

PROFILAKTYKA PRESUICYDALNA W WYMIARZE GLOBALNYM I LOKALNYM – ZARYS PROBLEMU

PRE-SUICIDAL PREVENTION IN A GLOBAL AND LOCAL DIMENSION – THE OUTLINE OF THE ISSUE

Joanna Waszczuk^{1(A,B,C,D,E,F,G)}

¹Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Waszczuk, J. (2018). Profilaktyka presuicydalna w wymiarze globalnym i lokalnym – zarys problemu. *Rozprawy Społeczne*, 12(1), 50-58. <https://doi.org/10.29316/rs.2018.06>

Wkład autorów:

- A. Zaplanowanie badań
- B. Zebranie danych
- C. Dane – analiza i statystyki
- D. Interpretacja danych
- E. Przygotowanie artykułu
- F. Wyszukiwanie i analiza literatury
- G. Zebranie funduszy

Streszczenie

Zgodnie z raportem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) co 40 sekund na kuli ziemskiej ktoś umiera śmiercią samobójczą i na ogół jest to osoba wkraczająca w życie. Samobójstwa nie należy traktować jako pojedynczego aktu odebrania sobie życia, ale jako działania związanego z całym szeregiem następujących po sobie etapów trwających czasami latami, z których ostatni najczęściej kończy się śmiercią. Proces samobójczy ma swój początek, określony czas trwania, mogący prowadzić do śmierci. Celem profilaktyki presuicydalnej jest zahamowanie tego procesu. Profilaktyka presuicydalna – uprzedzająca, ukierunkowana na jednostkę, jej najbliższe kręgi społeczne, głównie na rodzinę, szkołę a także na opinię publiczną zmierza do wyposażenia osób w wiedzę i umiejętności niezbędne do pokonywania trudności, dokonywania właściwych wyborów w życiu, inicjowania i wzmacniania czynników wspierających rozwój. Dąży do obalenia mitów i wytworzenia pozytywnych postaw wobec osób cierpiących. Niniejsze opracowanie ma na celu przedstawienie zróżnicowanych form działań i wielorakich inicjatyw podejmowanych na poziomie globalnym przez WHO, ogólnopolskim poprzez realizację zapisów Narodowego Programu Zdrowia, a także na poziomie lokalnym, czyli środowiska szkoły, rodziny na rzecz ograniczenia liczby samobójstw. Omówienie powyższej problematyki przyjmuje charakter wycinkowy bowiem nie jest możliwe przybliżenie na kilku czy kilkunastu stronach owoców wieloletniej pracy prewencyjnej organizacji rządowych i pozarządowych.

Słowa kluczowe: profilaktyka, programy profilaktyczne, próby i zamachy samobójcze, dzieci i młodzież

Summary

According to a report by the World Health Organization (WHO), every 40 seconds, someone commits suicide in the world, and it is generally a young person entering the world. Suicides should not be regarded as a single act of taking one's life away, but as an activity involving a series of successive stages that last for years, most of which end in one's death. Suicide has its origin and a certain duration often leading to death. The goal of pre-suicidal prevention is to stop the process. The pre-eminent pre-suicidal prevention targeted at an individual, his/her immediate social circle mainly at family, school and public opinion aims to equip people with the necessary knowledge and skills to overcome difficulties, make the right choices in life, initiate and strengthen the drivers of development. It seeks to overthrow the myths and create positive attitudes towards the suffering people. The present paper aims at presenting diverse forms of action and multi-level initiatives at the global level by the WHO, the nationwide one through the implementation of the National Health Programme and, at the local level, the local community, school, and family, by reducing the number of suicides. It is not possible to discuss the above-mentioned issue as it is impossible to approximate the long-term preventive work actions by governmental and non-governmental organisations on several pages.

Keywords: prophylaxis, prophylaxis programs, suicide attempts, children and adolescents

Tabele: 0

Ryciny: 0

Literatura: 35

Otrzymano: sierpień 2016

Zaakceptowano: listopad 2017

Adres korespondencyjny: Joanna Waszczuk, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, ul. Sidorska 95/97, 21-500 Biała Podlaska, e-mail: j.waszczuk@dydaktyka.pswbp.pl, tel.: 83 344 99 00

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Joanna Waszczuk

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Wstęp

Czy samobójstwa można przewidywać?

„Jest tylko jeden problem filozoficzny prawdziwie poważny: samobójstwo. Orzec, czy życie jest, czy nie jest warte trudu, by je przeżyć, to fundamentalne pytanie filozofii” (Camus, 2004).

Pierwszym autorem, który w sposób ściśle naukowy podjął się zbadania przyczyn zachowań autodestrukcyjnych u ludzi, był twórca socjologii jako nauki – E. Durkheim. W swojej książce z 1897 roku określił samobójstwo jako „każdy przypadek śmierci, który bezpośrednio lub pośrednio wynika z działania ofiary, która wiedziała, że da ono taki rezultat” (Durkheim, 2006, s. 51). Rezultat, który miał na myśli E. Durkheim to oczywiście śmierć.

Samobójstwo (łac. *suicidium*) oznacza dobrowolną śmierć człowieka, która następuje w wyniku jego celowego, świadomego i autodestrukcyjnego działania (Sarzała, 2007, s. 249). Również definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1986 roku odnosi się do samobójstwa jako „aktu o skutku śmiertelnym”, który został przez samobójcę zaplanowany i wykonany „ze świadomością i oczekiwaniem tego skutku” (Jundziłł, 2005, s. 75). Samobójca więc nie przyjmuje do wiadomości możliwości wystąpienia innego skutku swojego zachowania, np. bycia uratowanym.

W 1989 roku WHO zapoczątkowała wielośrodkowe badania, w wyniku których zostały zdefiniowane podstawowe pojęcia:

- *samobójstwo* rozumiane jako przemyślane, zamierzone działanie zagrażające życiu (jednostki), podjęte samodzielnie, którego następstwem jest śmierć,
- *myśli samobójcze* rozumiane jako fantazje i przemyślenia na temat samobójstwa oraz życzenia i impulsy do jego podjęcia,
- *próby samobójcze* to działania podjęte bez tragicznego zakończenia życia, w trakcie których jednostka rozważa albo zapoczątkowanie nietypowego zachowania bez udziału osób innych, mogącego doprowadzić do samouszkodzenia lub np. przyjęcie substancji w dawce większej niż terapeutyczna w celu osiągnięcia zmiany aktualnej sytuacji,
- *proces samobójczy* - narastanie zagrożenia: od poważnych myśli samobójczych do próby samobójczej, ewentualnie dokonanego samobójstwa, mającego swój początek, określony czas trwania i rozwój mogący prowadzić do śmierci (Hulten, 2000, s. 37-40).

W literaturze niemieckiej występuje pojęcie osobowości suicydalnej – obejmującej typowe cechy jednostek, które miały myśli samobójcze albo już w przeszłości podejmowały działania autodestrukcyjne (Kawula, 2003, s. 590-591). Według B. Hołysty autora jednej z koncepcji zachowań suicydalnych, samobójstwo to „ciąg reakcji, jakie wyzwolone zostają w człowieku z chwilą, gdy w jego umyśle samobójstwo pojawia

się jako antycypowany stan rzeczy i jako cel” (Hołyst, 2002, s. 98-113). W tym więc sensie samobójczość jest aktem złożonym głównie z niskiego poczucia własnej wartości w relacjach z innymi ludźmi, oceny swojej przyszłości, możliwości zmiany swojego położenia oraz towarzyszących im regulacji emocjonalnych.

Zwolennicy podejścia suicydologicznego traktują samobójstwo jako proces powiązany z całokształtem życia jednostki. Wskazują, że życie człowieka jest ciągiem zachowań składających się zarówno z (korzystnych) konstruktywnych jak i niekorzystnych (destrukcyjnych) dla niego zachowań, które można zobrazować w postaci skali o różnym nasileniu autodestrukcji. W takim ujęciu samobójstwo stanowi końcowe ogniwo procesu autodestrukcji i można je rozpatrywać jako dynamiczny proces, który prowadzi do antycypowanego, pożądanego celu, czyli śmierci (Sarzała, 2007, s. 249-250). Przed podjęciem zamachu samobójczego jednostka przechodzi pewien stan psychiczny, który określa się nazwą syndromu presuicydalnego. Pojęcie to wprowadził do suicydologii E. Ringel, wymieniając następujące elementy tego syndromu: „zawężenie”, „agresja hamowana”, „autoagresja”, „fantazje samobójcze” (Ringel, 1987, s. 57-92). Pierwszy element syndromu - „zawężenie” - wspomniany autor podzielił na zawężenie sytuacyjne, zawężenie dynamiczne, zawężenie stosunków międzyludzkich i zawężenie świata wartości. Zawężenie sytuacyjne to poczucie, iż suicydent znalazł się w punkcie bez wyjścia. Potencjalny samobójca czuje się bezradny, bezsilny, zdany na łaskę losu. Jedynym rozwiązaniem jest śmierć. Zawężenie sytuacyjne, dając tendencyjny, ograniczony, zniekształcony obraz świata, może prowadzić do zawężenia dynamicznego. Nieznośne uczucie bezsilności może zostać przerwane przez działanie w kierunku jedynego rozwiązania. Człowiek czuje się „popychany” w kierunku śmierci jako jedynego wyjścia. Ten pęd ku śmierci jest potęgowany przez poczucie powtarzalności przeżyć i poprzez zanik poczucia czasu (Ringel, 1987, s. 58-66). Kolejny element stanu presuicydalnego to ograniczenie stosunków międzyludzkich. Potencjalny samobójca może stracić zainteresowanie podtrzymywaniem istniejących związków z innymi ludźmi. Człowiek w stanie presuicydalnym może czuć się niezrozumiany i samotny nawet mimo otaczającej go rzeszy ludzi, z którymi łączy go różne relacje. Wynikiem zawężenia stosunków międzyludzkich może być całkowita izolacja suicydenta. Ostatni element zawężenia dotyczy świata wartości. Zawężenie to obejmuje obniżenie poczucia wartości własnej osoby, dewaluację ważnych dziedzin życia i wartości, które wcześniej były znaczące dla suicydenta oraz zwiększenie się wagi subiektywnych ocen suicydenta (Ringel, 1987, s. 66-79). Samobójstwo jest aktem autoagresji. Skumulowana w sprawcy agresja zostaje rozładowana na nim samym. Podłoże agresji, według cytowanego autora, może stanowić frustracja wynikająca z niemożności zaspokojenia swoich potrzeb. Stąd kolejny element syndromu presuicydalnego odnosi się do agresji hamowanej i autoagresji. W przypadku gdy nie można rozładować agresji na zewnątrz, kumuluje się ona w człowieku prowadząc do aktów autoagresji,

z których ostatecznym jest zamach samobójczy (Ringel, 1987, s. 80-82). Stan presuicydalny charakteryzuje również pojawianie się fantazji samobójczych (skierowanie świadomości na sprawy związane ze śmiercią, rozstaniem z bliskimi, obrachunki z nimi). Intensywne trwanie przy takich myślach to już tendencja samobójcza znacząco zwiększająca zagrożenie samozniszczeniem (Hołyst, 2002, s. 98). Za szczególnie alarmujący objaw Ringel uznaje przejście od rozmyślania o różnych sposobach odebrania sobie życia do wyboru jednego, specyficznego rodzaju popełnienia samobójstwa, gdyż takie ukierunkowanie wywołuje presję do działania w określonym kierunku (Ringel, 1987, s. 89). Myśli samobójcze mogą być związane również z treścią marzeń sennych (tematyka śmierci, pogrzebu). Fantazje samobójcze często bywają werbalizowane i osoby w stanie przedsamobójczym czują potrzebę mówienia o nich (Puzyński, 1992, s. 46-47).

Inni autorzy, definiując pojęcie samobójstwa, stwierdzają jednak, że chęć odebrania sobie życia nie musi być konstytutywną cechą tego zjawiska. Samobójca bowiem nie tyle pragnie śmierci, lecz raczej nie chce żyć tak, jak żyje. I tak np. według A. Bałandyńowicza ok. 34-48% suicydentów nie chce umrzeć, wyrażają oni „wolę życia, jednak w lepszych warunkach”, których sami nie są w stanie sobie zapewnić. Chcą oni zwrócić uwagę na swoje problemy, uzyskać pomoc i to w ich przypadku, zdaniem autora, najczęściej można zapobiec samobójstwu (Bałandyńowicz, 2002, s. 78). Przekonanie suicydenta, że jego sytuacji nie da się zmienić, a śmierć jest jedynym wyjściem może wynikać jedynie z jego stanu umysłu. Ten zaś można zmienić. Niewiele przypadków śmierci samobójczej może wynikać z przemożnej chęci nieistnienia jako stanu lepszego od życia. Poza tym, według E. Ringela, badania naukowe na całym świecie wykazały, iż 85% wszystkich samobójców przed odebraniem sobie życia informowało o tym, że zamierzają to zrobić, co byłoby nielogiczne gdyby ich celem była śmierć (Gmitrowicz, 2005, s. 72). Również S. Kijaczko stwierdza, iż „rzadko śmierć jest celem samym w sobie”, a samobójstwo zwykle zawiera jakiś czynnik poza pragnieniem odebrania sobie życia i z racji tego trudno jest przywołać „miarodajne przykłady nieinstrumentalnych samobójstw” (Grądyś, Florowski, Górski, Kotarba, Wawrzyniak, 2002, s. 279).

Podsumowując rozważania dotyczące możliwości przewidzenia podjęcia próby samobójczej należy stwierdzić, iż akt odebrania sobie życia nie jest zachowaniem incydentalnym, odizolowanym od wcześniejszego spektrum myśli, poglądów, zachowań i działań. Samobójstwa można w pewnym zakresie przewidywać, spoglądając na zachowania suicydalne jako continuum pewnej psychologicznej reakcji. Reakcja ta związana jest ze specyficznym typem zaburzenia myślenia i postrzegania pod nazwą „zawężenie suicydalne”.

Powstaje zatem pytanie, ile jest udanych prób samobójczych zakończonych zgonem?

Dane liczbowe dotyczące samobójstw

Z Pierwszego Raportu Światowej Organizacji Zdrowia dotyczącego zapobiegania samobójstwom wynika, iż ponad 800 000 osób rocznie popełnia samobójstwa – co 40 sekund w wyniku samobójstw umiera 1 osoba. Samobójstwa są zjawiskiem globalnym, zdarzają się na całym świecie i mogą dotyczyć osób w prawie każdym wieku. W skali globalnej liczba samobójstw jest najwyższa u osób powyżej 70 r.ż. Jednak w niektórych krajach samobójstwa są popełniane najczęściej przez osoby młode. W skali światowej stanowią drugą, najczęstszą przyczynę śmierci osób w wieku 15-29 lat.

W krajach o niskich i średnich dochodach samobójstwa wśród osób młodych i starszych kobiet są częstsze niż w odpowiadającej im grupie wiekowej w krajach wysoko rozwiniętych.

Ogółem z powodu samobójstw umiera więcej mężczyzn niż kobiet. W krajach bogatszych samobójstwa popełnia trzy razy więcej mężczyzn niż kobiet (<http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=131&wid=12&wai=&year=&back=%2F>).

W Europie ok. 160000 osób rocznie odbiera sobie życie (Jarema 2011, s. 197). Według danych Komendy Głównej Policji w 2014 roku odnotowano 10207 zamachów samobójczych, z których 6165 zakończyło się zgonem. To o 64 przypadki więcej niż w roku poprzednim. Częściej na ten ostateczny krok decydują się mężczyźni. Z ogólnej liczby dokonanych zamachów samobójczych 8150 przypadków dotyczyło mężczyzn, przy czym z tej liczby zgonami zakończyło się 5237 przypadków. Kobiety popełniły 928 zamachów samobójczych (<http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa/110594,Samobojstwa-2014.html>).

Dwa lata później, w roku 2016 doszło do 5405 samobójstw. Szczegółowe dane Komendy Głównej Policji na temat wieku osób podejmujących zamachy samobójcze wskazują, iż osoby będące w przedziale wiekowym 7-12 lat popełniły 2 zamachy samobójcze, natomiast osoby w wieku 13-18 lat dopuściły się 101 samobójstw. W przypadku mężczyzn były to 4638 udane zamachy, a kobiet 767 samobójstw. Miejscem czynu była najczęściej droga, jednostka wojskowa, mieszkanie, park, las, piwnica, strych, korytarz i inne. (<http://www.statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachysamobojcze/122324,Zamachy-samobojcze-od-2013-roku.html>).

Nie ma wiarygodnych danych o liczbie prób samobójczych podejmowanych w Polsce. W krajach, w których taka rejestracja jest prowadzona, liczba prób samobójczych przekracza od 10 do 40 razy liczbę dokonanych samobójstw. Wydaje się, że tak znaczna rozbieżność wynika z tego, że część prób nie jest w ogóle rejestrowana. Tak może być w przypadku samouszkodzeń, rozpoznawanych jako rany cięte np. przedramienia, czy też zatruc lekami – niektóre z tych osób samoistnie odzyskują przytomność, inne ratowane są w warunkach domowych, a jeszcze inne trafiają na oddziały psychiatryczne, skąd wypisywa-

ne są np. z rozpoznaniem ciężkiego epizodu depresji. Identyfikacja tej grupy pacjentów jest istotna, ponieważ ok. 1/3 ofiar samobójstw dokonanych ma w wywiadzie wcześniejsze próby, a ponad 10% osób po próbie samobójczej ponowną próbę pozbawienia się życia podejmuje w ciągu najbliższego roku (Polewska, 2005, s. 43-50).

Mity krążące wokół samobójstw

W sytuacji wysokiej liczby samobójstw w Polsce i na świecie, zagrożenie dla efektywnej profilaktyki suicydalnej stanowią „Mity” krążące wokół zachowań suicydalnych, na które zwraca uwagę Światowa Organizacja Zdrowia:

1. Mit

Jeżeli ktoś raz podjął próbę samobójczą, to na zawsze pozostanie samobójcą.

Fakt

Podwyższone ryzyko samobójstwa jest często krótkoterminowe i dotyczy specyficznych sytuacji, podczas gdy myśli samobójcze mogą powrócić, nie są trwałe. Osoba z wcześniejszymi myślami samobójczymi może dłużej i normalnie funkcjonować.

2. Mit

Mówienie o samobójstwie jest złe i może być interpretowane jako stymulowanie, zachęcanie.

Fakt

Biorąc pod uwagę powszechne piętno wokół samobójstwa większość ludzi, którzy są obciążeni myślami samobójczymi nie wie z kim mogłaby porozmawiać. Otwarte mówienie o samobójstwie może dać czas na przemyślenie jej/jego decyzji, a tym samym może dopomóc w pozbyciu się myśli samobójczych.

3. Mit

Tylko ludzie z zaburzeniami psychicznymi są samobójcami.

Fakt

Osoby przejawiające zachowania samobójcze charakteryzują się głębokim poczuciem nieszczęścia, ale niekoniecznie zaburzeniami psychicznymi. Wiele osób żyjących z zaburzeniami psychicznymi nie podejmuje prób samobójczych, i nie wszyscy ludzie, którzy biorą własne życie w swoje ręce wykazują zaburzenia psychiczne.

4. Mit

Najwięcej samobójstw wydarza się nagle, bez ostrzeżenia.

Fakt

Większość samobójstw została poprzedzona znakami ostrzegawczymi, werbalnymi czy behawioralnymi. Oczywiście występują samobójstwa bez ostrzeżenia. Ważne jest jednak, aby zrozumieć, co to są znaki ostrzegawcze i jak je analizować.

5. Mit

Ktoś, kto przejawia myśli i zachowania samobójcze jest zdeterminowany aby umrzeć.

Fakt

Wręcz przeciwnie, myśli samobójcze ludzi dotyczące życia lub śmierci są często ambiwalentne. Ktoś może działać impulsywnie wypijając truciznę i umrzeć kilka dni później, nawet jeśli miałby chęć żyć. Dostęp do emocjonalnego wsparcia w odpowiednim czasie może zapobiec samobójstwu.

6. Mit

Ludzie, którzy rozmawiają o samobójstwie nie chcą tego zrobić.

Fakt

Ludzie, którzy mówią o samobójstwie mogą prosić o pomoc lub wsparcie. Znaczna liczba osób rozważających samobójstwo odczuwa lęk, depresję, poczucie beznadziejności i może czuć, że nie ma innego rozwiązania ich problemów poza samobójstwem (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/myths.pdf).

Prezentowane powyżej mity utrudniają pomoc samobójcom jak i przeciwdziałanie samobójstwom. Dlatego tak ważne jest obalanie pojawiających się w społeczeństwie nie w pełni prawdziwych przekonań oraz kształtowanie pozytywnych postaw wobec niedoszłych samobójców jak i suicydentów. Mając na względzie fakt, iż zamiar odebrania sobie życia wynika ze swego rodzaju błędu myślowego, z którego sam suicydent nie jest w stanie się wydostać, należy reagować na symptomy samobójcze oraz podejmować możliwe działania profilaktyczne.

Profilaktyka i pomoc suicydalna

Organizacje rządowe wielu państw, tj. USA, Japonii, Danii, Szwecji, Norwegii, czy Polski jak i pozarządowe – stowarzyszenia, fundacje, podejmują wiele wysiłku i zaangażowania w prowadzenie działalności z zakresu profilaktyki presuicydalnej. Szczególnie duży wkład przypisuje się Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). W jakim zakresie zatem realizowana jest działalność profilaktyczna przywołanej organizacji? WHO monitorując, przeprowadzając badania, a także opracowując strategię działalności zapobiegania samobójstwom przyjęła jako cel promowanie zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym, zmniejszenie stygmatyzacji, dyskryminacji, ochronę praw człowieka oraz zmniejszenie śmiertelności szczególnie u osób z zaburzeniami psychicznymi (zob. więcej Mental Health – Action Plan 2013-2020, World Health Organization, str. 33, 2016).

WHO szacuje, iż na każdy jeden przypadek samobójstwa przypada 20 nieudanych prób samobójczych. Zaangażowanie w popamiętanie samobójstwa lub usiłowanie samoookaleczenia jest najważniejszej

szym wskaźnikiem ryzyka samobójstwa. Dlatego tak ważne jest monitorowanie częstości, wzorów i metod związanych z przypadkami usiłowania popełnienia samobójstwa. Zadanie to szczególnie odnosi się do sektora służby zdrowia, pracowników szkół – pedagogów, psychologów czy pracowników placówek wsparcia dziennego (zob. więcej Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm, World Health Organization, 2016).

W działalności profilaktycznej WHO zaleca stosowanie podejścia partycypacyjnego, które zakłada uściślenie zainteresowań ze strony rządu, a także organizacji pozarządowych działających głównie w sektorze zdrowia. Aby działalność prewencyjna zainteresowanych stron była skuteczna, powinna realizować następujące cele:

1. Identyfikować docelowe grupy zagrożenia.
2. Zwiększać zdolność szacowania, zliczania, zbierania danych na temat zachowań samobójczych oraz efektywnego wykorzystywania tychże.
3. Wspierać środowiskowe oraz indywidualne czynniki chroniące.
4. Zwiększać świadomość poprzez edukację publiczną.
5. Zmieniać postawy społeczne, przekonania, eliminować stygmatyzację wobec osób wykazujących zachowania samobójcze.
6. Ograniczać dostęp do środków stanowiących narzędzie samobójstwa.
7. Zachęcać media do przyjęcia bardziej przyjaznej polityki oraz praktyk towarzyszących zgłaszanym samobójstwom.
8. Wspierać osoby będące w żałobie po śmierci samobójczej, np. bliskiego członka rodziny (Preventing suicide: a global imperative. Key messages, World Health Organization, 2014).

W profilaktyce zachowań suicydalnych kluczową rolę odgrywa społeczność lokalna jednostki. Oferowane przez nią wsparcie, włączanie w opiekę kontrolną, walka ze stygmatyzacją, wzbudza w rodzinie jednostki poczucie przynależności, więzi ze społecznością. Zaangażowanie poprzez analizę sytuacji, obserwację, dodawanie sił, rozwija u jednostki poczucie podmiotowości, sprawstwa. Wreszcie społeczność lokalna może podejmować konkretne strategie zapobiegania samobójstwom poprzez realizację założeń programów profilaktycznych (Preventing suicide. A community engagement toolkit. Pilot version 1.0, World Health Organization, 2016).

W 1999 roku Światowa Organizacja Zdrowia zainicjowała globalny program zapobiegania samobójstwom, w skrócie nazwany SUPRE (Suicide Prevention). W 2002 roku w ramach programu opracowano zestaw narzędzi i zadań w formie protokołu dla realizacji międzynarodowych, wielośrodkowych badań, które obecnie są prowadzone w kilkunastu krajach pod nazwą Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS.

Strategia biura WHO w Europie pt. *Zdrowie 21 zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Podstawowe za-*

łożenia polityki zdrowia dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO. Światowa Organizacja Zdrowia Biuro Regionu Europejskiego Kopenhaga Światowa Deklaracja Zdrowia, w zakresie celu 6.2 postuluje zmniejszenie co najmniej o jedną trzecią współczynnika samobójstw, przede wszystkim w krajach i grupach o wysokich współczynnikach. Po raz pierwszy w styczniu 2005 roku ministrowie zdrowia z 53 krajów z regionu europejskiego WHO, Dyrektor Regionalnego Biura WHO w Europie oraz przedstawiciele Komisji Europejskiej i Rady Europy podpisali w Helsinkach Deklarację o Ochronie Zdrowia Psychicznego i Plan Działań na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy. „Na 38 krajów europejskich tylko w 20 są narodowe programy lub strategie zapobiegania samobójstwom, w tym w 6 mają rangę ustawy parlamentarnej. W kilku dalszych takie programy są w trakcie tworzenia przy pomocy WHO” (Brodniak, 2007, s. 7).

Obecnie WHO wdraża w życie założenia *Mental Health Action Plan 2013–2020*, który zakłada zwiększenie zasięgu usług skierowanych do osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi o 20%, a także zmniejszenie wskaźnika samobójstw o 10% do 2020 roku (zob. więcej *Mental Health Action Plan 2013–2020*, World Health Organization, 2016).

Opublikowany 4 września 2014 roku Pierwszy Raport Światowej Organizacji Zdrowia na temat zapobiegania samobójstwom „*Preventing suicide: a global imperative*” (Preventing suicide: a global imperative. Key messages, World Health Organization, 2014) zwraca uwagę na potrzebę zwiększania świadomości dotyczącej zdrowia publicznego w procesie zapobiegania samobójstwom i próbom samobójczym. Raport zachęca i wspiera państwa członkowskie do opracowania lub wzmocnienia kompleksowych strategii zapobiegania samobójstwom oraz do wielosektorowego podejścia w dziedzinie zdrowia publicznego. WHO, chcąc zmniejszyć liczbę popełnianych czynów samobójczych, proponuje ograniczyć dostęp do środków, w tym substancji psychoaktywnych, broni palnej i niektórych leków. Usługi zdrowotne muszą, zdaniem WHO, uwzględniać czyny samobójcze. Profilaktyka powinna być podstawowym elementem polityki zdrowotnej. Zaburzenia psychiczne oraz spożywanie alkoholu przyczyniają się do wielu samobójstw na świecie, jednakże efektywne działania profilaktyczne są kluczem do zapewnienia potrzebującym osobom opieki i pomocy (http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/key_messages.pdf?ua=1).

Przykładem opisywanych, wdrożonych zmian jest Japonia. W 1998 roku liczba samobójstw w tym państwie wzrosła do poziomu 326863 natomiast w latach 1978-1997 wynosiła średnio 25000 rocznie. Większa część społeczeństwa uznała ten fakt za szybki wzrost zamachów samobójczych. Sytuacja zaczęła się zmieniać, gdy w 2000 roku w mediach zaczęły występować dzieci, które straciły rodziców w wyniku popełnienia samobójstwa i które zaczęły opowiadać o swoich doświadczeniach. W 2002

roku Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło debatę z udziałem ekspertów na temat środków zapobiegania samobójstwom. Powstały w jej wyniku raport podkreślał, że polityka zapobiegania samobójstwom powinna opierać się na diagnozie problemów związanych ze zdrowiem psychicznym i obejmować wieloaspektowe badania psychologiczne, społeczne, kulturalne oraz uwzględniać czynniki ekonomiczne społeczeństwa. W 2010 roku rząd ustanowił miesiąc Marzec Narodowym Miesiącem Zapobiegania Samobójstwom (*March as National Suicide Prevention Month*). Równocześnie wprowadzono reformy, które m.in. obligowały Policję Państwową do zbierania danych odnoszących się do skali zjawiska samobójstw. Wdrożone procedury ułatwiły promocję działań prewencyjnych dostosowanych do lokalnych potrzeb. Po raz pierwszy, począwszy od 1998 roku do 2012 roku, liczba samobójstw w Japonii spadła poniżej 30000 (Preventig suicide: a global imperativ. Key messages, World Health Organization 2014, s. 51).

Tematyka profilaktyki presuicydalnej znalazła również swoje odzwierciedlenie w zapisach dokumentów Parlamentu Europejskiego w sprawie zdrowia psychicznego. Parlament Europejski w ramach zapobiegania depresji i samobójstwom wzywa państwa członkowskie do:

- „wdrożenia międzysektorowych programów zapobiegania samobójstwom, propagujących zdrowy styl życia, ograniczających czynniki ryzyka i wspierających osoby, które usiłowały popełnić samobójstwo oraz środowisko rodzinne osób, które samobójstwo popełniły,
- utworzenia regionalnych sieci informacyjnych dla pracowników służby zdrowia, użytkowników usług, ich rodzin, placówek edukacji i miejsc pracy, a także organizacji lokalnych i społeczności, w celu zmniejszenia częstotliwości występowania depresji i zachowań samobójczych” (http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/pr/747/747000/747000pl.pdf).

Prezentowana działalność profilaktyczna osadzona w konwencji międzynarodowej zwróciła również uwagę Ministerstwa Zdrowia. Polska do 2015 roku nie posiadała żadnej krajowej strategii ani programu zapobiegania samobójstwom. Od 2010 roku przez dwa lata, w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), wydane-go na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. 2011 nr 24 poz.785) działała grupa robocza ds. zapobiegania samobójstwom młodzieży przy Rzeczniku Praw Dziecka. Postulowała rejestrację prób samobójczych i niesamobójczych samouszkodzeń w kartach statystycznych placówek służby zdrowia. 3 grudnia 2015 roku Ministerstwo Zdrowia wprowadziło w życie ustawę z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz. U. 1916). Jednym z jej głównych założeń jest przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020. Przepisy

NPZ mają znacząco wzmocnić mechanizmy diagnozowania problemów zdrowia publicznego i umożliwić racjonalne planowanie działań przez podmioty odpowiedzialne za prowadzenie polityki zdrowotnej - jednostki samorządu terytorialnego, Narodowy Fundusz Zdrowia, służby medycyny pracy, Państwową Inspekcję Sanitarną, kuratorów oświaty, szkoły i uczelnie wyższe. W ramach NPZ zakładane są następujące działania: prowadzenie kampanii edukacyjnych w szczególności w stosunku do dzieci, młodzieży i osób starszych, promowanie spożywania zdrowych produktów, pomoc w leczeniu uzależnień od tytoniu i alkoholu, wspieranie osób z problemami zdrowia psychicznego (depresja czy zaburzenia nerwicowe). Zawarty w NPZ tzw. cel operacyjny D „Poprawa zdrowia psychicznego” przewiduje realizację programu profilaktyki samobójstw. (<http://www.legislacja.gov.pl/docs//2/12270850/12281779/12281780/dokument164277.pdf>). Powyższy fragment nie znajduje jednak w tekście NPZ rozwinięcia. Brak jest wskazania szczegółów dotyczących wykonania. Można się jedynie domyślać, iż cytowany zapis jest w chwili obecnej na etapie wdrażania do realizacji.

Określenie sposobu organizowania i prowadzenia działalności w zakresie promocji zdrowia i zapobiegania zaburzeniom psychicznym mogącym prowadzić do samobójstw należy również do pola zainteresowań Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Psychologowie, pedagodzy, personel szkolny, pracownicy placówek wsparcia dziennego, lekarze Poradni Zdrowia Psychicznego, kuratorzy sądowi, pracownicy socjalni mają możliwość skorzystania z rekomendowanych programów profilaktycznych. W związku z funkcjonowaniem od 2010 roku Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia powstała *Baza Programów Rekomendowanych*, dostępna na stronie Krajowego Biura Do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii www.kbpn.gov.pl (www.kbpn.gov.pl). W *Bazie* znajdują się informacje na temat profesjonalnych programów dotyczących promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki, leczenia, redukcji szkód, opieki postterapeutycznej. Ośrodek Rozwoju Edukacji (ORE), publiczna placówka doskonalenia nauczycieli o zasięgu ogólnokrajowym, prowadzona przez Ministra Edukacji Narodowej, na podstawie przedstawionych w *Bazie* informacji, przygotowała wykaz programów z podziałem na: programy promocji zdrowia psychicznego (*Przyjaciele Zippiego, Program profilaktyczno-wychowawczy EPSILON, Spójrz Inaczej dla klas 1-3, Spójrz Inaczej dla klas 4-6*), programy profilaktyki uniwersalnej (*Fantastyczne Możliwości, Program Domowych Detektywów, Szkoła dla Rodziców i Wychowawców, Archipelag Skarbów, Program Wzmacniania Rodziny, Laboratorium Wiedzy Pozytywnej, Spójrz Inaczej dla klas 1-3, Spójrz Inaczej dla klas 4-6, Program Profilaktyczny Debata*), programy profilaktyki selektywnej (*Przeciwdziałanie Młodzieżowej Patologii Społecznej, Szkolna Interwencja Profilaktyczna, Środowiskowa profilaktyka uzależnień, FreD goes net, Wspomaganie Rozwoju Psychospołecznego Dzieci Nieśmiałych, Wspomaganie*

rozwoju psychospołecznego dzieci nie lubianych przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych, Program Wzmacniania Rodziny, Program Nauki Zachowania), programy profilaktyki wskazującej (*Przeciwdziałanie Młodzieżowej Patologii Społecznej, FreD goes net, Szkolna Interwencja Profilaktyczna*). Prezentowane programy zostały poddane ocenie i selekcji przez zespół specjalistów, zgodnie z przyjętymi nowymi standardami i kryteriami jakości określonymi w: Systemie Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego oraz Programie Exchange on Drug Reduction Action (EDDRA). Szczegółową charakterystykę cytowanych programów może odnaleźć czytelnik na stronie (<https://www.ore.edu.pl/wychowanie-i-profilaktyka/4329-profilaktyka>).

Pracownicy szkoły: dyrekcja, pedagodzy, psychologowie, wychowawcy, nauczyciele w swojej działalności powinni odnosić się do zaprezentowanych programów profilaktyki zachowań samobójczych. Tym bardziej, że wśród uczniów, jak wynika z danych Komendy Głównej Policji, coraz częściej zdarzają się próby samobójcze. Podkreśla się wówczas nie tylko niekorzystną, traumatyczną atmosferę panującą w szkole, ale także same działania, czy też brak działań nauczyciela, który doprowadził ucznia do tego kroku. Sz. Grzelak, prowadząc badania dotyczące skutecznej profilaktyki problemów młodzieży, zwrócił uwagę na problemy i zachowania ryzykowne mogące prowadzić do podjęcia prób bądź zamachów samobójczych, tj.: picie alkoholu, palenie tytoniu, nadużywanie leków (uspokajających/nasennych/acodinu), korzystanie ze środków wziewnych (kleje, rozpuszczalniki), zażywanie narkotyków (haszysz/marihuana, amfetamina, ectasy, kokaina, inne), zażywanie „dopalaczy”, przedwczesna aktywność seksualna i jej konsekwencje, seksting (przesyłanie nagich zdjęć/filmów przy użyciu telefonu/internetu), wagar-y, ucieczki z domu (Grzelak, 2015, s. 43-54).

W ramach profilaktyki presuicydalnej A. Bałandynowicz rozróżnia następujące typy działań:

- profilaktyka uprzedzająca - obejmuje działania zapobiegające samobójstwu zanim jeszcze pojawią się jego zwiastuny (sygnały, zapowiedzi). Działania profilaktyki uprzedzającej powinny być ukierunkowane na dwa typy odbiorców: a) rodzinę - polegać powinny na przygotowaniu młodych ludzi do prawidłowego pełnienia ról związanych z małżeństwem i macierzyństwem, b) opinię społeczną - tu działania profilaktyczne miałyby na celu obalenie mitów i przewyżczenie stereotypów dotyczących samobójstwa oraz na kształtowaniu pozytywnych postaw wobec samobójców - zrozumienia, akceptacji, życzliwości i syntonii;
- profilaktyka objawowa - rozpoczyna się z chwilą pojawienia się zapowiedzi i sygnałów zwiastujących samobójstwo, jej działania dostosowane są do typu motywacji samobójczej jednostki. Działania profilaktyki objawowej miałyby być skierowane na osobę samobójcy

za pośrednictwem kręgów jemu najbliższych (rodziny, szkoły, środowiska zawodowego) oraz odpowiednich placówek terapeutycznych,

- profilaktyka postsuicydalna - obejmuje postawy najbliższego otoczenia suicydenta po jego nieudanej próbie samobójczej celem wytworzenia atmosfery zapobiegającej kolejnym zamachom. Podobnie jak w przypadku profilaktyki presuicydalnej objawowej - działania postsuicydalne powinny być przeprowadzane zarówno w najbliższym otoczeniu suicydenta, jak i w wymiarze instytucjonalnym (Bałandynowicz, 2002, s. 94-95).

Inną typologię oddziaływań prewencyjnych przedstawił B. Hołyst, który wyróżnił pięć poziomów profilaktyki suicydalnej. Pierwszy, najogólniejszy poziom powinien obejmować „oddziaływania edukacyjne na całe społeczeństwo” - w kierunku postaw akceptujących i ułatwiających rozwiązywanie problemów. Drugi poziom miałyby oznaczać „oddziaływanie na grupę potencjalnie zagrożoną pojawieniem się postaw prosuicydalnych” - tu istotne znaczenie miałyby poczynania diagnostyczne. Trzeci poziom polegać by miał na instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych oddziaływaniach na osoby suicydalne. Czwarty poziom oznaczałyby medyczne ratownictwo w sytuacjach zamachu samobójczego. Piąty poziom powinien polegać na zapewnieniu suicydentom pomocy postsuicydalnej kształtującej twórcze postawy wobec życia, tendencje do samorealizacji, umiejętność przewyżczania trudności i powrotu do aktywności społecznej jednostki (Grzelak, 2015, s. 43-54).

Według autorki najbardziej oczekiwanym i najskuteczniejszym sposobem przeciwdziałania tendencjom samobójczym byłoby opracowanie programu profilaktycznego (na wzór programów zapobiegania rozprzestrzeniania się wirusa HIV, alkoholizmu czy też narkomanii) wdrażanego w szkołach np. w ramach godzin wychowawczych podczas realizacji tematów pod hasłem „Piękno życia”. Program uwzględniałby zarówno eliminowanie lub osłabianie wszelkich modyfikowalnych czynników ryzyka (indywidualnych, rodzinnych, szkolnych, środowiskowych), jak i wzmacnianie czynników chroniących. Autorka za najbardziej oczekiwany i najskuteczniejszy sposób przeciwdziałania tendencjom samobójczym uznała opracowanie programu profilaktycznego, który w swej treści odnosiłby się do:

1. Diagnozy, która powinna dążyć do wyodrębnienia osób zaliczanych do tzw. grupy zwiększonego ryzyka, charakteryzujących się obniżonym samopoczuciem, spadkiem aktywności, wzmożonym napięciem, występowaniem stanów drażliwości, niepokoju, lęku, labilności emocjonalnej, podwyższonym poziomem agresji i autoagresji.
2. Rozpoznania potrzeb i problemów jednostki, mocnych (talentów, atrybutów) i słabych stron, przyczyn zachowań samobójczych. Działalność profilaktyczna szkół, skierowana do grup dzieci i młodzieży, powinna uwzględniać czynniki zapobiegające wystąpieniu zachowań ryzykow-

nych i problemów młodzieży.

3. Jedną z przyczyn zachowań autodestrukcyjnych dzieci i młodzieży są problemy szkolne, złe stosunki z rodzicami (brak więzi uczuciowej), odrzucenie przez środowisko czy utrata bliskiej osoby. Dlatego też należy włączyć w działania profilaktyczne osoby z najbliższego środowiska jednostki. Umiejętność dostrzegania tzw. syndromów suicydalnych u osób z najbliższego otoczenia powinna skutkować podjęciem natychmiastowych działań pomocowych.
4. Krzewienia obiektywnej, rzetelnej, naukowej wiedzy o samobójstwie, pozbawionej uprzedzeń, wszelkiej ideologii szczególnie w najbliższych suicydentowi środowiskach: szkole, rodzinie.

Podsumowanie

Jak wskazano w artykule, zapobieganie samobójstwom należy traktować jako zadanie wielopłaszczyznowe, na które składać się powinno: poszerzanie wiedzy na temat samobójstwa, określenie syndromu suicydalnego, prowadzenie działań mających na celu wyeliminowanie przyczyn samobójstwa, promowanie niedestrukcyjnych sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, organizowanie instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych form pomocy dla osób zagrożonych zachowaniem samobójczym. Wśród najbardziej zaangażowanych w profilaktykę presuicydalną organizacji o zasięgu globalnym, wskazano na Światową Organizację Zdrowia. WHO poprzez upowszechnianie inicjatyw mogących zapobiegać samobójstwom, uchwalenie i wdrażanie skoordynowanych planów działań przyczynia się do poprawy zdrowia psychicznego społeczeństw. W Polsce Ministerstwo Zdrowia opracowało założenia Narodowego Programu Zdrowia, który zakłada m.in. wzrost świadomości społecznej Polaków dotyczącej konieczności podejmowania zachowań prozdrowotnych.

Problem zapobiegania zachowaniom samobójczym jest bardzo trudny i złożony, ponieważ, jak pokazano w artykule, wiąże się z wieloma rozpowszechnionymi w społeczeństwie mitami, przekonaniami o nieuchronności prób samobójczych, zwłaszcza zakończonych

śmiercią. Ponadto samobójstwo, jak i choroba psychiczna są postrzegane w świadomości społecznej jako tematy tabu, stygmatyzujące, wstydlive i często wręcz ukrywane. Dlatego też, tak ważna jest „destygmatyzacja samobójstwa” oraz powszechna edukacja skierowana do dorosłych i młodzieży. Problem profilaktyki presuicydalnej jest przedmiotem ogromnej troski profesjonalistów zajmujących się zdrowiem publicznym, edukacją oraz polityką społeczną.

Wnioski

1. Zjawisku samobójstwa należy zapobiegać w środowisku ludzi młodych, stojących u progu życia, założenia rodziny.
2. Zespół presuicydalny jest najistotniejszym z symptomów ostrzegających, iż dany człowiek jest zagrożony samobójstwem.
3. Działania profilaktyczne przyjmujące charakter wielopłaszczyznowy powinny być skierowane na promocję zdrowia psychicznego grupy dzieci i młodzieży, a w dalszej kolejności powinny ogniskować się na promocji zdrowia psychicznego całej populacji.
4. Próby samobójcze podejmowane przez dzieci i młodzież wykazywane w statystykach stanowią wierzchołek góry lodowej. Należy dążyć do obowiązkowego zgłaszania przez różne placówki medyczne i szkolno-wychowawcze wszystkich przypadków prób samobójczych, ponieważ dopiero to może uzmysłowić społeczeństwu wagę problemu.
5. Wprowadzenie na szeroką skalę programów edukacyjnych oraz powszechna dostępność dla młodzieży ośrodków kryzysowych, chroniłaby część młodocianych zagrożonych samobójstwem przed śmiercią oraz obniżałaby koszty leczenia związane z podjętą próbą samobójczą.
6. Aby skutecznie przeciwdziałać rosnącej liczbie samobójstw dzieci i młodzieży w okresie adolescencji, należy podejmować permanentne działania adresowane do młodzieży, opiekunów i środowisk medycznych w zakresie problematyki suicydologicznej.

Literatura:

1. Bałandynowicz, A. (2002). Reakcja społeczeństwa wobec problemu suicydalnego jednostki. W: B. Hołyst, M. Staniaszak i M. Binczycka-Anholcer (red.), *Samobójstwo* (s. 78). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
2. Brodniak, W. (2007). Podstawowe problemy prewencji samobójstw dzieci i młodzieży. Wprowadzenie. W: *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły* (s. 7-12). Warszawa: Fraszka Edukacyjna Sp. z o.o.
3. Camus, A. (2004). *Mit Syzyfa i inne eseje*. Warszawa: Muza.
4. Durkheim, E. (2006). *Samobójstwo* (s. 51). Warszawa: Wydaw. Oficyna Naukowa.
5. Durkheim, E. (2011). *Samobójstwo. Studium z socjologii*. Warszawa: Wydaw. Oficyna Naukowa.
6. Gmitrowicz, A. (2005). Uwarunkowania zachowań samobójczych młodzieży. *Suicydologia*, 1, 72.
7. Grądyś, M., Florkowski, A., Górski, H., Kotarba, A., Wawrzyniak, Z. (2002). *Zespół presuicydalny w zapobieganiu samobójstwom żołnierzy*. Warszawa: PWN.

8. Grzelak, S. (2015). *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży. Przewodnik dla samorządowców i praktyków oparty na wynikach badań naukowych.* (s. 43-54). Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
9. Hołyst, B. (1983). *Samobójstwo – przypadek czy konieczność.* Warszawa: PWN.
10. Hołyst, B. (2002). *Suicydologia.* Warszawa: PWN.
11. Hołyst, B. (2014). *Zagrożenia ładu społecznego.* Warszawa: PWN.
12. Hołyst, B., Staniaszak, M., Binczycka-Anholcer, M. (2003). *Samobójstwo.* Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
13. Hulten, A. (2000). *Suicidal behaviour in children and adolescents in Sweden and some European countries. Epidemiological and clinical aspects.* Stockholm: Karolinska Institutet.
14. Jundziłł, E. (2005). Próby samobójcze - odpowiedź młodego pokolenia na trudności w procesie socjalizacji. W: T. Sołtysiak (red.), *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przezwyciężania.* (s. 75). Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
15. Kawula, S. (2003). Samobójstwo. W: *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku.* (s. 590-596). Tom 5. Warszawa.
16. *Mental Health – Action Plan 2013-2020.* (2016). World Health Organization.
17. Polewska, A. (2005). Ryzyko ponowienia próby samobójczej jako problem diagnostyczny, terapeutyczny i społeczny. *Suicydologia*, 1, 43-50.
18. Pospiszyl, I. (2008). *Patologie społeczne.* Warszawa: PWN.
19. *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm.* (2016). World Health Organization.
20. *Preventing suicide. A community engagement toolkit. Pilot version 1.0* (2016). World Health Organization.
21. *Preventing suicide: a global imperative. Key messages.* (2014). World Health Organization.
22. Pużyński, S. (1992). Samobójstwa i zaburzenia psychiczne (zwłaszcza depresje). W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny.* (s. 46-47). Warszawa: PZWL.
23. Ringel, E. (1992). *Nerwica a samozniszczenie.* Warszawa: PWN.
24. Ringel, E. (1987). *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie.* Szczecin: Wydawnictwo Glob.
25. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. 2011 nr 24 poz.785).
26. Sarzała, D. (2007). Samobójstwo. W: K. Zglejszewski (red.), *Człowiek w sieci zniewolonych dróg* (s. 249-250). Warszawa: Pedagogium Wyższa Szkoła Pedagogiki Resocjalizacyjnej w Warszawie.

Strony internetowe:

1. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. 2015 poz.1916).
2. http://www.statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy_samobojcze/122324,Zamachy-samobojcze-od-2013-roku.html
3. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/myths.pdf
4. http://brpd.gov.pl/sites/default/files/zapobieganie_samobojstwom.pdf
5. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/myths.pdf
6. http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/pr/747/747000/747000pl.pdf
7. <https://www.ore.edu.pl/wychowanie-i-profilaktyka/4329-profilaktyka>
8. <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=131&wid=12&wai=&year=&back=%2F>
9. <http://www.legislacja.gov.pl/docs//2/12270850/12281779/12281780/dokument164277.pdf>