

Co sprzyja myślom samobójczym wśród dzieci i młodzieży – analiza na podstawie danych odbiorców pomocy online 116 111 – telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży

Julia Barlińska, Dominik Lalak,
Mikołaj Winiewski, Konstancja Orzechowska

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Myśli samobójcze są – obok samookaleczeń i prób samobójczych – formą zachowań autodestrukcyjnych, których występowanie u dzieci i młodzieży budzi duże zaniepokojenie opinii publicznej. Celem projektu realizowanego przez zespół psychologów z Wydziału Psychologii UW dla Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę (FDDS) było określenie wpływu doświadczenia różnych czynników towarzyszących przemocy wobec dzieci na myśli samobójcze.

Analizy przeprowadzono na danych pochodzących z bazy pomocy udzielanej online realizowanej w ramach 116 111 – telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży prowadzonego przez FDDS. Spośród 4609 zgłoszeń wyselekcjonowano te, które pochodziły od dzieci i nastolatków zgłaszających przypadki przemocy psychicznej, fizycznej lub seksualnej. W kolejnym kroku wybrano z tej puli 931 osób (20,2%) doświadczających myśli samobójczych, które były następnie przedmiotem przeprowadzonych analiz statystycznych. Zastosowano model logistycznej analizy regresji w celu określenia, które spośród charakterystyk funkcjonowania osób kontaktujących z się z konsultantami (zagrożone zdrowie fizyczne, negatywne stany emocjonalne, czynniki stresogenne), charakterystyk aktu przemocy (przemoc psychiczna, przemoc fizyczna, przemoc seksualna, zaniedbywanie oraz bycie świadkiem przemocy domowej) a także osoby sprawcy (matka, ojciec, rówieśnik etc.) mogą zwiększać częstość wystąpienia myśli samobójczych.

Okazało się, że główną rolę w procesie powstawania myśli samobójczych u niepełnoletnich ofiar przemocy zgłaszanych do 116 111 – telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży za pomocą czatu w latach 2014–2017 odgrywa doświadczenie

negatywnych stanów emocjonalnych. Ten czynnik uwidocznił się jako najbardziej uniwersalny i najsilniej zwiększający ryzyko wystąpienia myśli samobójczych u ofiar przemocy. Istotny okazał się także wpływ czynników stresogennych, doświadczeń wykorzystania seksualnego, wielokrotnych doświadczeń przemocy fizycznej oraz ojca w roli sprawcy przemocy.

Wyniki te zawierają ważne przesłanki dotyczące profilaktyki myśli samobójczych w szczególności u ofiar wykorzystania seksualnego i przemocy fizycznej ze strony ojca, zagrożonych depresją lub funkcjonujących w silnie stresujących warunkach.

SŁOWA KLUCZOWE:

MYŚLI SAMOBÓJCZE, NEGATYWNE STANY EMOCJONALNE, CZYNNIKI STRESOGENNE, WYKORZYSTANIE SEKSUALNE

MYŚLI SAMOBÓJCZE

Doświadczenia myśli samobójczych rozważane w kontekście zachowań autodestrukcyjnych stanowią stosunkowo rzadko podejmowane zagadnienie w piśmiennictwie poświęconym zaburzeniom psychicznym. Przeprowadzono stosunkowo niewiele badań poświęconych swoiście temu tematowi (Ribeiro i in., 2016). Za jedną z przyczyn tego zjawiska można uznać to, że brakuje ostrych granic w odróżnieniu myśli i zachowań samobójczych w związku z trudnościami w pomiarze tych pierwszych. Jest to widoczne chociażby w klasycznej klasyfikacji Nocka, który obok zachowań autodestrukcyjnych wyróżnia myśli o samouszkodzeniu (*self-injurious thoughts*), dzieląc je na myśli samobójcze i takie, których celem nie jest śmierć – „nie-samobójcze” (*non-suicidal*; Nock, 2010).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) nie przyjęła ogólnej definicji myśli samobójczych, wprowadzając jednak alternatywny termin *parasamobójstwo*. Oznacza on indywidualną, nieadaptacyjną zmianę, będącą negatywną przyczyną aktów autoagresji lub zaburzeń w funkcjonowaniu fizycznym i psychicznym jednostki z konsekwencjami dla ogólnej jakości jej życia (WHO, 2014). Definicja ta umożliwia wyprowadzenie ogólnego opisu terminu *myśli samobójcze*. Można określić go jako każdą myśl, ideę, obraz lub refleksję, pod wpływem której jednostka negatywnie postrzega samą siebie, ukierunkowując własne procesy myślowe w stronę potencjalnego podjęcia próby zachowania autodestrukcyjnego.

Z etymologii tych dwóch członów: myśli oznaczających pewien proces dziejący się w umyśle oraz samobójstwa oznaczającego sytuację pozbawienia się życia (PWN, 2019) powstaje nazwa tego negatywnego stanu. Stanowi on swoisty pomost

między czynnikami ryzyka – negatywnymi zaburzeniami w obszarze emocji i zachowania – a rezultatem końcowym w postaci rzeczywistych zachowań autodestrukcyjnych na poziomie behawioralnym (Ribeiro i in. 2016). Co ważne, myśli samobójcze występują zazwyczaj, gdy osoba przebywa sama i doświadcza negatywnych emocji lub myśli, takich jak złe wspomnienia lub uczucie złości, nienawiść do własnej osoby czy otępienie, na skutek stresującego wydarzenia (Nock, Prinstein, Sterba, 2009). Mają charakter niejednorodny, rozciągając się od myśli o samouszkodzeniu do tych wyraźnie związanych z aktem samobójczym (Nock, 2010).

Złożone są nie tylko rozważania definicyjne nad zjawiskiem myśli samobójczych. Także statystyki ich występowania są ograniczone. W większości badań dotyczących poszczególnych państw (Johnston i in., 2009; Pirkis, Burgess, Dunt, 2000) myśli o zamiarze targnięcia się na własne życie są traktowane w kategorii czynnika ryzyka prowadzącego do właściwej próby samobójczej (Gunnell, Harbord, Singleton, Jenkins, Lewis, 2004) lub analizowane przez pryzmat wąsko określonej cechy demograficznej, np. płci czy wieku (Groleger, Tomori, Kocmur, 2003). W kontekście tej drugiej charakterystyki dane z badań w Stanach Zjednoczonych ukazały, że 12% dzieci między 6 a 12 r.ż. i 53% nastolatków między 13 a 19 r.ż. doświadczyło myśli samobójczych (Steele, Doey, 2007). W kontekście polskich dzieci i myśli samobójczych brakuje danych przekrojowych, ale w jednym z badań stwierdzono, że 24,66% nastolatków w wieku 13–19 lat doświadczyło myśli samobójczych (Zygo, Pawłowska, Potemska, Dreher, Kapka-Skrzypczak, 2019). W tym znaczeniu niniejszy artykuł uzupełnia ważną lukę badawczą w zagadnieniu warunkującym dobrostan dzieci i młodzieży w Polsce, jakim są myśli samobójcze oraz ich uwarunkowania.

W dalszej części artykułu scharakteryzowano główne grupy czynników ryzyka myśli samobójczych¹.

Sprawcy przemocy

Ważną charakterystyką przemocy dla takich aspektów jak częstość aktów i ich konsekwencje jest osoba sprawcy i specyfika jego relacji z ofiarą. Wśród sprawców przemocy wobec dzieci (zarówno fizycznej, jak i psychicznej) zazwyczaj wymienia się opiekunów (matkę, ojca, ojczyma, macochę), inne dzieci (rodzeństwo, rówieśników, chłopaka, dziewczynę) lub – rzadziej – inne osoby dorosłe z rodziny

1 Podstawą do wyłonienia tych kategorii była analiza zgłoszeń online przez czat 116 111, z której wynika, iż przemoc – jej sprawcy i formy, zagrożony dobrostan – negatywne stany emocjonalne oraz czynniki stresogenne mają potencjał zwiększania ryzyka wystąpienia myśli samobójczych.

albo mające zazwyczaj kontakt instytucjonalny z dzieckiem (Makaruk i in., 2018). Kategorie sprawców można również scharakteryzować ze względu na rodzaj przemocy, w której się pojawiają. Jedna grupa osób będzie stosować agresję domową, a inna – przejawiać zachowania wymierzone w swoich rówieśników.

W przypadku aktów agresji zaliczanych do kategorii przemocy domowej przeważającą grupę sprawców stanowią osoby dorosłe. Według danych z badań przeprowadzonych przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (FDDS) w ramach *Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci* w latach 2012 i 2018 doświadczyło jej, odpowiednio, 33% i 31% dziewczyn oraz 35% i 24% chłopców (Makaruk i in., 2018; Włodarczyk, 2017). Przemocy – zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym – najczęściej dopuszczają się rodzice dzieci, częściej ojcowie (a wśród nich 33% dopuszcza się przemocy psychicznej i 28% przemocy fizycznej) niż matki (odpowiednio, 33% i 21%; Makaruk i in., 2018). Inną grupę sprawców przemocy w tych badaniach stanowili: ojczym / partner matki, macocha / partnerka ojca, inne bliskie osoby z rodziny oraz znajome osoby dorosłe (Makaruk i in., 2018), m.in. nauczyciele (Trocha, 2017).

Kolejną kategorią osób stosujących przemoc są rówieśnicy. Również i w tym przypadku poszczególni sprawcy mogą stosować przemoc zarówno psychiczną, jak i fizyczną. Według wspomnianej diagnozy przeprowadzonej przez FDDS różnego rodzaju przemocy ze strony rówieśników doznało 37% dzieci w 2012 r. i 52% w roku 2018 (odpowiednio, 30% i 42% z nich było ofiarami przemocy fizycznej, a 32% i 29% przemocy psychicznej; Makaruk, 2017; Makaruk i in., 2018). Wśród tej grupy sprawców najczęściej występował brat ofiary (22% przemocy fizycznej, 2% przemocy psychicznej), siostra (13% i 2%), chłopak lub dziewczyna, z którą ofiara była w relacji (4% i 3%; Makaruk i in., 2018). Ogólnie spośród wszystkich osób odpowiedzialnych za stosowanie przemocy rówieśniczej zdecydowanie w częściej dominowali chłopcy nad dziewczynami, częściej dopuszczając się agresji zarówno fizycznej, jak i psychicznej. Większość sprawców była znajomymi ofiary (Makaruk i in., 2018).

Podsumowując, ogólne pojęcie sprawcy przemocy (zarówno fizycznej, jak i psychicznej) jest pojęciem bardzo niejednorodnym. To, jakie osoby będą zaliczały się do tej grupy, będzie zależało od różnicy w wieku i rozwoju między stosującym przemoc a ofiarą oraz tego, w jakim stosunku zależności i pokrewieństwa funkcjonują podmioty, a także samego rodzaju stosowanej przemocy.

Typy przemocy

Przemoc wobec dzieci i nastolatków jest poważnym zagrożeniem dla ich rozwoju, zdrowia oraz dobrostanu (Malinowska-Cieślik, Zabdyr-Jamróz, Balcerzak, Ścibor,

2014). Wiele dzieci jest narażonych na przemoc w swoim domowym otoczeniu ze strony osób najbliższych, co może sprzyjać współwystępowaniu myśli samobójczych. W konsekwencji tego rodzaju akty agresji mogą pozostawić ślady zarówno fizyczne (np. obrażenia, skaleczenia, złamania), jak i psychiczne (problemy z funkcjonowaniem, niską samoocenę, zaburzenia emocjonalne; Campbell, Lewandowski, 1997; Fredland, Campbell, Han, 2008; Groves, 1999; Jaffe, Wolfe, Wilson, Zak, 1986; Spaccarelli, Sandler, Roosa, 1994), co jak wykazują badania sprzyja myślom samobójczym (Włodarczyk, 2017).

Przemoc nie jest zjawiskiem monolitycznym i przybiera różne formy: przemocy fizycznej, przemocy psychicznej, wykorzystania seksualnego czy zaniedbania. Upośrednioną formą krzywdzenia, choć także szkodliwą w swych skutkach, jest natomiast bycie świadkiem przemocy. Jako zdarzenia o różnym potencjale ryzyka wiktyimizującego te formy przemocy w różnym stopniu mogą wpływać na tendencję do myśli samobójczych u dzieci i młodzieży. Innym aspektem różnicującym niszczący wpływ doświadczeń przemocowych jest ich częstotliwość i nasilenie oraz jednokrotność vs wielokrotność takich zdarzeń w czasie (Iwaniec, 2012) i nierzadkie współwystępowanie ich różnych form, prowadzące do poliwiktyimizacji (Pyżalski, 2012), co może się przekładać na częstsze występowanie myśli samobójczych.

Z analiz zgłoszeń online przez chat 116 111 – telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży wynika, że konsultanci spotykają się z każdym spośród wymienionych typów przemocy, ze strony różnych sprawców i z różną częstotliwością doświadczaną przez polskie dzieci. W dalszej części artykułu zostały one uporządkowane i przedstawione według częstości zgłoszeń.

Przemoc psychiczna

Przemoc psychiczna, zwana również krzywdzeniem emocjonalnym, jest określana przez WHO jako wszelkie, niekorzystne oddziaływania względem dziecka, skutkujące negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi, emocjonalnymi i społecznymi dla jego sfery psychicznej (Komitet Praw Dziecka, 2006; WHO, 1999). Dochodzi do niej wskutek interakcji sprawcy (często osoby dorosłej, pod opieką której podopieczny się znajduje) z niepełnoletnim, bez użycia przemocy fizycznej. Działania uznane przez WHO za przemoc psychiczną obejmują: upokarzanie, oczernianie, straszenie, dyskryminowanie i wyśmiewanie (WHO, 1999). Doświadczanie przemocy psychicznej zwiększa ryzyko wystąpienia myśli samobójczych szczególnie w okresie dojrzewania (Thompson i in., 2012).

Przemoc fizyczna

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje agresję fizyczną wobec dziecka jako aktywność, wymierzoną przeciwko niemu, o charakterze regularnym lub incydentalnym, w wyniku której doznaje ono obrażeń cielesnych albo jest nimi zagrożone (WHO, 1999). Dochodzi do niej w wyniku interakcji zainicjowanej przez sprawcę przemocy będącego najczęściej osobą dorosłą. Wśród jej najczęstszych form WHO wymienia: bicie, kopanie, szarpanie, duszenie (Pinheiro, 2006; WHO, 1999). Przemoc fizyczna jest też silnie powiązana z myślami samobójczymi (Perkins, Jones, 2004).

Wykorzystywanie seksualne

Wykorzystywanie seksualne jest angażowaniem dziecka do kontaktu seksualnego, którego nie może świadomie zrozumieć ani pojąć, aby móc wyrazić zgodę (Sajkowska, 2002). Dochodzi do niego wskutek interakcji między sprawcą a niepełnoletnim dzieckiem. Przemoc ta może mieć charakter dotykowy lub bezdotykowy (Finkelhor, 1994). Czynności o charakterze dotykowym to te ingerujące bezpośrednio w narządy płciowe ofiary, stosunek seksualny lub czynności pielęgnacyjne służące regulacji potrzeb zmysłowych sprawcy (Beisert, 2017; Beisert, Izdebska, 2012). Z kolei przemoc bezdotykowa obejmuje formy upośrednione, np. nakłonienie ofiary do oglądania treści pornograficznych lub zmuszenie jej do biernej obserwacji czynności dokonywanej przez sprawcę (Beisert, 2017; Beisert, Izdebska, 2012). Rodzaj przemocy będzie zależał zarówno od charakteru samej czynności, jak i od sposobu aplikowania seksualnych bodźców. Przemoc seksualna nie ma jednorodnego charakteru, a jej ofiary są bardziej narażone na myśli samobójcze (Pérez-González, Pereda, 2015).

Zaniedbanie

Zaniedbanie przejawia się brakiem zainteresowania dzieckiem ze strony osoby sprawującej nad nim pieczę rodzicielską (Włodarczyk, 2017). Skutkuje to brakiem odpowiedniej stymulacji dla rozwoju psychicznego i fizycznego małoletniego, mogącym skutkować w przyszłości zaburzeniami emocjonalnymi oraz chorobami psychicznymi, a także wykształceniem osobowości psychopatycznej lub antyspołecznej (Hoffman, 2006; Baron-Cohen, 2015). Zaniedbanie jest także powiązane z myślami samobójczymi, szczególnie w okresie dojrzewania (Miller, Esposito-Smythers, Weismoore, Renshaw, 2013).

Przemoc rówieśnicza

Przemoc rówieśniczą najczęściej definiuje się jako świadome, intencjonalne podejmowanie szkodliwych działań przez sprawcę wobec ofiary, mające na celu wywołanie u niej przykrości i krzywdy (Aronson i in., 1997). Przemoc przybiera zróżnicowane formy wynikające z miejsca (np. szkoła, podwórko, internet), formy przemocy (wyzwiska, negatywne komentarze w internecie, użycie przemocy fizycznej, wykluczenie) oraz środków (słowo, siła fizyczna, smartfon, komputer), wykorzystanych do jej zastosowania (Komendant-Brodowska, 2014; Przewłocka, 2015; Pyżalski, 2012). Zachowanie agresora ma charakter systematyczny i powtarzalny, a osoba będąca celem ataków często jest słabsza i nie może mu się przeciwstawić w wyniku nierównowagi sił, spowodowanej obecnością świadków (Komendant-Brodowska, 2014).

Doświadczenie przemocy z perspektywy świadka

Formą upośrednionej wiktyimizacji jest bycie świadkiem przemocy. Bycie świadkiem agresji niekorzystnie wpływa na rozwój dziecka, bo uczy je niewłaściwych wzorów komunikacji oraz traktowania zachowań antyspołecznych jako normalnych i akceptowanych społecznie, a także wpływa też niekorzystnie m.in. na nabywanie nieprawidłowych wzorów relacyjnych i komunikacyjnych (Makaruk, 2017). W niektórych kontekstach i układach sytuacyjnych samo bycie świadkiem traktuje się w kategorii równoznaczności z byciem ofiarą przemocy (Paull, Omari, Standen, 2012). Wyniki badań wskazują, że świadkowie negatywnych zdarzeń z zakresu przemocy rówieśniczej i napaści (np. na tle seksualnym) przeżywają stany zbliżone do objawów lękowych oraz depresyjnych (Bennett, Banyard, 2014; Midgett, Dumas, 2019). Ponadto doświadczenie przemocy domowej między dorosłymi z perspektywy świadka może też prowadzić do myśli samobójczych (Afifi i in., 2008; Van der Kolk, Perry, Herman, 1991).

Podsumowując, doświadczenie przemocy jest jednym z głównych czynników ryzyka wystąpienia myśli samobójczych stanowiących potencjalne zagrożenie dla zdrowia i dobrostanu psychologicznego (Baiden, Stewart, Fallon, 2017; Charak i in., 2016; Swannell i in., 2012; WHO, 1999; Włodarczyk, 2017; Wysocka-Pleczyk, Gulla, 2009; Ystgaard, Hestetun, Loeb, Mehlum, 2004). Dobrostan przejawia się w zdolności do podejmowania samodzielnych, niezależnych decyzji przy uwzględnieniu różnorodnych czynników. Wyrażane są one w wartościach nadających życiu sens, przyjemność, satysfakcję i spełnienie (Seligman, 2004). W innym ujęciu jest rozumiany jako

bilans, pozytywna ocena odnosząca do funkcjonowania fizycznego i psychicznego dająca poczucie zadowolenia z realizacji potrzeb, własnej tożsamości oraz

z podejmowanych wyzwań, życiowych z uwzględnieniem funkcjonowania społecznego w zakresie nawiązanych bliskich relacji z innymi, wypełniania ról i osiągnięcia pozycji w otoczeniu. (Wojciechowska, 2005, s. 36–37)

W danych ze zgłoszeń do 116 111 – telefonu zaufania możemy odnaleźć trzy wymiary zagrożonego dobrostanu u dzieci i młodzieży: uwarunkowania sytuacyjne – wysoka obecność zdarzenia stresogennych, manifestujące się w funkcjonowaniu emocjonalnym – wysokim nasileniem negatywnych stanów emocjonalnych, jak i funkcjonowaniu fizycznym w postaci zagrożonego zdrowia.

Zdarzenia stresogenne

Stres to zespół mechanizmów mających ostrzegać i bronić przed szkodliwymi bodźcami lub trudną sytuacją (Selye, 1993). W przypadku dzieci i młodzieży ten charakter mają różne zdarzenia, wśród których często wymieniane są te kategorie o różnym potencjale obciążenia, np. samotność, śmierć bliskiej osoby czy problemy z akceptacją wyglądu fizycznego. Przy dużym natężeniu zdarzeń stresogennych u ofiar przemocy często występuje wysokie pobudzenie emocjonalne (Lazarus, Folkman, 1984), które w dużej mierze ogranicza motywację wewnętrzną, a także nie sprzyja budowaniu relacji nieprzemocowych, stanowiących źródło wsparcia relacji społecznych w różnych stadiach rozwoju, także w dzieciństwie i okresie dojrzewania (Trzebińska, Łuszczynska, 2002). Reakcja ta jest tym silniejsza, im niższa adaptacyjna elastyczność wynikająca ze zdolności dostosowania poziomu kontroli w zależności od sytuacji oraz posiadanych zasobów indywidualnych i społecznych (Kaczmarek, Sęk, Ziarko, 2011). Ponadto wykazano, że dłuższe epizody doświadczanego stresu, napięcia i dyskomfortu sprzyjają uaktywnieniu procesów służących opanowaniu pobudzenia oraz powrotu do efektywnego funkcjonowania, które korelują z myślami samobójczymi (Azizah, Akbar, Zainuri, 2018).

Przytoczone dane pozwalają sądzić, że czynniki stresogenne u dzieci narażonych na doświadczanie przemocy mogą zwiększać szanse występowania myśli samobójczych.

Zagrożony dobrostan fizyczny

Wiele czynników wpływa niekorzystnie na zdrowie dzieci. Nieodpowiednio kształtowane przez otoczenie nawyki żywieniowe, niedobór właściwych proporcji owoców i warzyw oraz brak aktywizacji najmłodszych w kierunku regularnego uprawiania

sportu mogą niekorzystnie wpływać na rozwój fizyczny dzieci i młodzieży (Mazur, 2015), co sprzyja stawianiu się celem przemocy rówieśniczej (Plichta, 2010). Także różnego rodzaju doznane urazy fizyczne, które mogą trwale ograniczać sprawność ruchową (co roku tylko w szkole 38,8% dzieci w wieku 11–15 lat doznało co najmniej jednego urazu), przebyte choroby somatyczne i przewlekłe w dzieciństwie, w tym choroby układu oddechowego (najczęstszy powód hospitalizacji dzieci) i spowodowane czynnikami zewnętrznymi (druga w kolejności przyczyna hospitalizacji), potrafią naruszyć nie tylko ogólną odporność fizyczną i sprawność mechaniczno-ruchową dziecka, ale także wpłynąć pośrednio na kondycję psychiczną, co ma związek ze skłonnością do myśli samobójczych (Mazur, 2015).

Negatywne stany emocjonalne

Przejawy zagrożonego dobrostanu emocjonalnego są rozumiane jako obecność nasilonych, negatywnych uczuć wobec życia oraz nieobecność lub zmniejszoną obecność uczuć pozytywnych. Wyraża się to w wysokim nasileniu negatywnych stanów emocjonalnych, obniżonej ocenie szczęścia i satysfakcji życiowej, a także zaburzonej równowadze między doświadczanymi w określonym czasie uczuciami pozytywnymi i negatywnymi (Keyes, Waterman, 2003). Niski poziom zadowolenia z życia i towarzyszące temu negatywne stany afektywne mogą być czynnikiem ryzyka depresji – zjawiska gwałtownie nasilającego się w ostatnim czasie wśród dzieci i młodzieży (FDDS, 2017). Obniżony nastrój i depresja u dzieci może objawiać się m.in. myślami samobójczymi (Cook i in., 2005; Simmons, Blyth, 2017; Trickett, Negriff, Peckins, 2011; Whalen, Sylvester, Luby., 2017).

Podsumowując, powyżej przedstawione dane wskazują na wiele wielopoziomowych powiązań między zjawiskiem myśli samobójczych, różnych form przemocy wobec dzieci oraz czynników ryzyka dla ich dobrostanu fizycznego i psychicznego. Szczegółowa eksploracja charakterystyki tych związków, była celem analiz bazy kontaktów 116 111 – telefonu zaufania.

CEL PROJEKTU I CHARAKTERYSTYKA DANYCH

Celem diagnozy była analiza wpływu doświadczenia różnych kategorii krzywdzenia dzieci i ich konsekwencji psychologicznych na myśli samobójcze. Podstawą analiz były dane pochodzące z bazy pomocy udzielanej online w ramach 116 111 – telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży zebrane w latach 2014–2017.

Wykorzystano następujące sposoby gromadzenia informacji w bazie danych i ich przetwarzania. Każdy pojedynczy kontakt przez chat 116 111 dziecka lub nastolatka – oprócz uzyskania odpowiedzi od profesjonalisty – był kodowany w specjalnej bazie stworzonej na potrzeby telefonu zaufania. Sposób kodowania tych danych polega na zaznaczaniu wybranych kategorii z bazy odpowiadających charakterystyce zgłaszanego problemu. W ten sposób przy każdym kontakcie zapisywane są dane demograficzne (wiek, płeć, województwo, skąd osoba dzwoni/pisze²), przydział do głównej kategorii tematu konsultacji (bezdomność, ucieczki, podstawowe problemy, dyskryminacja, kwestie prawne, nowe technologie, przemoc i krzywdzenie, relacje rówieśnicze lub rodzinne, seksualność, szkołę, używki i uzależnienia, wyzysk ekonomiczny lub dziecko ofiara przestępstwa, zdrowie fizyczne, zdrowie fizyczne i psychospołeczne, pozostałe) oraz bardziej szczegółowe podgrupy dotyczące problemu (np. dotyczące charakteru przemocy i krzywdzenia – sprawcy, miejsca i rodzaju krzywdy, rodzaju kontaktu seksualnego – jeśli do niego doszło, stanów psychologicznych towarzyszących zdarzeniu itp.)

Ze względu na dużą liczbę zmiennych uzyskanych dzięki pracy konsultantów chatu 116 111 przeprowadzenie analiz wymagało selekcji i kondensacji bazy danych³. W pierwszej kolejności wyselekcjonowano wyłącznie te zgłoszenia, w których raportowano o przemoc. W tym celu zrekodowano zmienne, dzieląc je na poszczególne typy⁴.

2 Wywnioskowanie na podstawie analizy treści chatów.

3 Kategorie musiały być też łączone ze względu na techniczne właściwości, np. niskie frekwencje.

4 Przemoc (świadek przemocy domowej, przemoc psychiczna/emocjonalna – doświadczenie jednokrotne, przemoc psychiczna/emocjonalna – doświadczenie wielokrotne, przemoc fizyczna – doświadczenie jednokrotne, przemoc fizyczna – doświadczenie wielokrotne, wykorzystanie seksualne i zaniechywanie), sprawca (dzwoniący/piszący sprawca przemocy, brat, siostra, ojciec, matka, ojczym / partner matki, macocha / partnerka ojca, inny dorosły mężczyzna z rodziny, inna dorosła kobieta z rodziny, nauczyciel/inny pracownik szkoły, rówieśnik – chłopiec, rówieśnik dziewczyna, rówieśnik – partner) oraz czynników zagrożonego zdrowia fizycznego i psychicznego (nasilenia negatywnych stanów emocjonalnych i zdarzeń stresogennych). Wśród tej ostatniej grupy czynników wyróżniono następujące, potencjalnie możliwe przyczyny myśli samobójczych: zdrowie fizyczne (wszelkie problemy powodujące uszczerbek w jego zakresie, np. choroba przenoszona drogą płciową, choroba somatyczna i przewlekła, stopień dostępu do opieki zdrowotnej, niepełnosprawność ruchowa, hospitalizacja, obawy o zdrowie, inne rzeczywiste urazy), negatywne stany emocjonalne (wszelkie zdarzenia, okoliczności i sytuacje mogące skutkować naruszeniem regulacji gospodarki emocjonalnej np. depresja / obniżony nastrój, fobie i zachowania obsesyjne, napięcie, nasilony niepokój i lęki, nieśmiałość, poszukiwanie sensu życia, samoocena, smutek, stres, wyrzuty sumienia, wstyd, zazdrość, złość) i czynniki stresogenne (wszystkie zdarzenia/okoliczności generujące stres, jakie zgłaszali respondenci, np. samotność, śmierć bliskiej osoby, wygląd fizyczny itp.).

ANALIZY DANYCH ZASTANYCH – OSOBY BADANE

Analizie zostały poddane informacje uzyskane podczas kontaktu z infolinią 116 111 i czatów z udziałem dzieci i nastolatków. Ze względu na charakter danych i sposób ich uzyskania dokładny wiek próby jest niemożliwy do ustalenia – szacunkowo mieści się w przedziale 10–17 lat. Kontakt z telefonem zaufania poprzez czat miał charakter dobrowolny i anonimowy, a sam jego przebieg zależał od potrzeb zgłoszonych przez respondentów w trakcie rozmowy.

Z bazy odbytych rozmów wyselekcjonowano całościowo 4609 przypadków, w których dzieci lub nastolatki raportowały o doświadczanej przemocy. Spośród nich wybrano 931 osób doświadczających myśli samobójczych (20,2% wyselekcjonowanych przypadków „przemocowych”), które były następnie przedmiotem przeprowadzonych analiz statystycznych.

Statystyki opisowe

Wśród analizowanych danych wyróżniono następujące kategorie do statystyk opisowych: typ przemocy, sprawcy, zagrożony dobrostan fizyczny i psychiczny (czynniki stresogenne, negatywne stany emocjonalne i zagrożone zdrowie fizyczne).

Typ przemocy

Wśród rodzajów przemocy branych pod uwagę jako mogące mieć wpływ na zachowania autoagresywne wyróżniono następujące zmienne: bycie świadkiem przemocy domowej (190 osób, 4,1% wszystkich respondentów), jednokrotne doświadczenie przemocy psychicznej lub emocjonalnej (189 osób, 4,1%), wielokrotne doświadczenie przemocy psychicznej lub emocjonalnej (3662 osób, 79,5%), jednokrotne doświadczenie przemocy fizycznej (188 osób, 4,1%), wielokrotne doświadczenie przemocy fizycznej (1318 osób, 28,6%), wykorzystanie seksualne / doświadczenie przemocy seksualnej (481 osób, 10,4%) i zaniedbywanie (390 osób, 8,5%).

Sprawcy

Wobec wyszczególnionej w analizach grupy ofiar, które doświadczyły przemocy, wyróżniono następujące kategorie sprawców: brata ofiary (219 osób, 4,8% spośród analizowanej grupy), siostrę osoby pokrzywdzonej (82 osoby, 1,8%), matkę (1604 osób, 34,8%), ojca (1523 osoby, 33%), macochę / partnerkę ojca ofiary (28 osób, 0,6%),

ojczyrna / partnera matki ofiary (197 osób, 4,3%), inną niż wymienione wcześniej dorosłą kobietę z rodziny ofiary (110 osób, 2,4%), innego niż wymienieni wcześniej dorosłego mężczyznę z rodziny (100 osób, 2,2%), nauczyciela albo innego pracownika ze szkoły ofiary (77 osób, 1,7%), osobę dzwoniącą/piszącą do ofiary (89 osób, 1,9%), rówieśnika ofiary będącego chłopcem (1045 osób, 22,7%), rówieśnika ofiary będącego dziewczyną (815 osób, 17,7%) oraz rówieśnika będącego partnerem ofiary (154 osoby, 3,3%).

Zagrożony dobrostan fizyczny i psychiczny

Zmienne z grupy problemów zdrowia fizycznego zgłosiły 143 osoby (3,1% ogółu). Negatywne stany emocjonalne zasygnalizowało 3049 osób (66,2%). Do występowania czynników stresogennych przyznało się 1196 osób (25,9%).

WYNIKI

W celu określenia związków poszczególnych czynników i określenia wpływu doświadczenia różnych kategorii krzywdzenia na myśli samobójcze przeprowadzono analizy regresji logistycznej pozwalające określić prawdopodobieństwo wystąpienia danego zdarzenia. Analizy przeprowadzono tylko na danych pochodzących od osób, które doświadczyły przemocy ($N = 4609$). W modelu regresji zmienne niezależne wprowadzono w trzech krokach.

Tabela

Wyniki analizy regresji logistycznej dla myśli samobójczych oraz potencjalnych rodzajów czynników: typ przemocy, sprawcy, zagrożenia dla zdrowia fizycznego i psychicznego

Predyktor	B	SE B	χ^2 Wald's	p	OR	OR (CI 95%)	
						L	H
Krok 1							
Dziecko świadek przemocy	-0,39	0,20	3,70	0,05	0,67	0,45	1,01
Przemoc psychiczna/emocjonalna – doświadczenie jednokrotne	0,38	0,22	2,85	0,09	1,46	0,94	2,27
Przemoc psychiczna/emocjonalna – doświadczenie wielokrotne	0,58	0,13	20,77	0,00	1,79	1,39	2,29
Przemoc fizyczna – doświadczenie jednokrotne	-0,06	0,21	0,08	0,77	0,94	0,62	1,42
Przemoc fizyczna – doświadczenie wielokrotne	0,16	0,08	3,78	0,05	1,17	1,00	1,38

Predyktor	B	SE B	2 Wald's χ	p	OR	OR (CI 95%)	
						L	H
Wykorzystanie seksualne (przemoc seksualna)	0,54	0,14	14,38	0,00	1,72	1,30	2,28
Zaniedbywanie	0,35	0,13	7,54	0,01	1,42	1,11	1,82
STAŁA	-1,98	0,13	226,78	0,00	0,14		
Krok 2							
Dziecko świadek przemocy	-0,40	0,21	3,72	0,05	0,67	0,45	1,01
Przemoc psychiczna/emocjonalna – doświadczenie jednokrotne	0,37	0,23	2,66	0,10	1,44	0,93	2,25
Przemoc psychiczna/emocjonalna – doświadczenie wielokrotne	0,43	0,13	10,90	0,00	1,54	1,19	1,98
Przemoc fizyczna – doświadczenie jednokrotne	-0,07	0,21	0,11	0,74	0,93	0,61	1,42
Przemoc fizyczna – doświadczenie wielokrotne	0,10	0,09	1,20	0,27	1,10	0,93	1,30
Wykorzystanie seksualne (przemoc seksualna)	0,64	0,15	18,52	0,00	1,89	1,41	2,53
Zaniedbywanie	0,21	0,14	2,37	0,12	1,24	0,94	1,62
Brat	0,30	0,17	3,07	0,08	1,35	0,96	1,90
Dzwoniący/piszący	-0,17	0,32	0,28	0,59	0,84	0,45	1,58
Inna dorosła kobieta z rodziny	0,42	0,24	3,22	0,07	1,53	0,96	2,43
Inny dorosły mężczyzna z rodziny	-0,15	0,28	0,29	0,59	0,86	0,50	1,49
Macocha / Partnerka ojca	0,26	0,47	0,31	0,58	1,30	0,52	3,26
Matka	0,23	0,09	6,03	0,01	1,25	1,05	1,50
Nauczyciel / inny pracownik szkoły	0,07	0,30	0,06	0,80	1,08	0,60	1,93
Ojciec	0,43	0,09	23,05	0,00	1,54	1,29	1,83
Ojczym/partner matki	0,23	0,19	1,44	0,23	1,25	0,87	1,81
Rówieśnik – chłopiec	0,23	0,11	3,98	0,05	1,26	1,00	1,57
Rówieśnik – dziewczyna	0,34	0,12	7,88	0,01	1,41	1,11	1,78
Rówieśnik – partner	0,18	0,22	0,67	0,41	1,20	0,78	1,84
Siostra	0,52	0,26	4,10	0,04	1,68	1,02	2,77
STAŁA	-2,23	0,14	252,26	0,00	0,11		
Krok 3							
Dziecko świadek przemocy	-0,51	0,21	5,57	0,02	0,60	0,40	0,92
Przemoc psychiczna/emocjonalna – doświadczenie jednokrotne	0,06	0,23	0,06	0,80	1,06	0,67	1,68
Przemoc psychiczna/emocjonalna – doświadczenie wielokrotne	0,16	0,14	1,43	0,23	1,18	0,90	1,54
Przemoc fizyczna – doświadczenie jednokrotne	0,06	0,22	0,07	0,79	1,06	0,69	1,64
Przemoc fizyczna – doświadczenie wielokrotne	0,22	0,09	5,82	0,02	1,25	1,04	1,49
Wykorzystanie seksualne (przemoc seksualna)	0,38	0,15	5,98	0,01	1,46	1,08	1,97
Zaniedbywanie	0,09	0,14	0,42	0,51	1,10	0,83	1,46
Brat	0,19	0,18	1,06	0,30	1,20	0,85	1,72
Dzwoniący/piszący	-0,41	0,33	1,57	0,21	0,66	0,35	1,26
Inna dorosła kobieta z rodziny	0,35	0,25	2,03	0,15	1,42	0,88	2,29
Inny dorosły mężczyzna z rodziny	-0,17	0,29	0,34	0,56	0,84	0,48	1,49
Macocha / partnerka ojca	0,42	0,51	0,70	0,40	1,53	0,57	4,11
Matka	0,11	0,10	1,31	0,25	1,12	0,92	1,35
Nauczyciel / inny pracownik szkoły	0,04	0,31	0,01	0,91	1,04	0,57	1,90
Ojciec	0,36	0,09	14,98	0,00	1,43	1,19	1,72
Ojczym / partner matki	0,11	0,19	0,31	0,58	1,12	0,76	1,63

Predyktor	B	SE B	² Wald's χ	p	OR	OR (CI 95%)	
						L	H
Rówieśnik – chłopiec	0,16	0,12	1,75	0,19	1,17	0,93	1,48
Rówieśnik – dziewczyna	0,17	0,13	1,72	0,19	1,18	0,92	1,52
Rówieśnik – partner	0,12	0,23	0,26	0,61	1,12	0,72	1,76
Siostra	0,50	0,27	3,44	0,06	1,65	0,97	2,78
czynniki stresogenne	0,51	0,08	38,17	0,00	1,67	1,42	1,97
Zagrożne zdrowie fizyczne	0,28	0,20	2,04	0,15	1,33	0,90	1,96
Negatywne stany emocjonalne (0/1)	1,81	0,13	207,72	0,00	6,09	4,76	7,78
STAŁA	-3,46	0,18	382,98	0,00	0,03		
Likelihood ratio test	490,26***		Krok 1	Nagelkerke R	0,008	C&S R2	0,012
Score test	35,44***		Krok 2	Nagelkerke R	0,016	C&S R2	0,25
H&L	2,7		Krok 3	Nagelkerke R	0,101	C&S R2	0,159

Jak czytać wyniki – praktyczny przewodnik po tabeli

B – współczynnik regresji logistycznej – pozwala określić kierunek zależności związany z daną zmienną. Na przykład w przypadku wielokrotnego doświadczenia przemocy w kroku pierwszym informuje o tym, że prawdopodobieństwo wystąpienia myśli samobójczych jest wyższe dla osób, które go doświadczały.

p – istotność statystyczna informuje, jakie jest prawdopodobieństwo, że dany współczynnik jest różny od zera. Innymi słowy, czy warto w ogóle interpretować zaobserwowany wynik. Przyjmujemy, że wartość poniżej 0,05 warta jest uwagi. Dodatkowo oznaczyliśmy wszystkie istotne zależności

OR – Iloraz szans – statystyka ta pozwala określić siłę związku. Stanowi stosunek wielkości szansy (stosunku wystąpienia danego zdarzenia do jego niewystąpienia) w danej grupie (interesującej nas) w porównaniu z drugą grupą – grupą odniesienia. Iloraz szans równy 1 oznacza, że szansa wystąpienia zdarzenia w jednej i drugiej grupie jest zbliżona, OR > 1 oznacza, że w grupie, która nas interesuje, szansa wystąpienia jest większa niż w grupie odniesienia oraz opisuje, o ile większa. OR < 1 opisuje, o ile mniejsza jest szansa wystąpienia. Na przykład w ostatnim kroku współczynnik OR dla negatywnych stanów emocjonalnych oznacza, że prawdopodobieństwo wystąpienia myśli samobójczych jest ponad sześć razy większe dla osób, które doświadczają negatywnych stanów emocjonalnych.

Niezwykle ważne jest w regresji wielokrotnej branie pod uwagę innych zmiennych w modelu, ponieważ ich obecność (kontrolowanie) oddziela i uniezależnia od siebie poszczególne czynniki. Nieuwzględnienie ich w analizach może powodować, że ich niewidoczny wpływ przekłada się na nasilenie występujących przyczyn, dając w rezultacie niepełny i zniekształcony obraz. Na przykład w pierwszym kroku w dodatni efekt wielokrotnego doświadczenia przemocy psychicznej oznacza, że są inne czynniki z nim związane, które przyczyniają się do jego występowania. W oparciu o przedstawioną analizę mogą to być uwzględnione (kontrolowane) w kroku trzecim czynniki stresogenne i negatywne stany emocjonalne, przy równoczesnym wzięciu pod uwagę wielokrotnego doświadczenia przemocy psychicznej, które bez ich udziału nie ma istotnego znaczenia.

W tabeli przedstawiono wyniki trzech kroków analizy regresji logistycznej uwarunkowań myśli samobójczych. W pierwszym kroku wprowadzono do modelu charakterystykę doświadczeń przemocy – jej rodzaj (dziecko będące świadkiem przemocy, przemoc psychiczną/emocjonalną – jednokrotną i wielokrotną, przemoc fizyczną – jednokrotną i wielokrotną, wykorzystanie seksualne, zaniedbywanie). Ten model wykazał, że wykorzystywanie seksualne i zaniedbywanie istotnie zwiększają ryzyko wystąpienia myśli samobójczych. Jego siła predykcyjna okazała się istotna, choć relatywnie niska.

W drugim kroku do analizowanych zmiennych włączono typ sprawców przemocy. Istotnym predyktorem zwiększającym ryzyko wystąpienia myśli samobójczych są matka i ojciec oraz siostra, chłopak i dziewczyna z grupy rówieśników jako sprawcy przemocy. Przy uwzględnieniu typu sprawcy w modelu jedynie przemoc seksualna, z pierwszego modelu dotyczącego wyłącznie doświadczeń przemocy, pozostała istotnym czynnikiem. Model z uwzględnieniem kategorii sprawców przemocy wyjaśnia znacząco więcej wariancji.

W trzecim kroku w modelu uwzględniono czynniki opisujące zdrowie fizyczne, stresogenne zdarzenia oraz nasilenie negatywnych emocji. Okazało się, że zarówno stresogenne zdarzenia, jak i nasilone negatywne stany emocjonalne zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia myśli samobójczych. Przy kontroli tej kategorii czynników wielokrotne doświadczanie przemocy fizycznej oraz doświadczanie przemocy seksualnej, z kategorii doświadczeń przemocy, zwiększają istotnie ryzyko pojawienia się myśli o targnięciu się na własne życie. Wśród wyróżnionych typów przemocy jedynie bycie jej świadkiem okazało się najrzadziej powiązane z pojawieniem się myśli samobójczych. A z kategorii sprawców jedynie ojciec istotnie wpływa na wzrost prawdopodobieństwa ich wystąpienia. Trzeci krok w modelu okazał się być najlepiej dopasowany do danych. Wzrost statystyk pseudo r^2 wskazuje na jego silniejszą moc predykcyjną. Wszystkie predyktory, które istotnie zwiększały szanse na wystąpienie myśli samobójczych miały podobną moc – około 1,5 raza zwiększały ryzyko ich pojawienia. Wyjątek stanowi kategoria nasilonych negatywnych stanów emocjonalnych, która sześciokrotnie zwiększa prawdopodobieństwo myśli samobójczych.

Podsumowując, powyższe rezultaty odgrywają kluczową rolę dla zwiększenia ryzyka wystąpienia myśli samobójczych, ze szczególnym uwzględnieniem nasilonych, negatywnych stanów emocjonalnych. Pozostałe istotne predyktory to: częste wydarzenia stresogenne, wielokrotnie doświadczana przemoc fizyczna, wykorzystywanie seksualne oraz ojciec w roli sprawcy przemocy.

DYSKUSJA

Uzyskane wyniki badań korespondują z innymi danymi wskazującymi na powiązania między negatywnymi stanami emocjonalnymi a występowaniem myśli samobójczych. Depresja u dzieci może objawiać się m.in. właśnie myślami samobójczymi (Cook i in., 2005; Simmons, Blyth, 2017; Trickett i in., 2011; Whalen i in., 2017). Negatywne stany emocjonalne i emocjonalne cierpienie mogą również prowadzić do poczucia bezradności, co może zwiększać szansę wystąpienia myśli samobójczych zwłaszcza u niepełnoletnich ofiar przemocy (Beck, Steer, Kovacs, Garrison, 1985;

Beck, Weissman, Lester, Trexler, 1975; Chochinov, Wilson, Enns, Lander, 1998; Dyer, Kreitman, 1984; Ellis, Ratliff, 1986). Ponadto myśli samobójcze nasila brak wsparcia społecznego i przeżywanie w izolacji negatywnych emocji i myśli, takich jak złe wspomnienia, uczucie złości, nienawiść do własnej osoby, na skutek stresującego wydarzenia (Nock i in., 2009). Co więcej, częste i intensywne pogrążanie się w negatywnych stanach emocjonalnych może powodować utratę motywacji i radości, co także może wpływać na wzmożone myślenie o śmierci u dzieci i nastolatków. Negatywne stany emocjonalne okazały się najistotniejszym czynnikiem spośród analizowanych, co jest wyraźnym sygnałem do tego, aby w interwencji i profilaktyce skupić się na pracy z dziećmi ich doświadczającymi, w szczególności, gdy są także ofiarami przemocy.

Wśród doświadczeń przemocy istotnym czynnikiem, który najbardziej zwiększał ryzyko myśli samobójczych, okazało się bycie ofiarą wykorzystania seksualnego. Wyniki innych badań także wskazują przede wszystkim na destrukcyjny wpływ wykorzystania seksualnego i jego związku z zachowaniami autodestrukcyjnymi (Briere, Runtz; 1986; Nock, Holmberg, Photos, Michel, 2007; You, Van Orden, Conner, 2011). Podobnie jak wyniki tego badania, także inne dane sugerują, że osoby doświadczające przemocy seksualnej są bardziej narażone na myśli samobójcze (Pérez-González, Pereda, 2015). Małoletnie ofiary wykorzystania seksualnego częstokroć tracą poczucie bezpieczeństwa, odczuwają silny strach i bezradność, nie rozumiejąc w pełni czego doświadczają, co czyni je tym bardziej podatnymi na manipulację ze strony sprawców (Beisert, 2017). Wynikiem manipulacji może być strach przed zgłoszeniem wykorzystania i silne poczucie winy mogące prowadzić do wzmożonych myśli samobójczych. W jednym z badań aż 55% osób z grupy, która była w przeszłości wykorzystana seksualnie, myślało o odebraniu sobie życia, w porównaniu z 23% z grupy badanych niemających tego rodzaju wspomnień (Briere, Runtz, 1986).

Wielokrotne doświadczanie przemocy fizycznej było kolejnym czynnikiem istotnie zwiększającym ryzyko wystąpienia myśli samobójczych. Ten wynik pokrywa się z danymi z piśmiennictwa wskazującymi na silne powiązanie między przemocą fizyczną a myślami samobójczymi (Perkins, Jones, 2004). Wielokrotne doświadczanie tego rodzaju przemocy może natomiast silnie wpływać na złe samopoczucie psychiczne i fizyczne ofiary, ze względu na szczególnie mocno zakłócone poczucie bezpieczeństwa, co również może zwiększać ryzyko występowania samobójczych myśli.

Czwartym czynnikiem były agresywne zachowania ze strony ojca. Jest on jednym z rodziców, czyli zazwyczaj osobą bliską dziecku, kojarzoną z poczuciem bezpieczeństwa. Częsta przemoc fizyczna i siła obrażeń powstających w jej wyniku, w szczególności emocjonalnych, ze strony domownika zaburza dobrostan psychiczny dziecka

i poczucie bezpieczeństwa (McNeal, Amato, 1998). Kiedy ta ostatnia potrzeba nie może być należycie zapewniona przez członków ogniska domowego, młody człowiek może się poczuć niezrozumiany i w wyniku poczucia krzywdy doznać myśli samobójczych. Dodatkowo wynik wyższych szans na wystąpienia myśli samobójczych u dzieci i młodzieży przy przemocy ze strony ojca w sposób pośredni potwierdza też rolę przemocy fizycznej i seksualnej we wzroście ryzyka takich myśli. Z badań wynika bowiem, że to właśnie ojcowie są najczęstszymi sprawcami tych form przemocy (Makaruk, 2017).

Ostatnim czynnikiem, który okazał się istotnie wpływać na występowanie myśli samobójczych, były wydarzenia stresogenne. Jest to zgodne z wynikami badań pokazujących, że myśli samobójcze występują zazwyczaj, gdy osoba doświadcza negatywnych emocji lub myśli na skutek stresującego wydarzenia (Nock, Favazza, 2009). Co więcej, sam stres jest powiązany z myślami samobójczymi (Ibrahim, Amit, Suen., 2014). Stresory mogą zwiększać ich ryzyko przez nieumiejętność radzenia sobie z nimi. Gdy stres i napięcie z nimi powiązane nie są rozwiązywane, mogą stać się one zbyt uciążliwe i przytłaczające. Zbyt duża liczba samych stresorów może natomiast prowadzić do emocjonalnego lub psychicznego załamania, powodując występowanie myśli samobójczych. Ponadto złe lub niezdrowe strategie radzenia sobie ze stresem również zwiększają występowanie myśli samobójczych, ponieważ nie został on zredukowany w prawidłowy i zdrowy sposób.

Uzyskane wyniki badań mają wartość aplikacyjną – wiedza o wpływie opisanych czynników na myśli samobójcze może pomóc w tworzeniu odpowiednich interwencji. Koncentracja na najważniejszych czynnikach ryzyka myśli samobójczych może sprawić, że programy pomocy będą działać lepiej i efektywniej, ponieważ usprawnią w pierwszej kolejności pomoc dzieciom najbardziej na nie narażonym. Wyniki niniejszego badania realizowanego na danych 116 111 – telefonu zaufania wskazują na szczególną potrzebę objęcia opieką profilaktyczną grupy dzieci i nastolatków – ofiar przemocy ze spektrum ryzyka depresji, doświadczających przede wszystkim przemocy fizycznej i wykorzystania seksualnego, szczególnie w przypadkach, gdy sprawcą jest ojciec. Takie osoby małoletnie w szczególności powinny być objęte systemową ochroną, aby skutecznie i właściwie zaadresować problem myśli samobójczych u dzieci.

Na podstawie wyników niniejszego badania można stwierdzić, że działania specjalistów i terapeutów obejmujące profilaktykę myśli samobójczych i szerszy kontekst przeciwdziałania zachowaniom suicydalnym należy przede wszystkim kierować do ofiar wykorzystania seksualnego, zagrożonych depresją lub funkcjonujących w silnie stresujących warunkach. Długa lista czynników wskazuje ponadto, że analiza

zagrożenia myślami samobójczymi powinna dotyczyć konkretnego kontekstu, z jakim jednostka zgłosiła się po pomoc. Poszukiwanie przyczyn myśli suicydalnych powinno być zorientowane na związek z intruzywnością, reakcją emocjonalną i zachowaniem charakterystycznym dla skutków danego zdarzenia, bądź układu czynników stresogennych, zaś sam ich kształt zawężony bezpośrednio do wydarzeń, z których one wynikły (Arterburn, Burns, 1993; Zwoliński, 2012). Wyniki odnoszące się do szczególnej istotności nasilenia negatywnych stanów emocjonalnych wskazują ponadto, że w realizacji programów profilaktycznych warto kłaść szczególny nacisk na procesy, czynniki i zjawiska mogące wpływać na kształtowanie negatywnych myśli oraz dotyczyć znaczenia wpływu przemocy, emocji i roli najbliższego otoczenia na ich występowanie. Wśród nich można wskazać na znaczenie procesów „fantazjowania” i zawężenia procesów myślowych do obszaru powodującego negatywne funkcjonowanie u jednostki je przejawiającej oraz upatrywanie w tym kontekście roli potencjalnego samobójstwa, jako możliwego remedium na zaistniałe problemy (Waszczuk, 2017). Warto, aby takie programy obejmowały metody radzenia sobie z przykrymi myślami, takie jak chociażby techniki relaksacyjne, nazywanie i werbalizowanie przykrych stanów mentalnych oraz identyfikowanie źródeł zasobów u danej osoby w postaci wsparcia społecznego oraz uzdolnień, mogących pomóc w przekierowaniu uwagi z negatywnych stanów mentalnych i zakotwiczenia destrukcyjnych myśli na bardziej pozytywny obszar funkcjonowania (Brodniak, 2007).

BIBLIOGRAFIA

- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J., Stein, M. B., Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, 98, 946–952. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.120253>.
- Aronson, E., Wilson, T., Akert, R. (1997). *Psychologia społeczna*. Poznań: Zysk i Spółka.
- Arterburn, S., Burns, J. (1993). *Gdy miłość nie wystarcza*. Lublin: Wydawnictwo „Pojednanie”.
- Azizah, L. M., Akbar, A., Zainuri, I. (2018). Effectiveness of stress management to reduce level stress and emotional coping focused in convict at class IIB penitentiary of Mojokerto City, *International Journal of Nursing and Midwifery Science*, 2, 98-105.
- Baiden, P., Stewart, S. L., Fallon, B. (2017). The role of adverse childhood experiences as determinants of non-suicidal self-injury among children and adolescents referred to community and inpatient mental health settings. *Child Abuse & Neglect*, 69, 163–176.

- Baron-Cohen, S. (2015). *Teoria zła. O empatii i genezie okrucieństwa*. Sopot: Smak Słowa.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 559–563. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559>.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. (1975). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861–865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>.
- Beisert, M. (2017). *Pedofilia. Geneza i mechanizm zaburzenia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Beisert, M., Izdebska, A. (2012). Wykorzystanie seksualne dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 11(2), 48–66.
- Bennett, S., Banyard, V. L. (2014). Do friends really help Friends? The effect of relational factors and perceived severity on bystander perception of sexual violence. *Psychology of Violence*, 6(1), 64–72. <https://doi.org/10.1037/a0037708>.
- Briere, J., Runtz, M. (1986). Suicidal thoughts and behaviours in former sexual abuse victims. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 18, 413–423.
- Brodniak, W. A. (2007). Podstawowe problemy prewencji samobójstw dzieci i młodzieży. Wprowadzenie. W: Biuro RPD, *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły* (s. 7–12). Warszawa: Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna.
- Campbell, J. C., Lewandowski, L. A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 353–374.
- Charak, R., Byllesby, B. M., Roley, M. E., Claycomb, M. A., Durham, T. A., Ross, J., ... Elhai, J. D. (2016). Latent classes of childhood poly-victimization and associations with suicidal behavior among adult trauma victims: Moderating role of anger. *Child Abuse & Neglect*, 62, 19–28.
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., Lander, S. (1998). Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*, 39, 366–370. doi:10.1016/S0033-3182(98)71325-8.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35, 390–398.
- Dudek, P. (2021). *W pandemii codziennie przyjmujemy dziecko po próbie samobójczej*. Pobrane z: <https://weekend.gazeta.pl/weekend/7,177333,27113715,w-pandemii-codziennie-pryjmuujemy-dziecko-po-probie-samobojczej.html>.

- Dyer, J. A., Kreitman, N. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 127–133. <https://doi.org/10.1192/bjp.144.2.127>.
- Ehrsenshaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H., Johnson, J. G. (2017). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 741–753.
- Ellis, T. E., Ratliff, K. G. (1986). Cognitive characteristics of suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 625–634. <https://doi.org/10.1007/BF01173750>.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 5, 409–417.
- Fredland, N. M., Campbell, J. C., Han, H. (2008). Effect of violence exposure on health outcomes among young urban adolescents. *Nursing Research*, 57(3), 157–165.
- Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. (2017). *Dzieci się liczą. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Groleger, U., Tomori, M., Kocmur, M. (2003). Suicidal ideation in adolescence - an indicator of actual risk? *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 40(3), 202–208.
- Groves, B. M. (1999). Mental health services for children who witness domestic violence. *The Future of Children*, 9(3), 122–132.
- Gunnell, D., Harbord, R., Singleton, N., Jenkins, R., Lewis, G. (2004). Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. *British Journal of Psychiatry*, 185, 385–393.
- GUS. (2016). *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Hoffmann, M. L. (2006). *Empatia i rozwój moralny*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ibrahim, N., Amit, N., Suen, M. W. (2014) Psychological factors as predictors of suicidal ideation among adolescents in Malaysia. *PLoS ONE*, 9, e110670. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110670>.
- Iwaniec, D. (2012). Emocjonalne krzywdzenie dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 11(2), 29–47.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. K., Zak, L. (1986). Family violence and child adjustment: a comparative analysis of girls and boys behavioral symptoms. *The American Journal of Psychiatry*, 143(1), 74–77.
- Johnston, A. K., Pirkis, J. E., Burgess P. M. (2009). Suicidal thoughts and behaviours among Australian adults: findings from the 2007 National Survey of Mental

- Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 635–43.
- Kaczmarek, Ł., Sęk, H., Ziarko, M. (2011). Sprężystość psychiczna i zmienne pośredniczące w jej wpływie na zdrowie. *Przegląd Psychologiczny*, 54(1), 29–46.
- Keyes, C. L. M., Waterman, M. B. (2003). Dimensions of well-being and mental health in adulthood. W: M. Bornstein, L. Davidson, C. L. M. Keyes, K. Moore (red.), *Well-being: Positive development through-out the life course* (s. 477–497). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- King, C. A., Merchant, C. R. (2008). Social and Interpersonal Factors Relating to Adolescent Suicidality: A Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 181–196.
- Komendant-Brodowska, A. (2014). *Agresja i przemoc szkolna. Raport o stanie badań*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Komitet Praw Dziecka (2006). Komentarz Ogólny nr 8. W: P. J. Jaros, M. Michalak (red.), *Prawa dziecka. Dokumenty Organizacji Narodów Zjednoczonych*. Warszawa: Rzecznik Praw Dziecka.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nowy Jork, NY: Springer Publishing Company.
- Makaruk, K. (2017). Przemoc rówieśnicza. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 16(1), 214–231.
- Makaruk, K., Włodarczyk, J., Sethi, D., Michalski, P., Szredzińska, R., Karwowska, P. (2018). Negatywne doświadczenia w dzieciństwie i związane z nimi zachowania szkodliwe dla zdrowia wśród polskich studentów. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(2), 58–97.
- Malinowska-Cieślik, M., Zabdyr-Jamróż, M., Balcerzak, B., Ścibor, M. (2014). Ocena prewencji przemocy wobec dziecka w Polsce z perspektywy zdrowia publicznego. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 12(1), 3–16.
- Mazur, J. (red.). (2015). *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- McNeal, C., Amato, P. R. (1998). Parents' marital violence: long-term consequences for children. *Journal of Family Issues*, 19(2), 123–139. <https://doi.org/10.1177/019251398019002001>.
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T., Renshaw, K. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 146–172. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0131-5>.

- Midgett, A., Doumas, D. M. (2019). Witnessing bullying at school: The association between being a bystander and anxiety and depressive symptoms. *School Mental Health, 11*, 453–463.
- Muehlenkamp, J. J., Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research, 11*(1), 69–82.
- Muehlenkamp, J. J., Xhunga, N., Brausch, A. M. (2018). Self-injury age of onset: A risk factor for NSSI severity and suicidal behavior. *Archives of Suicide Research, 23*(4), 551–563.
- Nock, M. K., Favazza, A. (2009). Non-suicidal self-injury: Definition and classifications. W: M. K. Nock (red.), *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment and Treatment*. Waszyngton, DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., Michel, B.D. (2007). The self-injurious thoughts and behaviors interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment, 19*, 309–317.
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and functions of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 816–827. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0016948>.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 339–363.
- Paull, M., Omari, M., Standen, P. (2012). When is a bystander not a bystander? A typology of the roles of bystanders in workplace bullying. *Asia Pacific Journal of Human Resources, 50*(3), 351–366.
- Pérez-González, A., Pereda, N. (2015). Systematic review of the prevalence of suicidal ideation and behavior in minors who have been sexually abused. *Actas españolas de psiquiatria, 43*, 149–158
- Perkins, D. F., Jones, K. R. (2004). Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse & Neglect, 28*, 547–563. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.12.001>.
- Pinheiro, P. S. (2006). *World Report on Violence against Children*. Genewa: United Nations.
- Pirkis, J., Burgess, P., Dunt, D. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 21*(1), 16–25.
- Przewłocka, J. (2015). *Bezpieczeństwo uczniów i klimat społeczny w polskich szkołach. Raport z badania*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

- PWN. (2019). *Słownik Języka Polskiego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pyżalski, J. (2012). From cyberbullying to electronic aggression: typology of the phenomenon. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 17(3-4), 305-317.
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychology Medical*, 46(2), 225-236.
- Sajkowska, M. (2002). Wykorzystywanie seksualne dzieci. Ustalenia terminologiczne, skala zjawiska, oblicza problemu społecznego. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 1(1), 5-28.
- Seligman, M. E. P. (2004). Psychologia pozytywna. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna - nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 18-32). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Selye, H. (red.). (1993). History of the Stress Concept. W: L. Goldberger, S. Breznitz (red.), *The Handbook of Stress* (2nd Edition). Nowy Jork, NY: The Free Press.
- Simmons, R. G., Blyth, D. A. (2017). *Moving into Adolescence. The Impact of Pubertal Change and School Context*. Nowy Jork, NY: Taylor & Francis Group.
- Siu, A. M. H. (2019). Self-Harm and Suicide Among Children and Adolescents in Hong Kong: A Review of Prevalence, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Journal of Adolescent Health*, 64(6), S59-S64.
- Spaccarelli, S., Sandler, I. N., Roosa, M. (1994). History of spouse violence against mother: Correlated risks and unique effects in child mental health. *Journal of Family Violence*, 9, 79-98.
- Steele, M. M., Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 1: Etiology and risk factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 21S-33S.
- Suchańska, A. (2006). Czynniki ryzyka - specyfika samouszkodzeń czy autodestrukcji? W: A. Suchańska, *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestrukcyjności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Suchańska J. Wycisk (red.). (2006). *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A., Protani, M. (2012). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 36, 572-584.
- Thompson, R., Proctor, L. J., English, D. J., Dubowitz, H., Narasimhan, S., Everson, M. D. (2012). Suicidal ideation in adolescence: Examining the role of recent adverse experiences. *Journal of Adolescence*, 35, 175-186

- Trickett, P. K., Negriff, S., Ji, J., Peckins, M. (2011). Child maltreatment and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence*, 21, 3–20.
- Trocha, O. (2017). Przepęstwa na szkodę dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 16(1), 172–191.
- Trzebińska., E., Łuszczynska, A. (2002). Psychologia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 1(1), 5–8.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1665–1671. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1665>.
- Wasilewska-Ostrowska, K. (2015). Profilaktyka zachowań suicydalnych wśród młodzieży. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 14(3), 152–164.
- Waszczuk, J. (2017). Profilaktyka presuicydalna dzieci w wieku wczesnoszkolnym i młodzieży w okresie adolescencji. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis*, 1, 141–159. Pobrane z: <http://zn.wsibip.edu.pl/sectiona/images/aktualnosci/ze-szyty/009-2017/141-159.PDF>.
- Whalen, D. J., Sylvester, C. M., Luby, J. L. (2017). Depression and anxiety in pre-schoolers: A review of the past 7 years. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 26(3), 503–522.
- Włodarczyk, J. (2017). Przemoc wobec dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 16(1), 192–213.
- Włodarczyk, J., Makaruk, K., Michalski, P., Sajkowska, M. (2018). *Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Się.
- Wojciechowska, L. (2005). Teoria dobrostanu w badaniach rozwojowych nad rodziną: dobrostan rodziców w stadium pustego gniazda. *Psychologia Rozwojowa*, 10(4), 35–45.
- World Health Organisation. (1999). *Report on Consultation on Child Abuse Prevention*. Genewa: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2012). *Public health action for the prevention of suicide*. Genewa: World Health Organisation.
- World Health Organisation. (2014). *Preventing Suicide. A resource for non-fatal suicidal behaviour case registration*. World Health Organisation.
- Wysocka-Pleczyk, M., Gulla, B. (2009). *Przestępczość nieletnich*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- You, S., Van Orden, K. A., Conner, K. R. (2011). Social connections and suicidal thoughts and behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(1), 180–184.
- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse & Neglect*, 28, 863–875.

- Zwoliński, A. (2012). *Krzywdzone dzieci. Zagrożenia współczesnego dzieciństwa*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Zygo, M., Pawłowska, B., Potembska, E., Dreher, P., Kapka-Skrzypczak, L. (2019). Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13-19 years. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 26, 329–336. <https://doi.org/10.26444/aaem/93817>.

WHAT IS CONDUCIVE TO SUICIDAL THOUGHTS AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS – AN ANALYSIS BASED ON DATA OF RECIPIENTS FROM THE ONLINE HELPLINE PROJECT’S 116 111

Suicidal thoughts are - next to self-harm and suicide attempts - a form of self-destructive behaviors, which in children and adolescents are of great concern to the public opinion. The aim of the project carried out by a team of psychologists from the Faculty of Psychology of the University of Warsaw for the Empowering Children Foundation was to determine the impact of experiencing various factors accompanying violence against children on suicidal thoughts.

The analyses were carried out on the data from the online database created by the telephone online support for children and youth of the 116 111 project of the Empowering Children Foundation. Out of n = 4609 reports, selected were those from children and adolescents reporting cases of mental, physical and sexual violence. In the next step, 931 people experiencing suicidal thoughts (20.2% of the selected “violent” cases) were selected from this pool and were then the subject of statistical analyses.

The model of logistic regression analysis was used to determine which of the characteristics of the functioning of persons contacting the consultants (physical health at risk, negative emotional states, stressors), the characteristics of the act of violence (type: psychological violence, physical violence, neglect, and being a witness of domestic violence) and the perpetrator (mother, father, peer, etc.) may increase the incidence of suicidal thoughts.

The collected results revealed that the experience of negative the emotional states plays a key role in the process of developing suicidal thoughts in minors - victims of violence reported to 116 111 via chat during years 2014-2017. This factor showed itself to be the most universal factor increasing the risk of suicidal thoughts appearing. The influence of stressors, experiences of sexual abuse, multiple experiences of physical violence, and father as a perpetrator also turned out to be significant. These results contain important premises concerning the prevention of suicidal thoughts, in particular in victims of sexual and/or psychical abuse, especially from father, at risk of depression or functioning in highly stressful conditions.

KEYWORDS

SUICIDAL THOUGHTS, NEGATIVE EMOTIONAL STATES, STRESSIVE FACTORS, SEXUAL EXPLOITATION

Cytowanie:

Barlińska, J., Lalak, D., Winiewski, M., Orzechowska, K. (2021). Co sprzyja myślom samobójczym wśród dzieci i młodzieży – analiza na podstawie danych odbiorców pomocy online 116 111 – telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 20(3), 80–105.



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

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI
www.ms.gov.pl



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków – Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości