

**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**

**Review of health and risk-behaviours, mental health problems
and suicidal behaviours in young Europeans on the basis
of the results from the EU-funded Saving and Empowering
Young Lives in Europe (SEYLE) study**

Danuta Wasserman

Narodowe Centrum Badania Samobójstw i Zapobiegania Chorobom Psychicznym (NASP)
Instytut Karolinska, Sztokholm, Szwecja

Summary

An estimated 800 000 suicide deaths occur worldwide. The global suicide rate is 11.4 per 100 000 population; 15.0/100 000 for males and 8.0/100 000 for females. Globally, suicide is the second leading cause of death in 15–29 year olds. In a collaborative effort to reduce the high rates of suicide and mental health problems among youth across Europe, the European Union 7th Framework funded the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) project. SEYLE is a randomized controlled trial (RCT) aimed to promote mental health and healthy lifestyles, while preventing psychopathology and suicidal behaviours among adolescents. The epidemiological data on 11,110 pupils in the age group 14–16 years, with a mean age of 14.8 years (SD ± 0.8), who were recruited from 168 schools across 10 European Union countries: Austria, Estonia, France, Germany, Hungary, Ireland, Italy, Romania, Slovenia and Spain, with Sweden as the coordinating centre showed the following prevalences: alcohol use (13.4%), smoking (30.9%), physical inactivity (32.8%), pathological Internet use (4.4%) and sleeping on average 7.7 hours per night. In terms of reproductive health, the prevalence of sexual debut was 18.8% for the total sample. Pupils aged ≥16 years had a higher prevalence (38%) of sexual debut compared to those aged ≤15 years (13.2%). Males had a higher prevalence (21.3%) than females (16.9%). Three clusters of adolescents were identified: 57.8% with low frequency of all risk-behaviours; 13.2% with high frequency of all risk behaviours; and 29% so-called ‘invisible’ risk group, which did not show any striking externalised risk-behaviours, but scored positive for high use of Internet/TV/videogames, sedentary behaviour

and reduced sleep. When comparing pupils in the “invisible” risk group with those in the high-risk group, similar prevalence rates of anxiety (8% vs. 9.2%), subthreshold depression (33.2% vs. 34%), depression (13.4% vs. 14.7%) and suicidal thoughts (42.2% vs. 44%) were observed. Pupils meeting the criteria of depression and subthreshold depression were 10.5% and 32%, respectively. Prevalence rates for anxiety and subthreshold anxiety was 5.8% and 29.2%, respectively. Lifetime prevalence of deliberate self-injurious behaviours (D-SIB) was 27.6%, with higher rates reported for occasional D-SIB (19.7%) compared to repetitive D-SIB (7.8%). Suicidal ideation was present in approximately one third of the sample (32.3%). More than four percent (4.2%) of the sample reported attempting suicide during their lifetime, with a significantly higher prevalence among girls (5.1% vs. 3.0%, $p < 0.05$). In comparing the effectiveness of the three active SEYLE interventions, based on three specific preventive strategies directed towards teachers and school staff, professionals and pupils in comparison to a control group, the intervention empowering pupils, called the Youth Aware of Mental Health (YAM) showed significant results in preventing new cases of suicide attempts, severe suicidal ideation with plans and depression. More than a 50% reduction of incident cases of suicide attempts (OR: 0.45 [0.24 – 0.85]; $p = 0.014$), and of incident cases of severe suicidal ideation and plans (OR: 0.50 [0.27 – 0.92]; $p = 0.025$), as well as a significant reduction by 30% of incident cases with moderate to severe depression (OR: 0.71 [0.52– 0.97]; $p = 0.031$) was observed.

Słowa kluczowe: SEYLE, zachowania ryzykowne, próby samobójcze

Key words: SEYLE, risk-behaviours, suicide attempts

Wstęp

Miałam przyjemność uczestniczyć w 45. Spotkaniu Psychiatrów Polskich organizowanym w dniach 16–18 czerwca 2016 r. w Katowicach, w bardzo nowoczesnym centrum konferencyjnym. Temat konferencji to: „Jednostka, rodzina i zdrowie psychiczne”. Mój wykład inauguracyjny został zaplanowany między świetnymi występami starej orkiestry górniczej w tradycyjnych odświętnych strojach (składających się z czarnego garnituru i kapelusza z białym, czerwonym lub czarnym piórkiem, w zależności od rangi górnika) i spektakularnym występem sławnego Zespołu Pieśni i Tańca „Śląsk”. Muzyka i tańce były pełne energii i radości oraz prezentowane z wigorem i nadzieją, które są ważnymi wartościami u młodych dorastających ludzi, pozwalającymi zbudować fundament na przyszłość.

Samobójstwo – priorytet dla Światowej Organizacji Zdrowia

Szacuje się, że na świecie co roku dochodzi do 800 000 zgonów w wyniku samobójstwa. Średnia liczba samobójstw wynosi 11,4 na 100 000 osób (15/100 000 w przypadku mężczyzn i 8/100 000 w przypadku kobiet). Biorąc pod uwagę cały świat, samobójstwo jest drugą najczęstszą przyczyną śmierci osób w wieku 15–29 lat. Najwięcej samobójstw w niemal wszystkich rejonach świata notuje się u osób w wieku 70 lat i więcej, zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Na każdego dorosłego ponoszącego śmierć w wyniku samobójstwa przypada ponad 20 innych, którzy mają za sobą próbę samobójczą [1].

Badanie SEYLE

Mój wykład miał na celu podsumowanie wyników projektu SEYLE sfinansowanego przez 7. Program Ramowy Unii Europejskiej kwotą 3 milionów euro, którym kierowałam jako główny badacz (principal investigator). Wyniki projektu SEYLE dotyczące zachowań zdrowotnych i ryzykownych, a także program działań zapobiegawczych o nazwie Youth Aware of Mental Health (YAM), były zgodne z tematem konferencji, jako że zdrowie nastolatków wpływa na samopoczucie całej rodziny i vice versa.

SEYLE to randomizowana kontrolowana próba kliniczna (Randomized Controlled Trial – RCT), której celem jest promowanie stylu życia pozwalającego poprawić stan zdrowia psychicznego, a jednocześnie zapobieganie psychopatologii i zachowaniom samobójczym wśród osób w wieku dojrzewania. Badanie objęło 11 110 uczniów w grupie wiekowej 14–16 lat, przy średniej wieku 14,8 roku (odch. stand. \pm 0,8), którzy pochodzili ze 168 szkół w 10 krajach Unii Europejskiej: Austrii, Estonii, Francji, Niemiec, Węgier, Irlandii, Włoch, Rumunii, Słowenii i Hiszpanii, ze Szwecją w roli centrum koordynującego. W niektórych badaniach wziął również udział Izrael, w wyniku czego liczba uczniów zwiększyła się do około 12 000 (rys. 1). Poza zbieraniem danych epidemiologicznych przeprowadzono również badanie skuteczności i wydajności trzech aktywnych interwencji opartych na trzech określonych strategiach zapobiegania skierowanych do nauczycieli i personelu szkolnego, osób pracujących zawodowo i uczniów w porównaniu z grupą kontrolną [2, 3].



Rys. 1. Konsorcjum projektu SEYLE

Zachowania zdrowotne i ryzykowne

W projekcie SEYLE zbierano dane dotyczące zachowań zdrowotnych i ryzykownych, zdrowia psychicznego oraz samobójstw. W odniesieniu do czynników stojących za zachowaniami zdrowotnymi i ryzykownymi sprawdzano kwestie takie jak sen, waga, aktywność fizyczna, korzystanie z internetu/telewizji/gier wideo, używanie alkoholu, używanie narkotyków, palenie i wagarowanie. W utajonej analizie klasy Carli i wsp. [4] zidentyfikowała trzy klastera w próbie nastolatków: wykazujących niską częstotliwość wszystkich ryzykownych zachowań (57,8%), wykazujących wysoką częstotliwość wszystkich ryzykownych zachowań (13,2%) oraz tzw. grupę niewidzialną (29%), która wykazuje dużą skłonność do nadużywania internetu/telewizji/gier wideo z przyczyn niezwiązanych ze szkołą, prowadzenia siedzącego trybu życia i niedosypiania.

Przy porównywaniu uczniów z grupy niewidzialnej z tymi z grupy wysokiego ryzyka zaobserwowano podobny stopień występowania takich objawów jak niepokój (8% vs 9,2%), depresja podprogowa (33,2% vs 34%), depresja (13,4% vs 14,7%) i myśli samobójcze (42,2% vs 44%). Wyniki wykazały również, że w grupie niskiego ryzyka zanotowano 1,7% prób samobójczych, w grupie niewidzialnej 5,9%, a w grupie wysokiego ryzyka 10,1%.

Aktywność fizyczna

Wyniki wykazały, że mniejsza część próby (17,9% chłopców i 10,7% dziewcząt $p < 0,0005$) zgłosiła wystarczającą aktywność na podstawie wytycznych WHO, zalecających co najmniej 60 minut dziennej aktywności o natężeniu od umiarkowanego do wysokiego. 30% zgłosiło uczestniczenie w przynajmniej jednym sporcie drużynowym, przy czym zanotowano spore różnice pod względem płci (19,0% dziewcząt, 46,6% chłopców; $p < 0,0005$). Mniej niż 1/3 próby (32,8%) zgłosiła brak uczestnictwa w jakimkolwiek sporcie lub aktywności fizycznej, natomiast 37% zgłosiło uczestnictwo w sporcie indywidualnym lub aktywność fizyczną, ale brak zaangażowania w sport drużynowy. Częstotliwość uczestniczenia w aktywności fizycznej była pozytywnie skorelowana z dobrym samopoczuciem i negatywnie skorelowana z objawami niepokoju i depresji, do poziomu umiarkowanej częstotliwości uczestniczenia w aktywności fizycznej. Zwiększenie poziomu uczestnictwa w aktywności fizycznej i sportach wśród najmniej aktywnych młodych ludzi powinno być celem interwencji organizowanych przez społeczność i szkołę w celu promowania dobrego samopoczucia [5].

Sen

Sarchiapone i wsp. [6] badali relację między liczbą godzin snu osób w wieku dojrzewania i problemami ze zdrowiem psychicznym oraz myślami samobójczymi. Analiza danych wykazała, że każdej nocy uczniowie spali średnio 7,7 godziny w dniu roboczym. Dziewczęta zwykle spały nieco krócej niż chłopcy, zaobserwowano też odwrotną korelację między liczbą godzin snu i wiekiem. Zmniejszona liczba godzin

snu była istotnym czynnikiem w kontekście występowania objawów emocjonalnych, problemów z zachowaniem, niepokoju i myśli samobójczych.

Używanie alkoholu

W SEYLE dane pokazują, że 13,4% nastolatków spożywa alkohol 2–3 dni w tygodniu, przy czym zdecydowanie częściej robią to chłopcy ($M = 10,5\%$, $K = 5,8\%$, $p < 0,0001$). Nadużywanie alkoholu wśród młodzieży często łączy się z ich relacjami domowymi. Ruutel i wsp. [7] przebadali próbę SEYLE i wykazali, że uczniowie preferujący abstynencję częściej pochodzili z pełnych rodzin. Ponadto nastolatki widujące pijącą osobę z rodziny wykazują również tendencję do picia alkoholu.

Palenie

Stosunkowo dużo nastolatków w Europie pali (30,9%), choć ta liczba jest zróżnicowana, biorąc pod uwagę różne kraje. Większość (58,0%) zgłosiła, że zaczęła palić przed ukończeniem 14. roku życia. W próbie badania SEYLE obejmującej 12 328 nastolatków zaobserwowano, że palenie często było związane z objawami emocjonalnymi, problemami z zachowaniem, nadużywaniem alkoholu i narkotyków, niepokojem i próbami samobójczymi [8]. Interakcja między czynnikami psychospołecznymi i paleniem u nastolatków jest mocno skorelowana z zachowaniami rodziców i strukturą rodziny. Wnioski z badania sugerują, że wczesne rozpoczynanie palenia i długotrwałe występowanie tego nałogu jest związane z problemami ze zdrowiem fizycznym i psychicznym.

Korzystanie z internetu

Korzystanie z internetu sprawdzano za pomocą kwestionariusza Young Diagnostic Questionnaire (YDQ). Pomiary YDQ są oparte na wzorcach korzystania z internetu występujących w ostatnich 6 miesiącach, powodujących w rezultacie uszkodzenie lub stres. Wśród tych objawów znajdują się: a) korzystanie z internetu dłużej niż planowano, b) zaabsorbowanie internetem, c) objawy odstawienia w przypadku braku dostępu do internetu, d) nieudane próby zaprzestania korzystania z internetu lub zmniejszenia intensywności korzystania, e) pragnienie korzystania z internetu, f) utrata zainteresowania innymi hobby lub zajęciami, g) nadmierne korzystanie z internetu pomimo wiedzy o powiązanych z tym problemach g) korzystanie z internetu w celu ucieczki przed złym nastrojem lub szukania ulgi i h) kłamstwa dotyczące korzystania z internetu. Spełnianie kryteriów jest następnie oceniane za pomocą pytań zamkniętych, a punktacja sięga od 0 do 8. Na podstawie formularza YDQ uczniowie są dzieleni na kategorie: dostosowanych użytkowników (AIU; wynik YDQ: 0–2), niedostosowanych użytkowników (MIU; wynik YDQ: 3–4) i patologicznych użytkowników (PIU; wynik YDQ: ≥ 5) [9]. Wśród najczęstszych zajęć internetowych znalazły się oglądanie nagrań wideo, odwiedzanie czatów i korzystanie z mediów społecznościowych. U chłopców na wysokim miejscu znalazły się również gry online, natomiast dziewczęta częściej korzystały z mediów społecznościowych.

Kategorie MIU i PIU zawierały odpowiednio 13,5% i 4,4% próby. Dziewczęta (14,3%) występowały liczniej od chłopców (12,4%) w grupie MIU, natomiast chłopcy (5,2%) liczniej od dziewcząt (3,8%) w grupie PIU, co przedstawia tabela 1. Kategoria PIU była również częstsza u starszych nastolatków, u osób niemieszkających z biologicznymi rodzicami lub krewnymi, u nastolatków, których rodzic lub opiekun jest bezrobotny, których rodzice nie poświęcają im uwagi lub nie wiedzą, co nastolatek robi w wolnym czasie.

Tabela 1. Występowanie niedostosowanego i patologicznego korzystania z Internetu pod względem płci

Grupa użytkowników internetu	Chłopcy		Dziewczęta		Obydwie płcie	
	n	%	n	%	n	%
Niedostosowane korzystanie	649	12,4	959	14,3	1610	13,5
Patologiczne korzystanie	269	5,2	256	3,8	528	4,4

W badaniu kontrolnym PIU Kaess i wsp. [10] określili powiązanie między PIU, psychopatologią i zachowaniami samobójczymi. Wyniki osób z grupy PIU były znacząco skorelowane z depresją, problemami z zachowaniem, hiperaktywnością, myślami samobójczymi i próbami samobójczymi. Młodzi ludzie w grupie PIU byli narażeni na te same czynniki psychopatologiczne co ci mający problemy z nadużywaniem alkoholu, w szczególności depresję i problemy z zachowaniem [11].

Zdrowie reprodukcyjne

Zdrowie reprodukcyjne jest istotną kwestią w rozwoju osób w wieku dojrzewania. 18,8% całej próby nastolatków w wieku 14–16 zgłosiło przebycie inicjacji seksualnej. U uczniów w wieku 15 lat i mniej miało ją za sobą 13,2%, natomiast w wieku 16 lat i więcej miało ją za sobą 38%. Odbывała się ona również częściej u chłopców (21,3%) niż u dziewcząt (16,9%). Wczesna inicjacja seksualna jest znacząco powiązana z niepokojem, depresją, poważnymi myślami samobójczymi i próbami samobójczymi [12]. W powiązanej próbie SEYLE z Irlandii w badaniu dotyczącym orientacji seksualnej i problemów ze zdrowiem psychicznym wyniki pokazały, że 5% irlandzkich nastolatków zgłosiło obawy dotyczące swojej orientacji seksualnej. W porównaniu z rówieśnikami uczniowie targani obawami dotyczącymi orientacji seksualnej częściej doświadczali napaści fizycznej (40% vs 8%), próby samobójczej (29% vs 2%), częstego używania alkoholu (20% vs 1%) i napaści seksualnej (16% vs 1%). Niemal wszystkie nastolatki (90%) z obawami dotyczącymi orientacji seksualnej zgłosiły przebycie inicjacji seksualnej, przy zaledwie 4% ich rówieśników [13].

Zastraszanie i prześladowanie wśród nastolatków i ich zdrowie psychiczne

Istnieje kilka form zastraszania i prześladowania, które negatywnie wpływają na zdrowie psychiczne i dobre samopoczucie nastolatków. Do najczęstszych form należą m.in. znęcanie się fizyczne (uderzanie i kopanie), werbalne (przezywanie i drażnienie

nie), społeczne (wykluczenie społeczne i obmawianie) oraz cyberprześladowanie (przesyłanie raniących wiadomości przez media społecznościowe lub wrzucanie do sieci zawstydzających zdjęć lub filmów). Prawdopodobieństwo dokonania próby samobójczej jest znacząco wyższe u ofiar znęcania społecznego niż u nastolatków narażonych na inne formy znęcania. Wyniki badania wykazały, że jednopunktowy wzrost nasilenia prześladowania społecznego był związany z 28% wzrostem ilości prób samobójczych [14, 15].

Migracja u nastolatków

Imigracja do innego kraju, w którym używa się innego języka, może być stresującym wydarzeniem, zwłaszcza dla nastolatków. Badania pokazują, że imigranci częściej od tubylców są narażeni na nadużywanie substancji psychoaktywnych, depresję, niepokój i skłonności do samobójstwa. Wyniki badania SEYLE obejmującego migrujących nastolatków na terenie Europy wykazały, że migranci nie pochodzący z krajów europejskich, niezależnie od pokolenia, mają częściej objawy w porównaniu z rodowitymi mieszkańcami. Również w porównaniu z tubylcami u pierwszego pokolenia migrantów spoza Europy o wiele gorzej wypada samoocena stanu zdrowia [16].

Psychopatologia

Depresja i niepokój

Balazs i wsp. [17] przebadali występowanie i korelaty depresji i depresji podprogowej, a także niepokoju i niepokoju podprogowego u nastolatków objętych próbą SEYLE. Wyniki wykazały, że występowanie u nastolatków objawów spełniających kryteria depresji i depresji podprogowej wyniosło odpowiednio 10,5% i 32%. Z kolei występowanie objawów niepokoju i podprogowego niepokoju wyniosło odpowiednio 5,8% i 29,2%. Niepokój podprogowy, niepokój i depresja były silnie skorelowane z zaburzeniami funkcjonowania i myślami samobójczymi.

Rozmyślne samookaleczanie i zachowania samobójcze

Bezpośrednie rozmyślne samookaleczenia (Deliberate Self-Injurious Behaviour – D-SIB) odnoszą się do rozmyślnego uszkodzania własnego ciała poprzez cięcie, przypalanie, uderzanie, gryzienie i uszkodzanie skóry innymi metodami. W badaniu przeprowadzonym w Europie i obejmującym 12 068 nastolatków Brunner i wsp. [18] badali występowanie okazjonalnych i powtarzalnych zachowań D-SIB. Wyniki badania zachowań D-SIB wykazały większy odsetek okazjonalnych D-SIB (19,7%) niż powtarzalnych D-SIB (7,8%). Przy porównywaniu krajów badanie dowiodło, że występowanie zachowań D-SIB sięgało od 17,1% do 38,6%. Najniższy stopień ich występowania zanotowano na Węgrzech, w Irlandii i Włoszech, natomiast najwyższy w Estonii, Francji, Niemczech (i Izraelu). Zarówno z okazjonalnym, jak i powtarzalnym D-SIB silnie powiązane są depresja, niepokój i myśli samobójcze.

Występowanie myśli o samobójstwie zaobserwowano u około 1/3 próby (32,3%), przy czym znacząco wyższy stopień występowania zanotowano u starszych uczniów i wśród dziewcząt (38,7% vs 24,5%, $p < 0,05$). Ponad 4% grupy (4,2%) zgłosiło próbę samobójczą przeprowadzoną przynajmniej raz w ciągu życia, przy czym znacznie częściej zgłaszały to dziewczęta (5,1% vs 3,0%, $p < 0,05$) [4].

Doświadczenia psychotyczne

W grupie 2243 nastolatków w czterech irlandzkich kohortach, w tym SEYLE, Kelleher i wsp. [19] badali doświadczenia psychotyczne (związane z chorobami psychicznymi) u uczniów bez zdiagnozowanej choroby psychicznej. Ocena ilościowa polegała na zadaniu jednego pytania dotyczącego halucynacji słuchowych: „Czy słyszałeś/-aś głosy lub dźwięki, których nikt inny nie słyszał?” pochodzącego z pracy „Adolescent Psychotic Symptom Screener (APSS)”. Wydaje się, że odpowiedź na to pytanie jest istotna w predykcji chorób psychicznych. Ocena jakościowa objawów choroby psychicznej obejmowała również Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Wyniki wykazały, że u młodszych nastolatków objawy chorób psychicznych występują częściej (21–23%) niż u starszych (7%). U nastolatków zgłaszających objawy chorób psychicznych ryzyko występowania wielu jednoczesnych diagnoz było znacznie wyższe. Objawy chorób psychicznych wydają się istotnymi markerami ryzyka dla szerokiego zakresu niepsychotycznych zaburzeń psychopatologicznych.

W badaniu prospektywnym przeprowadzonym przez irlandzką grupę SEYLE planowano ocenić objawy psychiczne i ryzyko popełnienia samobójstwa dla populacji na podstawie grupy badanych nastolatków ($N = 1112$) [20]. W całej próbie 7% nastolatków zgłosiło objawy chorób psychicznych w badaniu podstawowym. W grupie osób, które takie objawy zgłosiły, 7% zgłosiło próbę samobójczą w okresie 3 miesięcy, natomiast w pozostałej części próby – 1%. Z kolei 20% tej podgrupy zgłosiło próbę samobójczą w okresie 12 miesięcy, natomiast w pozostałej części grupy ten poziom wyniósł 2,5%. Nastolatki z psychopatologią, które zgłosiły objawy chorób psychicznych, mają niemal 70-krotnie zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia ostrych prób samobójczych. W modelu przyczynowym wyliczono część prób samobójczych przypisywaną populacji na poziomie 56–75% w przypadku nastolatków, którzy doświadczyli objawów psychotycznych.

Interwencje zapobiegawcze w szkołach SEYLE w randomizowanej kontrolowanej próbie klinicznej (RCT)

Pytaj, przekonuj, przekazuj (Question, Persuade, Refer – QPR)

Program interwencji zapobiegawczych QPR opracowany w Stanach Zjednoczonych (<http://www.qprinstitute.com>) skupia się głównie na szkoleniu strażników (ochroniarzy), którzy mają odszukiwać osoby wykazujące zachowania ryzykowne i podejmować interwencje. Obejmuje on zadawanie takim osobom pytań dotyczących ich zachowania, przekonywanie ich, aby poszukali pomocy, jeśli wykazują znaki

ostrzegawcze związane z myślami samobójczymi oraz przekazywanie ich do odpowiedniego ośrodka pomocy. Takimi strażnikami (ochroniarzami) w badaniu SEYLE byli nauczyciele i personel szkolny, przeszkoleni w zakresie ogólnych informacji dotyczących zachowań samobójczych, czynników ryzyka i znaków ostrzegawczych wskazujących na możliwość występowania myśli samobójczych, faktów i mitów dotyczących samobójstwa, a także tego, jak zadawać pytania i jak ich nie zadawać oraz jak zapewnić wsparcie i zapewnić przekazanie do właściwego ośrodka pomocy.

Youth Aware of Mental Health

Interwencje YAM mają na celu promowanie wśród nastolatków wiedzy dotyczącej zdrowia psychicznego, stanu zdrowia i zachowań prozdrowotnych. Wszyscy uczniowie w klasie otrzymują dostosowaną do ich wieku książeczkę edukacyjną poprawiającą ich wiedzę w zakresie sześciu tematów, takich jak: (1) świadomość w zakresie zdrowia psychicznego oraz zdrowych/ryzykownych zachowań, (2) porady dotyczące pomagania samemu sobie, (3) stres i kryzys, (4) depresja i myśli samobójcze, (5) pomaganie przyjacielowi w potrzebie oraz (6) uzyskiwanie pomocy – z kim się kontaktować. Książeczka zawiera również numery telefonów i adresy e-mail lokalnych ośrodków opieki zdrowotnej i grup promujących zdrowy styl życia, które mają zapewnić możliwość znalezienia pomocy w razie potrzeby. Rozpoczęcie interwencji YAM obejmuje zawieszenie w klasie sześciu plakatów dotyczących sześciu kluczowych tematów ujętych w książeczkach edukacyjnych. Lekcje, połączone z ćwiczeniami odgrywania ról, nawiązują do tych sześciu tematów ujętych w książeczce i na plakacie [21].

Profesjonalne wykrywanie (Professional Screening – ProfScreen)

Interwencja ta ma pomóc osobom pracującym w opiece zdrowotnej w identyfikowaniu nastolatków narażonych na ryzyko zachowań samobójczych i psychopatologii. Na podstawie skal psychometrycznych wydawanych nastolatkom podczas badania podstawowego pracownicy opieki zdrowotnej są w stanie zidentyfikować uczniów narażonych na ryzyko, oceniając wyniki uzyskane w kwestionariuszu. Uczniowie o wynikach co najmniej równych z określonymi progami są kierowani do profesjonalnego badania klinicznego, po którym albo uznaje się ich za bezpodstawnie skierowanych, albo kieruje się ich do lokalnej służby zdrowia [22].

Kontrola

Jako punkt odniesienia dla porównania z trzema opisanymi interwencjami wybrano grupę kontrolną. Obejmowała ona minimalną interwencję, która polegała na wywieszeniu w klasie sześciu plakatów dotyczących tematów interwencji YAM. Przekazano również dane kontaktowe do służby zdrowia i grup promujących zdrowy styl życia.

Zapobieganie samobójstwom jest możliwe

Do poszczególnych interwencji przyporządkowano losowo 168 szkół: QPR: 40 szkół (2692 uczniów), YAM: 45 szkół (2721 uczniów), ProfScreen: 43 szkoły (2764 uczniów), Kontrola: 40 szkół (2933 uczniów). We wszystkich szkołach uzyskano odpowiedzi od 67,8% respondentów. Próba SEYLE była wystarczająco reprezentatywna dla populacji krajowej. Stopień uczestnictwa w badaniach kontrolnych po 3 i 12 miesiącach wyniósł odpowiednio 87,3% i 79,4%. Wszystkie skale wykorzystane w badaniu miały wewnętrzną rzetelność mierzoną alfą Cronbacha na poziomie od dobrej do bardzo dobrej. Zastosowane skale to: (1) Beck Depression Inventory (Skala Depresji Becka) – II: $\alpha = 0,864$, (2) Zung Self-Rating Anxiety Scale (Skala Samooceny Lęku Zunga): $\alpha = 0,805$, (3) Strengths and Difficulties Questionnaire (Skala Mocnych Stron i Trudności): $\alpha = 0,740$ i (4) WHO-Five Well-Being Index: $\alpha = 0,799$ [23].

Główne wyniki interwencji w ramach SEYLE obejmowały (nowe) przypadki prób samobójczych, poważne myśli samobójcze i depresję o intensywności od umiarkowanej do znacznej. Nie stwierdzono znaczącego wpływu interwencji QPR na występowanie prób samobójczych, poważnych myśli samobójczych i depresji o intensywności od umiarkowanej do znacznej. Również w interwencjach ProfScreen nie stwierdzono znaczącego wpływu mierzonych zmiennych na występowanie przypadków klinicznych.

Interwencja ProfScreen wykryła 12,5% uczniów, którzy wymagali skierowania do ośrodka zdrowia psychicznego. Ponadto zaobserwowano pozytywne skutki w leczeniu zidentyfikowanych i przekazanych do leczenia przypadków depresji. Występują znaczące dowody sugerujące, że leczenie za pomocą antydepresantów, litu, neuroleptyków [24], środków psychospołecznych w rodzaju CBT i DBT jest skuteczne [25].

W interwencji YAM zaobserwowano ponad 50% zmniejszenie przypadków prób samobójczych (OR: 0,45 [0,24–0,85]; $p = 0,014$). Zaobserwowano również zmniejszenie o 50% przypadków poważnych myśli samobójczych z towarzyszącymi im planami (OR: 0,50 [0,27–0,92]; $p = 0,025$), a także zmniejszenie o 30% przypadków depresji od umiarkowanej do silnej (OR: 0,71 [0,52–0,97]; $p = 0,031$). Zaobserwowane zmniejszenie przypadków prób samobójczych jest większe niż zanotowane w innych udanych interwencjach służby zdrowia dotyczących w szczególności zastraszania i prześladowania (17–23%) oraz w pewnych rodzajach szkolnych interwencji mających na celu zniechęcanie do palenia (14%) [2].

W wywiadach jakościowych z instruktorami prowadzącymi interwencje YAM we Włoszech, Hiszpanii, Estonii i Rumunii przekazywano sugestie dotyczące pozytywnych doświadczeń z nimi związanych, a także sugestie dotyczące procesu prowadzenia [21].

Etyka

Wyniki badania metodą Delphi w SEYLE wykazały, że badanie osób małoletnich, zwłaszcza w celach zapobiegawczych, badanie zachowań ryzykownych, np. zachowań odbiegających od normy, nadużywania narkotyków i zachowań samobójczych, jest wrażliwe pod kątem etycznym. Główną kwestią etyczną była identyfikacja przypadków wymagających nagłej interwencji.

Dla każdego ucznia uczestniczącego w interwencjach SEYLE obowiązkowa była procedura pozwalająca ocenić stopień nasilenia sytuacji kryzysowej i niezwłocznie zapewnić pomoc w razie potrzeby. Przypadki wymagające interwencji identyfikowano za pomocą dwóch konkretnych pytań zamieszczonych w kwestionariuszu podstawowym. Uczniów uznawano za przypadki wymagające nagłej interwencji, jeśli odpowiadali „czasem”, „często”, „bardzo często” lub „zawsze” na pytanie: „Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni dotarłeś do punktu, w którym rozważałeś odebranie sobie życia lub być może robiłeś plany, jak chciałbyś to zrobić?” i/lub jeśli odpowiedzieli „tak” na pytanie „Czy w ciągu ostatnich dwóch tygodni próbowałeś odebrać sobie życie?”. Nie więcej niż jeden procent uczniów zidentyfikowanych na podstawie kwestionariusza podstawowego jako przypadki wymagające interwencji zostało niezwłocznie skierowanych do badania klinicznego i w razie potrzeby przekazanych do leczenia prowadzonego przez służbę zdrowia. Jednak już po badaniu, nawet jeśli uczniów poddano leczeniu, umożliwiano im dalsze uczestniczenie w interwencjach SEYLE.

Za istotne dla badania zdrowia psychicznego małoletnich uznano również następujące aspekty etyczne: poufność wrażliwych danych dotyczących szkoły, zachowanie tajemnicy podczas przetwarzania informacji o członkach rodziny, przekazywanie informacji zwrotnych o wynikach badań – jak, kiedy i komu, a także istotność prezentowania wyników badania zgodnie i w celu przekazywania informacji zwrotnych innym badaczom i szkołom uczestniczącym w badaniu [26].

Efektywność

Analiza relacji przyrostowych kosztów do efektów (Incremental Cost Effectiveness Ratio – ICER) w interwencjach SEYLE w porównaniu z grupą kontrolną wykazała, że YAM wykazuje najniższy koszt przyrostowy na QALY w porównaniu z grupą kontrolną.

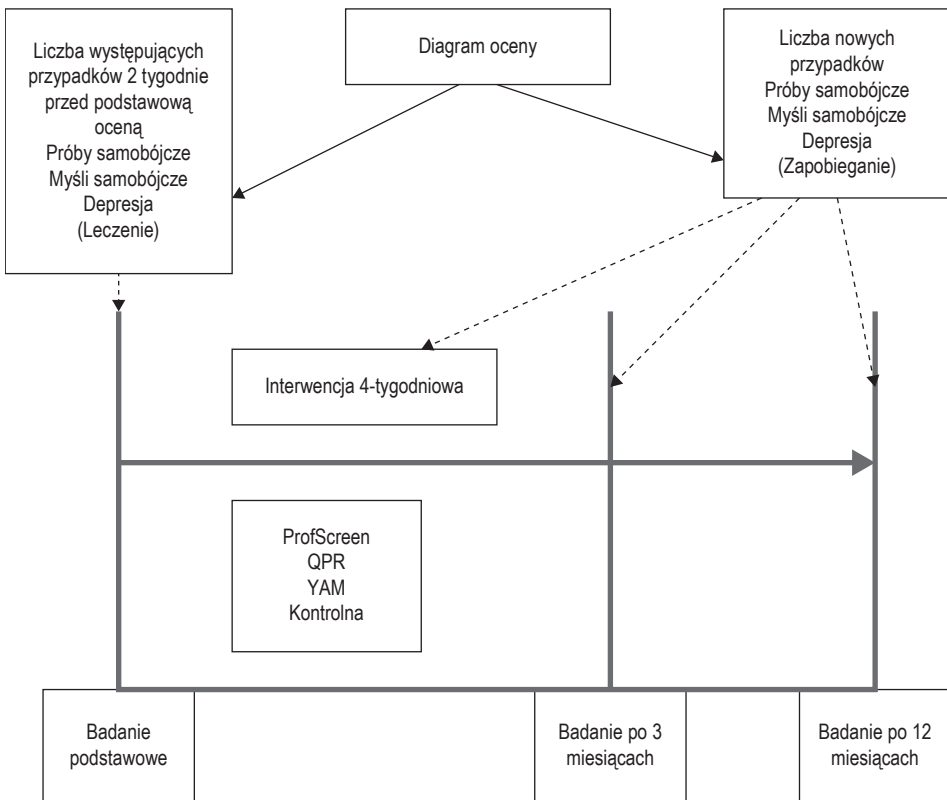
Wskaźniki ICER dla YAM wynoszą 15.992€ na QALY uzyskane dla próby samobójczej. Projekt YAM był najtańszy w porównaniu z innymi interwencjami na tle grupy kontrolnej [27].

Zapobieganie rozpoczyna się od poczęcia

W naszych poprzednich badaniach nastoletnie macierzyństwo zwiększało ryzyko zarówno prób samobójczych, jak i samobójstw u nastolatków i młodych dorosłych [28]. Powszechnie znany jest fakt, że myślom samobójczym towarzyszą zaburzenia psychiczne. Jednak kilka badań epidemiologicznych dowodzi, że rodzinne przekazywanie zachowań samobójczych jest niezależne od przekazywania chorób psychicznych [29]. Ścieżka prowadząca do zachowań samobójczych jest w oczywisty sposób złożona i zawiera interakcje między biologią danej osoby i wpływami środowiska, w którym przebywa. W mojej grupie badań genetycznych, Genetic Investigation of Suicide Attempt and Suicide (GISS), badaliśmy za pomocą narzędzi bioinformatycznych neurobiologię zachowań samobójczych jako jednego metasystemu poprzez przyjęcie ujednoczonego podejścia do 212 zaproponowanych genów wskazanych do badania

zachowań samobójczych, które reprezentują różne systemy i funkcje neurologiczne w ramach tego samego metasystemu [30].

Wyniki naszych pozostałych badań jasno wskazywały, że ryzyko występowania zachowań samobójczych (SB) jest podwyższone nie tylko u osób ze schizofrenią (SCZ), zaburzeniem dwubiegunowym (BPD) czy zaburzeniami depresyjnymi (MDD), ale również u osób bez diagnozy psychiatrycznej [31]. Obliczając punktację PRS (Polygenic Risk Score), mogliśmy wykazać, że wielogenowe powiązanie SNP w 750 genach rozwoju neurologicznego było wynikiem fenotypu SA, a nie poważniejszych zaburzeń psychiatrycznych. Te wyniki badania skupiające się na roli genów rozwoju neurologicznego jasno wskazują, że działania służące zapobieganiu samobójstwom powinny w większym stopniu uwzględniać poczęcie dziecka, co oznacza, że bardzo ważna jest praca z młodymi ludźmi, którzy będą rodzicami.



Rys. 2. Diagram oceny interwencji YAM

Wnioski

Zaobserwowane zmniejszenie liczby prób samobójczych jest większe niż w innych udanych interwencjach służby zdrowia dotyczących w szczególności zastraszania i prześladowania (17–23%) oraz w pewnych rodzajach szkolnych interwencji mających na celu zniechęcanie do palenia (14%). Wyniki interwencji YAM dowiodły, że zapobieganie samobójstwom jest możliwe. Istnieje duża potrzeba ciągłego monitorowania i wprowadzania interwencji zapobiegawczych skonstruowanych za pomocą metody naukowej opartej na strategiach zapobiegawczych, takich jak program YAM. Tego typu wysiłki muszą być skierowane na nastolatków ponieważ właśnie w tym okresie następuje konsolidacja zachowań zdrowotnych i zachowań ryzykownych.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *Preventing suicide: a global imperative*. WHO: Geneva; 2014.
2. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G. i wsp. *School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial*. *Lancet* 2015; 385: 1536–1544.
3. Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J. i wsp. *Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial*. *BMC Public Health* 2010; 10: 192.
4. Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Chiesa F, Guffanti G, Sarchiapone M. i wsp. *A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study*. *World Psychiatry* 2014; 13: 78–86.
5. McMahon EM, Corcoran P, O’regan G, Keeley H, Cannon M, Carli V. i wsp. *Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being*. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2016 [E-pub ahead of print]; DOI:10.1007/s00787-016-0875-9.
6. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G. i wsp. *Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation*. *Sleep Med.* 2014; 15: 248–254.
7. Rüütel E, Sisask M, Värnik A, Värnik P, Carli V, Wasserman C. i wsp. *Alcohol consumption patterns among adolescents are related to family structure and exposure to drunkenness within the family: results from the SEYLE Project*. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2014; 11: 12700–12715.
8. Banzer R, Haring C, Buchheim A, Oehler S, Carli V, Hoven CW. i wsp. *Risk factors and comorbidities for occasional and daily smoking in european adolescents: results of the Seyle Project*. *Eur. Psychiatry* 2015; 30: 515.
9. Durkee T, Kaess M, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Floderus B. i wsp. *Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors*. *Addiction* 2012; 107: 2210–2222.
10. Kaess M, Durkee T, Brunner R, Carli V, Parzer P, Wasserman C. i wsp. *Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours*. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2014; 23: 1093–1102.

11. Wartberg L, Brunner R, Kriston L, Durkee T, Parzer P, Fischer-Waldschmidt G. i wsp. *Psychopathological factors associated with problematic alcohol and problematic Internet use in a sample of adolescents in Germany*. *Psychiatry Res.* 2016; 240: 272–277.
12. Gambadauro P, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, Sarchiapone M, Apter A. i wsp. *Psychopathology is associated with reproductive health risk in European adolescents*. *Hum. Reprod.* 2016 (zgłoszony do druku).
13. Cotter P, Corcoran P, Mccarthy J, O’suilleabhain F, Carli V, Hoven C. i wsp. *Victimisation and psychosocial difficulties associated with sexual orientation concerns: a school-based study of adolescents*. *Ir. Med. J.* 2014; 107: 310–313.
14. Brunstein Klomek A, Snir A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G. i wsp. *Association between victimization by bullying and direct self injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study*. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2016; 25(11): 1183–1193.
15. Barzilay S, Klomek AB, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G. i wsp. *Risk and protective factors moderating the association between victimization by bullying and suicide behavior among adolescents in Europe: a 10-Country Study*. (zgłoszony do druku) 2016.
16. McMahon E. *Migration and adolescent mental health in Europe: Effects of region of origin and migrant generation*. Rękopis; 2016.
17. Balazs J, Miklosi M, Keresztesy A, Hoven CW, Carli V, Wasserman C. i wsp. *Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk*. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2013; 54: 670–677.
18. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW. i wsp. *Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries*. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2014; 55: 337–348.
19. Kelleher I, Keeley H, Corcoran P, Lynch F, Fitzpatrick C, Devlin N. i wsp. *Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young people: evidence from four population-based studies*. *Brit. J. Psychiatry* 2012; 201: 26–32.
20. Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, Wigman JT, Devlin N, Ramsay H. i wsp. *Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study*. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 940–948.
21. Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D, Carli V, Sarchiapone M, Al-Halabi S. i wsp. *Suicide prevention for youth--a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study*. *BMC Public Health* 2012; 12: 776.
22. Kaess M, Brunner R, Parzer P, Carli V, Apter A, Balazs JA. i wsp. *Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe*. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2014; 23: 611–620.
23. Carli V, Wasserman C, Wasserman D, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J. i wsp. *The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics*. *BMC Public Health* 2013; 13: 1.
24. Moller H. *Pharmacological treatment of underlying psychiatric disorders in suicidal patients*. W: Wasserman D. red. *Suicide: an unnecessary death*. London: Oxford Univeristy Press; 2016. s. 283.
25. Hawton K, Witt KG, Salisbury TLT, Arensman E, Gunnell D, Hazell P. i wsp. *Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis*. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(8): 740–750.

26. Hiriscou EI, Stingelin-Giles N, Wasserman D, Reiter-Theil S. *Identifying ethical issues in mental health research with minors adolescents: results from the SEYLE Project*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2016; 13: 489.
27. Ahern S, Burke LA, Mcelroy B, Corcoran P, McMahon E, Keeley H. i wsp. *A cost-effectiveness analysis of the SEYLE cluster-randomised, controlled trial of school-based suicide prevention programmes*. (zgłoszony do druku) 2016.
28. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. *Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study*. Lancet 2004; 364: 1135–1140.
29. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. *Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2008; 43: 28–36.
30. Sokolowski M, Wasserman J, Wasserman D. *An overview of the neurobiology of suicidal behaviors as one meta-system*. Mol. Psychiatry 2015; 20: 56–71.
31. Sokolowski M, Wasserman J, Wasserman D. *Polygenic associations of neurodevelopmental genes in suicide attempt*. Mol. Psychiatry 2016; 21(10): 1381–1390.

Adres: Danuta Wasserman
Department of Learning, Informatics, Management and Ethics (LIME), C7,
National Prevention of Suicide and Mental III-Health,
171 77 Stockholm, Sweden

Tłumaczenie M. Rogalska i K. Cyranka.

Otrzymano: 12.10.2016

Zrecenzowano: 11.11.2016

Przyjęto do druku: 12.11.2016