



Polskie Towarzystwo Zapobiegania Samobójstwom
Zarząd Główny ul. Sandomierska 4/1 45-326 Opole
tel. 77 4417569 www.ptzs.pl e-mail: kontakt@ptzs.pl

Czynniki ryzyka samobójstwa u młodzieży

Zamieszczone na kolejnych stronach dane pochodzą z poniższej publikacji. Prezentują podsumowanie czynników ryzyka samobójstwa u młodzieży na bazie wielu badań naukowych (spis źródeł w publikacji).

Diagnoza Ryzyka Samobójstwa u Młodzieży i Dorosłych

Jarosław Stukan



Polskie Towarzystwo Zapobiegania Samobójstwom

Tabela 7. Czynniki kliniczne ryzyka samobójstwa u młodzieży

Stany kliniczne skorelowane z zagrożeniem suicydalnym	Czynniki eskalujące ryzyko samobójstwa
Nadużywanie/uzależnienie od alkoholu	<ul style="list-style-type: none"> • szczególnie chłopcy, • regulowanie uczuć za pomocą alkoholu, • niskie wsparcie rodziny, • wysoki odsetek przyjaciół nadużywających alkoholu, • imprezowe picie, • niska samoocena, • brak ojca (tylko dziewczęta), • niskie wykształcenie ojca (dziewczęta), • separacja interpersonalna (wyobcowanie), • brak dyscypliny wychowawczej w domu, • zaburzenia zachowania (obie płcie), • naruszenia prawa, • impulsywność/agresywność (szczególnie z historią suicydalną oraz dymensją obecną wśród członków rodziny).
Uzależnienie od opiatów	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia zachowania, • przypadkowe i celowe przedawkowanie (substancja stanowi „metodę” pozbawienia się życia).
Uzależnienie od kanabinoli	<ul style="list-style-type: none"> • interakcja wielu czynników: trudności emocjonalne, które doprowadziły do nadużywania, regularne palenie w wieku gimnazjalnym, pochodzenie z niskiej warstwy socjoekonomicznej, stosowanie substancji w celu złagodzenia bólu psychicznego.
Uzależnienie od kokainy	<ul style="list-style-type: none"> • stan po spożyciu narkotyku, • łączenie kokainy z alkoholem, • historia dziecięcej traumy (również w wieku dorosłym).
Uzależnienie od substancji halucynogennych	<ul style="list-style-type: none"> • tylko młodzież ze stwierdzoną schizofrenią.
Uzależnienie od lotnych rozpuszczalników	<ul style="list-style-type: none"> • głównie chłopcy, • przedawkowanie, • pierwotne problemy emocjonalne (głównie przemoc domowa), • politoksykomania.
Politoksykomania	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia zachowania (chłopcy), • historia przemocy w dzieciństwie, • wczesny początek pobierania substancji, • zaburzenia depresyjne i/lub cechy borderline (dziewczęta), • niska kontrola emocji i impulsywność (dziewczęta).
Schizofrenia	<ul style="list-style-type: none"> • historia przemocy w dzieciństwie, • wczesny wiek zachorowania (14-18 lat), • wysoki wgląd w chorobę, • nadużywanie substancji psychoaktywnych, • niskie nasilenie objawów psychotycznych, • częste hospitalizacje, • częste samookaleczenia.
Inne uporczywe zaburzenia urojeniowe	<ul style="list-style-type: none"> • nasilenie urojeń.
CHAD	<ul style="list-style-type: none"> • duża liczba wczesnych doświadczeń traumatycznych (szczególnie wykorzystania seksualnego i fizycznej przemocy), • współistnienie cech osobowości ze skupienia B, • stosowanie antydepresantów, • mieszany epizod choroby, • współistnienie uzależnień,

	<ul style="list-style-type: none"> • typ I choroby, • ataki paniki, • samouszkodzenia, • duża ilość hospitalizacji.
Ciężka depresja	<ul style="list-style-type: none"> • wczesny początek, • dziewczęta (próby samobójcze), • chłopcy (samobójstwa dokonane), • historia prób samobójczych, • współistniejące zaburzenia zachowania i uzależnienia, • długie epizody choroby, • brak nadziei, • wrogie zachowania, • niska samoocena, • bezsensowność, • lęk separacyjny, • poczucie bezwartościowości, • cynizm, • zaburzenia osobowości (wszelkie, szczególnie skupienie B), • niska tolerancja na stres, • niska religijność, • stosowanie antydepresantów (w szczególności silnie uzależniającej fizycznie wenlafaksyny), • trauma złożona (jednostka główna mylona z depresją).
Zaburzenia adaptacyjne	<ul style="list-style-type: none"> • rozwód/separacja rodziców: pojawienie się macochy/ojczyma, brak opieki ojca, złe relacje między rodzicami, • przemoc wobec dziecka: seksualna, fizyczna, emocjonalna i zaniedbanie (szczególnie przemoc kombinowana), nadużywanie substancji psychoaktywnych, trauma złożona, wysoka frekwencja ucieczek z domu, uzależnienie i współuzależnienie rodziców, samokrytycyzm, stosowanie przemocy przez ofiarę wobec innych, poczucie winy, • bullying: wysoka frekwencja nękania przez rówieśników, dzieci nękaną (również zagrożoną), ból i choroba somatyczna: trądzik. • ryzyko swoiste (dwukrotnie wyższe niż w populacji).
Zaburzenia z napadami lęku	<ul style="list-style-type: none"> • ryzyko swoiste (dwukrotnie wyższe niż w populacji).
Zaburzenia dysmorficzne	<ul style="list-style-type: none"> • ryzyko swoiste.
Bulimia	<ul style="list-style-type: none"> • typ przeczyszczający się, • nadużywanie substancji psychoaktywnych, • historia seksualnej i/lub fizycznej przemocy, • cechy borderline, • samookaleczanie się.
Anoreksja	<ul style="list-style-type: none"> • ryzyko swoiste (tendencje autodestrukcyjne), • typ przeczyszczający się oraz restrykcyjny (z cechami antysocjalnymi i samokaraniem się), • nadużywanie substancji psychoaktywnych, • zaburzenia nastroju, • impulsywność, • długi przebieg choroby, • duża utrata wagi.
Stan po aborcji	<ul style="list-style-type: none"> • ryzyko samoistne.
Zaburzenia zachowania i dyssocjalne	<ul style="list-style-type: none"> • przemoc seksualna, • niska kontrola emocjonalna, • wczesne ujawnienie się, • uzależnienia od substancji psychoaktywnych, • współistnienie ciężkiej depresji (mylona w diagnostyce z traumą złożoną).
Borderline	<ul style="list-style-type: none"> • ryzyko samoistne, • przemoc seksualna (10-krotnie częstsze wielokrotne zamachy),

	<ul style="list-style-type: none"> • zaniedbanie przez rodziców, • utraty, • nadużywanie substancji psychoaktywnych, • wczesna separacja od rodziców, • uzależnienia od substancji u opiekunów, • problemy finansowe i zawodowe opiekunów, • brak stałego miejsca zamieszkania, • konflikty z prawem, • impulsywność/agresywność.
Piromania	<ul style="list-style-type: none"> • cechy antisocjalne, • cechy uzależnienia, • bagatelizowanie obowiązków.
Zaburzenia psychologiczne w orientacji seksualnej	<ul style="list-style-type: none"> • orientacja homoseksualna i biseksualna, • wyrzucenie dziecka z domu po odkryciu preferencji, • identyfikacja własnej orientacji.
ADHD	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia zachowania, • zaburzenia nastroju, • dystymia, • nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu i kanabinoli.

* wiele czynników, których nie pogrubiono, ma etiologię w przemocy domowej

Tabela 8. Osobowościowe korelaty zagrożenia u młodzieży

Osobowościowe czynniki ryzyka u młodzieży	Zmienne eskalujące ryzyko samobójstwa
Introwersja	<ul style="list-style-type: none"> • ekstrawersja.
Zewnętrzne umiejscowienie kontroli	<ul style="list-style-type: none"> • depresja, • poczucie beznadziejności.
Neurotyzm	<ul style="list-style-type: none"> • niska otwartość na doświadczenia.
Impulsywność	<ul style="list-style-type: none"> • szczególnie chłopcy, • doświadczana przemoc domowa.
Agresywność	<ul style="list-style-type: none"> • cechy borderline, • depresja, • nadużywanie substancji psychoaktywnych.
Mechanizmy obronne	<ul style="list-style-type: none"> • zaprzeczenie, • regresja, • przemieszczenie, • projekcja, • acting-out.
Niskie kompetencje w rozwiązywaniu problemów	
Samokrytycyzm	<ul style="list-style-type: none"> • „depresja” w konsekwencji doświadczanej przemocy domowej.
Niska samoocena	<ul style="list-style-type: none"> • wyalienowanie, • doświadczana przemoc domowa.

Tabela 9. Czynniki swoiste i eskalujące ryzyko samobójstwa

Swoiste wskazówki ryzyka suicydalnego	Zmienne eskalujące zagrożenie samobójstwa
Rodzinną historią suicydalną	<ul style="list-style-type: none"> rodzinną historią zaburzeń psychicznych, rodzinną transmisją seksualnego wykorzystania, impulsywną agresją, historią samobójstw matek (istotniejsza niż ojców).
Historią poprzednich prób samobójczych	<ul style="list-style-type: none"> pleć męska, okres 2 lat od ostatniego zamachu (szczególnie 3 pierwsze miesiące), sześć lub więcej prób samobójczych, zaburzenia nastroju, przemoc domowa emocjonalna, seksualna, fizyczna, rodzinną tradycją suicydalną, nadużywanie substancji psychoaktywnych, złe funkcjonowanie interpersonalne, schizofrenia, mieszkanie poza domem, zaburzenia osobowości, destruktywne zachowania, samookaleczenia, wysoki poziom: złości, gniewu, wrogości, werbalizowanie skarg na złe samopoczucie, chroniczny stres, przewlekłe choroby somatyczne, częste występowanie: myśli o śmierci, chęci śmierci, myśli i planów samobójczych.
Myśli samobójcze	<ul style="list-style-type: none"> depresja (25%), PTSD (38%), choroba terminalna (37%), u dziewcząt 22.4%-30.8% (10% często) niż chłopców 14%-25.3%, słaba kondycja fizyczna, koszmary nocne i bezsenność, depresyjność matek, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania dysocjalne (ucieczki z domu, aż po napady na innych), niska samoocena, otyłość, niedowaga (tylko chłopcy).
Tendencje suicydalne	<ul style="list-style-type: none"> pierwszy rok od czasu ujawnienia się myśli samobójczych (przy istnieniu innych spełnionych warunkach; między innymi przynajmniej jednym stanem klinicznym wymienionym w tabeli 7, cechami sprzyjającymi z tabeli 8 oraz przede wszystkim przy obecności czynników z tabeli 9), duża szczegółowość planu pozbawienia się życia,
Syndrom presuicydalny	
Ambiwalencja suicydalna	<ul style="list-style-type: none"> niskie nasilenie (zasada obejmująca każdy wiek).
Syndrom postsuicydalny po próbie samobójczej (ryzyko ponowienia)	<ul style="list-style-type: none"> pierwsze 6 miesięcy, zależność od rodzaju zastosowanej metody (por. Stone, 2001, str. 353), udzielenie pomocy psychologicznej lub jej brak (por. Stone, 2001, str. 353), powieszenie (najczęściej w przedziale wieku 10-19 lat),

	<ul style="list-style-type: none"> • ocena specjalisty letalności metody (subiektywna ocena pacjenta jej letalności, najwyższe zagrożenie: skok z wysokości, powieszenie, użycie broni palnej), • ocena specjalisty determinacji suicydalnej (wraz z motywacją, w tym nieświadomioną), • ocena specjalisty testowania rzeczywistości pacjenta i jego odbioru przyczyn samobójstwa (adekwatne v. nieadekwatne), • niska ambiwalencja suicydalna, • stosunek do przeżycia (złość, żal z powodu przeżycia), • złożony charakter próby samobójczej, • trwanie czynników, które doprowadziły do próby samobójczej jeśli mają chroniczny charakter (przemoc domowa).
--	---

Tabela 10. Przyczyny samobójstw wśród dzieci i nastolatków

Ryzyko samobójstwa u dzieci i młodzieży	
Czynnik podstawowego zagrożenia	Czynniki wzmacniające ryzyko suicydalne
Przemoc doświadczana w domu: fizyczna, seksualna, emocjonalna, bierna (zaniedbanie).	<ul style="list-style-type: none"> • wyzwalane przez przemoc stany kliniczne, • kształtujące się na bazie przemocy cechy osobowości, • wtórne do przemocy czynniki swoiste, • nieprawidłowe, specjalistyczne formy oddziaływania wtórnie wiktyimizujące dzieci i młodzież (leczenie przy przymykaniu oczu na podstawowy problem i po-mijanie go – przez brak zrozumienia), • stosowanie dla przemocy fachowych eufemizmów w postaci pojęcia “traumy złożonej” lub “depresji”, by ułatwić sobie ignorowanie przemocy przeformułując ją na stan kliniczny.