

Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce

ALEKSANDRA BĄBIK, DOMINIK OLEJNICZAK

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Celem artykułu jest analiza problemu samobójstw wśród dzieci i młodzieży w kontekście uwarunkowań zamachów samobójczych oraz udzielania skutecznej pomocy osobom nimi zagrożonym. W artykule omówiono podstawowe definicje, statystyki i uwarunkowania zamachów samobójczych istotne w dokładnym zrozumieniu zagadnienia i, co najważniejsze, przedstawieniu form pomocy zarówno osobom predysponowanym do podjęcia decyzji o samobójstwie, jak i tym, które nieskutecznie próbowały zakończyć życie. Przedstawiono również sposoby radzenia sobie rodzin i rówieśników w okresie żałoby po stracie bliskiej osoby, formy profilaktyki samobójstw oraz zwrócono uwagę na to, że w proces niesienia pomocy młodym osobom, które napotkały problemy, powinno być zaangażowanych wiele jednostek, ponieważ tylko wspólna praca może przynieść pożądane efekty, czyli obniżenie do 2020 roku wskaźnika samobójstw o 20%.

SŁOWA KLUCZOWE:

SAMOBÓJSTWA, PROFILAKTYKA, DZIECI, MŁODZIEŻ, ZDROWIE PUBLICZNE

Definicje i rodzaje samobójstw wśród dzieci i młodzieży

Poszukując definicji samobójstwa, można znaleźć wiele interpretacji tego terminu. Wynika to z tego, że zjawisko samobójstwa jest zagadnieniem interdyscyplinarnym, którym zajmują się różne dziedziny nauki, oraz zawiera w sobie trudny do określenia zbiór desygnatów (motywy, pragnienia, świadomość, intencje, uwarunkowania społeczno-kulturowe). Brzmienie definicji zależy od dziedziny, na potrzeby której została ona sformułowana.

W większości publikacji samobójstwo jest traktowane jako droga, którą wybrała ofiara. Jest to wynik procesu decyzyjnego. Jeżeli ktoś podejmuje decyzję, to najczęściej uważa się, że jest świadomy możliwych konsekwencji danego działania. W przypadku samobójstw popełnianych przez dzieci i młodzież, ich pełna świadomość podejmowanego czynu budzi wątpliwości ze względu na brak doświadczenia życiowego oraz rozumienia tego, co tak naprawdę oznacza podjęcie decyzji o tak drastycznym zakończeniu problemów, które ofiary napotkały na początku swojego życia (Hołyst, 2012). Często dzieci i młodzi dorośli nie zdają sobie sprawy, że samobójstwo to wybór między życiem a śmiercią. Traktują oni akt samobójstwa jako ucieczkę od swoich problemów, nie mając pomysłu na ich rozwiązanie (Hołyst, 1983).

Samobójstwo jest formą patologii społecznej i chociaż decyzja o nim jest podejmowana indywidualnie, skutki mają wymiar społeczny, gdyż rolą społeczeństwa jest także ochrona przed dokonywaniem samobójstw (Hołyst, Staniaszek, Binczycka-Anholcer, 2002).

Istotne dla nauki rozważania na temat definicji samobójstwa trwają od 1897 roku, kiedy Durkheim w swojej pracy *Le suicide. Étude de sociologie* sprecyzował, że „samobójstwo to każdy przypadek śmierci, będący bezpośrednim lub pośrednim wynikiem działania lub zaniechania, przejawionego przez ofiarę zdającą sobie sprawę ze skutków swojego zachowania” (Durkheim, 1976). Powyższa definicja opiera się na założeniu, że zamiar jest cechą konstytutywną samobójstwa. Taka definicja jest dość nieściśła, gdyż pozwala na włączenie do niej niektórych zachowań mogących wynikać na przykład z nałogów (nałogowe palenie tytoniu czy alkoholizm) (Czabański, 2009).

Inną definicję podawał Stengel, który uważał, że ofiara równocześnie chce życia i śmierci: „zamach samobójczy jest takim rozmyślnym aktem samouszkodzenia, który przed popełnieniem wyklucza w świadomości sprawcy pewność przeżycia”. Według Stengela osoba chcąc popełnić samobójstwo najczęściej jedynie przewiduje możliwość zgonu, czyli działa z zamiarem ewentualnym. Rzadko zdarza się, że sprawca samobójstwa przewiduje nieuchroną śmierć (Hołyst, 1983).

Większość proponowanych definicji samobójstwa skupia się na tym, że jego celem jest śmierć. Jedynie Deshaies i Weisman zwracają uwagę, że samobójstwo może być postrzegane jako akt poświęcenia, w którym śmierć jest jedynie środkiem, a nie celem (Uzan, 1972).

W 1986 roku Światowa Organizacja Zdrowia (ŚOZ) zaproponowała następującą definicję: „samobójstwo jest aktem o skutku śmiertelnym, który

zmarły ze świadomością i oczekiwaniem takiego skutku sam zaplanował i wykonał w celu spowodowania zmian przez siebie pożądaných (upragnionych)” (Hołyst, 2002).

Hołyst podaje, że najbardziej plastyczną definicją samobójstwa będzie określenie go jako końcowego ogniwa trwającego czasem latami procesu autodestrukcji, wzajemnie powiązanych myśli i czynów, który nie jest jedynie aktem samounicestwienia (Hołyst, 1994).

Hołyst dokonał podziału samobójstw na cztery rodzaje: wyobrażone, upragnione, usiłowane oraz dokonane. Samobójstwem wyobrażonym jest uświadomienie sobie możliwości rozwiązania problemów życiowych przez pozbawienie się życia. Większość osób na tym etapie odrzuca myśl o utracie życia ze swoich rąk. Gdy ta myśl staje się coraz wyraźniejsza, a samobójstwo staje się głównym celem to mówi się o samobójstwie upragnionym. Pragnienie samobójstwa staje się często pierwszym krokiem do podjęcia próby samobójczej. Gdy próba samobójcza jest nieskuteczna, mówi się wówczas o samobójstwie usiłowanym. Zamach na własne życie, który kończy się śmiercią ofiary jest samobójstwem dokonanym. Powyższe rodzaje samobójstw tworzą spójny ciąg zdarzeń, które muszą nastąpić przed samobójstwem dokonanym. Aby doszło do samobójstwa dokonanego, musi zaistnieć wyobrażony, upragniony, a następnie usiłowany zamach samobójczy. Rodzaje samobójstw możemy nazwać tym samym etapami dokonania samobójstwa. Powyższy podział samobójstw umożliwi interwencję na poszczególnych etapach zamachu i próbę pomocy ofierze.

Polski psychiatra Kazimierz Dąbrowski, który wniósł znaczny wkład w tę dziedzinę nauki, podzielił samobójstwa ze względu na przyczyny ich popełnienia na pośrednie i bezpośrednie. Przyczyny pośrednie samobójstwa to predyspozycje ogólne i indywidualne, takie jak uwarunkowania biologiczne, ekologiczne czy socjologiczne. Wpływają one na decyzję o samobójstwie, ale nie są jego przyczyną samą w sobie. Przyczyny bezpośrednie mają decydujący wpływ na podjęcie decyzji o zakończeniu życia. Samobójstwem spowodowanym przyczynami bezpośrednimi będzie zamach z powodu choroby psychicznej, nieuleczalnej choroby, stosowania używek, honoru, polityki i tym podobnych (Dąbrowski, 1929).

Definicje zdrowia w aspekcie psychologicznym i społecznym

Próba samobójcza jest zdarzeniem, które może zakończyć się śmiercią, a także spowodować poważny uszczerbek na zdrowiu. Istotne z punktu widzenia omawianego tematu jest opieranie się na wielowymiarowej definicji zdrowia, ponieważ pozwala to dokładniej przeanalizować zjawisko samobójstwa, zarówno w aspekcie zdrowia jednostki, jak i zdrowia publicznego. W konsekwencji samobójstwa może zostać zaburzone zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne nie tylko samobójcy, ale również osób z nim związanych (Hołyst, 2012). Równocześnie powyższe rodzaje zdrowia stanowią grupy powodów, z których ofiara decyduje się na próbę autodestrukcji (Hołyst, 2012).

Niektóre osoby do rozwiązania swoich problemów potrzebują kontaktu z drugim człowiekiem, a inne radzą sobie same. Nie oznacza to, że osoby, które nie uzewnętrzniają swoich potrzeb są podatniejsze na akty autodestrukcji. Powyższe porównanie ma na celu jedynie wskazanie różnorodności jednostek ludzkich i ich zachowań. Udowodniono, że duży wpływ na podjęcie decyzji o samobójstwie mają zaburzenia psychiczne (Gmitrowicz, 2005).

Społeczne uwarunkowania zdrowia stały się priorytetem w problematyce promocji zdrowia (Szczerbań, 2006). Zaczęto zwracać większą uwagę na zdrowie społeczności lokalnej i rodzin. Status społeczny, miejsce zamieszkania oraz środowisko, w jakim żyje jednostka w dużym stopniu wpływają na jej zdrowie (Giddens, 2012). Zdrowie społeczne człowieka warunkuje jego postrzeganie siebie w grupie, jaką jest społeczeństwo. Ludzie z najbliższego otoczenia jednostki mają na nią bardzo silny wpływ. Człowiek jako element społeczeństwa może często się czuć niedopasowany do jego całości. Problemy z nawiązywaniem kontaktów czy łatwość wchodzenia w konflikty powodują, że jednostka może mieć problemy ze zdrowiem społecznym, co może objawiać się izolacją i niechęcią do przebywania z innymi ludźmi. Zachowanie takie powoduje zarówno uszczerbek na zdrowiu społecznym, jak i psychicznym, co w konsekwencji może stać się powodem podjęcia próby samobójczej i wyeliminowania się ze społeczeństwa (Aronson, 2005).

Rozchwianie emocjonalne i zaburzenia umysłowe prowadzą do sytuacji, w której ofiara nie potrafi poradzić sobie z codziennymi problemami. W połączeniu z wykluczeniem bądź niedopasowaniem i brakiem umiejętności tworzenia więzi z innymi ludźmi, staje się to niepokojące, a wraz z przybywaniem problemów może przerodzić się w sytuację zagrażającą życiu.

Epidemiologia samobójstw wśród dzieci i młodzieży

Przez ostatnie 50 lat w Polsce zmieniła się struktura i dynamika samobójstw. Nastąpiły trzy znaczące zmiany: wzrosła liczba samobójstw w populacji ogólnej, zwiększył się udział samobójstw w młodszych grupach wiekowych oraz nastąpił szybki wzrost liczby samobójstw wśród mieszkańców wsi. Analizując dane statystyczne dotyczące epidemiologii samobójstw należy także zwrócić uwagę, że w przeciągu ostatnich kilkunastu lat zmieniło się nastawienie do samobójstw. Ludzie są bardziej skłonni do ujawniania przypadków śmierci samobójczej, dlatego też coraz częściej słyszy się o nich w środkach masowego przekazu (Malicka-Gorzelańczyk, 2002).

Co roku na świecie odbiera sobie życie ok. miliona osób, z tego w Europie ok. 150 tysięcy. W 2009 roku w Europie najwyższe wskaźniki samobójstw na 100 000 osób występowały na Litwie (34,1), w Rosji (30,1), na Białorusi (28,4), na Węgrzech (24,6), w Słowenii (21,9) i na Ukrainie (21,2). W Polsce wskaźnik samobójstw wynosi 16,9 – co w grupie państw o najwyższych wskaźnikach samobójstw lokuje ją na 16 miejscu w regionie europejskim ŚOZ i w pierwszej dwudziestce na świecie (WHO, 2014).

Z wykresu Światowej Organizacji Zdrowia prezentującego zmiany wskaźników samobójstw w Polsce na przestrzeni ostatnich 50 lat wynika, że liczba zamachów dokonanych w tym czasie wzrosła trzykrotnie (WHO, 2014).

Dane statystyczne Komendy Głównej Policji i Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) dotyczące samobójstw różnią się. W 2010 roku Policja zanotowała 5456 zamachów samobójczych z czego 4087 zakończonych zgonem. Natomiast z danych GUS wynika, że w 2010 roku dokonano 6342 samobójstw (Brodniak, 2012). Ta rozbieżność wynika z faktu, że GUS korzysta z informacji z kart zgonu przekazywanych do urzędów statystycznych przez szpitale i zakłady pogrzebowe po przeprowadzeniu sekcji zwłok, a Policja głównie z informacji uzyskanych po oględzinach miejsca zdarzenia, jeszcze przed sekcją zwłok i wystawieniem karty zgonu.

Z najnowszych danych Komendy Głównej Policji wynika, że w 2013 roku w Polsce zarejestrowano 8579 zamachów samobójczych, z czego 6097 było zamachami wykonanymi. Wśród ofiar samobójstw występuje zdecydowana dysproporcja między liczbą mężczyzn (5193) a liczbą kobiet (904). Stwierdzono 41 zamachów samobójczych wśród osób poniżej 14 roku życia, a 418 w grupie wiekowej 15–19 lat (Policja.pl, 2014).

W Polsce samobójstwa są drugą, zaraz po wypadkach, przyczyną zgonów wśród dzieci i młodzieży. Stanowią 23% wszystkich zgonów w grupie wiekowej

1–19 lat. U chłopców samobójstwa stanowią ok. 26% wszystkich przyczyn zgonów, a wśród dziewczyn ok. 16% (Szymborski, 2012).

Z danych GUS wynika, że w 2008 roku odnotowano 302 zgony z powodu samobójstw w grupie wiekowej 10–19 lat. Współczynnik zgonów w grupie 10–14 lat u chłopców wynosił 1,8, a u dziewczyn 0,8. Im starszą grupę się rozpatruje, tym wyższe są współczynniki. Na przykład, dla grupy wiekowej 15–19 lat współczynnik ten wynosił 16,2 u chłopców, a 4,1 u dziewczyn. Najwyższy współczynnik odnotowano w województwie podlaskim (13,3), lubelskim (12,9) i zachodniopomorskim (11,6). Najniższy występował w województwie świętokrzyskim (5,8), wielkopolskim (5,9) i śląskim (6,1) (Główny Urząd Statystyczny, 2011).

Wielu badaczy zajmujących się zjawiskami socjologicznymi przyjmuje koncepcję samobójstwa jako wytworu życia miejskiego. Uważają oni, że właściwości miasta, takie jak wysoki stopień dezorganizacji, rozluźnienie więzi rodzinnych i sąsiedzkich, słabsza kontrola społeczna, anonimowość i izolacja wpływają na podjęcie próby samobójczej. Aktualne dane statystyczne wskazują jednak, że liczba zamachów samobójczych wzrosła w szczególności na polskiej wsi. Taki stan rzeczy wyjaśniany jest jako powtórzenie się na wsi czynników, które doprowadzały do nasilenia samobójstw w miastach. Można wnioskować, że rozwój społeczno-ekonomiczny kraju doprowadził do ujednoczenia obu środowisk, co znaczy, że na wsi zaczęły pojawiać się zjawiska charakterystyczne dla większych skupisk ludzkich (Malicka-Gorzelańczyk, 2002).

Warto przeanalizować liczbę samobójstw w określonym przedziale czasu, co pozwoli na wychwycenie różnic w dynamice tego zjawiska. W latach 1999–2006 śmiercią samobójczą zmarło łącznie 2556 dzieci i nastolatków w wieku 10–19 lat. Zdecydowaną większość stanowili chłopcy. W przedziale 10–14 lat stanowili 79%, a w przedziale 15–19 lat już 86% wszystkich ofiar. Liczba zgonów w tej grupie rosła wraz z wiekiem ofiar. Współczynnik samobójstw wykazuje tendencję wzrostową u obu płci. Miesiącami, w których dzieci i nastolatki popełniały najwięcej samobójstw były maj i styczeń. Mogło to być związane z sytuacją szkolną, a dokładniej z nieotrzymaniem promocji do następnej klasy. Najmniej tych zdarzeń zanotowano w lipcu i sierpniu, co może sugerować, że stres szkolny jest jednym z głównych przyczyn samobójstw wśród dzieci i młodzieży (Napieralska, 2010).

Przyczyny, sposoby oraz skutki samobójstw dzieci i młodzieży

Chcąc przeanalizować etiologię zamachów samobójczych trzeba rozróżnić samobójstwa dokonywane przez dorosłych oraz przez dzieci i młodzież. Problemy, które mogą stać się przyczyną podjęcia decyzji o samobójstwie są w tych grupach zupełnie inne. Wydarzenia i sytuacje, które przez dorosłego nie byłyby traktowane jako problemy, dla młodych osób mogą być nie do rozwiązania. Zjawisko samobójstw u młodych ludzi trzeba analizować z uwzględnieniem uwarunkowań biologiczno-psychologicznych, które są szczególne z uwagi na okres dorastania i związane z nim dodatkowe zagrożenia (Hołyst, Staniaszek, Binczycka-Anholcer, 2002).

Z danych Komendy Głównej Policji wynika, że w 2013 roku głównymi przyczynami samobójstw w Polsce były: zaburzenia psychiczne, nieporozumienia rodzinne, zawód miłosny, warunki ekonomiczne i choroba przewlekła. Co istotne, w ponad 47% przypadków przyczyna samobójstwa nie została ustalona (Policja.pl, 2014).

Przyczyną podjęcia próby samobójczej przez młode osoby może być każdy, nawet najbardziej prozaiczny problem, który według ofiary jest nie do rozwiązania w inny sposób. Światowa Organizacja Zdrowia zwróciła uwagę, że u większości osób podejmujących próbę samobójczą próg odporności na stres jest bardzo niski. Oznacza to, że nawet błahе zdarzenie może u nich wywołać cierpienie związane z urażoną godnością, co w konsekwencji może zakończyć się próbą samobójczą (Światowa Organizacja Zdrowia, 2003). To, co dana osoba uznaje za problem jest determinowane przez wiele czynników, dlatego przyczyny próby samobójczej mogą być bardzo różne. Determinanty takiego zachowania można pogrupować następująco: demograficzne (płeć, wiek, rasa, miejsce zamieszkania), społeczno-ekonomiczne (sytuacja rodzinna, szkolna, w grupie rówieśniczej), psychologiczne (cechy osobowości, postawy, sposób radzenia sobie, obecność stresorów), chorobowe (w tym somatyczne i psychiczne) i biologiczne (neurochemiczne i genetyczne) (Gmitrowicz, 2005).

Do motywów samobójstwa można zaliczyć zemstę – pragnienie wzbudzenia w innych poczucia winy, izolację – poczucie niedopasowania do społeczeństwa, beznadziejność – wrażenie braku wyjścia z danej sytuacji, niepowodzenie – często wyolbrzymione, stratę – realną lub wyimaginowaną oraz depresję, która wpływa na zachowanie i emocje (Lewandowska, Bańbura, Michałowska).

W badaniu przeprowadzonym w latach 1999–2000 w Łomży i Bydgoszczy w grupie 120 uczniów ze skłonnościami samobójczymi ze szkół ekonomicznych

wykazano, że głównymi przyczynami podjęcia decyzji o samobójstwie były: niespełnione oczekiwania wobec rodziców, przyjaciół, bliskich, niepowodzenia szkolne, nieszczęśliwa miłość, brak akceptacji społecznej, zła sytuacja rodzinna, poczucie osamotnienia oraz niezaspokojone potrzeby (Cekiera, 2005).

Powyższe wyniki potwierdzają dane Światowej Organizacji Zdrowia (2003), która jako najczęściej występujące przyczyny samobójstw wśród dzieci i młodzieży wymienia: problemy rodzinne, rozstanie z przyjaciółmi lub sympatią, śmierć kogoś bliskiego, zerwanie związku miłosnego, konflikty z prawem, nacisk ze strony rówieśniczej, tyranizowanie, rozczarowanie wynikami w nauce, wysoki poziom wymagań w szkole, złą sytuację finansową rodziny, niechcianą ciążę, poważną chorobę somatyczną lub zakażenie chorobą przenoszoną drogą płciową.

Jednymi z najczęściej wymienianych przyczyn podjęcia próby samobójczej są dysfunkcje i niestabilność rodziny oraz negatywne zdarzenia życiowe w rodzinie. Występowanie w rodzinie nadużywania alkoholu, przemocy, braku czasu rodziców, kłótni bądź próba samobójcza lub samobójstwo któregoś z członków rodziny czy rozwód rodziców powoduje, że prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej przez dziecko wychowywane w takiej rodzinie wzrasta. Należy tu również zaznaczyć, że mimo tragicznej sytuacji rodzinie, dzieci mogą być lojalne wobec swoich rodziców, co powstrzymuje je od szukania pomocy poza rodziną (Światowa Organizacja Zdrowia, 2003).

Przemoc w rodzinie należy do przyczyn zamachów samobójczych. Warto wspomnieć, że zarówno przemoc seksualna, fizyczna, jak i zaniedbanie emocjonalne oraz fizyczne są potwierdzonymi w wielu badaniach czynnikami mogącymi w późniejszym czasie wywołać próby autodestrukcji, dlatego powinno się przykładać dużą wagę również do profilaktyki krzywdzenia oraz wczesnego wykrywania przypadków przemocy wobec dzieci (Makara-Studzińska, Moryłowska, Grzywa, 2007).

Liczne badania wskazują na związek między zachowaniami samobójczymi młodzieży a występowaniem zaburzeń psychicznych. Wykazano, że u ok. 50–98% młodych osób, które podejmują próbę samobójstwa występują zaburzenia psychiczne, z których najczęstszymi są zaburzenia depresyjne (60–80%) i zaburzenia zachowania (50–80%). Metaanaliza przeprowadzona przez Harrisa i Barraclougha wykazała, że pacjenci psychiatryczni w okresie rozwojowym są pięciokrotnie bardziej narażeni na samobójstwo niż inne osoby z populacji ogólnej (Gmitrowicz, 2005).

Stwierdzono, że dzieci coraz wcześniej sięgają po substancje psychoaktywne. Począwszy od alkoholu i nikotyny, a na narkotykach kończąc. Osoby chorujące

na depresję lub inne zaburzenia psychiczne, pod wpływem substancji psychoaktywnych mogą stać się odważniejsze i podjąć decyzje, o których wcześniej tylko myślały, albo nawet takie, które są podyktowane jedynie napływem emocji (Malicka-Gorzelańczyk, 2002).

Nagłośnianie w środkach masowego przekazu samobójstwa może stać się przyczyną popełnienia kolejnego zamachu. To zjawisko, opisane przez amerykańskiego socjologa Daniela Philipisa, nazwano efektem Wertera (Cekiera, 2005).

Z danych Komendy Głównej Policji wynika, że w 2013 roku, na 6097 zamachów samobójczych aż 5952 dokonano przez powieszenie się. Wiele ofiar próbowało również skoczyć z wysokości (647). Sposoby autodestrukcji, takie jak zażycie leków nasennych, uszkodzenie układu krwionośnego, utopienie się, zastrzelenie się czy rzucenie się pod pojazd były dużo rzadziej stosowane (Policja.pl, 2014).

Analizując dostępne raporty Komendy Głównej Policji na temat samobójstw, przez ostatnie 12 lat sposoby popełnienia zamachu samobójczego nie uległy zmianie. Najczęściej ofiary próbują się powiesić. Kolejnym najbardziej popularnym sposobem wśród samobójców jest rzucenie się z wysokości, a następnie zażycie leków nasennych (Policja.pl, 2014).

Sposoby popełnienia samobójstwa można podzielić na miękkie i twarde. Miękkie sposoby to takie, które rzadziej prowadzą do skutku śmiertelnego, na przykład zatrucie. Sposoby, takie jak powieszenie, strzał z broni palnej czy skok z wysokości to sposoby twarde. Dają one większą gwarancję skuteczności aktu autodestrukcji. Analizując sposoby popełnienia zamachu samobójczego przez młode osoby można zauważyć, że dużo częściej po miękkie sposoby samobójstwa sięgają dziewczyny. Wynika to również z tego, że to właśnie one podejmują częściej próby samobójcze, które najczęściej nie kończą się zgonem. Chłopcy, gdy już podejmują decyzję o popełnieniu samobójstwa, stosują metodę powodującą pewną śmierć. Dlatego większość ofiar samobójstw stanowią chłopcy. Stengel uważa, że rozbieżność między dziewczynami a chłopcami w wyborze sposobu samobójstwa może wynikać z tego, że kobiety częściej posługują się samobójstwem jako środkiem manipulacji otoczeniem (Malicka-Gorzelańczyk, 2002).

Z analizy Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” dotyczącej lat 1999–2006 wynika, że najczęstszymi sposobami dokonania samobójstwa w zależności od wieku i płci były:

- chłopcy 10–14 lat: powieszenie, skok z wysokości, utopienie;
- chłopcy 15–19 lat: powieszenie, skok z wysokości, zatrucie;

- dziewczyny 10–14 lat: powieszenie, skok z wysokości, zmiżdżenie przez pojazd mechaniczny;
- dziewczyny 15–19 lat: powieszenie, zatrucie, skok z wysokości (Napieralska, 2010).

Zauważono również, że jedne samobójstwa są dokonywane po długotrwałym przygotowaniu, natomiast inne są skutkiem impulsu, emocji i tych jest zdecydowanie więcej. Przemyślane decyzje o podjęciu próby samobójczej częściej podejmują kobiety. Mężczyźni częściej są ofiarami napływu negatywnych emocji, które kończą się dla nich w większości tragicznie. Można jedynie przypuszczać, że przemyślenie problemów, które w danej chwili wydawały się bez wyjścia, spowodowałyby odstąpienie od decyzji o zakończeniu życia lub mogłoby spowodowywać odłożenie jej w czasie (Cekiera, 2005).

Próby samobójcze zakończone zgonem to tzw. samobójstwa dokonane. Śmierć najbliższej osoby, a w szczególności dziecka, wywołuje bardzo bolesne skutki dla najbliższych ofiary, czyli rodziny, przyjaciół, nauczycieli. Na podstawie analiz stwierdzono, że działanie autodestrukcyjne jednostki wiąże emocjonalnie, ekonomicznie i czynnościowo co najmniej cztery osoby bezpośrednio, a do dwudziestu osób pozostających w pośrednim kontakcie z osobą samobójcy. Zdarzenie, jakim jest samobójstwo, bezpośrednio wpływa na życie osób z najbliższego otoczenia ofiary. Bliscy analizują, dlaczego to właśnie ich dziecko lub wchodząca dopiero w życie młoda osoba podjęła tak radykalną i często niespodziewaną decyzję. Życie rodziny ofiary ulega zmianie. Rodzice zastanawiają się, czemu tak mało znaczyli dla dziecka, że postanowiło ich opuścić. Częstym zjawiskiem są pojawiające się konflikty związane z wzajemnym obwinianiem się rodziców. W większości przypadków rodzice ofiary, którzy byli małżeństwem, po śmierci swojego dziecka nie potrafią żyć ze sobą, co prowadzi do ich rozvodu. Rówieśnicy i nauczyciele zadają sobie pytanie, czemu nie zauważyli, że ich kolega/koleżanka z klasy czy uczeń ma problemy i zaczął/zaczęła zachowywać się inaczej niż dotychczas. Pojawiają się u nich wyrzuty sumienia, smutek, ból, żal. Nagłośnienie samobójstwa może spowodować falę kolejnych zamachów, popełnianych po usłyszeniu historii ofiary.

Inne konsekwencje poniesie ofiara, której zamach samobójczy nie skończył się śmiercią. Zachowania suicydalne niosą ze sobą skutki zarówno indywidualne, jak i społeczne. Do skutków indywidualnych można zaliczyć zmiany w sferze fizjologicznej i psychicznej osoby, która podjęła próbę autodestrukcji. W zależności od sposobu wybranego przez ofiarę w celu popełnienia samobójstwa, po

nieudanym zamachu mogą wystąpić różne skutki fizjologiczne. Ofiary często nie zdają sobie sprawy, że podjęcie próby samobójczej wcale nie musi zakończyć się śmiercią, tylko na przykład trwałym kalectwem. Zmiana sfery psychicznej po próbie samobójczej jest indywidualna i do jej oceny niezbędne jest badanie psychologiczno-psychiatryczne osoby odratowanej. Nieskuteczna próba samobójcza może działać jak katharsis i spowodować, że uratowanie od śmierci spowoduje pojawienie się u ofiary nowych motywacji do życia. Niemniej nieudana próba samobójcza może również pogłębić dotychczasowo występujący stres i depresję (Hołyst, 2012).

Profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży

Opinia młodzieży na temat profilaktyki samobójstw

W latach 1993–1994 Malicka-Gorzelańczyk przeprowadziła badanie obejmujące 700 uczniów w wieku 16–20 lat z Bydgoszczy i Gdańska. Jego celem było poznanie opinii młodzieży szkół ponadpodstawowych na temat zjawiska samobójstwa. Na podstawie wyników sformułowano kilka istotnych, z punktu widzenia tworzenia programów profilaktyki samobójstw, wniosków:

- Ponad 73% ankietowanych uważa, że w Polsce nie ma zorganizowanego systemu zapobiegania samobójstwom lub o żadnym nie wie.
- 72,5% uczniów postrzega działania profilaktyczne prowadzone przez szkołę jako nieskuteczne lub mało skuteczne. Znane młodzieży formy profilaktyki, wykorzystywane przez szkołę, to: rozmowa z pedagogiem, nauczycielem, wychowawcą lub innymi pracownikami szkoły, postawa zrozumienia, pomoc psychologa, przeprowadzenie zajęć dotyczących problemów młodzieży, dyskusje na temat zjawiska samobójstwa.
- 67,3% badanych uznało Kościół katolicki za instytucję, której działania w zakresie profilaktyki samobójstw również są nieskuteczne. Podane przez młodzież formy zapobiegania to: rozmowa z księdzem, modlitwa, kazania, zgromadzenia lub organizacje religijne.
- W opinii 51,5% respondentów środowisko rodzinne zapobiega zachowaniom autodestrukcyjnym. Do form zapobiegania uczniowie zaliczyli: rozmowy z rodzicami, okazywanie miłości i zrozumienia, atmosfera spokoju, szczerości i życzliwości w sytuacjach trudnych.

- 73% uczniów stwierdziło, że działania prowadzone przez placówki ochrony zdrowia są nieskuteczne. Istotne, że badani nie potrafili podać żadnej znanej formy zapobiegania zachowaniom autodestrukcyjnym, realizowanej przez placówki ochrony zdrowia, czyli wydają się one młodzieży nieprzygotowane do tego typu zadań.
- Tylko 11,5% młodych ludzi uznało, że Policja prowadzi skuteczne działania profilaktyczne w dziedzinie samobójstw.
- Środki masowego przekazu są przez badanych oceniane negatywnie. Tylko 14,2% uznało je za skuteczne w walce z rosnącą falą samobójstw. Jako formy zapobiegania młodzież wymieniała artykuły o przypadkach samobójstw, porady udzielane przez specjalistów, opowiadania i listy czytelników, rozmowy z niedoszłymi samobójcami.
- Najlepiej oceniony przez młodzież został Telefon Zaufania, który 32,7% ankietowanych uznało za skuteczną metodę profilaktyki.
- Jako najlepsze formy zapobiegania samobójstwom uczniowie wymieniają: rozmowę z najbliższymi (rodzicami, przyjaciółmi, rodzeństwem), która będzie przebiegać w atmosferze życzliwości i zaufania, otoczenie przyjaźnią osobę zagrożoną, skorzystanie z Telefonu Zaufania, porada u specjalisty, usunięcie przyczyny zaistniałej sytuacji (Malicka-Gorzelańczyk, 2002).

Powyższe badanie zostało wykonane przed 20 laty, zatem można założyć, że zmieniła się zarówno wiedza młodzieży o samobójstwach, jak i jej podejście do tego tematu. Nie przeprowadzono jednak badania, którego wyniki potwierdzałyby tę tezę.

Profilaktyka samobójstw

Profilaktyka daje narzędzia do zapobiegania skłonnościom samobójczym, samobójstwom i ich następstwom. W profilaktyce samobójstw występuje pięć poziomów działania zapobiegawczego:

- poziom I – najogólniejszy – działania obejmujące całe społeczeństwo, mające na celu umacnianie postaw akceptujących życie, rozwój umiejętności rozwiązywania problemów życiowych oraz nabywanie postaw antysuicydalnych.
- Poziom II – działanie w populacji potencjalnie zagrożonej pojawieniem się postaw presuicydalnych. Grupę tę selekcjonuje się na podstawie diagnozowania społecznego.

- Poziom III – oddziaływanie instytucjonalne i pozainstytucjonalne zindywidualizowane na określoną jednostkę.
- Poziom IV – oddziaływanie w sytuacji suicydalnej służące przywróceniu jednostce, która targnęła się na własne życie, motywacji do życia.
- Poziom V – oddziaływanie postsuicydalne na osobę, która próbowała popełnić samobójstwo i jej rodzinę (Hołyst, 2012).

Czynniki chroniące przed podjęciem próby samobójczej można podzielić na:

- czynniki rodzinne i ważne wydarzenia życiowe (pozytywne relacje z rodziną);
- czynniki poznawcze i osobowościowe (umiejętności społeczne, wiara w siebie i swoje osiągnięcia, korzystanie z pomocy w trudnych sytuacjach, otwartość na nowe doświadczenia i szukanie rozwiązań);
- czynniki społeczno-kulturowe (zaangażowanie w życie szkoły i otoczenie społeczne, np. udział w zajęciach sportowych, klubach, uczestnictwo w życiu religijnym, dobre kontakty społeczne z rówieśnikami, nauczycielami i innymi wychowawcami);
- czynniki związane ze zdrowiem psychicznym (wysoki poziom odporności psychicznej, dobre radzenie sobie ze stresem) (Brodniak, 2012).

Skuteczność podejmowanych działań zależy od etapu na jakim zostało wykryte zagrożenie. Zapobieganie samobójstwom podzielone jest na profilaktykę pre- i postsuicydalną. Profilaktyka presuicydalna powinna opierać się na systemie ciągłych i wielostronnych działań. Założeniem tej pomocy jest utrzymanie osoby przy pragnieniu życia. Istotną rolę pełni tu prawidłowe i szybkie rozpoznanie zespołu, który może prowadzić do aktu samobójczego. Do oznak wysokiego stopnia zagrożenia samobójstwem należą między innymi takie zachowania, jak: rozdawanie swoich rzeczy, rozmowy o samobójstwie i plany samobójcze, rozmowy o środkach służących do popełniania samobójstwa i zaopatrywanie się w te środki, wcześniejsze próby lub groźby samobójcze, kaleczenie się i inne działania samoniszczące, obsesja tematyką śmierci, wyrażanie beznadziejności, bezradności, złość na siebie i świat, niedawna śmierć kogoś bliskiego, depresja i nagła korzystna zmiana po okresie depresji (Mitchel, 1994).

Z badań American Association of Suicidology wynika, że 80% osób zamierzających popełnić samobójstwo, szuka pomocy przed dokonaniem aktu autodestrukcji. Jednostka często przekazuje sygnały werbalne i niewerbalne. Uświadomiony

obserwator może je zauważyć i udzielić jednostce niezbędnej pomocy. Aż 25% nastolatków, którzy próbowali odebrać sobie życie, przyznało, że poszukiwało pomocy u dorosłych, ale jej nie znalazło, co spowodowało utratę nadziei na wyjście z trudnej sytuacji (Szymańska, 2012). Dlatego należy zwracać szczególną uwagę na sygnały zagrożenia wysyłane przez dzieci i młodzież.

Forma pomocy powinna być dostosowana do adresatów programu profilaktycznego. Powszechność internetu, telefonów komórkowych i komputerów sprawia, że ta forma powinna podążać za najnowszymi osiągnięciami techniki, bo właśnie tam można znaleźć największą liczbę młodych ludzi zagrożonych zamachem samobójczym. Opinie na temat internetu są podzielone. Przeciwnicy wysuwają argumenty, że wzrost dostępności internetu jest jedną z przyczyn wzrostu wskaźnika samobójstw. Zwolennicy upatrują w nim sposobu na dotarcie do zagrożonych jednostek i wczesną próbę pomocy. Formami pomocy w internecie są między innymi: strony internetowe mające zapobiegać samobójstwom i informujące o tej tematyce, fora dyskusyjne, czaty mające na celu wsparcie emocjonalne oraz terapie online (Mishara, Kerkhof, 2013).

Istotnym elementem skutecznej profilaktyki jest analiza stanu wiedzy społeczeństwa o zjawisku samobójstwa. Otaczający jednostkę ludzie są najistotniejszym elementem zapobiegającym dokonaniu przez nią aktu autodestrukcji. Funkcjonujące mity, przesady i opinie utrudniają efektywny proces zapobiegania samobójstwom. Jednym z takich mitów jest przekonanie, że osoba, która otwarcie mówi o zamiarze odebrania sobie życia, nie popełni samobójstwa. Ludzie często mówią swoich planach, aby ktoś ich powstrzymał i okazał zainteresowanie. Z powyższych faktów wynika, że pierwszym krokiem w zapobieganiu zdarzeniom autodestrukcyjnym młodych ludzi jest prowadzenie szeroko rozpowszechnianych działań informacyjno-edukacyjnych w społeczeństwie. Do powyższych działań można między innymi zaliczyć: eliminowanie mitów i przesądów o samobójstwie przez dostarczanie rzetelnej wiedzy o objawach i przyczynach zachowań samobójczych, a także wykształcanie umiejętności rozpoznawania wczesnych objawów oraz udzielania pomocy (Malicka-Gorzelańczyk, 2002).

Profilaktyka presuicydalna powinna być prowadzona wielośrodkiem. Działania powinny być podejmowane na płaszczyźnie rodziny, szkoły, Policji, ochrony zdrowia oraz administracji rządowej i samorządowej (Światowa Organizacja Zdrowia, 2012).

Rola rodziny w zapobieganiu samobójstwom

Rodzina jest dla dziecka miejscem, w którym powinno się czuć bezpiecznie, z którego czerpie pozytywne wartości i w którym przygotowuje się do przyszłego, dorosłego życia. Z wyżej przytoczonego badania dotyczącego opinii młodzieży na temat samobójstw wynika, że to właśnie rodzina ma największy wpływ na zapobieganie samobójstwom (Malicka-Gorzelańczyk, 2002). Istotne jest, aby dorośli, którzy tworzą rodzinę, byli świadomi jak ważną rolę pełnią. Warto zwracać uwagę młodych ludzi na autorytety moralne, właściwe wartości oraz dbać o ich prawidłowy rozwój psychiczny i społeczny. Postęp cywilizacyjny, który jest jednocześnie związany ze zmianą priorytetów współczesnego społeczeństwa, również jest zagrożeniem dla osób mających problemy z przystosowaniem się do aktualnych standardów. Podważanie wartości rodziny jako podstawowej jednostki społecznej, jak również dążenie do gromadzenia dóbr materialnych, skupianie się na własnych potrzebach kosztem zaniedbywania wartości duchowych prowadzi do izolacji od społeczeństwa i zmniejszenia poczucia bezpieczeństwa jednostki. Dla dziecka rodzice powinni być autorytetem, z którego można czerpać wzorce właściwych zachowań i postaw. Powinni stanowić dla niego oparcie. Ważne jest, aby rozwijać w dzieciach empatię, umiejętności interpersonalne, wrażliwość, jak również zwracać ich uwagę na problemy życia społecznego, aby dziecko wchodzące powoli w dorosłe i samodzielne życie było świadomą częścią społeczeństwa. Rodzice nie powinni być obojętni na zmianę zachowań dziecka oraz powinni poświęcać wiele czasu na rozmowy i wspólne rozwiązywanie problemów. W wykrywaniu jednostek zagrożonych zamachem na życie, znacząca może rola rodziców, którzy będąc świadomymi obserwatorami i znawcami problemów swoich dzieci, zgłoszą się w odpowiednim momencie o pomoc do profesjonalistów (Malicka-Gorzelańczyk, 2002).

Rola szkoły w zapobieganiu samobójstwom

W przypadku dzieci i młodzieży szczególną rolę w zapobieganiu zachowaniom agresywnym spełnia szkoła, jako miejsce kształtujące młodą jednostkę. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 7 stycznia 2003 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, placówki oświatowe są zobowiązane do udzielania i organizacji uczniom, ich rodzinom i nauczycielom

pomocy psychologiczno-pedagogicznej (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 7 stycznia 2003 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach). Osoby pracujące z dziećmi i młodzieżą należy uwrażliwiać na wypowiedzi i zmieniające się zachowanie uczniów, które często są przez nich odbierane jako puste słowa, a nie realne ryzyko. Należy również zwrócić uwagę, jaki typ osobowości prezentuje dziecko lub nastolatek. Osoby ambitne, nastawione na osiągnięcie celów, które mają problemy z nawiązywaniem satysfakcjonujących więzi z innymi ludźmi są bardziej podatne na myśli samobójcze – będące już jednym z etapów zamachu samobójczego (Malicka-Gorzelańczyk, 2002).

Działania mające na celu zapobieganie samobójstwom powinny być prowadzone w sposób profesjonalny. W odniesieniu do zajęć szkolnych oznacza to, że nie wolno: prowadzić krótkich, 2–4 godzinnych zajęć dotyczących wyłącznie samobójstw, ukazywać samobójstwa jako reakcji na stres, pokazywać filmów i innych materiałów wizualnych prezentujące zachowania samobójcze oraz nakłaniać młodych ludzi po próbach samobójczych, aby opowiadali o swoich przeżyciach. Nieodpowiednie działania mogą jedynie pogorszyć sytuację dzieci i młodzieży, a nie pomóc (Szymańska, 2012).

Światowa Organizacja Zdrowia wraz z Polskim Towarzystwem Suicydologicznym wydaje poradniki dla nauczycieli i innych pracowników szkoły, będące narzędziem realizacji światowego programu zapobiegania samobójstwom SUPRE. Zawierają one omówienie aktualnych danych dotyczących samobójstw, czynniki ochronne i czynniki ryzyka zachowań autodestrukcyjnych, wskazówki, jak rozpoznać ucznia w złym stanie emocjonalnym oraz zbiór wytycznych dotyczących postępowania z uczniami o skłonnościach samobójczych. Do ogólnych zaleceń należą: obserwacja uczniów, nawiązywanie kontaktów, zmniejszenie negatywnych emocji wynikających ze stresu psychicznego, pomoc w nauce uczniom o mniejszych umiejętnościach oraz zwracanie uwagi na przypadki wagarowania (Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Ministerstwo Edukacji Narodowej, 2007).

Rola policji w zapobieganiu samobójstwom

Z ustawy o Policji z dnia 6 kwietnia 1990 roku wynika, że do jej zadań należy między innymi ochrona zdrowia i życia ludzi, inicjowanie i organizowanie działań mających na celu zapobieganie przestępstwom i zjawiskom kryminogennym

oraz współdziałanie w tym zakresie z organami państwowymi, samorządowymi i organizacjami pozarządowymi. W te zadania wpisuje się zatem interwencja, gdy zagrożone jest zdrowie lub życie człowieka, czyli również w przypadku zamachów samobójczych (Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 roku o Policji. Dz. U. 1990 nr 30 poz. 179). Jednostką Komendy Głównej Policji, która zajmuje się tworzeniem programów profilaktycznych, w tym programów mających zapobiegać samobójstwom, jest Biuro Prewencji Komendy Głównej Policji. Do jej zadań należy inicjowanie i wdrażanie systemowych działań policyjnych w zakresie zapobiegania przestępstwom i wykroczeniom, w tym czynom karalnym popełnianym przez nieletnich oraz zjawiskom patologii społecznej (Policja.pl, 2013). W celu efektywnej profilaktyki Biuro Prewencji Komendy Głównej Policji powinno prowadzić programy edukacyjne na temat zagrożeń w szkołach oraz działania terapeutyczno-wychowawcze w szkołach i poradniach, tworzyć i wspierać działalność ośrodków rekreacyjno-edukacyjnych dla dzieci i młodzieży, prowadzić działania informacyjno-edukacyjne o zagrożeniach i ich unikaniu skierowane do dorosłych, dzieci i młodzieży, integrować środowiska w celu poprawy bezpieczeństwa (Skawińska, 2003).

Rola systemu ochrony zdrowia w zapobieganiu samobójstwom

W przypadku profilaktyki presuicydalnej system opieki zdrowotnej oferuje społeczeństwu pomoc zarówno lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarce środowiskowej, którzy są pierwszymi osobami, do których zgłasza się osoba z problemami somatycznymi i psychicznymi. Nie wszyscy wiedzą, że w Polsce opieka psychiatryczna nie wymaga skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, więc do psychiatry można udać się w momencie zaobserwowania u siebie lub u osoby bliskiej zaburzeń. Gdy u dziecka obserwuje się objawy wskazujące na depresję lub nerwicę, należy jak najszybciej zwrócić się do psychologa lub psychiatry, który zapewni mu terapię mającą na celu uporanie się z problemami, które wywołały określone stany chorobowe. Znane są różne metody leczenia depresji i nerwic. Należą do nich między innymi zajęcia psychoterapeutyczne oraz farmakoterapia (Skawińska, 2003).

Rola administracji rządowej i samorządowej w zapobieganiu samobójstwom

Administracja rządowa i samorządowa ma duże znaczenie w profilaktyce samobójstw w Polsce. Jednostki samorządowe, czyli gminy, powiaty i województwa realizują usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi, co wynika z Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego. Województwo jest odpowiedzialnie szczególnie za promocję i ochronę zdrowia. Zadania administracji samorządowej mają się uzupełniać i tworzyć spójny system pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Ustawa z 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego. Dz. U. 1994 nr 111 poz. 535). Rolą tych jednostek jest również organizowanie pomocy społecznej dla swoich mieszkańców, przez tworzenie Ośrodków Pomocy Społecznej (gmina), Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie (powiat) oraz Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej (województwo). Administracja rządowa powinna wspierać działania prowadzone w ramach profilaktyki samobójstw przez tworzenie aktów prawnych uwzględniających tę tematykę (Skawińska, 2003).

Gdy pojawia się kryzys potrzebna jest profesjonalna pomoc. Badura-Madej (1996) definiuje interwencję kryzysową jako „działanie zmierzające do odzyskania przez osobę dotkniętą kryzysem zdolności jego samodzielnego pokonania”. Ma ona charakter pomocy psychologicznej, medycznej, socjalnej lub prawnej i służy wsparciu emocjonalnemu osoby w kryzysie. Interwencja polega na zbudowaniu relacji z terapeutą. Pacjent ma przyzwolenie na odreagowanie agresji, rozładowanie napięcia, a także przezwycięzenie bierności (Skawińska, 2003). Celem interwencji kryzysowej w rodzinie po próbie samobójczej jest: szybkie zmobilizowanie rodziny do udzielenia bliskiemu wsparcia i zapewnienie mu bezpieczeństwa, wzmocnienie więzi rodzinnych w celu profilaktyki następnych ewentualnych zamachów samobójczych (Skawińska, 2003).

Jest to kolejne ogniwo profilaktyki samobójstw, zarówno pre-, jak i postsuicydalnej. W Polsce jest mało Ośrodków Interwencji Kryzysowej dostępnych całodobowo. Uzasadnione jest utworzenie zintegrowanej sieci tych ośrodków w celu zapewnienia osobom zagrożonym dostępu do specjalistów (Malicka-Gorzelańczyk, 2002).

Pomoc postsuicydalna powinna być oparta na opiece nad osobą, która próbowała odebrać sobie życie i jej rodziną. Pomoc ta leży w kompetencjach lekarzy, psychiatrów, psychologów, pedagogów, duchownych i policjantów. W każdym kraju powinien funkcjonować sprawny system pomocy, w którym każdy obywatel

potrafiły się poruszać i wiedziałyby, do kogo może się zgłosić po pomoc. Chodzi tu nie o jednostki, ale o całe rodziny, które potrzebują pomocy i wsparcia po zamachu najbliższej osoby. W terapii ambulatoryjnej uwzględnia się: edukację rodziny na temat zachowań samobójczych, terapię rodzinną, treningi rozwiązywania problemów, grupową terapię interpersonalną oraz farmakologiczne i nefarmakologiczne leczenie towarzyszących zaburzeń psychicznych (Wolańczyk, Komender, 2005). Do działań prewencyjnych zaliczają się również sposoby informowania o samobójstwie (Malicka-Gorzelańczyk, 2002). ŚOZ od roku 1999 wydaje corocznie poradnik dotyczący kwestii rozpowszechniania informacji na temat samobójstw. Ma to na celu zmniejszenie liczby popełnionych zamachów określonych mianem „efektu Wertera”, który definiowany jest jako wzrost liczby samobójstw dokonywanych przez młodych ludzi wskutek nagłośnienia przypadków innych samobójstw (Szymańska, 2012). Do form pomocy postsuicydalnej należy również tworzenie samopomocowych grup wsparcia, w których uczestniczą osoby bezpośrednio i osobiście dotknięte przez jakiś problem, chorobę lub sprawę, która ich dotyczy. O celach grupy oraz formie pomocy decydują jej członkowie. Branie czynnego udziału w grupie wsparcia może być bardzo pomocne w okresie żałoby, po stracie bliskiej osoby, która postanowiła odebrać sobie życie. Również osoby, które próbowały popełnić samobójstwo, mogą tworzyć grupy wsparcia, pomagające im wrócić do codziennego życia. Światowa Organizacja Zdrowia wydała poradnik jak założyć grupę wsparcia dla osób po samobójstwie kogoś bliskiego (Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, 2004).

Podsumowanie

Dzieci i młodzież nie podejmują świadomych, dojrzałych decyzji o zakończeniu swojego życia. Jest to jedna z podstawowych różnic między aktem autodestrukcji osób nieletnich a dorosłych. W przypadku dziecka takie zdarzenie jest często narzędziem mającym zwrócić uwagę na jego problemy, a nie pozbawienie życia. Śmierć spowodowana samobójstwem jest drugą przyczyną zgonów w młodszym grupach wiekowych, a przecież zdarzenia te można zminimalizować przez wczesną interwencję. Niespełnione oczekiwania wobec rodziców, przyjaciół, bliskich, niepowodzenia szkolne, nieszczęśliwa miłość, brak akceptacji społecznej, zła sytuacja rodzinna, poczucie osamotnienia oraz niezaspokojone potrzeby to główne uwarunkowania aktów autodestrukcji. Największą rolę w życiu dziecka odgrywa rodzina. Świadomość rodziców, jak ważni są dla swoich dzieci i jak bardzo

dziecko na nich polega może zmienić ich nastawienie do problemów dzieci i może się przyczynić do zwiększenia efektywności profilaktyki samobójstw. Zdziwienie może budzić fakt, że wiedza młodzieży na temat środków pomocy osobom zagrożonym samobójstwem jest bardzo ograniczona, co oznacza, że w momencie, kiedy sami będą potrzebowali wsparcia, nie będą wiedzieli gdzie go szukać. Obecnie widoczny jest brak badań uwzględniających stan wiedzy młodzieży na temat samobójstw. Ostatnie badanie na ten temat przeprowadzono 20 lat temu, zatem zawarte w nim dane mogły ulec dezaktualizacji.

Bibliografia

- Aronson, E. (2005). *Człowiek istota społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Badura-Madej, W. (red.). (1996). *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej: poradnik dla pracowników socjalnych*. Warszawa: Interart.
- Brodniak, W. (2012). *Ramowy Program zapobiegania samobójstwom w Polsce na lata 2012–2015*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Cekiera, C. (2005). Psychologiczne i aksjologiczne aspekty samobójstw. *Suicydologia*, 1, (1), 21–32.
- Czabański, A. (2009). *Samobójstwa altruistyczne*. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.
- Dąbrowski, K. (1929). *Les conditions psychologique du suicide*. Geneve: Imprimerie de Commerce.
- Durkheim, E. (1976). *Le suicide. Étude de sociologie*. Paryż.
- Giddens, A. (2012). *Socjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Główny Urząd Statystyczny (2011). *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.* Kraków.
- Gmitrowicz, A. (2005). Uwarunkowania zachowań samobójczych młodzieży. *Suicydologia*, (1), 1.
- Hołyst, B. (1994). *Kryminologia*. Warszawa: Lexis Nexis.
- Hołyst, B. (2012). Motywacje samobójstw nieletnich. *Probacja. Ministerstwo Sprawiedliwości*, 3.
- Hołyst, B. (1983). *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Hołyst, B., Staniaszek, M., Binczycka-Anholcer, M. (red.). (2002). *Samobójstwo*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.

- Hołyst, B. (2012). *Suicydologia*. Warszawa: LexisNexis.
- Lewandowska, I., Bańbura, K., Michałowska, J. *Próby samobójcze wśród młodzieży. praca studentów Uniwersytetu Zielonogórskiego*.
- Makara-Studzińska, M., Moryłowska, J., Grzywa, A. (2007). Samobójstwo jako konsekwencja krzywdzenia w dzieciństwie. *Wiadomości psychiatryczne*, 10(1).
- Malicka-Gorzelańczyk, H. (2002). *Opinie młodzieży o samobójstwie*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- Mishara, B. L., Kerkhof Ad J. F. M. (2013). *Suicide prevention and new technologies. Evidence Based Practice*. Londyn: Palgrave Macmillan.
- Mitchel, A. T. (1994). *Dlaczego? Samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza VOCATIO.
- Napieralska, E. (2010). Epidemiologia zgonów dzieci i młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999-2006. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91(1).
- Policja.pl (2013). Zadania Biura Prewencji i Ruchu Drogowego. Pobrane z: <http://www.policja.pl/pol/kgp/biuro-prewencji-i-ruch/73019,Zadania-Biura-Prewencji-i-Ruchu-Drogowego.html>.
- Policja.pl (2014). Samobójstwa 2013. Pobrane z: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa/100065,Samobojstwa-2013.html>.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z 7 stycznia 2003 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Dz. U. 2003 nr 11 poz. 114.
- Skawińska, M. (2003). *Samobójstwo. Rola polityki społecznej w zapobieganiu i terapii*. Kielce: Wydawnictwo Uczelniane Wszechnicy Świętokrzyskiej.
- Szczerbań, J. (red.). (2006). *Promocja zdrowia jako zadanie zdrowia publicznego-skrypt dla studentów*. Warszawa: Akademia Medyczna w Warszawie.
- Szymańska, J. (2012). *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Szyborski, J. (red.). (2012). *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa. Tom II*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Ministerstwo Edukacji Narodowe (2007). *Zapobieganie samobójstwom – poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*. Warszawa: Fraszka Edukacyjna.
- Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne (2003). *Zapobieganie samobójstwom*. Genewa, Warszawa.

- Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 roku o Policji. Dz. U. 1990 nr 30 poz. 179.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 2004 roku o ochronie zdrowia psychicznego. Dz. U. 1994 nr 111 poz. 535.
- Uzan, G. (1972). Samobójstwa młodzieży. *Zdrowie Psychiczne*, 13(4).
- Wolańczyk, T., Komender, J. (2005). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention of suicide*.
- World Health Organization (2014). Pobrane z: <http://www.who.int/>.

Determinants and prevention of suicide among children and youth in Poland

This paper analyses the problem of suicide among children and young people in the context of factors determining suicide attempts and providing effective help for people at risk. The paper discusses the basic definitions, statistics, and determinants of suicide attempts which are important to fully understand the problem and, most importantly, to offer forms of support both to young people predisposed to try to take their own lives and to those who have unsuccessfully attempted to commit suicide. The article presents ways of coping used by family members and peers in the mourning period, as well as forms of suicide prevention. It emphasizes that numerous institutions and professionals should be engaged in providing help for young people who face serious problems, because only multidisciplinary cooperation can bring about the desired result, i.e. reducing the suicide rate by 20% by 2020.

KEYWORDS:

SUICIDE, PREVENTION, CHILDREN, YOUTH, PUBLIC HEALTH

Cytowanie:

Bąbik, A., Olejniczak, D. (2014). Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 13(2).



Artykuł jest dostępny na licencji *Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska*.