

Edmund Kowalski

Samobójstwo wołaniem o pomoc

Collectanea Theologica 60/1, 33-46

1990

Artykuł został zdigitalizowany i 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.

o. EDMUND KOWALSKI CScR, WARSZAWA

SAMOBÓJSTWO WOŁANIEM O POMOC

„Bohaterstwo i tchórzostwo są tylko formą ucieczki.

Bohaterstwo — ucieczką od siebie,
tchórzostwo — ucieczką do siebie”.

R.Brandstaetter

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i Międzynarodowego Stowarzyszenia Zapobiegania Samobójstwom (IASP) wynika, iż każdego dnia co najmniej 1.000 osób odbiera sobie życie, a 10.000 usiłuje popełnić samobójstwo.

1. Fakty

Wszechstronne i gruntowne opracowanie i opublikowanie przez Światową Organizację Zdrowia w Genewie w 1978 roku tzw. Międzynarodowej Statystyki Zdrowia ukazuje dobitnie fakt, że zachowania autodestrukcyjne należy obecnie uznać za poważny problem społeczny. Dane o sytuacji w niektórych państwach podają tabele 1 i 2 (str. 34).

„Wysoka pozycja” Polski — przy stałej tendencji wzrostowej — w wyżej zaprezentowanych statystykach każe nam bliżej zastanowić się nad problemem zachowań suicydalnych w naszej ojczyźnie. W Polsce od 1976 r. utrzymuje się wysoka liczba zamachów samobójczych np. w 1977 r. — 4.470 samobójstw dokonanych + 458 usiłowanych, i odpowiednio: w 1978 — 4.781 + 417; 1979 — 4.644 + 373; 1980 — 4.338 + 355.

Prof. Brunon Hołyst w swojej unikalnej pracy monograficznej poświęconej problematyce samobójstw (*Samobójstwo — przypadek czy konieczność*, Warszawa 1983) poddaje analizie zachowania autodestrukcyjne w Polsce zarejestrowane w latach 1975—1977, a obejmujące zbiór 13.300 formularzy oraz dane statystyki za lata 1962—1975. Ponadto poddano badaniom 100 akt w sprawach o zgon samobójczy prowadzonych przez organa ścigania karnego w Warszawie w latach 1979—1981.

Z tego obszernego materiału faktograficznego wynika mi in., że w Polsce na 1 zgon samobójczy kobiet przypada 3,5 zgonów samobójczych mężczyzn (dla porównania, wyższy od nas stosunek posiadają takie państwa jak Puerto Rico — 1:5,3; Chile — 1:4,7; Salwador — 1:4,3 i Islandia — 1:3,8).

Tab. 1. Ilość samobójstw¹

Państwo	Rok	Ilość samobójstw		
		Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
1. USA	1975	27.063	19.622	7.441
2. Japonia	1976	19.786	11.744	8.042
3. RFN	1975	12.900	8.187	4.713
4. POLSKA	1976	4.723	3.629	1.094
5. Węgry	1976	4.307	2.980	1.327
6. Anglia i Walia	1976	3.816	2.330	1.486
7. Czechosłowacja	1974	3.361	2.453	908
8. Tajlandia	1976	1.864	980	884
9. Austria	1976	1.704	1.172	532
10. Belgia	1975	1.588	1.011	577
11. Szwecja	1976	1.558	1.088	470
12. Australia	1975	1.528	1.050	478
13. Szwajcaria	1976	1.397	988	409
14. Holandia	1976	1.300	813	487
15. Bułgaria	1976	1.234	870	364
16. Dania	1976	1.212	758	454

¹ Źródło World Health Organization, *World Health Statistics*, Geneva 1978, t. I; *Vital Statistics and Causes of Death*, za: B. Hołyst, *Samobójstwo — przypadek czy konieczność*, Warszawa 1983, 142.

Tab. 2. Współczynnik na 100 tysięcy²

Państwo	Rok	Współczynnik na 100 tys.		
		Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
1. Węgry	1976	40,6	57,9	24,3
2. Czechosłowacja	1974	22,9	34,3	12,1
3. Austria	1976	22,7	33,1	13,4
4. Szwajcaria	1976	22,1	32,1	12,6
5. Dania	1976	23,9	30,2	17,7
6. RFN	1975	20,9	27,8	14,6
7. Szwecja	1976	18,9	26,6	11,4
8. POLSKA	1976	13,7	21,6	6,2
9. Japonia	1976	17,6	21,2	14,1
10. Belgia	1975	16,2	21,1	11,5
11. Bułgaria	1976	14,1	19,9	8,3
12. USA	1975	12,7	18,9	6,8
13. Salwador	1974	10,8	17,6	4,1

² Źródło: *World...* (tamże, 142 i 144).

Tab. 3. Wiek sprawców zamachów samobójczych w Polsce ³

Wiek	Mężczyźni		Kobiety	
	Liczebność na 100 tys.	% na 100 tys.	Liczebność na 100 tys.	% na 100 tys.
5—14	1,2	0,6	0,3	0,7
15—24	15,3	8,3	4,5	10,3
25—34	25,5	13,8	4,5	10,3
35—44	28,9	15,6	5,8	13,4
45—54	33,4	18,1	7,1	16,3
55—64	30,2	16,3	7,6	17,5
65—74	25,1	13,6	6,9	15,9
75+	25,3	13,7	6,8	15,6
wiek nie- określony	184,9	—	43,5	—

³ Źródło: *World...* (tamże, 150—153).

Zepewne zainteresuje nas fakt występowania zamachów samobójczych w poszczególnych województwach. Obok nazwy województwa zostanie podany współczynnik występowania tego zjawiska obliczony jako stosunek średniej liczby samobójstw z lat 1975—1976 do liczby ludności z dnia 31.12.1975 i przeliczony na 100 tys. mieszkańców. Zróznicowanie województw pod względem zachowań samodestrukcyjnych wygląda następująco: 1. koszalińskie 208; 2. wrocławskie 192; 3. jeleniogórskie 191; 4. szczecińskie 185; 5. legnickie 177; 6. katowickie 176; 7. warszawskie stoł. 167; 8. gorzowskie 166; 9. chełmskie 163; 10. wałbrzyskie 159; 11. elbląskie 154; 12. opolskie 152; 13. wrocławskie 148; 14. zielonogórskie 145; 15. suwalskie 142; 16. gdańskie 140; 17. białostockie 133; 18. częstochowskie 132; 19. skierniewickie 128; 20. bielskopodlaskie 125; 21. pilskie 125; 22. olsztyńskie 121; 23. zamojskie 119; 24. poznańskie 118; 25. śląskie 118; 26. konińskie 116; 27. lubelskie 113; 28. bielskie 112; 29. kaliskie 110; 30. płockie 103; 31. krośnieńskie 103; 32. sieradzkie 102; 33. radomskie 100; 34. łódzkie miejskie 85; 35. ostrołęckie 81; 36. krakowskie miejskie 78; 37. tarnobrzeskie 77; 38. kieleckie 71; 39. leszczyńskie 71; 40. łomżyńskie 66; 41. nowosądeckie 66; 42. siedleckie 65; 43. przemyskie 64; 44. rzeszowskie 61; 45. tarnowskie 56; 46. toruńskie 52; 47. ciechanowskie 50; 48. bydgoskie 45; 49. piotrkowskie 45 ⁴.

2. Etiologia zamachów samobójczych

Zaprezentowane wyżej statystyki ukazują dobitnie doniosłość poruszanej przez nas problematyki. Zachowania autodestrukcyjne

⁴ Tamże, 139.

urastają w Polsce do rangi bardzo ważnego problemu społecznego. Zadaniem niniejszego opracowania jest ukazanie głównych nurtów profilaktyki presuicydalnej i postsuicydalnej. Nie można przecież akceptować stanowiska całkowitej bezradności wobec tysięcy usiłowań, ich ponowień, a zwłaszcza wobec zgonów spowodowanych zamachami samobójczymi. Dotarcie do złożonej etiologii zachowań suicydalnych powinno wytyczyć politykę profilaktyczną mającą na celu „wczesne rozpoznanie obszarów zagrożenia” i przyjście z pomocą ludziom potrzebującym wsparcia drugiej osoby w sytuacjach kryzysowych.

Przez etiologię tendencji samobójczych będziemy tu rozumieć zespół przyczyn wewnętrznych (czynniki endogenne) oraz uwarunkowań zewnętrznych (kulturowo-środowiskowych) wpływających na określone działanie (czynniki reakcyjne) zmierzające do pozbawienia się życia⁵. Zachowanie się człowieka jest wypadkową działania wielu bodźców wewnętrznych (płynących od strony organizmu, jego konstrukcji psychofizycznej, predyspozycji dziedzicznych), jak i zewnętrznych uwarunkowań otaczających środowiska. W zależności od ich źródła można je podzielić na trzy podstawowe grupy: biologiczne, psychologiczne i społeczne.

Determinanty biologiczne mają swoje źródło w uwarunkowaniach genetycznych, w psychofizycznych uszkodzeniach i upośledzeniach, zatruciach i innych funkcjach organizmu. Każdy z wymienionych czynników oddziałujących na człowieka powoduje zmianę jego zachowania⁶.

W opinii E. Ringela — światowej sławy psychiatry wiedeńskiego — samobójstwo nie jest reakcją nagłą, lecz jest wynikiem długotrwałego procesu gromadzenia się urazów, które wiodą do zmian w osobowości człowieka. W tym sensie samobójstwo można uważać za szczytową fazę długotrwałego rozwoju nerwicowego, w którym dochodzi do stopniowej utraty sił ekspansywnych oraz osłabienia mechanizmów obronnych⁷.

Do najczęstszych przyczyn psychologicznych wpływających na anormalne zachowania osoby należy zaliczyć przeżycia frustracyjne, konflikty, traumatyzmy, brak poczucia bezpieczeństwa, poczucie osamotnienia, stresy. Tego rodzaju przeżycia wywołują stany zniechęcenia, agresję, depresję, chęć ucieczki od życia, a często stają się istotnym czynnikiem skłaniającym osoby do popełnienia aktu samobójczego. Psychopatyczne objawy i anormalne reakcje są spo-

⁵ Cz. Cekiera, *Etiologia i motywacja usiłowanych samobójstw. Studium psychologiczne*, Warszawa 1975, 67.

⁶ Por. Cz. Cekiera, *dz. cyt.*, 103—110; J. Leligdon CMP, *Psychospołeczne uwarunkowania decyzji samobójstwa*, *Rocz. Teolog. Kanon.* 30 (1983) z. 3, 73.

⁷ E. Ringel, *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, *Głob* 1987, 13.

wodowane złym przystosowaniem się jednostki do życia i otaczającego środowiska⁸, inne występują na tle seksualnym (w wielu wypadkach spowodowane istnieniem dewiacji seksualnych⁹) lub są natury moralnej¹⁰.

Determinanty socjologiczne obejmują swym zasięgiem wzajemne relacje międzyosobowe (osoba-osoba, osoba-grupa) oraz stosunki międzygrupowe. Decydujący wpływ na podjęcie decyzji o samobójstwie wywierają zaburzone stosunki rodzinne w dzieciństwie, ponieważ one określają późniejszy rozwój człowieka i jego postawy wobec życia. W dzieciństwie następuje rozstrzygnięcie co do formy życia człowieka, tworzenia się poczucia własnej wartości oraz samoakceptacji¹¹. Do przyczyn socjologicznych należy także zaliczyć gwałtowne przemiany dokonujące się na płaszczyźnie politycznej (rewolucja, wojna), ekonomicznej (reforma) czy ideologicznej (zmiana reżimu). Wszystkie te elementy mogą stać się czynnikami stresogennymi, konfliktowymi wpływającymi na psychikę człowieka i jego anormalne zachowanie¹².

Wskazane wyżej zasadnicze grupy przyczyn — bodźców determinujących zachowanie człowieka nie wyczerpują zagadnienia etiologii zachowań suicydalnych. We współczesnych badaniach psychologicznych coraz częściej mówi się o dotarciu do motywów samobójstw. Przyczynę bowiem stanowił czynnik lub pewien zespół czynników zewnętrznych i wewnętrznych warunkujących zaistnienie jakiegoś zjawiska, natomiast motyw sięga głębszej racji postępowania i w wielu wypadkach jest niezależny od przyczyn, a jest przez nią jedynie uaktywniony¹³. Każdy motyw (uświadomiony lub nie uświadomiony) zawiera w sobie elementy odczuwalnych potrzeb dążenia do realizacji określonego celu. W wielu wypadkach jest bardzo trudno dotrzeć do wszystkich motywów (zwłaszcza tych nie uświadomionych), tym bardziej że w działaniu występuje często cały konglomerat przeróżnych motywów. Do najczęściej występujących można zaliczyć: niezaspokojoną potrzebę bezpieczeństwa (ujawnia się w poczuciu zagrożenia, strachu, lęku), niezaspokojoną potrzebę miłości i przynależności, szacunku, samorealizacji i niezaspokojone potrzeby fizjologiczne¹⁴.

Wspomniane wyżej czynniki endogenne i reaktywne — występu-

⁸ Cz. Cekiera, *dz. cyt.*, 110; tenże, *Próby samobójcze starszej młodzieży. Etiologia i motywacja samobójstw*, Zagadn. Wych. w Aspek. Zdr. Psych. (1971) z. 3—4, 193; J. Leligdon, *art. cyt.*, 74.

⁹ K. Imieliński, *Zboczenia płciowe a samobójstwo*, w: *Seksuologia kliniczna*, Warszawa 1974, 318.

¹⁰ N. Tetaz, *Warto żyć. Samobójstwo — jego istota i zwalczanie*, Warszawa 1976, 64.

¹¹ E. Ringel, *dz. cyt.*, 13—14.

¹² Cz. Cekiera, *dz. cyt.*, 116.

¹³ Cz. Cekiera, *dz. cyt.*, 132.

¹⁴ *Tamże*, 134—137.

jące na płaszczyźnie biologicznej, psychologicznej, społecznej — wpływają na powstanie w sferze psychoduchowej człowieka specyficznego stanu psychicznego poprzedzającego samobójstwo, który E. Ringel określa mianem syndromu presuicidalnego¹⁵. Na powyższy „stan przedsamobójczy” składają się następujące elementy:

1. Z a w ęż e n i e

e m o c j o n a l n o - m o t o r y c z n o - a k s j o l o g i c z n e

Wspomniane zawężenie obejmuje następujące sfery i dziedziny życia i działalności osoby:

a) Zawężenie sytuacyjne

Charakteryzuje się ono utratą równowagi pomiędzy warunkami życia a poczuciem własnych możliwości. Dana osoba uważa, że sytuacja, w której się znalazła, jest bez wyjścia, tzn. nie dająca się zmienić, przezwyciężyć, dlatego przeżywa stan bezsilności, apatii. Człowiek czuje się osaczony, zamknięty w ciasnym „tunelu” z jednym, jedynym wyjściem — samobójstwem.

b) Zawężenie dynamiczne

Wypływa z poprzedniego. Człowiek stopniowo zatracza rozeznanie. Zawodzą odpowiednie mechanizmy obronne, które mogłyby przynieść ukojenie, a pojawia się strach, rozpacz, panika pchająca człowieka z neodpartą siłą ku śmierci.

c) Zawężenie stosunków międzyludzkich

Pośród ogromnej liczby funkcjonujących relacji interpersonalnych można czuć się człowiekiem całkowicie nie rozumianym i samotnym. Przez złą, wadliwą lub całkowity brak umiejętności wykształcenia i formowania stosunków międzyludzkich człowiek zostaje sam na sam z własnym problemem. Obok nie ma nikogo, kto by nawiązał z nim dialog, spotkał się „twarzą w twarz”.

d) Zawężenie świata wartości

Prawdopodobnie mamy tu do czynienia z centralnym problemem zagrożenia samobójstwem. Zmniejszone poczucie własnej wartości osłabia motywację w sens własnego życia. Ze zmniejszenia poczucia własnej wartości wynikają zahamowania, niepewność, unikanie konfliktów. Człowiek ucieka przed odpowiedzialnością za powierzone zadania, ucieka przed trudnościami, jakie niesie ze sobą proza życia, ucieka przed walką o własną wartość lub o wartości wokół siebie.

Jako przyczynę powstania zredukowanego systemu wartości należy wymienić nadmiar dóbr, a przede wszystkim jednostronne nastawienie na materialną stronę życia (postawa konsumpcyjna). W wyniku takiego stanu rzeczy znikoma staje się rola prawdziwych wartości duchowych, zdolnych przywrócić właściwe proporcje w ogólnej hierarchii wartości.

¹⁵ E. Ringel, *dz. cyt.*, 57.

2. Agresja hamowana i autoagresja

Każde samobójstwo stanowi działanie o niesłychanym stopniu agresywności. Psychika człowieka zagrożonego samobójstwem podobna jest do zbiornika przelewającego się z dwóch powodów. Po pierwsze zbyt wielki dopływ agresji wskutek zaburzonego stosunku „rodzice — dziecko”, nieudanych kontaktów interpersonalnych. Po drugie nie ma swobodnego odpływu nagromadzonej agresji; przy utrudnionym jej odpływie skutkiem jest stan agresji wobec siebie (autoagresja).

3. Fantazje samobójcze

Chodzi tu nie tyle o pojawienie się od czasu od czasu — niejako automatycznie — myśli o samobójstwie, lecz o intensywne rozmyślanie o samobójstwie, ucieczkę w wyobraźnię, w świat fantazji. W ten sposób człowiek („marzyciel”) rezygnuje z wysiłku, który doprowadziłby do zmiany aktualnej sytuacji na lepsze. Zadomowienie się w fantazji rodzi bolesne odczucie kontrastu pomiędzy rzeczywistością a wyobrażeniem. Ucieczka w świat fantazji sprawia, że myśli zaczynają wieść swój samodzielny żywot. Wyobrażenia o możliwości skończenia z sobą wymykają się spod kontroli człowieka i prześladają go natrętnie. Powoli krystalizuje się jeden specyficzny rodzaj samobójstwa, który ma być ostateczną ucieczką od życia.

4. Zapowiedzi samobójstwa

Kogo nurtują myśli o samobójstwie, czuje potrzebę mówienia o nich. W człowieku, w którym zaczyna rozwijać się proces wiodący do samobójstwa, toczy się walka między siłami samozniszczenia i samozachowania. Wciąż jeszcze obecne pragnienie życia prowadzi w sposób oczywisty do wyjaśnienia samobójczych zamiarów w nadziei, że zwróci się przez to na siebie uwagę otoczenia, które pośpieszy z pomocą. Tego typu zapowiedzi stanowią sygnał alarmowy, wobec którego nie można przejść obojętnie. Badań naukowych prowadzonych na całym świecie wykazują, że 85%¹⁶ wszystkich samobójców już wcześniej mówiło o swych zamiarach¹⁶.

Przedstawione wyżej przyczyny i motywy zachowań autodestrukcyjnych wskazują jednocześnie na główne nurty i formy profilaktyki pre- i postsuicydalnej.

3. Profilaktyka presuicydalna

Wyżej zaanonsowane uwarunkowania biologiczne, psychologiczne i socjologiczne wnoszą wiele do procesu rozpoznawania stanów presuicydalnych pomagając w ustaleniu właściwej profilaktyki. Jeśli chodzi o samobójstwo — zwłaszcza ludzi młodych — jest ono wołaniem o pomoc z równoczesnym dramatycznym wyzwaniem rzu-

¹⁶ Stan psychiczny człowieka zagrożonego samobójstwem w: E. Ringel, dz. cyt., 57—112.

conym najbliższemu otoczeniu, wadliwym strukturom społecznym, nieautentycznym wartościom¹⁷.

Wszelkie działania prewencyjne powinny najpierw objąć najszerszy krąg stosunków międzyludzkich, a więc dane społeczeństwo. Poprzez stałe pogłębianie wiedzy o procesach motywacyjnych zachowań autodestrukcyjnych należy oddziaływać na całe społeczeństwo w kierunku wyrobienia postaw akceptujących wartość życia, postaw ułatwiających adaptowanie się do nowych warunków życiowych¹⁸.

Jednym z decydujących czynników wpływających na zmniejszenie częstotliwości występowania aktów autodestrukcyjnych jest przynależność do określonej społeczności ludzi wierzących (np. w Szwajcarii w kantonach katolickich wskaźnik samobójstw wynosił 8,6, w protestanckich natomiast 32,6, a więc był cztery razy większy)¹⁹. Za wspomnianą przynależnością do Kościoła stoi nie tylko określona, wielowiekowa doktryna afirmująca życie w każdym jego przejawie, ale przede wszystkim głęboka i sprawdzona postawa człowieka-chrześcijanina, który nie cofa się przed cierpieniem, jeśli nie może go uniknąć w żaden sposób. Człowiek cierpiący („umierający na raka”), „nadstawiający drugi policzek” jest — według B. Hołysta — „obłudnikiem, który chce zasłużyć na wieczne zbawienie poprzez pokorę”²⁰. Raczej nazwałbym takiego człowieka bohaterem przekraczającym „granice” człowieczeństwa, ponieważ nie poddaje się własnej słabości, nie kapitułuje przed trudnością, niebezpieczeństwem, zagrożeniem, lecz podejmuje wyzwanie. To wyzwanie, będące agresją skierowaną — w różnych formach — w jego kierunku, nie spotyka się z nową agresją czy autoagresją. Chrześcijanin nie odpowiada przemocą na przemoc. Z chwilą zaakceptowania nieuniknionego bólu dotykamy w konkretnym człowieku wielkiej tajemnicy przeżywania własnego cierpienia — w aspekcie soteriologicznym, ekspiacyjnym, doskonalącym, oczyszczającym — połączono go z dziełem zbawczym Jezusa Chrystusa.

W tym kontekście tragicznym paradoksem staje się teza E. Ringela o „bezspornym prawie człowieka do samobójstwa”²¹. Pomimo, że Ringel podważa absolutną i powszechną możliwość korzystania z tego prawa przez podkreślenie, że „korzysta się z niego często właśnie w wyniku błędnej oceny sytuacji (oraz wskutek innych czynników), oceny, która w wielu przypadkach wkrótce mogłaby ulec diametralnej zmianie”²², niemniej osłabia — lub wręcz znosi — siłę motywacyjną własnej działalności profilaktycznej, ponieważ musi

¹⁷ J. Leligdon, *art. cyt.*, 81—82.

¹⁸ B. Hołyst, *dz. cyt.*, 353—354.

¹⁹ N. Tetaz, *dz. cyt.*, 31.

²⁰ B. Hołyst, *dz. cyt.*, 364.

²¹ E. Ringel, *dz. cyt.*, 266.

²² *Tamże*, 199.

respektować uznawane przez siebie prawo drugiego człowieka (a własne „bezprawie”) do „śmierci z wyboru”.

Etyka chrześcijańska stoi na stanowisku całkowitej akceptacji życia jako wartości suwerennej i dlatego nawet w momentach przepojonych wielkim cierpieniem nie można jej degradować do rzędu środka. Jest ono darem Stwórcy i fundamentem rozwoju innych wartości osobowych. Chrześcijańska filozofia i teologia cierpienia ukazują wielką godność człowieka przekraczającego granice własnego cierpienia i przekształcającego je w tworzywo moralnej doskonałości²³.

„Samobójstwo jest problemem indywidualnym, ale ma swoje społeczne przyczyny i skutki” (A. Adles). Socjologiczna diagnoza może wyselekcjonować populację potencjalnie najbardziej zagrożoną pojawieniem się postaw presuicydalnych i w ten sposób zacieśnić krąg oddziaływań profilaktycznych.

W toku badań statystycznych zostały wyodrębnione tzw. grupy podwyższonego ryzyka. Przynależność do takiej grupy oznacza zwiększone zagrożenie samobójstwa. W skład grup podwyższonego zagrożenia samobójstwem wchodzi przede wszystkim:

- ludzie starzy żyjący w opuszczeniu, osamotnieniu;
- ludzie cierpiący na przewlekłe, nieuleczalne choroby;
- alkoholicy i narkomani;
- ludzie przesładowani z powodów rasowych, religijnych, politycznych;
- uchodźcy;
- kryminaliści;
- ludzie przeżywający konflikty w małżeństwie i w miłości;
- ludzie żyjący w trudnych warunkach socjalnych;
- młodzież;
- osoby po próbach zamachu samobójczego²⁴.

W Polsce najbardziej zagrożonymi grupami społecznymi są ludzie samotni, grupa osób w wieku średnim (od 35 do 64 roku życia), młodzież w wieku od 15 do 24 lat.

Człowiek współczesny czuje się zagubiony w stechnicyzowanym świecie natrafiając często na mur obojętności, braku zainteresowania ze strony społeczeństwa, grupy, drugiego człowieka. Dlatego trzeba stworzyć w danym środowisku minimum warunków zabezpieczenia emocjonalnego czy materialnego danej osobie. Musi się ona poczuć potrzebna, wartościowa, mająca w grupie swoje miejsce i przydzielone zadanie.

Bezpośrednią przyczyną wielu zamachów samobójczych ludzi młodych są poważne konflikty z otoczeniem (np. sprawy rodzinne, zawody miłosne), a także realizacja wzniosłych celów czy wartości.

²³ T. Ślipko SJ, *Zarys etyki szczegółowej*, cz. I, Kraków 1982, 111—112.

²⁴ *Tamże*, 113—118.

Profilaktyka w tej populacji powinna iść w kierunku zrozumienia problemów młodych, „podania im dłoni”, prezentowania wartości wyższych i ułatwienia młodym adaptacji do różnych środowisk i grup społecznych.

Najbardziej odpowiedzialną i bezpośrednią formą profilaktyki jest zindywidualizowane oddziaływanie na osobę, która znalazła się w sytuacji presuicydalnej. U takich osób występują pewne symptomy (wspomniane wcześniej tzw. determinanty sytuacyjne, syndrom presuicydalny) sygnalizujące takie sytuacje. Do podstawowych wskaźników należą: silna i przedłużająca się depresja, zaprzestanie dotychczasowej działalności, izolowanie się, wyraźna manifestacja zamiarów czy tendencji samobójczych, próby samobójcze. Zwłaszcza widoczne jest to u kobiet, które powyższe tendencje odnoszą przede wszystkim do swoich rodziców. Innym przejawem takiej sytuacji są samookaleczenia (automutylacja) jako wyraz reakcji histerycznej lub protestu na trudną sytuację rzeczywistą albo wyimaginowaną²⁵. W działaniach prewencyjnych nie można tych symptomów lekceważyć, gdyż u badanych myśli samobójcze były najczęściej realizowane w krótkim czasie po ich wystąpieniu²⁶.

Działania prewencyjne różnicują się w zależności od wieku potencjalnego samobójcy. Najczęstszą przyczyną zamachów samobójczych u dzieci są trudności w szkole, złe stosunki z rodzicami, brak więzi uczuciowej. Dziecko czuje się odrzucone przez swoich rodziców, nauczycieli, rówieśników. Ich samobójstwa są często pewną formą zemsty. Dziecko chce „ukarać” rodziców, którzy będą żałować swego niewłaściwego wobec nich postępowania. Akty te są niejednokrotnie poprzedzone wyrażeniem takiego zamiaru, różnymi formami buntu czy ucieczki z domu. Nie należy lekceważyć problemów emocjonalnych dzieci, lecz trzeba je docenić i omówić. Rodzina, szkoła, kręgi rówieśnicze czy religijne powinny dążyć do zaspokojenia niezwykle ważnych potrzeb aprobaty, identyfikacji, bezpieczeństwa, miłości i zaufania przy jednoczesnym wyrabianiu samodzielności²⁷.

W Polsce najbardziej narażoną populacją na zachowania auto-destrukcyjne jest grupa osób w wieku średnim (od 35 do 64 roku życia). Na tym pokoleniu ciąży ogromny ciężar odpowiedzialności zarówno za byt młodszego pokolenia, jak również za byt pokolenia starszego. Dezorganizacja społeczno-gospodarcza utrudnia temu pokoleniu realizację własnych zamierzeń, zainteresowań i nie gwarantuje zaspokojenia podstawowych potrzeb. W codziennej walce o byt łamią się ideały, rodzi się potężna fala stresów, które przekraczają

²⁵ Cz. Cekiera, dz. cyt., 141.

²⁶ Por. *Profilaktyczny program Międz. Stow. Zapob. Samob.*, w: B. Hołyst, dz. cyt., 445.

²⁷ B. Hołyst, dz. cyt., 377.

możliwości adaptacyjne nawet najsilniejszych jednostek²⁸. Profilaktyka w tym względzie powinna iść w dwóch kierunkach: właściwej polityki ekonomiczno-społecznej oraz zadbania o własną higienę psychosomatyczną w miejscu pracy i w rodzinie. Trzeba dążyć do tego, aby praca była źródłem satysfakcji oraz była wyrazem własnej samorealizacji, a dom oazą miłości, zaufania i wzajemnego zrozumienia.

W naszej ojczyźnie na syndrom przyczynowy zachowań samobójczych u ludzi starszych składają się następujące elementy: utrata pracy, choroba, samotność, spadek aktywności. Racjonalną metodą profilaktyczną dla ludzi w podeszłym wieku jest zalecenie aktywnego życia (szukać zajęć, które absorbują i realizują daną osobę). Ponadto ludziom starszym należy się pomoc od społeczeństwa, grup, w których żyją i dla których pracowali, dotyczy to przede wszystkim najbliższego środowiska rodzinnego.

W powyższych analizach staraliśmy się omówić „co” i „dla kogo” należy czynić, aby zapobiec powstawaniu sytuacji presuicydalnych. Obecnie chcemy wskazać „kto” to ma czynić.

Człowiek współczesny żyje w warunkach sprzyjających powstawaniu stresów, konfliktów. Każdy z nas jest „zagrożony” powstaniem sytuacji kryzysowej. Trzeba szukać pozytywnych kanałów rozładowania zaistniałych napięć. Jednym z podstawowych zadań higieny psychicznej jest bez wątpienia uświadomienie sobie źródeł napięć, a następnie przekształcenie reakcji irracjonalnie agresywnych w umiejętność pozytywnego rozwiązywania zaistniałych problemów życiowych. Do takich źródeł napięć należy m. in. brak pewnego minimum przestrzeni. Zbyt wielkie zagęszczenie ludności na małej powierzchni powoduje powstanie agresji, stąd polityka prewencji wymaga powiązania procesu edukacji (znajomość tych mechanizmów) z zagadnieniami planowania przestrzennego i kierowania zbiorowością. Systemem szczególnie wyzwalającym agresję jest „blokada” uniemożliwiająca powszechny dostęp do osiągania dóbr, zachowanie równowagi pomiędzy popytem a podażą. Agresja rodzi się również w wyniku niemożności wyegzekwowania uprawnień, a także gdy system moralno-prawny społeczeństwa jest niekonsekwentny i zmusza do działań niepraworządnych. W następstwie pojawia się brak szacunku dla samych siebie, który stanowi czynnik pobudzający do autoagresji wobec innych.

Na ogólny model działań prewencyjnych w tym względzie składają się różne okoliczności sprzyjające walce z agresją. Podstawowy element stanowi tu wiedza o samym sobie i o indywidualnych możliwościach wyboru różnych wariantów zachowania oraz umiejętność rozumienia psychiki drugiej osoby²⁹.

²⁸ *Tamże*, 378.

²⁹ Problem higieny psychicznej szerzej omawia B. Hołyst, *dz. cyt.*, 409—428.

Człowiek jednak nie żyje w społecznej próżni. Wzajemna życzliwość i pomoc może spełnić rolę powstrzymującej falę zachowań autoagresywnych i autodestrukcyjnych. Niezbędna pomoc może wystąpić w formie pozainstytucjonalnej (każdy człowiek dobrej woli) lub instytucjonalnej. W różnych krajach powstają organizacje, stowarzyszenia stawiające sobie za cel pomoc człowiekowi znajdującemu się w sytuacji kryzysowej. Ponieważ tragedii życiowej trzeba zapobiegać E. Ringel w roku 1948 zorganizował w Wiedniu pierwszy w Europie ośrodek zapobiegania samobójstwom pod nazwą Lebensmüdefürsorge („Opieka nad zmęczonymi życiem”). W wyniku działalności tego ośrodka liczba samobójstw w stolicy Austrii w ciągu 15 lat obniżyła się o ok. 30⁰/. W ośrodku pracował zespół złożony z psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, prawników i księży, którzy nawiązywali bezpośredni kontakt z ludźmi zagrożonymi samobójstwem oraz odwiedzali w szpitalach tych, którzy podjęli już próbę rozstania się z życiem.

W roku 1960 odbył się w Wiedniu pierwszy kongres, którego następstwem było założenie przez E. Ringela w rok później Międzynarodowego Stowarzyszenia Zapobiegania Samobójstwom (International Association for Suicide Prevention)³⁰. W USA dużą rolę w profilaktyce samobójstw odgrywa stowarzyszenie Narcotics Anonymos (NA), we Francji od 1975 rozwija ożywioną działalność SOS Amitie France. W Wielkiej Brytanii „telefon zaufania” zaczął tworzyć już w 1953 r. proboszcz anglikański Edward Chad Varch. Liczba telefonujących przekroczyła wszelkie wyobrażalne rozmiary, dlatego w 1963 r. powołał on do życia ruch Samaritanus. Samarytanie stanowią światowe bractwo wolontariuszy oddanych sprawie zapobiegania samobójstwom oraz niesieniu pomocy w samotności i depresji.

W Polsce pierwszy telefon zaufania został założony przez Adama Bukowczyka w 1967 r. w Klinice Psychiatrycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu, a od 1979 r. działa Komisja Suicydologii powołana przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne³¹. Jest to jednak przysłowiowa kropla w morzu potrzeb. Przy wielu parafiach, zwłaszcza przy ośrodkach duszpasterstwa akademickiego, powstały i działają telefony zaufania, przy których dyżurują kapłani, psychologowie oraz inni przygotowani ludzie, którzy pragną pomóc tym wszystkim, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji. Za każdą podniesioną słuchawką stoi człowiek czekający na pomoc. Człowieka zagrożonego samobójstwem nie wolno pozostawić samemu sobie. Powyższa teza stanowi podstawową zasadę w profilaktyce samobójstw. Decydujące znaczenie posiada fakt kontaktu z taką osobą, a więc cierpliwa obecność przy zrozpaczonemu człowiekowi, nawiązanie z nim rozmowy, perswa-

³⁰ E. Ringel, *dz. cyt.*, 10—11.

³¹ Szerzej problem instytucjonalnych form pomocy w fazie kryzysu w: B. Hołyst, *dz. cyt.*, 385—409.

zja, dążenie do próby rozładowania w nim wrogich, agresywnych uczuć przez zajęcie jego myśli innymi celami możliwymi do osiągnięcia w przyszłości.

4. Profilaktyka postsuicydalna

Czytelnika może zdziwić fakt pominięcia rozdziału poświęconego działaniom prewencyjnym w sytuacji suicydalnej. Zasadniczo istotne elementy wpływające na powstanie takiej sytuacji zostały omówione w poprzednim punkcie. Sam akt samobójczy jest dokonany w okolicznościach wykluczających obecność innych osób. Czysty przypadek sprawia, że ktoś może udaremnić próbę samobójczą. Dlatego choć sam akt autodestrukcyjny znajduje się w pozycji zenitalnej omawianej problematyki, jednak działanie prewencyjne na tym etapie ogranicza się jedynie do udzielenia pierwszej i niezbędnej pomocy oraz do przekazania osoby, która targnęła się na własne życie, fachowej opiece medycznej. Z tą chwilą rozpoczyna się już oddziaływanie na jednostkę w sytuacji postsuicydalnej. Nie jest to jednolita, a tym bardziej jedyna grupa osób podpadająca systemom rehabilitacyjnym. Możemy mieć przecież do czynienia z różnymi okolicznościami odratowania, a następnie z różnorodnymi postawami niedoszłych samobójców. Jeszcze inną grupę stanowią osoby, które cofnęły swoją decyzję.

Metody terapii postsuicydalnej uzależnione są od okoliczności odratowania (ktoś przeszkodził, zadziałała jakaś nieprzewidziana przeszkoda, niedoszły samobójca sam wycofał własną decyzję), jak i od późniejszych reakcji odratowanych.

Znawcy problematyki suicydalnej zgodnie stwierdzają, że żaden system terapeutyczny, rehabilitacyjny, prawny czy moralny nie może dać gwarancji uniemożliwiającej ponowne pojawienie się zachowań suicydalnych. Wniknięcie w przyczyny i motywy zachowań autodestrukcyjnych, ich dokładna psychologiczno-socjologiczna analiza może wskazać pewne zasady profilaktyki umożliwiając tworzenie warunków przywracania osobom pełnej kondycji biologicznej, psychicznej, społecznej³². Nie można pozostać tylko na medycznym wyliczeniu, trzeba dotrzeć do „chorych”, suicydogennych motywów psychospołecznych odratowanej osoby. Taką osobę należy wprowadzać w atmosferę pozytywnego rozwiązywania problemów, jakie przynosi codziennie życie każdej jednostce, nie tylko tej odratowanej. Początkowo będzie to „prowadzenie za rękę”, ale później trzeba stopniowo „puszczać dłoń” w celu wyrobienia samodzielności i samoodporności. Każdy człowiek powinien zdobyć się na przeprowadzenie analizy wyprzedzającej sytuacji, w której się znalazł. Taka analiza powinna uświadomić oddziaływanie na osobę różnych elementów

³² Tamże, 430; szerzej 429—439.

psychospołecznych, ekonomicznych. Raz odkryty mechanizm wpływu różnych zewnętrznych i wewnętrznych czynników zaczyna funkcjonować jako utrwalony wzór. Na przyszłość stwarza to szansę pozytywnej reakcji na działanie różnych determinant. Prof. B. Hołyst ujmuje profilaktykę postsuicydalną w „10 przykazaniach”:

„Powinna ona realizować następujący cel podstawowy — nauczanie wzorów radzenia sobie w życiu w taki sposób, aby realizując swoje cele indywidualne:

- nie przekraczać uprawnień, jakie ma jednostka w społeczeństwie;
- nie rezygnować z siebie;
- reagować dynamicznie i elastycznie, nie ulegając konformizmowi;
- nie ulegać frustracji, lecz starać się ją pokonywać;
- umieć chronić siebie zarówno w okresie sukcesu, jak w okresie klęski;
- umieć oceniać swoje możliwości niezależnie od tego, jaka panuje aktualna moda i nie ulegać presji opinii społecznej w tym względzie;
- umieć czasowo rezygnować, nie marnując wysiłku w sytuacji, która nie daje szans na natychmiastowe osiągnięcie celu;
- wiązać cel z drogą, której pokonanie jest niezbędne, żeby cel osiągnąć;
- umieć odwoływać się do pomocy innych, dając też z siebie maksimum dobrej woli;
- mieć poczucie odpowiedzialności za siebie i osoby, z którymi się wiążemy, stwarzając im nadzieję na poczucie stabilizacji emocjonalnej³³.

Każda śmierć, zwłaszcza tragiczna, osoby bliskiej i kochanej wywiera zawsze wrażenie wstrząsające. Najbliższe otoczenie nie tylko szuka przyczyn i motywów takiego dziwnego rozstania, ale przede wszystkim zadaje sobie pytanie: czy mogliśmy zapobiec temu samobójstwu? Większe wyczulenie i otwarcie się na drugiego człowieka stwarza poważną szansę uratowania wielu ludzi i zaprzeczenia Sartrowskiemu powiedzeniu: „Inni to piekło”.

LE SUICIDE EN TANT QUE L'APPEL A L'AIDE

Chaque mort, surtout celle d'une personne proche te aimé fait toujours une impression bouleversante. L'entourage le plus proche cherche alors non seulement les raisons et motifs de cette „bizarre séparation” me se pose avant tout la question de savoir: avons-nous en la possibilité de prévenir ce suicide?

La connaissance de fonctionnement des mécanismes de défense dans „l'état pré-suicidaire”, une plus grande sensibilité et ouverture envers l'autrui crée une chance de sauver beaucoup de gens et de nier l'expression de Sartre: „Les autres c'est l'enfer”.

³³ Tamże, 436.