

SAMOBÓJSTWA DZIECI I MŁODZIEŻY JAKO CHOROBA SPOŁECZNA

*Stoję nad przepaścią mojego życia
Jest cicho, głucho, samotnie
Nikogo tu ze mną nie ma
Nikt nie usiłuje mnie zatrzymać
Nikogo nie obchodzi, nikt się mną nie interesuje
Teraz mam 14 lat
I jestem naprawdę martwa*

Wiersz 14-letniej pacjentki hospitalizowanej
psychiatrycznie z powodu depresji¹

Streszczenie: Artykuł zawiera próbę zdefiniowania zjawiska oraz omówienie specyfiki samobójstw dzieci i młodzieży. Problem samobójstw wśród dzieci i młodzieży autorkę, jako psychopedagoga, interesuje szczególnie, co jest podkreślone w niniejszej pracy. Zapobieganie samobójstwom i programy zapobiegania - SUPRE, zapoczątkowane w 1999 roku przez WHO, są adresowane do następujących grup społecznych: pracowników służby zdrowia, nauczycieli i pedagogów, organizacji społecznych, rządów, legislatorów, osób zajmujących się zawodowo środkami przekazu, a także rodziców i społeczności.

W artykule autorka wykorzystwała również dane z interesujących badań studentki W. Jagstym, zawarte w jej pracy magisterskiej „Samobójstwa dzieci i młodzieży w okresie adolescencji”.

Rozmowa autorki z prof. zw. dr. hab. Brunonem Hołystem, która dotyczy aktualnych działań podejmowanych w naszym kraju przez Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, powołane w 2002 roku, pozwala nakreślić również współczesny obraz profilaktyki w tym zakresie.

Słowa kluczowe: suicydologia, samobójstwo, autodestrukcja(samoagresja), próba samobójcza, patologia społeczna, choroba społeczna.

¹ E. Sulska, A. Sumiła, *Zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży hospitalizowanych psychiatrycznie*, [w:] *Psychopatologia okresu dorastania*, [red.] W. Radziwiłłowicz, A. Sumiła, Kraków 2006, s. 200.

Próba zdefiniowania zjawiska. Samobójstwo jako zjawisko społeczne. Terminologia

Klasyczna definicja samobójstwa określa jego mianem wszystkie przypadki śmierci stanowiące bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego działania jego ofiary.

Jednym z klasyków współczesnej wiedzy o samobójstwie jest Emil Durkheim, który opublikowaną na początku XX wieku (1930) książkę „Le suicide” w całości poświęcił temu problemowi. Definicja tego autora jest też jedną z częściej cytowanych. Jego zdaniem samobójstwem jest „każdy przypadek śmierci będący wynikiem bezpośredniego lub pośredniego negatywnego lub pozytywnego działania, wykonanego przez samą ofiarę, która wie, jaki będzie rezultat tego działania”².

Ta bardzo pojemna definicja (obejmuje szeroką skalę zachowań, m.in. czyny heroiczne) powoduje, że ma ona pewne wady, np. nie uwzględnia motywów samobójczego działania, czy też nie wyklucza zachowań autodestrukcyjnych, które nie są podejmowane z zamiarem samozniszczenia, np. ryzykowne sporty, uzależnienia.

Podobnie nieprecyzyjne są definicje, które samobójstwo traktują, z jednej strony, jako przejaw zaburzenia świadomości lub, z drugiej strony, jako wynik determinacji wewnętrznej, pozbawionej wszelkich wątpliwości³.

Tymczasem badania w grupie osób, które podejmowały w przeszłości próby samobójcze pokazują, że często samobójcy do końca mają wewnętrzną wątpliwość co do słuszności swojego kroku.

Samobójstwo jawi się więc jako problem złożony zarówno w swoich motywach, działaniu, jak i antycypacji skutków. Złożoność tę potwierdza Brunon Hołyst zwracając uwagę, że „samobójstwo było kulturową formą rozwiązywania problemów życiowych wedle nakazów zewnętrznych, [...] społeczną formą wyłączenia się z obiegu świadczeń [...], formą psychicznej dezakceptacji określonej formy życia [...], biologiczną formą ucieczki przed bólem, ideologiczną formą buntu wobec nieuchronności śmierci, którą można uczynić aktem wyboru czasu, miejsca i sposobu odejścia ze świata żywych”⁴.

W literaturze podaje się kilka zbliżonych definicji zachowań samobójczych. Według Agnieszki Gmitrowicz⁵, samobójstwo to przemyślane, zamierzone działanie zagrażające życiu, podjęte samodzielnie, którego następstwem jest śmierć.

Samobójstwo jest wyrazem szczególnie nasilonej agresji. Jeśli nawet agresja jest kierowana ku sobie, to należy ją traktować także jako agresję wobec otoczenia.

² E. Durkheim, *Samobójstwo*, [w:] A. Sulek, *Logika analizy socjologicznej, wybór tekstów*, Warszawa 1979.

³ B. Hołyst, *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, Warszawa 1983.

⁴ B. Hołyst, *Na granicy życia i śmierci*, Warszawa 1996.

⁵ A. Gmitrowicz, *Zachowania samobójcze dzieci i młodzieży*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży” 2001, nr 1.

Adler definiował samobójstwo jako relację zemsty, która dotyka wprawdzie nas samych, ale jednocześnie na zawsze obarcza wyrzutami sumienia innych⁶.

Samobójstwo i zabójstwo traktować można jako rodzaj śmierci gwałtownej. Jest to jednak termin wieloznaczny. W pierwszym semantycznym odczuciu „śmierć gwałtowną” – pisze B. Hołyst – uznać by można za przeciwieństwo „śmierci naturalnej” będącej skutkiem choroby lub biologicznych zmian starczych. Już bowiem w XVIII w. pisano: „Rozstajemy się z życiem, wchodząc jedną z trzech bram: pierwsza o olbrzymiej szerokości, to brama chorób, druga, skromniejszych rozmiarów, to brama starości, trzecia, pogrążona w mroku, zbroczona krwią i rozwierająca się każdego dnia coraz bardziej, to brama śmierci gwałtownych, a przede wszystkim samobójstwa”⁷.

W tym miejscu przypomnę, że samobójstwo jako zjawisko społeczne było i jest uważane za wskaźnik społecznej dezintegracji. Im społeczeństwo spójniejsze, bardziej zwarte, tym niższe wskaźniki samobójstw. Wspecjalizowane mechanizmy integracyjne są tu przede wszystkim mechanizmami kontroli społecznej, a o ich osłabieniu świadczy nasilenie zachowań dewiacyjnych, zwłaszcza autodestrukcyjnych. To ostatnie jest zatem sygnałem konieczności podejmowania określonych działań społecznych, powtarzających rozkładowe tendencje zachowań dewiacyjnych.

W każdym społeczeństwie mamy do czynienia z zachowaniami dewiacyjnymi i z ludźmi będącymi w kolizji z normami życia społecznego. Zachowania dewiacyjne są wspólnym określeniem dla różnorodnych typów dewiacji jednostkowych, grupowych czy instytucjonalnych. W skład ich wchodzi: zachowania przestępcze, autodestrukcyjne, dewiacyjne zachowania seksualne i inne postacie zachowań uważane za patologiczne, a także kwestie patologii instytucji, organizacji i różnego typu przejawy zakłóceń systemowych.

Współcześnie zjawiska patologii społecznej mają związek z procesami politycznymi, gospodarczymi i społecznymi. Zasadniczo przemiany polityczne, ekonomiczne, społeczne, kulturowe dokonane i dokonujące się w Polsce i na świecie – mają historyczne, przełomowe znaczenie dla przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. W globalny awans społeczeństwa zostały wplecione losy jednostek i grup społecznych stanowiąc odbicie złożoności przemian doby transformacji. Tym przemianom towarzyszy wiele niekorzystnych relacji społecznych. Nasilenie dewiacyjnych zachowań można sprowadzić do trzech kategorii uwarunkowań szeroko omawianych w literaturze przedmiotowej:

- osłabienie więzi społecznych,
- osłabienie mechanizmów kontroli społecznej,
- wzrost napięcia między aspiracjami i możliwościami ich realizacji (duża rozpiętość między najniższymi i najwyższymi szczeblami drabiny społecznej),

⁶ E. Ringel, *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Szczecin 1993.

⁷ B. Hołyst, *Struktura i dynamika samobójstw w Polsce*, „Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne” 1977, nr 7.

- ukształtowanie się pewnych norm obyczajowych określonych grup i środowisk społecznych z systemu wartości społecznie akceptowanych (przykład – swoiste subkultury dewiacyjne).

Sprzeczności i sytuacje konfliktowe są nie do uniknięcia w procesie przekształcenia subkultury społecznej nawet w realizacji przedsięwzięć bezspornych i leżących w interesie wszystkich grup społecznych. Niestety nie oznacza to, że polityka państwa radzi sobie ze zmniejszeniem dysproporcji w zaspakajaniu określonych potrzeb społecznych, a proces wyrównywania tych dysproporcji przebiega bez zakłóceń. Zależy on w znacznej mierze od zachowań ludzkich, od właściwego funkcjonowania odpowiednich osób czy instytucji. Jest zatem (i to niemała) kategoria osób, u których poczucie degradacji jest szczególnie trudne do zniesienia w porównaniu z awansem (lub stabilizacją pozycji) wszystkich innych, porównywalnych kategorii grup społecznych. W szczególnie trudnej sytuacji są młodzi ludzie, którym się nie powiodło, ponieważ znajdują się w sytuacji trudnego do rozwiązania konfliktu z jednej strony (społeczeństwo wytwarza w nich napięcie motywacyjne o dużym natężeniu), z drugiej zaś strony, społeczeństwo wytwarza w nich napięcie motywacyjne o dużym natężeniu, a oni nie czują się przygotowani do tego, aby o własnych siłach osiągnąć wartości, pozwalające na redukcję tego napięcia. Przywołując te właśnie wspólne, humanistyczne wartości społeczne, przejdę do rozważań problemu z nieco innego punktu widzenia. **ŻYCIE!**

Życie jest wartością najcenniejszą, najbardziej chronioną, **ŚMIERĆ** jest jego przeciwieństwem. Nawet niebezpośredni kontakt z nią przeraża. W naszym systemie kulturowym jest ona tematem tabu. Śmierć jest najpotężniejszym regulatorem spraw ludzkich, działa na naszą wyobraźnię, śmierć innych wpływa na ukształtowanie się naszych aspiracji, klęsk, nadziei.

Cień śmierci jest w naszym życiu wszechobecny, życie zawiera zatem również elementy śmierci. Jan Szczepański w książce „Sprawy ludzkie” pisze: „Od dzieciństwa wrostamy w lęku przed śmiercią. Nigdy nie doświadczamy jej bezpośrednio, bo, jak pisał Epikur, póki jesteśmy, nie ma śmierci, gdy jest śmierć, nie ma nas – lecz tylko doświadczamy reakcji innych na śmierć, a ta zawsze jest rozpaczą, smutkiem, płaczem [...] To wyobrażenie o śmierci jako o ostatecznej przegranej, ostatecznej klęsce, gruntuje w nas życie codzienne, wiedza praktyczna, medycyna i pisana historia [...] Śmierć dlatego jest klęską, nieszczęściem, ponieważ jest ostateczną rezygnacją ze wszystkich wartości, jakie wiążemy z faktem funkcjonowania organizmu i umysłu. Miara śmierci jako nieszczęścia jest odwrotnością miary życia samego w sobie”⁸.

Jakże ciężkie musi być do zniesienia życie, jak beznadziejna wydaje się dalsza wegetacja, skoro człowiek wybiera śmierć właśnie. Śmierć, która ma być ukojeniem, kresem cierpień, kresem aspiracji, dążeń, nadziei. Jak to jest? Z jakimi problemami musimy się zetknąć, jak głęboko je przeżyć, zanim zamkniemy drzwi otwierające

⁸ J. Szczepański, *Sprawy ludzkie*, Warszawa 1978.

się tylko w jedną stronę. Czy decyzja o odebraniu sobie życia rodzi się nagle, czy też przeciwnie, narasta tygodniami, miesiącami, latami? Badacze zjawiska wskazują, że powszechniejsza jest ta druga ewentualność. Jan Szczepański pisze: „Umieranie ma swoje wymiary filozoficzne, psychiczne i społeczne [...] Nadzieja i złudzenie utrzymują nas w przekonaniu, że jeszcze tyle rzeczy przed nami. Nadzieja i złudzenie ratują samopoczucie i ułatwiają rezygnację zasłaniając jej prawdziwe oblicze jako posłańca śmierci”.

Na zakończenie tej części rozważań warto zapewne dodać, że prezentowane treści rozpatrują samobójstwo jako fenomen społeczny: jeden z typu zachowań dewiacyjnych, które można i należy wyjaśniać na gruncie teorii socjologicznych. Chodzi tu zarówno o samobójstwo jako wskaźnik dezintegracji społecznej, jak też o społeczne uwarunkowania zachowań dewiacyjnych, ich udziału i miejsca w strukturze społecznej, itp. Ponieważ skutki samobójstwa mają charakter społeczny – samobójstwo zaliczamy do patologii społecznej – określamy jako chorobę społeczną.

Mając na uwadze złożoność problematyki definicyjnej dla dalszych rozważań w niniejszym artykule, samobójstwem będę nazywać takie świadome zachowanie jednostki, którego przynajmniej jednym z bezpośrednich celów jest pozbawienie siebie życia.

Kiedy bliżej przyjrzymy się zachowaniom suicydalnym często okazuje się, że w większości aktów samobójczych (56%) motywem jest pragnienie samozagłady, około 13% ma charakter manipulacyjny, a w około 30% oba te motywy przeplatają się⁹.

Termin „zachowania suicydalne” to inaczej „zachowania samobójcze”, obejmujące myśli samobójcze, zamierzone samouszkodzenia, groźby, próby samobójcze, a także samobójstwo dokonane.

Skala i przejawy samobójstw wśród dzieci i młodzieży

Niewiele wiemy o indywidualnych motywacjach zachowań autodestrukcyjnych. Wiemy natomiast, kto popełnia samobójstwo, jaki jest udział warstw, grup społecznych, zawodowych w strukturze zgonów ludności Polski (ok. 4 500 udanych samobójstw rocznie, w roku 2011 ogółem było zamachów samobójczych 5 124, w tym dokonanych 3 839)¹⁰. Samobójstwo jako przyczyna zgonu jest – w przeliczeniu na współczynniki – równie częsta jak śmierć w wypadkach drogowych. Jest wreszcie pewna dodatkowa okoliczność wymagająca rzucenia światła na samoniszczenie. To społeczno-demograficzna struktura tego zjawiska. Jako psychopedagoga szczególnie interesują mnie dzieci i młodzież usiłujący popełnić i skutecznie popełniający samobójstwa.

⁹ M. Seligman, E. F. Walker, D. Z. Rossenhan, *Psychopatologia*, Poznań 2001.

¹⁰ GUS, *Rocznik Statystyczny 2012*, Warszawa 2012, s. 205.

Wśród dzieci do 12 roku życia niewiele jest śmierci samobójczych. Jednym z wyjaśnień może być to, że dzieci nie mają poczucia własnej śmiertelności. Pojęcie śmierci rozwija się pod koniec dorastania, kiedy dziecko staje się zdolne, by intelektualnie przyswoić fizjologiczne, metafizyczne, a także biologiczne aspekty śmierci.

Samobójstwa – rzadkie wśród dzieci i w okresie wczesnej adolescencji – stają się bardziej rozpowszechnione wśród młodzieży.

W 2003 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opublikowała raport „Zapobieganie samobójstwom: poradnik dla pracowników mediów”, w którym ukazuje, jak śmiercionośny wpływ na los młodych ludzi mają niewłaściwe informacje o samobójstwach. David P. Phillips w książce: „Samobójstwa i media” podał, że istnieje ścisły związek między wzrostem incydentalnych aktów a medialnymi doniesieniami o samobójstwach, w których są podawane opisy, przyczyny samego aktu odebrania sobie życia, w których posługuje się stereotypami religijnymi, przypisuje komuś winę oraz, przede wszystkim, przedstawia się samobójstwa jako metodę radzenia sobie z problemami i robi się z tego sensację.

Polskie media wspólnie z politykami złamały wszystkie przykazania WHO, bez opamiętania żerując na śmierci dziewczynki z Gdańska w roku 2006. Z wydarzenia zrobiono strategię, która pokazała, jak źle kształcimy młodzież i jak trzeba pilnie reformować oświatę w tym (i nie tylko) względzie. Sejm uczcił śmierć dziewczynki minutą ciszy, a politycy gnali na Wybrzeże, aby w świetle jupiterów wygłaszać kondolencje.

Alfred North Whitehead powiedział, że cywilizacja rozwija się poprzez wzrost liczby operacji, które możemy wykorzystać bez myślenia o innych. Ta myśl jest podstawą zrozumienia reguł wywierania wpływu na ludzi. W tym wypadku reguła społecznego dowodu słuszności zadziałała, a efekty rozgłosu były tragiczne. Na przełomie października i listopada 2006 r. na 12 prób samobójczych 9 zakończyło się zgonem. W ciągu 10 dni od śmierci Ani z Gdańska (20.10.2006 r.) policyjne notowania samobójstw podskoczyły siedmiokrotnie, nie zauważone już przez polityków z politycznych przyczyn. Minister oświaty nie mógł nie skorzystać z pretekstu do wdrożenia nie opartych na zasadach wypracowanych przez ludzi nauki i praktyków: psychologów, pedagogów i socjologów – reform w systemie edukacji, które tylko spowodują polaryzację środowiska uczniowskiego dokonując trwałego podziału na „uczniowskie rasy” – gorszą i lepszą. Minister domagał się w szkołach sporządzania list dziewcząt będących w ciąży, rzekomo w celu niesienia im pomocy ze strony władz oświatowych (moim zdaniem dyskryminujących te dziewczęta jako uczennice), oraz wprowadzenia do szkół „trójek” z prokuratorem na czele¹¹.

W Polsce w latach 2001–2007 liczba zgonów samobójczych w grupie wiekowej 10–19 lat wynosiła przeciętnie 300–330 rocznie, przy czym – według danych

¹¹ Z opracowanego przez autorkę referatu „Osobowość nauczyciela – wychowawcy w kształtowaniu zdrowia psychicznego młodzieży w dzisiejszej rzeczywistości”, Pułtusk 2007, konferencja nt. „Człowiek w sieci zniewolonych dróg”.

Głównego Urzędu Statystycznego – wśród dzieci w wieku 10–14 lat notuje się rocznie 30 do 50 zgonów. Najwyższy współczynnik samobójstwa dotyczy populacji osób w wieku 19–23 lata. Według Rocznika Statystycznego z roku 2012 dane dotyczące nieletnich są następujące: samobójcy w wieku 14 lat i mniej w roku 2011 to 42 osoby, w wieku 15–19 lat – 284 osoby, w wieku 20–29 lat – 911 osób. Są to zamachy samobójcze zarejestrowane przez policję. Statystyki te mogą być zaniżone (inne źródła podają wyższe dane dotyczące samobójstw dzieci i młodzieży).

Samobójstwo u dzieci poniżej 10 roku życia zdarza się rzadko, chociaż w tej grupie wiekowej spotyka się również myśli samobójcze. Anita Młodożeniec i Jarosław Janiak podkreślają, że występowanie myśli samobójczych przed okresem dojrzewania koreluje z późniejszymi próbami samobójczymi. Częściej niż u dorosłych, u młodzieży dochodzi do ponawiania prób samobójczych. Około 10% młodzieży powtarza próbę samobójczą w przeciągu roku¹².

W statystyce samobójstw uwagę zwraca zróżnicowanie danych nie tylko ze względu na wiek, ale także na płeć. Z badań przeprowadzonych przez WHO wynika, że w większości krajów częściej samobójstwo popełniają mężczyźni niż kobiety. Na 100 tys. osób samobójstwo popełnia 0,5 dziewcząt i 0,9 chłopców w wieku 5–14 lat. Dla przedziału wiekowego 15–24 lata liczby te wynoszą odpowiednio 12,0 i 14,2. Polska znajduje się na środkowym miejscu między krajami o najwyższym i najniższym wskaźniku samobójstw. Należy podkreślić, że po 1990 roku odnotowano ich wzrost – w latach 1990–2010 z 1,27 tys. do 1,68 tys.

Ewa Sulska podkreśla jednak, że rzeczywista liczba zamachów samobójczych trudna jest do precyzyjnego oszacowania, przede wszystkim ze względu na ukrywanie tego faktu przez osoby podejmujące próbę samobójczą oraz ich bliskich¹³.

Można przyjąć, że samobójstwa są ważnym problemem społecznym, wykazują tendencję wzrostową, a wiek młodzieńczy należy uznać za okres, w którym istnieje znaczne ryzyko podjęcia zamachu samobójczego.

Specyfika samobójstw młodzieży w okresie adolescencji

Młodzież często nie radzi sobie z wyzwaniami i codziennymi problemami, co wiąże się ze wzrostem liczby samobójstw w tej grupie wiekowej. Obecnie badacze przedmiotu z wielu krajów świata uznają młodzież za najbardziej zagrożoną samobójstwem. Badacze wyjaśniają większą częstotliwość prób samobójczych w populacji młodych ludzi instrumentalnym charakterem autoagresji. Zgodnie ze statystykami, chłopcy są bardziej narażeni na ryzyko udanego samobójstwa, dziewczęta zaś częściej uciekają się do prób samobójczych.

¹² A. Młodożeniec, J. Janiak, *Uwarunkowania zachowań samobójczych u dzieci i młodzieży*, cz. 2, „Remedium” 2009, nr 7–8.

¹³ E. Sulska, A. Sumiła, dz. cyt.

Berman i Jobs wyłonili grupy młodzieży obciążone ryzykiem samobójstwa. Są to: dorastający w depresji, uzależnieni od środków odurzających, jednostki o cechach osobowości z pogranicza, jednostki antyspołeczne lub zdradzające zaburzenia zachowania, osoby izolowane, żyjące na uboczu grupy rówieśniczej, osoby psychotyczne, mające halucynacje lub ataki paniki, dorastający w czasie trwania kryzysu psychologicznego, u którego do sytuacji stresowej doprowadza jego własna impulsywność i irracjonalność¹⁴.

Zaburzenia depresyjne występują u 49%–64% młodocianych ofiar samobójstw, stanowiąc czynnik najbardziej sprzyjający tym zachowaniom. U nastoletnich samobójców często wskazywano na współwystępowanie zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych oraz związanych z nadużyciem substancji psychoaktywnych.

Do samobójstwa może pchnąć młodego człowieka samobójstwo bliskiej osoby. Zwłaszcza wśród osób młodych może mieć miejsce naśladowanie samobójstwa, np. na wieść o samobójstwie jakiejś bliskiej osoby, kolegów czy sławnych osób.

Motywy czynu samobójczego młodzieży jest częściej „wołanie o pomoc”, pragnienie zwrócenia na siebie uwagi otoczenia, aniżeli rzeczywiste pragnienie śmierci. Zamach samobójczy młodego człowieka można traktować jako apel mający na celu zasygnalizowanie nieradzenia sobie oraz wywołanie reakcji osób znaczących dla niego.

Do zachowań samobójczych popycha młodych ludzi niska samoocena, poczucie braku sensu życia, braku wpływu na swoją sytuację. Samobójstwo jest często postrzegane przez nastolatków jako jedyne rozwiązanie trudności wynikających ze straty lub konfliktu.

Wśród psychologicznych uwarunkowań czynów samobójczych często wyróżnia się kryzys adolescencyjny. Stanowi on istotne podłoże, tło rozwijania się auto-destrukcyjnych zachowań. Sprzyjającym czynnikiem wyzwalającym zachowania suicydalne są skutki przemian emocjonalnych, czyli niepokój uczuciowy, skrajne wahania nastroju, niestabilność obrazu siebie. Jak stwierdza Małgorzata Jędrzejewska, „w takiej sytuacji wystarczy czasem drobne niepowodzenie, aby pojawiło się uczucie bezwartościowości, lęk przed przyszłością, i co za tym idzie, poszukiwanie natychmiastowego rozwiązania trudności, między innymi poprzez próbę samobójczą”¹⁵.

Dojrzewanie jest okresem, w którym młody człowiek często nie potrafi poradzić sobie z szybko zmieniającymi się stanami emocjonalnymi. Samobójstwu towarzyszą takie emocje, jak: wściekłość, poczucie beznadziejności, rozpacz i desperacji oraz poczucie winy. Młodzież dokonująca „zamachów samobójczych” przeżywa konflikty w wielu sferach życiowych, a – co ważniejsze – sfery te oraz występujące w nich zaburzenia są ściśle powiązane. Napięcia odczuwane w związku z tym są uogólnione, przenoszone na nowe sfery, co powoduje powstawanie ura-

¹⁴ B. Pilecka, *Wybrane problemy samobójstw młodzieży*, Lublin 1995.

¹⁵ M. Jędrzejewska, *Samobójstwa młodzieży – próba zestawienia przyczyn*, „Pedagogika Społeczna” 2002, nr 4.

zów i niemożność poradzenia sobie z innymi dziedzinami życia [...]. Wiele osób, przedstawiając przyczyny próby samobójczej czy takich zamiarów, mówi o poczuciu narastania problemów i kumulowania się negatywnych ocen sytuacji życiowej. Bezpośrednia przyczyna jest jedynie przepełnieniem się «czary goryczy»¹⁶.

Proces suicydalny często zaczyna się bardzo wcześnie i wiąże się z postrzeganiem dziecka jako „trudnego”. W okresie dojrzewania hamowane mogą być jego procesy separacyjne lub rodzina może uważać go wręcz za niepotrzebnego. Bywa, że przed nastolatkiem stawiane są nierealne oczekiwania. Istotne jest również postrzeganie nastolatka jako złego, zaś jego zachowań jako umyślnych i robionych na złość rodzinie. W takiej sytuacji czynnikami wyzwalającymi zachowania samobójcze mogą być stresujące wydarzenia życiowe, jak np. konflikty interpersonalne, upokarzające, poniżające doświadczenia, problemy w szkole, konflikty z prawem, przeprowadzki i wiążące się z tym trudności przystosowania do nowych miejsc.

Badacze starający się wyjaśniać wzrost liczby samobójstw młodzieży w grupie wiekowej 15–19 lat zwracają uwagę na mniejszą rolę takich systemów wspierających jak rodzina i szkoła (separacja i indywidualizacja w okresie dojrzewania i późnego dojrzewania), oraz czynniki rozwojowe w postaci gwałtownych zmian psychicznych i biologicznych. Są to czynniki powodujące zmniejszenie odporności na stres, a co za tym idzie, zwiększenie podatności na zranienia. Poza tym notuje się wyższe wskaźniki zaburzeń psychicznych w tym wieku. To przede wszystkim wynik wzrastającej liczby depresji oraz nadużywania środków psychoaktywnych, które są dobrze znanymi czynnikami ryzyka w samobójstwach młodzieży, a także nieprawidłowe relacje z otoczeniem (wzrost liczby dzieci i młodzieży z zaburzonymi zachowaniami i społecznie niedostosowanych), brak skutecznych mechanizmów radzenia sobie oraz pojawianie się wyuczonej bezradności w reakcji na nieprzychylnie wydarzenia życiowe¹⁷. Typowe reakcje to rezygnacja z osiągnięcia celu oraz zachowania o charakterze ucieczki, wycofanie się z sytuacji trudnej.

Adolescencja to czas, w którym młody człowiek nie umie poradzić sobie z szybko zmieniającymi się stanami emocjonalnymi. I tu do emocji, które towarzyszą samobójstwu, zaliczamy¹⁸:

- poczucie bezradności,
- poczucie rozpaczy,
- poczucie wściekłości,
- poczucie winy,
- depresja.

¹⁶ A. Sulska, A. Sumiła, dz. cyt.

¹⁷ Z badań autorki: obecnie w okresie adolescencji jest 30% młodzieży z zachowaniami zaburzonymi i społecznie niedostosowanych, podczas kiedy w latach 70. XX wieku było od 7% do 17% (zależnie od środowisk instytucji wychowawczych).

¹⁸ I. Namysłowska, *Samobójstwa wśród młodzieży*, „Medipress. Psychiatria. Neurologia” 1998, nr 2(3).

W ostatniej dekadzie obserwuje się wzrost liczby samobójstw u młodzieży w większości krajów Europy, Nowej Zelandii i Australii. Wskaźnik wzrostu dotyczy głównie młodzieży męskiej (wybierają oni metody skuteczniejsze, a więc mają silniejsze intencje śmierci), natomiast wśród dziewcząt obserwuje się zwiększoną liczbę prób samobójczych.

Czynniki związane z zachowaniami samobójczymi dzieci i młodzieży

W literaturze przedmiotowej wśród czynników związanych z zachowaniami samobójczymi wyróżnia się trudną sytuację rodzinną (choroby psychiczne członków rodziny, zaniedbanie, przemoc, nałogi), społeczną izolację, choroby psychiczne i somatyczne, stresujące wydarzenia i życiowe przeciwności.

Szczególnie ważne w okresie rozwoju są wpływy środowiskowe. Im dziecko starsze, tym w większej mierze staje się obserwatorem, niekiedy świadkiem, a nie-raz także obiektem różnych kulturowych i cywilizacyjnych wynaturzeń. Przenikając do psychiki dziecka, czy młodego człowieka, budują w nim przekonania składające się na „syndrom podłego świata” – świat zagrażający i krzywdzący¹⁹.

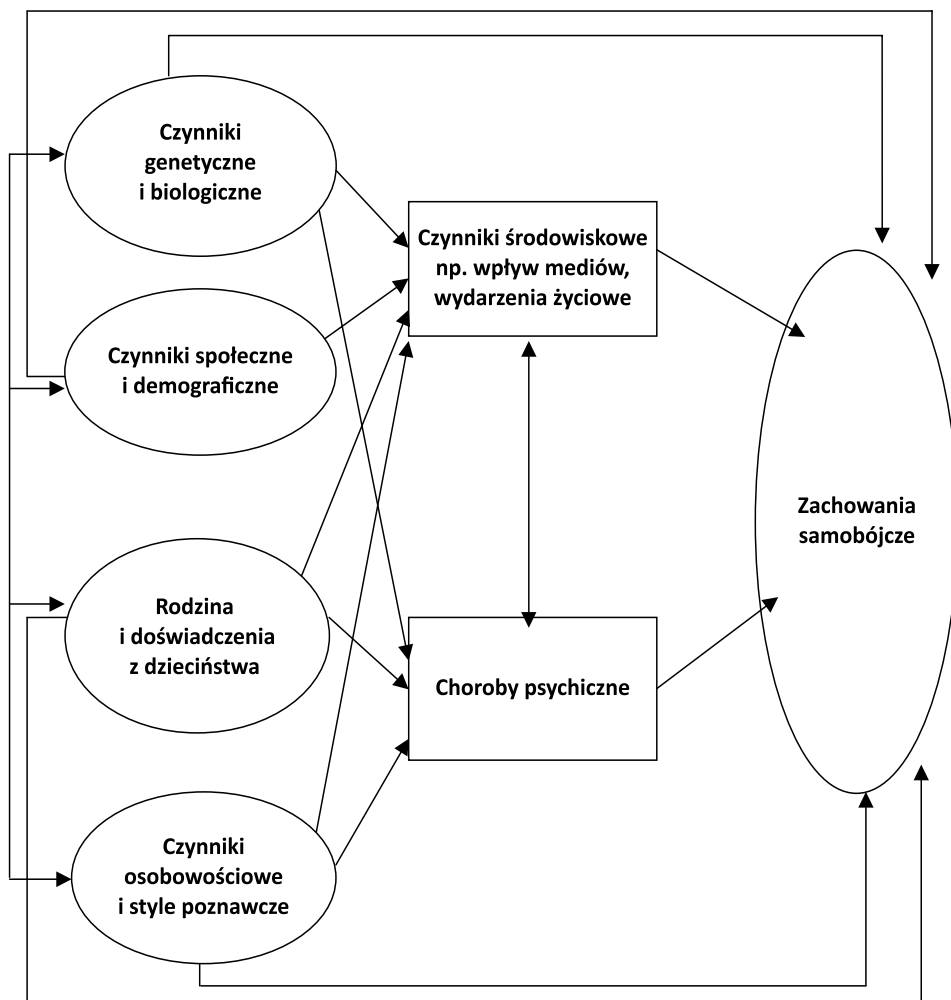
Wśród niekorzystnych sytuacji społecznych związanych z zachowaniem samobójczymi wyróżnia się:

- a) Niski statut socjoekonomiczny, w tym: niskie wykształcenie, niskie dochody, ubóstwo.
- b) Czynniki rodzinne: separacja rodziców, rozwód, ponowne małżeństwo, choroby psychiczne, uzależnienia, konflikty rodzinne, zachowania samobójcze, skrajnie niskie lub wysokie oczekiwania rodziców, upośledzenie relacji rodzic – dziecko, nadmierna kontrola ze strony rodziców, molestowanie seksualne.
- c) Rozwój osobowości z podatnością na późniejszą psychopatologię: niski poziom wartości, introwersja, neurotyzm, impulsywność, pasywność, zaleźność, stany lękowe, niedostosowanie społeczne.

W badaniach Agnieszki Gmitrowicz i Lecha Dubla z 2001 roku badani uczniowie jako najczęstszy motyw psychologiczny podawali brak sensu życia (47,6%), kłopoty w szkole (30%), trudną sytuacją rodzinną (24,9%), stratę kogoś bliskiego (22,9%) oraz fascynację śmiercią (19,0%).

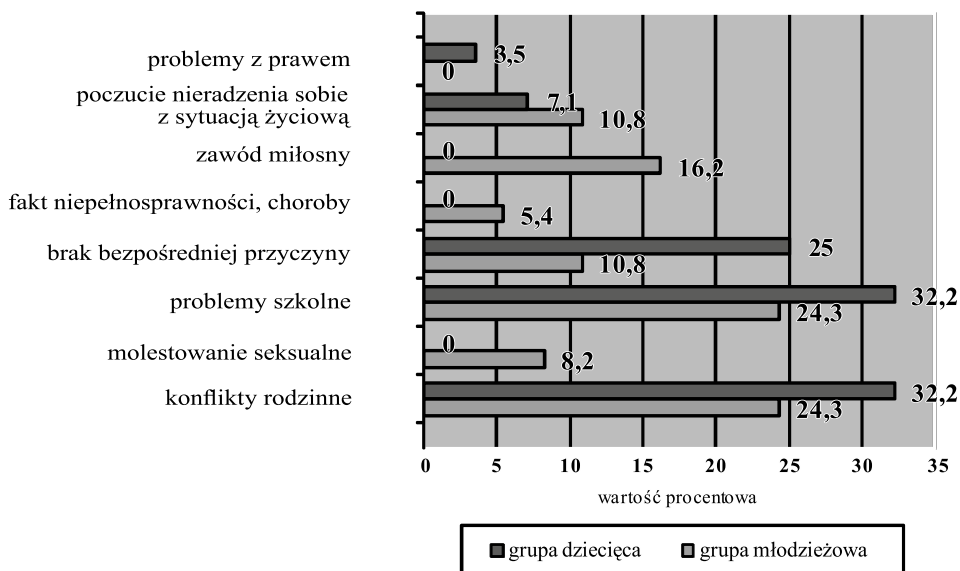
¹⁹ Z. Obuchowska, *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży - wybrane zagadnienia*, [w:] *Psychologia kliniczna*, [red.] H. Sęk, Warszawa 2006.

SCHEMAT 1. Czynniki związane z zachowaniami samobójczymi



Do czynników związanych z zachowaniami samobójczymi zalicza się także jakość relacji interpersonalnych oraz konflikty wewnątrzpsychiczne. Adolescenci, którzy wskazywali na chęć śmierci jako przyczynę próby samobójczej, częściej wykazywali poczucie beznadziejności, perfekcjonizmu, depresję, ekspresję gniewu. Rzadziej są opisywane manipulacyjne przyczyny, np. przedawkowania leków lub działanie w celu ukarania innych ludzi.

WYKRES 1. Relacjonowanie bezpośrednich przyczyn podjęcia prób samobójczych.



Źródło: A. Sumiła, E. Sulska, *Zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży hospitalizowanych psychiatrycznie*, [w:] *Psychopatologia okresu dorastania*, [red.] W. Radziwiłłowicz, A. Sumiła, Kraków 2006.

Z przedstawionych powyżej badań wynika, że zarówno w grupie dziecięcej jak i młodzieżowej najczęstszymi powodami podjęcia próby samobójczej były konflikty w rodzinie i nieporozumienia w szkole. Szkoła i rodzina to dwa systemy, z którymi młody człowiek jest najsilniej związany. Wydaje się, że w świetle tych wyników jest niezbędne objęcie terapią rodzinę dzieci z trudną sytuacją w domu, a także stworzenie programów terapeutycznych w szkole.

Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży łączą się zarówno ze sferą medyczną jak i społeczną. Konflikty rodzinne i szkolne z towarzyszącymi zaburzeniami emocjonalnymi wśród młodych ludzi, związane dodatkowo z przyjmowaniem środków psychoaktywnych, zwiększają prawdopodobieństwo zachowań samobójczych w tej grupie wiekowej. Nie wolno również pomijać ich problemów rozwojowych idących w kierunku zaburzeń osobowości (zaburzenie w przystosowaniu, szczególnie widoczne właśnie w dzieciństwie).

Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży

We wrześniu 2011 roku miałam przyjemność spotkać się na rozmowie z profesorem Brunonem Hołystem. Rozmowa dotyczyła aktualnych działań podejmo-

wanych w naszym kraju przez Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, powołane w roku 2002 z profesorem Hołystem jako przewodniczącym.

Towarzystwo dedykowane ochronie życia rzeczywiście zajmuje się jego ochronieniem, stawiając sobie za cel badanie zjawiska samobójstw w Polsce i zapobieganie im, co nie jest, niestety, łatwym zadaniem.

Najnowsze badania wskazują, że zapobieganie samobójstwom jest możliwe, lecz wymaga to całej serii działań, począwszy od zapewnienia jak najlepszych warunków wychowania dzieci i młodzieży, poprzez skuteczne leczenie zaburzeń psychicznych, a skończywszy na kontrolowaniu czynników ryzyka w środowisku. Sukces programów profilaktycznych zależy przede wszystkim od odpowiedniej popularyzacji informacji na ten temat oraz pogłębienia świadomości w zakresie suicydologii.

W 1999 roku WHO rozpoczęło na całym świecie program zapobiegania samobójstwom – SUPRE. Poradniki przygotowywane w ramach SUPRE są adresowane do grup społecznych, szczególnie ważnych dla zapobiegania samobójstwom – pracowników służby zdrowia, nauczycieli, pedagogów, psychologów, organizacji społecznych, rządów, legislatorów, osób zajmujących się zawodowo środkami przekazu i egzekwowaniem prawa, a także do rodziców i społeczności.

Poradniki²⁰ te są obecnie szeroko rozpowszechniane z nadzieją, że będą tłumaczone i adaptowane do warunków miejscowych – co jest niezbędne dla ich skuteczności.

Do dnia dzisiejszego ukazały się poradniki dla funkcjonariuszy służby więziennej, pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy pierwszego kontaktu, dla zakładających grupę wsparcia dla osób po samobójstwie kogoś bliskiego, nauczycieli i innych pracowników szkolnych (nie spotkałam ich w żadnej z 5 szkół losowo wybranych z naszego województwa), pracowników mediów.

Na temat zapobiegania samobójstwom dzieci i młodzieży należałoby opracować odrębną pozycję zwartą, ponieważ ograniczone ramy niniejszego artykułu pozwalają tylko na zwrócenie szczególnej uwagi na zachowania samobójcze i ich skutki społeczne.

Zanim dojdzie do aktu samobójczego, konieczna jest diagnoza – rozpoznanie dzieci i młodzieży w złym stanie emocjonalnym i/lub takich, u których zwiększone jest ryzyko samobójstwa. Aby osiągnąć ten cel, należy szczególnie skupić się na sytuacji personelu szkoły oraz uczniów, których ten problem dotyczy. Wielu ekspertów zgadza się co do tego, że przekazywanie młodym ludziom w nauczaniu treści odnoszących się wprost do samobójstwa nie jest rozsądne. Zalecają natomiast, aby kwestie samobójstwa zastąpić podejściem pozytywnym i zająć się zdrowiem psychicznym:

Po pierwsze: sprawą zasadniczą jest zapewnienie dobrostanu i równowagi psychicznej nauczycieli i innych członków personelu szkolnego.

²⁰ Opracowane i wydane przez Światową Organizację Zdrowia i Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa – Warszawa 2003–2005.

Po drugie: wzmocnienie poczucia własnej wartości uczniów. Nie należy zapominać, że osiągnięcie przez dzieci i młodzież silnego poczucia własnej wartości zależy od rozwoju ich umiejętności fizycznych, społecznych, zawodowych, a także umiejętności nawiązywania prawidłowych stosunków interpersonalnych i wypracowania sobie nadającej się do zastosowania sensownej filozofii życiowej.

Po trzecie: uczenie wyrażania własnych emocji.

Po czwarte: zapobieganie tyranizowaniu i przemocy w szkole.

Po piąte: dostosowanie informacji o placówkach, w których można uzyskać pomoc.

Koleżdy szkolni, personel szkoły i rodzice powinni być odpowiednio poinformowani o samobójstwie, lub próbie samobójczej ucznia, trzeba też przepracować emocje wyzwolone przez ten akt.

Samobójstwo nie jest niepojętym gromem z jasnego nieba – uczniowie ze skłonnościami samobójczymi dają ludziom ze swojego otoczenia wystarczająco wiele sygnałów ostrzegawczych i zostawiają pole do działania. W profilaktyce samobójstw nauczyciele i inni członkowie personelu szkolnego stoją przed wyzwaniem o wielkiej wadze strategicznej, do czego muszą być właściwie przygotowani i przekonani o znaczeniu podejmowanych przez siebie zadań.

W 2013 roku, pod moim kierunkiem, Wioletta Jagustyn wykonała pracę magisterską pt. „Profilaktyka samobójstw młodzieży w wieku adolescencji”, w której ankietowani uczniowie (30 dziewcząt i 20 chłopców z klas gimnazjalnych) wskazywali na konieczność zapobiegania samobójstwom. Tylko 4 ankietowanych (chłopcy) zajęło zdecydowanie odmienne stanowisko. Badana młodzież wskazała następujące działania profilaktyczne, które powinny być prowadzone w szkole:

- należy przeprowadzać rozmowy, tłumaczyć, że samobójstwo to nie jest wyjście, że są inne wyjścia z trudnych sytuacji;
- szczerze rozmawiać z osobą skłoną popełnić samobójstwo o jej problemach i pocieszać ją;
- iść do psychologa po poradę;
- rozmawiać o wartości życia;
- starać się dotrzeć do osób samotnych, nikogo nie krytykować;
- przekonywać te osoby, że mają po co żyć i mogą jeszcze wiele osiągnąć;
- osobom podejrzanym o skłonności samobójcze powinni pomagać pedagog, psycholog i rodzice;
- rozmawiać z uczniami, organizować spotkania na ten temat okazując zrozumienie dla problemów dzieci i młodzieży;
- pokazywać inne sposoby rozwiązywania problemów;
- oferować rozmowę, pomoc i wsparcie.

Powyżej podane sposoby można podzielić na te, które skierowane są do wszystkich dzieci i młodzieży, a także te, które są adresowane do osób ze skłonnością do samobójstwa lub po próbach samobójczych.

Za podstawową formę zapobiegania samobójstwu badani uczniowie uznali rozmowę. Ponadto wskazywali na pomoc psychologiczną i pedagogiczną, spotkania z osobami po próbach samobójczych, pozytywny i życzliwy stosunek innych ludzi.

Badania wykazały również, że tylko 5 badanych gimnazjalistów zetknęło się z działaniami profilaktycznymi dotyczącymi samobójstw dzieci i młodzieży. To świadczy o tym, że tego rodzaju działalność jest prawie niewidoczna. Tylko jedna osoba wskazała na działania tego rodzaju podejmowane w organizacjach pozarządowych, państwowych i kościelnych.

Generalnie jednak wśród młodzieży przeważało optymistyczne przekonanie, że można pomóc potencjalnym samobójcom, chociaż w szkolnym programie profilaktycznym nie ma obszaru poświęconego samobójstwom.

Szkoła, w której prowadzono badania, nie ma instrukcji wypracowanej przez WHO i Polskie Towarzystwo Suicydologiczne (a także pięć szkół, w których studenci na praktykach pytali o powyższą instrukcję), ani też literatury o problematyce samobójstw. Jednak po samobójstwie dziewczynki z Gdańska szkoła otrzymała z kuratorium rządowy projekt, lecz nie został on włączony do profilaktycznych działań szkoły.

Podczas godzin wychowawczych nie jest podejmowana problematyka samobójstw – chyba że wyjdzie od uczniów propozycja takiego tematu, albo zaistnieje taka potrzeba – co potwierdza kadra pedagogiczna.

Pani pedagog stwierdziła: „Jeżeli propozycja takiego tematu wyjdzie ze strony uczniów, to wtedy tak, a także jeżeli zaistnieje taka potrzeba”. Uczniowie raczej nie podejmują problematyki samobójstw. Jedynie po samobójstwie dziewczynki z Gdańska można było słyszeć jakieś ich wypowiedzi na ten temat.

Podsumowując, samobójstwa jako problem nie znajduje oddźwięku w programie szkolnej profilaktyki. To wynik badań w jednej szkole naszego województwa. Czy w innych jest inaczej? To pytanie otwarte, czekające na odpowiedź.

Polskie Towarzystwo Suicydologiczne wspólnie z Wyższą Szkołą Menadżerską w Warszawie podjęło badania dotyczące współzależności między współczynnikami samobójstw a wskaźnikami zdrowia psychicznego w latach 1978–2010.

Podstawowa metoda badania polega na badaniu w seriach czasowych (szeregach czasowych) od 1978 do 2010 roku współzależności między wielkością współczynników samobójstw w podziale na cztery zmienne (płeć, wiek, miasto – wieś i według województw) a wielkością wybranych 12 zmiennych, które są wskaźnikami stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa polskiego. Są to następujące zmienne:

1. Rozpowszechnienie rejestrowanych zaburzeń psychicznych według grup diagnoz.
2. Zachorowalność na zaburzenia psychiczne (pierwsze przyjęcia do placówek leczenia psychiatrycznego) według grup diagnoz.

3. Stopy bezrobocia (od 1990 roku).
4. Rozmiary emigracji zarobkowej.
5. Rozmiary zadłużenia ludności.
6. Liczba rozwodów i separacji.
7. Rozmiary rejestrowanej przestępczości.
8. Rozmiary orzeczonego inwalidztwa (niepełnosprawności) fizycznego, w tym kalectwa.
9. Rozmiary orzeczenia inwalidztwa (niepełnosprawności) psychicznego.
10. Rozmiary instytucjonalnej całodobowej opieki nad dziećmi i młodzieżą.
11. Rozmiary instytucjonalnej całodobowej opieki nad osobami starszymi.
12. Liczba osób (wskaźnik) w zakładach karnych – więzienia i areszty (stan na 30 czerwca każdego roku).

Podstawą i punktem wyjścia wszystkich działań prewencyjnych – stwierdza profesor B. Hołyst – są oczywiście badania i wiedza na temat rozpowszechniania i rangi społecznej oraz zdrowotnej problemu samobójstw, jego wielorakich uwarunkowań, a przede wszystkim grup wysokiego ryzyka, a także klinicznych, psychologicznych i społecznych czynników ryzyka zachowań samobójczych.

Dotychczas zgromadzono ogromną wiedzę teoretyczną i praktyczną w tej dziedzinie. Z najnowszych opracowań podręcznikowych szczególnie godne polecenia są trzy wydane w latach 2000–2005 przez renomowane na świecie wydawnictwa, dzieła zbiorowe opracowane przez zespoły najwybitniejszych badaczy w tej dziedzinie w Europie i na świecie. Są to opublikowane pod redakcją Keitha Hawtona i K. von Heringena „The international handbook of suicide and attempted suicide”, Danutę Wasserman „Suicide. An unnecessary death” i Keitha Hawtona „Prevention and treatment of suicidal behavior”. W Polsce pierwszym, jedynym i unikatowym podręcznikiem podsumowującym wiedzę suicydologiczną jest praca Brunona Hołysta z 2002 roku. Swoistą kontynuacją tego podręcznika jest wydawany od 2005 roku rocznik „Suicydologia”, do wykorzystania przez wszystkich, którzy podejmują działania w tej dziedzinie. W jaki sposób te wielkie zasoby wiedzy teoretycznej i praktycznej, które od czasu Emila Durkheima mają już ponad 100-letnią historię, można wykorzystać do konstruowania skutecznych programów i strategii zapobiegania samobójstwom?

Doświadczenia już działających w ostatnich kilkunastu latach narodowych programów i strategii, w tym najnowszy, wprowadzony we wrześniu 2005 roku w Irlandii²¹, wskazują na użyteczność wykorzystania wiedzy według czterech podstawowych dyscyplin naukowych, które w zakresie badawczym, teoretycznym i praktycznym w największym stopniu zajmują się problematyką samobójstw – socjologią, kryminologią, psychologią i psychiatrią. Każda z tych dyscyplin naukowych wypracowała zbiór koncepcji, teorii i praktycznych zaleceń w zakresie zapobiegania sa-

²¹ D. Chambers, *Podaj pomocną dłoń, Narodowa strategia działania na rzecz zapobiegania samobójstw w Irlandii*, „Suicydologia” nr 3, 2007, s. 5.

mobójstwom na podstawie zbadanych i odkrytych społecznych, psychologicznych, kryminologicznych i biologicznych (psychiatrycznych) czynników ryzyka i uwarunkowań. Ta wiedza umożliwia opracowanie odpowiednich praktycznych modeli prewencji samobójstw, czyli modeli socjologicznego, kryminologicznego, psychologicznego i psychiatrycznego. Te modele są ze sobą współzależne, komplementarne i dla skuteczności programów zapobiegawczych powinny być wykorzystywane łącznie.

W Europie w kilkunastu krajach są realizowane narodowe programy lub strategie zapobiegania samobójstwom. Jak już wiadomo, najnowszy taki program powstał w Irlandii.

Polska, niestety, nie ma dotychczas krajowego programu lub strategii zapobiegania samobójstwom, co jest dopiero planowane na przyszłość w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Odpowiedź na pytanie „Czy samobójstwom można zapobiegać?” na podstawie efektów narodowych programów lub strategii zapobiegania samobójstwom wprowadzonych w latach 90. XX wieku w Finlandii, Szwecji, Danii, Norwegii i na Węgrzech jest stosunkowo prosta. W okresie 8–10 lat w tych krajach współczynniki i liczba samobójstw zmniejszyły się o 20%–30%. Te dane są oczywistym potwierdzeniem tezy, że znacznej liczbie samobójstw można zapobiec, a także ograniczyć ich negatywne skutki społeczne i zdrowotne.

Podstawowa struktura programów i strategii zapobiegania samobójstwom składa się z zespołu działań i zadań na dwóch poziomach instytucjonalnych:

- systemu opieki zdrowotnej,
- systemu zdrowia publicznego, który obejmuje: wszystkie instytucje i sektory władz publicznych, organy bezpieczeństwa publicznego, szkoły, miejsca pracy (gospodarka), organizacje pozarządowe, religijne i inne organizacje, których jednym z zadań jest zapewnienie ochrony i promocji zdrowia obywateli²².

Prof. B. Hołyst na temat profilaktycznych funkcji suicydologii stwierdza, iż jej celem, zgodnie z dyrektywami metodologii nauk, jest realizacja wielu zadań. Za podstawowe należy uznać opis i charakterystykę zjawiska samobójstwa dokonanego na podstawie analizy obiektywnych danych. Kolejnym zadaniem jest wyjaśnienie zamachów samobójczych z uwzględnieniem różnorodnych czynników: demograficznych, gospodarczych, politycznych, społecznych, psychologicznych i biologicznych. Jednym z zadań suicydologii jest też jak najbardziej ściśle poznanie związków przyczynowych pomiędzy różnymi czynnikami a samobójstwem, które umożliwia opracowanie prognoz tego zjawiska.

Celem finalnym suicydologii jest stworzenie naukowych podstaw programów profilaktycznych, redukujących rozmiary tego niezwykle drastycznego zjawiska, szczególnie jeżeli dotyka ono dzieci i młodzież.

²² „Suicydologia” 2007, nr 3.

Nie ma prostych, pojedynczych rozwiązań tego problemu. Konieczne są wieloaspektowe, interdyscyplinarne działania, włączające przedstawicieli różnych grup zawodowych, społecznych oraz wprowadzenie zmian w polityce społecznej, zdrowotnej i edukacyjnej.

Literatura

- Bielicki R., *Dynamika, uwarunkowania, profilaktyka samobójstw w ostatnim ćwierćwieczu XX wieku w Polsce*, Dom Wydawniczy „Duet”, Toruń 2004.
- Carr A., *Depresja i próby samobójcze młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania*, GWP, Gdańsk 2004.
- Carson R., Butcher J., Mineka S., *Psychologia zaburzeń*, GWP, Gdańsk, 2003 r.
- Cekiera Cz., *Profilaktyka samobójstw*, „Zagadnienia Wychowawcze” 1983, nr 5.
- Chambers D., *Podaj pomocną dłoń, Narodowa strategia działania na rzecz zapobiegania samobójstw w Irlandii*, „Suicydologia” 2007, nr 3.
- Durkheim E., *Samobójstwo*, [w:] A. Sułek, *Logika analizy socjologicznej, wybór tekstów*, Warszawa 1979.
- Encyklopedia psychologii*, [red.] W. Szewczuk, Fundacja „Innowacja”, Warszawa 1998.
- Gmitrowicz A., *Zachowania samobójcze dzieci i młodzieży*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży” 2001, nr 1.
- Hołyst B., *Kryminologia*, wyd. IX rozsz., Wydawnictwo Prawnicze „LexisNexis”, Warszawa 2007.
- Hołyst B., *Na granicy życia i śmierci*, Iustitia, Warszawa 1996.
- Hołyst B., *Samobójstwo - przypadek czy konieczność*, PWN, Warszawa 1983.
- Hołyst B., *Struktura i dynamika samobójstw w Polsce*, „Studia Kryminologiczne, Kryminalistyczne i Penitencjarne” 1977, nr 7.
- Hołyst B., *Suicydologia*, Wydawnictwo Prawnicze „LexisNexis”, Warszawa 2002.
- James R. K., *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię*, PARP, Warszawa 2005.
- Jarosz M., *Samobójstwa. Dlaczego teraz*, WN PWN, Warszawa 2013.
- Jarosz M., *Samoniszczenie, samobójstwo, alkoholizm, narkomania*, „Ossolineum”, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk 1980.
- Jędrzejewska M., *Samobójstwa młodzieży - próba zestawienia przyczyn*, „Pedagogika Społeczna” 2002, nr 4.
- Jorstad J., *Zrozumieć siebie, zrozumieć innych*, GWP, Gdańsk 1998.
- Krysińska K., *Podstawy postwencji samobójstw w szkole*, [w:] *Zagrożenia rozwoju w okresie dorastania*, [red.] A. Brzezińska, Wydawnictwo „Humaniora”, Poznań 2003.
- Mitchel A., *Dlaczego? Samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*, Oficyna Wydawnicza „Vocatio”, Warszawa 1994.
- Młodożeniec A., Janiak J., *Uwarunkowania zachowań samobójczych u dzieci i młodzieży*, cz. 2, „Remedium” 2009, nr 7-8.
- Młodożeniec A., *Ocena klinicznych czynników samobójstwa*, „Suicydologia” 2008, nr 4.
- Namysłowska I., *Samobójstwa wśród młodzieży*, „Medipress Psychiatria - Neurologia” 1998, nr 2(3).
- Obuchowska Z., *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży - wybrane zagadnienia*, [w:] *Psychologia kliniczna*, [red.] H. Sęk, Warszawa 2006.
- Pilecka B., *Wybrane problemy samobójstw młodzieży*, „Masz Szansę”, Lublin 1995.
- Plużek Z., *Samobójstwa*, [w:] *Encyklopedia psychologii*, [red.] W. Szewczuk, Warszawa 1998.
- Problemy współczesnej patologii społecznej*, [red.] B. Urban, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998.

- Psychologia kliniczna*, [red.] H. Sęk, WN PWN, Warszawa 2006.
- Psychopatologia okresu dorastania*, [red.] W. Radziwiłłowicz, A. Sumiła, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Radziwiłłowicz W., *Sytuacje trudne i sposoby radzenia sobie z nimi przez młodzież podejmującą próbę samobójczą*, [w:] *Psychologia okresu dorastania*, [red.] W. Radziwiłłowicz, A. Sumiła, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Ringel E., *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Wydawnictwo Glob, Szczecin 1993.
- Ringel E., *Samobójstwo. Apel do innych*, „Profi”, Warszawa 1993.
- Samobójstwo*, [red.] B. Hołyst, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa 2002.
- Seligman M., Walker E. F., Rossenhan D. Z., *Psychopatologia*, Wydawnictwo „Zysk”, Poznań 2001.
- Sulska E., Sumiła A., *Zachowania samobójcze u dzieci i młodzieży hospitalizowanych psychiatrycznie*, [w:] *Psychopatologia okresu dorastania*, [red.] W. Radziwiłłowicz, A. Sumiła, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Sulek A., *Logika analizy socjologicznej, wybór tekstów*, Wydawnictwa UW, Warszawa 1979.
- Szaszkiewicz M., *Samoagresja wśród więźniów*, [w:] *Problemy współczesnej patologii społecznej*, [red.] B. Urban, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998.
- Szczepański J., *Sprawy ludzkie*, Czytelnik, Warszawa 1978.
- The international handbook of suicide and attempted suicide*, [red.] K. Hawton, K. van Heringen, John Wiley and Sons, Chichester 2000.
- Wasserman D., *Suicide. An unnecessary death*, CRC Press, London 2001.

Suicide Among Children and Adolescents as a Social Disease

Summary: This article attempts to define the phenomenon of suicide among children and adolescents and likewise discuss its peculiarities. As a psychological pedagogue the author of this paper shows a particular interest in the phenomenon of suicide among children and adolescents, as represented below. Suicide prevention and suicide prevention programmes-SUPRE- date back to 1999 and were initiated by the WHO. They address the following representatives of our society: health care workers, teachers and pedagogues, organizations of local administrations, legislators, professional advisors but include parents and the community as well.

In this paper the author refers to the revealing data collected by the University student W.Jagusta and published in her magisterial thesis „Suicide among Children and Adolescents“.

Key words: suicidology, suicide, autodestruction (autoaggression), attempted suicide, social pathology, social ailment.

