

ANNA M. ZIÓLKOWSKA

ORCID: 0000-0001-6122-3572

Zakład Psychologii Ogólnej

Wydział Psychologii i Prawa w Poznaniu

SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego

Samobójstwa dzieci i młodzieży przed wybuchem II wojny światowej i obecnie — co się zmieniło, co pozostało bez zmian

Wstęp

W 2018 roku Fundacja „Dajemy Dzieciom Siłę” opublikowała raport¹, z którego wynika, że w 2015 roku samobójstwa były drugą pod względem liczebności przyczyną zgonów dzieci i młodzieży w wieku od 10 do 19 lat oraz że pod względem liczby samobójstw podejmowanych przez osoby do 19. roku życia w 2014 roku Polska zajmowała drugie miejsce w Europie. Po ukazaniu się tego raportu problematyka samobójstw została nagłośniona, stając się ważnym tematem medialnym, ukazującym skalę problemu w Polsce i innych krajach. Jednak warto podkreślić, że zjawisko samobójstw wśród dzieci i młodzieży nie jest problemem, który pojawił się w XXI wieku. Problematyka samobójstw dzieci i młodzieży jest przedmiotem zainteresowań naukowych polskich

¹ Fundacja „Dajemy Dzieciom Siłę”, *Dzieci się liczą 2017. Raport zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 16, 2017, nr 1.

uczonych od ponad dwóch wieków. Celem artykułu jest przedstawienie danych na temat częstości samobójstw w grupie dzieci i młodzieży, a także poglądów na temat czynników ryzyka oraz przyczyn podejmowania zamachów samobójczych w tej grupie wiekowej w ciągu ostatnich dwudziestu lat oraz w okresie od pojawienia się pierwszych polskich prac naukowych poświęconych problematyce samobójstw do roku 1939.

Zgodnie z definicją przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia zachowania samobójcze odnoszą się do wielu zachowań, do których zalicza się: myślenie o samobójstwie (myśli samobójcze), planowanie samobójstwa, podejmowanie prób samobójczych oraz samobójstwo jako takie (samobójstwo zakończone zgonem)². W większości opracowań dotyczących problematyki samobójstw uwzględnia się dodatkowo rozróżnienie na próby samobójcze i samobójstwa dokonane. Próbą samobójczą jest każde zachowanie samobójcze niezakończony zgonem, które mogło zostać dokonane z intencją odebrania sobie życia lub bez takiej intencji i skutku. Z kolei przez samobójstwo dokonane rozumie się akt umyślnego odebrania sobie życia zakończony zgonem. Rozróżnienie to jest ważne, ponieważ szacuje się, że na każde samobójstwo dokonane przez osobę dorosłą przypada dwadzieścia prób samobójczych³. Ponadto zwraca się uwagę, że motywy autoagresji w wypadku prób samobójczych i samobójstw dokonanych mogą być odmienne⁴. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na różnice w metodologii badań samobójstw dokonanych oraz usiłowanych. W przypadku prób samobójczych stosuje się bezpośrednie metody badania (psychologiczne, psychiatryczne, neuropsychologiczne), pozwalające poznać poziom zdrowia pacjenta, a także historię i motywy jego działania. W wypadku samobójstw dokonanych możliwości badań, zwłaszcza psychologicznych, ograniczają się do analizy danych pośrednich⁵. Odtworzenie sylwetki psychologicznej samobójcy i zidentyfikowanie czynników ryzyka zachowań samobójczych oraz bezpośred-

² Światowa Organizacja Zdrowia, *Zapobieganie samobójstwom. Imperatyw ogólnoświatowy*, Warszawa 2018.

³ *Ibidem*.

⁴ M. Jarosz, *Samobójstwa. Dlaczego teraz?*, Warszawa 2013.

⁵ T. Jaśkiewicz-Obydzińska, E. Wach, *Psychologiczna ekspertyza sądowa w sprawach dotyczących samobójstwa dzieci i nastolatków*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 17, 2018, nr 3.

nich motywów jego działania jest znacznie trudniejsze i obarczone dużo większym ryzykiem błędu pomiaru. Zdecydowana większość badań dotyczących przyczyn i uwarunkowań zachowań samobójczych koncentruje się zatem na badaniu osób podejmujących próby samobójcze.

Problematyka samobójstw w literaturze naukowej przełomu XIX i XX wieku

Jedną z pierwszych polskich prac poświęconych problematyce samobójstwa jest monografia prawnika i historyka Maurycego Dzieduszyckiego (1813–1877), w której autor podkreśla, że mimo iż problematyka samobójstw jest szeroko opisywana przez między innymi teologów, filozofów, psychologów, lekarzy i prawników niemal we wszystkich językach europejskich, jak dotąd nie doczekała się opracowania w języku polskim⁶. Praca ta obejmuje historyczną analizę problematyki samobójstwa ze szczególnym naciskiem na ocenę zjawiska z perspektywy religijnej oraz przedstawienie bieżącego autorowi stanu problemu. Szczególnie interesujące wydają się dwa ostatnie rozdziały pracy. Autor skoncentrował się w nich na czynnikach, które jego zdaniem przyczyniły się do nasilenia problemu samobójstw w XIX wieku.

Do pośrednich przyczyn usiłowania odebrania sobie życia zaliczył: wybrane prace z filozofii i literatury, w których autorzy wypowiadają się o zachowaniach samobójczych⁷, samobójstwa znanych postaci⁸ oraz osłabienie wartości religijnych. Analizując prace wybranych filozofów, uznał, że „filozofia XVIII wieku nazwała je [samobójstwo — A.M.Z.]

⁶ M. Dzieduszycki, *Samobójstwo*, Lwów 1876.

⁷ Dzieduszycki cytuje francuską pisarkę, która w jednej z prac pochwała ideę samobójstwa, a w kolejnej wyznaje, że było to nierozważne (G. De Staël-Holstein, *Réflexions sur le suicide*, Stockholm 1813). Autor przytacza również wiersz Wiktora Hugo z 1831 roku, w którym poeta opisuje samobójstwa znanych malarzy, poetów i dyplomatów, a także wymienia inne prace, w których pojawia się motyw samobójstwa, w tym prace filozofów (np. G. Hegla, J. Milla i H. Buckle’a), a także poetów i pisarzy, w tym Mickiewicza (*Konrad Wallenrod*, 1828; *Dziady*, 1823–1860, i *Pan Tadeusz*, 1834) i Niemcewicza (*Śpiewy historyczne*, 1816).

⁸ Dzieduszycki wymienia akty samobójcze Jana Potockiego (1815) i Tymona Zaborowskiego (1828).

obowiązkiem, a nowożytną koniecznością”⁹. Autor poddał również analizie regulacje prawne w tym zakresie. Zwrócił uwagę na różnice w regulacjach prawnych dotyczących samobójstw w poszczególnych krajach Europy. I tak zgodnie z austriackim kodeksem karnym z 1803 roku

usiłowanie samobójstwa jest ciężkim wykroczeniem policyjnym (Część II, § 90). Jeżeli się kto w takim zamiarze skaleczy, lecz opamiętawszy się, od zamiaru swego żałując odstąpi, ma otrzymać od władzy upomnienie. Jeżeli zaś (§ 91) zamiar ów nie został skutecznym wbrew jego woli, to ma być tak długo zamkniętym, aż przekonany nauką: że utrzymanie życia jest obowiązkiem względem Stworzyciela, państwa i jego samego, okaże żal i obieca poprawę. Jeżeli zaś śmierć nastąpiła (§ 92), to należy zwłoki na miejscu poza cmentarzem leżącym przez sługi sądowe pogrzebać¹⁰.

Podobne surowe przepisy prawne względem samobójców występowały w Anglii. Jednak zdaniem autora pracy były one obchodzone przez orzekanie wątpliwego stanu umysłowego sprawcy samobójstwa, co umożliwiała organizowanie pogrzebu samobójcy. Dzieduszycki zwraca uwagę, że zupełnie inaczej traktowano samobójstwo we Francji — w kodeksie Napoleona z 1810 roku nie zostało uwzględnione, a tym samym było ignorowane. Rozwiązanie francuskie zostało przyjęte w Księstwie Warszawskim i Królestwie Polskim, a z czasem trafiło również do Prus oraz Austrii, gdzie w 1852 znowelizowano kodeks karny. Przepisy negujące samobójstwo zastały natomiast zachowane w Anglii, Hiszpanii, krajach skandynawskich, Rosji oraz Królestwie Polskim wraz z wydaniem kodeksu karnego z 1847 roku, zgodnie z którym samobójcy „powinni być pozbawieni chrześcijańskiego pogrzebu”¹¹. Zdaniem autora pracy regulacje prawne dotyczące samobójstw mogą się przekładać zarówno na rozpowszechnienie zjawiska, jak i jego wykrywalność.

Analizując dane na temat samobójstw, autor sporządził listę ich najczęstszych przyczyn, do których zaliczył: powody finansowe (biedę, długi, straty), problemy rodzinne, problemy miłosne (zazdrość, zdrady), stresujące zdarzenia, niski poziom religijności (brak wiary), choroby psychiczne, dokonanie zbrodni. Zwrócił też uwagę, że w wypadku wielu dokonanych samobójstw ustalenie ich przyczyn nie jest możliwe¹².

⁹ M. Dzieduszycki, *op. cit.*, s. 108.

¹⁰ *Ibidem*, s. 112.

¹¹ *Ibidem*, s. 114.

¹² *Ibidem*.

Następnie, powołując się na dane statystyczne, skrytykował koncepcję, zgodnie z którą samobójstwo jest wynikiem choroby umysłowej. Podkreślał, że z danych (niemieckiego statystyka Aleksandra von Oettingena¹³ i lekarza Alberta Guttstadta¹⁴) wynika, że zaburzenia psychiczne występują u jednej trzeciej samobójców, dlatego nie należy ich uważać za główną przyczynę samobójstw. Według niego główną przyczyną jest brak wiary i religijności, ze szczególnym uwzględnieniem religii katolickiej, która zdaniem autora chroni przez podejmowaniem zachowań samobójczych¹⁵. Pogląd ten był następnie na przemian podzielany¹⁶ lub krytykowany¹⁷.

Lista przyczyn zachowań samobójczych zaproponowana przez Dzie duszyckiego została następnie rozszerzona przez prawnika Wiktora Mauersbergera (1844–1917), który dodał do niej sytuacje polityczne oraz naśladownictwo, przez które rozumiał czytanie książek pochwalających samobójstwo popełniane na przykład z powodów patriotycznych lub romantycznych¹⁸.

Badania problematyki samobójstw przełomu XIX i XX wieku były prowadzone na dwa sposoby. Analizowano przyczyny i okoliczności poszczególnych przypadków zachowań samobójczych, szukając ich bezpośrednich i pośrednich przyczyn, albo wykorzystywano metody statystyczne, traktując samobójstwo jako zjawisko dotyczące danego społeczeństwa (najczęściej kraju lub miasta). Zdarzały się też próby łączenia oby tych podejść.

Pierwsze podejście koncentrowało się na badaniu psychiki osób, które usiłowały popełnić samobójstwo, jednak przeżyły. Kierowano ta-

¹³ A. von Oettingen, *Die Moralstatistik — Inductiver Nachweis der Gesetzmässigkeit sittlicher Lebensbewegung im Organismus der Menschheit*, Erlangen 1868.

¹⁴ A. Guttstadt, *Die Selbstmorde in Preussen während der Jahre 1869 bis 1872*, [w:] *Zeitschrift des Königlich Preussischen Statistischen Bureaus*, Berlin 1874.

¹⁵ M. Dzie duszycki, *op. cit.* Autor porównuje statystyki samobójstw w krajach katolickich i protestanckich, wnioskując, że niższa liczba samobójstw w tych pierwszych jest wynikiem potępienia samobójstwa przez religię katolicką.

¹⁶ S. Załęski, *Psychologia samobójstwa*, Kraków 1877.

¹⁷ E. Czyrniański, *Recenzja: M. Dzie duszycki, „Samobójstwo” 1876.*, „Przegląd Krytyczny” 2, 1876, nr 10.

¹⁸ W. Mauersberger, *O samobójstwie kilka uwag.*, „Biblioteka umiejętności prawnych. Miscellanea” 4, 1881.

kie osoby do klinik psychiatrycznych na wszechstronne badanie za pomocą tak zwanej metody katamnesticznej, pozwalającej ustalić motyw i okoliczności podjęcia decyzji o samobójstwie oraz poziom zdrowia psychicznego badanych¹⁹. Na podstawie tego typu badań próbowano ustalić najczęstsze motywy zachowań samobójczych oraz zależność między zaburzeniami psychicznymi a podejmowaniem tego typu zachowań. Dodatkowym źródłem informacji analizowanym w tym zakresie były listy pozostawione przez osoby, które odebrały sobie życie²⁰, a także pośmiertne badanie mózgów samobójców w celu wykrycia ewentualnych zwyrodnień.

Drugie podejście nastawione było na analizę statystyk oraz ustalenie natężenia samobójstw poprzez relację między liczbą samobójstw a ogólną liczbą mieszkańców danego społeczeństwa. Dzięki badaniom tego typu próbowano udzielić odpowiedzi na pytania: jaka jest relacja między samobójstwami kobiet i mężczyzn; w których grupach wiekowych problem występuje najczęściej; w jakich dniach tygodnia, miesiącach, porach roku dochodzi do największej liczby samobójstw; jakie metody samobójstwa są wybierane; jakie miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, zawód, wyznanie religijne, stan cywilny itp. wiążą się z większą bądź mniejszą częstością samobójstw. Zestawiając dane z Francji, Belgii, Danii, Szwecji, Norwegii, Austrii, Prus, Saksonii, Bawarii i Anglii z okresu od 1816 do 1865 roku ustalono, że roczny przyrost samobójstw wyniósł trzy do pięciu procent, podczas gdy roczny przyrost liczby ludności w tym okresie nie przekraczał 1,5%²¹. W samych Prusach z porównania liczby ludności oraz samobójstw w roku 1817 i 1867 wynika, że podczas gdy liczba ludności zwiększyła się o 100% (z 10 mln do 20 mln), liczba samobójstw wzrosła o 162% (z 1047 do 2773)²². Z kolei w latach 1865–1876 przy 7,06% wzroście ludności w Belgii liczba samobójstw wzrosła o 64,4%²³. W okresie 1821–1825 w Europie odnotowano 47 samobójstw

¹⁹ W. Sterling, *O samobójstwie wśród dzieci i młodzieży szkolnej*, „Wychowanie w Domu i Szkole” 2, 1909, nr 2.

²⁰ M. Grzywo-Dąbrowska, *Listy samobójców*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 8, 1931, nr 9–15.

²¹ A. Guttstadt, *op. cit.*

²² *Ibidem*.

²³ A. Legout, *Le suicide ancien et moderne*, Paris 1881.

na milion mieszkańców, podczas gdy w okresie 1876–1880 było to już 120 samobójstw²⁴.

Zwrócono też uwagę na przewagę mężczyzn wśród osób popełniających samobójstwo. Szacowano, że liczba samobójstw wśród mężczyzn jest trzy²⁵–pięć²⁶-krotnie wyższa niż liczba samobójstw wśród kobiet. Wskazywano też wyższą liczbę samobójstw wśród mężczyzn przebywających w wojsku niż w cywilu oraz osób żyjących w dużych miastach w porównaniu z osobami zamieszkałymi w mniejszych miejscowościach²⁷. Przytaczano również statystyki samobójstw z 10 cyrkułu (Nowoswieckiego) miasta Warszawy w latach 1876–1880. W latach 1876–1877 było to po 8 osób, w 1878 roku — 5, w 1879 roku — 6, w 1880 roku — 11, w tym łącznie 28 mężczyzn i 10 kobiet²⁸.

Zamachy samobójcze dzieci i młodzieży w przedwojennej Polsce

Pierwsze prace na temat samobójstw dzieci na ziemiach polskich zaczęły się pojawiać na początku XX wieku. Pediatra Józef Brudziński (1874–1917) zwrócił uwagę, że samobójstwa wśród dzieci zdarzają się tak często, że nie można pomijać tego problemu i ograniczać się do analiz zjawiska wyłącznie w odniesieniu do osób dorosłych. Nie był odosobniony w tym poglądzie. W zestawieniach statystycznych dotyczących samobójstw zaczęto uwzględniać dodatkowe rubryki zawierające różne przedziały wiekowe z zakresu poniżej 20. roku życia. Powołując się na dane statystyczne, autor zwrócił też uwagę, że liczba samobójstw dzieci rośnie, co zostało odnotowane w Anglii, Szwajcarii i Prusach. W tych ostatnich w okresie 1869–1873 wśród ogólnej liczby 2900 samobójstw 38 stanowiły samobójstwa dzieci poniżej 15. roku życia. Z kolei w okre-

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ A. von Oettingen, *op. cit.*

²⁶ H. Blanc, *Du suicide en France*, „Journal de la société statistique de Paris” 3, 1862.

²⁷ A. von Oettingen, *op. cit.*; A. Legout, *op. cit.*

²⁸ W. Mauersberger, *op. cit.* s. 9

sie 1893–1898 przy ogólnej liczbie samobójstw 6400 — 64 to samobójstwa dzieci²⁹.

W literaturze dotyczącej problematyki samobójstw dzieci i młodzieży przedmiotem zainteresowania były następujące zagadnienia: czy wzrost liczby samobójstw dzieci i młodzieży jest większy niż w innych grupach wiekowych; czy samobójstwa dzieci i młodzieży mają swoją specyfikę; jakie są przyczyny samobójstw w tej grupie wiekowej; w jaki sposób można zapobiegać samobójstwom dzieci i młodzieży³⁰.

W celu udzielenia odpowiedzi na pierwsze z tych pytań powoływano się na dane statystyczne pochodzące z różnych krajów europejskich, na podstawie których starano się ustalić, jakim procentem ogólnej liczby samobójstw są samobójstwa dzieci i młodzieży, a także czy i jak proporcja samobójstw dzieci i młodzieży zmienia się względem ogólnej liczby samobójstw. Powołując się na dziewiętnastowieczne statystyki Ministerstwa Sprawiedliwości z Francji ustalono, że w okresie 1838–1899 samobójstwa dzieci (do 16. roku życia) oraz młodzieży (od 16. do 21. roku życia) wynosiły od 4 do 6 % ogólnej liczby samobójstw i ta proporcja była względnie stała w analizowanym okresie. Dowiedziano również, że liczba samobójstw młodzieży była pięciokrotnie większa niż liczb samobójstw dzieci³¹. Z danych tych wynika, że liczba samobójstw dzieci i młodzieży nie zwiększała się bardziej niż liczba samobójstw w innych grupach wiekowych. Jednak w wielu opracowaniach powoływano się na dane, w których prezentowano wyłącznie liczby samobójstw dzieci i młodzieży w kolejnych latach lub okresach, bez odniesienia tych liczb do ogólnej liczby samobójstw lub liczby ludności w danym okresie. Z tak prezentowanych danych wynika, że liczba samobójstw dzieci i młodzieży nieustannie wzrasta³². Jednak bez odniesienia do ogólnej liczby samobójstw oraz liczby ludności w tym okresie interpretacja tych danych nie jest możliwa.

Poszukując specyfiki zamachów samobójczych w grupie dzieci i młodzieży, zwracano uwagę, że w tej grupie wiekowej dysproporcja

²⁹ J. Brudziński, *Samobójstwa dzieci*, „Przegląd Pedagogiczny” 22, 1903, nr 1–3.

³⁰ M. Grzywo-Dąbrowska, *Samobójstwa młodzieży*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 3, 1926, nr 11.

³¹ *Ibidem*.

³² A. Baer, *Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter*, G. Thieme 1901.

między liczbą samobójstw mężczyzn i kobiet jest mniejsza niż w innych grupach wiekowych³³. Powołując się na dane z końca XIX wieku, szacowano, że samobójstwa wśród dziewcząt wręcz przeważają nad samobójstwami wśród chłopców³⁴, co nie jest obserwowane w żadnej innej grupie wiekowej, gdzie liczba samobójstw mężczyzn kilkakrotnie przekracza liczbę samobójstw kobiet. Większą liczbę samobójstw kobiet w grupie wiekowej 15–19 lat zaobserwowano również w Warszawie w latach 1923–1929. Odnotowano wówczas 1121 zamachów samobójczych kobiet, w tym 112 zakończonych zgonem, oraz 432 zamachy mężczyzn, w tym 66 zakończonych zgonem³⁵.

Analizując przyczyny samobójstw, obserwuje się dzielenie ich na dwie grupy — tych stojących po stronie jednostki (indywidualnych) oraz takich, które mają charakter ogólny, do których zaliczono czynniki społeczne.

Do indywidualnych cech dzieci i młodzieży, które mogą predysponować do podejmowania zachowań samobójczych, zaliczano: nadwrażliwość, wybuchowość, wygórowaną ambicję, depresyjność, osamotnienie i choroby psychiczne, a także traumatyczne doświadczenia³⁶.

Do ogólnych przyczyn samobójstw dzieci zaliczano: obawę przed karą, ubóstwo rodziny, konflikty domowe, naśladowanie zasłyszanych zachowań samobójczych³⁷ (w tym samobójstwa w rodzinie³⁸), alkoholizm rodzica lub opiekuna oraz niewłaściwe traktowanie przez rodziców

³³ M. Grzywo-Dąbrowska, *Samobójstwa młodzieży...*; H. Ellis, *Mężczyzna i kobieta: badania nad drugorzędnymi cechami płciowymi człowieka*, Warszawa 1897.

³⁴ W. Ogle, *Suicides in England and Wales in relation to age, sex, season, and occupation*, „Journal of the Statistical Society of London” 49, 1886, nr 1. Por. także J. Brudziński, *op. cit.* (z przytoczonych danych wynika, że w okresie 1892–1899 w Warszawie odnotowano 48 samobójstw chłopców w wieku 10–20 lat i 66 dziewcząt w tym samym wieku); E. Rehfisch, *Samobójstwo: studyum krytyczne*, Warszawa 1897.

³⁵ W. Grzywo-Dąbrowski, *Samobójstwa w Warszawie w latach 1921–1930*, „Czasopismo Sądowo-Lekarskie” 5, 1932, nr 1–2.

³⁶ M. Grzywo-Dąbrowska, *Samobójstwa młodzieży szkolnej na podstawie ankiety*, „Oświata i Wychowanie” 4, 1932, nr 1–2.

³⁷ Littlejohn opisał przypadek samobójstwa przez skok z mostu w Edynburgu oraz trzy kolejne przypadki śmierci w ten sam sposób, które wystąpiły w ciągu miesiąca od pierwszego wydarzenia (*idem*, *Medico-legal notes*, „Edinburgh Medical Journal” 6, 1899, nr 3).

³⁸ W. Chodecki, *O samobójstwie u dzieci*, Warszawa 1909.

lub opiekunów, w tym bicie i znęcanie się nad dzieckiem, obojętność i chłodny stosunek rodziców lub opiekunów do dziecka oraz zaniedbywanie. Za szczególnie niebezpieczną przyczynę samobójstw dzieci uznano kontakt z informacjami na temat samobójstw i mogącą się pojawić tendencję do ich naśladowania. Zwracano uwagę, że rubryki wypadków znajdujące się w prasie codziennej, opisujące między innymi przypadki samobójstw, są czytane i omawiane przez dzieci, a tym samym mogą dostarczać wiedzy na temat nie tylko samobójstwa, lecz także sposobu jego popełnienia. Odwoływano się również do precedensu szwajcarskiego, gdzie Towarzystwo Psychiatryczne wystąpiło do związku prasowego z postulatem całkowitego usunięcia z codziennej pracy jakichkolwiek wzmianek o samobójstwach, aby uniknąć ich naśladowania³⁹.

Zwracano również uwagę na przypadki samobójczej śmierci dzieci dyktowanej chęcią zrobienia na złość rodzicom lub nauczycielom. Zalecano w związku z tym powściągliwość w częstotliwości i surowości kar stosowanych względem dzieci. Sugerowano, że karane dziecko może czuć się niechciane i niekochane, a to może wywołać niechęć do dalszego życia⁴⁰. Podkreślano też, że stosunkowo wysoka liczba samobójstw dzieci w Prusach (57 rocznie⁴¹) może być wynikiem powszechnego stosowania kar cielesnych przez rodziców i nauczycieli.

Za jedną z ważnych przyczyn samobójstw wśród młodzieży, odpowiedzialną za 25% samobójstw w tej grupie wiekowej, wskazywano stres związany z egzaminem dojrzałości⁴². Zwracano uwagę, że strach przed tym egzaminem powoduje często zauważalną utratę wagi, a niezdanie egzaminu prowadzi do samobójstw. Poza egzaminem dojrzałości podkreślano także wygórowane wymagania i przeciążenie nauką, niskie oceny otrzymywane przez uczniów oraz lęk przed nimi, nieotrzymanie promocji do kolejnej klasy, usunięcie ze szkoły, a także konflikty z nauczycielami⁴³. Wśród przyczyn związanych ze szkołą i edukacją wymieniano również nudę i zwątpienie. Zauważano, że brak zainteresowań może prowadzić do depresji, która z kolei może doprowadzić do samo-

³⁹ J. Brudziński, *op. cit.*

⁴⁰ *Ibidem.*

⁴¹ W. Chodecki, *op. cit.*

⁴² *Ibidem.*

⁴³ M. Grzywo-Dąbrowska, *Samobójstwa młodzieży szkolnej na podstawie ankiety...*

bójstwa⁴⁴. Rozważając stopień odpowiedzialności szkoły za podejmowanie przez uczniów zamachów samobójczych, próbowano ustalić rolę i zadania szkoły w rozwoju i wychowaniu dzieci oraz młodzieży. Zwracano uwagę, że szkoła przez kilka godzin dziennie zastępuje uczniom rodzinę. W związku z tym szkoła powinna dawać uczniom oparcie i być przez nich traktowana jako bezpieczne miejsce stymulujące do wszechstronnego rozwoju. Uważano, że szkoła, która nie pełni takiej funkcji, może przyczynić się do podejmowania zachowań samobójczych przez swoich uczniów⁴⁵. Podkreślano również, że szkoła nie może ograniczać się do oceniania poziomu wiedzy. Każda niska ocena powinna zostać poszerzona o pogłębioną analizę przyczyn nieprzygotowania przez ucznia⁴⁶.

W odniesieniu do przyczyn samobójstw związanych ze szkołą rekomendowano powołanie międzynarodowej komisji złożonej z psychologów, lekarzy i pedagogów, której zadaniem byłoby rejestrowanie przypadków samobójstw wychowanków poszczególnych jednostek edukacyjnych w celu zidentyfikowania i poznania czynników ryzyka samobójstw dzieci i młodzieży⁴⁷. Zalecano również współpracę między szkołą i rodzicami w celu poznania problemów dziecka i zapobiegania ich eskalacji⁴⁸.

W celu zidentyfikowania czynników mogących przyczynić się do zamachów na życie wśród dzieci i młodzieży na Wydziale Higieny Szkolnej Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego opracowano kwestionariusz, który rozsyłano do szkół. Zadaniem szkoły, w której doszło do zamachu samobójczego ucznia, było ustosunkowanie się do wszystkich pytań i odesłanie wypełnionego narzędzia. Dzięki temu zabiegowi zebrano i poddano analizie 129 przypadków zamachów samobójczych dzieci i młodzieży z okresu 1909–1930. Układając pytania, starano się uwzględnić wszystkie dane na temat przyczyn samobójstw dzieci i młodzieży, jakie były znane z literatury przedmiotu, która w głównej

⁴⁴ M. Grzywo-Dąbrowska, *Samobójstwa młodzieży...*

⁴⁵ M. Grzywo-Dąbrowska, *Samobójstwa młodzieży szkolnej na podstawie ankiety...*

⁴⁶ S. Koczyński, *Szkice higieniczno-wychowawcze: (z dziedziny higieny domowej i szkolnej)*, Warszawa 1910, t. 1.

⁴⁷ W. Chodecki, *op. cit.*

⁴⁸ A. Eulenburg, *Schulerselbstermorde*, „Zeitschrift für pädagogische Psychologie, Pathologie und Hygiene” 9, 1907.

mierze opierała się na analizie danych statystycznych dotyczących przypadków samobójstw w różnych krajach Europy⁴⁹. Pytania dotyczyły: danych ucznia (imię i nazwisko, wiek, klasa, szkoła, płeć), danych na temat rodziców (czy uczeń jest biologicznym dzieckiem rodziców, pracy, stanu majątkowego i stanu zdrowia rodziców, wieku rodziców w chwili urodzenia ucznia, rodzaju i charakteru relacji między rodzicami, liczby dzieci, w tym kolejności urodzenia ucznia, liczby nieżyjących dzieci, ewentualnego pokrewieństwa między rodzicami), rodziny ucznia (uzależnień, przypadków samobójstw i chorób psychicznych w rodzinie), cech i doświadczeń ucznia (prób samobójczych, stanu zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem widocznych defektów, uzależnień, poziomu i rodzaju zdolności, osiągnięć szkolnych, zachowania w szkole, stosunku do nauki, relacji z innymi uczniami i nauczycielami, życia płciowego, zainteresowań, stosunku do religii, wybranych cech psychologicznych: pobudliwości, skłonności do samotności, płaczliwości, kłótności), samego zamachu samobójczego (daty, sposobu, wyniku)⁵⁰.

Zakres pytań uwzględnionych w ankiecie świadczy o ówczesnym poziomie wiedzy na temat czynników ryzyka zachowań samobójczych dzieci i młodzieży. Jednak metodologia badań wykorzystujących przedstawioną ankietę budzi zastrzeżenia. Zebranie przez pracowników szkoły odpowiedzi na wszystkie pytania ankiety nie było łatwym zadaniem. Wymagało zaangażowania wielu osób z najbliższego otoczenia ucznia, które dodatkowo, z różnych powodów, mogły nie znać, nie ujawniać lub zniekształcać odpowiedzi na wybrane pytania. Mimo wskazanych ograniczeń wyniki badań z użyciem ankiety potwierdziły znaczenie większości wskazanych czynników ryzyka zachowań samobójczych.

Zwracano też uwagę na demoralizację młodzieży, w tym nadużywanie alkoholu oraz innych używek, a także przedwczesne rozpoczynanie życia seksualnego jako czynników, które również mogą zwiększać ryzyko popełniania samobójstw przez młodzież⁵¹. Do przyczyn samobójstw związanych ze sferą seksualną zaliczano również choroby weneryczne, homoseksualizm, masturbacje oraz samo dojrzewanie płciowe⁵².

⁴⁹ A. Baer, *op. cit.*; A. Eulenburg, *op. cit.*

⁵⁰ M. Grzywo-Dąbrowska, *Samobójstwa młodzieży szkolnej na podstawie ankiety...*

⁵¹ B. Dybowski, *O niemoralności wśród młodzieży nieletniej i o jej przyczynach*, Lwów 1903.

⁵² M. Grzywo-Dąbrowska, *Samobójstwa młodzieży...*

Pojawiały się też głosy o potrzebie organizowania punktów informacyjnych, których zadaniem byłoby udzielanie ustnych lub pisemnych informacji na temat instytucji świadczących różnego rodzaju pomoc i poradnictwo, w tym o charakterze psychologicznym. Ze względu na rosnącą liczbę samobójstw uważano, że oferowanie pomocy i porad wszystkim potrzebującym jest obowiązkiem społeczeństwa⁵³.

Rolę społeczeństwa dostrzegano jednak nie tylko w konieczności podejmowania działań mających na celu zapobieganiu samobójstwom, lecz także w ich popełnianiu⁵⁴. Definiowano samobójstwo jako „czyn indywidualny, zależny od usposobienia i psychicznego stanu danej jednostki”. Podkreślano jednak, że „czyn ten jest jednak zjawiskiem społecznej natury o tyle, o ile dana jednostka ulega świadomie lub bezwiednie wpływowi ogólnych poglądów życiowych swej epoki”⁵⁵.

Współczesne globalne trendy w samobójstwach dzieci i młodzieży

Współcześnie zwraca się uwagę, że każde zachowanie samobójcze jest uwarunkowane wieloczynnikowo⁵⁶. Mimo że większość badań dotyczących samobójstw dzieci i młodzieży koncentruje się na sytuacji rodzinnej i zaburzeniach psychiatrycznych (jako najważniejszych źródłach zachowań samobójczych), nie oznacza to, że są to jedyne czynniki determinujące podejmowanie zachowań tego typu. Czynniki te można podzielić na demograficzne, społeczne, psychologiczne, chorobowe i biologiczne⁵⁷.

Próbując uchwycić ogólnoświatowe trendy w samobójstwach nastolatków, dokonano przeglądu ponad stu badań i metaanaliz dotyczących samobójstw nastolatków pochodzących z różnych krajów świata z okresu

⁵³ A.L. Szymański, *Samobójstwa*, „Prąd. Miesięcznik społeczny i literacko-naukowy” 3, 1911, nr 1.

⁵⁴ A. Złotnicki, *Samobójstwo i obłąkanie*, „Dodatek miesięczny do czasopisma Przegląd Tygodniowy Życia Społecznego, Literatury i Sztuk Pięknych” 1884, nr 7.

⁵⁵ *Ibidem*. s. 248

⁵⁶ K. Hawton, K.E.A. Saunders, R.C. O'Connor, *Self-harm and suicide in adolescents*, „Lancet” 379, 2012, nr 9834.

⁵⁷ A. Kielan, D. Olejniczak, *Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 17, 2018, nr 3.

2003–2014⁵⁸. Na podstawie zebranych danych ustalono, że w badanym okresie wskaźniki samobójstw różnią się w poszczególnych grupach wiekowych dzieci i młodzieży. Najniższe wskaźniki zaobserwowano w grupach poniżej 14. roku życia (0,6 na 100 tys. osób w tym wieku). Najwyższe (7,4 na 100 tys. osób w tym samym wieku) odnotowano w grupie osób od 15. do 19. roku życia⁵⁹. Częstość zachowań samobójczych dzieci i młodzieży można również szacować przez procentowe odniesienie liczby zamachów samobójczych oraz samobójstw dokonanych przez dzieci i młodzież do ogólnej liczby zamachów samobójczych i samobójstw dokonanych w tym okresie (dane z okresu 1999–2018 zawiera tabela 1).

Analizując współczynniki umieralności (rozumiane jako liczba samobójstw na 100 tys. osób z danej populacji) wśród chłopców i dziewcząt w wieku 10–19 lat w Polsce w latach 1999–2006, nie odnotowano istotnych statystycznie zmian w tym zakresie. Ustalono również, że najwięcej samobójstw w tej grupie wiekowej zostało popełnionych w maju i styczniu, a najmniej w okresie wakacyjnym (lipcu i sierpniu). Ponadto najczęstszym sposobem odebrania sobie życia przez dzieci i młodzież w tym okresie było powieszenie⁶⁰.

W odniesieniu do zachowań samobójczych dzieci i młodzieży z uwzględnieniem ich płci obserwuje się z kolei tak zwany paradoks płciowy oznaczający, że liczba prób samobójczych w grupie dziewcząt jest wyższa niż w grupie chłopców, podczas gdy liczba samobójstw dokonanych przez chłopców przewyższa liczbę samobójstw dokonanych przez dziewczęta⁶¹. W grupie wiekowej 10–14 lat w okresie 1999–2006 w Polsce 79,3% samobójców stanowili chłopcy, a w grupie 15–19 lat przewaga liczebności samobójstw dokonanych wśród chłopców wzrosła do 86,09%⁶². Zależność tę obserwuje się w większości krajów⁶³. Od-

⁵⁸ A.B. McLoughlin, M.S. Gould, K.M. Malone, *Global trends in teenage suicide: 2003–2014*, „QJM: Monthly Journal Of The Association Of Physicians” 108, 2015, nr 10.

⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁰ E. Napieralska *et al.*, *Epidemiologia zgonów dzieci i młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999–2006*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 91, 2010, nr 1.

⁶¹ A.B. McLoughlin, M.S. Gould, K.M. Malone, *op. cit.*

⁶² E. Napieralska *et al.*, *op. cit.*

⁶³ D. Wasserman, Q. Cheng, G.-X. Jiang, *Global suicide rates among young people aged 15–19*, „World Psychiatry” 4, 2005, nr 2.

wróconą proporcję w tym zakresie, charakteryzującą się większą liczbą samobójstw dziewcząt niż chłopców, obserwuje się Chinach, gdzie dodatkowo ustalono, że przewaga samobójstw dziewcząt nad chłopcami jest większa w środowiskach wiejskich niż miejskich⁶⁴.

Z analiz na temat miejsca zamieszkania samobójców wynika z kolei, że współczynnik samobójstw dokonanych jest odwrotnie proporcjonalny do wielkości miejscowości: im większa miejscowość, tym mniej samobójstw w przeliczeniu na 100 tys. ludności⁶⁵, przy czym dane nie uwzględniają podziału na wiek, zatem trudno stwierdzić, czy w przypadku małoletnich samobójców zależność ta jest zachowana.

Do społecznych czynników ryzyka zachowań samobójczych dzieci i młodzieży zalicza się przede wszystkim sytuację rodzinną i szkolną. Wśród czynników związanych z rodziną wyróżnia się głównie: śmierć, rozwód, separację rodziców⁶⁶, a także występowanie zaburzeń psychicznych i uzależnień w rodzinie⁶⁷.

Ustalono również, że zachowania samobójcze mają tendencję do kumulowania się w rodzinach. Z badań wynika, że w wypadku bliźniąt monozygotycznych ryzyko wystąpienia zachowania samobójczego u drugiego dziecka z pary jest czterokrotnie wyższe niż w wypadku bliźniąt dizygotycznych⁶⁸. Ze względu na niewystępowanie zależności czasowej między zachowaniami samobójczymi bliźniąt uznaje się, że nie mają one charakteru wyłącznie naśladowczego⁶⁹. Powielanie zachowań samobójczych w rodzinach okazuje się też niezależne od występowania zaburzeń psychicznych w rodzinach⁷⁰.

⁶⁴ K. Hawton, K.E.A. Saunders, R.C. O'Connor, *op. cit.*

⁶⁵ M. Jarosz, *op. cit.*

⁶⁶ K. Hawton, K.E.A. Saunders, R.C. O'Connor, *op. cit.*

⁶⁷ M. Rzadkowska, *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży — charakterystyka ryzyka i profilaktyka*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 18, 2016, nr 1.

⁶⁸ A. Roy, N.L. Segal, M. Sarchiapone, *Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims*, „The American Journal of Psychiatry” 152, 1995, nr 7.

⁶⁹ *Ibidem.*

⁷⁰ D.A. Brent, N. Melhem, *Familial Transmission of Suicidal Behavior*, „The Psychiatric Clinics of North America” 31, 2008, nr 2.

Do czynników związanych ze środowiskiem szkolnym zalicza się niskie osiągnięcia szkolne⁷¹ i specyficzne zaburzenia uczenia się⁷² oraz konflikty z rówieśnikami, w tym bycie ofiarą znęcania, także cyberprzemocy⁷³.

Kolejnym ważnym społecznym czynnikiem ryzyka zachowań samobójczych wśród młodzieży jest tak zwane zarażanie społeczne, oznaczające naśladowanie zachowań samobójczych znanych z otoczenia lub mediów. Zwraca się uwagę, że młodzi ludzie są bardziej podatni na sugestie, a przez to bardziej podatni na naśladowanie zachowań innych w porównaniu do osób starszych. Naśladowanie jest formą społecznego uczenia się, polegającą na nabywaniu nowych wzorców zachowań poprzez obserwację, a następnie odwzorowywanie zachowań prezentowanych przez modela⁷⁴. Naśladowanie zachowań samobójczych przez młodzież można wywołać na poziomie makro (za pomocą mediów⁷⁵) lub przez bezpośredni kontakt z zachowaniami samobójczymi (występującymi w grupie rówieśniczej, w środowisku szkolnym)⁷⁶. Z badań wynika, że prawdopodobieństwo naśladowania modelowanych zachowań wzrasta w przypadku: podobieństwa między młodym człowiekiem a modelem (na przykład pod względem wieku, płci, stanu nastroju lub pozycji w grupie społecznej), więzi z modelem (próba samobójcza przyjaciela, ale nie samobójstwo dokonane⁷⁷), popularności modela (na przykład ce-

⁷¹ C. Björkenstam *et al.*, *School grades, parental education and suicide — a national register-based cohort study*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 65, 2011, nr 11.

⁷² E. Fuller-Thomson, S.Z. Carroll, W. Yang, *Suicide attempts among individuals with specific learning disorders: An underrecognized issue*, „Journal of Learning Disabilities” 51, 2018, nr 3.

⁷³ S. Hinduja, J.W. Patchin, *Bullying, cyberbullying, and suicide*, „Archives of Suicide Research” 14, 2010, nr 3.

⁷⁴ A. Bandura, *Social learning through imitation*, [w:] *Nebraska Symposium on Motivation, 1962*, Oxford-England 1962.

⁷⁵ M. Gould, P. Jamieson, D. Romer, *Media Contagion and Suicide Among the Young*, „American Behavioral Scientist” 46, 2003, nr 9; C. Crane *et al.*, *Suicide and the media: Pitfalls and prevention report on a meeting organized by the Reuters Foundation Program at Green College and University of Oxford Centre for Suicide Research at Green College, Oxford, UK, November 18, 2003*, „Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention” 26, 2005, nr 1.

⁷⁶ D.A. Brent, N. Melhem, *op. cit.*

⁷⁷ *Ibidem.*

lebrytów)⁷⁸, oceny zachowania modela przez otoczenie (uznanie i akceptacja zachowania samobójczego przez osoby znaczące). Naśladowana jest nie tylko sama idea zachowania samobójczego, lecz także sposób dokonania⁷⁹.

Wśród psychologicznych cech, które w połączeniu z innymi czynnikami ryzyka mogą predysponować do podejmowania zachowań samobójczych, wymienia się przede wszystkim małą odporność na stres połączoną z brakiem adekwatnych sposobów radzenia sobie z nim⁸⁰, impulsywność w połączeniu z bolesnymi i prowokującymi zdarzeniami⁸¹, agresywność⁸², niską samoocenę i poczucie beznadziei⁸³, a także orientację seksualną (biseksualną i homoseksualną)⁸⁴.

Do ostatniej grupy czynników zwiększających ryzyko zachowań samobójczych należą czynniki chorobowe. Wśród zaburzeń psychicznych powiązanych z tendencjami samobójczymi wymienia się wybrane choroby afektywne i psychotyczne, a także zaburzenia osobowości i lękowe. Najczęściej stwierdza się występowanie depresji, choroby afektywnej dwubiegunowej, schizofrenii i zaburzeń osobowości z pogranicza (borderline)⁸⁵. W jednym z polskich badań, w którym przebadano 84 osoby (14–21 lat) po próbach samobójczych, u zdecydowanej większości stwierdzono występowanie różnych zaburzeń psychicznych, w tym

⁷⁸ G.S. da Rosa *et al.*, *Thirteen reasons why: The impact of suicide portrayal on adolescents' mental health*, „Journal of Psychiatric Research” 108, 2019.

⁷⁹ J. Bilsen, *Suicide and youth: Risk factors*, „Frontiers in Psychiatry” 9, 2018, nr 540.

⁸⁰ M. Rzadzowska, *op. cit.*

⁸¹ T.W. Bender *et al.*, *Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and provocative experiences*, „Journal of Affective Disorders” 129, 2011, nr 1.

⁸² D.A. Brent *et al.*, *Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry” 33, 1994, nr 8.

⁸³ J.C. Overholser *et al.*, *Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 34, 1995, nr 7.

⁸⁴ M. King *et al.*, *A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people*, „BMC Psychiatry” 8, 2008, nr 1.

⁸⁵ A. Kielan, D. Olejniczak, *op. cit.*

zaburzenia nastroju, zaburzenia emocji i zachowania oraz zaburzenia psychotyczne⁸⁶.

Zgodnie z ustaleniami Światowej Organizacji Zdrowia zaburzeniem psychicznym wskazywanym najczęściej jako przyczyna zachowań samobójczych jest depresja⁸⁷. W Polsce szacuje się, że w wyniku śmierci samobójczej ginie 20% chorych na depresję⁸⁸. Samobójstwo jest też częstą przyczyną śmierci wśród chorych na schizofrenię. Podobnie jak w wypadku depresji największe ryzyko samobójstwa występuje w początkowych fazach choroby⁸⁹. W wypadku chorób somatycznych zwraca się uwagę na zwiększoną liczbę samobójstw wśród osób doświadczających problemów dermatologicznych⁹⁰, chronicznego bólu⁹¹, a także osób chorujących na zaburzenia neurologiczne (na przykład epilepsję⁹²).

Podkreśla się również rolę uzależnień w podejmowaniu zachowań samobójczych. W jednym z badań, w którym wzięło udział ponad 4,4 tys. nastolatków (15–16 lat), oszacowano, że 7,8% badanych (w tym: 4,6% chłopców i 11,6% dziewcząt) miało za sobą przynajmniej jedną próbę samobójczą. Na podstawie porównania z rówieśnikami, którzy w przeszłości nie podejmowali prób samobójczych, ustalono, że nastolatki po próbach samobójczych częściej spożywały alkohol, narkotyki lub nikotynę niż ich rówieśnicy, którzy nigdy nie podejmowali zachowań samobójczych. Nadużywanie narkotyków było czterokrotnie częstsze wśród samobójczych chłopców i pięciokrotnie częstsze wśród samobójczych dziewcząt niż w grupie bez samobójstw. Ponadto ustalono, że 30% badanych chłopców i 13% dziewcząt używało więcej niż jednego rodzaju narkotyków. Najbardziej różnicującym badane grupy nastolatków, bez

⁸⁶ A. Gmitrowicz, *Spoleczne i psychiatryczne uwarunkowania prób samobójczych u młodzieży*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 8, 1999, nr 4.

⁸⁷ Światowa Organizacja Zdrowia, *op. cit.*

⁸⁸ A. Kielan, D. Olejniczak, *op. cit.*

⁸⁹ *Ibidem.*

⁹⁰ M.A. Gupta *et al.*, *Suicidal behaviors in the dermatology patient*, „Clinics in Dermatology” 35, 2017, nr 3.

⁹¹ J.M. Hooley, J.C. Franklin, M.K. Nock, *Chronic pain and suicide: understanding the association*, „Current Pain and Headache Reports” 18, 2014, nr 8.

⁹² T. Harnod, C.-L. Lin, C.-H. Kao, *Prevalence of suicide attempts and their risk factors in school-aged patients with epilepsy: a population-based study*, „European Child & Adolescent Psychiatry” 27, 2018, nr 8.

względu na płeć, okazało się przyjmowanie ecstasy (MDMA) i leków uspokajających⁹³.

W polskich badaniach dotyczących prób samobójczych stwierdzono, że przyczyną prób samobójstw wśród młodzieży są: problemy w rodzinie, konflikty w grupie rówieśniczej, problemy miłosne, poczucie osamotnienia, niepowodzenia szkolne, niekorzystne zmiany społeczno-ekonomiczne, brak sensu życia oraz wsparcia ze strony bliskich⁹⁴, a także umiarkowany lub znaczny poziom depresji⁹⁵.

Do najczęstszych sposobów odebrania sobie życia przez polską młodzież zalicza się przedawkowanie leków oraz podcinanie żył (w wypadku dziewcząt), a także powieszenie (w wypadku chłopców)⁹⁶.

Samobójstwa dzieci i młodzieży przed rokiem 1939 i obecnie — analiza porównawcza

Porównując specyfikę zachowań samobójczych dzieci i młodzieży w badanych okresach, można zaobserwować zarówno podobieństwa, jak i różnice.

Analizując wiek dzieci i młodzieży podejmujących zachowania samobójcze, nie odnotowano różnic między omawianymi okresami. Zarówno na początku XX wieku, jak i współcześnie najwięcej zachowań samobójczych występuje w grupie nastolatków (15–19 lat), podczas gdy w młodszych grupach takich przypadków jest znacznie mniej.

Jednak uwzględniając płeć małoletnich samobójców, obserwuje się wyraźne różnice w omawianych okresach. Przed rokiem 1939 liczba samobójstw wśród dziewcząt zdecydowanie przekraczała liczbę samobójstw wśród chłopców, podczas gdy współcześnie utrzymuje się odwrotna zależność.

⁹³ V. Vörös *et al.*, *Suicidal behavior in adolescents-psychopathology and addictive comorbidity*, „Neuropsychopharmacologia Hungarica” 7, 2005, nr 2.

⁹⁴ A. Gmitrowicz *et al.*, *Motywy podejmowania prób samobójczych przez młodzież w wieku 13–19 lat = Motives for suicide attempts by youth aged 13–19*, „Journal of Education, Health and Sport” 5, 2015, nr 6.

⁹⁵ M. Makara-Studzińska, *Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14–18 lat*, „Psychiatria” 10, 2013, nr 2.

⁹⁶ A. Gmitrowicz *et al.*, *op. cit.*

Kolejna różnica dotyczy nasilenia zachowań samobójczych w zależności od miejsca zamieszkania. Przed rokiem 1939 obserwowano większe nasilenie zachowań samobójczych w miastach⁹⁷, podczas gdy obecnie większa liczba samobójstw w przeliczeniu na 100 tys. ludności występuje na terenach wiejskich⁹⁸.

W odniesieniu do sezonowości samobójstw dzieci i młodzieży można zaobserwować utrzymującą się tendencję do największego nasilenia zachowań samobójczych w miesiącach przypadających w okolicach zakończenia półrocza oraz roku szkolnego⁹⁹.

Porównując dane z końca XIX wieku oraz współczesne polskie dane na temat procentowego udziału samobójstw dzieci i młodzieży w ogólnej liczbie samobójstw w danym okresie, można stwierdzić, że wskaźniki te utrzymują się na podobnym poziomie 4–6%¹⁰⁰ (por. tabela 1). Biorąc pod uwagę sposoby samobójstwa wybierane przez dzieci i młodzież, również obserwuje się podobieństwo. Zarówno w przedwojennej Polsce, jak i współcześnie powieszenie się i przedawkowanie leków są najczęściej wybieranymi sposobami odebrania sobie życia¹⁰¹.

Czynniki ryzyka oraz przyczyny zachowań samobójczych, wskazywane ponad 100 lat temu i obecnie, wydają się podobne. W obydwu okresach zwracano uwagę na znaczenie czynników o charakterze demograficznym, społecznym, psychologicznym i chorobowym. Wśród czynników o charakterze społecznym podkreślano rolę środowiska szkolnego oraz naśladownictwa. Podczas gdy mechanizm naśladownictwa i jego rola w emitowaniu zachowań samobójczych nie uległy zmianie w ciągu wieków, to jednak zmieniła się forma modelowania zachowań samobójczych. Przed 1939 rokiem młodociani byli narażeni na ekspozycję zachowań samobójczych w głównej mierze za sprawą informacji prasowych, literatury i zasłyszanych opowiadań. Obecnie źródła modelowanych zachowań samobójczych występują dodatkowo w filmie i internecie, co oznacza, że dostęp do tego typu treści jest łatwiejszy i częstszy.

⁹⁷ A. Legout, *op. cit.*

⁹⁸ M. Jarosz, *op. cit.*

⁹⁹ M. Grzywo-Dąbrowska, *Samobójstwa młodzieży szkolnej na podstawie ankiety...*; M. Jarosz, *op. cit.*; E. Napieralska *et al.*, *op. cit.*

¹⁰⁰ M. Grzywo-Dąbrowska, *Samobójstwa młodzieży...*

¹⁰¹ A. Gmitrowicz *et al.*, *op. cit.*; M. Grzywo-Dąbrowska, *Samobójstwa młodzieży szkolnej na podstawie ankiety...*

Tabela 1. Liczba zamachów samobójczych oraz samobójstw dokonanych (zakończonych zgonem) w Polsce w latach 1999–2018 z uwzględnieniem grup wiekowych dzieci i młodzieży oraz procentowego udziału zamachów samobójczych i samobójstw dokonanych grupy wiekowej do 18 roku życia w ogólnej liczbie samobójstw w danym roku

Rok	L. zamachów samobójczych i samobójstw dokonanych — ogółem	Grupa wiekowa 0–6 lat	Grupa wiekowa 7–12 lat	Grupa wiekowa 13–18 lat	Udział liczby zamachów samobójczych (samobójstw dokonanych) grupy wiekowej 0–18 lat względem ogólnej liczby zamachów samobójczych (samobójstw dokonanych) [w %]
1999	5182 (4695)	10 (9)	14 (11)	318 (251)	7 (6)
2000	5621 (4947)	6 (6)	18 (14)	330 (240)	6 (5)
2001	5712 (4971)	10 (9)	19 (17)	337 (229)	6 (5)
2002	5928 (5100)	2 (1)	10 (8)	320 (212)	6 (4)
2003	5467 (4634)	0 (0)	13 (8)	287 (180)	5 (4)
2004	5893 (4893)	0 (0)	12 (9)	318 (208)	6 (4)
2005	5625 (4621)	1 (1)	14 (9)	294 (167)	5 (4)
2006	5152 (4090)	1 (1)	9 (6)	297 (156)	6 (4)
2007	4658 (3530)	0 (0)	15 (5)	289 (153)	7 (4)
2008	5237 (3964)	0 (0)	9 (4)	321 (166)	6 (4)
2009	5913 (4384)	0 (0)	5 (3)	313 (152)	5 (4)
2010	5456 (4087)	0 (0)	6 (4)	267 (119)	5 (3)
2011	5124 (3839)	0 (0)	5 (3)	243 (111)	5 (3)
2012	5791 (4177)	0 (0)	5 (1)	286 (138)	5 (3)
2013	8575 (6101)	0 (0)	9 (4)	348 (144)	4 (2)
2014	10207 (6165)	0 (0)	14 (3)	428 (124)	4 (2)
2015	9973 (5688)	0 (0)	12 (5)	469 (144)	5 (3)
2016	9861 (5405)	0 (0)	9 (2)	466 (101)	5 (2)
2017	11139 (5276)	0 (0)	28 (1)	702 (155)	7 (3)
2018	11167 (5182)	0 (0)	26 (5)	746 (92)	7 (2)

Źródło: Statystyki Komendy Głównej Policji¹⁰² i obliczenia własne.

¹⁰² <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> (dostęp: 15.12.2019).

Czynnikami, które z biegiem czasu wydają się tracić na znaczeniu w etiologii zachowań samobójczych, są religijność i lęk przed karą. Na początku XX wieku zwracano uwagę, że religia (szczególnie katolicka) chroni przed podejmowaniem zachowań samobójczych, a jej niewyznanie jako ważny czynnik ryzyka podejmowania tego typu zachowań¹⁰³. Podkreślano również, że lęk przed karą ze strony nauczycieli lub rodziców może prowadzić do zachowań samobójczych. Współcześnie w globalnych analizach przyczyn i uwarunkowań zachowań samobójczych dzieci i młodzieży czynniki te nie są wymieniane¹⁰⁴. Z kolei nowym, niewskazywanym wcześniej czynnikiem ryzyka zachowań samobójczych jest znęcanie ze strony rówieśników, w tym cyberprzemoc¹⁰⁵.

Podsumowując, można stwierdzić, że skoro od ponad stu lat samobójstwa dzieci i młodzieży mają podobny udział w ogólnej liczbie samobójstw, to działania podejmowane w celu przeciwdziałania ich występowaniu wśród tej grupy wiekowej nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Może to również oznaczać, że nie powinno się oczekiwać zmniejszenia zachowań samobójczych wśród młodocianych bez obniżenia ogólnej liczby zachowań samobójczych. Zatem działania prewencyjne, nastawione na redukcję liczby samobójstw w społeczeństwie, powinny być kierowane do wszystkich grup wiekowych.

Bibliografia

- Baer A., *Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter*, G. Thieme 1901.
- Bandura A., *Social learning through imitation*, [w:] *Nebraska Symposium on Motivation*, 1962, Oxford 1962.
- Bender T.W., Gordon K.H., Bresin K., Joiner T.E., *Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and provocative experiences*, „Journal of Affective Disorders” 129, 2011, nr 1.
- Bilsen J., *Suicide and youth: Risk factors*, „Frontiers in Psychiatry” 9, 2018, nr 540.
- Björkenstam C., Björkenstam C., Weitoft G.R., Hjern A., Nordström P., Hallqvist J., Ljung R., *School grades, parental education and suicide — a national register-based cohort study*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 65, 2011, nr 11.

¹⁰³ M. Grzywo-Dąbrowska, *Samobójstwa młodzieży...*

¹⁰⁴ A.B. McLoughlin, M.S. Gould, K.M. Malone, *op. cit.*; D. Wasserman, Q. Cheng, G.-X. Jiang, *op. cit.*

¹⁰⁵ A.B. McLoughlin, M.S. Gould, K.M. Malone, *op. cit.*

- Blanc H., *Du suicide en France*, „Journal de la société statistique de Paris” 3, 1862.
- Brent D.A., Johnson B., Perper J., Connolly J., Bridge J., Bartle S., Rather C., *Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry” 33, 1994, nr 8.
- Brent D.A., Melhem N., *Familial transmission of suicidal behavior*, „The Psychiatric Clinics of North America” 31, 2008, nr 2.
- Brudziński J., *Samobójstwa dzieci*, „Przegląd Pedagogiczny” 22, 1903, nr 1–3.
- Chodecki W., *O samobójstwie u dzieci*, Warszawa 1909.
- Crane C., Hawton K., Simkin S., Coulter P., *Suicide and the media: Pitfalls and prevention report on a meeting organized by the Reuters Foundation program at Green College and University of Oxford Centre for Suicide Research at Green College, Oxford, UK, November 18, 2003*, „Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention” 26, 2005, nr 1.
- Czyrniański E., *Recenzja: M. Dzieduszycki, „Samobójstwo” 1876*, „Przegląd Krytyczny” 2, 1876, nr 10.
- De Staël-Holstein G., *Réflexions sur le suicide*, Stockholm 1813.
- Dybowski B., *O niemoralności wśród młodzieży nieletniej i o jej przyczynach*, Lwów 1903.
- Dzieduszycki M., *Samobójstwo*, Lwów 1876.
- Ellis H., *Mężczyzna i kobieta: badania nad drugorzędami cechami płciowymi człowieka*, Warszawa 1897.
- Eulenburg A., *Schulerselbstermorde*, „Zeitschrift für pädagogische Psychologie, Pathologie und Hygiene” 9, 1907.
- Fuller-Thomson E., Carroll S.Z., Yang W., *Suicide attempts among individuals with specific learning disorders: An underrecognized issue*, „Journal of Learning Disabilities” 51, 2018, nr 3.
- Fundacja „Dajemy Dzieciom Siłę”, *Dzieci się liczą 2017. Raport zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 16, 2017, nr 1.
- Gmitrowicz A., *Spoleczne i psychiatryczne uwarunkowania prób samobójczych u młodzieży*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 8, 1999, nr 4.
- Gmitrowicz A., Wolanek U., Madej A., Makara-Studzińska M., *Motywy podejmowania prób samobójczych przez młodzież w wieku 13–19 lat = Motives for suicide attempts by youth aged 13–19*, „Journal of Education, Health and Sport” 5, 2015, nr 6.
- Gould M., Jamieson P., Romer D., *Media contagion and suicide among the young*, „American Behavioral Scientist” 46, 2003, nr 9.
- Grzywo-Dąbrowska M., *Listy samobójców*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 8, 1931, nr 9–15.
- Grzywo-Dąbrowska M., *Samobójstwa młodzieży*, „Warszawskie Czasopismo Lekarskie” 3, 1926, nr 11.
- Grzywo-Dąbrowska M., *Samobójstwa młodzieży szkolnej na podstawie ankiety*, „Oświata i Wychowanie” 4, 1932, nr 1–2.

- Grzywo-Dąbrowski W., *Samobójstwa w Warszawie w latach 1921–1930*, „Czasopismo Sądowo-Lekarskie” 5, 1932, nr 1–2.
- Gupta M.A., Pur D.R., Vujcic B., Gupta A.K., *Suicidal behaviors in the dermatology patient*, „Clinics in Dermatology” 35, 2017, nr 3.
- Guttstadt A., *Die Selbstmorde in Preussen während der Jahre 1869 bis 1872*, [w:] *Zeitschrift des Königlich Preussischen Statistischen Bureaus*, Berlin 1874.
- Harnod T., Lin C.-L., Kao C.-H., *Prevalence of suicide attempts and their risk factors in school-aged patients with epilepsy: a population-based study*, „European Child & Adolescent Psychiatry” 27, 2018, nr 8.
- Hawton K., Saunders K.E.A., O’Connor R.C., *Self-harm and suicide in adolescents*, „Lancet” 379, 2012, nr 9834.
- Hinduja S., Patchin J.W., *Bullying, cyberbullying, and suicide*, „Archives of Suicide Research” 14, 2010, nr 3.
- Hooley J.M., Franklin J.C., Nock M.K., *Chronic pain and suicide: understanding the association*, „Current Pain and Headache Reports” 18, 2014, nr 8.
- Jarosz M., *Samobójstwa. Dlaczego teraz?*, Warszawa 2013.
- Jaśkiewicz-Obydzińska T., Wach E., *Psychologiczna ekspertyza sądowa w sprawach dotyczących samobójstwa dzieci i nastolatków*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 17, 2018, nr 3.
- Kielan A., Olejniczak D., *Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 17, 2018, nr 3.
- King M., Semlyen J., Tai S.S., Killaspy H., Osborn D., Popelyuk D., Nazareth I., *A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people*, „BMC Psychiatry” 8, 2008, nr 1.
- Kopczyński S., *Szkice higieniczno-wychowawcze: (z dziedziny higieny domowej i szkolnej)*, Warszawa 1910, t. 1.
- Legout A., *Le suicide ancien et moderne*, Paris 1881.
- Littlejohn H., *Medico-legal notes*, „Edinburgh Medical Journal” 6, 1899, nr 3.
- Makara-Studzińska M., *Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14–18 lat*, „Psychiatria” 10, 2013, nr 2.
- Mauersberger W., *O samobójstwie kilka uwag*, „Biblioteka umiejętności prawnych. Miscellanea” 4, 1881.
- McLoughlin A.B., Gould M.S., Malone K.M., *Global trends in teenage suicide: 2003–2014*, „QJM: Monthly Journal Of The Association Of Physicians” 108, 2015, nr 10.
- Napieralska E., Kułaga Z., Gurzkowska B., Grajda A., *Epidemiologia zgonów dzieci i młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999–2006*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 91, 2010, nr 1.
- Oettingen A. von, *Die Moralstatistik — Inductiver Nachweis der Gesetzmässigkeit sitlicher Lebensbewegung im Organismus der Menschheit*, Erlangen 1868.
- Ogle W., *Suicides in England and Wales in Relation to Age, Sex, Season, and Occupation*, „Journal of the Statistical Society of London” 49, 1886, nr 1.

- Overholser J.C., Adams D.M., Lehnert K.L., Brinkman D.C., *Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 34, 1995, nr 7.
- Rehfisch E., *Samobójstwo: studium krytyczne*, Warszawa 1897.
- Rosa G.S., Andrades G.S., Caye A., Hidalgo M.P., Oliveira M.A., Pilz L.K., *Thirteen reasons why: The impact of suicide portrayal on adolescents' mental health*, „Journal of Psychiatric Research” 108, 2019.
- Roy A., Segal N.L., Sarchiapone M., *Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims*, „The American Journal of Psychiatry” 152, 1995, nr 7.
- Rzadkowska M., *Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży — charakterystyka ryzyka i profilaktyka*, „Studia Prawnicze. Rozprawy i Materiały” 18, 2016, nr 1.
- Sterling W., *O samobójstwie wśród dzieci i młodzieży szkolnej*, „Wychowanie w domu i szkole” 2, 1909, nr 2.
- Szymański A.L., *Samobójstwa*, „Prąd. Miesięcznik Społeczny i Literacko-Naukowy” 3, 1911, nr 1.
- Światowa Organizacja Zdrowia, *Zapobieganie samobójstwom. Imperatyw ogólnościawotowy*, Warszawa 2018.
- Vörös V., Fekete S., Hewitt A., Osváth P., *Suicidal behavior in adolescents-psychopathology and addictive comorbidity*, „Neuropsychopharmacologia Hungarica” 7, 2005, nr 2.
- Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.-X., *Global suicide rates among young people aged 15–19*, „World Psychiatry” 4, 2005, nr 2.
- Załęski S., *Psychologia samobójstwa*, Kraków 1877.
- Złotnicki A., *Samobójstwo i obłąkanie*, „Dodatek miesięczny do czasopisma Przegląd Tygodniowy Życia Społecznego, Literatury i Sztuk Pięknych” 1884, nr 7.

Suicides of children and young people before the Second World War and the present: What has changed, and what has remained unchanged

Summary

The purpose of the article is an attempt to show the issue of suicides of children and young people in a historical perspective, by comparing the state of knowledge and methods of discussing the phenomenon from the pre-war period (until 1939) with the modern period. The first part of the work will be devoted to discussing the first papers on suicide issues that began to appear in Poland from the late nineteenth century to 1939. The second part of the article focuses on presenting the current state of knowledge on the frequency, risk factors and causes of suicide in children and young people. The last part of the work will be devoted to comparing the specifics and conditioning suicidal behavior in the discussed periods.

Keywords: children and adolescents suicide, risk factors.