

Andrzej Bałandynowicz

Profilaktyka i prewencja zachowań suicydalnych w okresie adolescencji u dzieci i młodzieży

Resocjalizacja Polska (Polish Journal of Social Rehabilitation) 6, 17-40

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

*Andrzej Baładynowicz**

Profilaktyka i prewencja zachowań suicydalnych w okresie adolescencji u dzieci i młodzieży

Spółczesństwo nie wypracowało jeszcze zdrowej, wyważonej reakcji wobec samobójstwa. Zjawisko to, będąc czymś nieadekwatnym do współczesnych standardów takich jak pozytywne myślenie, sukces, czy kariera spotyka się z całkowitym brakiem zrozumienia. Ciężko jest bowiem patrzeć na smutną, „zastygłą w wyrazie rozpacz lub apatii” twarz człowieka pogrążonego w depresji¹. Jego bolesne milczenie irytuje, a cierpienie, pragnienie śmierci – staje się niewygodnym ciężarem.

Mając świadomość własnej bezsilności, bojąc się odpowiedzialności, czy wyrzutów sumienia unikamy kontaktu z cierpiącym, zamykamy na niego oczy i uszy, jak dzieci sądząc, że wówczas problem zniknie.

Nie zdajemy sobie sprawy, że czasem wystarczy serdeczna obecność, wysłuchanie kilku słów, jeden szczerzy uśmiech... A może po prostu obecność ta jest zbyt przytłaczająca, zbyt odmienna od ideałów, do których dążymy, od optymistycznych gestów, które wypracowaliśmy.

Jeszcze nie dojrzeliliśmy do tego, by spojrzeć na czyjeś cierpienie, by usłyszeć czyjś głos wołający o ratunek, jeszcze nie jesteśmy gotowi, by pomóc.

Wytwarzamy natomiast opinie racjonalizujące nasz lęk, naszą słabość, naszą nieprzychylną wobec samobójców postawę. E. Ringel stwierdza, iż: „...ambiwalencja postaw objawia się niekiedy ustawicznym mówieniem o samobójstwie, a nawet jego zapowiedziami, w wyniku których nic nie następuje. Bardzo często osoby z otoczenia „samobójcy” przestają się niepokoić, ponieważ nikt nie lubi, by mu zakłócać spokój i zawsze wykorzysta pretekst, by powrócić do stanu beztrioskiej obojętności, tłumacząc sobie: „z dużej chmury mały deszcz”, „skoro tyle razy już o tym mówił – to i teraz nie należy brać jego słów na serio”.

* Prof. zw. dr hab. Andrzej Baładynowicz, Katedra Pedagogiki, Pokoju i Probacji, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach.

¹ Por. A. Kępiński, *Melancholia*, Wyd. Literackie, Kraków 1993.

I akurat wtedy, wcale nie tak rzadko, dochodzi do zaskakującego wszystkich wprowadzenia w czyn samobójczych zamiarów desperata.

Droga do samobójstwa jest długa. Niecierpliwy obserwator często oczekuje jednak szybkiego i jednoznacznego rozwiązania („albo robi to już, albo nie robi w ogóle”). To stadium wyczekiwania, odwlekania decyzji, które w każdej chwili może ustąpić miejsca dynamice samobójczego czynu, często tak komentowane jest przez ludzi z zewnątrz: „ten i tak nie ruszy się z miejsca, ten na pewno nic nie zrobi”. Ponadto niesłuchanie rozprzeźstrzenie jest mniemanie, że zapowiedzi samobójstwa są równoznaczne z groźbą mającą charakter szantażu, na który nie należy „dać się nabrać”, który zawsze „powinno się ignorować”. Jak dalece rozprzeźstrzeniona jest dzisiaj tendencja ośmieszania zapowiedzi samobójstwa jako szantażu².

Powszechna jest także opinia o wszechmocy człowieka, o jego zdolności kierowania własnym życiem w sposób całkowicie kontrolowany. Opinia taka zrzuca całą odpowiedzialność za niepowodzenia na jednostkę, która okazała się zbyt słaba, za mało kreatywna, nieudolna. Zamiast współczucia i gestu pomocy – opinia ta rodzi pogardę i potępienie wobec osoby cierpiącej, która „ma to, na co sama zapracowała”.

Postawa taka nie jest, niestety, typowa dla laików. Jak wynika z moich badań – reprezentują ją także osoby zajmujące się w sposób profesjonalny pomocą ludziom cierpiącym – psychologowie, psychoterapeuci, psychiatrzy oraz studenci powyższych kierunków³.

Także B. Pilecka wyraża w pewnym momencie jednostronną opinię na temat przemijania cierpienia i wynikającego z niego obowiązku życia desperata: „...największe cierpienie mija, do wszelkiej sytuacji można się dostosować i wykorzystać ją w celu rozwijania własnej osobowości. W każdym cierpieniu można znaleźć pewien sens i korzyść, które w danej chwili są niewidoczne. Odśloną się później. Ból psychiczny może stać się również źródłem siły. Praktyka kliniczna uczy, iż zdarza się, że po wieloletniej depresji przychodzi okres remisji, jakieś rozwiązanie. Ale gdyby nawet nie doszło do tego? Życie należy traktować jako dar, jedyną szansę. Nie można w życiu kierować się własnym samopoczuciem psychicznym, należy zaś – obowiązkiem wobec innych, jeżeli już nie wierzy się w Boga⁴”.

Autorka, będąc autorytetem w dziedzinie suicydologii, nie wzięła jednak pod uwagę faktu, iż syndrom presuicydalny nakłada na oczy desperata pewien specyficzny pryzmat – świat jawi się jako bezkresny ocean cierpienia, sam suicydent zaś, przynajmniej w jego subiektywnym przekonaniu, tkwi po środku owego oceanu – nie widząc lądu, a zatem – nie wierząc w niego.

² E. Ringel, *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Glob, 1987, s. 90–91.

³ A. Bałandynowicz – 2003 r. (IPSiR – Uniwersytet Warszawski) – badania wśród osób po nieudanej próbie samobójczej. Odpowiedzi udzielone na pytanie o reakcję otoczenia na ich „wołanie o pomoc”: 48% ankietowanych przyznało, że nie zostało ono zrozumiane, według 40% zostało zignorowane lub odrzucone, 12% stwierdziło, że wywołało pogardę.

⁴ B. Pilecka, *Wybrane problemy samobójstw młodzieży*, Wyd. Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz Szansę”, Lublin 1995, s. 143–144.

Uderza brakiem zrozumienia także ostatnie z cytowanych zdań, nakładające na jednostkę cierpiącą zobowiązania względem, jeżeli nie Boga, to przynajmniej – społeczeństwa. „Nie można w życiu kierować się własnym samopoczuciem psychicznym...”, ale samopoczuciem tych wszystkich osób z otoczenia, które nie chciały, nie potrafiły udzielić wsparcia. Zatem grupa społeczna, w której nikt nie spieszy pogrążonej w rozpacz jednostce z pomocą – śmie od owej jednostki oczekiwać podwójnej walki: po pierwsze – z własnym cierpieniem; po drugie zaś – z obojętnością otoczenia.

Wytwarzanie mitów dotyczących samobójstwa

„Brak uświadomienia społeczeństwa powoduje utrwalanie się legend i przesądów, które utrudniają a często uniemożliwiają zapobieganie zjawiskom, które niezależnie od światopoglądu, oceniamy wszyscy jako smutne, bolesne i złe”⁵.

Nie rozumiejąc, nie chcąc zrozumieć samobójstwa – społeczeństwo izoluje się od niego, wytwarza szereg mitów i postaw usprawiedliwiających obojętność, ignorancję, czy nawet wrogość. Owe mity na zasadzie błędnego koła utrwalają się i zaczynają funkcjonować w społeczeństwie jako mechanizmy racjonalizacji, co utrudnia obiektywną ocenę zjawiska i działania profilaktyczne.

Na podstawie literatury przedmiotu, własnych obserwacji i badań dostrzegam następujące mity, bądź nie w pełni prawdziwe przekonania społeczne utrudniające pomoc samobójcom i przeciwdziałanie samobójstwom⁶:

- „Ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie odbierają sobie życia.”

Nieprawda. Według licznych autorów 80 do 85% samobójców ostrzegало uprzednio swoich najbliższych o zamiarze odebrania sobie życia.

- „Samobójstwo przychodzi bez ostrzeżenia.”

Nieprawda. Nawet, jeżeli desperat nie komunikuje swojego zamierzenia w sposób werbalny i bezpośredni, zawsze samobójstwo zwiastują pewne typowe symptomy, jak np.: obniżenie nastroju, przygnębienie, smutek, brak troski o wygląd zewnętrzny, unikanie kontaktów towarzyskich, pilne regulowanie własnych spraw, rozdawanie cennych przedmiotów itp.

- „Samobójcy chcą umrzeć za wszelką cenę.”

Nie wszyscy. Jedynie ci, których motywacja samobójcza ma charakter autentyczny rzeczywiście pragną umrzeć, nie uwzględniając innych rozwiązań. Tego typu motywacji samobójczych jest około 51–65%.

- „Samobójcy nie chcą umrzeć. Pragną jedynie manipulować swoim otoczeniem.”

⁵ B. Hołyst, *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, PWN, Warszawa 1983.

⁶ T. M. Anthony, *Dlaczego? Czyli samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*, Warszawa 1994; G. Rosellini, M. Worden, *Jutro wszędzie słońce*, Warszawa 1995.

Niezupełnie. Manipulować swoim otoczeniem (niekoniecznie w sensie szantażowania), zwrócić uwagę na siebie, na swoje problemy, uzyskać pewną pomoc pragną ci spośród suicydentów, których motywacja samobójcza ma charakter instrumentalny, tzn. ci, którzy wyrażają wolę życia, jednak w innych, lepszych warunkach. Samobójcy instrumentalni stanowią 34–48% wszystkich suicydentów.

- „Poprawa nastroju po kryzysie samobójczym oznacza koniec zagrożenia”.

Niekoniecznie. Rzekoma poprawa nastroju może być bowiem związana z zakończeniem walki dwóch wewnętrznych popędów – życia i śmierci, może oznaczać uwolnienie się od dylematu „żyć albo nie żyć” i podjęcie ostatecznej decyzji o samounicestwieniu.

- „Samobójstwu nie można zapobiec.”

Niekoniecznie. Jeśli motywacja samobójcza ma charakter instrumentalny, a więc wiąże się z pewnym dyskomfortem życiowym, wówczas szybkie dostrzeżenie zagrożenia i adekwatna reakcja na nie – mogą zapobiec nieszczęściu.

- „Osoba o skłonnościach samobójczych będzie mieć je już zawsze.”

Niekoniecznie. W niektórych przypadkach skłonności samobójcze mogą mieć charakter reaktywny, sytuacyjny, mijają zatem z chwilą rozwiązania problemu. Bardziej trwałe charakter mogą mieć natomiast tendencje samobójcze jednostek posiadających osobowość suicydalną. Jednak nawet osoby cierpiące na depresję endogenną mogą pomyślnie przejść terapię i z pomocą życzliwych „ważnych innych” uwolnić się od tego problemu.

- „Próby samobójcze rzadko bywają ponawiane.”

Niekoniecznie. Niektórzy autorzy (np. Anthony) szacują że około 12% niedoszłych samobójców próby te ponawia nawet kilkakrotnie, przy czym trzecia próba jest już zwykle udana. B. Hołyst mówi tu nawet o 60%.

- „Wszyscy samobójcy są umyślowo chorzy.”

Nieprawda. Owszem, wielu spośród suicydentów cierpi na pewne zaburzenia psychiczne (np. depresję, schizofrenię), jednak odsetek ich nie pozwala na przyjęcie generalnej tezy, iż choroba psychiczna leży u podłoża każdego samobójstwa.

- „Samobójstwa popełniają ludzie określonego typu.”

Nie zawsze. Owszem, można określić tzw. grupy podwyższonego ryzyka, jednak problem samobójstwa dotyka ludzi wszelkich ras, religii, ludzi w każdym wieku i w każdej sytuacji społeczno-ekonomicznej.

Typy negatywnych postaw społecznych względem samobójców

Ze społecznym potępieniem spotyka się nie tylko akt samobójczy, ale także osoba dokonująca tego zamachu; osoba osadzona w konkretnej rzeczywistości; wpleciona w łańcuch interakcji społecznych. Stanowiąc jedno z ogniw owego łańcucha wpleciona jest w sieć wzajemnych praw i zobowiązań.

Dopóki jest „zdrowa” i społecznie użyteczna – cieszy się poważaniem, kiedy zaś jej energia witalna wskutek różnorodnych czynników ulega zubożeniu – atrakcyjność jej maleje,

pojawiają się pretensje, społeczeństwo zaczyna powoływać się na swoje prawa, zapominając o obowiązkach wobec jednostki.

W oczach opinii społecznej winny jest zawsze człowiek cierpiący, bo z powodu swej pasywności i alienacji nie wnosi wkładu w życie grupowe, a przez swój egoizm dostrzega tylko własne cierpienie i poszukuje rozwiązań korzystnych tylko dla niego.

Tak postrzeganej jednostce suicydalnej społeczeństwo odmawia pomocy, przyjmując wobec niej różnorodne postawy negatywne.

1) Postawa tabuizująca polega na przemilczaniu kwestii samobójstwa. Jak to ujmuje E. Ringel „udajemy odpornych, wypieramy i milczymy”⁷. Przykładem tego typu postawy jest 21-letni student, który na pytanie: „Wyobraź sobie swoje przeżycia i zachowania po samobójczej śmierci kogoś z Twoich bliskich” odpowiada: „Na moje życie osobiste taka śmierć miałaby taki sam wpływ jak każda inna śmierć”.

2) Postawa obojętna przejawia się pozostawieniem suicydenta samemu sobie z powodu braku zainteresowania jego problemem. Oto przykładowe wypowiedzi respondentów ilustrujące tę postawę:

— „Powiedziałałabym, że jest to jej prywatna sprawa i nie powinna angażować w nią innych ludzi. Nie zajmowałabym się tym.”

— „Zignorowałabym tę wypowiedź, żeby nie dać okazji do prowokacji i szantażu.”

3) Postawa odrzucająca polega na pozostawieniu desperata samemu sobie właśnie ze względu na jego stan presuicydalny i z pełną świadomością konsekwencji odrzucenia.

Cytowany w kontekście postawy tabuizującej student – kilka miesięcy po wypełnieniu ankiety miał okazję wyказать się także postawą odrzucającą. Zrywając po raz wtóry ze swoją narzeczoną (ankietowaną suicydentką), którą uprzednio zdradził i pobił, wypowiedział następujące słowa: „Kiedy jechałem do ciebie poprzednim razem, wiedziałem, że muszę cię uratować. Tym razem jednak przyjechałem się z tobą pożegnać. Wiem, że najprawdopodobniej popełnisz samobójstwo, ale niezależnie od wszystkiego nie zamierzam tego przedłużyć.”

Ankietowany psycholog w odpowiedzi na pytanie o możliwości odwiedzenia kogoś od zamiaru popełnienia samobójstwa pisze: „na pewno nie wolno dać się szantażować i manipulować. Czasem nagle odrzucenie takiej osoby przynosi lepsze rezultaty niż uzalanie się nad nią i rozwodzenie nad jej problemami”⁸.

4) Postawa wyszydzająca jest najbardziej zabójczą formą reakcji na problem suicydalny jednostki, świadczy bowiem o większej nieprzychylności wobec cierpiącego, niż postawa odrzucająca. Tu niechęć sięga znacznie głębiej: osobie reagującej w ten sposób nie wystarcza już odsunięcie się, czy nawet wyrażenie krytycznej opinii o desperacie. Tu trzeba już dać upust swej złośliwości, pognać zgnębnego, jakby to ujął Nietzsche: „można przewrócić to, co i tak ma upaść.”

⁷ E. Ringel, tamże.

⁸ A. Bałandynowicz, (IPSiR – Uniwersytet Warszawski) badania wśród osób po nieudanej próbie samobójczej, Warszawa 2003.

E. Ringel opisuje tę postawę w sposób następujący: „znamy wiele przypadków, kiedy doszło do samobójstwa, ponieważ otoczenie stwierdziło: „jesteś zbyt słaby, żeby to zrobić i tylko tak mówisz” – tym samym odbierając takiemu człowiekowi drogę odwrotu. Podobnie dzieje się w sytuacji, kiedy z nieudanej próby samobójczej czyni się komuś zarzut, traktując go przy okazji jako człowieka drugiej kategorii, któremu nie można już zaufać”⁹.

Ankietowany przeze mnie pracownik socjalny na wieść o zamiarze samobójczym bliskiej mu osoby w pierwszej kolejności „zareagowałby śmiechem”, a następnie dopiero – wysłuchał powodów.

5) Postawa potępiająca samobójców wyraża się w opiniach, iż są to tchórze, ludzie głupi, którym nie można pomóc, niegodni, niepotrzebni.

Postawę taką w gronie respondentów reprezentuje 20-letnia opiekunka dziecięca, która bliską jej osobę, planującą samobójstwo „zwymyślałaby od idiotów”.

6) Postawa sprzyjająca samobójstwu, to przede wszystkim w mniejszym lub większym stopniu świadome podżeganie do samobójstwa. Może ono wynikać ze znużenia i zniecierpliwienia wobec cudzego cierpienia, ale także z przekonania, że sposób taki otworzy drugiej osobie oczy na bezsensowność zamachu samobójczego.

26-letni pedagog z grupy kontrolnej uważa, że odwodząc kogoś od zamiaru popełnienia samobójstwa należy: „Podać mu sznur, śmiejąc się z niego i żeby natychmiast mówił, że nie podoba mu się świat”¹⁰.

Z. Szymańska i S. Żelazowska piszą: „czasem jedno nieopatrzne słowo, jeden gest wystarczy, żeby wzbudzić szybką nieprzemyślaną decyzję. Przykładem może służyć 16-letni A.D., któremu matka, widząc, że zażywa tabletki nasenne, powiedziała: „gdybyś zażył wszystkie, byłby w domu wreszcie spokój”. Chłopiec natychmiast poszedł za jej radą i zażył 20 tabletek veronalu”¹¹.

7) Postawa natarczywa polega głównie na bezustannym i często sprzecznym z wolą desperata (szczególnie w przypadku motywacji autentycznej) dociekaniu przyczyn, powodów, analizowaniu motywacji, a także powoływaniu się na zobowiązania desperata wobec tych, którzy go kochają, którym jest potrzebny i jednostronnym podkreślaniu krzywdy tych, których osieroci. Postawa natarczywa to także usilne zachęcanie do życia, ukazywania jego uroków, wdrażanie suicydenta do różnych form aktywności. Wszystkie te zabiegi mogą odnieść skutek wręcz przeciwny do zamierzonego, zwłaszcza, że pryzmat poznawczy człowieka pogrążonego w rozpacz powoduje, iż radość i wielobarwność otaczającego świata boleśnie kontrastują z mrokiem depresji.

Znakomicie ujmuje to A. Kępiński: „chory depresyjny przyzwyczaja się do ciemności swego świata. Pełna kolorów jasność dnia razi go i drażni. Świat ludzi zdrowych jest dla

⁹ E. Ringel, tamże, s. 152–153.

¹⁰ A. Bałandynowicz, (IPSiR, Uniwersytet Warszawski) badania wśród osób po nieudanej próbie samobójczej, Warszawa 2003.

¹¹ Z. Szymańska, Z. Żelazowska, Próby samobójcze wśród młodzieży, „Zdrowie Psychiczne”, nr 1–2/1996, s. 99.

niego obcym światem, to już jest inna planeta. Nie rozumie on ludzi cieszących się, śmiejących, szczęśliwych, są dla niego obcy, drażnią go, chce od nich uciec. Jak człowiek długo przebywający w ciemności mruży oczy, gdy wyprowadzi się go na światło, tak i chory w depresji zamyka się w sobie i wycofuje, gdy otoczenie stara się go wciągnąć w wir normalnego życia. Jakby przez kontrast jego depresja staje się głębsza w wesołym środowisku¹².

Świadomość owego dystansu ma olbrzymie znaczenie w profilaktyce samobójstw, jednak przesłanie własnego optymizmu, chęć spojrzenia na świat oczami desperata i próba przezwyciężenia ciemności wraz z nim – są niezwykle trudne, o ile nie niemożliwe do spełnienia nie tylko przez otoczenie najbliższych, ale także przez profesjonalistów. Pracownikom służby zapobiegania samobójstwom zarzuca się niedostateczne zrozumienie „świata nieszczęśliwych”. Mówi się, że wmuszają oni desperatom własną radość życia.

Także reakcja na samobójstwo dokonane bywa z reguły negatywna. E. Ringel wyróżnia kilka typowych wypowiedzi osób z otoczenia samobójcy, np.:

- „Był już stary, długo by i tak nie pożył; uwolnił się od cierpień, a poza tym osiągnął teraz (wreszcie) cel, do którego dążył.”
- „Za dobrze mu się powiodło, stał się zbyt pewny siebie.”
- „Był przestępcą grzesznikiem, elementem aspołecznym, był chory umysłowo”.
- „Szkoda człowieka, mógł jeszcze tyle zrobić dla siebie i dla nas wszystkich” – reakcja typowa dla badanych przez Fabera i Simona mieszkańców Los Angeles.¹³

Ankietowani przeze mnie suicydenci¹⁴, w odpowiedzi na pytanie o reakcję otoczenia na ich wołanie o pomoc odpowiadają że nie zostało ono zrozumiane (48%); było zignorowane lub odrzucone (po 40%) i wywoływało pogardę (12%). A oto przykładowe komentarze suicydentów do postawionej kwestii:

- „Przez całe życie odczuwałam brak zrozumienia ze strony ludzi, moje zapowiedzi samobójstwa były traktowane z pogardą lekceważeniem, czułam się wręcz odrzucona i nieakceptowana z powodu mojej depresji” (studentka);
- „Pogarszało sytuację (tę na zewnątrz mnie i tę wewnątrz), naraziło mnie parokrotnie na śmieszność” (studentka psychologii);
- „Zostało wyśmiane” (fryzjerka);
- „Nie byłam rozumiana – w moim pragnieniu samotności i spokoju. Ktoś ciągle próbował mnie zmusić do działania, do radości życia, to wszystko przytłaczało mnie jeszcze bardziej i potęgowało pragnienie śmierci” (studentka pedagogiki).

Uogólniając można stwierdzić, iż reakcja społeczeństwa na zjawisko samobójstwa jest negatywna, co wynika z jego niezrozumienia, z niechęci, z lęku przed bezradnością i odpowiedzialnością. Nie potrafiąc zrozumieć psychiki desperata wytwarzamy legendy, stereoty-

¹² A. Kępiński, tamże, s. 139.

¹³ E. Ringel, *Nerwica a samozniszczenie*, PWN, Warszawa 1992.

¹⁴ *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników mediów*, Światowa Organizacja Zdrowia. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa-Warszawa 2003, s. 10.

py, które całe zło zrzucają na człowieka cierpiącego, nas natomiast – oczyszczają z poczucia winy, a wręcz – pomagają uzasadnić poczucie krzywdy.

Prawo jednostki do samobójstwa

Rozpatrując samobójstwo jako zjawisko społeczne, osobę samobójcy zaś – jako jednostkę włączoną w sieć interakcji społecznych należy także zatrzymać się nad problemem prawa jednostki do uszczuplenia owej sieci poprzez akt samobójczy; do wyzwolenia się z kieratu życia postrzeganego przez nią jako bezsensowne i bolesne.

Jak każde zjawisko społeczne, także i samobójstwo wywołuje różnorodne reakcje, najbardziej przeciwstawne zaś reprezentują: desperat, czyli osoba bezpośrednio zainteresowana samobójstwem oraz grupa społeczna oczekująca od jednostki pewnego wkładu w życie zbiorowe.

„Samobójstwo jest aktem lub zjawiskiem szczególnie poruszającym opinię społeczną. Od wieków toczą się spory filozoficzne na temat prawa pozbawienia się życia. Egoizm społeczny wyraża się w autorytatywnych stwierdzeniach, że człowiek ma obowiązek «dożywania swoich lat». Egoizm jednostki wyraża się w buncie przeciwko odpowiedzialności, jaką przyjął na siebie człowiek włączając się w społeczny obieg życia”¹⁵ – pisze B. Hołyst, dostrzegając jednocześnie istnienie tendencji społecznych do hierarchizowania prawa do samobójstwa w zależności od sytuacji, w jakiej znajduje się jednostka cierpiąca od kapitału, jaki społeczeństwo w nią zainwestowało.

Samobójstwo popełnione w interesie własnym – piętnowane jest jako egoizm, w interesie innych natomiast (tzn. „bezinteresownie”) – podnoszone do rangi altruizmu.

Przeciwko prawu jednostki do samounicestwienia przemawia wielość pełnionych przez nią w społeczeństwie ról i związanych z nimi zobowiązań wobec grupy, dla której śmierć jednostki oznacza „deprywację oczekiwań”¹⁶. Jak zauważa Jan Szczepański – człowiek żyje w świecie zewnętrznym, a zatem – umiera także w świecie zewnętrznym, przekształcając go w sposób nieodwracalny.

Zadając sobie śmierć – jednostka łamie funkcjonujący w danej zbiorowości system norm i wartości, dlatego też naraża się na ocenę krytyczną, a nawet na pogardę.

T. Ślipko wymienia przeciwko samobójstwu trzy zasadnicze typy argumentów, na które ochocho powołują się inni autorzy katoliccy¹⁷:

1. Teologiczny – który potępia samobójstwo jako postępek zły, bo sprzeczny z zamysłami Boga, jedynego suwerennego władcy ludzkiej egzystencji. Pozbawiając się życia człowiek samowolnie przywłaszcza sobie prawo przysługujące jedynie stwórcy;

¹⁵ B. Hołyst, *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, PWN, Warszawa 1983, s. 13.

¹⁶ B. Hołyst, tamże.

¹⁷ T. Ślipko, Pojęcie samobójstwa bezpośredniego i pośredniego w świetle współczesnych dyskusji, „*Roczniki Filozoficzne*” 1964, s. 105.

2. Socjologiczny – podkreśla on szkodę, jaką samobójca wyrządza społeczeństwu uciekając od wypełniania swoich obowiązków względem niego;
3. Personalistyczny, który mówi, iż obowiązkiem każdego człowieka jest kochać samego siebie, a zatem – czynić dla siebie dobro, którego niezbędnym warunkiem jest zachowanie własnej egzystencji.

Rozróżniając rodzaje aktów samounicestwienia na „samobójstwo z rezygnacji” i „samobójstwo z poświęcenia” Ślipko opowiada się przeciwko pierwszemu z nich, rozumiejąc przez nie „akt samobójczy popełniony pod naciskiem cierpienia fizycznego lub duchowego jako dążenie do wyzwolenia się spod tego nacisku i uzyskania stanu „nie-cierpienia”¹⁸.

Akt ten, zdaniem autora, nie służy jednak dobru, ale potęguje zło, podważa bowiem autentyczny sens wolności człowieka, która ma polegać na przezwyciężaniu trudności, nie zaś na poddawaniu się.

Warto w tym momencie przytoczyć słowa B. Hołysta dotyczące teologicznego spojrzenia na samobójstwo: „Chrześcijaństwo zawiera w swej najskrytszej głębi prawdę, że cierpienie (krzyż) jest właściwym celem życia; stąd też odrzuca jako sprzeczne z tym celem samobójstwo – aprobowane, a nawet szanowane z niższego punktu widzenia przez starożytnych. Owa racja przemawiająca przeciw samobójstwu ma wszakże charakter ascetyczny”¹⁹.

Argument teologiczny zatem – podnoszący znaczenie dźwignia krzyża pozostaje w związku z argumentem personalistycznym, nakazującym konieczność czynienia sobie dobra – o tyle tylko, o ile cierpienie uznamy za dobro. O ile zaś obce nam będą ideały ascetyczne – o tyle dobrem stanie się uwolnienie od krzyża, także poprzez akt samobójczy.

Niektórzy autorzy broniący argumentów przeciwko prawu jednostki do samobójstwa określają pewne okoliczności, które mogą zamach taki usprawiedliwiać. Píše o tym m.in. Sherwin B. Nuland²⁰: „Odebranie sobie życia jest prawie zawsze czynem złym. Są jednak dwie okoliczności, w których może jest inaczej. Są to: nieznośne niedołęstwo wieku starczego i krańcowe wyniszczenie śmiertelną chorobą. Samobójstwo jest jedną z opcji, które mogą brać pod uwagę ludzie sędziwi i słabi, gdy ich dni stają się coraz trudniejsze, przy najmniej ci z nich, którym nie zabraniają tego osobiste przekonania”.

Argumentu socjologicznego broni obszernie Z. Cackowski, który analizując pojęcia: „odejście” i „rozstanie” opowiada się przeciwko aktowi samobójczemu jednoznacznie z rozstaniem: „Nie należy wszakże mylić rozstania z odejściem. Odejść można od polnego kamienia. Nie można odejść od psa – przyjaciela; tu już było partnerstwo, tu mamy do czynienia z rozstaniem. To rozstanie jest zerwaniem więzi życiowej, ważnej nie tylko dla nas, ale i dla przywiązanego do nas zwierzęcia. Tym mniej możliwe jest odejście od innych ludzi. Rozstanie się z ludźmi oznacza zrywanie nie tylko naszych związków, ale także związków, w które uwikłani są inni ludzie, a które są treścią ich życia. I z tego to, jak sądzę, powodu nikt nie umiera sam!”²¹

¹⁸ T. Ślipko, tamże, s. 108.

¹⁹ B. Hołyst, *Przywrócenie życiu*, PWN, Warszawa 1991.

²⁰ S. B. Nuland, *Jak umieramy*, Warszawa 1993, s. 178–179.

²¹ Z. Cackowski, *Człowiek w obliczu śmierci*, s. 16–22.

Tak zatem sieć powiązań interpersonalnych nakłada na jednostkę obowiązek przecięcia cierpienia w imię dobra zbiorowości społecznej, nawet jeżeli owa zbiorowość nie poczuwa się do obowiązku niesienia jednostce pomocy. Zobowiązania pomiędzy jednostką, a społeczeństwem są przez społeczeństwo postrzegane jednostronnie, dlatego też podkreślam, iż w takiej sytuacji samobójca jest dla mnie zawsze ofiarą: ofiarą cierpienia; ofiarą osamotnienia i ofiarą narzucanych na niego obowiązków społecznych.

Pozostaje jeszcze jeden aspekt do rozpatrzenia – a mianowicie: prawny argument przemawiający przeciwko samobójstwu. Problematyka ta zostanie przedstawiona w oparciu o polskie rozwiązania ustawodawstwa w zakresie ochrony życia.

W polskim prawie karnym wprawdzie nie ma zakazu dokonywania samobójstwa, jednak, jak wykazuje A. Wąsek²² jednostka nie ma do niego prawa, gdyby tak bowiem było – przysługiwałaby jej w tym zakresie ochrona prawna przed postępowaniem różnorodnych organów (administracji państwowej, policji, służby zdrowia, straży pożarnej) utrudniających jej zamach samobójczy. Faktycznie zaś wyżej wymienione organy, jak i osoby fizyczne wielokrotnie ingerują w zamach samobójczy jednostki – wbrew jej woli. Nieratowanie samobójcy, nawet jeśli było efektem jego życzenia, kwalifikowane bywa jako przestępstwo nieudzielenia pomocy człowiekowi, którego życie jest bezpośrednio zagrożone (art. 164 § 1 k.k.).

Podżeganie i pomocnictwo do samobójstwa natomiast kwalifikowane jest jako przestępstwo zabójstwa (art. 151 k.k.).

Polskie prawo wyraźnie określa osoby pozbawione prawa do samobójstwa – są to:

- osoby małoletnie,
- niepoczytalne,
- tymczasowo aresztowane,
- odbywające karę pozbawienia wolności,
- umieszczone w ośrodku przystosowania społecznego.

W przypadku samobójstwa wyżej wymienionych osób podejmowane są zabiegi medyczne – wbrew woli jednostki (może to być np. przymusowe odżywianie skazanego stosującego głodówkę).

Jako konkluzję zamykającą tę część rozważań przyjmijmy słowa A. Wąska: „tradycyjnie od wielu lat doktryna nasza odmawia człowiekowi prawa do popełniania samobójstwa. Wprawdzie zakazu takiego nie formułuje się wprost, ale milcząco przyjmuje się jego istnienie, skoro reprezentuje się stanowisko, że samobójstwu należy zawsze, bez wyjątku przeszkadzać, nie zważając też na to, że dopuszcza się go człowiek dorosły, w pełni władz psychicznych, powodowany racjami, które zasługują na rozważenie”²³.

²² A. Wąsek, *Prawnokarna problematyka samobójstwa*, Wyd. Prawnicze, Warszawa 1982.

²³ A. Wąsek, tamże, s. 15.

Argumenty przemawiające za prawem jednostki do samobójstwa

Za prawem jednostki do popełnienia „samobójstwa z rezygnacji”, a nawet za jej obowiązkiem dokonania „samobójstwa z poświęcenia” opowiadają się filozofowie reprezentujący nurt etyki relatywistycznej²⁴.

Platon znajduje usprawiedliwienie dla samobójstwa w „hańbie, z której nie ma wyjścia i która żyć nie pozwala” lub „w jakimś ogromnym, nie dającym się odwrócić nieszczęściu”; Schopenhauer – w gorszych niż sama śmierć „okropnościach życia”; Kotarbiński natomiast dopuszcza samobójstwo, gdy jest ono „złem najmniejszym z możliwych”.

Samobójstwo w świetle nurtu relatywistycznego jest aktem wolności jednostki; wyrazem jej zdolności do wybrania tego, co w danej sytuacji uzna ona za najkorzystniejsze dla siebie, bądź innych. Ostateczną instancją zaś ma być w tej kwestii własne sumienie.

W gronie zwolenników tejże koncepcji wymienić można także: stoików, Hume’a, Montesquieu oraz egzystencjalistów. Lista autorów opowiadających się za prawem jednostki do samobójstwa jest jednak znacznie dłuższa:

- Pohlmeier – prawo to uzasadnia zdolnością człowieka do podejmowania niezależnych decyzji w różnych sytuacjach życiowych,
- Kastenbaum – śmierć z własnej ręki uznaje za korzystne rozwiązanie, zwłaszcza, gdyby żyjąc – miało się być ciężarem dla innych,
- Diekstra – usprawiedliwia samobójstwo związane z doświadczaniem poważnej i nieodwracalnej straty (np. zdrowia fizycznego, partnera), depresją, a także pragnieniem śmierci utrzymującym się dłużej niż sześć miesięcy,
- J. Améry – postrzega samobójstwo jako „najbardziej ludzką, najbardziej zrozumiałą nawet oczywistą reakcją na fakt, że w zasadzie życie równoznaczne jest z porażką”²⁵,
- Leister – opiera swą zgodę na samobójstwo na zdolności do samodzielnego decydowania o własnym życiu przez człowieka dorosłego, będącego w pełni władz umysłowych,
- R. Tokarczuk pisze: „Jeśli dłuższe życie byłoby pasmem dotkliwego bólu, swobodny wybór życia krótszego może się wydawać uzasadniony”²⁶,
- T. Ślipko – znajduje pewne usprawiedliwienie dla „samobójstwa z poświęcenia” – „zmierającego do przysporzenia społeczeństwu jakiegoś wielkiego dobra za cenę ofiary z własnego życia”²⁷.

W tego typu samobójstwie zniszczenie własnej egzystencji nie jest ostatecznym celem, ale środkiem dążenia ku pewnemu dobru innych ludzi, grupy społecznej, czy Boga.

²⁴ T. Ślipko, tamże.

²⁵ E. Ringel, *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Glob 1987, s. 260.

²⁶ R. Tokarczuk, *Prawa narodzin, życia i śmierci: podstawy biojuryssprudencji*, Zakamycze, Lublin 1984, s. 353.

²⁷ T. Ślipko, tamże.

Jak wywodzi Ślipko – „w tej relacji środka do celu zawiera się etyczna wartość, pozytywna lub negatywna – samobójstwa z poświęcenia”²⁸.

- E. Ringel – sądzi, iż człowiek bezspornie ma prawo do samobójstwa, które wynika z jego zdolności do autorefleksji, ze świadomości własnego życia, któremu sam może zadać śmiertelny cios;
- B. Hołyst rozważając kwestię subiektywności postrzegania świata konkluduje: „jeśli człowiek nie zgadza się na życie skazane, na rozpacz, samotność i klęskę, jeśli nie może być wolny w obszarze ograniczonym brakiem wolności, ma prawo zrezygnować z życia, ma prawo je skrócić”²⁹;
- T. Kielanowski – wprawdzie nie wypowiada się bezpośrednio na temat samobójstwa, porusza jednak kwestię prawa pacjenta do niezgadzania się na zabiegi medyczne: „Wielomiesięczne umieranie wśród bólów moralnych i fizycznych, ze wzrastającym zrozumieniem nieodwracalności swojego złego stanu zdrowia, staje się częstym zakończeniem ludzkiego życia. Ludzie myślący na całym świecie stawiają sobie coraz częściej pytanie – czy tak musi być, czy człowiek jest skazany na to, żeby umierać w mękach, czy lekarskie działanie przedłużające życie, mające być już tylko cierpieniem, jest działaniem racjonalnym, moralnie dobrym i godnym kontynuowania? Człowiek zdobył sobie po stuleciach walki wolność sumienia, wolność polityczną i obywatelską może sobie wybierać zawód i rodzaj pracy w zawodzie, rodzaj rozrywki i spędzania czasu. Dlaczego więc, mając prawo stanowienia o sobie, o swoim życiu, nie miałby prawa stanowienia o swojej śmierci?”³⁰

W odpowiedzi na powyższe wątpliwości można by przytoczyć raz jeszcze trzy argumenty przeciwko prawu jednostki do stanowienia o swojej śmierci:

- personalistyczny – nakazujący konieczność czynienia dobra samemu sobie, a więc przedłużania własnej egzystencji, uznawanej za dobro najwyższe dane człowiekowi;
 - socjologiczny – zobowiązujący jednostkę do większej troski o dobro zbiorowe niż własne;
 - teologiczny – przyznający prawo do decydowania o życiu ludzkim wyłącznie Bogu.
- Jednakże argumenty te tracą swą moc z chwilą gdy:
- egzystencja jednostki przybiera postać tak dramatyczną, iż śmierć z własnej ręki wydaje się, także i w wymiarze obiektywnym, złem mniejszym niż dalsza „wegetacja”;
 - zbiorowość tzw. „ważnych innych” wprawdzie oczekuje od jednostki wypełnienia narzuconych jej ról, jednak w żaden sposób nie ułatwia przewyciężenia trudności, a wręcz – pozostawia jednostkę samą sobie, przyjmując wobec niej postawę potępiającą bądź wyszydającą pomnażając tym samym jej cierpienie;
 - wiara jednostki nie jest na tyle silna, aby utwierdzić ją w przekonaniu o miłości i wszechmocy Boga, a tym bardziej o Jego wyłączności jeżeli chodzi o decydowanie w sprawach życia i śmierci.

²⁸ T. Ślipko, *Etyczny problem samobójstwa*, Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1970.

²⁹ B. Hołyst, *Przywrócenie życia*, PWN, Warszawa 1991.

³⁰ T. Kielanowski, *Prawo człowieka do stanowienia o sobie*. W: B. Kamiński (red.), *Człowiek w obliczu śmierci*, Gdańsk 1978, s. 20–21.

Reakcja mentalna w sytuacji trudnej, a tym bardziej presuicydalnej może przybierać następujący charakter: skoro Bóg mnie nie pytał czy chcę żyć, skoro dopuszcza w moim życiu takie cierpienia – nie ma prawa odebrać mi tej jedynej broni, jaka mi pozostała – samobójstwa.

Wzajemne zobowiązania pomiędzy jednostką a społeczeństwem

Badani w obu grupach (osób usiłujących popełnić samobójstwo oraz osób z ich najbliższego otoczenia) zdecydowanie opowiadają się za tym, że „pomoc osobie cierpiącej, zagrożonej samobójstwem jest ludzkim obowiązkiem”. Jedynie 13,3% respondentów grupy kontrolnej udzieliło na to pytanie odpowiedzi przeczącej.

Znaczne różnice natomiast pojawiają się przy rozstrzygnięciu kwestii, czy „desperat ma obowiązek żyć, pomimo, że jego życie jest okrutne i beznadziejne?” Zgodnie z moimi przypuszczeniami respondenci suicydalni zdjęli z desperata powyższy obowiązek (83,3% odpowiedzi negatywnych), natomiast respondenci kontrolni opowiedzieli się zdecydowanie za nim (80% odpowiedzi pozytywnych)³¹.

Powołując się na socjologiczny punkt widzenia zapoczątkowany przez Arystotelesa należałoby przyznać rację tym wszystkim, którzy twierdzą, iż samobójstwo jest pogwałceniem obowiązków człowieka względem innych ludzi, gdyż uszczupla pewne zasoby grupy, nadwyrężą jej odporność psychiczną, zabija jej istotne ogniwo. Jednak słusznie zauważa R. Tokarczuk³², iż „jak przekonywali epikurejczycy, stoicy, Hume i inni filozofowie, nie jest wcale pewne, czy grupa społeczna ma podstawy do wysuwania tak daleko idących roszczeń w stosunku do jednostki”³³. Nie tylko bowiem jednostka ma pewne zobowiązania względem społeczeństwa, ale przede wszystkim grupa społeczna jest obciążona obowiązkami wobec jednostki i ponosi, jak wywodzi autor, odpowiedzialność za ich niewypełnienie. „Osoba, która popełnia samobójstwo, czyni to często dlatego, że nie jest otaczana przez grupę dostateczną miłością, opieką, czcią, szacunkiem... takich przypadkach na grupach społecznych, czy też nawet całych społeczeństwach, miałyby spoczywać odpowiedzialność za samodestrukcyjne akty jednostki. To obowiązek społeczeństwa wobec jednostki miałby być czymś pierwotnym, a obowiązek jednostki w stosunku do społeczeństwa czymś wtórnym”³⁴.

Analizując akt samobójczy z socjologicznego punktu widzenia B. Hołyst³⁵ odpowiedzialnością obciąża społeczeństwo, które winne jest temu, iż „jednostka nie widzi w nim

³¹ A. Bałandynowicz, (IPSiR – Uniwersytet Warszawski) badania wśród osób po nieudanej próbie samobójczej, Warszawa 2003.

³² R. Tokarczuk, *Prawa narodzin, życia i śmierci*, Lublin 1987, s. 330.

³³ Tamże, s. 333.

³⁴ Tamże, s. 334.

³⁵ B. Hołyst, tamże, s. 56–57.

możliwości zaspokojenia swoich potrzeb”. Samobójstwo wiąże on z załamaniem się wiary w drugiego człowieka; nadziei na jego współczucie i gotowość niesienia pomocy.

Winę za samobójstwo jednostki można przypisać społeczeństwu także w aspekcie prawnym. A. Wąsek pisze: „popęlenie samobójstwa jest w wielu przypadkach następstwem perfidnego postępowania innych ludzi, co niekiedy dawać może podstawę do odpowiedzialności karnej takich osób (por. art. 184 § 2 k.k.). Samobójca bywa w takim wypadku ofiarą nie tylko swego czynu, ale i, jeśli nie przede wszystkim, ofiarą przestępstwa innej osoby”³⁶.

Każda z wymienionych w niniejszym rozdziale reakcji negatywnych na sygnały samobójcze jednostki może się okazać bezpośrednim powodem zewnętrznym samobójstwa. O jednej z takich postaw; o obojętności pisze w swych „Esejach” A. Camus: „...należałoby wiedzieć, czy w dniu samobójstwa przyjaciel desperata nie rozmawiał z nim w tonie obojętnym. Wówczas on jest winien. Taka rzecz może bowiem wystarczyć, by przyspieszyć wybuch wszystkich uraz i wszystkich zniechęceń, dotąd jeszcze pozostających w zawieszeniu”³⁷.

Podsumowując rozważania nad kwestią obowiązków desperata względem społeczeństwa oraz jego prawa do samobójstwa należy z całą stanowczością stwierdzić, iż posiada on, o ile jest jednostką zdrową i poczytalną cały szereg obowiązków wynikających z zajmowanej w zbiorowości społecznej pozycji i pełnionych ról, jednak obowiązki te są zawsze wtórne względem tych, jakie społeczeństwo powinno wypełniać wobec jednostki.

Można w tym miejscu zastosować pewną analogię: jeżeli na pewnym etapie rozwoju młodego osobnika nie zostaną mu dostarczone odpowiednie składniki budulcowe – organizm jego nie rozwinię się w sposób prawidłowy, a sprawność fizyczna będzie znacznie ograniczona. Trudno zatem w takim przypadku oczekiwać od danej jednostki szczególnych osiągnięć w sporcie. Podobnie – matka, która nie wypełniła swoich obowiązków macierzyńskich i wychowawczych względem dziecka (np. porzuciła je), nie może oczekiwać od niego miłości i pomocy w razie nagłej potrzeby.

Sądzę zatem, iż rozstrzygając spór pomiędzy suycydem a społeczeństwem – należy dać desperatowi prawo popęlenia samobójstwa w sytuacji, gdy społeczeństwo nie wypełniło należycie swych obowiązków względem niego – nie zagwarantowało odpowiedniego startu ani prawidłowych warunków rozwoju, nie zapewniło miłości, wsparcia, zrozumienia, a tym bardziej – jeżeli na zapowiedzi samobójcze jednostki reagowało w sposób nieodpowiedni.

W takich wypadkach samobójcę należy uznać za ofiarę społeczeństwa i nie mogąc zrekompensować mu braków i naprawić krzywd, pozwolić mu zdecydować o dalszym własnym losie.

³⁶ Tamże, s. 39.

³⁷ A. Camus, *Eseje*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1971, s. 92–93.

Przytoczę na koniec słowa E. Ringela: „obecnie jesteśmy świadkami, jak szala wagi przechyla się na drugą stronę – w przypadku skrajnych poglądów często tak bywa. Na ławie oskarżonych, na której przez całe stulecia niesłusznie zasiadał samobójca, sadza się teraz przedstawiciele służb zapobiegania samobójstwom, choć działalność profilaktyczna prowadzona jest dopiero od niedawna”³⁸.

Profilaktyka i pomoc suicydalna

W ramach postępowania profilaktycznego proponuję rozróżnić typy działań według następującego schematu: – profilaktyka presuicydalna:

- profilaktyka uprzedzająca – obejmuje działania zapobiegające samobójstwu zanim jeszcze pojawią się jego zwiastuny (sygnały, zapowiedzi). Działania profilaktyki uprzedzającej powinny być ukierunkowane na dwa typy odbiorców:
 - a) rodzinę – polegać powinny na przygotowaniu młodych ludzi do prawidłowego pełnienia ról związanych z małżeństwem i macierzyństwem,
 - b) opinię społeczną – tu działania profilaktyczne miałyby na celu obalenie mitów i przewyżczanie stereotypów dotyczących samobójstwa oraz na kształtowaniu pozytywnych postaw wobec samobójców – zrozumienia, akceptacji, życzliwości i syntonii...;
- profilaktyka objawowa – rozpoczyna się z chwilą pojawienia się zapowiedzi i sygnałów zwiastujących samobójstwo, jej działania dostosowane są do typu motywacji samobójczej jednostki. (Przy rozpoznawaniu motywacji przydatne okazują się działania profilaktyki uprzedzającej skierowane na opinię społeczną, pomagające otoczeniu samobójcy rozpoznać sygnały i prawidłowo odczytać intencje):
 - a) w przypadku motywacji instrumentalnej działania profilaktyczne powinny polegać na udzielaniu adekwatnej do problemu pomocy (czy to materialnej, czy też duchowej), wskazaniu rozwiązań alternatywnych, okazaniu zrozumienia i akceptacji;
 - b) w przypadku motywacji autentycznej wskazane jest powstrzymanie się od usilnego zachęcania desperata do życia, do optymizmu, do jakiegokolwiek drażniącej go aktywności; od powoływania się na jego obowiązki względem najbliższych i na ich krzywdę. Tutaj pożądane jest stworzenie atmosfery pełnej życzliwości i ciepła emocjonalnego; przekonanie desperata o naszej wielkiej miłości do niego i pozostawienie ostatecznej decyzji jemu samemu.

Działania profilaktyki objawowej miałyby być skierowane na osobę samobójcy za pośrednictwem kręgów jemu najbliższych (rodziny, szkoły, środowiska zawodowego) oraz odpowiednich placówek terapeutycznych, – profilaktyka postsuicydalna – obejmuje postawy najbliższego otoczenia suicydenta po jego nieudanej próbie samobójczej celem wytworzenia

³⁸ E. Ringel, tamże, s. 259.

atmosfery zapobiegającej kolejnym zamachom. Podobnie, jak w przypadku profilaktyki pre-suicydalnej objawowej – działania postsuicydalne powinny być przeprowadzane zarówno w najbliższym otoczeniu suicydenta, jak i w wymiarze instytucjonalnym.

Innej typologii oddziaływań prewencyjnych dokonał B. Hołyst, który wyróżnił pięć poziomów profilaktyki suicydalnej³⁹:

1. Pierwszy, najogólniejszy poziom powinien obejmować „oddziaływania edukacyjne na całe społeczeństwo” – w kierunku postaw akceptujących i ułatwiających rozwiązywanie problemów.
2. Drugi poziom miałby oznaczać „oddziaływanie na grupę potencjalnie zagrożoną pojawieniem się postaw prosuicydalnych” – tu istotne znaczenie miałyby poczynania diagnostyczne.
3. Trzeci poziom polegać by miał na instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych oddziaływaniach na osoby suicydalne.
4. Czwarty poziom oznaczałby medyczne ratownictwo w sytuacjach zamachu samobójczego.
5. Piąty poziom powinien polegać na zapewnieniu suicydentom pomocy postsuicydalnej kształtującej twórcze postawy wobec życia, tendencje do samorealizacji, umiejętność przewyższania trudności i powrotu do aktywności społecznej jednostki.

Konieczność wielopoziomowego oddziaływania prewencyjnego podkreśla także Diekstra⁴⁰, wyróżniając jako istotne następujące czynniki:

1. Szerzenie wiedzy w społeczeństwie na temat przyczyn zachowań samobójczych oraz możliwości przeciwdziałania im.
2. Szkolenie organizacji społecznych celem polepszenia ich funkcjonowania i zwiększenia kompetencji profesjonalistów zajmujących się wyodrębnianiem i pomocą osobom suicydalnym.
3. Szczególne zainteresowanie grupami podwyższonego ryzyka.

Wieloczynnikowy i złożony charakter samobójstwa wyznacza konieczność wielopłaszczyznowego oddziaływania profilaktycznego. Zależność tę dostrzegają także inni autorzy – np. Lester i Dyck⁴¹.

Zjawisku samobójstwa należy zapobiegać u podstaw, tzn. w środowisku ludzi młodych, stojących u progu dojrzałego życia; u progu założenia rodziny. W ludziach tych należy wzbudzić świadomość własnego życia, odpowiedzialności za siebie i swoich bliskich; wpoić podstawowe zasady funkcjonowania rodziny, wychowania potomstwa, wprowadzenia dziecka w rzeczywistość z postawą optymistycznego zainteresowania oraz wiarą we własne siły i pomoc najbliższych.

³⁹ B. Hołyst, tamże.

⁴⁰ B. Pilecka, tamże.

⁴¹ B. Hołyst, Samobójstwo jako problem kryminologiczny i kryminalistyczny, „Zdrowie Psychiczne”, nr 4/1978.

Wzrastając w dojrzałej, prawidłowo funkcjonującej podstawowej komórce życia społecznego, jaką jest rodzina, młody człowiek ma wielkie szanse na to, iż jego osobowość ukształtuje się w sposób prawidłowy i stanie się jego sprzymierzeńcem w trudnych chwilach.

Problem suicydalny może jednak pojawiać się w życiu każdego, najbardziej nawet szczęśliwego człowieka. W sytuacji, gdy mimo wszystko zrodzi się w jednostce pragnienie śmierci ważne jest, by ci, którzy w życiu desperata stanowią grono tzw. ważnych innych potrafili rozpoznać wysyłane przez niego komunikaty i prawidłowo na nie zareagować.

W tym momencie właśnie wyłania się pytanie – czy samobójstwu należy przeciwdziałać w każdym przypadku? Otóż moje zdanie jest takie, iż przeciwdziałać należy wyłącznie samobójstwom instrumentalnym, spowodowanym konkretnymi problemami, frustracją określonych potrzeb, które można zaspokoić. Tu działania profilaktyki uprzedzającej są możliwe, a nawet konieczne. Nie mamy natomiast prawa przeciwdziałać samobójstwu, jeśli jest ono jedynym pragnieniem desperata, jedynym słusznym w jego mniemaniu rozwiązaniem. Nie mamy prawa ingerować w świadomy, zamierzony akt samobójczy jeżeli nie potrafimy zaoferować jednostce rozwiązań konkurencyjnych i zagwarantować ich skuteczności.

Nie mamy prawa odbierać jej jedynej broni w walce z cierpieniem, jeśli nie potrafimy temu cierpieniu zaradzić. Nie mamy prawa powoływać się na nasz ból i smutek po samobójczej śmierci suicydenta, skoro nie potrafimy ukoić jego bólu. Nie wolno nam jest oczekiwać więcej niż sami możemy dać.

Wspaniałą ilustrację moich przekonań mogą stanowić słowa B. Hołysta: „uratować życie, to uratować ciało, uratować człowieka, to uratować chęć życia. Gdy o tym zapominamy, ratowanie życia staje się ratowaniem duchowo „odmóždzonej” fizjologicznej maszyny. Powszechnie sądzi się, że ratowanie życia jest moralnym nakazem. Czy jednak wolno nam ratować ciało, jeżeli nie potrafimy ratować ducha? Ciągłe rośnie chęć przywracania tej jednej, tylko cielesnej, fizjologicznej strony życia, która bez drugiej, duchowej nie jest nawet namiastką prawdziwie ludzkiego istnienia. Ciało może istnieć bez ducha. Duch nie może istnieć na tym świecie bez ciała. Ratując tylko ciało, nie przywracamy życia, ożywiamy jedynie ciało. Uzasadnieniem ratowania samego ciała pozostaje nadzieja, że w pewnym momencie uda się uratować w tym ciele też duszę”⁴².

B. Pilecka, powołując się na literaturę przedmiotu, rozważa ingerencję w zamach samobójczy danej jednostki w kontekście należącego się jej szacunku, który wyraża się po pierwsze – w trosce o dobre samopoczucie, po drugie zaś – w poszanowaniu jej pragnień, nawet jeśli miałyby być wymierzone przeciwko jej własnej egzystencji. Zadaniem terapeuty uznającego desperata za jednostkę autonomiczną jest jedynie pomoc w podejmowaniu odpowiedzialnych, racjonalnych decyzji dotyczących własnego życia. „Samobójstwo jest sensowną alternatywą życia w trudnych warunkach, których człowiek nie może znieść. Jeżeli człowiek racjonalistycznie oceni swoje życie i dojdzie do wniosku, że lepiej jest umrzeć, to wówczas powinno mu się na to pozwolić” – pisze Pilecka⁴³.

⁴² B. Hołyst, *Przywrócenie życia*, s. 6–7.

⁴³ B. Pilecka, tamże, s. 101–102.

W tym miejscu wyłania się istotna dla działań profilaktycznych kwestia racjonalności samobójstwa. Od tego bowiem na ile zamiar samobójczy jest podyktowany przesłankami racjonalnymi zależy odpowiedź na pytanie – czy można zaakceptować prawo jednostki do jego dokonania.

O racjonalności samobójstwa przesądzają następujące czynniki:

1. Samobójstwo jest całkowicie dobrowolne – tzn. subiektywna ocena sytuacji i bilans zysków i strat dokonany przez desperata przemawia zdecydowanie za koniecznością dokonania samobójstwa.
2. Samobójstwo jest motywowane autentycznym pragnieniem śmierci.
3. Trudna sytuacja, w jakiej znajduje się desperat jest faktycznie nieodwracalna.

Jednoczesne współwystępowanie wyżej wymienionych czynników daje osobie cierpiącej prawo do decydowania o dalszym swoim losie – prawo wyboru śmierci.

Rozstrzygając ostatecznie wątpliwość – czy samobójstwu należy zawsze i wszędzie zapobiegać pragnę zacytować raz jeszcze słowa wielkiego polskiego suicydologa B. Hołysta: „zapobieganie samobójstwom musi opierać się na bardzo jasnym rozeznaniu podstawowej sprawy, czy działanie człowieka zmierzało do pozbawienia się życia, czy też próba bądź nawet pozbawienie się życia miało być działaniem zmierzającym do osiągnięcia jakichś innych celów. Należy przede wszystkim rozróżnić dwie kategorie, które zarazem mają znaczenie dychotomii, a mianowicie zamach samobójczy jako cel albo jako środek do celu”⁴⁴.

Przyjrzyjmy się teraz nieco szerzej kwestii – kto i w jaki sposób powinien udzielać pomocy osobom suicydalnym. Ustaliliśmy już, że pomoc ta powinna odbywać się za pośrednictwem dwóch zasadniczych kręgów: – instytucjonalnego oraz środowiska osób najbliższych desperatowi (środowiska rodzinnego, rówieśniczego, szkolnego, zawodowego).

Wobec narastającej fali tendencji samobójczych wśród młodzieży Z. Szymańska i S. Żelazowska szczególnie nacisk kładą na zainteresowanie tym problemem czynników oświatowych, lekarzy szkolnych i lekarzy Poradni Zdrowia Psychicznego. „Byłoby bardzo pożądane wprowadzenie kadr psychologów szkolnych do szkół oraz asystentów społecznych do Poradni Zdrowia Psychicznego”⁴⁵.

B. Hołyst sądzi natomiast, iż „optymistycznym rozwiązaniem profilaktycznym byłoby utworzenie ośrodka reedukacji dla wszystkich osób po zamachach samobójczych bezpośrednio po okresie hospitalizacji po zamachu”⁴⁶.

Celem zabiegów psycho- i socjomedycznych miałyby być po pierwsze – przywracanie motywacji pacjenta do życia, po drugie zaś – uzdrawianie niekorzystnych, konfliktowych sytuacji występujących w środowisku rodzinnym, zawodowym lub szkolnym.

⁴⁴ B. Hołyst, *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, PWN, Warszawa 1983, s. 363.

⁴⁵ Z. Szymańska, Z. Żelazowska, Próby samobójcze wśród młodzieży, *„Zdrowie Psychiczne”*, nr 1-2/1996, s. 101.

⁴⁶ B. Hołyst, *Przywrócenie życiu*, s. 111.

Wielkie znaczenie dla profilaktyki objawowej ma także działanie Telefonu Zaufania stanowiącego niekiedy ostatnią deskę ratunku dla samotnego, zdesperowanego młodego człowieka.

Wiele miejsca w literaturze przedmiotu poświęca się (por. A. Kępiński, H. Bortnowska, A. Bukowczyk, S. Sidorowicz, K. Tomaszewski, I. Weiner, E. Ringel) roli terapeuty w procesie przywracania desperata do życia społecznego oraz warunkom, jakie powinien on spełniać, aby terapia mogła odnieść skutek pozytywny. Istotny jest także cel, jakim terapeuta powinien się w swej pracy kierować.

„Każdy, kto próbuje ratować ludzi, musi najpierw zadać sobie pytania, dlaczego, w jakim celu, z jakim nastawieniem przystępuje do tego działania. W przypadku samobójców celem musi być dopomożenie człowiekowi, by przezwyciężył kryzys, by wyzwolił się z choroby psychicznej i powrócił do życia godnego człowieka. Samo ratowanie życia nie jest wystarczającym celem, jeśli potem obojętnie pozostawiamy chorego w dotychczasowej sytuacji kryzysowej”⁴⁷.

Jak sugerują A. Bukowczyk, S. Sidorowicz i K. Tomaszewski⁴⁸ terapeuta powinien być przede wszystkim wolny od konfliktów wewnętrznych, lęku, podejrzliwości i poczucia nadmiernej zależności. Cechą wskazaną byłaby ponadto empatia. Pragnę w tym miejscu dodać, iż osobiste doświadczenia terapeuty związane z problemem samobójstwa (czy to jego własne doświadczenie suicydalne, czy też kogoś z jego bliskich) mogą tu stanowić istotny czynnik warunkujący empatię, niekoniecznie jednak wpływający na stronnicze postrzeganie problemu (owe dylematy mogły być bowiem rozwiązane na różne sposoby). Wśród innych cech, które terapeuta powinien reprezentować autorzy wymieniają: obiektywizm, respektowanie prawa pacjenta do decydowania o własnym życiu, umiejętność uważnego słuchania, unikanie płytkich zapewnień i pocieszeń oraz niewyważonych interpretacji.

Jako najważniejszy zatem, najbardziej pożądany aspekt profilaktyki samobójstw liczni autorzy (Weiner, Kępiński, Ringel, Wąsek) wymieniają doby kontakt emocjonalny między terapeutą a pacjentem. Weiner pisze: „terapeuta powinien przede wszystkim nawiązać kontakt z pacjentem i przekonać go, że jest zainteresowany jego problemami; powinien również wyrazić przekonanie, że musiały istnieć rzeczywiste powody skłaniające do podjęcia próby samobójczej, które muszą być ujawnione i zrozumiane”⁴⁹.

Pozytywny kontakt emocjonalny jest, jak dowodzi Ringel, pierwszym i decydującym etapem psychoterapii. Więzy między pacjentem, a terapeutą podlegać będzie prawom przeniesienia, pozwoli odreagować zwróconą ku sobie agresję. Każda próba werbalizacji agresji jest bowiem formą jej odreagowania, może więc, przynajmniej chwilowo, osłabiać tendencje samobójcze.

⁴⁷ H. Bortnowska, *Sens choroby. Sens śmierci. Sens życia*, Znak, Kraków 1993, s. 210.

⁴⁸ A. Bukowczyk, S. Sidorowicz, K. Tomaszewski, Znaczenie doraźnej pomocy psychoterapeutycznej udzielanej przez telefon w stanach kryzysów psychicznych, „*Zdrowie Psychiczne*”, nr 1–2/1972.

⁴⁹ I. B. Weiner, *Zaburzenia psychiczne w wieku dorastania*, PWN, Warszawa 1977, s. 275.

Kolejnym etapem psychoterapii jest zachęcanie pacjenta do doznawania sukcesów, a zatem „zainicjowanie łańcucha rozwoju pozytywnego” poprzez stopniowe stawianie przed nim zadań wykonalnych i wspieranie go w ich wykonaniu.

Trzecim wreszcie krokiem w procesie terapeutycznym powinno być pobudzenie wyobraźni pacjenta w kierunku tworzenia pozytywnych planów na przyszłość. W przypadku pacjentów suicydalnych wskazany jest długotrwały kontakt terapeutyczny, gwarantujący im możliwość ponownego zwrócenia się o pomoc w razie gdyby tendencje samobójcze powracały.

O celu terapii antysuicydalnej Ringel pisze w sposób następujący: „mylnie jest przekonanie, iż terapia antysuicydalna polegać ma na skłonieniu człowieka do bezkrytycznej akceptacji rzeczywistości. Taka terapia nie doprowadziłaby do niczego, na dłuższą metę nie zdołałaby zapobiec samobójstwu. Terapia antysuicydalna dąży natomiast albo do zmiany spojrzenia na świat (na przykład, by pacjent zdjął „czarne okulary” depresji), albo do przekazania umiejętności budowania życia w zupełnie nowy sposób, samodzielnie, bądź, jeżeli to możliwe, z pomocą innych. Naszym celem nie jest podtrzymywanie ludzkiego życia za wszelką cenę, gwoli własnego zadowolenia, niezależnie od sytuacji pacjenta. Chcemy natomiast ponownie obudzić w takim człowieku pozytywne nastawienie do życia, umiejętność „rozkoszowania się” nim w najlepszym sensie tego słowa. Jeśli się nam to nie uda, musimy ponosić nieuchronnie konsekwencję tej porażki”⁵⁰.

Podstawowy problem odnoszący się do profilaktyki suicydalnej, to jak zapobiegać samobójstwom. Odpowiedzią na tę kwestię, może być wyłącznie postępowanie wsparte na miłości.

Każdy samobójca bowiem ma silną potrzebę bycia kochanym i potrzebnym, deprivacja tej potrzeby jest bardzo istotnym czynnikiem suicydogennym, dlatego też należy z troszczyć się o stworzenie właściwej atmosfery antysuicydalnej, w której bardzo duże znaczenie ma już sama świadomość obecności kogoś życzliwie nastawionego, empatycznego, kochającego. W większości przypadków pozytywny skutek terapeutyczny odnosi trwanie przy osobie cierpiącej, uważne słuchanie dobrowolnie wypowiedzianych przez nią słów, próba ich zrozumienia, ewentualne ukazywanie alternatywnych sposobów postępowania i umacnianie w chorym wiary w to, że jest kimś ważnym i potrzebnym.

Czego zaś należy się w kontakcie z osobą suicydalną wystrzeżać? A. Hart radzi: „nie krytykuj. Nastaw się na słuchanie i postaraj się rozumieć, jak czuje się druga osoba”. I dalej: „Ci, którzy odwiedzają ludzi znajdujących się w depresji i klepią ich po plecach mówiąc: „słuchaj, musisz wierzyć Bogu mimo wszystko. Uśmiechnij się” – w rzeczywistości postępują niezgodnie z nauką Pisma. Biblia mówi, żeby płakać z tymi, którzy płaczą. Musisz zejść do nich i smucić się razem z nimi zamiast opowiadać o jakichś niebiańskich ideałach, których w tym konkretnym momencie nie można osiągnąć”⁵¹.

⁵⁰ E. Ringel, *Gdy życie traci sens*, s. 272.

⁵¹ A. Hart, *Jak pokonać depresję*, „Rodzinny Krąg”, Warszawa 1994, s. 208, 240.

Przyjrzyjmy się także słowom A. Kępińskiego: „...korzystnie działa na chorego świadomość, że ktoś prawdziwie życzliwy jest przy nim, ale niech nie mówi, nie próbuje go pocieszać, a tym bardziej rozweselać, wszelkie bowiem takie próby wprowadzają chorego w jeszcze głębszą depresję. Słuszne pocieszenie, iż przecież wszyscy ludzie od czasu do czasu mają depresję i jakoś z tego wychodzą – u chorego wzmacnia tylko poczucie winy, gdyż widocznie inni są lepsi od niego, potrafią swój smutek zwalczyć, a on tego nie potrafi... Próby rozruszania chorego, uaktywnienia go, wciągania w wesołe towarzystwo, rozweselenia, na ogół kończą się fiaskiem: chory wpada w panikę. W tragiczny sposób odczuwa własną niemożność działania, boleśnie razi go śmiech innych ludzi, wzrasta jego poczucie winy, że jest właśnie taki. To, czego chory naprawdę potrzebuje nie polega na ukazywaniu mu jasnych stron życia, ani na mobilizowaniu go, lecz na stworzeniu poczucia bezpieczeństwa, poczucia, że nie jest samotny, że ktoś jest przy nim, że na kimś może się oprzeć. W ten sposób więź ze światem nie zostanie zerwana.”

„Do chorego w głębokim stanie depresji nie należy dużo mówić; czasem odpowiedni gest, niezwerbalizowana wiara, że depresja przejdzie, mają dużo większe znaczenie niż najpiękniejsze i najbardziej przekonujące słowa pociechy. Słowa dla człowieka pogrążonego w smutku zawsze brzmią pusto”⁵².

Stwarzając wokół jednostki zagrożonej samobójstwem atmosferę antysuicydalną musimy pamiętać o najistotniejszych jej elementach wyrażonych w postawach takich jak: bezinteresowna miłość; empatia; życzliwość; akceptacja; a ponadto – umiejętność słuchania, powstrzymywania się od niewyważonych interpretacji i sugestii oraz zdolność wzbudzania wiary suicydenta w wielką wartość własnej osoby.

Podsumowanie

Wyniki badań⁵³ wsparte na analizie statystyki matematycznej nie pozwoliły na przyjęcie hipotezy zerowej w przypadku niektórych cech socjodemograficznych. Na tendencje samobójcze nie mają wpływu cechy takie, jak: płeć, wiek, stan cywilny, kierunek studiów, stopień naukowy i rodzaj pomocy świadczonej na rzecz innych. Z suicydalnością respondentów współwystępują natomiast: niski poziom wykształcenia (od niepełnego podstawowego do średniego włącznie) oraz słaba identyfikacja z wiarą i kościołem (osoby niewierzące lub wierzące, lecz nie praktykujące).

Silna wiara i przynależność do kościoła, czy wręcz – do wspólnoty przykościelnej – osłabia w znacznym stopniu tendencje suicydalne. Skłonności te maleją także ze wzrostem poziomu wykształcenia i ukierunkowaniem go na dziedzinę społeczne, o zabarwieniu humanistycznym (psychologia, psychiatria, pedagogika, pomoc socjalna).

⁵² A. Kępiński, *Melancholia*, Kraków 1993, s. 253, 271.

⁵³ A. Baładynowicz, (IPSiR – Uniwersytet Warszawski) badania wśród osób po nieudanej próbie samobójczej, Warszawa 2003.

Tendencje samobójcze współwystępują ponadto z pesymistyczną postawą wobec życia; negatywną oceną własnych wspomnień; pesymistyczną antycypacją przyszłości; afirmującą postawą wobec śmierci, a także własną bezradnością i brakiem oparcia w najbliższym otoczeniu w sytuacjach trudnych. Żadna z form zachowań suicydalnych – zamiar, zamach ani samobójstwo dokonane w kręgu osób bliskich nie wywiera wpływu na pojawienie się podobnych skłonności u badanych przez mnie respondentów.

Można uznać, iż tendencje samobójcze są względem powyższych postaw (z wyjątkiem afirmacji śmierci) wtórne, pierwotne natomiast – wobec postaw następujących:

- pozytywna ocena samobójstwa,
- przychylny stosunek wobec innych suicydentów,
- uznanie prawa jednostki cierpiącej do pozbawienia się życia,
- gotowość niesienia pomocy, zarówno duchowej, jak i materialnej, innym suicydentom,
- oraz wspomniana wyżej afirmacja śmierci.

Samobójstwo jest procesem długotrwałym i wieloetapowym; rozpoczyna się już w dzieciństwie i stanowi wypadkową psychospołecznej sytuacji jednostki – jej pozycji i ról pełnionych w poszczególnych kręgach środowiskowych, a także wewnętrznej, subiektywnej percepcji rzeczywistości i własnej wartości.

Niezwykle istotny w etiologii zamachów samobójczych jest pewien specyficzny typ osobowości (tzw. osobowość suicydalna), szczególnie predystynujący jednostkę do skrajnie pesymistycznej reakcji mentalno – afetywnej, zwanej syndromem presuicydalnym. Nie oznacza to jednak, iż przyczyna samobójstwa tkwi wyłącznie w osobowości sprawcy i że jednostka suicydalna jest jedynym podmiotem działania autodestruktywnego. Nie można bowiem zdejmować odpowiedzialności z kręgów społecznych otaczających jednostkę w środowiskach najbardziej dla niej istotnych – rodzinnym, szkolnym, zawodowym, towarzyskim. Nie wolno zapomnieć o tym, że rodzina jest tym kręgiem, który jako pierwszy wprowadza młodego człowieka w rzeczywistość; uczy go sposobów postrzegania świata i komunikowania się z nim; wyznacza role społeczne jednostki, jej pozycję w grupie i poczucie własnej wartości. Nie mniej istotne są relacje z rówieśnikami, z płcią przeciwną, z nauczycielami, czy przełożonymi, które nierzadko stają się źródłem frustracji i rozczarowań.

Przyjmując założenie, iż obowiązki społeczeństwa wobec jednostki są pierwotne, natomiast obowiązki jednostki wobec społeczeństwa – wtórne, osobę suicydalną należy uznać za ofiarę, wobec której grupa nie wypełniła swoich obowiązków. Dodatkowym argumentem obciążającym grupę społeczną jest fakt, iż samobójstwo nigdy nie pojawia się bez zapowiedzi lub przynajmniej sygnałów zwiastujących zagrożenie. Zawsze jest czas na to, by je dostrzec i podjąć działania prewencyjne. Wyniki przeprowadzonych przez mnie badań mówią, że nawet jednostki motywowane autentycznym pragnieniem śmierci szukają rozwiązań i komunikują innym swój zamiar, dając im jednocześnie szansę na podjęcie zabiegów subsydialnych.

Reakcja otoczenia jest natomiast z reguły niewłaściwa; zapowiedź zamiaru samobójczego spotyka się z niezrozumieniem; rodzi w społeczeństwie niechęć, lęk, poczucie bezradności i wyrzuty sumienia; powoduje, że bagatelizujemy problem, odpowiadamy ironią

odtrąceniem lub potępieniem, nierzadko nawet sprzyjamy samobójstwu poprzez mniej lub bardziej uświadomione podżeganie do niego. Często też, nie rozumiejąc, czy nie rozpoznając prawidłowo intencji desperata, narzucamy mu nasz punkt widzenia – zmuszamy go do optymizmu i aktywnego uczestnictwa w życiu grupowym.

Ten dysonans pomiędzy potrzebami i motywacjami samobójczymi suicydentów, a reakcją otoczenia jest czynnikiem wtórnie suicydogennym i stanowi kolejny argument obciążający społeczeństwo winą za śmierć niejednego desperata.

Dlatego też, jak sądzę, prawo jednostki do odebrania sobie życia nie powinno podlegać dyskusji, tym bardziej, że śmierć z własnej ręki jest niekiedy lepszym rozwiązaniem niż samotna walka z cierpieniem, napotykalna jedynie emocjonalny chłód i brak zrozumienia.

Do obowiązków grupy społecznej powinna zatem należeć:

- profilaktyka presuicydalna uprzedzająca, ukierunkowana na kręgi społeczne najbliższe wzrastającej jednostce (głównie na rodzinę), a także na opinię publiczną w celu obalenia mitów i stereotypów i wytworzenia postaw pozytywnych wobec osób cierpiących;
- profilaktyka presuicydalna objawowa, jednak wyłącznie w przypadku instrumentalnej motywacji samobójczej. W przypadku motywacji autentycznej natomiast wskazane jest zaniechanie nadmiernej ingerencji na rzecz tworzenia atmosfery życzliwości i akceptacji;
- profilaktyka postsuicydalna – skierowana na jednostki odratowane po zamachu samobójczym w celu przywrócenia w nich nie tylko funkcji życiowych organizmu, ale przede wszystkim sił witalnych w wymiarze duchowym, światopoglądowym i emocjonalnym.

Streszczenie

Artykuł prezentuje wyniki badań własnych, które pokazują jakie czynniki wskazują na tendencje samobójcze oraz jaki obowiązek spoczywa na grupie społecznej dotyczący – profilaktyki presuicydalnej – uprzedzającej, ukierunkowanej na kręgi społeczne najbliższe wzrastającej jednostki (głównie na rodzinę), a także na opinię publiczną w celu obalenia mitów i stereotypów i wytworzenia postaw pozytywnych wobec osób cierpiących.

Słowa kluczowe: zachowania suicydalne, profilaktyka presuicydalna.

Abstract

Prophylaxis and prevention of suicidal behaviours in the period of adolescence of the youth

The article presents the research results showing what factors influence the suicidal tendencies and what is the duty of a social group concerning the pre-suicidal prophylaxis, directed to the closest social circles of an individual (mostly the family), as well as the public opinion, in order to debunk myths and stereotypes and creating positive approaches towards the suffering people.

Key words: suicidal behaviours, pre-suicidal prophylaxis.

Bibliografia

- Anthony T.M. (1994), *Dlaczego? Czyli samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*, Warszawa.
- Bortnowska H. (1993), *Sens choroby. Sens śmierci. Sens życia*, Znak, Kraków.
- Bukowczyk A., Sidorowicz S., Tomaszewski K. (1972), Znaczenie doraźnej pomocy psychoterapeutycznej udzielanej przez telefon w stanach kryzysów psychicznych, „*Zdrowie Psychiczne*”, nr 1–2.
- Camus A. (1971), *Eseje*, Państwowy Instytut Wydawniczy Warszawa.
- Hart A. (1994), *Jak pokonać depresję*, „Rodzinny Krąg”, Warszawa.
- Hołyś B. (1983), *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, PWN, Warszawa.
- Hołyś B. (1991), *Przyurócenie życiu*, PWN, Warszawa.
- Hołyś B. (1978), Samobójstwo jako problem kryminologiczny i kryminalistyczny, „*Zdrowie Psychiczne*”, nr 4.
- Kępiński A. (1993), *Melancholia*, Wyd. Literackie.
- Kielanowski T. (1978), Prawo człowieka do stanowienia o sobie. W: B. Kamiński (red.), *Człowiek w obliczu śmierci*, Gdańsk.
- Nuland S.B. (1993), *Jak umieramy*, Warszawa.
- Pilecka B. (1995), *Wybrane problemy samobójstw młodzieży*, Wyd. Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz Szansę”, Lublin.
- Ringel E. (1987), *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Glob.
- Ringel E. (1992), *Nerwica a samozniszczenie*, PWN, Warszawa.
- Rosselini G., Worden M. (1995), *Jutro wszędzie słońce*, Warszawa.
- Szymańska Z., Żelazowska Z. (1996), Próby samobójcze wśród młodzieży, „*Zdrowie Psychiczne*”, nr 1–2.
- Ślipko T. (1964), Pojęcie samobójstwa bezpośredniego i pośredniego w świetle współczesnych dyskusji, „*Roczniki Filozoficzne*”.
- Ślipko T. (1970), *Etyczny problem samobójstwa*, Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa.
- Tokarczuk R. (1984), *Prawa narodzin, życia i śmierci: podstawy biojurysprudencji*, Zakamycze, Lublin.
- Wąsek A. (1982), *Prawnokarna problematyka samobójstwa*, Wyd. Prawnicze, Warszawa.
- Weiner I.B. (1977), *Zaburzenia psychiczne w wieku dorastania*, PWN, Warszawa.
- Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników mediów, Światowa Organizacja Zdrowia. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa–Warszawa 2003, s. 10.