

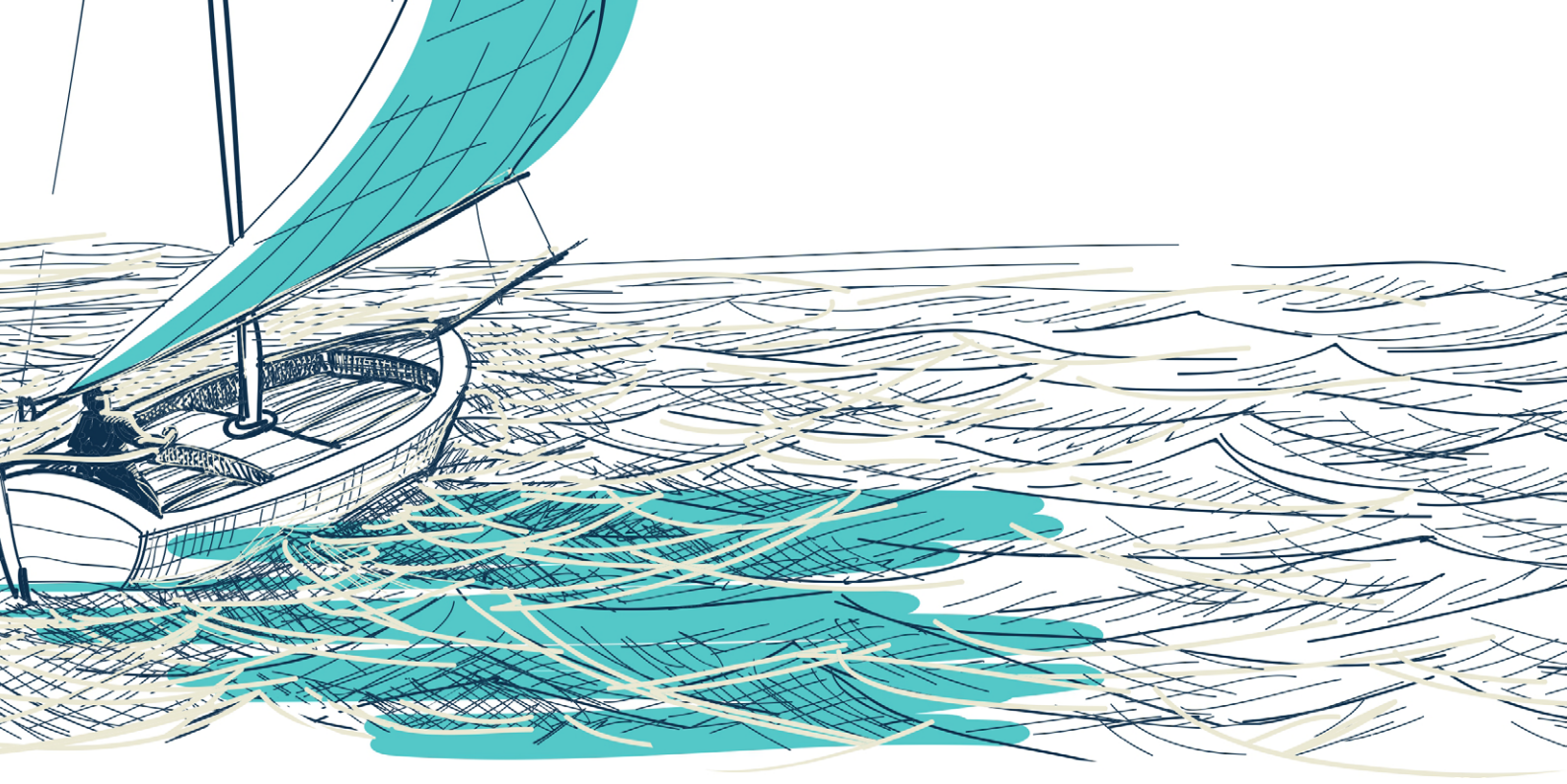


KONFERENCJA on-line
II KONGRES
SUICYDOLOGICZNY
19-20 XI 2020

MATERIAŁY KONGRESOWE

konferencjasuicydologiczna.umed.pl

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020,
finansowane przez Ministra Zdrowia



Materiały Kongresowe są efektem wysiłku wielu osób, które od lat są zaangażowane w proces tworzenia podstaw profilaktyki samobójstw w Polsce. Przełomowym momentem była I Ogólnopolska Konferencja Suicydologiczna w 2015 roku w UM w Łodzi, podczas której doszło do nawiązania współpracy pomiędzy przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i ekspertami w zakresie suicydologii. Zaowocowało to powstaniem w 2016 roku Zespołu roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego oraz podjęciem wielu inicjatyw w zakresie zapobiegania samobójstwom w Polsce. Do najważniejszych z nich należało zorganizowanie historycznego I Kongresu Suicydologicznego w UM w Łodzi oraz opracowanie poradników dla mediów i osób wypowiadających się w mediach.

Wszystkim osobom, które poświęcają swój czas oraz dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem w obszarze zapobiegania samobójstwom należą się podziękowania i wyrazy uznania. Do grona tych osób obok suicydologów należą ludzie działający zawodowo m.in. w zakresie zdrowia, edukacji i bezpieczeństwa publicznego oraz wolontariusze.

W imieniu Organizatorów I i II Kongresu Suicydologicznego
Prof. Agnieszka Gmitrowicz

Przesłanie

Twoje działania mogą uratować życie

PATRONAT KONFERENCJI



Ministerstwo Rodziny
i Polityki Społecznej

PATRONAT HONOROWY



Minister Rodziny
i Polityki Społecznej

MARLENA MAŁĄG
KOMITET HONOROWY



MINISTER
EDUKACJI
NARODOWEJ



Minister
Spraw Wewnętrznych
i Administracji



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH



Marszałek
Województwa
Mazowieckiego



**MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO**
Grzegorz Schreiber



UNIwersytet
MEDYCZNY
W ŁÓDZI

ORGANIZATORZY



KOMITETY

KOMITET NAUKOWY

Przewodniczą:

- prof. Agnieszka Gmitrowicz (UM w Łodzi)
- prof. Brunon Hołyst (PTS)

KONSULTANCI KRAJOWI

- prof. Piotr Gałęcki – w dziedzinie psychiatrii
- prof. Barbara Remberk – w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

PEŁNOMOCNICY MINISTRA ZDROWIA

- dr Marek Balicki – ds. Reformy w Psychiatrii
- prof. Janusz Heitzman – ds. Psychiatrii Sądowej
- prof. Małgorzata Janas Kozik – ds. Reformy w Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
- prof. Jacek Sein Anand – GUMed
- dr med. Anna Baran – Szpital Blekinge, Karlshamn, Szwecja
- dr n. hum. Daria Biechowska – IPIŃ
- dr hab. Adam Czabański – UM w Poznaniu
- dr med. Iwona Koszewska – Fundacja Cumulus
- prof. Marta Makara-Studzińska – UJ
- dr hab. Norbert Malec – UPH w Siedlcach
- dr hab. Krzysztof Ostaszewski – IPIŃ
- dr n. hum. Krzysztof Rosa – UM w Łodzi
- prof. Jerzy Samochowiec – Pomorski UM
- dr hab. med. Dominik Strzelecki – prof. UM w Łodzi
- dr med. Tomasz Szafrąński – Klinika Psychiatrii Uczelni Łazarskiego, Wolskie CZP
- prof. Łukasz Święcicki – IPIŃ
- prof. Bogdan Wojtyniak – NIZP-PZH

KOMITET ORGANIZACYJNY

Przewodniczą:

- dr med. Iwona Makowska – UM w Łodzi
- dr n. hum. Halszka Witkowska – PTS
- mgr Lucyna Kicińska – PTS
- dr med. Paweł Kropiwnicki – CSK UM w Łodzi
- mgr Jolanta Palma – CPS Warszawa
- lek. Rafał Szmajda – CSK UM w Łodzi

WYKŁADOWCY

• ZAGRANICZNI

- dr Dan Chisholm – WHO Regional Office for Europe
- prof. Marco Sarchiapone – Department of Medicine and Health Sciences, University of Molise, Italy
- prof. Danuta Wasserman – National Centre for Suicide Research and Prevention (NASP), Karolinska Institutet

• POLSCY

- prof. Jacek Sein Anand – Gdański Uniwersytet Medyczny
- dr med. Anna Baran – Szpital Blekinge, Karlshamn, Szwecja
- dr n. hum. Daria Biechowska – Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- dr hab. Adam Czabański – Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
- prof. Agnieszka Gmitrowicz – Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- dr n. społ. Agnieszka Kaliszewska – Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego
- mgr Łukasz Krawczyński – Uniwersytet Warszawski
- dr med. Maciej Matuszczyk – Centrum Zdrowia Psychicznego w Tychach
- mgr Sylwia Michalec-Jękot – Ośrodek Interwencji Kryzysowej i Poradnictwa w Myślenicach
- dr Jacek Moskalewicz – Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- dr Livia Nowak-Banasik – Gdański Uniwersytet Medyczny
- dr hab. Krzysztof Ostaszewski – Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- prof. Radosław Pawelec – Uniwersytet Warszawski
- mgr Katarzyna Stankiewicz – Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego
- prof. Łukasz Świącicki – Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- dr med. Krzysztof Szwejca – Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński
- dr Wojciech Waldman – Gdański Uniwersytet Medyczny
- dr Halszka Witkowska

PROGRAM RAMOWY II KONGRESU

PIERWSZY DZIEŃ KONGRESU – 19.11.2020

SESJA 1

12:00-13:00 SESJA 1. Inauguracja Kongresu

Przewodniczą: prof. Agnieszka Gmitrowicz, prof.zw. Brunon Hołyst

12:00-12:15 Otwarcie kongresu oraz przywitanie gości i uczestników

12:15-12:45 Zjawisko samobójstw z różnych perspektyw – ZRdsPSiD, prof. Agnieszka Gmitrowicz

12:45-13:00 Wprowadzenie do Krajowego Programu Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym (KPZZS) – przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia

13:00 13:15 Przerwa

SESJA 2

13:15-15:00 SESJA 2. Profilaktyka samobójstw na świecie (sesja w języku angielskim – tłumaczona)

Przewodniczą: dr Anna Baran, dr Paweł Kropiwnicki

13:15-13:45 Suicide prevention programs worldwide – dr Dan Chisholm, World Health Organization

13:45-14:15 Suicide can be prevented – prof. Danuta Wasserman, National Centre for Suicide Research and Prevention (NASP), Karolinska Institutet

14:15-14:45 Pandemic and suicide – prof. Marco Sarchiapone, chairman EPA Section Suicidology and Suicide Prevention, Department of Medicine and Health Sciences, University of Molise

14:45-15:00 Dyskusja – pytania uczestników do Wykładowców Sesji 1. i 2.

15:00-15:30 Przerwa obiadowa

SESJA 3

15:30-17:05 SESJA 3. Monitorowanie i epidemiologia zachowań samobójczych w Polsce i na świecie

Przewodniczą: prof. Krzysztof Ostaszewski, dr Krzysztof. Rosa

15:30-15:50 Dlaczego i jak monitorowane są zachowania samobójcze? – prof. Agnieszka Gmitrowicz, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

15:50-16:10 Opieka psychiatryczna – uzasadnienie monitorowania zachowań samobójczych – dr Daria Biechowska, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

16:10-16:30 Rozpowszechnienie prób samobójczych wśród dorosłych mieszkańców Polski. Wyniki badania EZOP II – dr Jacek Moskalewicz, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

16:30-16:50 Próby samobójcze – badania reprezentatywne młodzieży w Polsce – dr hab. Krzysztof Ostaszewski, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

16:50-17:05 Dyskusja

17:05-17:15 Przerwa

SESJA 4

17:15-18:30 SESJA 4. Pomoc zdalna osobom w kryzysie psychicznym: bariery i korzyści

Przewodniczą: dr Daria Biechowska, prof. Dominik Strzelecki

17:15-17:35 Interwencja kryzysowa przez telefon – mgr Sylwia Michalec-Jękoł, Ośrodek Interwencji Kryzysowej i Poradnictwa w Myślenicach

- 17:35-17:55 Zdalna konsultacja psychiatryczna – dr med. Maciej Matuszczyk, Centrum Zdrowia Psychicznego w Tychach, Sekcja Naukowa Telepsychiatrii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego
- 17:55-18:15 Rozwiązania telemedyczne jako narzędzie pracy specjalistów ochrony zdrowia psychicznego w dobie pandemii Covid-19. Bariery, korzyści, szanse – dr n. społ. Agnieszka Kaliszewska, mgr Katarzyna Stankiewicz – Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego
- 18:15-18:30 Dyskusja
- 18:30-18:45 Wykład jubileuszowy Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego
Przewodniczy: dr Halszka Witkowska

DRUGI DZIEŃ KONGRESU – 20.11.2020

SESJA 5

- 9:00-11:00 SESJA 5. Kompetencje kluczowych grup społecznych i zawodowych w profilaktyce samobójstw
Przewodniczą: prof. Adam Czabański, prof. Łukasz Świąćicki
- 9:00-9:20 Program zapobiegania depresji w Polsce – prof. Łukasz Świąćicki, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
- 9:20-9:40 Rola nauczycieli i rodziców w profilaktyce samobójstw – dr med. Krzysztof Szwejca, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński
- 9:40-10:00 Zwiększanie kompetencji studentów różnych kierunków w zakresie profilaktyki samobójstw – program ELLIPSE – dr med. Anna Baran, Szpital Blekinge, Karlshamn, Szwecja
- 10:00-10:20 Możliwości podejmowania działań z zakresu profilaktyki samobójstw przez osoby duchowne w Polsce – prof. Adam Czabański, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
- 10:20-10:40 Media i profilaktyka samobójstw – prof. Radosław Pawelec, Uniwersytet Warszawski
- 10:40- 11:00 Zasady postępowania z pacjentami po próbach samobójczych przyjmowanych do Oddziałów Ratunkowych i Izb Przyjęć Szpitali – dr Livia Nowak-Banasik, dr Wojciech Waldman, prof. Jacek Sein Anand, Pomorskie Centrum Toksykologii, Gdański Uniwersytet Medyczny
- 11:00-11:15 Przerwa

SESJA 6

- 11:15-12:45 SESJA 6. Rola poszczególnych Ministerstw w profilaktyce samobójstw
Przewodniczą: dr Marek Balicki, dr Daria Biechowska
- Wystąpienia przedstawicieli zaproszonych Ministerstw
- 12:15-12:45 Dyskusja – pytania uczestników do Wykładowców Sesji 5. i 6.
- 12:45-13:00 Przerwa

DEBATA

- 13:00-14:30 DEBATA. Wypracowanie wytycznych do wdrażania KPZZS – spójna wizja działania
Przewodniczą: Przedstawiciel DZPiR, prof. Agnieszka Gmitrowicz
- 13:00-13:15 Wprowadzenie: Rola Asystentów Zdrowienia – Głos Ekspertów przez doświadczenie
Pytania od ZRds.PSiD: dr med. Anna Baran, dr hab. Krzysztof Ostaszewski
- 13:15- 14:30 Wypowiedzi przedstawicieli resortów kluczowych dla wdrażania KPZZS oraz zaproszonych gości
- 14:30-15:00 Podsumowanie Kongresu

STRESZCZENIA SESJI

SESJA 1. INAUGURACJA KONGRESU

ZJAWISKO SAMOBÓJSTW Z RÓŻNYCH PERSPEKTYW

Agnieszka Gmitrowicz¹, Anna Baran², Daria Biechowska³, Adam Czabański⁴, Halszka Witkowska⁵

I. PERSPEKTYWA EPIDEMIOLOGICZNA²

Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) co 40 sekund jedna osoba na świecie pozbawia się życia. Rocznie to średnio 800 tys. osób, a prawie 10% to Europejczycy. Według Eurostatu spośród 5 mln zgonów w UE aż 54 tys. to samobójstwa. W 2017 roku najwyższy współczynnik samobójstw, 51,06 przypadków na 100 tys. mieszkańców, miała Grenlandia, następnie 27,99 – Litwa oraz 26,07 – Gujana. W ostatnich latach współczynniki samobójstw w tych trzech krajach obniżyły się. Na drugim biegunie są kraje z bardzo niskimi wskaźnikami samobójstw, takie jak Grecja – 3,51 czy Włochy – 4,76 przypadków na 100 tys. mieszkańców.

Aby móc porównać współczynniki samobójstw między różnymi krajami, wykorzystuje się tzw. standaryzowany współczynnik samobójstw. Zakłada on stałą strukturę populacji pod względem wieku. Analizując standaryzowany pod względem wieku współczynnik samobójstw w Polsce od 1990 roku do 2017 roku widzimy, że obniżały się one od 1998 roku, natomiast współczynniki samobójstw w grupach wiekowych 15-49 oraz powyżej 50 roku życia obniżały się od 2009 roku. Zwraca uwagę fakt dużego (40,62%) spadku współczynnika samobójstw w grupie wiekowej 5-14 lat w okresie 1990-2017. W pozostałych grupach tak pozytywnej zmiany w badanym okresie nie zaobserwowano.

W latach 2009-2018 liczba samobójstw obniżała się. Pozorny wzrost liczby samobójstw w danych Komendy Głównej Policji w 2013 roku wynika z wprowadzonych w 2013 roku zmian w sposobie rejestracji dotyczącym samobójstw celem poprawy ich jakości. W okresie styczeń-wrzesień 2020 roku, pomimo pandemii z powodu COVID-19, liczba samobójstw w Polsce była niższa w analogicznym okresie w 2018 i 2019 roku.

II. PERSPEKTYWA HISTORYCZNA²

Pierwsze informacje o samobójstwie pochodzą ze starożytnego Egiptu. Jest to zapisany na papirusie wiersz „Spór z duszą zmęczonego życiem” z 1900 roku p.n.e., który jest przechowywany w Muzeum Berlińskim. W greckiej kolonii Massalia w 600 p.n.e. obywatele mogli ubiegać się o pozwolenie na samobójstwo w Senacie. Jeśli ich powody uznano za słuszne, Senat dawał obywatelowi bezpłatnie środki umożliwiające mu odebranie sobie życia. W starożytnych Atenach osobie, która zmarła w wyniku samobójstwa bez zgody państwa, odmawiano normalnego pochówku. Osoba była chowana samotnie, na obrzeżach miasta, bez nagrobka lub znaku. Była to akceptowalna metoda radzenia sobie z klęską militarną. Z kolei w starożytnym Rzymie samobójstwo było początkowo dozwolone, ale później uznano je za przestępstwo przeciwko państwu ze względu na koszty ekonomiczne.

Po raz pierwszy słowo samobójstwo użył Walter Charleton w 1651 roku. W Szwecji do połowy XVIII wieku samobójstwo było traktowane jak przestępstwo, a osoby, które odebrały sobie życie palono na stosie. Wierzono, że nie zaznają oni spokoju po śmierci, i że mogą powrócić na ziemię pod postacią duchów. W Wielkiej Brytanii zmarłych śmiercią samobójczą chowano na skrzyżowaniu dróg, gdyż uważano, że ruch uliczny zmyli ducha i nie będzie on mógł opuścić tego miejsca. W XVII wieku we Francji ciało

zmarłego najpierw ciągnięto ulicami, a potem wyrzucano na śmietnik, a w Prusach zakopywano pod szubienicą. Od tych dawnych czasów poglądy na samobójstwo znacznie się zmieniły. Warto wspomnieć, że w Polsce nigdy nie uznawano samobójstwa za czyn zabroniony.

W 1840 roku ukazała się „Anatomia samobójstwa” autorstwa angielskiego lekarza Forbesa Winslowa – datę jej wydania uznaje się za narodziny suicydologii. W Europie pionierem suicydologii był austriacki lekarz i suicydolog, Erwin Ringel, który w 1953 roku zdefiniował tzw. zespół presuicydalny, a w 1960 roku założył w Wiedniu Międzynarodowe Towarzystwo Zapobiegania Samobójstwom (International Association of Suicide Prevention (IASP)). Co dwa lata od 1979 roku IASP organizuje międzynarodowe kongresy. W Ameryce w 1958 roku, Edwin Shneidman, Norman Farberow i Robert Litman założyli Los Angeles Suicide Prevention Center, a w 1968 roku Edwin Shneidman założył American Association of Suicidology i pierwsze czasopismo poświęcone badaniom nad samobójstwami – Suicide and Life Threatening Behavior. W Polsce w 2002 roku lekarze, prawnicy, pedagodzy, socjolodzy i psycholodzy, którzy od lat zajmują się problemem samobójstw, założyli Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, a w 2005 roku zaczęto wydawać czasopismo Suicydologia.

III. PERSPEKTYWA SOCJOLOGICZNA⁴

Socjologia jest jedną z nauk o społeczeństwie. Składa się z dwóch działów: statyki społecznej (bada budowę społeczeństwa) i z dynamiki społecznej (bada zjawiska i procesy zachodzące między częściami składowymi społeczeństwa). Obiektem badań socjologii jest społeczeństwo. Istotną trudnością w badaniach socjologicznych jest dynamika zachodzących zmian społecznych. Ponadto badanie społeczeństwa wiąże się z uwzględnianiem wielkiej liczby czynników mogących wpłynąć na badany fenomen społeczny, w tym wypadku na samobójstwa.

Perspektywa socjologiczna badań nad zjawiskiem samobójstwa zapoczątkowana została dziełem francuskiego socjologa Emila Durkheima „Le Suicide”. Główna teza tego dzieła brzmi: „Samobójstwo jest wskaźnikiem kondycji społeczeństwa”. Na podstawie nasilenia samobójstw można ustalić czy dane społeczeństwo jest zintegrowane, czy zdeintegrowane (wyjątkiem społeczeństwo japońskie podczas II wojny światowej – duża liczba samobójstw i mimo to wysoki poziom integracji społeczeństwa).

Socjologa interesuje to, jakie czynniki społeczne (z poziomu mikro, mezo i makrospołecznego) wpływają na zjawisko samobójstw. Stąd zainteresowanie cechami społeczno-demograficznymi samobójców, badanie wybranych grup społecznych oraz grup zawodowych. Prowadzi się tu próby odnalezienia korelacji między stopą bezrobocia a dynamiką samobójstw, bada się fenomen samobójstwa podczas kryzysu gospodarczego, wojny, kataklizmu przyrodniczego, a teraz także pandemii. W polu zainteresowań badawczych socjologii leży problematyka paktów samobójczych, suicydogennych aspektów samotności i bezdomności. Ponadto analizowane są przez socjologów mechanizmy zbiorowych samobójstw członków sekt (grup psychomanipulacyjnych). W ramach perspektywy socjologicznej bada się także mechanizmy samobójczych ataków terrorystycznych. W obszarze zainteresowań socjologa leży również mobilizacja opinii publicznej oraz rozmaitych organizacji i stowarzyszeń do szeroko pojmowanej profilaktyki samobójstw.

IV. PERSPEKTYWA TEOLOGICZNA⁴

Perspektywa teologiczna opiera się na moralnej ocenie samobójstwa. Chodzi tu o odniesienie samobójstwa do Boga i sfery duchowego rozwoju człowieka. Perspektywa teologiczna zakłada rozważanie poszczególnych przypadków śmierci samobójczej i poddawanie ich ocenie moralnej w odniesieniu do konkretnej religii i do Boga. Perspektywa teologiczna w poszczególnych religiach jest zatem dość zróżnicowana.

Chrześcijańska perspektywa teologiczna zakłada spojrzenie na problematykę samobójstw w świetle nauki o Bogu, której przedmiotem jest objawienie zawarte w Słowie Bożym, tradycji Kościoła i aktualnego nauczania Magisterium Kościoła. Perspektywa teologiczna w swoich ocenach bazuje na prawie naturalnym. Teologia ukazuje życie człowieka jako dar i zadanie. Problem samobójstw w perspektywie teologicznej ulega nieustannej ewolucji w interpretacji tego zjawiska.

W pierwszym stadium teologia podchodziła do życia jako naturalnego daru Boga związanego z określoną misją do wypełnienia w Kościele i społeczeństwie. Dlatego życie ludzkie to przede wszystkim powołanie do świętości. Na tym tle sytuuje się V. przykazanie Boże – „nie zabijaj”. W tym rozumieniu samobójstwo byłoby ingerencją w plan Boży, co w konsekwencji skutkowałoby pogardą dla życia.

Teologia jako nauka wraz ze swoim rozwojem czerpie również treści ze współczesnych osiągnięć, zwłaszcza w zakresie psychologii i pedagogiki. W związku z tym rozumienie samobójstwa ewoluuje i ze skrajnego spojrzenia, którym byłoby odrzucenie Bożego planu w kierunku różnego rodzaju kryzysów i zawirowań psychicznych. Współczesne rozumienie teologiczne problemu samobójstwa opiera się na najnowszych badaniach psychologicznych i podkreśla, że w każdym człowieku jest pragnienie życia. Natomiast różnego rodzaju sytuacje związane z kryzysami, depresją i załamaniem psychicznymi mogą prowadzić do samobójstwa. Jednakże w ocenie moralnej samobójstwo nie jest traktowane jako świadome i dobrowolne działanie człowieka mające na uwadze pogardę dla życia jako daru Boga, lecz jako dramat danego człowieka. W związku z tym samobójstwo w ocenie teologicznej zasadniczo nigdy nie podlega potępieniu, ponieważ nie wiemy, jak daleko sięga Miłosierdzie Boże. Wyjątkiem są samobójstwa rytualne w sektach oraz te związane z okultyzmem będące wyrazem pogardy dla Bożego daru życia.

V. PERSPEKTYWA KULTUROWA⁵

Człowiek na co dzień porusza się po sieci znaczeń stworzonych przez kulturę, w której funkcjonuje. To kultura ma wpływ na jego wyobrażenia dotyczące nie tylko życia codziennego, ale i śmierci. Wśród kultur wojowniczych samobójstwo było alternatywą dla śmierci w trakcie wojny, honorowym wyjściem z sytuacji przegranej. W innych plemionach pierwotnych samobójstwo było często związane z altruizmem. Starcy niemogący nadążyć za przemieszczającym się plemieniem albo będący obciążeniem w wyżywieniu, dobrowolnie popełniali samobójstwa, aby ulżyć reszcie grupy. Kultury rozwinięte, jak w przypadku Grecji, sprzeciwiały się samobójstwu uważając, że jest ono wbrew boskim zaleceniom i przeciwko dobru polis. Rzymianie natomiast akceptowali samobójstwo jako moralną decyzję w sytuacji bez wyjścia, w której stawką jest utrata honoru. W kolejnych epokach podejście do samobójstwa ulegało zmianom i transformacjom. Od romantycznej fascynacji po podejście umieszczające zachowania samobójcze w obszarze patologii społecznej. Tym, co łączy różne perspektywy podejścia do samobójstwa w kulturze, jest panujące wokół tego tematu tabu.

Dziś mamy do czynienia z różnorodnością kulturową, natomiast tym, co je łączy, są media masowego przekazu, zwłaszcza portale społecznościowe, serwisy internetowe czy platformy filmowe.

Nie da się we współczesnym świecie marginalizować wpływów kultury, zwłaszcza masowej, na zachowania samobójcze, tym bardziej, że wyjątkowo podatną grupą na tego typu przekazy jest właśnie młodzież, będąca w grupie szczególnego ryzyka. XXI wiek niesie nowe wyzwanie dla suicydologii oraz profilaktyki samobójstw, które związane jest przede wszystkim z silnym wpływem nowych technologii na nasze życie.

Już w XVIII wieku dzieło J.W. Goethego „Cierpienia młodego Wertera” pokazało nam, jak wielki wpływ na zachowania samobójcze może mieć odruch naśladownictwa. Pod wpływem fascynacji śmiercią głównego bohatera wielu młodych ludzi stylizowało swoją śmierć na jego podobieństwo.

Potwierdza to także zjawisko copycat effect, zaobserwowane na przestrzeni wieków. Nie tak dawno głośny amerykański serial „13 powodów” wywołał falę zachowań samobójczych nie tylko w Stanach Zjednoczonych, ale wszędzie tam, gdzie użytkownicy korzystali z platformy Netflix. Warto jednak pamiętać, że prawidłowo skonstruowany przekaz może wywołać efekt Papageno - odwrotny do efektu Wertera, dzięki czemu można wpłynąć na obniżenie statystyk zachowań samobójczych.

VI. PERSPEKTYWA FILOZOFICZNA⁵

Filozoficzne pytanie o samobójstwo jest istotnym punktem na mapie myślenia o człowieczeństwie. Od starożytności filozofowie zadawali sobie pytanie, czy jest ono dopuszczalne, a jeśli tak, to w jakim aspekcie. Nie można jednoznacznie określić, że w danej epoce filozofowie popierali lub wzbranieli samobójstwa. Często bowiem dobrowolna śmierć była przedmiotem sporu intelektualnego i wojny na argumentację. Podstawową kwestią pojawiającą się na przestrzeni wieków było pytanie, czy człowiek ma prawo dobrowolnie i w przez siebie wybranym momencie zakończyć cykl życia.

Najistotniejszym głosem jest dyskusja Sokratesa ze swymi uczniami dotycząca samobójstwa w „Fedonie”. To tam filozof wyklada prawdę, w której zwraca uwagę na fakt, że człowiek został postawiony na posterunku życia przez Boga i nie może w dowolnym momencie go opuścić. Zwłaszcza dlatego, że to nie on sam umieścił siebie na tym posterunku i nie ma wobec swojego życia i potencjału wystarczającego oglądu, aby mógł ocenić, czy uzyskał pełnię w momencie, kiedy zamierza dobrowolnie opuścić świat.

Najczęstszym filozoficznym argumentem sprzeciwiającym się zakazowi samobójstwa jest ludzka godność i kwestia utraty jej w sytuacjach granicznych związanych z klęską moralną, wojuską lub przedłużającym się cierpieniem. Argumentem dopuszczającym dobrowolną śmierć jest wtedy nieludzkość sytuacji, w jakiej postawiony jest człowiek. Czy może on dalej zostać człowiekiem, gdy warunki mu na to nie pozwalają? Czy jeśli nie może zachować resztek swojego człowieczeństwa, nadal jest sens podtrzymywać swoje życie w wymiarze biologicznym? Pytanie o samobójstwo w takich warunkach wzmocniło z pewnością doświadczenie II wojny światowej, która na nowo przewartościowała cenę ludzkiego życia. Amer, jeden z ważniejszych XX-wiecznych filozofów, po przeżyciach związanych z pobytem w obozie, oraz po torturach jakich doświadczył ze strony swoich oprawców, już nigdy nie pozbył się strachu. W wieku 66 lat popełnił on samobójstwo zostawiając po sobie ważną książkę „Podnieść na siebie rękę”, w której dokonuje rozróżnienia na Selbstmord i freitod, czyli dwa rodzaje samobójstwa – jedno związane z morderstwem samego siebie, któremu powinno się zapobiec, oraz wolne samobójstwo połączone z wolnością egzystencjalną jednostki.

Samobójstwo od zawsze było istotną kwestią filozoficzną. Ponieważ możliwość podjęcia decyzji o własnej śmierci jest pytaniem nie tylko o Boga, ale także o wolność jednostki oraz o jej odpowiedzialność społeczną. Kolejne wieki ze swoim zmianami w podejściu do człowieka i jego wolności stawiają nam nowe pytania, na które wciąż żywa filozofia musi poszukiwać odpowiedzi. Suicydologia jako nauka o autodestrukcji człowieka nie może obejść się bez perspektyw filozoficznej, która zadaje fundamentalne pytania dotyczące ludzkiej egzystencji.

VII. PERSPEKTYWA PRAWNA¹

Według danych WHO [Raport z 2014] dopiero w połowie ubiegłego stulecia wiele krajów przeprowadziło dekryminalizację zachowań samobójczych (ZS), co umożliwiło poszukiwanie pomocy osobom w kryzysie samobójczym. Dekryminalizacja nie zwiększa rzeczywistej liczby samobójstw. Nowym zjawiskiem w przestrzeni publicznej są tzw. wtórne korzyści z ZS.

W USA nastąpił wzrost prowokowanych „wypadków” drogowych starych kierowców czy rodziców

zadłużonych dzieci, co prowadzi do wszczynania dochodzeń odszkodowawczych [DSM5 2013].

W Polsce brak ścisłej definicji prawnej ZS. Stosuje się następujące określenia: „spowodowanie śmierci przez własne działanie lub zaniechanie”, „targnięcie się na własne życie”. Zachowania samobójcze pozostają u nas poza sferą zainteresowania prawa karnego z pewnymi wyjątkami. Należą do nich czyny zagrożone w Kodeksie Karnym (kk) karą pozbawienia wolności: 1) zabójstwo na czyjeś żądanie „pod wpływem współczucia” (art. 150 kk; tu w wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie); 2) gdy „ktoś namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie” (art. 151 kk) lub 3) „jeżeli ktoś znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą pozostającą w stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną, a następstwem jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie” (art. 207 kk).

Kolejnym zagadnieniem jest prawo nieuleczalnie chorej osoby do skrócenia życia na jej życzenie. Obecnie w nielicznych krajach (w Albanii, Belgii, Holandii) zalegalizowano eutanazję. W Polsce art. 31. Kodeksu Etyki Lekarskiej [2004] jednoznacznie stanowi, że „lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa”.

Odrębnym problemem prawnym jest badanie i leczenie psychiatryczne bez zgody osób zagrożonych samobójstwem. Zgodnie z Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (UoOZP) w przypadku próby samobójczej, jeżeli psychiatra potwierdzi utrzymywanie się u badanej osoby wysokiego ryzyka samobójstwa, konieczna jest hospitalizacja. Czas jej trwania będzie zależeć również od współwystępowania lub nie choroby psychicznej. Osoba do ukończenia 16 r.ż. może być poddana leczeniu w oddziale psychiatrycznym tylko za zgodą opiekuna prawnego. Bez względu na stosowne przepisy prawne i postawę prawników, to co może ochronić pacjenta przed tragicznymi następstwami zachowań samobójczych, a jego terapeutów przed oskarżeniem o „błąd w sztuce”, to odpowiedzialne monitorowanie bezpieczeństwa pacjenta w oparciu o standardy oparte na dowodach naukowych, a także jakość prowadzonej dokumentacji.

VIII. PERSPEKTYWA ZDROWIA PUBLICZNEGO³

Samobójstwo to poważny problem zdrowia publicznego. Jest to jedna z dwudziestu głównych przyczyn zgonów na świecie, z większą liczbą zgonów niż z powodu malarii, raka piersi czy wojen i zabójstw. Co roku w wyniku samobójstwa umiera blisko 800 tys. osób. Samobójstwo należy do trzech najczęstszych przyczyn śmierci młodych ludzi w wieku od 15 do 35 lat. Badania pokazują, że każde samobójstwo wpływa w znaczący sposób na co najmniej sześć innych osób. Trudno oszacować jego psychologiczny, społeczny i finansowy wpływ na rodzinę i społeczeństwo. Jeśli samobójstwo ma miejsce w szkole czy pracy, to jego skutki oddziałują na setki ludzi.

W 2018 koszt samobójstwa równa się kosztom wynikającym z wojen i zabójstw, mniej więcej dwukrotnie przewyższa koszty cukrzycy, oraz dorównuje kosztom zamartwicy i urazów okołoporodowych.

Dzięki metodom analiz ekonomicznych można oszacować, w jaki sposób z ograniczonym budżetem można pomóc chorym. Na świecie istnieje kilkanaście metod obliczania kosztów samobójstwa dla budżetu państwa. W Polsce stosuje się tzw. metodę utraconej produktywności. Obywatel przynosi państwu zysk w każdym roku, w założeniu równy PKB na osobę. Odejmując od górnej granicy wieku produkcyjnego, czyli 65 lat, średni wiek samobójcy, czyli 25 lat, otrzymamy lata, przez które ofiara samobójstwa nie będzie przynosić tych zysków. Mnożąc lata, które ofiara samobójstwa sobie odebrała, przez PKB, otrzymujemy kwotę, jakiej państwo nie uzyska. Innymi słowy produkt krajowy brutto, którego obywatel nie generuje przez resztę życia, mnoży się przez lata, przez które mógł żyć i przynosić państwu zyski. Dziś samobójcza śmierć obywatela kosztuje Polskę ponad 800 tys. zł, jeśli ofiara samobójstwa odbiera sobie życie w wieku 25 lat.

Niedawno dokonany przez WHO przegląd strategii prewencji samobójstw, uwzględniający koszty

jako jeden z parametrów wykazał, że dwie trzecie strategii ocenionych jako skuteczne lub obiecujące należy do kategorii niskonakładowych, oraz że niskie koszty ściśle wiążą się ze strategiami profilaktyki uniwersalnej lub selektywnej (w przeciwieństwie do wskazującej).

Po uwzględnieniu składnika ekonomicznego w niektórych krajach uzyskano dowody opłacalności strategii, jak np. samopomocowe grupy online, które doprowadziły do redukcji myśli samobójczych w Holandii lub terapia poznawczo-behawioralna dla osób, które w przeszłości dokonały samouszkodzeń w Wielkiej Brytanii. W innych badaniach ekonomicznych posługiwano się metodami modelowania. Szacując zyski na podstawie powyższych badań, okazuje się, że każda złotówka wydana na profilaktykę przynosi zysk 3 złotych.

IX. PERSPEKTYWA PSYCHOLOGICZNA³

Badania problemu śmierci samobójczej od strony jego uwarunkowań i motywacji doprowadziły do ukształtowania się wielu interpretacji tego zagadnienia. W ujęciu Freuda wszyscy kierujemy się dwoma podstawowymi instynktami – życia (Eros) i śmierci (Thanatos). Samobójstwo jest następstwem osłabienia sił obronnych „ego” przy wzroście energii destrukcyjnej. Podobnie Karol Menninger był zdania, że w każdym samobójstwie można wyróżnić trzy podstawowe elementy, z których jeden może być dominujący: chęć zabijania, pragnienie bycia zabitym oraz pragnienie śmierci. Gdy załamują się zdolności adaptacyjne człowieka do sytuacji, która wymaga od niego odporności i wytrzymałości, rodzi to poczucie bezsilności i bezradności, a wybór śmierci staje się jedną z możliwości działania jako sposób rozwiązania narastających problemów i zostaje wybrana wtedy, gdy inne działania nie przyniosły oczekiwanych rezultatów i zmiany sytuacji jednostki. Ucieczkowa teoria samobójstwa wg Baumeistera zostanie omówiona szczegółowo za chwilę. Niepowodzenia, a w ich wyniku frustracje, powodują poczucie niemocy, obniżają poczucie własnej wartości. Nasilenie niepowodzeń prowadzi do powstania kryzysu egzystencjalnego. Wiąże się on często z utratą sensu życia, a bez zaspokojenia tej potrzeby człowiek nie może funkcjonować normalnie (Kazimierz Obuchowski). Niezaspokojenie tej potrzeby prowadzi do wytworzenia się tzw. nerwicy neogennej (Viktor Frankl). W koncepcji ucieczki od Ja Baumeistera samobójstwo jest efektem eskalacji pragnienia ucieczki od problemów i ich konsekwencji dla Ja. Człowiek może wierzyć, że poczuje się lepiej nie czując emocji i nie będąc świadomym samego siebie, zamiast tkwić w sytuacji stresowej. Elementem procesu dochodzenia do samobójstwa jest trudne doświadczenie, którego wyniki lub okoliczności znajdują się znacznie poniżej standardów danej osoby. Rozczarowanie porażką uderza we własne Ja i ma dla niego negatywne konsekwencje, a porównanie standardów z obrazem Ja po porażce rodzi stan awersyjnej samoświadomości oraz negatywne emocje. Człowiek próbujący wyjść poza ten przykry stan, może postrzegać samobójstwo jako najlepsze rozwiązanie.

W badaniach poszukiwano najczęstszych cech osobowości związanych z występowaniem tych zachowań. Neurotyczność – jedna z wielkiej piątki cech osobowości polegająca na silnym nie zrównoważeniu emocjonalnym o charakterze nerwicowym, niskiej odporności na stres i skłonności do popadania w stany lękowe. Psychotyczność oznacza cechę osobowości związaną z niską wrażliwością na normy społeczne i wysoką impulsywnością. Impulsywność definiowana jest przez Eysencka jako cecha określająca stałą skłonność do podejmowania ryzyka, działań niezaplanowanych, szybkiego podejmowania decyzji. Perfekcjonizm to cecha człowieka, która stawia dokładność wykonywanych czynności na najwyższym miejscu.

X. PERSPEKTYWA MEDYCZNA¹

W medycynie podstawą oceny stanu somatycznego i psychicznego pacjenta jest bezpośrednio badanie kliniczne, potwierdzające lub wykluczające obecność określonych odchyleń od normy. Ich opis znajduje się w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD; obecnie jeszcze w wersji 10). Nie ma tam jednak definicji zachowań samobójczych.

W badaniach naukowych powszechnie korzysta się z wytycznych amerykańskich, które do zachowań samobójczych zaliczają: samobójstwa, próby samobójcze (z samouszkodzeniem ciała lub bez), przygotowania do próby samobójczej, aktywne myśli/plany samobójcze [Am J Psychiatry 2007;164; DSM 5 2013].

Próba samobójcza – to działanie potencjalnie prowadzące do samouszkodzenia, podjęte z przynajmniej częściowym pragnieniem śmierci, jako wynikiem działania (zamiar zabicia się nie musi być stuprocentowy, nie musi być żadnych obrażeń lub uszkodzeń ciała, a jedynie możliwość ich wystąpienia). Należy brać pod uwagę także wnioskowany zamiar: kiedy osoba zaprzecza, że zamierzała pozbawić się życia, jednak można to wywnioskować klinicznie z zachowania lub okoliczności (np. działanie mające duże prawdopodobieństwo skutku śmiertelnego, które najwyraźniej nie jest wypadkiem, np. postrzał w głowę). Według danych WHO [2014] najsilniejszym predyktorem samobójstwa jest podjęta wcześniej próba samobójcza (ryzyko względne $RR=38$). Zagrożenie przedwczesną śmiercią samobójczą utrzymuje się nawet powyżej roku od podjętej próby samobójczej.

W ocenie ryzyka samobójczego zawsze należy uwzględniać także indywidualne, pozakliniczne czynniki, w tym: demograficzne – płeć męską (bo mężczyźni częściej giną z powodu samobójstwa niż kobiety), samotność, wiek powyżej 70 r. ż.; psychospołeczne, na które możemy oddziaływać i zmniejszać ryzyko aktu samobójczego, tj.: brak społecznego wsparcia*; bezrobocie*; dostęp do metod (typu trucizny, ostre przedmioty)* oraz doświadczanie traum (typu przemoc fizyczna, seksualna i inne), a także obciążenia genetyczne oraz rodzinne, np. samobójstwo osoby bliskiej, alkoholizm.

Wiadomo, że niektóre choroby, stany kliniczne wiążą się z podwyższonym ryzykiem samobójczym. W zakresie chorób/stanów somatycznych są to: nowotwory złośliwe; HIV/AIDS; hemodializy; toczень układowy; zespoły bólowe; różne uszkodzenia mózgu i dysfunkcje. Ciężkim i/lub przewlekłym stanom somatycznym często towarzyszą zaburzenia psychiczne, szczególnie nastroju. Występowanie tych zaburzeń znacząco podnosi ryzyko wystąpienia zachowań samobójczych.

W zależności od regionu świata odsetek wykazanych zaburzeń psychicznych wśród ofiar samobójstw waha się od 60% (Chiny, Indie) do 90% (kraje rozwinięte). Zaburzenia depresyjne o różnej etiologii, w tym choroba afektywna, są przyczyną około połowy zgonów samobójczych oraz podejmowanych prób samobójczych. Nie wszystkie jednak zaburzenia psychiczne w równym stopniu wiążą się z podwyższonym ryzykiem samobójczym. U osób z niesprawnością intelektualną czy otępieniem ryzyko samobójcze nie odbiega istotnie od tego w populacji ogólnej. [Wasserman, Wasserman 2009] Istotnym problemem w zakresie bezpieczeństwa pacjentów jest częste zjawisko współchorobowości (jednoczesnego występowania 2 lub więcej zaburzeń psychicznych), które dodatkowo podwyższa ryzyko samobójstwa. Wykazano, że ryzyko samobójstwa w ciągu całego życia najwyższe jest u ludzi z chorobą afektywną dwubiegunową – dotyczy 8%-15% chorych (przy ryzyku względnym $RR>21$), następnie w chorobie afektywnej jednobiegunowej, w uzależnieniu od alkoholu i innych substancji, a także w egzogennych zaburzeniach nastroju. W przebiegu zaburzeń nastroju, szczególnie depresyjnych zaznacza się obecnie coraz częstsze występowanie zamierzonych samookaleceń bez intencji samobójczych, co także zwiększa ryzyko samobójstwa.

XI. PERSPEKTYWA BIOLOGICZNA²

Genetyka: Badania bliźniąt, rodziny i adopcji konsekwentnie wskazują, że zachowania samobójcze są dziedziczne. Historia zachowań samobójczych w rodzinie zwiększa ryzyko próby samobójczej u potomstwa (OR 1.57). O'Reilly et al (2020) podaje, że potomstwo miało 2,74-krotnie wyższe ryzyko zachowań samobójczych, jeśli ich matki próbowały odebrać sobie życie lub odebrały sobie życie. Szwedzcy badacze opisali 40 „specyficznych” genów SB, które nie występują wśród ~3900 genów związanych z innymi zaburzeniami neuropsychiatrycznymi, np. zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) lub schizofrenia.

Immunologia: Dysregulacja układu immunologicznego jest związana z podwyższonym ryzykiem samobójczym. W określonych obszarach mózgu i zachowaniach samobójczych stwierdzano podwyższony poziom (IL)-1 β , IL-6, czynnika martwicy nowotworów (TNF) - α , transformującego czynnik wzrostu (TGF) - β 1, czynnika wzrostu śródbłonna naczyń (VEGF), kwasu kinureninowego (KYN) oraz niższy poziom IL-2, IL-4, oraz interferonu (IFN)- γ .

Patofizjologia: Zrozumienie mechanizmów neurobiologicznych zachowań samobójczych wymaga zintegrowania procesów specyficznych dla różnych regionów mózgu i typów komórek w globalne wzorce rozregulowania aktywności mózgu, a w szczególności zaburzenia funkcji układu serotonergicznego, noradrenergicznego, GABA-ergicznego, glutaminergicznego i opioidowego, i wielu innych.

Patomorfologia: Powtarzające się próby samobójcze wiążą się z nasilaniem się atrofii określonych struktur mózgu, niezależnie od diagnozy zaburzeń depresyjnych. Atrofię w korze przedczołowej, brzuszno-bocznej, grzbietowo-bocznej i przedniej części zakrętu obręczy stwierdzono również po próbie samobójczej u osób w depresji dwubiegunowej oraz u pacjentów ze schizofrenią.

XII. PODSUMOWANIE: INDYWIDUALNA PERSPEKTYWA SAMOBÓJSTWA¹

Prezentowane w wykładzie różne perspektywy zjawiska samobójstw mają jeden wspólny mianownik – jest nim perspektywa indywidualna, czyli zagrożenie lub utrata pojedynczego życia ludzkiego w wyniku zachowania samobójczego. Obrazuje to wykres „procesu samobójczego” stworzonego przez Wasserman w uniwersalnym modelu STRES – PODATNOŚĆ. Proces ten ma początek w momencie wystąpienia pierwszych myśli samobójczych i rozwija się poprzez kolejne zachowania/ próby samobójcze. Jego przebieg zależy od podatności dziedzicznej (samobójstw w rodzinie) i nabytej (w okresie płodowym, czy później pod wpływem czynników chorobotwórczych) oraz doświadczania różnych stresorów, wynikających z uwarunkowań środowiskowych (rodzinnych, szkolnych, zawodowych, zdrowotnych, w tym urazów fizycznych i/lub psychicznych). Przykładem w pokoleniu nastolatków jest przemoc rówieśnicza, używanie substancji psychoaktywnych, a u dorosłych – utraty, w tym zdrowia fizycznego i psychicznego. Proces samobójczy może zostać albo wygaszony poprzez: rozwiązanie kryzysu psychicznego, zasoby zewnętrzne, typu wsparcie społeczne, leczenie, oraz zasoby wewnętrzne, tj.: umiejętności społeczne, strategie radzenia sobie ze stresem, albo może doprowadzić do samobójstwa.

Dysponując wiedzą na temat różnych perspektyw w ocenie zachowań samobójczych i ich wieloczynnikowych uwarunkowań przyczyniamy się do budowania kolejnej perspektywy – efektywnych działań profilaktycznych: uniwersalnych, selektywnych, wskazanych.

**Wprowadzenie do Krajowego Programu
Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym (KPZZS)
Przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia
Ministerstwo Zdrowia**

Ustanowienie aktu prawnego, jakim jest ustawa o zdrowiu publicznym, pozwoliło na wdrożenie **Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020** i podjęcie szeregu nowych i wieloaspektowych działań na rzecz zdrowia publicznego populacji.

Niewątpliwie prowadzenie szeroko zakrojonych prac w ramach **Programu na rzecz promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym** miało i wciąż ma zasadnicze znaczenie z uwagi na fakt, iż najczęstszy powód podjęcia zamachu samobójczego stanowi zaburzenie psychiczne. Tym samym kierunkowe działania oparte są nie tylko na strategiach WHO i innych państw, ale również na stale podejmowanych dyskusjach i pracach wiodącego w tym temacie Zespołu roboczego na rzecz zapobiegania samobójstwom i depresji powołanego przy Radzie do spraw Zdrowia Publicznego. Należy podkreślić, że prace zespołu stanowiły także podstawę i inspirację do zadań wskazanych w nowym projekcie **Narodowego Programu Zdrowia**.

Zakłada się, że wprowadzenie krajowych programów zapobiegania samobójstwom powoduje spadek ogólnego wskaźnika samobójstw, dlatego też na dalsze lata zaplanowano skoordynowane działania na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym.

Tak trudny obszar wymaga działań *od każdego z nas w ramach m.in. wsparcia drugiej osoby*, ale także w ramach profilaktyki - od wielokrotnie powtarzanej odpowiedzialnej polityki informacyjnej na temat zachowań samobójczych, poprzez zmiany postaw społecznych aż do zdecydowanego ograniczania dostępu do metod ich dokonywania - w wiodącym celu *zmniejszenia ich liczby we wszystkich grupach wiekowych*.

SESJA 2. PROFILAKTYKA SAMOBÓJSTW NA ŚWIECIE

(sesja w języku angielskim)

PUBLIC MENTAL HEALTH AND SUICIDE PREVENTION: INTERNATIONAL PERSPECTIVE

Dan Chisholm

Programme Manager for Mental Health, WHO Regional Office for Europe

2020 will be a year that we forever remember as one that shook the world and brought many countries to their knees. An unimaginable number of lives and livelihoods have been lost to COVID-19. Families and communities have been forced apart, businesses bankrupted, and people deprived of opportunities that a year ago were taken for granted. These consequences of the pandemic have exacted an enormous toll on the mental health and well-being of the population, and heightened the risk of self-harm and suicide. Even before the current pandemic, 800 000 lives were being lost globally each year to suicide, with more than 140 000 of them in the WHO European Region. More now than ever it is therefore vital to re-double efforts to promote and protect mental health, ensure the availability of help-lines and psychosocial support, strengthen mental health services and put in place

a coordinated set of suicide prevention strategies. Much is already known about what intervention strategies work and how they can be effectively implemented at country level. This presentation will provide examples of good practices from Europe and beyond, as well as highlight what strategic approaches and tools are already available to expedite multi-sectoral responses to suicide prevention.

SUICIDE CAN BE PREVENTED

Danuta Wasserman

National Centre for Suicide Research and Prevention (NASP), Karolinska Institutet

Every year more than 800 000 suicide deaths occur worldwide. Globally, suicide is the second leading cause of death among 15-29-year-olds. It has become a serious global public health concern with severe societal implications. Due to the magnitude of the problem, recognising the need for suicide prevention is imperative. Suicide is preventable. Physician education, pharmacological and psychotherapy treatments, school-based suicide prevention programmes, and means of suicide restriction are effective actions in preventing suicidal behaviours. During this lecture the health care perspective as well as the public health measures will be presented with focus on the effects of the COVID-19 pandemic and adaptation of the evidence-based strategies.

Reference: Wasserman D, Losue M, Wuestefeld A, Carli V. Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after COVID-19 pandemic. *World Psychiatry* 2020;19(3).

PANDEMIC AND SUICIDE

Marco Sarchiapone

Department of Medicine and Health Sciences, University of Molise, Italy

Chairman of Section of Suicidology and Suicide Prevention of the European Psychiatric Association

As a result of the socioeconomic impact of the COVID-19 pandemic and of the necessary restrictive measures adopted worldwide to contain its spread, a potential increase in mental health disorders and suicides may happen. Some vulnerable groups, such as healthcare workers, COVID-19 and psychiatric patients, prisoners, members of the LGBTQ+ community, migrants, ethnic minorities and asylum seekers and internally displaced populations, are overexposed to the potential negative effects of the pandemic. However, protective factors, such as social support, resilience and a supportive work environment, may buffer the impact of this crisis on mental health. Evidence-based and coordinated actions to prevent the risk for increased mental health disorders and suicide are needed.

DLACZEGO I JAK MONITOROWANE SĄ ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE?

Agnieszka Gmitrowicz

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zakłada się, że koszty społeczne i finansowe zachowań samobójczych (prób samobójczych i samobójstw) są porównywalne z następstwami konfliktów zbrojnych. Raport WHO z 2014 roku uznaje próby samobójcze za niezależny czynnik ryzyka samobójstwa i zaleca ich monitorowanie. Wiarygodne coroczne dane dotyczące liczby prób samobójczych i związanych z nimi czynników ryzyka są podstawą diagnozy zachowań samobójczych oraz oceny efektywności podejmowanych strategii profilaktycznych. W krajach z wysokim PKB (w tym USA, Irlandia) już dużo wcześniej opracowano systemy monitorowania zamierzonych samouszkodzeń/prób samobójczych.

W Polsce nie ma dotąd spójnego krajowego systemu gromadzenia danych obejmujących zachowania samobójcze i ich uwarunkowania. W kraju funkcjonują dwie bazy danych, uaktualniane co rok: 1. Komendy Głównej Policji (KGP), która dotyczy rejestracji prób (zamechów) samobójczych i samobójstw łącznie oraz odrębnie samobójstw, na podstawie formularzy KSIP10 (z 16 grupami zmiennych od 2017 roku); 2. Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), która oprócz samobójstw rejestrowanych na Kartach Zgonów, dostarcza wskaźników – liczby samobójstw w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (z uwzględnieniem tylko zmiennych demograficznych). Między obiema statystykami występują rozbieżności w zakresie sprawozdawanej w danym roku liczby samobójstw. Rejestracja przez Policję samobójstw oraz prób samobójczych nie może służyć jako źródło danych epidemiologicznych, natomiast sprawozdawczość GUS nie uwzględnia prób samobójczych.

Nad poprawą sprawozdawczości samobójstw i prób samobójczych w Polsce pracuje od września 2016 roku Zespół roboczy ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie do spraw Zdrowia Publicznego przy Ministerstwie Zdrowia. Zainicjował on prace nad opracowaniem spójnego systemu gromadzenia danych statystycznych, dotyczących zachowań samobójczych, pochodzących nie tylko od Policji, ale także od innych podmiotów uprawnionych do pozyskiwania i przekazywania informacji o próbach samobójczych, w tym służby zdrowia. Ich kontynuacja wymaga stworzenia odpowiednich struktur organizacyjnych w połączeniu z zapleczem naukowym.

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA – UZASADNIENIE MONITOROWANIA ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

Daria Biechowska

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Bardzo cennym źródłem informacji o częstotliwości prób samobójczych są dane z dokumentacji medycznej prowadzonej przez oddziały psychiatryczne.

W odróżnieniu od rejestracji zgonów nie ma powszechnie przyjętych międzynarodowych metod standaryzacji zbierania informacji o próbach samobójczych, wobec czego trzeba wziąć pod uwagę wiele kwestii metodologicznych przy porównywaniu współczynników z obszarów podlegających różnym jurysdykcjom. Dokonane na podstawie dokumentacji szpitalnej oszacowania współczynników prób samobójczych mogą być nietrafne, jeśli wybrane szpitale nie są reprezentatywne dla wszystkich szpitali

w danej społeczności albo jeśli znaczny procent osób po próbie samobójczej leczy się tylko w miejscowych przychodniach, wobec czego nie dociera do szpitala. Ponadto na współczynniki prób samobójczych duży wpływ ma proces prowadzenia dokumentacji w warunkach szpitalnych. Celem prezentacji jest wskazanie źródeł braku rzetelności danych z oddziałów całodobowych oraz sposobów ich standaryzacji.

ROZPOWSZECHNIENIE PRÓB SAMOBÓJCZYCH WŚRÓD DOROSŁYCH MIESZKAŃCÓW POLSKI. WYNIKI BADANIA EZOP II

Jacek Moskalewicz

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

W sięgającej końca XIX wieku tradycji myśli socjologicznej rozpowszechnienie samobójstw jest wskaźnikiem stopnia dezintegracji społecznej. Według statystyk zgonów publikowanych przez GUS, liczba zgonów w Polsce przekracza sześć tysięcy rocznie i jest większa niż liczba zgonów z powodu wypadków drogowych. Statystyki zgonów nie odzwierciedlają w pełni rozmiarów zjawiska.

Celem prezentacji jest opis rozpowszechnienia prób samobójczych wśród dorosłych mieszkańców Polski. Wykorzystane w niej zostaną dane z badania EZOP II, w którym do przeprowadzenia 12 tysięcy wywiadów wśród losowo dobranych mieszkańców Polski w wieku 18 lat i więcej zastosowano kwestionariusz wywiadu CIDI (Composite International Diagnostic Interview). Okazało się, że próby samobójcze ma za sobą ok. 0,5% dorosłych. Inaczej niż w statystykach zgonów, próby samobójcze występują z podobną częstotliwością wśród kobiet i mężczyzn, wśród ludzi w średnim wieku, większe rozpowszechnienie obserwuje się wśród osób słabo wykształconych, bezrobotnych, rozwiedzionych i mieszkańców miast.

PRÓBY SAMOBÓJCZE – BADANIA REPREZENTATYWNE MŁODZIEŻY W POLSCE

Krzysztof Ostaszewski

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Wprowadzenie. Współczesna suicydologia traktuje samobójstwo jako proces lub ciąg zdarzeń, w którym próby i tendencje samobójcze odgrywają istotną rolę. Celem badań była ocena rozpowszechnienia prób i tendencji samobójczych w dwóch reprezentatywnych grupach młodzieży w Polsce, młodzieży z ogólnej populacji i młodzieży z grupy ryzyka.

Metoda. Badania miały charakter populacyjny. Jedną grupę stanowili losowo dobrani nastolatki z ogólnej populacji w wieku 12-17 lat (N=1186, 48,5% chłopcy), którzy uczestniczyli w ogólnopolskim badaniu EZOP II, a drugą grupę – losowo dobrani podopieczni młodzieżowych ośrodków wychowawczych (MOW) i młodzieżowych ośrodków socjoterapii (MOS) z całego kraju w wieku 12-19 lat (N=1730, 67% chłopcy). W badaniach EZOP II wykorzystano pytania diagnozujące tendencje samobójcze (na podstawie kwestionariusza MINI KID 2.0), które zadawano podczas wywiadów indywidualnych wspomaganych komputerowo. Do badań podopiecznych MOW/MOS wykorzystano pytanie o częstość prób samobójczych kiedykolwiek w życiu, które było jednym z pytań ankiety audytoryjnej.

Wyniki. Wyniki badania EZOP II wskazują, że w perspektywie życia u ok. 6% nastolatków w wieku

12-17 lat zdiagnozowano tendencje samobójcze. Dotyczyły one w podobnym stopniu dziewcząt i chłopców. Wysokie bieżące ryzyko samobójstwa w dniach badania stwierdzono u 0,4% populacji młodzieży. Około 2% młodzieży odpowiedziało pozytywnie na pytanie: czy kiedykolwiek próbowałeś zrobić sobie krzywdę, a 0,6% badanej populacji - czy kiedykolwiek próbowałeś popełnić samobójstwo. Wyniki badania w MOS-ach i w MOW-ach wskazują, że jedną próbę samobójczą w życiu potwierdziło 17% wychowanków. Dwie próby samobójcze miało za sobą 9%, a trzy próby lub więcej - 14% wychowanków MOS lub MOW. Łącznie, aż 40% młodzieży z tych ośrodków potwierdziło przynajmniej jedną próbę samobójczą kiedykolwiek w życiu, z dużą różnicą ze względu na płeć - 30% chłopców i 60% dziewcząt. Nie stwierdzono istotnych różnic w rozpowszechnieniu prób samobójczych ze względu na typ ośrodka (MOS/ MOW).

Wnioski. Zachowania samobójcze młodzieży to poważny problem, który wymaga bardziej skutecznej profilaktyki zarówno w ogólnej populacji, jak w grupach ryzyka. Grupą szczególnego ryzyka są wychowankowie młodzieżowych ośrodków socjoterapii i młodzieżowych ośrodków wychowawczych. Ważną rolę w profilaktyce samobójstw w tej grupie młodzieży może odgrywać odpowiednie przygotowanie personelu tych ośrodków do podejmowania interwencji w sytuacjach kryzysu suicydalnego u wychowanków.

SESJA 4. POMOC ZDALNA OSOBOM W KRYZYSIE PSYCHICZNYM: BARIERY I KORZYŚCI

INTERWENCJA KRYZYSOWA PRZEZ TELEFON

Sylwia Michalec-Jękot

Ośrodek Interwencji Kryzysowej i Poradnictwa w Myślenicach

Ustawa o Pomocy Społecznej mówi, że interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. Interwencją kryzysową obejmuje się osoby i rodziny bez względu na posiadany dochód. W ramach interwencji kryzysowej udziela się natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej, a w zależności od potrzeb – poradnictwa socjalnego lub prawnego, w sytuacjach uzasadnionych – schronienia do 3 miesięcy. (Ustawa o Pomocy Społecznej, Art. 47).

Te założenia wskazują na nieodzowność tej formy wsparcia społecznego. Jej dostępność natomiast może uratować funkcjonowanie społeczne, a nawet życie osób doświadczających kryzysu psychicznego, wynikającego z nagłej sytuacji trudnej. Jeżeli więc osoby zmagające się z kryzysem nie otrzymają natychmiastowej specjalistycznej pomocy, może istnieć realne zagrożenie kryzysem suicydalnym. Interwencja kryzysowa w tym obszarze jest niezwykle wymagająca. Podstawowym obowiązkiem i celem interwenta jest udaremnić każde zachowanie samobójcze oraz jak najskuteczniej i najszybciej pomóc wyjść osobie w kryzysie z kręgu zawężenia i bezradności oraz przejść do stanu pełnej równowagi emocjonalnej i normalnego funkcjonowania psychospołecznego. W interwencji kryzysowej należy pamiętać, że zawsze istnieje konieczność ratowania osób gotowych targnąć się

na swoje życie. Ta determinacja pozwala pracować ofiarnie i w pełnej całodobowej gotowości zespołowi Ośrodka Interwencji Kryzysowej i Poradnictwa w Myślenicach, który od 2005 roku udziela pomocy i wsparcia w rozwiązywaniu problemów życiowych. Myślenicka jednostka działa od 15 lat, a od roku 2017 udziela pomocy i wsparcia przez całą dobę. Warto podkreślić, że do roku 2016 przeprowadzano ok. 4 tysięcy interwencji rocznie.

Dane te wskazują, jak ważny obszar wsparcia zajmuje interwencja kryzysowa. Jej znaczenie ujawniło się zwłaszcza podczas obecnej sytuacji epidemiologicznej związanej z COVID-19. Wówczas pracowano głównie w sposób zdalny używając telefonu i komunikatorów internetowych oraz mediów społecznościowych. Od 15 marca do 30 kwietnia 2020 roku wykonano 415 interwencji zdalnych, zaś od 1 maja do 31 maja aż 455. Liczby te wskazują wyraźnie, że w pierwszym okresie epidemii – w fazie szoku, ludzie korzystali jeszcze ze swoich zasobów wewnętrznych, próbując odnaleźć się w nowej rzeczywistości. Jednak już w fazie drugiej zaczęli szukać wsparcia i pomocy. Wskazuje to wyraźnie na budowanie pomocy za pośrednictwem nowoczesnych form komunikacji, które niejednokrotnie ratują życie klientom doświadczającym kryzysów psychologicznych.

ZDALNA KONSULTACJA PSYCHIATRYCZNA

Maciej Matuszczyk

Centrum Zdrowia Psychicznego w Tychach,

Sekcja Naukowa Telepsychiatrii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Pierwsze doniesienia analizujące zdalne konsultacje psychiatryczne ukazywały się już w latach 90. XX wieku. Przez długi czas ta forma kontaktu była dedykowana emigrantom, którzy z powodu bariery językowej lub finansowej nie byli w stanie skorzystać z pomocy specjalisty w aktualnym miejscu zamieszkania. W ostatnich latach z powodu rozpowszechnienia się dostępu do szerokopasmowego internetu oraz sprzętu zapewniającego dobrą jakość połączenia wideo, telewizyty stały się coraz bardziej popularne jako alternatywa wizyt w kontakcie bezpośrednim.

Kontakt online ma wady, m.in. jakość komunikacji zależna od posiadanego przez specjalistę i pacjenta sprzętu i łącza oraz ograniczona możliwość identyfikacji osoby pacjenta czy miejsca, w którym się znajduje. Dodatkowo nie ma możliwości całościowego obserwowania pacjenta, jego postawy, chodu, gestykulacji, itp. Znacznie utrudnione jest też zastosowanie interwencji, gdyż pacjent może skutecznie zerwać połączenie.

Jednak w dobie konieczności zachowania dystansu, kwarantanny oraz prewencji infekcji, telepsychiatria daje dostęp pacjentom do świadczeń specjalistycznych. Ułatwieniem były zmiany prawne, takie jak uruchomienie na początku 2019 roku systemu e-recepty, a po wybuchu epidemii legislacja umożliwiająca leczenie zdalne w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Utrudnieniem jest brak e-skierowań do opieki psychiatrycznej oraz brak możliwości zdalnego prowadzenia oddziałów dziennych. Podczas wykładu zostaną omówione wyniki badania oceniającego wpływ pandemii na zmiany metod pracy lekarzy oraz postaw pacjentów wobec e-wizyt.

ROZWIĄZANIA TELEMEDYCZNE JAKO NARZĘDZIE PRACY SPECJALISTÓW OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO W DOBIE PANDEMII COVID-19. BARIERY, KORZYŚCI, SZANSE

Agnieszka Kaliszewska, Katarzyna Stankiewicz

Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego w Warszawie

Rozwój technologii, w tym internetu, pozwolił na przesyłanie – w czasie rzeczywistym i w wysokiej jakości – danych audiowizualnych oraz otworzył nowe możliwości w zakresie realizacji usług telemedycznych. Niemniej jeszcze rok temu możliwość wdrażania tego typu rozwiązań na skalę masową wydawała się prawie niemożliwa. Sytuacja zmieniła się w chwili ogłoszenia przez WHO w marcu 2020 roku stanu pandemii z powodu COVID-19. Wielotygodniowy lockdown wymusił konieczność realizowania wielu usług, w tym usług medycznych, w zupełnie nowy sposób. Z dnia na dzień telekonsultacje medyczne stały się atrakcyjną formą realizowania świadczeń ze względu na możliwość zapewnienia bezpiecznego kontaktu lekarza/specjalisty z pacjentem. Również specjaliści zdrowia psychicznego otrzymali możliwość realizowania swoich usług w postaci telekonsultacji, a do ich upowszechnienia przyczyniła się otwartość Narodowego Funduszu Zdrowia do opłacania świadczeń realizowanych w ramach usług telemedycznych. Po kilku miesiącach pracy zdalnej zaczyna krystalizować się model pracy w tym systemie, zaczynamy również być świadomi jego mocnych i słabych stron.

SESJA 5. KOMPETENCJE KLUCZOWYCH GRUP SPOŁECZNYCH I ZAWODOWYCH W PROFILAKTYCE SAMOBÓJSTW

PROGRAM ZAPOBIEGANIA DEPRESJI W POLSCE

Łukasz Świąćicki

II Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Depresja, różnie definiowana, jest chorobą częstą lub nawet bardzo częstą. Z pewnością dotyka ponad 10% osób z populacji ogólnej w jakimś momencie ich życia. Depresja jest także chorobą ciężką, to znaczy, że może za sobą pociągać bardzo poważne skutki – począwszy od bardzo istotnych zaburzeń funkcjonowania, a kończąc na śmierci osoby chorej. Najczęstszą przyczyną śmierci chorych na depresję jest samobójstwo, ale trzeba pamiętać, że depresja istotnie zwiększa umieralność związaną z szeregiem chorób somatycznych.

Obecnie nie ma możliwości takiego zapobiegania depresji, aby choroba w ogóle przestała występować – nie można się w żaden sposób zaszczepić przeciwko depresji. Można jednak i należy wdrażać programy, których celem jest jak najwcześniejsze wykrywanie depresji, a potem jak najskuteczniejsze jej leczenie i zapobieganie nawrotom.

W wystąpieniu przedstawiony zostanie bardzo skrócony zarys takiego programu, którego jednym z centralnych punktów jest stworzenie sieci Ośrodków Wczesnego Wykrywania Depresji (OWDD). Ośrodki te mają w zamierzeniu umożliwić znacznie skuteczniejsze wykrywanie i leczenie depresji na poziomie lekarzy pierwszego kontaktu, którym pomocą mają służyć specjaliści psychiatry i psychologowie. Zwracam także uwagę na potrzebę podejmowania odpowiednich działań

w grupach szczególnego ryzyka: dzieci i młodzieży, kobiet w okresie poporodowym, a także osób, które w przeszłości przeżyły depresję.

ROLA NAUCZYCIELI I RODZICÓW W PROFILAKTYCE SAMOBÓJSTW

Krzysztof Sz wajca

Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Autor wystąpienia kierował zespołem, który stworzył poradniki dla rodziców i nauczycieli poświęcone profilaktyce zachowań autodestruktywnych i samobójstw (powstały na zamówienie MEN w 2019 roku). Kieruje także Zespołem Leczenia Domowego Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, który specjalizuje się w pracy z młodzieżą w ostrych kryzysach wokół prób samobójczych i zachowań autoagresywnych. Zespół ten za ważne narzędzie pracy uznaje terapię rodzin. Wystąpienie będzie próbą połączenia obu tych perspektyw – popularyzatorskiej i pracy klinicznej, celem przyjrzenia się znaczeniu ważnych dorosłych w profilaktyce samobójstw u młodzieży. Zagadnienie pozornie tylko wydaje się proste i oczywiste, a pytanie jak nieoskarżająco i efektywnie włączyć rodzinny i szkolny system wsparcia do pracy na rzecz pomocy zagrożonemu młodemu człowiekowi jest podstawowo ważnym zagadnieniem.

ZWIĘKSZANIE KOMPETENCJI STUDENTÓW RÓŻNYCH KIERUNKÓW W ZAKRESIE PROFILAKTYKI SAMOBÓJSTW – PROGRAM ELLIPSE

Anna Baran

Szpital Blekinge, Karlshamn, Szwecja

W okresie studiów ryzyko samobójcze jest około dwukrotnie wyższe niż po ich zakończeniu. Według Eurostatu samobójstwa stanowią 20-24% wszystkich zgonów w grupie wiekowej 15-29 lat. Z badań wynika ponadto, że 30-50% studentów ma problemy ze zdrowiem psychicznym. Pomimo to jedynie 16,4% studentów z zaburzeniami psychicznymi otrzymało profesjonalną pomoc w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Dane te wskazują na konieczność zwrócenia większej uwagi na problemy psychiczne i profilaktykę samobójstw w okresie studiów. Równocześnie na wielu uczelniach w Polsce i na świecie studenci nie mają możliwości nauki profilaktyki samobójstw w ramach osobnych kursów poświęconych jedynie temu tematowi. Studenci medycyny natomiast z zagadnieniem profilaktyki samobójstw zapoznają się podczas jednej godziny, maksymalnie dwóch godzin wykładowych, w ciągu całych studiów. Nauka profilaktyki samobójstw zaczyna się dla większości pracowników opieki zdrowotnej i społecznej i innych grup zawodowych dopiero po studiach.

W prezentacji zostaną omówione wyniki badań fokusowych przeprowadzonych w ramach międzynarodowego projektu ELLIPSE (www.e-llipse.com) finansowanego z europejskiego grantu ERASMUS+. Głównym celem projektu jest utworzenie programu prewencji samobójstw dla studentów w pięciu krajach europejskich: Austrii, Norwegii, Szwecji, Polski i Węgier.

MOŻLIWOŚCI PODEJMOWANIA PROFILAKTYKI SAMOBÓJSTW PRZEZ OSOBY DUCHOWNE W POLSCE

Adam Czabański

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

W Polsce jest kilkadziesiąt tysięcy osób duchownych, przede wszystkim wyznania rzymskokatolickiego, ale także prawosławnego i ewangelickiego. Są to zarówno księża, jak i siostry zakonne oraz bracia zakonnicy. Osoby te stanowią awangardę wyznawców chrześcijaństwa w Polsce. Ich oddziaływanie w ramach krzewienia zasad moralnych osadzonych w religii chrześcijańskiej dotyczą zdecydowanej większości populacji Polski.

Celem wystąpienia jest zarysowanie możliwości włączenia się osób duchownych w profilaktykę samobójstw. Zadaniem osób duchownych byłoby przede wszystkim informowanie o możliwościach uzyskania pomocy od profesjonalistów oraz niesienie wsparcia osobom osieroconym przez samobójcę. Pewną barierą ograniczającą skuteczne działania niektórych osób duchownych może być etykietowanie osób z problemami suicydalnymi jako opętanych i wymagających wyłącznie egzorcyzmów. Celem suicydologów jest więc niesienie rzetelnej wiedzy na tematy problematyki samobójstw i prób samobójczych osobom duchownym w Polsce.

MEDIA A PROFILAKTYKA SAMOBÓJSTW

Radosław Pawelec, Łukasz Krawczyński

Uniwersytet Warszawski

ELLIPSE to 3-letni projekt międzynarodowy w ramach programu ERASMUS+, koordynowany przez Region Blekinge w Szwecji; kierownikiem projektu jest dr med. Anna Baran. W jego realizacji uczestniczą uczelnie i towarzystwa naukowe ze Austrii, Norwegii, Polski, Szwecji i Węgier.

Cele Projektu to m.in. stawienie czoła brakom umiejętności w prewencji samobójstw przy jednoczesnym przychyleniu się do potrzeb i preferencji edukacyjnych studentów, dostarczenie instytucjom edukacyjnym kursów internetowych dotyczących prewencji samobójstw, zwiększenie umiejętności przyszłych pracowników służby zdrowia i opieki społecznej oraz dziennikarzy w prewencji i postwencji samobójstw.

W ramach realizacji Projektu dotąd m.in. przeprowadzono badania w grupach fokusowych w uczestniczących w nim krajach, opracowano podstawy e-learningu oraz przeprowadzono szereg analiz związanych z nim problemów. Jednym z nich jest ukazywanie samobójstw w mediach.

Wyniki przeprowadzonej przez mgra Łukasza Krawczyńskiego analizy porównawczej przekazów medialnych (w tradycyjnej formie) informujących o samobójczej śmierci, opublikowanych w przeciągu sześciu miesięcy w serwisach internetowych największych dzienników (Gazeta Wyborcza, Rzeczpospolita, FAKT Gazeta Codzienna) i mediów newsowych (Polsat News, TVN 24, TVP Info, Polskie Radio 24, RMF FM, Radio ZET), wskazują, że najczęściej przekazów medialnych, w których pojawia się temat samobójstwa, dotyczy śmierci znanych osób, śmierci sprawcy strzelaniny bądź śmierci młodej osoby. Ponad 1/3 analizowanych przekazów zawiera informacje o metodzie odebrania sobie życia (w tym również szczegółowy opis metody), a co dziesiąty – domniemane przyczyny samobójstwa (wyrażone wprost lub w postaci sugestii wynikającej z kontekstu). Tylko w 4% badanych przekazów odbiorca mógł znaleźć informacje, gdzie można szukać pomocy w sytuacji kryzysu psychicznego: zdecydowana większość z tych artykułów ukazała się w serwisie internetowym dziennika FAKT.

ZASADY POSTĘPOWANIA Z PACJENTAMI PO PRÓBACH SAMOBÓJCZYCH PRZYJMOWANYCH DO ODDZIAŁÓW RATUNKOWYCH I IZB PRZYJĘĆ SZPITALI

Livia Nowak-Banasik², Jacek Sein Anand^{1,2}, Wojciech Waldman^{1,2}

1. Zakład Toksykologii Klinicznej,

2. Gdański Uniwersytet Medyczny, Pomorskie Centrum Toksykologii

Liczba ostrych zatruc lekami, środkami chemicznymi, legalnymi i nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi, toksynami roślin oraz jadami zwierząt stale wzrasta. Każdy przypadek, w którym dochodzi do intoksykacji ksenobiotykiem powinien być traktowany jako stan potencjalnie zagrażający życiu. W procesie diagnostycznym należy przede wszystkim ustalić czy obserwowany zespół objawów klinicznych jest wynikiem zatrucia czy też może być objawem innej choroby. Realia kliniczne są niestety dalekie od doskonałości. Zwykle bywa tak, że informacje na temat zachorowania w tego typu zdarzeniach są niezwykle skąpe i często niejednoznaczne. W postępowaniu z pacjentem po zatruciu samobójczym bardzo ważne jest zebranie wywiadu zarówno od pacjenta, jak i osób, które udzielały mu pomocy na miejscu zdarzenia, świadków oraz rodziny i znajomych. W trakcie dalszej obserwacji należy stale weryfikować informacje na temat zatrutego, jego stan kliniczny, a także wykonywać seryjne badania biochemiczne oraz toksykologiczne. W toku postępowania diagnostycznego należy zwrócić także uwagę na fakt czy istnieją przesłanki sugerujące samobójczy charakter zatrucia, w tym np.: pozostawienie listu pożegnalnego, coraz bardziej popularne wiadomości tekstowe SMS lub informacje w mediach społecznościowych.

Podczas wykładu zostaną omówione wybrane elementy diagnostyki i terapii pacjentów ostro zatrutych różnymi ksenobiotykami.

STRESZCZENIA WEBINARÓW

DZIENNIKARZE - JAK INFORMOWAĆ W MEDIACH O SAMOBÓJSTWIE I PRÓBACH SAMOBÓJCZYCH?

Anna Baran

Głównym celem webinarium jest omówienie zagadnienia z zakresu sposobu pisania o samobójstwach. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, krajowe programy zapobiegania samobójstw zawierają rekomendacje dotyczące tego, w jaki sposób media powinny informować o samobójstwach. Takie rekomendacje istnieją także w Polsce.

Oczekiwany efekty: uzyskanie wiedzy o tym, jak pisać w sposób bezpieczny dla wrażliwego, młodego odbiorcy, inspiracja do tego, aby pisać tak, aby uratować komuś życie, jak radzić sobie z dylematami związanymi z pisaniem o zachowaniach samobójczych, jak pisać o postwencji, jak radzić sobie ze stresem w pracy?

Wszystkim uczestnikom seminarium zalecamy lekturę Poradników dla mediów, dostępnego bezpłatnie www.poradnikdlamediw.pl.

KRYZYS W KONFESJONALE – ROLA DUCHOWNYCH W PREWENCJI SAMOBÓJSTW

Adam Czabański

Głównym celem webinarium jest ukazanie praktycznych możliwości działania osób duchownych w obliczu kryzysu suicydalnego człowieka oraz kwestia pomocy jego bliskim. W ramach webinarium przedstawione zostaną przykłady realnych działań księży oraz wyniki badań wśród osób duchownych (co sami sądzą na ten temat).

Oczekiwane efekty: wzrost wiedzy wśród osób duchownych na temat możliwości udzielania pomocy osobom zagrożonym zachowaniami samobójczymi.

KONTAKT TELEFONICZNY Z OSOBĄ W OBNIŻONYM NASTROJU/DEPRESJI I KRYZYSIE SUICYDALNYM – WEBINAR ADRESOWANY DO PRACOWNIKÓW LINII 112, KONSULTANTÓW TELEFONÓW ZAUFANIA I OŚRODKÓW INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

Lucyna Kicińska

Głównym celem webinarium jest rozwinięcie warsztatu pracy osób obsługujących numer alarmowy 112, konsultantów telefonów zaufania oraz ośrodków interwencji kryzysowej świadczących pomoc przez telefon w obszarze obniżonego nastroju, depresji i kryzysu suicydanego.

Oczekiwane efekty: rozwijanie umiejętności przekierowywania i motywowania dzwoniących do korzystania z adekwatnej pomocy, zrozumienie ograniczeń w kontakcie telefonicznym z osobą w obniżonym nastroju, depresji i kryzysie suicydalnym, dostarczenie informacji o kryzysie oraz

wyjaśnienie czym jest kryzys suicydalny, poznanie najczęściej pojawiających się błędów w po stronie konsultanta i omówienie właściwej postawy w rozmowie oraz zwiększenie poczucia bezpieczeństwa u pracowników 112 i konsultantów linii pomocowych.

ŚMIERĆ SAMOBÓJCZA UCZNIA – DZIAŁANIA W SYTUACJI KRYZYSU SUICYDALNEGO W SZKOLE

Małgorzata Łuba

Głównym celem webinarium jest zwiększenie umiejętności w obszarze interwencji w sytuacji śmierci samobójczej ucznia w szkole.

Oczekiwane efekty: rozumienie konieczności reagowania w sytuacji śmierci samobójczej ucznia oraz znaczenia ochronnego takich interwencji, wiedza o efekcie Wertera (efekcie kuli śniegowej), zmniejszenie lęku przed działaniami podejmowanymi po śmierci samobójczej ucznia w szkole, umiejętność przekazywania informacji o samobójczej śmierci uczniom i przedstawicielom mediów, umiejętność organizowania form wsparcia dla klasy i osób indywidualnych.

ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE U DZIECI I MŁODZIEŻY – METODY POSTĘPOWANIA I SPOSOBY PRACY

Małgorzata Łuba

Głównym celem webinarium jest zwiększenie umiejętności w obszarze interwencji w sytuacji obecności zachowań samobójczych w szkole.

Oczekiwane efekty: znajomość problematyki zachowań samobójczych u dzieci i młodzieży, zmniejszenie lęku przed rozmową o zachowaniach samobójczych ucznia, znajomość zasad postępowania w przypadku zaistnienia ryzyka suicydalnego, umiejętność wykorzystania wybranych metod interwencyjnych w reakcji na trudności obserwowane u młodej osoby.

OSOBA PO PRÓBIE SAMOBÓJCZEJ – JAK WSPIERAĆ I JAK REAGOWAĆ?

Jolanta Palma

Głównym celem webinarium jest zwrócenie uwagi na umiejętne przygotowanie najbliższego otoczenia na kontakt z osobą po próbie samobójczej (np. w środowisku szkolnym) oraz dobór odpowiednich form wsparcia.

Oczekiwane efekty: poznanie praktycznych zasad postępowania wobec osoby po próbie samobójczej, zdobycie wiedzy dotyczącej działań, jakie należy podjąć bezpośrednio po próbie samobójczej osoby, po jej wyjściu ze szpitala i w dłuższej perspektywie czasowej, poznanie metod interwencyjnych zwiększających szanse na udzielenie adekwatnej pomocy w sytuacji tego wymagającej.

WIEDZA O SUBSTANCJACH PSYCHOAKTYWNYCH JAKO ELEMENT PROFILAKTYKI SAMOBÓJSTW

Marek Wiśniewski

Podczas webinarium zostaną omówione główne grupy substancji psychoaktywnych obecnych na rynku europejskim. Szczególny nacisk położony zostanie na objawy sugerujące używanie NPS oraz ich potencjalny wpływ na dokonywanie prób samobójczych. Zaprezentowane będą także wybrane przypadki zatruc NPS. Stosowanie substancji psychoaktywnych (SPA) jest istotnym, choć często pomijanym, czynnikiem ryzyka prób samobójczych.

Oczekiwane efekty: znajomość rynku nowych substancji psychoaktywnych jako użyteczne narzędzie do rozpoznawania objawów ich używania czy uzależnienia, a tym samym objęcia tych osób profilaktyką samobójstw.

SAMOBÓJSTWO – UJĘCIE WIELOASPEKTOWE

Halszka Witkowska

Celem webinarium jest przedstawienie konieczności podejścia interdyscyplinarnego w suicydologii. Omawiane będą zarówno korzyści podjęcia takiej perspektywy, jak i trudności z tym związane, ze szczególnym uwzględnieniem działań profilaktycznych w przestrzeni społecznej zarówno poprzez zmianę dyskursu dotyczącego samobójstwa, jak i prace w przestrzeni kultury. W trakcie webinaru zostanie także poruszona kwestia internetu w odniesieniu do zachowań samobójczych, zarówno pod kątem korzyści, jak i niebezpieczeństw, jakie ze sobą niesie.

Oczekiwane efekty: zwiększenie świadomości dotyczącej możliwych wieloaspektowych działań z zakresu profilaktyki samobójstw.

Streszczenia Sesji opracowała mgr Jolanta Palma

DEKLARACJA UCZESTNIKÓW I KONGRESU SUICYDOLOGICZNEGO

ŁÓDŹ, 22 MARCA 2018 ROKU

TWOJE DZIAŁANIA MOGĄ URATOWAĆ ŻYCIE!

Skuteczne zapobieganie samobójstwom jest możliwe i zależy nie tylko od zaangażowania WŁADZ PAŃSTWOWYCH, ale od zaangażowania KAŻDEGO Z NAS!

Samobójstwa są czułym wskaźnikiem kondycji psychicznej społeczeństwa oraz miarą dezintegracji społecznej. My Uczestnicy I Kongresu Suicydologicznego, biorąc pod uwagę wysoki wskaźnik samobójstw w Polsce, uważamy za niezbędne przygotowanie i wprowadzenie Polskiej Strategii Zapobiegania Samobójstwom jako części Narodowego Programu Zdrowia.

Priorytetowe cele Polskiej Strategii Zapobiegania Samobójstwom powinny obejmować:

1. Zapewnienie szybkiego dostępu do pomocy w kryzysie psychicznym

Konieczne jest zorganizowanie szybkiego dostępu do pomocy osobom w kryzysie psychicznym, zagrożeniu życia oraz osobom z grup ryzyka, w tym szczególnie osobom po próbach samobójczych. Niezwykle ważne jest również zapewnienie wsparcia i pomocy rodzinie i bliskim, co stanowi kluczowy mechanizm chroniący w zapobieganiu samobójstwom (postwencja).

Realizacja: MZ, MRPiPS, MEN, MNiSzW, MKiDzN, MC, MF, MPiT, MiiR, MŚ, MSWiA, MON, MS, JST.

2. Poprawę dostępu do leczenia osób z problemami psychicznymi

Podjęcie działań zwiększających szybki dostęp do kompleksowej pomocy leczniczej dla osób cierpiących na depresję, uzależnienia i inne zaburzenia psychiczne. Jest to szczególnie pilne zadanie w zakresie opieki psychologiczno-psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.

Realizacja: MZ, MRPiPS, MSWiA, MEN, MS, JST.

3. Rejestrację, Monitoring i Badania

Podstawą profilaktyki jest aktualna diagnoza w zakresie samobójstw, prób samobójczych i innych zachowań autodestrukcyjnych. W tym celu konieczne jest utworzenie Krajowego Rejestru Zachowań Samobójczych, który integrowałby dane z Komendy Głównej Policji, Głównego Urzędu Statystycznego i systemu opieki zdrowotnej. Niezbędne jest rozwijanie badań naukowych z zakresu suicydologii i programów profilaktycznych opartych na dowodach.

Realizacja: MON, MF, MZ, MRPiPS, MEN, MSZ, MSWiA, MC.

4. Edukację grup zawodowych, które stanowią pierwszą linię pomocy w sytuacjach kryzysu psychicznego

Podnoszenie umiejętności pracowników opieki zdrowotnej, numeru alarmowego 112 i telefonów zaufania, nauczycieli i pedagogów, policjantów, strażaków, pracowników socjalnych, osób duchownych jest bardzo ważnym czynnikiem chroniącym w profilaktyce samobójstw.

Realizacja: MZ, MRPiPS, MEN, MSWiA, MON, MF, MS, JST.

5. Współpracę z mediami

Istotną rolę w zapobieganiu samobójstwom odgrywają media. Ważne jest monitorowanie czy społeczeństwo informowane jest o zachowaniach samobójczych w sposób rzetelny i odpowiedzialny oraz czy przestrzegane są zalecenia polskie i Światowej Organizacji Zdrowia. W publikacjach prasowych, internetowych, audycjach telewizyjnych i radiowych poświęconych problematyce samobójstw powinna zawsze znaleźć się informacja o miejscach, gdzie można uzyskać pomoc.

Realizacja: MZ, MKiDzN, JST, Rada Etyki Mediów

6. Ograniczanie dostępności do metod samobójstw

Ograniczenie dostępu do środków toksycznych, broni a także budowanie odpowiednich fizycznych zabezpieczeń. Konieczne jest monitorowanie i usuwanie zagrożeń, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, związanych ze szkodliwymi treściami w internecie i cyberprzemocą.

Realizacja: MS, MZ, MON, MRRiW, MSWiA, MI, MIR, JST.

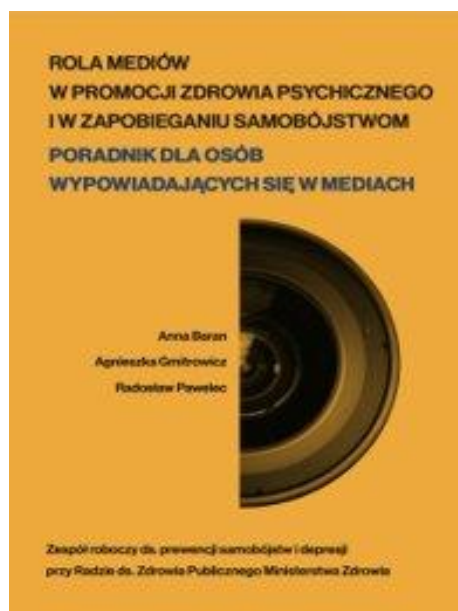
Do realizacji celów Polskiej Strategii Zapobiegania Samobójstwom potrzebne są działania z zakresu polityki i organizacji:

A. Finansowanie – na cele profilaktyki samobójstw powinno być przeznaczane co roku finansowanie z budżetu Państwa oraz JST.

B. Koordynacja działań – konieczna jest dobra współpraca wszystkich podmiotów w zakresie podejmowanych działań. Postulujemy powołanie Biura ds. profilaktyki zachowań samobójczych. Takie Biuro dysponujące własnym budżetem i usytuowane w strukturach MZ powinno koordynować działania międzyresortowe m.in. wynikające zapisów Narodowego Programu Zdrowia (cel operacyjny 3).

Ministerstwo Cyfryzacji MC,
Ministerstwo Edukacji Narodowej MEN,
Ministerstwo Finansów MF,
Ministerstwo Infrastruktury MI,
Ministerstwo Zdrowia MZ,
Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju MliR,
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego MNiSW,
Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego MKiDN,
Ministerstwo Obrony Narodowej MON,
Ministerstwo Środowiska MŚ,
Ministerstwo Przedsiębiorczości i Technologii MPiT,
Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej MRPiPS,
Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi MRRiW,
Ministerstwo Sprawiedliwości MS,
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji MSWiA,
Ministerstwo Spraw Zagranicznych MSZ,
Jednostki Samorządu Terytorialnego, JST

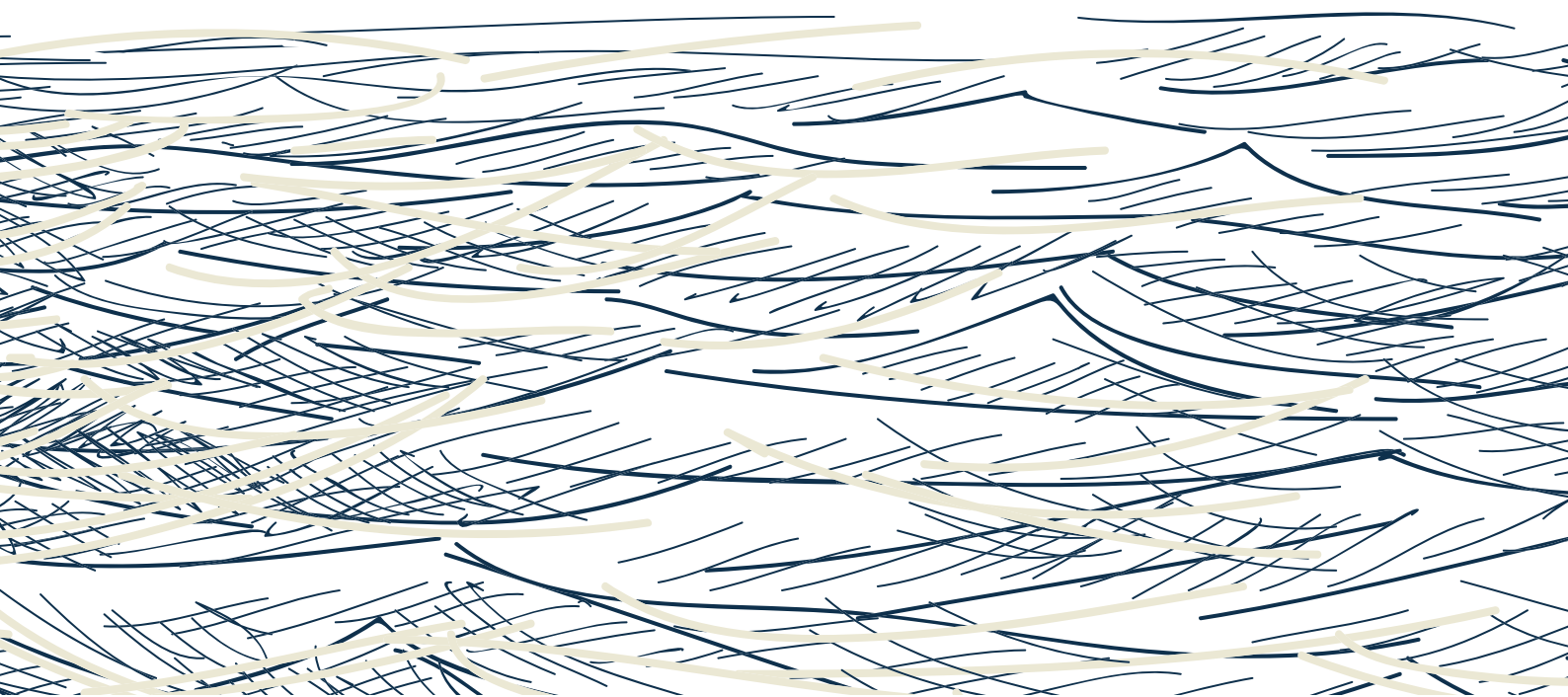
DOSTĘPNE PORADNIKI/MATERIAŁY ZRDSPSID I PTS



SPIS TREŚCI

PATRONAT KONFERENCJI	3
ORGANIZATORZY	4
KOMITETY	5
PROGRAM RAMOWY II KONGRESU	7
STRESZCZENIA SESJI	
Sesja 1.	
Inauguracja Kongresu Zjawisko samobójstw z różnych perspektyw	9
Sesja 2.	
Profilaktyka samobójstw na świecie	17
Sesja 3.	
Monitorowanie i epidemiologia zachowań samobójczych w Polsce i na świecie	19
Sesja 4.	
Pomoc zdalna osobom w kryzysie psychicznym: bariery i korzyści	21
Sesja 5.	
Kompetencje kluczowych grup społecznych i zawodowych w profilaktyce samobójstw ..	23
STRESZCZENIA WEBINARÓW	27
DEKLARACJA UCZESTNIKÓW I KONGRESU SUICYDOLOGICZNEGO	30
DOSTĘPNE PORADNIKI/MATERIAŁY ZRdsPSiD i PTS	32

konferencjasuicydologiczna.umed.pl



Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020,
finansowane przez Ministra Zdrowia