



**Przeciwdziałanie samobójstwom
wśród młodzieży**
kompendium wiedzy dla uczniów,
nauczycieli i rodziców



Fundacja
Badań Społecznych

1. Wstęp

Dla każdej istoty żywej najsilniejszym wrodzonym instynktem jest *instynkt samozachowawczy* (przetrwania, utrzymania się przy życiu), pchający nas do ochrony swojego zdrowia i życia. To ewolucja wyposażyła nas w ten instynkt, aby umożliwić całemu gatunkowi przetrwanie i rozwijanie się. Zwierzęta podlegają temu najważniejszemu instynktowi, jednak wśród ludzi zdarzają się sytuacje, gdy na skutek splotu różnych czynników niektóre osoby zaczynają wykazywać zachowania sprzeczne z nim i próbują celowo uszkodzić swoje ciało, pozbawić się zdrowia, a także i życia.

Wydawać by się mogło, że problem samobójstw jest zjawiskiem marginalnym, dotyczącym tylko ludzi ciężko chorych, bądź znajdujących się w poważnych życiowych tarapatach. Nic bardziej mylnego – w ostatnich latach obserwujemy alarmujący wzrost liczby przypadków prób odebrania sobie życia, który zaczyna dotyczyć coraz więcej ludzi młodych. Funkcjonując w społeczeństwie, życie pojedynczych osób przestaje być ich indywidualną sprawą i staje się kwestią dobra wspólnego. Każde życie jest cenne dla społeczeństwa, nawet jeśli osobie przejawiającej myśli samobójcze zaczyna wydawać się, że jej życie nie ma wartości, znaczenia, czy sensu. Dlatego tak bardzo ważne stało się podejmowanie licznych działań - na poziomie jednostkowym, rodzinnym, szkolnym, regionalnym, ogólnokrajowym i w końcu ogólnoświatowym – które mogą przyczynić się do zatrzymania obecnej epidemii samobójstw wśród ludzi w każdym wieku, zwracając jednak szczególną uwagę na osoby młode, dla których w 2019 roku samobójstwo stało się niechlubnie pierwszą co do częstości przyczyną śmierci w Polsce.

Wokół samobójstwa i samobójców krąży wiele szkodliwych mitów, które utrudniają udzielanie skutecznej. Oto kilka szkodliwych mitów:

1. Rozmawianie o samobójstwie może spowodować, że człowiek je popelni.

Prawdą jest coś przeciwnego: empatyczna rozmowa daje poczucie ulgi i umożliwia odzyskanie kontroli.

2. Człowiek grożący samobójstwem nie popelnią go. Jeśli naprawdę ktoś chce się zabić, nie powie o tym.

Większość tych, którzy zginęli śmiercią samobójczą, w jakiś sposób komunikowało swój zamiar otoczeniu.

- 3. Samobójstwo jest aktem irracjonalnym.**
Być może. Jednak zdecydowana większość samobójstw lub usiłowań popełnienia samobójstwa ma sens z punktu widzenia osoby dokonującej tego czynu.
- 4. Osoby popełniające samobójstwo to ludzie chorzy psychicznie.**
Tylko niewielu z nich to osoby chorujące na poważne zaburzenia psychiczne. Większość to osoby zdrowe lub tkwiące w depresji, samotne, nie mające nadziei, bezradne, zszokowane, głęboko zawiedzione, porzucone, itp.
- 5. Samobójstwo powtarza się w rodzinach – jest dziedziczną tendencją.**
Tak może się wydawać. W rzeczywistości są to zachowania wyuczone na podstawie obserwacji innych, którzy w taki sposób radzą sobie z trudnymi sprawami.
- 6. Po nieudanej próbie samobójczej nie ma już zagrożenia.**
Nieprawda. Prawdopodobnie okresem największego zagrożenia jest czas, gdy osoba po próbie samobójczej staje się pełna energii, po głębokiej depresji. Sygnałem niebezpieczeństwa jest okres euforii następujący po epizodzie depresyjnym lub samobójczym. Warto mieć wzmożoną czujność, zwłaszcza na początku leczenia farmakologicznego, kiedy leki zaczynają pobudzać człowieka.
- 7. Samobójstwo jest zawsze aktem impulsywnym.**
Nie zawsze. Istnieją różne typy samobójstw. Niektóre są impulsywne, niektóre bardzo dokładnie zaplanowane i przeprowadzone.
- 8. Samobójca zawsze chce odebrać sobie życie.**
Większość osób z problemem suicydalnym waha się pomiędzy pragnieniem śmierci a chęcią życia. Wykazują one ambiwalencję i oczekują, iż otoczenie podejmie próbę ratowania ich.
- 9. Samobójstwa nie popełniają osoby zamożne, o wysokim statusie społecznym.**
Nie jest to prawda, czynów samobójczych dokonują ludzie ze wszystkich warstw społecznych, niezależnie od stanu majątkowego, czy pozycji.
- 10. Poprawa po kryzysie oznacza koniec ryzyka popełnienia próby samobójczej.**
Nieprawda! Większość samobójstw ma miejsce w okresie zaczynającej się poprawy, gdy klient odzyskuje energię do zrealizowania swojego zamiaru.

2. Zachowania autoagresywne, samookaleczenia, myśli, tendencje i próby samobójcze – znaczenie terminów

Samobójstwo jest ostateczną formą szerokiej gamy zachowań o charakterze autodestrukcyjnym (chęci skrzywdzenia samego siebie), warto jednak mieć na uwadze inne, mniej wyraźne zachowania, które świadczyć mogą o kształtujących się skłonnościach do wyrządzenia sobie poważnej krzywdy, z zagrożeniem życia włącznie. Za *zachowania autoagresywne* uznajemy szereg działań mających na celu wyrządzenie sobie fizycznej lub psychicznej szkody. Jest to agresja skierowana „do wewnątrz”, ku samemu sobie. Niektórzy do zachowań autoagresywnych zaliczają także tatuowanie się, nadmierne kolczykowanie, czy inne trwałe ingerencje w ciało, które nie są motywowane bezpośrednimi zaleceniami lekarskimi. Osoba wykazująca takie zachowania nie kieruje się jednak chęcią wyrządzenia sobie krzywdy (a np. własnymi upodobaniami estetycznymi), natomiast doświadczenie bólu, naruszenie skóry, czy związane z zabiegiem krwawienie nie jest celem w samym sobie, a niejako „skutkiem ubocznym” towarzyszącym takiemu zabiegowi. Z kolei *samookaleczenia* są takimi przejawami zachowań, w których również dochodzi do ingerencji w organizm, ale głównym ich motywem jest właśnie wyrządzenie sobie krzywdy, odczucie bólu, wywołanie upływu krwi, czasowych lub trwałych ran na ciele, uzyskanie blizn skórnych itp. Samookaleczenie nie jest samym okaleczeniem własnego ciała, a procesem, którego efektem jest powstanie cielesnych ran. Ludzie z różnych przyczyn atakują samych siebie, co oprócz fizycznych obrażeń powoduje także pogłębienie obecnego już cierpienia psychicznego.

Wyróżnić można autoagresję bezpośrednią (bicie, ranienie czy samooskarżanie siebie) lub pośrednią (gdy jednostka prowokuje czy wymusza akty agresji względem siebie i poddaje się agresji innych osób). Autoagresja może też być werbalna / słowna (zaniżanie swojej samooceny, wmawianie sobie własnej niskiej wartości, nadmierną krytykę samego siebie itp.) oraz niewerbalna (przejawiająca się właśnie w zachowaniach prowadzących do uszkodzenia własnego ciała poprzez wywoływanie powierzchniowych lub głębokich ran ciętych, wbijanie w ciało ostrych przedmiotów, połykanie ich, polewanie ciała żrącą substancją, przypalanie się, łamanie kości, wyrywanie włosów i inne)¹. Nie każdy przejaw autoagresji motywowany jest chęcią wywołania trwałego i znacznego uszkodzenia ciała, czy utraty zdrowia. Czasem może to być wyraz chęci rozładowania psychicznego napięcia, przerzucenia własnej uwagi z problemów psychicznych na fizyczne, zwrócenia na siebie uwagi otoczenia, czy eksperymentowanie z własnym ciałem, jego reakcjami i granicami wytrzymałości itp. Każde zachowanie autoagresywne powinno jednak stanowić formę

1 Sawaściuk E., Autoagresja, „Niebieska Linia” 2003, str. 2.

alarmu, ponieważ może poprzedzać wystąpienie innych, bardziej niebezpiecznych zachowań.

Myśli o śmierci są to refleksje, przemyślenia, fantazje na temat własnej śmierci, które nie zawsze muszą świadczyć o chęci popełnienia samobójstwa, ale mogą prowadzić do zmiany w *myśli samobójcze*, czyli fantazje o samodzielnym odebraniu sobie życia, którym mogą towarzyszyć pragnienia i impulsy do realizacji takich myśli. Z kolei za *zachowania, tendencje samobójcze* uznajemy wypowiedane groźby odebrania sobie życia, tworzenie konkretnych planów, przygotowywanie się do ich realizacji i w końcu ich podejmowanie. *Próbką samobójczą* nazywamy działania podejmowane z zamiarem pozbawienia siebie życia bez udziału osób drugih. Nie wszystkie próby kończą się śmiercią, mogą wywołać trwałe i poważne uszkodzenie ciała lub jego zatrucie, jeśli jednak celowe, przemyślane i zamierzone działanie zagrażające życiu, podjęte samodzielnie faktycznie zakończy się tragiczną śmiercią – mówimy o *samobójstwie*².

3. Przyczyny i powody zachowań autoagresywnych

Za możliwe *przyczyny* uznajemy zdarzenia przeszłe, które doprowadziły do pojawienia się myśli rezygnacyjnych lub zachowań autodestrukcyjnych. Najczęstszą przyczyną wystąpienia takich zachowań są inne problemy zdrowotne, zwłaszcza depresja, która bez prawidłowego leczenia często prowadzi do głębokiego załamania i chęci rezygnacji z własnego życia. Za *powody* z kolei uznajemy potencjalne zdarzenia przyszłe, których osoba chce uniknąć i w tym celu podejmuje próbę samobójczą. Powody również mogą wiązać się ze stanem chorobowym (osoba chce uniknąć dalszego cierpienia lub pogorszenia stanu w przyszłości), częściej jednak wynikają z sytuacji nagłych, jak doświadczenie śmierci bliskiej osoby (i chęć uchronienia się przed samotnością, żałobą), popadnięcie w nagłe problemy ekonomiczne np. bankructwo, egzekucja komornicza (i chęć uchronienia się przed ubóstwem czy bezdomnością), złamanie prawa i chęć uniknięcia konsekwencji, w tym utraty wolności itp. W praktyce klinicznej rozpatrujemy raczej *czynniki ryzyka*, czyli takie cechy lub wydarzenia, które istotnie podnoszą prawdopodobieństwo wystąpienia u danej osoby tendencji samobójczych. Czynniki ryzyka samobójstw możemy podzielić na kilka grup, w tym czynniki socjodemograficzne (jak płeć, wiek, rasa, pochodzenie, miejsce zamieszkania, struktura rodziny itp.), społeczno-ekonomiczne (w tym sytuacja rodzinna, szkolna, zawodowa), psychologiczne (cechy osobowości, poziom funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego, umiejętność radzenia sobie ze stresem i ilość występujących w otoczeniu stresorów),

2 Gmitrowicz A., Problematyka samobójstw, [w:] Jarema M., (red.) Psychiatria, 2016, s. 194-195.

chorobowe (w tym choroby psychiczne, zwłaszcza depresja i uzależnienia, ale i choroby fizyczne, związane z przewlekłym bólem czy znaczną śmiertelnością) oraz biologiczne (w tym genetyczne)³.

Poniżej opisano wybrane z czynników podnoszących ryzyko samobójstw.

- **Wiek:** statystycznie, ryzyko samobójstw rośnie wraz z wiekiem i w większości krajów osiąga najwyższy wskaźnik w grupie osób po 75. roku życia. W Polsce najwięcej prób samobójczych notuje się wśród osób pomiędzy 50. a 59. rokiem życia, jednak w ostatnich latach obserwujemy alarmujący wzrost zachowań samobójczych wśród ludzi młodych. U osób pomiędzy 15. a 29. rokiem życia odnotowuje się ponadto największy procent prób zakończonych śmiercią, który sięga nawet 22%, podczas gdy u osób między 50. a 59. rokiem życia wynosi około 3%.

- **Płeć:** w niemal wszystkich krajach świata to kobiet częściej podejmują próby samobójcze, jednak wśród mężczyzn częściej kończą się one śmiercią.

- **Sytuacja rodzinna:** znacznymi czynnikami ryzyka jest występowanie chorób psychicznych, zwłaszcza depresji i uzależnień, wśród rodziców i innych członków rodziny, również występowanie zachowań samobójczych u członków rodziny zwiększa ryzyko samobójstwa u pozostałych. Czynnikami ryzyka są też patologie rodzinne, jak przemoc, zaniedbanie, nadużywanie substancji psychoaktywnych, ale i błędne wzorce komunikacji rodzinnej, brak jednego z rodziców, przestępczość, zaniedbywanie potrzeb fizycznych i emocjonalnych dziecka, nadmierne wymagania rodziców, brak akceptacji czy ograniczanie swobody i autonomii dziecka.

- **Cechy psychiczne:** w tym takie cechy osobowości jak impulsywność, skłonność do agresji, skłonność do negatywnej emocjonalności i brak równowagi emocjonalnej; postawy takie jak izolacja społeczna, wycofanie, skłonność do unikania, niska samoocena, zaburzony obraz samego siebie, skłonność do używek; przejawy niskiego poziomu funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego, mała tolerancja stresu; obecność stresujących czynników środowiskowych takich jak utrata bliskiej osoby, odrzucenie, rozpad rodziny, problemy ekonomiczne, przemoc i nadużycia itp.

- **Zaburzenia psychiczne:** u osób cierpiących na depresję do zachowań samobójczych dochodzi w 60 - 80% przypadków, przy zaburzeniach zachowania i osobowości – w 50 - 80%, wśród osób nadużywających substancji psychoaktywnych w 35 - 63%, u cierpiących na zaburzenia lękowe w 20 – 30%, zaś u pacjentów chorujących na schizofrenię odsetek ten wynosi 3 – 7%.

- **Choroby somatyczne:** czyli fizyczne, cielesne, mogą wiązać się ze wzrostem skłonności rezygnacyjnych zwłaszcza, gdy chorobie towarzyszy silny lub przewlekły ból, gdy choroba postępuje gwałtownie odbierając choremu sprawność i możliwość dotychczasowego

3 Tamże, s. 199.

funkcjonowania, również w stanach terminalnych, czyli świadomości nieuchronnie zbliżającej się śmierci na skutek choroby.

- **Czynniki biologiczne:** jak genetycznie uwarunkowane nieprawidłowości pracy mózgu⁴.

Kto zatem jest szczególnie narażony na ryzyko wystąpienia myśli i tendencji samobójczych? W krajach wysokorozwiniętych tego typu autoagresja najczęściej występuje z innymi problemami natury psychicznej, zwłaszcza depresją i uzależnieniem od alkoholu, jednak wiele prób podejmowanych jest impulsywnie – w sposób nieprzemyślany, nieplanowany z wyprzedzeniem, pod wpływem chwilowego kryzysu, czy załamania. Na takie próby najbardziej narażone są osoby znajdujące się w nieoczekiwanym kryzysie psychicznym, u których nagle sytuacja wywołała stres tak silny, że przewyższył on możliwości samodzielnego radzenia sobie z aktualnymi problemami. Nagłe kryzysy mogą być wywołane niespodziewanymi problemami finansowymi, utratą relacji z osobami bliskimi, zwłaszcza życiowym partnerem/ką, bądź odczuwaniem chronicznego bólu wywołanego przez inne dolegliwości fizyczne. Innymi czynnikami podnoszącymi ryzyko podjęcia próby samobójczej są:

- konflikty występujące w rodzinie, grupie rówieśniczej, środowisku pracy itp.;
- katastrofy jak powódzie, pożary, huragany, epidemie i inne kataklizmy powodujące znaczne i trwałe zniszczenia mienia i cierpienie ludzi;
- doświadczanie przemocy domowej, rówieśniczej, czy w środowisku pracy itp.;
- doświadczenie straty bliskiej osoby w wyniku śmierci lub celowego zaniechania kontaktu i relacji, w tym separacja małżeńska i rozwody;
- ogólne poczucie izolacji i narastająca samotność wywołana obiektywnymi lub subiektywnymi czynnikami;
- doświadczanie dyskryminacji społecznej ze względu na odmienność rasową, kulturową, czy ideologiczną – w tej grupie szczególnie zagrożeni są uchodźcy i migranci, osoby LGBT+, wyznawcy mniejszościowych religii, czy więźniowie;
- zdecydowanie najsilniejszym czynnikiem ryzyka zamachu samobójczego okazuje się podjęcie takiej próby w przeszłości – osoby które już raz targnęły się na własne życie, a w przypadku których przyczyny takiej decyzji nie zostały całkowicie usunięte, wykazują znaczne ryzyko powtórnych zachowań suicydalnych i powinny być otoczone szczególną opieką i wsparciem społecznym ze strony najbliższego otoczenia, jak i profesjonalną pomocą medyczną⁵.

4 Tamże, s. 200 – 206.

5 Światowa Organizacja Zdrowia, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, z dnia: 04.03.2020.

4. Jak dochodzi do powstawania / kształtowania się tendencji samobójczych

Ludzie, którzy myślą o swojej śmierci to osoby, które doświadczyły *kryzysu psychologicznego*. Kryzys psychologiczny to subiektywny stan postrzegania sytuacji. Literatura podaje, że kryzys pojawia się wówczas, gdy człowiek spotyka się z problemem, który jawi mu się jako niemożliwy do usunięcia, a jego sposoby radzenia sobie stają się nieskuteczne⁶. G. Parry podaje, że występowanie wymienionych poniżej cech oznacza, że z dużym prawdopodobieństwem mamy do czynienia z kryzysem:

- obecność ostrego wydarzenia krytycznego lub przewlekłego stresu;
- odczuwanie wydarzenia jako nieoczekiwanego;
- spostrzeganie sytuacji jako utraty, zagrożenia lub wyzwania;
- doświadczenie przez osobę negatywnych emocji i przeżyć;
- poczucie niepewności co do przyszłości;
- poczucie utraty kontroli;
- nagłe naruszenie rutynowych sposobów zachowania, rytmu dnia, przyzwyczajzeń;
- stan napięcia emocjonalnego trwający przez pewien czas (tygodnie, miesiące);
- konieczność zmiany dotychczasowego sposobu funkcjonowania⁷.

Człowiek może doświadczyć kryzysu psychologicznego w każdym wieku i w wielu różnych sytuacjach. Dla uporządkowania różnorodnych sytuacji i wydarzeń kryzysowych użyteczny jest podział zaproponowany przez J. Cullberga (za: Bandura-Madej, 1999), który wyróżnia kryzysy przemiany (rozwojowe, normalne gdyż występujące powszechnie wśród ludzi), kryzysy sytuacyjne (traumatyczne) oraz kryzysy chroniczne. Przyjrzyjmy im się szczegółowo.

Kryzys przemiany jest nieodłączną częścią życia każdego z nas. Wywołany jest przez wydarzenia, które zwykle są odbierane jako spodziewane, a nawet pożądane, a ponieważ zawsze wymagają zmiany i podejmowania nowych ról i zadań - towarzyszy im pewne napięcie emocjonalne. Najczęściej wśród kryzysów przemiany wymienia się opuszczenie domu rodzinnego, zawarcie małżeństwa, podjęcie pracy, ukończenie szkoły, przejście na emeryturę. Wśród młodych ludzi kryzysami rozwojowymi może być zmiana szkoły, konieczność podjęcia wyboru kierunku kształcenia się, konieczność zaliczenia egzaminu dojrzałości, zakończenie przyjaźni lub sympatii. Kryzysy związane z tymi wydarzeniami zostały opisane najpełniej przez Geralda Caplana, z kolei bardzo ciekawą koncepcję kryzysów rozwojowych sformułował też psycholog Erick Erikson.

⁶ Bandura-Madej W., Wybrane zagadnienia z interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych, Katowice 1999.

Kryzisy sytuacyjne (przez niektórych nazywane losowymi, incydentalnymi bądź traumatycznymi, jeżeli wywołane są przez silne, urazowe wydarzenia) występują w wyniku pojawienia się wydarzeń, które nie wchodzą w doświadczenie zwykłego człowieka. Są to wydarzenia, w czasie których człowiek doświadcza zagrożenia poczucia tożsamości, bezpieczeństwa, a także zdrowia i życia. Należą do nich śmierć najbliższej osoby, nagłe inwalidztwo, napaść, katastrofa, nagłe zagrożenie dla związku, jak na przykład zdrada, rozpoznanie poważnej choroby somatycznej a także doświadczenie przemocy w pracy, w grupie rówieśniczej lub rodzinie. Kryzys rodzinny to też kryzys osobisty – zwłaszcza dzieci i młodzieży.

Ostatni rodzaj kryzysu, czyli *kryzisy chroniczne* określane również mianem „stanów transkryzysowych” są charakterystyczne dla osób, które doświadczają przez dłuższy czas traum, np. w przypadku przemocy domowej (fizycznej czy psychicznej), mobbingu, itp. Typowymi symptomami takich kryzysów jest wycofanie z działania, bierność w momencie działania kryzysu, brak lub bardzo niska motywacja do wprowadzania zmian⁷.

E. Ringel, pionier suicydologii, który w 1948 r. założył pierwsze w Europie Centrum Zapobiegania Samobójstwom⁸ zaobserwował, że ludzie po przeżyciu trudnych kryzysowych doświadczeń popadają w specyficzny stan psychiczny, który nazwał „zespołem presuicydalnym”⁸. Stan ten jest pierwszym z kilku czynników ostrzegających o zagrożeniu samobójstwem. Najważniejszymi elementami zespołu presuicydalnego są trzy jego syndromy: zawężenie, hamowana i skierowana przeciwko sobie agresja, oraz fantazje samobójcze.

Zawężenie osobistych możliwości oznacza przeżywanie przez człowieka warunków i okoliczności zewnętrznych jako takich na które nie ma wpływu i których nie może przezwyciężyć. Zawężenie może być uwarunkowane zewnętrznymi, krytycznymi wydarzeniami życiowymi, takimi jak przypadki śmierci w rodzinie, nieuleczalna choroba; własne postępowanie, które doprowadza do krańcowego osamotnienia, przegranej, poczucia osaczenia; negatywną i mylną oceną sytuacji. *Zawężenie emocjonalne* oznacza widzenie świata przez „czarne okulary”. Zawężenie to oznacza że człowiek doświadcza emocji takich jak: smutek, złość, lęk. Prowadzą one do rozwoju stanów depresyjnych lub zubożenia. *Zawężenie stosunków międzyludzkich*: Powszechną cechą ludzi zagrożonych samobójstwem jest poczucie osamotnienia, odizolowania, opuszczenia i niezrozumienia. Mamy wówczas do czynienia z *zawężeniem stosunków międzyludzkich*. Może ono objawiać się rzeczywistym całkowitym opuszczeniem przez nich, drastycznym zmniejszeniem liczby kontaktów lub dewaluacją istniejących związków z ludźmi. *Zawężenie świata wartości*: polega na zaburzeniu hierarchii wartości i przejawia się jako brak poczucia wartości, obniżenie

⁷ Tamże.

⁸ Ringel E.,Gdy życie traci sens: Rozważania o samobójstwie. Szczecin 1987: Wydawnictwo Glob.

wartości, bądź przyjęcie systemu wartości różniącego się istotnie od ogólnie przyjętych w danej społeczności.

Opisując drugi składnik, czyli *hamowaną i skierowaną do siebie agresję* trzeba wiedzieć, że każde samobójstwo jest wyrazem nasilonej agresji do siebie. Wielu terapeutów zwraca uwagę, iż w przypadku samobójstwa agresja skierowana na siebie jest równocześnie wyrazem agresji wobec otoczenia i chęci ukarania go. Duże ryzyko samobójstwa pojawia się u osób, które nie mogą skierować agresji na otoczenie ze względu na własne zahamowania bądź warunki zewnętrzne.

Myśli samobójcze ma wielu ludzi, ale nie każde rozważania o śmierci i samobójstwie sygnalizuje stan presuicydalny. Czasami *fantazjowanie o śmierci i samobójstwie* pozwala na rozładowanie napięcia. Natomiast w syndromie presuicydalnym osiąga poziom zagrożenia życia wtedy, kiedy dana osoba opracowuje szczegółowo sposób popełnienia samobójstwa. Mówi się wtedy o opisanych już wcześniej tendencjach samobójczych⁹.

Jakość fantazji samobójczych możemy ocenić w czterech stopniach, charakteryzując nasilenie niebezpieczeństwa od początkowej skłonności do stanu najwyższego zagrożenia:

1 pkt. – zasnąć i się nie obudzić (wyłączenie świadomości);

2 pkt. – wyobrażenie bycia martwym – fantazje nie dotyczą momentu śmierci ale jej rezultatu;

3 pkt. – wyobrażenie podniesienia na siebie ręki ale bez konkretnych planów dotyczących zrealizowania samobójstwa;

4 pkt. – fantazje nastawione na ustalenie określonej, konkretnej metody samobójstwa, zaplanowanej w najdrobniejszych szczegółach¹⁰.

Nigdy nie należy ignorować żadnych myśli samobójczych. Każda myśl o odebraniu sobie życia jest sygnałem wysyłanym przez cierpiącego człowieka – bez względu na to jaki jest powód cierpienia (chęć zwrócenia uwagi otoczenia czy chęć przyniesienia sobie ulgi). Nigdy nie należy zostawiać osoby z myślami samobójczymi bez wsparcia. W momencie kiedy ktoś zgłasza nam myśli samobójcze, które oceniamy na 1 -2 pkt. należy zapewnić opiekę psychologiczną. Warto wtedy ustalić tzw. kontrakt na życie, w którym uzgodnimy co osoba z myślami samobójczymi ma zrobić, z kim się skontaktować, gdy poczucie się gorzej. Gdy myśli samobójcze oceniamy na 3 punkty należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem psychiatrą. Gdy fantazje samobójcze ocenimy na 4 pkt. należy niezwłocznie powiadomić odpowiednie służby (pogotowie, policja). Taka osoba musi być skonsultowana z lekarzem psychiatrą, który podejmie decyzje o sposobie udzielenia dalszej pomocy.

9 Hołyst B. Suicydologia. LexisNexis, Warszawa, 2002. ISBN 978-83-7620-690-5.

10 Ringel E., Gdy życie traci sens: Rozważania o samobójstwie. Szczecin 1987: Wydawnictwo Glob.

5. Statystyki prób samobójczych w Polsce i na świecie

Wydawać by się mogło, że problem samobójstw jest marginalny, chociaż w ostatnich latach w masowych mediach można usłyszeć na ten temat coraz więcej informacji i tragicznych przykładów, głównie za sprawą głośnych incydentów, gdzie na własne życie targają się osoby bardzo młode, którym można było pomóc, ale pomoc nie nadeszła na czas. Różne instytucje gromadzą dane dotyczące częstotliwości prób samobójczych, prowadząc przy tym statystyki ze względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania itd. Największą bazę informacji dla całego świata prowadzi Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Według jej statystyk każdego roku blisko 800 tysięcy ludzi na świecie ginie z własnej ręki, a wielokrotnie więcej podejmuje próby samobójcze, które nie kończą się śmiertelnie. To prawie milion ludzi każdego roku, najczęściej osoby pomiędzy 15. a 29. rokiem życia. Około 79% prób podejmowanych jest w krajach rozwijających się o niskim lub średnim przychodzie, mniej zamachów samobójczych notuje się w krajach wysoko rozwiniętych, gdzie finansowa jakość życia utrzymuje się na wyższym i bezpieczniejszym poziomie⁹.

W Polsce gromadzeniem danych epidemiologicznych o występowaniu prób samobójczych zajmuje się tym m.in. Komenda Główna Policji, a szczegółowe dane liczbowe są ogólnodostępne na stronie internetowej www.policja.pl. Ich lektura dostarcza szokujących informacji - epidemiologia samobójstw rośnie z roku na rok, około 5 tysięcy Polaków corocznie ginie z własnej ręki.

Pierwsze dane policji o ilości zamachów samobójczych w naszym kraju powstały w 1999 roku. Wykazują one, że 5182 osoby targnęły się na swoje życie, a w przypadku 4695 (90,6%) zakończyło się to śmiercią. Ze względu na wiek, samobójstwo podjęło w 318 osób w wieku 13-18 lat (251 zgonów, 78,9%), 14 osób w wieku 7-12 lat (11 zgonów, 78,6%) i 10 dzieci w wieku 0-6 lat (!), dla 9 z nich zakończyło się to śmiercią. Wątpliwym pocieszeniem może być fakt, że w późniejszych latach zgodny w najmłodszej grupie wiekowej nie występowały. 5 lat później, w 2004 roku, ilość prób samobójczych wzrosła do 5893, a ilość zgonów do 4893 (83,0%). 10 lat później z kolei wartości te podwoiły się – w 2014 roku odnotowano 10207 prób samobójczych (6165 zgonów, 60,4%), wśród osób w wieku 13-18 lat było to 428 osób (124 zgony, 29,0%), a w grupie wiekowej 14 osób (3 zgony, 21,4%). Dane z 2018 roku pokazują dalszy wzrost - ogólnie 11167 ataków samobójczych (5182 śmiertelne, 46,4%) - który najbardziej widoczny jest wśród ludzi młodych - 746 próby wśród osób w wieku 13-18 lat (92 zgony, 12,3%) i 26 ataków wśród dzieci w wieku 7-12 lat (5 zgonów, 19,2%). Choć nie opublikowano jeszcze zestawienia

statystycznego na rok 2019 to ogłoszono już, że jest to rok, gdzie samobójstwo wzniosło się na II miejsce listy najczęstszych przyczyn śmierci wśród nastolatków¹¹.

Statystyki te pokazują nie tylko rosnący problem, ale i dającą do myślenia tendencję - wraz ze wzrostem liczby zamachów samobójczych spada odsetek prób zakończonych śmiercią. Może to oznaczać, że coraz większa liczba osób cierpi z powodu głębokiej depresji i podejmuje próby samobójcze w celu desperackiej próby uzyskania pomocy. Czasami osoby dokonujące niebezpiecznych samookaleczeń robią to (jeszcze) nie w celu odebrania sobie życia, a w akcie dramatycznej próby zwrócenia uwagi otoczenia na swoje cierpienie. Nie otrzymując pomocy mimo wyraźnych zmian w zachowaniu osoba chora na depresję może podejmować tzw. *próby ostrzegawcze*, będące ostatnimi formami prośby o pomoc. Jednak nie uzyskując jej - rośnie prawdopodobieństwo, że kolejna podjęta próba będzie bardziej zdecydowana i ostatecznie zakończy walkę z chorobą w sposób tragiczny. Ogólnoświatowe statystyki wskazują, że około 60% osób cierpiących na depresję podejmuje próby samobójcze, a 15% skutecznie odbiera sobie życie¹².

W społeczeństwie narosło wiele *mitów dotyczących samobójstw*. Jednym z nich jest przekonanie, że osoby planujące atak na własne życie skrzętnie ukrywają swoje zamiary przed otoczeniem. W materiałach dostępnych w masowych mediach spotkać można wiele relacji rodziców, przyjaciół czy nauczycieli osób umierających z powodu depresji, które twierdzą, że próba samobójcza była dla nich zaskoczeniem, że zachowanie dziecka nie wskazywało na to, że dzieje się w jego życiu coś tragicznego. W rzeczywistości jednak decyzja o samobójstwie najczęściej nie pojawia się z dnia na dzień i poprzedzona jest długim okresem sygnałów, które powinny zaalarmować najbliższe otoczenie. Problem leży w niskiej wrażliwości społecznej, mylnemu kojarzeniu depresji z niegroźnym buntem młodzieńczym, czy braku wiedzy na temat tego jak poważną chorobą jest depresja. Inny mit określa, że jeśli ktoś mówi otoczeniu, że planuje popełnić samobójstwo, to prawdopodobnie tego nie zrobi. Nic bardziej mylnego - są to próby dotarcia do pomocy, które mogą być podejmowane na etapie kształtowania się myśli i fantazji samobójczych, poprzedzających podjęcie rzeczywistych działań autodestrukcyjnych. W obliczu powagi konsekwencji, lepiej jest zareagować przed wystąpieniem najwyższego zagrożenia niż zignorować je i pozwolić osobie cierpiącej pogрузić się w depresyjnym stanie aż do granic jego możliwości. **Reagujmy!** Rozmawiajmy, poświęćmy uwagę, troszczmy się o innych ludzi. Nasza wrażliwość na cudze problemy może uratować komuś życie.

Kobiety w Polsce podejmują ponad 3 razy więcej prób samobójczych niż mężczyźni, jednak to próby mężczyzn prawie 4 razy częściej kończą się śmiercią. Taki stan rzeczy powiązany jest

11 Komenda Główna Policji, <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze>, z dnia: 27.11.2019.

12 Cierpiatkowska L., Psychopatologia, Warszawa 2016, s. 261.

z ogólnie częstszym występowaniem depresji u kobiet oraz faktu, że mężczyźni wybierają zwykle bardziej “skuteczne” metody. Podczas gdy kobiety zwykle próbują odebrać sobie życie poprzez zażycie dużej ilości leków (zwłaszcza nasennych), mężczyźni częściej wybierają użycie broni palnej, śmierć przez powieszenie lub skok z wysokości. Kobięce metody dają także dłuższy czas na ratunek medyczny, w przypadku zorientowania się, że próba samobójcza została podjęta¹³. W skali świata, więcej niż 20% prób samobójczych odbywa się poprzez zatrucie środkami chemicznymi innymi niż leki przepisywane na receptę, zwykle są to pestycydy, najczęściej wykorzystywane przez osoby zamieszkujące obszary wiejskie krajów o niskim i średnim dochodzie. Po zatruciach, najczęstszymi metodami odebrania sobie życia jest śmierć przez powieszenie oraz użycie broni palnej. Monitorowanie narzędzi wykorzystywanych przy próbach samobójczych jest istotne z punktu widzenia zapobiegania takim zagrożeniom – znaczna część działań interwencyjnych opiera się bowiem na ograniczeniu dostępu do tych środków¹⁴.

Różnice w częstości podejmowanych prób samobójczych pomiędzy kobietami i mężczyznami są zmienne w zależności od regionu świata. Według danych WHO zbliżona proporcja prób kobiet i mężczyzn występuje zwłaszcza w Chinach, niewielka przewaga kobiecych prób obserwowana jest też w Indiach, Pakistanie, Iraku i Iranie, a także takich krajach Afryki Środkowej jak Nigeria, Niger i Czad. Z ponad dwukrotną przewagą samobójczych prób kobiecych borykają się takie kraje rozwinięte jak Kanada, Australia, Szwecja, Norwegia, Francja, Belgia, Holandia i Niemcy, a także Arabia Saudyjska, takie kraje afrykańskie jak Algieria, Somalia czy Mali, oraz Ekwador, Peru i Urugwaj w Ameryce Południowej. Stany Zjednoczone, Meksyk, Brazylia, Finlandia, Wielka Brytania, Hiszpania, Portugalia, Turcja, Syria i większość krajów Afryki notuje około 3-krotnie więcej prób wśród kobiet niż mężczyzn, a z blisko 4-krotną przewagą zmagają się Polska, Rosja, Białoruś, Ukraina, Rumunia, Islandia, Irlandia, Wenezuela, Kolumbia, Chile, Argentyna, Kazachstan, Mongolia, Tajlandia, Kenia, Egipt, czy Republika Południowej Afryki¹⁵.

6. Przejawy skłonności autodestrukcyjnych – po czym poznajemy, że...

Większość osób zagrożonych samobójstwem odczuwa wysoką, silną ambiwalencję lub też konflikt wewnętrzny i wysyła sygnały mówiące o ich poważnej trudności. Sygnały te – wskazówki – mogą być: werbalne, behawioralne, sytuacyjne lub syndromatyczne.

13 Seligman E.P., Walker E. F., Rosenhan D. L., Psychopatologia, Poznań 2003, s. 316-317.

14 Światowa Organizacja Zdrowia, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, z dnia: 03.03.2020.

15 Światowa Organizacja Zdrowia, https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_male_female/en/, z dnia: 03.03.2020.

- werbalne sygnały – to wypowiedziane lub pisane stwierdzenia bezpośrednie, np. „Tym razem mam zamiar zrobić to skutecznie – zabić się” lub pośrednie, np. „Nikommu już nie jestem potrzebny”. Ewentualnie pojawiają się liczne pytania o sens życia.

- behawioralne – różne zachowania jak np. zamówienie własnej płyty grobowej, lub pocięcie przegubu (większość tych zachowań można interpretować jako rodzaj wołania o pomoc), wycofywanie się z kontaktu, zachowania ucieczkowe.

- sytuacyjne – mogą odnosić się do różnorodnych okoliczności takich, jak: śmierć bliskiej osoby, rozstanie z kimś bliskim, bolesne zranienie fizyczne, choroba terminalna, nagłe bankructwo, rocznica śmierci kogoś kochanego czy inne drastyczne zmiany w życiu

- syndromatyczne – składają się z pewnych konstelacji symptomów suicydalnych takich jak głęboka depresja, samotność, beznadziejność, bezradność, zależność, głębokie niezadowolenie ze swojego życia¹⁶.

7. Jak pomóc – schemat rozmowy z osobą zagrożoną samobójstwem

W popularnym w Polsce modelu Jamesa i Gillilanda interwencja kryzysowa zbudowana jest jako sześćoetapowy proces. Warto zauważyć, że nie jest to jednak sztywny, mechaniczny schemat, lecz raczej drogowskaz dla osoby udzielającej pomocy.

SZEŚCIOETAPOWY MODEL INTERWENCJI KRYZYSOWEJ POMAGAJĄCY OSOBOM ZAGROŻONYM SAMOBÓJSTWEM¹⁷

Podstawowe zasady interwencji kryzysowej porządkują proces pomagania w sześciu podstawowych krokach (uwzględniając stałe rozpoznanie stanu psychicznego osoby w kryzysie):

1. Określenie problemu
2. Zapewnienie bezpieczeństwa osobie w kryzysie
3. Dostarczenie wsparcia
4. Analiza możliwych rozwiązań
5. Konstruowanie planów
6. Uzyskanie zobowiązania do pozytywnego działania

16 Pilecka, B. (2004). Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

17 James, R.K., Gilliland, B.E., Strategie interwencji kryzysowej. Warszawa(2008): PARPA.

KROK PIERWSZY – OKREŚLENIE PROBLEMU

Pierwszym krokiem jest określenie i zrozumienie problemu z punktu widzenia przeżywającego kryzys. Dopóki pomagający nie zobaczy sytuacji tak, jak widzi ją przeżywający problem wszelkie strategie i procedury jakich mógłby użyć mogą być nieistotne i bez wartości.

Na tym etapie pomagania wszystko podporządkowane jest pozyskiwaniu informacji mających na celu określenie problemu.

Niezwykle pomocne jest stosowanie narzędzi aktywnego słuchania, w których powinny wyrażać się takie elementy jak empatia, akceptacja, pozytywne nastawienie do osoby potrzebującej pomocy. Ważne jest okazywanie wsparcia i zrozumienia. Należy pamiętać, że pocieszanie, szukanie pozytywów sytuacji, odwracanie uwagi zazwyczaj utrudniają poprawne nawiązanie kontaktu z osobą cierpiącą.

KROK DRUGI – ZAPEWNIENIE BEZPIECZEŃSTWA OSOBIE W KRYZYSIE

Podstawowym nakazem w pomaganiu osobie przeżywającej kryzys jest dbanie o jej bezpieczeństwo zarówno fizyczne jak i psychiczne. Bezpieczeństwo można określić jako minimalizację zagrożenia fizycznego i psychicznego osoby w kryzysie dla siebie i innych ludzi. Należy także zadbać o to, by osoba z myślami samobójczymi nie była sama. Należy ocenić myśli samobójcze zadając pytania wprost. Mitem jest, że rozmowa o myślach samobójczych może spowodować, że człowiek popełni samobójstwo. Wręcz przeciwnie - empatyczna rozmowa o myślach może przynieść ulgę. Najłatwiej ocenić myśli samobójcze zadając takie pytania jak:

- „Czy myślisz o odebraniu sobie życia?”/ „Czy jest Ci tak ciężko, że chciałbyś uciec i masz myśli samobójcze?”
- „Czy masz plan na odebranie sobie życia?”
- „Od jak dawna te myśli Ci towarzyszą?”

Gdy myśli samobójcze są w fazie wyobrazeniowej warto ustalić, do kogo może zwrócić się osoba suicydalna w razie pogorszenia stanu. Warto zapisać min. trzy osoby i uzyskać ich zgodę na kontakt w razie sytuacji trudnej. Należy wtedy tworzyć sieć wsparcia. Gdy myśli samobójcze są w fazie pragnieniowej, w której dominuje tworzenie konkretnych planów odebrania sobie życia, należy skontaktować się z odpowiednimi służbami (pogotowie, policja).

KROK TRZECI – UDZIELENIE WSPARCIA

Krok ten kładzie nacisk na komunikowanie osobie w kryzysie, że pomagający troszczy się o nią. Pomagający by być zdolnym do udzielenia rzeczywistego wsparcia musi zdobyć się na pozytywny stosunek do klienta wymagający pomocy, niezależnie od jego postawy, jego uprzednich działań, jego stosunku do „pomagacza”. Czasami wymaga to zaakceptowania i zobaczenia wartości w osobie, której nikt inny nie akceptuje i nie ceni. Emocje osoby suicydalnej należy uprawomocnić, np. jeśli ktoś przejmując się bardzo kąśliwymi uwagami kolegów, unieważnieniem byłby komentarz: „za bardzo się przejmujesz, przecież to nic takiego”, a uprawomocnieniem ich: „Jest Tobie trudno, gdy koledzy cię krytykują”. Utrudniać kontakt może też złość udzielającego pomocy na stan osoby cierpiącej. Należy unikać zwrotów typu: „Nie wolno Ci tak myśleć”. Warto też unikać oceny stanu osoby wymagającej pomocy. Należy unikać zwrotów typu: „To nie powód na to by odebrać sobie życie”, „Nie bądź tchórzem, weź się w garść”, „Ludzie mają gorsze sytuacje i nie zabijają się”. Warto natomiast mówić: „Dostrzegam i rozumiem Twój smutek. Spróbujmy o tym porozmawiać”.

KROK CZWARTY – ANALIZA MOŻLIWYCH ROZWIĄZAŃ

Zwraca się tu uwagę na sprawę często zaniechaną a mianowicie poszukiwanie i analizę wielu różnych możliwych rozwiązań. Jest charakterystyczne dla bycia w głębokim kryzysie, że nie dostrzega się nie tylko wielu ale często żadnych możliwych rozwiązań. Dlatego pomagający musi pomóc w zobaczeniu tego, że istnieją różne możliwości, z których jedne są lepsze a drugie gorsze. Te możliwości to:

- różne rodzaje wsparcia sytuacyjnego – mogące stanowić znakomite źródła pomocy (ludzie znani w przeszłości lub obecnie, zainteresowani tym, co się dzieje z osobą przeżywającą kryzys);
- mechanizmy radzenia sobie – czyli działania, zachowania, lub zasoby środowiskowe, które mogą być wykorzystywane do pomocy w przejściu przez aktualny kryzys;
- pozytywne, konstruktywne wzorce myślenia osoby – sposoby myślenia mogące istotnie zmieniać widzenie problemu przez nią i obniżyć poziom stresu;

**WAŻNE, ŻEBY ROZMAWIAĆ O TAKICH MOŻLIWYCH ROZWIĄZANIACH, KTÓRE SĄ
REALISTYCZNE.**

KROK PIĄTY - KONSTRUOWANIE PLANÓW

Planowanie działania – poszczególnych jego etapów powinno stwarzać możliwości odbudowania emocjonalnej równowagi. *Plan powinien:*

- identyfikować dodatkowe osoby, grupy czy inne możliwości uzyskania bezpiecznego wsparcia;
- dostarczyć mechanizmów radzenia sobie – czegoś konkretnego i pozytywnego dla przeżywającego kryzys, by mógł to zrobić teraz, określonych kroków w działaniu, które on może uznać za własne i które jest w stanie ogarnąć.

Plan powinien również uwzględniać:

- by klient w kryzysie sam systematycznie rozwiązał swój problem
- realność w takich sprawach jak zdolność, umiejętność radzenia sobie
- powinien uwzględniać obszary, w których będzie miała miejsce współpraca między pomagającym a przyjmującym pomoc

Uwaga – kluczową sprawą jest poczucie osoby, której się pomaga, że jest to jej własny plan, ponieważ centralnym problemem w planowaniu są kontrola i autonomia.

KROK SZÓSTY – UZYSKANIE ZOBOWIĄZANIA DO POZYTYWNEGO DZIAŁANIA

Jeżeli krok piąty został dobrze wykonany uzyskanie zobowiązania powinno być łatwe. Ważne jest by również tutaj zadbać o to, by była to autonomiczna, własna decyzja osoby w kryzysie.

Zobowiązanie stanowi rodzaj kontraktu, w którym zostaje określone zarówno to co ma do zrobienia osoba wychodząca z kryzysu jak i ten, który jej pomaga. Jakiś rodzaj zobowiązania powinien kończyć każde spotkanie, w którym jest przeprowadzona interwencja kryzysowa.

8. Baza placówek pomocowych

Jeżeli jesteś osobą doznającą myśli rezygnacyjnych, dokonującą samookaleczeń, przejawiającą skłonności samobójcze, jeżeli dręczą Cię myśli o własnej śmierci, rozważasz podjęcie próby samobójczej lub boisz się, że Twoje problemy życiowe lub odczuwane cierpienie mogą doprowadzić Cię do chęci odebrania sobie życia – REAGUJ! Pozwól sobie pomóc, nie lekceważ swojego stanu, nie poddawaj się negatywnym myślom. Pamiętaj, że nie jesteś sam, podobne skłonności wykazuje wiele dzieci, nastolatków i osób dorosłych w Polsce i na całym świecie. Skorzystaj z bezpłatnej pomocy, zadzwoń na anonimowy telefon zaufania lub skonsultuj się z lekarzem, psychologiem, psychoterapeutą w Twojej okolicy.

Jeśli podejrzewasz, że w Twoim bezpośrednim otoczeniu są osoby zagrożone samobójstwem – REAGUJ! Życie, zdrowie i dobrostan społeczny jest naszą wspólną sprawą! Twoja koleżanka, kolega, rodzeństwo, osoby z sąsiedztwa mogą potrzebować Twojej pomocy, nie bądź obojętny. Rozmawiaj, bądź pomóż im skontaktować się ze specjalistą. Poniżej podajemy przykładowe numery tzw. telefonów zaufania, gdzie każdy może bezpłatnie i anonimowo uzyskać poradę i pomoc w problemie, a także teleadresową bazę placówek ochrony zdrowia psychicznego funkcjonujących na terenie Szczecina i okolic.

Telefony zaufania dla dzieci i młodzieży

- Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka – 800 12 12 12
- Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży - 116 111
- Bezpłatna linia wsparcia dla osób po stracie bliskich - 800 108 108
- Linia wsparcia dla osób w stanie kryzysu psychicznego - 800 70 22 22