

Załącznik nr 8b do SIWZ
Załącznik nr 2b do umowy

SAMOBÓJSTWO – co możemy zrobić, by uratować życie...
(tytuł broszury)

Śmierć naturalna wywołuje w nas uczucie smutku, rozpaczy, pokory...

Śmierć samobójcza dodatkowo stawia nam pytania:

Czy tak musiało się stać? Czego nie dostrzegliśmy, Co zbagatelizowaliśmy? Co mogliśmy zrobić, by temu zapobiec?

W Polsce rocznie śmiercią samobójczą ginie ok. **5 tysięcy ludzi**. To znacznie więcej niż w wypadkach drogowych, o których mówi się i pisze w mediach bardzo dużo.

Liczba samobójstw dorównuje liczbie zgonów związanych z cukrzycą – chorobą, na temat której akcje informacyjne prowadzone są na bardzo szeroką skalę.

Czas więc przerwać milczenie i porozmawiać o problemie samobójstw...

Polska plasuje się w Europie w połowie *Czarnej tabeli* ze wskaźnikiem 15 samobójstw na 100 tys. mieszkańców, pomiędzy Grecją, państwem o najniższym wskaźniku- 3, a Litwą – o najwyższym współczynniku samobójstw-31 (Eurostat, 2009).

Samobójstwo może dotknąć każdego bez względu na wiek, wykształcenie, czy status rodzinny, materialny, zawodowy, choć niektóre grupy osób są szczególnie narażone.

Niemal na całym świecie kobiety częściej podejmują próby samobójcze, natomiast mężczyźni częściej dokonują samobójstw (wyjątkiem są Chiny).

W Polsce na 1 kobietę, która popełniła samobójstwo przypada 5,5 mężczyzn-samobójców. Z powodu samobójstwa polscy mężczyźni tracą średnio więcej potencjalnych lat życia aniżeli na skutek choroby niedokrwiennej serca, chorób układu trawiennego, a nawet wypadków komunikacyjnych.

Okresem życia, kiedy najczęściej popełniane są samobójstwa jest wiek 16–21 oraz 45–55 lat. Osoby rozwiedzione czy owdowiałe częściej dokonują samobójstw (szczególnie w pierwszym roku po stracie) niż osoby żyjące w związkach małżeńskich czy osoby w stanie wolnym. Najwięcej samobójstw obserwuje się w małych miejscowościach, co wiąże się z osłabieniem więzi społecznych i dużym bezrobociem w tych regionach. Znacznie więcej prób samobójczych obserwuje się u młodzieży, natomiast w wieku podeszłym istotnie częściej próby samobójcze kończą się samobójstwem. W grupie młodzieży samobójstwa stanowią drugą przyczynę zgonów. Czynnikiem znacznie podnoszącym ryzyko samobójcze jest występowanie zaburzeń psychicznych, w tym depresji, uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, wcześniejsze próby samobójcze, przewlekłe choroby somatyczne, osamotnienie.

Co godzinę w Polsce ginie śmiercią samobójczą 1 osoba
– co możemy zrobić, by temu zapobiec?

Aby pomóc osobie zamierzającej odebrać sobie życie należy poznać:

Strona

● Mity i przesady na temat samobójstwa.....	3
● Co zwiększa ryzyko samobójcze?.....	5
● Co chroni przed samobójstwem?.....	6
● Jakie są znaki ostrzegawcze?.....	7
● Najczęstsze motywy samobójstwa	8
● Jak reagować na zachowania samobójcze?.....	9
● Jak pytać o zamiary samobójcze?.....	10
● Gdzie się zwrócić w sytuacji zagrożenia samobójstwem?.....	12

MITY I PRZESADY NA TEMAT SAMOBÓJSTWA

W OCENIE ZAGROŻENIA SAMOBÓJCZEGO NIE NALEŻY KIEROWAĆ SIĘ STEREOTYPAMI.

OTO NIEKTÓRE Z NAJPOWSZECHNIEJSZYCH BŁĘDNYCH PRZEKONAŃ ZWIĄZANYCH Z SAMOBÓJSTWEM:

MIT I:	Ludzie, którzy mówią o tym, że popełnią samobójstwo, rzadko odbierają sobie życie.
FAKT:	Ok. 75% spośród tych, którzy dokonują samobójstwa, informują o tym zamiarze wcześniej: mogą mówić o samobójstwie, prosić o pomoc lub grozić lub w niektórych przypadkach, sygnalizują swoje zamiary w sposób pośredni, np. poprzez uporządkowanie wszystkich spraw w swoim życiu (spłacenie długów, oddawanie swojej własności, przeprosiny).
MIT II:	Ludzie, którzy usiłują popełnić samobójstwo, są całkowicie zdecydowani na śmierć.
FAKT:	Większość ludzi z tendencjami samobójczymi ma ambiwalentny stosunek do życia i śmierci: z jednej strony pragną śmierci jako jedynego rozwiązania sytuacji, w której się znaleźli, ale mogą zachować pragnienie życia.
MIT III:	Grożenie samobójstwem może mieć na celu jedynie przyciągnięcie uwagi lub być próbą manipulowania innymi.
FAKT:	Próba samobójcza może faktycznie mieć na celu manipulowanie innymi, ale może skończyć się śmiercią. Jest to krzyk o pomoc i wskazuje, że potrzebna jest pomoc specjalisty. Zawsze należy traktować poważnie zagrożenie samobójstwem. Lepiej wykazać nadmierną ostrożność i się pomylić.
MIT IV:	Zapytanie kogoś czy myśli o samobójstwie może podsunąć mu taką myśl.
FAKT:	Zapytanie jest często jedynym sposobem oceny ryzyka i okazania troski.
MIT V:	Jeśli ktoś jest zdecydowany, aby odebrać sobie życie, nic go nie powstrzyma.
FAKT:	Większość ludzi, którzy usiłują popełnić samobójstwo nie chce umrzeć, chcą powstrzymać ból, co może prowadzić do działań zagrażających życiu. Ogromna większość ludzi dzwoniących do telefonu zaufania po nieudanej lub udaremnionej próbie samobójczej, zmienia zdanie i prosi o pomoc.
MIT VI:	Jeśli komuś, kto mówi, że ma zamiary samobójcze, powiesz „Zrób to”, sprawisz, że ta osoba się otrząśnie.
FAKT:	To prawdopodobnie najgorsza rzecz, jaką można zrobić. Nigdy nie mów: „Śmiało, zrób to.”
MIT VII:	Poprawa po kryzysie oznacza, że ryzyko samobójstwa minęło.
FAKT:	Wiele samobójstw zdarza się w okresie poprawy, kiedy dana osoba ma energię i wolę, aby obrócić rozpaczliwe myśli w działanie autodestrukcyjne.

MIT VIII:	Samobójstwo zdarza się głównie wśród bogatych/biednych.
FAKT:	Samobójstwo przekracza bariery społeczno-ekonomiczne. Samobójstwa popełniają osoby w każdym wieku, wszystkich ras, wyznań, kultur i o różnym poziomie dochodów.

MIT IX:	Zachowanie samobójcze jest oznaką choroby psychicznej.
FAKT:	Zachowanie samobójcze wskazuje na głębokie poczucie nieszczęścia, ale nie zawsze wiąże się z chorobą psychiczną.

MIT IX:	Zachowanie samobójcze jest oznaką choroby psychicznej.
FAKT:	Zachowanie samobójcze wskazuje na głębokie poczucie nieszczęścia, ale nie zawsze wiąże się z chorobą psychiczną.

MIT X:	Jeśli ktoś zacznie wykazywać skłonności samobójcze, stanie się taki na zawsze.
FAKT:	Myśli samobójcze mogą wracać, ale nie są stałe i u niektórych ludzi mogą nigdy nie pojawić się ponownie.

MIT XI:	Ludzie cierpiący na śmiertelne choroby nie dokonują samobójstw.
FAKT:	Ludzie śmiertelnie chorzy czasami popełniają samobójstwo, szczególnie wtedy gdy bardzo cierpią lub są ciężarem dla osób najbliższych.

MIT XII:	Ludzie o określonych wierzeniach religijnych nie popełniają samobójstw.
FAKT:	To nie przynależność do określonej religii jest czynnikiem chroniącym przed samobójstwem, ale zaangażowanie i głębokość wiary.

MIT XIII:	Należy zawsze dotrzymywać obietnicy, że będzie się przechowywało list bez otwierania i czytania.
FAKT:	Nie można dotrzymywać obietnic i sekretów, gdy istnieje możliwość, że stanie się coś złego. Zaklejony list może być poważnym sygnałem ostrzegawczym zamiaru samobójczego.

MIT XIV:	Jedynie profesjonalni terapeuci mogą pomóc ludziom, którzy zamierzają popełnić samobójstwo.
FAKT:	Interwencja psychoterapeuty jest bardzo ważna, ale wielu ludzi rozważających samobójstwo nigdy nie odwiedzi terapeuty. Ważne, aby każdy poznał sygnały ostrzegawcze i by mógł zaproponować pomoc w znalezieniu wyjścia z sytuacji czy kontaktu z terapeutą. Twoja rozmowa może uratować życie.

MIT XV:	Starzy ludzie mogą być smutni, gdyż depresja jest częścią starzenia się.
----------------	--

FAKT: Depresja nie jest nieuniknioną częścią starzenia się, ale jest najczęstszą przyczyną samobójstwa w późnym wieku. Jeśli podejrzewasz, że starsza osoba może cierpieć na depresję, zabierz ją do lekarza tak szybko, jak to możliwe. Będzie on w stanie ocenić, czy ma ona depresję i – w razie potrzeby – zaproponować leczenie.

CO ZWIĘKSZA RYZYKO SAMOBÓJCZE?

Czynnikami ryzyka dla samobójstwa są stresujące wydarzenia, sytuacje, osobiste predyspozycje, które mogą zwiększać prawdopodobieństwo odebrania sobie życia.

Choć czynniki ryzyka nie przesądzają o ocenie bezpośredniego niebezpieczeństwa, mogą ułatwić identyfikację osoby, która może być zagrożona większym ryzykiem samobójstwa.

Najczęstszymi czynnikami ryzyka są:

Czynniki związane z rodziną:

- samobójstwo w rodzinie (zwłaszcza rodzica),
- strata w wyniku śmierci lub rozwodu,
- przemoc fizyczna, emocjonalna lub seksualna,
- nadużywanie środków odurzających, alkoholizm w rodzinie,
- brak silnych więzi w rodzinie,
- nierealistyczne oczekiwania rodziców w stosunku do dzieci,
- destrukcyjne, oparte na przemocy stosunki rodziców i dzieci,
- przewlekła choroba psychiczna w rodzinie,
- samotność.

Czynniki ryzyka związane z zachowaniem:

- wcześniejsze próby samobójcze (najsilniejszy czynnik ryzyka),
- używanie lub uzależnienie od alkoholu i innych środków psychoaktywnych,
- agresja, napady wściekłości,
- fascynacja śmiercią, przemocą, satanizmem,
- myśli samobójcze i grożenie samobójstwem,
- u młodzieży: ucieczki z domu, niepowodzenia w szkole, wagarowanie.

Osobowe czynniki ryzyka:

- występowanie zaburzeń psychicznych (w tym depresji, schizofrenii, uzależnień),
- bezpośredni okres po wypisie ze szpitala psychiatrycznego,
- słaba kontrola impulsów, wybuchowość,
- skrajny perfekcjonizm, nierealistyczne oczekiwania w stosunku do siebie,
- problemy związane z tożsamością płciową,
- brak możliwości podzielenia się zamiarami samobójczymi,
- strata ważnego związku,
- brak umiejętności podejmowania decyzji, radzenia sobie z gniewem, rozwiązywania problemów itp.,
- utrata tożsamości lub statusu,
- poczucie bezsilności lub braku nadziei,
- strach przed upokorzeniem, wstydem,
- ciąża, strach przed ciążą,
- samookaleczanie się,
- nieuleczalna choroba/kalectwo.

Środowiskowe czynniki ryzyka:

- utrata pracy, środków do życia,
- łatwy dostęp do środków/sposobów odebrania sobie życia,

- częste przeprowadzki,
- konflikty religijne,
- izolacja społeczna, wyobcowanie, prześladowanie (np. zastraszanie),
- rocznica czyjegoś samobójstwa/śmierci,
- uwięzienie lub inny sposób utraty wolności,
- wysoka presja na osiągnięcie sukcesu,
- przemoc w środkach masowego przekazu,
- samobójstwa seryjne („efekt Wertera”).

CO CHRONI PRZED SAMOBÓJSTWEM?

Czynniki chroniące przed samobójstwem to korzystne warunki, zasoby osobiste i społeczne, które wspomagają odporność i obniżają możliwość samobójstwa:

- silne więzi z rodziną, przyjaciółmi i innymi osobami znaczącymi,
- bezpieczne i stabilne otoczenie,
- dobre zdrowie i łatwy dostęp do opieki zdrowotnej,
- obowiązki, w tym posiadanie zwierzęcia pod opieką,
- przekonania religijne/duchowe o znaczeniu i wartości życia,
- integracja społeczna (np. przynależność do klubów sportowych, organizacji kościelnych),
- dobre relacje z kolegami w szkole,
- nadzieja na przyszłość,
- trzeźwość,
- troska o siebie, korzystanie z porad lekarskich, branie przepisanych leków,
- poczucie własnej wartości i wysoka samoocena,
- umiejętność podejmowania decyzji, radzenia sobie z gniewem i konfliktami, rozwiązywania problemów oraz inne umiejętności społeczne i emocjonalne,
- otwartość na poszukiwanie pomocy i doświadczenia innych ludzi.

JAKIE SĄ ZNAKI OSTRZEGAWCZE?

Znaki ostrzegawcze są to najwcześniejsze zauważalne oznaki, które wskazują na bezpośrednie ryzyko samobójstwa. Są to zmiany w zachowaniu danej osoby, jej uczuciach, poglądach, które nie są w jej stylu. Łatwo te oznaki przeoczyć, zaprzeczyć im lub zdecydować, że „nie może być aż tak źle”. Kombinacja czynników ryzyka, sygnałów ostrzegawczych i innych wskazówek może podwyższać ryzyko samobójstwa. Nauczenie się rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych i wskazówek może pomóc uniknąć tragedii. Sygnały ostrzegawcze dotyczące samobójstwa zwykle trwają dwa tygodnie lub dłużej.

Wczesne sygnały ostrzegawcze:

- zaburzenia apetytu i/lub snu,
- nadmierny pesymizm,
- „huśtawka” nastrojów – częstsza i dłuższa niż zwykle,
- nadmierny samokrytycyzm, poczucie, że się jest nieudacznikiem,
- ciągłe dolegliwości fizyczne,
- trudności z koncentracją, problemy w szkole,
- zainteresowanie śmiercią (często poprzez muzykę, poezję, rysunki),
- brak dbałości o wygląd,

- wycofanie się z aktywności,
- izolowanie się od przyjaciół i rodziny.

Późne sygnały ostrzegawcze:

- mówienie o samobójstwie lub śmierci,
- szczegółowy plan dotyczący samobójstwa – jak, kiedy, gdzie,
- zwiększona konsumpcja środków odurzających,
- izolowanie się od przyjaciół i rodziny,
- poczucie, że życie jest bez znaczenia,
- nietypowe zachowania (gromadzenie tabletek, kupowanie żyłek, sznura; zachowania agresywne, wychodzenie z domu o nietypowej porze),
- wzrost poczucia braku nadziei i bezradności,
- odmowa przyjęcia pomocy, poczucie, że „mi już nie można pomóc”/”nie się nie da zrobić”,
- porządkowanie życia – spłacenie długów, przeprosiny,
- rozdawanie ulubionych rzeczy,
- nagła poprawa po okresie smutku i wycofania.

Przykłady bezpośrednich wskazówek słownych:

- „żałuję, że się urodziłem”; „żałuję, że ciągle żyję”
- „nie mam siły dalej żyć-zdecydowałem, że się zabiję”
- „jedynym wyjściem w mojej sytuacji jest samobójstwo”
- Jeśli [to] i [to] się stanie, zabiję się”.

Przykłady mniej bezpośrednich wskazówek słownych:

- „będzie wam lepiej beze mnie”
- „jaki sens ma życie?”
- „nie będę tego więcej potrzebował”
- „wszyscy musimy się pożegnać”
- „jak się zostaje dawcą organów?”
- „kto właściwie się przejmie, jeśli będę nie będę żyć?”.

NAJCZĘSTSZE MOTYWY SAMOBÓJSTWA

Osoba rozważająca samobójstwo czuje się tak bezsilna lub pozbawiona nadziei, że samobójstwo wydaje się jej jedynym rozwiązaniem powstrzymania cierpienia.

Poniżej niektóre z najczęściej podawanych motywów samobójczych:

- utrata nadziei,
- konflikty rodzinne,
- wołanie o pomoc,
- utrata źródeł utrzymania,
- zawód miłosny,
- problemy szkolne,
- trwałe kalectwo,
- śmierć bliskiej osoby,
- popełnienie przestępstwa,
- poszukiwanie ulgi w cierpieniu psychicznym, fizycznym,

- próba wpłynięcia na konkretną osobę,
- okazanie, jak bardzo się kogoś kocha,
- sprawienie, że innym będzie żal, zemsta,
- próba dowiedzenia się, jak bardzo się jest kochanym,
- przerażenie kogoś lub postawienie na swoim,
- ułatwienie życia innym.

JAK REAGOWAĆ NA ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE?

Samobójstwo może być aktem impulsywnym, zwykle jednak nie wydarza się spontanicznie. Większość ludzi nie decyduje tak po prostu, nagle, że zakończy swoje życie. Najpierw uważają, że są w coraz trudniejszym położeniu. Nie umieją sobie poradzić ze swoimi problemami. Jeśli ktoś inny nie wkroczy, w końcu widzą samobójstwo jako jedyne rozwiązanie swoich problemów. Po rozważeniu tego pomysłu potrzeba czasu, aby zaplanować gdzie, kiedy i jak dokonać samobójstwa. Może to zabrać jedynie kilka godzin, ale zwykle zajmuje dni, tygodnie lub miesiące. Niektórzy ludzie, szczególnie młodzi, zachowują się bardzo impulsywnie i zacierają szybko do samobójstwa. Przeciętnie kryzys trwa około dwóch tygodni. Zwykle jest czas, żeby interweniować. Im szybciej to nastąpi, tym lepiej.

Celem interwencji jest pomoc innej osobie, aby:

- przeszła przez kryzys bez szkody,
- dowiedziała się, że jest nadzieja,
- zobaczyła, że ma inne możliwości oprócz samobójstwa,
- ustaliła i znalazła dostępne formy pomocy wyjścia z sytuacji.

TRZY KROKI, ABY POMÓC SAMOBÓJCZY:

- okaż, że Ci zależy, że słuchasz, że chcesz pomóc;
- zapytaj o zamiar popełnienia samobójstwa;
- namów do szukania pomocy i pomóż w jej otrzymaniu.

PYTANIA O ZAMIARY SAMOBÓJCZE

Zapytanie o zamiar popełnienia samobójstwa nie podwyższa ryzyka, że ta osoba to zrobi. Ważne jest użycie wygodnych dla Ciebie słów. Osoba może opierać się Twoim pytaniom, ale zwykle będzie czuła ulgę, że ktoś w końcu zobaczył jej cierpienie. Ważne jest, aby rozmowa przebiegała w spokojny i dodający otuchy sposób. Należy rozmawiać z osobą rozważającą samobójstwo na osobności, aby swobodnie mogła wyrazić swoje emocje. Od Twojej roli i związku z tą osobą zależy, jak przygotujesz grunt przed zadaniem pytania o samobójstwo. Sam fakt zadania pytania jest ważniejszy niż sposób, w jaki to zrobisz.

Przykładowe pytania związane z oceną ryzyka samobójczego:

- „Czy życie jest tak ciężkie dla Ciebie, że uważasz, że lepiej, abyś nie żył?”
- „Gdy ludzie cierpią tak jak Ty, czasami chcą zakończyć życie. Czy czujesz się w taki sposób?”
- „Wydaje mi się, że jesteś bardzo nieszczęśliwy, czy myślisz o tym, żeby skończyć ze sobą?”
- „Czy planujesz popełnienie samobójstwa?”
- „Czy myślisz o tym, żeby się zabić?”

REAKCJA NA ODPOWIEDŹ

Gdy ktoś odpowiada, że myśli o samobójstwie, **TRZEBA ZAWSZE** potraktować to bardzo poważnie.

Proste wskazówki:

- Słuchaj, poświęcając całą swoją uwagę. Nie śpiesz się, bądź cierpliwy.
- Mów powoli, łagodnie, spokojnie, dodawaj otuchy.
- Zauważ cierpienie tej osoby.
- Ustal, co powstrzymywało osobę do chwili obecnej przed podjęciem próby samobójczej
- Zapytaj do kogo może się zwrócić po wsparcie i pomoc.
- Opracuj plan otrzymania pomocy, wzbudzenia nadziei.
- Natychmiast usuń środki zagrażające życiu w bezpieczne miejsce.
- Zaoferuj pomoc/nadzieję w sposób, w jaki potrafisz, rozpoznając własne ograniczenia.
- Nie pozwól, abyś był jedyną osobą, która może pomóc.
- Skontaktuj tę osobę z kimś, kto może pomóc ocenić poziom ryzyka (lekarz rodzinny, psychiatra, psycholog, Pogotowie Ratunkowe).

Unikaj:

- okazywania, że jesteś zaszokowany,
- reagowania złością,
- przerywania lub dawania rad,
- bagatelizowania lub pomijania problemu,
- sprzecznania się o to, czy samobójstwo jest „dobre” czy „złe”,
- osądzania, potępiania,
- wywoływania poczucia winy,
- wciągnięcia w problem lub sprawienia, że stanie się on Twoim własnym problemem,
- proponowania nierealistycznych rozwiązań.

Nigdy:

- nie ignoruj zachowania tej osoby,
- nie obiecu całkowitej dyskrecji lub dotrzymania sekretu w odniesieniu do pomysłu odebrania sobie życia,
- nie próbuj siłą usunąć broni,
- nie zostawiaj tej osoby samej, jeśli sądzisz, że jest bezpośrednio ryzyko samobójstwa.

Bądź bezpośredni:

- zapytaj: „z kim chciałbyś się skontaktować w sprawie pomocy?”
- wesprzyj: „Z każdej sytuacji jest wyjście, pomogę Ci je znaleźć”
- oświadczyć: „Pójdę z Tobą, żeby otrzymać pomoc”.

ZACHĘCANIE DO SZUKANIA POMOCY

Uczucie braku nadziei i bezsilności często towarzyszy osobie rozważającej samobójstwo. Twoje wsparcie w budzeniu nadziei i szukaniu pomocy może oznaczać różnicę między życiem a śmiercią. Zaufaj swojemu instynktowi i działaj, kiedy sądzisz, że ktoś może popełnić samobójstwo. Porozmawiaj z tą osobą, wyjaśnij, że myśli samobójcze są normalne i uświadom jej, że pomoc jest dostępna. Poszukaj pomocy specjalisty tak szybko, jak to możliwe.

GDZIE SIĘ ZWRÓCIĆ W SYTUACJI ZAGROŻENIA SAMOBÓJSTWEM?

- Jeśli czujesz, że istnieje bezpośrednie zagrożenie popełnienia samobójstwa – zadzwoń na numer alarmowy 112, policję – 997 albo na pogotowie – 999.
- Jeśli istnieje potrzeba rozmowy, wsparcia, znalezienia rozwiązania – skorzystaj z telefonów zaufania:

CENTRUM INTERWENCJI KRYZYSOWEJ MOPR w Lublinie

Adres: PROBOSTWO 6A LUBLIN 20-089

Telefon: (81) 466-55-46v47, tel. zaufania (81)534-60-60 – czynny całą dobę

E-mail: sektretariat@cik.lublin.eu

TELEFON ZAUFANIA DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Adres: Kalinowszczyzna 84 Lublin 20-201

Telefon: 81 747 98 21 – czynny od poniedziałku do piątku w godz. 9.00-16.00

E-mail: telejan@wp.pl

TELEFON ZAUFANIA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Numer: 116 111 – czynny 7 dni w tygodniu od godziny 12.00 do 20.00

– ogólnopolski, bezpłatny i anonimowy telefon zaufania przeznaczony dla dzieci i młodzieży

TELEFON ZAUFANIA NA DEPRESJE

Numer: 116 123 – czynny od poniedziałku do piątku w godzinach od 14.00 do 22.00

– rozmowa z konsultantem jest bezpłatna, a czas rozmowy nieograniczony

ANTYDEPRESYJNY TELEFON ZAUFANIA FUNDACJI ITAKA

Numer: 22 654 40 41 – od poniedziałku do czwartku w godz. od 17.00 do 20.00

KATOLICKI TELEFON ZAUFANIA

Numer: 32 253-05-00 – całodobowo

INTERNETOWY TELEFON ZAUFANIA „ANONIMOWY PRZYJACIEL”

pomoc@telefonzaufania.org.pl

10 WRZEŚNIA obchodzimy Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom, którego celem jest zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej samobójstw i wsparcie psychologiczne dla osób, u których pojawiają się myśli samobójcze.

ZAMIAST ZAKOŃCZENIA:

Każda wspierająca, życzliwa rozmowa może uratować ludzkie życie, gdyż

n a d z i e j a p r z y c h o d z i d o c z ł o w i e k a w r a z z d r u g i m c z ł o w i e k i e m ...

Dante Alighieri

n i e **S** z c z ę ś c i e
 r o z p **A** c z
 n i e **M** o c
 s a m **O** t n o ś ć
 B r a k n a d z i e i
 Ó l
 b r a k w y **J** ś c i a
 d e p r e **S** j a
 u c i e c z k a **T** r a t a k o n t r o l
 W a l k o h o l
 O ź e g n a n i e
 M i e r ć

 w y **S** ł u c h a j
 p o **T** r a k t u j s e r i o
 d z **O** w o Ń 1 1 2
 w s **P** i e r a j

Opracowanie merytoryczne informatora:

dr hab. n. med. Hanna Karakuła - członkini Miejskiego Zespołu Koordynującego do spraw opracowania i koordynacji „Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego”