

Państwowa Uczelnia Zawodowa im. Ignacego Mościckiego w Ciechanowie

MAŁGORZATA PRZYBYSZ-ZAREMBA

ORCID: 0000-0003-2542-5104; malgorzata.p_z@interia.pl

*Profilaktyka depresji i zachowań suicydalnych dzieci
i młodzieży wobec wyzwań codzienności*

Prevention of Depression and Suicidal Behavior of Children and Adolescents against
the Challenges of Everyday Life

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Przybysz-Zaremba, M. (2021). Profilaktyka depresji i zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży wobec wyzwań codzienności. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 34(1), 119–130. DOI: 10.17951/j.2021.34.1.119-130.

ABSTRAKT

Depresja i zachowania suicydalne dzieci i młodzieży współcześnie stają się problemem codziennym. Liczne statystyki i badania wskazują, że problem ten zaczyna przybierać wymiar globalny. Złożoność i wielowymiarowość czynników jako uwarunkowań depresji i zachowań suicydalnych wymaga dokładnego przeanalizowania oraz projektowania i realizowania właściwej i skutecznej profilaktyki. Na podstawie schematu opracowanego przez Srikalę Bharatha i Tejasa S. Golhara w niniejszym artykule omówiono działania interwencji profilaktycznych odnoszące się do czterech poziomów: promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uniwersalnej, profilaktyki selektywnej oraz profilaktyki wskazującej. Każdy z tych poziomów strategii profilaktycznych został zaopatrzony w propozycje działań, zmian i udoskonalień. Jest to ważny materiał, mogący posłużyć do opracowania przez różne podmioty strategii profilaktyczno-interwencyjno-pomocowych w zakresie depresji i zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży. W zakończeniu przedstawiono autorskie wnioski dla praktyki pedagogicznej.

Słowa kluczowe: profilaktyka; depresja; zachowania suicydalne; dzieci; młodzież

WPROWADZENIE

Profilaktyka depresji i zachowań suicydalnych aktualnie jest istotnym wyzwaniem nie tylko dla placówek edukacyjnych, lecz również dla wielu innych instytucji współpracujących z nimi, świadczących różnego rodzaju pomoc i wsparcie (np.

poradnie, placówki medyczne), a także dla wielu rodzin, które borykają się z problemami dzieci i młodzieży.

Zaburzenia depresyjne przejawiane przez młodego człowieka w około 90% przypadków prowadzą do podejmowania prób samobójczych oraz są istotnie skorelowane z myślami samobójczymi (Baumann, 2008, s. 80–88; Szymańska, 2012, s. 12; Ang, Wahab, Abd Rahman, Hazmi, Md Yusoff, 2019, s. 404–410; Sarmiento-Hernández i in., 2019, s. 1–6). Badania wskazują, że jest to problem szczególnej wagi, rozwijający się niebywale szybko i występujący niemal na całym świecie. Najbardziej narażoną grupą na podejmowanie zachowań suicydalnych jest młodzież w wieku 15–19 lat, która doświadcza wielu, często złożonych problemów. Wskaźnik samobójstw w tej grupie zwiększa się dziesięciokrotnie od preadolescencji do wczesnej dorosłości (Wasserman, Cheng, Jiang, 2005, s. 114–120; Przybysz-Zaremba, 2019a, s. 385–399). Dość często zaburzenia depresyjne i samobójstwa podejmowane przez adolescentów powiązane są z używaniem różnych substancji, takich jak alkohol, narkotyki czy inne środki (substancje) psychotropowe (Gromulska, 2010, s. 127–132). Zażywanie ich warunkowane jest wieloma problemami, z którymi młodzi ludzie często nie są w stanie sobie sami poradzić. Jak wskazuje Andrzej Bałandynowicz (2002, s. 78), przed podjęciem próby samobójczej (dzieci) młodzież wysyła w kierunku społeczeństwa (rodziny, nauczycieli, szkoły) wiele różnych sygnałów, które „są wołaniem o pomoc”. Niestety, nie zawsze społeczeństwo jest w stanie je zauważyć, poprawnie odczytać i w odpowiednim czasie podjąć właściwe działania profilaktyczno-pomocowe.

Zachowania suicydalne i podejmowane czyny samobójcze stanowią swoistego rodzaju proces, który nie rodzi się z dnia na dzień, lecz rozwija się w wyniku doświadczania wielu niekorzystnych (stresogennych) sytuacji. Mówi się o występowaniu tzw. syndromu presuicydalnego, który uzewnętrznia się m.in. poprzez zawężenie, agresję hamowaną i autoagresję oraz fantazje samobójcze. Syndrom presuicydalny jest pierwszym czynnikiem wskazującym na zagrożenie samobójstwem, drugim zaś jest zapowiedź samobójstwa (Hołyst, 1983, 1996; Bałandynowicz, 2014, s. 17–40; Prusik, 2015, s. 95–110; Domańska, 2017, s. 193–194; Przybysz-Zaremba, 2020, s. 16–28).

Analizując zaburzenia depresyjne i zachowania suicydalne doświadczane przez dzieci i młodzież, należy odnieść się krótko do ich uwarunkowań, które stanowią proces złożony. Badania wskazują, że trudno jest w sposób jednoznaczny stwierdzić, co jest kluczową przyczyną ujawniania zaburzeń depresyjnych, które są głównym podłożem dla podejmowania prób samobójczych. Wskazuje się na złożoność, wielowymiarowość oraz integracyjność tzw. czynników „ryzyka” związanych z rodziną, środowiskiem społecznym (szkołą) oraz jednostką i jej problemami. Do głównych czynników „ryzyka” osadzonych w środowisku rodzinnym jednostki zalicza się: brak poczucia bezpieczeństwa, który może być skutkiem występujących w rodzinie wielu problemów, jak np. problem alkoholowy,

narkotykowy, agresja, przemoc, bezrobocie itp.; rodzicielskie zaburzenia psychiatryczne; zachowania suicydalne rodziców; wykorzystywanie seksualne dzieci i wszelkiego rodzaju zaniedbania względem ich wychowania; niewłaściwe metody wychowawcze i wiele innych (Christoffersen, Poulsen, Nielsen, 2003, s. 350; Bar-Zomer, Brunstein Klomek, 2018, s. 9–72; Przybysz-Zaremba, 2019b, s. 89–104; Przybysz-Zaremba, 2020, s. 16–28). Natomiast wśród istotnych czynników „ryzyka” związanych ze środowiskiem społecznym (szkołą) jednostki wymienia się m.in. nękanie i zastraszanie (Bar-Zomer, Brunstein Klomek, 2018, s. 72), stopień integracji grup społecznych, zaburzoną więź społeczną, doświadczanie samotności i izolację społeczną oraz różnego rodzaju problemy edukacyjne i szkolne (O’Connor, Sheehy, 2002, s. 47–83; Przybysz-Zaremba, 2019a, s. 385–399). Szeroka gama czynników „ryzyka” zaburzeń depresyjnych i podejmowania prób samobójczych dotyczy samej jednostki i jej problemów. Badacze wskazują tu m.in. na: zaburzenia psychiczne (Beautrais, 2000, s. 420–436), nadmierne używanie różnych substancji, tzw. używek, jak np. alkohol, narkotyki, inne substancje psychotropowe (Gromulska, 2010, s. 127–132), zaburzenia emocjonalne, konflikty społeczne i interpersonalne w domu i w szkole, doświadczanie agresji lub przemocy i wiele innych (Makara-Studzińska, 2013, s. 76–83; Przybysz-Zaremba, 2017, s. 55–71; Przybysz-Zaremba, 2020, s. 16–28).

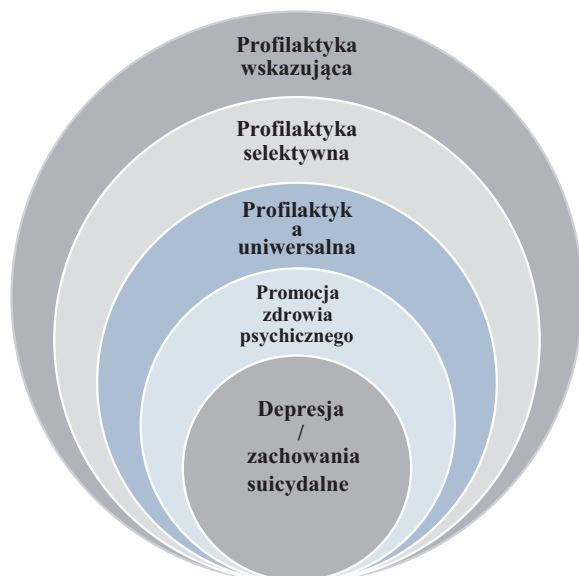
Jest to dość ogólny przegląd prowadzonych analiz wokół depresji i zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży, wskazujący na złożoność i wielopropblemowość omawianych zagadnień. Trudno w sposób jednoznaczny wyeksponować czynniki (problemy), które warunkują występowanie depresji i zachowań suicydalnych wśród dzieci i młodzieży. Prowadzone analizy stanowią jedynie zarys problemu, który wymaga pogłębionej penetracji i eksploracji, ale ze względu na obrany temat w niniejszym artykule uwaga została zwrócona głównie na profilaktykę depresji i zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży.

Celem podjętych w tekście analiz jest skonstruowanie propozycji różnych działań profilaktycznych wobec depresji i zachowań suicydalnych uwzględniających różne poziomy profilaktyki, odnoszące się do szkoły, rodziny i środowiska lokalnego jako istotnych obszarów funkcjonowania i rozwoju dzieci i młodzieży. Przeprowadzone analizy stały się podstawą do skonstruowania autorskich wniosków dla praktyki pedagogicznej.

PROFILAKTYKA DEPRESJI I ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH – DZIAŁANIA, PROPOZYCJE ZMIAN I UDOSKONAŁEŃ

Zaburzenia depresyjne i zachowania suicydalne dzieci i młodzieży mają swoje podłoże w bardzo złożonych procesach czynników osadzonych w różnych obszarach życia i funkcjonowania młodych ludzi. Stąd też działania profilaktyczne w tym zakresie powinny uwzględniać różne poziomy profilaktyki. Najistotniejszy wydaje

się być schemat poziomów interwencji profilaktycznych opracowany przez Srikalę Bharatha i Tejasa S. Golhara (2010, s. 79–83) (rysunek 1).



Rysunek 1. Poziomy interwencji profilaktycznych w zakresie depresji oraz zachowań suicydalnych u dzieci i młodzieży

Źródło: (Bharath, Golhar, 2010, s. 79–83).

Jednym z bardzo znaczących jest poziom pierwszy, określony jako *promocja zdrowia psychicznego*. Odnosi się on zarówno do dzieci i młodzieży, jak i do osób dorosłych oraz stanowi jeden z priorytetowych obszarów. Zdrowie psychiczne jest kluczowym elementem uczenia się, rozwoju i ogólnego zdrowia każdego człowieka. Jak wskazuje Światowa Organizacja Zdrowia,

jednostka ciesząca się „dobrym” zdrowiem ma możliwość realizowania się i holistycznego rozwoju na różnych płaszczyznach, potrafi radzić sobie z różnymi sytuacjami życiowymi, jest w stanie uczestniczyć w życiu społecznym oraz produktywnie pracować. Zdrowie to fundament dobrego samopoczucia i efektywnego funkcjonowania osoby w społeczeństwie, [to] stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (...). (World Health Organization, 2003)

Rozpatrując zdrowie psychiczne w kontekście dzieci i młodzieży, można wyodrębnić pewne (pozytywne) jego wskaźniki. Są to: radość ujawniająca się w ożywieniu i śmiechu; optymizm, aktywność w zabawie, nauce i codziennych obowiązkach; poczucie sukcesu; zadowolenie z siebie; pewność siebie; radzenie sobie w sytuacjach trudnych; zadowolenie z relacji rówieśniczych (Pilecka, 2011, s. 5–27). Aby tego rodzaju wskaźniki występowały w zdrowiu psychicznym dzieci

i młodzieży, niezbędne jest zaplanowanie przez szkołę¹ takich działań profilaktycznych, które będą ujawniać i jednocześnie pielęgnować nakreślone elementy. Jednym z istotnych elementów, który powinien być uwzględniony w szkolnych programach, jest zwiększanie kompetencji i odporności jednostki w sytuacjach przeciwności losu, mające na celu osiągnięcie przez nią „dobrego” samopoczucia. We współczesnym świecie nieustannie mamy do czynienia z globalizacją i przeobrażeniami świata, których wymiar nie zawsze prowadzi do pozytywnych efektów. Jak podaje Główny Urząd Statystyczny (GUS)², wzrasta liczba rodzin rozbitych, a to z kolei odbija swoje piętno głównie na funkcjonowaniu psychicznym dzieci i młodzieży. Promowanie przez szkołę odporności na tego rodzaju sytuacje jest niezbędnym krokiem przeciwdziałającym depresji i zachowaniom suicydalnym młodych ludzi. Oczywiście ważnym aspektem w promocji zdrowia psychicznego uczniów jest również dbanie o bezpieczeństwo i właściwy klimat w szkole czy klasie. Klimat szkoły określany jest przez badaczy jako „kultura organizacyjna szkoły, jako etos, atmosfera i tożsamość, zaś klimat klasy wiąże się z atmosferą wychowawczą, środowiskiem nauczania, otoczeniem intelektualnym, społecznym, emocjonalnym i fizycznym, w którym uczą się uczniowie” (Przewłocka, 2015, s. 3–4). Odnosząc się szerzej do tego zagadnienia, należy wskazać na jakość i spójność relacji międzyludzkich oddziałujących zarówno na rozwój poznawczy, społeczny i psychiczny dzieci i młodzieży, jak i na relacje pomiędzy uczniami, uczniami i nauczycielami oraz nauczycielami i uczniami. W relacjach tych należy wskazać na klimat, postrzegany jako jakość, bezpieczeństwo i charakter życia szkolnego (Przewłocka, 2015, s. 4), który ma duży wpływ na psychospołeczne funkcjonowanie uczniów w szkole oraz w środowisku społecznym i rodzinnym.

W tej sytuacji pomocny może okazać się model niemiecki opracowany przez Joyce L. Epstein (za: Przybysz-Zaremba, 2017, s. 64), która wskazuje na trzy podstawowe obszary: rodzinę, szkołę oraz ucznia. Powinny one być uwzględnione w projektowanych i realizowanych przez szkołę programach profilaktycznych. Ważnym komponentem w tych programach powinien być wspólny cel – minimalizowanie depresji. Jak wskazują badania, depresja jest głównym czynnikiem podejmowania przez (dzieci) młodzież zachowań suicydalnych (samobójczych). Obok tego komponentu istotna dla efektywności realizowanych programów jest diagnoza uwzględniająca poznanie uczniów, ich rodziców oraz środowiska, w którym uczniowie przebywają i się wychowują, a także szkolenia (warsztaty) związane z umiejętnościami behawioralnymi, w tym restrukturyzacja poznawcza, zarządzanie lękiem, relaksacja, umiejętności rozwiązywania problemów, radzenie sobie z emocjami, przewidywanie konsekwencji, asertywność itp. (Horowitz, Garber, 2006,

¹ Odwołuję się do szkoły, ponieważ jest to instytucja, która w swoich działaniach i jednocześnie w określonych przepisach w szerokim zakresie realizuje działalność profilaktyczną.

² W 2017 r. zanotowano ponad 65 tys. rozwodów (zob. GUS, 2018).

s. 401–415). Programy profilaktyczne powinny być realizowane nie tylko w szkołach, lecz także w bibliotekach lokalnych, domach kultury i innych środowiskach opartych na społeczności lokalnej, a ich głównym celem powinno być promowanie kompetencji emocjonalnych i społecznych poprzez działania podkreślające samokontrolę i rozwiązywanie problemów. Programy powinny również uwzględniać promowanie u dzieci i młodzieży kompetencji poznawczych i osiągnięć, bezpiecznego przywiązania rodzica i dziecka oraz skutecznego rodzicielstwa i lepszego statusu edukacyjnego dla rodziców. Ważnym elementem programów dla poziomu *promocja zdrowia psychicznego* jest też promocja zdrowego stylu życia wśród uczniów i ich rodziców (regularne ćwiczenia fizyczne; zdrowa, zrównoważona dieta, która zawiera kwasy tłuszczowe Omega-3; bezpośrednie kontakty z grupą rówieśniczą, a nie za pomocą wirtualnych sieci społecznościowych itp.).

Poziom drugi to *profilaktyka uniwersalna*, która przez polskich badaczy (m.in. przez Joannę Szymańską i Krzysztofa Ostaszewskiego) jest realizowana i traktowana jako jedność z profilaktyką dotyczącą promocji zdrowia psychicznego. Profilaktyka ta skierowana jest do wszystkich uczniów, nauczycieli i rodziców. Obejmuje szereg różnych działań skierowanych do wskazanych grup, z uwzględnieniem działań obejmujących promocję zdrowia psychicznego. Szymańska (2016, s. 20–21) wskazuje m.in. na działania profilaktyczne, które obejmują: uzupełnianie bądź podnoszenie kompetencji nauczycieli i innych specjalistów pracujących w szkole w zakresie umiejętności rozwiązywania problemów wychowawczych w klasie, bezpieczeństwa, rozwoju uczniów; kreowanie zdrowego klimatu w szkole i w grupie klasowej; wzmacnianie odporności psychicznej uczniów; wzmacnianie samooceny uczniów i ich więzi ze szkołą poprzez angażowanie ich w różnego rodzaju działania, wydarzenia, imprezy szkolne i pozaszkolne; intensyfikowanie kompetencji wychowawczych rodziców – w tym celu można zaproponować spotkania czy warsztaty poświęcone problemom wychowawczym, jakich doświadczają (np. trening komunikacji, asertywność, budowanie więzi z dzieckiem); pomoc i wsparcie dla uczniów i rodziców ze strony specjalistów. Szymańska wskazuje na szerokie spektrum różnego rodzaju działań profilaktycznych, skierowanych zarówno do uczniów, nauczycieli, jak i do rodziców. Ważnym elementem, który szczególnie zwrócił moją uwagę, mającym istotny wpływ na efektywność realizowanych przez szkołę programów, w których będą aktywnie uczestniczyć uczniowie i ich rodzice, jest kształtowanie, wzmacnianie i kultywowanie wśród uczniów i ich rodziców więzi ze szkołą. Trzeba przyznać, że aktualnie więź uczniów ze szkołą została w znacznym stopniu zaniedbana. Uczniowie, obarczeni nadmiarem obowiązków związanych z realizacją podstawy programowej, nie zawsze wyrażają chęć „robienia czegoś więcej” w szkole, włączanie się w działania poza nauką szkolną. Problem ten dostrzec można również wśród rodziców, którzy poza obowiązkowym uczestnictwem dwa razy w roku (i to nie zawsze) w tzw. wywiadówkach klasowych nie wykazują chęci aktywnego udziału w działaniach podejmowanych

przez grupę klasową czy szkołę, a tym bardziej włączania się w realizowane strategie profilaktyczne, wymaga to bowiem czasu, chęci, a niekiedy też wykazania się kreatywnością. Badania przeprowadzone przez Heather A. Bower, Natashę K. Bowen oraz Joëlle D. Powers (2011, s. 158–167) wskazują, że stopień, w jakim rodzice i nauczyciele postrzegają wspólną współpracę na rzecz edukacji i odnoszenia sukcesów przez dzieci i młodzież, jest krytycznym aspektem kultury szkolnej. Inne badania ujawniają, że współpraca rodziców (opiekunów) z placówką szkolną najbardziej widoczna jest w przypadku uczniów odnoszących najlepsze sukcesy edukacyjne, niemniej zdaniem badaczy nie zawsze współpraca ta gwarantuje poprawę zachowania danej jednostki, gdyż może mieć ona charakter powierzchowny lub być prowadzona przez ukryty program (Jud, Gartenhauser, 2015, s. 340–353).

Odnosząc się do wyników przywołanych badań, można stwierdzić, że zdrowie i bezpieczeństwo dzieci i młodzieży według rodziców są najważniejsze, stąd też wykazują większe zainteresowanie tymi aspektami, jednak nie można tego powiedzieć odnośnie do zaangażowania się rodziców w ich edukację, rozwój i profilaktykę prowadzoną w szkole, która w ich opinii spoczywa na nauczycielach. Przywołane stwierdzenie należy potraktować jako subiektywne doświadczenie autorki – matki, pedagoga oraz osoby systematycznie współpracującej ze szkołą i aktywnie włączającej się w różnego rodzaju działania na rzecz uczniów i całej grupy klasowej.

Kolejny poziom to *profilaktyka selektywna*, skierowana do grupy o zidentyfikowanym ryzyku wystąpienia depresji (podejmowania próby samobójczej). Badacze wskazują, że owo ryzyko może być związane z różnymi okresami życia jednostki i może wynikać z biologicznych, psychologicznych bądź społecznych czynników (tzw. ryzyka), które na nią oddziałują. W tym zakresie profilaktyka selektywna powinna obejmować kształtowanie umiejętności życiowych i umiejętności społecznych oraz realizację programów poznawczo-behawioralnych. Przykładem może być skierowany do młodzieży program „Friends” (Shortt, Barrett, Fox, 2001, s. 525–535), którego celem jest kształtowanie umiejętności radzenia sobie z lękiem, jest on bowiem jednym z czynników ryzyka wystąpienia depresji bądź podjęcia próby samobójczej. Program ten uwzględnia również inne czynniki ryzyka, takie jak: rozwód rodziców, choroba psychiczna rodziców, śmierć bliskich krewnych, umieszczenie w rodzinie zastępczej, przewlekła choroba medyczna, ciągły chroniczny stres lub nadużycia względem dziecka. Ponadto profilaktyka selektywna ma na celu dostarczanie informacji i udzielanie pomocy rodzicom dzieci i młodzieży z zaburzeniami depresyjnymi (Bharath, Golhar, 2010, s. 79–83). Realizacja tego rodzaju profilaktyki wymaga zatem włączenia się (poza szkołą) również innych instytucji lokalnych, w tym specjalistycznych. W realizacji tego rodzaju profilaktyki ważne są systematyczność i długotrwałość. W ciągu roku w jej ramach powinno być zrealizowanych ponad 45 godzin, a działania profilaktyczne powinny uwzględniać strategie ukierunkowane na osłabienie negatywnego wpływu rzeczywistych czynników ryzyka, które mogą mieć związek z występowaniem depresji bądź

podejmowaniem prób samobójczych. Istotne w realizacji tych strategii jest także wzmocnianie tzw. czynników chroniących, do których w przypadku występowania zaburzeń depresyjnych należą faktory związane z najbliższym środowiskiem wychowawczym dzieci i młodzieży, a więc z rodziną. Są to m.in. pomoc, wsparcie, wzmocnienie relacji rodzinnych, właściwa komunikacja w rodzinie oraz świadomość rodziców na temat skutków zaburzeń depresyjnych.

Obok rodziny ważnym obszarem wzmacniającym dzieci i młodzież jest szkoła, która powinna dbać o ich psychologiczny i społeczny rozwój. Wymaga to od nauczycieli dużego zaangażowania w życie szkoły, wspierania uczniów w osiąganiu sukcesów w nauce, dbania o dobry klimat społeczny w klasie, zapobiegania odrzuceniu przez rówieśników itp. (Przybysz-Zaremba, 2020, s. 16–28). Przebywając na co dzień z uczniami, nauczyciele powinni być wyposażeni w wiedzę, która pozwoli im wykryć na wczesnym etapie sygnały świadczące o zwiększonym ryzyku wystąpienia problemów u danego dziecka w przyszłości i adekwatnie na nie zareagować.

Ostatnim z poziomów jest *profilaktyka wskazująca*, skierowana do osób zidentyfikowanych, czyli mających zwiększoną podatność na zaburzenia depresyjne (np. predyspozycje biologiczne, zaburzenia depresyjne występujące w najbliższej rodzinie itp.), po próbie samobójczej, eksperymentujących ze środkami psychoaktywnymi. U osób tych może występować subsyndromalna depresja³, która znacznie utrudnia postawienie specjalistycznej diagnozy. W ramach tego rodzaju profilaktyki Szymańska (2016, s. 22) proponuje podejmować i realizować działania związane z obserwacją dzieci i młodzieży, która powinna mieć wymiar obserwacji stałej i jednocześnie dyskretnej. Powinna ona być prowadzona zarówno przez nauczycieli, jak i przez personel pomocniczy. Kluczowym działaniem profilaktycznym jest pomoc i wsparcie ze strony nauczycieli w nauce, w tym w różnych sytuacjach problemowych, z którymi uczniowie nie są w stanie sobie sami poradzić. Ważne są również opieka, pomoc i wsparcie ze strony szkolnego specjalisty (pedagoga, psychologa) oraz współpraca z rodzicami w celu podjęcia wspólnej interwencji i opracowania strategii pomocy dziecku.

Działalność profilaktyczno-interwencyjna szkoły powinna mieć wymiar holistyczny, a więc uwzględniać stałą współpracę z różnego rodzaju specjalistycznymi instytucjami, do których szkoła (we współpracy z rodziną) może skierować ucznia celem przeprowadzenia indywidualnej diagnozy i ewentualnego podjęcia terapii. W holistycznym wymiarze profilaktyki depresji i samobójstw powinna być uwzględniona również rodzina. Działania w tym zakresie powinny obejmować udział rodziców w szkoleniach i warsztatach na temat symptomatologii depresji i zacho-

³ Jest to łagodna postać depresji, w przeciwieństwie do depresji ogólnej czy klinicznej. Jej symptomy często nie wykazują w pełni występowania zaburzeń depresyjnych, dlatego często diagnoza stawiana jest bardzo późno.

wań suicydalnych oraz w treningach umiejętności, a także możliwość korzystania ze specjalistycznej pomocy (psychologa czy terapeuty) (Szymańska, 2016, s. 23).

Bharath i Golhar proponują, aby dzieci i młodzież z problemami agresji oraz podwyższonym ryzykiem depresji bądź lęku objąć programem profilaktycznym o charakterze poznawczo-behawioralnym. Autorzy wskazują m.in. na program profilaktyczny „Clarke Cognitive-Behavioral Prevention Intervention”, obejmujący 15 sesji terapeutycznych skupionych na radzeniu sobie ze stresem, modelowany po skutecznym leczeniu poznawczo-behawioralnym depresji (Bharath, Golhar, 2010, s. 79–83). W profilaktyce behawioralno-poznawczej istotne jest też przygotowanie personelu medycznego w zakresie wczesnego rozpoznawania zaburzeń depresyjnych (Bharath, Golhar, 2010, s. 79–83).

WNIOSKI DLA PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

Z uwagi na alarmujące statystyki dotyczące depresji i zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży profilaktyka powinna stać się priorytetowym działaniem każdej instytucji współpracującej ze szkołą i rodziną. Powinna mieć ona wymiar holistyczny i obejmować nie tylko jednostkę, której problem bezpośrednio dotyczy, lecz także jej rodzinę i najbliższe środowisko wychowawcze. Wynika to przede wszystkim ze złożoności i wieloczynnikowości uwarunkowań. Z tego powodu problem ten wymaga zaangażowania wielu podmiotów (w tym specjalistycznych) w działania profilaktyczne.

We współpracy z różnego rodzaju podmiotami należy opracować takie strategie profilaktyczne, które będą zmierzać do minimalizowania zaburzeń depresyjnych i całkowitego braku podejmowania prób samobójczych przez dzieci i młodzież. Istotnym wyzwaniem dla profilaktyki jest dbałość o zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, aby nie doświadczali oni sytuacji „krytycznych” i zarazem „beznadziejnych”, z którymi sami nie są w stanie sobie poradzić. Kluczowym elementem jest tu m.in. wzmocnienie znaczenia „duchowości” jednostki jako czynnika zabezpieczającego przed beznadziejnością, depresją i zachowaniem samobójczym (Talib, Abdollahi, 2017, s. 784–795). Ponadto ważne są działania w zakresie:

- ograniczania dostępu do różnego rodzaju środków psychoaktywnych (w tym sprzedaży środków owadobójczych, pestycydów, leków itp.),
- ograniczania stygmatyzacji i destygmatyzacji związanej z depresją, zaburzeniami psychicznymi i samobójstwami, aby jednostki zagrożone mogły otwarcie i pewnie szukać pomocy,
- roli mediów we właściwym relacjonowaniu depresji i prób samobójczych jako zachowań społecznych celem unikania prowokowania, zwłaszcza młodzieży, do naśladowania samobójstw celebrytów,
- szkoleń skierowanych do nauczycieli, rodziców i pracowników służby zdrowia w celu rozpoznania ryzyka depresji i samobójstwa,

- organizowania warsztatów skierowanych do uczniów, mających na celu pobudzenie ich do dyskusji na temat samopoczucia, myśli, działań,
- właściwej opieki i monitorowania uczniów, którzy doświadczyli (doświadczają) depresji oraz przeżyli próby samobójcze (Bharath, Golhar, 2010, s. 79–83).

Powyższe propozycje nie wyczerpują złożonych strategii interwencji profilaktycznych w zakresie depresji i zachowań suicydalnych, ale wskazują na udział wielu podmiotów o charakterze instytucjonalnym i pozainstytucjonalnym. Właściwa, a przede wszystkim skuteczna profilaktyka i terapia depresji, prowadzona przez różne podmioty, w znacznym stopniu zminimalizuje przejawianie zachowań suicydalnych przez dzieci i młodzież. Aby to nastąpiło, profilaktyka powinna zmierzać w kierunku kształtowania świadomości publicznej w zakresie tych problemów, m.in. poprzez rozwijanie wspólnej publicznej wizji, koordynowanie działań mających na celu promowanie zdrowia psychicznego oraz zwalczanie tzw. czynników „ryzyka” depresji i samobójstw u dzieci i młodzieży, a także kultywowanie tzw. czynników „ochronnych” w różnych sytuacjach.

BIBLIOGRAFIA

LITERATURA

- Ang, A.L., Wahab, S., Abd Rahman, F.N., Hazmi, H., Md Yusoff, R. (2019). Depressive symptoms in adolescents in Kuching, Malaysia: Prevalence and associated factors. *Pediatrics International. Official Journal of the Japan Pediatric Society*, 61(4), 404–410. DOI: <https://doi.org/10.1111/ped.13778>
- Bałandynowicz, A. (2002). Reakcja społeczeństwa wobec problemu suicydalnego jednostki. W: B. Hołyst, M. Staniaszak, M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 74–107). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Bałandynowicz, A. (2014). Profilaktyka i prewencja zachowań suicydalnych w okresie adolescencji u dzieci i młodzieży. *Resocjalizacja Polska*, 6, 17–40.
- Bar-Zomer, J., Brunstein Klomek, A. (2018). Attachment to Parents As a Moderator in the Association between Sibling Bullying and Depression or Suicidal Ideation among Children and Adolescents. *Frontiers In Psychiatry*, 12(3), 9–72. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00072>
- Baumann, K. (2008). Problem aktów samobójczych wśród osób w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 16(2), 80–88.
- Beautrais, A.L. (2000). Risk Factors for Suicide and Attempted Suicide among Young People. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1(34), 420–436. DOI: <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00691.x>
- Bharath, S., Golhar, T.S. (2010). Prevention of Depression and Suicide in Children and Adolescents. *Journal of Indian Association of Child Adolescent Mental Health*, 6(4), 79–83.
- Bower, H.A., Bowen, N.K., Powers, J.D. (2011). Family-Faculty Trust as Measured with the Elementary School Success Profile. *Children & Schools*, 33(3), 158–167. DOI: <https://doi.org/10.1093/cs/33.3.158>
- Christoffersen, M.N., Poulsen, H.D., Nielsen, A. (2003). Attempted suicide among young people: Risk factors in a prospective register based study of Danish children born in 1966. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 11(108), 350–359. DOI: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00165.x>

- Domańska, J.M. (2017). Teoretyczne aspekty zjawiska samobójstw. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie*, 26(2), 187–201. DOI: <https://doi.org/10.16926/p.2017.26.36>
- Gromulska, L. (2010). Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów światowej organizacji zdrowia. *Przegląd Epidemiologiczny*, 64, 127–132.
- GUS. (2018). *Rocznik demograficzny*. Warszawa.
- Hołyst, B. (1983). *Samobójstwo. Przypadek czy konieczność*. Warszawa: PWN.
- Hołyst, B. (1996). *Na granicy życia i śmierci*. Warszawa: Wydawnictwo „69”.
- Horowitz, J.L., Garber, J. (2006). The Prevention of Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 401–415. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.401>
- Jud, A., Gartenhauser, R. (2015). The impact of socio-economic status and caregiver cooperation on school professionals' reports to child protection services in Switzerland. *European Journal of Social Work*, 18(3), 340–353. DOI: <https://doi.org/10.1080/13691457.2014.933093>
- Makara-Studzińska, M. (2013). Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14–18 lat. *Psychiatria*, 10(2), 76–83.
- O'Connor, R., Sheehy, N. (2002). *Zrozumieć samobójcę*. Gdańsk: GWP.
- Pilecka, W. (2011). Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży jako dyscyplina stosowana. W: W. Pilecka (red.), *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna* (s. 5–27). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Prusik, A. (2015). Profilaktyka zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży – wybrane obszary działań. W: M. Przybysz-Zaremba (red.), *Zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży. Heterogeniczny wymiar oddziaływań profilaktycznych. Wybrane aspekty* (s. 95–110). Olsztyn: Wydawnictwo Prospekt PR.
- Przewłocka, J. (2015). *Klimat szkoły i jego znaczenie dla funkcjonowania uczniów w szkole. Raport o stanie badań*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Przybysz-Zaremba, M. (2017). Zachowania suicydalne adolescentów – w kierunku „właściwej” profilaktyki (wybrane zagadnienia i działania). W: I. Bieńkowska, J. Modrzejewska (red.), *Profilaktyczne aspekty zagrożeń bezpieczeństwa dzieci i młodzieży* (T. 2; s. 55–72). Kraków – Bielsko-Biała: Wydawnictwo Scriptum.
- Przybysz-Zaremba, M. (2019a). Uwarunkowania zachowań suicydalnych adolescentów – na podstawie przeglądu wybranych badań. *Roczniki Pedagogiczne KUL*, 11(47), 385–399. DOI: <https://doi.org/10.18290/rped.2019.11s-23>
- Przybysz-Zaremba, M. (2019b). Wokół depresji i zachowań suicydalnych dzieci i młodzieży – wybrane aspekty i badania. *Konteksty Pedagogiczne*, 1(12), 89–104. DOI: <https://doi.org/10.19265/KP.2019.11289>
- Przybysz-Zaremba, M. (2020). Diagnoza czynników ryzyka i czynników chroniących w zakresie zachowań suicydalnych młodzieży – zarys problemu. W: E. Stokowska-Zagdan, M. Przybysz-Zaremba, J. Stepaniuk (red.), *Wybrane obszary diagnozy, profilaktyki, terapii w teorii i praktyce pedagogicznej* (s. 16–28). Warszawa: Difin.
- Sarmiento-Hernández, E.I., Ulloa-Flores, R.E., Camarena-Medellín, B., Sanabrais-Jiménez, M.A., Aguilar-García, A., Hernández-Muñoz, S. (2019). Asociación entre el polimorfismo 5-HTTLPR, el intento suicida y la comorbilidad en adolescentes mexicanos con trastorno depresivo mayor. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 47(1), 1–6.
- Shortt, A.L., Barrett, P., Fox, T.L. (2001). Evaluating the FRIENDS Program: A Cognitive-Behavioral Group Treatment for Anxious Children and Their Parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 525–535. DOI: https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3004_09
- Szymańska, J. (2016). *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży*. Warszawa: ORE.
- Talib, M., Abdollahi, A. (2017). Spirituality Moderates Hopelessness, Depression, and Suicidal Behavior among Malaysian Adolescents. *Journal of Religion & Health*, 56(3), 784–795. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0133-3>

- Wasserman, D., Cheng, Q.I., Jiang, G.X. (2005). Global Suicide Rates Among Young People Aged 15–19. *World Psychiatry*, 4, 114–120.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva.

NETOGRAFIA

- World Health Organization. (2003). Pobrane z: www.who.int/about/definition/en/print.html (dostęp: 9.05.2018).

ABSTRACT

Depression and suicidal behavior of children and adolescents appear nowadays to become an everyday problem. Numerous statistics-fed researches and studies indicate that this problem is currently being considered to take on a global dimension. The complexity and multidimensionality of factors, recognized as potential determinants of depression and suicidal behavior require careful analysis and design, as well as implementation of proper and effective prophylaxis. Based on the scheme developed by Srikala Bharath and Tejas S. Golhar, the article discusses the activities of preventive interventions relating to four levels: mental health promotion, universal prophylaxis, selective prophylaxis, and indicated prophylaxis. Each of these discussed levels of preventive strategies has been provided with proposals for actions, changes and improvements. It constitutes an important material for the development of prevention, intervention and support strategies by various entities in the field of depression and suicidal behavior of children and adolescents. At the end, original conclusions for pedagogical practice were presented.

Keywords: prevention; depression; suicidal behavior; children; adolescents