

Marlena Sokół-Szawłowska

Poradnia Przykliniczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

# Kompleksowe podejścia do problemu samobójstw na przykładzie działań podejmowanych przez *European Alliance Against Depression*

*A comprehensive approach to the problem of suicides in the actions taken by the European Alliance Against Depression*

## Abstract

*Suicide attempts and suicides are serious social problem. Psychiatrists considered a suicidal patient deaths one of the most stressful aspects of this medical specialty. In Poland there isn't a comprehensive solution for people at risk of suicide, and almost 10 years in other European countries, is developing a comprehensive and effective model implemented by the European Alliance Against Depression, which is described in this paper.*

*Psychiatry 2016; 13, 4: 215–218*

**Key words:** *depression, suicide, prevention*

## Wstęp

Próby samobójcze i samobójstwa dokonane stanowią poważny problem we współczesnych społeczeństwach. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w 2000 roku odebrało sobie życie około milion ludzi na świecie. Obecnie średnio w skali globu 16 osób na 100 000 umiera śmiercią samobójczą. Psychiatry doskonale zdają sobie sprawę z tego, że związek zaburzeń psychicznych z próbami samobójczymi i samobójstwami jest zdecydowanie silniejszy niż u osób bez takich zaburzeń. Często brak rozwiązań systemowych, które skutecznie pomagałyby osobom zagrożonym samobójstwem, sprawia, że nie otrzymują na czas potrzebnego wsparcia i to przyczynia się do podejmowania prób samobójczych. Prezentowana praca ma na celu analizę działań podejmowanych przez

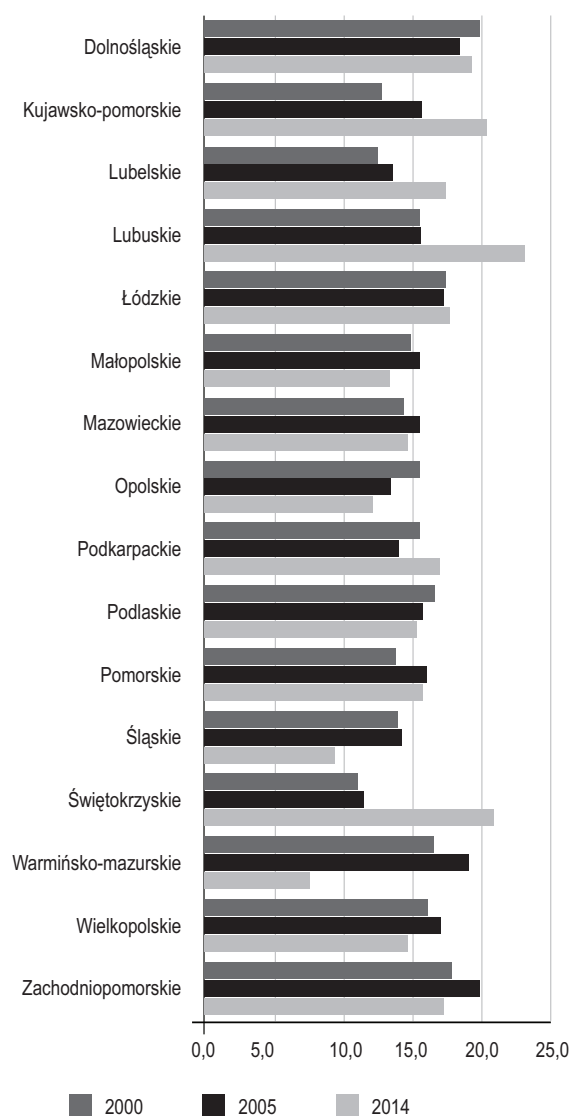
jedną z lepiej funkcjonujących w Europie organizacji, które przyczyniają się w istotny sposób do zapobiegania depresjom i samobójstwom.

## Omówienie

Z licznych badań epidemiologicznych wynika, że zaburzenia psychiczne związane ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa to głównie zaburzenia depresyjne nawracające, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zaburzenia lękowe, schizofrenia i zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych [1–4]. W Polsce podejmowane są różnorodne pozarządowe inicjatywy służące profilaktyce samobójstw, taki cel jest też wpisany do Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Trudno jednak mówić o skoordynowanej ofercie profesjonalnej pomocy w sytuacji kryzysu samobójczego. Taka sytuacja jest bardzo odczuwalna przez większość psychiatrów w codziennej praktyce. Najtrudniejsze są te momenty, gdy mamy do czynienia z osobą tuż przed lub tuż po akcie samobójczym, a wiadomo, że wcześniejsza profesjonalna pomoc mogłaby zapobiec takiemu roz-

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Marlena Sokół-Szawłowska  
Poradnia Przykliniczna IPiN  
ul. Sobieskiego 9, 02–957 Warszawa  
tel. 22 458 25 54, faks: 22 642 53 75  
e-mail: msokol@ipin.edu.pl

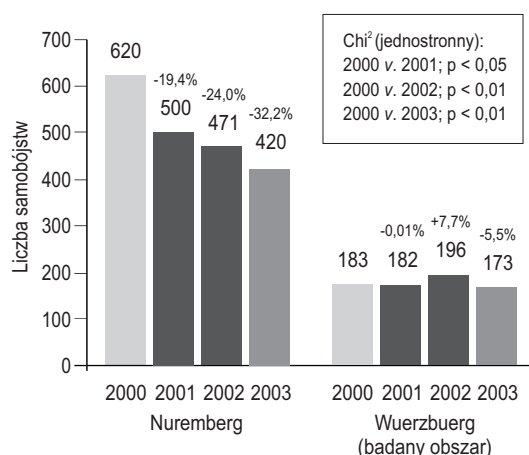


Rycina 1. Współczynnik samobójstw dokonanych wśród 100 000 ludności Polski (GUS)

Figure 2. Suicide ratio (per 100,000) in Poland

wojowi wypadków. Według badań epidemiologicznych największym stresem w zawodzie lekarza psychiatry jest samobójcza śmierć pacjenta, który był pod jego opieką [5–8]. Dane epidemiologiczne (najprawdopodobniej niepełne, gdyż pochodzą z oficjalnych kart zgonów) dotyczące liczby samobójstw dokonanych na 100 000 ludności w Polsce przedstawiono na rycinie 1. Dane te uzmysławiają, jak poważnym problemem społecznym są opisywane zjawiska. Wymienione powody skłaniają do refleksji, do szukania nowych całościowych rozwiązań i zdobywania informacji na temat skutecznej profilaktyki samobójstw odnotowywanych w innych krajach [1]. Jednym z przykładów efektywnych i skutecznych działań przeciwdziałania depresji i samobójstwom jest aktywność w Europie *European Alliance Against Depression*. Czym

jest wspomniany sojusz? Po pierwsze EAAD to organizacja non-profit, powstała w 2008 roku, na bazie różnych instytucji badawczych jako efekt zakończenia projektu Unii Europejskiej prowadzonego w latach 2004–2008: „Program optymalizacji zapobiegania samobójstwom i jego rozpowszechnienia w Europie”. Norymberski sojusz przeciwko depresji wprowadzony w niewielkiej populacji pokazał, że stosując model czteropozomowy, można zmniejszyć częstotliwość aktów samobójczych o 24% w ciągu dwóch lat w porównaniu z rokiem bazowym. Efektywność opisanego modelu ukazano na rycinie 2. W następnym kroku to rozwiązanie zostało implemmentowane w kolejnych regionach krajów europejskich i dało podobny stopień skuteczności w przeciwdziałaniu aktom samobójczym.



Rycina 1. Efektywność programu „Norymberski sojusz przeciwko depresji” w latach 2000–2003

Figure 1. Effectiveness of „Nuremberg Alliance Against Depression” Project in 2000–2003

Główne cele opisywanego sojuszu to poprawa opieki i optymalizacja leczenia pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi w celu zapobiegania samobójstwom, wsparcie osób bliskich, promowanie czteropoziomowego modelu, podniesienie publicznej świadomości na temat depresji i jej wpływu na tendencje samobójcze, informowanie, edukowanie społeczeństwa i profesjonalistów, informowanie o efektach podejmowanych działań na poziomach regionalnym, krajowym i europejskim. Cel dodatkowy to wsparcie naukowców w przeprowadzaniu kolejnych badań poświęconych depresji i zapobieganiu samobójstwom.

Największym osiągnięciem EAAD jest stopniowe, systematyczne prowadzenie czteropoziomowego modelu, którego celem jest poprawa opieki nad pacjentami i zapobieganie „S”. Jest on niezwykle w swojej teoretycznej prostocie, choć bywa bardzo trudny do wprowadzenia w poszczególnych państwach (a te trudności są głównie natury finansowej, instytucjonalnej i mentalnej). Model obejmuje cztery równoległe etapy:

1. Lekarze rodzinni i pediatrzy są zapraszani na warsztaty, aby nauczyć się, jak rozpoznawać i leczyć depresję oraz zagrożenie „S” podczas pracy w podstawowej opiece medycznej (odpowiednik naszych POZ). Lekarze otrzymują też materiały do rozdawania pacjentom.
2. Prowadzone są duże kampanie społeczne podnoszące świadomość na temat metod skutecznego leczenia (materiały papierowe, spoty TV i internetowe). Celem tych działań jest zmniejszenie stygmatyzacji „depresji” i ludzi na nią chorujących.
3. Rozdawane są „emergency cards”, tj. karty z bezpośrednimi kontaktami uzyskania szybkiej profesjonalnej

pomocy w grupach ryzyka (młodzież w kryzysie dojrzewania i osoby po próbach „S”). Powstają regionalne grupy samopomocy, ze wsparciem specjalistów, współpracujące ze stowarzyszeniami pacjentów.

4. Prowadzone są warsztaty edukacyjne dla osób związanych z medycyną, księży, policji, nauczycieli, bliska współpraca z mediami w celu pobudzenia publicznej dyskusji na temat depresji.

Opisany model został dostrzeżony i doceniony na arenie międzynarodowej i uzyskał nagrodę na *First European Health Forum Award* w 2007 za „najlepszy praktyczny przykład” zapobiegania aktom samobójczym”. Kompleksowe działania Europejskiego Sojuszu Przeciw Depresji (EEAD) w 2014 roku zostały docenione w *Suicide Prevention Report of the WHO* (2014) jako efektywna, wielopoziomowa propozycja profilaktyki samobójstw. Centrum dowodzenia i żywo bijące serce Sojuszu znajduje się w Niemczech w Klinice Psychiatrii w Lipsku. Prezydent EAAD Profesor Ulrich Hegerl był w tym roku gościem XXI Konferencji szkoleniowo-naukowej z cyklu „Farmakoterapia, psychoterapia i rehabilitacja zaburzeń afektywnych” „Depresja i co dalej?” w Zakopanem. Dzięki temu spotkaniu pojawiła się unikatowa szansa na wysłuchanie mistrzowskiego wykładu na temat zaburzeń afektywnych oraz na długie dyskusje, wymianę doświadczeń, a także przyjrzenie się na możliwości współpracy naszego kraju w ramach tej międzynarodowej organizacji. Dwie pozostałe osoby pracujące w Zarządzie EAAD, to doktor Ella Arensman i doktor Victor Perez Sola — bardzo zaangażowani kliniści, którzy chcą działać więcej nie tylko w psychiatrii, ale też w dziedzinie zdrowia publicznego. Niestety, decyzja referendalna Wielkiej Brytanii o wyjściu z UE skomplikowała sytuację i wpłynęła na formę dalszej współpracy członków sojuszu z tym krajem.

W 2016 roku w 19 rejonach Europy trwają dość intensywne prace przedstawicielstw EAAD, które mają za zadanie wprowadzenie coraz nowocześniejszych i skutecznych rozwiązań przeciwdziałania depresjom i samobójstwom. Sojusz aktualnie zrzesza 22 członków z 21 krajów.

Polska od niedawna jest krajem stowarzyszonym, do pełnego uczestnictwa w Sojuszu niezbędne są jednak skoordynowane działania podejmowane początkowo na małym terenie na przykład dzielnicy dużego miasta. Nasz kraj reprezentują pisząca te słowa (Kierownik Poradni Przyklinicznej IPiN) oraz dr hab. n. med. Adam Wichniak (m.in. Dyrektor ds. Nauki w IPiN).

Po Konferencji poświęconej zaburzeniom afektywnym w Zakopanem podjęte zostały w Warszawie inicjatywy propagujące EAAD, między innymi w Szpitalu Nowowiejskim w ramach spotkań naukowych Oddziału

Warszawskiego PTP został wygłoszony wykład na temat działalności EAAD. W ostatnich tygodniach pojawiła się też szansa, że pewne elementy czteropoziomowego modelu zostaną prowadzone w ramach jednego z projektów unijnych służących rozwojowi psychiatrii środowiskowej. Dodatkowo podjęto współpracę z organizacjami pozarządowymi, które pomagają pacjentom, między innymi ze Stowarzyszeniem Integracja działającym na Mokotowie i Fundacją Aktywnie Przeciw Depresji. Pod koniec 2016 roku zaplanowano podjęcie działań, które sprawią, że od początku 2017 roku nasz kraj stanie się pełnoprawnym członkiem Europejskiego Sojuszu Przeciw Depresji. Istnieje zatem szansa, że stopniowo uda się

wprowadzać założenia tego systemowego podejścia również w Polsce.

### Wnioski

Próby samobójcze i samobójstwa dokonane są niezwykle istotną częścią problemów zdrowia psychicznego. Wszystkie nowatorskie, a przede wszystkim skuteczne i dowiedzione naukowo, metody radzenia sobie z tym zagadnieniem zasługują na uwagę. Działania Europejskiego Sojuszu Przeciw Depresji mogą stanowić inspirację do tego, aby rozpocząć od małych terytorialnie ograniczonych aktywności, a potem rozważać etapy rozwoju na inne obszary (kolejne dzielnice, całe miasta).

### Streszczenie

*Próby samobójcze i samobójstwa dokonane stanowią poważny problem społeczny. Środowisko psychiatrów uważa śmierć samobójczą pacjenta za jeden z najbardziej stresujących aspektów tej specjalności medycznej. W Polsce nie ma kompleksowego rozwiązania dla osób zagrożonych samobójstwem, natomiast od prawie 10 lat w innych krajach Europy rozwija się kompleksowy i skuteczny model realizowany przez European Alliance Against Depression, który został opisany w tym opracowaniu.*

**Psychiatria 2016; 13, 4: 215–218**

**Key words:** depresja, samobójstwo, profilaktyka

### Piśmiennictwo:

1. Główny Urząd Statystyczny, Rocznik Demograficzny, Warszawa 2003–2012.
2. Hołyst B. Suicydologia. Wydanie II zmienione. Lexis Nexis, Warszawa 2012.
3. Wassermann D., Wassermann C., Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention, New York: Oxford University Press 2009.
4. Zając J. Rozpowszechnienie zachowań samobójczych. W: Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.). Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej — EZOP Polska”, Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii 2012: 243–248.
5. Puzyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.). Psychiatria kliniczna. Wydanie II, tom 2, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011: 350–353.
6. Gmitrowicz A. Samobójstwa w szpitalach psychiatrycznych W: Hołyst B. (red.). Kondycja psychiczna społeczeństwa polskiego a samobójstwa. Wydawnictwo WSM, Warszawa 2013: 343–383.
7. Wahlbeck K. Background document for the EU thematic conference: Preventing of Depression and Suicide-Making it Happen. Preventing of Depression and Suicide-Making it Happen. Budapest, Hungary: Luxembourg: European Communities 2009.
8. <http://www.who.int>
9. [www.eead.net](http://www.eead.net)