

Agnieszka Raniszewska-Wyrwa

Problem samobójstw w perspektywie psychiatrycznej i psychologicznej

Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica 14, 45-62

2010

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.

AGNIESZKA RANISZEWSKA-WYRWA

Zakład Bioetyki i Filozofii Moralnej

Instytut Filozofii Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

PROBLEM SAMOBÓJSTW W PERSPEKTYWIE PSYCHIATRYCZNEJ I PSYCHOLOGICZNEJ

WPROWADZENIE

Śmierć jest tym, co trwale wpisane jest w ludzką egzystencję; z każdym dniem życia coraz bardziej zbliżamy się do jego kresu. Świadomość nieuchronności własnej śmierci dana jest chyba tylko człowiekowi i jedynie on zdolny jest do odczuwania obawy przed nią, stąd też to właśnie życie jest wartością, której ochrona staje się celem nadrzędnym. Są jednak sytuacje, gdy życie traci dla człowieka wartość i to właśnie śmierć staje się czymś pożądanym – człowiek zaczyna dążyć do tego, by zakończyć swe istnienie, co może uczynić w następstwie samobójstwa, które najczęściej rozumiane jest jako „antyteza naturalnego instynktu samozachowawczego”. Pomimo zatem, iż decyzja o dokonaniu samobójstwa wymaga przewyciężenia naturalnych skłonności, to jednak zjawisko to towarzyszy człowiekowi już od bardzo dawna, a na przestrzeni historii oceniane było bardzo różnie. W niektórych kulturach odbieranie sobie życia było traktowane jako społecznie akceptowany sposób rozwiązywania problemów, w innych zaś śmierć samobójcza postrzegana była jako ucieczka przed trudnościami, a zatem jako akt tchórzostwa i zerwania zobowiązań społecznych, stąd też wzbudzała pogardę i potępienie. To zaś powodowało, że samobójstwo było zjawiskiem wstydlivym i przemilczanym, co z kolei przyczyniało się do utrwalania mitów i przesądów na jego temat, z których część przetrwała aż do początków dwudziestego wieku. Bardzo często przyjmowano, że samobójstwa dokonują wyłącznie ludzie chorzy psychicznie, opętani lub wywodzący się z marginesu społecznego; obecnie coraz częściej pozbawianie się życia ujmuje się jako „wielowymiarowe zaburzenie będące wynikiem wzajemnych, złożonych interakcji między czynnikami biologicznymi, genetycznymi, psychologicznymi, socjologicznymi i środowiskowymi” (M a l i c k a-G o r z e l a ń c z y k, 2002, s. 11), co czyni z niego przedmiot zainteresowania wielu dyscyplin naukowych, w tym psychiatrii i psychologii.

PROBLEMATYKA DEFINIOWANIA I KLASYFIKACJI SAMOBÓJSTW

Problem samobójstwa jest nieomal tak stary jak dzieje gatunku ludzkiego, gdyż jego początków można upatrywać w uświadomieniu sobie przez człowieka, iż może on pozbawiać życia nie tylko zwierzęta i innych ludzi, którzy mu zagrażają, ale że może zabić również siebie. Człowieka jednakże, jak każdą żywą istotę, cechuje instynkt samozachowawczy, co choćby w filozofii scholastycznej znalazło swój wyraz w zasadzie: „wszelki byt zachowuje swoje istnienie”, a zatem należałoby się spodziewać, że ta wrodzona chęć utrzymania istnienia będzie budziła w człowieku awersję do pozbawiania się życia. Samobójstwo zakładać więc musi z jednej strony konieczność przewyciężenia instynktu samozachowawczego, podjęcia świadomej, wolnej decyzji i udziału rozumu, a z drugiej strony – przewyciężenia naturalnego lęku przed śmiercią; jest więc działaniem, które pozostaje w sprzeczności z podstawowymi instynktami, jakim podlega człowiek.

Różnorodność podejść, założeń teoretycznych i badawczych prowadzi do tego, że w nauce nie ma zgodności w kwestii, czym tak naprawdę jest samobójstwo i jak powinno się je definiować. Prób definiowania i klasyfikacji aktów samobójczych podejmowali się przedstawiciele wielu nauk, m. in. filozofii, teologii, socjologii, psychologii czy psychiatrii. Nas interesować będą definicje proponowane przez reprezentantów dwu ostatnich dyscyplin.

Bardzo obszerną koncepcję samobójstwa przedstawił E. S. Shneidman (oprac. za: S u c h a ń s k a, K r y s i ń s k a, 2003), który określił je jako

świadomie podjęte działanie mające na celu samounicestwienie; jest to działanie, które można określić jako wielowymiarowe zaburzenie występujące u jednostki, której potrzeby nie są zaspokojone, i która sama definiuje problem, dla którego samobójstwo postrzega jako najlepsze rozwiązanie (S u c h a ń s k a, K r y s i ń s k a, 2003, s. 59).

Shneidman dokonuje wyjaśnienia poszczególnych terminów, które składają się na proponowaną przez niego definicję; przez „samobójstwo” rozumie on czyny dokonane, i to właśnie ich dotyczy sformułowana przez niego definicja. Odrzuca przyjmowane przez niektórych (np. K. Menningera) założenie o możliwości występowania podświadomych lub nieświadomych zachowań samobójczych. Pomimo iż Shneidman nie wyklucza występowania podświadomej motywacji, która może doprowadzić do śmierci człowieka, to uważa, iż działanie samobójcze jest zawsze następstwem świadomej decyzji. „Samounicestwieniem” nazywa zaś przerwanie świadomości (lub cierpienia), która jest dla człowieka trudna do zniesienia. Wskazuje również, że u podłoża działania samobójczego, mimo że rozgrywa się ono w sferze psychicznej człowieka, leżą także czynniki socjologiczne, biologiczne oraz społeczno-kulturowe. Według Shneidmana podstawowym źródłem skłonności samobójczych jest cierpienie psychiczne, u podstaw którego znajdują się niezaspokojone potrzeby jednostki.

Człowiek, szukając rozwiązania uświadomionego i określonego przez siebie problemu, jako najlepsze wyjście postrzega – na skutek doświadczanego w umyśle zawężenia – zakończenie życia. Shneidman dokonuje również klasyfikacji samobójstwa i wyróżnia:

– „samobójstwa stymulowane”; są to działania o niewielkim stopniu zagrożenia życia,

– „pseudosamobójstwa”; istnieje tu niski poziom ryzyka śmierci, przykładem tego typu działań jest zażycie małej ilości nieszkodliwej substancji, która ma stwarzać pozór silnej trucizny,

– „parasamobójstwa”; występuje tutaj umiarkowane ryzyko śmierci, można o nich mówić w przypadku samouszkodzeń, których celem nie jest spowodowanie swojej śmierci, lecz zmiana sytuacji życiowej,

– „samobójstwa niejednoznaczne”; charakteryzują się średnim lub wysokim poziomem zagrożenia życia; są to działania osób, które mają ambiwalentny stosunek do życia i śmierci,

– „samobójstwa usiłowane”; są to działania, które cechują się wysokim stopniem zagrożenia życia; to wszystkie zachowania, których celem jest spowodowanie śmierci, ale które dzięki przypadkowi kończą się uratowaniem człowieka,

– „samobójstwa”; zachowania zakończone śmiercią.

Drugim rodzajem klasyfikacji, odnoszącym się do trwałości skłonności samobójczych, jest proponowany przez Shneidmana podział na: „samobójstwa makrotemporalne” – opierające się na długotrwałych tendencjach; „samobójstwa mezotemporalne” – działania racjonalne i przemyślane; „samobójstwa mikrotemporalne” – akty impulsywne, związane z wymogami danej chwili. Dla Shneidmana samobójstwo stanowi zatem zdarzenie wielowymiarowe, które z punktu widzenia samobójcy stanowi małe rozwiązanie jego problemów.

Zagadnieniu definiowania i klasyfikowania zamachów samobójczych uwagę poświęcił również E. Stengel, który „w niepewności co do skutku zamachu samobójczego dostrzegał immanentną cechę świadomości sprawcy” (Hołyst, 2002, s. 35). Stengel wskazywał na istnienie w człowieku równoczesnej chęci życia i śmierci, co według niego wykluczać musi zamiar jako cechę konstytutywną samobójstwa. Po zaakceptowaniu istnienia czynnika niepewności można co najwyżej mówić o zamiarze ewentualnym. Stengel proponuje, by poprzez zamach samobójczy rozumieć „taki rozmyślny akt samouszkodzenia, który przed popełnieniem wyklucza w świadomości sprawcy pewność przeżycia” (Hołyst, 2002, s. 36). Przez akt rozmyślny rozumie on zaś czynność, której bezpośrednim zamiarem jest przerwanie skrajnie dyskomfortowego stanu napięcia psychicznego, natomiast świadomość możliwości śmierci i godzenie się na nią to właśnie zamiar ewentualny. Zdaniem Stengela człowiek przypisuje w sposób świadomy lub podświadomy swojemu działaniu pewne prawdopodobieństwo zajścia śmierci, jednakże rzadkie są

przypadki, kiedy osoby dokonujące zamachów samobójczych przewidują absolutną nieuchronność śmierci. Najczęściej potencjalni samobójcy przewidują jedynie możliwość zgonu, a więc działają z zamiarem ewentualnym (Hołyst, 1983).

Powyższa definicja znajduje potwierdzenie w proponowanej przez amerykańskiego badacza J. A. B. Weissa (Malicka-Gorzelańczyk, 2002) typologii działań samobójczych, która opiera się na idei zamiaru, jaki skłania człowieka do godzenia we własne życie. Wyróżnia on zatem: „samobójstwa usiłowane” – pojawia się tu wyraźne pragnienie własnej śmierci oraz pewność, że nie przeżyje się aktu samobójczego; jednakże w następstwie przyczyn niezależnych od działającego podmiotu do śmierci nie dochodzi; „prawdziwe próby samobójcze” – uwzględniona jest możliwość śmierci, ale nie ma pewności jej zajścia; „gesty samobójcze” – sprawcy czynu nie mają intencji spowodowania swojej śmierci i są przekonani, że podjęte przez nich działania do niej nie doprowadzą; prawdziwą intencją jest zaś zwrócenie na siebie uwagi,wołanie o pomoc lub osiągnięcie innych niż własna śmierć celów.

Poszukując odpowiedzi na pytanie, co skłania człowieka do tego, że decyduje się zakończyć swe istnienie, badacze problemu koncentrują się na różnych jego aspektach, co powoduje, iż można wyróżnić kilka podstawowych kierunków, w duchu których dokonuje się analiz czynów samobójczych; zalicza się do nich m. in. kierunek psychologiczny i psychiatryczny. Pierwszy rozpatruje zjawisko działań autodestrukcyjnych ze szczególnym uwzględnieniem sfery psychologicznej człowieka, jego motywacji, osobowości oraz świadomości powziętej decyzji. Psychiatria analizuje z kolei samobójstwo w kontekście możliwych zaburzeń psychicznych człowieka.

PSYCHIATRYCZNY KONTEKST SAMOBÓJSTW

Zjawisko samobójstwa początkowo zagościło w obszarze zainteresowań lekarzy, zwłaszcza lekarzy sądowych oraz psychiatrów, którzy dokonując obserwacji klinicznych stwierdzili, iż akt pozbawiania się życia uwarunkowany jest strukturą anatomo-fizjo-patologiczną człowieka; jednakże badania empiryczne przeprowadzone w tym zakresie nie potwierdziły całkowicie ich tezy (Malicka-Gorzelańczyk, 2002). Dokonywane w okresach późniejszych próby wyjaśniania problemu samobójstwa przez nauki psychiatryczne napotykały wiele trudności, z których najbardziej istotną było ustalenie, czy pozbawianie się życia można, czy też nie można, uznać za przejaw choroby psychicznej. Rozbieżność w opiniach na ten temat doprowadziła do wyodrębnienia się dwóch stanowisk, z których pierwsze optowało za przyjęciem twierdzenia, że człowiek decydujący się spowodować własną śmierć działa pod wpływem zaburzeń psychicznych i organicznego kryzysu lękowego, które są

przyczyną jego „ucieczki w śmierć” (Jarosz, 2004). Zgodnie zaś z drugim stanowiskiem, samobójstwo tylko niekiedy jest działaniem, u podłoża którego leży choroba psychiczna, a zatem może ono być również aktem podjętym przez osoby normalne, jednakże znajdujące się „pod wpływem chorobliwego stanu wrogich napięć prowadzących do samobójstwa” (Jarosz, 2004, s. 30).

Przedstawicielem pierwszego podejścia już w pierwszej połowie XIX w. był J. É. Esquirol, który twierdził, że samobójstwo ma cechy choroby umysłowej, a człowiek, który decyduje się na taki akt, jest szaleńcem. Również w latach 30. wieku XX A. Delmas w każdym akcie samobójstwa dopatrywał się przejawu choroby psychicznej (Bielicki, 1978), podobnie też na problem ten zapatrywało się wielu innych psychiatrów, wśród których należałoby wymienić choćby Gauppa czy Stelznera, uznających, iż człowiek decydujący się pozbawić życia działa wyłącznie pod wpływem zaburzeń umysłowych.

Drugiemu stanowisku bliskie byłyby poglądy É. Durkheima, który rozważał zależność pomiędzy chorobą psychiczną a skłonnością do samobójstwa. Pod pojęciem samobójstwa rozumiał on „każdy przypadek śmierci, który bezpośrednio lub pośrednio wynika z pozytywnego lub negatywnego działania ofiary, która wiedziała, że da ono taki rezultat” (Durkheim, 2006, s. 51). Durkheim, w swoich rozważaniach nad psychiatrycznym aspektem samobójstw, wychodził od spostrzeżenia, że teorii, według której samobójstwo jest rezultatem choroby psychicznej, dowodzi się zazwyczaj na dwa sposoby: „samobójstwo to szczególny rodzaj obłądzenia – monomania” lub „samobójstwo to objaw szaleństwa”.

Monomanię określał jako obłądzenie ograniczone do jednego czynu, który nie powoduje zasadniczych zakłóceń w funkcjonowaniu umysłu. To „w kategoriach skłonności, wyolbrzymiona namiętność, a w kategoriach wyobrażeń – fałszywa idea, która jest tak intensywna, że opętuje umysł, odbierając mu wszelką wolność” (Durkheim, 2006, s. 69). Durkheim zastanawiał się, czy jednak faktycznie istnieją obłądzenia częściowe; powoływał się przy tym na doświadczenia kliniczne, które nie potwierdzają występowania „chorobliwej skłonności umysłowej w stanie prawdziwej izolacji; zawsze wtedy, kiedy jedna zdolność jest uszkodzona, jednocześnie uszkodzone są inne” (Durkheim, 2006, s. 70). Ponadto, jak zauważał, wzajemne powiązanie funkcji umysłowych jest nawet wyraźniejsze niż w przypadku fizycznych, ponieważ te pierwsze nie mają swoich

odpowiedników w narządach na tyle odrębnych, aby jeden mógł zostać uszkodzony bez uszkodzenia innych. [...] Ich powiązanie jest więc zbyt ścisłe, aby obłądzenie mogło dotknąć jedno z nich, pozostawiając inne nieuszkodzone. Jest tym bardziej niemożliwe, aby mógł on uszkodzić jakąś myśl lub poszczególne uczucie bez uszkodzenia podstawy życia psychicznego (Durkheim, 2006, s. 71).

Te spostrzeżenia prowadzą Durkheima do wniosku, że monomanie w ścisłym znaczeniu tego słowa nie występują, a kryjące się pod tym pojęciem

„pozornie lokalne zaburzenia” są zawsze skutkiem szerszego zakłócenia; to nie choroby, lecz wtórne symptomy ogólniejszych przypadłości. Jeśli zatem nie istnieją monomanie, „nie może istnieć monomania samobójcza, tak więc samobójstwo nie jest odrębnym szaleństwem” (Durkheim, 2006, s.72).

Durkheimowi pozostaje zatem rozważyć, czy samobójstwo może być pewnym szczególnym objawem choroby umysłowej. Sprowadził on w tym celu samobójstwa, będące następstwem stanów psychopatycznych, do czterech typów i próbował stwierdzić, czy wszystkie przypadki dobrowolnej śmierci wpisują się w zakres owej typologii chorób. Pierwszym typem samobójstwa jest „samobójstwo maniakalne”, będące efektem nieracjonalnych myśli lub halucynacji, które jednak nie powodują, że chory nie uświadamia sobie niebezpieczeństwa. Człowiek pozbawia się życia, aby uniknąć wyimaginowanego zagrożenia lub hańby. Motywy tego samobójstwa stanowią odzwierciedlenie ogólnych cech choroby (manii), której jest ono wynikiem. Cechą charakterystyczną manii jest jej ogromna mobilność – stany świadomości i motywy działania ustawicznie się zmieniają. „Samobójstwo melancholiczne” wiąże się z kolei ze stanem głębokiej depresji i smutku, które sprawiają, że człowiek przestaje właściwie oceniać swoje relacje z innymi osobami i przedmiotami. Odczucia te są stałe, stąd też identyczne są myśli samobójcze. W niektórych przypadkach poczucie beznadziejności mogą towarzyszyć halucynacje i nieracjonalne myśli, prowadzące do samobójstwa, przy czym nie są one zmienne, lecz trwale ustalone.

Objawy nękające chorego, wyrzuty, jakie sobie robi, czy zmartwienia są zawsze takie same. Jeżeli zatem przyczyny tego – tak jak i poprzedniego – samobójstwa są wyimaginowane, różnica polega na tym, że ma ono charakter chroniczny. Jest też niezmiennie uporczywe (Durkheim, 2006, s. 75).

Trzecim typem samobójstwa jest „samobójstwo obsesyjne” powodowane przez natrętną myśl samobójczą, która bez jasnej przyczyny całkowicie zaprzęta umysł chorego. Człowieka prześladowuje „chęć zabicia się, chociaż doskonale wie, że nie istnieje żaden istotny motyw, aby to uczynić. To instynktowna potrzeba, nad którą nie panuje refleksja ani rozumowanie” (Durkheim, 2006, s. 75). Ostatni rodzaj samobójstwa to „samobójstwo impulsywne (automatyczne)”, które nie ma żadnej przyczyny ani w rzeczywistości, ani w wyobraźni chorego; jest ono spowodowane przez gwałtowny impuls, który prowadzi do działania lub przynajmniej je zapoczątkowuje. „Skłonność do samobójstwa wybucha nagle, a jej skutki rodzą się w pełni automatycznie; nie poprzedza jej żadna przyczyna o charakterze intelektualnym” (Durkheim, 2006, s. 76).

Durkheim zauważał, iż wszystkie samobójstwa mające u podstaw chorobę psychiczną są „nieumotywowane” lub „powodowane są motywacją wyimaginowaną”, podczas gdy wiele aktów samobójczych nie daje się zaliczyć w obszar ani jednej, ani drugiej kategorii.

Motywy większości z nich mają uzasadnienie w rzeczywistości. Nie można więc bez nadużywania słów uznawać każdego samobójcę za wariata. [...] Samobójstwa wywołane przez choroby umysłowe różnią się od innych samobójstw, tak jak iluzje i halucynacje różnią się od normalnego postrzegania i jak automatyczne odruchy od świadomych czynów (D u r k h e i m, 2006, s. 77).

Durkheim twierdził zatem, iż samobójstw nie da się wytłumaczyć wyłącznie obłędem, „występują również samobójstwa niepowodowane chorobą umysłową”, a „ich znakiem szczególnym jest to, że są przemyślane i że wyobrażenia występujące w tych przemyśleniach nie są czystymi złudzeniami” (D u r k h e i m, 2006, s. 77). Według niego, samobójstwa takie są najczęściej rezultatem określonego stanu społeczeństwa; analiza ludzkich zachowań jest świadectwem tego, iż pozbawianie się życia warunkowane jest zbyt słabą lub zbyt mocną integracją jednostki z grupą społeczną lub też zakłóceniami ładu społecznego, jakie występują w przypadku sytuacji kryzysowych. Ze względu na szczególnie rodzaj interakcji jednostki ze społeczeństwem Durkheim wyróżniał cztery typy samobójstw: altruistyczne, egoistyczne, anomiczne i fatalistyczne. Starał się on zatem wyjaśniać zjawisko samobójstwa bardziej w ramach uwarunkowań socjologicznych, a nie tylko jako następstwo indywidualnych działań zależnych wyłącznie od przeżyć psychicznych, jednakże dążył również do ogólnego

zdefiniowania stanów psychicznych odpowiadających jego klasyfikacji etiologicznej: samobójcy egoistyczni są – jego zdaniem – apatyczni i obojętni, podczas gdy altruistyczni mają dużo energii, są pełni pasji i determinacji, a anomiczni – raczej zirytowani i zde gustowani (O’C o n n o r, S h e e h y, 2003, s. 66).

Podobnie jak Durkheim, również N. Speijer stał na stanowisku, że nie należy każdego rodzaju samobójstwa interpretować jako działania będącego rezultatem choroby, a ponadto wskazywał, że powinno się odróżniać samobójstwo jako następstwo dziedzicznych skłonności do aktów autodestrukcji będących wynikiem skrajnej depresji (H o ł y s t, 2002). Właśnie zaś depresja – jak stwierdza raport Światowej Organizacji Zdrowia – jest tym czynnikiem, który najczęściej powoduje, iż ludzie decydują się zakończyć życie. S. Pużyński opisuje depresję jako zaburzenie psychiczne, które

obejmuje nie tylko stan smutku, przygnębienia i zniechęcenia, poczucie zmęczenia i zanik zdolności do działania, bezsensowność i rozliczne dolegliwości somatyczne, ale również głębokie zaburzenia myślenia, których istotą jest depresyjna, nacechowana pesymizmem i poczuciem beznadziejności ocena teraźniejszości i przyszłości, często również przeszłości. Mamy tu do czynienia z obrazem zaburzeń myślenia, który można nazwać „światopoglądem depresyjnym”. Depresja jako pełny zespół chorobowy lub jako cecha, występuje u większości osób, które odbierają sobie życie (P u ż y ń s k i, 2000, s. 35).

Tezę tę zdają się potwierdzać liczne dane statystyczne, które wskazują, że wśród przyczyn zgonów osób dotkniętych depresją, aż 20% stanowią udane zamachy na swoje życie (P u ż y ń s k i, 1997). Podobnie O’Connor podaje, iż

15% osób cierpiących na tę chorobę ostatecznie popełnia samobójstwo, a dwie trzecie wszystkich samobójców ma depresję (O'Connor, Sheehy, 2003).

Wysoki wskaźnik osób dotkniętych tym zaburzeniem wśród ofiar aktów samobójczych przyczynił się wydatnie do podjęcia starań mających na celu poznanie czynników, które wskazują na wysokie ryzyko zagrożenia samobójstwem pod wpływem depresji. Najczęściej zalicza się do nich: znaczny poziom lęku; poczucie beznadziejności i znalezienia się w sytuacji bez wyjścia; przekonanie o dopuszczeniu się ciężkich win; dominację złego nastroju; uporczywe dolegliwości fizyczne i somatyczne oraz przewlekłe zaburzenia snu (Skawińska, 2003). W zależności od tego, z jakim natężeniem ujawniają się te czynniki, można mówić o mniejszym bądź większym prawdopodobieństwie dokonania aktu samobójczego, jednakże nie jest to do końca regułą, ponieważ wiele osób cierpiących na depresję ukrywa przed otoczeniem swój rzeczywisty stan, jak również zamiary lub myśli samobójcze. Znaczny jednak odsetek osób depresyjnych ujawnia swoje zamysły zarówno bezpośrednio – mówiąc o bezsensie życia i swojej wobec niego niechęci, jak i pośrednio – rozmyślając o śmierci lub podejmując działania, których zazwyczaj nie podejmowali.

Wielu suicydologów uważa, że pomimo znacznej liczby czynników, które wiążą się bezpośrednio z występującym stanem depresji i wpływają na decyzję o samobójstwie, nie są to jednak elementy jedyne, gdyż dużą wagę ma również relacja chorego z otoczeniem. Szczególnego znaczenia nabierają tu zwłaszcza takie czynniki, jak osamotnienie, brak kontaktów z innymi ludźmi czy wyalienowanie chorego w jego środowisku. Brunon Hołyst (2002) wskazuje, iż znaczna część osób dokonujących zamachów samobójczych to ludzie samotni, niedostosowani do warunków i wymogów otoczenia, nieutrzymujący bliższych kontaktów z innymi lub pozostający z nimi w konflikcie. Nie bez wpływu na ich decyzję pozostają również sytuacje, które pojawiają się w ich życiu, pogłębiając stres towarzyszący chorobie depresyjnej. Zaliczyć można do nich stratę bliskiej osoby, długotrwałą rozłąkę czy trudności materialne.

Depresja, według niektórych badaczy, wiąże się także z alkoholizmem, który – jak twierdzi G. Winokur – wykazuje „więź genetyczną z depresją typu endogenego i w istocie może stanowić jej maskę” (Hołyst, 2002, s. 404), będąc tym samym zewnętrzną przyczyną śmierci samobójczej, pod którą tak naprawdę kryje się choroba depresyjna. Również P. W. Goodwin badał problem alkoholizmu w połączeniu z depresją, dowodząc, że wśród alkoholików samobójstwa są zjawiskiem znacznie częstszym niż wśród całej reszty populacji (Hołyst, 1983). Według G. Lestera wskaźnik samobójców wśród alkoholików wynosi od 7 do 21% dla usiłujących pozbawić się życia oraz od 13 do 46% dla udanych aktów samobójczych (Malicka-Gorzelańczyk, 2002). Jak się powszechnie przyjmuje, podjęcie zamachu na własne życie warunkowane jest w tej grupie utratą statusu życiowego, stanowiska pracy lub też osłabieniem więzi interpersonalnych (O'Connor, Sheehy, 2003). Czynniki te mogą jednak wpływać na kształto-

wanie się sytuacji suicydogennej zarówno w sposób bezpośredni, jak i pośredni, a zatem w zależności od okoliczności alkohol może być jednym z równorzędnych bodźców wyzwalających autoagresję, ale może również stymulować do podjęcia działań samobójczych poprzez obniżenie lęku przed śmiercią i przełamanie resztek oporu. Czasami może również być samoistną przyczyną podjęcia działań samobójczych, do których dochodzi pod wpływem upojenia, ale również i w takiej sytuacji nie można z całą pewnością wykluczyć, iż rzeczywista przyczyna pozbawienia się życia nie ma swych źródeł gdzie indziej.

Kolejną przyczyną podejmowania działań samobójczych, jaka stanowi przedmiot badań psychiatrii, jest schizofrenia, którą charakteryzuje postępująca utrata kontaktu ze światem, zubożenie uczuciowe oraz rozpad osobowości chorego człowieka. Czynnikiem tym towarzyszy zazwyczaj poczucie zagrożenia, reakcje urojeniowe, nienawiść oraz wahania nastrojów (Skawińska, 2003). Osoba chora podejmuje zatem działania autodestrukcyjne pod wpływem wyimaginowanych zagrożeń i związanych z tym lęków. W takiej sytuacji trudna staje się ocena, czy chory pozbawiający się życia różni się w swych motywacjach od innych samobójców. L. Korzeniowski skłania się do uznania, że jeśli

sprowadzimy do wspólnego mianownika okoliczności i przeżycia zarówno zdrowych, jak i chorych psychicznie, to możemy powiedzieć, że identyczny jest motyw człowieka, który odbiera sobie życie na skutek utraty majątku, niewypłacalności czy utraty szacunku społecznego, i człowieka, który wyobraża sobie, że utracił majątek, szacunek, zdrowie czy inne wartości, bez których życie nie wydaje mu się możliwe. Identyczny jest też motyw schizofrenika, który ma urojenia na temat nieosiągalnego szczęścia osobistego, oraz człowieka faktycznie zawiedzionego w miłości. Chociaż w obu przypadkach zasadnicza różnica polega na realności motywu, w sferze subiektywnej motyw ten jest identyczny (H o ł y s t, 2002, s. 394).

Jak zatem widać, badania psychiatryczne przyczyniły się w znacznej mierze do wskazania czynników, które przesądzą o podjęciu aktów samobójczych przez osoby doznające różnorodnych dolegliwości natury psychicznej. Ludzie tacy pozbawiają się życia przeważnie w następstwie wyimaginowanych lub wyolbrzymianych problemów, które, pogłębiając ich stany lękowe i zmniejszając odporność psychiczną na niekorzystne sytuacje pojawiające się w życiu, wpędzają ich w poczucie bezradności i stanu ciągłego zagrożenia, dokonując dogłębnego zawężenia świadomości, co często jeszcze tylko potęguje natężenie doświadczanej choroby.

PSYCHOLOGICZNY ASPEKT SAMOBÓJSTW

Psychiatria analizowała samobójstwo w kontekście zaburzeń psychicznych, psychologia nie traktuje go jako anomalii i zwraca szczególną uwagę na motywację oraz aspekt osobowości człowieka, który pozbawia się życia (J a - r o s z, 2004). Podstawowym jednak problemem, przed jakim staje ta nauka

zglobiając fenomen samobójstwa, jest trudność w dotarciu do odpowiednich źródeł badawczych, ponieważ osoby, które zamierzają pozbawić się życia, najczęściej nie są dla psychologów dostępne jako źródło informacji; stąd też wiedzę na temat motywów, którymi kierują się samobójcy, psychologia czerpie najczęściej albo od osób, które powzięły nieudaną próbę zakończenia swego życia, albo też z wyznań dokonanych przez samobójców w formie listów pozostawionych najbliższemu (Ślipek, 1978). W tym pierwszym jednak przypadku badania w zasadzie stanowią analizę innego zjawiska, jakim jest swoiste wołanie o pomoc, w drugim zaś – nie są to informacje pełne. Niekiedy w badaniu samobójstwa sięga się do jego historii wywiedzionej z relacji osób bliskich – rodziny i przyjaciół – którzy jednak nie zawsze chętnie dzielą się swymi spostrzeżeniami i przeżyciami (Hołyst, 2002). Wszystko to powoduje, iż analiza zjawiska samobójstwa na gruncie psychologii nie jest kompletna i prowadzi „do wniosków o odpowiednio zawężonym zasięgu i zaniżonym stopniu prawdopodobieństwa” (Ślipek, 1978, s. 383).

Badania problemu śmierci samobójczej od strony jego uwarunkowań i motywacji doprowadziły do ukształtowania się wielu interpretacji tego zagadnienia, które zależne są od koncepcji danej szkoły psychologicznej. Jak się wydaje, największe znaczenie przywiązywać można do poglądów Z. Freuda oraz K. Menningera, którzy postulowali uznanie instynktu śmierci za element wpisany w osobowość każdego człowieka.

W obrębie zatem psychologii i psychoanalizy samobójstwo wyjaśniane jest najczęściej Freudowską koncepcją popędów. W ujęciu Z. Freuda wszystko, co żyje, kieruje się dwoma podstawowymi instynktami – życia (*Eros*) i śmierci (*Thanatos*). Samobójstwo jest następstwem osłabienia sił obronnych „ego” przy jednoczesnym wzroście instynktownej energii destrukcyjnej. Osłabienie sił obronnych może nastąpić na skutek utraty obiektu miłości; człowiek przenosi wówczas

emocjonalne zaangażowanie na siebie [...], a ukochana osoba staje się stałym elementem jaźni, stanowiąc w niej obraz idealny. Proces ten można określić jako rozszczepienie „ego” na część idealną i część nieidealną. Następnie agresja wynikająca z poczucia odrzucenia i gniewu kieruje się na wewnętrzną reprezentację osoby ukochanej, czemu towarzyszy mniej lub bardziej uświadomione poczucie winy za agresję oraz oczekiwanie na karę (Malicka-Gorzelańczyk, 2002, s. 35), co przeradza się w konsekwencji w dążenie do samounicestwienia.

Podobne poglądy wyrażał również niemiecki freudysta Karl A. Menninger, który był zdania, że w każdym samobójstwie można wyróżnić trzy podstawowe elementy, z których jeden w konkretnym przypadku może być dominujący: chęć zabijania; pragnienie bycia zabitym oraz pragnienie śmierci (Hołyst, 2002). Twierdził on jednak, że owe pragnienia nie są następstwem trwałej woli autodestrukcji, gdyż człowiek wcale nie pragnie śmierci, a jedynie przerwania natarczywej obawy przed nią. W sytuacji, kiedy nie może tego dokonać, odbiera sobie życie, decyzję jego warunkują zaś przede wszystkim czynniki emocjonal-

ne, które utrudniają możliwość dokonania racjonalnego wyboru. Zdaniem Menningera powoduje to, iż trudno jest dokonywać definiowania samobójstwa jedynie za pomocą działania intencyjnego, ponieważ pozbawienie się życia może być zarówno następstwem silnego stresu emocjonalnego, jak i działaniem skrupulatnie zaplanowanym. Menninger wskazuje też, że trudno jest określić, czy akt samobójczy miał charakter dobrowolny czy przymusowy, gdyż nie sposób oddzielić tego, co jest wynikiem wolnej woli człowieka, od tego, co jest narzucone mu wolą otoczenia (T o k a r c z y k, 1984).

Nieco odmienny punkt widzenia zaprezentował A. Adler, twórca psychologii indywidualnej, który stał na stanowisku, że pożądanie śmierci jest związane ze stylem życia, który kształtuje się w zależności od sposobów, w jakie człowiek przezwycięża odczuwane przez siebie poczucie niższości. Skłonności samobójcze pojawiają się u tych jednostek, które swój styl życia uzależniają od poparcia i osiągnięć innych ludzi oraz oczekują, aby inni zaspokajali ich pragnienia (M a l i c k a - G o r z e l a ń c z y k, 2002). Kiedy tak się nie dzieje, człowiek zaczyna rozmyślać o destrukcji, co daje mu złudzenie panowania nad życiem i śmiercią, a w konsekwencji prowadzi do wzrostu poczucia własnej wartości. W akcie samobójstwa zatem człowiek z jednej strony chce się dowartościować (H o ł y s t, 1983), z drugiej zaś dokonuje przeniesienia złości i zemsty na siebie, „jako wyobrażenia antyspołecznej agresji drzemiącej w każdym z ludzi” (A d a m k i e w i c z, 2002, s. 265).

Motywów, jakimi kieruje się człowiek pozbawiając się życia, poszukiwał również E. Fromm, który rozważał samobójstwo w odniesieniu do wolności. W niej właśnie upatrywał możliwego źródła alienacji i samotności, których przezwyciężeniem może być konformizm, poddanie się społecznym autorytetom, jak również działania autodestrukcyjne, które człowiek realizuje najczęściej wtedy, gdy jego chęć niszczenia nie znajduje innego obiektu niż własne „ja” (A d a m k i e w i c z, 2002).

Przyczyną, na którą wskazuje się jako na istotny czynnik warunkujący samobójstwo, jest również, według E. Ringela, psychiczna struktura sprawcy, u którego dochodzi do utraty sił ekspansywnych. Człowiek popełnia samobójstwo wówczas, kiedy nie potrafi przeciwstawić się działaniu czynników, które w jego odczuciu współtworzą sytuację nie do zniesienia, przy czym w zależności od odporności psychicznej jednostki może ona pozbawiać się życia z mniej lub bardziej istotnych powodów. Ringel zaznacza również, że samobójstwo nie jest zdarzeniem nagłym, lecz reakcją na długotrwałe gromadzenie się urazów odkształcających osobowość człowieka, które źródło swoje mają już w dzieciństwie. Powołując się na przeprowadzone przez siebie badania stwierdził on, iż prawie wszystkie akty samouniwersowania dokonują się w bardzo podobnym stanie psychicznym, który określił jako *syndrom presuicydalny*. Na stan ten, charakterystyczny dla osób, które stoją u progu podjęcia decyzji o samobójstwie, składają się według niego takie elementy, jak zawężenie, agresja hamowana, autoagresja oraz fantazje samobójcze (R i n g e l, 1987).

Pierwszy z tych czynników tworzy zespół różnego rodzaju zawężeń, z których najbardziej istotne znaczenie ma zawężenie sytuacyjne charakteryzujące się zaburzeniem równowagi pomiędzy warunkami życia a poczuciem własnej wartości. Człowiek jest wówczas skłonny uznawać, że sytuacja, w jakiej się znalazł, jest skrajnie trudna i nie można jej w żaden sposób przewyciężyć, co spotęgowane jest odczuciem, iż sam sobie jawi się on jako istota bezradna i zdana na łaskę losu. Obraz świata staje się wówczas zniekształcony i tendencyjny, a wszystko co człowieka otacza, wydaje się mu groźne i budzące obawy; zaczynają w nim wówczas zawodzić

odpowiednie mechanizmy obronne, które mogłyby przynieść ukojenie, i wreszcie wciąż istniejąca w środku siła wyrwa się ze stanu ogłuszenia i przeradza w strach, rozpacz i panikę, za wszelką cenę chcąc przełamać zawężenie sytuacyjne: tak dochodzi do stadium zawężenia dynamicznego (R i n g e l, 1987, s. 59).

W stadium tym człowiek pozbawiony jest kontroli nad sobą i całą dynamiką swej osobowości podąża ku śmierci; Ringel wskazuje tu zatem, że samobójstwo nie jest śmiercią z wyboru, gdyż zawężenia wywierają na człowieka ogromną presję, której zazwyczaj nie jest on w stanie przeciwdziałać. Mówiąc o przymusie, jakiemu człowiek ulega popełniając samobójstwo, Ringel pisze, iż

określenie *śmierć z wyboru* jest bagatelizowaniem wewnętrznej presji. Ktoś mógłby [...] wysunąć zastrzeżenie, że zdarzają się przemyślane samobójstwa, nie popełniane w stanie zawężenia dynamicznego. Można by na to odpowiedzieć, że czysto racjonalne powody nie są zazwyczaj zdolne wyzwolić siły koniecznej do popełnienia samobójstwa, a chyba nikt nie zaprzeczy, że akt samobójstwa wymaga ogromnej dynamiki. Same myśli nie wystarczają, widać to doskonale po rozbieżnościach między filozoficznymi rozważaniami o samobójstwie, a rzeczywistymi działaniami samobójczymi. Nikomu nie udało się ująć tego lepiej niż filozofowi Hansowi Mayerowi, który powiedział z całym naciskiem, że samobójstwo jest wprawdzie wymarzoną celem sprawy, samo jednak marzenie nie wystarcza by je popełnić, toteż do śmierci samobójczej dochodzi zazwyczaj dopiero wówczas, gdy załamuje się charakter i osobowość człowieka (R i n g e l, 1987, s. 63, 64).

Pomimo iż decyzja o pozbawieniu się życia może samemu samobójcy wydawać się racjonalna i przemyślana, to jednak, zdaniem Ringela, jest to tylko wynik racjonalizacji uczuć, która polega na tym, iż

nastroje, myśli, formy obserwacji i percepcji, skojarzenia, a także i sposoby zachowania idą w jednym kierunku, człowiek patrzy na świat przez owe nieszczęsne czarne okulary, przez które widzi obraz zniekształcony i potwierdzający jego pesymizm. Oparty na takich podstawach bilans może wyglądać z zewnątrz trzeźwo i rzeczowo, ocena własnego położenia prezentowana przez samobójcę może zmylić powierzchownego słuchacza na tyle, że uzna przedstawione motywy za zrozumiałe i przekonujące, jednak najczęściej wystarczy zwykła rzetelna analiza stanu rzeczy, by okazało się, iż to po prostu pod presją emocji sprawy wyglądają tak, jak je widzieć chce, czy może nawet musi (R i n g e l, 1987, s. 65).

Człowiek, który zagrożony jest samobójstwem, dokonuje również zawężenia stosunków międzyludzkich, co przejawia się w ograniczaniu istniejących jeszcze kontaktów, aż do takiego momentu, w którym pozostaje w relacji z jedną tylko osobą, od której uzależnia swoje istnienie. Ponadto siebie samego zaczyna postrzegać jako mało wartościowego, co z kolei sprzyja utracie sensu własnego życia. Zmniejszenie poczucia własnej wartości powoduje również narastanie niepewności, ucieczkę przed konfliktami i niemożność uporania się z różnorodnymi trudnościami. Człowiek zaczyna wycofywać się z dotychczas prowadzonego sposobu życia, nie jest zdolny do podejmowania żadnych wyzwań czy angażowania się w realizację określonych wartości. Ponieważ zaś, zdaniem Ringela, „utrzymać, względnie podnieść poczucie własnej wartości możemy tylko wówczas, kiedy realizujemy wartości inne” (Ringel, 1987, s. 70), człowiek postrzega siebie jako istotę bezwartościową i nikomu do niczego niepotrzebną. Z takiego zaś stanu rzeczy rodzi się agresja hamowana i autoagresja; agresja samobójcy najczęściej urasta w nim do poważnych rozmiarów, jednakże nie może dać jej on ujścia, ponieważ na przeszkodzie stają mu zarówno własne zahamowania, takie jak np. sumienie, jak i ograniczenia zewnętrzne – postęp cywilizacyjny i wzrost stopnia domestykacji. Budzi to poczucie bezsilnej wściekłości, która zostaje wyladowana na sobie samym, w formie autodestrukcji.

Badania uwarunkowań samobójstwa prowadził również amerykański psycholog, R. E. Litman, który nawiązywał do koncepcji Z. Freuda. Był on zdania, że każdy akt samobójczy poprzedzony jest rozmyślaniami i pragnieniem śmierci, co prowadzi do ukształtowania się określonego planu; samo zaś samobójstwo jest, według niego, próbą „rozwiązania wewnętrznych, nieświadomych konfliktów na drodze niewerbalnego działania” (Malicka-Gorzelańczyk, 2002, s. 40). Litman wskazywał również, iż istnieje szereg nieświadomych czynników, które w znaczący sposób oddziałują na kształtowanie się skłonności destrukcyjnych, zaliczał do nich przede wszystkim: zmęczenie prowadzące do pragnienia ucieczki, snu i śmierci; poczucie winy z towarzyszącą mu chęcią bycia ukaranym; wrogość przejawiającą się w pragnieniu zemsty; chęć połączenia się z bliską, zmarłą osobą oraz nadzieję na uratowanie się i nowy początek (Malicka-Gorzelańczyk, 2002).

Częściowe potwierdzenie spostrzeżeń Litmana przynoszą badania przeprowadzone przez Teichera i Jacobsa, które wykazały, że w przypadku samobójstwa również można mówić o przemyślanym i planowanym działaniu. Analizując proces decyzji prowadzącej do autodestrukcji doszli oni do wniosku, iż u źródeł czynów samobójczych leżą najczęściej długo narastające problemy, z którymi człowiek nie potrafi sobie poradzić. Do nich często dołączają nowe trudności, co w konsekwencji powoduje, że załamują się zdolności adaptacyjne człowieka do sytuacji, która wymaga od niego odporności i wytrzymałości (Adamkiewicz, 2002); rodzi to z kolei poczucie bezsilności i bezradności, a wybór śmierci staje się jedną z możliwości działania, która była „uwzględnio-

na na równi z innymi jako sposób rozwiązania narastających problemów i została wybrana wtedy, gdy inne działania nie przyniosły oczekiwanych rezultatów i zmiany sytuacji jednostki” (Hołyst, 2002, s. 426). Jak podaje B. Hołyst (2002), Teicher i Jacobs w swoich badaniach dowiedli również, iż młodzi ludzie chcący popełnić samobójstwo zazwyczaj komunikują wcześniej swoje problemy i zamiary poprzez buntowniczność, zamknięcie się w sobie czy ucieczki; podjęcie ostatecznej decyzji ułatwia im zaś w znacznej mierze odwoływanie się do wzorców społecznych, do których można zaliczyć np. niską dezaprobatę dla tego typu działań w najbliższym otoczeniu (44% badanych osób miało w rodzinie lub wśród znajomych kogoś, kto usiłował popełnić samobójstwo, a aż 25% miało ich wśród rodziców) (Hołyst, 2002).

Na gruncie polskiej psychologii podobne poglądy pojawiły się w koncepcji Zenomeny Płużek, która była zdania, że istnieje pewne przejście od myśli samobójczych, poprzez skłonności samobójcze, aż do zamachu samobójczego (Płużek, 1972). Pierwszy z tych stanów charakteryzuje się, według niej, świadomym przeniesieniem uwagi na kwestie wiążące się bezpośrednio ze śmiercią, jednakże zazwyczaj nie prowadzi to do podjęcia zamachu na swoje życie. Trwałe zaś nasilenie myśli samobójczych oraz planowanie śmierci jest wyrazem tendencji samobójczych, które, choć nie zawsze, mogą doprowadzić do destrukcji. Na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań, Płużek wyróżniła trzy typy samobójstw, które uzależniła od rodzaju intencji, jakie towarzyszą człowiekowi przy ich podejmowaniu oraz od zmiany kierunku wrogości, jaką samobójca odczuwa. Pierwszym z wyodrębnionych przez nią typów jest „*samobójstwo demonstratywne*”, które w zasadzie stanowi wołanie o pomoc i jest próbą zwrócenia na siebie uwagi. Człowiek, poprzez akt samobójczy, wyraża również swoją wrogość wobec innych, których wini za swe niepowodzenia i pragnie ich ukarać. W przypadku „*samobójstwa rzekomego*” chodzi przede wszystkim o manipulowanie innymi, a śmierć postrzegana jest tylko jako dopuszczalna forma ucieczki z trudnej sytuacji, w jakiej człowiek się znalazł; uczucia wrogości są zaś ambiwalentne, gdyż jednostka przenosi je to na siebie, to na otoczenie. Ostatnim rodzajem samobójstwa jest „*samobójstwo prawdziwe*”, które charakteryzuje się tym, że człowiek czuje się mało wartościowy, winą za własne porażki obarcza samego siebie, a celem, który pragnie zrealizować, jest spowodowanie własnej śmierci (Skawińska, 2003).

Wśród wielu współczesnych psychologów i suicydologów pojawiają się również opinie, że samobójstwo coraz częściej dokonywane jest w przypadkach, które do tej pory nie doprowadzały do podejmowania takich aktów, jednakże na zmianę sytuacji wpłynęły przeobrażenia, jakie dokonały się na gruncie społecznym. Zdaniem Brunona Hołysta (2002) można wyróżnić kilka typów sytuacji, na które człowiek zawsze reaguje, chociaż niekoniecznie jednakowo. Przyczyną zatem pozbawienia się życia może być hierarchizowanie potrzeb psychicznych, a dokładniej – niemożność ich zaspokojenia. Do potrzeb tych można zaliczyć

przede wszystkim pragnienie akceptacji, identyfikacji, odróżniania się czy integracji. Współcześnie coraz bardziej dostrzegalne staje się dążenie człowieka do osiągnięcia sukcesów, a tym samym również do zdobycia społecznej akceptacji, ponieważ jednak pragnienie to staje się celem powszechnie pożądanym, stąd też nie wyróżnia ono jednostki, co jest dla niej uciążliwe, gdy

potrzebą psychiczną człowieka jest poczucie wyjątkowości własnego bytu. W takiej sytuacji każde, nawet najmniejsze niepowodzenie jest stresujące, tym bardziej gdy społeczeństwo rozlicza jednostkę nie ze starań, lecz z efektów (Hołyst, 2002, s. 428).

Pociąga to za sobą poczucie niskiej wartości i lęku, co w konsekwencji może doprowadzić do śmierci samobójczej. Podobnie niemożność zaspokojenia akceptacji emocjonalnej przyczynia się do nasilenia w człowieku tendencji autodestrukcyjnych. Jako kolejną przyczynę intensyfikowania się niektórych potrzeb Hołyst wskazuje nowe usytuowanie jednostki w układach pracy, które wymaga od niej całkowitego zaangażowania, powodując, iż człowiek, chcąc potwierdzić swoją wartość, stara się coraz bardziej i wiąże się emocjonalnie z wykonywanym zawodem, nie wytwarzając w sobie jednak „nawyków innego potwierdzania swojej tożsamości” (Hołyst, 2002, s. 429). W momencie zaś odejścia z pracy trudno jest mu wyrobić w sobie nowe nawyki, ponadto czuje się nieprzydatny, zmęczony, zagubiony i traci poczucie sensu życia, co z czasem prowadzi do aktów samobójczych.

Trudności zatem z odnalezieniem się w nowej sytuacji powodują, że coraz częściej człowiek doświadcza różnego rodzaju nerwic, których źródłem są problemy egzystencjalne, u ich podłoża zaś leży przeważnie utrata sensu istnienia, którego potrzeba zaspokojenia odgrywa znaczącą rolę w prawidłowym funkcjonowaniu człowieka. Na problem ten zwrócił uwagę już C. G. Jung. Był on zdania, iż doświadczenie bezsensu własnej egzystencji może przechodzić w stany depresyjne, a w konsekwencji prowadzić do narastania skłonności samobójczych; zjawisko to nazwał on „neurozą bezsensu życia” („*Die Sinn-Neurose*”) (Ślipko, 1978). Podobnie Victor E. Frankl podkreślał, że sens życia jest trzecią, obok freudowskiego dążenia do rozkoszy i adlerowskiego pożądanego mocy, podstawową potrzebą, określającą charakter ludzkiego bytu oraz jego subiektywny wymiar (Frankl, 1998). Niezaspokojenie jej staje się zaś przyczyną powstawania nerwic, które nasilają w człowieku dążenia do samounicestwienia. Posiadanie zatem sensu istnienia jest koniecznym dla człowieka warunkiem utrzymania prawidłowego stanu osobowości oraz samorealizacji, a więc przeciwieństwem alienacji i egzystencji poza wartościami, przydającymi człowiekowi godności (Sartre, 1998). Alienacja natomiast i osamotnienie są tymi czynnikami, które również nie pozostają bez znaczenia przy podjęciu decyzji o samobójstwie, gdyż powodują one oderwanie od otoczenia, poczucie obcości oraz niezgody z samym sobą (Hołyst, 2002).

Zrozumieniu przyczyn samobójstwa poświęcił swoje badania również Edwin Shneidman, który był zdania, iż nauki społeczne i medyczne poniosły porażkę zgłębiając ten problem, ponieważ „zapomniały o zwykłym języku, zwyczajnych codziennych słowach, o bólu i niezaspokojonych potrzebach człowieka, który myśli o samobójstwie” (O’Connor, Sheehy, 2003, s. 83). Rozważając przyczyny, które skłaniają człowieka do powzięcia decyzji o pozabawieniu się życia, wskazał, że niezależnie od indywidualnych okoliczności, w 95% przypadków samobójstw występuje dziesięć wspólnych im cech (O’Connor, Sheehy, 2003): celem jest poszukiwanie rozwiązania; dążeniem jest ucieczka od świadomości; bodźcem do popełnienia samobójstwa jest nieznośny ból psychiczny; stresorem są niezaspokojone potrzeby psychiczne; emocją wspólną jest poczucie beznadziejności; stanem poznawczym jest ambiwalencja; stanem wspólnym jest zawężenie percepcji; działaniem wspólnym jest ucieczka; aktem interpersonalnym jest komunikacja swoich zamiarów; wzorcem wspólnym jest spójność aktu samobójczego ze stylem życia. Shneidman dowiódł zatem, że na psychikę przyszłych samobójców oddziałuje zazwyczaj bardzo podobny zespół czynników, które, mimo iż wypływać mogą z różnych źródeł, to w konsekwencji prowadzą do takich samych stanów psychicznych, często zawężających możliwość właściwego ustosunkowania się do dręczącego człowieka problemu. Reakcją zaś na taką sytuację staje się poszukiwanie jej rozwiązania w śmierci, która choć jawi się jako forma niebytu, zwłaszcza społecznego i psychicznego, dla wielu jest również *niebytem* ich trudności i – jak im się zdaje – jedynym racjonalnym wyjściem z sytuacji.

Chociaż wszyscy chyba ludzie doznają w życiu różnorodnych trudności, to jednak znalazłszy się w identycznej sytuacji, nie wszyscy poszukiwaliby rozwiązania w śmierci, co wskazuje, że skłonność człowieka do samobójstwa zależna jest również od jego odporności psychicznej. Może się zatem zdarzyć, że w przypadku osoby mało odpornej na stres nawet dość banalne problemy tak obciążają jej psychikę, iż ocenia je jako niemożliwe do przezwyciężenia i popada w skrajny pesymizm, który powoduje, że – choć sądzi inaczej – faktycznie kieruje się głównie emocjami, a nie rozsądkiem; jednakże, jak słusznie zauważa K. Lewin, „sytuacja danego człowieka jest zawsze tylko taka, jak on sam ją spostrzega, bez względu na obiektywny charakter elementów układu” (Bielicki, 1978, s. 100). Niekiedy dopiero w przypadku osób, które targnęły się na własne życie, ale zostały uratowane, daje się zauważyć jak duży wpływ na desperata ma jego własna ocena sytuacji, której dokonuje pod wpływem (czasami nawet bardzo długotrwanie) odczuwanych emocji. Niektóre osoby dopiero w takim momencie potrafią ocenić, iż ich decyzja tak naprawdę była następstwem trywialnych motywów lub lekkomyślności. Trzeba jednak podkreślić, że nie zawsze tak się dzieje, a wówczas człowiek swój powrót do życia postrzega jako powrót do dawnych, nadal nierozwiązanych problemów.

ZAKOŃCZENIE

Psychologia dowiodła, że ludzie pozbawiający się życia działają często pod wpływem czynników zakłócających ich zdolność racjonalnego myślenia, stąd też należy zachować ostrożność w ocenie podmiotowej odpowiedzialności jednostek za podejmowany przez nie czyn. Z drugiej zaś strony, niektóre badania – jak choćby K. Menningera – ukazały, iż możliwe jest dokonanie zamachu samobójczego przez człowieka, który zdolny jest częściowo lub nawet w pełni świadomie podjąć taką decyzję.

Pomimo że akt samobójczy zazwyczaj jest działaniem, o podjęciu którego decyduje jego podmiot, to jednak psychologia udowodniła, iż za stan psychiczny człowieka odpowiada również sytuacja społeczna i relacje społeczne, jakim on podlega, co zauważył m. in. A. Adler, mówiąc, że „samobójstwo jest problemem indywidualnym, ale ma swoje społeczne przyczyny i skutki” (Ringel, 1987, s. 113). Połączenie zatem wysiłków badawczych psychiatrii i psychologii wykazało, że człowiek decydując się na akt samobójczy nie zawsze działa w pełni świadomie i zgodnie ze swą wolną wolą, gdyż podlega wpływom wielu determinantów, które zniekształcają jego ocenę sytuacji i powodują dominację sfery emocjonalnej nad racjonalną, stąd też, dokonując oceny moralnej śmierci samobójczej, trzeba dokonać

refleksji nad sytuacją, w której znajduje się samobójca. Dzięki tej refleksji istnieje możliwość uświadomienia sobie ogromu cierpień będących udziałem jednostek samobójczych, większego ich zrozumienia – a tym samym uniknięcia dokonywania ocen moralnych krzywdzących osoby, które wymagają pomocy lub jej oczekują (Malicka-Gorzelańczyk, 2002, s. 96).

BIBLIOGRAFIA

- Adamkiewicz M. (2002), *Zagadnienie śmierci w bioetyce*, Wydawnictwo Wojskowej Akademii Technicznej, Warszawa
- Bielicki E. (1978), *Psychologiczne uwarunkowania samobójstw dokonanych*, Wydawnictwo Uczelniane WSP, Bydgoszcz
- Czeżowski T. (1969), *Odczyty filozoficzne*, TNT, Toruń
- Durkheim É. (2006), *Samobójstwo. Studium z socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa
- Frankl V. E. (1998), *Homo patiens*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa
- Hołyst B. (1983), *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, PWN, Warszawa
- Hołyst B. (2002), *Suicydologia*, WP Lexis Nexis, Warszawa
- Jarosz M. (2004), *Samobójstwa. Ucieczka przegranych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Malicka-Gorzelańczyk H. (2002), *Opinie młodzieży o samobójstwie*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz
- O'Connor R., Sheehy N. (2003), *Zrozumieć samobójcę*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Płużek Z. (1972), *Psychologiczny aspekt samobójstw*, „Znak”, 7–8

- Pużyński S. (1997), *Samobójstwa i depresje*, „Lęk i depresja”, 2, 139–156
- Pużyński S. (2000). *Psychiatria i eutanazja*, „Dialog”, 9, 35
- Ringel E. (1987), *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, GLOB, Szczecin
- Sartre J. P. (1998), *Egzystencjalizm jest humanizmem*, Wydawnictwo Literackie MUZA SA, Warszawa
- SkaWińska M. (2003), *Samobójstwo. Rola polityki społecznej w zapobieganiu i terapii*, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce
- Suchańska A., Krysińska K. (2003), *Samobójstwo – perspektywa psychologiczna*, PWSZ w Koninie, Konin
- Ślipko T. (1978), *Życie i pleć człowieka*, Wydawnictwo Apostolstwa Modlitwy, Kraków
- Tokarczyk R. (1984), *Prawa narodzin, życia i śmierci. Etyczne problemy współczesności*, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin

AGNIESZKA RANISZEWSKA-WYRWA

THE PROBLEM OF SUICIDE FROM THE PSYCHIATRIC AND PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE

Suicide is a type of behaviour which assumes the need of overcoming the instinct of self-preservation, as well as overcoming the natural fear of death; it is therefore an act which is in contradiction with basic human instincts. Scientists looking for the answer to the question, what makes people decide that they want to end their life, focus on different aspects of the problem, and as a consequence it is possible to distinguish several directions of suicidal behaviour analysis; they include, among others, psychiatric and psychological directions. Psychiatry analyses suicide in the context of psychological disorders of a person. Psychology studies self-destructive behaviours with particular focus on human psychology, motivation, personality and consciousness of the made decision. Findings of those sciences will be the subject of this article.

Key words: suicide, depression, schizophrenia, psychology, psychiatry.