

Wybrane predyktory zachowań suicydalnych młodzieży w Polsce

Selected predictors of suicidal behavior of youth in Poland

Grażyna Cepuch^{A,D–F}, Agnieszka Kruszecka-Krówka^{B–D}, Patrycja Liber^{A–C}

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2020;10(4):291–296

Adres do korespondencji

Agnieszka Kruszecka-Krówka
e-mail: agnieszka.kruszecka-krowka@uj.edu.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.02.2020 r.

Po recenzji: 10.03.2020 r.

Zaakceptowano do druku: 22.04.2020 r.

Streszczenie

Zachowania suicydalne stanowią coraz większy problem zarówno w Polsce, jak i innych krajach. W ostatnich dekadach obserwuje się dynamiczny wzrost liczby prób samobójczych i samobójstw w grupie młodzieży. Z powodu zmian rozwojowych zachodzących w organizmie człowieka w okresie adolescencji jest on bardziej niż osoba dorosła predysponowany do wystąpienia zachowań suicydalnych. Istnieją jednak trudności w precyzyjnym określeniu predyktorów czynów samobójczych. Depresja, lęk, stosowanie substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia odżywiania stanowią istotne czynniki ryzyka śmierci samobójczej, jednak mogą one również współwystępować z innymi predyktorami psychopatologicznymi, socjologicznymi oraz psychicznymi. W celu skutecznej prewencji tego niepokojącego zjawiska konieczna jest większa wrażliwość zespołów medycznych, szczególnie oddziałów ogólnopediatrycznych, a także powszechna świadomość ryzyka zachowań suicydalnych wśród młodzieży. To zadanie wielopłaszczyznowe dla całego środowiska medycznego, a nie jedynie domena psychologów oraz psychiatrów. Celem artykułu jest przedstawienie problematyki wybranych przyczyn zachowań suicydalnych młodzieży, takich jak: depresja, lęk, stosowanie substancji psychoaktywnych i zaburzenia odżywiania, na podstawie analizy doniesień naukowych z obszaru suicydologii.

Słowa kluczowe: depresja, lęk, zaburzenia odżywiania, samobójstwo, substancje psychoaktywne

Cytowanie

Cepuch G, Kruszecka-Krówka A, Liber P.
Wybrane predyktory zachowań suicydalnych młodzieży w Polsce. *Piel Zdr Publ.* 2020;10(4):291–296.
doi:10.17219/pzpz/120966

DOI

10.17219/pzpz/120966

Copyright

© 2020 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution 3.0 Unported License
(<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>)

Abstract

Suicidal behavior is a growing problem both in Poland and other countries. In recent decades, there has been a dynamic increase in the number of suicide attempts and suicides in the group of young people. Adolescents are predisposed to suicidal behavior more than adults due to developmental changes occurring in their organisms. However, there are difficulties in accurately identifying predictors of suicide. Depression, anxiety, the use of psychoactive substances, and eating disorders are important risk factor for suicide death, but they can also co-occur with other psychopathological, sociological and psychological predictors. There is a need of greater sensitivity of medical teams, especially in general pediatric wards, as well as widespread awareness of the risk of suicidal behavior during adolescence for effective prevention of this phenomenon. It is a multifaceted task for the entire medical community, not just the domain of psychologists and psychiatrists. The purpose of the article is to present the causes of suicidal behavior of adolescents, such as depression, anxiety, the use of psychoactive substances, and eating disorders, based on the analysis of scientific reports in the field of suicidology.

Key words: depression, anxiety, eating disorders, suicide, psychoactive substances

Wprowadzenie

Samobójstwa stanowią globalny problem zdrowia publicznego.¹⁻³ Także zachowania suicydentalne u adolescentów nie są zjawiskiem nowym, jednak w ostatnich dekadach obserwuje się dynamiczny wzrost liczby prób samobójczych i samobójstw dokonanych w tym okresie rozwojowym.⁴ Trudno ustalić rzeczywistą skalę problemu w naszym kraju ze względu na to, iż dopiero od 2018 r. wprowadzony został w Polsce obowiązek rejestrowania prób samobójczych w kartach leczenia szpitalnego. Nie ma również spójności w tym aspekcie pomiędzy danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) a statystykami Komendy Głównej Policji. Według danych GUS w Polsce w 2016 r. w grupie osób do 18. r.ż. podjętych zostało 475 prób samobójczych, z czego 103 zakończyły się zgonem.⁵ Z kolei w 2018 r. Komenda Główna Policji zarejestrowała 746 prób samobójczych wśród młodzieży w wieku 13–18 lat (w 2017 r. 702 przypadki), w konsekwencji których 92 osoby poniosły śmierć,⁶ jednak nie ma danych statystycznych GUS z tego okresu. Z badania przeprowadzonego przez Centrum Pomocy Dzieciom Fundacji „Dajemy Dzieciom Siłę” wynika, że co szósty polski nastolatek w wieku 11–17 lat (16%) okaleczał się, a 7% badanych w wieku 13–17 lat podjęło próbę samobójczą. Warto odnotować, że istnieje pewna nieokreślona liczba samobójstw niezidentyfikowanych (np. poprzez zaplanowany wypadek) oraz takich, które celowo nie zostały zarejestrowane w obawie rodziny przed stygmatyzacją, zatem dane dotyczące skali zjawiska wydają się zaniżone. Niepokoją wyniki badań, wg których aż jedna czwarta nastolatków podejmujących próbę samobójczą prosiła o pomoc osoby dorosłe w okresie poprzedzającym ten czyn, jednak bezskutecznie.⁷

Motywy oraz czynniki ryzyka samobójstw u młodzieży są zróżnicowane i złożone,^{1,2,5} a często wręcz pozostają niewyjaśnione.^{5,8} Tymczasem zrozumienie dokładnych przyczyn zachowań autodestrukcyjnych stanowi podstawę podjęcia optymalnych działań prewencyjnych w grupach adolescentów szczególnie zagrożonych wystąpieniem tego zjawiska. Ważne jest, aby na problem samo-

bójstw wśród młodzieży uwrażliwić również środowisko zespołów medycznych, w tym i pielęgniarskich, pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej oraz na oddziałach ogólnopediatrycznych.

Celem artykułu jest przedstawienie problematyki przyczyn zachowań samobójczych młodzieży na podstawie doniesień naukowych z obszaru suicidologii. Ze względu na duże zróżnicowanie motywów samobójczych w tym okresie rozwojowym przeprowadzono analizę piśmiennictwa dotyczącego jedynie wybranych problemów, takich jak: depresja, lęk, stosowanie substancji psychoaktywnych i zaburzenia odżywiania. Omawiane predyktory zachowań suicydentalnych stanowią przyczynę przyjęcia nastolatków nie tylko na oddziały psychiatryczne lub do poradni psychiatrycznych, ale i do jednostek ogólnopediatrycznych. Podjęto również próbę przybliżenia zagadnienia emocjonalności w kontekście specyfiki okresu dojrzewania.

Emocjonalność w wieku dojrzewania

Czas dojrzewania uznaje się za trudny okres w życiu człowieka, charakteryzujący się występowaniem tzw. ambivalencji uczuciowej, objawiającej się gwałtowną zmianą stanów emocjonalnych, często nieadekwatnych do realnej sytuacji. Trempała⁹ podkreśla, że skutkuje to koniecznością konfrontacji ze sobą sprzecznych uczuć. Okres młodzieńczy stanowi także czas intensyfikacji zachowań lekkomyślnych i ryzykownych,^{9,10} a według Eriksona¹¹ jest fazą „kryzysu tożsamości”, w której potrzeba wierności i utożsamienia się odczuwana przez młodego człowieka jest skrywana za maską cynizmu. Wskazuje się także na związek między stanem emocjonalnym adolescentów a zachodzącymi zmianami hormonalnymi („burza hormonalna”). Uznaje się, że są one odpowiedzialne nie tylko za labilność emocjonalną i występowanie negatywnych emocji, ale także za trudności w ich kontrolowaniu.¹² Nauka regulacji emocji jest kluczową umiejętnością społeczno-emocjonalną, która pozwala na elastyczność

w emocjonalnie trudnych sytuacjach. W miarę dojrzewania doznania emocjonalne są coraz efektywniej zarządzane poprzez wewnętrzne strategie regulacyjne.¹³ Ze względu na częstą koegzystencję negatywnych emocji, obniżonego nastroju i stanów depresyjnych u młodzieży rozpatruje się je jako fizjologiczne zjawiska w okresie dorastania. Z przeanalizowanych przez Young et al.¹⁰ doniesień wynika, że zaburzenia zdolności regulacji emocji, które są charakterystyczne dla okresu dojrzewania, wiążą się z większym prawdopodobieństwem wystąpienia lęku i depresji oraz mogą sprzyjać rozwijaniu się innych psychopatologii w życiu dorosłym.

Nie należy pomijać również czynników, które mogą dodatkowo zachwiać równowagę emocjonalną oraz odpowiadać za obniżenie samooceny nastolatków, takich jak: trudności w szkole, grupie rówieśniczej i rodzinie oraz zmiany fizyczne spowodowane przez dorastanie.^{14,15} Próba zmierzenia się z trudnościami może potęgować poczucie deficytu samowystarczalności, bezradności oraz beznadziei, przyjmując u części młodzieży formę agresji, autoagresji oraz innych zachowań nieakceptowanych społecznie.¹⁵ Stanowi także czynnik odpowiedzialny za pogłębienie już ewentualnie istniejących zaburzeń depresyjnych.^{16,17} Występowanie u młodzieży labilności nastroju, impulsywności, drażliwości, braku umiejętności radzenia sobie ze stresem, sztywności myślenia lub trudności w kontrolowaniu stanów emocjonalnych, szczególnie w połączeniu z depresją i lękiem, może predysponować do zachowań samobójczych.^{17,18}

Depresja

W ostatnich latach w Polsce odnotowuje się wzrost liczby zachorowań na choroby psychiczne w okresie adolescencji. Szacuje się, że zachowania samobójcze w znacznej mierze dotyczą nastolatków, u których postawiono przynajmniej jedną diagnozę psychiatryczną.^{2,4,7,18,19} Doniesienia naukowe potwierdzają, że w przypadku adolescentów z objawami psychotycznymi istnieje niemal 70-krotnie zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia ostrych prób samobójczych.²⁰ Depresja, obok podejmowania wcześniejszych prób suicydentalnych i innych zaburzeń psychopatologicznych, jest uznanym predyktorem odpowiadającym nie tylko za myśli, ale i czyny samobójcze w okresie dojrzewania.^{2,3,18,19,21} Obraz kliniczny zaburzeń depresyjnych u młodzieży może być nieco odmienny niż u pacjentów dorosłych. W kategoriach diagnostycznych zwraca się uwagę na występowanie nastroju dysforycznego, który może pojawić się zamiast nastroju depresyjnego, a także na brak prawidłowego przyrostu masy ciała.^{2,3,22} U adolescentów chorujących na depresję odnotowuje się nie tylko podwyższony poziom lęku (głównie przed przyszłością), zmniejszenie/brak zainteresowania czynnościami, które wcześniej sprawiały przyjemność, czy zaniedbanie obowiązków domowych i szkolnych, ale także

pogorszenie relacji z rówieśnikami, drażliwość, wrogość wobec otoczenia oraz zaburzenia zachowania. Wśród charakterystycznych cech depresyjnej młodzieży znajduje się impulsywność, agresja, negatywizm, społeczna izolacja, poczucie niezrozumienia i osamotnienia.²³ Depresja częściej rozpoznawana jest u dziewcząt niż u chłopców. Dysproporcję w liczbie zachorowań ze względu na płeć tłumaczy się zwiększonym poziomem lęku u płci żeńskiej, różnicami w poziomach stężenia estradiolu i testosteronu w czasie okresu pokwitania oraz czynnikami społeczno-kulturowymi.^{4,21,24}

W analizie przyczyn zachowań suicydentalnych związanych z zaburzeniami depresyjnymi zwraca się uwagę na aspekt farmakoterapii selektywnymi inhibitorami zwrotnego wychwytu serotoniny (ang. *selective serotonin reuptake inhibitor* – SSRI). W 2004 r. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration – FDA) ogłosiła, że stosowanie SSRI zwiększa ryzyko wystąpienia próby samobójczej u młodzieży w początkowym etapie leczenia.^{25,26} Sugerowano, że może to być związane z wystąpieniem akatyzzji.²⁷ Inne doniesienia naukowe w tym aspekcie były zróżnicowane, a leki z grupy SSRI są nadal powszechnie wykorzystywane w terapii zaburzeń depresyjnych u młodzieży ze względu na wysokie korzyści wynikające z ich zastosowania.^{2,25,26} Oszacowanie ryzyka samobójstwa, a następnie monitorowanie stanu emocjonalnego pacjenta z uwzględnieniem występowania myśli i zachowań samobójczych jest jednak konieczne, aby wcześniej wykryć niepokojące objawy i kontrolować przebieg terapii, niezależnie od przyjętego schematu leczenia.²⁶

Ze względu na niejednoznaczny obraz kliniczny depresji u młodzieży postawienie ostatecznej diagnozy może być utrudnione. Niepokój budzi fakt, że część młodzieży po podjęciu próby samobójczej jest przyjmowana do leczenia szpitalnego w warunkach oddziałów ogólnopediatrycznych, co utrudnia wnikliwą obserwację psychiatryczną. Brak należytego nadzoru i oceny psychiatrycznej adolescenta może generować nie tylko ryzyko błędnych diagnoz, ale często prowadzi także do opóźnienia wdrożenia leczenia przeciwpsychotycznego lub zapobieżenia próbie samobójczej. To z kolei ma długofalowy wpływ na gorsze emocjonalne i społeczne funkcjonowanie w przyszłości,²¹ co może skutkować większą liczbą osób pełnoletnich chorych na depresję, nie tylko z powodu niewłaściwie prowadzonej terapii, ale również ze względu na brak wczesnego rozpoznania w okresie adolescencji.²⁸ Potwierdzono tendencję przechodzenia epizodów depresyjnych w stan przewlekły oraz jej nawracania w późniejszych latach.^{3,28,29} Wyniki metaanalizy przeprowadzonej przez Johnson et al.²⁹ wskazały na związek pomiędzy występowaniem depresji w okresie adolescencji a kolejnym jej epizodem w życiu dorosłym. Wykazano także wpływ depresji młodzieńczej na występowanie zaburzeń lękowych oraz ryzyko popełnienia samobójstwa w dorosłości.

Zaburzenia lękowe

Nastolatki, z uwagi na specyfikę okresu rozwojowego oraz wyzwania, przed jakimi stają, są szczególnie narażeni na występowanie zaburzeń lękowych. Lęk jest zagadnieniem medycznym i psychologicznym, jednak ze względu na jego powiązanie z zaburzeniami psychicznymi można traktować go również jako problem społeczny.^{30,31} Wyróżnia się: lęk egzogeny – powstający na skutek przetwarzania w mózgu bodźców ze środowiska zewnętrznego odbieranych jako zagrażające; lęk endogeny – wynikający z dysregulacji układów neuroprzekaznikowych ośrodkowego układu nerwowego (serotonergicznego, noradrenergicznego, cholinergicznego) oraz na lęk somatogeny – będący wynikiem np. urazów lub krwawień do ośrodkowego układu nerwowego, chorób przewlekłych itp. Należy zaznaczyć, że lęk może być rozumiany zarówno jako stan emocjonalny (ang. *state-anxiety*), jak również utrwalona cecha osobowości, wyrażająca się skłonnością do reagowania lękiem w różnych sytuacjach (lęk jako cecha, ang. *trait anxiety*).³¹ Obraz kliniczny lęku jest zróżnicowany i manifestuje się w obszarze behawioralnym (unikanie, drżący głos, płacz, obgryzanie paznokci), poznawczym (ruminacje, nastawienie lękowe), emocjonalnym i somatycznym (podwyższone tętno, bledność powłok skórnych, ból w podbrzuszu).³ Nasilenie objawów lękowych może być poprzedzone wystąpieniem/pogłębieniem zaburzeń snu. Problemy ze snem są obecne w zaburzeniach psychicznych nie tylko jako objaw, ale również jako prekursor problemów emocjonalnych i behawioralnych.³²

W okresie adolescencji najczęściej występują uogólnione zaburzenia lękowe, zaburzenia paniczne oraz lęki społeczne (przede wszystkim lęk przed odrzuceniem i ośmieszeniem w grupach rówieśniczych). Etiologie tych jednostek chorobowych nie są jednoznaczne, choć za najczęstszą ich przyczynę uznaje się błędy wychowawcze oraz traumatyczne doświadczenia w przeszłości.³ Odczuwanie lęku, z którym nastolatki nie potrafią sobie radzić, jest szczególnie niebezpieczne, gdyż może stać się podłożem procesu psychopatologicznego o różnych, nieprzewidywalnych kierunkach. Źródła naukowe jednoznacznie wskazują na związek pomiędzy poziomem lęku, szczególnie panicznego, a tendencjami samobójczymi.^{33,34} Także występowanie zaburzeń lękowych wraz z depresją należy do uznanych predyktorów zachowań suicydentalnych młodzieży.²

Dorastanie jest okresem podwyższonej reaktywności emocjonalnej, o czym już wspomniano we wcześniejszej części artykułu. Badanie Davis et al.³⁵ potwierdziło, że podwyższona reaktywność emocjonalna i słaba regulacja emocji przyczyniają się do wzrostu poziomu lęku. Autorzy wskazali także na indywidualne różnice w regulacji emocji przez układ nerwowy, wyjaśniając, dlaczego tylko niektórzy nastolatki doświadczają zaburzeń lękowych. Należy mieć na uwadze, że obecność zaburzeń lękowych

w okresie dojrzewania predysponuje do ich występowania również w życiu dorosłym.³

Stosowanie substancji psychoaktywnych przez adolescentów

Kolejnym predyktorem zachowań suicydentalnych w grupie młodzieży jest stosowanie substancji psychoaktywnych. Na problem narastania tego zjawiska zwraca uwagę wielu badaczy w Polsce.^{36–38} Wyniki badania Kózki et al.³⁷ (przeprowadzonego w jednym ze szpitali klinicznych w Polsce) wykazały, że wykorzystanie środków psychoaktywnych do celów samobójczych stanowiło blisko jedną czwartą wszystkich intoksykacji odnotowanych u pacjentów poniżej 18. r.ż. (średnia wieku 15 lat). Do prób samobójczych w tej grupie młodzieży dochodziło przede wszystkim w wyniku spożycia alkoholu, często w połączeniu z innymi środkami psychoaktywnymi. Również doniesienia Kamińskiej et al.³⁸ wskazują na spożycie alkoholu lub alkoholu i leków jako przyczynę przejawiania przez nastolatki tendencji samobójczych wymagających hospitalizacji oraz konsultacji psychiatrycznej. Niepokoi fakt, że wiedza o niebezpieczeństwie związanym z przyjmowaniem środków psychoaktywnych w niewielkim stopniu wiąże się z ograniczeniem ich spożycia przez młodzież.³⁶

Dane Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) wskazują na rosnące zagrożenia wynikające ze spożycia substancji psychoaktywnych także poza Polską. Według tych doniesień 13,4% badanych nastolatków spożywa alkohol nawet 2–3 razy w tygodniu.¹⁹ Michalska et al.³⁹ podkreślają istotny wpływ takich czynników, jak uzależnienie od alkoholu, ciężki przebieg uzależnienia, a także wczesny wiek początku uzależnienia na podejmowanie zachowań suicydentalnych w tej populacji.

Nie można pominąć także związku zachodzącego pomiędzy spożywaniem alkoholu przez młodzież a wzrostem ryzyka używania narkotyków, dopalaczy oraz wyrobów tytoniowych. W próbie badania SEYLE, obejmującej 12 328 nastolatków, zaobserwowano, że palenie często było powiązane zarówno z objawami lęku/niepokoju oraz zaburzeniami zachowania, jak i piciem alkoholu i przyjmowaniem narkotyków. Co więcej, wszystkie wspomniane czynniki powiązane były z podejmowanymi przez adolescentów działaniami samobójczymi.¹⁹ Wobec powyższego powinno niepokoić, że palenie tytoniu przez polską młodzież jest nadal akceptowalne społecznie.³

Zagrożenie suicydentalne w grupie młodzieży może wynikać także z zażywania grzybów halucynogennych oraz leków dostępnych bez recepty. Problem spożywania substancji z tych grup, choć relatywnie mniejszy w porównaniu do picia alkoholu czy palenia papierosów, nie powinien być marginalizowany. Publikacje naukowe jed-

noznacznie podkreślają związek pomiędzy zażywaniem substancji psychoaktywnych a większym ryzykiem zachowań suicydalnych w okresie młodzieńczym.^{1,3} Co więcej, wskazują na trudności młodzieży w radzeniu sobie ze stresem oraz presją związaną z zakończeniem kolejnych etapów edukacji, co może sprzyjać podejmowaniu zachowań ryzykownych, w tym także używaniu substancji psychoaktywnych, w okresie egzaminów końcowych lub intensyfikacji zadań związanych z nauką szkolną.⁴⁰ Należy założyć, że pod wpływem substancji psychoaktywnych oraz wyzwolonych w odpowiedzi na ich działanie emocji nastolatki łatwiej jest podjąć decyzję o samobójstwie, którego wcześniej w ogóle nie rozważał lub nie miał odwagi dokonać.^{2,3} Grupę młodzieży szczególnie zagrożoną ryzykiem podejmowania prób samobójczych stanowią nastolatki z tzw. „podwójnymi diagnozami”, u których choroba psychiczna, szczególnie depresja, współwystępuje z chorobą alkoholową lub innym uzależnieniem.^{21,36,38,41}

Zaburzenia odżywiania

Zaburzenia odżywiania zaliczane są do chorób cywilizacyjnych. Najczęściej występujące to anoreksja i bulimia, którym mogą towarzyszyć zaburzenia depresyjne oraz tendencje suicydalne.^{42–44} Osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania stanowią grupę ryzyka występowania także innych zachowań autodestrukcyjnych (np. samookaleczania), uzależnień od środków psychoaktywnych (alkoholu, narkotyków, leków) lub czynności (seksu). Zaburzenia odżywiania, choć związane są z chęcią nadmiernej kontroli własnej masy ciała, mogą być inicjowane traumatycznym wydarzeniem w życiu pacjenta.⁴² W przebiegu anoreksji stwierdza się m.in. zaburzenie obrazu własnego ciała (jeden z osiowych objawów) oraz silny lęk przed przyrostem masy ciała.⁴⁵ Dla bulimii typowe są natomiast nawracające epizody przejadania się, patologiczna koncentracja na jedzeniu oraz poczucie silnego głodu, a także, podobnie jak w anoreksji, zaburzony obraz własnego wyglądu.⁴⁶ W przebiegu anoreksji i bulimii obserwuje się nie tylko problemy emocjonalne, takie jak: agresja, poczucie bezsensu lub anhedonia, ale także wspomniane zaburzenia depresyjne i/lub lękowe. Dla chorób z tej grupy charakterystyczny jest lęk przed własną dorosłością oraz brak akceptacji zmian następujących w okresie adolescencji. Ryzyko podjęcia próby samobójczej wzrasta wraz z czasem trwania zaburzeń odżywiania^{42,43} i w większym stopniu występuje u pacjentów w przebiegu bulimii i anoreksji bulimicznej niż w anoreksji restrykcyjnej, która charakteryzuje się silnym przekonaniem o własnej doskonałej kontroli wewnętrznej oraz rzadszym współwystępowaniem depresji.⁴² W całym spektrum zaburzeń odżywiania intencjonalna śmierć jest pierwszym powodem zgonu wówczas, gdy w historii chorobowej wystąpił przynajmniej jeden incydent próby samobójczej.²


Podsumowanie


Zachowania suicydentalne w grupie młodzieży powinny być zawsze rozpatrywane z uwzględnieniem specyfiki rozwojowej okresu dojrzewania. Poczucie bezradności, lęk oraz szeroko pojęty stres u młodzieży mogą doprowadzić do utrwalenia niewłaściwych mechanizmów zachowań w trudnych sytuacjach. Za istotne predyktory czynów suicydalnych u młodzieży, ściśle ze sobą korelujące, należy uznać zaburzenia lękowe i depresyjne oraz depresję, przyjmowanie substancji psychoaktywnych, a także zaburzenia odżywiania. Nie można jednak pomniejszać udziału innych czynników sprzyjających podejmowaniu prób samobójczych u młodzieży, które nie zostały omówione.

Wobec przedstawionych faktów niepokoją doniesienia naukowe wskazujące na małą skuteczność jednostek opieki medycznej w zapobieganiu samobójstwom wśród młodzieży. Pacjenci otrzymują pomoc medyczną głównie w sytuacji dokonania próby samobójczej, jednak działania profilaktyczne prowadzone przez personel medyczny w tym obszarze są nisko oceniane przez nastolatki.⁴⁷ Konieczna jest zatem większa wrażliwość zespołów medycznych, szczególnie oddziałów ogólnopediatrycznych, a także powszechna świadomość ryzyka zachowań suicydalnych wśród młodzieży dla skutecznej prewencji tego zjawiska. Należy przyjąć, iż jest to zadanie wielopłaszczyznowe dla całego środowiska medycznego, a nie jedynie domena psychologów oraz psychiatrów.

ORCID iDs

Grażyna Cepuch  <https://orcid.org/0000-0002-7124-565X>

Agnieszka Kruszecka-Krówka  <https://orcid.org/0000-0003-3974-6427>

Patrycja Liber  <https://orcid.org/0000-0002-6817-992X>

Piśmiennictwo

- Gmitrowicz A, Wolanek U, Madej A, Makara-Studzińska M. Motywy podejmowania prób samobójczych przez młodzież w wieku 13–19 lat. *J Educ Health Sport*. 2015;5(6):51–64. doi:10.5281/zenodo.18278
- Gmitrowicz A, Makara-Studzińska M, Młodożeniec A. *Ryzyko samobójstwa u młodzieży*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015.
- Pilecka W. *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży*. Kraków, Polska: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
- Rajewska-Rager A, Lepczyńska N, Sibilski P. Czynniki ryzyka samobójstw u dzieci i młodzieży ze spektrum choroby i chorobą afektywną dwubiegunową o wczesnym początku. *Psychiatr Pol*. 2015;49(3):477. doi:10.12740/PP/29415
- Główny Urząd Statystyczny. Zamachy samobójcze w 2016 r. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/zamachy-samobojcze-w-2016-r,5,1.html>. Dostęp 12.01.2018.
- Wybrane Statystyki Policji. Zamachy samobójcze od 2017 r. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze>. Dostęp 18.11.2019.
- Dudek M. Depresja wśród młodzieży licealnej. *Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych*. 2014;67:139–151. <http://journals.pan.pl/dlibra/publication/95219/edition/82113/content>. Dostęp 10.02.2020.
- Szredzińska R. Zdrowie dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka*. 2017;16(1):94–131. <http://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/624>. Dostęp 18.10.2019.
- Trempała J. *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.

10. Young K, Sandman C, Craske M. Positive and negative emotion regulation in adolescence: Links to anxiety and depression. *Brain Sci.* 2019;9(4):76. doi:10.3390/brainsci9040076
11. Erikson EH. *Tożsamość a cykl życia*. Poznań, Polska: Zys i S-ka; 2004.
12. Zimmermann P, Iwanski A. Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood. *Int J Behav Dev.* 2014;38(2):182–194. doi:10.1177/0165025413515405
13. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Curr Direct Psychol Sci.* 2001;10:214–219. doi:10.1111/1467-8721.00152
14. Liberska H, Głogowska K, Deja M. Przywiązanie do rodziców i rówieśników jako predyktor samooceny w okresie adolescencji. *Czasopismo Psychologiczne.* 2016;22(2):219–227. doi:10.14691/CPPJ.22.2.219
15. Makowska I, Gmitrowicz A. Samoocalecenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze. *Psychiatr Psychol Klin.* 2018;18(2):173–179. doi:10.15557/PIPK.2018.0020
16. Dymowska A, Nowicka-Sauer K. Depresja wśród młodzieży – problem wciąż aktualny. *Forum Medycyny Rodzinnej.* 2015;9(2):13–15. https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/view/42312/30130. Dostęp 21.05.2020.
17. Florkowski A. Czynniki kliniczne wpływające na zachowania samobójcze w wybranych zaburzeniach psychicznych. *Psychiatr Pol.* 2015;15(3):137–140. doi:10.15557/PIPK.2015.0021
18. Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, et al. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: A prospective cohort study. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(9):940–948. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.140
19. Wasserman D. Przegląd zachowań zdrowotnych i zachowań obciążonych ryzykiem, problemów ze zdrowiem psychicznym i zachowań samobójczych u młodych Europejczyków na podstawie wyników badania SEYLE finansowanego przez UE. *Psychiatr Pol.* 2016;50(6):1093–1107. doi:10.12740/PP/66954
20. Jarema M. Czy można ocenić ryzyko samobójstwa? *Psychiatr Pol.* 2018;52(1):7–19. doi:10.12740/PP/74161
21. Balazs J, Miklosi M, Keresztesy A, et al. Adolescent subthreshold – depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry.* 2017;54(6):670–677. doi:10.1111/jcpp.12016
22. Jankowicz S. Depresja wieku młodzieńczego – etiologia i obraz kliniczny. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów Uniwersytetu Jagiellońskiego. Nauki Społeczne.* 2018;22(3):183–190. doi:10.26361/ZNTDsp.09.2018.22.10
23. Wartberg L, Kriston L, Thomasius R. Depressive symptoms in adolescents. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115(33–34):549–555. doi:10.3238/arztebl.2018.0549
24. Szpitalak M, Prochwicz K. Płeć psychologiczna osób z depresją kliniczną – doniesienia wstępne. *Psychiatr Pol.* 2013;47(1):53–64. https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/8419/szpitalak_prochwicz_plec_psychologiczna_osob_z_depresja_kliniczna_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Dostęp 20.11.2019.
25. Sakolsky D. Impact of selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use on suicidal ideation and behaviour in child/adolescent anxiety multimodal extended long-term study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2019;56(105):319. doi:10.1016/j.jaac.2017.07.641
26. Brent D. Antidepressants and suicidality. *Psychiatr Clin North Am.* 2016;39(3):503–512. doi:10.1016/j.psc.2016.04.002
27. Cichoń L, Gabryel B, Jelonek I, Krysta K, Janas-Kozik M. Zastosowanie aripiprazolu w leczeniu zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. *Psychiatr Psychol Klin.* 2018;18(4):373–387. doi:10.15557/PIPK.2018.0045
28. Modrzejewska R, Bomba J, Pac A. Objawy depresyjne wśród adolescentów w nieleczonej populacji Krakowa – 30-letnia katamneza. *Psychiatr Pol.* 2019;53(4):723–735. doi:10.12740/PP/99536
29. Johnson D, Dupuis G, Piche J, Clayborne Z, Colman I. Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depress Anxiety.* 2018;35(8):700–716. doi:10.1002/da.22777
30. Adamczyk M. Style przywiązania a psychospołeczne funkcjonowanie młodzieży w oparciu o studia przypadków. *Psychoterapia.* 2016;3(178):89–102.
31. Skoczzeń N, Jędrzejewska B, Smoleń A, Olajossy M. Analiza wpływu różnych czynników społecznych i demograficznych na występowanie i poziom nasilenia lęku w grupie młodzieży szkolnej. *Curr Probl Psychiatry.* 2014;15(2):78–84.
32. Krysiak-Rogala K, Jernajczyk W. Zaburzenia snu u dzieci i młodzieży z zaburzeniami i chorobami psychicznymi – zaburzenia afektywne i lękowe. *Psychiatr Pol.* 2013;2:303–312.
33. Nam Y, Kim C, Roh D. Comorbid panic disorder as an independent risk factor for suicide attempts in depressed outpatients. *Compr Psychiatry.* 2016;67:13–18. doi:10.1016/j.comppsy.2016.02.011
34. Kłosowska J, Blaut A, Paulewicz B. Trening tendencyjności uwagi w redukcji objawów lękowych. *Psychiatr Pol.* 2015;49(1):57–66. doi:10.12740/PP/27628
35. Davis MM, Miernicki ME, Telzer EH, Rudolph KD. The contribution of childhood negative emotionality and cognitive control to anxiety-linked neural dysregulation of emotion in adolescence. *J Abnorm Child Psychol.* 2019;47(3):515–527. doi: 10.1007/s10802-018-0456-0
36. Kozłowska E, Kowalczyk A, Kalinowski P, Marzec A. Zjawisko stosowania substancji psychoaktywnych w wybranej grupie młodzieży licealnej. *Zdr Publ.* 2016;51(1):101–107. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2016/hyg-2016-1-101.pdf>. Dostęp 29.12.2019.
37. Kózka M, Perek M, Kruszecka-Krówka A, Miller E. Analiza zatruc u dzieci i młodzieży hospitalizowanych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie w latach 2009–2012. *Pieleg Zdr Publ.* 2018;8(1):5–9. doi:10.17219/pzp/75488
38. Kamińska H, Gawlik A, Gawlik T, Małeck-Tendera E. Hospitalizacje z powodu zatruc alkoholem etylowym wśród dzieci i młodzieży – dane pochodzące z jednego szpitala klinicznego w Polsce. *Psychiatr Pol.* 2018;52(2):387–398. doi:10.12740/PP/67601
39. Michalska A, Kopera M, Gmaj B, et al. Czynniki ryzyka podejmowania prób samobójczych u osób leczonych stacjonarnie z powodu uzależnienia od alkoholu w Polsce. *Alcohol Drug Addict.* 2015;28(4):213–220. doi:10.1016/j.alkona.2015.11.002
40. Suhecka D, Kucharska-Mazur J, Groszewska K, Mak M, Samochowiec J, Samochowiec A. Analiza zjawiska nadużywania przez polską młodzież leków dostępnych bez recepty i ziół niepodlegających kontrolowanemu obrotowi – część I. *Med Pr.* 2017;68(3):413–422. doi:10.13075/mp.5893.00245
41. Klimkiewicz A, Klimkiewicz J, Jakubczyk A, Kieres-Salomoński I, Wojnar M. Współwystępowanie uzależnienia od alkoholu z innymi zaburzeniami psychicznymi. Część I – epidemiologia podwójnego rozpoznania. *Psychiatr Pol.* 2015;49(2):265–275. doi:10.12740/PP/25704
42. Mioduchowska-Zienkiewicz A. Zachowania autoagresywne a obraz własnego ciała u kobiet z zaburzeniami odżywiania się. *Studia Psychologiczne UKSW.* 2015;15(1):45–62. doi:10.21697/sp.2015.15.01.04
43. Sommer H. Anoreksja nastolatek w świetle badań – droga do sukcesu czy akt powolnej autodestrukcji. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny.* 2016;35(1):235–257. doi:10.17951/lrp.2016.35.1.235
44. Bąba-Kubiś A, Samochowiec J, Pełka-Wysiecka J, Liśkiewicz P, Konopka A, Wroński M. Anoreksja – jadłowstręt psychiczny. *Pomeranian J Life Sci.* 2018;64(4):5–9. <http://ojs.pum.edu.pl/pomjilifesci/article/view/497/366>. Dostęp 11.12. 2019.
45. Wiatrowska A. Radzenie sobie ze stresem u osób z zaburzeniami odżywiania. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia.* 2017;30(1):161–170. doi:10.17951/j.2016.30.1.161
46. Osińska A, Mozol-Jurza M, Tyszkiewicz-Nwafor M, Słopeń A, Paszyńska E. Bulimia psychiczna – rozpowszechnienie, objawy i leczenie z uwzględnieniem aspektu stomatologicznego. *Pediatr Med Rodz.* 2016;16(3):276–284. doi:10.15557/PIMR.2016.0028
47. Kielan A, Cieślak I, Skonieczna J. Analiza opinii młodzieży na temat profilaktyki samobójstw. *Psychiatr Pol.* 2019;53(2):359–370. doi:10.12740/PP/OnlineFirst/81754