

**Dorota Pstrąg**

Uniwersytet Rzeszowski  
ORCID: 0000-0002-9371-3899

## **Spółeczno-pedagogiczne aspekty zachowań suicydalnych – symptomy, uwarunkowania, profilaktyka**

### **Social and pedagogical aspects of suicidal behavior – symptoms, determinants, prevention**

#### **Streszczenie**

Samobójstwa są problemem społecznym, który już od wieków wywołuje silne emocje. W ich wyniku ginie co roku więcej osób niż w wypadkach samochodowych. Najczęściej pozbawiają się życia dorośli mężczyźni, lecz próby samobójcze podejmowanie są stosunkowo często przez osoby do 18 roku życia. Na ogół nie mają one na celu pozbawienia się życia. W ten sposób młody człowiek manifestuje swój bunt wobec trudności życiowych lub próbuje zwrócić uwagę na swoje problemy. Zapobieganie próbom samobójczym powinno być traktowane nie tylko jako problem medyczny i psychologiczny, lecz także jako ważne zadanie wychowawcze. Szczególną rolę w profilaktyce samobójstw powinna odgrywać szkoła, która ma możliwość oddziaływania na dużą część populacji dzieci i młodzieży. W artykule przedstawiono zagadnienia dotyczące skali i dynamiki zjawiska samobójstwa, jego etiologii oraz nakreślono podstawowe kierunki działalności profilaktycznej szkoły.

**Słowa kluczowe:** samobójstwo, skala, przyczyny, profilaktyka.

#### **Abstract**

Suicide is a social problem that has been evoking strong emotions for centuries. As a result, more people die in this way every year than in car accidents. Most often, adult men deprive themselves of life, but suicide attempts are relatively often made by people up to 18 years of age. In general, they are not intended to deprive oneself of life. Thus, a young man manifests his rebellion against life's difficulties or tries to draw attention to his problems. The prevention of suicide attempts should be treated not only as a medical and psychological problem, but also as an important educational task. A special role in suicide prevention should be played by schools, which have the ability to affect a large part of the population of children and adolescents. The article presents issues related to the scale and dynamics of the phenomenon of suicide, its etiology and outlines the basic directions of preventive activity of the school.

**Key words:** suicide, scale, causes, prevention.

## Wprowadzenie

Problematyka dotycząca zamachów na własną osobę pojawia się od zarania dziejów i bez względu na kulturę, przekonania oraz stosunek do życia i śmierci wywołuje zawsze wyjątkowe emocje. Przecież zachowanie życia i zdrowia wydaje się podstawową zasadą obowiązującą nie tylko w społeczności ludzkiej, ale i w szeroko rozumianym świecie przyrody. Życie ludzkie stanowi wartość najwyższą, bo tylko ono umożliwia realizację wszystkich innych wzniosłych ideałów. Ludzie oddalają więc od siebie myśli o śmierci, boją się jej i starają za wszelką cenę unikać wszystkiego, co może ją przyspieszyć. Stąd też wszelkie świadome działania skierowane przeciwko własnej osobie, zwłaszcza te, które przyczyniają się do autodestrukcji i śmierci, budzą lęk, niezrozumienie, potępienie, a niekiedy również fascynację tym co tajemnicze, niepojęte i przerażające.

Stosunek do samobójstwa bardzo zróżnicowany w różnych kulturach zależny był od tego, jak przedstawiano sobie rolę, znaczenie i obowiązki człowieka. Począwszy od czasów starożytnych aż po współczesność rozwijały się więc dwie przeciwstawne sobie grupy koncepcji, które określić można jako liberalne i konserwatywne. Pierwsza z nich opierała się na założeniu, że życie człowieka należy tylko do niego samego. Każdy ma więc prawo decydować o tym, jak będzie ono wyglądało, a jeżeli nie spełni ono jego oczekiwań, zakończyć je na własnych warunkach. Samobójstwo traktowano więc jako przejaw wolności, prawo człowieka, sposób na uniknięcie cierpienia, hańby, bezsensownej egzystencji. Drugi nurt akcentował przede wszystkim obowiązki człowieka wobec państwa, władcy, Boga, rodziny i całej zbiorowości. Jego życie nie mogło więc należeć do niego samego, gdyż przypisywano mu z góry określony cel, a obowiązkiem jednostki była jego realizacja, nawet za cenę największego cierpienia. Samobójstwo jako ucieczkę od obowiązków, powinności, zadań i zobowiązań ciążących na człowieku traktowano zatem jako czyn głęboko niemoralny, przynoszący szkodę całej społeczności, zasługujący na potępienie i przykładowe napiętnowanie. Człowiek pozbawiający się życia uważany był za kogoś w rodzaju przestępcy lub zdrajcy, który nawet po śmierci powinien zostać jakoś ukarany. Odmawiano mu więc rytualnego pogrzebu, bezczeszczono jego zwłoki, np. poddając je egzekucji, konfiskowano majątek, zakazywano czcić pamięć zmarłego i oplakiwać go, również potomków samobójcy pozbawiono niektórych praw oraz przywilejów, a nierzadko upokarzano i stygmatyzowano całą rodzinę i tak już dostatecznie skrzywdzoną śmiercią bliskiej osoby.

Wieloletnie potępienie samobójców przez Kościół i autorytety świeckie wpłynęło niewątpliwie na postawy i opinie prezentowane współcześnie. Zdaniem Erwina Ringela<sup>1</sup> dla większości ludzi samobójstwo wiąże się nadal z silnie przeżywanym lękiem, co powoduje przyjmowanie w stosunku do niego różnych postaw określanych jako „maski”. A autor zalicza do nich:

<sup>1</sup> E. Ringel, *Nerwica a samozniszczenie*, Warszawa 1992, s. 122–123.

- postawę tabuizującą – charakteryzuje ona osoby, które wstydzą się faktu, że samobójstwo może się zdarzyć lub wręcz zdarzyło w ich rodzinie, nie chcąc się przyznać przed samym sobą, że takie napady mogą dotyczyć także ich własnej osoby. Takie osoby najczęściej wypierają ten fakt, udają przed innymi odpornych i milczą;
- nastawienie obojętne – samobójstwo jest traktowane przez takie osoby jako sprawa prywatna każdego człowieka, która ich nie obchodzi i w którą nie powinno się mieszać. Taka postawa jest wyrazem intensywnego indywidualizmu naszych czasów, ale zarazem jest znakiem zaburzeń międzyludzkich. A więc to, co bardzo często uznajemy za respektowanie intymności innych, można równocześnie uznać za przejaw obojętności wobec innych;
- nastawienie sprzyjające samobójstwu – wywodzi się z tradycji filozoficznej głoszonej między innymi przez stoików, którzy wychwalali akt samobójczy. Dziś również istnieją takie kierunki filozoficzne, które wręcz gloryfikują samobójstwo jako ostatnią pozostałą człowiekowi swobodę, jako ideał dzielności i odwagi. Pośrednio samobójstwu sprzyjają media żądne sensacji i nierozważnie dobierające słowa w przypadku sytuacji trudnych (werbalne zachęty do samobójstwa);
- potępienie samobójstwa – ta postawa wywodzi się z długoletniej karalności samobójców oraz potępienia samobójstwa przez Kościół i państwo i uznawanie go za grzech czy też przestępstwo. Takie podejście nacechowane strachem powoli zmierza ku końcowi.

Badania przeprowadzone przez Jerzego Kwaśniewskiego i Andrzeja Kojdera<sup>2</sup> wykazały, że samobójstwo uważane jest wprawdzie za zjawisko dewiacyjne, ale raczej indyferentne moralnie. Jak twierdzi Maria Jarosz<sup>3</sup>, nie jest ono ani powszechnie potępiane, ani wyraźnie akceptowane, lecz mieści się w granicach społecznej tolerancji. Nic więc dziwnego, że tak kontrowersyjne i trudne do wyjaśnienia zjawisko stało się przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych, m.in. filozofii, teologii, medycyny, psychologii, socjologii, kryminologii czy kryminalistyki, które na gruncie własnej problematyki i opierając się na typowych dla danej dziedziny założeniach metodologicznych próbują wyjaśnić fenomen zachowania suicydalnego.

### Pojęcie zachowania suicydalnego

Pojęcie „zachowania suicydalnego”, pochodzące od łacińskiego słowa *suicidium*, stało się źródłosłowem dla określenia samobójstwa w wielu językach świata i oznacza czynność autodestrukcyjną, która powoduje śmierć<sup>4</sup>. Skala zachowań suicydalnych jest

<sup>2</sup> A. Kojder, J. Kwaśniewski, *Stosunek społeczeństwa polskiego do zjawisk i zachowań dewiacyjnych* [w:] *Opinia publiczna, środki masowego przekazu a ujemne zjawiska społeczne*, red. B. Hołyst, Warszawa 1981, s. 85–106.

<sup>3</sup> M. Jarosz, *Samobójstwo*, Warszawa 1997, s. 25.

<sup>4</sup> H. Witkowska, *Samobójstwo w kulturze dzisiejszej. Lista samobójców jako gatunek wypowiedzi i fakt kulturowy*, Warszawa 2021, s. 19.

jednak zdecydowanie szersza od liczby zamachów samobójczych, które traktować należy jako najbardziej zaawansowany, skrajny przejaw autodestrukcji. Inne jej formy to samookaleczenie się, samouszkodzanie, samoniszczenie. Wbrew pozorom symptomy o charakterze suicydalnym występują prawdopodobnie dość powszechnie w populacji ludzkiej, ale tylko w nielicznych przypadkach kończą się one samobójczą śmiercią.

Jak twierdzi suicydolog E. Ringel<sup>5</sup>, niemal każdy człowiek przynajmniej raz w życiu pomyślał o samobójstwie w różnych okolicznościach życiowych. Zdaniem autora nie jest to jeszcze oznaką choroby, o ile nie tego typu myślom nie towarzyszą fantazje samobójcze oraz planowanie i wyobrażanie sobie własnego samobójstwa. Istotna jest także częstotliwość, z jaką pojawiają się te myśli.

Również polski kryminolog Brunon Hołyst<sup>6</sup> wskazuje na szeroki zakres zachowań suicydalnych i wyróżnia tzw. samobójstwo wyobrażone, upragnione, usiłowane i dokonane. Pierwsze z nich polega na wyobrażeniach dotyczących zamachu na własne życie i śmierci w jego rezultacie. Trudno określić, jak często pojawiają się u ludzi tego typu myśli samobójcze, ale prawdopodobnie dotyczą one większości populacji. Z reguły są one szybko odrzucane i nie są traktowane jako realnie uwzględniane wyjście z sytuacji. U części osób przechodzą jednak one w coraz wyraźniej akcentowane pragnienia. Samobójstwo staje się atrakcyjną alternatywą dla trudnego życia, budzi zainteresowanie, fascynację, silne pragnienie realizacji zamiaru. Nie zawsze prowadzi to do podejmowania prób samobójczych, człowiek pozostawać może na poziomie fantazji, marzeń i planów, których realizacja zostaje odłożona na nieokreśloną przyszłość. U pewnej trudnej do oszacowania liczby osób prowadzi to jednak do podjęcia próby samobójczej, czyli tzw. samobójstwa usiłowanego, które nie kończy się śmiercią ofiary. Jej przeżycie może wynikać ze szczęśliwego zbiegu okoliczności, lecz nierzadko jest ono spowodowane niezdecydowaniem sprawcy lub jego zamierzonym działaniem. Osoba zainteresowana samobójstwem zanim podejmie ostateczną decyzję, wypróbowuje różne sposoby, testuje swoją wolę i siłę motywacji. Takie próby podejmowane mogą być wielokrotnie, aż któraś z nich doprowadzi do śmierci ofiary, czyli do samobójstwa dokonanego.

W literaturze przedmiotu samobójstwo traktuje się najczęściej jako bezpośredni zamach na własne życie, który może mieć potencjalnie śmiertelny skutek, przewidywany i akceptowany przez daną osobę. Autorzy zwracają uwagę na różne aspekty tego zjawiska, takie jak jego intencjonalność, dobrowolność, celowość. Działanie samobójcy musi mieć więc charakter świadomy, rozmysłny i zaplanowany. Tego typu podejście zaprezentowano w definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zgodnie z którą samobójstwo dokonane oznacza świadomy akt odebrania sobie życia<sup>7</sup>. W ujęciu medycznym przypisuje się więc podstawowe znaczenie motywacji

<sup>5</sup> E. Ringel, *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Szczecin 1987, s. 33.

<sup>6</sup> B. Hołyst, *Samobójstwo. Przypadek czy konieczność*, Warszawa 1983, s. 68.

<sup>7</sup> M. Jędrzejewska, *Samobójstwa młodzieży – próba zestawienia przyczyn*, „Pedagogika Społeczna” 2002, nr 4, s. 105–117.

człowieka, zakładając, że podjęte przez osobę działania, którym nie towarzyszyła intencja samobójcza, bez względu na skutek, nie powinny być określane mianem próby samobójczej. W podejściu prawnym zaproponowanym przez B. Hołysta<sup>8</sup> zauważyć można wyraźne nawiązanie do definicji Emila Durkheima, zgodnie z którą samobójstwem dokonany jest każdy przypadek śmierci będący wynikiem bezpośredniego lub pośredniego działania lub zaniechania, dokonanego przez ofiarę, w pełni zdającą sobie sprawę ze skutków swego czynu. Ten sam autor przedstawia również inną definicję samobójstwa, w której określa je jako „zachowania (działania) prowadzące do aktów zagrażających życiu o charakterze samouszkodzeń wykluczających pewność przeżycia, które kończą się zgonem”<sup>9</sup>.

Proponowane definicje samobójstwa charakteryzują się więc różnym zakresem znaczeniowym. Różnice te dotyczą m.in.:

- 1) sposobu działania ofiary – w wąskim ujęciu za samobójstwo uznaje się jedynie bezpośredni zamach na własne życie, w ujęciu szerokim bierze się także pod uwagę aktywność człowieka, niekiedy znacznie rozłożoną w czasie, która w efekcie prowadzi do jego śmierci, np. świadome odmawianie leczenia przez osobę poważnie chorą, podjęcie głodówki w celu doprowadzenia się do śmierci, celowe nadużywanie narkotyków lub alkoholu (Antoni Kępiński<sup>10</sup> wyróżnił nawet styl picia określane jako samobójczy);
- 2) stopnia, w jakim akceptowane jest ryzyko śmierci – w wąskim ujęciu samobójstwem określa się tylko takie zachowanie ofiary, które w jej przekonaniu prowadzi do nieuchronnej śmierci, czyli ma ona całkowitą pewność, że skutkiem podjętych działań będzie śmierć, w szerokim ujęciu uwzględnia się również przypadki „igrania ze śmiercią”, w których śmierć staje się tylko akceptowaną ewentualnością, a subiektywnie oceniane prawdopodobieństwo przeżycia własnych działań jest oceniane przez sprawcę jako wysokie<sup>11</sup>.

Szerokie rozumienie samobójstwa wskazuje na możliwość występowania zróżnicowanych motywów, którymi kierują się sprawcy. O ile w przypadku wąskiego ujęcia jedynym dążeniem samobójcy jest pozbawienie się życia, o tyle w sytuacjach gdy śmierć może być tylko niezbyt prawdopodobnym skutkiem jego działania, pojawia się pytanie o cele, którym służyć ma taki zamach suicydalny (czy może raczej pseudosuitydalny).

Niekiedy zjawisko samobójstwa kojarzone bywa z tzw. samouszkodzeniami czy samookaleczeniami polegającymi na świadomym i celowym ranieniu własnego ciała, a tym samym zadawaniu sobie bólu, ale bez intencji samobójczych<sup>12</sup>. W praktyce czasami traktuje się je jako nieudane próby samobójcze, zwłaszcza gdy

<sup>8</sup> B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 1979, s. 195.

<sup>9</sup> Tenże, *Samobójstwo – przypadek...*, s. 32.

<sup>10</sup> A. Kępiński, *Rytm życia*, Kraków 1983, s. 205.

<sup>11</sup> E. Shneidman, *Definition of suicide*, USA 2004, s. 10–17.

<sup>12</sup> G. Babiker, L. Arnold, *Autoagresja, mowa zranionego ciała*, Gdańsk 2002, s. 17.

wskazywać może na to rodzaj obrażeń. Najbardziej popularną formą okaleczenia jest bowiem cięcie się żyłką, głównie na nadgarstkach, stosuje się także inne ostre narzędzia, takie jak odłamki szkła, nóż, ostrze z maszynki do golenia lub igła, powodując uszkodzenia głębiej położonych tkanek. Zdarza się również połykanie ostrych przedmiotów lub szkodliwych substancji czy uderzanie głową o ścianę<sup>13</sup>. Mimo braku intencji samobójczych samookaleczenia mogą stać się potencjalnie niebezpieczne dla życia i zdrowia. Ich skutkiem może być krwotok, zakażenie, zatrucie substancją toksyczną, uszkodzenia wewnętrzne spowodowane przyjęciem substancji żrących, uszkodzenia mózgu.

### Skala zjawiska samobójstwa według statystyk

Skala prób samobójczych i samouszkodzeń pozostaje właściwie nieznana, gdyż mamy tu do czynienia z trudną do wiarygodnego oszacowania tzw. ciemną liczbą. Oficjalne statystyki obejmują tylko niewielką część przypadków, większość niezwiązana z interwencją medyczną czy policyjną pozostaje niewyjawiona. Szacuje się, że na każde dokonane samobójstwo przypada średnio aż 25 prób samobójczych<sup>14</sup>. Bardziej wiarygodne dane dotyczą samobójstw dokonanych, chociaż i w tych przypadkach nie zawsze dochodzi do właściwej kwalifikacji czynu. Powodem może być np. brak dowodów na to, iż zdarzenie było wynikiem świadomego działania ofiary w celu autodestrukcyjnym, czy też starania rodziny zmierzające do ukrycia faktu samobójstwa interpretowanego jako niefortunny wypadek lub naturalna utrata życia. Rodzina nierzadko podejmuje takie działania, gdyż nie chce być stygmatyzowana, boi się negatywnej reakcji otoczenia, nie chce stracić odszkodowania bądź obawia się unieważnienia testamentu<sup>15</sup>.

Jak wynika z dostępnych danych statystycznych, problem samobójstw dotyczy różnych kręgów kulturowych i stanowi jedną ze znaczących przyczyn śmierci na całym świecie. W raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczącym samobójstw (*Suicide worldwide in 2019*) przedstawiono badania, którymi objęto 183 kraje w czasie od 2000 do 2019 r. Autorzy cytowanego raportu wykazali, iż co roku samobójstw dokonuje 703 tysiące ludzi. Odbieranie sobie życia zdarza się częściej niż malaria, AIDS, rak piersi czy śmierć w wyniku działań wojennych bądź zabójstw. Badania dowodzą, iż ponad 1 na 100 zgonów spowodowany jest zamachem samobójczym, a śmierć w wyniku samobójstwa poniosło średnio 9 osób na 100 tys. mieszkańców. Współczynnik samobójstw jest jednak bardzo

<sup>13</sup> A. Favazza, *Bodies Under Siege*, London 1996, s. 287.

<sup>14</sup> *Statystyka – samobójstwa na świecie*, <https://zobacznikam.pl/statystyka-swiat/> (dostęp: 16.08.2023).

<sup>15</sup> K. Rosa, *(Nie)wiarygodność danych statystycznych dotyczących zachowań samobójczych. Perspektywa teoretyczna i praktyczna*, Łódź 2012, s. 280–284.

zróznicowany, gdyż oscyluje w określonych krajach pomiędzy 2 a 80. Najwyższy jest w azjatyckiej części byłego ZSRR i południowej Afryce, najniższy w północnej części Ameryki Południowej i w północnej Afryce<sup>16</sup>.

**Tabela 1. Roczna liczba samobójstw na 100 000 mieszkańców w wybranych krajach europejskich w 2017 i 2021 r.**

Kraj	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni / Kobiety <sup>17</sup>	Ogółem 2017	Ogółem 2021
Litwa	47,20	9,06	5,21	25,82 (1)	18,5 (1)
Słowenia	35,00	7,44	4,70	19,58 (2)	15,7 (2)
Belgia	23,03	8,57	2,69	15,43 (6)	15,2 (3)
Węgry	29,32	7,23	4,05	16,68 (5)	14,8 (4)
Estonia	30,40	7,32	4,20	17,26 (4)	13,6 (5)
Finlandia	22,93	7,63	3,01	15,00 (7)	12,9 (6)
Łotwa	33,16	5,97	5,55	17,92 (3)	12,7 (7)
Chorwacja	24,90	6,87	3,62	14,77 (8)	12,4 (8)
Szwecja	17,58	7,04	2,50	12,15 (12)	12,4 (9)
<b>Polska</b>	<b>21,31</b>	<b>3,05</b>	<b>6,99</b>	<b>11,62 (13)</b>	<b>11,5 (10)</b>
Norwegia	15,93	7,48	2,13	11,62 (14)	11,2 (11)
Czechy	22,28	5,30	4,20	13,19 (10)	11,1 (12)
Austria	23,95	5,58	4,29	13,91 (9)	11,0 (13)
Szwajcaria	19,35	6,29	3,07	12,35 (11)	10,6 (14)
Holandia	15,74	7,04	2,24	11,25 (15)	10,0 (15)
Niemcy	17,25	4,92	3,51	10,56 (16)	9,7 (16)
Dania	15,71	5,67	2,77	10,49 (17)	9,6 (17)
Irlandia	13,93	3,17	4,39	8,41 (21)	9,4 (18)
Rumunia	17,49	3,21	5,44	9,94 (18)	8,6 (19)
Portugalia	16,17	4,61	3,51	9,64 (20)	8,4 (20)
Wielka Brytania	11,82	3,33	3,55	7,47 (23)	8,4 (21)
Bułgaria	17,07	4,15	4,11	9,76 (19)	7,6 (22)
Hiszpania	11,82	3,86	3,06	7,53 (22)	7,6 (23)
Słowacja	13,11	2,42	5,41	7,23 (24)	6,6 (24)
Włochy	9,91	2,50	3,96	5,95 (25)	6,6 (25)
Grecja	7,72	1,67	4,62	4,52 (26)	3,9 (26)
<b>Średnia</b>	<b>21,38</b>	<b>5,44</b>	<b>3,95</b>	<b>12,31</b>	<b>10,77</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat: OECD (2023)<sup>18</sup>.

Zaprezentowanie prawidłowości dotyczących samobójstw w Polsce wymaga porównania sytuacji w naszym kraju ze skalą opisywanego zjawiska w innych państwach należących do naszego kręgu kulturowego. Wybrane dane na ten temat

<sup>16</sup> *Samobójstwa na świecie – raport Światowej Organizacji Zdrowia*, [https://demagog.org.pl/analizy\\_i\\_raporty/samobojstwa-na-swiecie-raport-swiatowej-organizacji-zdrowia/](https://demagog.org.pl/analizy_i_raporty/samobojstwa-na-swiecie-raport-swiatowej-organizacji-zdrowia/) (dostęp: 16.08.2023).

<sup>17</sup> Liczba samobójstw mężczyzn przypadająca na 1 samobójstwo popełnione przez kobietę.

<sup>18</sup> *Suicide rates (indicator)*, doi: 10.1787/a82f3459-en (dostęp: 1.08.2023).

przedstawiono w tabeli 1, która ukazuje skalę samobójstw w wybranych krajach europejskich w latach 2017 i 2021. Ponieważ poszczególne kraje charakteryzują się zróżnicowaną liczbą ludności, porównywanie liczb bezwzględnych nie prowadzi do wiarygodnych wniosków. Dlatego też stosuje się przelicznik obrazujący liczbę samobójstw przypadających na sto tysięcy mieszkańców danego kraju.

Współczynnik samobójstw w Europie należy uznać za stosunkowo niski, gdyż średnia liczba zgonów spowodowanych tego typu zamachem w 2017 r. wynosiła 12,31 na 100 000 mieszkańców, a w 2021 spadła do 10,77. Najwyższą liczbą samobójstw charakteryzują się Litwa i Słowenia (1 i 2 pozycja w 2017 i 2021 r.) oraz w 2021 r. Belgia i Estonia. Najniższa skala zjawiska występuje z kolei w Grecji, we Włoszech i w Słowacji. Polska charakteryzuje się przeciętną skalą zjawiska samobójstw wśród innych krajów europejskich. W roku 2017 współczynnik samobójstw w naszym kraju (11,62) był nieco niższy niż średnia europejska, co sytuowało go na 13 pozycji. W roku 2021 pozycja Polski w tym tragicznym rankingu wzrosła do 10 pozycji, a współczynnik chociaż nieco niższy niż w poprzednim okresie (11,5), był wyższy od średniej europejskiej. Skala zjawiska samobójstw w Polsce w latach 2017 i 2021 pozostawała bowiem na tym samym poziomie, podczas gdy w wielu innych krajach nastąpił zauważalny spadek.

Typową tendencją obserwowaną we wszystkich analizowanych krajach jest zdecydowanie większa liczebność samobójców wśród mężczyzn niż wśród kobiet. W uwzględnionych w tabeli krajach europejskich średnio na sto tysięcy mężczyzn samobójstwo popełnia ponad 21 (dokładnie 21,38), a w przypadku kobiet jest to tylko ok. 5 (dokładnie 5,44), czyli prawie cztery razy mniej. Polska wyróżnia się wyraźnie wśród innych państw szczególnie dużą różnicą pomiędzy liczbą samobójstw wśród kobiet i mężczyzn. Podobną tendencję, chociaż w nieco mniejszym zakresie, zauważyć można w takich krajach, jak Łotwa, Litwa, Rumunia i Słowacja. Z kolei w krajach Beneluksu (Belgia i Holandia) oraz w Skandynawii (Norwegia, Szwecja, Dania) stosunek liczby samobójstw mężczyzn do liczby samobójstw kobiet jest najniższy, co oznacza, że popełniają one samobójstwa stosunkowo często, chociaż i tak dwa, trzy razy rzadziej niż mężczyźni. Przyczyn należałoby prawdopodobnie szukać w uwarunkowaniach historyczno-kulturowych wpływających na wzorce życia społecznego, relacje międzyludzkie, role i wymagania stawiane osobom określonej płci.

Dokładniejsza analiza sytuacji suicydalnej w Polsce wymaga odwołania się do szczegółowych danych statystycznych obejmujących dłuższy przedział czasowy. Pozwalają one na określenie nie tylko aktualnej skali, ale też charakteru zamachów samobójczych oraz dynamiki zjawiska. Zestawienie prezentujące liczbę zamachów samobójczych i wywołanych nimi zgonów w latach 1999–2022 obrazuje tabela 2.

Jak wynika z analizy danych przedstawionych w tabeli 2, zjawisko samobójstwa charakteryzuje się niską dynamiką i stopniową tendencją wzrostową. Liczba popełnianych w Polsce samobójstw powoli, lecz systematycznie wzrasta na przestrzeni lat. W przeciwieństwie do innych niebezpiecznych zjawisk społecznych



Tabela 2. Liczba zamachów samobójczych w Polsce w latach 1999–2022

Rok	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni/ Kobiety <sup>19</sup>	Samobójstwa zakończone zgonem	Próby samobójcze niezakończone zgonem	Zamachy samobójcze ogółem	% zamachów samobójczych zakończonych zgonem
2022	4.261	847	5,03	<b>5.108</b>	9.412	14.520	35,2
2021	4.474	787	5,68	<b>5.201</b>	8.597	13.798	37,7
2020	4.387	778	5,64	<b>5.165</b>	6.848	12.013	42,9
2019	4.498	757	5,94	<b>5.255</b>	6.706	11.961	43,9
2018	4.471	711	6,29	<b>5.182</b>	5.985	11.167	46,4
2017	4.525	751	6,02	<b>5.276</b>	5.857	11.139	47,4
2016	4.638	767	6,05	<b>5.405</b>	4.456	9.861	54,8
2015	4.889	799	6,12	<b>5.688</b>	4.285	9.973	57,0
2014	5.237	928	5,64	<b>6.165</b>	4.042	10.207	60,4
2013	5.197	904	5,74	<b>6.101</b>	2.472	8.575	71,1
2012	3.569	508	7,03	<b>4.177</b>	1.614	5.791	72,1
2011	3.294	545	6,04	<b>3.839</b>	1.285	5.124	74,9
2010	3.517	570	6,26	<b>4.087</b>	1.369	5.456	74,9
2009	3.739	645	5,80	<b>4.384</b>	1.529	5.913	74,1
2008	3.333	631	5,28	<b>3.964</b>	1.273	5.237	75,7
2007	2.924	606	4,82	<b>3.530</b>	1.128	4.658	75,8
2006	3.444	646	5,33	<b>4.090</b>	1.062	5.152	79,4
2005	3.885	736	5,28	<b>4.621</b>	1.004	5.625	82,2
2004	4.104	789	5,20	<b>4.893</b>	1.000	5.893	83,0
2003	3.890	744	5,23	<b>4.634</b>	833	5.467	84,8
2002	4.215	885	4,76	<b>5.100</b>	828	5.928	86,0
2001	4.184	787	5,32	<b>4.971</b>	741	5.712	87,0
2000	4.090	857	4,77	<b>4.947</b>	674	5.621	88,0
1999	3.967	728	5,45	<b>4.695</b>	487	5.182	90,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji<sup>20</sup>.

nie obserwuje się w tym przypadku gwałtownych wzrostów i spadków. Jedynie w latach 2013–2014 zaznaczył się wyraźny wzrost liczby zgonów spowodowanych samobójstwem wywołany prawdopodobnie przyczynami społecznymi. W tym okresie bowiem zaobserwować można wzrost stopy bezrobocia, które uznaje się za jeden z ważniejszych czynników etiologicznych samobójstw. Jak twierdzi M. Jarosz, przy długotrwałym bezrobociu wzrasta liczba prób samobójczych i samobójstw, które są dwukrotnie częstsze wśród bezrobotnych niż wśród osób, które mają pracę. „Jeżeli w małym mieście rozwiązuje się ostatni zakład pracy, to wskaźniki śmierci

<sup>19</sup> Liczba samobójstw mężczyzn przypadająca na 1 samobójstwo popełnione przez kobietę.

<sup>20</sup> *Zamachy samobójcze. Statystyka. Portal polskiej Policji*, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> (dostęp: 3.08.2023).

samobójczej rosną o 100 proc.”<sup>21</sup>. Od roku 2015 liczba samobójstw pozostaje na względnie stałym poziomie przekraczającym 5000 osób rocznie i wykazuje niewielką tendencję spadkową. Z zawartych w statystykach danych wynika jednak, że średnio codziennie ok. 40 osób podejmuje próbę samobójczą, a 14 z nich odbiera sobie życie, samobójstwa powodują ponad 2,5-krotnie więcej zgonów niż wypadki komunikacyjne (których w 2022 r. zanotowano 1896).

W statystykach, obok liczby samobójstw dokonanych, tj. zakończonych zgonem ofiary, rejestrowane są również pozostałe zamachy samobójcze. Analizując dane przedstawione w tabeli 1, można zauważyć zwiększającą się liczbę zarejestrowanych prób samobójczych nieprowadzących do śmierci. W latach 1999–2005 odsetek ujętych w statystykach zamachów samobójczych kończących się śmiercią ofiary przekraczał 80%, w kolejnych latach systematycznie zmniejszał się, osiągając w ostatnim roku (2022) wartość jedynie 35%. Błędem byłoby sądzić, że działania samobójców stają się mniej skuteczne i w związku z tym coraz więcej z nich przeżywa zamach na własną osobę. Zjawisko to należałoby raczej tłumaczyć zmianą stosunku do samobójstwa. Postawy tabuizujące, nacechowane lękiem, wstydem i chęcią uniknięcia „skandalu”, stają się coraz mniej powszechne. Próba dokonania samobójstwa generuje więc częściej u jej świadków zachowania zmierzające do szukania pomocy poprzez informowanie odpowiednich służb medycznych oraz policji w celu udzielenia ofierze profesjonalnego wsparcia. Tego typu interwencje są rejestrowane i uwzględniane w prowadzonych przez policję statystykach.

Pewne zmiany dotyczą także samego sposobu rejestracji. Do roku 2012 dane dotyczące samobójstw gromadzone i generowane były na podstawie druku „Zgłoszenie zamachu samobójczego” (stp10), który wprowadzany był do systemu PSSP Temida po przeprowadzeniu i zakończeniu postępowania sprawdzającego. Od roku 2013 dane te są wprowadzane do KSIP (Krajowego Systemu Informacyjnego Policji) za pośrednictwem nowego formularza KSIP 10. W roku 2017 w formularzu tym wprowadzono jednak kolejne zmiany, rozszerzając między innymi zakres gromadzonych danych i zmieniając jego tytuł z „KSIP 10 – rejestracja zgłoszenia zamachu samobójczego” na „KSIP 10 – zgłoszenie zamachu/zachowania samobójczego”<sup>22</sup>. W ten sposób rozszerzono znacząco zakres gromadzonych danych i do statystyk trafiają już nie tylko bezpośrednie zamachy samobójcze, ale również inne zachowania suicydalne, np. groźby, deklaracje czy też zachowania z innych uzasadnionych powodów budzące niepokój osób z najbliższego otoczenia. Mamy tu więc do czynienia z pozornym wzrostem skali zachowań suicydalnych. Rozwiązania takie umożliwiają jednak wcześniejszą interwencję, przez co ułatwiają zapobieganie niebezpiecznym dla życia i zdrowia próbom samobójczym.

<sup>21</sup> M. Jarosz, *Samobójstwa – ucieczka przegranych*, Warszawa 2004, s. 196.

<sup>22</sup> *Zamachy samobójcze. Statystyka. Portal polskiej Policji*, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> (dostęp: 10.08.2023).

Dane statystyczne potwierdzają również prawidłowość dotyczącą związku pomiędzy skalą zjawiska samobójstwa a płcią ofiar. Jak już wspomniano, zamachy samobójcze dotyczą zdecydowanie częściej mężczyzn niż kobiet. Proporcje te w różnych latach kształtowały się podobnie, generalnie na jedno samobójstwo popełnione przez kobietę przypada średnio 5–6 samobójstw mężczyzn.

Fenomen ten bywa różnie interpretowany w literaturze przedmiotu. Zwraca się tu uwagę zarówno na aspekt instrumentalny wpływający na skuteczność podjętego działania suicydalnego, jak i na przyczyny związane z przebiegiem procesu socjalizacji dziewcząt i chłopców. Jak twierdzi B. Hołyst<sup>23</sup>, kobiety decydując się na popełnienie samobójstwa, częściej wybierają tzw. „miękkie sposoby”, czyli działania mniej drastyczne i równocześnie niezbyt skuteczne, co zwiększa znacząco szansę ofiary na uratowanie. Tezie tej przeczy jednak proporcjonalnie mniejsza liczba prób samobójczych kobiet niż mężczyzn. Wybór metody pozbawienia się życia zależy bardziej od siły motywacji. Osoby pewne swojego wyboru, dążące zdecydowanie do śmierci, wybierają sposoby niezawodne, niedające raczej szansy na przeżycie (np. powieszenie, skok z dużej wysokości, rzucenie się pod pociąg itp.). Wykorzystywanie sposobów zawodnych, niepewnych, dających duże prawdopodobieństwo przeżycia, wskazywać może na wahanie się, chęć zmanifestowania swojego cierpienia, próbę zwrócenia uwagi na własne problemy, skłonienie innych do pomocy. Ofiara ma nadzieję, że przeżyje zamach, uzyska pomoc i jej życie zmieni się na lepsze, czyli tak naprawdę nie chce popełnić samobójstwa lub przynajmniej nie jest tego pewna.

Inne wyjaśnienia odwołują się do czynników społecznych, takich jak charakter ról społecznych i przebieg procesu socjalizacji osób różnych płci. Kobiety pełnią z reguły bardziej różnorodne role społeczne niż mężczyźni i niepowodzenia życiowe w jednej z nich mogą być kompensowane poprzez sukcesy w innych sferach życia, np. niepowodzenia zawodowe kobieta może kompensować spełniając się w roli matki i żony lub odwrotnie. Mężczyźni nastawieni są bardziej na jeden model sukcesu życiowego związany z karierą zawodową i finansową, a więc niepowodzenia w tym zakresie prowadzić mogą u nich do załamania, uraty sensu i celu życia, skutkując samobójstwem.

Proces socjalizacji dziewcząt i chłopców, mimo że stopniowo staje się coraz bardziej jednolity i uniwersalny, ciągle przebiega nieco inaczej. Chłopiec, a później mężczyzna oceniany jest na podstawie indywidualnych sukcesów, osiągnięć, możliwości zdobywania kolejnych szczebli kariery społecznej. Niepowodzenia życiowe deprecjonują go, obniżają poczucie własnej wartości, prowadząc niekiedy do decyzji o zakończeniu życia. Kobiety z kolei od najmłodszych lat uczulane są bardziej na potrzeby i oczekiwania innych. Czują się odpowiedzialne za spokój, szczęście, dobrobyt osób najbliższych, zdolność do działania na rzecz innych staje się miernikiem ich wartości i oceny społecznej, a często także samooceny. W sytuacjach trudnych poczucie obowiązku wobec innych powstrzymuje kobietę przed decyzją o samobójstwie. Nawet jeżeli ocenia ona swoje życie jako ciężkie i pozbawione sensu,

<sup>23</sup> B. Hołyst, *Samobójstwo – przypadek...*, s. 41.

uważa, że musi żyć dla innych, którym jest potrzebna, np. dla swoich dzieci, starych rodziców wymagających opieki, ludzi, którzy oczekują na jej pomoc. Popelniając samobójstwo, skrzywdziłaby ich, zawiodła, dopuściłaby się czynu zasługującego na moralne potępienie i dlatego odmawia sobie prawa do zakończenia życia.

Czynnikami sprzyjającymi samobójstwom są również uzależnienia od środków toksycznych diagnozowane częściej u mężczyzn niż u kobiet oraz problemy psychiczne. W przypadku tych ostatnich kobiety z reguły wcześniej szukają fachowej pomocy, podczas gdy mężczyźni zwlekają z podjęciem leczenia, traktując przyznanie się do choroby jako przejaw słabości niegodnej „prawdziwego mężczyzny”.

Zachowania suicydalne dotyczą osób należących do różnych kategorii wiekowych. W zależności od etapu życia i specyficznych problemów z nim związanych próby samobójcze charakteryzować mogą się różną motywacją, sposobem działania i skalą śmiertelności. Dane na ten temat z 2022 r. przedstawiono w tabeli 3.

**Tabela 3. Liczba zamachów samobójczych oraz liczba zgonów będąca ich wynikiem w roku 2022 w różnych kategoriach wiekowych**

Wiek	Liczba zarejestrowanych zamachów samobójczych		Liczba samobójstw		% zamachów zakończonych śmiercią
	n	%	n	%	
85 i więcej	170	1,17	128	2,51	75,29
80–84	181	1,25	128	2,51	70,72
75–79	239	1,65	175	3,43	73,22
70–74	413	2,84	262	5,13	63,44
65–69	567	3,90	363	7,11	64,02
60–64	767	5,28	466	9,12	60,76
55–59	780	5,37	428	8,37	54,87
50–54	893	6,15	426	8,34	47,70
45–49	1174	8,08	445	8,71	37,90
40–44	1347	9,28	465	9,10	34,52
35–39	1529	10,53	510	9,98	33,36
30–34	1391	9,58	476	9,32	34,22
25–29	1270	8,75	356	6,96	28,03
19–24	1699	11,70	317	6,21	18,66
13–18	2008	13,83	150	2,94	7,47
7–12	85	0,59	6	0,12	7,06
0–6	0	0	0	0	0
Wiek nieustalony	7	0,05	7	0,14	100
<b>Ogółem</b>	<b>14520</b>	<b>100</b>	<b>5108</b>	<b>100</b>	<b>35,18</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> *Zamachy samobójcze. Statystyka. Portal polskiej Policji*, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> (dostęp: 8.08.2023).

Zaprezentowane w tabeli 3 dane wskazują na pewne charakterystyczne prawidłowości dotyczące tzw. grup zwiększonego ryzyka. Jak twierdzi M. Jarosz<sup>25</sup>, Polska jest państwem stosunkowo młodych samobójców, chociaż najczęstszymi sprawcami są osoby w dojrzałym wieku (od 35 roku życia). Przedstawione dane potwierdzają tę tezę. Najwięcej ofiar samobójstw należy do grupy osób w średnim wieku, czyli od 25 do 60–65 roku życia. Jest to niewątpliwie najbardziej produktywny okres życia człowieka, kiedy to wypełnia on liczne role społeczne: zawodowe, osobiste, rodzinne, towarzyskie, rozwija swoje pasje i zainteresowania, realizuje aspiracje. Wiązą się z tym wymagania i obciążenia, którym nie zawsze udaje się sprostać. Około 30–40 roku życia następuje konfrontacja marzeń, planów, oczekiwań z realnymi możliwościami ich realizacji. Obok sukcesów pojawiają się niepowodzenia, porażki, rozczarowania, traktowane nierzadko jak katastrofy życiowe, wywołujące u niektórych osób kryzys, załamanie, brak wiary we własne możliwości i utratę chęci do życia, skutkujące zamachem samobójczym. Większość ludzi oczywiście zaczyna z czasem coraz bardziej realistycznie podchodzić do swoich oczekiwań i planów życiowych, uzyskując satysfakcję z życia i pełnionych ról. Kolejnym okresem sprzyjającym osobistym kryzysem jest niewątpliwie czas kończenia aktywności zawodowej. Dla wielu ludzi oznacza to wycofanie się w ogóle z aktywnego życia, zwłaszcza jeżeli swoje ambicje, cele życiowe, zainteresowania i pasje wiązali z wykonywaną pracą. Pojawia się poczucie odrzucenia, pustki, bezproduktywnego „oczekiwania na śmierć”, którą przyspiesza samobójstwo. Jak wykazuje analiza danych zaprezentowanych w tabeli 3, najwyższy odsetek samobójców rejestruje się właśnie wśród grup wiekowych pomiędzy 30 a 44 oraz 60–64 rokiem życia, natomiast pomiędzy tymi okresami następuje nieznaczny spadek.

Zaprezentowane w tabeli 3 wartości potwierdzają także tezę o stosunkowo małej skuteczności prób samobójczych, które generalnie tylko w 35,18% przypadków kończą się śmiercią. Dlatego też skala zjawiska samobójstw od wielu lat pozostaje w zasadzie niezmienną, mimo wzrostu liczby zgłaszanych zamachów samobójczych. Ich skala jest prawdopodobnie zdecydowanie wyższa, gdyż jak wspomniano wcześniej, większość tego typu epizodów nie jest nigdzie rejestrowana, zwłaszcza gdy nie kończą się one interwencją lekarską czy policyjną. Najwięcej zarejestrowanych przez policję prób samobójczych dotyczyło ludzi bardzo młodych, w wieku do 25 roku życia. Osoby należące do tej kategorii dokonały ponad ¼ (dokładnie 26,12%) wszystkich zamachów suicydalnych uwzględnionych w statystykach. Najrzadziej z kolei decydowały się na próby samobójcze osoby najstarsze, w przedziale wiekowym przekraczającym 75 rok życia (zaledwie 4,07% wszystkich zarejestrowanych zamachów). Stereotypowe wyobrażenie o szczęśliwej, beztrudnej młodości i tragicznej starości nacechowanej jedynie smutkiem i cierpieniem nie znajduje więc raczej odzwierciedlenia

<sup>25</sup> M. Jarosz, *Samobójstwa...*, s. 115–116.

w prezentowanych statystykach. Co ciekawe, skala samobójstw dokonanych, czyli zakończonych zgonem, w obu tych skrajnych grupach wiekowych jest podobna, gdyż w przypadku młodzieży jest to 9,27%, a w odniesieniu do seniorów 8,45% wszystkich zarejestrowanych przypadków.

Różnica polega na skuteczności działania suicydalnego. Im starszy wiek osoby dokonującej zamachu samobójczego, tym większy odsetek zamachów kończy się śmiercią. W przypadku nastolatków jedynie około 7% prób samobójczych prowadzi do zgonu, a wśród najstarszych grup wiekowych aż 70–75%.

Można postawić tezę, że w różnych kategoriach wiekowych mamy do czynienia z inną motywacją i celami, do jakich dąży człowiek decydujący się na zamach na własną osobę. Wbrew pozorom niekoniecznie zawsze chodzi o pozbawienie się życia. Zenomena Plużek<sup>26</sup> dokonała podziału prób i zamachów samobójczych na trzy kategorie: samobójstwa prawdziwe, rzekome i demonstratywne.

W przypadku samobójstw prawdziwych osoba obarcza winą za przeżywane kłopoty siebie i nie widzi szans na ich rozwiązanie. Jej celem staje się realne samounicestwienie, stwierdza na chłodno, iż nie ma potrzeby dalej istnieć i świadomie, w sposób przemyślny w wybranym momencie i w zaplanowany sposób pozbawia się życia. Takie zamachy samobójcze zazwyczaj kończą się śmiercią, gdyż wybierane sposoby i okoliczności samounicestwienia nie dają raczej szansy na uratowanie życia ofiary. Człowiek rzeczywiście chce umrzeć, pozbawić się życia i robi to w sposób jak najbardziej skuteczny.

Samobójstwa rzekome są nie tyle dążeniem do śmierci, ile raczej chęcią ucieczki od problemów, odseparowania się od codziennych trudności, pragnieniem uzyskania spokoju. Takie samobójstwa dotyczą ludzi przeżywających kryzysy, nieradzących sobie z zadaniami i przeciwnościami, które ich przytłaczają. Osoba taka nie rozumie przyczyn istniejącego stanu rzeczy, raz wini otoczenie, a raz siebie, chce rozwiązać problem, ale nie wie jak. Nie chce dalej żyć w taki sposób, co oczywiście nie oznacza, że nie chce żyć w ogóle, ale skoro nie potrafi swojego życia odmienić, to wybiera „ucieczkę w śmierć”. Zachowanie takich osób wydaje się zupełnie niekonsekwentne, człowiek waha się pomiędzy życiem i śmiercią, dokonuje próby samobójczej, ale ma ciągle nadzieję, że przeżyje, czasem po zamachu próbuje szukać pomocy (np. przyjmuje potencjalnie śmiertelną dawkę środków nasennych i wzywa pogotowie). Takie próby samobójcze dają sprawcy dużą szansę na ocalenie, ale bywają ponawiane, aż w końcu któraś z nich okazuje się śmiertelna.

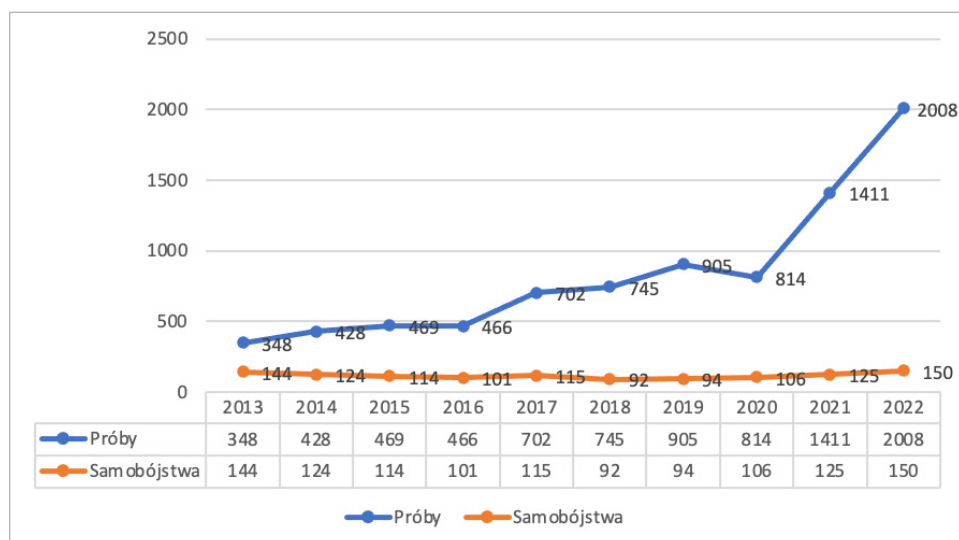
Samobójstwa demonstratywne mają miejsce wtedy, gdy osoba obarcza całkowitą winą za własną nieakceptowaną sytuację swoje otoczenie, najczęściej osoby najbliższe. W tym przypadku zachowanie przypominające próbę samobójczą nie ma na celu pozbawienia się życia. Jest to raczej demonstracja własnego cierpienia, swoiste „wołanie o pomoc”, próba zwrócenia na siebie uwagi, wywołania wrażenia.

---

<sup>26</sup> Z. Plużek, *Psychologiczne aspekty samobójstw*, „Znak” 1972, nr 7–8, s. 945–949.

Swoim zachowaniem człowiek stara się najbliższych zaszokować, przestraszyć, zmusić do zmiany postępowania. Niekiedy jest to także próba manipulowania otoczeniem, szantażowania bliskich ludzi, wymuszania na nich określonego zachowania. Często zachowują się tak osoby młode, niedojrzałe, zależne od dorosłych, manifestując w ten sposób swój bunt, protest, niezgodę na istniejące porządki i niezaspokojone potrzeby. Zachowanie sprawcy ma stwarzać wrażenie zamachu samobójczego, ale równocześnie zostaje tak zaaranżowane, aby zapewnić mu względne bezpieczeństwo. Wybierane są więc sposoby mało skuteczne, ale dość „widowiskowe”, demonstracje samobójcze planowane są w okolicznościach, w których ofiara może uzyskać natychmiastową pomoc lub zostać powstrzymana przed zamachem. Niestety takie demonstracje mogą zakończyć się utratą życia, mimo że sprawca nie miał pierwotnie takiego zamiaru. Dlatego też nie należy ich lekceważyć, gdyż świadczą one zawsze o jakiś problemach, których człowiek nie potrafi samodzielnie rozwiązać, ani też skutecznie komunikować się w tej sprawie z otoczeniem.

Zamachy samobójcze nastolatków mają najczęściej charakter demonstracyjny, czasem są to tzw. samobójstwa rzekome, a stosunkowo rzadko mamy do czynienia z rzeczywistą chęcią pozbawienia się życia. Dlatego śmiertelność wśród adolescentów podejmujących próby samobójcze jest stosunkowo niska. Wykres 1 przedstawia związek pomiędzy liczbą prób samobójczych nastolatków i samobójstw zakończonych śmiercią w przedziale czasowym 2013–2022.



**Wykres 1. Liczba prób samobójczych i samobójstw zakończonych śmiercią w grupie wiekowej 13–18 lat w okresie 2013–2022**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji.

Jak wynika z danych zobrazowanych na wykresie 1, liczba samobójstw zakończonych śmiercią nastolatków pozostaje prawie na stałym poziomie, mimo znaczącego wzrostu liczby prób samobójczych, które w poszczególnych latach cechują się coraz mniejszą skutecznością. Trudno jednak określić, na ile dane te obrazują istniejący stan rzeczy, gdyż jak wspomniano, zmieniły się przepisy dotyczące rejestracji zachowań suicydalnych. Wcześniej rejestrowano głównie zamachy zakończone zgonem, obecnie rejestruje się wszystkie przypadki wskazujące na prawdopodobną próbę samobójczą.

Bez względu jednak na charakter zachowania suicydalnego wymaga ono zawsze poważnego traktowania, gdyż wiąże się z nim potencjalne zagrożenie dla ludzkiego życia. Podstawą skutecznego działania profilaktycznego jest przede wszystkim poznanie przyczyn i uwarunkowań tego zjawiska. Najbardziej skuteczna tzw. wczesna profilaktyka opiera się bowiem na eliminacji przyczyny, aby nie nastąpił skutek. Zjawiska samobójstw nie da się wytłumaczyć w sposób jednostronny, gdyż jest ono zawsze uwarunkowane wieloczynnikowo. W każdym konkretnym przypadku oddziałuje wzajemnie na siebie szereg czynników, takich jak: uwarunkowania psychospołeczne i biologiczne, zaburzenia psychiczne, obciążenia genetyczne, ważne wydarzenia mające miejsce w najbliższym środowisku społecznym, cechy osobowości i przewlekłe choroby.

### **Przyczyny i uwarunkowania samobójstw**

Przyczyny samobójstw sprowadzane bywają często do sytuacji bezpośrednio poprzedzających zamach suicydalny. Analizując statystyki policyjne, możemy w nich odnaleźć informacje o domniemanych przyczynach, takich jak: pogorszenie się stanu zdrowia ofiary kojarzone z chorobą psychiczną lub fizyczną, nosicielstwem HIV czy trwałą niepełnosprawnością, konflikty, kłótnie i nieporozumienia w rodzinie, śmierć bliskiej osoby, problemy w pracy lub w szkole, brak akceptacji przez rówieśników, utrata źródeł utrzymania, nieodwzajemniona miłość lub niechciana ciąża itp. Są to niewątpliwie sytuacje trudne, traumatyczne, związane z silnym stresem, lecz dotyczą one w zasadzie większości ludzi. Każdy człowiek na jakimś etapie swojego życia doświadcza przynajmniej niektórych z tego typu zdarzeń, lecz zdecydowana większość ludzi nie reaguje na nie zamachem samobójczym. Należy więc uznać, że mają one raczej znaczenie aktywujące, wyzwalają reakcje suicydalne, stając się czymś w rodzaju iskry zapalnej, która powoduje wybuch, pod warunkiem jednak, że trafi na odpowiednią ilość „materiałów wybuchowych”. Dlatego też w etiologii zamachów samobójczych decydującą rolę odgrywają przyczyny pośrednie, czyli pewne właściwości jednostki sprzyjające takiej właśnie reakcji na sytuacje trudne. Można je określić mianem podatności, skłonności, wrażliwości, lecz najistotniejsze będzie tu znalezienie odpowiedzi na pytanie o genezę takiego stanu rzeczy.



Badania dotyczące uwarunkowań samobójstwa i przyczyn samounicestwienia podejmowano na gruncie różnych dyscyplin naukowych, odwołując się do poszczególnych aspektów życia człowieka.

Najdłuższe tradycje historyczne ma niewątpliwie **kierunek filozoficzno-teologiczny**, którego zwolennicy doszukiwali się przyczyn samobójstw w utracie celu i sensu życia, co tłumaczono niekiedy niedostateczną religijnością. Poczucie sensu życia odgrywa niewątpliwie centralną rolę wśród czynników mających wpływ na kształt życia i na samopoczucie jednostki. Jest ono koniecznym warunkiem jego rozwoju, samorealizacji i polega na wytyczeniu jasnego, praktycznego i możliwego do zaaprobowania kierunku działania na przyszłość. Bez zaspokojenia tej potrzeby człowiek nie może funkcjonować normalnie, bo jej deprywacja prowadzi według Viktora Frankla<sup>27</sup> do wytworzenia się tzw. nerwicy noogennej utrwalającej kryzys egzystencjalny. Człowiek, któremu towarzyszy ciągle poczucie bezsensu, traci energię do działania, poczucie własnej wartości, ucieka od rzeczywistości, nieadekwatnie spoznaje siebie i otoczenie, a w końcu ulega lękom i myślom samobójczym. Jasno wytyczone cele życiowe ułatwiają niewątpliwie odnoszenie sukcesów, motywują do działania, pozwalają lepiej radzić sobie z problemami, nadają sens i treść egzystencji człowieka, a tym samym wartość jego życia. Osoby takie czują się szczęśliwsze, bardziej spełnione, usatysfakcjonowane życiem, a więc stają się odporniejsze i mniej skłonne do autodestrukcji. Posiadanie celów życiowych staje się źródłem satysfakcji pod warunkiem jednak, że istnieje przynajmniej częściowa możliwość ich realizacji. W przeciwnym wypadku człowiek odczuwa silną frustrację, która prowadzić może do samobójstwa. Jak twierdzi Charles Richard Snyder, ludzie doznający „głęбоkiego, chronicznego i niekończącego się zablokowania w drodze do celu mogą porzucić swoje cele życiowe na rzecz samobójstwa”<sup>28</sup>.

Odrębną kwestią jest natomiast związek zachowań suicydalnych ze stosunkiem do religii. Zdaniem niektórych badaczy niski poziom religijności może stać się potencjalnym czynnikiem zwiększającym zagrożenie popełnienia samobójstwa<sup>29</sup>, a głęboka religijność może zredukować jego ryzyko. Zaangażowanie religijne sprzyja bowiem bardziej krytycznemu stosunkowi do samobójstwa, gdyż jest to czyn potępiany i zakazany przez Kościół katolicki, a udział w praktykach dodatkowo wzmacnia więzi społeczne oraz redukuje poczucie izolacji<sup>30</sup>. Uczestnictwo w grupach religijnych związane z otrzymywaniem emocjonalnego wsparcia i nawiązywaniem więzi działa więc protekcyjnie<sup>31</sup>. Gdyby rzeczywiście związek ten

<sup>27</sup> M. Wolicki, *Przyczyny i skutki pustki egzystencjalnej w ujęciu Viktora Emila Frankla*, „W drodze” 1985, nr 3, s. 73–75.

<sup>28</sup> C.R. Snyder, *Hope theory: Rainbows in the mind*, „Psychological Inquiry” 2002, nr 13, s. 267.

<sup>29</sup> S.C. Hilton, G.W. Fellingham, J.L. Lyon, *Suicide Rates and Religious Commitment in Young Adult Males in Utah*, „American Journal of Epidemiologie” 2002, nr 155(5), s. 413–419.

<sup>30</sup> K. Dervis, M.A. Oquendo, M.F. Grunebaum, S. Ellis, A.K. Burke, J.J. Mann, *Religious Affiliation and Suicide Attempt*, „The American Journal of Psychiatry” 2004, nr 116(12), s. 2303–2308.

<sup>31</sup> M. Sisask, A. Varnik, K. Kolves, J.M. Bertolote, J. Bolhari, N.J. Botega, *Is religiosity a protective*

był tak jednoznaczny, Polska, w której aż 96,2% obywateli należy formalnie do Kościoła katolickiego<sup>32</sup>, powinna charakteryzować się najniższą skalą samobójstw w Europie. W rzeczywistości w naszym kraju skala zjawiska przekracza nieco wartość średniej europejskiej. Również badania Adama Czabańskiego analizujące religijność osób w wieku od 14 do 19 lat, które podejmowały nieudane próby samobójcze, wykazały, że aż 72,8% z nich określało siebie jako osoby wierzące i praktykujące<sup>33</sup>, co najwyraźniej nie powstrzymało ich od zamachów suicydalnych.

Samobójstwo traktowano również od dawna jako problem medyczny, wychodząc z założenia, że ktoś, kto dobrowolnie próbuje pozbawić się życia, nie może być uznany za człowieka w pełni zdrowego. Tzw. **kierunek kliniczny** upatruje więc etiologii zachowań autodestrukcyjnych w zaburzonem funkcjonowaniu organizmu człowieka, czyli w jakiś stanach chorobowych o charakterze psychicznym bądź fizycznym. W obrębie tego kierunku wyróżnia się dwa nurty: psychiatryczny i fizjopatologiczny.

Nurt psychiatryczny traktuje samobójstwo jako jeden z ważnych objawów współwystępujących z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak depresja, schizofrenia, choroba dwubiegunowa, osobowość z pogranicza (borderline) oraz antyspołeczne zaburzenia osobowości<sup>34</sup>. Zwolennicy tego kierunku uznają schorzenia psychiczne za najistotniejszy czynnik ryzyka samobójstwa, twierdząc, iż większość, bo aż 80% samobójców, to osoby z zaburzeniami psychicznymi<sup>35</sup>. Najczęściej zwraca się tu uwagę na depresję, ponieważ typowe przejawy depresyjnego myślenia, takie jak pesymizm, negatywna ocena przyszłości, poczucie beznadziejności, winy, przekonanie o sytuacji bez wyjścia i niemożności uzyskania pomocy, mogą sprzyjać zachowaniu suicydalnemu. Według Stanisława Pużyńskiego<sup>36</sup> depresja wiąże się z dużym ryzykiem samobójstwa, które może być dokonywane zarówno w czasie nawrotu choroby, jak i w okresie pomiędzy nawrotami. Ryzyko zamachu suicydalnego zwiększa również schizofrenia. Około dziesięć procent osób cierpiących na tę chorobę popełnia samobójstwo<sup>37</sup>. Jej objawy spowodowane zaburzeniami

---

*factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study*, "Archives of Suicide Research" 2010, nr 14, s. 44–55.

<sup>32</sup> P. Ciecieląg, P. Łysoń, W. Sadłoń, W. Zdaniewicz (red.), *Kościół katolicki w Polsce 1991–2011*, Warszawa 2014, s. 14.

<sup>33</sup> A. Czabański, *Młodzi wobec samobójstwa*, „Poznańskie Studia Teologiczne”, 1997, nr 9, s. 261–267.

<sup>34</sup> E. T. Isometsa, *Suicide among subjects with personality disorders*, "American Journal of Psychiatry" 1996, nr 53, s. 667–673.

<sup>35</sup> *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu*, Genewa–Warszawa 2003, s. 6, <http://www.ipin.cdu.pl/towsuicyd> (dostęp: 23.08.2023).

<sup>36</sup> S. Pużyński, *Depresje i samobójstwa*, „Służba Zdrowia” 2001, nr 23–25, [https://www.sluzbazdrowia.com.pl/artykul.php?numer\\_wydania=3018&art=3](https://www.sluzbazdrowia.com.pl/artykul.php?numer_wydania=3018&art=3) (dostęp: 19.08.2023).

<sup>37</sup> M. Melka-Roszczyk, *Samobójstwo a choroby psychiczne i zaburzenia somatyczne*, <https://melka-roszczyk.pl/samobojstwo-a-zaburzenia-psychiczne-i-choroby-somatyczne/> (dostęp: 20.08.2023).

funkcjonowania mózgu wyrażają się w nieadekwatnym, odmiennym postrzeganiu świata, co powoduje poczucie niezrozumienia, osamotnienia, izolacji. Choroba ta wywołuje ciągle jeszcze społeczny lęk oraz stygmatyzowanie dotkniętych nią osób, co dodatkowo ogranicza relacje chorego z innymi ludźmi. Brak kontaktów społecznych, wyalienowanie, obawy związane z nawrotem objawów choroby mogą wpływać na myśli i tendencje samobójcze.

Czynnikiem etiologicznym samobójstw bywa również uzależnienie od alkoholu i innych środków toksycznych. Zdaniem niektórych badaczy jest ono nawet większe niż u osób z depresją<sup>38</sup>. Osoby dorosłe nadużywające alkoholu są trzykrotnie bardziej narażone na ryzyko popełnienia samobójstwa<sup>39</sup>, ale u pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu staje się ono nawet od 60 do 120 razy wyższe<sup>40</sup>. Działanie tego typu substancji może mieć znaczenie bezpośrednie lub pośrednie. Środki psychoaktywne zaburzają percepcję świata i własnej osoby, wywołują zaburzenia emocjonalne, tłumią lęki, obawy i wątpliwości, ułatwiając tym samym podjęcie decyzji o targnięciu się na życie. Działanie pośrednie ma związek z sytuacją życiową osób uzależnionych i licznymi problemami wynikającymi z zaburzonych relacji międzyludzkich, problemów zawodowych i rodzinnych, trudności ekonomicznych, chorób somatycznych, obniżenia samooceny i poczucia własnej wartości, niemożności zaprzestania picia. Alkoholik nie widzi możliwości wyjścia z sytuacji, w jakiej znalazł się z powodu nałogu i szuka rozwiązania w zamachu samobójczym.

Można również spotkać się z poglądem uznającym samobójstwo za odrębną chorobę psychiczną będącą przejawem organicznego kryzysu lękowego, który prowadzi do patologicznej „ucieczki w śmierć”. W związku z tym aktów samobójczych mogą dopuszczać się również ludzie „normalni”, którzy w danej chwili są pod wpływem chorobliwego stanu wrogich napięć prowadzących do zachowań autodestrukcyjnych<sup>41</sup>.

Samobójstwa stały się przedmiotem zainteresowań nie tylko psychiatrów, ale także przedstawicieli innych specjalności medycznych. Odejście od sztywnego podziału na choroby psychiczne i somatyczne wpłynęło na powstawanie koncepcji poszukujących przyczyn samobójstwa w działaniu czynników organicznych i fizjologicznych, które nie tyle determinują, ile raczej zwiększają podatność człowieka na autodestrukcję. W ten sposób powstał kierunek fizjopatologiczny ukierunkowany na poszukiwanie etiologii samobójstw poprzez badania w dziedzinie neurobiologii, genetyki, psychosomatyki,

<sup>38</sup> H. Inskip, C. Harris, B. Barraclough, *Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia*, "The British Journal Psychiatry" 1998, 172, s. 35–37, DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.35>.

<sup>39</sup> R. Crossin et al., *The association between alcohol use disorder and suicidal ideation in a New Zealand birth cohort*, "Australian & New Zealand Journal of Psychiatry", DOI: 10.1177/00048674211064183 (dostęp: 20.08.2023).

<sup>40</sup> *Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview*, "Act Psychiatr Scand" 2006, nr113(1), s. 13–22, DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00643.x.

<sup>41</sup> M. Jarosz, *Samoniszczenie. Samobójstwo. Alkoholizm. Narkomania*, Warszawa 1980, s. 50.

endokrynologii, nauki o żywieniu, a nawet biometeorologii. Zwraca się tu uwagę na uwarunkowania związane z nieprawidłowościami strukturalnymi i funkcjonalnymi w mózgach osób podejmujących próby samobójcze<sup>42</sup>, choroby somatyczne, zwłaszcza takie jak: nowotwory, epilepsja, cukrzyca, HIV/AIDS, zaburzenia endokrynologiczne oraz wszelkie problemy zdrowotne ograniczające sprawność fizyczną i psychiczną jednostki, powodujące silny, przewlekły ból, nadpobudliwość emocjonalną, ograniczające jej aktywność oraz atrakcyjność społeczną.

Na czynności fizjologiczne i psychiczne człowieka mogą mieć także znaczący wpływ warunki atmosferyczne i klimatyczne. Osoby określane mianem meteopatów (lub meteoropatów) są szczególnie wrażliwe na zmiany elementów pogody i na niekorzystne warunki biometeorologiczne reagują zmianą nastroju, nadpobudliwością emocjonalną, rozdrażnieniem, zakłóceniem samokontroli, niechęcią do podejmowania działań, brakiem motywacji i chęci do życia<sup>43</sup>, co wpływa na osłabienie ich odporności psychicznej i może skłaniać do realizacji zamiarów samobójczych.

Samobójstwo niekoniecznie związane musi być z chorobą psychiczną jednostki, ale pewne cechy i właściwości psychiczne charakterystyczne nawet dla osób uznawanych za zdrowe mogą sprzyjać zachowaniom suicydalnym. **Kierunek psychologiczny** bada czynniki ryzyka związane z typem osobowości, temperamentu i innymi właściwościami psychicznymi, które potencjalnie mogą odgrywać istotną rolę w etiologii samobójstw. M. Jarosz uważa, że „psychologiczne komponenty samobójczego umysłu można podzielić na intrapsychiczne i interpersonalne czynniki ryzyka”<sup>44</sup>. Pierwsze z nich wiążą się z cechami poznawczymi człowieka decydującymi o tym, jak spostrzegamy i interpretujemy poszczególne sytuacje. W pewnych okolicznościach sposób percepcji i oceny przeżywanego zdarzenia może zwiększać ryzyko lub nawet przyczynić się do popełnienia samobójstwa. Z kolei komponenty interpersonalne decydują o naszych zdolnościach do tworzenia i utrzymywania związków i relacji z innymi osobami, co może mieć decydujące znaczenie dla otrzymania wsparcia w sytuacjach trudnych. Główna uwaga badaczy koncentruje się na identyfikowaniu czynników ryzyka, które są związane z zachowaniami samobójczymi<sup>45</sup>. Mimo że wśród samobójców są osoby o bardzo zróżnicowanych typach osobowości i cechach psychicznych, przedstawiciele omawianego kierunku wskazują na pewne właściwości sprzyjające zamachom suicydalnym. Wśród nich najczęściej wskazywane są:

- Niska samoocena i brak poczucia własnej wartości, które powodują brak akceptacji samego siebie i nadawanie niskiej wartości własnemu życiu.

<sup>42</sup> K. Romaszko, *Samobójstwa i zachowania samobójcze jako przedmiot zainteresowań nauk medycznych. Definicja, podział i przegląd biomarkerów zachowań samobójczych*, cz. I: *Psychiatryczne i neuroobrazowe markery zachowań samobójczych*, „Medical Studies / Studia Medyczne” 2020, nr 36(4) s. 315–326, DOI: <https://doi.org/10.5114/ms.2020.102327> (dostęp: 21.08.2023).

<sup>43</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, Warszawa 2002, s. 65.

<sup>44</sup> M. Jarosz, *Samobójstwa...*, s. 82.

<sup>45</sup> J.R. Rogers, *Theoretical grounding: The ‘missing link’ in suicide research*, „Journal of Counseling and Development” 2001, nr 79, s. 16–25.

Deprecjonująca ocena własnej osoby obejmuje zniekształconą ocenę cech osobowych, zdolności poznawczych, umiejętności rozwiązywania problemów oraz dostępności do społecznych zasobów i czynników ratunkowych. Ocena własnej osoby wpływa na ocenę sytuacji, którą człowiek spostrzega przez pryzmat własnych cech, możliwości, szans i osiągnięć. Obie negatywne oceny, tj. ocena sytuacji oraz ocena własnej osoby, potęgują uczucia porażki oraz zniewolenia, które z kolei pośredniczą pomiędzy samooceną a zachowaniami samobójczymi<sup>46</sup>. Współcześnie przywiązuje się dużą wagę do wyglądu zewnętrznego człowieka, porównując go z wykreowanymi przez media nierealnymi standardami. Niska samoocena, zwłaszcza w przypadku młodzieży, wynika nierzadko z braku akceptacji własnego wyglądu. Badano np. wpływ postrzegania wagi swojego ciała na ryzyko powstawania myśli samobójczych. Jak się okazuje, krytyczna ocena sylwetki zwiększa ryzyko zamachu samobójczego. W przypadku kobiet dotyczyło to osób, które spostrzegały siebie jako zbyt grube, w odniesieniu do mężczyzn tendencje autodestrukcyjne wyrażały osoby zarówno zbyt otyłe, jak i zbyt szczupłe<sup>47</sup>. Brak akceptacji dla własnej fizyczności prowadzi do deprecjonowania siebie, niechęci czy wręcz nienawiści do własnego ciała, co sprzyja samouszkodzeniom i ogólnie samoniszczeniu.

- Poczucie braku nadziei i przekonanie o własnej bezradności. W.A. Dixon, P.P. Heppner i M.D. Rudd<sup>48</sup> wykazali w swoich badaniach, że brak nadziei jest bezpośrednim predykatorem myśli samobójczych, natomiast przekonanie o własnych kompetencjach umożliwiających rozwiązanie problemu (lub ich braku) ma wpływ pośredni. Człowiek nisko oceniający swoje możliwości działania czuje się bezradny w obliczu problemów, co pogłębia u niego poczucie beznadziejności, które staje się znaczącym czynnikiem ryzyka różnych zaburzeń psychicznych, ale szczególnie depresji i zachowań samobójczych<sup>49</sup>.
- Pesymistyczne nastawienie do życia, które powoduje nasilanie się lęków i obaw, wywołuje poczucie beznadziejności, bezsilności, sprzyja apatii i bierności, a w niektórych przypadkach prowadzi do rzekomo jedynej drogi wyjścia, jakim jawi się „ucieczka w samobójstwo”. Jednostki bardziej optymistyczne są mniej zagrożone myślami i próbami samobójczymi nawet w obliczu przykrych zdarzeń

<sup>46</sup> M. Panagioti, P. Gooding, P.J. Taylor, N. Tarrier, *Negative self-appraisals and suicidal behavior among trauma victims experiencing PTSD symptoms: the mediating role of defeat and entrapment*, „Depression and Anxiety” 2012, nr 29(3), s. 187–194.

<sup>47</sup> S. Stack, D. Lester, *Body mass and suicide risk*, „Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention” 2007, nr 28(1), s. 46–47.

<sup>48</sup> W.A. Dixon, P.P. Heppner, M.D. Rudd, *Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation: Evidence for a mediational model*, „Journal of Counseling Psychology” 1994, nr 41, s. 91–98.

<sup>49</sup> F.J. Hanna, *Suicide, and hope: The common ground*, „Journal of Mental Health Counseling” 1991, nr 13, s. 459–472.

życiowych, bo mają nadzieję na pomyślne rozwiązanie nawet najtrudniejszych problemów. W badaniach potwierdzono, że wyższy poziom optymizmu redukuje związek pomiędzy przekonaniem, że sytuacja, w jakiej znalazł się człowiek, jest beznadziejna a myślami samobójczymi<sup>50</sup>.

- Zaburzenia poznawcze określane przez Edwina Shneidmana<sup>51</sup> jako „stan zawężenia percepcji”, polegające na obniżonej zdolności oceny sytuacji prowadzącej do niedostrzegania możliwości alternatywnych rozwiązań i sposobów wyjścia z sytuacji trudnej. Człowiek zafiksowany na nieskutecznych działaniach ponosi permanentne niepowodzenia, co powoduje w końcu negatywne nastawienie do siebie i świata. Stan taki jest wynikiem sztywnego myślenia opartego na stereotypach i irracjonalnych przekonaniach, zniekształceniach poznawczych oraz deficytach w rozwiązywaniu problemów<sup>52</sup>.
- Wysoki poziom agresywności i impulsywności, któremu towarzyszy silna tendencja do wypierania zachowań agresywnych. W procesie socjalizacji osoby takie uczą się opanowywać agresję, nie przejawiać jej wobec innych ludzi, gdyż z reguły bywa to nieakceptowane społecznie. Tłumiona agresja może zostać wtedy skierowana na własną osobę. W myśl teorii A.F. Henry’ego i J.F. Shorta samobójstwo, podobnie jak zabójstwo, to przejaw agresji będącej reakcją na frustrację. Ich zdaniem w „grupach i warstwach społecznych o niższym statusie ludzie będą z większym prawdopodobieństwem reagować na frustrację agresją skierowaną na zewnątrz, a więc zabójstwem, natomiast tam, gdzie status społeczny jest wyższy, wzrasta prawdopodobieństwo reagowania na frustrację agresją skierowaną na siebie, a więc samobójstwem”<sup>53</sup>. Skrywana agresja i impulsywność towarzyszą zamachom samobójczym zwłaszcza w przypadku osób młodych. Im starszy wiek ofiary, tym zależność ta jest mniej znacząca<sup>54</sup>.
- Tendencje autodestruktywne, które nie zawsze przyjmują bezpośrednią formę, często przejawiają się wcześniej w sposób pośredni. Pośrednia autodestruktywność polega na podejmowaniu zachowań wysoce ryzykownych, celowym wchodzeniu w sytuacje zagrożenia oraz zaniedbywaniu własnego bezpieczeństwa i zdrowia. Jednostka podejmując taką aktywność, naraża się na niebezpieczeństwo, ale lekceważy jej potencjalnie tragiczne następstwa.

<sup>50</sup> J.K. Hirsch, K.R. Conner, *Dispositional and explanatory style optimism as potential moderators of the relationship between hopelessness and suicidal ideation*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 2006, nr 36(6), s. 661–669.

<sup>51</sup> Cyt. za: R. O’Connor, N. Sheehy, *Zrozumieć samobójcę*, Gdańsk 2002, s. 83.

<sup>52</sup> H.G. Sánchez, *Risk factor model for suicide assessment and intervention*, „Professional Psychology: Research and Practice” 2001, nr 32, s. 351–358.

<sup>53</sup> Cyt. za: K. Cygielska, *Samobójstwo [w:] Zagadnienia patologii społecznej*, red. A. Podgórecki, Warszawa 1976, s. 395.

<sup>54</sup> Y. Gvion, A. Apter, *Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature*, „Archives of Suicide Research” 2011, nr 15(2), s. 93–112.

U osób po próbach samobójczych uogólniona tendencja do autodestruktywności oraz nasilenie poszczególnych jej objawów osiągają górną granicę wyników przeciętnych<sup>55</sup>.

Przedstawione powyżej charakterystyczne cechy sprzyjające zamachom suicydalnym nie wyczerpują oczywiście pełnego ich katalogu, gdyż autorzy różnych koncepcji psychologicznych tworzą własne teorie na temat osobowości samobójców. Zwraca się np. uwagę na niestabilność emocjonalną, tendencje lękowe, przypisywanie sobie poczucia winy, niską tolerancję stresu itp.

O tym, czy dana właściwość lub cecha skutkować będzie tendencjami samobójczymi, decydują jednak w znacznym stopniu relacje społeczne jednostki. Zwolennicy kierunku socjologicznego zwracają uwagę na społeczne uwarunkowania zachowania człowieka, także tego o charakterze suicydalnym. Próby wyjaśnienia genezy zamachów samobójczych w kontekście relacji społecznych jednostki podejmowane były na gruncie wielu znanych teorii, m.in. Gibbisa, Martina, Powella i Durkheima. Patologiczne, autodestrukcyjne działanie jednostki wynika ich zdaniem z nieprawidłowości w funkcjonowaniu społeczeństwa. Oznacza to przesunięcie zainteresowań z indywidualnych cech człowieka na warunki społeczne zapobiegające lub sprzyjające zamachom na własne życie. Z tego też względu „samobójstwo jako zjawisko społeczne należy badać jako efekt dezintegracji społeczeństwa, a nie jako przejaw dezintegracji osobowości samobójcy”<sup>56</sup>. Autorzy ci zwracali uwagę na konflikt ról społecznych i sprzeczność statusów, brak trwałości oraz stabilności stosunków społecznych, a także na zanik komunikacji między ludźmi będący skutkiem zjawiska anomii<sup>57</sup>. W tym kontekście suicydalne zachowania ludzi nie wynikają z ich patologicznych skłonności, są one raczej normalną reakcją na szczególnie niekorzystną sytuację środowiskową. Zatem inklinacje samobójcze przejawiają nie osoby chore, ale raczej mniej odporne na trudności życiowe, znajdujące się w sytuacjach rodzących problemy z ich punktu widzenia niemożliwe do rozwiązania. Ogólnie rzecz biorąc, samobójstwa są wynikiem zjawisk, jakie zachodzą w osobowości jednostki pod wpływem determinant ze środowiska, w którym ona żyje.

Zaburzone funkcjonowanie społeczne osób i zbiorowości wynikać może z kryzysu systemu wartości, braku perspektyw życiowych, utraty poczucia bezpieczeństwa, trudności w zaspokajaniu potrzeb socjalno-bytowych i psychospołecznych, poczucia osamotnienia wśród ludzi itp. Nieskuteczne próby rozwiązywania własnych kryzysów życiowych w istniejących warunkach społecznych prowadzą nierzadko do wyboru tragicznego w skutkach zachowania suicydalnego.

<sup>55</sup> K. Tsirigotis, W. Gruszczyński, M. Lewik-Tsirigotis, M. Kruszyna, *Przejawy autodestruktywności pośredniej u osób po próbach samobójczych*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2011, nr 11, s. 83–91.

<sup>56</sup> M. Jarosz, *Samoniszczenie...*, s. 54.

<sup>57</sup> K. Cygielska, *Samobójstwo...*, s. 399.

Nawiązując do popularnej klasyfikacji samobójstw stworzonej przez E. Durkheima<sup>58</sup>, należy stwierdzić, że ich społeczne przyczyny mogą tkwić w zaburzonych relacjach pomiędzy jednostką a innymi ludźmi tworzącymi jej środowisko społeczne. Zarówno zbyt słabe, jak i za silne utożsamianie się człowieka ze społecznością, w której żyje, może stanowić czynnik etiologiczny samobójstwa.

Osoby, które nie wytworzyły bliskich więzi społecznych, koncentrują się głównie na sobie, na własnych potrzebach, celach, dążeniach, oczekiwaniach. Cenią sobie niezależność i podejmowanie samodzielnych decyzji bez konieczności uwzględniania potrzeb innych ludzi. W przypadku niepowodzeń życiowych są one szczególnie narażone na samobójstwo, bo nie mogą liczyć na wsparcie społeczne, nie biorą nawet pod uwagę możliwości poszukiwania pomocy u innych, próbują samodzielnie wyjść z kryzysu, co nie zawsze się im udaje. Decydując się na samobójstwo, nie uwzględniają swoich zobowiązań społecznych ani konsekwencji, jakie poniosą inni ludzie, ich cierpienie nie ma dla takiej jednostki znaczenia, bo nie wytworzyła ona dostatecznie silnych więzi emocjonalnych z najbliższymi. Autor nazywa takie samobójstwo egoistycznym.

Zbyt silne więzi społeczne mogą również prowadzić do zamachów suicydalnych. Dzieje się tak wtedy, gdy człowiek poświęca swoje życie dla dobra innych ludzi, społeczności czy idei, z którymi bardzo mocno się utożsamia. W tym przypadku dochodzi do tzw. „przesocjalizowania”<sup>59</sup> jednostki, dla której dobro społeczne staje się ważniejsze od jej własnego życia. Durkheim nazywa takie samobójstwo altruistycznym, bo ma ono służyć poprawie sytuacji innych ludzi. Często takie osoby zyskują status bohaterów, zwłaszcza jeżeli ich śmierć pozwala na realizację ważnych celów społecznych (np. gdy poświęcają swoje życie dla ojczyzny, idei, zasad religijnych czy ratowania życia innych ludzi).

Samobójstwom sprzyjać mogą również pewne czynniki makrospołeczne, takie jak tzw. stan anomii społecznej. Jak sama nazwa wskazuje, jest to ogólnospołeczny kryzys norm, wartości, zasad, który towarzyszy na ogół szybkim przemianom społecznym. Wszelkie transformacje ustrojowe związane są ze stanem przejściowym, kiedy to dotychczas obowiązujące normy i wartości zaczynają być negowane i odrzucane, a nowy porządek normatywny nie jest jeszcze w pełni ukształtowany i upowszechniony. Funkcjonowanie w anomicznej rzeczywistości jest sporym wyzwaniem dla ludzi, którzy tracą nagle poczucie bezpieczeństwa, dotychczasowy status i pozycję społeczną, nie rozumieją i nie akceptują nowych zasad, wymagań i oczekiwań, zacierają się w ich świadomości granice pomiędzy dobrem a złem. Człowiek zagubiony w nowej, niezrozumiałej dla niego rzeczywistości nie ma ochoty asymilować się z obcymi sobie normami i wartościami, nie chce zaakceptować zmian w swoim życiu, czuje się bezsilny, bo nie potrafi już żyć. Narasta wtedy u ludzi tendencja do destrukcji i autodestrukcji, co objawia się wzrostem

<sup>58</sup> Za: I. Pospiszyl, *Patologie społeczne*, Warszawa 2008, s. 103–104.

<sup>59</sup> M. Jarosz, *Samobójstwo. Dlaczego teraz*, Warszawa 2013, s. 43.



liczby zachowań patologicznych, takich jak przestępczość, alkoholizm, narkomania i samobójstwo. Taki typ samobójstwa nazwano anomicznym.

Samobójstwa fatalistyczne mają związek z problemami, których człowiek nie potrafi rozwiązać. Brak środków do życia, bezrobocie, uzależnienia, zadłużenie, choroba, pobyt w zakładzie karnym, konflikty z najbliższymi i różne inne zdarzenia losowe powodować mogą u ludzi poczucie bezradności, znalezienia się w sytuacji bez wyjścia. Osoba taka nie widzi możliwości skutecznego poradzenia sobie z tymi problemami, nie widzi perspektyw, nie ma nadziei na zmianę. Jedynym wyjściem, jakie dostrzega w tej sytuacji, jest ucieczka w samobójstwo, które ostatecznie ma zakończyć jej beznadziejne zmagania.

Przedstawione tu kierunki badań na samobójstwem koncentrują się na różnych grupach czynników etiologicznych. Pamiętać jednak należy, że w każdym konkretnym przypadku zachowania suicydalnego mamy do czynienia z nakładaniem się na siebie różnych uwarunkowań i przyczyn, które w efekcie doprowadzają jednostkę do zamachu samobójczego. Jak twierdzi Antoni Sułek, „dopiero zderzenie czynników ogólnospołecznych i indywidualnych może wyjaśniać akty samobójstwa; [...] Społeczne źródła mają nie tylko tendencje [...], lecz także okoliczności, motywy i interpretacje, a wykrywanie, jakie cechy położenia społecznego, stany subiektywne i doświadczenia jednostek zwiększają ryzyko samobójstwa, jest uprawnionym celem badań społecznych”<sup>60</sup>.

Jednocześnie należy uwrażliwiać społeczeństwo oraz wdrożyć odpowiednie działania, gdyż koszty zachowań samobójczych zarówno dla jednostek, ich rodzin oraz społeczeństwa powodują, iż samobójstwo jest bardzo poważnym problemem zarówno dla zdrowia jednostki, jak i dla zdrowia publicznego<sup>61</sup>.

W przypadku zamachów samobójczych dokonywanych przez dzieci i młodzież obok wcześniej omówionych czynników etiologicznych uwzględnia się również specyficzne właściwości rozwojowe związane z wiekiem adolescencji oraz wpływem podstawowych środowisk wychowawczych i socjalizujących, takich jak rodzina, szkoła, grupy rówieśnicze oraz media elektroniczne.

Wraz z okresem dorastania pojawia się u młodzieży tzw. kryzys adolescencyjny, który zwiększa ryzyko wystąpienia zachowań autodestrukcyjnych. Szybkiemu rozwojowi fizycznemu towarzyszą zmiany hormonalne wywołujące u młodego człowieka zaburzenia nastroju, niestabilność emocjonalną, nasilenie neurotyczności związane z doświadczaniem lęku, stresu oraz napięcia, nadmiernym zamartwianiem się i nadwrażliwością na sytuacje stresujące<sup>62</sup>. Zmiana wyglądu (nie zawsze akceptowana) powodować może zaburzenia samooceny, niestabilność emocjonalna

<sup>60</sup> A. Sułek, *Przedmowa* [w:] E. Durkheim, *Samobójstwo. Studium z socjologii*, Warszawa 2011, s. 37.

<sup>61</sup> M. Woźniak, *Zachowania suicydalne jako problem społeczny XXI wieku – charakterystyka zjawiska z uwzględnieniem przyczyn oraz metod zapobiegawczych* [w:] *Wyzwania i problemy społeczne z początku XXI wieku*, red. N. Laurisz, Kraków 2020, s. 108–109.

<sup>62</sup> I. Obuchowska, *Drogi dorastania*, Warszawa 1996, s. 57.

sprzyja konfliktom z rodzicami, rodzeństwem, nauczycielami i rówieśnikami, mimo iż młodemu człowiekowi bardzo zależy na pozytywnych relacjach i akceptacji społecznej. Jest to również okres poszukiwania własnej tożsamości i samookreślenia, któremu towarzyszy poczucie niezrozumienia, niepewność, osamotnienie, nadmierne wymagania i oczekiwania wobec siebie oraz innych<sup>63</sup>. Nierzadko pojawiają się również w tym okresie problemy egzystencjalne, pytania o cel i sens życia, a także przejściowe lub trwałe zaburzenia osobowości, która w tym wieku nie jest jeszcze w pełni ukształtowana. W wieku dorastania czynnikiem suicydnogennym staje się także depresja młodzieńcza (zwana także zespołem depresyjnym), w trakcie której pojawia się niebezpieczeństwo podjęcia próby samobójczej.

Kryzys wieku dorastania przyczynić może się do zaburzenia relacji społecznych młodego człowieka. Najczęściej wskazywane są tutaj problemy w rodzinie, które niesłusznie określane bywają jako konflikt pokoleń. W rzeczywistości zmiany fizyczne i psychiczne towarzyszące dorastaniu zaburzają dotychczasową równowagę w relacjach z rodzicami. Wybuchowość, impulsywność, nieadekwatne reakcje oraz nadmiernie wyrażona potrzeba emancypacji powodują niepożądane z wychowawczego punktu widzenia reakcje ze strony rodziców. Niektóre z nich prowadzić mogą do manifestacji prób suicydalnych ze strony nastolatków. Pojawiają się one najczęściej w przypadku skrajanych metod „wychowawczych”, takich jak nadmierny rygorizm lub przeciwnie – zupełny liberalizm. Autorytarne i rygorystyczne zachowanie rodziców nasila bunt, protest i chęć przeciwstawienia się rodzicom, a liberalizm odbierany bywa jak odrzucenie, brak zainteresowania, miłości i wsparcia. W obu przypadkach formą „ukarania” rodziców może być zachowanie autodestruktywne, które zdarzyć się może nawet w rodzinach funkcjonujących do tej pory prawidłowo. Jednak najczęściej młodzież dokonująca zamachów samobójczych pochodzi z rodzin patologicznych lub dysfunkcyjnych, w których występują różne formy przemocy, problemy alkoholowe, konflikty między rodzicami, problem ubóstwa, przestępczości czy prostytucji. Zaburzone rodziny nie są w stanie zaspokoić najważniejszych potrzeb emocjonalnych swoich dzieci: bezpieczeństwa, miłości, szacunku i samorealizacji, co powoduje, że ich rozwój ulega zakłóceniu, a bunt przeciwko niewydolnej rodzinie przybiera postać wycofywania się i autoagresji<sup>64</sup>.

Kolejnym środowiskiem odgrywającym znaczącą rolę w generowaniu zamachów samobójczych młodzieży bywa szkoła. Problemy szkolne, takie jak silny stres (tzw. fobia szkolna), konieczność rywalizacji z innymi, niekorzystna atmosfera w szkole, niski poziom kompetencji psychologicznych nauczycieli, niedostosowany do potrzeb poznawczych uczniów program nauczania i deprecjonujący system oceniania stają się bardzo często przyczyną targnięcia się na swoje życie. Dotyczy to zwłaszcza uczniów nadmiernie ambitnych, źle znoszących porażki, o niskiej samoocenie, z deficytami fragmentarycznymi. Szkoła może stać się pierwotną przyczyną

<sup>63</sup> A. Gmitowicz, M. Makara-Struzińska, A. Młodożeniec, *Ryzyko samobójstwa u młodzieży*, Warszawa 2015, s. 20.

<sup>64</sup> Zwraca na to uwagę m.in. B. Hołyst, *Suicydologia...*, s. 543.

zaburzeń w funkcjonowaniu dzieci, gdy liczba nagromadzonych w niej sytuacji stresowych będzie duża i będzie występować długotrwanie. Szczególnie podatne na problemy szkolne będą wtedy dzieci słabsze fizycznie, z deficytami narządów zmysłów lub centralnego układu nerwowego, o nieco niższym lub wyższym niż przeciętny poziomie intelektualnym oraz dzieci zaniedbane wychowawczo<sup>65</sup>.

W okresie adolescencji wzrasta znacząco rola grupy rówieśniczej, która staje się dla młodego człowieka wyznacznikiem jego pozycji i statusu społecznego. Szczególnie silnie identyfikują się z takimi grupami osoby, które mają niezbyt bliskie relacje w rodzinie i swoje potrzeby realizują przede wszystkim w kontaktach z rówieśnikami. Grupa w inny sposób niż rodzina zaspokaja potrzebę przynależności i akceptacji, daje poczucie zrozumienia, wzmacnia poczucie własnej wartości, kształtuje tożsamość seksualną i uczy podziału ról<sup>66</sup>. W grupach nastolatków pojawiają się także pierwsze związki o charakterze erotycznym będące często źródłem traumatycznych doświadczeń. Grupy takie stawiają jednak swoim członkom dość wygórowane wymagania dotyczące np. wyglądu zewnętrznego, respektowania obowiązującej mody, stylu bycia, spędzania czasu wolnego, zainteresowań, posiadania określonych przedmiotów czy nawet statusu społecznego rodziców. Osoby niespełniające warunków, „niepasujące do grupy”, spostrzegane jako niezbyt atrakcyjne towarzystwo, bywają brutalnie odrzucane, nieakceptowane, narażone są na przemoc (psychiczną lub fizyczną) i izolację społeczną. Niepowodzenia w kontaktach z rówieśnikami w tym także z osobami płci przeciwnej stają się jednym z częstszych powodów zamachów samobójczych.

Kontakty społeczne adolescentów przenoszą się współcześnie w świat wirtualny. Takie relacje stają się substytutem bezpośrednich więzi, powodując często atrofie rzeczywistych relacji społecznych. Zaspokajają one w pewnym stopniu potrzeby psychospołeczne i dają możliwość nawiązywania relacji wykraczających poza własne środowisko czy miejsce zamieszkania, ale stwarzają również zagrożenia. Cyberprzemoc, patosteaming, prezentacja aktów przemocy i wyuzdanej seksualności zaburzają obraz świata nastolatka, powodują zatarcie granicy pomiędzy normą i patologią, kształtując fałszywe przekonania o świecie. Szczególnie niebezpiecznym zjawiskiem staje się gloryfikacja śmierci, zwłaszcza samobójczej. W sieci odnaleźć można szczegółowe poradniki dla potencjalnych samobójców, informacje o możliwości wykorzystania powszechnie dostępnych środków i substancji w celu pozbawienia się życia, a nawet konkretną pomoc w popełnieniu samobójstwa. Nagłaśniane są także liczne przykłady samobójstw, które mogą być związane z naśladownictwem (wierne odwzorowanie okoliczności samobójstwa, miejsca, ubioru lub użytej metody), zwłaszcza gdy dotyczą one osób

<sup>65</sup> Tamże, s. 551.

<sup>66</sup> K. Sawicki, *Kręte drogi dorastania. Grupa rówieśnicza a nieprzystosowanie społeczne młodzieży* [w:] *Dylematy i wyzwania współczesnej resocjalizacji*, red. K. Sawicki, R. Ćwikowski, A. Chańko, Białystok 2015, s. 98.

znanych, często młodzieżowych idoli, których śmierć cieszy się zainteresowaniem zarówno mediów, jak i odbiorców<sup>67</sup>. Motywowanie do popełnienia samobójstwa może przybierać także bardziej osobisty, bezpośredni charakter poprzez odczytywanie w sieci listów pożegnalnych, transmitowanie samobójstwa „na żywo”, zawieranie „paktów samobójczych”<sup>68</sup>, namawianie, zachęcanie, gloryfikowanie osób, które zdecydowały się na zakończenie życia<sup>69</sup>. Powstała nawet odrębna subdyscyplina o nazwie cybersuicydologia, czyli dziedzina wiedzy zajmująca się całością zjawisk związanych z samobójstwami, na które wpływ miał Internet.

Tego typu przekazy mogą być szczególnie niebezpieczne, jeżeli korzystają z nich osoby należące do grupy ryzyka, rozważające popełnienie samobójstwa. T.M. Anthony<sup>70</sup> wyróżnia cztery dominujące czynniki, które charakteryzują młode osoby myślące o samobójstwie: Są to:

- 1) poczucie braku własnej wartości – wpływ na nie mają doświadczenia życiowe oraz opinie osób znaczących: rodziców, nauczycieli, a zwłaszcza rówieśników;
- 2) brak zakorzenienia, czyli zaspokojenia potrzeby afiliacji. Dziecko, które nie czuje się częścią żadnej grupy czy zbiorowości, jest „niczyje”, staje się bardziej podatne na autodestrukcję;
- 3) zaniedbanie i samotność – związane z brakiem aprobaty, akceptacji i uwagi ze strony rodziców oraz odrzuceniem przez grupę rówieśniczą;
- 4) poczucie niezrozumienia i niedoceny.

Za podstawowy problem, z jakim boryka się młodzież, T.M. Anthony uważa słabą umiejętność radzenia sobie ze stresem, z presją na sukces ze strony rodziców i społeczeństwa oraz z wszelkiego typu wstrząsami. Większość młodych ludzi przejawia w dodatku tzw. „syndrom samotnego jeźdźca” i traktuje problem, który ich dotyczy, wyłącznie jako ich sprawę, z którą muszą się sami uporać.

## **Spoleczna profilaktyka zamachów samobójczych**

Samobójstwo nie jest samo w sobie problemem, ale symptomem zaburzeń w funkcjonowaniu psychospołecznym jednostki. Na zjawisko to składają się problemy, sytuacje oraz tendencje, których nie umiemy w odpowiednim czasie

<sup>67</sup> J. Pirkis, R.W. Blood, *Suicide, and the media [w:] A concise Guide to Understanding Suicide. Epidemiology, Pathophysiology, and Prevention*, red. S.H. Koslow, P. Ruiz, Ch.B. Nemeroff, Cambridge 2014, s. 381.

<sup>68</sup> Problem ten opisuje m.in. A. Czabański, *Zachowania samobójcze „zaraźliwe” i paktów samobójczych wśród młodzieży [w:] Samobójstwo*, red. B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer, Warszawa 2002, s. 196–206.

<sup>69</sup> Por. D. Zero, *Cybersuicydologia – nowe technologie a samobójstwo*, „Kortowski Przegląd Prawniczy” 2021, nr 1, s. 35–51.

<sup>70</sup> T.M. Anthony, *Dlaczego? Czyli samobójstwo i inne zagadnienia wieku dorastania*, Warszawa 2009, s. 58–65.

rozpoznać, a następnie rozwiązać<sup>71</sup>. Jest ono zjawiskiem ściśle powiązaniem z aktualnie przeżywanymi przez jednostkę problemami, z którymi niektóre osoby nie są w stanie sobie same poradzić, gdyż nie są przygotowane na przeżywanie takich trudności i przeciwności losu. Dużym utrudnieniem jest fakt, że żyjemy w społeczeństwie reaktywnym, tzn. reagującym na problemy dopiero po fakcie. Tymczasem do sprawy samobójstw potrzebne jest podejście proaktywne, tzn. takie, które z góry przygotowuje nas na to, co może się stać. Znacznej liczbie zamachów samobójczych można by zapobiec, gdyby odpowiednio wcześniej udzielone zostało wsparcie społeczne człowiekowi wysyłającemu sygnały świadczące o nasilających się u niego zamiarach suicydalnych. Jest to swoiste wołanie o pomoc, którego jednak zbyt często nie umiemy usłyszeć i odpowiednio zinterpretować.

B. Hołyst<sup>72</sup> wskazuje na poziomy działania prewencyjnego kierowanego do różnych grup odbiorców w zależności od prawdopodobieństwa wystąpienia u nich kryzysów suicydalnych:

„Poziom I – najogólniejszy – obejmuje oddziaływanie edukacyjne na całe społeczeństwo w kierunku wyrobienia postaw akceptujących życie, postaw ułatwiających rozwiązywanie problemów życiowych i adaptowania się do nowych sytuacji życiowych, postaw antysuicydalnych.

Poziom II – działanie na populację potencjalnie zagrożoną pojawieniem się postaw presuicydalnych. Populację taką można wyselekcjonować na drodze diagnozowania społecznego.

Poziom III – oddziaływanie instytucjonalne i pozainstytucjonalne na osoby, które znalazły się już w sytuacji presuicydalnej. Jest to praca zindywidualizowana, nastawiona na określone jednostki.

Poziom IV – oddziaływanie w sytuacji suicydalnej. Istnieje wiele różnorodnych form oddziaływania terapeutycznego. [...] Nieobojętny jest bowiem sposób – czy to medyczny, czy psychologiczno-socjologiczny – przywracania jednostce, która targnęła się na własne życie, zarówno możliwości, jak i motywacji życia.

Poziom V – oddziaływanie na jednostki w sytuacji postsuicydalnej. Praca psychologiczna i socjologiczna, a często też medyczna z tymi osobami należy do rzadkości, to znaczy ogranicza się do tych przypadków, gdy jednostka wykazuje po odratowaniu odchylenia od przyjętej, zresztą niezbyt precyzyjnie, normy zachowań. Natomiast wówczas, gdy odchylenia te nie są wyraźnie zauważalne, jednostka wraca do społeczeństwa i praktycznie nie wiadomo, czy jest przygotowana do kontynuowania życia, czy tylko chwilowo zobojętniała, natomiast jej motywacje samobójcze pozostały”.

W Polsce kładzie się podstawowy nacisk na działania postsuicydalne będące domeną służby zdrowia, nie docenia się natomiast działań presuicydalnych, które winny być prowadzone przez pedagogów, pracowników socjalnych, wychowawców,

<sup>71</sup> Tamże, s. 211.

<sup>72</sup> B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2022, s. 1624.

opiekunów, instruktorów itp. działających w różnych instytucjach. Powinny one być ukierunkowane na:

- podnoszenie świadomości społecznej na temat problemów suicydalnych oraz eliminowanie istniejących na ten temat przesądów, stereotypów, uprzedzeń;
- szybkie diagnozowanie stanów, które mogą doprowadzić do autodestrukcji;
- rozwijanie wsparcia społecznego: telefony zaufania, grupy interwencyjne, wolontariat;
- tworzenie programów profilaktycznych o różnym zasięgu: ogólnopolskie, wojewódzkie, powiatowe, miejskie, gminne, szkolne itp.;
- przeciwdziałanie zjawiskom patologicznym oraz ich destruktywnym skutkom: przemoc, bezrobocie, alkoholizm, narkomania, bezdomność, pauperyzacja społeczna i in.;
- tworzenie i realizowanie programów alternatywnych oraz interwencyjnych.

W odniesieniu do dzieci i młodzieży szczególna rola w organizowaniu i prowadzeniu profilaktyki suicydalnej przypada szkole. Duża liczba prób samobójczych podejmowanych przez dzieci i nastolatków wskazuje na zbyt małe zainteresowanie tego typu problemami, które bywają marginalizowane i traktowane jako wynik zaburzeń psychicznych dotyczących jedynie nielicznej grupy osób. W rzeczywistości skala zachowań suicydalnych może być znacząco większa, gdyż myśli, marzenia, wyobrażenia, plany samobójcze nie są z reguły nikomu ujawniane. W badaniach Krzysztofa Ostaszewskiego<sup>73</sup> 20% uczniów w wieku 14–16 lat potwierdziło występowanie u nich myśli samobójczych, co prawdopodobnie i tak jest liczbą zaniżoną.

Konieczne wydaje się zatem rozszerzenie szkolnych oddziaływań profilaktycznych, które prowadzone winny być na trzech poziomach. Jest to:

I. Profilaktyka pierwszego stopnia – o charakterze uniwersalnym, obejmuje oddziaływania ukierunkowane na ogół uczniów. Polega ona przede wszystkim na rozpoznawaniu i zmianie warunków sprzyjających pojawieniu się zachowań samobójczych, co wiąże się z właściwą organizacją życia szkolnego i realizacją funkcji wychowawczej szkoły. Szczególnie ważne w realizacji tego zadania będzie:

- zapobieganie patologicznym zjawiskom, takim jak: przemoc rówieśnicza, stygmatyzacja, izolacja i odrzucenie przez grupę, deprecjonowanie osób z rodzin o niskim poziomie edukacyjnym, gorzej sytuowanych materialnie, uczniów z problemami dydaktycznymi, z niepełnosprawnościami czy deficytami fragmentarycznymi;
- dostarczanie młodzieży pozytywnych wzmocnień i umożliwianie jej przeżywania zadowolenia poprzez organizację różnego rodzaju imprez kulturalnych, sportowych, rozrywkowych, o charakterze krajoznawczym, rozwijających zainteresowania, pasje, ukazujących pozytywne cele życiowe;

---

<sup>73</sup> K. Ostaszewski, *Myśli samobójcze a sytuacja rodzinna oraz problemy inter- i eksternalizacyjne u młodzieży w wieku 14–16 lat*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2018, nr 17(3), s. 42–62.

- podnoszenie poczucia własnej wartości uczniów poprzez włączanie ich do różnych form aktywności stwarzających możliwość rozszerzania doświadczeń, kształtowania samodyscypliny, zaufania do siebie, poczucia własnej siły, niezależności, przekonania o swojej wysokiej wartości oraz dojrzałości, dających równocześnie satysfakcję i poczucie zaufania społecznego;
- integracja wszystkich osób tworzących społeczność szkolną (nauczycieli, uczniów, a także rodziców) poprzez angażowanie ich do wspólnego tworzenia zasad dotyczących zachowania na terenie szkoły, praw i obowiązków, wymagań, sposobu oceniania, zakazów i nakazów, co ograniczy liczbę konfliktów oraz problemów wynikających z niejasnych reguł i przepisów oraz stworzy u uczniów przekonanie o możliwości wpływu na swoje otoczenie, co wzmocni ich więź ze szkołą;
- stworzenie jasnych i jednoznacznych procedur pozwalających na szybką i skuteczną interwencję w sytuacjach trudnych;
- tworzenie właściwego klimatu społecznego w szkole poprzez rozwijanie więzi społecznych, współpracę, unikanie rywalizacji, redukcję sytuacji lękowych, preferowanie ocen opisowych;
- przekazywanie wiedzy o technikach propagandy, manipulacji, upowszednianiu informacji szkodliwych, fałszywych, służących propagowaniu patologii w celu uodpornienia młodzieży na destruktywne przekazy powszechnie dostępne, np. w Internecie;
- rozwijanie u młodzieży podstawowych umiejętności społecznych, takich jak: podejmowanie decyzji, radzenie sobie ze stresem, rozwiązywanie problemów, nawiązywanie relacji interpersonalnych, realizowanie własnych potrzeb i motywów;
- upowszechnianie wśród rodziców wiedzy na temat wpływu rodziny na kształtowanie się osobowości dziecka oraz sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych;
- organizowanie szkoleń i treningów mających na celu podniesienie kwalifikacji nauczycieli do pracy wychowawczej z dziećmi i młodzieżą.

II. Profilaktyka drugiego stopnia – mająca na celu rozpoznawanie grup zwiększonego ryzyka samobójczego, a więc osób ujawniających objawy depresyjne, specyficzne cechy osobowości, pochodzących z patogennych środowisk, przewlekle chorych somatycznie i psychicznie oraz mających krewnych, którzy popełnili samobójstwo. W tym celu konieczne jest:

- upowszechnienie wśród nauczycieli, wychowawców, pedagogów szkolnych i innych osób pracujących z młodzieżą wiedzy na temat problematyki samobójstw, a zwłaszcza zachowań presuicydalnych;
- obalanie stereotypów na temat zachowań samobójczych, które przyczyniają się do dezinformacji uniemożliwiającej podjęcie odpowiedniej interwencji w sytuacji krytycznej, są to obiegowe przekonania, że ten, kto mówi o samobójstwie,

- nigdy go nie popełni, że ryzyko samobójstwa można zmniejszyć, unikając poruszania tego tematu, że samobójstwo przychodzi bez ostrzeżenia, a osoba, która kiedykolwiek skłaniała się ku samobójstwu, będzie to czynić zawsze<sup>74</sup>;
- kształtowanie u nauczycieli, rodziców i samych uczniów umiejętności dostrzegania objawów syndromu presuicydalnego, czyli sygnałów pozwalających ocenić ryzyko podjęcia próby samobójczej przez daną osobę;
  - udzielanie wsparcia uczniom w przypadku trudności szkolnych o charakterze dydaktycznym (pomoc w nauce, nauczanie indywidualne, czasowe powstrzymanie się od oceniania ucznia) i społecznym (włączanie do grupy, podnoszenie prestiżu wśród rówieśników, aktywizowanie);
  - wspomaganie uczniów w różnych krytycznych okresach ich życia poprzez pomoc w sprecyzowaniu istoty problemu, jaki przeżywa dana jednostka i wspólnym poszukiwaniu możliwości jego rozwiązania;
  - aktywizowanie młodzieży do udzielania pomocy koleżankom i kolegom, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji, organizowanie tzw. wsparcia rówieśniczego;
  - współpraca z rodziną potencjalnego samobójcy;
  - pomoc osobom zagrożonym w uzyskaniu specjalistycznej opieki psychologicznej.

III. Profilaktyka trzeciego stopnia – obejmuje osoby, które wyrażają myśli samobójcze lub usiłowały odebrać sobie życie. Jej celem jest uniemożliwienie dokonania próby samobójczej lub jej ponowienia. Ten szczebel profilaktyki realizowany jest głównie przez wyspecjalizowane placówki medyczne, które dysponują możliwościami podjęcia właściwych działań bezpośrednio po dokonanych zamachu samobójczym oraz zaprojektowania i realizacji długotrwałych oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych, jakich wymagają osoby bezpośrednio zagrożone samobójstwem, a zwłaszcza te, które przeżyły już zamach suicydalny. Rola szkoły w tym zakresie jest więc znacznie mniejsza, pełnić może ona jedynie funkcje wspomagające, obejmujące oddziaływania opisane poprzednio. Zdaniem J. Szymańskiej<sup>75</sup> będzie to:

- stała dyskretna obserwacja prowadzona przez przeszkolonych pracowników szkoły (w tym personel pomocniczy);
- udzielanie wsparcia przez nauczycieli i pomoc w nauce;
- współpraca z rodzicami i terapeutami zajmującymi się uczniem, wspólne opracowanie strategii pomocy;
- pomoc w rozwiązywaniu doraźnych trudności, opieka szkolnego specjalisty (pedagoga lub psychologa);
- kierowanie rodziców na treningi umiejętności w razie potrzeby, nakłanianie ich do skorzystania ze specjalistycznej pomocy terapeutycznej.

<sup>74</sup> M. Jędrzejewska, *Samobójstwa młodzieży...*, s. 105–117.

<sup>75</sup> Por. J. Szymańska, *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych i rodziców*, Warszawa 2016, s. 20–22.



## Podsumowanie

Skala zjawiska samobójstwa w Polsce nie odbiega od innych krajów europejskich i mieści się w średnim przedziale. Dynamika zjawiska jest dość powolna, na przestrzeni dłuższego okresu obserwuje się systematyczny wzrost, lecz jest on stosunkowo powolny. W latach 2015–2022 liczba samobójstw w naszym kraju utrzymywała się na podobnym poziomie, podczas gdy w wielu innych krajach europejskich spadała. Nasz kraj wyróżnia się znacząco wśród innych państw szczególnie dużą różnicą pomiędzy liczbą samobójstw wśród kobiet i mężczyzn, generalnie na jedno samobójstwo popełnione przez kobietę przypadało średnio 5–6 samobójstw mężczyzn. Właśnie dorośli mężczyźni w wieku 30–65 lat stają się najczęściej ofiarami samobójstw. Z kolei najwięcej zamachów samobójczych dokonują osoby bardzo młode do 18 roku życia. Wprawdzie jedynie ok. 7% z nich kończy się śmiercią, lecz problemu na pewno nie należy bagatelizować. Każde zachowanie suicydalne świadczy bowiem o przeżywanych problemach, z którymi młoda, niedoświadczona osoba nie potrafi sobie poradzić. Zamach samobójczy jest próbą ucieczki przed wyzwaniem przekraczającymi jej możliwości lub dramatycznym sposobem zwrócenia na siebie uwagi osób najbliższych, które nie potrafiły zaspokoić potrzeb psychospołecznych swojego dziecka, nie nauczyły go radzić sobie ze stresem lub po prostu nie rozumieją wagi, jaką przypisuje błahemu z pozoru problemowi młoda osoba. Poczucie bycia niepotrzebnym, osamotnionym, nieszczęśliwym, a przede wszystkim niedostrzeżenie perspektyw na poprawę sytuacji prowadzi do autodestrukcji. Zapobieganie tego typu sytuacjom ograniczyłoby skutecznie skalę zamachów i demonstracji samobójczych, lecz zamiast na działania uprzedzające, główny nacisk kładzie się na interwencję już po wystąpieniu problemu. Samobójstwo uznaje się za problem wyłącznie medyczny i psychologiczny, nie doceniając roli odpowiednich oddziaływań wychowawczych, których podstawowym organizatorem powinna stać się szkoła. Objęcie wszystkich uczniów uniwersalną profilaktyką pierwszego stopnia pozwoliłoby na znaczne ograniczenie skali samobójstw oraz innych niebezpiecznych zjawisk, takich jak przemoc, toksykomania, uzależnienie od mediów elektronicznych itp.

## Bibliografia

- Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview*, "Act Psychiatr. Scand" 2006, nr 113(1), doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00643.x.
- Anthony T.M., *Dlaczego? Czyli samobójstwo i inne zagadnienia wieku dorostania*, Warszawa 2009.
- Babiker G., Arnold L., *Autoagresja, mowa zranionego ciała*, Gdańsk 2002.
- Cieciela P., Łysoń P., Sadłoń W., Zdaniewicz W. (red.), *Kościół katolicki w Polsce 1991–2011*, Warszawa 2014.
- Crossin R. et al., *The association between alcohol use disorder and suicidal ideation in a New Zealand*

- birth cohort*, "Australian & New Zealand Journal of Psychiatry", doi: 10.1177/00048674211064183.
- Cygielska K., *Samobójstwo* [w:] *Zagadnienia patologii społecznej*, red. A. Podgórecki, Warszawa 1976.
- Czabański A., *Młodzież wobec samobójstwa*, „Poznańskie Studia Teologiczne” 1997, nr 9.
- Czabański A., *Zachowania samobójcze „zaraźliwe” i paktów samobójczych wśród młodzieży* [w:] *Samobójstwo*, red. B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer, Warszawa 2002.
- Dervis K., Oquendo M.A., Grunebaum M.F., Ellis S., Burke A.K., Mann J.J., *Religious Affiliation and Suicide Attempt*, "The American Journal of Psychiatry" 2004, nr 116(12).
- Dixon W.A., Heppner P.P., Rudd M.D., *Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation: Evidence for a mediational model*, "Journal of Counseling Psychology" 1994, nr 41.
- Favazza A., *Bodies Under Siege*, London 1996.
- Gvion Y., Apter A., *Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature*, "Archives of Suicide Research" 2011, nr 15(2).
- Hanna F.J., *Suicide, and hope: The common ground*, "Journal of Mental Health Counseling" 1991, nr 13.
- Hilton S.C., Fellingham G.W., Lyon J.L., *Suicide Rates and Religious Commitment in Young Adult Males in Utah*, "American Journal of Epidemiology" 2002, nr 155(5).
- Hirsch J.K., Conner K.R., *Dispositional and explanatory style optimism as potential moderators of the relationship between hopelessness and suicidal ideation*, "Suicide and Life-Threatening Behavior" 2006, nr 36(6).
- Hołyst B., *Kryminologia*, Warszawa 1979; 2022.
- Hołyst B., *Samobójstwo. Przypadek czy konieczność*, Warszawa 1983.
- Hołyst B., *Suicydologia*, Warszawa 2002.
- Inskip H., Harris C., Barraclough B., *Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia*, "The British Journal Psychiatry" 1998, 172, doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.35>.
- Isometsa E.T., *Suicide among subjects with personality disorders*, "American Journal of Psychiatry" 1996, nr 53.
- Jarosz M., *Samobójstwa – ucieczka przegranych*, Warszawa 2004.
- Jarosz M., *Samobójstwo*, Warszawa 1997.
- Jarosz M., *Samobójstwo. Dlaczego teraz*, Warszawa 2013.
- Jarosz M., *Samoniszczenie. Samobójstwo. Alkoholizm. Narkomania*, Warszawa 1980.
- Jędrzejewska M., *Samobójstwa młodzieży – próba zestawienia przyczyn*, „Pedagogika Społeczna” 2002, nr 4.
- Kępiński A., *Rytm życia*, Kraków 1983.
- Kojder A., Kwaśniewski J., *Stosunek społeczeństwa polskiego do zjawisk i zachowań dewiacyjnych* [w:] *Opinia publiczna, środki masowego przekazu a ujemne zjawiska społeczne*, red. B. Hołyst, Warszawa 1981.
- Melka-Roszczyk M., *Samobójstwo a choroby psychiczne i zaburzenia somatyczne*, <https://melka-roszczyk.pl/samobojstwo-a-zaburzenia-psychiczne-i-choroby-somatyczne/> (dostęp: 20.08.2023).
- O'Connor R., Sheehy N., *Zrozumieć samobójcę*, Gdańsk 2002.
- Ostaszewski K., *Myśli samobójcze a sytuacja rodzinna oraz problemy inter- i eksternalizacyjne u młodzieży w wieku 14–16 lat*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2018, nr 17(3).
- Panagioti M., Gooding P., Taylor P.J., Tarrrier N., *Negative self-appraisals and suicidal behavior among trauma victims experiencing PTSD symptoms: the mediating role of defeat and entrapment*, "Depression and Anxiety" 2012, nr 29(3).
- Pirkis J., Blood R.W., *Suicide, and the media* [w:] *A concise Guide to Understanding Suicide. Epidemiology, Pathophysiology, and Prevention*, red. S.H. Koslow, P. Ruiz, Ch.B. Nemeroff, Cambridge 2014.

- Pluzek Z., *Psychologiczne aspekty samobójstw*, „Znak” 1972, nr 7–8.
- Pospiszyl I., *Patologie społeczne*, Warszawa 2008.
- Puzyński S., *Depresje i samobójstwa*, „Służba Zdrowia” 2001, nr 23–25, [https://www.sluzbazdrowia.com.pl/artukul.php?numer\\_wydania=3018&art=3](https://www.sluzbazdrowia.com.pl/artukul.php?numer_wydania=3018&art=3) (dostęp: 19.08.2023).
- Ringel E., *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Szczecin 1987.
- Ringel E., *Nerwica a samozniszczenie*, Warszawa 1992.
- Rogers J.R., *Theoretical grounding: The ‘missing link’ in suicide research*, „Journal of Counseling and Development” 2001, nr 79.
- Romaszko K., *Samobójstwa i zachowania samobójcze jako przedmiot zainteresowań nauk medycznych. Definicja, podział i przegląd biomarkerów zachowań samobójczych, cz. I: Psychiatryczne i neuroobrazowe markery zachowań samobójczych*, „Medical Studies / Studia Medyczne” 2020, nr 36(4), doi: <https://doi.org/10.5114/ms.2020.102327>.
- Rosa K., *(Nie)wiarygodność danych statystycznych dotyczących zachowań samobójczych. Perspektywa teoretyczna i praktyczna*, Łódź 2012.
- Samobójstwa na świecie – raport Światowej Organizacji Zdrowia*, [https://demagog.org.pl/analizy\\_i\\_raporty/samobojstwa-na-swiecie-raport-swiatowej-organizacji-zdrowia/](https://demagog.org.pl/analizy_i_raporty/samobojstwa-na-swiecie-raport-swiatowej-organizacji-zdrowia/) (dostęp: 16.08.2023).
- Sawicki K., *Kręte drogi dorastania. Grupa rówieśnicza a nieprzystosowanie społeczne młodzieży [w:] Dylematy i wyzwania współczesnej resocjalizacji*, red. K. Sawicki, R. Ćwikowski, A. Chańko, Białystok 2015.
- Shneidman E., *Definition of suicide*, USA 2004.
- Sisask M., Varnik A., Kolves K., Bertolote J.M., Bolhari J., Botega N.J., *Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study*, “Archives of Suicide Research” 2010, nr 14.
- Snyder C.R., *Hope theory: Rainbows in the mind*, “Psychological Inquiry” 2002, nr 13.
- Stack S., Lester D., *Body mass and suicide risk*, “Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention” 2007, nr 28(1).
- Statystyka – samobójstwa na świecie*, <https://zobacznikam.pl/statystyka-swiat/> (dostęp: 16.08.2023).
- Suicide rates (indicator)*, doi: 10.1787/a82f3459-en (dostęp: 1.08.2023).
- Sulek A., *Przedmowa [w:] E. Durkheim, Samobójstwo. Studium z socjologii*, Warszawa 2011.
- Szymańska J., *Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży. Poradnik dla pracowników szkół i placówek oświatowych i rodziców*, Warszawa 2016.
- Tsirigotis K., Gruszczyński W., Lewik-Tsirigotis M., Kruszyna M., *Przejawy autodestruktywności pośredniej u osób po próbach samobójczych*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2011, nr 11.
- Witkowska H., *Samobójstwo w kulturze dzisiejszej. Lista samobójców jako gatunek wypowiedzi i fakt kulturowy*, Warszawa 2021.
- Wolicki M., *Przyczyny i skutki pustki egzystencjalnej w ujęciu Viktora Emila Frankla*, „W drodze” 1985, nr 3.
- Woźniak M., *Zachowania suicydalne jako problemem społeczny XXI wieku – charakterystyka zjawiska z uwzględnieniem przyczyn oraz metod zapobiegawczych [w:] Wyzwania i problemy społeczne z początku XXI wieku*, red. N. Laurisz, Kraków 2020.
- Zamachy samobójcze. Statystyka. Portal polskiej Policji*, <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> (dostęp: 3.08.2023).
- Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu*, Genewa–Warszawa 2003, <http://www.ipin.edu.pl/towsuicyd> (dostęp: 23.08.2023).
- Zero D., *Cybersuicydologia – nowe technologie a samobójstwo*, „Kortowski Przegląd Prawniczy” 2021, nr 1.