów szkolnych w ich doraźnej pracy z uczniami z zachowaniami autoagresywnymi (Ziółkowska i Wycisk, 2019 za: Lieberman, Tose i Heath, 2009). Przykłady konkretnych ćwiczeń, bazujących na podejściu poznawczo-behawioralnym oraz dialektyczno-behawioralnym, można znaleźć m.in. w następujących publikacjach:

- ***Samookaleczenia nastolatków* autorstwa S. Van Dijk,**
- ***Terapia Samouszkodzeń* autorstwa B. Walsh,**
- ***Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT) młodzieży. Trening umiejętności* autorstwa J. Rathus i A. Millera,**
- ***Myślę, czuję, działam. Ćwiczenia. Moduł 7. Problemy związane z samookaleczeniami* autorstwa N. Szalas.**

10 Społeczne zarażanie się samouszkodzeniami

Problem, z którym czasami muszą się zmierzyć opiekunowie szkolni, to sytuacja, kiedy w krótkim czasie wielu uczniów, którzy się znają, zaczyna dokonywać samouszkodzeń. Jest to przykład epizodu społecznego zarażania się samouszkodzeniami w grupie rówieśniczej, np. w zespole klasowym. To zjawisko najsilniej działa do mniej więcej 24. r. ż. i obserwowane jest najczęściej u dzieci i nastolatków w szkołach, ośrodkach szkolno-wychowawczych, oddziałach szpitali. Bazuje ono na mechanizmie modelowania (*Wszyscy moi znajomi to robią.*), odhamowania (*Skoro wiem, że ty to zrobiłeś, ja też to mogę zrobić.*), dążenia do spójności grupy (*Jeśli robimy to razem, jest między nami szczególna więź.*), czasami również rywalizacji (*To jeszcze nic. Ja zrobiłem to 12 razy!*) (Walsh, 2014). Do zarażania się dochodzi, kiedy przynajmniej jedna młoda osoba zaczyna:

- Rozmawiać ze swoimi kolegami i koleżankami o samouszkodzeniach, chwalić ich efekty, zachęcając do spróbowania;
- Eksponować swoje blizny, rany, siniaki;
- Dokonywać na oczach innych aktów autoagresji lub udostępniać im nagrania, zdjęcia dokumentujące to zdarzenie.

Chcąc zmniejszyć ryzyko wystąpienia tego zjawiska, warto jak najszybciej podjąć indywidualne i grupowe interwencje.

ZASADY INTERWENCJI W PRZYPADKU ZARAŻENIA SIĘ SAMOUSZKODZENIAMI:

Interwencje indywidualne – rozmowa z uczniem zarażającym

1. Wstępnie rozpoznaj, który uczeń lub którzy uczniowie mogą zarażać, i z każdą z tych osób porozmawiaj na osobności.
2. Wyjaśnij uczniowi, że rozmowa z rówieśnikami o autoagresji, pokazywanie im ran, blizn na ciele, filmów, zdjęć z ich przebiegu itd. mogą być dla innych osób szkodliwe, ponieważ w ten sposób wzrasta ryzyko, że – mimowolnie „zachęcane” – zaczną sięgać po samouszkodzenia.
3. Poproś ucznia, aby zobowiązał się nie podejmować więcej działań o charakterze zarażającym, np. powstrzymać się przed rozmowami o samouszkodzeniach, zakrywać ich efekty na swoim ciele, nie wysyłać, nie zamieszczać zdjęć i filmów w przestrzeni Internetu itp.
4. Powiedz uczniowi, że o autoagresywnych zachowaniach może zawsze porozmawiać z pedagogiem lub psychologiem szkolnym, inną zaufaną dorosłą osobą ze szkoły lub terapeutą, kiedy wiesz, że uczeń uczestniczy w psychoterapii.
5. Jeśli uczeń nie dotrzymuje wcześniejszych ustaleń, zapowiedz czekające go konsekwencje i w razie potrzeby je wyegzekwuj.

Interwencje grupowe – zajęcia profilaktyczne

Dla grupy, w której doszło lub podejrzewasz, że dochodzi do zarażania się samouszkodzeniami, przeprowadź lub poproś pedagoga, psychologa szkolnego o pomoc w zorganizowaniu warsztatów na temat szeroko rozumianego radzenia sobie z trudnościami. Oto przykładowa tematyka zajęć:

- Emocje – jak je rozumieć i sobie z nimi radzić?
- Niezdrowe i zdrowe sposoby radzenia sobie z problemami.
- Kryzys psychiczny – jak go rozpoznać i sobie z nim radzić?
- Pierwsza pomoc emocjonalna – jak wspierać innych?
- System profesjonalnej pomocy – rola pedagoga i psychologa szkolnego oraz specjalistów spoza szkoły.
- Powiedzieć czy nie powiedzieć? – zdrowe i niezdrowe tajemnice oraz odpowiedzialność za siebie nawzajem.

11 Bibliografia:

- Babiker, G., Arnold, L.** (2003). *Autoagresja. Mowa zranionego ciała* (M. Polaszewska-Nicke, Tłum.). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Łuba M.** (2016). *Samouszkodzenia u młodzieży – sposoby wsparcia*. Świat Problemów, 282, 33–37.
- Łuba, M.** (2021). *Interwencje w kryzysie zagrożenia życia*. W: **J. C. Czała, S. Kluczyńska** (Red.), *Interwencja kryzysowa. Wybrane zagadnienia* (s. 55–76). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Łuba, M., Palma, J., Witkowska, H.** (2022). *Interwencje po śmierci samobójczej – o znaczeniu i potrzebie działań postwencyjnych w szkole*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Suicydologiczne.
- Makowska, I., Gmitrowicz, A.** (2018). *Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze*. Pobrane z: psjd.icm.edu.pl/psjd/element/bwmeta1.element.psjd-79e6d78a-e195-4f57-86ab-355af34fb29f/c/173-179_Psychiatria_2.2018_Makowska.pdf (07.2023).
- Młodożeniec, A.** (2008). *Ocena klinicznych czynników ryzyka samobójstwa*. *Suicydologia*, 4.
- Szwajca, K., Kasprzak, P., Serafin, M., Wojciechowski, T.** (2019). *Rola pracowników oświaty w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu zachowaniom autodestrukcyjnym u młodzieży*. Myślowice: Fundacja Wielogłosu.
- Walsh, B. W.** (2014). *Terapia samouszkodzeń* (M. Kapera, Tłum.). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wycisk, J., Ziółkowska, B.** (2010). *Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Ziółkowska, B., Wycisk, J.** (2019). *Autodestruktywność dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

WARTO PRZECZYTAĆ:

Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M. (2011). *Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi* (M. Kapera, Tłum.). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Rathus, J. H., Miller, A. L. (2018). *Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT) młodzieży. Trening umiejętności* (J. Okuniewski, Tłum.). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Szalas, N. (2021). *Myślę, czuję, działam. Ćwiczenia. Moduł 7. Problemy związane z samookaleczeniami*. Warszawa: Centrum CBT.

Szalas, N., Bryńska, A. (2021). *Myślę, czuję, działam. Psychoedukacja i psychoterapia nastolatka. Scenariusze zajęć część 1*. Warszawa: Centrum CBT.

Van Dijk, S. (2022). *Samookaleczenia nastolatków* (J. Bartosik, Tłum.). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Samouszkodzenia u dzieci i młodzieży. Poradnik dla nauczycieli

Autorzy:

Małgorzata Łuba

Projekt graficzny i skład:

Srebrna Pracownia Bożena Tokarczyk-Figas, Konstancja Szymacha

Copyright © 2023 Fundacja Adamed, Serwis Życie Warto Jest Rozmowy

Uwagi dotyczące korzystania z Poradnika:

Poradnik jest bezpłatny. Treści i grafiki mogą być cytowane i publikowane na stronach internetowych, blogach, w biuletynach, pismach i wszelkich innych mediach pod warunkiem podania źródła.

Cytowanie:

Samouszkodzenia u dzieci i młodzieży. Poradnik dla nauczycieli, Łuba M., Warszawa 2023.

Kontakt:

biuro@wspierajacaszkola.pl

www.wspierajacaszkola.pl

Realizacja:



Patronat honorowy:



Patronat merytoryczny:



Partner:





Wspierająca
Szkoła



życie warte
jest rozmowy

