



Beata A. Orłowska

dr hab., prof. AJP

Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim

e-mail: borlowska@ajp.edu.pl

ORCID: 0000-0002-1711-9716

OPEN  ACCESS



Profilaktyka zachowań suicydalnych u dzieci i młodzieży szkolnej

Streszczenie

Celem artykułu jest próba pokazania szerokiego i zróżnicowanego znaczenia profilaktyki zachowań suicydalnych. Bazując na literaturze przedmiotu, ukazano rangę profilaktyki i stosowania jej założeń na różnych poziomach. Zwrócono uwagę na problem zachowań suicydalnych u coraz młodszych uczniów. Wskazano grupy czynników mających wpływ na zachowania samobójcze ze szczególnym uwzględnieniem rodziny, szkoły, czynników biopsychospołecznych czy uzależnień. Wykazano rolę różnych grup w procesie zapobiegania zachowaniom samobójczym. Przedstawiono propozycję koniecznych działań w celu zmniejszenia niepożądanych reakcji młodych ludzi na sytuacje trudne. Główną tezą pracy jest ukazanie istotnej roli profilaktyki zachowań suicydalnych w procesie zapobiegania i minimalizowania tego typu zachowań. Do tego celu wykorzystano metodę badania dokumentów. Na podstawie kwerendy literatury przedmiotu, selekcji materiału, analizy raportów i statystyk, zarówno krajowych, jak i międzynarodowych, starano się przybliżyć omawiany w artykule problem.

Słowa kluczowe: profilaktyka, samobójstwo, zachowania suicydalne

Wprowadzenie

Współczesny świat stawia przed młodym pokoleniem wiele różnych wyzwań, którym nie zawsze jest ono w stanie sprostać. Dodatkowo trwająca od roku pandemia COVID-19 pogłębia i tak złożoną sytuację adolescentów. Trudny czas edukacji zdalnej doprowadził do utraty kontaktów społecznych. Odcięcie od bezpośrednich spotkań, zamknięcie w domu spowodowało, że dzieci i młodzież mają trudności w codziennym funkcjonowaniu. Funkcjonowanie w wirtualnej rzeczywistości i kontakt przez *social media* nie wystarcza, by móc prawidłowo rozwijać się i funkcjonować. Stany depresyjne występujące u coraz młodszych uczniów, a także trudny okres dojrzewania dodatkowo wywołują niepożądane reakcje i mogą być źródłem presuicydalnych i suicydalnych zachowań. Biorąc pod uwagę tę złożoną sytuację, konieczne okazuje się wprowadzenie intensywnych działań skierowanych na profilaktykę suicydalną i presuicydalną.

Dokonując analizy zachowań suicydalnych z perspektywy historycznej, warto mieć świadomość, że zagadnienie to od zawsze było obecne w historii ludzkości¹. Małgorzata Przybysz-Zaremba² zwraca uwagę na wszechobecne współcześnie występowanie zachowań suicydalnych adolescentów. Analizując zagraniczną literaturę przedmiotu, można zauważyć, że jest to problem, który dotyka niemal wszystkie kraje³. Jak wynika z pozyskanych danych, samobójstwo jest trzecią w kolejności przyczyną śmierci. Wśród młodzieży w wieku 15–19 lat stanowi 10% zgonów⁴. Analizując Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), można stwierdzić, że w czołówce krajów, w których zanotowano najwyższy wskaźnik samobójstw na 100 tys. osób, znajdują się: Litwa (34,1%), Rosja (30,1%), Białoruś (28,4%), Słowenia (21,9%) oraz Ukraina (21,2%). W Polsce wskaźnik samobójstw wynosi 16,9%⁵.

Badania przeprowadzone w różnych krajach pokazują, że konieczne jest prowadzenie intensywnych działań profilaktycznych zarówno z młodzieżą, jak i rodziną czy szkołą. Przedstawiciele WHO są zdania, że każdy kraj powinien przygotować i opracować Narodowy Program Zapobiegania Samobójstwom. Z dotychczasowych

1 J. Spętana, *Profilaktyka egzystencjalna wobec zachowań suicydalnych w okresie wczesnej dorosłości*, „Edukacja Dorosłych” 2019, nr 2, s. 98.

2 M. Makara-Studzińska, *Wybrane zagadnienia z problematyki suicydologii*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2001, nr 26 (17), s. 219–220.

3 WHO. World Health Organization, *Preventing Suicide. A Global Imperative*, 2014, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1 (dostęp 5.02.2021).

4 D. Wasserman, Q. Cheng, G.-X. Jiang, *Global Suicide Rates Among Young People Aged 15–19*, „World Psychiatry” 2005, Jun 4 (2), s. 115–120.

5 WHO. World Health Organization, *Preventing Suicide. A Global Imperative*, 2014.

doświadczeń krajów, które już wprowadziły takie programy w życie wynika, że tego typu działanie przynosi wymierne korzyści w postaci spadku wskaźnika samobójstw na przestrzeni czasu⁶.

Nie można pominąć szeroko pojętej prewencji samobójstw⁷ – poszczególnej rodzaje pozwalają realizować różne działania na wielu poziomach interwencji poprzez wykorzystanie odpowiednich strategii. Takie podejście pozwala na dotarcie do osób najbardziej potrzebujących. Najczęściej strategię dzieli się na trzy zasadnicze, tj. strategię w zakresie zdrowia publicznego, strategię w zakresie opieki zdrowotnej i strategię specyficzną. Każda z tych strategii ma swój zakres. Pierwsza z nich, skierowana do całego społeczeństwa, to promocja zdrowego stylu życia i polega na prezentowaniu wiedzy z zakresu uwarunkowań samobójstw, ale też możliwości uzyskania pomocy z różnych źródeł. W drugiej strategii, tzw. strategii pośredniej, zwraca się głównie uwagę na diagnostykę zaburzeń psychicznych, szczególnie depresyjnych, możliwości leczenia i redukcję różnego typu sytuacji kryzysowych. Ostatnia ze strategii skierowana jest do osób z zachowaniami samobójczymi⁸. Tylko dobrze zorganizowana prewencja samobójstw daje szansę na uświadomienie młodym ludziom skali problemu. Pozwala też na wskazanie możliwych form pomocy i ich źródeł oraz uświadamia możliwości rozwiązania trudnych problemów, by nie doprowadzać do sytuacji granicznych. Podział na trzy różne strategie pokazuje, że wszelkie działania profilaktyczne powinny rozpoczynać się jak najwcześniej i być realizowane na jak największą skalę.

Samobójstwo – kontekst definicyjny

W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji samobójstwa, jednak chyba najbardziej klasyczną spotkać można u E. Durkheima⁹. Jak zwracają uwagę K. Kołodziej, K. Jarek, M. Murzyn i J. Kuźniar, definicja ta jest jednak pełna wad, ponieważ „nie uwzględnia przyczyn zamachów suicydalnych, a także zachowań

6 A. Scott, B. Guo, *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?*, WHO 2012, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf (dostęp 2.11.2021); L. Dillon, C. Guiney, L. Farragher, A. McCarthy, J. Long, *Suicide prevention. An evidence review 2015*, www.hrb.ie/fileadmin/publications_files/Suicide_Prevention_An_evidence_review_2015.pdf (dostęp 6.02.2020).

7 J. Spętana, op. cit., s. 103.

8 Ibidem.

9 E. Durkheim, *Samobójstwo*, Warszawa 2006, s. 51.

autodestrukcyjnych, które nie muszą być związane z celowym zamiarem śmierci¹⁰. Z kolei J. Spętana twierdzi, że samobójstwo jest złożoną interakcją różnych czynników: biologicznych, genetycznych, psychologicznych, socjologicznych i środowiskowych¹¹. Złożoność tych czynników powoduje, że samobójstwo należy rozpatrywać za każdym razem w wymiarze indywidualnym. Nie można traktować wszystkich przypadków jednakowo. Sytuacja ta w znacznej mierze komplikuje już i tak złożone zagadnienie samobójstwa. Dodatkowo, w różnych dyscyplinach naukowych inaczej opisywane i definiowane jest to zjawisko¹².

Okres dojrzewania stanowi specyficzny czas w rozwoju człowieka, dlatego w literaturze przedmiotu zagadnienie dotyczące samobójstw adolescentów ma swoje odrębne miejsce. Jak podkreśla R. Jabłoński, jest to wynik m.in. intensywnych zmian biologicznych, psychologicznych i społecznych¹³.

Zdaniem Z. Płużek można wyróżnić trzy typy samobójstw: prawdziwe, rzekome i demonstratywne¹⁴. W przypadku *samobójstwa prawdziwego* mamy do czynienia z agresją skierowaną na własną osobę. U sprawcy *samobójstwa rzekomego* występuje chęć ucieczki od własnych trudności, a niekoniecznie chęć odebrania sobie życia¹⁵. Ten rodzaj samobójstwa jest wynikiem depresji czy swoistego poczucia winy. *Samobójstwo demonstratywne* jest natomiast wynikiem obojętnej postawy wobec życia i śmierci, konsekwencją bezradności i braku umiejętności nawiązania kontaktu z innymi¹⁶. Jak podkreśla prof. B. Hołyst, każdego roku więcej ludzi na świecie popełnia samobójstwo (szacuje się, że jest to około 800 tys.) niż umiera na malarię, raka piersi, w następstwie morderstw czy wojen. Szacuje się, że w Polsce codziennie 15 osób odbiera sobie życie. Samobójstwa nieletnich w Polsce plasują

10 K. Kołodziej, K. Jarek, M. Murzyn, J. Kuźniar, *Uwarunkowania zachowań samobójczych dzieci i młodzieży*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2020, vol. 78, nr 4, s. 204. Zob. też K. Kuberska-Przekwas, *Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna*, „Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne” 2014, nr 1, s. 51 i n.

11 J. Spętana, op. cit., s. 99.

12 Ibidem.

13 R. Jabłoński, *Samobójstwa młodzieży szkolnej. Procedury postępowania w szkole po zamachu samobójczym*, s. 1, www.poradniapuck.pl/dokumenty/samobojstwo_procedury_postepowania.pdf (dostęp 5.02.2021).

14 Z. Płużek, *Psychologiczny aspekt samobójstw*, „Znak” 1972, nr 7–8.

15 K. Kołodziej et al., op. cit., s. 204.

16 Ibidem.

nas na drugim miejscu w Europie, stąd wynika konieczność opracowania Narodowego Programu Zapobiegania Samobójstwom¹⁷.

Należy uświadomić sobie, że samobójstwo jest finałem długo trwającego procesu, efektem pewnego ciągu reakcji, wynikających z myśli i czynów człowieka¹⁸. Brunon Hołyst wyróżnia przy tym kilka etapów tego typu zachowań: samobójstwo wyobrażone, upragnione, usiłowane i dokonane¹⁹. Podejście to pokazuje złożoność zachowań suicydalnych, ale też ich specyfikę.

Z perspektywy psychologicznej samobójstwo traktuje się nie jako zjawisko odosobnione, lecz jako określoną sytuację samobójczą, będącą efektem pewnego kontinuum, które jest swego rodzaju drogą przez²⁰: myśli samobójcze, tendencje samobójcze i akt samobójczy²¹. Jak podkreśla R. Jabłoński, „poszczególne etapy różni stopień ich intensywności”²².

Samobójstwa w liczbach

Polska policja publikuje raporty zawierające m.in. dane dotyczące zamachów samobójczych. Raport z 2018 roku wskazuje, że 11 167 osób dokonało zamachu na swoje życie. Było to 8364 mężczyzn (74,9%) i 2803 kobiety (25,1%). Niestety 5182 zamachy (46,4%) zakończyły się zgonem, w tym zmarło 4471 mężczyzn (86,3%) i 711 kobiet (12,7%). W przypadku dzieci trzeba stwierdzić, że podejmowanie prób samobójczych występuje rzadko, jednak u młodzieży obserwowana jest tendencja wzrostowa. Na przykład w 2018 roku wśród dzieci w wieku 0 do 6 lat nie zanotowano żadnej próby samobójczej. Wśród dzieci w wieku 7–12 lat odnotowano 26 prób, a w grupie wiekowej 13–18 lat było ich aż 746²³.

17 B. Hołyst, *Brakuje programu zapobiegania samobójstwom*, www.mp.pl/pacjent/psychiatria/aktualnosci/217297,brakuje-programu-zapobiegania-samobojstwom (dostęp 5.02.2021).

18 R. Jabłoński, op. cit., s. 2.

19 B. Hołyst, *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, Warszawa 1983.

20 R. Jabłoński, op. cit., s. 4.

21 K. Kołodziej et al., op. cit., s. 204.

22 R. Jabłoński, op. cit., s. 2 i n.

23 *Statystyka. Policja. Zamachy samobójcze od 2017*, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> (dostęp 6.02.2021).

Tabela 1. Zamachy samobójcze zakończone zgonem w latach 2017–2020 w Polsce w grupie wiekowej 0–18 lat

Rok	Liczba osób dokonujących zamachu samobójczego zakończonego zgonem		Grupa wiekowa 0–6 lat		Grupa wiekowa 7–12 lat		Grupa wiekowa 13–18 lat	
	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
2017	5276	100	0	0	1	0,01	115	1,99
2018	5182	100	0	0	5	0,09	92	1,77
2019	5255	100	0	0	4	0,07	94	1,78
2020	5165	100	0	0	1	0,01	106	2,05

Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk policji.

Wskazane powyżej statystyki pokazują, że problem samobójstw w grupie małoletnich wzrasta wraz z wiekiem i osiąga swoje apogeum w okresie adolescencji. Z prezentowanych w tabeli danych wynika, że w grupie wiekowej 13–18 lat wskaźnik ten utrzymuje się na podobnym poziomie. Bardziej wnikliwe poznanie przyczyn podejmowania prób samobójczych przez adolescentów pozwoli na lepsze przygotowanie i ukierunkowanie profilaktyki.

Uwarunkowania zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży

Analizując uwarunkowania zachowań samobójczych wśród dzieci i młodzieży, należy wziąć pod uwagę kilka czynników ryzyka. Uwzględniając kontekst pedagogiczny, trzeba przyjrzeć się głównie takim grupom czynników, jak czynniki związane z rodziną i środowiskiem szkolnym.

Czynniki rodzinne

Analizując wpływ czynników rodzinnych na zachowania samobójcze, E. Ringel zwrócił uwagę na występowanie trzech zasadniczych okoliczności: konflikty rodzinne pomiędzy rodzicami, przekazywanie zbyt mało miłości i występowanie zaborczej miłości²⁴. Według J. Dzierżanowskiego największy negatywny wpływ na dziecko ma rozwód rodziców. Ta traumatyczna sytuacja powoduje, że obniża się poziom bezpieczeństwa, dziecko czuje się zagrożone. W skrajnych przypadkach

²⁴ E. Ringel, *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Szczecin 1987, s. 96.

może to doprowadzić do sytuacji, w której młody człowiek musi stanąć po którejś stronie. Może to wywoływać u niego m.in. lęk przed odrzuceniem czy poczucie winy, a nawet zachwianie poczuciem bezpieczeństwa²⁵. Jak wykazały A. Sumiła i E. Sulska, czynniki rodzinne, w tym konflikty rodzinne, mają istotny wpływ na podejmowanie prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży. W grupie dzieci było to 32,2%, a w grupie młodzieży 24,3%²⁶. Badania zaprezentowane przez M. Makarę-Studzińską w 2013 roku pokazały, że najważniejszym czynnikiem związanym z rodziną, a mającym wpływ na podejmowanie przez młodzież prób samobójczych, jest uczucie emocjonalnego odrzucenia przez rodziców. Zwracało na to uwagę 57% badanych. Na drugim miejscu znalazły się konflikty rodzinne – 48%, a na trzecim śmierć jednego lub obojga rodziców – 45%²⁷. Zdaniem M. Rządowskiej najczęstszymi przyczynami wywołującymi zamachy samobójcze była nadmiernie kontrolująca i krytyczna matka²⁸. Wyniki badań M. Makary-Studzińskiej pokazały, że głównym źródłem prób samobójczych wśród młodzieży było uczucie emocjonalnego odrzucenia przez rodziców. Inne czynniki, które były wskazywane jako istotne, to konflikty młodych ludzi z rodzicami, śmierć jednego lub obojga rodziców czy choroba alkoholowa występująca w rodzinie²⁹.

Wpływ środowiska szkolnego

Kolejna grupa czynników wpływających na podejmowanie zamachów samobójczych wśród młodzieży występuje w środowisku szkolnym. Potwierdzają to A. Sumiła i E. Sulska, zwracając uwagę, że wśród relacjonowanych bezpośrednich przyczyn podejmowania próby samobójczej znalazły się problemy szkolne. Dotyczyły one zarówno kwestii problemów w nauce, jak i stosunków z rówieśnikami i występowania przemocy psychicznej. Zagrożenia cybermobbingiem stanowią obecnie jeden z ważniejszych motywów samobójczych. Zarówno w grupie dzieci,

25 J. Dzierżanowski, *Psycho społeczna sytuacja dziecka w małżeństwie rozwodzących się*, w: D. Krok, P. Landwójtowicz (red.), *Rodzina w nurcie społecznych przemian*, Opole 2010, s. 256.

26 A. Sumiła, E. Sulska, *Zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży hospitalizowanych psychiatrycznie*, w: W. Radziwiłowicz, A. Sumiła (red.), *Psychopatologia okresu dorastania*, Kraków 2006, s. 224.

27 M. Makara-Studzińska, *Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14–18 lat*, „Psychiatria” 2013, t. 10, nr 2, s. 77–78.

28 M. Rządowska, *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży – charakterystyka ryzyka i profilaktyka*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 2016, nr 1 (18), s. 165.

29 M. Makara-Studzińska, *Przyczyny prób samobójczych...*, s. 76–79.

jak i młodzieży³⁰ stanowiły one największy odsetek spośród wskazywanych przyczyn. Są to też główne motywy zamachów samobójczych wskazywanych przez policję w ostatnich czterech latach. W grupie dzieci było to 32,2%, a w grupie młodzieży 24,3%³¹. Badania te pokazały, że szkoła zaraz po rodzinie jest ważnym miejscem, któremu należy się przyjrzeć w celu eliminacji bądź minimalizowania czynników suicydalnych. Obecna sytuacja wywołana pandemią COVID-19 i wprowadzenie w szkołach nauczania zdalnego stało się dodatkowym źródłem frustracji, stresów i występowania depresji, co należy potraktować jako sygnały ostrzegawcze, które mogą wywołać zachowania suicydalne.

Czynniki psychologiczne

Kolejną grupą czynników, które należy wziąć pod uwagę w planowaniu pracy nad profilaktyką zachowań suicydalnych są czynniki psychologiczne, m.in. wydarzenia traumatyczne. Jak zwraca uwagę M. Dąbkowska, niektóre sytuacje, jak depresja u rodziców czy podejmowanie przez nich prób samobójczych, mogą być źródłem wywołującym zachowania suicydalne. Autorka zwraca uwagę, że od 2 do 5 razy wzrasta ryzyko podejmowania prób samobójczych u osób po traumatycznych przejściach w dzieciństwie³².

Inny czynnik to umiejętności życiowe. Według WHO są to umiejętności, które powodują, że jednostka potrafi poradzić sobie w różnych sytuacjach. Zalicza się do nich m.in. zdolność podejmowania decyzji, umiejętność rozwiązywania problemów, skuteczną komunikację czy kreatywne myślenie. Nie bez znaczenia jest też umiejętność radzenia sobie ze stresem. Brak tych umiejętności u dzieci i młodzieży szkolnej może utrudniać samodzielne rozwiązywanie problemów. W konsekwencji może to doprowadzić do wzrostu zachowań suicydalnych w tej grupie³³. Zdaniem A. Sumiły i E. Sulskiej poczucie nieradzenia sobie z sytuacją życiową stanowiło 7% przyczyn podejmowania prób samobójczych u dzieci i 10,8% w grupie młodzieży³⁴.

30 Najczęściej w statystykach można znaleźć podział na dzieci w wieku 0–12 lat i młodzież w wieku 13–18 lat.

31 A. Sumiła, E. Sulska, op. cit., s. 226.

32 M. Dąbkowska, *Traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie jako czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego i dorosłości*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2006, nr 6 (4), s. 205.

33 K. Kołodziej et al., op. cit., s. 205.

34 A. Sumiła, E. Sulska, op. cit., s. 228.

Kolejny czynnik to cechy osobowości. Jak zwracają uwagę K. Kołodziej, K. Jarek, M. Murzyn i J. Kuźniar, zalicza się do nich labilność emocjonalną czy nadmierną autoanalizę. Do tego wskazuje się też prezentację skrajnych opinii i sądów, agresję, nadmierną wrogość czy drażliwość³⁵. Już te najbardziej charakterystyczne cechy wskazują, że są to kolejne trudne elementy w procesie analizy źródeł zachowań suicydalnych wśród młodzieży.

Choroby psychiczne i uzależnienia

Istotnymi czynnikami, które również mogą wywołać zachowania samobójcze, są choroby psychiczne i uzależnienia. I. Namysłowska zwraca uwagę, że ponad 90% nieletnich ofiar miało stwierdzone chociaż jedno schorzenie psychiczne³⁶. WHO alarmuje, że to depresja jest najczęściej występującym zaburzeniem, które może być źródłem zamachu samobójczego³⁷. Dane zawarte w literaturze przedmiotu wskazują, że nie można lekceważyć chorób psychicznych w procesie zachowań suicydalnych. Wyniki badań dowodzą, że zwiększone ryzyko zamachu samobójczego jest związane głównie z nasileniem depresji, występowaniem zaburzeń afektywnych, agresją, nadużywaniem środków psychoaktywnych czy impulsywnością³⁸. Warto zwrócić uwagę, że właściwie prowadzona profilaktyka, jak również właściwa identyfikacja czynników ryzyka występujących u dzieci i młodzieży zaliczanej do grupy z ryzykiem choroby afektywnej dwubiegunowej pozwoliłyby na trafniejszą diagnozę oraz szybszą i bardziej ukierunkowaną interwencję terapeutyczną.

Współczesny świat pełen jest wzorców, którym nie zawsze młodzi ludzie są w stanie sprostać. Potrzeba akceptacji wywołuje często zachowania doprowadzające do różnego rodzaju zaburzeń. Jednym z przykładów są zaburzenia odżywiania. Współcześnie stanowią one duży problem nie tylko społeczny, lecz także medyczny. Jak zwracają uwagę E. Bator, M. Bronkowska, D. Ślepecki i J. Biernat³⁹, również wśród osób cierpiących na takie zaburzenia zamachy samobójcze nie są rzadkością. Szacuje się, że około 17% z nich próbowało popełnić samobójstwo⁴⁰.

35 K. Kołodziej et al., op. cit., s. 205.

36 Ibidem.

37 M. Dąbkowska, op. cit., s. 206.

38 K. Kołodziej et al., op. cit., s. 206.

39 E. Bator, M. Bronkowska, D. Ślepecki, J. Biernat, *Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie*, „Nowiny Lekarskie” 2011, nr 80 (3).

40 K. Kołodziej et al., op. cit., s. 206.

Uzależnienia i ich wpływ na zachowania samobójcze to kolejny czynnik, który należy brać pod uwagę w procesie oceny wpływu czynników na zachowania suicydalne. K. Kusiak, L. Szewczyk i A. Włoszczak-Szubzda podkreślają, że młodociani spożywający alkohol są 3 do 9 razy częściej narażeni na ryzyko popełnienia samobójstw⁴¹. Do tego dochodzą używki, dopalacze, które jako nowe substancje psychoaktywne wywołują często nieprzewidywalne skutki. Wpływ uzależnień może wywołać różne reakcje, w tym m.in. utrudnione funkcjonowanie w społeczeństwie czy problemy w pełnieniu różnych ról społecznych, a także doprowadzać do okresowej izolacji i konfliktów z prawem. W konsekwencji może to też prowadzić do występowania różnego rodzaju zaburzeń psychicznych, a tym samym wpływać na zaburzenia nastroju, występowanie depresji czy prób samobójczych⁴².

Profilaktyka zachowań suicydalnych

Zasygnalizowane powyżej czynniki w jasny sposób wyznaczają kierunek profilaktyki zachowań suicydalnych⁴³. Jak podkreśla M. Rządowska, zapobieganie samobójstwom wymaga profilaktyki, która będzie oferowana szerokiej grupie odbiorców, a zakres ich potrzeb ukierunkowywał działania profilaktyczne⁴⁴.

Poziomy oddziaływań zależne są od rodzaju działań zapobiegawczych. Jak zwraca uwagę B. Hołyst, zalicza się do nich pięć różnych działań. Poziom najogólniejszy to działania skierowane do całego społeczeństwa. Ich zadaniem jest przede wszystkim umocnienie postaw, charakteryzujących się akceptacją życia, a więc ukierunkowanie działań na nabywanie przez społeczeństwo postaw antysuicydalnych. W ramach tego poziomu rozwijane są też u ludzi umiejętności rozwiązywania problemów. Na drugim poziomie profilaktyki prowadzone są działania ukierunkowane na populację, w której mogą wystąpić postawy presuicydalne. Dokonuje się selekcji osób z takiej grupy. Kolejny, trzeci poziom to interwencja w postaci oddziaływania na jednostkę za pośrednictwem czynników instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych. Czwarty poziom profilaktyki stanowią działania skierowane na jednostkę w sytuacji suicydalnej. Głównym celem podejmowanych działań, realizowanych po wystąpieniu zamachu samobójczego, jest przywrócenie

41 K. Kusiak, L. Szewczyk, A. Włoszczak-Szubzda, *Czynniki biopsychospołeczne a częstość spożywania alkoholu wśród młodzieży*, „Studia i Prace Pedagogiczne” 2017, nr 4, s. 110.

42 K. Kołodziej et al., op. cit., s. 206.

43 A. Bałandynowicz, *Profilaktyka i prewencja zachowań suicydalnych w okresie adolescencji u dzieci i młodzieży*, „Resocjalizacja Polska” 2014, nr 6.

44 M. Rządowska, op. cit., s. 172.

jednostce motywacji, by odnalazła sens życia. Zadaniem ostatniego z poziomów, piątego, jest praca skierowana na osobę, która próbowała podjąć próbę samobójczą, i jej rodzinę⁴⁵.

Biorąc pod uwagę powyższe, warto pochylić się nad wybranymi czynnikami chroniącymi jednostkę przed podjęciem zamachu samobójczego. Do najważniejszych z nich zaliczono czynniki rodzinne, poznawcze i osobowościowe, społeczno-kulturowe oraz zdrowotne⁴⁶. Uwzględnienie tych grup czynników w planowaniu profilaktyki pozwoli wzmocnić jednostkę i wskazać jej kierunek możliwości rozwiązywania różnego rodzaju trudnych sytuacji.

Profilaktyka presuicydalna powinna być stosowana również przez system opieki zdrowotnej. Obecnie w ofercie jest pomoc terapeutyczna skierowana zarówno do lekarzy, jak i pielęgniarek. To oni są pierwszymi osobami, do których zgłasza się osoba z problemami. Należy podkreślić, że w Polsce obserwujemy niską świadomość dostępu do opieki psychiatrycznej⁴⁷. Im szybciej zgłosimy się po pomoc, tym skuteczniejsze może okazać się wsparcie w zapobieganiu zamachom samobójczym. Skuteczność tego typu działań zależy w głównej mierze od momentu, w jakim zostało wykryte zagrożenie. Działania profilaktyczne powinny być skierowane do rodziny, szkoły, ale też przedstawicieli ochrony zdrowia czy służb mundurowych i przedstawicieli administracji⁴⁸.

Z dostępnych danych wynika, że mimo rosnącej liczby zdarzeń samobójczych profilaktyka nie uległa poprawie. Nie jest to też priorytetem polityki zdrowotnej czy społecznej w Polsce⁴⁹. Z badań zespołu A. Kielan i in. wynika, że młodzież ma świadomość braku odpowiedniego systemu zapobiegania samobójstwom. Podobne wyniki uzyskała wcześniej H. Malicka-Gorzelańczyk, badająca młodzież w latach 1992–1993⁵⁰. Mimo licznych wstępnych dyskusji i działań prowadzonych od wielu lat w celu przygotowania programu profilaktyki zachowań samobójczych niewiele dzieje się nadal w tym zakresie, a przecież skierowanie profilaktyki na

45 K. Kołodziej et al., op. cit., s. 8–9.

46 W. Brodński, *Ramowy program zapobiegania samobójstwom w Polsce na lata 2012–2015*, Warszawa 2012, za K. Kołodziej et al., op. cit., s. 8.

47 A. Kielan, I. Cieślak, J. Skonieczna, D. Olejniczak, K. Jabłońska-Górecka, M. Panczyk, J. Gotlib, B. Walewska-Zielecka, *Analiza opinii młodzieży na temat profilaktyki samobójstw*, „Psychiatria Polska” 2019, nr 53 (2), s. 368.

48 K. Kołodziej et al., op. cit., s. 207.

49 A. Kielan et al., op. cit., s. 366.

50 Ibidem.

właściwe obszary i do odpowiednich odbiorców może przynieść wymierne korzyści w postaci zmniejszenia się liczby zamachów samobójczych.

Rodzina jako podstawowa komórka społeczna kształtująca jednostkę od urodzenia stanowi ważnego odbiorcę działań profilaktycznych w procesie zapobiegania zachowaniom suicydalnym. Jako jedna z podstawowych grup będących przyczyną zachowań suicydalnych rodzina powinna być głównym obiektem programów profilaktycznych. Należy mieć świadomość, że początek zachowań ryzykownych występuje dużo wcześniej – już w młodym wieku. Obserwowane zmiany w zachowaniu dziecka nie powinny być obojętne dla rodziców⁵¹. Świadomość odpowiedzialności dorosłych członków rodziny ma kluczowe znaczenie w procesie zapobiegania samobójstwom. Nie bez znaczenia pozostają też autorytety moralne i dbanie o prawidłowy rozwój dziecka na każdym etapie⁵².

Rodzina często potrzebuje wsparcia, które, jeśli jest udzielone na czas, pozwala uniknąć tragicznych w skutki sytuacji. Zwraca na to uwagę J. Spętana, podkreślając, że ważne jest wieloobszarowe wsparcie, które jest udzielane rodzinie⁵³.

Jednym z ważnych miejsc, na którym powinny być skupione działania profilaktyczne, jest szkoła. To tu przebiegają procesy socjalizacji i edukacji. Szkoła ma do dyspozycji różne narzędzia umożliwiające wprowadzanie pozytywnych zmian ukierunkowanych na zachowania zdrowotne uczniów. W Raporcie Światowej Organizacji Zdrowia⁵⁴ zaprezentowano analizę dostępnych strategii profilaktyki samobójstw. Wynika z nich, że szkolne programy prewencyjne, ukierunkowane na zmianę zachowań i strategie radzenia sobie z problemami, należą do działań o udowodnionej wysokiej skuteczności⁵⁵. Wprowadzenie do szkoły programów profilaktycznych przemyślanych i dostosowanych do obecnych badań pozwoli na zwiększenie skuteczności działań związanych z uczeniem dzieci i młodzieży radzenia sobie ze stresem, trudnymi sytuacjami czy rozwiązywaniem problemów. Treningi asertywności i inne pozwalające na nabycie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach problemowych wzmocnią młodych ludzi i dadzą podwaliny na zbudowanie silnej osobowości.

Szkoła jako miejsce kształtujące jednostkę od najmłodszych lat jest ważnym elementem w procesie działań prewencyjnych, szczególnie w przypadku prewencji samobójczej. Jak zwraca uwagę J. Szymańska, to tu profilaktyka zachowań

51 K. Kołodziej et al., op. cit., s. 207.

52 A. Kielan et al., op. cit., s. 368.

53 J. Spętana, op. cit., s. 104.

54 *Health Evidence Network*.

55 A. Kielan et al., op. cit., s. 367.

suicydalnych powinna koncentrować się na następujących poziomach i obejmować: promocję zdrowia i profilaktykę uniwersalną, profilaktykę selektywną i profilaktykę wskazującą⁵⁶. Te trzy poziomy profilaktyki pozwalają zaplanować działania skierowane do odpowiednich grup i podjąć działania, które przyniosą oczekiwane rezultaty m.in. w postaci spadku zachowań suicydalnych.

Jednym z interesujących przykładów skutecznego szkolnego programu zapobiegania samobójstwom może być projekt *Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)*, który był realizowany realizowany na grupie nastolatków w 11 krajach europejskich. Odznaczał się wysoką efektywnością, gdyż po zakończeniu programu odnotowano 50% spadek wskaźnika podejmowanych prób samobójczych wśród młodzieży biorącej w nim udział w porównaniu z grupą kontrolną nieuczestniczącą w programie⁵⁷. Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia profilaktyka samobójstw w szkołach powinna być oparta głównie na: wzmacnianiu zdrowia psychicznego nauczycieli, wzmacnianiu poczucia własnej wartości uczniów, trenowaniu u uczniów wyrażania własnych emocji, zapobieganiu przemocy w szkole i udostępnianiu informacji o placówkach interwencji kryzysowych i psychiatrycznych⁵⁸.

Należy zgodzić się z M. Przybysz-Zarembą, że profilaktyka w zakresie zachowań suicydalnych powinna być skierowana zarówno do uczniów, jak i ich nauczycieli. Musi obejmować wszystkie szczeble i mieć charakter priorytetowy⁵⁹.

Rodzina i szkoła to dwie główne grupy, do których powinno być skierowane działanie profilaktyczne. Obie grupy potrzebują jednak wsparcia instytucji zewnętrznych, które pomogą w działaniach profilaktycznych i spowodują, że będą one bardziej skuteczne. Jedną z takich instytucji jest policja. Zapisy Ustawy o policji wskazują, że jej głównym zadaniem jest m.in. ochrona zdrowia i życia ludzi i zapobieganie przestępstwom. W ramach działalności Biura Prewencji wskazane są systemowe działania związane z zapobieganiem przestępstwom i wykroczeniom, w tym czynom karalnym popełnianym przez nieletnich. Jednym z ważnych obszarów działalności w tym zakresie są działania edukacyjne i inne, np. terapeutyczno-wychowawcze w celu poprawy⁶⁰.

56 K. Kołodziej et al., op. cit., s. 207.

57 A. Kielan et al., op. cit., s. 367.

58 Broszura Światowej Organizacji Zdrowia, w: *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*, MEN, Warszawa 2007.

59 M. Przybysz-Zaremba, *Uwarunkowania zachowań suicydalnych adolescentów – na podstawie przeglądu wybranych badań*, „Rocznik Pedagogiczny” 2019, t. 11 (47), s. 363.

60 A. Kielan et al., op. cit., s. 368–369.

Warto też pamiętać obecnie o znaczącej roli środków masowego przekazu, w tym mediów elektronicznych, które zarówno mogą wspierać osoby potrzebujące pomocy, jak i nakłaniać je do zamachu na własne życie. Środki masowego przekazu kształtują postawy, poglądy, lecz także zachowania społeczne, a przekazywanie informacji o samobójstwie powinno przebiegać w sposób odpowiedzialny⁶¹. Konieczne jest dlatego podejmowanie działań edukacyjnych pozwalających nauczyć młodych ludzi właściwego korzystania z mediów społecznościowych, wyszukiwania informacji i szukania pomocy w sytuacjach trudnych zamiast poddawania się bezwarunkowo poleceniom przekazywanym przez social media.

Pomoc postsuicydalna

Ważnym obszarem działań zapobiegawczych jest też pomoc postsuicydalna. Jest to pomoc ukierunkowana na zapobieganie podejmowaniu kolejnych prób samobójczych u osób, które wcześniej taką próbę podjęły. Jednym z pomocnych narzędzi mogą okazać się też poradniki przygotowywane przez Światową Organizację Zdrowia, gdzie opisywane są kwestie właściwego rozpowszechniania informacji dotyczących samobójstw w celu zmniejszenia liczby popełnionych zamachów. Jest to działanie nakierowane na zapobieganie zjawisku wzrostu odsetka samobójstw dokonywanych przez młodych ludzi wskutek nagłośnienia przypadków innych samobójstw. Inną z form pomocy postsuicydalnej jest także tworzenie samopomocowych grup wsparcia. System opieki postsuicydalnej obejmuje działania również innych grup pracowników mogących wesprzeć osobę w kryzysie – lekarzy, psychologów, pracowników socjalnych, duchownych, a także przedstawicieli wielu innych służb⁶².

Doświadczenia innych krajów

Ważnym obszarem uczenia się zapobiegania zachowaniom suicydalnym może być skorzystanie z wiedzy innych krajów, które wdrożyły już różnego rodzaju programy. Ich kilkunastoletnie doświadczenie pomoże przygotować skuteczne programy profilaktyczne i pozwoli uniknąć wielu trudnych momentów. Analizując

61 Ibidem, s. 369.

62 K. Kołodziej et al., op. cit., s. 207; zob. też J. Szymańska, *Zapobieganie samobójstwom wśród dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*, Warszawa 2016.

m.in. doświadczenia Szwecji, Finlandii, Norwegii, Danii czy Wielkiej Brytanii, można wnioskować, że wczesne wykrycie, skuteczne leczenie, lecz także zapobieganie chorobom związanym z zaburzeniami nastroju zwiększa szanse na zmniejszenie występowania samobójstw w ogólnej populacji. Różne kraje realizują te działania w formie krajowych programów zapobiegania samobójstwom. Wprowadzenie tego typu programów m.in. w Finlandii, Szwecji, Estonii, Norwegii czy na Węgrzech pozwoliło na obniżenie w okresie 10–15 lat współczynnika samobójstw od 30% do 50%⁶³.

Wnioski

Samobójstwo jako akt niezrozumiały dla wielu osób wywołuje u ludzi negatywne skojarzenia, a często niechęć czy lęk. Wynika to zapewne z niewiedzy dotyczącej czynników, które prowadzą osoby do targnięcia się na swoje życie. Lęk przed bezradnością i odpowiedzialnością za czyn samobójczy wywoływany jest brakiem zrozumienia psychiki desperata. Konsekwencją tego jest zrzucenie winy na osobę cierpiącą i jednocześnie zdjęcie odpowiedzialności z tych, którzy mogli pomóc⁶⁴.

Pojawia się więc pytanie – czy tak powinno być? Tylko edukacja, uświadamianie oraz wskazanie możliwości pomocy i działania profilaktyczne dają szansę na zmniejszenie występowania zachowań suicydalnych i skuteczniejsze niesienie pomocy. Właśnie dlatego profilaktyka jest taka ważna. Jak zwraca uwagę B. Hołyst, w latach 2007–2010 nastąpił wzrost liczby samobójstw. Obecnie jest ona ustabilizowana, lecz nadal wysoka. Odpowienio zaplanowane i skoordynowane działania mogłyby spowodować ograniczenie występowania samobójstw, dlatego konieczne jest opracowanie Narodowego Programu Zapobiegania Samobójstwom. Jak wskazują statystyki, w Japonii w wyniku uruchomienia programu nastąpił spadek samobójstw o 10%, w Chile o 15%, a w Szkocji o 18%. Niezbędna jest też koordynacja działań różnych instytucji, by uzyskać oczekiwane rezultaty⁶⁵.

Ważne jest też, by do budowy programów profilaktycznych zaprosić specjalistów, którzy w swojej pracy uwzględnią m.in. grupę docelową, do której skierowana będzie profilaktyka. Tak ważne jest dlatego przeprowadzenie diagnozy oraz wywiadu środowiskowego. Takie podejście pozwoli na przygotowanie planu działań

63 J. Spętana, op. cit., s. 103.

64 A. Bałandynowicz, *Profilaktyka i prewencja zachowań suicydalnych w okresie adolescencji u dzieci i młodzieży*, „Resocjalizacja Polska” 2014, nr 6, s. 23–24.

65 B. Hołyst, *Brakuje programu...*

skierowanych na potrzeby odbiorców. Również w Polsce nadal istnieje konieczność opracowania Narodowego Programu Zapobiegania Samobójstwom⁶⁶.

Nie należy zapominać o roli Kościoła i religii w prewencji zachowań samobójczych. Religia jest ważnym elementem funkcjonowania wielu osób i stanowi część ich życia społecznego. Życie religijne i przynależność do wspólnoty może przyczynić się do otrzymania odpowiedniego wsparcia. Ważną rolę odnosi tu czynnik społeczny, lecz także aspekt etyczny czy strach przed gniewem Bożym⁶⁷. W procesie zapobiegania zachowaniom suicydalnym religia może mieć więc istotne znaczenie.

Mimo wcześniejszych zapowiedzi i planów związanych z programem zapobiegania samobójstwom w ramach programów ochrony zdrowia nadal działania te w Polsce nie zostały podjęte⁶⁸. Konieczność ich wprowadzenia w celu poprawy sytuacji i rozpoczęcia szeroko zakrojonej profilaktyki potwierdzają badania zespołu, którego członkami są A. Kielan, I. Cieślak, J. Skonieczna, D. Olejniczak, K. Jabłońska-Górecka, M. Panczyk, J. Gotlib, B. Walewska-Zielecka. Badania te wykazały, że młodzież ma świadomość braku w Polsce systemu zapobiegania samobójstwom. Najważniejszą rolę zdaniem badanych odgrywa rodzina. Badani wskazywali też na zwiększenie zaangażowania w tego typu działania innych placówek i instytucji, takich jak szkoła, Kościół, policja, służba zdrowia czy media, dzięki którym działania profilaktyczne będą nakierowane na uświadomienie młodych ludzi w zakresie profilaktyki zachowań⁶⁹.

Jeśli w najbliższym czasie nie zostaną podjęte intensywne prace w zakresie przygotowania programu profilaktyki zachowań suicydalnych, to nie można liczyć na spadek ich liczby. Dodatkowo pojawiają się pewne obawy, że obecna trudna sytuacja związana z pandemią i zamknięciem młodych ludzi w domach wpłynie na wzrost tego typu zachowań, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

66 A. Kielan et al., op. cit., s. 360.

67 Ibidem, s. 367.

68 J. Spętana, op. cit., s. 104; A. Brodniak, *Ramowy Program zapobiegania samobójstwom w Polsce na lata 2012–2015 w ramach realizacji narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego*, Warszawa 2012, załącznik nr 4.

69 A. Kielan et al., op. cit., s. 369.

Bibliografia

- Bałandynowicz A., *Profilaktyka i prewencja zachowań suicydalnych w okresie adolescencji u dzieci i młodzieży*, „Resocjalizacja Polska” 2014, nr 6.
- Bator E., Bronkowska M., Ślepecki D., Biernat J., *Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie*, „Nowiny Lekarskie” 2011, nr 80 (3).
- Brodniak A., *Ramowy Program zapobiegania samobójstwom w Polsce na lata 2012–2015 w ramach realizacji narodowego programu ochrony zdrowia psychicznego*, Warszawa 2012, załącznik nr 4.
- Brozura Światowej Organizacji Zdrowia, w: *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*, MEN, Warszawa 2007.
- Dąbkowska M., *Traumatyczne doświadczenia w dzieciństwie jako czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego i dorosłości*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2006, nr 6 (4).
- Dillon L., Guiney C., Farragher L., McCarthy A., Long J., *Suicide prevention. An evidence review 2015*, www.hrb.ie/fileadmin/publications_files/Suicide_Prevention_An_evidence_review_2015.pdf.
- Durkheim E., *Samobójstwo*, Warszawa 2006.
- Dzierżanowski J., *Psychospołeczna sytuacja dziecka w małżeństwie rozwodzących się*, w: D. Krok, P. Landwójtowicz (red.), *Rodzina w nurcie społecznych przemian*, Opole 2010.
- Hołyst B., *Brakuje programu zapobiegania samobójstwom*, www.mp.pl/pacjent/psychiatria/aktualnosci/217297,brakuje-programu-zapobiegania-samobojstwom.
- Hołyst B., *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, Warszawa 1983.
- Hołyst B., *Suicydologia*, Warszawa 2012.
- Jabłoński R., *Samobójstwa młodzieży szkolnej. Procedury postępowania w szkole po zamachu samobójczym*, www.poradniapuck.pl/dokumenty/samobojstwo_procedury_postepowania.pdf.
- Kielan A., Cieślak I., Skonieczna J., Olejniczak D., Jabłońska-Górecka K., Panczyk M., Gotlib J., Walewska-Zielecka B., *Analiza opinii młodzieży na temat profilaktyki samobójstw*, „Psychiatria Polska” 2019, nr 53 (2).
- Kołodziej K., Jarek K., Murzyn M., Kuźniar J., *Uwarunkowania zachowań samobójczych dzieci i młodzieży*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2020, vol. 78, nr 4.
- Kuberska-Przekwas K., *Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna*, „Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne” 2014, nr 1.
- Kusiak K., Szewczyk L., Włoszczak-Szubda A., *Czynniki biopsychospołeczne a częstość spożywania alkoholu wśród młodzieży*, „Studia i Prace Pedagogiczne” 2017, nr 4.
- Makara-Studzińska M., *Wybrane zagadnienia z problematyki suicydologii*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2001, nr 26 (17).

- Makara-Studzińska M., *Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14–18 lat*, „Psychiatria” 2013, t. 10, nr 2.
- Malicka-Gorzeczyńska H., *Opinie młodzieży o samobójstwie*, Bydgoszcz 2002.
- Namysłowska I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa 2011.
- Płużek Z., *Psychologiczny aspekt samobójstw*, „Znak” 1972, nr 7–8.
- Przybysz-Zaremba M., *Uwarunkowania zachowań suicydalnych adolescentów – na podstawie przeglądu wybranych badań*, „Rocznik Pedagogiczny” 2019, t. 11 (47).
- Ringel E., *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Szczecin 1987.
- Rzadkowska M., *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży-charakterystyka ryzyka i profilaktyka*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 2016, 1 (18).
- Scott A., Guo B., *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?*, WHO 2012, www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/168843/HEN-Suicide-Prevention-synthesis-report.pdf.
- Spętana J., *Profilaktyka egzystencjalna wobec zachowań suicydalnych w okresie wczesnej dorosłości*, „Edukacja Dorosłych” 2019, nr 2.
- Statystyka. Policja. Zamachy samobójcze od 2017*, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>.
- Sumiła A., Sulska E., *Zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży hospitalizowanych psychiatrycznie*, w: W. Radziwiłowicz, A. Sumiła (red.), *Psychopatologia okresu dorastania*, Kraków 2006.
- Szymańska J., *Zapobieganie samobójstwom wśród dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych oraz rodziców*, Warszawa 2012.
- Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.-X., *Global Suicide Rates Among Young People Aged 15–19*, „World Psychiatry” 2005, Jun 4 (2).
- WHO. World Health Organization, *Preventing Suicide. A Global Imperative*, 2014 http://apps.who.int/iris/bistream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1

Prevention of suicidal behaviours among school children and youth

Abstract

The article aims to present a broad and diverse meaning of suicidal behaviour prevention. Based on the relevant academic literature, the importance of prevention has been shown as well as the application of its assumptions at various levels. Notable attention is given to suicidal behaviours among increasingly young students. Groups of factors influencing suicidal behaviour are identified, with particular emphasis on family, school, biopsychosocial factors as well as addictions. The role of various groups in the process of preventing suicidal

behaviour is additionally determined. Finally, the author presents a proposal of actions intended to reduce young people's negative reactions to difficult situations. The main thesis is to show the key role of preventive care in the process of prevention and minimising suicidal behaviour. For this purpose, the method of document examination is used. The author tries to shed light on the problem in question by means of a literature review, material selection and an analysis of reports and statistics, both national and international.

Keywords: prevention, suicide, suicidal behaviour

CYTOWANIE

Orłowska B., *Profilaktyka zachowań suicydalnych u dzieci i młodzieży szkolnej*, „Acta Iuris Stetinensis” 2021, nr 3 (vol. 35), 65–83, DOI: 10.18276/ais.2021.35-05.