

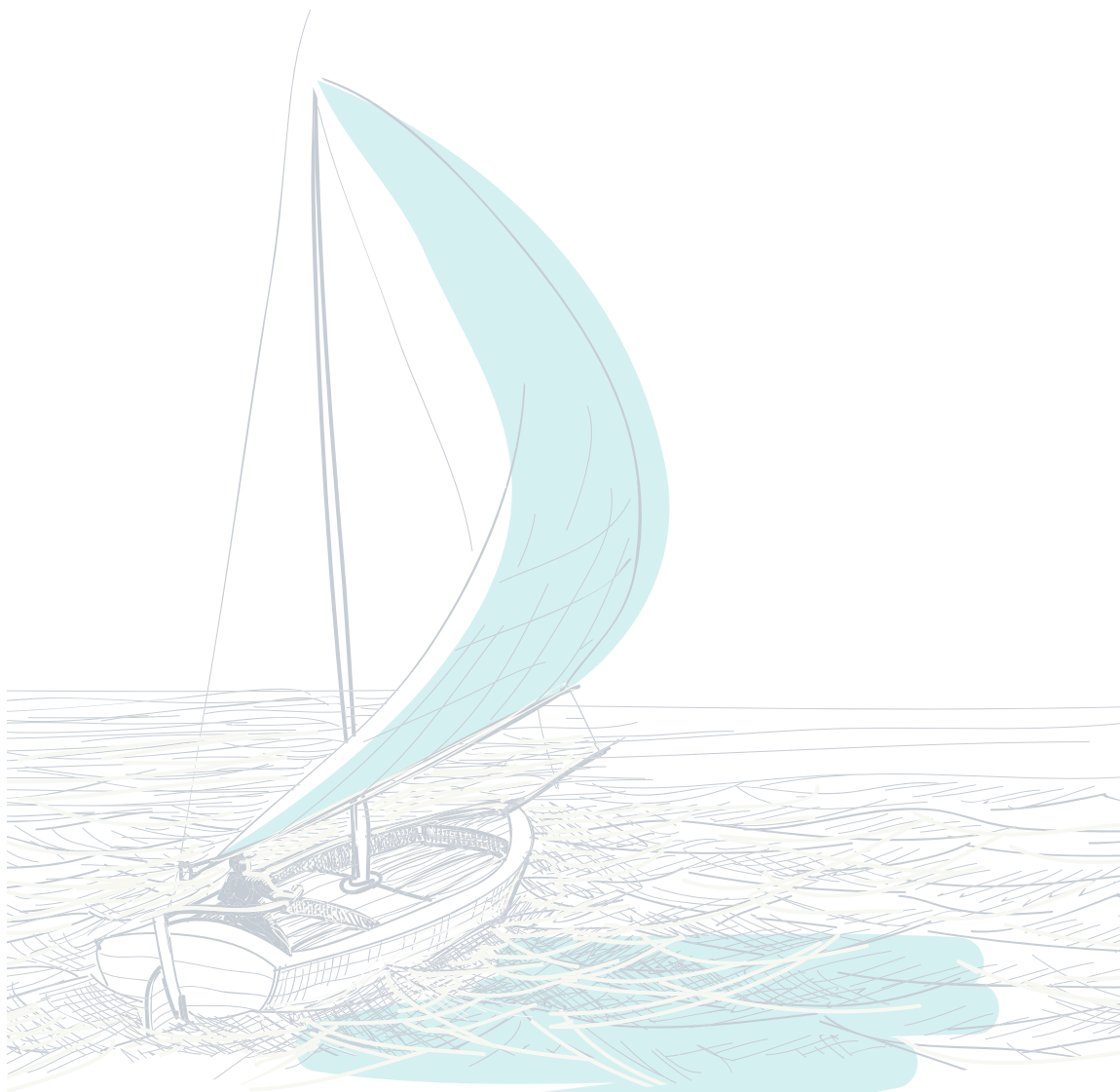
I KONGRES SUICYDOLOGICZNY

ŁÓDŹ 22/03/2018



STRESZCZENIA

konferencjasuicydologiczna.umed.pl



Przesłanie:

TWOJE DZIAŁANIA MOGĄ URATOWAĆ ŻYCIE

PATRONATY



Minister Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej
PATRONAT HONOROWY



MINISTER
EDUKACJI
NARODOWEJ



Minister
Spraw Wewnętrznych
i Administracji



RZECZNIK PRAW DZIECKA
Marek Michalak



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH



Wojewoda Łódzki
Zbigniew Rau



MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO
Witold Stępień

ORGANIZATORZY



Ministerstwo Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia

Departament Zdrowia Publicznego oraz Zespół roboczy
ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie ds. zdrowia publicznego



UNIwersYTET
MEDYCZNY
W ŁODZI

Uniwersytet Medyczny w Łodzi



Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa



Polskie Towarzystwo Suicydologiczne



**Sekcja Naukowa Suicydologii
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego**



Uczelnia Łazarskiego



Regionalne
Centrum
Polityki
Społecznej w Łodzi

Regionalne Centrum Polityki Społecznej
Jednostka Organizacyjna Samorządu Województwa Łódzkiego

WYKŁADOWCY

WYKŁADOWCY ZAGRANICZNI

1. Prof. Ella Arensman

National Suicide Research Foundation, School of Public Health, University College Cork, Ireland & International Association for Suicide Prevention.

2. Prof. Nestor D. Kapusta

Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie Medizinische Universität Wien.

3. Director Jan Mokkenstorm

Stichting 113 Zelfmoordpreventie, Amsterdam.

4. Prof. Dr. Barbara Schneider,

LVR-Klinik Köln.

WYKŁADOWCY POLSCY

1. dr Balicki Marek

były Minister Zdrowia, Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego
– II Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
Warszawa

2. prof. Bałandynowicz Andrzej

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa, Suicydologicznego,
Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka w Warszawie

3. dr Baran Anna

Przewodnicząca Regionalnej Sieci Prewencji Samobójstw
Uppsala-Örebro, Szpital Blekinge, Karlshamn, Szwecja,
członek Zespołu Roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji
– przewodnicząca grupy ds. mediów

4. mgr Bilicki Tomasz

Prezes Zarządu oraz koordynator Ośrodka Wsparcia
i Interwencji Fundacji Innopolis w Łodzi

5. mgr Felcenloben Justyna

Główny specjalista ds. polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych,
Departament Polityki Zdrowotnej, Urząd Marszałkowski Województwa
Łódzkiego

6. prof. dr hab. Gmitrowicz Agnieszka

Kierownik Kliniki Psychiatrii Młodzieżowej, Kierownik I Katedry
Psychiatrii UM w Łodzi; Przewodnicząca Sekcji Naukowej Suicydologii
Polskiej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Przewodnicząca
Zespołu Roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji

7. Grondas Marek

Kierownik Poradni Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień
Stowarzyszenia Monar w Łodzi

8. mgr Kicińska Lucyna

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę

9. dr hab. prof. UJK Kieszkowska Anna

Członek Zespołu Towarzystwa Higieny Psychiczej w Warszawie,
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

10. dr Kopciuch Marian

Członek Prezydium Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego
i Polskiego Towarzystwa Higieny Psychiczej, szpital Scamed św. Rafała
w Krakowie, Wolontariusz Stowarzyszenia Lekarze Nadziei

11. dr Koszewska Iwona

Prezes Fundacji Profilaktyka Prewencja Leczenie Cumulus, Warszawa,
członek Zespołu Roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji

12. dr Kropiwnicki Paweł

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi, Sekretarz Zarządu Sekcji
Naukowej Suicydologii Polskiej PTP, Członek Zespołu Roboczego
ds. prewencji samobójstw i depresji

13. mgr Łuba Małgorzata

psycholog, psychoterapeuta, trener, „To Be” – firma szkoleniowa,
Centrum Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej CBT,
Członek Zespołu Roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji

14. dr hab. Ostaszewski Krzysztof

Kierownik Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” w Zakładzie Zdrowia Publicznego, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, Członek Zespołu Roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji

15. mgr Palma Jolanta

Fundacja Pogotowie Kryzysowe, Warszawa, Członek Zespołu Roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji, Przewodnicząca Komisji ds. Interwencji w Kryzysie Suicydalnym przy ZG Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego

16. Poznański Dariusz

Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia

17. lek. Szmajda Rafał – Doktorant w Klinice Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi, Członek Zarządu Sekcji Naukowej Suicydologii Polskiej PTP

18. prof. zw. dr hab. Świącicki Łukasz

Kierownik II Kliniki Psychiatrycznej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Członek Zespołu Roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji

19. ks. dr hab. Wolski Jan

Dyrektor Instytutu Teologicznego w Łodzi

PRZEWODNICZĄCY SESJI**1. prof. zw. dr hab. dr h.c. Brunon Hołyst**

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa, Suicydologicznego, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa, Członek Zespołu Roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji

2. dr Brodniak Włodzimierz Adam

Sekretarz Polskiego Towarzystwa, Suicydologicznego, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

3. dr hab. Czabański Adam

Kierownik Pracowni Socjologii Zdrowia i Patologii Społecznych,
Katedra Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Członek Zarządu
Głównego Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego

4. prof. zw. dr hab. Makara-Studzińska Marta

Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia UJ CM, Wiceprezes
Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego
oraz Wiceprzewodnicząca Zarządu Sekcji Naukowej Suicydologii Polskiej
PTP, Członek Zespołu Roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji

5. dr Rosa Krzysztof

Zakład Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Członek Zarządu
Głównego Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego, Członek Zespołu
Roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji

6. dr Stecz Patryk

Zakład Psychoprofilaktyki i Psychologii Uzależnień, Instytut Psychologii,
Uniwersytet Łódzki, Członek Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego,
Oddział Łódzki

7. prof. dr hab. Wciórka Jacek

Kierownik I Kliniki Psychiatrycznej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii
w Warszawie, Członek PAN

8. prof. Wojtyniak Bogdan

Zastępca Dyrektora ds. Analiz i Strategii w Zdrowiu Publicznym
w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego - Państwowym Zakładzie
Higieny, Warszawa, Członek Rady ds. Zdrowia Publicznego i Zespołu
Roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji

UCZESTNICY ZAPROSZENI DO DYSKUSJI PANELOWEJ

Ks. prof. dr hab. Piotr Morciniec,

Ks. dr hab. Józef Urban.

PROGRAM KONGRESU

9.00- 10.00

Rejestracja uczestników

10.00 – 10.15

Powitanie, wystąpienia zaproszonych gości

10.15 – 12.00

SESJA PLENARNA I

STAN AKTUALNY PROFILAKTYKI SAMOBÓJSTW I DEPRESJI W POLSCE

Prowadzący: prof. Agnieszka Gmitrowicz, prof. Jacek Wciórka
Sesja z tłumaczeniem na j. angielski

DEPRESJA I KRYZYSY SAMOBÓJCZE W POLSCE
prof. Łukasz Święcicki, dr Iwona Koszewska

REALIZACJA NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA
W OBSZARZE PREWENCJI SAMOBÓJSTW
Dariusz Poznański, z-ca dyrektora Departamentu Zdrowia
Publicznego w Ministerstwie Zdrowia

DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ ZESPÓŁ ROBOCZY DS. PREWENCJI
SAMOBÓJSTW I DEPRESJI PRZY RADZIE DS. ZDROWIA
PUBLICZNEGO MINISTERSTWA ZDROWIA
dr hab. Krzysztof Ostaszewski

STRATEGIA ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM I DEPRESJI
JAKO ELEMENT BUDOWANIA ZDROWEGO SPOŁECZEŃSTWA
prof. Agnieszka Gmitrowicz

12.00 – 12.15

Przerwa na kawę

12.15 – 14.00

SESJA PLENARNA II

WYNIKI EWALUACJI PROGRAMÓW PREWENCYJNYCH W INNYCH KRAJACH

Prowadzący: prof. Bogdan Wojtyniak, dr Anna Baran
Sesja z tłumaczeniem na j. angielski

THE CURRENT STATUS OF NATIONAL SUICIDE PREVENTION
PROGRAMMES IN A GLOBAL CONTEXT

prof. Ella Arensman, National Suicide Research Foundation,
School of Public Health, University College Cork, Ireland
& International Association for Suicide Prevention.

THE GERMAN NATIONAL SUICIDE PREVENTION PROGRAM
– CURRENT SITUATION AND DEVELOPMENTS

prof. dr. Barbara Schneider, LVR-Klinik Köln.

5 YEARS OF EXPERIENCE WITH THE SUICIDE PREVENTION
PLAN AUSTRIA (SUPRA)

prof. Nestor D. Kapusta, Klinik für Psychoanalyse
und Psychotherapie Medizinische Universität Wien.

NATIONAL SUICIDE PREVENTION APPROACHES IN THE
NETHERLANDS: THE JOURNEY TOWARDS THE TIPPING POINT

Director Jan Mokkenstorm, Stichting 113 Zelfmoordpreventie,
Amsterdam.

SESJA PLAKATOWA

ekspozycja 10 plakatów w trybie ciągłym, rozpoczęcie
w porze lunchu, najlepszy plakat zostanie nagrodzony.
Prowadzący dr Włodzimierz Brodniak

14.00 – 14.45

Lunch

14.45 – 16.45 SESJE RÓWNOLEGŁE + WARSZTATY

SESJA III

PRZYKŁADY DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PREWENCJI SAMOBÓJSTW W POLSCE

Prowadzący: prof. Marta Makara-Studzińska, prof. Adam Czabański

ZMIANY W FUNKCJONOWANIU PODSTAWOWEJ OPIEKI
PSYCHIATRYCZNEJ W RAMACH PILOTAŻU CENTRÓW ZDROWIA
PSYCHICZNEGO

dr Marek Balicki, były minister zdrowia

ROLA KOŚCIOŁA KATOLICKIEGO W PREWENCJI SAMOBÓJSTW.
ks. dr hab. Jan Wolski

ROLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO
W PREWENCJI SAMOBÓJSTW I DEPRESJI
Justyna Felcenloben – Urząd Marszałkowski Łodzi

PROFILAKTYKA SAMOBÓJSTW W MEDIACH
dr Anna Baran, dr hab. Krzysztof Ostaszewski

SESJA IV

POLSKIEGO TOWARZYSTWA SUICYDOLOGICZNEGO

Prowadzący: prof. Brunon Hołyst, dr Patryk Stecz

ZAGADNIENIA PRAWNE W PREWENCJI SAMOBÓJSTW
prof. Andrzej Bałandynowicz

STRATEGIE ODDZIAŁYWAŃ W PROFILAKTYCE ZACHOWAŃ
AUTODESTRUKCYJNYCH
dr hab. prof. UJK Anna Kieszowska

ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM WŚRÓD FUNKCJONARIUSZY
SŁUŻBY WIĘZIENNEJ I OSADZONYCH W POLSKICH ZAKŁADACH
PENITENCJARNYCH
dr Marian Kopciuch

INICJATYWY POZARZĄDOWE W PREWENCJI SAMOBÓJSTW
mgr Jolanta Palma

ROLA TELEFONU ZAUFANIA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY 116 111
W ZAPOBIEGANIU SAMOBÓJSTWOM DZIECI W POLSCE.

Mgr Lucyna Kicińska

INTERWENCJA KRYZYSOWA W SYTUACJI ZAGROŻENIA ŻYCIA
WG PROCEDURY CISM ZALECANEJ PRZEZ ONZ

dr Tomasz Bilicki

14.45 – 16.45

WARSZTATY

Warsztaty do wyboru

PROFILAKTYKA SAMOBÓJSTW I DEPRESJI W SZKOŁACH

Małgorzata Łuba

UZALEŻNIENIA JAKO CZYNNIK RYZYKA SAMOBÓJSTW

Marek Grondas

PREWENCJA SAMOBÓJSTW W SŁUŻBIE ZDROWIA

– OCENA RYZYKA SAMOBÓJCZEGO

dr Paweł Kropiwnicki, lek. Rafał Szmajda

16.45 – 17.00

Przerwa

17.00 – 18.00

DYSKUSJA PANELOWA

WYZWANIA I SZANSE ZWIĄZANE Z ZAPOBIEGANIEM
SAMOBÓJSTWOM W POLSCE

Moderatorzy: dr hab. Krzysztof Ostaszewski, dr Krzysztof Rosa

18.00 – 18.30

Podsumowanie Kongresu

WYPACOWANIE DEKLARACJI POKONGRESOWEJ
dot. realizacji KRAJOWEJ STRATEGII ZAPOBIEGANIA
SAMOBÓJSTWOM I DEPRESJI



STRESZCZENIA - sesje panelowe

Opracowanie: Katarzyna Pałka-Szafraniec

SESJA I

DEPRESJE I KRYZYSY SAMOBÓJCZE W POLSCE

Łukasz Świącicki, Iwona Koszewska

Depresja to termin nadmiernie i niewłaściwie spopularyzowany. W rezultacie wiele stanów mylni określa się jako depresję. Z medycznego punktu widzenia depresja to zespół konkretnie wyodrębnionych objawów występujących w przebiegu kilku chorób psychicznych. Z danych GUS wynika, że depresja o różnym nasileniu może występować nawet u 16% populacji polskiej. Polska nie różni się pod tym względem od innych krajów rozwiniętych. Głównym problemem jest brak dobrej organizacji rozpoznawania i leczenia depresji. Choć dane na ten temat są dość skąpe, można z dużą dozą prawdopodobieństwa przyjąć, że to właśnie depresja jest główną przyczyną samobójstw – jej udział szacuje się co najmniej na 80%. Z grupy 100 tysięcy osób chorych na depresję około 230 w skali rocznej popełnia samobójstwo. W porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej Polska jest krajem o jednym z najwyższych wskaźników samobójstw. W naszym kraju każdego roku ponad 5000 osób rocznie umiera w wyniku samobójstwa. Koszty osobiste, rodzinne, społeczne i ekonomiczne depresji i samobójstw są tak naprawdę niepoliczalne. Usprawnienie opieki nad chorymi na depresję oraz lepsza organizacja pomocy osobom w kryzysie samobójczym powinny przynieść istotną poprawę w tym zakresie.

REALIZACJA NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA W OBSZARZE PREWENCJI SAMOBÓJSTW

Dariusz Poznański

z-ca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia

Problem samobójstw z punktu widzenia realizatora polityki publicznej jest złożony z uwagi na specyficzne i różnorodne uwarunkowania – psychologiczne, zdrowotne, społeczne, ekonomiczne, rodzinne czy też związane z kryzysami psychicznymi, dlatego też w ramach Narodowego Programu Zdrowia podejmowane są działania na rzecz analizy skali tego zjawiska, oraz działania prewencyjne zjawiskom suicydalnym.

Na rzecz wsparcia merytorycznego realizacji Narodowego Programu Zdrowia – w zakresie zadań dotyczących zapobiegania depresji i samobójstwom, pod koniec sierpnia 2016 r. powołany został Zespół roboczy na rzecz zapobiegania samobójstwom i depresji przy Radzie do spraw Zdrowia Publicznego. W jego skład wchodzi specjaliści z różnych dziedzin, którzy na co dzień pomagają osobom w sytuacjach kryzysowych. Prace zespołu stanowią podstawę i inspirację do planowania, wdrażania i oceny skuteczności interwencji ukierunkowanych na zapobieganie samobójstwom w Polsce.

W ramach Narodowego Programu Zdrowia Ministerstwo Zdrowia zleciło w 2016 r. przygotowanie raportu dotyczącego form udzielanej pomocy psychologicznej dla osób doświadczających kryzysu psychicznego – zarówno finansowanej ze środków publicznych w ramach NFZ jak i udzielanej przez organizacje pozarządowe.

Natomiast celem polepszenia dostępności do pomocy osobom będącym w stanie kryzysu psychicznego, od grudnia 2017 r. prowadzone jest przez Fundację ITAKA – Centrum Poszukiwań, Centrum Wsparcia gdzie udzielana jest przez 7 dni w tygodniu, całodobowa i bezpłatna pomoc osobom znajdującym się w stanie kryzysu psychicznego (telefon 800 70 2222), czat i email. W wyznaczonych godzinach w Centrum pełnią dyżury także specjaliści: lekarze psychiatry, psychologowie, prawnicy oraz pracownicy socjalni.

Zakłada się, że prowadzone działania z pewnością przyczynią się do lepszego poznania zjawiska i jego uwarunkowań, a w dłuższej perspektywie do ograniczenia liczby osób dokonujących prób samobójczych i popełniających samobójstwo.

DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ ZESPÓŁ ROBOCZY DS. PREWENCJI SAMOBÓJSTW I DEPRESJI PRZY RADZIE DS. ZDROWIA PUBLICZNEGO MINISTERSTWA ZDROWIA

Krzysztof Ostaszewski

Zespół Roboczy ds. Zapobiegania Samobójstwom i Depresji działa przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego, która wspiera Ministerstwo Zdrowia w realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Dalekosiężnym celem Zespołu jest obniżenie liczby samobójstw w Polsce. Zespół składa się z przedstawicieli towarzystw naukowych, organizacji pozarządowych oraz instytucji państwowych kluczowych dla profilaktyki samobójstw. Inicjatorką powołania Zespołu była dr Iwona Koszewska z Fundacji Cumulus, która wraz z grupą kilku ekspertów, dążyła do wzmocnienia rozproszonych działań różnych środowisk na rzecz profilaktyki samobójstw. Powołanie Zespołu w sierpniu 2016 roku było momentem przełomowym. Dało bowiem ramy i zaplecze instytucjonalne dla działań na rzecz ograniczenia liczby samobójstw, które od dawna były postulowane przez Polskie Towarzystwo Suicydologiczne i inne środowiska eksperckie. Ważną rolę w powołaniu Zespołu i jego bieżących pracach odgrywa wsparcie i przychylność Departamentu Zdrowia Publicznego MZ. Przewodniczącą Zespołu jest Profesor Agnieszka Gmitrowicz z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

W ciągu pierwszego roku działalności Zespół skoncentrował się na trzech priorytetowych zadaniach, które członkowie ocenili jako bardzo potrzebne i zarazem realistyczne. Do nich należały:

1. *Poprawa procesów gromadzenia danych statystycznych dotyczących zachowań samobójczych (samobójstw i prób samobójczych)*
2. *Opracowanie rekomendacji dla mediów dotyczących informowania o samobójstwach i o profilaktyce samobójstw*
3. *Przygotowanie (dostępnej 24h) pomocy online dla osób w kryzysie psychicznym/ suicydalnym*

W ramach pierwszego zadania udało się we współpracy z KGP wprowadzić modyfikacje w formularzu rejestracyjnym KSIP10, za pomocą którego Policja odnotowuje zachowania samobójcze (czyli samobójstwa i próby samobójcze). Zmiany te mogą przyczynić się do bardziej wiarygodnego rejestrowania przez Policję liczby prób samobójczych (określanych do 1 stycznia 2017 roku jako zamachy samobójcze nie zakończone

zgonem). Trwają prace nad opracowaniem spójnego systemu zbierania danych statystycznych dot. zachowań samobójczych, nie tylko przez Policję, ale także przez inne podmioty uprawnione do pozyskiwania informacji o próbach samobójczych (w tym służbę zdrowia). Począwszy od 2018 roku wprowadzono obowiązek rejestrowania prób samobójczych w kartach leczenia szpitalnego w tym psychiatrycznego.

W ramach drugiego zadania przygotowano i szeroko udostępniono materiały dla dziennikarzy dotyczące zasad i dobrych praktyk w przygotowywaniu informacji na temat samobójstw i prób samobójczych. M.in. utworzono wytyczne w postaci Dekalogu Jak pisać i jak nie pisać, które są dostępne na stronach Ministerstwa Zdrowia. Podjęto również próby monitorowania mediów w zakresie sposobów informowania o samobójstwach. Zespół kilkakrotnie interweniował wydając publiczne oświadczenia w kilku przypadkach wyraźnego naruszenia przez media zasad informowania o samobójstwach. Są one dostępne na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego.

W ramach trzeciego zadania Zespół zaproponował przygotowanie w MZ konkursu, którego celem byłoby wyłonienie podmiotu odpowiedzialnego za stworzenie i prowadzenie całodobowego systemu wsparcia dla osób w kryzysie psychicznym. Efektem tych działań było uruchomienie w grudniu 2017 roku całodobowego Centrum Wsparcia dla osób w stanie kryzysu psychicznego, które oferuje pomoc przez telefon 800 70 2222 oraz pomoc online (linia wsparcia.pl.). Centrum Wsparcia prowadzone jest przez Fundację Itaka.

Półtoraroczne doświadczenia Zespołu Roboczego wskazują na potrzebę instytucjonalizacji działań dotyczących merytorycznego i organizacyjnego wspierania zadań wynikających z realizacji celu operacyjnego 3 NPZ, do którego należy profilaktyka depresji i samobójstw. Brak zaplecza biurowego i wsparcia finansowego dla działań eksperckich Zespołu Roboczego w znacznym stopniu ogranicza jego możliwości i skuteczność działania.

Zespół Roboczy zabiega o stworzenie krajowej strategii zapobiegania samobójstwom. W tym celu Zespół wspólnie z MZ i innymi partnerami podjął wysiłek, aby zorganizować I Kongres Suicydologiczny w Łodzi.

STRATEGIA ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM I DEPRESJI JAKO ELEMENT BUDOWANIA ZDROWEGO SPOŁECZEŃSTWA

Agnieszka Gmitrowicz

Przed ogłoszeniem w Polsce **Narodowego Programu Zdrowia** na lata 2016-2020 (NPZ; 16 09 2016) zapobieganie samobójstwom i depresji było ujęte w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Ustawa z dnia 23 07 2008). W chwili obecnej to zadanie jest zapisane w NPZ (rozdz. VII, punkt 2.4) jako element **wieloaspektowej strategii** na rzecz poprawy zdrowia – także zdrowia psychicznego. Szczegółowe opracowanie, wdrożenie i ewaluacja tak zdefiniowanej strategii – **skierowanej do wielu realizatorów i będącej ważnym elementem dobrostanu psychicznego społeczeństwa** – wymaga odwołania się do światowych wytycznych, opartych na dowodach naukowych (WHO 2013, 2014). Punktem wyjścia dla opracowania krajowej strategii powinna być **pełna diagnoza problemu samobójstw**, z uwzględnieniem zróżnicowania regionalnego i czynników ryzyka. Podstawową składową omawianej strategii powinno być **monitorowanie na bieżąco samobójstw, prób samobójczych (PS), zamierzonych samookaleczeń** oraz utworzenie zintegrowanego systemu gromadzenia danych na temat zachowań samobójczych. W Polsce do 2018 r. nie było rejestracji PS w placówkach służby zdrowia. Są one od kilkunastu lat sprawozdawane przez Komendę Główną Policji (KGP), jedynie w sytuacjach kiedy dochodzi do zgłoszenia zdarzenia. W 2016 podjęto działania mające na celu ujednolicenie sprawozdawczości KGP i GUS, niestety poziom rozbieżności jest nadal istotny. To wskazuje na **potrzebę stworzenia centralnego rejestru zachowań samobójczych** (jednoznacznie zdefiniowanych samobójstw, PS), do którego będą wpływać dane nie tylko z obszaru ochrony zdrowia, ale także z obszaru edukacji, pomocy społecznej, czy służb mundurowych. Kolejną składową krajowej strategii, stopniowo wdrażaną w Polsce, jest **współdziałanie z mediami w zakresie odpowiedzialnego raportowania zdarzeń samobójczych**, z uwzględnieniem informacji gdzie można uzyskać pomoc oraz przykładami jak inni poradzili sobie w trudnych sytuacjach lub z myślami samobójczymi. Odrębnym istotnym elementem strategii jest opracowanie centralnego planu **ograniczenia dostępności do metod i miejsc dokonywania aktów autoagresji** (np. toksycznych substancji, czy wysokich niezabezpieczonych platform). W obszarze zdrowia publicznego szczególnie ważny jest **model edukacyjny, związany z: przekazywaniem wiedzy na temat zapobiegania i leczenia depresji, postępowaniem w przypadku stwierdzenia myśli i prób samobójczych oraz kształtowaniem postaw wobec tych zjawisk**. Szkolenie trenerów/ edukatorów celem propagowania tej wiedzy

w różnych środowiskach (np. wśród pracowników opieki zdrowotnej, placówek szkolnych) daje możliwość szerokich oddziaływań. Efektywność działań w tym zakresie będzie zależna m.in. od poziomu merytorycznego opracowanych i aktualizowanych na bieżąco materiałów, jak i przygotowania edukatorów. W przypadkach wystąpienia ryzyka samobójczego **osoby potrzebujące pomocy, znajdujące się w ostrym kryzysie, powinny mieć zapewniony szybki dostęp do specjalistycznej pomocy: psychiatrycznej, psychologicznej, kryzysowej**, w placówkach odpowiednio do tego przygotowanych. Efektywność tych oddziaływań w skali społeczeństwa będzie w dużej mierze zależna nie tylko od równomiernego i stałego dostępu do specjalistycznych placówek, ale także od dobrze funkcjonującej pomocy telefonicznej i internetowej (pomoc online). Jedną z bardziej dostępnych form zapobiegania samobójstwom, szczególnie wśród nastolatków, mogą stanowić współczesne media, poprzez łatwy dostęp do informacji typu: gdzie uzyskać pomoc, jak informować o kryzysie samobójczym (np. mobilne aplikacje na smartfony, czy strony pomocowe w Internecie). Istotnym elementem prewencji samobójstw jest też **postwencja**, czyli objęcie aktywną opieką osób po samobójczej śmierci kogoś bliskiego oraz osób które dokonały próby samobójczej, a także **przeciwdziałanie stygmatyzacji tych osób**.

Warunkiem prawidłowej oceny efektywności opisanych działań prewencyjnych w ramach krajowej strategii jest rzetelna, całościowa diagnoza dla Polski i poszczególnych regionów w zakresie częstości występowania zachowań samobójczych, w zależności od różnych czynników ryzyka, oparta na zintegrowanym systemie gromadzenia danych oraz ciągła ewaluacja prowadzonych działań.

Drugim istotnym warunkiem jest interdyscyplinarny i międzysektorowy charakter działań profilaktycznych. Doświadczenia na świecie wskazują, że skuteczna profilaktyka samobójstw (zjawiska o złożonej etiologii) wymaga zaangażowania większości resortów, jednostek samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowych i wspólnot religijnych.

SESJA II

SUICIDE PREVENTION IN INTERNATIONAL CONTEXT: PROGRESS AND CHALLENGES

Professor Ella Arensman,

Research Professor, School of Public Health,

Chief Scientist, National Suicide Research Foundation, University College Cork

WHO Collaborating Centre for Surveillance and Research in Suicide Prevention

Past President, International Association for Suicide Prevention

Visiting Professor, Australian Institute for Suicide Research and Prevention

This lecture will provide a global overview of suicide prevention activities and national programmes, with emphasis on developments following the publication of the WHO Report: Suicide Prevention: A Global Imperative (WHO, 2014). In a growing number of countries, pro-active steps have been taken towards developing a first or second national suicide prevention strategy, including countries with major political and socio-economic challenges.

In a global survey conducted by the International Association for Suicide Prevention and the World Health Organization, information was obtained on the presence, development (plans) and evaluations of suicide prevention strategies, funding and other resources, and specific suicide prevention activities, surveillance of suicide and attempted suicide, and legal status of suicide. In nearly two thirds of the responding countries, suicide was perceived to be a significant public health concern. In one third of the countries a comprehensive national strategy or action plan was adopted by the government. Reported challenges in developing and implementing national suicide prevention programmes include criminalisation of suicide, insufficient resources, ineffective co-ordination, lack of enforcement of guidelines, limited access to surveillance data on suicide and attempted suicide/self-harm), and lack of independent evaluations. Even though a growing number of countries have implemented (fully or partly) a national suicide prevention programme, in many countries the area of suicide prevention requires to be prioritised by Health Ministers, policy makers and relevant stakeholders. The number of national suicide prevention programmes that have been evaluated is limited. Therefore, a more integrative approach towards implementation and evaluation should be adopted. Examples will be presented of countries

that are currently developing a first and second national suicide prevention programme.

THE GERMAN NATIONALS SUICIDE PREVENTION PROGRAM – CURRENT SITUATION AND DEVELOPMENTS

**Schneider Barbara^{1,2}, Lindner Reinhard³, Rujescu Dan⁴,
Giegling Ina⁴, Fiedler Georg⁵**

¹ Department for Psychiatry and Addiction Disorders, LVR-Clinic Köln, Cologne, Germany;

² Faculty of Medicine, Goethe University Frankfurt, Germany,

³ Institute for Social Work, University Kassel, Germany;

⁴ University-Clinic for Psychiatry and Psychotherapy and Psychosomatics, Martin-Luther-University Halle/Wittenberg, Germany;

⁵ University-Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Hamburg-Eppendorf, Germany

The German National Suicide Prevention Program (Nationales Suizidpräventionsprogramm, NaSPro) started in 2002 as an initiative of the German Association for Suicide Prevention (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, DGS). NaSPro is organized as a broad and integrative approach, acknowledging that suicide prevention must include experts and practitioners from different fields, survivors' organizations, representatives of political, religious and other organizations. In total, more than 90 organizations support the NaSPro. It is embedded in national and international structures.

NaSPro is structured on a horizontal level targeting specific risk groups and on a vertical level comprising specific interventions. It is made up of an expert group of experts, an independent scientific board and several task forces. All participants are volunteers.

NaSPro has organized a lot of meetings and (press) conferences and has published scientific articles, training material and statements. The multiple activities are continuing, e. g. in 2017 members of several task forces applied for a grant for "Suicide Prevention Germany". This project is funded by the German government; the results will be presented in 2020.

6 YEARS OF EXPERIENCE WITH THE AUSTRIAN SUICIDE PREVENTION PROGRAM SUPRA

Prof. Nestor D. Kapusta

Since initiated in the year 2012, the Austrian Suicide Prevention Program, led by the Austrian Ministry of Health, has accomplished several important aims so far.

Although SUPRA is still underfinanced, numerous activities have been started and many existing bottom-up initiatives have been bundled into a larger framework of aims and tasks within SUPRA. Also, several experiences with involved stakeholders are to be shared and strategies recommended to avoid mistakes in similar endeavours in other countries. In general, for the establishment of a national suicide prevention program (1) a long-term and short-term perspective is recommended, (2) aims should be prioritized along feasible tracks and existing political health care plans, (3) the involvement of stakeholders should be coordinated by neutral moderators of task forces and (5) financial frameworks should be clarified to avoid competition and unrealistic expectations. However, not all evidence based suicide preventive efforts are resource intensive, thus opening possibilities to cooperate and strengthen suicide prevention even in economically hard times. Finally, international cooperation and orientation along existing models and programs helps to speed up the process of implementation and allows to reduce the burden to develop all interventions from the scratch, although adaptation of program parts for the own country seem likely necessary.

NATIONAL SUICIDE PREVENTION APPROACHES IN THE NETHERLANDS: THE JOURNEY TOWARDS THE TIPPING POINT.

Jan Mokkenstorm,

psychiatrist/psychotherapist

In 2014 the Netherlands started the national suicide prevention agenda. This agenda involves 4 domains of action and more than 20 stakeholders in society and healthcare. It is coordinated by 113 Suicide Prevention, the Dutch center of expertise. Inspired by the Zero Suicide movement that recognizes suicide prevention as a (patient) safety challenge, 113 applies key concepts derived from safety science to develop an engaging and action oriented strategy. Suicide prevention requires a multilevel and

network approach, in which evidence-based interventions are combined to produce synergistic effects. These interventions include restriction of lethal means; training of professionals and gatekeepers; improving health care performance by guideline implementation and training; media campaigns; and targeting hard to reach high-risk populations. The most important barrier to suicide prevention is the current mindset of resigned acceptance of suicide. This views suicide as an inevitable outcome of human suffering. While this mindset may provide consolation and a (false) sense of safety it also paralyses professionals, leaders and policy makers to undertake rational action to prevent more suicides. Using narratives, networks and numbers 113 has been able to develop momentum in Dutch society and healthcare. The Netherlands is moving towards a tipping point in suicide prevention. Pessimistic, passive acceptance is making way for hopeful and rational action to prevent more suicides every day. More and more stakeholders are no longer asking: how can we not have more suicides than last year? They are asking: how can we have no suicides at all? The journey towards a country where no one dies alone or in despair by suicide has started.

SESJA III

ZMIANY W FUNKCJONOWANIU PODSTAWOWEJ PSYCHIATRYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RAMACH PILOTAŻU CENTRÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Marek Balicki

Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego w Warszawie,

II Klinika Psychiatryczna WUM

Samobójstwa są czułym wskaźnikiem integracji społecznej i miarą więzi społecznych. Odpowiedni dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej i możliwość podejmowania wczesnej interwencji sprzyja zapobieganiu samobójstw. Systemową odpowiedzią na te wyzwania jest środowiskowy model opieki psychiatrycznej. Jego upowszechnienie jest jednym z głównych celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.

Termin psychiatria środowiskowa (*community psychiatry, Gemainde Psychiatrie*) oznacza silny związek z lokalną wspólnotą społeczną, która może być adresatem skutecznych oddziaływań również w zakresie działań prewencyjnych samobójstw. Mamy już polskie przykłady takich udanych programów (np. program autorski „Aby halny nikogo nie zabrał”). Środowiskowa opieka psychiatryczna odnosi się do trzech poziomów: centrów zdrowia psychicznego (CZP); systemów wsparcia społecznego i przywracania uczestnictwa społecznego (nauka, praca, relacje). Do jej podstawowych zasad należą m. in.: obowiązek opieki nad lokalną społecznością określoną terytorialnie (miasto, dzielnica, powiat, deinstytucjonalizacja (i deprofesjonalizacja), ciągłość i koordynacja, wielostronność, ukierunkowanie na potrzeby oraz prewencja i wczesna interwencja.

Podstawowym rozwiązaniem organizacyjnym będzie lokalne CZP. Wprowadzenie tego rozwiązania na terenie całego kraju zostanie poprzedzone trzyletnim programem pilotażowym w ponad 40-stu ośrodkach, który rozpocznie się w lipcu 2018 r. W strukturze CZP będzie zapewniona pomoc: doraźna, ambulatoryjna, dzienna, szpitalna i środowiskowa (domowa). CZP będzie obejmować populację 50-150 tys. (nie więcej niż 200 tys.). Odpowiedzialność terytorialna oznacza zobowiązanie do objęcia pomocą każdego zgłaszającego się dorosłego mieszkańca obszaru działania (z wyj. uzależnień). Na każde 80 tys. mieszkańców będzie przypadał jeden Punkt Zgłoszeniowo-Koordynacyjny (PZK). Rozpoczęcie terapii w przypadkach pilnych będzie musiało rozpocząć się w ciągu 72 godzin od zgłoszenia. CZP będzie finansowane w postaci corocznie waloryzowanego ryczałtu na populację stanowiącego iloczyn określonej stawki i liczby dorosłych mieszkańców. Nie będzie zależności między liczbą porad, wizyt i osobodni a wielkością budżetu.

Do wskaźników realizacji pilotażu zaliczono m. in.: ocenę jakości i dostępności świadczeń, przeciętną liczbę dni od zgłoszenia się świadczeniobiorcy w PZK do kontaktu z lekarzem zapoczątkowującego proces diagnostyczny oraz plan terapii i zdrowienia oraz liczbę samobójstw na obszarze działania centrum w okresie roku. Upowszechnienie formy organizacyjnej w postaci CZP ma nastąpić po zakończeniu pilotażu.

ROLA KOŚCIOŁA KATOLICKIEGO W PREWENCJI SAMOBÓJSTW

ks. dr hab. Jan Wolski

Medycyna, pomimo ogromnego postępu w leczeniu wielu chorób i coraz doskonalszych środków technicznych, niestety wciąż pozostaje bezradna w konfrontacji z niektórymi chorobami. Jesteśmy często bezradni wobec tych przypadków, które nieuchronnie prowadzą do śmierci. Inaczej jednak ma się sprawa z samobójstwami. Kiedy odnotowujemy przerażającą i wciąż rosnącą skalę tego zjawiska, nikt z nas nie może przejść obojętnie wobec tego problemu. W tym przypadku już nie jesteśmy bezradni. Dlatego tak istotne jest poszukiwanie najskuteczniejszych środków zapobiegania aktom agresji w odniesieniu do własnego życia.

Prewencję w dziedzinie samobójstw podzieliłbym na trzy etapy. Pierwsza z nich to prewencja pierwszego stopnia, ogólna, można ją nazwać generalną. W tym mieści się także swego rodzaju wczesne rozpoznawanie obszarów zagrożeń. Prewencja drugiego stopnia, bezpośrednia, czyli ta w bliskości podjęcia decyzji samobójczej. I wreszcie prewencja trzeciego stopnia mająca na celu zapobieganie kolejnym próbom samobójczym.

Wszystkie ww. stopnie wymagają poznania złożonej etiologii zachowań samobójczych, aby można było przyjąć ze skuteczną pomocą w tych kryzysowych sytuacjach. A każda z nich jest głośnym, choć najczęściej ukrytym, wołaniem o pomoc.

Celem niniejszego wystąpienia będzie próba ukazania tych działań Kościoła katolickiego, które wpisują się w dziedzinę prewencji samobójstw i to w wymienionych wcześniej jej trzech etapach. Ma to swoje także naukowe uzasadnienie, ponieważ wiele badań wskazuje na istotny wpływ religii na zachowania suicydalne.

ROLA JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W PREWENCJI SAMOBÓJSTW I DEPRESJI

Justyna Felcenloben

Rola jednostek samorządu terytorialnego w prewencji depresji i samobójstw zostanie przedstawiona na przykładzie województwa łódzkiego i działań finansowanych z budżetu Samorządu Województwa Łódzkiego.

Ochrona i wspieranie zdrowia psychicznego jest jednym z kluczowych kierunków polityki zdrowotnej Województwa Łódzkiego. Samorząd Województwa Łódzkiego podejmuje działania zgodnie z zapisami Narodowego Programu Zdrowia oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, a także wynikające bezpośrednio z dokumentów tworzonych na poziomie regionalnym – Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 oraz Regionalnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Łódzkiego na lata 2017-2022.

Podczas prezentacji zostaną przedstawione przykładowe działania związane z profilaktyką depresji i samobójstw podejmowane z inicjatywy Samorządu Województwa Łódzkiego w ostatnich latach.

Jednym z nich jest „Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla dzieci i młodzieży”. Program wdrożono w 2010 r. jako „Program zapobiegania zaburzeniom depresyjnym dla uczniów kl. VI szkół podstawowych”. W późniejszych latach skierowany był do populacji w wieku 11-17 lat.

W ramach Programu realizowano badania przesiewowe wystandaryzowanym kwestionariuszem (celem identyfikacji u dzieci cech predysponujących je do wystąpienia zaburzeń depresyjnych), warsztaty (8 dwugodzinnych spotkań obejmujących m.in.: trening umiejętności społecznych, techniki radzenia sobie ze stresem oraz psychoedukację z zakresu zaburzeń depresyjnych) oraz ponowną ocenę stanu psychicznego dziecka po warsztatach (przy użyciu tego samego narzędzia).

Program uzyskał warunkowo pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W ciągu 7 lat realizowało go ok. 30 placówek z 7 powiatów województwa. Przebadano 3.320 nastolatków i zorganizowano 79 cykli warsztatów, w których uczestniczyły 822 osoby.

W 2017 roku, dla którego Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ustanowiła tematem przewodnim problematykę zaburzeń zdrowia psychicznego, Województwo Łódzkie zorganizowało cykl przedsięwzięć, stanowiących jednocześnie realizację Narodowego Programu Zdrowia. Są to:

- „Łódzkie dla Światowego Dnia Zdrowia: Depresja – porozmawiajmy o niej” - akcja realizowana w ramach obchodów „Światowego Dnia Zdrowia”, którego tematem przewodnim w 2017 r. była depresja. Adresatami byli dorośli mieszkańcy województwa.

W ramach akcji przeprowadzono konsultacje psychologiczne oraz upowszechniono informacje w Internecie oraz w mediach społecznościowych na temat problematyki depresji. W ramach całego zadania z konsultacji psychologicznych skorzystało 830 osób.

- „Łódzkie ma pomysł na zdrowie – Utrzymaj równowagę 60+” - Działanie adresowane było do mieszkańców województwa łódzkiego w wieku 60 lat i więcej. W ramach projektu oferowano 8 zajęć z zakresu gerontoprofilaktyki ruchowej obejmujących: edukację zdrowotną dotyczącą m.in.: wpływu aktywności fizycznej na zdrowie seniora, w tym na jego zdrowie psychiczne i umacnianie sprawności funkcji poznawczych oraz część praktyczną (ćwiczenia fizyczne). Projekt był realizowany przez doświadczonych instruktorów rekreacji ruchowej, przy wsparciu gerontologa. W spotkaniach wzięły udział 133 osoby w wieku 60 – 93 lata.

- „Łódzkie ma pomysł na zdrowie – Utrzymaj równowagę. Warsztaty”. Adresatami byli dorośli mieszkańcy województwa łódzkiego. Projekt obejmował przeprowadzenie warsztatów psychologicznych w zakresie 4 obszarów: emocje, komunikacja interpersonalna, stres, poczucie własnej wartości. W ramach zadania zorganizowano 59 warsztatów (dla 694 osób).

- „Łódzkie ma pomysł na zdrowie - warsztaty edukacyjno-rozwojowe dla dzieci i młodzieży”. Działanie było skierowane do dzieci i młodzieży w wieku 11-17 lat z terenu województwa łódzkiego. Zadanie polegało na przeprowadzeniu konsultacji z psychologiem i warsztatów edukacyjno-rozwojowych, obejmujących 5 obszarów (emocje, myśli i zachowania; relacje społeczne i podstawy komunikowania się; konflikty i sposoby ich rozwiązywania; stres – radzenie sobie w sytuacjach stresujących; wyznaczanie i osiąganie celów, marzenia, plany).

W projekcie wzięło udział 116 osób oraz zorganizowano 40 dwugodzinnych zajęć warsztatowych (8 cykli).

PROFILAKTYKA SAMOBÓJSTW W MEDIACH

Anna Baran, Krzysztof Ostaszewski

Profilaktyka w mediach wymieniana jest przez Światową Organizację Zdrowia (2014) jako istotna składowa krajowych strategii zapobiegania samobójstwom. Działania profilaktyczne, które dotyczą treści przekazów medialnych na temat samobójstw, należą do interwencji o największym zasięgu społecznym. Media mogą angażować się w profilaktykę prezentując czynniki ryzyka samobójstw, czyli potencjalne zagrożenia i sposoby radzenia sobie z nimi. Mogą wzmacniać u odbiorców czynniki ochronne ukazując osoby, którym plan kryzysowy / plan na przetrwanie niesprzyjającego okresu, pomógł poradzić sobie w sytuacji z pozoru bez wyjścia, np. X zadzwonił po pomoc i to uratowało mu życie. Ważne jest nagłaśnianie historii o tym, jak osobie prywatnej, organizacji lub instytucji, udało się pomóc innej osobie w kryzysie psychicznym wywołanym np. problemami zdrowotnymi, ekonomicznymi, problemami w relacjach i innymi trudnymi sytuacjami życiowymi. Takim kryzysom towarzyszą niekiedy myśli samobójcze. Media pokazując jak dana osoba je przezwyciężyła sama lub z pomocą innych, dają nadzieję, która nierzadko jest najważniejszym ratującym życie lekarstwem.

W sierpniu 2016 roku zaczęła działać Grupa ds. mediów przy Zespole Roboczym ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia (GM ZR). Przez ten czas GM ZR utworzyła polskie wytyczne w postaci „Dekalogu dla mediów” pt. „Jak pisać i jak nie pisać”, które są dostępne na stronach Ministerstwa Zdrowia. Interweniowała w związku ze zjawiskiem Niebieskiego Wieloryba i filmem „13 powodów”, a także wobec wybranych przypadków przedstawiania samobójstw w mediach w sposób potencjalnie szkodliwy i niezgodny z zaleceniami polskimi i Światowej Organizacji Zdrowia (<http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/oswiadczenie-zespołu-ds-prewencji-samobojstw-i-depresji-w-sprawie-dyskusji-medialnej-wokol-samobojczej-smierci-nastolatka/>).

Oprócz Ministerstwa Zdrowia, także GM ZR prowadziła monitoring mediów w Polsce. Z tego monitoringu wynika, że pomimo tego, że wzrosła świadomość pracowników mediów co do ich istotnej roli w zapobieganiu samobójstwom, to nadal niektóre rodzaje samobójstw są eksponowane w sposób, który może się przyczyniać do zwiększenia ich nasilenia. Szczególnie groźne są powtarzające się, opisy samobójstw rozszerzonych, gdy członek rodziny odbierając sobie życie pozbawia życia inne osoby. Japończycy nadali tym samobójstwom określenie shinju (morderstwo-

-samobójstwo). Na ich częstotliwość mogą wpływać opisy medialne. Tym opisom w Polsce, podobnie jak innym publikacjom na temat samobójstw nie towarzyszy opis, w jaki sposób podobnej tragedii można było uniknąć. Jedynie bardzo nieliczne redakcje świadome wagi problemu decydują się na podawanie numeru telefonu lub linku do strony internetowej, na której można uzyskać pomoc kryzysie psychicznym. Przykładem tego jak taki opis może wyglądać można znaleźć w artykułach dotyczących samobójstw publikowanych przez Fakt24.pl (po spotkaniu z przedstawicielami GM ZR w styczniu 2017 roku).

Ludzie w kryzysach samobójczych, szczególnie mężczyźni, wykazują ograniczoną zdolność do korzystania z pomocy, ale badania ukazują, że to można zmienić dzięki odpowiedniej „reklamie” pomocy, dzięki której jej szukanie i przyjmowanie w okresie kryzysu z myślami samobójczymi, będzie równie oczywiste jak szukanie pomocy w przypadku objawów zawału serca czy udaru mózgu. Samobójstwa są przyczyną przedwczesnej umieralności, powodują cierpienia bliskich osób, ale także wiążą się z dużymi i niepotrzebnymi kosztami z kieszeni podatników. Te wszystkie powody uzasadniają konieczność działań profilaktycznych, także tych kulturowych, w skład których wchodzi oddziaływanie medialne. Działania profilaktyczne nie są zarezerwowane tylko dla polityków, pracowników służby zdrowia, policji czy opieki społecznej. Aby pomóc pracownikom mediów w przekazywaniu społeczeństwu informacji z zakresu prewencji samobójstw, konieczne jest prowadzenie monitoringu mediów w tym zakresie, dokonywanie analiz publikowanych treści pod kątem zapobiegania, reagowanie na treści sprzyjające zwiększaniu liczby niepotrzebnych ludzkich tragedii, współpraca z redakcjami na zasadzie partnerstwa i wspólnej odpowiedzialności za słowo i obraz. Konieczne jest także zauważanie i docenianie artykułów, filmów, grafik o wyjątkowej treści prewencyjnej i ich wyróżnianie. Niezbędne jest wydanie materiałów pomocowych dla mediów, tak aby znalazły się one w każdej redakcji. Edukacja w tym zakresie powinna być nieodłącznym elementem studiów dziennikarskich i filmowych. Także osoby udzielające wywiadów powinny zapoznać się z zasadami prewencji samobójstw w mediach. Dodatkowo pracownicy mediów powinni mieć możliwość skontaktowania się z ekspertem z zakresu suicydologii celem uzyskania wywiadu lub porady przy publikacjach lub produkcjach filmowych poruszających temat zachowań samobójczych i autodestrukcyjnych. To tylko niektóre z propozycji dotyczących tego, jak zwiększyć prewencyjne oddziaływanie słowa, dźwięku i obrazu.

SESJA IV

ZAGADNIENIA PRAWNE W PREWENCJI SAMOBÓJSTW

prof. Andrzej Bałandynowicz

*Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa, Suicydologicznego
Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka w Warszawie*

Porządek prawny oparty na postantropologii, reifikacji i paradygmacie technokratycznego stylu życia stwarza klimat do pojawienia się w społeczeństwie zachowań autodestrukcyjnych jako odpowiedzi na dyskomfort psychosomatyczny człowieka.

1. Prawo jako składnik kultury
2. Prawo jako drogowskaz życia
3. Emblematyczność prawa
4. Prawo wsparte na sumieniu adresowane do świata kultury
5. Apologia prawa

STRATEGIE ODDZIAŁYWAŃ W PROFILAKTYCE ZACHOWAŃ AUTODESTRUKCYJNYCH

dr hab. prof. UJK Anna Kieszkowska

*Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach; Członek Zespołu Towarzystwa Higieny
Psychicznej w Warszawie*

Wystąpienie ma na celu omówienie następujących zagadnień:

1. Profilaktyka społeczna i jej założenia prewencyjne w zakresie zachowań autodestrukcyjnych.
2. Etapy diagnozy i wdrażania strategii.
3. Środowisko życia człowieka a poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji.
4. Czy wystarczy wyposażyć społeczeństwo w formy oddziaływań profilaktycznych?
5. Aktualne potrzeby wspomagania dzieci, młodzieży i dorosłych w profilaktyce zachowań autodestrukcyjnych.

ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM WSRÓD FUNKCJONARIUSZY SŁUŻBY WIĘZIENNEJ I OSADZONYCH W POLSKICH ZAKŁADACH PENITENCJARNYCH

Dr n. med. Marian Kopciuch

Środowisko więzienne jest środowiskiem zdecydowanie stresorodnym. Badania wykazują, że do stresu zawodowego funkcjonariuszy więziennych przyczyniają się: zmiany systemu wykonywania kary pozbawienia wolności, zmienność pracy, stopień zabezpieczenia zakładu, postawy przełożonych do podwładnych, wskaźnik przeludnienia więziennego, rozmiar przemocy wewnątrz więziennej, liczba więźniów wykazujących zaburzenia psychiczne oraz charakter wykonywanej pracy w zakładzie. Wśród objawów stresu zawodowego funkcjonariuszy więziennych wymienia się najczęściej: zaburzenia snu, skargi somatyczne, chroniczne zmęczenie, przykre stany emocjonalne, koncentrację na swoich dolegliwościach, uporczywe myślenie o swojej sytuacji zawodowej oraz narastająca niechęć do swego miejsca pracy i zawodu. Faza objawiająca się obniżeniem jakości pracy, agresją, walką z wrogiem, którym jest praca, w efekcie brak satysfakcji z niej, z towarzyszącą niechęcią do ludzi, izolowaniem się, ucieczkami w chorobę, absencje lub rezygnację z zawodu, sięganiem po leki, alkohol, a w skrajności - **po zamachy samobójcze**. Paradoksalnie w 2005 r. współczynnik samobójstw wśród funkcjonariuszy SW był wyższy niż współczynnik samobójstw wśród osadzonych!

Zapobieganie samobójstwom wśród funkcjonariuszy SW / profilaktyka wg J. Nawoja

- Świadomy wybór zawodu funkcjonariusz więziennego przy wsparciu poradnictwa zawodowego i preorientacji zawodowej
- Wykorzystanie zasobów psychologicznych w procesie doboru kadry więziennej na stanowiska, które wymagają permanentnego kontaktu z podopiecznymi
- a) cech osobowości istotnych w procesie opanowania stresu
- b) prospołecznej motywacji wykonywania zawodu funkcjonariusz służby więziennej sprzyjającej pokonywaniu trudności związanych z wykonywaniem zawodu oraz zapobiegającej depersonalizacji podmiotów interakcji zawodowej
- Edukacja uprzedzająca nowo przyjętych funkcjonariuszy i kandydatów do służby z zakresu stresu zawodowego i strategii modyfikowania go
- Edukacja kadry kierowniczej, kształcenia u niej specjalistycznych kom-

petencji i umiejętności zarządzania m.in. tworzenia klimatu współpracy, wzajemnej pomocy, otwartości komunikowania się

➤ Stworzenie funkcjonariuszowi możliwości konsultacji i rozwiązywania problemów emocjonalnych z psychologiem w pracy

W zakładach penitencjarnych, w których przebywają osadzeni, wskaźnik samobójstw wśród **skazanych** jest średnio trzykrotnie wyższy, a spośród **tymczasowo aresztowanych** średnio 7-10 razy wyższy niż w społeczeństwie. Uzasadnionym wydaje się opracowanie programu długofalowego oddziaływania w stosunku do osadzonych zaliczonych do tzw. **grupy zwiększonego ryzyka (grr)**.

Metoda i wyniki: Na podstawie literatury wyodrębniono grupę czynników psychospołecznych mających istotną rolę w kształtowaniu się zamiaru samobójczego u osadzonych: wskaźnik patologii rodzinnej i społecznej, niski poziom wykształcenia i niezadawalające warunki materialne, zaburzenia osobowości, zachowania antysocjalne, nadużywanie alkoholu, uzależnienie od opiatów, akty autoagresji.

Dyskusja: O ile w rozpoznawaniu motywacji i przyczyn samobójstw udział psychiatrii jest znaczny, o tyle w samej profilaktyce działania są nadal nie wystarczające. Tym bardziej gdy dotyczy to tak specjalistycznej instytucji jak więzienie.

Wnioski: od czasu wdrożenia harmonogramu przedsięwzięć zapobiegających zamachom autoagresywnym i samobójczym zmniejszyła się liczba samobójstw w zakładach penitencjarnych w Polsce.

INICJATYWY POZARZĄDOWE W PREWENCJI SAMOBÓJSTW

mgr Jolanta Palma

Prezentacja zawiera ogólne informacje na temat skali i zasięgu działania NGO w Polsce oraz przegląd poszczególnych inicjatyw trzeciego sektora w prewencji samobójstw. Przywołane są one w kontekście trzech strategii oddziaływania, które zakładają podejmowanie zintegrowanych działań zapobiegających samobójstwom: uniwersalnych (skierowanych do całej populacji), wybranych (skupiających się na grupach ryzyka, np. dzieci i młodzież) i specyficznych (skoncentrowanych na osobach szczególnie narażonych na popełnienie samobójstwa). Przytoczone przykłady

obejmują zarówno projekty Ministerstwa Zdrowia realizowane przez organizacje samorządowe w ramach konkursów Narodowego Programu Zdrowia, jak i te przeprowadzane we współpracy z innymi podmiotami, również w ramach wolontariatu.

CZEGO NIE WIEMY O DZIECIACH PLANUJĄCYCH SAMOBÓJSTWO? ROLA TELEFONU ZAUFANIA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY 116 111 W ZAPOBIEGANIU SAMOBÓJSTWOM DZIECI W POLSCE

Lucyna Kicińska

odpowiada m.in. za działanie Telefonu Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111 oraz Telefonu dla Rodziców i Nauczycieli w sprawie Bezpieczeństwa Dzieci 800 100 100. Członkini Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego.

Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży prowadzony przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę to jedyny, anonimowy i bezpłatny telefon pomocowy dla dzieci w Polsce. Od listopada 2008 roku ze wsparcia konsultantów skorzystało ponad 1 mln 100 dzieci. 116111 to miejsce, do którego trafiają dzieci, które nie mają możliwości korzystania z pomocy w swoim otoczeniu, te, które z różnych przyczyn nie chcą prosić o wsparcie osób, które znają, oraz takie, dla których oferowana lokalnie pomoc okazała się nieskuteczna. Zbierane i rejestrowane przez konsultantów 116 111 informacje o problemach dzieci stanowią od wielu lat soczewkę umożliwiającą poznawanie zagrożeń bezpieczeństwa dzieciństwa i śledzenie niepokojących trendów społecznych.

Od 2016 roku problemy dotyczące zdrowia psychicznego są najczęstszymi tematami kontaktów dzieci z konsultantami 116 111. Z roku na rok rośnie liczba dzieci, które każdego dnia deklarują zmaganie się z myślami samobójczymi. W 2014 roku było ich 5, w 2017 już 8. Od kiedy Telefon 116 111 dostępny jest również w nocy (1.01.2018 r.), sytuacja jest jeszcze bardziej dramatyczna – o chęci odebrania sobie życia konsultanci słyszą i czytają średnio 13 razy każdego dnia.

W trakcie wystąpienia przedstawione zostaną doświadczenia konsultantów Telefonu Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111 w pracy z dziećmi, które planują odebranie sobie życia. Szczególny nacisk zostanie położony na omówienie najczęstszych problemów współwystępujących z myślami samobójczymi, oraz przybliżenie wypracowanego w Telefonie 116 111

modelu pracy z dziećmi, które deklarują chęć popełnienie samobójstwa.

INTERWENCJA KRYZYSOWA W SYTUACJI ZAGROŻENIA ŻYCIA WG PROCEDURY CISM ZALECANEJ PRZEZ ONZ

mgr Tomasz Bilicki

Ośrodek Wsparcia i Interwencji Fundacji Innopolis

Interwencja kryzysowa to pierwsza pomoc psychologiczna w sytuacji kryzysu i przeżytej traumy. Jest to działanie doraźne, krótkoterminowe, zmierzające do udzielenia natychmiastowej pomocy osobom znajdującym się w sytuacji kryzysowej. Klasyczny model interwencji kryzysowej polega na zapewnieniu wsparcia emocjonalnego, poczucia bezpieczeństwa, zredukowaniu lęku. W interwencji kryzysowej istotne jest empatyczne, a zarazem praktyczne odpowiedzenie na potrzeby osoby w kryzysie.

W Polsce dominuje tradycyjny, sześćoetapowy model interwencji kryzysowej. W Stanach Zjednoczonych przedstawiciele wielu służb pracują w oparciu o model CISM (Critical incident stress management), upowszechniany przez The International Critical Incident Stress Foundation, rekomendowany przez Organizację Narodów Zjednoczonych.

CISM ma na celu pomóc ludziom radzić sobie z traumą po kryzysowym wydarzeniu. Innowacyjność modelu polega na tym, że interwencja kryzysowa ma charakter branżowy, a często równieśniczy. Korzystać z niego mogą nie tylko uczestnicy lub świadkowie zdarzeń wywołujących traumę, ale również służby interwencyjne i pomocowe (np. policja, straż pożarna, ratownictwo medyczne, służba zdrowia, oświata). Celem CISM jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i szybkie przywrócenie do normalnego poziomu funkcjonowania.

Interwencja kryzysowa jest ważną metodą o charakterze prewencyjnym. Młodzi ludzie przeżywający kryzys, pozbawieni wsparcia, próbują pomóc sobie korzystając ze środków psychoaktywnych lub samouszkodzając się. Przeprowadzono wiele badań wskazujących na skuteczność interwencji kryzysowej – jak podaje dr George Everly z The Johns Hopkins University, dobrze przeprowadzona interwencja ogranicza znacząco destrukcyjne zachowania.

WARSZTATY

UZALEŻNIENIA JAKO CZYNNIK RYZYKA SAMOBÓJSTW

Marek Grondas

*Stowarzyszenie MONAR. Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień w Łodzi
Specjalista terapii uzależnień, kierownik Poradni Profilaktyki, Leczenia
i Terapii Uzależnień Stowarzyszenia Monar w Łodzi, superwizor Stowarzyszenia
Monar, autor i trener programów szkoleniowych w obszarze psychoedukacji,
pracy wychowawczej i psychokorekcyjnej.*

Przyczyny tendencji suicydalnych osób uzależnionych; Postawy wobec samobójstwa jako czynnik wpływający na efektywność pomocy osobom uzależnionym o tendencjach suicydalnych; Kierunki pracy z osobami uzależnionym o tendencjach suicydalnych

STRESZCZENIA - sesja plakatowa

Opracowanie: Katarzyna Pałka-Szafranec, Rafał Szmajda

OCENA RYZYKA SAMOBÓJCZEGO W PRZEBIEGU PRACY PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ

**mgr Klaudia Sójta¹, lek. med. Anna Skowrońska¹,
dr hab. n. med. Dominik Strzelecki¹, mgr Paulina Żuchowicz²**

¹ Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,

² Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Samobójstwo jest zjawiskiem wieloaspektowym i obejmującym różne płaszczyzny funkcjonowania jednostki. Powszechnie akceptowane definicje samobójstwa wskazują na jego intencjonalność, co oznacza, że akt samobójczy poprzedza pojawienie się w sferze poznawczej treści o charakterze samobójczym. Według różnych szacunków uznaje się, że ponad 90 % samobójstw popełniły osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne, w tym przeważającą grupę stanowią zaburzenia afektywne. W praktyce klinicznej myśli samobójcze są zatem stosunkowo częstym problemem, który wymaga rutynowego monitorowania. Adekwatne oszacowanie oraz systematyczna ewaluacja ryzyka samobójczego pacjentów pozostających w relacji psychoterapeutycznej są nie tylko nieodzownymi elementami tworzenia bezpiecznej przestrzeni współpracy, ale także warunkują odpowiednie dostosowanie interwencji terapeutycznych. Wczesna identyfikacja myśli samobójczych może zapobiegać progresji w kierunku ich realizacji.

Celem niniejszej pracy jest dokonanie przeglądu aktualnego stanu wiedzy na temat mechanizmów leżących u podstaw zachowań samobójczych. Przedstawione zostaną także propozycje interwencji terapeutycznych i rozwiązań kontraktowych służących minimalizacji ryzyka progresji myśli samobójczych do zachowań samobójczych.

„ZANIM POPEŁNIĘ SAMOBÓJSTWO ...”
 - SPECYFIKA SAMOBÓJSTW ROZSZERZONYCH
Magdalena Mól, Maria Wójcik

Prezentacja poruszać będzie problematykę samobójstwa rozszerzonego. Dokonane zostanie zdefiniowanie tego pojęcia na podstawie dostępnej literatury. Przedstawiona będzie charakterystyka samobójstwa poagresywnego i wyszczególnione zostaną istotne motywy przyczyniające się do popełniania tego rodzaju samobójstwa. Kolejna część poświęcona będzie przykładom samobójstw rozszerzonych oraz danym statystycznym dotyczącym liczby tego rodzaju samobójstw na tle ogólnej liczby śmierci samobójczych (zarówno w Polsce jak i na świecie). Na koniec omówiona zostanie problematyka samobójstw rozszerzonych w rodzinach policyjnych i przedstawione zostaną nietypowe zdarzenia związane z wystąpieniem samobójstwa poagresywnego. Podsumowaniem prezentacji będzie przedstawienie wstępnych propozycji mających na celu zapobieganie tego typu zdarzeniom.

CZYNNIKI OCHRONNE W SYTUACJI ZAGROŻENIA SAMOBÓJSTWEM
mgr Joanna Krawczyk

*Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – CMR we Wrocławiu
 Klinika Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

Temat posteru porusza zagadnienie czynników mających potencjalnie ochronny wpływ w sytuacji zagrożenia samobójstwem, zmniejszając prawdopodobieństwo transformacji myśli „S” w akt suicydalny. Przedstawione zostały doniesienia ze światowej literatury suicydologicznej, będące zachętą do podjęcia badań na gruncie polskim.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF ENVIRONMENTAL AND FAMILY FACTORS AFFECTING SUICIDAL BEHAVIOR AMONG HOSPITALIZED ADOLESCENTS IN THE DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL PSYCHIATRY, PSYCHOTIC DISORDERS AND THE AGE OF THE LATE GDAŃSK MEDICAL UNIVERSITY IN THE YEARS 2002-2012

Maria Penkowska

Introduction: The problem of suicidal behavior in the environment of adolescent children is the subject of quite frequent analyzes of various disciplines at the turn of the last century. There are a number of factors that influence suicidal behavior for the dramatic increase in suicide scores among children and adolescents. (1), (2), (3)

Objective:

The aim of the work was to collect information on environmental and family factors that may influence suicide attempts in adolescents.

Material and methods:

Retrospective analysis of 206 medical history of children after suicide attempts at the Department of Developmental Psychiatry, Psychotic Disorders and the Age of Medical University of Gdańsk in the years 2002-2012. Subject to analysis, they were hospitalized in a clinic after a suicide attempt between the ages of 11-18 years.

Results and discussion:

The research shows that the most numerous in 58.43% of children and adolescents, ie 97 hospitalized, increased in full families. Whereas 30 adolescents, or 15.78% of the hospitalized, were brought up in an incomplete family, by a single parent. The eight adolescents suffered from a lack of 4.21% in the mother's family. Analyzes of my research revealed that 24 would-be suicides, that is 12.63%, increased away from their parents, in the environment of an educational home, a foster family, and an orphanage.

Conclusions:

1. Early assessment and diagnosis of individual trans-shipment risks of suicide attempts and cooperation of many stakeholders will allow for rapid therapeutic intervention.
2. Introduction of a wide range of preventive activities in the growing environment and upbringing in the developmental age population will reduce the level of threat of suicide attempts.

SUICIDE ATTEMPTS AND THEIR REPETITION AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS ON THE BASIS OF COLLECTED MATERIAL IN THE DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL PSYCHIATRY, PSYCHOTIC DISORDERS AND THE AGE OF THE OLD MEDICAL UNIVERSITY OF GDAŃSK IN THE YEARS 2002-2012

Maria Penkowska

Introduction: The conducted research and WHO data alert about the constant increase in suicides in the environment of children and adolescents around the world at the turn of the last decades. (1), (2) Suicide bombings are the second cause of death globally among adolescents. Suicidologists estimate that every third person who committed suicide had prior suicide attempts in the interview. (1), (3), (2)

Objective: The purpose of my work was to assess the frequency of repeated suicide attempts and repeated attempts by adolescent adolescents.

Material and methods:

Over a period of 10 years (2002-2012), a retrospective analysis of 206 history histories of teenagers and girls after suicide attempts at the Department of Developmental Psychiatry, Psychotic Disorders and the Age of Old Medical University of Gdańsk. All adolescents in the study were hospitalized due to a suicide attempt at the age of 11 to 18 years.

Results:

In 167 hospitalized cases, previous suicidal behaviors were noted. Repeatability of suicide attempts was observed in 81.06796% of respondents. The second suicide attempt was taken by 49 juveniles, or 23.78% of the analyzed documentation. For the third time, 24 children and adolescents attempted suicide, accounting for 11.65% of the subjects examined.

Data from suicidologists reveal that very often suicide attempts are repeated by would-be suicide. (1), (2)

Conclusions:

The occurrence of repeatability of suicide attempts increases the risk and threaten the health and life of the hospitalized.

TRENDY POSZUKIWANIA INFORMACJI O SAMOBÓJSTWIE W POLSKIM INTERNECIE – WSKAZÓWKI DO PREWENCJI

**Przemysław M. Waszak^{1,2}, Patryk Górski²,
Wioleta Kasprzycka-Waszak³, Marta Duży⁴, Paweł Zagożdżon¹**

1 Zakład Higieny i Epidemiologii, Gdański Uniwersytet Medyczny;

2 Wojewódzki Szpital Psychiatryczny, Gdańsk;

3 Studia Psychologia kliniczna, Gdański Uniwersytet Medyczny;

4 Studia Inżynieria biomedyczna. Politechnika Gdańska

TRANSSEKSUALIZM A RYZYKO SUICYDALNE

Karolina A. Robak

Poster zatytułowany „Transseksualizm a ryzyko suicydalne” ma na celu wskazanie na istnienie problemu zachowań samobójczych wśród jednej z mniejszości seksualnych – osób transpłciowych. Transseksualizm wciąż jest w społeczeństwie tematem tabu, nierzadko jest uznawany za chorobę, a osoby transseksualne spotyka z tego powodu ogrom nienawiści, brak akceptacji oraz stygmatyzacja społeczna.

Choć w Polsce brak jest badań czy statystyk mówiących o tym problemie, w innych krajach liczby te nie pozostawiają złudzeń – zachowania samobójcze są ogromnym problemem wśród osób transpłciowych. Nie dość, że osoby transseksualne nie akceptują swej biologicznej płci, to jeszcze spotyka ich brak akceptacji ze strony ich otoczenia. Te powody mogą popychać ich do zachowań mających na celu odebranie sobie życia.

Profilaktyka samobójstw w przypadku osób transpłciowych musi być rozbudowana – począwszy od pomocy psychologicznej, medycznej, socjalnej, po rzeczy, mogłoby się wydawać, absolutnie elementarne, jak zrozumienie i szacunek do drugiego człowieka. To właśnie te ostatnie czynniki mogłyby ocalić wiele istnień. Jeżeli więc chcemy wprowadzić zmiany i uniknąć wielu samobójstw powinniśmy zacząć os siebie i podejścia do drugiego człowieka.

ARTETERAPIA W PREWENCJI SAMOBÓJSTW MŁODZIEŻY LECZONEJ PSYCHIATRYCZNIE

Gmitrowicz Agnieszka, Gmitrowicz Dagna, Baran Anna

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej I Katedry Psychiatrii UM w Łodzi

Terapia przez sztukę/ arteterapia (Art Therapy; AT) w hierarchii danych naukowych jest lokowana na poziomie studium przypadku i opinii ekspertów. Badania jakościowe potwierdzają jednak szerokie zastosowanie AT w diagnozie i leczeniu zaburzeń psychicznych. W populacji nastolatków leczonych psychiatrycznie najpoważniejszym problemem klinicznym jest ryzyko samobójcze. U ponad 90% młodocianych ofiar samobójstw wykazywane są różne rodzaje psychopatologii. Ponieważ tradycyjne formy leczenia młodzieży w kryzysie samobójczym często napotykają na opór nastolatków terapia poprzez ekspresję plastyczną (wizualną) może być ważną strategią w kompleksowym planie diagnostyczno-terapeutycznym.

Celem pracy jest analiza dynamiki procesu samobójczego u młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie w kontekście twórczości plastycznej inspirowanej w trakcie arteterapii oraz ocena efektów zastosowania różnych form ekspresji.

Materiał i metoda: Z grupy pacjentów hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Młodzieżowej wyłoniono 3 nastolatki po kryzysie samobójczym, które aktywnie uczestniczyły w indywidualnych sesjach AT. Poddano analizie ich procesy samobójcze (w algorytmie stres – podatność) w kontekście efektów wdrożonej AT z wykorzystaniem prac wizualnych (w tym tematy: mój problem, portret własny i rodziny, przyszłość). Zastosowano pomiary oparte na sztuce w podejściu diagnostycznym, psychoanalitycznym, fenomenologicznym.

Wyniki: Efekty AT w prezentowanych 3 przypadkach pacjentek z zaburzeniami psychicznymi (zaburzenia stresowe pourazowe, afektywne, lękowe) przejawiały się m.in.: w zdefiniowaniu przyczyn sytuacji kryzysowych, rozpoznawaniu modeli komunikacji, konfliktów wewnętrznych i zewnętrznych oraz wglądem w mechanizm dekompensacji i wzmacnianiem funkcjonalnych wzorców zachowań. Odniesienie indywidualnych efektów AT na poszczególnych etapach pracy do wcześniejszego przebiegu procesu samobójczego, łączącego ocenę czynników długo i krótko działających oraz ochronnych, pozwalało na prognozowanie ryzyka samobójczego.

NOTATKI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



konferencjasuicydologiczna.umed.pl