

Postwencja – wsparcie dla osób po samobójczym zgonie kogoś bliskiego

Agnieszka Gmitrowicz

Czy pod koniec pierwszego dziesięciolecia XXI wieku polski psychiatra dysponuje praktyczną wiedzą na temat samobójstw? Czy wie, jak w swojej codziennej praktyce może im zapobiegać? Jak ma poradzić sobie z lękiem przed samobójczą śmiercią pacjenta? W jaki sposób wspierać osoby po samobójczym zgonie kogoś bliskiego? Odpowiedzi na te pytania dają podstawę do skutecznych interwencji terapeutycznych.

W strategii opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” za główny cel przyjęto redukcję wskaźnika samobójstw o 1/3, czyli nikt nie zakładał, że znajdziemy skuteczną „szczepionkę” zapobiegającą w 100% zachowaniom samobójczym. Wdrażane od ponad 20 lat programy profilaktyczne o statusie ustaw w wielu krajach Europy (poza Polską) istotnie wpłynęły na redukcję współczynnika samobójstw. Finlandia była pierwszym państwem na świecie, które zrealizowało narodowy program profilaktyki samobójstw (w latach 1986-96 wszystkie cztery fazy: część badawczo-diagnostyczną, opracowanie strategii, wdrożenie, ewaluację) i osiągnęło przewidywane zmniejszenie liczby samobójstw.

W fazie badawczej programów zapobiegania samobójstwom ocenia się problematykę samobójstw pod kątem różnych czynników ryzyka, z uwzględnieniem kulturowej specyfiki. Wśród czynników ryzyka wyróżnia się: demograficzne (płeć, wiek, rasa, miejsce zamieszkania), społeczno-ekonomiczne (sytuacja rodzinna, szkolna, w grupie rówieśniczej), psychologiczne (cechy osobowości, postawy, poziom funkcjonowania, sposoby radzenia sobie, obecność stresorów), chorobowe (w tym somatyczne i psychiczne) oraz biologiczne (neurochemiczne i genetyczne). Ich identyfikacja i aktualizacja warunkują skuteczność programów zapobiegających samobójstwom i wskazują grupy ryzyka. Do grupy ryzyka zaliczane są też osoby, które utraciły kogoś bliskiego w wyniku samobójstwa.

W 2008 roku w Polsce według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) stwierdzono 5681 samobójstw dokonanych (w tym 274 w grupie wiekowej 15-19), co odpowiada średnim wartościom

światowym w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców (całkowity współczynnik samobójstw 14,9/100 000, a w grupie wiekowej 15-19 lat 10,2/100 000). Natomiast według Komendy Głównej Policji w 2008 roku liczba zamachów samobójczych osób w wieku do 19 lat wynosiła 416 (266 mężczyzn), w tym odnotowano zgon 349, a powyżej 19 r.ż. – 5237 (4207 mężczyzn), w tym zgon 3964, co daje łącznie mniejszą liczbę bezwzględnie samobójstw dokonanych ($n=4313$) w porównaniu do danych GUS.

Ponieważ nie ma u nas krajowego rejestru zawierającego liczbę i wykaz ofiar samobójstw, które wcześniej były objęte pomocą medyczną, trudno jest zorganizować profesjonalną czynną pomoc dla członków rodzin ofiar, korzystając z lokalnych struktur opieki zdrowotnej. Pozostaje więc dostęp do biernej formy opieki, w której osoba po samobójczej śmierci kogoś bliskiego sama aktywnie poszukuje pomocy. Psychiatra lub lekarz pierwszego kontaktu, do którego zgłasza się osoba po samobójczej śmierci kogoś bliskiego, w każdym przypadku powinien zalecić odpowiedni rodzaj wsparcia w ramach postwencji.¹ Postwencja (ang. postvention, czyli działanie po incydencie) są to skoordynowane wszechstronne działania i programy polegające na swoistych interwencjach, strategicznie związanych z określoną populacją narażoną na rozwój określonych zaburzeń i dysfunkcji, innymi słowy jest to asystowanie tym, którzy stracili kogoś bliskiego w wyniku samobójstwa. Angielskie określenie „suicide survivors” oznacza nie tylko osoby, które doświadczyły samobójstwa kogoś bliskiego (czyli m.in. „osierocone”, w żałobie, spadkobiercy; ang. bereaved people), ale także tych, co pozostali przy życiu, są „ocaleni”.²

W kontekście postwencji używa się mimo to pierwszego znaczenia.³ Pojęcie postwencji, zostało wprowadzone do terminologii suicydologicznej w 1972 roku przez Edwina Shneidmana (profesora suicydologii zmarłego latem 2009 roku). Stwierdził on w książce Alberta Caina („Survivors of Suicide”, 1972), że „postwencja jest prewencją dla następnych pokoleń”.

Dopiero w 1999 roku na jednej z konferencji Międzynarodowego Towarzystwa Zapobiegania Samobójstwom (International Association for Suicide Prevention, IASP) doszło do powołania grupy roboczej do spraw postwencji (Taskforce Postvention). W 2006 roku w ramach kolejnej konferencji IASP odbyło się pierwsze międzynarodowe seminarium w całości poświęcone postwencji (1st International Suicide Postvention Seminar – Current understandings of survivors issues: research, practice and plans. Portoroz, Słowenia 2006).

Przyjmuje się, że około 5-10 osób z najbliższego otoczenia ofiary samobójstwa cierpi po jej śmierci. Osoby w żałobie po samobójstwie kogoś bliskiego obciążone są również wysokim ryzykiem samobójstwa, ponieważ: 1) doświadczają reakcji żałoby (ze wszystkimi jej fazami, tj. odrętwieniem, rozpaczą, reakcją depresyjną), 2) grozi im naśladowicтво (zjawisko Wertera, ang. portrayal, copycat suicide), 3) mogą odczuwać presję środowiska (np. potępienie, obciążenie winą), 4) mogą być obciążeni rodzinną predyspozycją do depresji oraz 5) mogą chcieć dołączyć do ofiary.

Ich żałobę charakteryzuje pewna odmienność od żałoby typowej (niepowikłanej), ponieważ śmierć bliskiej osoby była nieoczekiwana i gwałtowna, mają z reguły poczucie odpowiedzialności za tę śmierć, wstydzą się

przed otoczeniem, przeżywają odrzucenie, napiętnowanie (stygmatyzację) z powodu kulturowego tabu oraz nie mogą przeciwstawić się nawracającym pytaniom („dlaczego?”).²

Psychiatrzy i psychoterapeuci powinni wiedzieć o zindywidualizowanej reakcji na żałobę u „suicide survivors”.^{4,5} Jest to zależne od następujących czynników: 1) rodzaju relacji z ofiarą samobójstwa (na ile była to bliska relacja), 2) wieku osób osieroconych (małe dzieci często są izolowane przez dorosłych w trakcie żałoby i nie wiedzą o tym, co zaszło, osierocony nastolatek bywa w oporze i często lekceważy problem, natomiast dorożkowie doświadczają podwójnego stresu – np. związanego z utratą wnuka i lękiem o jego rodzica/własne dziecko), 3) płć osieroconego (mężczyźni kulturowo blokują okazywanie uczuć), 4) urazu związanego z drastycznością metody samobójstwa oraz 5) systemu funkcjonującego wsparcia.

W ostatnich latach jesteśmy świadkami masowych katastrof (terroryzm, powodzie, huragany, wypadki komunikacyjne) oraz rosnącej patologii społecznej w postaci różnych form przemocy, nie tylko ograniczonej do środowiska rodzinnego czy najbliższego otoczenia – w miejscu pracy lub nauki, ale także do anonimowej o dużym zasięgu np. przez internet, telefony komórkowe, co przyczynia się istotnie do występowania zachowań samobójczych, a w konsekwencji poszerzenia kręgu osób cierpiących po utracie kogoś bliskiego.

Samopomocowe grupy wsparcia dla bliskich ofiary samobójstwa

Dobłą propozycją dla rodziców i opiekunów lub dorosłych dzieci ofiar są samopomocowe grupy wsparcia, choć nie zawsze przez wszystkich są akceptowane. W książce „Down under” (Spuścizna, Dziedzictwo), autorstwa belgijskiego rodzica, którego 17-letnia córka popełniła samobójstwo, znajduje się wstrząsający opis utraty, żałoby, osamotnienia i rozliczenia z ochroną zdrowia oraz społecznym systemem wsparcia, zwięźle przedstawiony w podtytuł „A suicide’s legacy of hope for change in healthcare and society”.⁶

Samopomocowe grupy wsparcia (SGW) dla rodzin w żałobie zaczęły powstawać i rozwijać się po II wojnie światowej w celu terapii wdów po poległych żołnierzach. W latach 60. i 70. wykorzystano tę formułę dla „suicide survivors”: rodzin w żałobie i „współczujących przyjaciół” (Compassionate Friends, Cruse w Anglii oraz SPES w Szwecji, Verwaiste Eltern w Niemczech). Grupy te powstają z inicjatywy osób, które doświadczyły samobójczej śmierci bliskiej osoby, lub odpowiednich instytucji i organizacji – finansowane są z różnych źródeł: funduszy rządowych, organizacji kościelnych, najbliższych

ofiary, a także darowizn. Merytoryczny nadzór sprawowany jest przez IASP.²

W ofercie SGW dla członków rodziny w żałobie jest:

- zapewnienie poczucia wsparcia, wspólnoty, przynależności;
- nadzieja na odzyskanie kontroli;
- nabywanie pozytywnych doświadczeń;
- sposoby rozwiązywania problemów;
- miejsce do wyrażania uczuć (bez ocen);
- wiedza na temat żałoby, samobójstwa, korzystania z pomocy;
- przystosowanie do zmian w życiu i własnej osobowości po przeżytej utracie.

Czynniki sprzyjające zmianom podczas uczestnictwa w SGW to otwarte wyrażanie smutku, brak tajemnic na temat samobójczej śmierci, zrozumienie i empatia, akceptacja odmienności w przeżywaniu żałoby.⁷ Odbywa się to przez opowiadanie swojej historii, spojrzenie wstecz na start w SGW, otwarcie na innych, odpuszczanie pytań bez odpowiedzi (egzystencjalnych, trudnych), unikanie schematów, komunikowanie uczuć przez „łzy i uściski”, dawanie nadziei, bliskości.

Czynniki, które mogą utrudniać pozytywne zmiany w funkcjonowaniu uczestników SGW, to: trwanie przy destrukcyjnych strategiach zaradczych, ukrywanie bólu, zaprzeczanie uczuciom, wypieranie faktów (tajemnice dotyczące przeżytego samobójstwa), unika-

nie kontaktów i wspomnień, ucieczka w pracę, ucieczka w uzależnienia, obwinianie innych za samobójczą śmierć bliskiej osoby.⁸

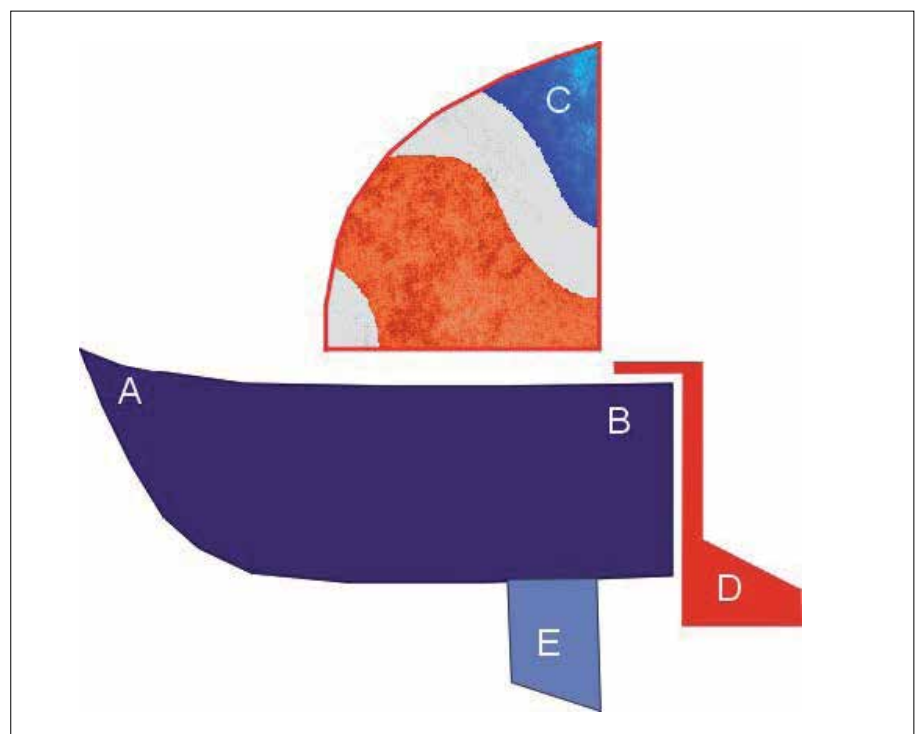
Pewne czynniki mogą zakłócać przebieg spotkań SGW lub nawet hamować proces grupowy. Wśród nich wymienia się konflikt między uczestnikami, pomijanie kodeksu etycznego (ustalanego na pierwszym spotkaniu i porządkującego poszczególne zagadnienia), zindywidualizowany u niektórych uczestników proces żałoby, wypalenie liderów, fala emocji zakłócająca komunikację, stagnacja, zasklepienie w żalu oraz przekraczanie limitu czasu dla poszczególnych wypowiedzi. Zainteresowanych tematyką postwencji odsyłam do broszury WHO w polskiej wersji językowej „Zapobieganie samobójstwom. Jak założyć grupę wsparcia dla osób po samobójstwie kogoś bliskiego” (Genewa-Warszawa 2004) zamieszczonej na stronie internetowej oraz rozprawianej przez Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, funkcjonujące od 2002 roku (www.ipin.edu.pl/towsuicyd).

Interwencja kryzysowa w szkole po samobójstwie ucznia

W środowiskach pozarodzinnych, w których zaistniało samobójstwo wiąże się także z głębokim przeżywaniem urazu psychicznego,

RYCINA

Czynniki ryzyka i chroniące mające wpływ na rozwój zespołu wypalenia u terapeutów pracujących z pacjentami w kryzysie samobójczym



A. Przeżycie samobójstwa pacjenta, B. Praca z pacjentem „S”, C. Zasoby, D. Wiedza, E. Światopogląd.

zalecany jest debriefing. Jest to zaaranżowana, wspólna rozmowa o wydarzeniu urazowym, odbywająca się w kameralnych warunkach. Jej celem jest zredukowanie wpływu urazu na psychikę uczestników „katastrofy” i przyspieszenie powrotu do normalności.^{9,10} Debriefing powinien być zorganizowany do tygodnia po wydarzeniu (katastrofie) i prowadzony przez 3-4-osobowy, doświadczony zespół dla około dziesięciu uczestników po przeżytych urazach. Podstawowym założeniem i korzyścią debriefingu jest usunięcie błędnych przekonań o nietypowości własnych reakcji.

Szczególnie istotna jest interwencja kryzysowa po samobójczej śmierci ucznia w szkole.^{11,12} Pomoc w przechodzeniu przez proces żałoby powinna polegać na zmniejszeniu poczucia winy, ryzyka „zakaźności” zachowań. Bardzo ważne jest przeciwdziałanie plotkom wśród uczniów i personelu szkolnego oraz wzmacnianie kompetencji poszczególnych uczestników wydarzenia, głównie przez właściwe informowanie. Na początku sesji debriefingu, podobnie jak w SGW istotne jest ustalenie norm i zasad, np. „mówimy tylko o sobie i tylko w swoim imieniu”. W trakcie trwania kolejnych faz sesji debriefingu (dotyczących 1. faktów, 2. emocji, 3. symptomów, 4. myśli, 5. edukacji) prowadzący powinni być wyczuleni na identyfikację tych uczestników wydarzenia, u których ryzyko samobójstwa jest wysokie, oraz kierować ich na psychoterapię. Podczas sesji prowadzący dążą do zintegrowania się uczestników i stworzenia z nich grupy wsparcia, która będzie pewnego rodzaju kontynuacją podjętej przez nich interwencji.¹³

Psychiatra po samobójstwie pacjenta

Z piśmiennictwa wynika, że około 50% psychiatrów straciło co najmniej jednego pacjenta. Według standardów amerykańskich psychiatra powinien aktywnie udzielać wsparcia bliskim krewnym ofiary samobójstwa, mając wiedzę o poszukiwaniu przez nich odpowiedzi o sens tego co się stało, jak również przewidując „powikłaną” żałobę. Natomiast kiedy sam psychiatra straci w wyniku samobójstwa swojego pacjenta powinien otrzymać emocjonalne

wsparcie od zaufanych kolegów, ewentualnie skorzystać z konsultacji.¹

W badaniach ankietowych przeprowadzonych wśród polskich psychiatrów i psychologów aż 58% terapeutów potwierdziło doświadczenie samobójczej śmierci pacjenta, przy czym odsetek ten stał się istotnie wyższy, gdy uwzględniono staż pracy >10 lat (68%).¹⁴ Blisko 2/3 ankietowanych terapeutów po samobójczej śmierci pacjenta potwierdziło poczucie winy, a co trzeci – doświadczył reakcji żałoby. Można przewidywać, że u części z nich nastąpił spadek zaangażowania w pracę i uczucie depersonalizacji, co mogłoby sugerować występowanie zespołu wypalenia zawodowego.¹⁵

Analizując rycinę w kontekście zespołu wypalenia, można wskazać czynniki ryzyka obciążające terapeuta – A. samobójcza śmierć pacjenta; B. praca z pacjentami o wysokim ryzyku samobójstwa (młodzież, chorzy na depresję) oraz czynniki chroniące terapeuta przed konsekwencjami kryzysu po samobójczej śmierci pacjenta; C. zasoby (zespół wspierających terapeutów, grupa Balinta); D. wiedza (dotycząca zjawiska samobójstw); E. światopogląd (własne schematy poznawcze, mity).

Szczególnie ważne jest działanie profilaktyczne – przed narażeniem terapeuty na uraz w postaci utraty pacjenta lub jego zdrowia w wyniku próby samobójczej – przez zdobywanie przez terapeuta wiedzy na m.in. omawiany temat postwencji oraz kształtowanie własnej postawy i światopoglądu w opozycji do treści zawartych w artykule z 1974 roku, wskazującego na występujące wtedy zjawisko utrwalonej niechęci terapeutów do samobójczego pacjenta – „Samobójczy pacjent i przeciwprzeniesienie nienawiści”.¹⁶

Współczesną propozycją dla psychiatrów i psychoterapeutów pracujących z pacjentem w kryzysie samobójczym jest metoda polegająca na współdziałaniu terapeuty z pacjentem przy oszacowywaniu i monitorowaniu ryzyka samobójczego oraz jego kontrolowaniu, przez wypracowane techniki (CAMS; Collaborative Assessment and Management of Suicidality).¹⁷ W metodzie tej integralnym elementem jest stała superwizja procesu terapii i oceny ryzyka samobójczego oraz systematyczne cotygodniowe grupy wsparcia dla terapeutów.

Podsumowując należy przede wszystkim podkreślić znaczenie postwencji w profilaktyce samobójstw, także wśród profesjonalistów, oraz ogromną rolę psychiatrów w aktywnym docieraniu do osób osieroconych w wyniku samobójstwa kogoś bliskiego, z uwagi na ich powikłaną często żałobę.

Piśmiennictwo

1. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*. 2009; 8(2):67-74.
2. Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. *Zapobieganie samobójstwom. Jak założyć grupę wsparcia dla osób po samobójstwie kogoś bliskiego*. Genewa-Warszawa 2004.
3. Sakinofsky I. The aftermath of suicide: managing survivors' bereavement. *Can J Psychiatry*. 2007; 52(6 Suppl 1):129S-136S.
4. Mitchell AM, Wesner S, Brownson L, et al. Effective communication with bereaved child survivors of suicide. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2006;19(3): 130-136. Review. Erratum in: *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2007;20(2):136.
5. Mitchell AM, Wesner S, Garand L, et al. A support group intervention for children bereaved by parental suicide. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2007;20(1):3-13.
6. van de Gucht M. *Down under*. Yoka Consult 2006.
7. Cvinar JG. Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspect Psychiatr Care* 2005; 41(1):14-21.
8. McMenamy JM, Jordan JR, Mitchell AM. What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide Life Threat Behav*. 2008;38(4):375-389.
9. Juhnke GA, Shoffner MF. The Family Debriefing Model: An Adapted Critical Incident Stress Debriefing for Parents and Older Sibling Suicide Survivors. *The Family Journal* 1999;7(4):342-348.
10. Stallard P, Salter E. Psychological Debriefing with Children and Young People Following Traumatic Events. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2003, 8(4):445-457.
11. Thomson RA. Being Prepared for Suicide or Student Death in Schools: Strategies to Restore Equilibrium. *Journal of Mental Health Counseling* 1995;17(3):264-277.
12. Parrish M, Tunkle J. Clinical Challenges Following An Adolescent's Death By Suicide: Bereavement Issues Faced By Family, Friends, Schools, And Clinicians. *Clinical Social Work Journal* 2005;33(1):81-102.
13. Feigelman W, Gorman BS, Beal KC, et al. Internet support groups for suicide survivors: a new mode for gaining bereavement assistance. *Omega (Westport)* 2008;57(3):217-243.
14. Gmitrowicz A, Lewandowska A. *Zespół wypalenia wśród terapeutów a zachowania suicydalne pacjentów. Suicydologia*. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, ISSN 1895-3786, 2006 (tom 2);1:41-46.
15. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
16. Maltsberger JT, Buie EH: Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*. 1974;30:625-633.
17. Jobes DA. *Managing suicidal risk. A collaborative approach*. The Guilford Press, New York 2006.