



Myśli samobójcze i skłonności autodestrukcyjne wśród młodzieży

Suicidal thoughts and self-destructive tendencies among adolescents

<https://doi.org/10.34766/fetr.v58i2.1279>

Mirosław Brzeziński^{a,1}, Valentina Fedorovich^{b,1,✉}, Katarzyna Ziarek^{c,2}, Robert Ziarek^{d,2}

^a Ks. dr hab. Mirosław Brzeziński, prof. ucz., <https://orcid.org/0000-0001-5012-1626>

^b Dr Valentina Fedorovich, <https://orcid.org/0009-0004-4757-7920>

^c Mgr Katarzyna Ziarek, <https://orcid.org/0009-0004-5339-5621>

^d Mgr Robert Ziarek, <https://orcid.org/0009-0003-6320-6516>

¹ Katedra Nauk o Rodzinie, Wydział Teologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

² Niepubliczny Ośrodek Zdrowia Psychicznego DIALOG w Chełmie

✉ Autor korespondujący: valentina.fedorovich@kul.pl

Abstrakt: Wypowiadanie przez młodzież myśli o poczuciu bycia ciężarem dla otoczenia lub o braku sensu życia nie można lekceważyć ani przeceniać. Myśli samobójcze u młodzieży mogą być sygnałem świadczącym o zagrożeniu zdrowia lub życia albo o osłabionej kondycji psychicznej. Poszerzenie świadomości na temat częstych myśli rezygnacyjnych, doświadczenia braku sensu życia, charakterystycznych dla dorastających osób pomaga w wypracowaniu standardów i strategii profilaktycznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Artykuł zawiera próbę zdefiniowania pojęć związanych z tematyką suicydalną, dane odnoszące się do skali zjawiska wśród młodzieży, omówienie przyczyn samookaleceń i samobójstw. Ponadto przywołuje podejście dialektycznej terapii behawioralnej, która rozpatruje m. in. dysregulację emocjonalną oraz skłonności samobójcze jako problem transdiagnostyczny. Charakterystyka modelu transakcyjnego na gruncie DBT podkreśla, iż najważniejsze dla korzystnego rokowania jest udzielenie odpowiedniego wsparcia ze strony bliskiego otoczenia, szczególnie rodziców, a także profesjonalistów. Prewencję samobójstw wśród dzieci i młodzieży umożliwiają konferencje naukowe, badania suicydologiczne oraz programy profilaktyczne. Niezbędna jest wielodyscyplinarna współpraca skierowana na zapobieganie zamiarom samobójczym w okresie dzieciństwa i adolescencji. Podsumowując, warto podkreślić motto przewodnie DBT w pracy z pacjentami z dysregulacją emocjonalną i skłonnościami samobójczymi, którym jest kształtowanie „życia wartego przeżycia”.

Słowa kluczowe: autodestrukcja, dialektyczna terapia behawioralna (DBT), młodzież, myśli samobójcze, rodzina

Abstract: One must not ignore or underestimate it when adolescents say that they feel like a burden to those around them or that their life has no meaning. Suicidal thoughts in young people can be a signal of a threat to health or life or of a weakened mental condition. Increasing awareness of the frequent thoughts of giving up and the experience of a lack of meaning in life, characteristic of adolescents, helps to develop standards and preventive strategies in the field of mental health care. The article is an attempt to define terms related to suicide, data regarding the magnitude of the phenomenon among young people and discuss the causes of self-harm and suicide. It is also a reference to the approach of dialectical behaviour therapy (DBT), which considers, for example, emotional dysregulation and suicidal tendencies as a transdiagnostic problem. The characteristics of the transactional model in DBT emphasise that what is most important for a favourable prognosis is the provision of adequate support from the close environment, especially parents and professionals. Suicide prevention among children and adolescents is possible through scientific conferences, suicidological research and preventive programmes. Multidisciplinary cooperation to prevent suicidal intentions during childhood and adolescence is essential. In conclusion, as far as working with patients with emotional dysregulation and suicidal tendencies is concerned, the guiding motto of DBT should be stressed, which is to shape “a life worth living”.

Keywords: adolescents, dialectical behaviour therapy (DBT), family, self-destruction, suicidal thoughts

Wprowadzenie

Wypowiadanie myśli o poczuciu bycia ciężarem dla otoczenia lub o braku sensu życia, przez młodzież nie można lekceważyć ani przeceniać. One mogą być sygnałem świadczącym o zagrożeniu zdrowia

lub życia albo o osłabionej kondycji psychicznej. Najczęstsze występowanie skłonności samobójczych i autodestrukcyjnych w młodzieńczym wieku stoi w sprzeczności z zadaniami rozwojowymi tego okre-

su, gdy całe życie stoi otworem jako najważniejsze zadanie i wartość do spełnienia (Śledzianowski, 2017). Dla wielu adolescentów ten odcinek życia jest okresem „burzy i naporu”, w związku z gwałtownymi zmianami zachodzącymi w okresie dorastania (J.J. McWhirter, B.T. McWhirter, A.M. McWhirter, E.H. McWhirter, 2001).

1. Definiowanie pojęć

Na szczęście nie wszystkie myśli samobójcze prowadzą do prób suicydalnych lub samobójstw. Wskazane jest zachowanie zdrowego rozsądku w postępowaniu z młodą osobą, zgłaszającą myśli samobójcze. Na początku ważne jest rozróżnienie pojęć, wiążących się z tematyką suicydalną, ale mających mniejszą lub większą wagę dla oceny ryzyka samobójczego.

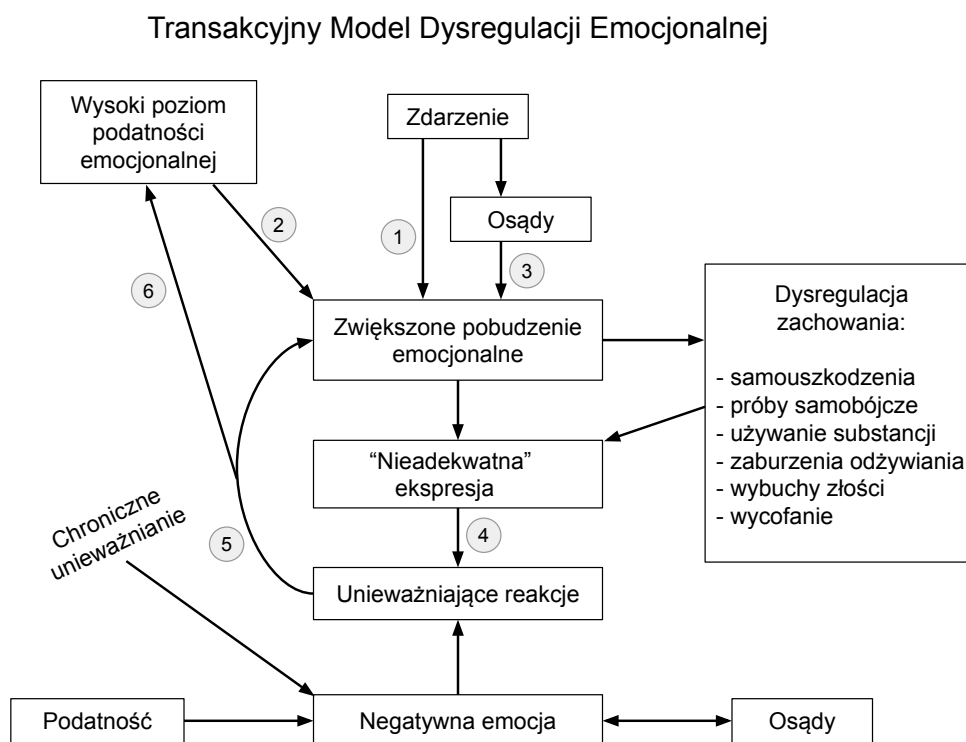
Myśli rezygnacyjne oznaczają fantazje lub życzenia utraty życia, zwykle związane z długotrwałe frustrującą sytuacją osobistą lub chorobową. Nastolatek z myślami rezygnacyjnymi może wypowiadać:

„życie nie ma sensu”, „lepiej, jakby mnie nie było...”, „chciałabym przestać istnieć...”, „chciałbym się już nie obudzić...” (Janas-Kozik, Kozera, 2021).

Myśli samobójcze/suicydalne (*suicidal thoughts*) – objaw psychopatologiczny dotyczący całego spektrum rozważań i fantazji na temat samobójstwa (bez rzeczywistych zamiarów podjęcia działań samobójczych). W niektórych przypadkach mogą wiązać się z intencją samobójczą i impulsami dotyczącymi pozbawienia się życia (Janas-Kozik, Kozera, 2021; Holka-Pokorska, 2016).

Zachowania parasamobójcze (samobójstwo rzekome, para-samobójstwo) – akty, popełnione przez młodą osobę, które nie doprowadziły do śmierci, lecz zostały podjęte przeciwko sobie z premedytacją. Zamierzone samouszkodzenie jest bliskim terminem zachowań parasamobójczych (Holka-Pokorska, 2016; Linehan, 2007; Zorraquino, 2002).

Zachowania samobójcze – sporządzanie i wypowiedanie konkretnych planów samobójczych, usiłowanie i/lub dokonanie samobójstwa (Holka-Pokorska, 2016).



Rycina 1. Transakcyjny model dysregulacji emocjonalnej. Źródło: Alan Fruzzetti, 2024

Ponadto wyróżnia się syndrom presuicydalny – zespół objawów, które pomimo różnych motywacji dotyczą ok. 80% osób, które podejmują próbę samobójczą. Składa się z trzech elementów: 1) zawężenia obszarów funkcjonowania i postrzegania rzeczywistości, 2) autoagresji – skierowania skumulowanej agresji w swoją stronę, 3) wyobrażenia, że samobójstwo jest jedynym rozwiązaniem w zaistniałej sytuacji (Chaitow, 2018; Janas-Kozik, Kozera, 2021).

Każda sytuacja niebezpieczeństwa, związanego z pojawianiem się myśli suicydalnych, stawia także profesjonalistów w obliczu niełatwego zadania, jakim jest przeprowadzenie oceny stanu zdrowia oraz trafnej diagnozy różnicowej. W badaniu klinicznym pomaga algorytm oceny ryzyka podjęcia próby samobójczej oraz narzędzia przesiewowe (Pettit, Buitron, Green, 2018; Szostakiewicz, 2020; Szostakiewicz, 2022). Powszechnie uznawana jest koncepcja kontinuum zachowań samobójczych – od myśli poprzez próby, aż do popełnienia (Verduyn, Rogers, Wood, 2022).

W ochronie zdrowia niebezpieczeństwo popełnienia próby samobójczej jest traktowane jako zagrożenie życia. Nasilone myśli samobójcze, tendencje samobójcze oraz deklarowana chęć popełnienia samobójstwa są przesłanką do transportu pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody oraz bez zgody jego opiekuna prawnego – gdzie może zostać zbadany przez lekarza – psychiatrę (Holka-Pokorska, 2016; Szostakiewicz, 2020; Dz. U. 1994 Nr 111 poz. 535). Zgodnie ze standardami profesjonalnego postępowania lekarzy-psychiatrów, psychologów oraz psychoterapeutów podczas badania stanu psychicznego każdego pacjenta niezbędne jest dokonanie oceny ryzyka samobójstwa (Szostakiewicz, 2022).

Według nadal obowiązującej w Polsce klasyfikacji ICD-10 i stopniowo wdrażanej ICD-11 ani skłonności autodestrukcyjne, ani tendencje samobójcze, ani samobójstwo nie stanowią odrębnej jednostki nozologicznej. Postrzegane są natomiast jako objawy w przebiegu różnych problemów zdrowotnych. Nacisk jest kładziony na zidentyfikowanie czynników przyczynowych, np. zaburzenia depresyjnego, ADHD, PTSD, nieprawidłowo kształtującej się osobowości, przemocy domowej lub rówieśniczej

etc. (Szostakiewicz, 2020). Dialektyczna terapia behawioralna również podkreśla transdiagnostyczny charakter m. in. skłonności samobójczych (ryc.1) (A. Fruzzetti, 2024).

W najnowszej piątej wersji amerykańskiej klasyfikacji Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V Edition (DSM-5) stworzono nowe, odrębne diagnozy: samobójcze zaburzenie zachowania (*suicidal behavior disorder* – SBD) oraz niesamobójcze samouszkodzenia (*non-suicidal self-injury* – NSSI). W przypadku NSSI inny jest cel podjęcia działania (rozładowanie napięcia) oraz stosowane są mniej zagrożające życiu metody (Janas-Kozik, Kozera, 2021).

Zwolennicy ujęcia zachowań samobójczych jako odrębnej jednostki chorobowej argumentują swoje stanowisko m. in. ułatwieniem badań, które pozwolą na lepsze zrozumienie zjawiska samobójstw. Przeciwnicy wyodrębniania zachowań samobójczych w systemie klasyfikującym zaburzenia psychiczne przekonują, iż choć zwykle myśli, zamiary i próby suicydalne pojawiają się w powiązaniu z chorobami psychicznymi, to sama medycyna nie potrafi sobie z nimi poradzić (Ziółkowska, 2016).

2. Rozmiar zjawiska

Myśli samobójcze w okresie adolescencji są częstym objawem, dotyczą kilkunastu procent nastolatków. Przy tym liczba prób samobójczych jest znacznie wyższa, niż dokonanych samobójstw. Szacuje się, iż w grupie wiekowej nastolatków stosunek ten może sięgać nawet wartości 100:1 (Szostakiewicz, 2020).

Szeroki rezonans społeczny wywołało odnalezienie 28 lutego 2015 roku ciała zaginionych dziewcząt: 15 – i 17-latki, które w lesie w pobliżu Jasła popełniły samobójstwo. W związku z tym tragicznym odkryciem zwrócono uwagę na statystyczny wzrost syndromu suicydalnego w Polsce (Śledzianowski, 2017). Dynamika zamachów samobójczych w przedziale wiekowym 13-18 lat jest zmienna. W 2015 roku odnotowano 469 (114 ze zgonem) zamachów samobójczych, w 2016 roku – 466 (101 ze zgonem), w 2017 roku – 702 (115 ze zgonem), w 2018 roku – 746 (92 ze zgonem), a w 2019 roku – 905 (94 zakończonych zgonem) (Omeljaniuk, 2021).

Od 2020 roku dane zgromadzone przez Komendę Główną Policji wskazują na rosnącą liczbę prób samobójczych w grupie wiekowej 13-18 lat. Dla przykładu w 2020 roku zanotowano 814 zamachów samobójczych, w 2021 roku – 1411, w 2022 roku – 2008, a w 2023 r.–2054. W 2023 roku owa grupa wiekowa zarazem umiejscowiła się na pierwszym miejscu pod względem liczby prób suicydalnych. Spośród nich 138 zamachów zakończyło się zgonem. Na drugim miejscu znalazła się młodzież w wieku 19-24 lat (1736 zamachów samobójczych, 304 zakończonych zgonem). Trzecie miejsce zajęła grupa dorosłych w wieku 35-39 lat z powodu popełnienia 1582 prób samobójczych, 534 ze skutkiem letalnym (Raporty KGP). Od 2019 roku liczba zamachów samobójczych zakończonych śmiercią wskazywała na tendencję wzrostową. Wśród przyczyn upatrywano, iż lockdown mógł nasilić zjawisko samobójstw zakończonych zgonem wśród starszej młodzieży (Omeljaniuk, 2021). Jednakże w 2023 roku odnotowano 8-procentowy spadek liczby śmierci samobójczych (138) wśród młodzieży w wieku 13-18 lat w porównaniu do 2022 roku (150 zamachów zakończonych zgonem) (Witkowska, Kicińska, Palma, Łuba, 2024).

Jednocześnie doniesienia z badań dowodzą, iż istnieją różnice pomiędzy płciami pod względem charakterystyki skłonności autodestrukcyjnych. W Polsce i większości regionów świata dziewczęta oraz młode kobiety częściej dokonują prób samobójczych, natomiast skuteczne samobójstwa częściej dotyczą chłopców i młodych mężczyzn (Holka-Pokorska, 2016; Ivey-Stephenson et al., 2022; Szostakiewicz, 2020).

Uwzględnienie słusznego spostrzeżenia, iż w Polsce funkcjonują dwa niepokrywające się źródła danych epidemiologicznych, dotyczących liczby samobójstw: statystyki opracowane przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) oraz raporty Komendy Głównej Policji, wskazuje, iż powyższe zatrważające statystyki są niedoszacowane (Gmitrowicz, 2016; Szostakiewicz, 2020; Śledzianowski, 2017). Z opublikowanego w 2014 roku pierwszego raportu WHO na temat zapobiegania samobójstwom, wynikało, iż na świecie zamachy samobójcze stanowią drugą (po wypadkach drogowych) przyczynę śmierci młodych osób w wieku 15–29 lat (Hołyst, 2018; WHO, 2014). Powszechny alarm w kwestii zapobiegania samobójstwom wśród dzieci i młodzieży skłania ku poszukiwaniu przyczyn tego zjawiska.

3. Przyczyny samookaleceń oraz samobójstw wśród dzieci i młodzieży

W socjologii wśród głównych cech suicydogennych upatruje się rozpad integracji i kondycji społeczeństwa, przejawiające się osłabieniem więzi rodzinnych, kryzysami rodzinnymi, np. rodzina dysfunkcyjna (zwłaszcza z problemem alkoholowym rodzica), osamotnieniem i wyizolowaniem (Durkheim, 2006; Formella, 2020; Jarosz, 2004; Jarosz, 2013; Hołyst, 2021). Przyczyną wzrostu samobójstw natury społeczno-kulturowej jest także ogromny kryzys wartości (Nieroba, 2021). Ciekawe badania przeprowadził Steven Stack, w których włączył do swoich rozważań przynależność do Kościoła jako religijnego systemu wsparcia. Doszedł do wniosku, że każdemu spadkowi o jeden procent we wspólnocie Kościoła towarzyszył wzrost o 0,59% samobójstw wśród młodzieży (Stack, 1983).

Teorie psychologiczne również próbują wyjaśnić motywy zachowań samobójczych. Uznawany za ojca suicydologii Edwin Shneidman skupia się na indywidualnym wymiarze aktu samobójczego. Źródła skłonności samobójczych upatruje w bólu i cierpieniu psychicznym, wynikających z niezaspokojonych potrzeb konkretnej osoby (Ziółkowska, 2016).

W paradygmacie psychoterapii poznawczo-behawioralnej (CBT – *cognitive behavioural therapy*) istnieje zależność pomiędzy myślami, emocjami a zachowaniem. Zgodnie z teorią poznawczą Aarona Becka (1985) zachowanie samobójcze może wynikać z depresyjnych zniekształceń poznawczych. Według dialektycznej terapii behawioralnej (DBT – *dialectical behaviour therapy*) zachowania samobójcze rozumiane jako zachowania impulsywne stanowią nieadaptacyjną próbę regulacji negatywnego afektu, przytłaczającego, niekontrolowalnego, intensywnie bolesnego (Linehan, 2007). Założycielka DBT Marsha Linehan, która swoje życie i pracę poświęca pomaganiu osobom ze skłonnościami samobójczymi twierdzi, iż zachowania samobójcze są wołaniem o pomoc ze strony środowiska (Linehan, 2007; Linehan, 2021). Zarazem w myśl dialektyki – jako metody badania i dyskusowania przeciwstawnych opinii w celu odkrycia prawdy – w toku swoich badań psychoterapeutka opracowała listę powodów, które utrzymują osoby przy życiu, kiedy one myślą o samobójstwie.

Czterdzieści siedem powodów przyporządkowano do sześciu kategorii: 1) pragnienie życia i wiara w znalezienie innych rozwiązań, 2) odpowiedzialność przed rodziną, 3) odpowiedzialność za dzieci, 4) strach przed samobójstwem, 5) strach przed dezaprobatą społeczną, 6) obiekty moralne (Linehan, 2021).

Brunon Hołyst stwierdził „Warto pamiętać, że ludzie nie zabijają się dlatego, że nie chcą żyć. Raczej dlatego, że nie wiedzą, jak dalej żyć”. Samobójstwo czy też usiłowanie samobójstwa nie jest zwykle aktem przypadku, lecz trwającym niekiedy całymi tygodniami, miesiącami, latami ciągiem wzajemnie powiązanych myśli i czynników (Holka-Pokorska, 2016; Hołyst, 2002). Brunon Hołyst zestawia motywacje zachowań samobójczych następująco: „Celem samobójstwa jest poszukiwanie rozwiązania problemu, zadaniem – pozbawienie siebie świadomości, potrzeby psychiczne; wewnętrzną postawą – ambiwalencja wobec życia; stanem emocjonalnym – poczucie bezradności i beznadziejności; stanem poznawczym – zawężenie horyzontów, rodzajem działania – ucieczka; formą interpersonalnego komunikowania się – przekazanie komuś informacji o zamiarze samobójczym” (Hołyst, 2021, s. 42).

Zwłaszcza dzieci i młodzież postrzegają samobójstwo jako sposób na ucieczkę od problemu, dla którego nie mogą znaleźć rozwiązania. Warto podkreślić, że osoba znajdująca się w poważnym kryzysie psychicznym może ulec zjawisku tzw. widzenia tunelowego, czyli stanu, w którym człowiek nie dostrzega alternatywnych form rozwiązania swojej sytuacji (Jankowska, 2019).

4. Transdiagnostyczny charakter skłonności samobójczych

Dialektyczna terapia behawioralna akcentuje transdiagnostyczny charakter m. in. takich problemów jak dysregulacja emocjonalna, skłonności samobójcze, problemy w związkach (A. Fruzzetti, 2024). Początkowo DBT została stworzona jako terapia dla klientów spełniających kryteria zaburzenia osobowości typu borderline (charakteryzującego się powtarzającymi się celowymi zachowaniami o charakterze samobójczym i dysregulacją emocjonalną) (Flynn, 2024).

Jako pierwszy lekarz-psychiatra Tadeusz Bilikiewicz podkreślał znaczenie znajomości diagnostyki psychiatrycznej wśród ogółu lekarzy. Wiedza na temat przebiegu chorób psychicznych np. depresji endogennej lub schizofrenii pomaga w rozpoznaniu zaburzeń psychicznych, a w konsekwencji może przyczynić się do ochrony pacjentów z grupy ryzyka przed urzeczywistnieniem zamiarów samobójczych (Bilikiewicz, 1976). Badania empiryczne wskazują, iż średnio 45% ofiar samobójstwa miało kontakt z podmiotami świadczącymi podstawową opiekę zdrowotną w ciągu 1 miesiąca od samobójstwa. Starsi dorośli częściej kontaktowali się z podmiotami świadczącymi podstawową opiekę zdrowotną w ciągu 1 miesiąca od samobójstwa, niż młodszy dorośli (Luoma, Martin, Pearson, 2002).

Współzależność pomiędzy depresyjnymi zaburzeniami nastroju i zamiarami samobójczymi zarówno u młodzieży, jak i osób dorosłych jest niewątpliwa. Mimo to u młodzieży niedepresyjnej również występują myśli samobójcze. Dodatkową trudnością diagnostyczną okazuje się brak tendencji samobójczych u części młodzieży depresyjnej. Wobec powyższego zaleca się, aby każda osoba niepełnoletnia była oceniana pod względem tendencji samobójczych. Uczestnictwo w zajęciach profilaktycznych lub terapeutycznych pomaga w zapobieganiu powiększaniu się symptomów depresyjnych oraz potencjalnemu ryzyku samobójstwa (Czabański, 2023; Zorruguino, 2002).

Wciąż nie tracą na aktualności przeprowadzone w latach 70-tych XX wieku reprezentatywne badania na temat zamachów samobójczych, obejmujące kilkutyśięczne populacje chłopców i dziewcząt. Przy wszystkich zastrzeżeniach, nakazujących ostrożność w formułowaniu wniosków uogólniających dotyczących rozważanego problemu, nie budziło wątpliwości, iż wszelkie formy zachowań autodestrukcyjnych (łącznie z samouszkodzeniem) wyrosły na podłożu niekorzystnej sytuacji rodzinnej i były wskaźnikiem społecznego nieprzystosowania sprawcy aktu agresji. Potwierdzono także, iż poszczególne przejawy dewiacji występowały z reguły łącznie (przejawy społecznego nieprzystosowania i wykojenia: np. ucieczki z domu, drugoroczność, picie alkoholu, próby samobójstw i używanie narkotyków etc.) (Jarosz, 1979).

Zgodnie ze współczesnymi doniesieniami naukowymi do czynników ryzyka samobójstwa w okresie dojrzewania są zaliczane: diagnoza choroby psychicznej (w szczególności depresji), wcześniejsze próby samobójcze, poczucie beznadziei, rodzinne obciążenie samobójstwem lub zachowaniami samobójczymi, rozwód rodziców, doświadczenie przemocy, trudności w szkole, samobójstwo w grupie rówieśniczej, bycie osobą LGBTQ, niedostateczne umiejętności rozwiązywania problemów, negatywny wpływ mediów, łatwy dostęp do środków pozwalających na podjęcie próby, trudności w relacjach z rodzicami, przemoc rówieśnicza (AACAP, 2001; Gmitrowicz, 2018; Hatchel, Polanin, Espelage, 2021; Kropiwnicki, Gmitrowicz, 2013; Nieroba, 2021; Stone, Grosby, 2014; Wasserman et al, 2012).

Większość badań (również przeprowadzonych na gruncie polskim) mających na celu głębsze zrozumienie zachowań samobójczych oraz tworzenie i zwiększanie skuteczności programów profilaktycznych skupia się na czynnikach, nasilających zagrożenie podjęcia próby S. Czynniki ryzyka opisuje się bardzo obszernie, zdecydowanie mniej badań bierze natomiast pod uwagę czynniki ochronne – sprawiające, że pomimo subiektywnego spostrzegania życia jako czegoś nie do zniesienia i nawet w obliczu myśli suicydalnych człowiek nie decyduje się na podjęcie próby samobójczej bądź odstępuje od takiego zamiaru (Krawczyk, Gmitrowicz, 2014). Wśród czynników ochronnych wymieniono m. in.: wsparcie rodziny i środowiska szkolnego, umiejętność radzenia sobie z problemami i znajdowania rozwiązań, dobra samoocena, aktywność społeczna i hobby, poczucie kontroli nad życiem, a także celu i sensu życia, posiadanie wartości osobistych, wiara, religia (Borowiec, 2018; Gajewski, Kucharska, 2023; Krawczyk et al., 2014).

5. Profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży

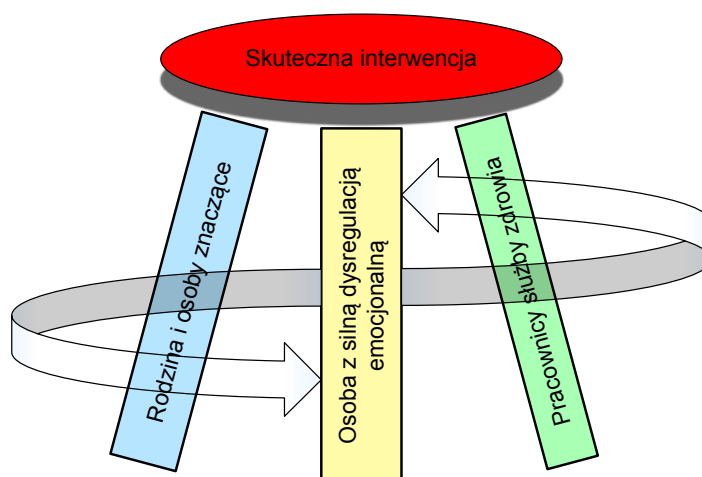
Raport EZOP przygotowany przez pracowników Instytutu Psychiatrii i Neurologii umożliwił zbadanie występowania najczęściej diagnozowanych zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej w wieku od 18 do 64 lat. Badanie EZOP

potwierdziło występowanie zjawiska samobójstw wśród dorosłych Polaków jako istotnego problemu zdrowotnego w społeczeństwie. Z tego powodu w ramach Narodowego programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 jednym z priorytetowych celów i zadań w polityce zdrowotnej był problem zapobiegania samobójstwom (Dz. U. z 2017 r., poz. 458.). Odsetek samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce również znajduje się na niepokojąco wysokim poziomie (Borowiec, 2018; Jankowska, 2019).

Na podstawie umowy pomiędzy Samorządem Województwa Lubelskiego a Niepublicznym Ośrodkiem Zdrowia Psychicznego DIALOG w Chełmie w 2015 roku został zrealizowany program zdrowotny pt. „Profilaktyka zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16-17 lat” na terenie województwa lubelskiego. W w/w programie profilaktycznym dobrowolny udział wzięło 900 uczniów szkół ponadgimnazjalnych (512 dziewczyn i 388 chłopców) w wieku 16-17 lat w okresie środkowej czyli właściwej adolescencji. Na etapie wczesnej diagnozy psychologicznej wśród badanej młodzieży przeprowadzono badania przesiewowe, dotyczące obecności i natężenia myśli, planów lub czynów samobójczych albo samoszkodzących za pomocą dwóch skal diagnostycznych: inwentarza depresji Becka (BDI) oraz skali depresji u młodzieży według Kutchera (KADS).

Z przeprowadzonych badań wynikało, iż 12% (61) dziewczyn oraz 5,2% (20) chłopców miało myśli samobójcze, mierzone skalą BDI. Na podstawie badania skalą KADS 7,8% (40) dziewczyn oraz 3,6% (14) chłopców zgłosiło występowanie myśli, zamiarów lub czynów suicydalnych/samoszkodzących. Otrzymane wyniki potwierdzają, iż w badanej grupie więcej dziewczyn, niż chłopców wykazywało myśli lub plany samobójcze.

Badanie dostarczyło danych empirycznych, świadczących o ponad 10% grupie osób dorastających (7,8% dziewczyn oraz 3,6% chłopców), wymagających pomocy specjalistycznej z powodu myśli samobójczych lub skłonności autodestrukcyjnych. W badaniu nie uczestniczyła młodzież z dużych miast. Z tego względu uzasadnione byłoby kontynuowanie podobnych badań, obejmujących szerszą populację młodzieży. W rezultacie zastosowanego



Rycina 2. Filary interwencji systemowych w ramach DBT. Źródło: Mary Kells, 2024

programu profilaktycznego osoby badane ze skłonnościami autodestrukcyjnymi zostały objęte odpowiednią pomocą specjalistyczną: dokładnym badaniem klinicznym oraz skierowaniem na konsultację do lekarza–psychiatry i/lub psychoterapię (K. Ziarek, R. Ziarek, 2015).

Armida Rubio Fruzzetti oraz Mary Kells podczas Sympozjum DBT zorganizowanego w ramach Międzynarodowej Konferencji Naukowej: „Szyta na miarę. Terapia poznawczo-behawioralna” dn. 19.05.2024 r. w Warszawie odwołały się do programu Family Connection (FC). Family Connections (FC) to oparty na dowodach naukowych, program skierowany do rodzin, mających krewnego lub bliską osobę z poważną dysregulacją emocji i zachowania, w tym dla bliskich osób z diagnozą zaburzenia osobowości z pogranicza (BPD – *borderline personality disorder*). Opracowany przez Alana Fruzzettiego i Perry Hoffman w 2004 roku, FC zapewnia psychoedukację na temat BPD i funkcjonowania rodziny zgodnie z obecną wiedzą. Trening Family Connections trwa 12 spotkań i skupia się również na nauczaniu umiejętności indywidualnych i rodzinnych, a także umożliwia wzajemne wsparcie przez członków grupy (A.R. Fruzzetti, 2024; Kells, 2024).

Szczególną uwagę Armida Fruzzetti poświęciła przeżywanym trudnościom natury psychicznej rodziców w związku z samookaleczaniem dzieci. Zaznaczyła, iż często ci rodzice doświadczają stygmatyzacji również ze strony profesjonalistów. Omawiając

wykorzystanie modelu transakcyjnego wskazała, iż zmniejszanie unieważniających reakcji, a zwiększanie uprawomocniających reakcji ze strony rodziny poprawiały wyniki leczenia u dzieci, a w konsekwencji zmniejszały cierpienie wszystkich członków rodziny (ryc. 1, ryc. 2) (A.R. Fruzzetti, 2024). Program FC został rozpowszechniony na poziomie międzynarodowym i obecnie jest realizowany w dwudziestu ośmiu krajach (A.R. Fruzzetti, 2024; Kells, 2024).

Ponadto Mary Kells psycholog kliniczny oraz kliniczny lider National DBT Training Team w Irlandii przedstawiła program Clinician Connections (CC), który wywodzi się z FC i polega na jednodniowych warsztatach dla klinicystów, którzy rutynowo pracują z osobami prezentującymi poważną dysregulację emocji i zachowania (ryc 2). Program CC został opracowany w odpowiedzi na obawy dotyczące wypalenia zawodowego personelu i ma na celu zapewnienie personelowi psychoedukacji, umiejętności terapeutycznych i fachowego wsparcia (Kells, 2024).

Daniel Flynn opisał badanie, dotyczące finansowanych ze środków publicznych usług zdrowia psychicznego w całej Irlandii. Uczestnikami były osoby, które wzięły udział w programach dla dorosłych DBT (n = 196), młodzież uczestnicząca w programach DBT-A (n = 84) oraz terapeuci DBT, którzy przeszli szkolenie w ramach Narodowego Projektu DBT (n = 124) Samoocenowe pomiary kliniczne były zbierane w czterech odstępach czasowych w trakcie interwencji. Dane ankietowe, dotyczące barier i ułatwień

we wdrożeniu DBT zbierano od terapeutów DBT w trzech punktach czasowych: przed szkoleniem DBT, 6 miesięcy po rozpoczęciu programu i 2 lata po ukończeniu szkolenia (Flynn, 2024).

Wyniki pozwoliły zaobserwować znaczące redukcje we wszystkich mierzonych wskaźnikach dla uczestników DBT i DBT-A, w tym obecność i częstotliwość samookaleceń, myśli samobójczych i depresji. Zauważono również redukcje w liczbie hospitalizacji, dniach hospitalizacji i wizytach w oddziałach ratunkowych. Wśród terapeutów zidentyfikowano obszary, dotyczące barier i ułatwień we wdrożeniu DBT. Wyniki tego badania dostarczyły dowodów na skuteczność DBT dla dorosłych i młodzieży korzystających z usług środowiskowych (ryc. 2). Badanie podkreśliło, iż koordynowane podejście do wdrażania DBT może być korzystne w osiąganiu pozytywnych wyników w irlandzkim publicznym systemie zdrowia psychicznego (Flynn, 2024). Daniel Flynn, główny menedżer psychologii, krajowy lider Strategii i Planowania DBT w Irlandii oceniając Narodowy Projekt Dialektycznej Terapii Behawioralnej (DBT) wdrożony w placówkach opieki zdrowia psychicznego wskazał także na większą ekonomiczną skuteczność DBT w porównaniu z typowym leczeniem (Flynn, 2024).

W Polsce trwają prace Zespołu roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji przy Ministerstwie Zdrowia nad Narodowym Programem zapobiegania samobójstwom. Dotychczas utworzone przez samorządy programy zapobiegania samobójstwom mają nieduży zasięg i są skierowane do konkretnych grup docelowych (Gmitrowicz, 2016; Szostakiewicz, 2020).

We wspólnocie Kościoła Rzymskokatolickiego w Polsce w 2022 roku zostało powołane specjalistyczne duszpasterstwo oraz strefa wsparcia Papageno Team skierowane do osób w kryzysie suicydalnym, po próbie samobójczej lub doświadczonych samobójstwem bliskiej osoby. Projekt Papageno Team obejmuje prewencję, interwencję oraz postwencję, czyli pomoc osobom bliskim, zwłaszcza rodzicom po stracie dziecka w wyniku śmierci samobójczej (Czajczyńska, Magierski, Terlikowska, 2024).

Zastosowane programy prewencyjne wskazują na zasadność kontynuowania profilaktyki suicydalnej w szkołach oraz angażowanie w te działania instytucji

wspierających dziecko i rodzinę. Aktualnie, w związku z trwającym kryzysem ogólnoswiatowym jako pokłosiem pandemii oraz wojen, zalecanym modelem jest profilaktyka zintegrowana, uwzględniająca jednocześnie ochronę dzieci i młodzieży przed zagrożeniem epidemicznym, podejmowaniem przez nie zachowań ryzykownych, osłabianiem się ich kondycji psychicznej oraz problemami demograficznymi (Grzelak, Żyro, 2023). Kompleksowe strategie profilaktyczne będą bardziej skuteczne w identyfikacji i wspieraniu osób zagrożonych, wzmacnianiu więzi społecznych i innych czynników ochronnych oraz w niesieniu pomocy (Asarnow, Babeva, Horstmann, 2017; Ivey-Stephenson, 2022; Jankowska, 2019; McWhirter et al., 2001; Światowa Organizacja Zdrowia et al, 2007). W działaniach profilaktycznych warto kierować się zasadą dialektycznej terapii behawioralnej, która koncentruje się na kształtowaniu „życia wartego przeżycia” (Flynn, 2024).

Podsumowanie i wnioski

- Dane statystyczne, obrazujące wysoki wskaźnik skłonności autoagresywnych i samobójczych wśród młodzieży w Polsce, świadczą o konieczności wdrażania stosownych interwencji, jak również działań prewencyjnych i ochronnych.
- Myśli samobójcze wypowiedane przez młodzież wymagają w każdym przypadku oceny ryzyka i zarządzania nim.
- Działania profilaktyczne są pomocne w wykrywaniu myśli samobójczych u młodzieży oraz w zmniejszaniu ich obecności wskutek dobranych interwencji.
- Prewencję samobójstw wśród dzieci i młodzieży umożliwiają konferencje naukowe, badania suicydologiczne oraz programy profilaktyczne. Niezbędna jest wielodyscyplinarna współpraca skierowana na zapobieganie zamiarom samobójczym w okresie dzieciństwa i adolescencji.
- W działaniach profilaktycznych może być pomocna myśl przyświecająca dialektycznej terapii behawioralnej o kształtowaniu „życia wartego przeżycia”.

Bibliografia:

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), Suppl, 24S-51S. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107001-00003>
- Asarnow, J.R., Babeva, K., Horstmann, E. (2017). The emergency department: Challenges and opportunities for suicide prevention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(4), 771-783. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.05.002>
- Beck, A. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559>
- Billikiewicz, T. (1976). *Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej*. Warszawa: PZWL.
- Borowiec, J. (2018). Samobójstwo to nie wyjście - program antysuicydalny dla młodzieży. (W:) L. Kataryńczuk-Mania, M. Przybysz-Zaremba (red.), *Health an interdisciplinary study*, 387-407. Vilnius: Mykolas Romeris University in Vilnius.
- Chatizow, J. (2018). *Depresja i samobójstwa dzieci i młodzieży. Życie, nie umierać - poradnik dla rodziców i nauczycieli*. Warszawa: Difin SA.
- Czabański, A. (2023). Profilaktyka samobójstw jako wyraz afirmacji życia. *Teologia i Moralność*, 2(34), 85-96. <https://doi.org/10.14746/TIM.2023.34.2.6>
- Czajczyńska, M., Magierski, J., Terlikowska M. (2024). *Odnaleźć sens. O towarzyszeniu w perspektywie samobójstwa*. Warszawa: Promic.
- Durkheim, É. (2006). *Samobójstwo. Studium z socjologii*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Dz. U. 1994 Nr 111 poz. 535. *Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*. Art. 23 ust.1, 2, 3, 4, art. 24 ust.1, 2, 3 (Za): <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19941110535&SessionID=1235195837949892B005BFB6DFC73800812D4189> (dostęp: 06.03.2024 r.).
- Dz. U. z 2017 r., poz. 458. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. (Za): <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170000458> (dostęp: 06.03.2024 r.)
- Flynn, D. (2024). *Wprowadzanie DBT w krajowym, publicznym systemie ochrony zdrowia psychicznego: kluczowe rezultaty i zaktualizowane ścieżki szkoleniowe gwarantujące utrzymanie ciągłości programu*. Referat wygłoszony podczas Międzynarodowej Konferencji Naukowej pt. „Szyta na miarę. Terapia poznawczo-behawioralna” w ramach Sympozjum DBT dn. 19.05.2024 r. w Warszawie.
- Formella, Z. (2020). Samobójstwo i zachowania ryzykowne młodzieży. Analiza zjawisk w świetle założeń biopsychologicznych. *Humaniora. Online journal*, 3(31), 73-95. <https://doi.org/10.14746/h.2020.3.6>
- Fruzzetti, A. (2024). *Transakcyjny model dysregulacji emocji i zachowania: implikacje dla interwencji u dzieci, nastolatków, dorosłych oraz ich rodzin*. Wykład wygłoszony podczas Międzynarodowej Konferencji Naukowej: „Szyta na miarę. Terapia poznawczo-behawioralna” dn. 18.05.2024 r. w Warszawie.
- Fruzzetti, A. R. (2024). *Dlaczego zaangażowanie rodziców, partnerów i rodzin w terapię ma znaczenie i jak to zrobić*. Referat wygłoszony podczas Międzynarodowej Konferencji Naukowej pt. „Szyta na miarę. Terapia poznawczo-behawioralna” w ramach Sympozjum DBT dn. 19.05.2024 r. w Warszawie.
- Gajewski, R., Kucharska, K. (2023). Risk factors and protective factors of suicidal behavior in people diagnosed with depression. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 4(56), 1-19. <https://doi.org/10.34766/fetr.v56i4.1227>
- Gmitrowicz, A. (2016). Prewencja samobójstw w Polsce i Europie w świetle konferencji suicydologicznych. (W:) B. Hołyst (red.), *Suicydologia*, Vol. VIII, 131-134. Warszawa: PWN.
- Gmitrowicz, A. (2018). Depresja i samobójstwo u osób młodych. (W:) F. Rybakowski (red.), *Depresje u osób młodych. Przyczyny, diagnoza, leczenie*, 87-113. Warszawa: Medical Education.
- Grzelak, S., Żyro, D. (2023). *Jak wspierać młodzież w niestabilnym świecie? Wyzwania i rekomendacje dla wychowania, profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego po trudnych latach 2020-2022*. Warszawa: Instytut Profilaktyki Zintegrowanej.
- Hatchel, T., Polanin, J.R., Espelage, D.L. (2021). Suicidal Thoughts and Behaviors Among LGBTQ Youth: Meta-Analyses and a Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 25(1), 1-37. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1663329>
- Holka-Pokorska, J. (2016). Zagrożenie w depresji - myśli samobójcze, samookaleczenie, niepełnosprawność. (W:) M. Jarema (red.), *Depresja w praktyce lekarza rodzinnego*, 75-111. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Hołyst, B. (2002). *Na granicy życia i śmierci. Studium kryminologiczne i wiktymologiczne*. Warszawa: Kodeks.
- Hołyst, B. (2021). Model motywacji zachowań samobójczych. (W:) B. Hołyst (red.), *Zapobieganie Samobójstwom. Motywacja zachowań samobójczych*, 35-57. Warszawa: Difin.
- Hołyst, B. (red.) (2018). *Zapobieganie Samobójstwom. Imperatyw ogólnosiękatowy*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ivey-Stephenson, A.Z., Crosby, A.E., Hoenig, J.M., Gyawali, S., Park-Lee, E., Hedden, S.L. (2022). Suicidal Thoughts and Behaviors Among Adults Aged ≥18 Years - United States, 2015-2019. *MMWR Surveillance Summaries*, 71(1), 1-19. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7101a1>
- Janas-Kozik, M., Kozera, K. (2021). Myśli i tendencje samobójcze oraz samookaleczenia u nastolatków: rozpoznawanie, prowadzenie rozmowy z pacjentem, postępowanie - cz. 1. *Medycyna Praktyczna*, (dostęp: 27.03.2024).
- Jankowska, K. (2019). Samobójstwo dzieci i młodzieży w Polsce a sytuacja w rodzinie. Próba diagnozy. (W:) J. Stala (red.), *Zdrowa i mocna rodzina fundamentem społeczeństwa*, 39-57. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie. <http://dx.doi.org/10.15633/9788374387613.04>
- Jarosz, M. (2004). *Samobójstwa. Ucieczka przegranych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jarosz, M. (2013). *Samobójstwo. Dlaczego teraz?* Warszawa: PWN.
- Jarosz, M. (1979). *Problemy dezorganizacji rodziny. Determinanty i społeczne skutki*. Warszawa: Państw. Wydaw. Nauk.
- Kells, M. (2024). *Interwencje systemowe: Family Connections i Clinician Connections*. Referat wygłoszony podczas Międzynarodowej Konferencji Naukowej pt. „Szyta na miarę. Terapia poznawczo-behawioralna” w ramach Sympozjum DBT dn. 19.05.2024 r. w Warszawie.
- Krawczyk, J., Gmitrowicz, A. (2014). Analiza czynników chroniących przed samobójstwem. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 14(1), 43-49. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2014.0005>
- Kropiwnicki, P., Gmitrowicz, A. (2013). Światowe inicjatywy w zakresie profilaktyki samobójstw. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 13(3), 202-206.
- Linehan, M. (2007). *Zaburzenie osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

- Linehan, M. (2021). *Życie warte przeżycia: opowieść psychoterapeutki o własnej drodze od samodestrukcji do afirmacji*. Poznań: Media Rodzina.
- Luoma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 893-1076.
- McWhirter, J.J., McWhirter, B.T., McWhirter, A.M., McWhirter, E.H. (2001). *Zagrożona młodzież: ujęcie kompleksowe dla pracowników poradni, nauczycieli, psychologów i pracowników socjalnych*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Nieroba, E. (2021). *Aby dzieci były zdrowe, mądre i szczęśliwe. Przewodnik po współczesnych zagrożeniach*. Częstochowa: Wydawnictwo Misjonarzy Krwi Chrystusa.
- Omeljanuk, J. (2021). Dynamika zjawiska zamachów samobójczych wśród dzieci w Polsce w latach 2010-2020 w świetle policyjnych danych statystycznych. *Forum Polityki Kryminalnej*, 2, 1-19. <https://doi.org/10.31261/FPK.2021.02.02>
- Pettit, J.W., Buitron, V., Green, K.L. (2018). Assessment and Management of Suicide Risk in Children and Adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(4), 460-472. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.04.001>
- Raport KGP. Zamachy samobójcze – grupa wiekowa, dzień tygodnia – 2017-2023. (Za:) <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> (dostęp: 05.03.2024 r.).
- Stack, S. (1983). The effect of religious commitment on suicide. A cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 362-374.
- Stone, D.M., Crosby, A.E. (2014). Suicide Prevention: State of the Art Review. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 8(6), 404-420. <https://doi.org/10.1177/1559827614551130>
- Szostakiewicz, Ł. (2020). Postępowanie w przypadku zagrożenia samobójstwem. (W:) B. Remberk (red.), *Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży*, 507-531. Warszawa: PZWL.
- Szostakiewicz, Ł. (2022). Samobójstwo – problem transdiagnozy. (W:) B. Remberk (red.), *Postępowanie w wybranych zaburzeniach psychicznych u dzieci i młodzieży*, 53-69. Warszawa: PZWL.
- Śledzianowski, J. (2017). *Samobójstwo w dziejach i cywilizacji śmierci*. Kielce: Wydawnictwo Jedność.
- Światowa Organizacja Zdrowia, Rzecznik Praw Dziecka, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. (2007). *Zapobieganie samobójstwom – poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*. Warszawa: Fraszka Edukacyjna.
- Verduyn, C., Rogers, J., Wood, A. (2022). *Depresja. Terapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodzieży*. Warszawa: Difin.
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27(2), 129-141. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.003>
- WHO. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. (Za:) <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779> (dostęp: 6 March 2024).
- Witkowska, H., Kicińska, L., Palma, J., Łuba, M. (2024). *Zrozumieć, aby zapobiec 2024 – zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. II edycja raportu na podstawie danych KGP i serwisu www.zwjz.pl*. Warszawa: Serwis Życie Warte Jest Rozmowy.
- Ziarek, K., Ziarek, R. (2015). *Profilaktyka zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16-17 lat*. Niepublikowany raport ewaluacyjny z województwa lubelskiego za 2015rok.
- Ziółkowska, J. (2016). *Samobójstwo. Analiza narracji osób po próbach samobójczych*. Warszawa: PWN.
- Zorruguino, J.C. (2002). *Depresja u dzieci i młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo “eSPe”.