

Studium interwencji

Tytuł interwencji: Procedura postępowania dla nauczycieli specjalistów w przypadku uczniów, którzy samookaleczają się, z uwzględnieniem perspektywy międzysektorowej.

Poziom interwencji:

Interwencja została podzielona na 2 warianty:

- **Wariant A: Interwencja dotycząca samouszkodzenia dokonanego na terenie szkoły**

Wariant ten dotyczy sytuacji, w której uczeń w trakcie pobytu na terenie szkoły dokonał samouszkodzenia.

- **Wariant B: Obecność przewlekłego problemu samouszkodzeń u ucznia**

Wariant ten dotyczy sytuacji, w której pracownik szkoły, nauczyciel, rówieśnik zgłasza zaobserwowanie samouszkodzeń u ucznia lub uczeń sam zgłasza się z własnym przewlekłym problemem.

W przypadku każdego wariantu: dyrektor lub osoba przez niego upoważniona, nauczyciele specjaliści, wychowawcy, psycholog, uczeń, klasa, inni uczniowie szkoły, psychiatra, specjaliści z ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i

psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, centrum zdrowia psychicznego dla dzieci lub poradni psychologiczno-pedagogicznej.

Etap edukacyjny:

szkoła podstawowa (szczególnie klasy 6-8), szkoła ponadpodstawowa

Kategoria interwencji:

interwencja w sytuacjach kryzysowych

Problem:

Zgłaszanie przez dzieci i nastolatków problemu samookaleczeń w Polsce według raportu Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę wzrosła o 130% w porównaniu do poprzednich lat, problem ten od 2018 roku przybrał na sile. Największy wzrost obecności problemów psychicznych u dzieci i młodzieży notuje się w grupie 16-17-latków według wyników badań EZOP. Zaś problem samouszkodzeń zaczyna pojawiać się od 11 do 15 roku życia, a za okres największej eskalacji tego problemu u uczniów wskazuje się wiek 12-14 lat (Ghandi i in., 2018, Lenkiewicz, Racicka i Bryńska, 2017) i okres między 13 a 15 rokiem życia (Makowska, Gmitrowicz, 2018). Mimo statystyk doświadczenia pokazują, że samouszkodzenia zdarzają się również wśród dzieci w młodszych klasach.

TEKST Z PONIŻSZEGO AKAPITU DO RAMKI OBOK:

Według powyższych danych oznacza to, że ok. 3-5 osób w każdej klasie, mierzy się z problemem samouszkodzeń. Czas trwania tych zachowań wynosi ok. 2 lat (Lenkiewicz i in., 2017), co sprawia, że okres adolescencji jest czasem zwiększonego ryzyka pojawienia się samouszkodzeń i może stawać się przewlekłym problemem.

Autorzy badania EZOP zwracają uwagę na wdrożenie lepszych oddziaływań i współpracy oświaty z placówkami medycznymi na rzecz ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Samouszkodzenia to zamierzone działania prowadzące do celowego uszkodzenia i ranienia ciała oraz zadawania sobie bólu. Stanowią niewielkie zagrożenie, są zachowaniami nieakceptowalnymi społecznie, podejmowanymi w celu zmniejszenia dyskomfortu psychicznego i zakomunikowania o nim (Walsh, 2014). Podejmowane są z inicjatywy nastolatka lub pod wpływem środowiska rówieśniczego (Lenkiewicz i in., 2017). To behawioralny objaw, który świadczy o przeżywaniu przez ucznia kryzysu emocjonalnego. Samouszkodzenia bez intencji samobójczej są powszechne wśród nastolatków i wiążą się ze zwiększonym ryzykiem różnych późniejszych negatywnych skutków dla zdrowia psychicznego (Baetens, Decrui, Vatandoost, Vanderhaegen & Kiekens, 2020). Najczęściej uczniowie samookaleczający się, reagują w ten sposób na przeżycie trudnego doświadczenia przekraczającego ich granice wytrzymałości psychicznej. Są objawem doświadczania cierpienia, a więc skutkiem jednorazowego czy też przewlekłego mierzenia się z trudną sytuacją.

W najnowszej klasyfikacji DSM-5 wyodrębniono kryteria dla samookaleczeń bez intencji samobójczych (NSSI). Definiowane są jako:

- nieakceptowalne społecznie zachowania;
- celowe;
- wywołujące krwawienie, zasinienie lub ból;
- podejmowane w celu redukcji dyskomfortu psychicznego.

Samouszkodzenia mogą być mylone z zachowaniami samobójczymi, jednak różnią się od nich na wielu poziomach. Walsh (2014) wyróżnia 11 kryteriów umożliwiających rozróżnienie samouszkodzenia od samobójstwa, które zostaną przedstawione w tabeli poniżej. Przede wszystkim samouszkodzenia **nie są, w przeciwieństwie do zachowań samobójczych, umotywowane intencją zakończenia życia**, dokonywanie nacięć na nadgarstku nie jest tożsame z chęcią pozbawienia się życia.

Ważne!

Do samouszkodzenia dochodzi dlatego, że modyfikuje i redukuje ono w sposób znaczny i natychmiastowy, przeżywane cierpienia i napięcie emocjonalne lub

kończy doznawanie emocjonalnego odrętwienia (Ziółkowska, Wycisk, 2019).
Osoba doznaje uczucia ulgi, ponieważ to działanie zredukowało intensywność
odczuwanych emocji.

Skuteczność w redukcji napięcia może decydować o dokonywaniu większej ilości tego rodzaju działań (Walsh, 2014). Informacje, co było celem podjętego przez ucznia działania możemy uzyskać na podstawie rozmowy z nim. Zdarza się również, że uczniowie okaleczający się impulsywnie – na skutek silnego pobudzenia emocjonalnego – dokonają zbyt głębokiego nacięcia. Nie musi to jednak z założenia, w dalszym ciągu, być umotywowane intencją samobójczą. Więcej aspektów pozwalających rozróżnić próbę samobójczą od samouszkodzenia przedstawia poniższa tabela.

Kryterium	Samobójstwo	Samouszkodzenie
1. Zamiar/intencja	Odebranie sobie życia jako sposób na redukcję cierpienia i całkowitego unicestwienia świadomości, odcięcia od bólu psychicznego.	Chęć zmniejszenia odczuwanego dyskomfortu psychicznego spowodowanego zbyt dużym lub zbyt małym nasileniem emocji lub przeżywaniem stanów odrętwienia.
2. Stopień obrażeń	W przypadku zamiaru samobójczego wybierane środki oraz obrażenia są poważne i zagrażające życiu. Są nimi skok z wysokości, zatrucie różnymi środkami chemicznymi czy farmakologicznymi, rzucenie się pod pojazd.	W przypadku zamiaru samouszkodzenia ciała, są to metody o stosunkowo niewielkiej szkodliwości, niosą więc niewielkie obrażenia fizyczne. Należą do nich nacinanie czy też nakłuwanie skóry, przypalanie się, uderzanie głową i innymi częściami ciała.
3. Częstość dokonywania działania	Zachowania samobójcze cechują się niską powtarzalnością, np. może dochodzić do przedawkowania leków, gdy uczniowi towarzyszy duży kryzys emocjonalny. Są to jednak zachowania pojedyncze.	Zazwyczaj mają charakter chroniczny. Oznacza to, że są dokonywane wielokrotnie, w krótkich odstępach czasu.

4. Metoda	Nieznaczna różnorodność metod. Wybieranie jednej lub dwóch form działania.	Więcej niż jedna metoda. Im dłużej osoba się samouszkadza, tym większa może być ich różnorodność.
5. Poziom ból psychicznego	Nieemożliwe do zniesienia cierpienie psychiczne, które jest stałe i uporczywe, trudne do skontrolowania, obciążające i wyczerpujące psychicznie. Myśl o ucieczce od niego staje się dominująca.	Silny i trudny do zniesienia ból psychiczny, przychodzi okresowo, z przerwami, nie jest stałe obecny i może być zmienny. Stosowanie samookaleczeń może to cierpienie zredukować i kontrolować.
6. Obecność zawężenia poznawczego	Poważnie ograniczona perspektywa i zawężone myślenie. Jedynym rozwiązaniem staje się poszukiwanie ostatecznego rozwiązania.	Zdezorganizowany, ale nie zawężony sposób myślenia sprzyjający impulsywnemu podejmowaniu decyzji. Osoby mają poczucie i świadomość, że są inne wyjścia z sytuacji niż akt autodestrukcji.
7. Poczucie beznadziei i bezsilności	Dominujące poczucie beznadziei i bezsilności.	Obecne są momenty poczucia beznadziei, ale mogą przemijać. Samouszkodzenia stają się narzędziem do kontroli i redukcji nasilenia tego stanu.

8. Samopoczucie po akcie	Pogorszenie samopoczucia po nieudanej próbie. Nasilają się myśli samobójcze, poczucie nieudolności.	Po samouszkodzeniu osoba doświadcza zazwyczaj ulgi od trudnych do zniesienia emocji, wyzwala się z poczucia pustki.
9. Znaczenie dostępności do środków	Dostęp do środków sprzyja podjęciu próby samobójczej, brak dostępności znacznie ją ogranicza.	Zarówno dostęp, jak i brak dostępu do narzędzi nie powoduje zaprzestania stosowania działań autodestrukcyjnych.
10. Kluczowy problem	Obecność depresji, smutku, gniewu związanych ze źródłem cierpienia psychicznego, który często jest niewyrażony.	Duże nasilenie stresu, brak lub małe zdolności regulacji afektu, negatywny obraz siebie i własnego ciała.

Źródło: Tabela opracowana na podstawie: „Terapia samouszkodzeń” Barent W. Walsh, 2014.

Ważne!
Z uwagi na związek samouszkodzeń z myślami samobójczymi zaleca się monitorowanie stanu psychicznego pacjenta również pod kątem obecności lub braku myśli samobójczych.

Obecność objawów samouszkodzeń u nastolatków nie występuje tylko w środowisku poza szkolnym. W szkole uczniowie nadal mierzą się z tym samym problemem. Brakuje konkretnych danych i aktualnych badań przesiewowych przeprowadzonych wśród uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych w szkołach w Polsce dotyczących rozpowszechnienia problemu samouszkodzeń na terytorium kraju. Dane z badań zagranicznych pokazują, że problem samouszkodzeń jest problemem występującym częściej niż problem podejmowania przez uczniów prób samobójczych i jest bardziej powtarzalnym zachowaniem (Hamza, Stewart i Willoughby, 2012, za:

Weisz, Kazdin, 2017). Systematyczny przegląd badań międzynarodowych wskazuje, że odsetek tego problemu sięga 19% uczniów, w każdym z państw (Muehlenkamp, Claes, Havertape i Plener, 2012, za: Weisz, Kazdin, 2017). Wskaźniki te są wyższe w grupach dzieci, które mierzą się z rozpoznaniem problemów natury psychicznej. Odsetek występowania aktów samouszkodzeń wśród osób leczonych psychiatrycznie jest znacznie większy niż w populacji ogólnej.

Nastolatkom, u których problem samouszkodzeń jest bardziej nasilony i częściej dokonują samouszkodzeń są w szczególnej grupie ryzyka pojawienia się myśli samobójczych. Jedna trzecia samouszkodzących się adolescentów donosi o podejmowanej próbie samobójczej (Arsanow i in., 2011, za: Weisz, Kazdin, 2017). Może to oznaczać, że samouszkodzenia, myśli samobójcze i próby samobójcze mogą być często współwystępującym problemem, z którym uczniowie przychodzą również do placówki szkolnej.

Tak więc niezaopiekowanie problemu samouszkodzeń może skutkować eskalacją w postaci pojawienia się u ucznia jeszcze bardziej ryzykownych zachowań. Jest to również realne zagrożenie dla pozostałych uczniów. Wśród nastolatków samouszkodzących się, nieleczonych psychiatrycznie, częstotliwość podejmowania prób samobójczych wynosi od 21 do 41%, a wśród leczonych psychiatrycznie odsetek ten wzrasta do 59% (Ziółkowska, Wycisk, 2019). Oznacza to, że nawet uczniowie borykający się z różnymi zaburzeniami psychicznymi stanowią większą grupę ryzyka wystąpienia zachowań autodestrukcyjnych, a problem samouszkodzeń może nasilać się do działań nakierowanych na zagrożenie życia dzieci. Szacuje się, że ok. 24-63% samouszkodzącej się młodzieży prezentuje również objawy zaburzeń zachowania, a od 14 do 60% dodatkowo spożywa substancje psychoaktywne (Lenkiewicz i in., 2017).

Ważne!

Dlatego w przypadku dzieci i młodzieży samookalaczających się powinno się prowadzić ocenę ryzyka wystąpienia samobójstwa (por. Makowska i Gmitrowicz; 2018).

Wielu uczniów nie ujawnia nikomu swoich problemów, nie komunikuje również o występującym u nich problemach samouszkodzeń. Samookaleczają się i cierpią w milczeniu. Wielu z nich manifestuje cierpienie zmianą swojego zachowania. Doświadczają z tego powodu stygmatyzacji. Rzadko ktoś doszukuje się prawdziwych powodów tej zmiany. Wobec tego część uczniów nie zostaje objęta żadnym rodzajem wsparcia ani w szkole, ani poza nią.

W niektórych sytuacjach uczniowie, u których pracownik szkoły rozpoznał powyższy problem są zawstydzani, karani wyrzuceniem ze szkoły, traktowani autorytarnie. W akcie kary zastraszani wezwaniem rodziców i ujawnieniem informacji o samookaleczeniu. Uczniowie doświadczają stygmatyzacji również ze strony członków grona pedagogicznego. Sposób i język, w jaki osoby zauważające problem, porozmawiają z uczniem o jego problemie, ma kluczowe znaczenie.

Zważywszy na sytuację w polskiej psychiatrii nie jest to sytuacją rzadką, że dzieci i młodzież oczekują na diagnozę oraz objęcie konkretnymi oddziaływaniami nawet kilka miesięcy. W wielu przypadkach szkoła ma możliwość wcześniejszego rozpoznania sytuacji, rozpoczęcia pierwszego etapu pomocy psychologicznej. Podmioty oświaty mogą jako pierwsze określić potencjalne przyczyny samookaleczania się dziecka, np. z powodu przemocy rówieśniczej, rodzinnej. Po wstępnej diagnozie/określeniu potencjalnej przyczyny szkoła może zaplanować oddziaływania tak, aby były one wspierające dla ucznia, przy czym nie będzie ona wzmacniać czynności samookaleczenia się u ucznia. Kluczowa jest tutaj współpraca z ośrodkami środowiskowej pomocy psychologiczno-psychoterapeutycznej (I poziom referencyjny), aby objąć ucznia kompleksową pomocą.

Sytuacja uczniów powracających po hospitalizacji nierzadko jest wyzwaniem dla szkoły. W wielu sytuacjach uczniowie, za zgodą lekarza, powracają do placówki dlatego, że ich stan psychiczny się ustabilizował. Nierozwiązane pozostają nadal problemy środowiskowe. W wielu przypadkach to one, w połączeniu z brakiem umiejętności do radzenia sobie z sytuacją naszego ucznia przyczyniły się do powstania problemu samouszkodzeń. Istnieje więc duże prawdopodobieństwo, że jeśli czynnik ma dalej taki sam wpływ na ucznia, kryzys może się powtórzyć. Z tego powodu ważne jest zbadanie poprzez wywiad z dzieckiem, co ma wpływ na obecność prezentowanych u niego objawów. Po hospitalizacji nierzadko, nawet

przez kilka miesięcy, uczniowie muszą oczekiwać na rozpoczęcie psychoterapii w centrach zdrowia psychicznego. Tacy uczniowie nie mają zapewnionych oddziaływań na terenie szkoły. Kiedy problem się powtórzy, przekierowywani są do psychiatry lub ośrodków I poziomu, w których zostaje im przydzielone wsparcie w ramach 1 godziny indywidualnych spotkań w tygodniu.

Wielu uczniom można by pomóc na gruncie szkolnym. W momencie, gdy towarzyszy im napięcie prowadzące do chęci samouszkodzenia, mogliby odbyć konsultacje z psychologiem/pedagogiem szkolnym, mogliby omawiać bieżące trudności i szukać rozwiązań wspólnie ze specjalistą na tyle, ile to możliwe. Należy również pamiętać, że nie byłaby to forma terapii lecz wsparcia psychologicznego. Byłoby to również działaniem chroniącym pozostałych uczniów. Równoległa współpraca szkoły z środkiem, który wpiera ucznia, mogłaby również przyczynić się do niesienia uczniowi skuteczniejszej i aktywniejszej pomocy. A dodatkowo to działanie mogłoby odciążyć sektor medyczny. Ponadto specjaliści pracujący na terenie szkoły mogą wdrożyć oddziaływania nakierowane na przemoc rówieśniczą, która również jest źródłem pojawiania się problemów emocjonalnych u dzieci i młodzieży. Mają szansę szybciej dostrzec objawy zaniedbania emocjonalnego czy przemocy w rodzinie, które są również czynnikiem pojawienia się samouszkodzeń, ponieważ codziennie widzą i obserwują ucznia w szkole. Takie informacje uczeń może ujawnić także w trakcie indywidualnych spotkań. Umożliwia to zauważanie i monitorowanie na bieżąco pojawiających się zmian w zachowaniu i funkcjonowaniu. Wymiana informacji między placówkami (w ramach zaplanowanych konsyliów szkoły z ośrodkiem/poradnią) może również przyczynić się do dostosowanego do sytuacji aktywnego reagowania.

Ponadto, na chwilę obecną, jeśli nie ma dokładnych wytycznych zawartych w ustawie o oświacie, każda z placówek oświatowych ustanawia swoje własne procedury działania w sytuacjach kryzysowych. Wobec tej sytuacji każda placówka wdraża swoje oddziaływania i trudno jest zweryfikować ich skuteczność. Procedury te, nie zakładają współpracy międzysektorowej, nie koncentrują się na spójnych oddziaływaniach na rzecz dziecka. Stanowią wręcz bardzo ogólne wskazówki dotyczące interwencji. Zaproponowanie ujednoliconego działania może stworzyć bezpieczniejsze warunki uczniom oraz nauczycielom, skrócić czas świadczenia

oddziaływać na rzecz dziecka, a przede wszystkim skuteczniej wspomóc dzieci i młodzież w procesie zdrowienia.

Najczęściej podejmowanymi formami zachowań samouszkodzających bez intencji samobójczych, w okolicach najbardziej narażonych, tj. ręce, nadgarstki, przedramiona, ramiona uda i brzuch, są:

- nacinanie skóry, inaczej „cięcie się”, ostrymi przedmiotami, nożem, żyłką, cyrklem, ostrzem temperówki (występujące na poziomie 70-90%); wycinanie wzorów, inicjałów, symboli;
- uderzanie (21-44%), np. uderzanie pięściami o ścianę, przedmioty, kopanie o ścianę;
- przypalanie skóry (15-35%), papierosem, zapalniczką, środkami chemicznymi;
- zadrapania, intensywne drapanie z naruszeniem struktury skóry lub bez, albo wcześniejszych samookaleczeń, strupów;
- gryzienie się, uderzanie głową o twarde powierzchnie;
- wrywanie włosów;
- zażywanie leków – w ilościach większych niż są zalecane;
- wbijanie paznokci w skórę;
- szczypanie się;
- wbijanie w skórę ostrych przedmiotów, takich jak ekierka, nożyczki, długopis, igły.

Czynniki mogące wpływać na pojawianie się zachowań autoagresywnych.

Obecność zachowań samouszkodzających u ucznia jest objawem, na który składać się mogą różne czynniki. Barent Walsh (2014) określa je jako czynniki biopsychospołeczne, na które składa się pięć wzajemnie powiązanych ze sobą wymiarów:

- środowiskowy;
- biologiczny;
- poznawczy;
- afektywny;
- behawioralny.

Ważne!

Przyczyny samouszkodzeń upatruje się we wzajemnych relacjach tych wymiarów, nie zaś wpływie jednego odosobnionego czynnika. Oznacza to, np. że uczeń, który danego dnia doświadczył deprywacji snu i przeciążenia (**wymiar biologiczny**) np. poprzez uczenie się całą noc na klasówkę, kiedy dodatkowo tego dnia pokłócił się z ważnym dla siebie rówieśnikiem (**wymiar środowiskowy**) w przeżyciu silnej złości (**wymiar afektywny**), pomyślał, że tylko w ten sposób może doznać ulgi (**wymiar poznawczy**), korzystając z dostępnej w piórniku temperówki (**wymiar behawioralny**) wykonał nacięcia skóry na przedramionach. To tylko przykład sytuacji, w której możemy zaobserwować obecność i znaczenie powyższych wymiarów.

Wymiar **środowiskowy** obejmuje wpływ 3 rodzajów zdarzeń:

- z przeszłości rodziny;
- z przeszłości ucznia;
- z obecnych zdarzeń w środowisku, które wywierają wpływ na niego i jego wzorzec samouszkodzania się (Walsh, 2014).

Do zdarzeń z przeszłości rodziny zaliczamy obecność problemów natury psychicznej, behawioralnej u członków rodziny, których uczeń jest świadkiem. Te doświadczenia mimo wszystko wpływają na kształtowanie przekonań i postaw zarówno opiekunów, jak i samego dziecka, które wzrasta w tym środowisku. Do takich sytuacji zaliczamy alkoholizm, uzależnienia, próby samobójcze w rodzinie, przemoc, inne problemy psychiczne rodziców.

Zdarzenia z przeszłości ucznia dotyczą tego rodzaju sytuacji, których bezpośrednio doświadczył w przeszłości, tj. śmierć opiekuna, jego utrata z powodu np. rozwodu rodziców, przemoc zaniedbania lub wykorzystania fizycznego, emocjonalnego lub seksualnego oraz częsta krytyka ze strony rodzica.

Unieważniające środowisko rodzinne, czyli zachowania opiekunów świadczące o bagatelizowaniu przeżyć, potrzeb i emocji dziecka, zaprzeczanie i kwestionowanie ich. Tacy opiekunowie mogą: ośmieszać zasadność przeżywania przez dziecko

uczuć, lub zaprzeczać jej; nakazywać spełniania oczekiwań rodzica bez wglądu na potrzeby dziecka; wskazywać na konieczność opiekowania się emocjami rodzica; nie reagować na sygnały od dziecka, świadczące o potrzebach wsparcia.

Unieważniające środowisko to również takie, w którym rodzice nie widzą dziecka, ponieważ nie mają dla niego czasu, angażują się nadmiernie w pracę i swój własny świat.

Obecne zdarzenia z życia osoby, postulują o wpływie aktualnych sytuacji stresowych, konfliktowych, związanych ze stratą relacji/partnera, trudnej sytuacji rodzinnej, molestowaniem seksualnym lub ekspozycją na zachowania rówieśników, którzy dokonują samouszkodzeń, niepowodzenia szkolne oraz w innych obszarach (Walsh, 2014).

Nie można bagatelizować również teorii behawioralnych, stanowiących o wpływie uczenia się poprzez modelowanie zachowań. Takie zachowania stwarzają społeczno-kulturowe czynniki obecności samouszkodzeń. Mowa tutaj o obserwowaniu samouszkodzeń u innych osób poprzez oglądanie zdjęć w Internecie, czytanie forów i blogów, byciu świadkiem dokonywanych samouszkodzeń przez innych uczniów. Takie zjawisko ma charakter jatrogenny.

Znaczenie ma również to, co osoba słyszy o sobie i w swoim kierunku ze środowiska, nie musi doświadczać silnie stresowych sytuacji. Wpływ na pojawianie się objawów mogą mieć doświadczenia wielokrotnych małych kryzysów, umiarkowanego stresu, niepowodzeń i zawodów.

Wymiar biologiczny uwzględnia wpływ wrodzonych cech układu nerwowego, czynników neurofizjologicznych, takich jak np. obniżony poziom serotoniny, brak równowagi w wydzielaniu neurotransmiterów, problemy ze snem oraz podwyższoną reaktywność fizjologiczną na stres czy też zmniejszoną wrażliwość na ból. Co może czynić niektóre osoby bardziej podatnymi na sięganie po strategię samouszkodzenia ciała.

Wymiar poznawczy odnosi się do poziomu myślenia, czyli interpretacji dziejących się w środowisku zdarzeń w sposób awersyjny, bolesny i dezorganizujący, zniekształcony oraz aktywizacji systemu dezadaptacyjnych przekonań. Oznacza to,

że dziejące się sytuacje lub analizowanie doświadczeń może przynosić zniekształcone wnioski myślowe. Zniekształcanie odnosi się dla przykładu do: widzenia sytuacji w czarnych barwach, skupiania się na negatywnych aspektach sytuacji, wyolbrzymiania problemu, nadmiernego generalizowania, katastrofizowania. Myśli te, według twórców psychoterapii poznawczo-behawioralnej wpływają na aktywizację emocjonalną.

Wymiar afektywny dotyczy odczuwania szeregu negatywnych emocji, które niosą za sobą silny dyskomfort. Uczucia te mogą być tak silne i trudne do zniesienia, że w poszukiwaniu sposobu poradzenia sobie z nimi, osoba podejmuje działania służące ich redukcji w sposób niefunkcjonalny i destrukcyjny. Służą również pozbyciu się emocjonalnego odrętwienia zwanego „pustką” (Ziółkowska, Wycisk, 2010). Wymiar ten ściśle wiąże się z wymiarem poznawczym, ponieważ to treści myśli powodują pojawienie się określonych emocji.

Wymiar behawioralny z kolei, dotyczy określonych działań, które bezpośrednio poprzedzają samouszkodzenie. Mogą przypominać czynnik środowiskowy np. kłótnia z rówieśnikiem, ale może być to również dostanie złej oceny czy też samotne siedzenie w pokoju. Są to również zachowania przygotowawcze, takie jak wybranie sposobu samouszkodzenia, narzędzia, miejsca do jego wykonania. Wymiar ten dotyczy również niskich umiejętności społecznych oraz dostępności narzędzi i okoliczności sprzyjających dokonaniu samouszkodzenia (Walsh, 2014), czyli dla przykładu obecności żyłki w bliskim zasięgu lub jej braku.

Wobec powyższych wymiarów różne zdarzenia, lub sytuacje, które uruchamiają trudne wspomnienia, mogą wpływać na pojawienie się chęci do samouszkodzenia. Wśród nich możemy wyróżnić:

- trudności w relacjach rodzinnych (częsty wyzwalacz dla młodszej młodzieży);
- trudności w relacjach rówieśniczych (częsty wyzwalacz wśród starszych nastolatków), doświadczenie straty lub konfliktu;
- doświadczenie wykorzystania, poniżenia przez opiekuna/partnera w tym bagatelizowanie i wyśmianie problemu nastolatka, uległość wobec seksualnych zachowań partnera związana z lękiem przed odrzuceniem;

- znęcanie się/cyberprzemoc;
- sytuacje traumatyczne/kryzysowe – utrata, żałoba, doświadczenie nadużycia, bycie ofiarą przemocy;
- wykorzystanie seksualne;
- kontakt z samookaleczającymi się rówieśnikami (efekt zarażania się) (Walsh, Rosen, 1988; Walsh, 2006, za Ziółkowska, Wycisk, 2010);
- identyfikacja z grupą rówieśniczą samookaleczającą się;
- prezentacja samookaleczeń w mediach;
- trudny czas – wspomnienie o trudnych wydarzeniach, rocznice śmierci itp.;
- kłopoty i niepowodzenia edukacyjne w szkole, sporcie;
- uczucie presji ze strony rodziny, szkoły i rówieśników dotyczące dopasowania się i osiągnięć;
- presja związana z klasówkami/egzaminami;
- zmiany – rozwód rodziców, separacja.

W odpowiedzi na pytanie, w jakim celu nastolatkwie się samouszkadzają, kierujemy się ku funkcjom podejmowanych zachowań, a więc psychologicznym korzyściom jakie uczeń/nastolatek uzyskuje, podejmując takie działanie. Babiker i Arnold (2003) wyróżniają 5 funkcji tych zachowań:

1. **Funkcja związana z regulacją emocji.** Jej celem jest pozbycie się uczuć trudnych, dostarczających dziecku/nastolatkowi ogromnego bólu psychicznego, takich jak złość, na siebie i innych, poczucie winy, smutek. Wiąże się z pragnieniem poczucia emocjonalnej ulgi, odprężenia po dokonaniu samookaleczenia. Niekiedy celem jest przerwanie stanu odrętwienia emocjonalnego, które wiąże się z trudnością w odczuwaniu emocji. W zakres tej funkcji wchodzi również dostarczenie sobie silnych bodźców lub rozładowanie napięcia, które powstało na skutek doświadczania silnego lęku.
2. **Funkcja związana z odzyskaniem poczucia kontroli.** Niektórzy nastolatkwie samouszkadzają się, ponieważ jest to jedyne działanie, na które czują, że mają wpływ i mogą je kontrolować w zakresie odczuwania bólu ciała. Dzięki nasileniu tego bólu mają poczucie, że mogą mieć na niego

wpływ. To sposób na budzenie poczucia posiadania kontroli nad zmieniającym się intensywnie w okresie nastoletnim ciałem, ale również kontroli nad życiem i podejmowaniem decyzji.

3. **Funkcja komunikacyjna** świadczy o podejmowaniu działań celem zakomunikowania otoczeniu przeżywania cierpienia, ciężaru emocjonalnego, zwrócenia na siebie uwagi innych ludzi, czasami również wywarcia na nich wpływu, ukarania lub wywarcia określonego sposobu reakcji.
4. **Funkcja samokarania.** Ta funkcja może być sposobem na radzenie sobie z doświadczaniem poczucia winy. Jest formą ukarania siebie za coś: za popełnianie błędów, niedotrzymanie założeń czy też zawiedzenie rówieśników, członka rodziny. Jest to również forma oczyszczenia siebie, swojego ciała, a także stanowi powód do obudzenia w sobie współczucia względem samego siebie.
5. **Funkcja związana z traumą.** Osoby doświadczające w swojej przeszłości doświadczeń traumatycznych mogą na skutek doświadczania wspomnień o traumie lub zetknięcia się z czynnikiem o niej przypominającym – wyzwalaczem, próbować odtworzyć te traumatyczne doświadczenia. Wspomnienie czy też wyzwalacz może obudzić poczucie lęku, odrętwienia i innych nieprzyjemnych uczuć. Samookaleczenia mogą spełniać funkcję sygnalizowania swojego cierpienia otoczeniu. uwalniania się od trudnych wspomnień i doświadczeń zasygnalizować swoje cierpienie innym osobom. Takie działanie może pełnić funkcję uwalniania się od trudnych wspomnień i doświadczeń czyli obudzić się z odrętwienia oraz pozbyć się nieprzyjemnych uczuć i wspomnień. Ale również może być sposobem na ponowne odtwarzanie zdarzenia traumatycznego.

Cele:

1. **Budowanie świadomości pedagogów w zakresie możliwych zachowań świadczących o występowaniu u ucznia objawów kryzysu psychicznego**

Istnieje wiele zachowań, które mogą świadczyć o tym, że dziecko przeżywa kryzys. Nie wszystkie z nich stanowią podwyższony czynnik ryzyka występowania zachowań

samobójczych. Część zachowań, które są zachowaniami ryzykownymi i jednocześnie świadczą o przeżywaniu przez dziecko trudności to zachowania autoagresywne. Dzięki procedurze nauczyciele dowiedzą się o statystycznym rozpowszechnieniu trudności świadczących o obecności kryzysu emocjonalnego u uczniów, co wpłynie również na czujność u nauczycieli w tym zakresie oraz zwiększy świadomość powagi problemu występowania samouszkodzeń u uczniów.

2. Podnoszenie kompetencji nauczycieli w zakresie wiedzy o samouszkodzeniach, sposobach, funkcjach, czynnikach oraz różnicy między samookaleczeniami a zachowaniami samobójczymi

Niewystarczająca wiedza powoduje często szerzenie stygmatyzacji wobec zachowań społecznie nieakceptowanych, ale również unikanie problemu, niepodejmowanie tematu, pomimo zauważonego problemu i przerzucenie odpowiedzialności na rodziców lub innych nauczycieli. Poprzez poszerzenie wiedzy na temat samouszkodzeń, sposobów oraz powodów, przez które uczniowie angażują się w zachowania samouszkodzające lub też czynników, jakie mogą wpływać na pojawienie się tychże zachowań, nauczyciele mogą spojrzeć na problem jako kwestię do rozwiązania i pozwolić na podjęcie właściwych działań. Dzięki temu można uniknąć utrwalania się problemu i zmniejszając ryzyko zarażania się rówieśników zachowaniami autodestrukcyjnymi. Dzięki proponowanym warsztatom nauczyciele dowiedzą się również, jakie są różnice między zachowaniami samouszkodzającymi a zachowaniami samobójczymi, czym są myśli rezygnacyjne, samobójcze i intencje samobójcze. Pozwoli to rozróżniać, w jakich sytuacjach należy niezwłocznie interweniować i nie pozostawiać ucznia bez reakcji ze strony osób dorosłych. A co za tym idzie, nauczyciel może wpłynąć na ograniczenie eskalacji zachowań ucznia.

3. Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa kadry pedagogicznej w obliczu trudnych sytuacji w szkole i włączania oddziaływań dla ucznia

Zorganizowana pomoc i określony porządek w zakresie reagowania na pojawiające się sytuacje kryzysowe poprzez wdrożenie w system szkolny Procedury Interwencyjnej, jest jednocześnie procedurą bezpieczeństwa dla pracowników szkoły. Dzięki określonym krokom grono pedagogiczne może czuć się bezpieczniej, potrafiąc rozpoznawać sytuacje trudne i wiedząc, jak na nie reagować oraz posiadając świadomość działania zespołu odpowiedzialnego za podejmowanie dalszych kroków

na rzecz bezpieczeństwa ucznia. Buduje to poczucie pewności, że szkoła przewiduje oddziaływania w celu zapewnienia bezpieczeństwa uczniowi poprzez zespołową pracę wyspecjalizowanego do takich zadań zespołu interwencyjnego, który zadba o zabezpieczenie ucznia i jego najbliższego otoczenia w kryzysie. Może to wpływać również na obniżenie napięcia i stresu pracowników.

Dzięki opisanym wariantom i poszczególnym krokom nauczyciele będą wiedzieli, jak postępować w sytuacji pojawienia się sytuacji kryzysowych, kiedy powinni zawiadamiać służby ratownictwa medycznego, w jaki sposób zaopiekować się świadkami zdarzenia. Ponadto wypracują ścieżkę współpracy wewnątrzszkolnej na rzecz ucznia oraz będą mieli możliwość stałej współpracy i komunikacji z ośrodkami zewnętrznymi. Stworzenie zespołu interwencyjnego ma również kluczowe znaczenie dla pracy w zespole – możliwość konsultowania się w sprawie dziecka daje większe możliwości do szerszego zakresu działań, odciąża psychologów/pedagogów, którzy najczęściej są wyznaczani jako osoby wiodące do zajmowania się kompleksowo problemem ucznia.

4. Rozwijanie kompetencji w zakresie umiejętności miękkich związanych z komunikacją

Wielu nauczycieli poprzez poczucie braku kompetencji i umiejętności unika rozmowy z uczniem na tematy trudne. Nie wie, w jaki sposób rozmawiać oraz gdzie szukać pomocy w tym zakresie. Warsztaty pomogą uzyskać dodatkowe kompetencje w tym obszarze oraz nabrać pewności w reagowaniu na zauważane objawy. Dzięki temu grono pedagogiczne może rozwinać swoje wewnętrzne kompetencje i nauczyć się empatycznej komunikacji, poznać znaczenie wpływu rodzaju komunikacji na relacje i samopoczucie, uwrażliwić pedagogów na uczniów i jego potrzeby.

5. Działanie na rzecz profilaktyki i poprawy stanu psychicznego dzieci i młodzieży

Reagowanie z poziomu szkoły na pojawiające się niepokojące sygnały o stanie zdrowia ucznia pomoże zadbać o zdrowie młodzieży, zakładając, że takie sytuacje będą sygnałem do rozpoczęcia określonych procedur czy też wdrożenia obserwacji, oddziaływań na ucznia. Sytuacja przeżywania kryzysu przez jednego ucznia wpływa również na inne osoby w otoczeniu. Udzielenie wsparcia bliskiemu środowisku

stanowi zapobieganie rozprzestrzeniania się problemu samouszkodzeń i również jest sposobem zadbania o stan psychiczny młodzieży szkolnej.

Włączenie warsztatów grupowych jest również szansą na wyposażenie dzieci w większą samoświadomość, poszerzenie ich strategii rozwiązywania problemów i strategii regulacji emocji.

6. Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa uczniów w szkole

Podejmowanie określonych i konkretnych kroków, dostarczanie wsparcia dziecku z poziomu szkoły poprzez indywidualne spotkania, ustalenie planu bezpieczeństwa i współpraca ze środowiskiem opiekuńczym dziecka, może ochronić ucznia przed nasilaniem się problemu, zapobiec tragiczniejszym skutkom oraz działać na rzecz poprawy dobrostanu uczniów i bezpieczeństwa w szkole, a przede wszystkim może wspomóc w poprawie zdrowia psychicznego polskich dzieci i młodzieży. Uczniowie również będą mieli świadomość konsekwencji podejmowanych działań, granic wytyczonych przez kroki procedury.

7. Nawiązanie i wzmocnienie współpracy między sektorem medycznym i oświatowym na rzecz ucznia wspierającym proces jego zdrowienia.

Nawiązanie, stała współpraca i zacieśnianie działań między ośrodkami/poradniami a placówką oświatową może przynieść dużo wymiernych korzyści nie tylko na rzecz ucznia z trudnościami, ale również – pracowników szkoły. Dzielenie się wnioskami, omawianie na konsyliach specjalistów pojawiających się trudności i możliwości ich rozwiązywania, dostarczanie sobie informacji zwrotnych na temat zaangażowania środowiska rodzinnego dziecka pomoże nie tylko uczniowi uzyskać stabilniejszą pomoc, ale także wpłynąć na poszerzanie wiedzy i kompetencji pracowników szkoły. Może to przełożyć się na krótsze i skuteczniejsze oddziaływania na rzecz dziecka oraz wsparcie grona psychologów/pedagogów szkolnych i nauczycieli we wdrażaniu nowych rozwiązań, wypracowywanie spójnych ścieżek pomocy i realizacji zaleceń. Uskutecznianie tego rodzaju współpracy może przyczynić się również do zwiększenia doświadczenia, kompetencji i wiedzy psychologów/pedagogów szkolnych.

W trakcie konsyliów, na podstawie wniosków dotyczących zachowań dziecka/rodziny oraz pojawiających się informacji o nowych trudnościach u dziecka lub wokół jego środowiska, specjaliści mogą zdecydować o włączeniu dodatkowych oddziaływań.

Szczególnie jeśli zdecydują, że problem, z którym boryka się dziecko jest również sumą problemów dziejących się na polu klasowym np. gnębienia, wykluczenia czy też obecność innego rodzaju przemocy rówieśniczej, na którą nie ma możliwości wpłynąć ośrodek czy poradnia. Efektem tej konsultacji mogą być zalecenia dotyczące włączenia intensywnych oddziaływań na klasę w postaci warsztatów, rozmów indywidualnych lub grupowych. Specjaliści mogą porozumiewać się również w temacie zaangażowania najbliższego otoczenia dziecka na jego rzecz, konsultowania i podejmowania właściwych działań w celu zabezpieczenia dziecka czy też poprawy tej sytuacji.

8. Odciążenie sektora medycznego

Z uwagi na stan polskiej psychiatrii dziecięcej i dbałości o kondycję psychiczną nowego pokolenia ważne jest szukanie rozwiązań, które mogą zatrzymać eskalację problemów polskiej młodzieży na tak wczesnym etapie, na którym jest to możliwe. Podjęcie szerokich systemowych działań i aktywnych interwencji może ograniczyć wielokrotne powracanie uczniów do oddziałów psychiatrycznych. Zapewnienie im możliwości wsparcia na terenie szkoły, zabezpieczanie ich zdrowia z poziomu interwencji podejmowanych na jej terytorium, monitorowania ich stanu psychicznego i aktywnego reagowania w sytuacjach trudnych może zapobiec nawarstwianiu się problemów i ich eskalacji.

Ogólny opis interwencji:

Procedury interwencyjne zakładają powołanie przez dyrektora szkoły zespołu interwencyjnego, który składał się będzie z dyrektora i wicedyrektora szkoły, wychowawców klas, pedagoga i psychologa szkolnego oraz innych osób powołanych w razie konieczności przez dyrektora danej placówki. Zespół interwencyjny będzie odpowiedzialny za stosowanie się do procedur, świadczenie pomocy uczniowi na terenie szkoły oraz wypełnianie swoich obowiązków, jakie zakłada interwencja. Poza działaniem zespołu interwencyjnego procedura zakłada świadomość i wiedzę o samouszkodzeniach u uczniów oraz procedurze, także u pracowników danej placówki, w której wdrożona jest procedura interwencyjna.

Interwencja polega na aktywnym działaniu według wariantu dostosowanego do charakteru zdarzenia i według ustalonych w rozpoznanym wariacie kroków. Zakłada ona dwa warianty zdarzeń kryzysowych u uczniów:

- A. Dokonania przez ucznia, w trakcie obecności w szkole samouszkodzenia.
- B. Obecności przewlekłego problemu związanego z samouszkodzeniami występującymi u ucznia.

Pierwszy wariant interwencji dotyczy sytuacji, w której pracownik szkoły jest świadkiem zdarzenia związanego z aktem samouszkodzenia się przez ucznia. Pracownik szkoły mógł zostać poinformowany o tym przez ucznia lub być bezpośrednim świadkiem tego zdarzenia. Rozpoczyna procedurę, ale dalsze kroki podejmowane są przez członków zespołu interwencyjnego tak szybko, jak tylko zostaną o tym poinformowani. Wariant A koncentruje się na interwencji wokół incydentu i działania w zależności od charakteru obrażeń oraz obecności myśli i tendencji samobójczych. W wariacie B interwencja dotyczy sytuacji, w których pedagog lub członek zespołu interwencyjnego został poinformowany przez innego pracownika szkoły, rówieśnika lub samego ucznia o występującym u dziecka/nastolatka problemie samouszkodzeń.

Podstawy naukowe interwencji:

Dotychczas nie ma wprowadzonych ujednoliconych oddziaływań interwencyjnych oraz przeprowadzonych badań i analiz dotyczących ich skuteczności. Niemniej jednak z uwagi na rozpowszechnienie i narastanie problemu w ostatnich latach jest to wystarczający dowód, że problem ten wymaga zaopiekowania nie tylko przez przeciążone szpitale i poradnie, ale również przez szkołę, działania prewencyjne i interwencyjne z jej poziomu. Istotne jest, wobec tego tworzenie procedur bezpieczeństwa na wypadek sytuacji kryzysowych mających miejsce w szkole. Szczególnie takich, które są potencjalnie dużym zagrożeniem dla życia i zdrowia ucznia, ale i większej grupy rówieśniczej. Rozmawianie o samouszkodzeniach w środowisku uczniów, eksponowanie blizn, ran i siniaków, podejmowanie tych działań na oczach rówieśników czy też udostępnianie im nagrań i zdjęć prowadzą bezpośrednio do aktywizacji zagrożenia efektem zarażania się (Kicińska, Łuba, Palma, Witkowska, 2020). Oznacza to, że osoby z bliskiego środowiska są szczególnie narażone na zarażenie się tym zachowaniem. Stanowi to problem, tym bardziej, im bardziej osoby te mają ograniczone możliwości radzenia sobie za pomocą adaptacyjnych i bezpiecznych strategii. Wydaje się, że wzrost tego problemu w Polsce w ostatnich latach może wynikać z braku właściwego wsparcia w szkole, w której również dochodzi do rozprzestrzeniania się zachowań nieakceptowanych. Nie można oczywiście umniejszać znaczenia mediów społecznościowych. Aby temu zapobiec, należy jak najszybciej wesprzeć ucznia (Kicińska i in., 2020).

Propozycje oddziaływań w swoim protokole postępowania z samouszkodzeniami w szkole proponuje Walsh (2014), który określa, że aby pracownicy szkół mogli skutecznie reagować na pojawiające się sygnały, powinni mieć konkretny, usystematyzowany zestaw wskazówek, według których powinni postępować. Proponuje rozpoczęcie od szkolenia kadry pedagogicznej. Kadra powinna mieć odpowiednią wiedzę i umiejętności z zakresu:

- rozpoznawania pojawiających się sygnałów o samouszkodzeniach;
- odróżniania samouszkodzenia od zachowań samobójczych;
- dokonywania oceny rozległość tych zachowań – wiedzieć, które z nich wymagają interwencji lekarskiej;

- znajomości czynników samouszkodzeń;
- funkcji samouszkodzeń;
- świadomości o złożoności procesu terapeutycznego;
- właściwych sposobów reagowania na ujawnienie problemu samouszkodzeń u ucznia;
- rozwijania umiejętności komunikacyjnych.

Walsh (2014) przedstawia 1 wariant, który rozpoczyna się od rozpoznania przez pracownika szkoły oznak samouszkodzeń. Następnie niezwłocznie przekazuje tę informację do wyznaczonej osoby, zajmującej się problemem samouszkodzeń w szkole. Ta osoba staje się odpowiedzialna za dalsze informowanie i działanie; przeprowadzenie rozmowy z uczniem, innymi uczniami: rozeznanie się w środowisku, czy informacja jest prawdziwa i jak bardzo poważna. Następnie przekierowuje ona dziecko do instytucji zewnętrznych. Natomiast Wycisk i Ziółkowska (2010) podkreślają, że ważne jest, aby działanie w obszarze interwencji, w sytuacjach szczególnie trudnych, odbywało się na poziomie pracy zespołowej, a nie jednej odpowiedzialnej osoby. Sytuacje te są wielowymiarowe i często bardzo obciążające, a także wiążą się z ograniczeniem w zakresie kompetencji tylko jednego pracownika. Żeby rozpocząć właściwą interwencję, potrzebna jest współpraca całego zespołu. Procedura Walsha (2014) nie odnosi się do kilku wariantów sytuacji. Daje dużą dowolność w zakresie reagowania, nie ma w niej konkretnych oddziaływań i możliwości objęcia dziecka wsparciem z poziomu szkoły i uwzględniania współpracy międzysektorowej, o czym postulują inne źródła.

Według Wycisk i Ziółkowskiej (2010) poza działaniami prewencyjnymi, wprowadzanymi na terenie placówki celem zapobiegania problemom psychicznym dzieci i młodzieży, ważne jest tworzenie sieci wsparcia. Takie działanie według autorek powinno odbywać się w oparciu o współpracę szkoły z placówkami zewnętrznymi. O współpracy między sektorami wspominają wydawane przez Oxford University (2018) broszury i zagraniczne programy interwencyjne, proponujące sposoby interwencji w sytuacjach związanych z reagowaniem na pojawiające się u uczniów zachowania autodestrukcyjne (State of Victoria [Department of Education and Training], 2021). Uwzględniają konieczność włączania oddziaływań na klasę, których celem jest przekazywanie niezbędnych informacji i wytycznych dotyczących

wspierania ucznia, zapewnienie mu właściwych oddziaływań prowadzących do osiągnięcia przez niego pełniejszego zdrowia psychicznego.

Współpraca międzysektorowa nie została dotychczas włączona w żadnej procedurze interwencyjnej z poziomu szkoły. Jeśli są w szkołach procedury bezpieczeństwa, zawierające problem samouszkodzeń, ukierunkowane są głównie na zareagowanie w sytuacji, kiedy dochodzi do samouszkodzenia na terenie placówki. Następnie poinformowani zostają o tym rodzice, a sprawa jest przekierowania do placówek zewnętrznych. Natomiast nie jest to w żadnym wypadku ani wystarczająca interwencja, ani odpowiadająca na charakter tych problemów.

Ustanowienie procedur jest szansą na:

- kompleksowe i skuteczniejsze objęcie opieką ucznia na terenie szkoły;
- zapobieganie nasilaniu się problemów u uczniów;
- zareagowanie na czynnik wpływający na samouszkodzenie;
- odciążenie systemu opieki;
- wdrożenie ustrukturyzowanych standardów dla placówek oświatowych;
- zwiększenie poczucia bezpieczeństwa nauczycieli i uczniów.

Również pracownicy szkoły powinni konsultować się między sobą w sprawie ucznia. Taki kontakt powinien odbywać się na zasadach poufności i dyskrecji oraz uwzględniać ochronę uczniów przed stygmatyzacją. Celem tego kontaktu jest sprawdzanie, czy niepokojące zachowania pojawiają się na innych lekcjach przedmiotowych lub czy nauczyciel zauważa obecność innych objawów. Zorientowania się, w jaki sposób nauczyciele na to reagują i czy te reakcje są właściwe.

Aby zaopiekować uczniów samookaleczających się Lieberman, Tostoe i Heath (2009; za Wycisk i Ziółkowska, 2010) proponują stworzenie na terenie placówek zespołów interwencyjnych składający się z wykwalifikowanych specjalistów. Powinni oni posiadających wiedzę na temat rozpoznawania zachowań dezadaptacyjnych, nawiązywania kontaktu ze współpracownikami, uczniami i rodzicami oraz udzielania podstawowego wsparcia informacyjnego i emocjonalnego. Autorki proponują włączenie w zespół interwencyjny przede wszystkim psychologa i pedagoga

szkolnego, pielęgniarki, dyrektora, wicedyrektora szkoły oraz wychowawców klas, którzy mają za zadanie sprawować działania zarówno prewencyjne, jak i interwencyjne. Jednocześnie autorki podkreślają, że szkoła nie powinna zajmować się prowadzeniem terapii zachowań autodestrukcyjnych na terenie szkoły z uwagi na problem z prowadzeniem regularnych spotkań (Wycisk, Ziółkowska, 2010).

Natomiast uczeń może korzystać z ustalonego z psychologiem szkolnym wsparcia w sytuacjach kryzysowych, celem działania zastępczego w zamian za dokonanie aktu autodestrukcji. Do momentu objęcia ucznia oddziaływaniami z poziomu ośrodka, szkoła może zająć się zabezpieczaniem życia i zdrowia dziecka, opracowywaniem strategii radzenia sobie w sytuacji trudnej, przez sporządzenie planu bezpieczeństwa. Dzięki niemu szczególnie uczeń, który miewa myśli samobójcze, może uczyć się rozpoznać sygnały świadczące o pogarszaniu się jego samopoczucia, włączać ustalone działania, kiedy tylko je zauważy. Jeśli określone strategie, które może podjąć samodzielnie nie przyniosą rezultatu, może wówczas skorzystać z rozmowy z psychologiem/pedagogiem szkolnym na terenie szkoły. W trakcie spotkań psycholog może poszerzać perspektywę myślenia o danym problemie oraz omawiać z uczniem, jakie strategie rozwiązywania aktualnego problemu można dodatkowo zastosować. Powinien testować z uczniem techniki relaksacyjne, które mogą obniżać napięcie oraz wdrażać techniki regulacyjne, które dziecko może wykorzystać, gdy przeżywa kryzys emocjonalny „na gorąco”. Takie działanie może również być dla nastolatka doświadczeniem innej, korekcyjnej i wspierającej postawy dorosłego i wpływać na poprawę jego poczucia własnej wartości i dobrostanu. Spotkania te mogą również wpłynąć na poprawę umiejętności wyrażania przez ucznia swoich uczuć i doświadczeń.

Nie ulega wątpliwości, że problem samouszkodzeń ucznia powinien zostać zaopiekowany w ramach indywidualnych oddziaływań (Walsh, 2014). Zapobiegając efektowi zarażania, nie powinno się prowadzić zajęć w klasie skupionych na tematyce samouszkodzeń i poszerzać wiedzy na ten temat, lecz skupianie się na rozwijaniu zasobów młodzieży do radzenia sobie z trudnościami w sposób bezpieczny i adaptacyjny. Sytuacja związana z wystąpieniem u ucznia w klasie problemu samouszkodzeń powinna uruchomić z poziomu szkoły działania profilaktyki selektywnej na uczniów, którzy w wyższym stopniu narażeni są na rozwój zaburzeń. Ten rodzaj działań profilaktycznych wiąże się z włączeniem dodatkowych programów

np. warsztatowych rozwijających umiejętności psychologiczne i społeczne uczniów (Kicińska, 2020).

Strategia działania:

Procedura została opracowana w 2 wariantach z uwagi na sytuację, która zwiastuje obecność problemu samouszkodzeń u ucznia. **Wariant A** dotyczy obecności aktu samouszkodzenia u ucznia w czasie jego obecności w szkole. **Wariant B** dotyczy obecności przewlekłego problemu związanego z samouszkodzeniami występującymi u ucznia.

Aby możliwe było wprowadzenie procedury w warunkach szkolnych, należy zacząć od szkoleń grona pedagogicznego w obszarze:

- pogłębienia wiedzy o samouszkodzeniach;
- czynników ryzyka samouszkodzeń;
- funkcji zachowań autodestrukcyjnych;
- behawioralnych i emocjonalnych sygnałów ostrzegawczych;
- komunikacji z nastolatkiem i konstruktywnych sposobów reagowania wobec pojawienia się sygnałów o obecności kryzysu;
- podstaw interwencji – procedury wprowadzonej na terenie szkoły w zakresie obecności wariantów oraz ich poszczególnych kroków, a także poszerzenia wiedzy o funkcjach poszczególnych członków zespołu.

Z uwagi na systematyczność kontaktu z uczniami i możliwość obserwowania zmian zachowania oraz pojawianie się nowych objawów, członkowie grona pedagogicznego są osobami identyfikującymi w pierwszej linii – poza rówieśnikami ucznia – występujący problem. Wobec tego **każda osoba będąca członkiem rady pedagogicznej musi być wyszkolona i wyedukowana w zakresie wymienionych powyżej obszarów.**

Następnie dyrektor placówki oświatowej powołuje **zespół interwencyjny** składający się z dyrektora, wicedyrektora, wychowawców klas, psychologa szkolnego oraz

pedagoga lub innego specjalisty pracującego w szkole wyznaczonego przez dyrektora placówki. Informuje i omawia zakres obowiązków poszczególnych osób w zespole.

Osoby te jako zespół odpowiedzialne są za:

- przyjmowanie zgłoszeń od uczniów lub członków grona pedagogicznego oraz podejmowanie działań interwencyjnych według procedur;
- wypełnianie obowiązków, jakie wobec nich określa procedura;
- konsultacje wewnątrzzespołowe, analizowanie informacji z obserwacji;
- podejmowanie decyzji o konieczności poinformowania dodatkowych organów jeśli zachodzi taka konieczność np. sąd rodzinny.

Osobą koordynującą zespół interwencyjny jest dyrektor lub wicedyrektor.

Dyrektor i/lub wicedyrektor będący jednocześnie członkiem zespołu interwencyjnego powołuje zespół interwencyjny przed rozpoczęciem roku szkolnego, jest informowany o występujących u uczniów trudnościach w zakresie zdrowia psychicznego oraz każdorazowym zawiadamianiu służb ratowniczych. Może również uzyskiwać informacje o postępach interwencji, a także uczestniczyć w spotkaniach z rodzicami oraz podejmować interwencje opierające się na wstępnej rozmowie z uczniem i rodzicem.

Dyrekcja odpowiedzialna jest również za:

- koordynację i nadzór nad zespołem interwencyjnym;
- zapewnienie merytorycznego oraz interwencyjnego szkolenia związanego z procedurą;
- przekazywanie obowiązków innym członkom zespołu na czas absencji;
- nawiązanie współpracy w sprawie ucznia między Ośrodkami (I i II stopnia referencyjności) i szkołą;
- ewaluację przeprowadzanych interwencji według „Checklisty”;

- zawiadamianie prokuratury, sądu rodzinnego lub innych organów w sytuacjach, które tego wymagają.

Wychowawcy klas w zespole interwencyjnym odpowiedzialni są za postępowanie według kroków procedury, obserwacje dziecka, przeprowadzenie wstępnej rozmowy z dzieckiem, przeprowadzanie rozmowy interwencyjnej z uczniem oraz rodzicami dotyczącej sytuacji rodzinnej i zaistniałych u dziecka trudności, a także za dalsze monitorowanie funkcjonowania dziecka w szkole oraz przekazywanie informacji o spostrzeżeniach członkom zespołu. Wychowawca klasy może przeprowadzić wstępną ocenę kondycji psychicznej dziecka, uczestniczyć w spotkaniach dziecka i rodziców z pedagogiem/psychologiem szkolnym. Może przeprowadzić także zajęcia w klasie według scenariusza.

Psycholog i/lub pedagog szkolny w zespole interwencyjnym odpowiedzialny jest za postępowanie według kroków procedury, psycholog przeprowadza diagnozę i ocenę stanu psychicznego ucznia. Specjaliści prowadzą dla uczniów warsztaty w klasach oraz wspierają uczniów w na terenie szkoły. Psycholog/pedagog odpowiedzialny jest za wsparcie dziecka w powrocie do szkoły po hospitalizacji, wspieranie dziecka na jej terenie, spisanie z dzieckiem i rodzicami planu bezpieczeństwa, współpracę i kontakt z wychowawcą oraz kontakt międzysektorowy w sprawie dziecka ze specjalistami ośrodków i poradni.

Wariant A: Samouszkodzenie dokonane na terenie szkoły

1. Pracownik szkoły będący świadkiem zdarzenia zabezpiecza narzędzie, którym uczeń dokonał samouszkodzenia celem uniknięcia ponownego jego dokonania i zapewnienia bezpieczeństwa uczniowi.

Interwencję rozpoczyna pracownik szkoły, który jest bezpośrednim lub pośrednim – wezwanym przez innego ucznia – świadkiem zdarzenia.

2. Udzielenie uczniowi pierwszej pomocy przedmedycznej dostosowanej do charakteru samouszkodzenia, wezwanie pielęgniarki szkolnej przy jednoczesnym stałym zapewnieniu uczniowi opieki osoby dorosłej.

Nauczyciel stosuje się do zasad pierwszej pomocy i dostosowuje sposób reakcji do charakteru obrażenia. Nie pozostawia ucznia pod opieką innych rówieśników. Jeśli potrzebuje wsparcia, deleguje ucznia z prośbą o ściągnięcie pomocy, woła lub dzwoni po pomoc.

3. W sytuacji głębokiego nacięcia czy też zagrożenia życia/zdrowia na skutek dokonanego samouszkodzenia niezwłocznie wzywa służby ratownictwa medycznego (112). Informuje osobę będącą członkiem zespołu interwencyjnego o zdarzeniu, zapewniając opiekę dziecku bądź deleguje osoby, które poinformują członka zespołu oraz dyрекcję o zaistniałej sytuacji.

Jeżeli w zaistniałej sytuacji istnieje możliwość zapewnienia opieki medycznej przez pielęgniarkę szkolną, która oceni obrażenia ucznia, powinna zostać wezwana na miejsce zdarzenia. Do czasu uzyskania pomocy uczeń powinien pozostać pod opieką dorosłego, nie zaś rówieśników.

4. Rozmowa dostępnego w szkole członka zespołu interwencyjnego z uczniem wokół zaistniałego incydentu.

W trakcie rozmowy z uczniem członek zespołu interwencyjnego ma za zadanie dowiedzieć się o okolicznościach zdarzenia: czy było to rzeczywiście działanie podjęte z własnej woli oraz co mogło wpłynąć na podjęcie takiej decyzji.

Gdy na miejsce przybywa członek zespołu interwencyjnego, rozmawia z dzieckiem o zdarzeniu. W trakcie rozmowy próbuje dowiedzieć się od ucznia, czy zdarzenie to wynikało z wewnętrznej motywacji, czy jest to efekt wypadku, wpływu innych osób, czy też pobicia. Osoba ta powinna zareagować w sposób spokojny i opanowany z szacunkiem i zrozumieniem oraz akceptacją uczuć dziecka. Jednocześnie musi być przygotowana na to, co może usłyszeć od ucznia. Członek zespołu informuje ucznia, że z uwagi na zaistniałą sytuację, aby zapewnić mu bezpieczeństwo, konieczne jest przemieszczenie się (jeśli to możliwe) do pokoju psychologa/pedagoga szkolnego lub w inne miejsce, w którym będzie mógł porozmawiać z uczniem. Wyjaśnia, że psycholog będzie chciał zadać mu kilka pytań w związku z tym, co się wydarzyło. Jeśli uczeń tego potrzebuje lub pedagog uzna, że doda to uczniowi otuchy, może zaproponować swoją obecność podczas tego spotkania. Jeżeli zostały wezwane

służby ratownictwa medycznego, uczeń może oczekiwać na ich przybycie w gabinecie.

5. Wstępna ocena kondycji psychicznej dziecka przez pedagoga/psychologa szkolnego lub innego członka zespołu interwencyjnego według scenariusza pytań.

Obecny na terenie szkoły psycholog szkolny lub pedagog, w przypadku nieobecności psychologa, przeprowadza z uczniem rozmowę, w trakcie której posiłkując się „Przykładowym formularzem wywiadu” (mogąc również rozwijać zawarte w nim pozycje), ocenia aktualny stan psychiczny ucznia. Zadaje bezpośrednio zawarte w nim pytania w sprawie obecności zachowań autodestrukcyjnych oraz sprawdza obecność myśli samobójczych, intencji samobójczych i planów samobójczych. W zależności od obecności niepokojących objawów lub ich braku podejmuje decyzję o wyborze dalszych kroków.

W trakcie rozmowy z psychologiem niepokojące mogą okazać się objawy związane z nastrojem lub inne sygnały, mogące świadczyć o słabej kondycji psychicznej dziecka. To, poza obecnością zachowań samobójczych, również może stanowić zaniepokojenie specjalisty i wskazanie do konsultacji psychiatrycznej. W trakcie tej samej rozmowy psycholog powinien rozeznaczyć się, jakie sytuacje mogą mieć wpływ na podejmowanie przez ucznia aktów autodestrukcji z rozeznaniem wpływu czynników zewnętrznych np. rodzinnych lub rówieśniczych. W trakcie rozmowy uczeń może wskazać, że bezpośredni wpływ na podejmowanie działań samouszkodzających ma jego sytuacja rodzinna lub to, co dzieje się w środowisku np. przemoc czy wykluczenie ma. W przypadku otrzymania takich informacji, zespół powinien skonsultować się w celu zabezpieczenia zdrowia i życia dziecka poprzez rozpoczęcie procedury niebieskiej karty, jeśli jest to konieczne, czy też zaplanowanie na późniejszych etapach oddziaływań na klasę lub innych kroków dostosowanych do sytuacji.

W przypadku obecności myśli samobójczych istnieje wskazanie do skonsultowania dziecka z psychiatrą, obecność intencji dokonania samobójstwa oraz szczególnie planów i zamiarów ich zrealizowania to sygnały do niezwłocznej reakcji

i postępowania według Kroku 6. W przypadku braku zachowań samobójczych i myśli samobójczych, nawet jeśli obserwuje niepokojące objawy np. wskazujące na objawy depresji u ucznia – postępuje według Kroku 7.

6. W przypadku ujawnienia przez dziecko obecności zachowań samobójczych członek zespołu interwencyjnego:

6A1 – informuje dyrektora o zagrożeniu życia i zdrowia dziecka oraz zawiadamia opiekunów prawnych dziecka o zaistniałym zdarzeniu prosząc ich o niezwłoczne przybycie.

Jeśli członek zespołu interwencyjnego w trakcie rozmowy z uczniem przeprowadzonej w oparciu o załącznik „Przykładowy formularz wywiadu”, uzna, że wypowiedzi ucznia świadczą o myślach samobójczych, intencjach lub planach, informuje dyrektora o obecności zagrożenia życia i zdrowia ucznia oraz kontaktuje się z rodzicami, prosząc ich o przybycie do szkoły. W dalszym ciągu zapewni uczniowi opiekę. Tłumaczy mu również, w jakim celu poinformuje/poinformował jego rodziców. Jeśli towarzyszą mu związane z tym obawy, omawia je z uczniem w trakcie rozmowy i dostarcza uczniowi wsparcia. Informuje również ucznia o tym, co może dalej się wydarzyć – jeśli rodzice zobowiążą się do skonsultowania ucznia w ramach SOR, istnieje duże prawdopodobieństwo, że dziecko zostanie przyjęte na oddział psychiatryczny, jeśli rodzice nie podpiszą zobowiązania zostaną wezwane służby ratownictwa medycznego (112) co wiąże się z zapewnieniem konsultacji z lekarzem psychiatrą, a wtedy istnieje prawdopodobieństwo hospitalizacji. Informuje również ucznia, że niezależnie od przebiegu sytuacji, będzie mógł po powrocie do szkoły korzystać z pomocy psychologa/pedagoga szkolnego według ustaleń, które zostaną podjęte w trakcie pierwszego spotkania po powrocie.

6A2 – w trakcie spotkania z rodzicami członek zespołu interwencyjnego spisuje oświadczenie, w którym opiekun dziecka potwierdza, że został poinformowany o zaistniałym zdarzeniu – oświadczenie o obowiązku zapewnienia dziecku konsultacji psychiatrycznej oraz poinformowanie szkoły o jej rezultacie, zapewnieniu opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej w ramach ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej I stopnia referencyjności lub, jeśli dziecko objęte jest

opieką, wskazanie przez rodzica kontaktu do ośrodka i podpisanie zgody na kontakt szkoły z ośrodkiem.

W przypadku odmowy ze strony rodzica lub niestawieniu się po dziecko – członek zespołu informuje o tym dyrekcję i zawiadamia służby ratownictwa medycznego.

W trakcie rozmowy psychologa/pedagoga lub innego dostępnego członka zespołu interwencyjnego z opiekunem dziecka uczeń może być obecny, jeśli wyraził na to chęć i zgodę, w innym przypadku należy zapewnić uczniowi opiekę innego pracownika szkoły. Ważne, aby zapewnić uczniowi bezpieczne warunki i możliwość rozmowy, jeśli będzie tego potrzebował. Psycholog/pedagog podpisuje z rodzicem niezbędne dokumenty (załącznik – „Oświadczenie rodzica samouszkodzenia i obecność myśli samobójczych”).

7. Gdy stan psychiczny dziecka **nie wskazuje na obecność zachowań samobójczych:**

7A1 – członek zespołu interwencyjnego kontaktuje się z opiekunami prawnymi dziecka – informuje o zdarzeniu, prosi opiekunów o niezwłoczne przybycie do szkoły.

7A2 – w trakcie spotkania z opiekunem prawnym, członek zespołu interwencyjnego omawia sytuację związaną z aktem samouszkodzenia ucznia oraz sytuacje mające wpływ na kondycję psychiczną dziecka.

W trakcie spotkania rodzic zostaje poinformowany o tym, co wydarzyło się na terenie szkoły. Psycholog przeprowadza psychoedukację rodzica o powodach samouszkodzeń, uwrażliwia na właściwy język i reakcje w komunikacji z dzieckiem, omawia obawy rodzica, słucha jego potrzeb. Psycholog przeprowadza wstępny wywiad na temat zdarzeń i czynników w życiu ucznia, które mogą mieć wpływ na pojawienie się problemu, np. czy rodzice zauważyli wcześniej obecność tego problemu, jak długo trwa, od czego się zaczęło. Bada wstępnie sytuację rodzinną, rówieśniczą. Jeśli rodzic jest w słabej kondycji psychicznej lub zdarzenia w rodzinie powodują, że jego stan psychiczny również jest wątpliwy – psycholog informuje go o miejscach, do których może się zgłosić, aby uzyskać pomoc.

7A3 – członek zespołu interwencyjnego spisuje z opiekunem dziecka oświadczenie, w którym opiekun potwierdza, że został poinformowany o zaistniałym zdarzeniu oraz zobowiązuje się do niezwłocznego zapewnienia dziecku opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej w ramach ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej I stopnia referencyjności lub, jeśli dziecko objęte jest opieką, wskazanie przez rodzica kontaktu do ośrodka i podpisanie zgody na kontakt szkoły z ośrodkiem.

Psycholog podpisuje z rodzicem niezbędne dokumenty (Załącznik – „Oświadczenie rodzica – samouszkodzenia bez intencji samobójczych”). W trakcie tego samego spotkania w sytuacji, gdy istnieje taka konieczność, psycholog/pedagog może sporządzić z uczniem i rodzicami plan bezpieczeństwa jako plan radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych. Psycholog powinien mieć przygotowaną listę rekomendowanych ośrodków/poradni oraz adresów najbliższej szpitalnych oddziałów ratunkowych/izb przyjęć/szpitali.

8. Zaopiekowanie uczniów będących świadkami zdarzenia przez psychologa/pedagoga szkolnego lub innego dostępnego członka zespołu interwencyjnego.

Rozmowa (ok.15 minut) ze świadkami zdarzenia lub klasą przeprowadzona najszybciej jak to możliwe.

Psycholog i pedagog lub inny członek zespołu interwencyjnego, jeśli wspomniani specjaliści nie są dostępni, przeprowadzają ze świadkami zdarzenia rozmowę, w trakcie której dotyczą tematów związanych z wrażeniami i uczuciami dotyczącymi zdarzenia. Psycholog/pedagog zapewnia uczniów, że ich kolega ma już odpowiednią opiekę, a zagrożenie minęło. Wyjaśnia, że takie zdarzenia mogą wywoływać różne trudne emocje. Informuje każdą osobę z osobna, że w przypadku, gdy poczują taką konieczność, będą mogli skonsultować się z psychologiem szkolnym, aby porozmawiać o tym, co ich trapi. Jeśli jeden z uczniów będzie w ciężkim stanie psychicznym, warto zastanowić się nad wezwaniem rodziców, aby mogli go odebrać i otoczyć opieką.

9. Przeprowadzenie przez psychologa (lub inną osobę wyznaczoną przez dyrekcję) w ciągu miesiąca w klasie ucznia co najmniej 2 warsztatów według scenariusza zajęć.

Psycholog lub pedagog raz w tygodniu w ustalonym z wychowawcą czasie przeprowadzają obowiązkowe zajęcia grupowe. Mogą być one rozszerzone do większej liczby spotkań (niż 2-4), jeśli istnieje taka możliwość oraz potrzeba. Szkoła powinna zadbać na początku roku szkolnego o to, aby każdy z rodziców wyraził zgodę na objęcie uczniów oddziaływaniami profilaktycznymi. W trakcie spotkań psycholodzy przeprowadzają warsztaty w oparciu o program warsztatów będący załącznikiem do procedury.

10. Jeżeli dziecko było poddane hospitalizacji, psycholog szkolny spotyka się z nim na terenie placówki i podejmuje następujące czynności:

- przeprowadza z dzieckiem rozmowę na temat jego powrotu do szkoły;
- ponownie ocenia kondycję psychiczną dziecka.

Spotkanie z dzieckiem jest ponowną sytuacją, w której psycholog powinien zbadać, jaki jest aktualny stan psychiczny dziecka. Jeśli uczeń nadal samookalecza się i miewa myśli samobójcze, a psychiatra ocenił, że nie ma bezpośredniego zagrożenia i dziecko nie musi być hospitalizowane. Wobec tego nie kierujemy dziecka na ponowną konsultację, wyłączając sytuacje, w których dochodzi do nasilenia tych myśli ich częstości lub nastolatek informuje o obecności snucia planów.

- w przypadku wcześniejszej obecności zachowań samobójczych – sporządza z uczniem i rodzicami plan bezpieczeństwa obowiązujący na terenie szkoły;
- ustala z dzieckiem charakter i zakres wsparcia na terenie szkoły **niezależnie od tego, czy uczeń był hospitalizowany.**

Rodzic powinien poinformować szkołę o powrocie ze szpitala i, zanim dziecko pojawi się na lekcjach, podpisać z psychologiem i dzieckiem ustalony plan bezpieczeństwa opisany bardziej szczegółowo poniżej. Bardzo ważnym elementem jest zadbanie od początku powrotu do szkoły, o stan psychiczny dziecka niezależnie od tego, czy dziecko oczekuje na wsparcie w poradni psychologicznej czy nie. Jednym z elementów zapewnienia opieki uczniowi jest ustalenie z nim dni regularnych

spotkań z psychologiem/pedagogiem szkolnym (raz w tygodniu lub częściej, jeśli jest taka konieczność). Psycholog informuje również ucznia, że w przypadku nasilenia się chęci samouszkodzenia lub doświadczania kryzysu emocjonalnego, uczeń może dodatkowo zgłosić się do psychologa/pedagoga szkolnego. Omawia ewentualne obawy, jakie towarzyszą uczniowi w związku z powrotem do szkoły, jeśli takowe się pojawiają, oraz ocenia w trakcie spotkania, według kwestionariusza, stan psychiczny dziecka. Jeśli uczeń nadal samookalecza się i miewa myśli samobójcze, a psychiatra ocenił, że nie ma bezpośredniego zagrożenia i dziecko nie musi być hospitalizowane, nie kierujemy dziecka na ponowną konsultację psychiatryczną. Wyjątkiem są sytuacje, w których dochodzi do nasilenia tych myśli, ich częstotliwości lub gdy nastolatek informuje o snuciu planów. Podpisujemy z uczniem i rodzicem plan bezpieczeństwa, który jest załącznikiem do procedury. Plan bezpieczeństwa podpisywany jest z uwagi na obecność w niedalekiej przeszłości lub aktualnie myśli samobójczych. W planie powinny zostać określone wszystkie czynniki mogące zwiastować pogarszanie się stanu psychicznego identyfikowane przez ucznia. A także sposoby radzenia sobie, które powinien podjąć na początku samodzielnie, kiedy rozpozna u siebie powyższe sygnały. W trakcie rozmowy o planie specjalista szkolny ustala również, że dziecko będzie mogło w sytuacjach trudnych, jeśli sposoby ustalone powyżej nie okażą się wystarczające, skonsultować się z psychologiem/pedagogiem szkolnym w ramach dodatkowego spotkania lub innym dostępnym członkiem zespołu interwencyjnego, jeśli specjaliści nie będzie na terenie szkoły. W trakcie rozmowy warto podkreślić, że sytuacje te, są okazją do porozmawiania o trudnościach i możliwych sposobach radzenia sobie z nimi.

11. Rozpoczęcie współpracy międzysektorowej.

Sesja koordynacji psychologa szkolnego z terapeutą środowiskowym i/lub innymi specjalistami opiekującymi się dzieckiem w ramach ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży I stopnia referencyjności; rozmowa wokół wyników testu Interface, zaplanowanie zintegrowanych oddziaływań, ustalenie częstotliwości i zakresu kontaktów, nie rzadziej niż 1 raz na 2 tygodnie.

Wraz z zapoczątkowaniem procesu diagnozy w ośrodku pierwszym momentem rozpoczęcia współpracy staje się kontakt z terapeutą środowiskowym, który

przybywa do szkoły celem zorientowania się w sytuacji ucznia. Sesja koordynacji może odbyć się również w ramach świadczenia pomocy przez inne poradnie. W trakcie spotkania powinien być obecny przynajmniej 1 członek zespołu interwencyjnego najbardziej zorientowany w sytuacji ucznia. Na spotkaniu specjaliści omawiają wyniki obserwacji, ocenę stanu psychicznego, diagnozy i zalecenia włączenia ustalonych w indywidualnym planie zdrowienia oddziaływań. Omawiają obszary, w zakresie których możliwe jest zainterweniowanie ze strony szkoły – np. wdrożenie dodatkowych warsztatów grupowych, mediacji czy też oddziaływań nakierowanych na przemoc rówieśniczą.

12. Monitorowanie zachowania dziecka przez wychowawcę poprzez obserwację i kontakt z dzieckiem oraz rozmowę z nauczycielami wokół funkcjonowania ucznia na zajęciach przedmiotowych.

W międzyczasie wychowawca nie traci czujności. W dalszym ciągu obserwuje, czy objawy, które widnieją na Karcie obserwacji są obecne u ucznia, czy ulegają zmianie i w którym kierunku. Pozostaje czujny na ich eskalację. Jeżeli zauważa dodatkowe objawy lub widzi, że te, które były obecne, pogłębiają się, może zaproponować uczniowi rozmowę. Wychowawca konsultuje się, z zachowaniem dyskrecji i poufności w sprawie ucznia, z innymi nauczycielami przedmiotowymi. Po 3 miesiącach od włączenia oddziaływań wychowawca ponownie obserwuje dziecko i sprawdza obecność objawów według „Checklisty objawów”.

13. Spotkania psychologa/pedagoga szkolnego z uczniem raz w tygodniu.

W trakcie spotkań wspierających odbywających się raz w tygodniu psycholog nie prowadzi terapii, lecz omawia z dzieckiem sytuacje trudne, możliwości ich rozwiązań. Pomaga uczniowi wdrażać techniki, strategie redukcji napięcia, może opracowywać z dzieckiem plany rozwiązywania bieżących problemów. Uczeń powinien pojawiać się na spotkaniach w ustalonym czasie. Bardzo ważnym elementem jest nawiązanie z uczniem relacji opartej na zaufaniu, słuchaniu go, wyrażaniu szacunku i zrozumienia dla jego trudności. Psycholog przypomina uczniowi o możliwości korzystania ze spotkań, w sytuacjach kryzysowych, kiedy nie działają ustalenia planu bezpieczeństwa.

14. Utrzymanie kontaktu z opiekunami prawnymi ucznia w częstotliwości 1 raz na 2 tygodnie.

Psycholog/pedagog szkolny powinien utrzymywać kontakt z rodzicami w częstotliwości przynajmniej 1 raz na 2 tygodnie, aby monitorować:

- czy dziecko uczestniczy regularnie w terapii;
- jak rodzic ocenia aktualną sytuację związaną z samopoczuciem dziecka;
- czy zauważa dodatkowe objawy, czy następuje ich reedukacja;
- czy zmieniła się forma samouszkodzeń;
- jak uczeń funkcjonuje i radzi sobie poza szkołą;
- jak wygląda aktualna sytuacja rodzinna.

W trakcie rozmów/spotkań psycholog/pedagog powinien omówić z rodzicem, w jaki sposób rozmawiać z dzieckiem i jak reagować na zauważone objawy i samouszkodzenia. Jeśli rodzic tego potrzebuje, psycholog/pedagog powinien podać mu konkretne nazwy placówek, do których może udać się po wsparcie w tym zakresie. lub wsparcie dla siebie, jeśli specjalista zauważa, że stan psychiczny rodzica również wymaga pomocy specjalisty.

15. Sesja koordynacji z zespołem ośrodka I stopnia referencyjności po 3 miesiącach od włączenia oddziaływań. Omówienie wyników przeprowadzonej ponownie diagnozy ucznia narzędziem Interface (w Modelu Objawy-Cechy-Kompetencje), efektów włączonych oddziaływań, a także prognozy dalszych oddziaływań dla dziecka i dalszej współpracy między sektorem oświatowym i medycznym.

Sesja koordynacji po 3 miesiąca od rozpoczęcia wspólnych oddziaływań na dziecko przeprowadzana jest w celu podsumowania dotychczasowych oddziaływań, oceny efektów włączonych interwencji. Wówczas specjaliści mogą zdecydować, czy konieczne jest przedłużenie oddziaływań dla ucznia, czy warto wdrożyć inne formy wsparcia i interwencje, które mogą wynikać z wyników przeprowadzonego testu, obserwacji i wspólnych wniosków.

W przypadku braku współpracy rodziców (braku zapewnienia opieki psychologicznej/psychoterapeutycznej, bezpośredniej rozmowy lub unikaniu spotkań z zespołem interwencyjnym w szkole) zespół interwencyjny podejmuje decyzję o zawiadomieniu sądu rodzinnego ze wskazaniem do wglądu w sytuację rodzinną dziecka lub innych kroków dostosowanych do sytuacji ucznia.

Wariant B: Obecność przewlekłego problemu samouszkodzeń u ucznia

Część kroków procedury jest spójna z krokami Wariantu A. Poniżej zostaną poszerzone o komentarz kroki, które nie pojawiały się w wariantcie pierwszym.

1. **Pedagog/psycholog szkolny przyjmuje zgłoszenie od ucznia, pracownika szkoły lub innego członka zespołu interwencyjnego o zaobserwowaniu zachowań samouszkodzających u ucznia.**

Osoba odbierająca zgłoszenie, powinna zachować poufność i nie ujawniać osobom trzecim, od kogo uzyskała taką wiadomość, szczególnie w sytuacji, kiedy zgłoszenie pojawiło się ze strony rówieśnika.

W przypadku, gdy rówieśnik zgłosił obecność problemu u swojego kolegi, warto dopytać, w jaki sposób się o tym dowiedział. Czy był świadkiem takich działań, w jaki sposób jego kolega/koleżanka się samouszkadza, czy widział te sytuacje lub ich skutki. Warto dopytać również, czy wie jak długo uczeń mierzy się z tym problemem. Należy zapewnić ucznia, że psycholog/pedagog kieruje się zasadą poufności i zapewni mu anonimowość oraz zajmie się zgłoszonym problemem, a następnie poinformuje go o tym, że jego rówieśnik otrzymał pomoc. Ważna jest również rozmowa z uczniem na temat tego, że nie powinien przekazywać tej informacji innym, a jeśli będzie potrzebował o tym porozmawiać, może zgłosić się do psychologa/pedagoga szkolnego. Rozmowa wokół uczuć, jakie towarzyszą uczniowi, który ujawnia „sekrety” jest bardzo ważna. W trakcie spotkania można omówić z uczniem jak się czuje ujawniając tę sytuację, znormalizować, że trudno jest utrzymywać takie informacje w tajemnicy wiedząc, że może to być sposób jednoczesnego krzywdzenia siebie. Omówić zgłaszane poczucie dyskomfortu, jeśli takowe występuje i wzmocnić postawę ucznia.

2. Poinformowanie zespołu interwencyjnego o zaistniałym zgłoszeniu.

Psycholog/Pedagog szkolny konsultuje z zespołem interwencyjnym pojawianie się zgłoszenia celem umożliwienia rozpoczęcia kolejnych kroków przez określonych członków zespołu. Jest to również moment, w którym członkowie mogą wymienić się informacjami, jakie posiadają na temat ucznia.

3. Obserwacja przez wychowawcę dziecka na przerwie w środowisku rówieśniczym oraz w trakcie zajęć w klasie pod kątem zachowań świadczących o obecności samouszkodzeń według „Checklisty”. Rozmowa wychowawcy z dzieckiem w zakresie tematu zgłoszenia.

Wychowawca dyskretnie przeprowadza obserwację zachowania ucznia według „Checklisty objawów”. Ocena może trwać kilka dni i odbywać się w ramach obserwacji zachowań ucznia na zajęciach, w przerwie między zajęciami. Jeśli wychowawca decyduje się na rozmowę o uczniu z innymi nauczycielami, pytając o obecność niepokojących objawów, nie ujawnia celu tej rozmowy, zachowuje poufność i dyskrecję. Następnie po zebraniu informacji oraz wniosków konsultuje uzyskane dane z psychologiem/pedagogiem. W sposób empatyczny i życzliwy wyraża swoje zaniepokojenie zaobserwowanymi objawami w bezpośredniej rozmowie z uczniem. Wychowawca rozmawia z uczniem na temat jego stanu psychicznego, rozpoznaje wstępnie czynniki wpływające na obecność objawów. Komunikuje uczniowi pełne zrozumienie, a w trosce o niego proponuje rozmowę z psychologiem/pedagogiem szkolnym. Jeśli uczeń tego potrzebuje – oferuje swoją obecność w trakcie tej rozmowy i omawia obawy z nią związane, jeśli takowe u ucznia występują.

4. Rozmowa pedagoga/psychologa szkolnego z uczniem z zachowaniem zasady poufności oraz ocena kondycji psychicznej według scenariusza pytań.

W trakcie rozmowy psychologa szkolnego z uczniem początkowo specjalista, na bazie uzyskanych od wychowawcy informacji, próbuje dowiedzieć się więcej o zaobserwowanym u ucznia problemie. Następnie dokonuje oceny stanu psychicznego ucznia według „Przykładowego formularza pytań”. W zależności od zaobserwowanych objawów postępuje zgodnie z dostosowanymi do tego krokami.

Specjalista informuje dziecko o dalszych krokach, omawia towarzyszące mu obawy wyraża dla nich zrozumienie, ustala z dzieckiem czy chce być obecne w trakcie spotkania z rodzicem. Jeśli nie – zapewnia mu opiekę na czas spotkania innego członka zespołu z rodzicami ucznia.

5. W przypadku ujawnienia przez dziecko **obecności zachowań samobójczych**, członek zespołu interwencyjnego:

5B1 – Informuje dyrektora o zagrożeniu życia i zdrowia dziecka oraz zawiadamia opiekunów prawnych dziecka o zaistniałym zdarzeniu, prosząc ich o niezwłoczne przybycie.

5B2 – W trakcie spotkania z opiekunem prawnym, członek zespołu interwencyjnego omawia sytuację związaną z aktem samouszkodzenia ucznia oraz sytuacje mające wpływ na kondycję psychiczną dziecka.

5B3 – W trakcie spotkania z rodzicami członek zespołu interwencyjnego spisuje z opiekunem dziecka oświadczenie o poinformowaniu o zaistniałym zdarzeniu oraz poinformowaniu szkoły o jej rezultacie, a także zapewnienia dziecku opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej w ramach ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej I stopnia referencyjności lub – jeśli dziecko objęte jest opieką – wskazanie przez rodzica kontaktu do ośrodka i podpisanie zgody na kontakt szkoły z ośrodkiem.

W przypadku odmowy ze strony rodzica lub niepojawieniu się po dziecko – członek zespołu informuje o tym dyrektora i zawiadamia służby ratownictwa medycznego (112).

6. Gdy stan psychiczny dziecka **nie wskazuje na obecność zachowań samobójczych**:

6B1 – Członek zespołu interwencyjnego kontaktuje się z opiekunami prawnymi dziecka informuje o zdarzeniu, prosi opiekunów o niezwłoczne przybycie do szkoły.

6B2 – W trakcie spotkania z opiekunem prawnym, członek zespołu interwencyjnego omawia sytuację związaną z aktem samouszkodzenia ucznia oraz sytuacje mające wpływ na kondycję psychiczną dziecka.

6B3 – Członek zespołu interwencyjnego spisuje z opiekunem dziecka oświadczenie potwierdzające, że opiekun został poinformowany o zaistniałym zdarzeniu oraz zobowiązanie do niezwłocznego zapewnienia dziecku opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej w ramach ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej I stopnia referencyjności lub jeśli dziecko objęte jest opieką – wskazanie przez rodzica kontaktu do ośrodka i podpisanie zgody na kontakt szkoły z ośrodkiem.

7. Poinformowanie osoby dokonującej zgłoszenia o podjętej interwencji z zachowaniem zasad poufności.

Osoba, która jako pierwsza została poinformowana o problemie ucznia zwraca się z informacją zwrotną do ucznia/nauczyciela, że rówieśnik/uczeń został objęty opieką dzięki jego reakcji. Wzmacnia słuszność podjętego przez informatora działania.

8. Zadbanie o najbliższe otoczenie ucznia:

Przeprowadzenie w ciągu miesiąca w klasie ucznia co najmniej 2 do 4 warsztatów według scenariusza zajęć.

Psycholog/pedagog szkolny przeprowadza w klasie ucznia zajęcia raz w tygodniu według scenariusza. W trakcie spotkań przypomina uczniom o możliwości otrzymania pomocy na poziomie szkoły w ramach rozmowy z wychowawcą czy psychologiem/pedagogiem. Jeśli uczeń nieobjęty procedurą zgłosi w trakcie rozmów problem samouszkodzeń, rozpoczyna się wobec niego procedura według kroków wariantu B.

9. W trakcie spotkania z dzieckiem na terenie placówki psycholog szkolny podejmuje następujące czynności:

- a. przeprowadza z dzieckiem rozmowę na temat jego powrotu do szkoły – jeżeli dziecko zakończyło hospitalizację – oraz ponownie ocenia kondycję psychiczną dziecka;
- b. w przypadku wcześniejszej obecności zachowań samobójczych – sporządza z uczniem i rodzicami plan bezpieczeństwa obowiązujący na terenie szkoły;
- c. ustala z dzieckiem i rodzicem zakres wsparcia na terenie szkoły.

Specjalista ustala z uczniem częstotliwość i godziny spotkań, sytuacje w jakich może skorzystać ze wsparcia, aby uniknąć wzmacniania w uczniu zachowań ucieczkowych.

10. Rozpoczęcie współpracy międzysektorowej.

11. Sesja koordynacji psychologa szkolnego z terapeutą środowiskowym i/lub innymi specjalistami opiekującymi się dzieckiem w ramach ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży I stopnia referencyjności; rozmowa wokół wyników testu Interface, zaplanowanie zintegrowanych oddziaływań, ustalenie częstotliwości i zakresu kontaktów, nie rzadziej niż 1 raz na 2 tygodnie.

12. Monitorowanie zachowania dziecka przez wychowawcę poprzez obserwacje i kontakt z dzieckiem oraz rozmowę z nauczycielami wokół funkcjonowania ucznia na zajęciach przedmiotowych.

13. Spotkania psychologa/pedagoga szkolnego z uczniem raz w tygodniu.

14. Utrzymanie kontaktu z opiekunami prawnymi ucznia w częstotliwości 1 raz na 2 tygodnie.

15. Sesja koordynacji z zespołem ośrodka I stopnia referencyjności po 3 miesiącach od włączenia oddziaływań. Omówienie wyników przeprowadzonej ponownie diagnozy ucznia narzędziem Interface, efektów włączonych oddziaływań, a także prognozy dalszych

oddziaływań dla dziecka i dalszej współpracy między sektorem oświatowym i medycznym.

W przypadku braku współpracy rodziców (braku zapewnienia opieki psychologicznej/psychoterapeutycznej, bezpośredniej rozmowie lub unikaniu spotkań z zespołem interwencyjnym w szkole) zespół interwencyjny podejmuje decyzję o zawiadomieniu sądu rodzinnego ze wskazaniem do wglądu w sytuację rodzinną dziecka lub innych kroków dostosowanych do sytuacji ucznia.

Czas trwania:

Minimalny czas trwania interwencji to 3 miesiące do pół roku. Oddziaływanie 3-miesięczne będzie możliwe szczególnie w przypadku równoległej współpracy najbliższego środowiska ucznia oraz dostępności terminów w poradni czy też ośrodka świadczącego pomoc na rzecz dziecka. W wyjątkowych sytuacjach zespół interwencyjny podejmuje samodzielnie decyzję o przedłużeniu długości trwania procedury w dostosowaniu do potrzeb ucznia.

Monitorowanie i ewaluacja skuteczności:

Ewaluacja prowadzona jest przez koordynatora, czyli dyrektora szkoły. Powinna zostać przeprowadzona w okresie do 3 miesięcy od rozpoczęcia procedury. Na spotkaniu zespołu interwencyjnego oraz sesji koordynacji z ośrodkiem lub PPP powinien zostać omówiony stan psychiczny dziecka i obserwowalne zmiany na podstawie przeprowadzonego w placówce i szkole ponownego badania w modelu Objawy-Cechy-Kompetencje. Omówienie tych wyników badań również dostarcza informacji zwrotnej, na ile wprowadzone oddziaływania przyniosły zmianę objawów u ucznia i jak wpłynęło to na poprawę jego dobrostanu psychicznego.

Kolejnymi aspektami świadczącymi o powodzeniu lub niepowodzeniu oddziaływań i procedury są zauważalne zmiany lub ich brak, w zachowaniu ucznia dokonane poprzez analizę pierwszej wypełnionej „Checklisty obserwacji objawów” u ucznia

i porównanie ich z aktualnie prezentowanymi przez ucznia objawami – ograniczenie ich ilości świadczy o powodzeniu oddziaływań.

Brak obecnych myśli i zachowań samobójczych w wywiadzie i samouszkodzeń, poprawa w zakresie samopoczucia również dostarcza informacji o zmianie, jaka zaszła w sferze psychicznej ucznia. Takiej oceny może dokonać psycholog, przeprowadzając ponownie ocenę stanu psychicznego ucznia w oparciu o „Kwestionariusz pytań”.

Uzyskane wyniki powinny zostać omówione celem zorientowania się, czy potrzebne są dalsze oddziaływania oraz w jakim zakresie dla danego ucznia. Jeśli są konieczne, należy ustalić, na jak długo warto przydzielić te oddziaływania oraz kto i jakiego rodzaju pomoc będzie świadczył na jego rzecz.

Jeśli procedura nie zostanie zakończona poprzez konieczność włączenia dodatkowych oddziaływań na kolejny okres 3 miesięcy, powinno zostać to uwzględnione w karcie ewaluacji z uwzględnieniem wprowadzonych, czy też przedłużonych na rzecz ucznia oddziaływań.

Ryzyko/zagrożenia w realizacji:

1. Czynniki ryzyka 1. Niechęć nauczycieli grona pedagogicznego do rozwijania wiedzy o samouszkodzeniach i stosowania się do procedury

Część nauczycieli może wykazywać niską motywację do rozwijania wiedzy z zakresu określonego w procedurze. Również mimo posiadania wiedzy i poznania odpowiednich kroków procedury, niektórzy nauczyciele mogą posługiwać się swoimi utrwalonymi stereotypowymi, przekonaniami na temat samouszkodzeń. Może to przekładać się na brak reakcji lub reagowanie w sposób agresywny, ośmieszający i zawstydzający ucznia.

2. Czynniki ryzyka 2. Bagatelizowanie zauważonych objawów przez pracowników szkoły

Mimo zdobytej wiedzy pracownicy, którzy przez długi czas nie mieli kontaktu z procedurą mogą nie pamiętać jej kroków lub bagatelizować objawy mimo ich zauważenia. Część uczniów może stosować wytłumaczenia na zauważone objawy, które mogą wydawać się nauczycielowi racjonalnym powodem np. zauważonych zadrapań i obniżyć czujność na dalszą obserwację jego zachowania.

3. Czynniki ryzyka 3. Strach przed konsekwencjami z uwagi na obawę naruszenia relacji z uczniem lub jego rodzicami

Niektóre dzieci uczęszczające do szkoły, u których pojawiają się objawy, mogą nie zostać w odpowiedni sposób objęte opieką, ponieważ status ekonomiczny rodziców, czy też ich pozycja zawodowa, może rodzić w pedagogach obawę poniesienia konsekwencji z ich strony. Zdarzają się również sytuacje, kiedy rodzice reagują na wezwanie służb ratownictwa medycznego agresją lub też pretensjami w kierunku szkoły z obawy przed wniesieniem sprawy do sądu rodzinnego lub założeniem niebieskiej karty, co mogą postrzegać jako zagrażające ich reputacji.

4. Czynniki ryzyka 4. Zbyt mała liczba godzin etatowych dla psychologa/pedagoga szkolnego do objęcia opieką liczby uczniów wobec których prowadzona jest procedura

Z uwagi na różne czynniki, w tym czynniki ekonomiczne, szkoła może mieć ograniczone możliwości zatrudniania psychologów na pełen etat. Jeśli wśród uczniów danej szkoły, jest duża liczba dzieci z orzeczeniem oraz występuje wiele sytuacji w których dziecko/uczeń objęte jest opieką psychologiczną w ramach procedury, uczeń może nie dostać wsparcia w sytuacjach, kiedy tego potrzebuje, będąc na terenie szkoły. Psycholog/pedagog szkolny może (przez ograniczone w szkole godziny) mieć trudność ze zrealizowaniem zajęć warsztatowych lub zapewnieniem rozmowy z uczniami będącymi świadkami zdarzenia.

5. Czynniki ryzyka 5. Brak wiedzy o uczniach będących świadkami zdarzenia

Niektórzy uczniowie będący świadkami zdarzenia mającego miejsce na terenie szkoły, mogą uciec z miejsca zdarzenia z napięcia lub też odmówić rozmowy z członkiem zespołu interwencyjnego.

6. Czynniki ryzyka 6. Nieobecność członków zespołu interwencyjnego

Procedura może nie być rozpoczęta w odpowiednim momencie z uwagi na nieobecność np. wychowawcy klasy lub innego członka zespołu interwencyjnego. Wówczas dyrekcja powinna delegować odpowiednie osoby do jak najszybszego przeprowadzenia interwencji.

7. Czynniki ryzyka 7. Rodzina niedostrzegająca problemów dziecka lub niezainteresowana pracą na jego rzecz

Niektóre problemy rodziców lub przekonania mogą wpływać na niechęć do podejmowania oddziaływań, takie postawy mogą również rzutować na postawę samego ucznia, który będzie zniechęcany przez rodziców do stosowania się do planu bezpieczeństwa i korzystania z oddziaływań na terenie szkoły. Ambiwalentne podejście rodziców i bagatelizowanie problemów dziecka może przysłużyć się niskiej motywacji do stosowania proponowanych strategii rozwiązywania problemów, alternatywnych sposobów radzenia sobie. Jak również powodować, że problem samouszkodzeń w dalszym ciągu będzie obecny, a objawy dziecka nie będą ulegały zmianie. Będzie to również wpływało na przedłużanie się procedury.

8. Czynniki ryzyka 8. Częste podejmowanie przez dziecko zachowań autodestrukcyjnych na terenie szkoły

Niektórzy uczniowie mogą nie stosować się do określonych ustaleń i nie korzystać ze wsparcia psychologa/pedagoga szkolnego na terenie placówki. Deprywacja uwagi i wtórne korzyści z eksponowania samookaleczeń lub też inne czynniki, jakie mogą dawać korzyści uczniowi, mogą powodować, że w dalszym ciągu będzie samookaleczał się na terenie szkoły.

9. Czynniki ryzyka 9. Wzmacnianie bezradności i unikania

Może tak się zdarzyć, że uczeń, kiedy nie będzie chciał uczestniczyć w lekcjach lub będzie nieprzygotowany, będzie chciał korzystać z formy indywidualnego wsparcia pod pretekstem chęci samookaleczenia się, dlatego ważne jest ustalenie czasu tych oddziaływań – określenie ich wstępnie na czas 3 miesięcy, omówienie z uczniem czynności zastępczych oraz planu bezpieczeństwa oraz ustalenie, że zanim uczeń trafi do gabinetu psychologa – skorzysta z ustalonych rozwiązań.

10. Czynniki ryzyka 10. Ucieczka ucznia

Procedura może nie zostać zrealizowana również ze względu na to, że uczeń może uciec z miejsca zdarzenia, przez nieuwagę nauczyciela czy członka zespołu interwencyjnego zbiegnie z miejsca zdarzenia i opuści pomieszczenie.

11. Czynniki ryzyka 11. Uczeń zostaje objęty prywatną opieką zewnętrzną

W przypadku gdy uczeń będzie korzystał z psychoterapii w ramach prywatnej praktyki, nie będzie możliwości zweryfikowania szczegółowo planu. Uczeń wówczas może nie przejść przez formalny proces diagnostyczny, tym bardziej, kiedy psychoterapeuta nie będzie miał jednocześnie dyplomu psychologa. Wobec tego nie będzie miał możliwości weryfikowania efektów leczenia na podstawie modelu Objawy-Cechy-Kompetencje oraz może odmówić współpracy w ramach sesji koordynacji.

12. Czynniki ryzyka 12. Długi czas oczekiwania na objęcie opieką ośrodka

Z uwagi na aktualną sytuację w publicznych placówkach świadczących pomoc na rzecz dzieci i młodzieży, uczeń może nie zostać tak szybko pomocą, jak wymaga tego sytuacja, wpłynie to na opóźnienie rozpoczęcia współpracy międzysektorowej i wydłuży czas trwania procedury.

Załączniki:

1. Wzór dokumentu. Oświadczenie rodzica-samouszkodzenia.
2. Checklista ewaluacyjna dla koordynatora. Wariant A i B.
3. Formularz. Wywiad z uczniem u którego obserwujemy obecność samouszkodzeń.
4. Przewodnik. Plan bezpieczeństwa.
5. Wzór dokumentu. Oświadczenie rodzica- samouszkodzenia

6. Wzór dokumentu. Oświadczenie rodzica- samouszkodzenia z myślami samobójczymi.
7. Scenariusz warsztatów psychoedukacyjnych. Samouszkodzenia.
8. Checklista objawów. Obserwacja ucznia u którego podejrzewa się występowanie samouszkodzeń.

Bibliografia:

1. Babiker G., Arnold L. (2003). Autoagresja. Mowa zranionego ciała. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
2. Baetens, I., Decruy, C., Vatandoost, S., Vanderhaegen, B., & Kiekens, G. (2020). School-based prevention targeting non- suicidal self-injury: A pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-11.
3. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. (2015). *The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature*. *Borderline Pers Disord Emotion Dysregulation* 2(1):2. doi: 10.1186/s40479-014-0024-3.
4. Kicińska L., Łuba M., Palma J., Witkowska H. (2022). *Samouszkodzenia – zrozumieć, aby zapobiec. Poradnik nt. samouszkodzeń u młodzieży, skierowany do środowiska szkolnego (nauczyciele, wychowawcy, szkolni specjaliści)*. Warszawa: Stowarzyszenie Polskie Towarzystwo Suicydologiczne.
5. Lenkiewicz K., Racicka E., Bryńska A. (2017). Samouszkodzenia – miejsce w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, czynniki ryzyka i mechanizmy kształtujące. *Przegląd badań Psychiatria Polska* 51(2), 323-334.
6. Makowska I., Gmitrowicz A. (2018). Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze *Psychiatria Polska* 18(2), 173-179.
7. Walsh W.B. (2014) *Terapia samouszkodzeń*, Kraków: Wydawnictwo uniwersytetu Jagiellońskiego.

8. Weisz J.R., Kazdin A. E. (red.) (2020). *Metody w psychoterapii dzieci i młodzieży oparte na dowodach*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
9. Wycisk J., Ziółkowska M. (2019). *Autodestruktywność dzieci i młodzieży* Warszawa: Difin SA.
10. Wycisk J., Ziółkowska M. (2010). *Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Warszawa: Difin SA.
11. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (2023). Pobrane z: <https://fdds.pl/o-fundacji/co-nowego-w-fundacji/30-wiecej-lekow-130-wiecej-samookaleczen-180-wiecej-mysli-zamiarow-i-prob-samobojczych.html>.
12. Ostaszewski K, Kucharski M., Stokwiszewski J. (2021). *Wyniki badania dzieci i młodzieży (wiek 7-17 lat)*. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Pobrane z: https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Wyniki-badania-dzieci-i-mlodziezy-7-17-lat.pdf.
13. NHS Foundation Trust. (2016). *Young people who self-harm* Oxford Health. Pobrane z: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/nccmh/suicide-prevention/wave-1-resources/young-people-who-self-harm-a-guide-for-school-staff.pdf?sfvrsn=e6ebf7ca_2.
14. State of Victoria (Department of Education and Training) (2021). *Responding to self-harm, including suicide attempts, in students A guide to assist secondary schools*. Pobrane z: <https://www.education.vic.gov.au/PAL/responding-to-self-harm-including-suicide-attempts-in-students-a-guide-to-assist-secondary-schools.pdf>.