Ministerstwo Zdrowia
NPZ NARODOWY PROGRAM ZDROWIA
INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII
Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 finansowane przez Ministra Zdrowia.

STANDARDY POSTĘPOWANIA DLA KURATORÓW SĄDOWYCH WYKONUJĄCYCH ORZECZENIA W SPRAWACH KARNYCH

dotyczące kontaktu z osobami w kryzysie samobójczym, po próbie samobójczej i w żałobie po śmierci samobójczej

(wersja rozszerzona)

opracowanie: Małgorzata Łuba

Spis treści

1. Wstęp **4**

Podstawowe strategie profilaktyki zachowań samobójczych wskazywane przez Światową Organizację Zdrowia 5

Rola kuratorów sądowych wykonujących orzeczenia w sprawach karnych w zapobieganiu zachowaniom samobójczym 6

2. Podstawowe informacje o zachowaniach samobójczych **8**

Rozpowszechnienie prób samobójczych i samobójstw 9

Źródła danych 9

Dane Komendy Głównej Policji 10

Proces zachowań samobójczych 11

Czynniki ryzyka zachowań samobójczych 14

Sygnały zagrożenia samobójczego 16

Błędne przekonania na temat zachowań samobójczych oraz ich korekta 18

3. Interwencje na rzecz osób zagrożonych zachowaniami samobójczymi **21**

Cele i etapy pierwszej pomocy emocjonalnej 22

Postępowanie wobec osoby w kryzysie samobójczym, po próbie samobójczej i w żałobie po śmierci samobójczej 24

Zauważ 24
Porozmawiaj 26
Działaj 27
Standardy postępowania dla kuratorów sądowych wykonujących orzeczenia w sprawach karnych dotyczące kontaktu z osobami w kryzysie samobójczym, po próbie samobójczej i w żałobie po śmierci samobójczej (wersja skrócona) 31
4. Bibliografia **35**
5. Ogólnopolskie telefony i strony pomocowe **37**

1

WSTĘP

Podstawowe strategie profilaktyki zachowań samobójczych wskazywane przez Światową Organizację Zdrowia

Zapobieganie zachowaniom samobójczym jest procesem złożonym i wymagającym zaangażowania całego społeczeństwa oraz współpracy wielu sektorów. Do najważniejszych strategii profilaktyki tego problemu wskazywanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w przewodniku wdrożeniowym LIVE LIFE (2021) i wykazujących naukowo udowodnioną skuteczność należą cztery kluczowe obszary:

1. **Rozwijanie kompetencji społeczno-emocjonalnych u dzieci i nastolatków**, np. promowanie dbałości o zdrowie psychiczne, uczenie młodych ludzi umiejętności rozwiązywania problemów, konfliktów, radzenia sobie ze stresem i regulacji emocji.
2. **Wczesne identyfikowanie i adekwatne wspieranie osób zagrożonych zachowaniami samobójczymi oraz ułatwianie dostępu do profesjonalnej pomocy**, np. szkolenie różnych grup społecznych i zawodowych nt. możliwych oznak kryzysu samobójczego oraz udzielania pierwszej pomocy emocjonalnej (przedpsychologicznej), rozwijanie specjalistycznego systemu opieki i wsparcia psychologicznego, psychoterapeutycznego i psychiatrycznego.
3. **Ograniczenie dostępu do metod odebrania sobie życia**, np. identyfikowanie i ograniczanie dostępu do śmiercionośnych środków, takich jak pestycydy, środki farmakologiczne, broń palna, instalowanie barier ochronnych na stacjach kolejowych, mostach, wysokich budynkach, zamieszczanie tabliczek zachęcających do powstrzymania się od działań samobójczych oraz do skorzystania ze wsparcia w miejscach, gdzie doszło do samobójstw lub prób samobójczych.
4. **Odpowiedzialne opisywanie zachowań samobójczych w mediach**, np. unikanie wskazywania metody, miejsca odebrania sobie życia, danych oraz motywów ofiary samobójstwa, a także popularyzowanie telefonów zaufania, instytucji specjalistycznego wsparcia w kryzysie samobójczym.

Rola kuratorów sądowych wykonujących orzeczenia w sprawach karnych w zapobieganiu zachowaniom samobójczym

Działania kuratorów sądowych wykonujących orzeczenia w sprawach karnych są osadzone w przepisach prawnych i realizowane w bezpośrednim kontakcie z osobami, nad którymi sprawują pieczę. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2016 r. w sprawie sposobu i trybu wykonywania czynności przez kuratorów sądowych w sprawach karnych wykonawczych wskazane niżej czynności i zadania kuratorów świadczą o ich mocnej diagnostyczno-pomocowo-wychowawczej roli:

- pomoc w readaptacji społecznej;
- oddziaływania wychowawcze;
- prawo do zaznajamiania się z aktami sprawy karnej i innymi niezbędnymi źródłami informacji o skazanym;
- rozpoznanie i diagnoza sytuacji osobistej, rodzinnej i środowiskowej skazanego;
- ocena i diagnoza problemów, czynników i warunków, które sprzyjają bądź nie sprzyjają resocjalizacji i kontroli okresu próby;
- ocena możliwości i metod rozwiązywania problemów, które nie sprzyjają resocjalizacji i kontroli okresu próby;
- rozpoznanie optymalnej metody kontroli skazanego, oddziaływania na skazanego i dokonanie ich wyboru;
- nawiązanie kontaktu z rodziną i środowiskiem skazanego;
- nawiązanie kontaktu i współdziałanie ze stowarzyszeniami, instytucjami i organizacjami społecznymi zajmującymi się pomocą społeczną, pośrednictwem pracy, leczeniem, oddziaływaniem terapeutycznym wobec skazanego bądź innymi formami działania przydatnymi w rozwiązywaniu problemów, które nie sprzyjają resocjalizacji i kontroli okresu próby;

- nawiązanie kontaktu z pracodawcą skazanego i zasięganie u niego informacji o skazanym;
- sprawozdanie z objęcia dozoru i kolejne sprawozdanie nt. diagnozy osobopoznawczej skazanego i diagnozy środowiskowej, zamierzeń readaptacyjnych, w tym planu pracy ze skazanym, metod prowadzenia dozoru i kontroli zachowania skazanego, a także możliwości ich realizacji i przeszkód, które utrudniają tę realizację;
- ocena potrzeb nałożenia przez sąd obowiązków adekwatnych do sytuacji materialnej, rodzinnej i zdrowotnej skazanego;
- uzyskanie w szczególności od pokrzywdzonego, podmiotów i instytucji lub właściwych urzędów informacji o sposobie realizacji nałożonych na skazanego obowiązków;
- przygotowanie skazanego do życia po zwolnieniu z zakładu karnego w tym przygotowanie środowiska rodzinnego i społecznego do powrotu skazanego;
- rozpoznanie potrzeb skazanego i jego rodziny oraz umiejętności samodzielnego rozwiązywania trudności życiowych skazanego (Dz.U.2024.1455)[1].

Mając na uwadze fakt, że podczas realizacji swoich zadań kuratorzy sądowi mogą się zetknąć z osobami w kryzysie samobójczym, po próbach samobójczych i w żałobie po samobójstwie kogoś bliskiego, a także działania z powyższej listy, nietrudno dostrzec, że wiele z nich daje możliwość realizacji jednej ze strategii profilaktyki zachowań samobójczych wskazywanych przez WHO – Wczesne identyfikowanie i adekwatne wspieranie osób zagrożonych zachowaniami samobójczymi oraz ułatwianie dostępu do profesjonalnej pomocy (strategia 2).

[1] https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20240001455

2

PODSTAWOWE INFORMACJE O ZACHOWANIACH SAMOBÓJCZYCH

Rozpowszechnienie prób samobójczych i samobójstw

Źródła danych

W Polsce istnieją dwa główne źródła danych służące do monitorowania samobójstw i prób samobójczych. Są to:

Dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS)

Stanowią one oficjalne statystyki przyczyn zgonów, w tym z powodu samobójstw, i są prezentowane jako liczby bezwzględne oraz współczynniki na 100 tys. ludzi. Dane te nie obejmują prób samobójczych. Informacje GUS są opracowywane zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) i udostępniane krajowym i międzynarodowym organizacjom, takim jak Eurostat czy WHO, zazwyczaj z blisko rocznym opóźnieniem.

Dane Komendy Głównej Policji (KGP)

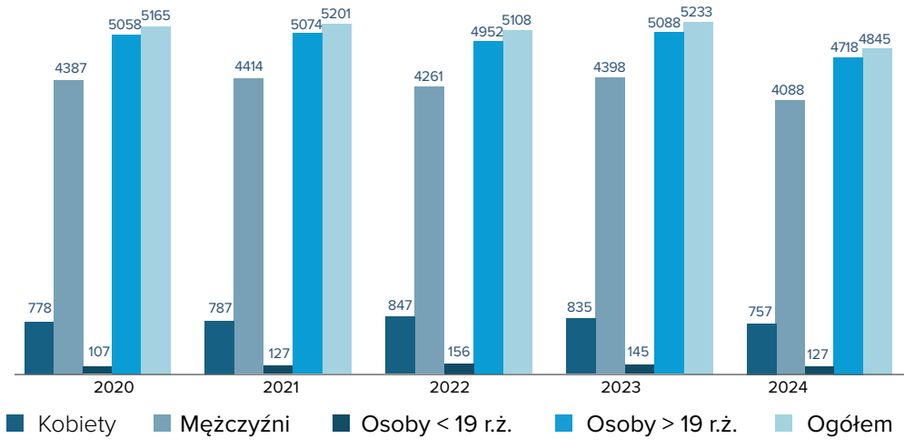
Zbierane są w ramach policyjnego postępowania wyjaśniającego związek zachowania samobójczego z przestępstwem, udostępniane są w liczbach bezwzględnych i dotyczą zarówno prób samobójczych, jak i samobójstw. Są dostępne szybciej, często w czasie rzeczywistym, co pozwala monitorować trendy w zakresie wielu zmiennych, np. metody, miejsca czy motywy zachowań samobójczych.

Należy pamiętać, że – ze względu na odmienny sposób pozyskiwania informacji – ww. źródła mogą pokazywać rozbieżne dane, a ich dokładność jest ograniczona i nie odzwierciedla w pełni rzeczywistej skali rozpowszechnienia zachowań samobójczych w Polsce. Dla przykładu – wg danych KGP w 2024 roku odnotowano blisko 5 tys. samobójstw i ok. 10 tys. prób samobójczych, tymczasem zgodnie z szacunkami WHO prób samobójczych mogło być 10-20 razy więcej niż samobójstw (2019), co oznacza, że liczbę prób samobójczych w Polsce można szacować na poziomie bliskim 100 tys. rocznie.

Dane Komendy Głównej Policji

Każdego roku w Polsce dochodzi do ok. 5 tysięcy samobójstw (KGP, 2025). Statystyki z ostatnich kilku lat pokazują, że każdego dnia w Polsce ok. 13 osób odbiera sobie życie, z czego ok. 11 to mężczyźni.

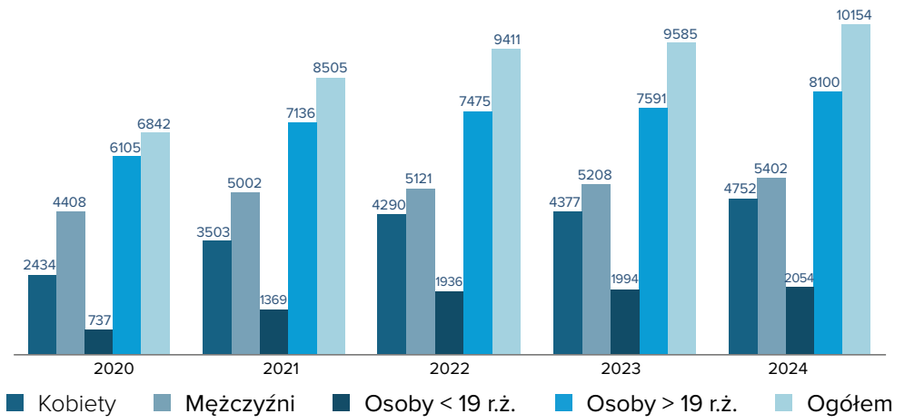
Liczba samobójstw w Polsce u osób do 24 r.ż. w latach 2020-2024



Opracowanie własne na podstawie: KGP, 2025.

Śmierć samobójcza – choć najbardziej dramatyczna – jest zaledwie wierzchołkiem góry lodowej. Problemem o znacznie większej skali są próby samobójcze – w całej populacji Polski w ostatnich latach obserwuje się stopniowy wzrost liczby prób samobójczych odnotowywanych przez KGP.

Liczba prób samobójczych w Polsce u osób do 24 r.ż. w latach 2013-2023



Opracowanie własne na podstawie: KGP, 2025.

Proces zachowań samobójczych

Zachowania samobójcze są zaliczane do grupy bezpośrednich działań autodestrukcyjnych i stanowią niejednorodną, zróżnicowaną kategorię, która obejmuje kilka elementów:

Myśli

Rozmyślania związane z poczuciem braku sensu istnienia, z niechęcią do życia, wyobrażenia o znalezieniu się w śmiertelnie niebezpiecznej sytuacji, rozmyślania o samobójstwie, które mogą występować z różnym nasileniem i częstotliwością.

Plany i tendencje

Rozmyślanie, w jaki sposób odebrać sobie życie, poszukiwanie metody, przygotowywanie środków, wybieranie miejsca, czasu, okoliczności oraz towarzysząca im mniejsza lub większa gotowość do ich realizacji.

Próba samobójcza i samobójstwo dokonane

Samodzielne podjęcie zamierzonego działania zagrażającego życiu, które może być niezakończone (próba samobójcza) lub zakończone (samobójstwo dokonane) śmiercią.

Zachowania samobójcze można rozumieć jako proces zapoczątkowany przez myśli samobójcze, utrzymujący się przez dni, tygodnie, a nawet lata. Proces ten może postępować. W suicydologii istnieją liczne koncepcje, które próbują wyjaśnić pojawianie się i rozwijanie tego procesu. Jedną z nich jest teoria trzech kroków do samobójstwa (ang. The Three-Step Theory – 3ST), autorstwa E. D. Klonsky'ego i A. M. May (2015):

KROK 1

Myśli samobójcze są wynikiem obecnego w życiu bólu (emocjonalnego lub fizycznego) i towarzyszącego mu poczucia beznadziejności.

Źródłem cierpienia mogą być m.in. problemy w środowisku domowym, w pracy, doświadczana przemoc, objawy zaburzeń psychicznych, chorób somatycznych, poczucie inności, wykluczenie, stresujące zdarzenia i wiele innych. Jeśli w czyjejś codzienności obecny jest ból, może on zmniejszyć pragnienie życia. Jeśli jednak będzie mu dodatkowo towarzyszyć przekonanie, że nie ma szansy na poprawę, że nie ma nadziei na lepszą przyszłość, śmierć zaczyna być postrzegana jako wybawienie od trudności, a samobójstwo – jako sposób przerwania cierpienia i odcięcia się od problemów. I tak mogą pojawić się myśli samobójcze.

KROK 2

Eskalacja myśli samobójczych i pojawienie się planów i tendencji wiąże się z utratą poczucia więzi z życiem.

Więzi z życiem tworzą się dzięki relacjom z innymi ludźmi, przyjmowaniu ról rodzinnych, społecznych i zawodowych, wyznawaniu wartości, realizacji zainteresowań, pasji, dzięki marzeniom, planom i celom na przyszłość oraz dzięki temu wszystkiemu, co pomaga zachować sens życia. Przewaga poczucia więzi z życiem nad doświadczanym bólem i beznadzieją może zatrzymać postępowanie procesu zachowań samobójczych. Jeśli jednak ból i poczucie beznadziei zaczną osłabiać lub uniemożliwią realizację działań, które tworzą więzi z życiem, myśli samobójcze zaczną nasilać się, przez co mogą rozwijać się plany i tendencje samobójcze.

KROK 3

Przejście od myśli do działań samobójczych umożliwiają różne czynniki, które mogą osłabić naturalną w ludziach tendencję do unikania bólu, obrażeń oraz chronienia się przed śmiercią.

Wśród nich można wyróżnić trzy grupy: czynniki dyspozycyjne (np. wrodzona mniejsza wrażliwość na ból czy większa impulsywność), czynniki nabyte (np. zwiększona tolerancja wobec bólu fizycznego na skutek ekspozycji na doświadczenia traumatyczne, przemocowe, przewlekły ból związany z chorobami, wcześniejsze samouszkodzenia lub próby samobójcze, większa impulsywność w związku z sięganiem po środki psychoaktywne), czynniki praktyczne (np. dostęp do wiedzy, jak odebrać sobie życie, dostęp do śmiercionośnych środków). Obecność ww. czynników może zwiększyć zdolność do podjęcia próby samobójczej lub odebrania sobie życia, ułatwiać i przyspieszać realizacje tego ostatniego kroku.

Czynniki ryzyka zachowań samobójczych

Zachowania samobójcze nie są efektem działania pojedynczej przyczyny. Ich wystąpienie jest wynikiem wzajemnego oddziaływania wielu różnorodnych czynników, takich jak predyspozycje genetyczne, biologiczne, psychologiczne, a także okoliczności życiowe, czynniki społeczne czy kulturowe. Zagrożenie samobójcze pojawia się, gdy wpływ szkodliwych czynników ryzyka przeważa nad działaniem czynników ochronnych. Czynniki ryzyka to okoliczności życiowe, które oddziałują przez dłuższy lub krótszy czas i mogą budować podatność na pojawienie się procesu zachowań samobójczych, a także dynamizować jego przebieg (Miller, Rathus i Linehan, 2011).

CZYNNIKI RYZYKA ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

DŁUGOTERMINOWE (podatność)	KRÓTKOTERMINOWE (stres)
To warunki i doświadczenia, które utrzymują się przez dłuższy czas i mogą sprawić, że człowiek jest bardziej podatny na pojawienie się problemów ze zdrowiem psychicznym i procesu zachowań samobójczych. Same w sobie zazwyczaj nie są wystarczające, aby doprowadzić do próby samobójczej lub samobójstwa, ale zwiększają ogólne ryzyko.	To sytuacje lub wydarzenia, które pojawiają się bliżej w czasie wystąpienia myśli, planów lub próby, lub śmierci samobójczej. Mogą być jak „ostatnia kropla przepełniająca czarę goryczy", która nasila ból emocjonalny, utrudnia szukanie rozwiązań i zwiększa gotowość do podjęcia śmiertelnych w skutkach działań.
Wcześniejsze próby samobójcze, samouszkodzenia (są najsilniejszym prognostykiem przyszłego samobójstwa).	Silnie stresujące wydarzenia życiowe m.in.: • straty interpersonalne (śmierć, rozwód, separacja, zawód miłosny, konflikty); • utrata lub ograniczenie niezależności (utrata pracy, długi, trudna sytuacja materialna, areszt, konflikty z prawem, objęcie dozorem lub nadzorem
Zaburzenia psychiczne (depresja, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, schizofrenia, anoreksja, szkodliwe używanie i uzależnienia od substancji psychoaktywnych).	

Zaburzenia osobowości (osobowość z pogranicza, dyssocjalna).	kuratorskim, nieplanowane rodzicielstwo); • kryzysy, porażki, wstyd (problemy w pracy, w szkole); • doświadczenie wykluczenia, dyskryminacji, przemocy (fizycznej, psychicznej, seksualnej).
Przewlekłe choroby somatyczne i niepełnosprawność (szczególnie z objawami bólowymi, bezsennością, ograniczające i utrudniające codzienne funkcjonowanie).	
Doświadczanie traumy lub przemocy (negatywne doświadczenia w dzieciństwie, takie jak przemoc, zaniedbanie, obserwowanie przemocy w rodzinie, rozwód rodziców, uzależnienia lub choroby psychiczne bliskich, śmierć rodzica, szczególnie przez samobójstwo).	Pierwsze objawy chorób somatycznych, psychicznych i urazów lub gorsze funkcjonowanie z ich powodu.
Przewlekłe problemy w środowisku rodzinnym: • zaburzenia psychiczne i zachowania samobójcze w rodzinie; • doświadczenie przemocy (fizycznej, psychicznej, seksualnej, zaniedbania); • osłabienie lub brak więzi rodzinnych.	Ekspozycja na zachowania samobójcze ważnych osób (bycie naocznym świadkiem samobójstwa, dowiedzenie się o próbie samobójczej lub samobójstwie kogoś z rodziny, przyjaciół, ważnych osób, np. idola lub autorytetu).
Płeć męska (mężczyźni pięć razy częściej niż kobiety dokonują samobójstw).	Intoksykacja (bycie pod wpływem alkoholu, narkotyków, leków lub innych substancji psychoaktywnych, które mogą zmniejszać lub znosić kontrolę zachowań).
Wiek (najczęściej odbierają sobie życie osoby w wieku średnim, powyżej 35 r.ż., i zaawansowanym).	
Przynależność do mniejszościowej grupy (bycie częścią mniejszości pod względem np. etnicznym, religijnym, psychopłciowym, co może wiązać się z wielokrotnym doświadczaniem dyskryminacji, wykluczenia lub przemocy).	Dostęp do metod (posiadanie łatwego dostępu do środków, które mogą zostać użyte do odebrania sobie życia).

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kielan i Olejniczak, 2018, Miller, Rathus i Linehan, 2011, APA, 2007.

Należy podkreślić, że pojedynczy czynnik ryzyka, nawet bardzo poważny, zazwyczaj nie jest jedyną przyczyną próby samobójczej czy samobójstwa. Zwykle współwystępowanie wielu różnorodnych czynników tworzy realne zagrożenie.

Sygnały zagrożenia samobójczego

Obecność zachowań samobójczych często pozostaje przez dłuższy czas niezauważona przez osoby z najbliższego otoczenia. Chociaż badania wskazują, że ok. 80% osób zamierzających odebrać sobie życie wysyła sygnały (werbalne lub niewerbalne), które zwiastują zagrożenie (Simon i Hales, 2012), są one często na tyle ogólne, że można je przeoczyć lub zinterpretować jako coś mniej poważnego, np. przejściowe pogorszenie samopoczucia, chęć zwrócenia na siebie uwagi, próba sprowokowania lub wymuszenia czegoś. Austriacki suicydolog Erwin Ringel na podstawie rozmów z setkami osób po próbach samobójczych oraz z ich najbliższymi stworzył pojęcie syndromu presuicydalnego – stanu, który poprzedza próbę samobójczą. Jego składowymi są:

Zawężenia

- **sytuacyjne** (przekonanie o znalezieniu się w zagrażającej, niezwykle trudnej i beznadziejnej sytuacji bez szansy na jej poprawę, poczucie osaczenia, bycia w potrzasku, bezradności, braku wpływu),
- **dynamiczne** (dominacja nieprzyjemnych emocji, jak smutek, rozpacz, lęk i postrzeganie życia przez ich pryzmat, co prowadzi do pesymizmu, koncentracji na stratach i porażkach),
- **stosunków międzyludzkich** (zmniejszenie kontaktów, powierzchowność relacji, poczucie osamotnienia, wyobcowania i bycia opuszczonym i nierozumianym),
- **świata wartości** (poczucie bezwartościowości, utrata sensu życia, dewaluacja wcześniej cenionych wartości);

Agresja hamowana i autoagresja

skumulowana frustracja, napięcie i złość, które nie znajdują ujścia na zewnątrz i kierowane są przeciwko sobie;

Fantazje samobójcze

wyobrażenie własnej śmierci przynoszące ulgę, postrzeganie samobójstwa jako korzystnego rozwiązania, rozmyślanie o metodach i szczegółowe planowanie sposobu odebrania sobie życia (Ringel, 1987).

Elementy syndromu presuicydalnego w wypowiedziach i zachowaniach danej osoby należy traktować jako sygnały obecności zagrożenia samobójczego. Dzięki wczesnemu rozpoznaniu takich objawów możliwe stają się działania na rzecz zapobiegania działaniom samobójczym.

Błędne przekonania na temat zachowań samobójczych oraz ich korekta

BŁĘDNE PRZEKONANIE	RZETELNY PRZEKAZ
Ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie odbierają sobie życia.	Około 80% osób, które zamierzają odebrać sobie życie, w werbalny lub niewerbalny sposób sygnalizuje wcześniej swoje zamiary (Simon i Hales, 2012).
Samobójstwo przychodzi bez ostrzeżenia.	Nawet jeśli osoba w kryzysie samobójczym nie komunikuje swojego zamierzenia w sposób werbalny i bezpośredni, zazwyczaj samobójstwo zwiastują pewne typowe symptomy, np. przygnębienie, smutek, brak troski o wygląd zewnętrzny, unikanie kontaktów towarzyskich, pilne regulowanie własnych spraw, rozdawanie cennych przedmiotów.
Rozmowa o samobójstwie może do niego zachęcić.	Umiejętna rozmowa o myślach, planach i próbach samobójczych to szansa na lepsze zrozumienie doświadczanych trudności, uzyskanie informacji mających wpływ na bezpieczeństwo danej osoby oraz udzielenie adekwatnej pomocy. To często pierwszy krok umożliwiający wsparcie osoby w kryzysie. Dzięki empatycznej rozmowie można pokazać cierpiącej jednostce, że nie musi sama zmagać się z problemami.
Samobójstwo popełniają ludzie określonego typu.	Co prawda można wyróżnić grupy podwyższonego ryzyka, jednak problem samobójstwa dotyka ludzi każdego wyznania i przynależności etnicznej, niezależnie od ich sytuacji społeczno-ekonomicznej, wykonywanego zawodu, poziomu wykształcenia czy wieku.

BŁĘDNE PRZEKONANIE	RZETELNY PRZEKAZ
Zachowania samobójcze podejmują wyłącznie osoby chore psychicznie.	Samobójstwo może być spowodowane działaniem różnych czynników. Zaburzenia psychiczne są jednym z nich, ale nie jedynym. Osoby chorujące psychicznie znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka, jednak nie należy przyjmować generalizującej tezy, że zaburzenia psychiczne leżą u podłoża każdego samobójstwa.
Samobójstwa popełniają osoby wrażliwe, np. artyści.	Zachowań samobójczych nie można przypisać do konkretnego zawodu, typu wrażliwości czy zainteresowań.
Osoby, które podejmują próby samobójcze, nie chcą umrzeć. Pragną jedynie manipulować swoim otoczeniem.	Osoba w kryzysie może pragnąć zwrócić uwagę otoczenia na siebie oraz swoje problemy. Nie jest to jednak manipulacja, ale wołanie o pomoc. W ten sposób osoba w kryzysie suicydalnym wyraża wolę życia, potrzebę zmiany dotychczasowych warunków na lepsze.
Osoby, które podejmują próby samobójcze, chcą umrzeć za wszelką cenę.	Naukowcy zajmujący się badaniem zachowań samobójczych, między innymi Erwin Stengel, zwracają uwagę, że większość osób w kryzysie suicydalnym cechuje ambiwalencja – jednoczesne pragnienie życia i śmierci. To pozostawia możliwość pomocy.
Samobójstwo to tchórzostwo lub odwaga.	Samobójstwo to skutek działania wielu czynników ryzyka, dlatego nie należy rozpatrywać go w kategoriach odwagi lub tchórzostwa.
Osoba o skłonnościach samobójczych będzie je mieć już zawsze.	Tendencje samobójcze nie są stałą składową konstruktu psychologicznego danej osoby, ale wypadkową kumulacji negatywnych czynników występujących w tym konkretnym momencie jej życia. W wielu przypadkach skłonności samobójcze mogą mieć charakter sytuacyjny, mijają więc wraz z rozwiązaniem problemu.

BŁĘDNE PRZEKONANIE	RZETELNY PRZEKAZ
Próby samobójcze rzadko bywają ponawiane.	Osoby, które podjęły w swoim życiu próbę samobójczą, są w grupie podwyższonego ryzyka suicydalnego. Badania pokazują, że ok. 40% osób po próbie samobójczej podejmuje ją po raz kolejny w pierwszych 12-14 miesięcach, a u co trzeciej ofiary samobójstwa były obecne wcześniejsze próby samobójcze (WHO 2019, Gmitrowicz, Baran, Kropiwnicki, 2017).
Skłonności do zachowań samobójczych można odziedziczyć.	To prawda, że osoby, które doświadczyły samobójstwa kogoś ze swojego najbliższego otoczenia znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka. Wiąże się to jednak m.in. z traumatycznymi doświadczeniami i ich negatywnymi następstwami, jak zespół stresu pourazowego, stygmatyzacja, kryzys psychiczny powstający po śmierci samobójczej bliskiej osoby. Dziedziczyć genetycznie można natomiast skłonności do pewnych zaburzeń psychicznych, w których ryzyko podjęcia zachowań samobójczych jest większe.
Przyczyną samobójstwa jest jeden konkretny powód.	Samobójstwo nigdy nie jest wynikiem jednej przyczyny. Powody, dla których ktoś chce odebrać sobie życie, nawarstwiają się i wzajemnie na siebie wpływają, a wtedy każdy element ma znaczenie.
Samobójstwom nie można zapobiec.	Szybkie dostrzeżenie zagrożenia związanego z głębokim kryzysem psychicznym oraz adekwatna na nie reakcja może zapobiec nieszczęściu. Samobójstwo nie jest i nie musi być nieuniknione.

Źródło: Rekomendacje dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych (wersja rozszerzona). Zadanie zrealizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 finansowane przez Ministra Zdrowia).

3

INTERWENCJE NA RZECZ OSÓB ZAGROŻONYCH ZACHOWANIAMI SAMOBÓJCZYMI

Cele i etapy pierwszej pomocy emocjonalnej

Nie da się nikogo przekonać do tego, żeby chciał żyć, ani zmusić do dalszego życia. Nie pomoże mówienie, że świat jest piękny, ani tłumaczenie, że samobójstwo jest złe, niemoralne, głupie. Najważniejszym celem interwencji na rzecz osób zagrożonych zachowaniami samobójczymi jest pomoc, aby taka osoba bezpiecznie przetrwała trudny okres, odnalazła konstruktywne sposoby poradzenia sobie z problemami i z czasem odzyskała siły do dalszego życia. Bywa, że to długi proces, podczas którego niezbędna jest asysta specjalistów, m.in. psychologa, psychoterapeuty, psychiatry. Zwykle jednak początkiem tego procesu jest **pierwsza pomoc emocjonalna (przedpsychologiczna)**, czyli działania, które mogą podjąć osoby z najbliższego otoczenia, niezajmujące się specjalistycznym wsparciem – rodzina, przyjaciele, znajomi, ale także kuratorzy sądowi, pracownicy socjalni, urzędnicy – w odpowiedzi na choćby najmniejsze podejrzenie obecności zagrożenia samobójczego. Podobnie jak pierwsza pomoc przedmedyczna, również i pierwsza pomoc emocjonalna nie jest formą diagnozy czy specjalistycznej terapii. Pozwala jednak lepiej zrozumieć przeżywane trudności i perspektywę doświadczeń osoby w kryzysie, zorientować się w powadze potencjalnego zagrożenia samobójczego, zidentyfikować zasoby i źródła wsparcia oraz wybrać i zacząć wdrażać najbardziej adekwatne formy niezbędnej pomocy.

Pierwszą pomoc emocjonalną tworzą trzy ważne etapy:

1 Zauważenie

Pozwala zidentyfikować osoby potrzebujące wsparcia i motywuje do realizacji kolejnych kroków działań pomocowych.

2 Porozmawianie

Daje szansę zidentyfikować okoliczności, jakie wzbudziły kryzysowy stan, sprawdzić, jak wpływają na daną osobę i jak próbuje ona radzić sobie z tym, co trudne. Pomaga również zawiązać sojusz w obliczu problemów.

3 Działanie

Pozwala wspólnie szukać możliwych do realizacji samodzielnych aktywności i rozwiązań, które mogą pomóc poradzić sobie z aktualnymi trudnościami. Daje także możliwość – jeśli jest taka potrzeba – zaangażowania innych osób do pomocy.

Warto podkreślić, że pierwszej pomocy emocjonalnej powinny towarzyszyć: empatyczna postawa, spokój i opanowanie, szczególnie kiedy pojawiają się wrogie zachowania, zaangażowanie w podejmowane interwencje, cierpliwość w oczekiwaniu na ich efekty i wiara, że wszystko w życiu przemija – również gorsze chwile i kryzysy.

Postępowanie wobec osoby w kryzysie samobójczym, po próbie samobójczej i w żałobie po śmierci samobójczej

ZAUWAŻ

Rozpoczęcie działań pomocowych w pierwszej kolejności wymaga zauważenia, że drugi człowiek może doświadczać kryzysu. Do realizacji ścieżki pierwszej pomocy emocjonalnej powinna motywować przede wszystkim:

Obserwacja narastających, niepokojących i niepożądanych zmian w zachowaniu

Praktycy i badacze wskazują na szereg zmian w zachowaniu, które mogą sygnalizować zagrożenie samobójcze. Należą do nich:

- długotrwałe przygnębienie, utrata spontaniczności;
- zwiększona impulsywność, frustracja, wybuchy złości lub konflikty, nagła agresja lub autoagresja;
- unikanie rozmów i spotkań, wycofywanie się z kontaktu z rodziną, przyjaciółmi i innymi ludźmi;
- utrata zainteresowania dotychczasowymi zajęciami i sprawami, które do tej pory były ważne;
- sięganie po substancje psychoaktywne lub zwiększenie ich używania;
- wyraźne zmiany sposobu odżywiania się (szczególnie odmowa jedzenia) lub snu (bezsenność, trudności z rozbudzeniem się rano), odmowa przyjmowania lekarstw i stosowania się do zaleceń specjalistów;
- trudności z mobilizacją, zachowania świadczące o zmęczeniu i niemocy, brak dbałości o siebie, swój wygląd i higienę;
- tendencje do umniejszania własnej wartości i samooskarżania, poczucie winy, czy też bycia złym człowiekiem lub ciężarem dla innych;

- poczucie bezradności, bezsilności, braku wyjścia z sytuacji oraz osamotnienia i odrzucenia w obliczu problemów;
- wypowiadanie komunikatów wprost lub nie wprost o beznadziejności lub bezsensie życia, o śmierci, myślach i planach samobójczych;
- zamieszczanie zdjęć, filmików, opisów dotyczących autodestrukcji w wiadomościach, na komunikatorach internetowych i portalach społecznościowych itp.;
- poszukiwanie informacji, w jaki sposób odebrać sobie życie;
- gromadzenie leków, przedmiotów i narzędzi potrzebnych do odebrania sobie życia;
- pożegnania, przygotowywanie listów lub nagrań pożegnalnych, sporządzanie testamentu, porządkowanie i „domykanie" różnych spraw (Jobes, 2019, WHO, 2019).

Wiedza o przeżytym urazie lub bardzo obciążającej sytuacji

Dowiedzenie się np. o podjętej niedawno próbie samobójczej, śmierci bliskiej osoby (szczególnie żałoba po samobójstwie), bezpośrednim udziale w traumatycznym zdarzeniu (szczególnie bycie naocznym świadkiem próby samobójczej lub samobójstwa) itp.

Warto mieć świadomość, że:

- Osoby po próbie samobójczej należą do grupy podwyższonego ryzyka suicydalnego, ponieważ próba samobójcza jest uznawana za główny, niezależny czynnik ryzyka samobójstwa – ok. 40% osób ponawia ją w okresie pierwszych 12-14 miesięcy od ostatniego takiego zdarzenia (największe niebezpieczeństwo dotyczy trzech pierwszych miesięcy) (WHO 2019, Gmitrowicz, Baran, Kropiwnicki, 2017).

- Osoby doświadczające samobójstwa kogoś bliskiego są bardziej narażone na zachowania samobójcze, problemy związane ze zdrowiem psychicznym, np. na depresję, zaburzenia lękowe, zespół stresu pourazowego, nadużywanie substancji psychoaktywnych, skomplikowany i przedłużający się w czasie przebieg żałoby, upośledzenie funkcjonowania społecznego (Erlangsen i in., 2017, Bellini i in., 2018, Tal i in., 2017).

Każde spostrzeżenie sytuacji odbiegającej od normy należy traktować jako potencjalny sygnał zagrożenia samobójczego i nie wolno go bagatelizować. Bezpieczniej jest zakładać, że przeżyty uraz lub trudna sytuacja życiowa może zwiększać zagrożenie samobójcze w najbliższym czasie. Kluczowe jest, aby nie być biernym i obojętnym wobec zaobserwowanych zmian.

POROZMAWIAJ

W trakcie kontaktu należy zachęcić osobę do otwartego mówienia o trudnościach. Ważne jest, aby wysłuchać, okazać zainteresowanie, spokój, życzliwość, cierpliwość oraz chęć zrozumienia. Na tym etapie należy wystrzegać się pocieszania, odwracania uwagi, dyskutowania, kto wie lepiej, dawania rad i przekonywania do innego sposobu myślenia o trudnościach. Takie próby poprawiania nastroju na siłę, pełne optymizmu komentarze lub gotowe plany zaradcze – choć wypowiedziane z najlepszymi intencjami – mogą zostać odebrane jako dowód kompletnego braku zrozumienia lub lekceważenia. Lepiej skupić się na zadawaniu dodatkowych pytań, na proszeniu o podanie przykładów, na prostych podsumowaniach wypowiedzi, wreszcie na odzwierciedlaniu emocji współrozmówcy. Wśród koniecznych pytań powinny znaleźć się takie, które będą dotyczyć sposobów radzenia sobie z przeżywanymi trudnościami, a także odnoszące się wprost do myśli, planów, tendencji i wcześniejszych prób samobójczych. Pytania o zachowania samobójcze należy zadawać w atmosferze wsparcia, bez moralizowania i osądzania. Dzięki nim można sprawdzić, na ile dana osoba jest bezpieczna dla samej siebie i czy pojawia się zasadność natychmiastowych interwencji ze wsparciem służb ratownictwa medycznego lub policji.

Warto mieć świadomość, że:

- Pytania poruszające wprost temat zachowań samobójczych nie zwiększają zagrożenia. Osoby z myślami, planami, tendencjami i doświadczeniem wcześniejszych prób samobójczych często potrzebują o nich otwarcie porozmawiać. W ten sposób doświadczają ulgi, bo zmniejsza się ciężar „noszenia" w osamotnieniu przykrej tajemnicy. Otwarte pytania stwarzają możliwość usłyszenia szczerych odpowiedzi lub dają szansę zorientowania się, gdy ktoś próbuje udzielić nieprawdziwych informacji.
- Choć za formalną ocenę ryzyka samobójczego odpowiada lekarz psychiatra, to również będąc kuratorem sądowym wykonującym orzeczenia w sprawach karnych, udzielającym pierwszej pomocy emocjonalnej, należy dokonać wstępnej i uproszczonej weryfikacji zagrożenia suicydalnego, aby zareagować adekwatnie do potrzeb sytuacji.

W podsumowaniu tej części rozmowy należy podziękować za uzyskane informacje. Dobrze jest również utwierdzić osobę w kryzysie w przekonaniu, że podzielenie się trudnościami jest ważnym elementem radzenia sobie i dowodem jej siły, a nie słabości.

DZIAŁAJ

Na tym etapie poprzez pytania, ale także sugestie i podpowiedzi należy zachęcić osobę do szukania rozwiązań i możliwości poradzenia sobie z trudnościami. Pomocne może być też wspólne zaplanowanie małych, realnych w danej chwili działań na rzecz poprawy nastroju. Należy również poinformować o możliwości uzyskania specjalistycznej pomocy, m.in. psychologicznej, psychoterapeutycznej, psychiatrycznej, podając wcześniej wynotowane dane kontaktowe.

Kuratorzy sądowi wykonujący orzeczenia w sprawach karnych nie są odpowiedzialni za prowadzenie specjalistycznego wsparcia. Warto jednak, aby znali odpowiednie podmioty, instytucje i organizacje, w których można otrzymać konieczną pomoc. Wśród nich znajdują się:

- poradnie zdrowia psychicznego (dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży);
- ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży;
- centra zdrowia psychicznego (dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży);
- ośrodki interwencji kryzysowej;
- ośrodki pomocy społecznej;
- powiatowe centra pomocy rodzinie;
- poradnie psychologiczno-pedagogiczne;
- szpitale lub oddziały psychiatryczne;
- organizacje pozarządowe, których cele statutowe dotyczą ochrony zdrowia psychicznego.

Dokładne adresy i numery telefonów takich instytucji i miejsc można znaleźć m.in. na:

- https://zwjr.pl/bezplatne-miejsca-pomocowe
- https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/informacje-o-pozostalych-swiadczeniach/
- https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/

Często zdarza się, że jednorazowe przekazanie namiarów na miejsca specjalistycznego wsparcia w kryzysie nie jest wystarczające, aby potrzebująca osoba sięgnęła po nie od razu. Dlatego przy kolejnym kontakcie warto monitorować realizację wspólnych ustaleń (w szczególności korzystanie ze specjalistycznej pomocy) i – w razie potrzeby – nie ustawać w dalszym wzbudzaniu motywacji w tej sprawie.

W sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia należy ograniczyć dostęp do środków, które mogą być wykorzystane podczas próby samobójczej, i niezwłocznie zadzwonić pod numer alarmowy 112, aby wezwać pomoc.

Konieczność wezwania pomocy za pośrednictwem numeru alarmowego 112 jest szczególnie uzasadniona w przypadku:

- próby samobójczej – również udaremnionej (bez jakichkolwiek szkód fizycznych), jak też przerwanej;
- deklaracji o zamiarze podjęcia próby samobójczej i oddalenia się w niewiadomym kierunku;
- zidentyfikowania dużego nasilenia i natrętności myśli samobójczych, obecności szczegółowego planu samobójczego i silnych tendencji do jego realizacji (osoba deklaruje, że często myśli o odebraniu sobie życia, chce się zabić i przygotowała środki, wybrała czas i miejsce do popełnienia samobójstwa) lub niedawnej próby samobójczej bez działań pomocowych (deklaruje, że często myśli o odebraniu sobie życia i podjęła próbę samobójczą w ostatnich trzech miesiącach, nikomu tego nie zgłaszając);
- zidentyfikowania dużego nasilenia myśli samobójczych i towarzyszących im nasilonych objawów kryzysu psychicznego lub zaburzeń psychicznych (osoba deklaruje, że często myśli o odebraniu sobie życia, ma poczucie braku wpływu i bezwyjściowości, beznadziejności, osamotnienia, a dodatkowo w jej zachowaniu obecne jest pobudzenie emocjonalne, impulsywność, osłabienie kontroli impulsów m.in. poprzez przyjmowanie środków psychoaktywnych);

- dokonania samouszkodzeń związanych z utratą przytomności, poważnym naruszeniem tkanek i wymagających pilnych interwencji medycznych, np. zatamowania krwi, założenia szwów;
- dokonania samouszkodzeń obejmujących oczy, twarz, piersi, podbrzusze, genitalia (APA, 2007, Młodożeniec, 2008; Walsh, 2014, Łuba, 2021).

W realizacji tych działań może pojawić się mnóstwo dylematów, wątpliwości i przeszkód. W zetknięciu z nimi warto odnaleźć w sobie gotowość, aby skonsultować swoje działania ze specjalistami.

Konsultacja w sprawie podjętych działań na ścieżce pierwszej pomocy emocjonalnej jest możliwa:

- poprzez kontakt telefoniczny, np. **800 70 22 22** lub **116 123**;
- poprzez kontakt e-mail lub czat, np.
  https://zwjr.pl/napisz-do-specjalisty,
  https://centrumwsparcia.pl/kontakt/,
  https://116sos.pl/otrzymaj-pomoc/formularz.

Standardy postępowania dla kuratorów sądowych wykonujących orzeczenia w sprawach karnych

dotyczące kontaktu z osobami w kryzysie samobójczym, po próbie samobójczej i w żałobie po śmierci samobójczej (wersja skrócona)

Jako kurator sądowy możesz w ramach swoich codziennych obowiązków zetknąć się z osobami w kryzysie samobójczym, po próbach samobójczych i w żałobie po śmierci samobójczej kogoś bliskiego. To sprawia, że masz wyjątkową możliwość i, co ważne, narzędzia do wspierania osób znajdujących się w niezwykle trudnych okolicznościach. Poniższe standardy, opierające się na uznanych strategiach profilaktyki zachowań samobójczych wskazywanych przez Światową Organizację Zdrowia, dają ci wskazówki, jak wcześnie identyfikować osoby zagrożone zachowaniami samobójczymi i adekwatnie je wspierać, ułatwiając im dostęp do profesjonalnej pomocy.

ZAUWAŻ

- **ZWRÓĆ** uwagę na niepokojące, niepożądane, narastające zmiany w zachowaniu.
- **UWZGLĘDNIJ** wiedzę o przeżytym urazie, bardzo obciążającej sytuacji lub trudnej sytuacji życiowej.
- **MIEJ** świadomość, że podjęta niedawno próba samobójcza lub żałoba po samobójstwie bliskiej osoby mogą zwiększyć zagrożenie suicydalne.
- **POTRAKTUJ** swoje spostrzeżenia jako potencjalny sygnał zagrożenia samobójczego.
- **NIE BAGATELIZUJ** swoich spostrzeżeń.
- **NIE ZAKŁADAJ**, że przeżyty uraz lub trudna sytuacja pozostaje bez wpływu na zagrożenie samobójcze.
- **NIE BĄDŹ** bierny i obojętny.

POROZMAWIAJ

- **ZACHĘĆ** do rozmowy o trudnościach, szczerze dzieląc się swoimi spostrzeżeniami i znaczeniem, jakie im nadajesz.
- **WYSŁUCHAJ**, okazując zainteresowanie, spokój, życzliwość, cierpliwość oraz chęć zrozumienia.
- **UŁATWIAJ** rozmowę, zadając proste pytania pogłębiające wiedzę o problemach, prosząc o przykłady.
- W empatyczny sposób **ODZWIERCIEDLAJ** oraz **UPRAWOMOCNIAJ** emocje i odczucia swojego współrozmówcy.
- **ZAPYTAJ** o sposoby radzenia sobie z przeżywanymi trudnościami, zwracając szczególną uwagę na autodestrukcyjne metody.
- **ZAPYTAJ** wprost o myśli, plany, tendencje i wcześniejsze próby samobójcze.
- **PODZIĘKUJ** za odpowiedzi na pytania i uzyskane informacje.
- **UTWIERDŹ** w przekonaniu, że podzielenie się trudnościami to ważny element radzenia sobie i dowód siły, a nie słabości.

- **NIE POCIESZAJ** na siłę.
- **NIE ZMIENIAJ** tematu rozmowy, aby odwrócić uwagę od przeżywanych trudności.
- **NIE PONAGLAJ** podczas rozmowy.
- **NIE ZAPRZECZAJ** powadze zgłaszanych problemów i samobójczych komunikatów.
- **NIE KRYTYKUJ** zachowań, wyborów, decyzji i **NIE POUCZAJ** o ich możliwych negatywnych następstwach.
- **NIE UDZIELAJ** rad, dopóki nie pogłębisz swojej wiedzy o problemach.
- **NIE PRÓBUJ** przekonywać do natychmiastowej rezygnacji z autodestrukcyjnych myśli, planów lub działań.

DZIAŁAJ

- **ZACHĘĆ** do szukania rozwiązań i możliwości poradzenia sobie z trudnościami.
- **POMÓŻ** zaplanować małe, realne w danej chwili działania na rzecz poprawy nastroju i poradzenia sobie z problemami.
- **POINFORMUJ** o możliwości uzyskania specjalistycznej pomocy, podając dane kontaktowe i zachęcając do skorzystania z niej jak najszybciej.
- **WERYFIKUJ** realizację wspólnych ustaleń (w szczególności korzystanie ze specjalistycznej pomocy) i – w razie potrzeby – dalej **MOTYWUJ** w tej sprawie.
- Jeśli masz wątpliwości, co zrobić, **SKONSULTUJ** swoje działania ze specjalistami, dzwoniąc pod numery telefonów pomocowych (np. **800 70 22 22**, **116 123**) lub pisząc (zwjr.pl/napisz-do-specjalisty, centrumwsparcia.pl/kontakt/, 116sos.pl/otrzymaj-pomoc/formularz).
- W przypadku bezpośredniego zagrożenia życia **OGRANICZ** dostęp do środków, które mogą być wykorzystane podczas próby samobójczej, i **ZADZWOŃ** pod numer alarmowy **112**, aby wezwać pomoc.

- **NIE POZOSTAWIAJ** bez pomocy.
- **NIE OCZEKUJ** natychmiastowej poprawy.
- **NIE DAJ SIĘ ZWIEŚĆ**, że zagrożenie samobójcze minęło dzięki jednej rozmowie.
- **NIE OBIECUJ** absolutnej dyskrecji.
- **NIE DZIAŁAJ** w pojedynkę.
- **NIE ZWLEKAJ** z potrzebnymi interwencjami.

Pamiętaj, że choć często będziesz rozpoczynać działania pomocowe, nie działasz w pojedynkę, a Twoje zaangażowanie i świadoma postawa mogą uratować życie!

4

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association (2007). Ocena ryzyka i leczenie osób zagrożonych samobójstwem. Krótkie wytyczne postępowania. Suicydologia, 3, 40-48.
2. Bellini, S., Erbuto, D., Andriessen, K., Milelli, M., Innamorati, M., Lester, D., Sampogna, G., Fiorillo, A., Pompili, M. (2018). Depression, Hopelessness, and Complicated Grief in Survivors of Suicide. Frontiers in psychology, 9, 198. Uzyskano w maju 2025 r. z: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00198.
3. Erlangsen, A., Runeson, B., Bolton, J. M., Wilcox, H. C., Forman, J. L., Krogh, J., Shear, M. K., Nordentoft, M., Conwell, Y. (2017). Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes: A longitudinal and nationwide register-based study. JAMA Psychiatry, 74(5), 456-464. Uzyskano w maju 2025 r. z: https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0226.
4. Gmitrowicz, A., Baran, A., Kropiwnicki, P. (2017). Problem monitorowania prób samobójczych i samouszkodzeń w Polsce w kontekście zaleceń WHO. „Suicydologia", 9, 23-32.
5. Jobes, D. A. (2019). Terapia pacjenta z ryzykiem samobójczym. Metoda oparta na współpracy. Przeł. M. Zagrodzki. Kraków: WUJ.
6. Kielan, A., Olejniczak, D. (2018). Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, Vol. 17, Nr 3, 9-26. Uzyskano w maju 2025 r. z: https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/680.
7. Klonsky, E. D., May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted In the "Ideation-to-Action" Framework. International Journal of Cognitive Therapy, 8(2), 114-129.
8. Komenda Główna Policji. Zamachy samobójcze zakończone zgonem. 2025. Uzyskano w maju 2025 r. z: https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html.
9. Łuba, M. (2021). Interwencje w kryzysie zagrożenia życia. W: Kluczyńska, S., Czabała, J. C. (red.), Interwencja kryzysowa. Wybrane zagadnienia (s. 55-76). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
10. Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M. (2011). Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi. Przeł. M. Kapera. Kraków: WUJ.
11. Młodożeniec, A. (2008). Ocena klinicznych czynników ryzyka samobójstwa. Suicydologia, t. 4, 20-28.
12. Ringel, E. (1987). Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie. Przeł. E. Kaźmierczak. Warszawa: Glob.
13. Simon, R. I., Hales, R. E. (2012). The American Psychiatric publishing textbook of suicide assessment and management. American Psychiatric Publishing, Washington.
14. Tal, I., Mauro, C., Reynolds, C. F., 3rd, Shear, M. K., Simon, N., Lebowitz, B., Skritskaya, N., Wang, Y., Qiu, X., Iglewicz, A., Glorioso, D., Avanzino, J., Wetherell, J. L., Karp, J. F., Robinaugh, D., Zisook, S. (2017). Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death. Death studies, 41(5), 267–275. Uzyskano w maju 2025 r. z: https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1265028.
15. Walsh, B. W. (2014). Terapia samouszkodzeń. Przeł. M. Kapera. Kraków: WUJ.
16. World Health Organization. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. 2021. Uzyskano w czerwcu 2025 r. z: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-UCN-MHE-22.02.
17. World Health Organization. Suicide. Key facts. 2019. Uzyskano w maju 2025 r. z: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide.

5

OGÓLNOPOLSKIE TELEFONY I STRONY POMOCOWE

(dostępność na dzień 30.06.2025 r.)

- **Kryzysowy Telefon Zaufania**
  tel. **116 123**, https://116sos.pl/
  Bezpłatny, całodobowy i działający codziennie telefon i czat przeznaczony dla osób dorosłych doświadczających trudności.

- **Centrum Wsparcia dla Osób Dorosłych w Kryzysie Psychicznym** –
  tel. **800 70 22 22**, https://centrumwsparcia.pl/
  Bezpłatny, całodobowy i działający codziennie telefon i czat przeznaczony dla osób dorosłych.

- **Platforma edukacyjno-pomocowa „Życie warte jest rozmowy”**
  https://zwjr.pl/
  Bezpłatne konsultacje suicydologiczne dla szkół, rodziców, osób w żałobie po śmierci samobójczej, osób w kryzysie samobójczym.

- **Wsparcie dla osób po stracie bliskich (będących w żałobie)**
  tel. **800 108 108**, https://naglesami.org.pl/
  Bezpłatny telefon dla osób, które mierzą się ze śmiercią lub stratą kogoś bliskiego, działający od poniedziałku do piątku w godz. 14:00-20:00.

- **Niebieska Linia**
  tel. **800 120 002**, www.niebieskalinia.org
  Bezpłatny i anonimowy telefon wsparcia dla ofiar i świadków przemocy w rodzinie, działający całą dobę.

- **Uzależnienia – poradnia on-line**
  Tel. **800 199 990**, https://poradniauzaleznienia.pl/
  Bezpłatne i anonimowe porady specjalistów od uzależnień (alkoholu, narkotyków, lekarstw) przez e-mail lub czat.

- **Poradnia internetowa Uzależnienia behawioralne**
  Tel. **801 889 880**, https://uzaleznieniabehawioralne.pl/
  Bezpłatne porady psychologa, psychoterapeuty uzależnień lub prawnika, dostępne codziennie w godzinach 17:00-20:00.