

ARKADIUSZ PAWEŁ SZAJNA

Wyższa Szkoła Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach

ZAMACHY SAMOBÓJCZE WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY – POTRZEBA PILNEGO WPROWADZENIA STRATEGII PROFILAKTYKI SUICYDALNEJ O RANDZE PROGRAMU NARODOWEGO

1. WPROWADZENIE

Nie podlega dyskusji fakt, że zamachy samobójcze wśród najmłodszych obywateli naszego kraju – dzieci i młodzieży, są skomplikowanym zjawiskiem o podłożu zarówno społecznym, jak i medycznym, które dodatkowo związane jest z tym, iż nasze społeczeństwo, nie dysponując odpowiednią wiedzą o problematyce samobójstw i instrumentami o charakterze profilaktycznym, cierpi z powodu podjęcia przez młodych ludzi takich zachowań, którym w wielu przypadkach można by zaradzić, podejmując w odpowiednim czasie właściwe kroki.

Wiele ostatnimi czasy mówiono i pisano o pilnej potrzebie wprowadzenia mechanizmów zaradczych. W Polsce co prawda działa Zespół Roboczy do spraw Prewencji Samobójstw i Depresji przy Radzie do spraw Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, ale do dzisiaj nie wprowadzono narodowego programu zapobiegania zamachom samobójczym, którego potrzebę opracowania zgłaszają przedstawiciele różnych

środowisk zajmujących się tym wielowymiarowym zagadnieniem¹. Pamiętać trzeba o tym, że podstawą opracowania takiego programu powinny być dokładne badania naukowe, abyśmy jak słusznie podkreśla prof. Brunon Hołyst, mogli postawić diagnozę, co, gdzie, kiedy i jakie przedsięwzięć działania w odniesieniu do różnych grup populacji². Zatem od podjęcia badań do wprowadzenia odpowiedniego, tj. „szytego na miarę” polskiego społeczeństwa programu może minąć wiele lat, dlatego działania zmierzające w kierunku opracowania i wdrożenia kompleksowych rozwiązań powinny jak najszybciej zostać zainicjowane i nabrać właściwego, proporcjonalnego do danego problemu tempa.

Priorytetem współczesnych społeczeństw jest dbanie o zdrowie i życie ludzi, do którego należy również z całą pewnością zapobieganie zamachom suicydalnym dzieci i młodzieży, z którymi w Polsce nie potrafimy sobie – jak dotąd – skutecznie poradzić. Mając powyższe na uwadze, niniejszy artykuł w swoim założeniu ma stanowić kolejny głos domagający się wprowadzenia narodowego programu zapobiegającego zamachom samobójczym oraz podkreślający jednocześnie, że profilaktyka suicydalna ma szczególne uzasadnienie w odniesieniu do dzieci i młodzieży, ponieważ grupa ta nie dysponuje jeszcze odpowiednio dobrze wykształconymi mechanizmami radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

2. ZAMACH SAMOBÓJCZY – WYBRANE ASPEKTY TERMINOLOGICZNE ORAZ KLASYFIKACJA ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH

Jedną z pierwszych definicji samobójstwa w 1897 r. zaproponował Émile Durkheim, która brzmi następująco: „Samobójstwem nazywa się każdy przypadek śmierci, będący bezpośrednim lub pośrednim wynikiem działania lub zaniechania, przejawionego przez ofiarę zdającą sobie sprawę ze skutków swego zachowania”³. Wyodrębnił on również

¹ Por. <http://konferencjasuicydologiczna.umed.pl/deklaracja-pokongresowa/> (dostęp 15 lutego 2020 r.).

² Por. <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/aktualnosci/217297,brakuje-programu-zapobiegania-samobojstwom> (dostęp 15 lutego 2020 r.).

³ B. HOŁYST, *Suicydologia*, Warszawa 2002, s. 33.

trzy rodzaje samobójstw w zależności od typów związków pomiędzy jednostką a społeczeństwem⁴. Do pierwszego zaliczył tzw. samobójstwo altruistyczne, definiowane jako odebranie sobie życia dla dobra społeczeństwa (np. akty kamikadze)⁵. Drugi rodzaj to samobójstwo egoistyczne będące wynikiem skłócenia jednostki ze społeczeństwem, gdy nie poddaje się kontroli, odrzuca normy, które w danej społeczności obowiązują⁶. Trzeci rodzaj to samobójstwa anomiczne, które występują w nagłych sytuacjach kryzysowych⁷. Na marginesie dodajmy, że do przedstawionej powyżej grupy rodzajów samobójstw należy również zaliczyć samobójstwa: realistyczne, nieumyślne, złośliwe, dziwaczne oraz będące efektem zespołu zwanego „negatywnym Ja” (poczucie porażki połączone z nieprzystosowaniem)⁸.

Erwin Stengel uważał, że zamachem samobójczym jest taki rozmyślny akt samouszkodzenia, który przed popełnieniem wyklucza w świadomości sprawcy pewność przeżycia⁹. Był on pewny, że istnieje swoista ambiwalencja celów, równoczesna chęć życia i śmierci, dążenie między bytem i nicością¹⁰. Takie podejście wyklucza zamiar jako istotny element samobójstwa, zastępując go niepewnością co do skutku i przewidywaniem możliwości zgonu¹¹. Zatem jednostka świadomie, a może i podświadomie, przypisuje swojemu działaniu określone prawdopodobieństwo zgonu¹². Według E. Stengla nieczęsto sprawcy zamachów samobójczych przewidują absolutną nieuchronność śmierci (działanie

⁴ K. NOWAK-KLUCZYŃSKI, *Dlaczego dzieci i młodzież popełniają samobójstwa?*, «Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze» 5/2012, s. 44.

⁵ *Ibidem*.

⁶ *Ibidem*.

⁷ K. NOWAK-KLUCZYŃSKI, *op. cit.*, s. 44, za: S. PUŻYŃSKI, *Samobójstwa i zaburzenia psychiczne (zwłaszcza depresje)*, [w:] *Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny*, red. W.A. BILIKIEWICZ, W. STRZYŻEWSKI, Warszawa 1992, s. 216.

⁸ S. PUŻYŃSKI, *op. cit.*, s. 216.

⁹ M. MAKARA-STUDZIŃSKA, *Wybrane zagadnienia z problematyki suicydologii*, «Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska» 26(17)/2001, s. 222.

¹⁰ B. HOŁYST, *Suicydologia...*, s. 35.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ibidem*, s. 36.

z zamiarem bezpośrednim)¹³. Najczęściej jest to przewidywanie możliwości zgonu (działanie z zamiarem ewentualnym)¹⁴.

Warto również w tym miejscu przedstawić pogląd Avery'ego Weismana i jego współpracowników, którzy podkreślają instrumentalny charakter zamachu samobójczego¹⁵. Uważają, że samobójstwo jest najczęściej środkiem do osiągnięcia jakiegoś „ziemskiego celu”, a nie samym w sobie celem unicestwienia życia¹⁶. Postrzegają zamach samobójczy jako „wielowartościowy” środek osiągnięcia celu, który siłą rzeczy prowadzi do pojmowania go jako zdarzenia o charakterze losowym¹⁷. Samobójstwo traktują jako jedną z wartości zmiennej samouszkodzenia, której krańcowym wymiarem jest zgon¹⁸. Dlatego na określenie zamachu samobójczego proponują termin „zachowanie zagrażające życiu”¹⁹.

Analizując samobójstwo przez pryzmat zjawiska społecznego, możemy stwierdzić, że jest to przejaw dezintegracji społecznej, którego pojawianie się jest dowodem na okoliczność osłabienia mechanizmów kontroli społecznej, a także rozluźnienia powszechnie akceptowanych norm i wartości²⁰. Współcześnie zjawiska patologii społecznej wynikają z intensywnych zmian politycznych, gospodarczych i kulturowych. Można więc w ślad za Krystyną Kuberską-Przekwas uznać, że: „Nasilenie dewiacyjnych zachowań można sprowadzić do trzech kategorii uwarunkowań szeroko omawianych w literaturze przedmiotowej: osłabienie więzi społecznych, osłabienie mechanizmów kontroli społecznej, wzrost napięcia między celami i możliwościami ich realizacji (duża rozpiętość między najniższymi i najwyższymi szczeblami drabiny społecznej)”²¹.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ M. MAKARA-STUDZIŃSKA, *op. cit.*, s. 222.

¹⁶ B. HOŁYST, *Suicydologia...*, s. 36.

¹⁷ M. MAKARA-STUDZIŃSKA, *op. cit.*, s. 222.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ M. RZADKOWSKA, *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży – charakterystyka i profilaktyka*, «Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały» 1.18/2016, s. 163.

²¹ K. KUBERSKA-PRZEKwas, *Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna*, «Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy. Nauki Społeczne. Wyższa Szkoła Informatyki i Ekonomii Towarzystwa Wiedzy Powszechnej» 9/2014, s. 53.

Spoglądając na samobójstwo z punktu widzenia medycyny oraz kryminologii, należałoby uznać, że jest ono rodzajem śmierci gwałtownej, do której dochodzi wówczas, gdy na cały ustroj lub ważne dla życia układy czy narządy zadziałały szkodliwe czynniki zewnętrzne, wywołując uraz, którego natężenie powoduje przekroczenie granic wytrzymałości lub adaptacji danego ustroju, ponad możliwość zachowania życia w zmienionych warunkach²².

Ze względu na złożoną etiologię problemu samobójstwa wykształciła się odrębna nauka zajmująca się badaniem tego zjawiska – suicydologia (nauka o samobójstwach)²³. Termin zachowania suicydalnego wprowadził B. Hołyst, według którego zachowanie to jest: „ciągim reakcji, jakie wyzwolone zostają w człowieku z chwilą, gdy w jego świadomości samobójstwo pojawia się jako antycypowany, pożądaný stan rzeczy, a więc jako cel”²⁴.

Brunon Hołyst w swojej publikacji wskazuje cztery etapy składające się na zamach samobójczy, tj.:

1. samobójstwo wyobrażone, które ma miejsce wówczas, gdy pojawiają się myśli o samobójstwie jako sposobie rozwiązania problemów;
2. samobójstwo upragnione, które występuje wtedy, gdy narastające myśli formułują się w konkretny zamiar, cel;
3. samobójstwo usiłowane;
4. samobójstwa dokonane²⁵.

Mając powyższe na uwadze, zamachy samobójcze, w odniesieniu do skutku, jakim jest śmierć, możemy podzielić na dwie grupy:

1. samobójstwa dokonane, czyli takie, które kończą się śmiercią;
2. samobójstwa usiłowane, które nie kończą się odebraniem sobie życia, ponieważ wystąpiły okoliczności umożliwiające uratowanie albo osoba przeprowadzająca zamach na swoje życie zrobiła to w sposób umożliwiający uratowanie.

²² L. BEDNARSKI, A. URBANEK, *Śmierć samobójcza – perspektywa kryminologiczna i pedagogiczna*, Kraków 2012, s. 60.

²³ B. HOŁYST, *Kryminologia*, Warszawa 1999, s. 599.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ B. HOŁYST, *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, Warszawa 1983, s. 12-13.

Marta Makara-Studzińska wskazuje, że do grupy samobójstw usiłowanych zalicza się również tzw. próby samobójcze (*temptamen suicidii, attempted suicide*), podkreślając, że chociaż należą one do tej samej klasy co samobójstwa, mają swoją specyfikę – zdecydowanie liczniejsze są wśród młodych ludzi i kobiet, a ponadto postrzegane są jako „wołanie o pomoc”²⁶.

Warto w tym miejscu podkreślić, że w przypadku nastolatków wyróżnia się również:

1. samobójstwa prawdziwe, czyli takie, których celem jest śmierć;
2. samobójstwa rzekome, czyli takie, których intencją nie jest śmierć, tylko – jak to wskazuje A. Zwoliński – wywołanie u otoczenia poczucia winy, wstydu; może to też być również akt zemsty lub rozpacz;
3. samobójstwa demonstratywne, czyli takie, które mają na celu zwrócenie uwagi bliskich na problemy i potrzeby osoby, która podejmuje próbę samobójczą²⁷.

Psychologiczne podejście do samobójstwa charakteryzuje się nieuznaniem go jako zjawiska wyizolowanego, gdyż bytuje ono w określonej sytuacji samobójczej, stanowiącej pewne kontinuum, które wiedzie przez²⁸:

1. myśli samobójcze, które odznaczają się brakiem poważnego planowania zamachu, gdyż nie zawierają chęci umierania ani decyzji o zamachu; stanowią bowiem skierowanie świadomości na sprawy związane ze śmiercią; mogą przyjmować postać: „lepiej by było, gdyby mnie nie było”, „wolałbym umrzeć niż...”;
2. tendencje samobójcze, które należy pojmować jako konsekwencje zintensyfikowania się sytuacji konfliktowych i uporczywego, wręcz stałego trwania przy myśli o śmierci; planowanie sposobu dokonania zamachu samobójczego jest rozpatrywane na poważnie, ponieważ dochodzi do wybierania miejsca, czasu i sposobu, pisze się również listy pożegnalne, rozdaje swoje rzeczy;

²⁶ M. MAKARA-STUDZIŃSKA, *op. cit.*, s. 219-230.

²⁷ A. ZWOLIŃSKI, *Krzywdzone dzieci. Zagrożenia współczesnego dzieciństwa*, Kraków 2012, s. 177-195.

²⁸ M. MAKARA-STUDZIŃSKA, *op. cit.*, s. 223.

3. akt samobójczy, z którym spotykamy się wtedy, gdy człowiek pokonał wahania, niepewność i lęk przed śmiercią oraz podejmuje decyzję (świadomą) o pozabawieniu się życia, na przykład „nie chcę żyć”, „chcę umrzeć”²⁹.

Marta Makara-Studzińska wskazuje, że pomiędzy poszczególnymi etapami takich zachowań istnieje tylko różnica stopnia, dlatego jako istotne jawi się uwzględnienie okoliczności prowadzących do narastania intensywności odczuć, do zmiany ich zabarwienia i podjęcia decyzji o pozabawieniu się życia³⁰. Mając powyższe na uwadze, „sytuacja samobójcza” przedstawiona jest również z punktu widzenia czynników doprowadzających do czynu³¹. Nieustające konflikty z otoczeniem, w którym dany człowiek przebywa, czy frustracje generują tzw. atmosferę samobójczą, która odznacza się wzrostem napięcia, lęku i zniechęceniem do życia³². Człowiek stopniowo traci wiarę we własne siły, możliwości zwalczania trudnej dla niego sytuacji i wówczas pojawiają się myśli, że tak naprawdę jedynym i słusznym rozwiązaniem jest śmierć³³. Atmosfera samobójcza powinna być rozumiana jako stan gotowości człowieka do popełnienia samobójstwa, lecz należy podkreślić, że niekoniecznie musi do niego prowadzić³⁴. Do realizacji zamachu niezbędny jest bezpośredni powód (czynnik), który uruchamia tę gotowość i może być niewspółmiernie błahy w stosunku do skutku, stanowiąc przysłowiową kroplę, która przelała czarę goryczy³⁵. Przeprowadzając analizę samobójstwa tylko z punktu widzenia powodu (czynnika) bezpośredniego, może stać się ono niezrozumiałe jako reakcja niewspółmierna do bodźca, dlatego chociażby dokładne zaznajomienie się z całą sytuacją życiową wyjaśnia zamach samobójczy i znaczenie powodu (czynnika) bezpośredniego³⁶.

²⁹ M. MAKARA-STUDZIŃSKA, *op. cit.*, s. 223, za: Z. PŁUŻEK, *Samobójstwo*, [w:] *Encyklopedia psychologii*, red. W. SZEWCZUK, Warszawa 1998, s. 783-787.

³⁰ M. MAKARA-STUDZIŃSKA, *op. cit.*, s. 223-224.

³¹ *Ibidem*, s. 224.

³² *Ibidem*.

³³ *Ibidem*.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ *Ibidem*.

Powyżej zaprezentowane rozważania są niezbitym dowodem na to, że problematyka odnosząca się do zamachów samobójczych jest zagadnieniem złożonym, nad którym ogniskuje się uwaga przedstawicieli wielu środowisk naukowych. Tak szerokie zainteresowanie tym tematem jest bardzo ważne, ponieważ daje solidne podstawy do tego, by móc planować i realizować skuteczne działania w ramach profilaktyki suicydalnej.

4. CZYNNIKI ZWIĘKSZAJĄCE PRAWDOPODOBIENSTWO WYSTĄPIENIA ZAMACHU SAMOBÓJCZEGO

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie w okresie młodzieńczym to dobrostan i możliwość pełnego wykorzystania potencjału rozwojowego w wymiarach: somatycznym, psychicznym, społecznym i duchowym, czemu sprzyja bycie wrażliwym na bodźce sensoryczne, stany emocjonalne swoje i innych osób. Jednocześnie z uwagi na tę wrażliwość młodzież staje się szczególnie podatna na działanie wielu czynników ryzyka³⁷. Mając na uwadze wyżej wspomnianą wrażliwość, młodzi ludzie są szczególnie podatni na działanie czynników z grupy ryzyka. Wiek dorastania, określanej jako „adolescencja”, to czas ewolucji obejmujący całą sferę życia młodego człowieka, dlatego też psycholodzy podkreślają, że jest to najtrudniejszy i najbardziej złożony etap, który wywiera duży wpływ na postawy życiowe jednostki, poglądy, styl życia oraz dalsze losy³⁸.

Dodać należy, że okres adolescencji to czas intensywnych i złożonych zmian w zakresie poszukiwania sensu życia, zmian priorytetów oraz tożsamości, innego sposobu spostrzegania otaczającego świata, poszukiwania własnej drogi życiowej oraz chęci zaimponowania³⁹.

³⁷ J. CIEŚLIKOWSKA, *Szkolne zadania z zakresu promocji zdrowia a ogólnopedagogiczne kompetencje nauczycieli do ich podejmowania*, [w:] *Środowisko, młodzież, zdrowie*, red. J. MALINOWSKI, A. ZANDECKI, Toruń 2007, s. 207-212.

³⁸ A. GMITROWICZ, U. WOLANEK, A. MADEJ, M. MAKARA-STUZIŃSKA, *Motywy podejmowania prób samobójczych przez młodzież w wieku 13-19 lat = Motives for suicide attempts by youth aged 13-19*, «Journal of Education, Health and Sport» 5.6/2015, s. 52.

³⁹ *Ibidem*.

Napotykać trudności podczas realizacji zadań, u młodych ludzi może wystąpić poczucie beznadziejności⁴⁰. Młodzież ma również tendencję do reagowania rezygnacją, która przejawia się brakiem umiejętności radzenia sobie z problemami w szkole, poczuciem bezsensu, lękiem, somatyzacją oraz tendencjami samobójczymi⁴¹.

Do grupy podstawowych czynników ryzyka należy bez wątpienia zakwalifikować sytuację rodzinną panującą w domu młodego człowieka. Rodzina stanowi najważniejszy obszar dla rozwoju psychiki człowieka i kształtowania poczucia bezpieczeństwa, zaufania i relacji z innymi, poczucia własnej wartości, wiary we własne możliwości, norm, hierarchii wartości. Tak więc za bezdyskusyjne należy uznać, że dysfunkcje podstawowej komórki społecznej, jaką jest rodzina (rozpad życia małżeńskiego rodziców, alkoholizm, przemoc fizyczna lub psychiczna, zaburzenia psychiczne, poważne choroby), mogą być jednym z istotnych czynników sprzyjających występowaniu zamachów samobójczych⁴². Tak więc do czynników negatywnie wpływających możemy zaliczyć między innymi: występowanie zaburzeń psychicznych w rodzinie (np. depresja i choroba afektywna dwubiegunowa), uzależnienie od środków psychoaktywnych i przemocy domowej (np. przemoc fizyczna wobec dziecka oraz molestowanie seksualne)⁴³.

Czynnikiem ryzyka może być również styl wychowania. Podkreśla się, że skrajne sposoby wychowywania mogą przyczynić się do powstania zamiaru samobójczego⁴⁴. Autorytarny sposób wychowania dzieci oraz z drugiej strony zaniedbujący, mało angażujący są czynnikami ryzyka⁴⁵. Najczęściej występującymi relacjami w rodzinach, w których doszło do

⁴⁰ *Ibidem*, s. 52-53.

⁴¹ *Ibidem*, s. 53.

⁴² M. PENKOWSKA, *Dziecko po próbie samobójczej – wstępna analiza badań retrospektywnych przeprowadzonych w Klinice Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. T. Bilibkiewicza Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*, «Zdrowie i Dobrostan» 3/2014, s. 112.

⁴³ M. RZADKOWSKA, *op. cit.*, s. 165.

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ *Ibidem*.

czynów samobójczych, była nadmiernie zaangażowana, krytyczna i kontrolująca matka przy wycofanym, cichym, niezaangażowanym ojcu⁴⁶.

Atmosfera panująca w rodzinie także może być przyczyną wystąpienia samobójstw wśród dzieci. Mając powyższe na uwadze, można pokusić się o stwierdzenie, że brak bliskości emocjonalnej, mała ilość czasu i uwagi poświęcana dzieciom, a także niezaspokajanie podstawowych potrzeb emocjonalnych to jedne z najczęściej występujących czynników ryzyka⁴⁷.

Do istotnych czynników ryzyka możemy zaliczyć również wstrząsające zdarzenia w okresie dzieciństwa, szczególnie wtedy, gdy w odpowiednim momencie nie zaangażowano psychologa lub młody człowieka nie uzyskał tak cennego wsparcia ze strony najbliższych mu osób dorosłych⁴⁸. Marta Rzadkowska podkreśla, że młodzi ludzie o skłonnościach samobójczych pochodzą z rodzin, w których współistnieje co najmniej kilka problemów oraz dochodzi do ich kumulacji⁴⁹.

Ponadto do czynników ryzyka można zaliczyć izolację rodziny i brak wsparcia zewnętrznego, ponieważ z uwagi na lojalną postawę dzieci wobec rodziców uważają, że nie mogą ujawniać rodzinnych spraw, czego konsekwencją jest powstrzymanie się od podejmowania działań mających na celu uzyskanie pomocy z zewnątrz⁵⁰.

Do grona czynników ryzyka należy również niekorzystna sytuacja wśród kolegów i koleżanek, na przykład w szkole. Ogromnym problemem na analizowanym tle jest stygmatyzacja, odrzucenie, przemoc fizyczna oraz psychiczna.

Duże znaczenie ma też stosunek do szkoły i nauki, brak sukcesów, złe zachowanie i przynależność do subkultur o charakterze dewiacyjnym⁵¹. Ponadto brak zaangażowania w prace grup o charakterze rozwojowym

⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁷ *Ibidem*, s. 165.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ M. RZADKOWSKA, *op. cit.*, s. 165, m.in. za: A. BĄBIK, D. OLEJNICZAK, *Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce*, «Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka» 13.2/2004, s. 99-121.

⁵¹ M. RZADKOWSKA, *op. cit.*, s. 167.

oraz niestabilny system wartości i przekonań religijnych może odgrywać duże znaczenie w procesie podejmowania decyzji o popełnieniu zamachu samobójczego⁵².

Do czynników ryzyka zaliczamy również brak hobby, zainteresowań i przynależności do grupy dającej oparcie młodemu człowiekowi⁵³.

Zamachy samobójcze najczęściej występują u dzieci i młodzieży, u których zdiagnozowano co najmniej jedno zaburzenie⁵⁴. Za bardzo groźne należy uznać współwystępowanie depresji z poniżej opisanymi zaburzeniami i dysfunkcjami psychicznymi oraz z zachowaniami antyspołecznymi (wysoki poziom agresji i autoagresji przy niskim poziomie lęku)⁵⁵. Depresja nie jest jednak czynnikiem determinującym wystąpienie zachowań samobójczych, ale te dwa zjawiska często współwystępują⁵⁶. Co więcej, depresja jest także jednym z sygnałów ostrzegawczych dla otoczenia⁵⁷.

Zaburzenia zachowania, zaburzenia lękowe, epilepsja oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych należy uznać za problemy, które zdecydowanie mogą być podstawą tego typu zachowań⁵⁸. Podejmowanie prób samobójczych oraz leczenie psychiatryczne należy uznać za istotne czynniki ryzyka dla powtórnych zamachów samobójczych⁵⁹.

Za szczególnie niebezpieczną należy uznać sytuację, w której występuje połączenie wcześniejszych prób samobójczych, problemy natury psychicznej, odrzucanie pomocy oraz autoagresja w postaci samookałeczenia się⁶⁰.

Ponadto o zwiększonym ryzyku zamachem samobójczym może świadczyć zażywanie środków psychoaktywnych, chemicznych,

⁵² *Ibidem*, s. 167.

⁵³ *Ibidem*, s. 168.

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ *Ibidem*.

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ M. RZADKOWSKA, *op. cit.*, s. 168, m.in. za: A. BĄBIK, D. OLEJNICZAK, *op. cit.*, s. 99-121.

⁵⁸ M. RZADKOWSKA, *op. cit.*, s. 168-169.

⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁰ M. RZADKOWSKA, *op. cit.*, s. 169, m.in. za: A. BĄBIK, D. OLEJNICZAK, *op. cit.*, s. 99-121.

nadużywanie alkoholu, zmiany w codziennym zachowaniu, złość czy wrogość, pisanie listów samobójczych⁶¹. Wymaga wyraźnego podkreślenia, że osoby, które w jakikolwiek sposób informują otoczenie o zamiarach samobójczych lub już wcześniej podjęły próbę samobójczą, powinny być oceniane pod kątem czynników zagrożenia samobójczego i poddane pełnemu badaniu stanu psychicznego oraz konsultacji psychiatrycznej⁶².

Mając na uwadze fakt, że w ostatnich dziesięcioleciach obserwowany jest wzrost zachorowań na depresję wśród dzieci i młodzieży oraz że zajmuje ona jedno z najwyższych miejsc pośród najczęstszych problemów medycznych w wymienionej wyżej grupie wiekowej [szacuje się, że przed ukończeniem 18. roku życia nawet 20% nastolatków zapadnie na dużą depresję (*major depres – sive disorder – MDD*), poświęć temu istotnemu zagadnieniu więcej miejsca w niniejszym rozdziale⁶³.

Pojawienie się depresji i jej rozwój zależy od współdziałania wielu czynników. Możemy zaliczyć do nich między innymi czynniki genetyczne, środowisko rodzinne, osobowe. Wartym uwagi czynnikiem ryzyka jest występowanie depresji u rodziców, który trzykrotnie zwiększa ryzyko depresji u ich dzieci⁶⁴. Dzięki wynikom przeprowadzonych badań można zauważyć, że rodzice 20-50% chorych dzieci cierpieli z powodu depresji lub innych problemów psychicznych⁶⁵. Poziom dziedziczenia

⁶¹ M. PENKOWSKA, *op. cit.*, s. 110.

⁶² *Ibidem*, s. 110-111.

⁶³ S. KALINOWSKA, K. NITSCH, P. DUDA, B. TRZESIEWSKA-DRUKAŁA, J. SAMOCHOWIEC, *Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia*, «Annale Academiæ Medicæ Stetinesis Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie» 59.1/2013, s. 33, za: P.M. LEWINSOHN, H. HOPS, R.E. ROBERTS, J.R. SEELEY, J.A. ANDREWS, *Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students*, «Journal of Abnormal Psychology» 102.1/1993, s. 133-144.

⁶⁴ S. KALINOWSKA, K. NITSCH, P. DUDA, B. TRZESIEWSKA-DRUKAŁA, J. SAMOCHOWIEC, *op. cit.*, s. 33, za: B. BIRMAHER, N.D. RYAN, D.E. WILLIAMSON, D.A. BRENT, J. KAUFMAN, R.E. DAHL, *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years*, «Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry» 35.11/1996, s. 1427-1439.

⁶⁵ S. KALINOWSKA, K. NITSCH, P. DUDA, B. TRZESIEWSKA-DRUKAŁA, J. SAMOCHOWIEC, *op. cit.*, s. 33, za: L.P. RICHARDSON, R. KATZENELLENBOGEN, *Childhood and*

depresji wynosi co najmniej 50%, ale jak wskazują Sylwia Kalinowska, Katarzyna Nitsch, Paulina Duda, Beata Trzysiowska-Drukała oraz Jerzy Samochowiec, istotną rolę w powstawaniu depresji odgrywają również czynniki środowiskowe⁶⁶. Autorzy w swojej publikacji wskazują, że do rodzinnych czynników ryzyka zaliczyć należy między innymi: konflikty i niezgodę w rodzinie, niski status socjoekonomiczny, śmierć jednego z opiekunów, przemoc i nadużycia seksualne, zaniedbanie, przestępczość, nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców, niepewny typ więzi emocjonalnej z rodzicami, lękowa reprezentacja przywiązania, negatywne postawy rodzicielskie, brak wsparcia, nieprawidłowy styl wychowawczy, dezorganizacja życia rodzinnego i niedostępność rodziców z powodu ich choroby⁶⁷. Zatem depresja, na którą cierpi rodzic, może wpływać na zachorowalność dziecka poprzez obciążenie genetyczne oraz konstruowanie nieprawidłowego pod względem emocjonalnym i społecznym środowiska, które ogranicza skuteczne radzenie sobie ze stanami emocjonalnymi i stresem⁶⁸. Dodać warto, że zdarzenia o krytycznym charakterze stanowią źródło stresu, który może spełnić funkcję wyzwalacza dla objawów depresji⁶⁹. Przeprowadzone wśród dorosłych badania udowodniły, że 60-70% osób przed pierwszym rozpoznany epizodem depresji doświadczyło silnego stresującego zdarzenia⁷⁰. Wśród dzieci i młodzieży najczęściej są to: śmierć rodzica,

adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment, «Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care» 35.1/2005, s. 6-24.

⁶⁶ S. KALINOWSKA, K. NITSCH, P. DUDA, B. TRZYSIOWSKA-DRUKAŁA, J. SAMOCHOWIEC, *op. cit.*, s. 33.

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ S. KALINOWSKA, K. NITSCH, P. DUDA, B. TRZYSIOWSKA-DRUKAŁA, J. SAMOCHOWIEC, *op. cit.*, s. 33, m.in. za: L.P. RICHARDSON, R. KATZENELLENBOGEN, *Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment*, «Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care» 35.1/2005, s. 6-24.

⁶⁹ S. KALINOWSKA, K. NITSCH, P. DUDA, B. TRZYSIOWSKA-DRUKAŁA, J. SAMOCHOWIEC, *op. cit.*, s. 33.

⁷⁰ *Ibidem*.

rozwód, żałoba, samobójstwo w bliskim otoczeniu, utrata przyjaciela i więzi o charakterze przyjacielskim⁷¹.

Występowanie wśród dzieci i młodzieży depresji, jak udowadniają przeprowadzone badania, staje się predyktorem pojawienia się w późniejszym życiu tego zaburzenia⁷². Depresja wśród wymienionej wyżej grupy wiekowej zwiększa między innymi ryzyko popełnienia samobójstwa czy nadużywania substancji psychoaktywnych⁷³. Ponadto 30-70% dzieci, które przeżyły pierwszy epizod depresji, doświadczy drugiego (lub kolejnych) w okresie dziecięcym, adolescencji lub w wieku dorosłym⁷⁴. Wskazana powyżej zależność będzie występowała zwłaszcza u dzieci, które są obciążone dużą liczbą czynników ryzyka, do których należy zaliczyć na przykład: rodzinne obciążenie depresją, współwystępujące zaburzenia psychiczne, depresję nerwicową⁷⁵, lęk, negatywny styl poznawczy, niekorzystne doświadczenia życiowe⁷⁶. Warto dodać, że plany związane z popełnieniem samobójstwa u dzieci z zaburzeniami depresyjnymi rzadziej kończą się śmiercią niż u młodzieży⁷⁷. Badania wykazały, że w starszej grupie wiekowej pojawia się częściej negatywna ocena samego siebie, świata i przyszłości czy zachowania

⁷¹ S. KALINOWSKA, K. NITSCH, P. DUDA, B. TRZESIOWSKA-DRUKAŁA, J. SAMOCHOWIEC, *op. cit.*, s. 33, m.in. za: L.P. RICHARDSON, R. KATZENELLENBOGEN, *op. cit.*, s. 6-24.

⁷² S. KALINOWSKA, K. NITSCH, P. DUDA, B. TRZESIOWSKA-DRUKAŁA, J. SAMOCHOWIEC, *op. cit.*, s. 35.

⁷³ J. BOMBA, R. MODRZEJEWSKA, M. PILECKI, *Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych – piętnastoletnie badania prospektywne*, «Psychiatria Polska» 1/2003, s. 57-69.

⁷⁴ S. KALINOWSKA, K. NITSCH, P. DUDA, B. TRZESIOWSKA-DRUKAŁA, J. SAMOCHOWIEC, *op. cit.*, s. 33.

⁷⁵ Inaczej: dystymia, depresyjne zaburzenie osobowości, przewlekła depresja z lękiem.

⁷⁶ S. KALINOWSKA, K. NITSCH, P. DUDA, B. TRZESIOWSKA-DRUKAŁA, J. SAMOCHOWIEC, *op. cit.*, s. 33, za: B. BIRMAHER, C. ARBELAEZ, D. BRENT, *Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder*, «Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America» 11.3/2002, s. 619-637.

⁷⁷ S. KALINOWSKA, K. NITSCH, P. DUDA, B. TRZESIOWSKA-DRUKAŁA, J. SAMOCHOWIEC, *op. cit.*, s. 34.

autodestrukcyjne⁷⁸. Zaś w grupie adolescentów ryzyko podjęcia próby samobójczej jest bardzo wysokie, zwłaszcza u dziewcząt⁷⁹. Podkreślenia wymaga fakt, że w ostatnich latach spotykamy się z obniżaniem wieku młodocianych samobójców⁸⁰.

Sylwia Kalinowska, Katarzyna Nitsch, Paulina Duda, Beata Trzesiowska-Drukała oraz Jerzy Samochowiec wskazują na osiągnięcia w zakresie zwiększenia wiedzy na temat depresji u dzieci i młodzieży. Uważają jednak, że konieczne są dalsze badania celem zrozumienia jej patogenezy, przebiegu i związku z zaburzeniami psychicznymi wieku dorosłego⁸¹.

Realnym problemem dotyczącym zamachów samobójczych jest tzw. naśladownictwo. Według szacunkowych ocen tej przyczynie można przypisać od 1% do 13% samobójstw wśród młodzieży⁸². Na czym to naśladownictwo polega? Otóż po każdym samobójstwie znanego człowieka, idola młodzieży, wręcz natychmiast wzrasta liczba zamachów samobójczych. Pierwszym przypadkiem był tzw. efekt Wertera, bohatera książki, *Cierpienia młodego Wertera* Johanna Wolfganga Goethego. Specjaliści uznali, że fala romantycznych samobójstw, która nastąpiła po wydaniu tej książki jest bez wątpienia przykładem naśladownictwa i ulegania sugestii⁸³. Wypada w tym miejscu wspomnieć również o „efekcie Cobaina”, ponieważ gdy wokalista zespołu Nirwana popełnił samobójstwo, liczba prób samobójczych znacznie wzrosła⁸⁴. Związek między ogłoszeniem w mediach popełnienia samobójstwa a wzrostem ich liczby został udowodniony i sięga średnio tysiąca procent w przy-

⁷⁸ *Ibidem*.

⁷⁹ *Ibidem*.

⁸⁰ S. KALINOWSKA, K. NITSCH, P. DUDA, B. TRZESIOWSKA-DRUKAŁA, J. SAMOCHOWIEC, *op. cit.*, s. 34, m.in. za: M. KOŁODZIEJEK, *Depresja u dzieci i młodzieży: podstawy teoretyczne, psychoterapia poznawczo-behawioralna*, «Psychoterapia» 145.2/2008, s. 15-33.

⁸¹ S. KALINOWSKA, K. NITSCH, P. DUDA, B. TRZESIOWSKA-DRUKAŁA, J. SAMOCHOWIEC, *op. cit.*, s. 35.

⁸² R.C. CARSON, S. MINEKA, J.N. BUTCHER, *Psychologia zaburzeń*, Gdańsk 2003, s. 389.

⁸³ R. MEYER, *Psychopatologia*, Gdańsk 2003, s. 156.

⁸⁴ W. SKRZYŃSKI, *Zaburzenia psychiczne. Wybrane zagadnienia psychologii klinicznej*, Warszawa 2004, s. 261.

padku samobójstw sławnych ludzi i kilkuset procent w przypadku osób mniej znanych⁸⁵.

5. DANE STATYSTYCZNE DOTYCZĄCE ZAMACHÓW SAMOBÓJCZYCH W GRUPIE WIEKOWEJ 0-18 W LATACH 2017-2019

Analizując dane opublikowane przez Policję, które dotyczą zamachów samobójczych w odniesieniu do grupy wiekowej 0-18, możemy dojść do wniosku, że niestety rośnie liczba zamachów samobójczych, gdyż w 2017 r. było ich 730, w 2018 r. - 772, a w 2019 r. - 951.

Tab. 1. Procent liczby zamachów samobójczych w grupie wiekowej 0-18 w stosunku do liczby zamachów samobójczych ogółem

Rok	Liczba zamachów samobójczych ogółem	Liczba zamachów samobójczych w grupie wiekowej 0-18 ^A	Liczba zamachów samobójczych w grupie wiekowej 0-18 w stosunku do liczby zamachów samobójczych ogółem w proc. ^B
2017	11 139	730	6,55
2018	11 167	772	6,91
2019	11 961	951	7,95

^A Liczba stanowi sumę grup wiekowych: (0-6), (7-12), (13-18).

^B Obliczenia wykonane przez autora.

Źródło danych: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> (dostęp 17 lutego 2020 r.).

Odnosząc się z kolei do zamachów samobójczych zakończonych zgonem, to liczba ta utrzymuje się praktycznie na tym samym poziomie (98 zgonów - 2019 r., 97 zgonów - 2018 r.) w stosunku do większej ogólnej liczby zamachów samobójczych zakończonych zgonem w 2019 r. (5255), niż miało to miejsce w 2018 r. (5182). Co prawda liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem w analizowanej grupie wiekowej, gdy

⁸⁵ I. POSPISZYL, *Patologie społeczne*, Warszawa 2008, s. 105.

spojrzymy na lata 2017, 2018 i 2019, spadła, ale z uwagi na utrzymującą się tendencję w ostatnich dwóch latach liczby te nie napawają optymizmem.

Tab. 2. Procent liczby zamachów samobójczych zakończonych zgonem w grupie wiekowej 0-18 w stosunku do liczby zamachów samobójczych zakończonych zgonem ogółem

Rok	Liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem ogółem	Liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem w grupie wiekowej 0-18 ^A	Liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem w grupie wiekowej 0-18 w stosunku do liczby zamachów samobójczych zakończonych zgonem ogółem w proc. ^B
2017	5276	116	2,19%
2018	5182	97	1,87%
2019	5255	98	1,86%

^A Liczba stanowi sumę grup wiekowych: (0-6), (7-12), (13-18).

^B Obliczenia wykonane przez autora.

Źródło danych: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> (dostęp 17 lutego 2020 r.).

Utrzymujący się wysoki odsetek samobójstw u dzieci i młodzieży według Andrzeja Zwolińskiego może wynikać ze zjawiska odmładzania się struktury samobójstw, co oznacza, że coraz młodsze dzieci decydują się na odebranie sobie życia⁸⁶. Potwierdzeniem tego jest chociażby opublikowany w 2014 r. pierwszy raport WHO na temat zapobiegania samobójstwom, wskazujący, że na świecie zamachy samobójcze stanowią drugą przyczynę śmierci młodych osób w wieku 15-29 lat⁸⁷.

Przedstawione wyżej dane świadczą o dużym problemie, z którym jak dotąd nasze państwo nie potrafi sobie skutecznie poradzić. W obliczu tak niepokojących danych warto przypomnieć apel do państw, który wystosował dr Tedros Adhanom Ghebreyesus – dyrektor generalny WHO: „Każda śmierć jest tragedią dla rodziny, przyjaciół i kolegów.

⁸⁶ A. ZWOLIŃSKI, *op. cit.*, s. 177-195.

⁸⁷ *Preventing suicide: A global imperative*. Źródło: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.

Jednak samobójstwom można zapobiec. Wzywamy wszystkie kraje do włączenia sprawdzonych strategii zapobiegania samobójstwom do krajowych programów zdrowotnych i edukacyjnych w zrównoważony sposób⁸⁸.

6. KILKA UWAG O PROFILAKTYCE

22 marca 2018 r. odbył się I Kongres Suicydologiczny, zorganizowany między innymi przez Departament Zdrowia Publicznego, Zespół roboczy do spraw prewencji samobójstw i depresji przy Radzie do spraw Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, podczas którego uczestnicy omawianego wydarzenia (mając na uwadze wysoki wskaźnik samobójstw w Polsce) stworzyli dokument zwany deklaracją pokongresową. Stwierdzili, że niezbędne jest przygotowanie i wprowadzenie Polskiej Strategii Zapobiegania Samobójstwom jako części Narodowego Programu Zdrowia. Wskazali również na źródło finansowania przedsięwzięć składających się na przedmiotową strategię oraz postulowali o utworzenie Biura do spraw profilaktyki zachowań samobójczych, które będąc usytuowanym w strukturach Ministerstwa Zdrowia oraz mając do dyspozycji własny budżet, powinno koordynować działania międzyresortowe wynikające między innymi z zapisów Narodowego Programu Zdrowia. Według sygnatariuszy tego dokumentu priorytetowe cele Polskiej Strategii Zapobiegania Samobójstwom powinny zawierać:

1. „Zapewnienie szybkiego dostępu do pomocy w kryzysie psychicznym.

Konieczne jest zorganizowanie szybkiego dostępu do pomocy osobom w kryzysie psychicznym, zagrożeniu życia oraz osobom z grup ryzyka, w tym szczególnie osobom po próbach samobójczych. Niezwykle ważne jest również zapewnienie wsparcia

⁸⁸ Por. <https://www.who.int/news-room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds> (dostęp 17 lutego 2020 r.).

i pomocy rodzinie i bliskim, co stanowi kluczowy mechanizm chroniący w zapobieganiu samobójstwom (postwencja).

2. Poprawę dostępu do leczenia osób z problemami psychicznymi.

Podjęcie działań zwiększających szybki dostęp do kompleksowej pomocy leczniczej dla osób cierpiących na depresję, uzależnienia i inne zaburzenia psychiczne. Jest to szczególnie pilne zadanie w zakresie opieki psychologiczno-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

3. Rejestrację, monitoring i badania.

Podstawą profilaktyki jest aktualna diagnoza w zakresie samobójstw, prób samobójczych i innych zachowań autodestrukcyjnych. W tym celu konieczne jest utworzenie Krajowego Rejestru Zachowań Samobójczych, który integrowałby dane z Komendy Głównej Policji, Głównego Urzędu Statystycznego i systemu opieki zdrowotnej. Niezbędne jest rozwijanie badań naukowych z zakresu suicydologii i programów profilaktycznych opartych na dowodach.

4. Edukację grup zawodowych, które stanowią pierwszą linię pomocy w sytuacjach kryzysu psychicznego.

Podnoszenie umiejętności pracowników opieki zdrowotnej, numeru alarmowego 112 i telefonów zaufania, nauczycieli i pedagogów, policjantów, strażaków, pracowników socjalnych, osób duchownych, jest bardzo ważnym czynnikiem chroniącym w profilaktyce samobójstw.

5. Współpracę z mediami.

Istotną rolę w zapobieganiu samobójstwom odgrywają media. Ważne jest monitorowanie, czy społeczeństwo informowane jest o zachowaniach samobójczych w sposób rzetelny i odpowiedzialny oraz czy przestrzegane są zalecenia polskie i Światowej Organizacji Zdrowia. W publikacjach prasowych, internetowych, audycjach telewizyjnych i radiowych poświęconych problematyce samobójstw powinna zawsze znaleźć się informacja o miejscach, gdzie można uzyskać pomoc.

6. Ograniczanie dostępności do metod samobójstw.

Ograniczenie dostępu do środków toksycznych, broni, a także budowanie odpowiednich fizycznych zabezpieczeń. Konieczne

jest monitorowanie i usuwanie zagrożeń, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, związanych ze szkodliwymi treściami w Internecie i cyberprzemocą⁸⁹.

Skonstruowanie prezentowanej deklaracji oraz jej rozpowszechnienie między innymi w kręgach rządowych stanowi bardzo ważny impuls mobilizujący osoby władne do zareagowania na problem zamachów samobójczych, który od wielu lat czeka na skuteczne remedium.

Przychylnie należy odnieść się również do inicjatyw samorządów, które w obliczu braku narodowego programu zapobiegania samobójstwom tworzą własne – lokalne programy. Jako przykład można podać miasto Gdynię. Otóż Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, Wydział Polityki Rodzinnej Urzędu Miasta Gdyni i Gdyńskie Centrum Zdrowia wzięły na swoje barki trud utworzenia programu profilaktyki samobójstw i pomocy środowiskom dotkniętym próbami samobójczymi i samobójstwami, który będzie miał charakter wieloetapowy⁹⁰. Pierwszym efektem współpracy między wymienionymi wyżej instytucjami była konferencja, zorganizowana w 2019 r., podczas której B. Hołyst zgłosił bardzo ciekawą inicjatywę, dotyczącą tego, aby na bazie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej zorganizować eksperymentalny ośrodek zapobiegania samobójstwom, podkreślając, że w Polsce nie ma żadnego tego typu ośrodka⁹¹.

Kolejnym dobrym przykładem inicjatywy wpisującej się w profilaktykę zamachów samobójczych są kampanie „Zobacz... ZNIKAM” oraz „Jeden dzień – wart całe życie”, zorganizowane przez Fundację „Zobacz... JESTEM”. Za cel kampanii obrano zwrócenie uwagi na problem samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Organizatorzy podkreślają, że szeroko rozumiana edukacja społeczna, która obali funkcjonujące szkodliwe stereotypy, będzie promować pozytywne skuteczne wzorce postępowania w obliczu kryzysowych sytuacji oraz zwiększy wrażliwość

⁸⁹ Por. <http://konferencjasuicydologiczna.umed.pl/deklaracja-pokongresowa/> (dostęp 17 lutego 2020 r.).

⁹⁰ Por. <https://www.gdynia.pl/sport-i-zdrowie,7717/gdynia-bedzie-zapobiegac-samobojstwom,538671> (dostęp 17 lutego 2020 r.).

⁹¹ Por. <https://www.rp.pl/Wywiady-i-rozmowy/306309926-Wciaz-wiele-osob-odbiera-sobie-zycie.html> (dostęp 17 lutego 2020 r.).

społeczną⁹². Kampanie skierowane zostały do dzieci, młodzieży, rodziców i instytucji, które mają z nimi bezpośredni kontakt.

Na kampanię „Zobacz... ZNIKAM” składają się:

1. konferencja prasowa w Warsztacie Warszawskim przy placu Konstytucji 4 w Warszawie;
2. strona internetowa – zobacznikam.pl, która w całości poświęcona została tematyce samobójstw wśród najmłodszych;
3. pięć spotów udostępnionych w portalach społecznościowych;
4. cztery plakaty ukazujące prezentowaną tematykę;
5. wywiady telewizyjne;
6. wywiady radiowe;
7. materiały dla rodziców, szkół, specjalistów i mediów chcących pomóc, wspierać i działać na rzecz profilaktyki samobójstw dzieci i młodzieży;
8. możliwość zostania ambasadorem kampanii i działania na rzecz profilaktyki samobójstw dzieci i młodzieży⁹³.

Poniżej przedstawiono trzy wybrane, oficjalne plakaty kampanii, „Zobacz... ZNIKAM” oraz jeden plakat z kampanii „Jeden dzień – wart całe życie”.



Ryc. 1. Plakat z kampanii „Zobacz... ZNIKAM”

Źródło: <http://zobacznikam.pl/dla-mediow> (dostęp 17 lutego 2020 r.).

⁹² Por. <http://zobacznikam.pl/o-kampanii> (dostęp 17 lutego 2020 r.).

⁹³ *Ibidem*.



Ryc. 2. Plakat z kampanii „Zobacz... ZNIKAM”

Źródło: <http://zobacznikam.pl/dla-mediow> (dostęp 17 lutego 2020 r.).



Ryc. 3. Plakat z kampanii „Zobacz... ZNIKAM”

Źródło: <http://zobacznikam.pl/dla-mediow> (dostęp 17 lutego 2020 r.).



Ryc. 4. Plakat z kampanii „Jeden dzień – wart całe życie”

Źródło: <http://zobacznikam.pl/jeden-dzien> (dostęp 17 lutego 2020 r.).

Dobrymi narzędziami, również wpisującymi się w działania o charakterze zapobiegawczym, są z całą pewnością pomoc telefoniczna oraz pomoc online. Jako dobry przykład można podać Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży – 116 111, w którym konsultanci, pracując siedem dni w tygodniu, całodobowo świadczą bezpłatną, anonimową pomoc telefoniczną dzieciom i młodzieży.

Telefon ten, prowadzony przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (dawniej Fundacja Dzieci Niczyje), został uruchomiony w 2008 r. zgodnie z decyzją Komisji Europejskiej o rezerwacji numeru 116 111 w krajach Unii Europejskiej na potrzeby działania telefonów zaufania dla dzieci⁹⁴.

Dzięki porozumieniu z Komendą Główną Policji konsultanci mogą zainicjować natychmiastową interwencję w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dzwoniących⁹⁵.

⁹⁴ Por. <http://bit.ly/zk21-1-raport> (dostęp 17 lutego 2020 r.).

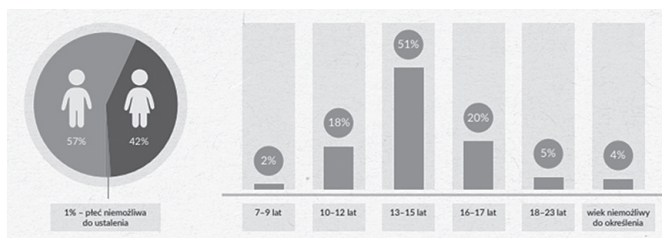
⁹⁵ *Ibidem*.

Poniżej przedstawiono grafiki ukazujące dane statystyczne dotyczące Telefonu Zaufania dla Dzieci i Młodzieży – 116 111 za 2017 r.⁹⁶



Ryc. 5. Dane statystyczne Telefonu Zaufania dla Dzieci i Młodzieży – 116 111 za 2017 r.

Źródło: <http://bit.ly/zk21-1-raport> (dostęp 17 lutego 2020 r.).



Ryc. 6. Dane statystyczne Telefonu Zaufania dla Dzieci i Młodzieży – 116 111 za 2017 r.

Źródło: <http://bit.ly/zk21-1-raport> (dostęp 17 lutego 2020 r.).

W kontekście wspomnianej deklaracji, mobilizującej do opracowania Polskiej Strategii Zapobiegania Samobójstwom oraz lokalnych programów zaradczych, należy przywołać pięć poziomów oddziaływania profilaktycznego, wyróżnionych przez B. Hołysta, o których konstruktorzy programów powinni pamiętać. Zatem pierwszy odnosi się do całego

⁹⁶ Najaktualniejszy raport dostępny na stronie: <https://116111.pl/o-116111>, dotyczy 2017 r.

społeczeństwa; składają się na niego działania promujące życie oraz edukujące w zakresie adekwatnych sposobów radzenia sobie z trudnościami, co ma budować tzw. postawy antysuicydalne⁹⁷. Poziom drugi ukierunkowany jest na grupę osób potencjalnie zagrożoną pojawieniem się postaw samobójczych. Kolejny skierowany jest do osób, które znajdują się w systemie instytucji i są w grupie największego ryzyka, czyli w stadium zagrożenia odebrania sobie życia⁹⁸. Ostatnie poziomy profilaktyki określić należy mianem działań postsuicydalnych, obejmujących opiekę i wsparcie dla ludzi, którzy targnęli się na swoje życie, tak aby objąć ich terapią i skutecznym zapobieganiem kolejnym próbom⁹⁹.

Tworząc Polską Strategię Zapobiegania Samobójstwom czy programy lokalne, należy zwrócić uwagę na to, że problem ten trawi całe nasze społeczeństwo, od dzieci po osoby starsze, dlatego przy opracowywaniu konkretnych mechanizmów zaradczych powinno się również brać pod uwagę wiek ludzi, by móc skutecznie realizować pięć wyżej wspomnianych poziomów oddziaływania profilaktycznego.

ZAMACHY SAMOBÓJCZE WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY – POTRZEBA
PILNEGO WPROWADZENIA STRATEGII PROFILAKTYKI SUICYDALNEJ
O RANDZE PROGRAMU NARODOWEGO

Streszczenie

Przeprowadzona analiza aktualnych danych statystycznych opublikowanych przez Policję pozwala wysnuć stwierdzenie, że problem zamachów samobójczych dzieci i młodzieży w grupie wiekowej 0-18 nadal istnieje, a co najgorsze – eskaluje (730 zamachów samobójczych w 2017 r., 772 w 2018 r., 951 w 2019 r.).

Mając ten problem na uwadze, w niniejszym artykule zwrócono uwagę na czynniki zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia zamachów samobójczych, wskazując między innymi, że plany związane z popełnieniem samobójstwa u dzieci z zaburzeniami depresyjnymi

⁹⁷ M. RZADKOWSKA, *op. cit.*, s. 172.

⁹⁸ *Ibidem.*

⁹⁹ *Ibidem.*

rzadziej kończą się śmiercią niż u młodzieży. Ponadto zaznaczono, że w starszej grupie wiekowej pojawia się częściej negatywna ocena samego siebie, świata i przyszłości czy zachowania autodestrukcyjne. Natomiast w grupie adolescentów ryzyko podjęcia próby samobójczej jest bardzo wysokie.

Artykuł podnosi również kwestię konieczności przygotowania i wdrożenia Polskiej Strategii Zapobiegania Samobójstwom jako części Narodowego Programu Zdrowia. Przedstawiono postulaty uczestników I Kongresu Suicydalnego, które w dobie niepokojących danych statystycznych nadal są aktualne. Zaprezentowano również wybrane programy oraz kampanie, których nadrzędnym, ambitnym celem jest zapobieganie zamachom samobójczym.

CHILDREN'S AND ADOLESCENTS' SUICIDE ATTEMPTS: AN URGENT NEED FOR POLAND TO ADOPT A NATIONAL PREVENTION STRATEGY

Summary

An examination of current statistical data published by the Polish police leads to a conclusion that the country still has a problem with attempted suicide in the under 18 age group, and what's worse, the figures are rising (730 cases in 2017, 772 in 2018, 951 in 2019).

This article highlights the risk factors increasing the likelihood of children or adolescents attempting to commit suicide. Attempted suicide by children with depressive disorders is less likely to lead to death than such attempts by adolescents. In addition, I observed that more of the adolescents had a negative assessment of themselves, the world and their future prospects, and that self-destructive behaviour was more prevalent in the adolescents. There was a very high risk of a suicide attempt for the adolescent group.

The article also raises the issue of the need for the Polish authorities to draw up and implement a suicide prevention strategy as part of the national health programme. I present the postulates formulated by the participants of Poland's first national congress on suicide, which are still valid now, when the figures for suicide are giving cause for serious

concern. I also discuss selected suicide prevention programmes and campaigns.

Słowa kluczowe: samobójstwo; dzieci; młodzież; profilaktyka.

Keywords: suicide; children; adolescents; prevention.

Literatura

- BAŃBIK A., OLEJNICZAK D., *Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce*, «Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka» 13.2/2004, s. 99-121.
- BEDNARSKI L., URBANEK A., *Śmierć samobójcza – perspektywa kryminologiczna i pedagogiczna*, KRAKÓW 2012.
- BIRMAHER B., RYAN N.D., WILLIAMSON D.E., BRENT D.A., KAUFMAN J., DAHL R.E., *Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years*, «Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry» 35.11/1996, s. 1427-1439.
- BIRMAHER B., ARBELAEZ C., BRENT D., *Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder*, «Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America» 11.3/2002, s. 619-637.
- BOMBA J., MODRZEJEWSKA R., PILECKI M., *Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych – piętnastoletnie badania prospektywne*, «Psychiatria Polska» 1/2003, s. 57-69.
- CARSON R.C., MINEKA S., BUTCHER J.N., *Psychologia zaburzeń*, Gdańsk 2003.
- CIEŚLIKOWSKA J., *Szkolne zadania z zakresu promocji zdrowia a ogólnopedagogiczne kompetencje nauczycieli do ich podejmowania*, [w:] *Środowisko, młodzież, zdrowie*, red. J. MALINOWSKI, A. ZANDECKI, Toruń 2007, s. 207-212.
- GMITROWICZ A., WOLANEK U., MADEJ A., MAKARA-STUDZIŃSKA M., *Motywy podejmowania prób samobójczych przez młodzież w wieku 13-19 lat = Motives for suicide attempts by youth aged 13-19*, «Journal of Education, Health and Sport» 5.6/2015, s. 51-64.
- HOŁYST B., *Suicydologia*, Warszawa 2002.
- HOŁYST B., *Kryminologia*, Warszawa 1999.
- HOŁYST B., *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, WARSZAWA 1983.
- KALINOWSKA S., NITSCH K., DUDA P., TRZESIOWSKA-DRUKAŁA B., SAMOCHOWIEC J., *Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia*, «Annales Academiae Medicae Stetinesis Rocznic Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie» 59.1/2013, s. 32-36.

- KOŁODZIEJEK M., *Depresja u dzieci i młodzieży: podstawy teoretyczne, psychoterapia poznawczo-behawioralna*, «Psychoterapia» 2.145/2008, s. 15-33.
- KUBERSKA-PRZEKWAŚ K., *Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna*, «Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy. Nauki Społeczne. Wyższa Szkoła Informatyki i Ekonomii Towarzystwa Wiedzy Powszechnej» 9/2014, s. 51-69.
- LEWINSOHN P.M., HOPS H., ROBERTS R.E., SEELEY J.R., ANDREWS J.A., *Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students*, «Journal of Abnormal Psychology» 102.1/1993, s. 133-144.
- MAKARA-STUDZIŃSKA M., *Wybrane zagadnienia z problematyki suicydologii*, «Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska» 26(17)/2001, s. 219-230.
- MEYER R., *Psychopatologia*, Gdańsk 2003.
- NOWAK-KLUCZYŃSKI K., *Dlaczego dzieci i młodzież popełniają samobójstwa?*, «Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze» 5/2012, s. 44.
- PENKOWSKA M., *Dziecko po próbie samobójczej – wstępna analiza badań retrospektywnych przeprowadzonych w Klinice Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. T. Bilikiewicza Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*, «Zdrowie i Dobrostan» 3/2014, s. 109-116.
- PŁUŻEK Z., *Samobójstwo*, [w:] *Encyklopedia psychologii*, red. W. SZEWCZUK, Warszawa 1998, s. 783-787.
- POSPISZYL I., *Patologie społeczne*, Warszawa 2008.
- PUŻYŃSKI S., *Samobójstwa i zaburzenia psychiczne (zwłaszcza depresje)*, [w:] *Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny*, red. W.A. BILIKIEWICZ, W. STRZYŻEWSKI, Warszawa 1992, s. 216.
- RICHARDSON L.P., KATZENELLENBOGEN R., *Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment*, «Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care» 35.1/2005, s. 6-24.
- RZADKOWSKA M., *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży – charakterystyka i profilaktyka*, «Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały» 18.1/2016, s. 161-178.
- SKRZYŃSKI W., *Zaburzenia psychiczne. Wybrane zagadnienia psychologii klinicznej*, Warszawa 2004.
- ZWOLIŃSKI A., *Krzywdzone dzieci. Zagrożenia współczesnego dzieciństwa*, Kraków 2012.