Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży

Aleksandra Kielan[a,b], Dominik Olejniczak[a]

[a]*Zakład Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*
[b]*Polskie Towarzystwo Suicydologiczne*

Na świecie każdego roku popełnia samobójstwo ponad 800 000 osób – średnio jedna osoba co 40 sekund. W Polsce samobójstwa są drugą – po wypadkach – przyczyną zgonów wśród dzieci i młodzieży. Podłożem decyzji samobójczych jest wiele współwystępujących czynników m.in. demograficznych, społeczno-ekonomicznych, psychologicznych, chorobowych czy biologicznych. Wydarzenia i sytuacje, które przez dorosłego nie byłyby traktowane jako problemy, dla młodych osób mogą być nie do rozwiązania. Zwiększenie świadomości społecznej na temat tego, jak wiele różnych czynników może wpływać na podjęcie decyzji o samobójstwie, może mieć przełożenie na uwrażliwienie ludzi na problemy innych. Koszty zachowań samobójczych dla jednostek, ich rodzin i społeczeństwa powodują, że samobójstwo jest poważnym problemem dla zdrowia jednostki, ale również dla zdrowia publicznego.

Słowa kluczowe:
samobójstwa, uwarunkowania, zdrowie publiczne, dzieci, młodzież

Samobójstwa jako problem zdrowia publicznego

Zdrowie, według definicji ustanowionej w 1986 r. w Ottawie, jest zasobem, potencjałem indywidualnym i społecznym oraz jednym z bogactw naturalnych kraju, determinującym rozwój społeczny, gospodarczy czy osobniczy

(Karski, 2011). Jest to pojęcie wielowymiarowe, obejmujące wzajemnie od siebie zależne aspekty fizyczne, psychiczne i społeczne. Fizyczny wymiar zdrowia jest związany z prawidłowym funkcjonowaniem organizmu człowieka. Składowymi zdrowia psychicznego są zdrowie umysłowe, związane z procesami myślenia, oraz zdrowie emocjonalne, wyrażające zdolność do przeżywania uczuć i emocji. Społeczny aspekt zdrowia można określić jako zdolność do wykonywanie ról społecznych w sposób efektywny, mający na uwadze dobro zarówno własne, jak i innych osób, a także zdolność do tworzenia pozytywnych relacji z najbliższymi osobami, radość z bycia z innymi oraz zdolność do efektywnej komunikacji z osobami, które mogą różnić się od jednostki (Eldin, Golanty, 2012). Każdy z wyżej wymienionych wymiarów zdrowia może wiązać się z czynnikami ryzyka popełnienia samobójstwa, jak również podjęcie próby samobójczej może naruszać jedną składową zdrowia lub kilka z nich (Bąbik, Olejniczak, 2014).

Koszty zachowań samobójczych dla jednostek, ich rodzin i społeczeństwa powodują, że samobójstwo jest poważnym problemem zarówno dla zdrowia jednostki, jak i zdrowia publicznego. W kontekście zdrowia publicznego analizuje się zjawisko autodestrukcji pod względem populacyjnym, co oznacza skupianie się na podejściu prewencyjnym, które wpływa na grupę ludzi lub całą populację. Działania, mające na celu oddziaływanie na zdrowie społeczeństwa, mogą powodować znaczący i utrzymujący się spadek liczby samobójstw (Centers of Disease Control and Prevention, 2015). Suicydologia opiera swoje założenia na koncepcji zdrowia publicznego, przez co obie dziedziny tworzą kompleksową strategię analizy zjawiska samobójstw oraz metod jego zapobiegania.

Zjawisko samobójstw może być rozpatrywane z różnych perspektyw – filozoficzno-teologicznej, klinicznej, psychologicznej i socjologicznej. Wybór kierunku analizy zależy od przyjętych przez badacza założeń teoretycznych i metodologicznych. Socjologiczny kierunek badań nad samobójstwami analizuje problem w kontekście zdrowia publicznego. Punktem wyjścia jest społeczność, nie jednostka. Oznacza to przesunięcie zainteresowań z czynników jednostkowych na wspólne motywy postępowania, w szczególności na społeczne warunki zapobiegające lub sprzyjające zamachom na własne życie. W 1897 r. Durkheim przedstawił koncepcję integracji i dezintegracji społeczeństwa, której podłożem stały się samobójstwa jego członków. Im wyższe są współczynniki śmierci samobójczej, tym silniejsza dezintegracja zbiorowości, a im niższe – tym wyższa integracja i lepsza kondycja społeczeństwa (Jarosz, 2015).

Samobójstwa należą do grupy zgonów spowodowanych przyczynami zewnętrznymi. Do tej grupy zgonów należą również wypadki komunikacyjne (European

Commission, 2015). Corocznie na całym świecie więcej ludzi popełnia samobójstwo, niż ginie w wyniku konfliktów wojennych czy w wypadkach komunikacyjnych. Samobójstwo jest skutkiem wspólnej interakcji czynników biologicznych, genetycznych, psychologicznych, socjologicznych, kulturowych i środowiskowych. Mimo że odsetek samobójstw różni się w poszczególnych państwach, ich ogólna liczba w latach 1954–2006 wzrosła o 60% (WHO, 2006). Na świecie, każdego roku samobójstwo popełnia ponad 800 000 osób – średnio jedna osoba co 40 sekund.

Światowa Organizacja Zdrowia podaje kilka faktów na temat zjawiska samobójstw:

1. Samobójstwa stanowią drugą przyczynę zgonów w grupie wiekowej 15–29.
2. Mężczyźni popełniają samobójstwa częściej niż kobiety.
3. Kobiety częściej podejmują próby samobójcze niż mężczyźni.
4. W krajach bogatszych najwięcej samobójców jest w grupie wiekowej 50 lat i więcej, natomiast w krajach rozwijających się przeważająca część samobójstw jest dokonywana w młodszych grupach wiekowych (WHO, 2014).

Samobójstwa stanowią w Polsce siódmą przyczynę zgonu, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. W roku 2015 w Polsce współczynnik zgonów spowodowanych samobójstwem wynosił 14 na 100 000 ludności (25 dla mężczyzn i 4 dla kobiet; Główny Urząd Statystyczny, 2017). Skala zjawiska samobójstw jest zależna od wieku, płci, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia, wyznawanej religii czy pozycji społecznej. Tendencje rozwojowe samobójstw w Polsce, opracowane na podstawie analizy samobójstw dokonanych w latach 1951–2012, prezentują wzrost ilościowy zjawiska w całej populacji, w tym szybki wzrost liczby samobójstw wśród mieszkańców wsi oraz zwiększony udział samobójstw u młodzieży i wśród kobiet (Jarosz, 2015). Statystyki dotyczące samobójstw w Polsce są niejednoznaczne. Rozbieżności w sprawozdawczości powodują, że liczba samobójstw różni się w zależności od źródła, które podaje o niej informacje. W roku 2017 zmieniono formularz KSIP 10 (Krajowy System Informacyjny Policji), na podstawie którego zbierane są dane dotyczące liczby zgonów samobójczych w Polsce, oraz rozszerzono zakres gromadzonych danych, dlatego też nie należy zestawiać ze sobą danych z lat ubiegłych, gdyż takie zestawienie nie przedstawiałoby rzetelnego obrazu sytuacji. Zestawiając ogólną liczbę samobójstw dokonywanych do liczby samobójstw dokonywanych przez dzieci poniżej 18 r.ż., okazuje się, że grupa ta stanowi najmniejszy odsetek ofiar aktu autodestrukcji (116 przypadków dzieci poniżej 18 r.ż. na 5276 przypadków samobójstw w 2017 r. w Polsce). Czy można jednak powiedzieć, że wśród dzieci i młodzieży śmierć samobójcza jest rzadkim zjawiskiem? Według Kuberskiej-Przekwas (2014) dzieci nie mają poczucia własnej śmiertelności.

Pojęcie śmierci rozwija się pod koniec dorastania, kiedy dziecko staje się zdolne, by intelektualnie przyswoić fizjologiczne, metafizyczne i biologiczne aspekty śmierci. Dlatego też zakwalifikowanie zgonu dziecka jako samobójstwa często jest utrudnione, co ma bezpośrednie przełożenie na rzetelność prowadzonych statystyk.

Zestawiając liczbę zgonów spowodowanych samobójstwem wśród dzieci poniżej 18 r.ż. z ogólną liczbą zgonów w tej grupie wiekowej, okazuje się, że samobójstwa stanowią drugą, zaraz po wypadkach, przodującą przyczynę zgonów wśród dzieci i młodzieży w Polsce. Przypadki śmierci samobójczej stanowią 23% wszystkich zgonów w grupie wiekowej 1–19. U chłopców samobójstwa stanowią ok. 26% wszystkich przyczyn zgonów, a wśród dziewczyn – ok. 16% (Szymborski, 2012). W tabeli 1 przedstawiono liczbę zgonów spowodowanych samobójstwem w roku 2017 w podziale na wiek.

Tabela 1

Zgony spowodowane samobójstwem w podziale na grupy wiekowe w roku 2017

Grupy wiekowe	Liczba zgonów
Ogółem	5276
7–18	116
19–29	759
30–39	964
40–49	867
50–59	1045
60–69	915
70 lat i więcej	602

Źródło: ppracowanie własne na podstawie – Policja (2018).

W roku 2017 odnotowano 5276 zgonów spowodowanych samobójstwem – 4524 mężczyzn i 751 kobiet. Około 85% samobójców to mężczyźni, natomiast kobiety dwu-, trzykrotnie częściej podejmują próby samobójcze, które nie są zakończone zgonem. W Polsce występuje największa na świecie dysproporcja we wskaźnikach samobójstw mężczyzn i kobiet (Jarosz, 2013).

Z danych statystycznych dotyczących liczby samobójstw dokonanych i usiłowanych należy korzystać z uwzględnieniem tego, że prezentują one zaniżony stosunek prób samobójczych do zgonów spowodowanych aktem autodestrukcji. Według Farberow i Shneidmana (1961) proporcja liczby prób samobójczych do samobójstw dokonanych wynosi 8:1. Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia,

50% samobójców to osoby, które próbowały uprzednio odebrać sobie życie (Jarosz, 1975). Wilkins postawił hipotezę, że 1–5% osób, które próbują popełnić samobójstwo, w przyszłości popełni samobójstwo dokonane (Wilkins, 1971). W roku 2017 w Polsce odnotowano 11 139 podjętych prób samobójczych, z których blisko połowa, tj. 5276, zakończyła się zgonem (Główny Urząd Statystyczny, 2017).

Uwarunkowania zachowań samobójczych dzieci i młodzieży

Problemy, które mogą stać się przyczyną podjęcia decyzji o samobójstwie, są w każdej grupie wiekowej zupełnie inne. Wydarzenia i sytuacje, które przez dorosłego nie byłyby traktowane jako problemy, dla młodych osób mogą być nie do rozwiązania. Zjawisko samobójstw u młodych ludzi trzeba analizować z uwzględnieniem uwarunkowań biologiczno-psychologicznych, które są szczególne z uwagi na okres dorastania i związane z nim dodatkowe zagrożenia (Hołyst, Staniaszek, Binczycka-Anholcer, 2002).

Światowa Organizacja Zdrowia (2007) wśród najczęściej występujących przyczyn samobójstw wśród dzieci i młodzieży wymienia: problemy rodzinne, rozstanie z przyjaciółmi lub sympatią, śmierć kogoś bliskiego, zerwanie związku miłosnego, konflikty z prawem, nacisk ze strony rówieśniczej, tyranizowanie, rozczarowanie wynikami w nauce, wysoki poziom wymagań w szkole, złą sytuację finansową rodziny, niechcianą ciążę, poważną chorobę somatyczną lub zakażenie chorobą przenoszoną drogą płciową.

Podłożem decyzji samobójczych jest wiele współwystępujących czynników. Poniżej omówiono te z nich, które są w piśmiennictwie najczęściej określane jako suicydogenne. W tabeli 2 przedstawiono kategorie czynników ryzyka popełnienia samobójstwa wśród dzieci i młodzieży.

Tabela 2

Kategorie czynników ryzyka popełnienia samobójstwa

Kategorie czynników ryzyka popełnienia samobójstwa	Czynniki ryzyka należące do poszczególnych kategorii
1. Demograficzne	– Płeć: męska – Wiek: 15-24 lat – Miejsce zamieszkania: wieś
2. Społeczne	– Sytuacja rodzinna: zaniedbanie/odrzucenie dziecka, konflikty między rodzicami, rozwód – Sytuacja szkolna: zmiany szkoły, trudności w przyswajaniu wiedzy, konflikty z nauczycielami oraz rówieśnikami – Trudna sytuacja materialna – Przestępczość
3. Psychologiczne	– Cechy osobowości, zmienny nastrój, agresja, impulsywność, lęk – Wydarzenia traumatyczne – Brak umiejętności życiowych – Uzależnienia behawioralne
4. Chorobowe	– Psychiczne: depresja, psychoza maniakalno-depresyjna, schizofrenia, zaburzenia osobowości typu borderline, alkoholizm – Somatyczne: AIDS, choroby neurologiczne, pląsawica Huntingtona, stwardnienie rozsiane oraz nowotwory
5. Biologiczne	– Neurochemiczne

Źródło: opracowanie własne na podstawie – Rosa, Gmitrowicz (2007).

Nie jest możliwe ukazanie jednej konkretnej przyczyny samobójstw dzieci. Podłożem decyzji samobójczych jest wiele współwystępujących czynników. W analizie etiologii zachowań samobójczych istotne są dwa zespoły czynników – suicydogenny układ sytuacyjny (SUS) oraz osobnicze skłonności samobójcze (OSS). Dopiero po zetknięciu się określonego suicydogennego układu sytuacyjnego z określonym typem osobniczych skłonności samobójczych może dojść do samobójstwa. Dany układ sytuacyjny jest suicydogenny dla osób o określonych skłonnościach samobójczych. Co do zasady, prawie nigdy nie zdarzają się pojedyncze przyczyny samobójstw. Na podjęcie decyzji o zakończeniu życia wpływa najczęściej wypadkowa suicydogennych układów sytuacyjnych, na które składa się przynajmniej kilka okoliczności (Hołyst, 2012).

Demograficzne czynniki ryzyka

Płeć. Mężczyźni częściej dokonują samobójstw niż kobiety. Polska wyróżnia się wysoką dysproporcją między zgonami samobójczymi mężczyzn i kobiet, wynoszącą 6:1 (Jarosz, 2015). Naukowo określony „paradoks płci" dotyczy tego, że mężczyźni

popełniają samobójstwa częściej niż kobiety, ale kobiety podejmują więcej prób samobójczych. Wyższy wskaźnik prób samobójczych wśród kobiet jest prawdopodobnie związany z częstszym występowaniem depresji w tej grupie, natomiast większy odsetek samobójstw wśród mężczyzn jest skorelowany z wyborem skuteczniejszych metod odbierania sobie życia. Kobiety preferują mniej ryzykowne środki, takie jak wykrwawienie i przedawkowanie środków nasennych, podczas gdy mężczyźni używają broni palnej albo skaczą z wysokości. Kobiety mają większy system społecznego oparcia, są skłonniejsze do poszukiwania profesjonalnej pomocy, szybciej rozpoznają u siebie oznaki kryzysu oraz dysponują elastyczniejszymi umiejętnościami radzenia sobie z problemami. Również wskaźnik nadużywania alkoholu wśród kobiet jest przeciętnie pięciokrotnie niższy niż wśród mężczyzn (Tsirigotis, Gruszczyński, Tsirigotis-Maniecka, 2014). Oczekiwania wobec mężczyzn są bardzo wysokie. Jeżeli mężczyzna spotyka się z niepowodzeniem, cierpi na tym jego duma i poczucie własnej wartości. Rola mężczyzny utrwalona jest w tradycji jako dominująca, agresywna, niezależna, racjonalna, rywalizująca i sprawująca kontrolę. Mężczyźni nie chcą zdradzać swoich problemów, aby nie być posądzonymi o słabość i brak zaradności życiowej. Takie podejście przekłada się na to, że mężczyźni niechętnie zgłaszają się do lekarzy, a ze swoimi problemami starają radzić sobie w samotności (Brodniak, 2015).

Wiek. Jarosz, na podstawie analizy tendencji popełniania samobójstw przez ostatnie 50 lat, zauważyła zmianę zachodzącą w strukturze wieku samobójców: skutecznie odbierają sobie życie osoby w średnim i zaawansowanym wieku (od 35 r.ż.) oraz osoby małoletnie (Jarosz, 2015). Samobójstwa wśród młodzieży stanowią główną przyczynę zgonów w tej grupie wiekowej. Z badań Gmitrowicz (2005) wynika, że ok. 20% młodzieży podejmującej próbę samobójczą przejawia zaburzenia psychiczne, takie jak zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania, epizody depresji, fobie społeczne czy uzależnienia od alkoholu. Metaanaliza Harrisa i Barraclougha (1997) wykazała, że u pacjentów psychiatrycznych w okresie rozwojowym ryzyko śmierci z powodu samobójstwa jest pięciokrotnie wyższe niż w populacji ogólnej.

Miejsce zamieszkania. Obecnie u mieszkańców wsi obserwowany jest ten sam schemat czynników ryzyka, które niegdyś wiązał się z nasileniem zachowań samobójczych u mieszkańców miast: osłabienie więzi rodzinnych, sąsiedzkich i środowiskowych oraz związane z tym poczucie izolacji, osamotnienia, a także narastające procesy dezintegracyjne. Współczynnik samobójstw dokonanych jest odwrotnie proporcjonalny do wielkości miejscowości: najwyższe wskaźniki dotyczą wsi, nieco

niższe małych i średnich miast, a najniższe miast dużych, zwłaszcza tych największych (powyżej 200 tys. mieszkańców; Jarosz, 2015).

Społeczne czynniki ryzyka

Rodzina. Ringel (1987) wyróżnił trzy grupy czynników, których wystąpienie w rodzinie podnosi ryzyko popełnienia samobójstwa: zbyt mało miłości, konflikty między rodzicami oraz zaborcza miłość. Odrzucenie i zaniedbywanie dziecka może w przyszłości prowadzić do podjęcia przez nie próby samobójczej. Według Dzierżanowskiego (2010) największe zaburzenie w funkcjonowaniu rodziny jako środowiska wychowawczego powoduje jednak rozwód rodziców. Dziecko w tej sytuacji czuje się zdezorientowane, nie wie, kogo powinno słuchać, czuje niepokój i lęk, co skutkuje zachowaniami agresywnymi. Do tej grupy czynników ryzyka należą również: utrata rodziców przez śmierć (w szczególności poprzez popełnienie samobójstwa), alkoholizm rodziców, doznanie krzywdy od najbliższych oraz niezaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa (Uzan, 1970). W rozważaniach nad suicydogennym wpływem rodziny zauważono także, że wyższy współczynnik urodzeń koreluje z niższymi współczynnikami samobójstw (Brodniak, 2015).

Szkoła. Środowisko szkolne wpływa na rozwój fizyczny, psychiczny oraz społeczny dziecka. Częste konflikty z nauczycielami i rówieśnikami, zmiany szkoły, zagrożenie powtarzaniem klasy oraz trudności w przyswajaniu wiedzy i brak osiągnięć w nauce są sytuacjami sprzyjającymi kształtowaniu się myśli samobójczych. Okoliczności te powodują negatywne nastawienie ucznia do szkoły oraz niechęć do uczęszczania do niej. Również wysokie wymagania nauczycieli przy braku wsparcia, bezosobowe relacje nauczycieli z uczniami, obojętność lub wrogość, brak dyscypliny lub nadmierna dyscyplina, przemoc rówieśnicza, brak zajęć rozwijających zainteresowania uczniów oraz brak pomocy psychologiczno-pedagogicznej zwiększają ryzyko podjęcia próby samobójczej przez ucznia (Greenberg, Velting, Shaffer, 2003).

Psychologiczne czynniki ryzyka

Cechy osobowości. Do czynników ryzyka wystąpienia myśli pesymistycznych, depresyjnych, a nawet samobójczych należą cechy osobowości chwiejnej emocjonalnie oraz zaburzenia osobowości z pogranicza (borderline) związane z występowaniem zmiennego nastoju, drażliwością, silną impulsywnością, gwałtownością. Zalicza się do nich także cechy osobowości związane z podwyższoną tendencją do

reagowanie lękiem, drażliwością, impulsywnością, a także małą zdolnością radzenia sobie i gwałtownością.

Wymienionych czynników nie należy traktować jednak jako szczegółowych predyktorów zachowań autodestrukcyjnych, ponieważ niewiele dostępnych danych naukowych potwierdza korelację między ich występowaniem a zachowaniami samobójczymi (Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, 2003). Powinny one stanowić bodziec do wnikliwszej analizy sytuacji życiowej osoby, która takie cechy osobowości przejawia.

Wydarzenia traumatyczne. Ryzyko podjęcia próby samobójczej rośnie wraz z liczbą niekorzystnych doświadczeń życiowych w dzieciństwie, takich jak przemoc wobec matki, rozwód lub separacja rodziców, uzależnienia i choroby psychiczne w rodzinie, śmierć (zwłaszcza samobójcza) jednego z rodziców, przede wszystkim matki, pobyt w więzieniu członka rodziny oraz inne rodzaje krzywdzenia psychicznego i fizycznego (Paetzold, 2015). Rodzina, w której jeden z jej członków popełnił samobójstwo, jest obciążona większym prawdopodobieństwem popełnienia samobójstwa przez kolejną osobę niż rodzina, w której takie zdarzenie nie miało miejsca. Potwierdzeniem wyżej podanej tezy są badania Roya (1995), które wykazały, że prawie połowa osób, których bliscy krewni zmarli z powodu zamachu samobójczego, również podjęła próby odebrania sobie życia. Obecność jednego doświadczenia traumatycznego wiąże się z podwyższeniem ryzyka samobójstwa o 2–5%, a przy siedmiu takich doświadczeniach sięga ok. 95%. Przemoc seksualna i fizyczna oraz zaniedbywanie emocjonalne to najczęściej opisywane w piśmiennictwie rodzaje krzywdzenia stosowanego wobec dzieci (Makara-Studzińska, Morylowska, Grzywa, 2007). Umieszczenie dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej wywołuje u niego poczucie osamotnienia i krzywdy. Dzieci tęsknią za domem i rodzicami, których często idealizują lub usprawiedliwiają. Pobyt w domu dziecka wpływa na zdrowie dziecka poprzez postawienie go, na wczesnym etapie rozwoju, w sytuacji silnie stresującej, powodującej dezorientację oraz niechęć do dalszego życia bez rodziców (Geras, Olejniczak, Kielan, 2014). Zdarzenia związane z zagrożeniem życia lub fizycznej integralności, podczas których dana osoba przeżywa intensywny lęk, poczucie bezradności lub przerażenia, mogą prowadzić do wystąpienia zespołu stresu pourazowego, który jest zaburzeniem psychicznym. Osoby, które doświadczyły traumy przy współwystępowaniu czynników, takich jak zaburzenia osobowości, brak wsparcia ze strony rodziny oraz nadużywanie alkoholu, są bardziej narażone na występowanie myśli samobójczych (U.S. Department of Veterans Affairs, 2015).

Umiejętności życiowe. Według Światowej Organizacji Zdrowia, umiejętności życiowe to zdolności do przystosowania i pozytywnego zachowania, które umożliwią jednostce skuteczne radzenie sobie z wyzwaniami codziennego życia. Do umiejętności tych należą przede wszystkim: zdolność podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów, myślenia krytycznego i kreatywnego oraz skuteczne komunikowanie się i budowanie zdrowych relacji z innymi ludźmi (Światowa Organizacja Zdrowia, 1999). Niewykształcenie podstawowych umiejętności życiowych może powodować trudności jednostki w samodzielnym rozwiązywaniu problemów oraz z nawiązaniem kontaktu z innymi ludźmi, którzy mogliby jej pomóc.

Uzależnienia behawioralne. Uzależnienia behawioralne należą go grupy zaburzeń nawyków i popędów. Jest to grupa nieprawidłowych zachowań człowieka związanych z wykonywaniem społecznie akceptowanych czynności. Uzależnieniami behawioralnymi są hazard, uzależnienie od komputera lub internetu, seksu, pracy, zakupów, ćwiczeń fizycznych, jedzenia (Grant, Potenza, Weinstein, 2010). Patologiczne używanie internetu (*pathological internet use*) jest mocno skorelowane z występowaniem zachowań samobójczych. Wzrost liczby myśli samobójczych zaobserwowano wśród osób w wieku 20–49 lat, które używały internetu w celu wyszukiwania informacji dotyczących samobójstw oraz prowadzenia konsultacji na temat zdrowia psychicznego z innymi użytkownikami sieci (Sueki, Yonemoto, Takeshima, 2014).

Chorobowe czynniki ryzyka

Choroby psychiczne. U ok. 80–100% samobójców z krajów zarówno rozwiniętych, jak i rozwijających się, stwierdzono zaburzenia psychiczne, najczęściej z grupy zaburzeń afektywnych, psychotycznych, lękowych i osobowości. Najczęściej zostają rozpoznane: depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia i zaburzenia osobowości z pogranicza (borderline). Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia, depresja jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym stwierdzanym jako przyczyna zamachu samobójczego. W Polsce ok. 20% osób chorujących na depresję umiera poprzez skuteczne odebranie sobie życia. Osoby z objawami ciężkiej depresji rzadziej podejmują decyzję o zakończeniu swojego życia, ponieważ w związku z ograniczoną zdolnością do podejmowania samodzielnych decyzji, bardzo często w tym okresie pozostają pod stałą obserwacją personelu medycznego, co skutecznie obniża odsetek samobójstw w tej grupie. Liczba samobójstw jest zdecydowanie większa na początku depresji oraz w okresie jej ustępowania. W trakcie leczenia depresji pacjenci przechodzą przez proces odzyskiwania zdolności decyzyjnych, a następnie odzyskują

dobre samopoczucie. Jest to okres bardzo niebezpieczny, który powinien być ściśle monitorowany przez specjalistę oraz kontrolowany przez najbliższe otoczenie (Hołyst, 2012). Osoby depresyjne charakteryzują się pesymizmem, negatywną oceną przyszłości, poczuciem beznadziejności, winy, przekonaniem o istnieniu sytuacji bez wyjścia i niemożności uzyskania pomocy. Badacze odkryli, że część elementów stanowiących zespół depresyjny jest mocno skorelowana z tendencjami samobójczymi, m.in. lęk, zaburzenia snu, poczucie beznadziejności, poczucie winy czy przewlekłe schorzenia somatyczne (Wetzel, 1976). Według Dudy-Sobczak i Wierusz-Wysockiej (2011) depresja może być czynnikiem ryzyka wystąpienia cukrzycy, ale również cukrzyca podwaja ryzyko wystąpienia depresji. Powyższy przykład ilustruje, że choroby psychiczne mają duży wpływ na wystąpienie chorób somatycznych i odwrotnie (Eaton, Armenian, Galllo, 1996). Samobójstwo jest uważane za główną przyczynę przedwczesnej śmierci wśród pacjentów chorujących na schizofrenię, ponieważ 10–13% z nich popełnia samobójstwo. Ryzyko jednak maleje w miarę wydłużania się czasu trwania choroby (Hołyst, 2015).

Poza chorobami afektywnymi również alkoholizm może prowadzić do wzmocnienia zachowań impulsywnych, w tym zachowań samobójczych. Uzależnienie od alkoholu pociąga za sobą wiele skutków w relacjach rodzinnych, zawodowych i towarzyskich. Konsekwencją nadużywania napojów alkoholowych jest zmniejszenie poczucia własnej wartości, osłabienie więzi społecznych oraz wykluczenie społeczne. Należy również zwrócić uwagę, że częste używanie alkoholu zwiększa ryzyko zatrucia lekami. Badania dowodzą, że wzrost spożycia czystego alkoholu o litr powoduje wzrost liczby samobójstw o ok. 2,6% we Francji i do 16% w Norwegii. Bezpośrednio przed śmiercią samobójczą ok. 25% ofiar pije alkohol (Brodniak, 2015).

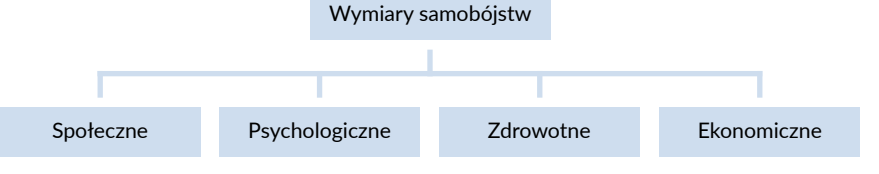
Choroby somatyczne. Ryzyko samobójstwa wzrasta wraz z występowaniem przewlekłych chorób, takich jak AIDS, choroby neurologiczne (padaczka skroniowa, udar), pląsawica Huntingtona, stwardnienie rozsiane oraz nowotwory (U.S. Department of Veterans Affairs, 2015). Osoby żyjące z HIV/AIDS mogą doświadczać stygmatyzacji i dyskryminacji ze strony społeczeństwa, co może wpływać na niechęć do dalszego życia (Schlebusch, Govender, 2015). Niekorzystne rokowania na przyszłość, przewlekłość choroby i niepełnosprawność oraz związane z nią ograniczenia powodują obniżenie nastroju i rezygnację z walki o dalsze, godne życie.

Biologiczne czynniki ryzyka

Neurochemiczne. Biologia, w szczególności biochemia mózgu, dostarcza nowych informacji dotyczących funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego człowieka. Szczególną rolę przypisuje się neuroprzekaźnikom, takim jak dopamina i serotonina. Niedobory oraz problemy w przekazywaniu tych substancji mogą prowadzić do zmian nastroju, powstawania depresji oraz myśli samobójczych. Sposób odżywiania oraz stężenie hormonów również wpływają na zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka (Hołyst, 2004). Zdaniem Makary-Studzińskiej i in. (2007) do biologicznych markerów suicydalności należą zmniejszona aktywność układu serotoninergicznego, zwiększona produkcja kortyzolu, anomalie w badaniu EEG, wskazujące na minimalne zaburzenia pracy mózgu (z wykluczeniem epilepsji lub innych patologii), oraz niskie stężenie cholesterolu w osoczu. Ze względu na niedostateczne poznanie wyżej wymienionych czynników nie należy traktować ich jako narzędzi diagnostycznych zachowań samobójczych.

Skutki samobójstwa

Jedynie nieudane próby samobójcze można rozpatrywać w kategoriach skutków dla danej osoby. Jeżeli w wyniku podjętego zamachu samobójczego nastąpił zgon samobójcy, wtedy konsekwencje jego zachowania będą ponosili członkowie jego rodziny i osoby z najbliższego otoczenia (Hołyst, 2012). Konsekwencje zachowań samobójczych mają zarówno jednostkowy, jak i społeczny charakter. Na rysunku przedstawiono cztery wymiary skutków zachowań autodestrukcyjnych.



Rysunek. Cztery wymiary zachowań autodestrukcyjnych. Źródło: opracowanie własne na podstawie: Czabański, Rosa (2016).

Wymiar społeczny dotyczy nieodwracalnego zerwania więzi społecznych, przerwania realizacji ról społecznych, utraty aktywności społecznej i zawodowej, co jest czynnikiem dezintegrującym społeczeństwo. Samobójcza śmierć jednego człowieka

dotyka 4–10 osób z najbliższego otoczenia oraz do 20 innych osób, pozostających w pośrednich relacjach. Śmierć samobójcza niesie zagrożenie naśladownictwa takiego wzoru zachowania przez inne osoby (tzw. efekt Wertera). Samobójstwa naśladowcze (imitacyjne) stanowią grupę zgonów samobójczych spowodowanych nagłośnieniem przez media konkretnego przypadku odebrania sobie życia. Naśladowanie powoduje, że jedno samobójstwo wywiera wpływ na podjęcie prób samobójczych przez inne osoby (Hołyst, 2012). Stack wykazał, że największy wzrost liczby samobójstw następuje po samobójczej śmierci sławnych gwiazd świata rozrywki i znanych osobistości politycznych. Dokonanie samobójstwa przez osoby sławne zwiększa efekt naśladowania o 50%, bardziej niż samobójcza śmierć osoby nieznanej publicznie (Stack, 1987). Z badań Phillipsa i Carstensena (1988) wynika, że najbardziej narażoną na efekt naśladowania grupą są osoby młode, w wieku 15–35 lat, i osoby starsze, powyżej 65 r.ż.

Rodzina, grupa rówieśnicza czy środowisko pracy ulega dezorganizacji poprzez różne reakcje, takie jak niepokój, lęk, szok, niewiara w prawdziwość informacji, poczucie wstydu, winy i odpowiedzialności za śmierć samobójcy, złość wobec samobójcy, siebie i innych, poczucie samotności oraz izolacji społecznej. Osoby, których bliski popełnił samobójstwo, poszukują przyczyn jego śmierci, zastanawiają się, czy mogły coś zrobić, aby zapobiec temu zdarzeniu. Kumulacja wielu negatywnych emocji po stracie bliskiej osoby wpływa na stan psychiczny osób przeżywających żałobę. Uratowanie osoby od śmierci może stworzyć dla niej nowe motywacje do życia, ale w innych przypadkach może pogłębić kryzys i zwiększyć chęć ponownego odebrania sobie życia. Konsekwencje zdrowotne ponoszą osoby, które przeżyły swoją próbę samobójczą i w jej wyniku doznały trwałych lub tymczasowych powikłań zdrowotnych. U osób, które doświadczyły samobójczej śmierci kogoś bliskiego, mogą wystąpić zaburzenia i choroby psychiczne oraz choroby somatyczne. Według Czabańskiego i Rosy (2016) koszty ekonomiczne samobójstwa można podzielić na bezpośrednie, pośrednie i ludzkie. Jawne nakłady finansowe związane z zachowaniami samobójczymi i ich skutkami – np. koszty leczenia, transportu sanitarnego i świadczeń społecznych (renty, zasiłki) – należą do kosztów bezpośrednich. Koszty pośrednie to wartość utraconej wydajności pracy, natomiast koszty ludzkie odnoszą się do wartości, jaką jednostka przypisuje swojemu życiu. Koszty związane z utraconą produktywnością w związku z popełnieniem jednego samobójstwa dokonanego w Polsce przez osobę w wieku 25 lat szacuje się na ok. 597 000 złotych. Straty polskiej gospodarki z powodu wszystkich samobójstw, jakie są popełniane w Polsce w ciągu roku, wynoszą ok. 2 mld złotych (Czabański, Rosa, 2016). Koszty samobójstw szacuje się najczęściej za pomocą wskaźnika liczby lat życia o obniżonej sprawności (*disablility adjusted*

life years, DALY). Według tego wskaźnika na samobójstwa przypada 1,8% ogólnego kosztu chorób na świecie, a w przypadku Polski możne je szacować na ok. 2% kosztów wszystkich chorób.

Podsumowanie

Samobójstwa można analizować z perspektywy jednostki, ale nie należy pomijać ich wpływu na zdrowie ogółu społeczeństwa. Chociaż od roku 2013 obserwuje się spadek ogólnej liczby dokonywanych samobójstw, to rejestrowany jest wzrost liczby samobójstw wśród dzieci i młodzieży. Mimo to problem ten nie stanowi priorytetu w polityce zdrowotnej państwa. Śmierć spowodowana samobójstwem jest drugą przyczyną zgonów w młodszych grupach wiekowych, a dzięki wczesnej interwencji możliwe byłoby ograniczenie ich liczby. Zwiększenie świadomości społecznej na temat tego, jak wiele różnych czynników może wpływać na podjęcie decyzji o samobójstwie, może wpłynąć na uwrażliwienie ludzi na problemy innych. Skutki samobójstw mają wymiar społeczny, psychiczny, zdrowotny oraz ekonomiczny. Złożoność problemu powoduje konieczność prowadzenia interdyscyplinarnej profilaktyki opartej na współpracy wielu instytucji. Podstawą, która mogłaby unormować działalność zapobiegawczą w tym zakresie, byłoby stworzenie i wdrożenie Narodowego Programu Zapobiegania Samobójstwom, który w Polsce jeszcze nie został opracowany. Mimo wielu prowadzonych obecnie działań na rzecz wzmocnienia kondycji psychicznej Polaków brakuje zaplanowanych działań, które obejmowałyby swoim zasięgiem całą Polskę. Nadal konieczne jest poszerzanie wiedzy, by lepiej zrozumieć, w jaki sposób interakcje różnego rodzaju czynników prowadzą do podejmowania decyzji o zakończeniu swojego życia. Dotychczasowa wiedza naukowa nie uprawnia do tego, aby uwypuklać tylko jedną grupę czynników ryzyka samobójstwa w sposób kategoryczny.

E-maile autorów: **aleksandra.kielan@wum.edu.pl**, **dominikolejniczak@op.pl**.

Bibliografia

Bąbik, A., Olejniczak D. (2014). Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 13(2), 102.

Brodniak, W. (2015). Teorie socjologiczne w perspektywie suicydologii. W: B. Hołyst (red.), *Suicydologia* (s. 19–30). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Centers of Disease Control and Prevention. (2015). *Suicide Prevention: A Public Health Issue*. Pobrane z: www.cdc.gov/violencepreven tion/pdf/asap_suicide_issue2-a.pdf.

Czabański, A., Rosa, K. (red.). 2016. *Zapobieganie samobójstwom*. Poznań: Przedsiębiorstwo Wydawnicze Ars boni.

Duda-Sobczak, A., Wierusz-Wysocka, B. (2011). Cukrzyca a choroby psychiczne. *Psychiatria Polska*, 45(4), 589–598.

Dzierżanowski, J. (2010). Psychospołeczna sytuacja dziecka w małżeństwach rozwodzących się. W: D. Krok, P. Landwójtowicz (red.), *Rodzina w nurcie współczesnych przemian*. Opole: Studia interdyscyplinarne.

Eaton, W.W., Armenian, H., Gallo, J. (1996). Depression and risk for onset of type 2 diabetes: a prospective population–based study. *Diabetes Care*, 19(10), 1097–1102.

Edlin, G., Golanty, E. (2012). *Health and Wellness*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

European Commission. (2015). Pobrane z: ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Causes_of_death_statistics/pl.

Farberow, N. L., Shneidman, E. S. (1961). *The cry for help*. Nowy Jork–Toronto–Londyn: Mc Graw Hill Book Company.

Fountoulakis, K. N., Kawohl, W., Theodorakis, P. N. (2014). Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *The British Journal of Psychiatry*.

Geras, E., Olejniczak, D., Kielan, A. (2014). Uwarunkowania zdrowia i choroby u dzieci z domów dziecka. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 13(4), 94–115.

Główny Urząd Statystyczny. (2017). Atlas demograficzny Polski. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.

Gmitrowicz, A. (2005). Uwarunkowania zachowań samobójczych młodzieży. W: Hołyst, B. (red.), *Suicydologia*, 1(1),71–76.

Gmitrowicz, A., Młodożeniec, A., Makara-Studzińska, M. (2015). *Ryzyko samobójstwa u młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.

Grant, J.E., Potenza, M.N., Weinstein, A. (2010). Introduction to Behavioral Addictions. The *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233–241.

Greenberg, T., Velting, D., Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4).

Harris, E. C., Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205–228.

Hołyst, B. (2015). Zainteresowania psychiatrii samobójstwem. W: B. Hołyst (red.), *Suicydologia*.

Hołyst, B. (2012). *Suicydologia*. Warszawa: Lexis Nexis.

Hołyst, B. (2004). Interdyscyplinarna problematyka badań etiologii zachowań suicydalnych. *Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej*, tom IV, nr 3.

Hołyst, B., Staniaszek, M., Binczycka-Anholcer, M. (red.). (2002). *Samobójstwo*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.

Jarosz M. (2015). Samobójstwa w czasach kryzysu. W: *Suicydologia, tom VII*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Jarosz M. (2013). *Tygodnik Przegląd*, Nr 48 (726).

Jarosz, M. (1975). Samobójstwa, statystyczno–socjologiczna charakterystyka zjawiska. W: M. Jarosz (red.), *Wybrane zagadnienia patologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Karski, J. (2011). *Praktyki i teoria promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu.pl.

Kuberska-Przekwas, K. (2014). Samobójstwa dzieci i młodzieży jako choroba społeczna. *Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne*, 1, 51–70.

Makara-Studzińska, M., Morylowska, J., Grzywa, A. (2007). Samobójstwo jako konsekwencja krzywdzenia w dzieciństwie. *Wiadomości Psychiatryczne*, tom X, 1, 47.

Paetzold, U. (2015). Zapomniane dzieci. Samobójstwo rodzica i jego wpływ na potomstwo – zadanie dla szkolnej pedagogiki społecznej. *Pedagogika społeczna*, 3(57), 201–215.

Phillips, D. P., Carstensen, L. (1988). The effect of suicide stories on various demographic groups. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 18, 100–114.

Policja. (2018). *Zamachy samobójcze od 2017*. Pobrane z: http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html.

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

Rosa, K., Gmitrowicz, A. (2007). *Regionalny Program Zapobiegania Samobójstwom* Młodzieży. W: B. Hołyst (red.), *Suicydologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Roy, A. (1995). Suicide W: H. J. Kaplan, B. J. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, *t. II*, Baltimore.

Schlebusch, L., Govender R.D. (2015). Elevated Risk of Suicidal Ideation in HIV–Positive Persons. *Depression Research and Treatment*.

Sowińska, A. (2015). *Ryzyko samobójstwa*. Pobrane z: *www.destrudo.pl/samobojstwo-a-zaburzenia-psychiczne-12/*.

Stack, S. (1987). Celebrities and suicide, A toxonomy and analysis 1948–1983. *American Sociological Review*, 52.

Sueki, H., Yonemoto, N., Takeshima, T. (2014). The Impact of Suicidality–Related Internet Use: A Prospective Large Cohort Study with Young and Middle–Aged Internet Users. *Plos One*, 9, 4.

Światowa Organizacja Zdrowia. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*.

Światowa Organizacja Zdrowia. (2006). *Preventing Suicide a resource for counsellors*. Genewa.

Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Ministerstwo Edukacji Narodowe. (2007). *Zapobieganie samobójstwom – poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*. Warszawa: Fraszka Edukacyjna.

Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. (2003). *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*. Genewa–Warszawa.

Światowa Organizacja Zdrowia. (1999). *Life Skills Education*. Genewa.

Szymborski, J. (red.). (2012). *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa. Tom II*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, Zakład Wydawnictw Statystycznych.

Tsirigotis, K., Gruszczyński, W., Tsirigotis–Maniecka, M. (2014). Gender Differentiation in Indirect Self–Destructiveness and Suicide Attempt Methods (Gender, Indirect Self–Destructiveness, and Suicide Attempts). *Psychiatric Quarterly*, 85.

U.S. Department of Veterans Affairs. (2015). Pobrane z: www.ptsd.va.gov/professional/co-occurring/ptsd-suicide.asp.

Uzan, G. (1970). Profilaktyka samobójstw. *Zdrowie Psychiczne*, 1/2, 120.

Wetzel, R. D. (1976). Hopelessness, depression and suicide intent. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1069.

Wilkins, J. (1971). Suicidal behaviour. W: A. Giddens (red.), *The sociology of suicide*. Londyn.

Risk factors and consequences of suicide including children and youths suicidal behaviour

In the world, more than 800,000 people commit suicide each year - average one person every 40 seconds. In Poland, suicide is the second cause of death among children and adolescents, after accidents. The basis of suicide decisions are many co-occurring factors, including demographic, socio-economic, psychological, disease or biological. Events and situations that would not be treated as problems for adults can be unbearable for young people. Raising public awareness about how many different factors can influence the decision to commit suicide may translate into sensitizing people to

the problems of others. Costs of suicidal behavior for individuals, their families and society cause suicide to be a serious problem for the individual's health, but also for public health.

KEYWORDS:

SUICIDE, DETERMINANTS, PUBLIC HEALTH, CHILDREN, YOUTHS

Cytowanie:

Kielan, A., Olejniczak, D. (2018). Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(3), 9–26.

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