

Adam Czabański

(Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu)

Doświadczenia pracowników Ośrodków Interwencji Kryzysowej w sprawach dotyczących samobójstw i prób samobójczych.

Experiences of workers of Crisis Intervention Centers from cases considering suicides and attempted suicides.

Streszczenie

Badania miały charakter pilotażowy. Wzięło w nim udział 25 kobiet pracujących w Ośrodkach Interwencji Kryzysowej w Wielkopolsce.

Celem badań było ustalenie jakimi doświadczeniami dysponują osoby stykające się z ludźmi rozważającymi popełnienie samobójstwa.

W ramach badań zastosowano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

W wyniku przeprowadzonych badań okazało się, że oświadczenie przypadków samobójstw lub prób samobójczych jest wśród pracowników Ośrodków Interwencji Kryzysowej rzadko spotykane (7 na 25 respondentek). Ci, którzy mieli takie doświadczenia deklarowali ich częstotliwość na poziomie 1-2 przypadków rocznie. Rysuje się konieczność doszkalania pracowników Ośrodków Interwencji Kryzysowej w zakresie udzielania pomocy osobom zagrożonym samobójstwami lub próbami samobójczymi. Badania pilotażowe powinny być powtórzone na liczniejszej próbie badawczej.

Słowa kluczowe: doświadczenie, samobójstwo, próba samobójcza, interwencja kryzysowa.

Abstract

Research had a piloting character. 25 women who work in Crisis Intervention Centers in Greater Poland took part in it.

The goal of the research was determining what experiences do persons having contact with people considering committing suicides have.

As part of research, a questionnaire of own making was used.

As a result of conducted research it turned out, that experiencing cases of suicides is rare among workers of Crisis Intervention Centers (7 out of 25 respondents). Those, who had such experience declared the frequency at the level of 1-2 cases a year. A need of further training of workers of Crisis Intervention Centers in terms of helping people endangered with suicides or attempted suicides. Pilot research have to be repeated on larger survey group.

Key words: experience, suicide, attempted suicide, crisis intervention.

Wprowadzenie

W społeczeństwie wiele grup zawodowych styka się bezpośrednio lub pośrednio z problematyką zachowań suicydalnych. Oprócz policjantów, strażników ochrony kolei, strażaków, ratowników medycznych, czy szerzej – członków państwowego systemu ratownictwa medycznego, lekarzy psychiatrów, ale także chirurgów, internistów, problematyka ta dotyczy także nauczycieli, pedagogów, osoby duchowne etc.

W niniejszej pracy rozważa się doświadczenia pracowników Ośrodków Interwencji Kryzysowej, a więc przede wszystkim psychologów oraz pracowników socjalnych.

W Polsce samobójstwa popełnia ponad 6 tysięcy osób rocznie, natomiast próby samobójcze są udziałem 60-90 tysięcy osób. Groźby samobójcze kieruje jeszcze więcej osób

doświadczających różnego rodzaju problemów życiowych. Należy też pamiętać o osobach pogrążonych w żałobie po samobójczej śmierci bliskiego człowieka. W polskim społeczeństwie problematyka suicydalna może więc być udziałem setek tysięcy osób rocznie.

Pojęcie kryzysu w sposób przejrzysty definiuje W.Badura – Madej¹. Kryzys to „przejściowy stan nierównowagi wewnętrznej, wywołany przez krytyczne wydarzenie, bądź wydarzenie życiowe, wymagające istotnych zmian i rozstrzygnięć”. Z kolei H.Sęk posługuje się pojęciem Kryzysu, sytuacji krytycznej i krytycznego wydarzenia². Przedstawione przez H.Sęk pojęcia opisują sytuacje, w których następuje zakłócenie funkcjonowania człowieka, tak, że wymaga to dokonania zmian. Przystosowanie się do sytuacji krytycznych wymaga podjęcia całego wachlarza działań. Konieczne staje się dokonanie pewnych przeobrażeń w środowisku, w konkretnych ludziach oraz w stosunkach do rzeczy i między ludźmi. Według tej autorki stan kryzysu to nagromadzone w stosunkowo krótkim czasie wydarzenia krytyczne o dużej sile. Objawia się on u doświadczających go ludzi poczuciem wyczerpania własnych możliwości, a także poczuciem bezradności oraz utraty kontroli nad życiem. Potrzebne jest tu włączenie się do pomocy całej sieci osób, a zwłaszcza specjalistów. Okazuje się bowiem, że sama jednostka nie jest w stanie samodzielnie odzyskać równowagę. Konieczna jest pomoc z zewnątrz w postaci wsparcia emocjonalnego, informacyjnego a także niekiedy pomocy rzeczowej.

Sytuacje kryzysowe wymagają wsparcia ze strony profesjonalistów, a więc pracowników Ośrodków Interwencji Kryzysowej. Oczekuje się od nich odpowiedniego zestawu cech osobowości³. Konkretnie oczekiwane zestawy cech osób pracujących w ośrodkach interwencji kryzysowej opracowano w Memphis: empatia, serdeczność, autentyczność, obycie, umiejętności towarzyskie, nieuleganie lękom, elastyczność w akceptowaniu innych wartości, poczucie odpowiedzialności, potrzeba niesienia pomocy, umiejętność korzystania z pomocy innych instytucji, równowaga w krytycznej sytuacji, wyobraźnia, rozsądek, wnikliwość, spostrzegawczość. Te właśnie cechy osobowości pomagają w pokonywaniu problemów i trudności pojawiających się w interwencji kryzysowej⁴.

Sam przebieg interwencji kryzysowej może przebiegać według różnych modeli. B.Hołyśt podaje model opracowany przez badaczy amerykańskich w Ottawie⁵. W modelu tym zakłada się cztery etapy udzielania pomocy drogą telefoniczną. Na samym początku należy zadbać o stworzenie klimatu sprzyjającego rozmowie. W tej fazie osoba udzielająca pomocy troszczy się o podtrzymanie warunków niezbędnych dla podjęcia interwencji. Te warunki to utrzymanie kontaktu telefonicznego, kształtowanie więzi między osobą niosącą pomoc a telefonującą oraz zrozumienie i akceptacja ich wzajemnych ról. Dalej musi nastąpić faza oceny kryzysu. Następuje tu identyfikacja problemu i określenie warunków osobistych i środowiskowych, których jest on rezultatem. Następnie dochodzi do integracji afektywnej polegającej na tym, że osoba udzielająca porady pomaga osobie telefonującej w rozpoznaniu,

¹ W.Badura – Madej, *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych.*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice 1999.

² H.Sęk, *Pojęcia: sytuacje trudne i kryzysy*, w: *Informator dla pracowników socjalnych*, Wydawnictwo Miejskie, Poznań 2001, s. 8-9; A.Czabański, *Pomoc rodzinom przeżywającym sytuacje trudne i kryzysy – założenia interwencji kryzysowej*, w: *Polityka społeczna samorządu terytorialnego. Poradnik praktyczny*, pod red. Andrzeja Grzybowski, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa 2002, s. 106.

³ A. Czabański, *Profilaktyka postsuicydalna dla młodzieży i jej rodzin*, Wydawnictwo Rys, Poznań 2009, s. 85.

⁴ D. Kubacka – Jasiecka, M. Kania, *Problemy i trudności interwencji kryzysowej. Z doświadczeń superwizora pracy interwencyjnej studentów psychologii*, w: „*Przegląd Psychologiczny*” 1992, tom 35, nr 2.

⁵ B.Hołyśt, *Suicydologia*, Wydawnictwo Lexis Nexis, Warszawa 2012, s. 1064; L.G.Echterling, D.M.Hartsongh, T.H. Zarle, *Testing a model for the process of telephone crisis intervention*, w: *Proceedings Communications*, Ottawa 1979, s. 371; J.H.Brown, *The state of suicide prevention. An international survey 1979*, w: *Proceedings Communications*, Ottawa 1979, s. 386-397.

zrozumieniu i wyrażeniu jej uczuć oraz reakcji na kryzys. Ostatni etap to rozwiązanie problemu. Dochodzi tu do poszukiwania rozwiązania lub decyzji w sytuacji kryzysu.

Możemy więc przyjąć, że celem interwencji kryzysowej jest szybkie zmobilizowanie także rodziny do udzielenia bliskiemu wsparcia oraz zapewnienie mu bezpieczeństwa. Wymaga to wzmocnienia więzi rodzinnych w celu profilaktyki ewentualnych powtarzających się zamachów samobójczych⁶.

T.M. Anthony napisał, że: „interwencja jest nie tyle dostarczeniem pomocy potrzebującemu, co doprowadzeniem go do źródła tej pomocy. Jest procesem, w którym okazujemy troskę osobie dążącej do samozniszczenia, a potem proponujemy rozwiązanie”⁷. Jak z kolei zauważa A.Zwoliński, skuteczność interwencji kryzysowej zależy od wielu czynników, jak chociażby od wyobraźni otoczenia, zdolności dostrzegania nieszczęść innych ludzi, od gotowości wczuwania się w sytuację drugiego człowieka, gotowości niesienia pomocy, „prawdziwego partnerstwa między ludźmi i umiejętności przekonywania człowieka zagrożonego samobójstwem”⁸.

W niniejszej pracy postanowiono zbadać jakie doświadczenia są w zasobach pamięci pracowników Ośrodków Interwencji Kryzysowych.

Metodologia badań własnych

Badania miały charakter pilotażowy. Podczas szkolenia zorganizowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej rozproszono wśród pracowników Ośrodków Interwencji Kryzysowej z obszaru województwa wielkopolskiego ankietę, w której pojawiły się pytania dotyczące ich doświadczeń dotyczących zjawiska zachowań samobójczych. Celem tych badań było zorientowanie się jakimi doświadczeniami dysponują osoby, które potencjalnie powinny dość często stykać się z problemami ludzi rozważających popełnienie samobójstwa. Ogółem grupa pracowników Ośrodków Interwencji Kryzysowej liczyła 25 osób. Wszystkie te osoby były kobietami. Badania przeprowadzono na początku grudnia 2015 roku.

Wyniki badań własnych

W badaniach pilotażowych wzięło udział 25 kobiet. Okazało się, że doświadczenia związane z osobami o skłonnościach samobójczych były udziałem zaledwie 7 z nich. Tak więc wbrew przewidywaniom, że doświadczenia te są powszechne w środowisku zawodowym pracowników Ośrodków Interwencji Kryzysowej okazało się, że zaledwie co czwarty pracownik ma takie doświadczenia.

Wydawało się, że kluczowym może się okazać staż pracy owych respondentów.

Tabela: Staż pracy a częstość spraw dotyczących samobójstw lub prób samobójczych

Staż pracy w Ośrodku Interwencji Kryzysowej	Ilość spraw dotyczących samobójstw lub prób samobójczych, które pracownik rozwiązywał
1 rok	1 sprawa mężczyzny, który telefonicznie regularnie zapowiada swoje

⁶ M. Makara – Studzińska, *Psychoterapia osób po próbie samobójczej*, w: *Ryzyko samobójstwa u młodzieży. Diagnoza, terapia, profilaktyka*, pod red. Agnieszki Gmitrowicz, Marty Makary-Studzińskiej, Anity Młodożeniec, PZWL, Warszawa 2015, s. 190.

⁷ T.M. Anthony, *Dlaczego? Samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*, Oficyna Wydawnicza „Vocatio”, Warszawa 1994, s. 117 – 118.

⁸ A.Zwoliński, *Samobójstwo jako problem osobisty i publiczny*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2013, s. 270-271.

	samobójstwo
3 lata	W ostatnim roku 2 przypadki samobójstw
4 lata	W ostatnim roku 1 samobójstwo popełnione oraz 4 przypadki próby samobójczej
8 lat	Rocznie 1 samobójstwo
8 lat	Ogółem dotychczas 30 samobójstw i 20 prób samobójczych
12 lat	Każdego roku od kilku do kilkunastu samobójstw lub prób samobójczych
14 lat	Kilka spraw dotyczących samobójstw

Źródło: Obliczenia własne

Z zestawienia wynika, że sprawy dotyczące samobójstwa lub próby samobójczej podejmowane są przez niemal co czwartego pracownika Ośrodka Interwencji Kryzysowej. Jeśli już takie sprawy się zdarzają, to nie częściej niż kilka – kilkanaście razy rocznie. Zazwyczaj są to sprawy pojawiające się incydentalnie, i niewielu zbadanych respondentów może wykazać się sporym praktycznym doświadczeniem. Najczęściej doświadczenia samobójstwa lub próby samobójczej pojawiają się 1-2 razy w roku.

Jedna z badanych kobiet pracująca 1 rok w Ośrodku Interwencji Kryzysowej opisała jeden przypadek, którym się zajmuje: „*Od początku mojej pracy telefonuje pan, który leczy się psychiatrycznie. W czasie złych stanów psychicznych regularnie zapowiada swoje samobójstwo. 2 miesiące temu rozpoczął hospitalizację i od tego momentu dzwoni tylko w celu przypomnienia o sobie. Przez cały okres wyczuwalna silna potrzeba wysłuchania i zrozumienia*”.

Inna z respondentek wspomniała tylko, że sprawa, którą zajmowała się w minionym roku dotyczyła mężczyzny (ojca i męża), który popełnił samobójstwo.

Respondentka z 14-letnim stażem zauważyła, że najczęściej na numer telefonu zaufania dzwonią osoby, które zgłaszają, że popełnią samobójstwo. Mamy tu zatem do czynienia nie z przypadkami samobójstw lub prób samobójczych, ale groźby suicydalne.

Badane osoby dzieliły się także swoją wiedzą na temat działań, które powinny udzielać w kontekście zachowań samobójczych klientów. Kobieta od 3 lat pracująca w Ośrodku Poradnictwa Rodzinnego i Interwencji Kryzysowej napisała: „*W przypadku takiej śmierci (samobójczej, domowej) psycholog jedzie na miejsce, przygląda się całej rodzinie i na podstawie tego kontaktu określa dane postępowanie. Zazwyczaj są dalsze spotkania z psychologiem, ewentualnie psychiatrą*”.

Kobieta z 12-letnim stażem i sporym osobistym doświadczeniem związanym z samobójstwami i próbami samobójczymi osób tak napisała: „*Procedura w przypadku sytuacji suicydalnej (w przypadku otrzymania informacji o zagrożeniu samobójstwem polega na tym, że od osoby zagrożonej lub osób pośrednich lub od służb społecznych) pracownik Zespołu Interwencji Kryzysowej podejmuje czynności zabezpieczające życie i zdrowie osób zagrożonych poprzez:*

- *wstępną ocenę prawdopodobieństwa zagrożenia,*
- *utrzymywanie stałego kontaktu bezpośredniego lub przez telefon,*
- *dostarczanie wsparcia przez szacunek, zainteresowanie, okazanie troski,*
- *poszukiwanie zasobów klienta i wskazanie na możliwości ich wykorzystania,*
- *konstruowanie z klientem planów na dalsze działania,*
- *zawarcie „kontraktu na życie”.*

W momencie stwierdzenia zagrożenia pracownik OIK powiadamia kierownika lub osobę upoważnioną o sytuacji, a także inne instytucje (pogotowie ratunkowe, policję, straż

pożarną). W przypadku zagrożenia suicydalnego pracownik motywuje osobę do podjęcia konsultacji psychiatrycznych, uzgadniając natychmiast termin wizyty z lekarzem pozostającym w lokalnym systemie wsparcia. Pracownicy Zespołu Interwencji Kryzysowej spotykają się najbliższą rodziną klienta oraz zbierają informacje dotyczące dotychczasowego funkcjonowania klienta i rodziny oraz radzenia sobie z wcześniejszymi kryzysami życiowymi. Podczas kolejnych spotkań wspólnie z klientem pracownik buduje plan działań zmierzających do opanowania sytuacji kryzysowej oparty na istniejących zasobach jednostkowych, rodzinnych i instytucjonalnych a uwzględniający lokalną sieć wsparcia społecznego”.

Kobieta legitymująca się 8-letnim stażem pracy w Ośrodku Interwencji Kryzysowej podaje bardzo ogólne wytyczne: „W przypadku kontaktu telefonicznego rozmowa, próba ustalenia adresu, miejsca pobytu. W przypadku gróźb samobójczych powiadomienie służb. W przypadku kontaktu osobistego zawieranie „kontraktu”, praca indywidualna z psychologiem. Brak ściśle określonej procedury, a byłaby przydatna”.

Respondentka z 4-letnim stażem ograniczyła się tylko do wymienienia form działań stosowanych w takich okolicznościach:

- „- udzielanie pomocy i wsparcie rodzinie,
- udzielanie wsparcia osobie, która ma myśli samobójcze,
- poradzenie psychoedukacji dla rodzin i opiekunów osób zagrożonych samobójstwem, osób z zaburzeniami psychicznymi,
- prowadzenie rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi”.

Z przedstawionych wypowiedzi respondentek widać, że raczej mamy do czynienia z wyuczonymi formułkami, odnoszeniem się do mniej lub bardziej adekwatnie do potrzeb opracowanych procedur. Zazwyczaj jednak brakuje tu podparcia w praktyce.

Wnioski końcowe

Z przeprowadzonych badań pilotażowych wynika kilka spostrzeżeń:

- Doświadczenie przypadków samobójstw lub prób samobójczych jest wśród zbadanych pracowników Ośrodków Interwencji Kryzysowej relatywnie rzadko spotykane (7 na 25 respondentek).
- Najczęściej zbadani pracownicy Ośrodków Interwencji Kryzysowej w ogóle nie mieli do czynienia ze sprawami suicydalnymi swoich klientów, jeśli tak, to najwyżej 1-2 razy w roku.
- Wśród respondentek zaledwie dwie dysponowały licznymi doświadczeniami pracy przy kilkudziesięciu sprawach związanych z zachowaniami suicydalnymi.
- Najczęściej pracownicy OIK stykają się z groźbami suicydalnymi kierowanymi przez telefon zaufania.
- Zapytane o działania jakie podejmują w kontekście zachowań samobójczych klientów, pracownicy wykazują się wiedzą teoretyczną, nie pogłębioną i nie ubogaconą praktycznymi i osobistymi doświadczeniami.
- Same badane osoby podkreślają konieczność szkoleń w zakresie udzielania pomocy osobom zagrożonym samobójstwami.
- Wydaje się, że mieszkańcy województwa wielkopolskiego nie są w pełni uświadomieni, że istnieją tu Ośrodki Interwencji Kryzysowej przeznaczone także do udzielania pomocy osobom przeżywającym różnego rodzaju kryzysy suicydalne. Ośrodki te nie wykorzystują w pełni swojego potencjału w kontekście profilaktyki presuicydalnej i postsuicydalnej.

- Spostrzeżenia zdobyte na podstawie badań pilotażowych obejmujących 25 respondentów wymagają powtórzenia na wielokrotnie liczniejszej próbie badawczej. Wówczas wnioski będą miały solidniejszą podbudowę statystyczną.