

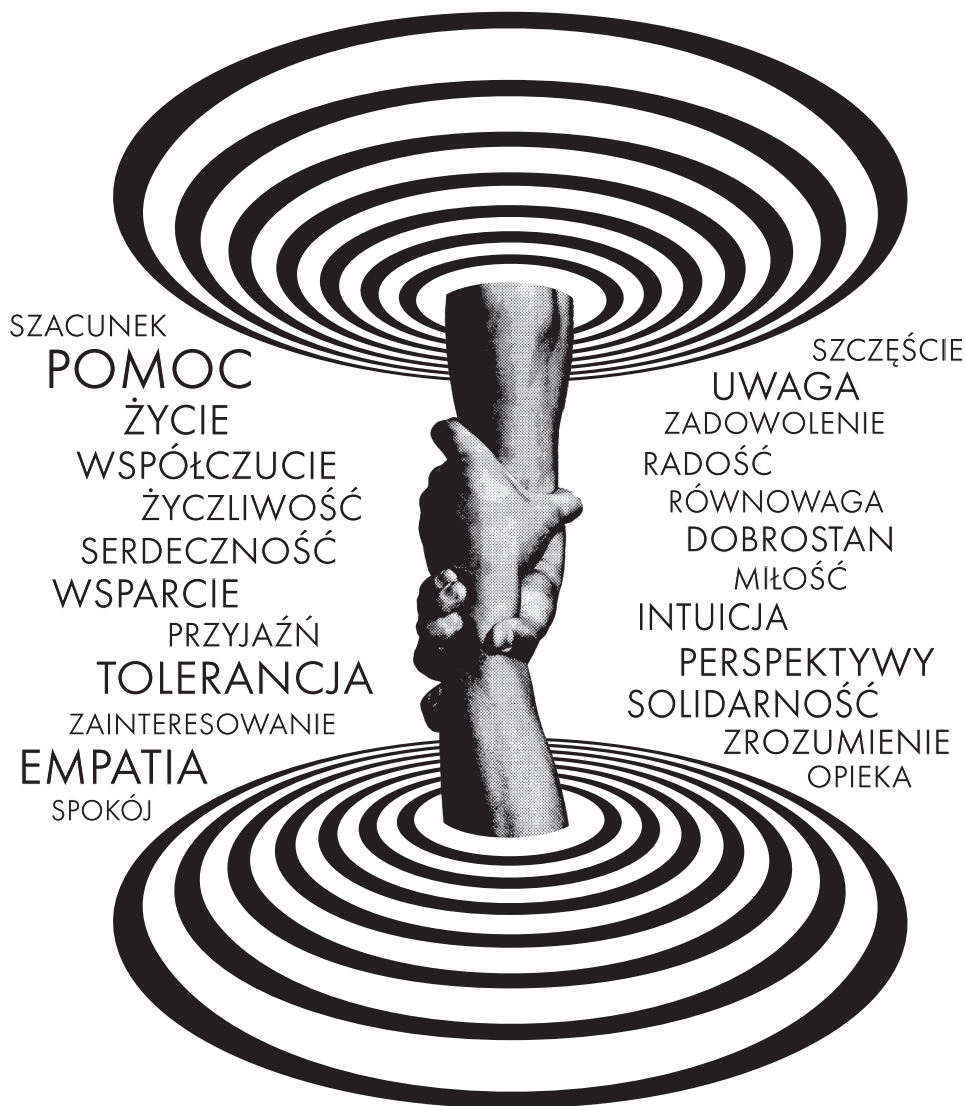


BRUNON HOŁYST
SUICYDOLOGIA

WYDANIE 3



Wolters Kluwer



SZACUNEK

POMOC

ŻYCIE

WSPÓŁCZUCIE

ŻYCZLIWOŚĆ

SERDECZNOŚĆ

WSPARCIE

PRZYJAŹŃ

TOLERANCJA

ZAINTERESOWANIE

EMPATIA

SPOKÓJ

SZCZĘŚCIE

UWAGA

ZADOWOLENIE

RADOŚĆ

RÓWNOWAGA

DOBROSTAN

MIŁOŚĆ

INTUICJA

PERSPEKTYWY

SOLIDARNOŚĆ

ZROZUMIENIE

OPIEKA

BRUNON HOŁYST

SUICYDOLOGIA

WYDANIE 3
WARSZAWA 2024



Wolters Kluwer

Konsultacja medyczna rozdziałów
XXXII, XXXIII, XLVII, LVI
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Szawłowski

Tłumaczenie spisu treści
Roman Wojtasz

Wydawca
Klaudia Szawłowska

Redaktor prowadzący
Joanna Ołówek

Opracowanie redakcyjne
Joanna Ośka

Projekt graficzny okładki
Łukasz Różyński

prawolubni[♥]

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujmy prawo i własność
Więcej na www.legalnakultura.pl
Polska Izba Książki

© Copyright by Brunon Hołyst, 2024

ISBN 978-83-8358-164-4
3. wydanie

Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. +48 728 313 462
e-mail: PL-ksiazki@wolterskluwer.com

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

*Samobójstwo umyka spod kontroli rozumu.
Wybór śmierci samobójczej jest kontrowersyjny.
Życie w określonych warunkach nabiera destrukcyjnego
wymiaru. Ludzie nie chcą umierać, ale kontynuowanie życia
w sytuacjach kryzysowych przekracza ich możliwości psychiczne.*

Brunon Hołyst

*W zapobieganiu zachowaniom suicydalnym nie zawsze
osiągamy pożądaný wynik. Ratując w zasadzie tylko ciało,
nie przywracamy woli życia. Trudno jest jednak zapobiegać
„śmierci” duszy; a więc chęci do ziemskiej egzystencji.
Na każdym człowieku ciąży moralny obowiązek ratowania tych,
na których spadały ciężary nie do udźwignięcia.*

Brunon Hołyst

Spis treści

TABLE OF CONTENTS	15
WPROWADZENIE	23
Część pierwsza	
ZAGADNIENIA WSTĘPNE	
Rozdział I. CELE I ZADANIA SUICYDOLOGII	33
1. Instytucjonalizacja i profesjonalizacja nauki	33
2. Poznawcze i praktyczne zadania nauki	38
3. Przesłanki uzasadniające powołanie nowej dyscypliny naukowej – suicydologii	44
4. Teoretyczne aspekty suicydologii	47
5. Opis i charakterystyka zjawiska samobójstwa	60
6. Wyjaśnianie uwarunkowań zamachów samobójczych	62
7. Profilaktyka samobójstw	64
Rozdział II. POJĘCIE SAMOBÓJSTWA	80
Rozdział III. RYZYKO SAMOBÓJSTWA	103
1. Populacja o podwyższonym ryzyku samobójstwa	103
2. Etiologia ryzyka zachowań suicydalnych	105
3. Ryzyko zachowań suicydalnych	118
4. Skale pośrednio oceniające ryzyko samobójstwa	121
5. Identyfikacja współczynników ryzyka	127
Rozdział IV. STOSUNEK RELIGII DO SAMOBÓJSTWA	132
1. Uwagi wprowadzające	132
2. Samobójstwo w świętych księgach żydowskich	135
3. Chrześcijaństwo a samobójstwo	137
4. Samobójstwo a islam	145
5. Buddyjskie spojrzenie na samobójstwo	146
6. Hinduizm i samobójstwa w Indiach	150
7. Shintoizm a samobójstwa w Japonii	154
8. Poglądy konfucjanizmu na samobójstwo	156
Rozdział V. PROBLEM SAMOBÓJSTWA W POGLĄDACH FILOZOFÓW	159
Rozdział VI. SAMOBÓJSTWO W UJĘCIU EKONOMICZNYM	190
Rozdział VII. SAMOBÓJSTWO A PRAWO	204
1. Rys historyczny ustawodawstwa	204
2. Prawne aspekty samobójstwa w Kodeksie karnym i Kodeksie cywilnym	209
3. Problematyka samobójstwa w ustawodawstwie niektórych państw	213
4. Samobójstwa z pomocą	217

Rozdział VIII. SAMOBÓJSTWO JAKO PROBLEM KRYMINOLOGICZNY	231
Literatura uzupełniająca do części pierwszej	237
Część druga	
METODOLOGIA BADAŃ SUICYDOLOGICZNYCH	
Rozdział IX. CELE I KIERUNKI BADAŃ SUICYDOLOGICZNYCH	247
1. Identyfikacja trendów, wahań okresowych i cykli nasilenia zamachów samobójczych	247
2. Gromadzenie i klasyfikacja danych na tematy specyficzne i peryferyjne problematyki samobójstw	250
3. Badania opinii publicznej w zakresie problematyki samobójstw	256
4. Aktualna tematyka suicydologiczna badań opinii publicznej w Polsce	257
5. Badania adekwatności antysuicydalnych przedsięwzięć profilaktycznych	263
6. Badania losów niedoszłych samobójców	266
Rozdział X. DOBÓR JEDNOSTEK BADANIA	268
1. Techniki substytucji wylosowanych jednostek niedostępnych	268
2. Randomizacja prób dla wielozmiennych projektów badań	270
3. Wielkość prób adekwatna wobec postulowanej wiarygodności i dokładności wyników badania	271
4. Zagadnienia jednorodności próby	274
Rozdział XI. KONSTRUKCJA NARZĘDZI BADAWCZYCH	275
1. Wywiady i ich specyfika w zakresie suicydologii	275
2. Kwestionariusze	278
Rozdział XII. ANALIZA UZYSKANYCH DANYCH	283
1. Statystyki opisowe i metody ich tworzenia	283
2. Szacowanie parametrów statystycznych – wnioskowania generalizujące	293
3. Zasady statystycznej weryfikacji hipotez	296
4. Wybrane typy hipotez statystycznych i zarys metod ich weryfikacji	300
5. Komputerowa analiza statystyczna	306
6. Analiza wariancji	308
7. Regresja wielokrotna	318
8. Analiza dyskryminacyjna	320
9. Korelacje kanoniczne	322
10. Analiza czynnikowa	325
11. Analiza trendów – zmienności w czasie	326
12. Dane jakościowe i ich analiza	328
13. Regresja logistyczna	328
14. Analiza log-liniowa	331
Rozdział XIII. WYRÓWNYWANIE WYKŁADNICZE W ANALIZIE SZEREGÓW CZASOWYCH – ZARYS METODY	335
Rozdział XIV. DANE ŹRÓDŁOWE I ICH WYKORZYSTANIE	339
1. Źródła danych o tematyce suicydologicznej	339
2. Typy publikowanych danych statystycznych	341
Literatura uzupełniająca do części drugiej	345

Część trzecia

SAMOBÓJSTWA W POLSCE I W NIEKTÓRYCH PAŃSTWACH

Rozdział XV. ŹRÓDŁA INFORMACJI O SAMOBÓJSTWIE	351
Rozdział XVI. SAMOBÓJSTWA W POLSCE	359
1. Uwagi wprowadzające	359
2. Płeć	363
3. Wiek	366
4. Województwo	369

5. Stan cywilny	375
6. Wykształcenie	378
7. Źródło utrzymania	378
8. Dzień tygodnia	381
9. Miejsce	385
10. Sposoby popełniania samobójstw	385
11. Przyczyny	387
12. Pandemia COVID-19	388
Rozdział XVII. SAMOBÓJSTWA WEDŁUG STATYSTYKI WHO	391
1. Uwagi wprowadzające	391
2. Współczynniki samobójstw	391
3. Nasilenie samobójstw w wybranych krajach pod względem płci i wieku	397
4. Wnioski z danych	404
Literatura uzupełniająca do części trzeciej	406
Część czwarta	
ETIOLOGIA ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH	
Rozdział XVIII. SAMOBÓJSTWA KOBIET	413
Rozdział XIX. MODEL MOTYWACJI ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH	421
Rozdział XX. KONCEPCJA BRUNONA HOŁYSTA W ZAKRESIE ETIOLOGII ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH	437
1. Suicydogenne układy sytuacyjne (SUS)	437
2. Klasyfikacja osobniczych skłonności samobójczych (OSS)	438
3. Częstość suicydogennej koincydencji SUS i OSS	441
4. Uwarunkowania zachowań suicydalnych w skali makro	442
5. Wpływ płci, wieku, wykształcenia i sytuacji rodzinnej na zakres postaw suicydalnych	446
6. Selekcja jednostek o osobniczych skłonnościach samobójczych (OSS)	453
7. Dobór prób reprezentujących populację jednostek z OSS	456
Rozdział XXI. OBYCZAJOWE I KULTUROWE UZASADNIENIE SAMOBÓJSTWA	458
1. Obyczaje a samobójstwo	458
2. Teorie kulturowe samobójstwa	465
3. Wpływ kultury na zachowania suicydalne	468
4. Samobójstwo w kulturze	474
Rozdział XXII. SAMOBÓJSTWO JAKO WYRAZ PROTESTU POLITYCZNEGO	490
Rozdział XXIII. SOCJOLOGICZNA INTERPRETACJA ZJAWISKA SAMOBÓJSTWA	504
Rozdział XXIV. ROLA RODZINY W GENEZIE SAMOBÓJSTW	519
Rozdział XXV. ZAINTERESOWANIA PSYCHIATRII SAMOBÓJSTWEM	528
Rozdział XXVI. PSYCHOLOGICZNE PODEJŚCIE DO ZAGADNIENIA SAMOBÓJSTWA	554
1. System wartości a kryteria zachowania	554
2. Teorie psychologiczne zachowań samobójczych	556
3. Pamięć autobiograficzna jako cel oddziaływań terapeutycznych na osoby zagrożone samobójstwem	579
4. Intruzyjne wspomnienia w etiologii zamachów samobójczych	581
Rozdział XXVII. PSYCHOANALITYCZNE TEORIE SAMOBÓJSTWA	585
Rozdział XXVIII. SUICYDOGENNE IMPLIKACJE ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO	598
Rozdział XXIX. ZACHOWANIA SUICYDALNE DZIECI I MŁODZIEŻY	616
1. Uwagi wprowadzające	616
2. Przebieg dorastania	624
3. Wpływ sytuacji rodzinnej na decyzje samobójcze	627
4. Suicydogenne problemy szkoły	628

5. Stresogenność środowiska rówieśniczego	636
6. Poczucie bezsensowności życia i winy	636
7. Stosunek do śmierci	638
8. Analiza osobowości suicydentów	638
Rozdział XXX. ZACHOWANIA SUICYDALNE OSÓB W OKRESIE DOROSŁOŚCI	644
Rozdział XXXI. ETIOLOGIA SAMOBÓJSTW OSÓB STARSZYCH	656
1. Wymiar samobójstw seniorów	656
2. Ogólna ocena uwarunkowań zachowań suicydalnych	659
3. Negatywne skutki samotności	668
4. Niski poziom zadowolenia z życia	673
Rozdział XXXII. BIOLOGICZNE UWARUNKOWANIA SAMOBÓJSTW	679
Rozdział XXXIII. CHOROBY PRZEWLEKŁE A SAMOBÓJSTWO	709
1. Uwagi wprowadzające	709
2. Nowotwory	711
3. Stwardnienie rozsiane	714
4. Padaczka	717
5. Urazy i udar mózgu	718
6. Uszkodzenia rdzenia kręgowego	718
7. Zaburzenia autoimmunologiczne	720
8. Choroby nerek	721
9. Cukrzyca (<i>diabetes mellitus</i>)	721
10. Wrzód trawienny	723
11. Zaburzenia serca	723
12. Astma i przewlekła obturacyjna choroba płuc	723
13. Choroby jelit	724
14. Przeszczepy wątroby	724
15. Choroby nieuleczalne	724
16. AIDS	725
17. Choroba Parkinsona	726
18. Migrena	727
19. Szum w uszach	727
20. Niepełnosprawność intelektualna	727
Rozdział XXXIV. TERRORYŚCI-SAMOBÓJCY	729
Rozdział XXXV. MECHANIZMY ZBIOROWYCH SAMOBÓJSTW CZŁONKÓW SEKT	738
Rozdział XXXVI. BEZROBOCIE A SAMOBÓJSTWA	750
Rozdział XXXVII. SUICYDOGENNE ASPEKTY BEZDOMNOŚCI	759
Rozdział XXXVIII. SUICYDOGENNE ASPEKTY SAMOTNOŚCI	766
Rozdział XXXIX. SAMOBÓJSTWA POLICJANTÓW	776
1. Zakres zjawiska samobójstwa policjantów	776
2. Stres w pracy policji jako czynnik suicydogenny	779
Rozdział XL. SAMOBÓJSTWA WIĘŹNIÓW W ZAKŁADACH KARNYCH	790
1. Samobójstwa w polskich zakładach karnych	790
2. Samobójstwa w zakładach karnych w innych krajach	793
Rozdział XLI. ANALIZA ETIOLOGII ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH NA PODSTAWIE NOTATEK SAMOBÓJCÓW	795
Literatura uzupełniająca do części czwartej	822

Część piąta

KRYMINALISTYCZNA PROBLEMATYKA SUICYDOLOGII

Rozdział XLII. MEDYCZNE ŹRÓDŁA INFORMACJI O SAMOBÓJSTWIE	841
Rozdział XLIII. OGÓLNA METODYKA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKACH ZNALEZIENIA ZWŁOK	851
Rozdział XLIV. SPOSOBY ZAMACHU SAMOBÓJCZEGO	863
1. Uwagi historyczne	863
2. Pojęcia wyjściowe	864
3. Trafność diagnozowania „zewnątrznej” przyczyny samobójstwa	866
4. Schemat informacji o cechach i stanach sprawcy zamachu	868
5. Stopień naruszenia integralności cielesnej	874
6. Sposób popełnienia zamachu a płeć sprawcy	876
Rozdział XLV. POWIESZENIE	878
Rozdział XLVI. ZADZIERZGNIĘCIE	889
Rozdział XLVII. SAMOBÓJCZE OTRUCIE	894
Rozdział XLVIII. SAMOBÓJSTWA DOKONANE ZA POMOCĄ BRONI PALNEJ	903
Rozdział XLIX. SAMOBÓJSTWO SPOWODOWANE RANAMI CIĘTYMI, KŁUTYMI LUB RĄBANYM	911
Rozdział L. SAMOBÓJCZE OBRAŻENIA GŁOWY	917
Rozdział LI. SAMOBÓJSTWO PRZEZ UTONIĘCIE	919
Rozdział LII. SKOK Z WYSOKOŚCI	929
Rozdział LIII. SAMOBÓJSTWO PRZEZ PORĄŻENIE PRĄDEM ELEKTRYCZNYM	935
Rozdział LIV. SAMOSPALENIE	941
Rozdział LV. SAMOBÓJSTWA W RUCHU DROGOWYM	945
Rozdział LVI. PRÓBA SAMOBÓJSTWA ZA POMOCĄ GAZÓW SPALINOWYCH	953
Rozdział LVII. SAMOBÓJSTWO ZŁOŻONE	957
Rozdział LVIII. SAMOBÓJSTWA ZE SPROWOKOWANYM UDZIAŁEM POLICJANTA	962
Rozdział LIX. NIEZWYKŁE PRZYPADKI SAMOBÓJSTW	978
Literatura uzupełniająca do części piątej	989

Część szósta

PROGRAM POMOCY OSOBOM PO USIŁOWANIU SAMOBÓJSTWA

Rozdział LX. OGÓLNE ZASADY POSTĘPOWANIA Z OSOBAMI PO USIŁOWANIU SAMOBÓJSTWA	993
Rozdział LXI. KRYZYSY W ŻYCIU CZŁOWIEKA A ZACHOWANIA SUICYDALNE	1012
Rozdział LXII. INSTYTUCJONALNE FORMY POMOCY W FAZIE KRYZYSU	1029
Rozdział LXIII. RATOWANIE WOLI ŻYCIA	1045
Rozdział LXIV. PSYCHOTERAPIA C.R. ROGERSA	1051
Rozdział LXV. TERAPIA STRATEGICZNA M.H. ERICKSONA	1060
Rozdział LXVI. LOGOTERAPIA V.E. FRANKŁA	1066
Rozdział LXVII. PSYCHOTERAPIA PRZEZ ROZWÓJ K. DĄBROWSKIEGO	1070

Rozdział LXVIII. KSZTAŁTOWANIE I ROZWIJANIE ZAINTERESOWAŃ JAKO METODA PSYCHOKOREKCJI	1080
Rozdział LXIX. PROBLEM PONAWIANYCH ZAMACHÓW SAMOBÓJCZYCH	1084
Rozdział LXX. POSTĘPOWANIE ZAPOBIEGAWCZO-LECZNICZE WOBEC DZIECI I MŁODZIEŻY PRZEJAWIAJĄCYCH TENDENCJE SAMOBÓJCZE LUB PODEJMUJĄCYCH PRÓBY SAMOBÓJCZE	1090
Rozdział LXXI. POMOC PO SAMOBÓJSTWIE OSOBY BLISKIEJ	1100
1. Reakcja żałoby	1100
2. Żałoba jako zadanie	1104
3. Mechanizmy obronne	1105
4. Etapy i fazy żałoby	1107
5. Patologie reakcji żałoby	1110
6. Grupy wsparcia	1116
7. Internet w okresie żałoby	1118
Rozdział LXXII. POMOC PSYCHOLOGICZNA PO SAMOBÓJCZEJ ŚMIERCI UCZNIÓW ...	1122
Literatura uzupełniająca do części szóstej	1127
Część siódma	
SYSTEMY ZAPOBIEGANIA ZAMACHOM SAMOBÓJCZYM	
Rozdział LXXIII. O POTRZEBIE ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM	1133
Rozdział LXXIV. UJEMNE SKUTKI ZACHOWAŃ AUTODESTRUKCYJNYCH JAKO PRZESŁANKA DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH	1138
Rozdział LXXV. PROGRAMOWANIE PROFILAKTYKI A MOTYWY I WARUNKI ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH	1144
Rozdział LXXVI. STRATEGIE ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM	1162
1. Ogólna problematyka strategii	1162
2. Ocena różnych rodzajów strategii	1168
Rozdział LXXVII. ORGANIZACJE I STOWARZYSZENIA ZAPOBIEGAJĄCE SAMOBÓJSTWOM	1199
1. Uwagi wprowadzające	1199
2. Światowa Organizacja Zdrowia (The World Health Organization – WHO)	1199
3. Międzynarodowe Stowarzyszenie Zapobiegania Samobójstwom (International Association for Suicide Prevention, IASP)	1206
4. Światowe Stowarzyszenie Psychiatryczne – Sekcja Suicydologii (The World Psychiatric Association – WPA, Section of Suicidology)	1213
5. Europejskie Stowarzyszenie Psychiatryczne – Sekcja Suicydologii i Zapobiegania Samobójstwom (The European Psychiatric Association – WPA, Section of Suicidology and Suicide Prevention)	1215
6. Sieć Zapobiegania Samobójstwom Europejskiego Kolegium Neuropsychofarmakologii (The Suicide Prevention Network of the European College of Neuropsychopharmacology – ECNP)	1217
7. Amerykańskie Stowarzyszenie Suicydologiczne (American Association of Suicidology, AAS)	1219
8. Amerykańska Fundacja Zapobiegania Samobójstwom (The American Foundation for Suicide Prevention, AFSP)	1223
9. Międzynarodowa Akademia Badań Naukowych w Zakresie Samobójstw (The International Academy of Suicidal Research – IASR)	1226
10. Europejski Sojusz Przeciwko Depresji (European Alliance Against Depression, EAAD)	1228
11. Międzynarodowe Zapobieganie Samobójstwom (Suicide Prevention International, SPI) ...	1228
12. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne	1230
13. Sekcja Naukowa Suicydologii Polskiej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego	1233

Rozdział LXXVIII. PROFILAKTYCZNY PROGRAM MIĘDZYNARODOWEGO STOWARZYSZENIA ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM	1235
Rozdział LXXIX. ŚWIATOWY DZIEŃ ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM – 10 WRZEŚNIA	1241
1. Zachowania suicydalne: zakres problemu	1241
2. Zachowania suicydalne: dalsze czynności profilaktyczne	1243
Rozdział LXXX. WOLONTARIAT W ZAPOBIEGANIU SAMOBÓJSTWOM	1249
1. Organizacje wolontariuszy	1249
2. Charakterystyka organizacji wolontariuszy	1253
Rozdział LXXXI. PRASA I TELEWIZJA W ZAPOBIEGANIU SAMOBÓJSTWOM	1259
Rozdział LXXXII. INTERNET W ZAPOBIEGANIU SAMOBÓJSTWOM	1279
Rozdział LXXXIII. RELIGIA W ZAPOBIEGANIU SAMOBÓJSTWOM	1304
Rozdział LXXXIV. ROLA HIGIENY PSYCHICZNEJ W ZAPOBIEGANIU AGRESJI	1311
Rozdział LXXXV. PSYCHOPROFILAKTYKA SUICYDOLOGICZNA U OSÓB W WIEKU PODESZŁYM	1325
Rozdział LXXXVI. ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM W SZKOŁACH	1336
1. Uniwersalne interwencje w przypadkach samobójstw uczniów	1336
2. Programy antysuicydalne w amerykańskich szkołach	1339
Rozdział LXXXVII. ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM POLICJANTÓW	1347
Rozdział LXXXVIII. ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM WIĘŹNIÓW	1350
Rozdział LXXXIX. KRYMINALISTYCZNE METODY ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWOM ...	1364
Literatura uzupełniająca do części siódmej	1369

TABLE OF CONTENTS

TABLE OF CONTENTS	15
INTRODUCTION	23
Part one	
PRELIMINARY ISSUES	
Chapter I. OBJECTIVES AND TASKS OF SUICIDOLOGY	33
1. Institutionalization and professionalization of the science	33
2. Cognitive and practical tasks of the science	38
3. Premises justifying the establishment of a new scientific discipline – suicidology	44
4. Theoretical aspects of suicidology	47
5. Description and characteristics of the phenomenon of suicide	60
6. Explanation of the determinants of suicide attacks	62
7. Prevention of suicides	64
Chapter II. THE NOTION OF SUICIDE	80
Chapter III. THE RISK OF SUICIDE	103
1. Population of a higher risk of suicide	103
2. Aetiology of the risk of suicidal behaviour	105
3. The risk of suicidal behaviour	118
4. Scales indirectly assessing the risk of suicide	121
5. Identification of risk factors	127
Chapter IV. RELIGION'S ATTITUDE TO SUICIDE	132
1. Introductory remarks	132
2. Suicide in Jewish holy books	135
3. Christianity and suicide	137
4. Suicide and Islam	145
5. The Buddhist view on suicide	146
6. Hinduism and suicide in India	150
7. Shintoism and suicide in Japan	154
8. Confucianism's views on suicide	156
Chapter V. THE PROBLEM OF SUICIDE IN THE VIEWS OF PHILOSOPHERS	159
Chapter VI. SUICIDE IN ECONOMIC TERMS	190
Chapter VII. SUICIDE AND THE LAW	204
1. Historical overview of legislation	204
2. Legal aspects of suicide in the Penal Code and the Civil Code	209
3. The issue of suicide in the legislation of certain states	213
4. Assisted suicide	217

Chapter VIII. SUICIDE AS A CRIMINOLOGICAL PROBLEM	231
Supplementary literature to part one.	237

Part two

METHODOLOGY OF SUICIDOLOGICAL STUDIES

Chapter IX. OBJECTIVES AND DIRECTIONS OF SUICIDOLOGICAL STUDIES	247
1. Identification of trends, periodic fluctuations and cycles of intensified suicide attacks	247
2. Collection and classification of data on specific and peripheral topics regarding the issue of suicide	250
3. Opinion polls on the issue of suicides	256
4. Current suicidology topics in public opinion polls in Poland	257
5. Studies of the adequacy of suicide prevention projects	263
6. Studies of the fate of would-be suicides	266
Chapter X. SELECTION OF STUDY UNITS	268
1. Substitution techniques for randomly selected unavailable individuals	268
2. Randomization of samples for multi-variable research projects	270
3. Sample size which is appropriate to the postulated reliability and accuracy of the study results	271
4. Issues of homogeneity of the sample	274
Chapter XI. STRUCTURE OF RESEARCH TOOLS	275
1. Interviews and their specificity regarding suicidology	275
2. Questionnaires	278
Chapter XII. ANALYSIS OF THE DATA OBTAINED	283
1. Descriptive statistics and methods of preparing them	283
2. Estimating statistical parameters – generalizing inferences	293
3. Principles of statistical verification of hypotheses	296
4. Selected types of statistical hypotheses and outline of the methods of verifying them	300
5. Computer-based statistical analysis	306
6. Variance analysis	308
7. Multiple regression	318
8. Discriminant analysis	320
9. Canonical correlations	322
10. Factor analysis	325
11. Trend analysis – variability over time	326
12. Qualitative data and its analysis	328
13. Logistic regression	328
14. Log-linear analysis	331
Chapter XIII. EXPONENTIAL LEVELLING IN TIME SERIES ANALYSIS – OVERVIEW OF THE METHOD	335
Chapter XIV. SOURCE DATA AND ITS USE	339
1. Source data in suicidology	339
2. Types of published statistical data	341
Supplementary literature to part two	345

Part three

SUICIDES IN POLAND AND IN SELECTED COUNTRIES

Chapter XV. SOURCES OF INFORMATION ON SUICIDE	351
Chapter XVI. SUICIDES IN POLAND	359
1. Introductory remarks	359
2. Gender	363
3. Age	366
4. Voivodship	369

5. Civil status	375
6. Qualifications	378
7. Source of maintenance	378
8. Day of the week	381
9. Place	385
10. Methods of committing suicide	385
11. Reasons	387
12. Covid-19 pandemic	388
Chapter XVII. SUICIDES ACCORDING TO WHO STATISTICS	391
1. Introductory remarks	391
2. Factors of suicides	391
3. Conclusions from the data	397
4. Intensity of suicides in selected countries by gender and age	404
Supplementary literature to part three	406
Part four	
AETIOLOGY OF SUICIDAL BEHAVIOUR	
Chapter XVIII. WOMEN'S SUICIDES	413
Chapter XIX. MODEL OF THE MOTIVATION BEHIND SUICIDAL BEHAVIOUR	421
Chapter XX. BRUNON HOLYST'S CONCEPT OF THE AETIOLOGY OF SUICIDAL BEHAVIOUR	437
1. Suicidogenic situational arrangements (SUS)	437
2. Classification of personal suicidal tendencies (OSS)	438
3. Frequency of the suicidal coincidence of SUS and OSS	441
4. Determinants of suicidal behaviour on a macro scale	442
5. Influence of gender, age, qualifications and the family situation on the scope of suicidal attitudes	446
6. Selection of individuals with personal suicidal tendencies (OSS)	453
7. Selection of representative samples of the population of individuals with OSS	456
Chapter XXI. CUSTOMS AND CULTURAL JUSTIFICATION FOR SUICIDE	458
1. Customs and suicide	458
2. Cultural theories of suicide	465
3. The influence of culture on suicidal behaviour	468
4. Suicide in culture	474
Chapter XXII. SUICIDE AS AN EXPRESSION OF POLITICAL PROTEST	490
Chapter XXIII. SOCIOLOGICAL INTERPRETATION OF THE PHENOMENON OF SUICIDE	504
Chapter XXIV. THE ROLE OF THE FAMILY IN THE ORIGIN OF SUICIDES	519
Chapter XXV. PSYCHIATRY'S INTEREST IN SUICIDE	528
Chapter XXVI. PSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE ISSUE OF SUICIDE	554
1. Value system and behavioural criteria	554
2. Psychological theories of suicidal behaviour	556
3. Autobiographical memory as the target of therapeutic interventions for people at risk of suicide	579
4. Intrusive memories in the aetiology of suicide attacks	581
Chapter XXVII. PSYCHOANALYTIC THEORIES OF SUICIDE	585
Chapter XXVIII. SUICIDOGENIC IMPLICATIONS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER	598

Chapter XXIX. SUICIDAL BEHAVIOUR OF CHILDREN AND ADOLESCENTS	616
1. Introductory remarks	616
2. The course of growing up	624
3. Influence of the family situation on suicide decisions	627
4. Suicidal problems at school	628
5. Stressfulness of the peer environment	636
6. The feeling of the meaninglessness of life and guilt	636
7. Attitude to death	638
8. Personality analysis of suicidal people	638
Chapter XXX. SUICIDAL BEHAVIOUR OF ADULTS	644
Chapter XXXI. AETIOLOGY OF SUICIDES AMONG THE ELDERLY	656
1. Level of suicides of senior citizens	656
2. General assessment of the determinants of suicidal behaviour	659
3. Negative effects of loneliness	668
4. Low level of satisfaction with life	673
Chapter XXXII. BIOLOGICAL DETERMINANTS OF SUICIDE	679
Chapter XXXIII. CHRONIC DISEASES AND SUICIDE	709
1. Introductory remarks	709
2. Cancer	711
3. Multiple sclerosis	714
4. Epilepsy	717
5. Injuries and strokes	718
6. Damage to the spinal cord	718
7. Autoimmune disorders	720
8. Kidney diseases	721
9. Diabetes (<i>mellitus</i>)	721
10. Peptic ulcer	723
11. Heart disorders	723
12. Asthma and chronic obstructive pulmonary disease	723
13. Intestinal disorders	724
14. Liver transplants	724
15. Incurable diseases	724
16. AIDS	725
17. Parkinson's disease	726
18. Migraine	727
19. Tinnitus	727
20. Intellectual disability	727
Chapter XXXIV. SUICIDE TERRORISTS	729
Chapter XXXV. MECHANISMS OF MASS SUICIDES OF MEMBERS OF SECTS	738
Chapter XXXVI. UNEMPLOYMENT AND SUICIDE	750
Chapter XXXVII. SUICIDEOGENIC ASPECTS OF HOMELESSNESS	759
Chapter XXXVIII. SUICIDEOGENIC ASPECTS OF LONELINESS	766
Chapter XXXIX. SUICIDES OF POLICE OFFICERS	776
1. Scope of the phenomenon of police suicides	776
2. Stress in police work as a suicidogenic factor	779
Chapter XL. SUICIDES OF PRISONERS IN PRISONS	790
1. Suicides in Polish prisons	790
2. Suicides in prisons in other countries	793
Chapter XLI. ANALYSIS OF THE AETIOLOGY OF SUICIDAL BEHAVIOUR BASED ON SUICIDE NOTES	795
Supplementary literature to part four	822

Part five

FORENSIC PROBLEM OF SUICIDOLOGY

Chapter XLII. MEDICAL SOURCES OF INFORMATION ON SUICIDE	841
Chapter XLIII. GENERAL METHODOLOGY OF CONDUCT IN CASES OF FINDING A BODY	851
Chapter XLIV. METHODS OF CONDUCTING A SUICIDE ATTACK	863
1. Historical remarks	863
2. Starting concepts	864
3. Correctness of the diagnosis of the 'external' causes of suicide	866
4. Scheme of information about the attacker's characteristics and conditions	868
5. Extent of the breach of bodily integrity	874
6. Method of committing the attack and the perpetrator's gender	876
Chapter XLV. HANGING	878
Chapter XLVI. STRANGULATION	889
Chapter XLVII. SUICIDAL POISONING	894
Chapter XLVIII. SUICIDES COMMITTED WITH FIREARMS	903
Chapter XLIX. SUICIDE CAUSED BY CUTTING, STABBING OR CHOPPING	911
Chapter L. SUICIDAL HEAD INJURIES	917
Chapter LI. SUICIDE BY DROWNING	919
Chapter LII. JUMPING FROM HEIGHTS	929
Chapter LIII. SUICIDE BY ELECTROCUTION	935
Chapter LIV. SELF-IMMOLATION	941
Chapter LV. ROAD TRAFFIC SUICIDES	945
Chapter LVI. ATTEMPTED SUICIDE WITH EXHAUST FUMES	953
Chapter LVII. COMPLEX SUICIDE	957
Chapter LVIII. SUICIDES WITH PROVOKED PARTICIPATION OF POLICE OFFICERS	962
Chapter LIX. UNUSUAL CASES OF SUICIDE	978
Supplementary literature to part five.	989

Part six

AID PROGRAM FOR PEOPLE FOLLOWING ATTEMPTED SUICIDE

Chapter LX. GENERAL PRINCIPLES OF DEALING WITH PEOPLE AFTER AN ATTEMPTED SUICIDE	993
Chapter LXI. CRISES IN A PERSON'S LIFE AND SUICIDAL BEHAVIOUR	1012
Chapter LXII. INSTITUTIONAL FORMS OF AID IN THE CRISIS PHASE	1029
Chapter LXIII. SAVING THE WILL TO LIVE	1045
Chapter LXIV. C.R. ROGERS'S PSYCHOTHERAPY	1051
Chapter LXV. M.H. ERICKSON'S STRATEGIC THERAPY	1060
Chapter LXVI. V.E. FRANKL'S LOGOTHERAPY	1066
Chapter LXVII. K. DĄBROWSKI'S PSYCHOTHERAPY THROUGH DEVELOPMENT	1070

Chapter LXVIII. SHAPING AND DEVELOPING INTERESTS AS A METHOD OF PSYCHO-CORRECTION	1080
Chapter LXIX. THE PROBLEM OF REPEATED SUICIDE ATTACKS	1084
Chapter LXX. PREVENTION AND TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS DEMONSTRATING SUICIDAL TENDENCIES OR ATTEMPTING TO COMMIT SUICIDE ...	1090
Chapter LXXI. AID AFTER THE SUICIDE OF A CLOSE PERSON	1100
1. Mourning reaction	1100
2. Mourning as a task	1104
3. Defence mechanisms	1105
4. Stages and phases of mourning	1107
5. Pathologies of the mourning reaction	1110
6. Support groups	1116
7. Internet in the period of mourning	1118
Chapter LXXII. PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE AFTER A STUDENT SUICIDE	1122
Supplementary literature to part six	1127
Part seven	
SUICIDE ATTACK PREVENTION SYSTEMS	
Chapter LXXIII. THE NEED FOR SUICIDE PREVENTION	1133
Chapter LXXIV. NEGATIVE CONSEQUENCES OF SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOUR AS A PREMISE FOR PREVENTIVE ACTION	1138
Chapter LXXV. PROGRAMMING PREVENTION AND THE MOTIVES AND CONDITIONS OF SUICIDAL BEHAVIOUR	1144
Chapter LXXVI. SUICIDE PREVENTION STRATEGIES	1162
1. General strategy issues	1162
2. Assessment of various types of strategy	1168
Chapter LXXVII. SUICIDE PREVENTION ORGANIZATIONS AND ASSOCIATIONS	1199
1. Introductory remarks	1199
2. The World Health Organization (WHO)	1199
3. The International Association for Suicide Prevention (IASP)	1206
4. The World Psychiatric Association (WPA), Section of Suicidology	1213
5. The European Psychiatric Association (WPA), Section of Suicidology and Suicide Prevention	1215
6. The Suicide Prevention Network of the European College of Neuropsychopharmacology (ECNP)	1217
7. The American Association of Suicidology (AAS)	1219
8. The American Foundation for Suicide Prevention (AFSP)	1223
9. The International Academy of Suicidal Research (IASR)	1226
10. The European Alliance Against Depression (EAAD)	1228
11. Suicide Prevention International (SPI)	1228
12. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne (the Polish Suicidology Society)	1230
13. Sekcja Naukowa Suicydologii Polskiej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Polish Scientific Suicidology Section of the Polish Psychiatric Association)	1233
Chapter LXXVIII. INTERNATIONAL PREVENTIVE PROGRAMME OF THE SUICIDE PREVENTION ASSOCIATION	1235
Chapter LXXIX. WORLD SUICIDE PREVENTION DAY – 10 SEPTEMBER	1241
1. Suicidal behaviour: extent of the problem	1241
2. Suicidal behaviour: further preventive measures	1243
Chapter LXXX. SUICIDE PREVENTION VOLUNTEERING	1249
1. Volunteer organizations	1249
2. Description of volunteer organizations	1253

Chapter LXXXI. PRESS AND TELEVISION IN SUICIDE PREVENTION	1259
Chapter LXXXII. THE INTERNET IN SUICIDE PREVENTION	1279
Chapter LXXXIII. RELIGION IN SUICIDE PREVENTION	1304
Chapter LXXXIV. THE ROLE OF MENTAL HYGIENE IN THE PREVENTION OF AGGRESSION	1311
Chapter LXXXV. SUICIDOLOGICAL PSYCHOPREVENTION IN ELDERLY PEOPLE	1325
Chapter LXXXVI. PREVENTION OF SUICIDE IN SCHOOLS	1336
1. Universal interventions in cases of student suicides	1336
2. Anti-suicidal programmes in American schools	1339
Chapter LXXXVII. PREVENTION OF POLICE SUICIDES	1347
Chapter LXXXVIII. PREVENTION OF PRISON SUICIDES	1350
Chapter LXXXIX. FORENSIC METHODS OF PREVENTING SUICIDES	1364
Supplementary literature to part seven	1369

WPROWADZENIE

O życiu i śmierci powiedziano najwięcej i dlatego ciągle trzeba zaczynać od początku. Czym właściwie jest życie?

Idealny ład to bezruch, a więc i brak życia. Czysty chaos to brak zdolności do czegośkolwiek, a więc i do istnienia. Życie jest po prostu bezustanną walką porządku z chaosem.

Metody, techniki i narzędzia usuwania wielu zakłóceń przekazywane są w znacznej mierze genetycznie. Organizm wie niejako od urodzenia, jak dbać o utrzymanie porządku we własnym domu. Przywracanie harmonii wymaga jednak energii. Jej wydatek ponad pewien poziom staje się dla organizmu wysiłkiem, a wysiłek – po przekroczeniu pewnych granic – cierpieniem. Jeśli zakłócenia są przypadkowe, a są, to i cierpienia muszą być losowe. Mimo możliwości odnawiania zasób energii w organizmie jest ograniczony, cierpienie musi więc mieć swe granice. Zakłócenia natomiast mogą spotykać ludzi bez końca i wtedy właśnie nie starcza energii, braknie sił do walki z losem, ustaje zdolność przywracania biologicznego porządku. Nić życia pęka pod ciężarem zakłóceń-przeciwności, a właściwie rozrywają się dwa – splecione ze sobą w tajemniczy warkocz istnienia – wątki życia: *physis* i *psyche*.

Żywą materię mogą bezpośrednio zniszczyć zakłócenia przybierające bądź postać drapieżnych mikroustrojów, bądź kosmicznych katastrof, a najczęściej – postać tego, co jawi się między tymi drastycznymi krańcami. Pęka wtedy fizjologiczny rdzeń – surowiec życia. Duch słabnie zaś wtedy, gdy świat burzy w człowieku architekturę wyobraźni o bliźnim, a w mroku cierpienia chwieją się fundamenty oczekiwań na czyjeś współzucie, na dłoń gotową do wsparcia, na świadectwo ideału społecznego bytowania.

W zdrowym ciele zdrowy duch – to życie wymarzone. W chorym ciele chory duch to widmo najgorszej ze śmierci. Większość ludzi umiera w wyniku utraty energii fizjologicznej, zachowując do końca wolę życia. Zabójcą staje się tu somatyczna niewydolność, wypadek czy po prostu bezwzględny w uśmiercaniu czas. Ciało zabić mogą inni. Wtedy odchodzi z tego świata i dusza. Na niektórych z nas spada tak dużo przeciwności losu, że w fizjologicznie pulsującym ciele ginie sama chęć życia. Wówczas zdarza się chęć uwolnienia duszy. Duszę z ciała możemy uwolnić tylko my sami, a wtedy ginie też nasze ciało. Gdy zabijamy w sobie ciało, jest to poświęcenie, a nie samobójstwo. Można chcieć żyć i dać się zabić, i odebrać sobie życie, ponieważ ciało nie dla wszystkich jest darem bezcennym. Są wartości cenniejsze. Darem bezcennym dla wszystkich pozostaje dusza (Faust potwierdza tylko tę regułę). Duszy się nie poświęca, duszę zabiera się z sobą, gdy

świat staje się bez wartości. Samobójstwo jest zawsze zamachem na duszę, przy czym dla „szkiełka i oka” widoczne pozostaje samo tylko ugodzenie w cielesną powłokę, bo przecież inaczej uwolnić duszy nie można.

Nie ma większej różnicy w przywracaniu sprawności ciała ofiary samochodowego wypadku czy samobójczego rzucenia się pod koła pojazdu, nie ma różnicy w ratowaniu ciała ofiary zatrucia pokarmowego czy samobójczego przedawkowania leków. Ciało reaguje na wszelkie zakłócenia mechaniczne, bez względu na ich „motywacyjne” źródło. Uratować życie to uratować ciało, uratować człowieka to uratować chęć życia. Gdy o tym zapominamy, ratowanie życia staje się ratowaniem duchowo „odmóżdżonej” fizjologicznej maszyny.

Powszechnie sądzi się, że ratowanie życia jest moralnym nakazem. Czy jednak wolno nam ratować ciało, jeżeli nie potrafimy ratować ducha?

Ciągle rośnie zdolność 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 woli życia, ożywiamy jedynie ciało. Uzasadnieniem ratowania samego ciała pozostaje nadzieja, że w pewnym momencie uda się uratować w tym ciele też duszę.

„Po co uratowaliście moje ciało, gdy dusza pozostaje dla was obojętna?” – czy słowa te, kierowane do lekarzy, należą do rzadkości? Tym przecież różni się lekarz ratujący życie, a nie tylko biologiczną powłokę. Długo trzeba studiować i praktykować, aby umieć przywracać człowiekowi sprawność ciała. Natomiast nie tak wiele jest źródeł wiedzy, podręczników i katedr, z których można czerpać wiadomość o tym, jak przywracać wolę życia. Każdy lekarz cieszy się z sukcesu przywrócenia sprawności ciała temu, kto usiłował odebrać sobie życie. W jakie jednak wpada zakłopotanie, jaki przeżywać musi lęk, gdy przyjdzie mu spojrzeć w oczy ciągle przepełnione duchową śmiercią.

Każdy przypadek samobójstwa sam w sobie jest niepowtarzalny. Ta prawda dotyczy także chorób ciała, nie tylko *psyche*, a jednak usuwamy w nim skutki zakłóceń dzięki wiedzy nie jednostkowej, ale ogólnej – dzięki nauce.

W każdym niepowtarzalnym przypadku mamy też coś powtarzalnego i właśnie ten fakt skłania nas do refleksji nad tym, co we współczesnej nauce może być pomocne w procesie przywracania woli dalszego istnienia tym, którzy ciało swe próbowali życia pozbawić, a którym zostało ono uratowane. Jeśli przywracamy sprawność ciała bez zmiany warunków jego egzystencji, to czyż nie jest to zabieg jedynie techniczny, czyż nie jest to ratowanie życia tylko po to, aby skazać je na kolejne samobójstwo?

Jeśli pragniemy ratować życie ludzkie, najczęściej wystarczy umiejętność ratowania ciała. Jeśli jednak gotowi jesteśmy przywracać życie niedoszłemu samobójcy, to dodatkowo musimy zdobyć umiejętność przywracania obumarłej woli, chęci do ziemskiej egzystencji. Przywracanie życia to nie tylko wzmacnianie sprawności fizycznej organizmu, ale i zmniejszanie obciążeń, gdy te przekraczają jego siły.

Ambicją niniejszej pracy jest wniesienie chociażby najmniejszego wkładu w spełnienie tak pojmowanego humanistycznego obowiązku ratowania tych, na których spadły ciężary nie do udźwignięcia.

Podstawową, pierwszą przesłanką suicydologicznego wnioskowania staje się twierdzenie, że samobójcą może stać się bez wyjątku każdy człowiek. Samobójcą staje się przecież ten, kto traci wolę życia, kto o życie przestaje dbać. Czyż tak trudno wyobrazić sobie zdarzenia pozbawiające życie wszelkiej wartości, czyniące zeń jedynie wartość ujemną,

przykrą, bolesną, samo tylko źródło cierpienia? Każda materia ma granice swego wyczerpania – o tym są przekonani wszyscy. Każdy też może wyobrazić sobie sytuacje coraz trudniejsze do przeżycia, do zniesienia, a więc i coraz mniej prawdopodobne, toteż nikt nie wierzy, że właśnie on sam może paść ofiarą tych zdarzeń. Wszyscy mogą zachorować na raka, stracić bliskich, tylko nie on. I jest to rozumowanie intuicyjnie w pełni racjonalne. W codziennym życiu za zdarzenia praktycznie pewne uważa się takie, których prawdopodobieństwo pojawienia się przekracza 0,95. Właśnie taki jest niejako biologicznie wyznaczony dla człowieka współczynnik ufności w przebieg zmian w otaczającym go świecie. Prawdopodobieństwo zachorowania nieuleczalnie jest nikłe, to samo dotyczy utraty najbliższych nam osób w wypadku i dlatego właśnie wykluczamy możliwość wystąpienia tak tragicznych dla nas zdarzeń.

Jednostkowy przypadek odebrania sobie życia jest zawsze tragedią największą, w swej masie zaś staje się tylko statystycznym wskaźnikiem, surowcem naukowej analizy, dowodem przyrodniczej prawidłowości. Ten sam los, który trafia bolesnymi doświadczeniami, niektórym spieszy w ostatniej chwili na ratunek i przywraca uchodzące życie. Nie przywraca jednak równocześnie dawnej odporności na ciosy.

Po sukcesie w ratowaniu ciała stajemy wobec problemu najtrudniejszego – ratowania chęci przystąpienia do dalszej gry, powtórnego udziału w życiu; w losowaniu stajemy wobec problemu ratowania gotowości do ryzyka kontynuowania życia, bo życie jest przecież nieustannym ryzykiem, zakładem z sobą samym i z najgroźniej pojmowaną naturą świata.

Na najbardziej fundamentalnym poziomie egzystencjalnym zwracamy uwagę na samobójstwo, ponieważ występuje ono jako fascynująca wewnętrzna potrzeba i jest niszczącą, nie do uniknięcia sprawą życia. Francuski powieściopisarz i filozof Albert Camus opisał dokładnie ten podstawowy aspekt samobójstw. Według niego to, czy człowiek może żyć lub dokonać wyboru, żeby żyć, stanowi poważny problem filozoficzny. Camus twierdzi, że człowiek wymyślił Boga, aby móc żyć i nie zabić siebie, i jedyne, co może zrobić, to pogodzić się ze śmiercią. „Samobójstwo – pisze Camus – przygotowuje się w ciszy serca, jako że jest to wielkie dzieło sztuki”¹.

Zygmunt Freud również widział pragnienia życia i śmierci nierozzerwalnie ze sobą związane. Twierdził, że życie jest zubożałe, przestaje być interesujące, gdy samo życie – najwyższa stawka w grze – nie jest zagrożone. Dość wcześnie Freud zaczął postrzegać agresję jako produkt frustracji impulsów seksualnych i zaczął właściwie wykazywać tendencje do utożsamiania całej energii życia z energią seksualną. Jednakże po rzezi, której był świadkiem w czasie pierwszej wojny światowej, uznał on, że istnieją dwa przeciwstawne instynkty: życie (*eros*) i śmierć (*tanatos*). Wszystkie instynkty dążą do zmniejszenia napięcia. Libido dąży do zmniejszenia napięcia seksualnego, natomiast instynkt śmierci dąży do wyeliminowania napięcia samego życia. Życie szuka spokoju śmierci, jak to Freud ujmuje, a uniwersalnym celem wszystkich substancji żywych jest „powrót do ciszy świata nieorganicznego”. Freud twierdził, że dużo zewnętrznej agresji wobec innych jest konieczne, aby uniknąć autodestrukcji. Opisuując melancholię (depresję), Freud czuł, że ludzie nie znajdują dosyć energii, żeby się zabić, jeżeli nie zabiją najpierw zinternalizowanego obiektu, z którym wcześniej się identyfikowali, i nie obróć tego wcześniejszego pragnienia śmierci przeciwko fragmentowi swojego własnego ego (rozdwojenie *ego*).

¹ A. Camus, *Mit Syzyfa*, Warszawa 1948.

W pewnym sensie prowadzi się badania dotyczące samobójstw, aby żyć lepiej. Suicydologia niekoniecznie jest tragiczną nauką, jak mogłoby się wydawać. Można by twierdzić, że perspektywa dość krótkiego okresu życia rzuca cień na całe nasze życie i to może prowadzić do wszechobecnego występowania łagodnej depresji funkcjonalnej (rodzaj kryzysu – *low-ebb dysthymia*), utraty wiary w sens życia, a nawet rozpacz². Niektóre samobójstwa mogą być postrzegane jako rozsądne decyzje, kiedy mimo znacznego wysiłku, aby prowadzić lepsze życie (często poddając się psychoterapii i leczeniu farmaceutycznemu), nie potrafimy się nim cieszyć³.

Camus wskazywał na to, że religia stanowi nieodłączną część myśli i działań samobójczych. Na przykład, czy nasze życie ma jakiś ostateczny cel, który zobowiązuje nas moralnie do życia nadal, nawet jeśli jest ono pełne ogromnego cierpienia i bólu? Może społeczna odraza wobec samobójstwa nie wynika z tego, że ktoś umiera, lecz z powodu pychy mężczyzn i kobiet, którzy wzięli swoje życie w swoje ręce, wyjmując je z rąk Boga? Jednakże można argumentować przekonująco, że samobójstwa częściej zawodzą niż zrozpaczone i stosunkowo niesprawne biologicznie osoby i zwykle dostarczają pospiesznego, może niepotrzebnego, rozwiązania ich życiowych problemów. Samobójstwo bywa rodzajem darwinistycznej niezdolności do życia w ogóle lub życia wystarczająco dobrze, aby przetrwać. Suicydologia przypomina psychologię, a zajmuje się naukowym badaniem i prewencją samobójstw. Jest nauką o zachowaniach autodestrukcyjnych, myślach czy uczuciach i w ten sam sposób jak psychologia zajmuje się umysłem i procesami myślowymi, uczuciami czy pragnieniami. Niewątpliwie termin „suicydologia” może dla wielu brzmieć obco – tak jak kiedyś terminy „psychologia” i „psychiatria”. Suicydologia nie przypomina innych nauk behawioralnych, ponieważ nie ogranicza się jedynie do badań naukowych samobójstwa, lecz także zajmuje się jego prewencją. W pewnym sensie suicydologia jest medycyną wewnętrzną. Lekarz internista mógłby powiedzieć: „Ma pani guzek w piersi. Powinien się tym zająć chirurg”. Niedodanie uwagi o konieczności klinicznej interwencji wydaje się wysoce nieestosowne. Niemniej jednak niektórzy suicydolodzy twierdzą, że koncepcja suicydologii logicznie nie ogranicza prewencji samobójstw.

Suicydologia obejmuje nie tylko dokonane samobójstwa i próby nieudane, lecz także częściową autodestrukcję, gesty samobójcze i myśli samobójcze (*ideation*), parasamobójstwo, zamierzone samookaleczenie, samookaleczenie oraz całą panoramę zachowań autodestrukcyjnych. Popelnione samobójstwa są stosunkowo rzadkie i stanowią 1–3 przypadki na 10 000 ogółu populacji w ciągu roku. Jednakże zupełne samobójstwa stanowią jedynie czubek autodestrukcyjnej góry lodowej. Należy zawsze brać pod uwagę pełen zakres zmiennej zależnej badanego tematu (w tym przypadku – samobójstwa).

Oczywiście należy uważać, aby zmienna zależna nie była zbyt szeroka. Nie chcemy mieć zbyt dużo zróżnicowanych wyników oznaczonych jako „samobójcze”. Nie wszystkie zachowania i postawy są autodestrukcyjne. Jeśli będziemy mieli dużo różnych autodestrukcyjnych wyników, będą one miały prawdopodobnie unikatowe, specyficzne wyjaśnienia, ponieważ samobójstwo nie jest jedną rzeczą, lecz składa się na nie wiele zachodzących na siebie zjawisk, co powoduje, że nie ma ono jednej przyczyny.

Absolutnie fundamentalna różnica występuje między dokonaniem samobójstwem a próbą samobójczą, która nie zakończyła się śmiercią. Termin „samobójstwo” implikuje śmierć, natomiast próba samobójcza – niekoniecznie. Osoby, które dokonują próby samo-

² E. Becker, *The Denial of Death*, New York 1973.

³ R.W. Maris, *The Evolution of Suicidology* [w:] A.A. Leenaars (red.), *Suicidology. Essays in Honor of Edwin Shneidman*, Northvale, NJ 1993.

bójczej, oraz osoby, które odebrały sobie życie, stanowią zachodzące na siebie populacje. Nie należy jednak zapominać, że około 85% osób, które podjęły próbę samobójczą, umiera śmiercią naturalną. Klinicyści powinni być wyjątkowo ostrożni, aby nie generalizować niewłaściwie, uznając częściowo autodestrukcyjnych pacjentów za samobójców (jak to czynił Freud). Ile artykułów w pismach naukowych i monografiach badawczych nosiło tytuł „Samobójstwo...”, mimo że żaden przypadek w ich próbach nie był śmiertelny?

Istnieje wiele istotnych różnic między samobójstwami a próbami samobójczymi, które nie zakończyły się śmiercią. Niektóre z tych różnic obejmują stosowaną metodę, liczbę prób samobójczych, płeć, wiek, miejsce, gdzie dokonano samoobrazów, dynamikę interpersonalną, pozostawienie wiadomości dotyczącej samobójstwa, zdrowie psychiczne i izolację społeczną. Psychodynamika, motywacja, zamiar samobójstw i prób samobójczych są często całkowicie odmienne. Zajmując się samobójstwami i ich prewencją, musimy być pewni, że nasza baza danych zawiera rzeczywiste przypadki samobójstw ze skutkiem śmiertelnym. Nie tylko dokonane samobójstwa powinny być w centrum uwagi, lecz także terapia osób o nastrojach samobójczych. Nie można zapominać o tym, że samobójcy umierają pojedynczo i mają swoją własną, niepowtarzalną historię życia. Grupy wysokiego ryzyka, profile według Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) depresyjne, alkoholicy itp. nigdy nie odbierają sobie życia. To powinno dać do myślenia klinicyście, że plany terapii i prewencji samobójstw oraz strategie interwencyjne wymagają takiego opracowania, aby odpowiadały szczególnym potrzebom, cierpieniom, sytuacji i biologii konkretnej osoby.

Zarządzanie kliniką (włącznie z psychoterapią i farmakoterapią) pacjentów suicydalnych stanowi jeden z naszych kluczowych celów. Klinicyści potrzebują wydawnictwa encyklopedycznego, zawierającego informacje na temat rekomendowanego leczenia specyfikami psychotropowymi, które redukują myśli samobójcze lub zachowanie, i o tym, jakie leki mogą pogarszać stan pacjenta. Jakie są główne specyficzne terapie alternatywne dla jakiego typu zachowań autodestrukcyjnych? Jak terapia zapobiegająca samobójstwu różni się w zależności od wieku, płci, rasy, stanu cywilnego, zawodu itp.? Co należy zrobić, jeśli dojdzie do samobójstwa w szpitalu lub klinice? Jak w zróżnicowany sposób radzić sobie z zachowaniem autodestrukcyjnym w różnych miejscach (więzienie, dom, szpital psychiatryczny, miejsce odosobnione, klinika ambulatoryjna, szkoła, hotel, most itp.)? Co dokładnie należy zrobić w różnych rodzajach przedawkowania? Lista pytań na tym się nie kończy.

Przez długi czas były niewielkie możliwości zestawienia badań dotyczących samobójstw, ponieważ suicydologia była stosunkowo nową dziedziną naukową. Obecnie jednak może powstać dojrzały podręcznik na temat suicydologii i zapobiegania samobójstwom. Od lat sześćdziesiątych XX w. Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego w USA (National Institute of Mental Health) finansuje prowadzenie badań na temat samobójstw i gromadzenie ich wyników.

Powszechnie przyjmuje się, że samobójstwo jest indywidualnym wyborem. Wybór w samobójstwie nie jest jednak łatwy do ustalenia. Rozważmy na przykład przypadek sati – odmiany śmierci, który został wyjęty spod prawa, ale nie został wyeliminowany we współczesnych Indiach. Postępując zgodnie z praktyką sati, wdowa wspina się na stos pogrzebowy zmarłego męża, aby spłonąć razem z nim. Sati jest prawdopodobnie dobrowolna. Jednak znaczenia i społeczne konsekwencje wdowieństwa kobiet i sati rodzą pytania o wybór sati. Według wierzeń hinduskich, jeśli mąż umiera przed żoną, to z powodu krzywd, które ona popełniła w tym lub poprzednim życiu.

W tradycyjnych społecznościach hinduskich oczekuje się, że wdowa podda się poważnym ograniczeniom społecznym i ekonomicznym. Ograniczenia te wahają się od zakazu zawierania małżeństw, przez wygnanie, bez własności, do asramu (domu wdów). Natomiast wdowa, która umiera przez sati, jest celebrowana. Wierzy się, że dzięki sati przynosi ona wielkie szczęście sobie i swojej rodzinie. Tak więc w tradycji hinduskiej wdowa nie ma dobrych wyborów życiowych; ma tylko wybór dobrej śmierci⁴.

Badania naukowe i prewencja są od siebie zależne. Zrozumienie logicznie poprzedza interwencję i kontrolę. Bez solidnej naukowej podstawy prewencja samobójstw będzie nieskuteczna. Kolejnym powodem, dla którego prowadzimy badania dotyczące samobójstw, jest uzyskanie możliwości skutecznego interweniowania w przypadku zachowań autodestrukcyjnych. Osoby, które cierpią, które straciły wszelką nadzieję, przeżywają depresję, niepokój, mają prawo do złagodzenia ich stanu na krótko przed nieodwracalnym krokiem prowadzącym do utraty świadomości (tzn. śmiercią)⁵.

Zapobieganie samobójstwom wymaga podejścia naukowego. Nie może być oparte na opowiadaniach, odczuciach intuicyjnych, magii, intuicji i subiektywnych ocenach klinicznych, jakkolwiek i one są czasem ważne.

Problematyką śmierci gwałtownej (samobójstwo, zabójstwo) z punktu widzenia kryminalistyki, kryminologii, medycyny sądowej zacząłem się interesować już od 1953 r. Z czasem moje studia nad tymi zjawiskami zaczęły przybierać formę refleksji filozoficznych, psychologicznych i socjologicznych. Syntezę wielu wątków badawczych stanowi publikacja *Samobójstwo – przypadek czy konieczność* (Warszawa 1983), w której wskazywałem na potrzebę podjęcia szerszych, interdyscyplinarnych badań w celu opracowania programu profilaktyki suicydalnej.

W kolejnych latach podjąłem badania, koncentrując się na usiłowaniach samobójstw, a więc na tych zachowaniach autodestrukcyjnych, które nie zakończyły się zgonem. Istnieje w takich wypadkach możliwość uzyskania wielu informacji dotyczących okoliczności i motywów zachowań suicydalnych, jednocześnie zaś ich interpretacja ma określone granice, ponieważ należy się liczyć z zamiarem fałszowania rzeczywistości, co często znajduje wyraz w obciążeniu odpowiedzialnością innych osób, wskazywaniu na obiektywne czynniki sprawcze itp. Dopiero więc komplementarne podejście do problematyki badania samobójstw (usiłowanych i dokonanych) pozwala na zbliżenie się do prawdziwej istoty tego zjawiska.

Pamiętać jednakże należy, że wielu zagadnień wciąż nie znamy. Niemal każdy przypadek samobójstwa ma swoje własne oblicze. Dlatego wyciąganie ogólnych wniosków musi być poprzedzone dokładną analizą statystyczną podobnych przypadków. Uważam ponadto, że akt targnięcia się na własne życie jest bardzo często aktem desperacji, próbą wołania o pomoc, sygnałem dla otoczenia mającym wymowę egzystencjalną, jest potrzebą zwrócenia uwagi bliskich na swoje problemy, w subiektywnym odczuciu osoby podejmującej decyzję o rozstaniu się z życiem nie do rozwiązania przez nią samą. Ci ludzie nie chcą umierać, oni po prostu nie mogą dłużej żyć. Zamach samobójczy jest więc nie tylko wyzwaniem rzuconym społeczeństwu, jest przede wszystkim wołaniem o pomoc skiero-

⁴ K.R. Andriolo, *Gender and the cultural construction of good and bad suicides*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 1998/28; A.T.A. Cheng, C.S. Lee, *Suicide in Asia and the Far East* [w:] K. Hawton, K. van Heeringen (red.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Wiley, Chichester, England, 2000

⁵ *Introduction to the Study of Suicide* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, M.M. Silverman, *Comprehensive textbook of suicidology*, New York 2000, s. 3–6.

wanym w jego stronę. Należy pamiętać, że życie ludzkie jest najwyższą wartością, którą zarówno sama jednostka, jak i społeczeństwo, w którym ona żyje i funkcjonuje, powinny chronić jako największe i najcenniejsze dobro.

W czasach nowożytnych od początku XIX wieku do końca II wojny światowej samobójstwo uległo zindywidualizowaniu, czyli stuleciu zniszczenia naznaczonego przez poległych z dwóch wojen światowych, Holokaustu i Archipelagu Gułag, jednostka przeciwstawia zabijaniu „mas istot ludzkich” własne samobójstwo. Śmierć wydaje się „ucieczką od życia”, które stało się „nie do zniesienia”⁶.

Czas bezpośrednio po drugiej wojnie światowej charakteryzował się rozczarowaniem utratą wartości moralnych, która przejawiała się w Holokauście i Gułagu, a także niszczycielskimi następstwami zrzutów bomb atomowych na Hiroszimę i Nagasaki. Drugi aspekt dotyczy coraz częstszych prezentacji samobójstw w środkach masowego przekazu.

Jestem zobowiązany tym moim Rozmówcom, którzy po nieudanych próbach samobójczych dzielili się swoimi uwagami o życiu i śmierci. Owocem tych badań była książka *Przywrócenie życia* (PWN, Warszawa 1991). Wśród moich Czytelników były osoby, które po lekturze dwóch książek poświęconych problematyce samobójstw uwierzyły w wartość życia.

Doświadczenie naukowe w zakresie badań suicydologicznych pozwoliło mi także na konfrontację na forum międzynarodowym.

Brałem udział w międzynarodowych konferencjach suicydologicznych (np. w Hel-sinkach, Montrealu, Interlaken).

Prowadziłem także wykłady z zakresu suicydologii (w ramach kryminologii) na Uniwersytetach w Chinach, Japonii i Kanadzie i jako samodzielny przedmiot przez trzy lata w Niemczech⁷.

Wiele interesującego materiału zawierają publikacje Autorów PTS w „Suicydologii” i „Bibliotece Suicydologicznej”.

Inspiracją dla analizy wielu problemów bywa książka *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* pod red. Prof. Danuty Wasserman, Oxford 2021.

Od wielu lat Stefan Chwin szuka w swojej twórczości odpowiedzi na pytanie: Dlaczego człowiek popełnia samobójstwo? Wynikiem tych poszukiwań jest m.in. interesująca książka *Samobójstwa jako doświadczenie wyobraźni*, Gdańsk 2016.

Ciekawy materiał zawiera publikacja Piotra Sarzyńskiego *Leksykon samobójców*, Warszawa 2002. Autor analizuje 490 biogramów samobójców. Są to postacie historyczne, biblijne, mitologiczne i literackie. Analiza tych biogramów dostarcza cennych informacji dla suicydologii m.in. na temat motywów samobójców.

Niniejsze studium nie stanowi syntezy dotychczasowych publikacji suicydologicznych. Jest to obszerna publikacja analizująca wszystkie aspekty samobójstwa.

Człowiek znajdujący się w kryzysowej sytuacji – w depresji – oczekuje pomocy. Liczba ludzi cierpiących, podejmujących zamiar samobójczy, systematycznie wzrasta.

Jest życzeniem autora, aby trzecie rozszerzone wydanie *Suicydologii* odegrało ważną rolę, nie tylko intelektualno-poznawczą, lecz także społeczną.

Osiągnięciu tego celu może służyć m.in. część siódma monografii, dotycząca metod profilaktyki.

⁶ T. Bronisch, W. Felber, *Der Selbstmord in bildenden Kunst (Suicide in Arts)*, Regensburg 2014.

⁷ B. Hołyst, *Selbstmord-Selbsttötung. Kriminologische und kriminalistische Erkenntnisse über Probleme von Ich und Gesellschaft*, München 1986.

Część pierwsza

ZAGADNIENIA WSTĘPNE

Rozdział I

CELE I ZADANIA SUICYDOLOGII

Kreowanie nowej nauki, jaką jest niewątpliwie suicydologia, wymaga rozważań wstępnych dotyczących w szczególności dwóch ogólnych zagadnień, a mianowicie instytucjonalizacji i profesjonalizacji nauki oraz poznawczych i praktycznych zadań nauki.

1. Instytucjonalizacja i profesjonalizacja nauki

Naukę współczesną ukształtowały dwa procesy. Pierwszy z nich określa się mianem instytucjonalizacji, drugi zaś – profesjonalizacji badań związanej z ich uprzemysłowieniem. Konsekwencją tego drugiego właśnie procesu stała się zasadnicza zmiana miejsca i roli nauki w życiu społecznym, a także przemiany jej wewnętrznej struktury jako instytucji¹.

Przyjmuje się, że na instytucjonalizację jakiejś działalności, w której wyniku staje się ona instytucją czy systemem społecznym, składają się następujące czynniki:

Po pierwsze, uznanie przez społeczeństwo lub jakąś jego część, iż dana działalność spełnia ważną funkcję społeczną cenioną dla niej samej.

W przypadku badań naukowych oznacza to uznanie ich jako uprawnionej drogi dochodzenia do wiedzy, która – podobnie jak sztuka – przyczynia się do zrozumienia przez człowieka siebie samego i swego otoczenia, choć jest to droga zasadniczo odmienna od zdobywania jej czy to na mocy tradycji, autorytetu źródeł, przez spekulację filozoficzną, czy dzięki objawieniu. Oznacza to zarazem uznanie zwierzchniego autorytetu ludzi zajmujących się tą działalnością w orzekaniu, na czym ta swoista droga polega i jakie są jej wiarygodne osiągnięcia. Uznanie wiedzy zdobywanej w ten sposób jako powszechnie ważnej i cennej zasada się na koncepcji autonomii poznawczej podmiotu.

Po drugie, instytucjonalizacja jakiejś działalności wymaga ukształtowania się norm regulujących postępowanie ludzi zajmujących się nią, norm mających zapewniać realizację jej celów oraz autonomię wobec innych systemów społecznych.

¹ S. Amsterdamski, *Between History and Method*, Warsaw 1983, s. 4–8.

W przypadku badań naukowych wymaga to od ludzi, którzy je uprawiają, przestrzegania takich norm, jak:

- a) bezinteresowne poszukiwanie prawdy;
- b) podawanie do wiadomości publicznej własnych wyników zarówno w celu umożliwienia ich kontroli przez innych oraz krytyki, jak i wykorzystania ich w dalszych badaniach lub w celu ewentualnych zastosowań praktycznych; wiedza naukowa nie może podlegać tajemnicy ani licencjonowaniu czy patentowaniu, stanowić ma własność i dobro powszechne;
- c) uznanie, że wartość twierdzeń naukowych nie zależy od ich autorstwa; respektowanie tej normy czyniło możliwym kształtowanie się międzynarodowej wspólnoty uczonych, w której pozycja każdego zależy ma jedynie od jego, potwierdzonych przez kolegów, osiągnięć;
- d) sceptycyzm wobec wyników uzyskiwanych przez innych, to jest ponoszenie osobistej odpowiedzialności za wykorzystanie cudzych wyników oraz podawanie do wiadomości publicznej wszystkich zastrzeżeń krytycznych do prac cudzych.

Przestrzeganie bowiem tych norm stanowi warunek sprawnego funkcjonowania systemu niezależnie od tego, czy celem, któremu służą, jest maksymalnie szybki przyrost nowej wiedzy, czy służą one uzyskiwaniu w wyznaczony sposób pewnego szczególnego dobra, jakie jest w systemie wymieniane, a mianowicie społecznego uznania za uzyskane osiągnięcia. Tak czy inaczej interpretowane, normy te wyznaczają wewnętrzne stosunki współpracy i współzawodnictwa między uczestnikami systemu. Stanowią zarazem podstawę konstruowania idealnego wzorca osobowości uczonego jako człowieka, który przynajmniej w swej działalności intelektualnej nimi się bezwzględnie kieruje. Ogromna literatura popularyzująca naukę propaguje jednocześnie ten wzorzec osobowy uczonego.

Po trzecie wreszcie, instytucjonalizacja wymaga pewnego przynajmniej przystosowania się norm regulujących funkcjonowanie innych systemów społecznych do norm, którym podporządkowana jest dana działalność.

W przypadku badań naukowych wymaga to z kolei spełnienia poza systemem nauki takich warunków, jak wolność słowa, opinii, swoboda komunikowania się, oraz pewnego przynajmniej stopnia tolerancji w kwestiach religijnych, ideologicznych czy politycznych, a także podatności społeczeństwa na zmiany, jakie mogą dłań z wolności badań i ich zastosowań ewentualnie wynikać. Sprawne funkcjonowanie nauki jako instytucji społecznej wymaga więc nie tylko przestrzegania w społeczności uczonych wymienionych wyżej norm, lecz również takiej sytuacji wewnętrznej, w której wartości, jakie realizowane mają być dzięki ich przestrzeganiu, nie stoją w jawnej kolizji z wartościami, które realizować ma globalna struktura społeczna. W społeczeństwie, w którym wartości te nie byłyby akceptowane i skutecznie broniące przez nikogo poza społecznością uczonych, społeczność ta znajdowałaby się w permanentnym konflikcie z całym społeczeństwem i nie mogłaby istnieć, przynajmniej na dłuższą metę. Musiałaby bądź zniknąć, bądź – co bardziej prawdopodobne, zważywszy nasze współczesne doświadczenia – ulec w nim zasadniczym przeobrażeniu.

Wiele współczesnych objawów patologii życia naukowego jest właśnie rezultatem owego konfliktu między wartościami, których realizacja stanowi warunek funkcjonowania autonomicznej intelektualnie wspólnoty naukowej, a wartościami realizowanymi czy to przez globalną strukturę społeczną (w ustrojach totalitarnych), czy to przez poszczególne instytucje, od których nauka jest dziś w całym świecie zależna, nawet w systemach pluralistycznych.

Przez profesjonalizację nauki rozumie się procesy, w wyniku których prowadzenie badań przestaje być prywatną sprawą jednostki, a staje się tak czy inaczej sformalizowanym obowiązkiem zawodowym. W odróżnieniu od instytucjonalizacji profesjonalizacja nie może się dokonywać bez istnienia odpowiednich organizacji, których celem jest prowadzenie badań i które gotowe są zatem dostarczać niezbędnych do tego środków. Tak rozumiana profesjonalizacja obejmowała początkowo tylko nauki przyrodnicze i techniczne, by w wieku XX ogarnąć również dyscypliny humanistyczne i społeczne. Można powiedzieć, że tym, co różni naukę współczesną od działalności naukowej w XVIII i XIX w., jest to, iż stała się ona działalnością nie tylko zinstytucjonalizowaną, ale i sprofesjonalizowaną (ze wszystkimi tego faktu konsekwencjami).

Profesjonalizacja badań naukowych stała się wszakże możliwa wówczas, gdy wskutek rozwoju wiedzy, z jednej strony, i wskutek przemiany struktury społecznej, z drugiej – pojawiło się zewnętrzne wobec społeczności uczonych zapotrzebowanie na wyniki pracy uczonych. Byłaby ona jednak niemożliwa, gdyby sam rozwój nauki jako instytucji społecznej nie zrodził okoliczności sprzyjających, a może nawet zmuszających do porzucenia osiemnastowiecznego wzorca uczonego amatora i do kształtowania się zawodowych karier badaczy.

Początki tego procesu, który w naszych czasach zmienił zasadniczo oblicze nauki jako instytucji społecznej, śledzić można już w ostatnich dekadach XIX stulecia w najbardziej rozwiniętych krajach europejskich i w Stanach Zjednoczonych. Po pierwszej i po drugiej wojnie światowej proces ten nabrał zasięgu światowego i tempo jego niepomiernie wzrosło. Kraje i narody, które wciągnięte zostały w orbitę kultury naukowej w ostatnim stuleciu, a dotyczy to niemal całej Azji, Afryki i Ameryki Południowej, zapoznawały się z nią już w jej sprofesjonalizowanej postaci, z właściwymi jej kryteriami racjonalizacji.

Rozwój wiedzy, jej specjalizacja, powstawanie nowych dyscyplin zmuszają do tworzenia grup badawczych składających się przeważnie z mistrza i uczniów czy też współpracowników zajmujących się tą samą lub pokrewną tematyką. Tego rodzaju współpraca staje się zarazem coraz bardziej nieodzownym warunkiem przygotowania młodego człowieka do samodzielnego prowadzenia badań, do czego same studia uniwersyteckie przeważnie już nie wystarczają. Ukształtowanie się takich grup i ośrodków w uniwersytetach jest jednak możliwe tylko wówczas, gdy łączą one w jakiś sposób kształcenie, do którego są przede wszystkim powołane, z badaniami, które wciąż nie należą w nich do formalnych obowiązków; gdy wdrażają część swych słuchaczy do pracy badawczej i gdy jedną z możliwości, jakie im oferują, jest zawodowa kariera badacza (oczywiście przy założeniu, że kariera taka jest z jakichś względów dla nich atrakcyjna). W odróżnieniu od sytuacji w XVIII w., w drugiej połowie XIX stulecia kariera naukowa bez tego rodzaju inicjacji stawała się coraz mniej prawdopodobna.

Zgodnie z osiemnastowiecznym wzorcem nadal zakładano, że uczonej jest amatorem i pracuje indywidualnie, opłacany jest za swe funkcje nauczycielskie, a nie badawcze, że badania naukowe stanowią powołanie duchowe. Jednocześnie jednak przyjęto zasadę, że powołanie na katedrę uniwersytecką ma być wyrazem uznania za niezwykle osiągnięcia badawcze, nie zaś tylko stwierdzeniem kompetencji do przekazywania nagromadzonej przez innych wiedzy.

Jednocześnie przy coraz większej liczbie katedr powoływano laboratoria badawcze i instytuty. Profesor, spełniając swe funkcje nauczycielskie na katedrze, kierował zarazem badaniami w instytucie. Te właśnie instytuty stały się miejscem wdrażania do kariery ba-

dawczej i one odróżniały niemiecki system od angielskiego czy francuskiego, które dotąd instytucji takich nie wykształciły.

W rezultacie funkcjonowania tego systemu (np. w Niemczech) przez kilkadziesiąt lat – około roku 1900 nie było na świecie żadnego wybitnego fizjologa, który nie przeszedłby przez laboratorium Carla Ludwiga w Lipsku, albo psychologa, który nie kształciłby się u Wilhelma Wundta, również w Lipsku. Jeszcze większą zapewne rolę odegrały uniwersyteckie instytuty chemiczne założone przez Liebiga, Wöhlera, Berzeliusa, Müllera, Ostwalda i innych. Analogicznie działo się w fizyce teoretycznej i doświadczalnej. Z czasem podobną funkcję w naukach społecznych zaczęły spełniać seminaria uniwersyteckie².

Toteż kiedy w latach osiemdziesiątych XIX w. zaczęło pojawiać się zewnętrzne zapotrzebowanie na uczonych, nauka niemiecka mogła mu z łatwością sprostać, tym bardziej że w katedrach i w instytutach badawczych na uniwersytetach robiło się już „ciasno”, a tym samym zaczęły dojrzywać konflikty między uprzywilejowaną grupą profesorów zwyczajnych a docentami i profesorami nadzwyczajnymi, którzy nie cieszyli się tymi samymi uprawnieniami co tamci. O konfliktach tych świadczyć może chociażby fakt, że w 1909 r. powstało Vereinigung der Ausserordentlichen Professoren, a w 1910 r. – Verband der Deutscher PrivatDozenten. W 1912 r. obydwie te stowarzyszenia, mające w gruncie rzeczy charakter związku zawodowego, połączyły się w organizację o wiele mówiącej nazwie: Kartell der deutscher Nichtordinarien. Trudno chyba o bardziej dobitne potwierdzenie faktu, iż praca naukowa stawała się zawodem.

W połowie lat siedemdziesiątych XIX w. wybitny uczony amerykański S. Newcomb pisał: „W Niemczech siedliskiem działalności badawczej są uniwersytety, w Anglii i we Francji – towarzystwa naukowe. [...] Kiedy przypatrujemy się uniwersytetom niemieckim i porównujemy je z naszymi, jednym z najbardziej uderzających kontrastów jest to, że podczas gdy u nas o renomie profesora decyduje uniwersytet, to tam o randze uniwersytetu decydują jego profesorowie. Studenci zjeżdżają z całego świata do Berlina nie dlatego, że jest to stary uniwersytet, lecz po to, by słuchać Helmholtza i Virchowa. U nas do Harvardu i Yale studentów nie przyciągają nazwiska profesorów, ale renoma uczelni. [...] Nawet w Harvardzie i Yale od profesorów nie oczekuje się, by byli oryginalnymi badaczami, lecz tylko, by posiadali wiedzę nagromadzoną przez innych. Jeśli u nas ktoś poświęci się oryginalnym badaniom i osiągnie w nich wyniki, to uzyska może światową reputację, ale nie przyniesie mu to ani jednego dolara i nie przysporzy ani jednego słuchacza więcej”³.

Istotnie, do połowy XIX w. zadaniem amerykańskich uczelni było dawanie młodzieży ogólnego wykształcenia na poziomie wyższym, uniwersytet zaś jako społeczność badaczy był czymś w Ameryce nieznanym. Pojawił się dopiero w wyniku reform drugiej połowy XIX w., przeprowadzonych pod wpływem kontaktów z uczelniami europejskimi, głównie niemieckimi. Rezultatem tych reform było powstanie *graduate schools* (pierwsza powstała w uniwersytecie Harvarda w 1873 r.), które wdrażać miały właśnie do pracy naukowej.

Przykład niemiecki przejmowany był również na rozmaite sposoby przez inne kraje. We Francji, na przykład, wpływowa politycznie grupa uczonych z chemikiem Berthelotem i historykiem Lavissem próbowała w latach osiemdziesiątych XIX w. zreformować

² J. Ben-David, *The Scientists' Role in Society*, Princeton 1971, s. 5.

³ S. Newcomb, *Exact Sciences in America* [w:] *Science in America. Historical Selection*, New York 1971, s. 204–205.

francuskie fakultety na wzór niemiecki. Struktura organizacyjna, którą te reformy wprowadziły, przetrwała w zasadzie bez większych zmian aż do 1968 r.

Profesjonalizacja badań zmieniła w znacznym stopniu adresata twórczości naukowej. Dotychczas byli nim wyłącznie, przynajmniej intencjonalnie, inni uczeni, czyli potencjalni nadawcy analogicznych komunikatów. Uczony pracował przede wszystkim dla innych uczonych i jako badacz (inaczej niż jako nauczyciel czy popularyzator wiedzy) z nimi się wyłącznie komunikował. Tylko ich ocena uzyskanych przez niego wyników mogła być dla niego ważna, gdyż tylko oni byli szafarzami społecznego uznania, o które mógł zabiegać. Niczego pod tym względem nie zmieniało jego ewentualne przekonanie, że wiedza, której dostarcza, może być cenna również poza kręgiem badaczy. Brak instytucjonalnych powiązań nauki z innymi systemami społecznymi pozwalał mu żywić przekonanie, iż dostarcza on wyłącznie bezinteresownych informacji o świecie, które mogą być ewentualnie praktycznie wykorzystane, ale których wartość nie na tym przede wszystkim polega. Jednym słowem, uczony mógł wierzyć, że jest heroldem czystej prawdy.

Z chwilą natomiast, gdy prowadzenie badań staje się zawodowym obowiązkiem wobec instytucji, która za nie płaci uczonemu i inwestuje w jego badania, sytuacja jego ulega zasadniczej zmianie. Staje się on bądź urzędnikiem pracującym pod kontrolą zwierzchników, bądź chałupnikiem żyjącym z wykonywania zamówień instytucji prowadzących badania, bądź wreszcie menedżerem, który je organizuje, przy czym role te nie muszą się wzajemnie wykluczać⁴.

Jako badacz zabiega on, oczywiście, nadal o uznanie społeczności kolegów po fachu, ale nawet w najlepszym przypadku jej oceny nie są już dla niego jedynym układem odniesienia. Co więcej, standardy tych ocen i ich hierarchia wewnątrz społeczności naukowej również ulegają zmianom. Prawda bowiem przestaje być dla wszystkich wartością samą w sobie, wiedzę prawdziwą ceni się przede wszystkim za jej użyteczność, użyteczność zaś, w odróżnieniu od prawdy, jest wartością stopniowalną i relatywną względem odbiorcy oraz względem sytuacji.

Odbiorcą natomiast jest instytucja zatrudniająca uczonego i finansująca badania. I nawet jeśli nie jest tak, by wartości te były ze sobą z reguły sprzeczne, nawet jeśli sądzi się, że wiedzą użyteczną może być jedynie wiedza prawdziwa, a więc jeśli pominąć drastyczne przykłady, kiedy za użyteczne uchodzą fałsz czy kłamstwo i gdy twórczość naukowa podporządkowana zostaje wąskim pragmatycznym interesom politycznym czy ideologicznym – to w określonej sytuacji i dla określonego odbiorcy nie każda wiedza prawdziwa jest zawsze jednakowo użyteczna.

Ten zaś fakt, że nie wszelka wiedza prawdziwa jest jednakowo użyteczna, sprawia, iż działalność badawcza w nauce sprofesjonalizowanej staje się przedmiotem planowania i „polityki naukowej”, a kto sądzi, że dobrze jest wiedzieć, nawet jeśli z poznania nie płyną żadne inne satysfakcje poza dochodzeniem prawdy, znajduje się w coraz trudniejszej sytuacji. Jest tak, albowiem nauka przestaje być traktowana wyłącznie jako dostarczycielka bezinteresownych informacji, a staje się producentem recept na manipulowanie przedmiotami, symbolami i ludźmi. Ta jej cecha staje się w gruncie rzeczy jej wyróżnikiem spośród innych sfer działalności poznawczej, wyróżnikiem, jak się zdaje, o wiele bardziej adekwatnym niż wszelkie metodologiczne kryteria demarkacji.

Omówione procesy powodują, że o ile poprzednio wybór tematu podyktowany był wyłącznie lub przede wszystkim zainteresowaniami badacza, a on sam pozostawał dys-

⁴ J. Ravetz, *Scientific Knowledge and its Social Problems*, Oxford 1971, s. 15.

ponentem informacyjnych wyników swej pracy, o tyle teraz wybór tematu staje się coraz bardziej zależny od potrzeb rynku, a bezpośrednio – od rozpoznania tych potrzeb przez organizacje finansujące badania. Publikowanie zaś wyników zaczyna zależeć coraz bardziej od rozmaitych względów pozanaukowych i decyzja w tej sprawie często nie zależy już od samego badacza.

Jeśli poprzednio badacz był opłacany niezależnie od utylitarnych wartości swych osiągnięć, a często nawet niezależnie od rezultatów swych badań, to obecnie wyniki przez niego uzyskiwane stają się często przedmiotem kupna–sprzedaży, a on sam występuje coraz częściej w roli eksperta opłacanego przez przemysł, wojsko czy rządy oraz ich rozmaite agencje; eksperta, którego funkcja polega nie tyle nawet na wyborze, ile na doradzaniu sposobu realizacji celów, których wybór został już dokonany i na który nie ma on większego wpływu. Co więcej, wybór ten jest często tajny, a wówczas nie może nawet podlegać dyskusji specjalistów⁵.

W tej sytuacji faktyczne zachowania uczonych coraz bardziej odbiegać muszą od ukształtowanych w poprzednim okresie norm etosu naukowego. Zasady moralne uznawane dotąd w społeczności naukowej wystawione zostają na ciężką próbę. Jakież bowiem może być rezultat uczestnictwa tego samego człowieka w takich dwóch społecznościach, w których: w jednej z nich, gdy ktoś coś twierdzi, koledzy zastanawiają się jedynie, czy to, co powiedział, jest prawdą; w drugiej zaś zastanawiają się przede wszystkim nad tym, po co to powiedział, a ewentualnie dopiero później – czy przypadkiem nie była to prawda.

Profesjonalizacja i uprzemysłowienie badań naukowych stwarzają zagrożenia dla tradycyjnego systemu kontroli jakości wykonywanych i publikowanych badań. Jest tak, ponieważ, z jednej strony, produkty pracy naukowej są *de facto* rozumiane tylko dla innych uczonych i tylko przez nich mogą być merytorycznie oceniane, natomiast, z drugiej strony, rzeczywiste uzależnienie nauki od innych układów społecznych, gospodarki i polityki przede wszystkim, sprawia, że badacz staje się w mniejszym stopniu zależny od osądu jego wyników przez kolegów po fachu i skłonny jest zatem często mniej się liczyć w swej pracy z ich opiniami. Jest to tym łatwiejsze, że nawet w najbardziej sprzyjających warunkach system kontroli i oceny wyników naukowych nigdy nie może być całkowicie sformalizowany, że jedną z zasadniczych cech twórczości naukowej było i pozostaje wyłamywanie się spod tradycji, że spraw merytorycznych nauki nie sposób rozstrzygnąć większością głosów choćby i kompetentnych specjalistów.

W tych warunkach sytuacja uczonego staje się moralnie konfliktowa w dwojaki sposób: raz ze względu na wspomnianą poprzednio trudność bezwzględnego przestrzegania norm etosu naukowego, drugi raz ze względu na konsekwencje, do których przestrzeganie tych norm mogłoby prowadzić.

Nauka, podporządkowana coraz bardziej ekonomice i polityce, przestaje być tym samym systemem społecznym, jakim była uprzednio. Staje się bogata, ale traci swą autonomię. Zyskuje ogromne wpływy, ale zaczyna funkcjonować według innych reguł niż te, które były dlań dotąd konstruktywne.

2. Poznawcze i praktyczne zadania nauki

Ze względu na sposób wyjaśniania zjawisk społecznych suicydologię zaliczyć można do nauk empirycznych. Są to te nauki, w których za nowe zdania prawdziwe mogą

⁵ C.P. Snow, *Science and Government*, Harvard 1961.

być uważane albo zdania wywnioskowane dedukcyjnie ze zbioru zdań prawdziwych lub uznawanych za prawdziwe w danej teorii, albo zdania uzyskane indukcyjnie, jako uogólnienia zdań obserwacyjnych (spostrzeżeniowych) będących rezultatami przeprowadzonych pomiarów. Naukę empiryczną można więc uważać za system praw, twierdzeń i dostatecznie sprawdzonych hipotez zawierający i tworzący wiedzę naukową o otaczającej nas rzeczywistości materialnej, która to wiedza jest uważana za prawdziwą w danej fazie poznania naukowego i na danym stopniu rozwoju społecznego. Nauka empiryczna jest celowym systemem dynamicznym, rozwijającym się jako system posiadający sprzężenia zwrotne, zapewniające zarówno odpowiednią kontrolę prawidłowego jej rozwoju, jak i stabilności wobec różnych losowych oddziaływań otoczenia. Nauka jest także systemem społecznym, bowiem na jej rozwój ma istotny wpływ przeszły i obecny stopień społecznej świadomości oraz stan aktualnego rozwoju kulturalnego i stan bazy technicznej danego społeczeństwa.

Generalnie można powiedzieć, iż celem nauki jest rozszerzenie wiedzy oraz umożliwienie wykorzystania jej w praktyce. Kwestia praktycznej przydatności wyników pracy badawczej również na gruncie suicydologii często stanowi sporny problem pomiędzy naukowcami a praktykami. Praktycy często skarżą się na to, iż wnioski wynikające z prac badawczych nie mogą znaleźć bezpośredniego zastosowania w praktyce.

Idea powiązania wiedzy z działalnością praktyczną (życiową) ludzi pojawiła się w filozofii starożytnej w koncepcji sofistów. Głosili oni, że wiedza spełnia funkcje praktyczne, a jej zdobywanie jest podporządkowane potrzebom praktycznej działalności ludzi, w której wiedza gwarantuje skuteczność i sprawność. Nakazywali także prowadzenie badań empirycznych, ponieważ właśnie badanie empiryczne: obserwowanie zjawisk i wnioskowanie z jednych o innych, dostarcza wiedzy przydatnej w działaniu. Podkreślenie praktycznej funkcji wiedzy doprowadziło sofistów do przekonania, iż wartość (prawdziwość) wiedzy nie ma charakteru absolutnego, uniwersalnego, ale jest zrelatywizowana do jednostki: prawda jest dla każdego człowieka inna. Jedyną podstawą uporządkowania tych indywidualnych prawd i ustalenia, które są bardziej wartościowe, jest ich różna, mniejsza lub większa przydatność praktyczna.

Kontynuatorem idei sofistów był F. Bacon. Wiedzę traktował on jako narzędzie, dzięki któremu człowiek zdobywa władzę nad przyrodą. Szczególnie wartościowa jest zatem wiedza gromadzona przez przyrodoznawstwo, czyli filozofię przyrody. Jej zadaniem jest ustalenie wiedzy ogólnej o prawach przyrodniczych (filozofia spekulatywna) oraz stosowanie tej wiedzy, dokonywanie wynalazków technicznych i przyczynianie się w ten sposób do rozwoju społecznego, tak by osiągnięty został szczęśliwy ustrój społeczny. Z idei praktycznej użyteczności nauki Bacon wyprowadził przekonanie, iż działanie badawcze musi być działaniem praktycznym. Taki charakter ma – wedle niego – tylko postępowanie eksperymentalno-indukcyjne. Eksperyment jest sposobem zdobywania wiedzy wyselekcjonowanej, nie polega na biernym obserwowaniu postrzeganych faktów, ale na poszukiwaniu wiedzy ważnej z punktu widzenia potrzeb praktycznych. Indukcja pozwala następnie uogólnić wiedzę eksperymentalną, dając w rezultacie nieprzypadkową, nieincydentalną wiedzę ogólną, która może być teoretyczną podstawą skutecznego działania. Ta ostatnia idea znalazła kontynuatorów dopiero w filozofii oświecenia, natomiast przekonanie o praktycznej przydatności wiedzy naukowej przyjmowane było w XVII i XVIII w. niemal powszechnie. Głosili je: Kartezjusz, T. Hobbes, B. Spinoza, J. Locke, D. Hume, zwłaszcza zaś francuscy encyklopedyści.

Generalnie można powiedzieć, że w filozofii oświecenia ukształtowały się dwa składniki przekonania o użyteczności wiedzy: technicystyczny – przejawiający się w przekonaniu, że wiedza jest narzędziem wykorzystywanym przez ludzi w ich walce o byt, w zapewnieniu sobie dobrobytu, w podnoszeniu poziomu życia, oraz romantyczny – wyrażający się w przeświadczeniu, że nauka ma do spełnienia wobec ludzkości misję dziejową, która wykracza poza doraźną, instrumentalną użyteczność.

Kwestia praktycznej przydatności wiedzy naukowej jest tylko jednym z zagadnień składających się na problem stosunku poznania (w szczególności naukowego) i działania (praktycznego). Zagadnienie to stawiane jest zresztą na gruncie pewnego założenia. Jest nim przekonanie o odrębności działania poznawczego i praktycznego, wyrażające się w przeciwstawieniu rozumu teoretycznego – rozumowi praktycznemu. Założenie to, mogące prowadzić do kontemplacyjnego ujęcia poznania, odrzucone zostało na gruncie pewnych koncepcji XIX i XX w., m.in. na gruncie marksizmu, pragmatyzmu, filozofii życia (w koncepcji M. Heideggera, K. Jaspersa, w personalizmie G. Marcela, E. Mouniera itd.). W koncepcjach tych myślenie traktowane jest jako ludzka aktywność, poznanie zaś jako jeden z typów działalności życiowej człowieka, a nie jako akt z natury swej odmienny czy wyrastający ponad czynności życiowe.

W pragmatyzmie (Ch.S. Peirce, W. James, F.C.S. Schiller, W. Dewey) idea jedności poznania i działania stanowi jedno z podstawowych przekonań. Działanie poznawcze nie jest – w przekonaniu pragmatystów – biernym doświadczaniem świata, ale aktywnym, selektywnym i kierowanym wolą uczestniczeniem w świecie. Jest oddziaływaniem na przedmioty i kształtowaniem świata doświadczenia. Jest zależne od praktycznych działań i powiązane z nimi tak, że myśli mogą być ujmowane jako praktyczne reguły przejawiające się w działaniu, a zatem ich sens ujawnia się w praktycznych skutkach działania. Owe skutki praktyczne decydują o tym, czy myśl jest wartościowa, przedmiotowo ważna, tzn. czy odnosi się do ogólnych obiektywnych prawidłowości działania świata. Te praktyczne konsekwencje, traktowane przez Peirce'a obiektywistycznie, jako należące do ogólnych prawidłowości przyrody, ujmowane były przez innych pragmatystów subiektywistycznie. Wedle Jamesa ich ustalanie jest wynikiem dowolnej interpretacji jednostki sterowanej jej dążeniami i potrzebami.

Powiązanie działania i poznania w jedną całość oraz uznanie, że świat doświadczenia i praktycznego działania jest wytworem subiektywnej aktywności jednostki, doprowadziło do sformułowania tzw. pragmatycznej koncepcji prawdy.

Punktem wyjścia była krytyka klasycznej – Arystotelesowskiej – koncepcji prawdy, zgodnie z którą prawdziwość jest zgodnością myśli (zdania) z pozamyślową (pozajęzykową) obiektywną rzeczywistością. Wedle Jamesa o zgodności można mówić tylko w odniesieniu do różnych, np. starych i nowych, treści indywidualnej świadomości. Stwierdzenie takiej zgodności jest rezultatem indywidualnej decyzji, podejmowanej w wyniku praktycznego zastosowania myśli. W ten sposób prawdziwość ujęta zostaje jako wytwór podmiotu poznającego; jest jego stosunkiem do treści własnej świadomości, a nie niezależną od podmiotu relacją między treściami świadomości i zewnętrznym światem. Nie jest obiektywna i absolutna, ale względna, stopniowalna i zmienna; zależy od praktycznego działania, w którym się sprawdza⁶.

W kontekście praktycznych zastosowań kryminologii można wskazać na rolę prac badawczych prowadzonych w obrębie tej dyscypliny w ujawnianiu i diagnozie proble-

⁶ Z. Cackowski (red.), *Philosophy and Science*, Warsaw 1987, s. 11.

mów społecznych. Diagnoza taka stanowi pierwszy krok do zapobiegania niekorzystnym zjawiskom.

O istnieniu problemu społecznego mówimy wówczas, kiedy rzeczywistość społeczna odbiega od tego, jak – mówiąc najogólniej – powinna ona wyglądać. Stwierdzenie problemu społecznego zakłada więc przyjęcie pewnych normatywnych standardów oceny i polega na wskazaniu zjawisk społecznych, które tych standardów nie spełniają. Jest więc oczywiste, iż nie można stwierdzić istnienia i określić charakteru problemu społecznego bez odwołania się do pewnych wartości. Czasem są to wartości na tyle powszechne, iż istnienie pewnego problemu i jego charakter są oczywiste dla wszystkich ludzi. W społeczeństwie, gdzie panuje powszechna zgoda co do tego, iż nie powinno być w szerokim zakresie patologii społecznej, istnienie obszarów patologii nabiera charakteru problemu społecznego z punktu widzenia wartości niemal wszystkich ludzi, co nie oznacza, iż wszyscy odczuwają ten problem w podobny sposób. Jeśli jednak w społeczeństwie obowiązują różne wartości czy występują różne interesy grupowe – to, co jest problemem z punktu widzenia jednego typu wartości czy interesu jednej grupy społecznej, może być uważane za „stan naturalny” czy „właściwy” ze względu na inne wartości lub interesy.

Gdy jakieś zjawisko społeczne jest przez ogół społeczeństwa postrzegane i podobnie negatywnie oceniane (co oczywiście zakłada pewne minimum wspólnoty wartości), stanowi ono jawny problem społeczny. Potrzeba jego rozwiązania jest wówczas również powszechnie uznawana. Niektóre z tych problemów mają zasięg nader szeroki. Na przykład autorzy jednego z wyborów tekstów poświęconych analizie „współczesnych problemów społecznych”⁷ dzielą je na dwie grupy. Do pierwszej wchodzi różne formy dezorganizacji społecznej oraz zachowania odbiegające od wzorów społecznych. W grupie tej omawiają problemy związane z „aspołecznymi” zachowaniami, jak przestępczość młodocianych, choroby psychiczne, alkoholizm, przestępczość, narkotyki, samobójstwa i patologia życia seksualnego. W grupie drugiej wymieniają: kryzys ludnościowy świata, stosunki etniczne i rasowe, dezorganizację rodziny, negatywne efekty pracy i automatyzacji, ubóstwo i niską pozycję społeczną, dezorganizację społeczności lokalnych, wojnę i zbrodnie. Jednakże problemy społeczne mogą być określane i z bardziej lokalnej perspektywy, stanowiąc niekiedy konkretne przypadki problemów o szerszym zasięgu, a kiedy indziej problemy dla danego obszaru czy danej społeczności specyficzne. Problemem społecznym dla pewnej dzielnicy miasta może być silne w niej zagęszczenie środowisk chuligańskich. Problemem dla świeżo przybyłych ze wsi młodych pracowników pewnego zakładu mogą być trudności w przystosowaniu się do warunków pracy i życia w mieście, występowanie zjawiska samobójstw.

Czasem jednak problem społeczny istnieje w formie ukrytej. Badanie suicydologiczne może więc być niezbędne dla ujawnienia problemu ukrytego, z istnienia którego społeczeństwo dotychczas nie zdawało sobie sprawy. Jeśli problem społeczny ma charakter jawny, tj. społeczeństwo zdaje sobie sprawę z jego istnienia, badania takie mogą odgrywać istotną rolę w bliższym określaniu charakteru problemu, mogą ukazać zasięg i lokalizację społeczną zjawiska, określić, jakie grupy społeczne czy rejony kraju są nim szczególnie dotknięte itp., lub prowadzić do bliższego określenia mechanizmów, na skutek działania których to zjawisko zachodzi.

Badania mogą być świadomie orientowane na ujawnienie lub dokładniejsze poznanie problemu społecznego czy też na znalezienie środków prowadzących do jego rozwiązania.

⁷ R.K. Merton, R.A. Nisbet, *Contemporary Social Problems*, New York 1961.

Jednakże niejednokrotnie zdarza się, że dzieło powstałe z czysto poznawczych zamiarów, z „opisowego” zainteresowania pewnym aspektem zjawisk społecznych w danej zbiorowości, może stać się sygnałem istnienia problemu społecznego. Kryminolog znaleźć może np. nieoczekiwanie rozległą kategorię ludzi, którzy żyją w warunkach niemal kompletnej społecznej izolacji, kultywując zachowania o charakterze patologii społecznej.

Stwierdzenie, iż istnieje pewien problem społeczny, zakłada – jak już wspomniałem – uznanie pewnego stanu rzeczy za właściwy i pożądany, a zarazem to, iż jakieś obszary rzeczywistości społecznej są od niego odległe. Jednakże owe normatywne wzorce, które stosujemy do oceniania rzeczywistości, mogą być różnego rodzaju. Czasem podstawą do uznania istnienia problemu jest stwierdzenie, iż jakieś fragmenty rzeczywistości „odchylają się w dół” od stanu przeciętnego, który uznajemy za „normalny”, czyli – mniej lub bardziej świadomie – za „właściwy”. Przy takim pojmowaniu wzorców patologia społeczna obejmuje z reguły niewielkie tylko obszary rzeczywistości. Kiedy indziej punktem dla ocennego odniesienia nie jest przeciętna rzeczywistość, lecz aspiracje i pragnienia w tej dziedzinie.

Zarówno same wzorce stanów pożądanych mogą być pojmowane w sposób jakościowy, jak i dystans od nich może być określany w sposób mniej lub bardziej impresyjny. Jednakże określenie ostrości, zasięgu i lokalizacji pewnego problemu społecznego może być dokonane w sposób bardziej systematyczny i wymierny, jeżeli:

- a) układ normatywnego odniesienia, czyli standard oceny, jest określony w kategoriach pojęciowych możliwie jednoznacznych i stopniowalnych (to znaczy zmienne opisujące odpowiedni model normatywny są co najmniej porządkowe);
- b) dla poszczególnych zmiennych określających ów standard oceny potrafimy dobrać trafne wskaźniki;
- c) wskaźniki te zostaną zastosowane w badaniach, na skutek czego poszczególne badane przypadki mogą być ocenione jako mniej lub bardziej odległe od stanu pożądanego pod określonymi względami.

Pożądane jest również określenie względnego znaczenia poszczególnych elementów definiujących wzorzec ocennego odniesienia, czyli sposoby „przeliczania” poszczególnych ocen cząstkowych – miar odległości od stanu pożądanego⁸. Pozwoli to na syntetyczne określenie dystansu ogólnego, a w konsekwencji na ogólną ocenę poszczególnych przypadków. Dopiero gdy możemy dokonywać takich przeliczeń, potrafimy uporządkować w jednowymiarowy szereg poszczególne przypadki jako „lepsze” lub „gorsze” w ogóle, a więc stanowiące przykłady problemów społecznych o wymiennie różnej ostrości.

Tak więc widzimy, iż dla nadania możliwie jednoznacznego i wymiennego charakteru określeniom rodzaju, zasięgu i ostrości problemów społecznych powinniśmy dążyć do skonstruowania wzorców ocen, które by miały względnie jednoznaczny sens empiryczny i zarazem pozwalały na ilościową ocenę odchylenia poszczególnych ocenianych przypadków od stanu pożądanego, a więc do konstrukcji pewnych indeksów i skal mierzących dystans od postulowanego wzorca. Nie oznacza to oczywiście, iż mniej rygorystyczne sposoby określania charakteru, lokalizacji i ostrości problemów społecznych nie mają praktycznej doniosłości.

Jednakże często ważne jest nie tylko stwierdzenie istnienia problemu społecznego, ale także podanie jego diagnozy. Badanie będziemy nazywali badaniem diagnostycznym, gdy celem jego jest stwierdzenie, czy lub jak często w badanej zbiorowości występuje pewne

⁸ S. Nowak, *The Methodology of Social Research*, Warsaw 1985, s. 12.

zjawisko istotne dla badacza lub jego zleceniodawcy ze względów praktyczno-społecznych, a zarazem jakoś opisywalne, czyli dające się wyjaśnić w kategoriach teoretycznych. Badania diagnostyczne często koncentrują się na problemach i patologiach społecznych. Diagnozą problemu społecznego jest wówczas takie opisanie stanu rzeczy, które stanowi stwierdzenie dystansu między stanem pożądanym a rzeczywistym, pozwala zarazem na teoretyczną interpretację tego stanu rzeczy (a w przypadku optymalnym również na sformułowanie praktycznych dyrektyw dla zmniejszenia tego dystansu). Zmienne, na jakich koncentrujemy się w diagnostycznym badaniu problemu społecznego, znajdują się w polu naszego zainteresowania ze względu na to, iż wchodzą one w skład pewnych twierdzeń o zależnościach i dzięki temu nadają się do wyjaśniania i przewidywania procesów na terenie zbiorowości, którą badamy, ale zarazem opisują one stany rzeczy ważne z aksjologicznego punktu widzenia. Badanie diagnostyczne staje się wówczas pierwszym etapem budowy modelu prognostycznego czy eksplanacyjnego.

Z kolei działanie na rzecz tego, aby rzeczywistość bardziej odpowiadała uznanym normatywnym standardom, aby była bardziej taka, jaka być „powinna”, wymaga: po pierwsze, aby charakter problemu – różnica między stanem pożądanym a stanem istniejącym – był znany i oceniany negatywnie w świetle wartości osób lub grup, które miałyby podjąć odpowiednie działanie; po drugie zaś wskazania, jakie środki powinny być zastosowane dla osiągnięcia stanu pożądanego. To ostatnie zakłada, iż znamy zależności, w których pozytywnie lub negatywnie oceniane zjawiska są skutkami, zaś na przyczyny ich można w pewnym przynajmniej stopniu wpływać.

Praktyczne zastosowania wiedzy suicydologicznej obejmują również celowe oddziaływanie na zmianę określonego (niepożądanego) stanu rzeczy w stan pożądaný. Zastosowanie poprzedza zazwyczaj analiza sytuacji wyjściowej. Analiza ta może doprowadzić do dość różnych wniosków:

- a) że obecnie istniejący układ warunków wyjściowych jest w zasadzie identyczny z poprzednikiem prognozy warunkowej i wówczas nie należy podejmować żadnych działań specjalnych – lecz oczekiwać po prostu samoistnego zajścia pożądaných stanów i sytuacji;
- b) że istniejący układ warunków wymaga pewnych tylko modyfikacji systemu istniejącego, na przykład że realizacja celu jest w zasadzie możliwa w istniejącym układzie społeczno-instytucjonalnym, w szeroko pojętym układzie stosunków społeczno-kulturalnych, politycznych, prawnych itp.;
- c) że realizacja celu nie może polegać na wprowadzeniu niewielkich jedynie modyfikacji i uzupełnień, lecz wymaga gruntownych i rozległych zmian, na przykład niezbędne jest stworzenie nowych instytucji, albowiem istniejące bądź w ogóle nie nadają się do tego, aby je przekształcić w pewien układ warunków zgodnych z teoretycznym modelem sytuacji wyjściowej, bądź też przekształcenie ich jest społecznie bardziej kosztowne niż stworzenie nowych.

Litery b) i c) określają oczywiście pewne stopnie na *continuum* zakresu i głębokości zmian społecznych niezbędnych do realizacji pewnego celu lub zespołu celów. I w pierwszym, i w drugim, i w trzecim przypadku należy sobie postawić dodatkowe pytanie, a mianowicie: kiedy istniejące lub nowo utworzone układy społeczne doprowadzą do realizacji zamierzonych celów? Jak pamiętamy, przyczynę i skutek rozdziela z reguły pewien czas i jeśli pod adresem naszego celu kierujemy oczekiwanie, iż powinien on urzeczywistnić się nie później niż w pewnym określonym momencie, musimy wziąć przy ocenie realności planowanych działań również i ten czynnik czasowy pod uwagę.

d) Można wreszcie dojść do wniosku, iż w rzeczywistości nie jest możliwa realizacja danego celu (aczkolwiek wydawał się on możliwy teoretycznie), gdyż ważne zmienne charakteryzujące sytuację wyjściową zapewne nie osiągną niezbędnych po temu wartości, a zarazem są poza zasięgiem oddziaływań.

Wyróżnia się cztery typy działań wydzielonych ze względu na środki oddziaływania, a mianowicie: działanie za pomocą środków masowego przekazu, działanie przez system wychowawczy, działanie za pomocą systemu prawnego i działanie przy bezpośrednim wykorzystaniu władzy.

Oddziaływania można analizować również z wielu innych punktów widzenia. Tu wskażemy na dwa takie aspekty. Po pierwsze – czy dana zmienna jest manipulowalna bezpośrednio, czy stosować trzeba metody działań pośrednich, uruchamiając krótsze lub dłuższe łańcuchy przyczynowe, których efektem końcowym jest pożądana zmiana. Po drugie – jak szybko można osiągnąć pożądaną wartość zmiennych istotnych dla zajścia danego skutku. Jest to jeden z najistotniejszych czynników ograniczających zakres działań.

Stosunkowo najłatwiej jest oddziaływać na ludzkie zachowania w skali masowej. Działać można na nie bądź jednorazowymi nakazami, bądź trwałymi normami i regulaminami poszczególnych instytucji, kształtując w ten sposób zarówno działania poszczególnych ludzi, jak i schematy strukturalne stosunków międzyludzkich. Zalecenia i nakazy tworzące schematy ludzkich zachowań wzmocnione bywają bądź karą, bądź szeroko pojętymi nagrodami, które działający ma do swojej dyspozycji.

Ale skuteczność tych środków bezpośredniego oddziaływania na ludzkie zachowania ogranicza jeden czynnik. Są one skuteczne przede wszystkim wtedy, gdy aktywizują istniejące już predyspozycje jednostek.

3. Przesłanki uzasadniające powołanie nowej dyscypliny naukowej – suicydologii

Suicydologia to specjalistyczna dyscyplina akademicka zajmująca się naukowym badaniem i zapobieganiem lub kontrolą zachowań autodestrukcyjnych. Jest to dyscyplina podobna do innych dyscyplin akademickich, z jednym ważnym wyjątkiem: nie ma wydziału suicydologii na żadnym istniejącym uniwersytecie lub college'u (choć można uzyskać tytuł magistra suicydologii w Marion College w Wisconsin, a także istnieją pewne programy postdoktoranckie). Profesjonalistów nazywających siebie suicydologami można znaleźć w różnych dyscyplinach: psychologii, psychiatrii, pielęgniarstwie, pracy społecznej, doradztwie, socjologii, zdrowiu publicznym, biologii, filozofii, religii i wielu innych⁹.

Korzenie suicydologii znajdują się we Francji za sprawą socjologa Emile'a Durkheima, w Austrii za sprawą psychoanalityka Zygmunta Freuda, i gdzie indziej. Współczesnym twórcą amerykańskiej suicydologii był Edwin Shneidman, psycholog kliniczny z Los Angeles. Shneidman ukuł słowo suicydologia pod koniec lat sześćdziesiątych; założył profesjonalne stowarzyszenie, American Association of Suicidology (AAS, www.suicidology.org), i założył naukowe czasopismo suicydologiczne, „Suicide and Life-Threatening Behavior”. Jako dyrektor agencji finansującej badania nad samobójstwami w Narodowym

⁹ R.W. Maris, *The evolution of suicidology* [w:] A.A. Leenaars (red.), *Suicidology: Essays in honor of Edwin S. Shneidman*, Northvale, NJ, 1993, s. 12.

Instytucie Zdrowia Psychicznego, Shneidman stworzył również podyplomowy program szkolenia w zakresie samobójstw w Johns Hopkins University School of Medicine.

Samobójstwo jest uważane za rodzaj śmierci dobrowolnej. Traktowane jako pewien rodzaj wyboru, samobójstwo może być rozważane w kategoriach procesu decyzyjnego. Decyzja zaś kojarzy się ze świadomością działania.

Pojawia się jednak wątpliwość, czy samobójstwo zawsze i w każdym przypadku jest aktem poprzedzonym pełną świadomością decyzji i pełnym wyborem. W gruncie rzeczy jest wyborem pomiędzy sytuacją, której jednostka nie może bądź nie umie sprostać, a sytuacją, w której nie będzie trzeba podejmować żadnych wysiłków zmierzających do regulowania swojego stosunku do otaczającego świata. Jest to zatem – na prawach paradoksu – decyzja unikania decyzji i wyborów jako procesu towarzyszącego człowiekowi przez całe życie¹⁰.

Tragiczne jest to, że każdego dnia dla ponad tysiąca pięciuset ludzi na świecie samozniszczenie jest ostatnim zdarzeniem w ich życiu. Według Światowej Organizacji Zdrowia ponad 800 tys. ludzi rocznie popełnia samobójstwo, a liczba ta staje się jeszcze bardziej przerażająca, gdy uświadomimy sobie, że znacznie więcej próbuje sobie odebrać życie. Szczególnie niebezpieczne są zachowania samobójcze dzieci i młodzieży. Chodzi tu bowiem – zarówno w Polsce, jak i w większości krajów świata – o rosnący trend zachowań autodestrukcyjnych, pociągający za sobą młodsze roczniki. Jest to ponadto ta grupa, w której nieudane próby samobójcze wynikają w większej mierze (niż u osób dojrzałych) z nieznamośności środków pozbawienia życia niż z instrumentalnego charakteru autoagresji.

Samobójstwo jako przyczyna śmierci zajmuje siódme miejsce w Stanach Zjednoczonych, jest zaś w pierwszej dziesiątce w uprzemysłowionych krajach świata.

Występowanie samobójstw jest dla społeczeństwa ponurym przypomnieniem, że nie potrafiło ono sprawić, aby dla wszystkich jego członków życie było coś warte. Zjawisko samobójstwa stawia nas wobec wielu złożonych zagadnień – filozoficznych, psychologicznych, społecznych i polityczno-prawnych.

Często nasuwa nam się pytanie: czy samobójstwo kiedykolwiek można uznać za uzasadnione? Czy decyzja danej osoby o popełnieniu samobójstwa powinna być respektowana przez innych i nie powinno się podejmować interwencji?

Jest rzeczą zaskakującą, iż dopiero od niedawna zaczęto podchodzić do samobójstwa poważnie – jako do ludzkiego problemu zasługującego na humanitarną troskę. Pierwszy ośrodek zapobiegania samobójstwom (Suicide Prevention Center) został założony w Los Angeles przez Edwina Shneidmana w 1958 r. Na szczęście ośrodki takie zaczęły powstawać gwałtownie i w 1971 r. istniało już 200 ośrodków zapobiegawczych i interwencyjnych.

Z reguły wszystkie przypadki zamachów samobójczych w Polsce są badane oraz wyjaśniane w postępowaniach sprawdzających prowadzonych przez policję pod nadzorem prokuratora. Celem tych postępowań jest ustalenie lub wykluczenie współdziałania przestępczego osób trzecich. Samobójstwa dokonane – czyli te ze skutkiem śmiertelnym – są zazwyczaj zgłaszane, natomiast liczba nieujawnionych usiłowań samobójczych jest trudna do ustalenia, a znawcy przedmiotu uważają ją za znaczną¹¹. Jest to spowodowane tym, że osoby zainteresowane, kierując się różnymi powodami, nie chcą ujawniać przed opinią publiczną przypadków usiłowania popełnienia samobójstwa.

¹⁰ B. Hołyst, *Wiktymologia*, Warszawa 1997, s. 188.

¹¹ B. Hołyst, *Na granicy życia i śmierci*, Warszawa 1999, s. 79.

Należy zwrócić uwagę na szczególną złożoność zjawiska samounicestwienia. Samobójstwo było kulturową formą rozwiązywania problemów życiowych wedle nakazów zewnętrznych, społeczną formą wyłączenia się z obiegu świadczeń podyktowaną często wewnętrznym imperatywem, formą psychicznej dezakceptacji określonego sposobu życia, przynoszącego bądź zbyt małą satysfakcję, bądź zupełny jej brak, biologiczną formą ucieczki przed bólem, ideologiczną formą buntu wobec nieuchronności śmierci, którą można uczynić aktem wyboru czasu, miejsca i sposobu odejścia ze świata żywych¹².

Samobójstwo odzwierciedla obyczaje, mentalność społeczną i osobniczą. Podlega również zmianom historycznym i kulturowym.

Ze względu na wyjątkowo złożoną etiologię zjawiska niektórzy autorzy już w latach sześćdziesiątych proponowali uznanie badań nad samobójstwem za odrębną naukę, którą określa się mianem suicydologii¹³. Wydaje się jednak, że samobójstwo, będąc problemem społecznym, musi być traktowane jako jeden z przejawów zjawisk ujemnych czy wręcz patologii społecznej. Z drugiej zaś strony trudno zaprzeczyć, że zjawisko to różni się od innych przejawów patologii życia właśnie dlatego, że wkracza w dziedzinę dobrowolnego wyboru śmierci. Stąd uzasadnione wydaje się uznawanie samobójstwa, które objawowo można zaliczyć do kategorii strat społecznych, za problem sam w sobie, o złożonej warstwie przyczynowej i symptomatologicznej. Metody badania zjawiska samobójstwa również znacznie odbiegają od metod, którymi posługujemy się, badając inne przejawy patologii.

Celem suicydologii, zgodnie z dyrektywami metodologii nauki, jest realizacja wielu zadań. Za podstawowe zadanie należy uznać opis i charakterystykę zjawiska samobójstwa dokonanego w oparciu o analizę obiektywnych danych. Kolejnym zadaniem jest wyjaśnienie zamachów samobójczych z uwzględnieniem szerokiego wachlarza różnorodnych czynników: demograficznych, gospodarczych, politycznych, społecznych, psychologicznych i biologicznych. Jednym z zadań suicydologii jest też możliwie jak najbardziej ściśle poznanie związków przyczynowych pomiędzy różnymi czynnikami a samobójstwem, które umożliwia opracowywanie prognoz tego zjawiska.

Celem finalnym suicydologii jest stworzenie naukowych podstaw programów profilaktycznych, redukujących zakres tego niezwykle drastycznego zjawiska.

Suicydologię należy uznać za jedną z interdyscyplinarnych nauk o człowieku. Jest ona powiązana, z jednej strony, ściśle z psychologią, pedagogiką, socjologią i innymi naukami humanistycznymi i społecznymi, z drugiej zaś – z naukami przyrodniczymi.

Suicydologia w pierwszej dekadzie XXI w. przechodziła kilka faz rozwojowych związanych z koncentracją na określonych problemach, czego wyrazem był wybór najważniejszych tematów pięciu międzynarodowych konferencji w latach 2000–2008.

A. Gmitrowicz – jako uczestniczka międzynarodowych konferencji pod auspicjami Międzynarodowego Stowarzyszenia Zapobiegania Samobójstwom (IASP, International Association for Suicide Prevention) – odnotowała cztery wyraźne fazy.

Na początku tego stulecia wśród suicydologów można było stwierdzić spory entuzjazm wynikający z pozytywnych efektów wdrażanej prewencji samobójstw i przejawiający się nawiązywaniem kontaktów oraz współpracą między ośrodkami krajów Europy i Ameryki Północnej, ponadto zaznaczył się w formie inicjującej (tylko podczas jednej sesji) nurt biologicznych badań i poszukiwań predyktorów oraz markerów samobójstw.

¹² T. Kielanowski, *Przedmowa do: N. Tétaz, Warto żyć. Samobójstwo – jego istota i zwalczanie*, Warszawa 1976, s. 3; T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu*, Warszawa 1980.

¹³ Selbstmord als Wissenschaft, „Öffentliche Sicherheit” 1960/11 (nota).

W czasie dwóch kolejnych konferencji – w Kopenhadze (2004) i Portorożu (2006) – dominował nurt wnikliwej ewaluacji osiągnięć w zakresie zapobiegania samobójstwom oraz oceny czynników ryzyka samobójstw. Towarzyszyło temu poczucie, że rozwój suicydologii przyczynia się do ratowania wielu istnień ludzkich, między innymi poprzez wydłużanie się listy poznanych biologicznych markerów samobójstw i psychospołecznych predyktorów.

Organizatorom udało się stworzyć ideę spotkania dwóch kultur: anglojęzycznej i rosyjskiej.

W Killarney (2007) wyraźnie zaznaczył się kulturowy kontekst badań suicydologicznych, promowano osiągnięcia w zakresie prewencji prób samobójczych z bardzo odległych krajów świata, przeznaczając sporo czasu na wystąpienia młodych badaczy i dyskusję na temat metodologii badań suicydologicznych. Podczas XII Europejskiego Sympozjum dotyczącego samobójstw i zachowań samobójczych (ESSSB 12, 12th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour) w Glasgow (2008) zapanowała atmosfera sceptycyzmu. Oczekiwane efekty programów prewencyjnych (mierzone redukcją współczynników samobójstw) w ocenie długofalowej nie były już tak imponujące, mówiono także o braku porozumienia i komunikacji (w zakresie „transmisji” danych z badań suicydologicznych) między naukowcami/ekspertami a organami wykonawczymi na szczeblach państwowych¹⁴.

4. Teoretyczne aspekty suicydologii

Wszyscy wielcy suicydolodzy mieli teoretyczne nastawienia. Durkheim postrzegał samobójstwo jako zewnętrzny i ograniczający fakt społeczny, niezależny od indywidualnej psychopatologii. Freud i Karl Menninger uważali, że samobójstwo jest w dużej mierze morderczym życzeniem śmierci, które zostało odwrócone na siebie („wsteczna” śmierć lub „morderstwo w 180 stopniu”). Edwin Shneidman pojmował samobójstwo jako *psychache*, czyli nieznośny ból wynikający z powszechnych, sfrustrowanych potrzeb psychologicznych. Psychiatra John Mann skłonny był myśleć o samobójstwie jako o odzwierciedleniu nieprawidłowości lub niedoborów neuroprzekaźników w mózgu, zwłaszcza układu serotonergicznego w korze przedczołowej¹⁵.

Teoria jest zwykle przeciwstawiana praktyce lub podstawom empirycznym. Podejście, zwłaszcza w obrębie medycyny z jej zależnością od badań klinicznych, jest takie, że teoria jest wtórna wobec praktyki. W najgorszym przypadku teoretycy są postrzegani jako błądzący w sieci dyletanci, którym tak naprawdę brakuje praktycznych umiejętności, by móc zrobić cokolwiek (np. zapobiec samobójstwu). Praktyczni suicydolodzy, tak mówi historia, powinni zwracać uwagę na dane z badań klinicznych i fakty neurobiologiczne, chemię i funkcjonowanie mózgu, leki psychotropowe i tym podobne¹⁶.

Jednak jak przekonuje Shneidman, teoria jest wybitnie praktyczna. Teoria jest zarówno sposobem widzenia, jak i sposobem niewidzenia. Bez teorii nie wiadomo nawet, na które fakty zwracać uwagę. Nie wszystko jest równie ważne i godne uwagi. Nasze zało-

¹⁴ A. Gmitrowicz, *Suicydologia na początku XXI wieku na podstawie tematyki międzynarodowych konferencji*, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, „Suicydologia” 2008, t. 4, s. 90–91.

¹⁵ R.W. Maris, *Pillaged: Psychiatric medications and suicide risk*, Columbia 2015, rozdz. 16.

¹⁶ R.W. Maris, *Pillaged: Psychiatric medications...*, rozdz. 3.

żenia teoretyczne i uprzedzenia (zazwyczaj niewypowiedziane i często nierozpoznane) wpływają na to, na co zwracamy uwagę, jak również na to, co pomijamy¹⁷.

Teoria może być zdefiniowana jako kontemplacja; pomysł lub plan myślowy dotyczący sposobu zrobienia czegoś; systematyczne stwierdzenie zasad związanych z czymś; sformułowanie pozornych związków lub zasad leżących u podstaw nieobserwowanych zjawisk, które zostały w pewnym stopniu zweryfikowane; myśl „czysta” w przeciwieństwie do „stosowanej”. Z drugiej strony, hipoteza oznacza niewystarczającą ilość dowodów na poparcie wyjaśnienia lub potrzebę przeprowadzenia systematycznych (zwykle statystycznych) testów. Teorie często wyrastają z systemów popartych lub potwierdzonych hipotez¹⁸.

Bardziej formalnie, o teorii można myśleć jako o zestawie założeń, praw, aksjomatów, definicji, pojęć, wyników badań i tym podobnych, które są powiązane dedukcyjnie. Zazwyczaj suicydolog zaczyna od hipotez lub przyczynowego modelu samobójstwa, który ma być przetestowany. Model ten jest zwykle testowany statystycznie (zwłaszcza za pomocą modeli regresji) w kontekście wyraźnego projektu badawczego lub eksperymentalnego. Wielkość i dobór próby, grupy porównawcze i kontrolne, fałszywie pozytywne wyniki (ponieważ samobójstwo jest rzadkie), równania mocy i tak dalej są ważnymi rozważaniami w tym procesie badawczym.

Jeśli przeprowadzimy nasze badania starannie, w końcu otrzymamy szacunkowe prawdopodobieństwo, że nasze hipotezy lub modele są „prawdziwe” – to znaczy, że różnią się od przypadkowych skojarzeń (same teorie nie są prawdziwe lub fałszywe). Hipotezy lub modele, które otrzymują to warunkowe wsparcie empiryczne, są często określane jako wyniki badań lub ustalenia.

Jednak potwierdzone lub poparte hipotezy to tylko początek formułowania teorii, a nie punkt końcowy, o czym wielu badaczy zapomina. Wyniki badań muszą być powiązane ze sobą i z naszymi definicjami, postulatami, aksjomatami i pojęciami za pomocą logiki (reguł wnioskowania), statystyki lub matematyki. Innymi słowy, konstruowanie teorii wykracza poza testowanie modeli czy hipotez.

Gdy wyniki badań są wyprowadzane dedukcyjnie ze zbiorów definicji, postulatów, aksjomatów, pojęć lub praw przy użyciu standardowych reguł wnioskowania, stają się twierdzeniami w systematycznej teorii. Można też postępować wstecz lub indukcyjnie. Niestety dla suicydologii, bardzo niewielu suicydologów kiedykolwiek próbowało skonstruować formalne teorie samobójstwa¹⁹.

Założenia z różnych dziedzin nauki mają ogromne znaczenie w określeniu, jak podchodzimy do badania samobójstwa i zapobiegania samobójstwom. Podczas gdy suicydologzy składają głośne deklaracje dotyczące multidyscyplinarnego badania samobójstw, większość z nich ma bardzo wąskie i specjalistyczne założenia dziedzinowe, zwykle związane z ich własnym szkoleniem zawodowym i paradygmatami subdyscyplinarnymi.

Koncepcje i definicje są podstawowymi elementami konstrukcyjnymi (zmienne niezależne) do zbudowania teorii samobójstwa (zmienna zależna). Choć kluczowe pojęcia są prezentowane w całym tym tekście, niektóre z nich są tak fundamentalne, że muszą być rozważone na początku. Te podstawowe pojęcia obejmują (1) kariery samobójcze, (2) śmiertelność, (3) intencje i motywy oraz (4) czynniki ryzyka samobójstwa.

¹⁷ E.S. Shneidman, *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behaviors*, Northvale, NJ, 1993.

¹⁸ R.W. Maris, *Pillaged: Psychiatric medications...*, rozdz. 28.

¹⁹ R.W. Maris, *Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors*, Baltimore 1981, tab. 2.1.

Jednym z centralnych pojęć w teorii samobójstwa jest pojęcie kariery samobójczej, w której samobójstwo jest czymś wypracowanym, jak osiągnięcie w zawodzie²⁰; nazywa się samobójstwo „nabytą zdolnością”²¹.

Jest ono często wynikiem rozległej kumulacji suicydogennych doświadczeń i uwarunkowań, zwykle na tle genetycznych i konstytucjonalnych podatności, takich jak bycie mężczyzną i posiadanie pozytywnej historii rodziny pierwszego stopnia pod kątem samobójstwa i zaburzeń psychicznych (jak w przypadku Ernesta Hemingwaya).

Samobójstwa zazwyczaj nie zdarzają się nagle, a jedynie jako wywołane produkty doświadczeń życiowych i często powtarzających się, trudnych do zniesienia ostrych stresorów. Prawie wszyscy samobójcy mają istotne biopsychospołeczne historie życiowe, które sprawiają, że są podatni na samobójstwo, nie boją się go i są przed nim mniej chronieni. Nikt nie popełnia samobójstwa w biograficznej próżni. Historie życiowe są zawsze istotne dla ostatecznego aktu samobójstwa. Zdolność i decyzje samobójcze rozwijają się w czasie i na określonym tle biologicznym, psychologicznym, społecznym i genetycznym. Nigdy nie są całkowicie wyjaśnione przez ostre, sytuacyjne czynniki.

Maris rozszerza podstawową koncepcję karier suicydalnych:

Ludzie są szczególnie podatni na samobójstwo, gdy śmierć, rozpad, procesy kataboliczne, zniszczenie i terror, który może im towarzyszyć, przełamują ich psychiczne mechanizmy obronne w sposób systematyczny i wzorcowy przez całe życie i wpływają na wolę i zdolność do dalszego życia.

Koncepcja karier samobójczych zakłada, że konieczne jest postrzeganie zachowań zagrażających życiu jako mających odpowiednią historię życia. Zazwyczaj, biorąc pod uwagę amerykański system rejestracji i certyfikacji zgonów, konstruowany jest jedynie profil czasowy zgonu, lub taki, który opiera się na kilku tygodniach lub miesiącach przed śmiercią.

Zgony samobójcze nigdy nie są całkowicie reaktywne na obecne czynniki stresowe. Zawsze istnieje istotny zestaw tego, co możemy nazwać „uwarunkowaniami kariery”, które pośredniczą w reakcji na stres i pomagają określić, które osoby znajdują się w tak zwanych „grupach wysokiego ryzyka”.

Zachowania autodestrukcyjne muszą być ujęte w modele przyczynowe, które obejmują życie *suicidal subjects* od urodzenia do śmierci. Ponadto należy zbadać odpowiednie próby przypadków i kontroli i analizować je za pomocą nowoczesnych statystyk wieloczynnikowych (takich jak regresja logistyczna czy analiza ścieżek).

W analizie karier samobójczych pomocne jest określenie zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich ścieżek przyczynowych do samobójstwa, a także ilościowe określenie ich obu²².

Inni suicydologowie zalecają, aby podstawowe koncepcje samobójstwa były rozpatrywane w kontekście całego życia danej osoby. Na przykład Vaillant i Blumenthal twierdzili, że podobne czynniki ryzyka samobójstwa (płeć męska, zaburzenia depresyjne, beznadziejność, alkoholizm, śmiertelne metody, impulsywność, starzenie się itp.) wydają się działać na różnych etapach życia samobójców, ale ich wagi przyczyniające się do tego różnią się (jak wagi beta w modelu regresji lub współczynniki ścieżek w modelu ścieżki)²³.

²⁰ T. Joiner, *Why people die by suicide*, Cambridge 2005.

²¹ J.D. Klonsky, A.M. May, *The threestep theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework*, „International Journal of Cognitive Therapy” 2015/8, s. 114–129.

²² R.W. Maris, *Pathways to suicide...*, s. 85.

²³ G.E. Vaillant, S.J. Blumenthal, *Introduction-Suicide over the life cycle: Risk factors and life-span development* [w:] S.J. Blumenthal, D.J. Kupfer (red.), *Suicide over the life cycle*, Washington 1990, s. 28.

Rich i in. stwierdzili, że poniżej 30. roku życia głównymi diagnozami psychiatrycznymi samobójstw były antyspołeczne zaburzenia osobowości i nadużywanie substancji; od 20. do 30. roku życia dominowała schizofrenia i zaburzenia dwubiegunowe; od 30. do 50. roku życia centralne miejsce zajmowały zaburzenia afektywne (nastroju); a powyżej 50. roku życia kluczowymi diagnozami były psychotyczne zaburzenia afektywne i organiczne uszkodzenia mózgu²⁴.

Thomas Joiner i jego uczniowie wprowadzili pojęcie „nabytej zdolności do zadawania śmiertelnych samookaleczeń”²⁵, na którą wskazuje brak lęku przed śmiercią i podwyższona tolerancja bólu. Koncepcja Joinera jest zasadniczo tożsama z tym, co nazywa się „karierą samobójczą”. Zamiast mówić o izolacji społecznej i negatywnych interakcjach, Joiner mówi o „udaremnionej przynależności” i „postrzeganym obciążeniu”. David Klonsky dodaje, że większość tak zwanych „czynników ryzyka samobójstwa” jest w rzeczywistości związana przede wszystkim z ideacją samobójczą, a nie zachowaniami samobójczymi. Twierdzi on, że ludzie mają tendencję do przechodzenia od ideacji samobójczej do prób samobójczych i rzeczywistych samobójstw, jeśli ich ból i beznadziejność utrzymują się lub eskalują, a ich łączność zawodzi²⁶. Kiedy faktycznie praktykują auto-destrukcję, stają się w niej bardziej ekspertami, a tym samym zwiększają swoją zdolność do samobójstwa²⁷.

Życie i śmierć poetki Sylvii Plath stanowią jeden z przykładów kariery samobójczej. Chociaż Plath zagazowała się w wieku 30 lat, w rzeczywistości przez całe życie miała skumulowane doświadczenie z siłami suicydogennymi. Plath cierpiała na powtarzające się epizody zaburzeń depresyjnych; przeszła kilka sesji terapii elektrokonwulsyjnej (ECT), którą postrzegała jako karę; podjęła kilka prób samobójczych, z których jedna była bardzo poważną próbą z użyciem barbituranów. Chociaż miała leczenie psychiatryczne, brała w tym leki przeciwdepresyjne, nie zmniejszyło to jej depresji ani obsesji na punkcie samobójstwa. Wreszcie, w chwili śmierci miała współistniejącą chorobę fizyczną (grypa). Koncepcja kariery samobójczej podkreśla, że liczne problemy biopsychospołeczne, takie jak te, oddziałują na siebie przez całe życie i synergicznie prowadzą do ostatecznego wyniku samobójstwa. W efekcie Plath stała się zdolna do samobójstwa w stosunkowo młodym wieku 30 lat (była przedwczesna nawet w swojej samobójczości)²⁸.

Niektóre (nie wszystkie) z głównych zestawów założeń z dziedziny dyscyplinarnych, definicji i tez – przypominających prawo, które stosuje się do zachowań suicydalnych – obejmują: teorię kognitywną²⁹, psychofarmakologię³⁰, psychologię rozwoju³¹, epidemiologię³²,

²⁴ C.L. Rich i in., *San Diego Suicide Study: Young versus old subjects*, „Archives of General Psychiatry” 1986/43, s. 577–582.

²⁵ S.L. Brown i in., *A psychometric investigation of the Painful and Provocative Events Scale: Moving forward*, „Archives of Suicide Research” 2018/5.

²⁶ T. Bender i in., *Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and provocative experiences*, „Journal of Affective Disorders” 2011/129, s. 301–307.

²⁷ M.D. Anestis i in., *Treating the capability for suicide: A vital and understudied frontier in suicide prevention*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 2017/47(5), s. 523–537.

²⁸ R.W. Maris, *Suicidology. A Comprehensive Biopsychosocial Perspective*, New York–London 2019, s. 106–109.

²⁹ M.E. Weishaar, A.T. Beck, *Clinical and cognitive predictors of suicide* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltsberger, R.I. Yufit (red.), *Assessment and prediction of suicide*, New York 1992.

³⁰ J.J. Mann, S. Kapur, *The emergence of suicidal ideation and behavior during pharmacotherapy*, „Archives of General Psychiatry” 1991/48, s. 1027–1033.

³¹ Zob. m.in. R.W. Maris, *Suicide* [w:] R. Dulbecco (red.), *Encyclopedia of human biology*, New York 1991.

³² C.Z. Garrison, *Demographic predictions of suicide* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltsberger, R.I. Yufit (red.), *Assessment and prediction of suicide*, New York 1992.

teorię psychoanalityczną³³, teorię agresji³⁴, socjobiologię³⁵, behawioryzm³⁶, mentalizm psychologiczny³⁷, ekonomię³⁸.

Założenia z dziedzin dyscyplinarnych mają ogromne znaczenie w określeniu podejścia do badania i zapobiegania samobójstwom. Podczas gdy suicydologowie nieszczercze popierają wielodyscyplinarne badania samobójstw, większość innych badaczy ma bardzo wąskie i specjalistyczne założenia dotyczące tej dziedziny – zwykle związane z naszym szkoleniem zawodowym i poddyscyplinarnymi paradygmatami. Na przykład Edwin Shneidman twierdzi³⁹, że zasadniczo samobójstwo jest przede wszystkim produktem tego, co nazywamy „bólem psychicznym” (*psychache*) lub nieznośnym bólem psychologicznym lub umysłowym. Uważa on, że przyczyną samobójstwa jest ból psychiczny, stres oraz ogólnie poruszone znużenie (lub – jak to określa inaczej – ból, presja i perturbacja umysłu).

Porównajmy tę teoretyczną perspektywę z perspektywą psychiatry prowadzącego badania (psychofarmakologa) Johna Manna. W przeciwieństwie do Shneidmana Mann⁴⁰ widzi etiologię samobójstwa w mózgu, najprawdopodobniej w dysfunkcjach systemu serotonergicznego (zwłaszcza niskich poziomów 5 – HIAA), receptorów postsynaptycznych i związanych z nimi biologicznych znaków. Podczas gdy Mann zbiera, zamraża i bada mózgi samobójców i kieruje aktualnym stanem wiedzy laboratorium biomedycznego w Nowym Jorku, Shneidman czyta *Moby Dicka* Melville’a i *Oxford English Dictionary*, a także przeprowadza wywiady z osobnikami suicydalnymi w Los Angeles. Oba, diametralnie różniące się podejścia do badań i prewencji samobójstw wyrastają z fundamentalnych różnic teoretycznych.

Oto jeszcze jeden przykład roli teorii w suicydologii. Filozof Peggy Battin twierdzi, że w pewnych okolicznościach samobójstwo jest racjonalną decyzją i że suicydologowie, lekarze, pielęgniarki i specjaliści od zdrowia psychicznego powinni asystować niektórym pacjentom przy popełnianiu przez nich samobójstwa – nie próbując mu zapobiec. Jednakże psycholog kliniczny Joseph Richman sprzeciwia się temu, twierdząc, że „racjonalne samobójstwo” jest oksymoronem (najwidoczniej uważa, że każde samobójstwo jest irracjonalne), że prawie nigdy nie może być usprawiedliwione oraz że profesjonaliści zajmujący się zdrowiem powinni pomóc pacjentom suicydalnym przezwyciężyć ich życiowy kryzys w taki sposób, aby wykluczyć myśl o samobójstwie.

Bez nadmiernego uproszczenia tej debaty lub zajęcia stanowisk zwróćmy uwagę na niektóre oczywiste różnice w teoretycznych założeniach pomiędzy Battin a Richmanem. Battin jest profesorem filozofii na uniwersytecie w Utah, Richman jest psychoterapeutą pracującym w szpitalu w Nowym Jorku i zajmującym się starszymi pacjentami i rodzinami. Łatwo jest sobie wyobrazić filozofa (czasami parodiowanego jako osoba, która ma

³³ J.T. Maltzberger, *The psychodynamic formulation: an aid in assessing suicide risk* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *Assessment and prediction of suicide*, New York 1992, s. 25-49.

³⁴ H.M. van Praag, R. Plutchik, A. Apter (red.), *Violence and suicidality: Perspectives in chemical and psychological research*, New York 1990.

³⁵ D. de Catanzaro, *Prediction of self-preservation failures on the basis of quantitative evolutionary biology* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *Assessment and prediction of suicide*, New York 1992.

³⁶ B.F. Skinner, *Science and Human Behavior*, New York 1953.

³⁷ E.S. Shneidman, *Suicide as Psychache...*

³⁸ I. Wasserman, *Economy, work, occupation, and suicide* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *Assessment and prediction of suicide*, New York 1992.

³⁹ E.S. Shneidman, *Suicide as Psychache...*

⁴⁰ J.J. Mann, S. Kapur, *The emergence of suicidal...*, s. 1027-1033.

zimne, logiczne, pozbawione emocji podejście do problemów) konkludującego, że jeśli samobójstwo starszej osoby nie miałoby negatywnych (zwłaszcza społecznych) konsekwencji, a zakończyłoby cierpienia spowodowane bólem i beznadziejnością śmiertelnej choroby, wówczas mogłoby „mieć sens” lub być racjonalne. I odwrotnie, równie łatwo można sobie wyobrazić dobroczynnego, pozytywnie myślącego psychoterapeutę zawsze widzącego swoich pacjentów w depresji, postępujących irracjonalnie, fałszywie uznanych za przypadki beznadziejne i stojących o krok od samobójstwa. Battin najwyraźniej podkreśla prawa jednostki i wolną wolę, natomiast Richman wydaje się podkreślać obowiązki wobec społeczeństwa i rodziny. Chodzi o to, że duża część debaty na temat racjonalnego samobójstwa nie wydaje się zależeć od faktów, danych, dowodów i badań, lecz raczej od różnic odnoszących się do teorii, szkolenia, perspektyw dyscyplinarnych, założeń, wartości i postulatów.

Teraz zajmijmy się opisem budowania podstawowych bloków lub elementów systematycznej teorii samobójstwa – definicjami, głównymi koncepcjami, hipotezami, modelami i wynikami empirycznych badań. Po omówieniu każdego elementu teoretycznego i dokonaniu przeglądu cech wspólnych i różnic między samobójstwami pokażemy przykład systematycznej konstrukcji teorii samobójstwa.

Czym dokładnie jest to, co studiujemy w niniejszej publikacji lub czemu próbujemy zapobiec? Jaka jest zmienna zależna, której zróżnicowanie pragniemy wyjaśnić? Odpowiedź wydaje się oczywista: samobójstwo jest zamierzonym morderstwem własnej osoby⁴¹ lub, jak to ujął Rosenberg⁴²: samobójstwo jest „śmiercią wynikającą z aktu wymierzonego przeciwko sobie, z zamiarem pozbawienia się życia”. Słowo „samobójstwo” jest tłumaczeniem łacińskiego *sui* (siebie) i *cide* lub *cidium* (zabójstwo). W języku niemieckim samobójstwo znaczy dosłownie „morderstwo siebie”, czyli *Selbstmord*.

Z punktu widzenia medycznego i prawnego przydaje się wyjaśnienie definicji pojęcia „samobójstwo” pod względem kategorii lub „sposobów” śmierci, rutynowo dostępnych na zaświadczeniach o zgonie klasyfikujących śmierć. Sądownie wszystkie rodzaje śmierci określane są jako naturalne, nieumyślne, samobójcze lub morderstwa (ang. *natural*, *accidental*, *suicidal*, *homicidal*, tworząc akronim NASH), chociaż kilka rodzajów śmierci sklasyfikowano jako „nierozstrzygnięte” (*pending*), „nieznane” (*undetermined*) lub rzadziej „niejednoznaczne” (*equivocal*, np. *suicide-accident* lub stosując inną kombinację). W definicji samobójstwa najważniejsze jest to, że jest to śmierć.

Suicydologia nie jest przede wszystkim nauką o nieudanych próbach samobójczych, myśleniu o samobójstwie, samoookaleczaniu się i autodestrukcyjnych gestach. Zdziwiające, że napisano tak wiele naukowych referatów i książek na temat samobójstwa, które nie zawierają ani jednego przykładu kompletnego samobójstwa.

Po drugie, samobójstwo jest zamierzone. Samobójstwo nie jest nieumyślne i zwykle nie jest subintencjonalne (tzn. przypadkowa śmierć nie jest uważana za samobójstwo). Metodologicznie zamiar jest pojęciem problematycznym, zwłaszcza po śmierci (np. zaledwie 15–30% wszystkich samobójców pozostawia list pożegnalny). Freud uważał, że każdy człowiek ma pragnienia dotyczące zarówno życia, jak i śmierci (1917). Ponadto wielu samobójców wydaje się mieć ambiwalentny stosunek do śmierci, tj. ich intencja, aby

⁴¹ R.W. Maris, *Suicide* [w:] R. Dulbecco (red.), *Encyclopedia of human biology*, New York 1991; R.W. Maris, *The evolution of suicidology* [w:] A.A. Leenaars (red.), *Suicidology: Essays in honor of Edwin Shneidman*, Northvale, NJ 1993.

⁴² S.J. Rosenberg, R.A. Peterson, J.R. Hayes i in., *Depression in medical in-patients*, „British Journal of Medical Psychology” 1988/61.

umrzeć, nie pozostaje niezmienna. Ważne jest pytanie: jak wielkie musi być czyjeś pragnienie samobójstwa lub śmierci względem czyjegoś pragnienia życia, aby wynik śmierci sklasyfikować jako samobójstwo (100–0%, 75–25%, 60–40%, 51–49%)? W rzeczywistości zamiary lub pragnienia, aby umrzeć, mogą mieć charakter epizodyczny i impulsywny⁴³.

Po trzecie, samobójstwo jest aktem dokonywanym samemu na sobie. Jeśli robi to ktoś inny, nawet jeśli chcemy, żeby to zrobił, czyn taki zdefiniowany jest jako morderstwo. Jeśli wirus, bakterie lub proces chorobowy zabijają nas, jest to zwykle śmierć naturalna.

Po czwarte, samobójstwo może być pośrednie lub pasywne, np. nieprzyjmowanie leków ratujących życie lub celowe nieusunięcie się przed nadjeżdżającym pociągiem są często przypadkami suicydalnymi. Ogólnie mówiąc, im bardziej pośrednia jest przypadkowa kolejność i im mniej ta kolejność prowadzi do śmierci, tym bardziej skutek śmiertelny sklasyfikowany zostanie jako niesuicydalny. W większości przypadków przejadanie się, palenie papierosów, promiskuityzm, nieostrożna jazda samochodem itp., które kończą się śmiercią, nie są klasyfikowane jako samobójstwa.

Zachowania suicydalne i myśli samobójcze są w rzeczywistości skomplikowane, różnicowane, subtelne i panoramiczne. Należy zwrócić uwagę, że samobójstwo nie jest czymś jednolitym, lecz „wielowymiarowym złym samopoczuciem”, o czym przypomina Shneidman⁴⁴. W suicydologii należy zrobić wszystko, aby mieć jasność i zgodność co do naszego wyniku (zależnej) zmiennej. Wyjaśnienia i prognozyki będą się różnić wraz ze zmianą naszej zależnej zmiennej. Nawet wśród kompletnych samobójców, samobójców dokonujących próby oraz ideatorów samobójstw występują różne podtypy.

Podręcznik ten omawia przede wszystkim kompletne samobójstwa. Jak wiadomo, 85% wszystkich osób próbujących odebrać sobie życie nie umiera śmiercią samobójczą⁴⁵. Zatem wszelkie badania oparte jedynie na nieudanych próbach samobójstw stanowią wątpliwą wartość odnośnie do prognozowania i zapobiegania samobójstwom. Ponadto prototypem samobójcy jest starszy mężczyzna rasy białej, często znajdujący się w depresji alkoholik, wyobcowany społecznie, sztywny kognitywnie, słabego zdrowia i coraz bardziej poddający się rozpacz, a nie uczennica w wieku dojrzewania. Jednakże dobrze by było przynajmniej wziąć pod uwagę inne aspekty suicydalności: nieudane próby samobójcze, myślenie o samobójstwie oraz podejmowane ryzyko związane z końcowymi wynikami samobójstwa.

Bez wdawania się w szczegóły można podać kilka ogólnych obserwacji dotyczących definicji⁴⁶:

- 1) symbol lub słowo definiowane jest definiendum (np. „samobójstwo”); symbole lub słowa używane do wyjaśnienia znaczenia definiendum to definiens (np. „zamierzono morderstwo siebie samego”);
- 2) istnieje wiele typów definicji, lecz dwa w szczególności służą naszym celom: teoretyczne i precyzyjne lub operacyjne definicje. Definicje teoretyczne w gruncie rzeczy wysuwają teorię (tu: samobójstwa). Należy być ostrożnym z takimi definicjami. Definicja nie powinna być wyjaśnieniem. Mówienie, czym jest symbol lub słowo, to nie to samo, co mówienie, dlaczego symbol, słowo lub zachowanie istnieje i co je po-

⁴³ D.A. Brent, D.J. Kolko, *The assessment and treatment of children and adolescents at risk for suicide* [w:] S.J. Blumental, D.J. Kupfer (red.), *Suicide over the life-cycle*, Washington, DC, 1990.

⁴⁴ Zob. E.S. Shneidman, *Suicide as Psychache...*, tabela 21.

⁴⁵ R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *Assessment and prediction of suicide*, New York 1992, rozdz. 17.

⁴⁶ I. Copi, *Introduction to logic*, New York 1994.

woduje. Definicje operacyjne sugerują, jak należy mierzyć symbol lub słowo. Kilka definicji wskazuje, że suycydolodzy powinni zbadać tylko dokonane samobójstwa (prawdopodobnie tylko przypadki śmiertelne potwierdzone na aktach zgonu jako samobójstwa), powinni traktować samobójstwa jako rozwiązania życiowych problemów i produkt niezaspokojenia potrzeb psychologicznych, takich jak: miłość, poczucie własnej wartości, bezpieczeństwo, nadzieja, i powinni uwzględnić nienawiść, poczucie winy i beznadziejności.

W logice symbolicznej definicje są raczej przedstawiane jako równoznaczne tezom.

W tej części zajmujemy się pojęciami, takimi jak: letalność, motyw i zamiar, oraz karierami suycydalnymi. Dalej zajmujemy się innymi podstawowymi pojęciami suycydologicznymi (depresja, beznadziejność, próby samobójcze, nadużywanie alkoholu itp.) w kategoriach powszechnych elementów w samobójstwie i jego zapowiedzi. Te podstawowe pojęcia stanowią bloki budowlane konstrukcji teorii samobójstwa.

Niektóre próby samobójcze są poważniejsze i stanowią większe zagrożenie życia niż inne. Letalność odnosi się do prawdopodobieństwa albo medycznej pewności, że działanie, metoda lub stan (warunek) rzeczywiście zabija, tzn. doprowadzą do śmierci.

Próba wstrzymania oddechu aż do śmierci ma zerową śmiertelność. Giner i in. mówią o gwałtownych i poważnych próbach kończących się zgonem⁴⁷.

Chociaż śmiertelność nie jest ograniczona do prób samobójczych, większość symptomów śmiertelności samobójczej odnosi się do tego wskaźnika. Na przykład Card dokonał wczesnego klasycznego oszacowania najbardziej i najmniej śmiertelnych metod samobójczych, wymienionych poniżej w kolejności od najbardziej do najmniej śmiertelnych⁴⁸:

- 1) strzał z pistoletu,
- 2) tlenek węgla,
- 3) powieszenie,
- 4) utonięcie,
- 5) założenie plastikowej torby na głowę,
- 6) uderzenie (np. tępy uraz lub skok z wysokości),
- 7) ogień (samospalenie),
- 8) trucizna (oczywiście różni się w zależności od rodzaju trucizny, dawki, reakcji itp.),
- 9) przedawkowanie leków (często leki psychiatryczne lub apteczkowe),
- 10) gaz,
- 11) cięcie.

Każdy z pięciu czynników ryzyka jest oceniany od 1 do 3 pod względem ciężkości, a czynniki ratunkowe są oceniane od 3 do 1, zgodnie z siłą czynników ratunkowych. Obie sumy są następnie przeliczane na wynik od 1 do 5 (np. suma = 5–6 = 1, 13–15 = 5 itd.). Sam wynik śmiertelności jest następnie obliczany według wzoru $A/(A + B) \times 100$. Punktacja ryzyka-śmiertelności waha się od niskiej wartości 17 do wysokiej 83.

Przykład przypadku być może pozwoli lepiej zrozumieć pojęcie ryzyka i ratowania. Trzydziestosześcioletnia kobieta dużo piła i kłóciła się z mężem. Poszła do łazienki i zażyła od 25 do 90 mg secobarbitalu (Seconal), gdy jej mąż wychodził na wieczór. Po zauważeniu skutków działania leku wyszła na zewnątrz, udało jej się złapać taksówkę i dostała się na pogotowie. Dwadzieścia minut później zapadła w głęboką śpiączkę; zo-

⁴⁷ L. Giner i in., *Violet and serious suicide attempts: One step closer to suicide*, „Journal of Clinical Psychiatry” 75(3), s. 191–197.

⁴⁸ J.J. Cadr, *Lethality of suicide methods and suicide risk: Two distinct concepts*, „Omega” 1974/5, s. 37–45.

stała wysłana na intensywną terapię, a następnie przeniesiona do szpitala ogólnego na przewidywany ponad tygodniowy pobyt.

Jej punktacja ryzyka i ratowania była następująca: *risk score* = 5, *rescue score* = 5, *riskrescue score* = 50. Jej potencjał samobójczy został oceniony jako umiarkowany. Choć jej zachowanie było ryzykowne, jej czynniki ratunkowe lub ochronne były również wysokie.

Wiele ocen śmiertelności odnosi się nie tylko do metod próby samobójczej, ale raczej do innych czynników ryzyka samobójstwa. Oto próbka niektórych z wielu innych ocen letalności: ideacje, nadużywanie substancji, bezcelowość, lęk, poczucie uwięzienia, brak nadziei, wycofanie, gniew, lekkomyślność, zmiany nastroju.

Samobójstwo jest zamierzone. Nie jest ono działaniem mającym na celu tylko samookaleczenie. W zwykłym języku angielskim motyw odnosi się do przypuszczalnego powodu (powodów) samobójstwa (zaburzenia depresyjne, rozwód, beznadzieja, nieuleczalna lub bolesna choroba fizyczna, wstyd, poczucie winy, strata, itp.). W suicydologii zarówno motyw (zwłaszcza), jak i zamiar są podstawowymi pojęciami prawnymi. W prawie motyw to przyczyna lub powód, który uruchamia wolę i skłania do działania. Innymi słowy, motyw jest tym, co nakłania lub stymuluje osobę do dokonania jakiegoś działania lub wywołania jakiegoś rezultatu.

Intencja to cel, jaki ma dana osoba w użyciu określonego środka (np. samobójstwa) dla osiągnięcia rezultatu (np. śmierci). Intencje samobójcze zazwyczaj wskazują, że dana osoba rozumiała fizyczną naturę i konsekwencje aktu autodestrukcji. Tak więc, na przykład, bardzo małe dzieci mogą nie być w stanie popełnić samobójstwa. W prawie niektórych stanów uważa się, że jednostka jest w stanie sformułować intencję samobójczą, niezależnie od tego, czy jest ona „zdrowa” czy „obłąkana”. Rzeczywiście, większość klauzul wykluczających samobójstwo w polisach ubezpieczeniowych na życie zaczyna się od: „Niezależnie od tego, czy jest on zdrowy czy niepočitalny ...”. Jednakże w innych stanach (takich jak Kalifornia, Floryda, Kansas, Kentucky, Michigan, Ohio, Oklahoma, Tennessee i Wisconsin) dowód intencji jest zazwyczaj wymagany. Ciężar dowodu spoczywa zwykle na powodzie, ponieważ prawo zakłada, że samobójstwo nie miało miejsca, chyba że zostanie udowodnione (czyli raczej nie w sprawach cywilnych). Jest to odmiana zasady prawa karnego „niewinny do czasu udowodnienia winy”.

Ale jak można poznać motywy lub intencje jednostki, zwłaszcza po śmierci? Jeśli próba samobójcza nie jest śmiertelna, można przeprowadzić bezpośrednie przesłuchanie lub zastosować standaryzowane skale intencji samobójstwa. Na przykład Skala Zamierzeń Samobójczych Becka bada takie obiektywne okoliczności, jak izolacja, czas, zabezpieczenia przed odkryciem, działania mające na celu uzyskanie pomocy, działania końcowe, przygotowania do próby, czy pozostawiono list samobójczy, czy też nie, oraz komunikowanie zamiaru innym. Ponadto badane są raporty własne dotyczące celu, spodziewanej śmiertelności, śmiertelności zastosowanej metody, powagi zamiaru samobójczego, nastawienia do śmierci, zdolności ratunkowych i stopnia ostrożności lub premedytacji. Na koniec klinicysta może sprawdzić reakcję osoby podejmującej próbę, jej wizję śmierci, liczbę wcześniejszych prób (należy jednak pamiętać, że większość starszych mężczyzn podejmuje tylko jedną próbę) oraz udział alkoholu i innych narkotyków w próbie.

Niektórzy suicydologowie stworzyli retrospektywne wskaźniki do operacyjnego klasyfikowania śmierci jako samobójstwa, gdy osoba umiera w wyniku próby⁴⁹.

⁴⁹ D.A. Jobes i in., *Improving the validity and reliability off medical-legal certification of death*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 1987/17, s. 310–325.

Kryteria te obejmują nie tylko wcześniejsze wyraźne wyrażenie zamiaru zabicia się, takie jak list samobójczy (choć do 85% samobójców nie pozostawia żadnego listu), ale także kilka pośrednich oznak zamiaru samobójczego. Wśród nich są przygotowania do śmierci; wyrażanie pożegnania, beznadziejności, bólu emocjonalnego lub fizycznego; wysiłki mające na celu zdobycie lub poznanie środków do śmierci, takie jak przeszukiwanie komputera lub zakup książki *Final exit*⁵⁰ lub dołączenie do organizacji takiej jak Hemlock Society lub jej współczesnego odpowiednika, Compassion and Choices.

Na przykład strzał oddany w pień mózgu z pistoletu wielkiego kalibru (0,357 magnum lub kaliber 0,45) ma prawie stuprocentową letalność. Z drugiej strony wstrzymanie oddechu aż do śmierci ma prawie zerową letalność. Jest wielce prawdopodobne, że wyższe wskaźniki samobójstw wśród mężczyzn w stosunku do kobiet (3 lub 4:1) spowodowane są tym, że mężczyźni najczęściej wybierają broń palną i strzał w głowę. Kobiety, dokonując próby samobójczej, stosują bardziej różnorodne metody niż mężczyźni i metody te są mniej letalne – np. oddając strzał, nie celują w głowę jak mężczyźni, tylko w klatkę piersiową.

LETALNOŚĆ

Niektóre próby samobójcze stanowią większe zagrożenie życia niż inne. Letalność dotyczy prawdopodobieństwa lub medycznej pewności, że działanie, metoda lub warunki spowodują śmierć. Poniżej ich skala.

00. Niemożliwe, aby śmierć nastąpiła w wyniku „suicydalnego” zachowania.

Skaleczenia: lekkie zadrapania, które nie przecinają skóry; zwykle wykonane za pomocą uszka od puszki po napoju, kawałka plastiku, szpilki, spinacza; otwieranie starych ran również zalicza się do tego poziomu; rany wymagające szycia zaliczane są do wyższego poziomu.

Połykanie: lekkie przedawkowania lub połykanie przedmiotów, takich jak: monety, spinacze i jednorazowe termometry; tabletki na przeziębienie, środki przeczyszczające lub inne leki bez recepty, niewielkie dawki środków uspokajających lub leków na receptę. Wkładanie potłuczonego szkła do ust, lecz niepołykanie go, można także zaliczyć do tej kategorii.

Inne: wyraźnie nieskuteczne działania, demonstrowane przez pacjenta wobec personelu, np. wychodzenie jedynie w nocnej koszuli na zewnątrz przy niskiej temperaturze, po wcześniejszym ostrzeżeniu, że się popełni samobójstwo „zamarzając na śmierć”.

1.0. Śmierć jest bardzo mało prawdopodobna. Gdyby nastąpiła, byłaby wynikiem drugorzędnych komplikacji, wypadku lub mało prawdopodobnych okoliczności.

Skaleczenia: płytkie cięcia bez uszkodzenia ścięgna, nerwu lub naczyń; te rany mogą wymagać założenia szwów; cięcie jest zwykle dokonane czymś ostrym, takim jak brzytwa. Bardzo mały upływ krwi, zadrapania (w przeciwieństwie do skaleczeń) na szyi są niegroźne.

Połykanie: stosunkowo niewielkie przedawkowanie lub połknięcie nieostrego szkła lub ceramiki; wydarzenia zwykle odbywają się tak, aby zwrócić uwagę personelu. Tabletki, środki przeczyszczające i/lub leki bez recepty. Powszechnie stosowane są niewielkie dawki potencjalnie śmiertelnych leków.

Inne: zawiązanie wokół szyi nitki, sznurka lub prędy, a następnie pokazanie się personelowi.

⁵⁰ D. Humphry, *Final exit: The practicalities of self-deliverance and assisted suicide for the dying*, New York, 2002.

2.0. Śmierć jest niemożliwa na skutek tego działania: jeśli nastąpi, będzie prawdopodobnie spowodowana nieprzewidzianymi, drugorzędnymi przyczynami. Często próba jest dokonywana w miejscu publicznym, zgłoszona jest przez tę osobę lub inne osoby. Chociaż pomoc medyczna jest zapewniona, nie jest ona niezbędną, aby przeżyć.

Skaleczenia: pacjent może doznać obrażeń, lecz nie wymaga pomocy medycznej, żeby uratować życie.

Przykłady: dość powierzchowne skaleczenia ostrym narzędziem, które mogły uszkodzić ścięgno; skaleczenia ramion, nóg i nadgarstków wymagać będą założenia szwów; skaleczenia szyi z boku są niegroźne i nie powinny wymagać założenia szwów.

Połykanie: pacjent może otrzymać pomoc medyczną, lecz zwykle interwencja medyczna nie jest konieczna.

Przykłady: tabletki bez recepty; środki przeczyszczające; wypicie płynów toksycznych, szamponu lub ściągającego płynu, lżejszego płynu lub innych produktów na bazie nafty. Małe dawki potencjalnie śmiertelnych leków, większe ilości mogłyby być wzięte, gdyby personel był powiadomiony przez pacjenta w kilka minut. Pacjent może zażyć niewielkie ilości związków chemicznych używanych do czyszczenia.

Inne: niepowodujące śmierci, zwykle impulsywne i nieskuteczne metody.

Przykłady: wdychanie dezodorantu bez wystąpienia zespołu zaburzeń oddechowych, połknięcie kilku kawałków ostrego szkła, dowód nieudanej próby dławienia się kawałkiem powłoczki na poduszkę.

3.5. Śmierć jest niemożliwa, jeśli pierwszej pomocy udzieli ofiara lub inna osoba. Ofiara zwykle przekazuje wiadomość lub popełnia akt publicznie lub też nie próbuje ukryć siebie lub swoich obrażeń.

Skaleczenia: głębokie cięcia, obejmujące uszkodzenie ścięgna (lub rozłączenie) oraz możliwe zniszczenie naczyń i arterii; rany szyi wymagają założenia szwów, lecz główne naczynia nie zostały zerwane. Utrata krwi wynosi mniej niż 100 cm³. Skaleczenia szyi są większe niż zadrapania, lecz nie przerywają głównych żył lub arterii.

Połykanie: znaczne przedawkowanie; może odpowiadać niższej części zakresu LD50. Przykłady: tabletki bez recepty; większe dawki mogą być przyjęte, lecz pacjent zapewnia interwencję; środki przeczyszczające; potencjalnie śmiertelne dawki, lecz przyjęte w taki sposób, że zapewniona jest interwencja (np. wobec personelu lub powiadamiając kogoś o tym w ciągu godziny). Mogą wystąpić fizjologiczne oznaki cierpienia, takie jak: mdłości, podwyższone ciśnienie krwi, zaburzenia układu oddechowego, konwulsje i zmiana stanu świadomości, zbliżenie do stanu śpiączki.

Inne: możliwie poważne działania, które przyciągają uwagę personelu (np. natychmiast zwracające uwagę zaciśnięte sznurowadło na szyi).

5.0. Prawdopodobieństwo śmierci w 50%, pośrednio lub bezpośrednio lub zdaniem przeciętnej osoby wybrana metoda daje niejednoznaczny wynik. Należy stosować tę ocenę tylko wtedy, gdy: (1) szczegóły są mało konkretne; (2) przypadek nie może być poddany ocenie albo A 3.5, albo 7.0.

Skaleczenia: poważna rana cięta, w wyniku której nastąpiła znaczna utrata krwi (więcej niż 100 cm³) i pewne zagrożenie życia; rana mogła być związana ze spożyciem alkoholu lub leków, które mogą zaciemniać sprawę.

Połykanie: zgłoszenia niekonkretnych, lecz prawdopodobnie znacznych ilości zabójczych leków.

Inne: potencjalnie śmiertelne działania.

Przykłady: próba wetknięcia dwóch drutów bez izolacji do gniazdka sieci elektrycznej w obecności pielęgniarki; wyskakiwanie na głowę z samochodu prowadzonego z prędkością 50 km/h przez pracownika szpitala; wykręcanie żarówki w holu i wkładanie palca do kontaktu w obecności innych pacjentów.

7.0. Śmierć jest prawdopodobna, o ile nie zostanie udzielona „natychmiastowa” i „energiczna” pierwsza pomoc medyczna. Jedna lub obie z następujących czynności również są prawdziwe: 1) dokonuje przekazu informacji (pośrednio lub bezpośrednio); 2) dokonuje aktu publicznie, tam, gdzie jest prawdopodobne, że ktoś udzieli mu pomocy lub zauważy.

Skaleczenia: poważne rany cięte.

Przykłady: ucieczka i „poharatanie szyi brzytwą” (włącznie z przecięciem żyły szyjnej), a potem samodzielny powrót do szpitala i prośba o pomoc.

Połykanie: potencjalnie śmiertelne ilości leków; dawki zażywanych leków bez interwencji lekarskiej spowodowałyby śmierć większości osób.

Przykłady: ucieczka i zażycie około dwóch butelek ASA, a następnie powrót do szpitala; ucieczka do motelu i zażycie dużej ilości Inderalu, Dalmane, Mellaril oraz wypicie butelki Burbona, a potem przekazanie wiadomości o stanie zagrożenia.

Inne: letalne działania wykonywane w taki sposób, żeby zmaksymalizować szanse interwencji.

Przykłady: pacjent zawiązał mocno ręcznik wokół szyi – odciął drogi oddechowe – próbował odwiązać ręcznik, lecz zemdlął i upadł na podłogę; przed próbą samobójczą widział, jak personel wykonywał obchód; sznurek okręcony wokół szyi kilka razy i przywiązany do łóżka – kiedy został znaleziony, twarz jego była czerwona.

8.0. Śmierć zazwyczaj uważana jest za skutek działania samobójczego, o ile samobójca nie zostanie uratowany przez inną osobę w „skalkulowanym” ryzyku (np. obchód pielęgniarski, powrót współlokatora lub wizyta małżonka). Jedno lub oba zachowania z następujących są prawdziwe: 1) brak bezpośredniego powiadomienia; 2) działanie na osobności.

Skaleczenia: poważne rany cięte z szybką i znaczną utratą krwi; pacjent może być częściowo ukryty przed personelem, małżonkiem czy przyjaciółmi.

Przykłady: pacjent udał się do łazienki swojego pokoju, zostawił drzwi otwarte i przeciął sobie jeden nadgarstek, tracąc w ten sposób dużo krwi; śmierć nastąpiłaby, gdyby nie został znaleziony pół godziny później przez pielęgniarki wykonujących obchód.

Połykanie: wyraźne śmiertelne dawki i brak komunikacji.

Przykłady: pacjent wziął śmiertelną dawkę barbituratów, lecz zwymiotował, zanim zapadł w śpiączkę; pacjent połknął 15 tabletek Tuinalu – znaleziono go nieprzytomnego w wannie napełnionej ciepłą wodą.

Inne: najczęściej mają miejsce powieszenia i uduszenia, które mogą się udać lub nie, ale są tak skalkulowane, aby istniała szansa interwencji, która uniemożliwi samobójstwo.

Przykłady: zaciskanie paska bardzo mocno wokół szyi, duszenie się pod prysznicem; ucieczka i próba utopienia się w stawie w środku dnia; skok przed szybko jadącym samochodem.

9.0. Śmierć jest bardzo prawdopodobna: „przypadkowa” interwencja i/lub nieprzewidziane okoliczności mogą uratować ofiarę. Występują również dwa z następujących warunków: 1) brak przekazu wiadomości; 2) widać wysiłek ukrywania aktu, aby nie zwracać uwagi potencjalnych ratowników; 3) podejmuje się środki uniemożliwiające znalezienie (np. ucieczka).

Skaleczenia: poważne, zwykle wielokrotne cięcia, powodujące znaczną utratę krwi.

Przykłady: pacjent mocno poharatał ramię brzytwą, krew spłynęła do kosza na śmieci; kiedy go znaleziono, był nieprzytomny i w szoku.

Połykanie: wyraźnie śmiertelne dawki.

Przykład: pacjentka wypła kilka uncji zmywacza do paznokci – znaleziono ją bladą z pianą ciekącą z ust – w lekkim stanie śpiączki.

Inne: stosowanie śmiertelnych środków.

Przykłady: plastikowa torba na głowie mocno związana szalikiem – pacjent został znaleziony nieprzytomny z głową w sedesie; pacjent przywiązał plastikowy wąż do rury wydechowej i udusił się na parkingu; pacjent powiesił się w szafie za zamkniętymi drzwiami – odcięty, już nie oddychał.

10.0. Śmierć prawie pewna, bez względu na okoliczności lub interwencję z zewnątrz. Większość ludzi na tym poziomie umiera zaraz po próbie, bardzo mało z nich przeżywa nie z własnej winy.

Skałeczenia: rany tak poważne jak w 9.0, z wyjątkiem tego, że prawdopodobieństwo interwencji jest jeszcze bardziej odległe.

Przykłady: ucieczka do opuszczonego domu i poważne pokrojenie nadgarstków i szyi brzytwą – kiedy przypadkiem pojawił się policjant obok pacjenta siedzącego w dużej kałuży krwi, ten go odegnał, grożąc brzytwą.

Połykanie: z powodu czasu, który jest wymagany, aby toksyna zaczęła działać, jest bardzo mało przypadków przedawkowania, które można uważać za poważne.

Przykłady: te, które są poważne, to: połknięcie politury do mebli, rozcieńczalnika do farb i wielu leków na receptę w czasie samotnego przebywania w domu.

Inne: niżej najbardziej rozpowszechnione próby na tym poziomie.

Przykłady: skok z wysokiego budynku (4-piętrowego lub wyższego); rzucanie się pod rozpędzony samochód na autostradzie; ucieczka i powieszenie się w szatni sali gimnastycznej w nocy; potajemna ucieczka i utopienie się w jeziorze w czasie, kiedy nie było żadnych zajęć w pobliżu jeziora i kiedy nikt się nie spodziewał, że pacjent tam będzie; strzał w głowę z broni palnej i jakiegokolwiek próba oddania strzału.

Źródło: *Foundations of Suicidology. Theoretical Component in Suicidology* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, M.M. Silverman, *Comprehensive textbook of suicidology*, New York 2000, s. 34–36.

Jakkolwiek letalność nie ogranicza się tylko do metod stosowanych przy próbach samobójczych, to wiele interesujących badań przeprowadzono na ten temat. W 1974 r. ustalono następującą kolejność metod od najbardziej do najmniej letalnej: najbardziej letalne: strzał z pistoletu, dwutlenek węgla, powieszenie, utonięcie, uduszenie plastikową torbą na głowie, uderzenie, ogień, trucizna, narkotyki, gaz; najmniej letalne: okaleczenie.

Jednym z pierwszych suicydologów, który dokonał próby zmierzenia letalności, był A.T. Beck. Komitet, któremu przewodniczył na początku lat siedemdziesiątych w Narodowym Instytucie Zdrowia Psychicznego (National Institute of Mental Health), zdefiniował letalność jako medyczną pewność śmierci⁵¹. Beck oceniał letalność jako: zerową, niską, średnią lub wysoką. Ta prosta skala letalności jest nadal w użyciu. Jednakże niektórzy naukowcy uważają, że należy rozbudować skalę do 9 lub 10 punktów i zastosować lepsze operacyjne definicje i techniki skalowania. Inni twierdzą, że letalność jest funkcją nie tylko czynników ryzyka, lecz także czynników ochronnych współdziałających z czynnikami ryzyka.

⁵¹ Zob. M.E. Weishaar, A.T. Beck, *Clinical and cognitive predictors...*, s. 78.

Skala Smitha⁵² to jedna z najlepszych dostępnych skal letalności. Przedstawia ona 11 punktów oparcia i precyzyjne definicje operacyjne uzupełnione przykładami klinicznymi i szczegółowym rejestrem leków (obecnie wymagającym aktualizacji). Na skali Smitha i innych punkt 0 wskazuje, że śmierć jest niemożliwa, a punkt 10 – że śmierć jest prawie pewna.

Skala letalności, która ocenia zarówno czynniki ryzyka, jak i ratunku (lub ochrony), została opracowana przez A.D. Weismana i J.W. Wordena⁵³ w Harvardzie. Jest ona trafnie desygnowaną skalą ryzyka–ratunku (*Risk-Rescue Rating Scale*). Ryzyko i ratunek zostały obliczone z wykorzystaniem oceny czynników: ryzyka i ratunku, metody, lokalizacji, słabej świadomości, kluczowej osoby, toksyczności, prawdopodobieństwa odkrycia, odwracalności, dostępności, wymaganego leczenia, opóźnienia odkrycia.

5. Opis i charakterystyka zjawiska samobójstwa

Opis i charakterystyka zjawiska samobójstwa obejmuje m.in. dokonywanie analizy struktury i dynamiki samobójstw usiłowanych i popełnianych w różnych krajach. Struktura odzwierciedla statyczne właściwości przedmiotu badań, natomiast przez dynamikę rozumie się zarówno zmiany, którym ulega w czasie liczebność całego zbioru zdarzeń określonych jako samobójstwa, jak i zmiany, którym ulega w czasie liczebność poszczególnych podzbiorów, wyróżnionych na podstawie przyjętych kryteriów klasyfikacyjnych.

Za pierwsze kryterium klasyfikacyjne w analizie zjawiska samobójstwa przyjmuje się skutek zamachu samobójczego. Wyróżnia się zamachy samobójcze kończące się śmiercią, czyli tzw. samobójstwa dokonane, oraz zamachy, w wyniku których nie dochodzi do utraty życia, czyli tzw. samobójstwa usiłowane.

Wśród właściwości strukturalnych istotne miejsce zajmują analizy dokonywane w aspekcie demograficznym, ekologicznym i geograficznym. Ważną rolę odgrywają również analizy dotyczące sposobu popełnienia zamachu samobójczego. W swym czysto fizykalnym ujęciu staje się on wskaźnikiem definicyjnym samobójstwa, jest jego warunkiem koniecznym, lecz niewystarczającym. Aby mówić o samobójstwie, trzeba z fizykalnego zachowania inferować jego motywy, a więc jego przyczynę. W tym sensie sposób popełnienia zamachu może być traktowany jako wskaźnik inferencyjny.

Rozpatrując samobójstwo równocześnie jako zachowanie fizykalne i istotne, można doszukiwać się z jednej strony motywu niejako nadrzędnego, tj. szukać odpowiedzi na pytanie, dlaczego pojawił się zamiar samobójczy oraz próba zamachu, jak również motywu wtórnego, determinującego wybór takiego właśnie, a nie innego sposobu działania. Istnieje pewien związek między decyzją o zastosowanych środkach i samym motywem zachowania suicydalnego. Mówiąc inaczej, sposób popełnienia zamachu jest funkcją samego motywu pozbawienia się życia, a ściślej mówiąc – siły tego typu motywacji. Sposób ten jest również funkcją tego, czy zamach ma charakter autonomiczny, czy też instrumentalny. O autonomicznym charakterze mówimy wtedy, gdy celem zachowania jest wyłącznie pozbawienie się życia, a więc samobójstwo pojmowane jest jako cel sam w sobie. Z chwilą, gdy zamach samobójczy traktowany jest przez sprawcę jako środek do celu, mówimy o instrumentalnym charakterze samobójstwa.

⁵² K. Smith, R. Conroy, B. Ehler, *Lethality of Suicide Attempt Rating Scale*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 1984/14, s. 215–242.

⁵³ A.D. Weisman, J.W. Worden, *Risk-rescue rating in suicidal assessment* [w:] A.T. Beck, H.L.P. Resnick, A.J. Lettieri (red.), *The Prevention of Suicide*, Bowie, MD, 1974, s. 193–213.

W niniejszym opracowaniu przyjmuje się, iż zachowanie nazywane sposobem popełnienia zamachu samobójczego może być wykorzystywane jako wskaźnik następujących zmiennych:

- 1) nadrzędna motywacja zachowania suicydalnego (siła tego procesu motywacyjnego),
- 2) autonomiczność bądź instrumentalność zachowania suicydalnego,
- 3) dostępność środków,
- 4) wytrzymałość fizjologiczna jednostki,
- 5) sprawność biopsychiczna jednostki dokonującej zamachu,
- 6) wiedza i umiejętność sprawcy,
- 7) społeczne wzory i normy reagowania na określone sytuacje.

Przyjmuje się, że związek sposobu zamachu z wyżej wymienionymi zmiennymi, przy powyższym wysoce ogólnym ich określeniu, ma charakter ewidencji empirycznych.

Ustalanie siły i kierunku związków między sposobem dokonania zamachu a wymienionymi wyżej zmiennymi wymaga doboru odpowiednich wskaźników rzeczowych dla tych zmiennych (empirycznych). W tej sytuacji rozwiązanie zadania sprowadzać się musi do przyporządkowania poszczególnym zmiennym takich wskaźników, jakie zawarte są właśnie w tym wyjściowym materiale badawczym.

Do ustalenia kierunku i siły związku między sposobem popełnienia zamachu i wytrzymałością fizjologiczną wykorzystać można także pośrednie wskaźniki – korelaty wytrzymałości, jak płeć i wiek. Sprawność biopsychiczna określa natomiast stan trzeźwości czy stan zdrowia sprawcy zamachu.

Na przebieg procesów motywacyjnych jako wyznaczników sposobu popełnienia zamachu pewne światło rzucić mogą dane o zamachach popełnianych w przeszłości, o skuteczności zamachu oraz o przyczynach zamachu określanych przez osoby prowadzące postępowanie wyjaśniające.

Wreszcie tezę o kulturowym uwarunkowaniu sposobu popełnienia zamachu pośrednio udokumentować mogą korelacje ze zmienną: zróżnicowanie przestrzenne (województwo) oraz ze zmienną ekologiczną: miasto–wieś. Wszystkie uwzględniane w analizie wskaźniki mają charakter wyrażnie probabilistyczny. Wskaźniki to te pewne cechy lub zdarzenia, na podstawie wystąpienia bądź zajścia których wnioskuje się nie z pewnością, a jedynie z określonym prawdopodobieństwem, iż zachodzi zjawisko będące przedmiotem badawczego zainteresowania (tu: wybór sposobu popełnienia zamachu samobójczego).

Uznanie sposobu popełnienia zamachu za istotną zmienną wynika – jak już zaznaczono wcześniej w definicji tego zachowania – z faktu istnienia możliwych do zaatakowania (uszkodzenia) części organizmu, jak też ze zróżnicowania możliwych do wykorzystania czynników zewnętrznych. Oddziaływania czynników zewnętrznych, traktowane jako przyczyny śmierci gwałtownej, dzieli się tradycyjnie i umownie na następujące grupy:

- a) mechaniczne uszkodzenia ciała,
- b) zatrucia,
- c) uduszenia,
- d) inne, w tym: oparzenia, przegrzanie ustroju, śmierć z oziębienia ciała, skutki promieniowania jonizującego, rażenie prądem elektrycznym, wygłodzenie.

Mechaniczne uszkodzenia ciała pojawiają się w wyniku użycia narzędzi ostrych, którymi zadaje się rany cięte, klute bądź rąbane, narzędzi tępych, powodujących rany miażdżone i tłuczone, a wreszcie broni palnej prowadzącej do ran postrzałowych.

Zatrucia występują w wyniku dostania się do organizmu lotnych, ciekłych lub stałych substancji trujących.

Uduszenia następują w wyniku: zatkania otworów nosowych, jamy ustnej, zamknięcia krtani, tchawicy lub drożnych oskrzeli przez ciało obce, unieruchomienia klatki piersiowej, utonięcia, zagardlenia (powieszenia, zadzierzgnięcia, zadławienia) bądź przebywania w zbyt ograniczonej przestrzeni.

6. Wyjaśnianie uwarunkowań zamachów samobójczych

W celu poznania uwarunkowań samobójstw trzeba badać podmiotowe warunki działania osoby badanej, w szczególności jej orientację w sobie i w otoczeniu, zewnętrzne warunki działania z położeniem głównego akcentu na środowisko społeczne, w którym to działanie przebiega; trzeba badać aktywność jednostki w konkretnych sytuacjach i jej skutki. Równocześnie samobójstwo należy traktować jako proces rozwijający się i przebiegający dynamicznie w poszczególnych fazach – od samobójstwa wyobrażonego do usiłowanego.

W większości publikacji dotyczących samobójstw trudno znaleźć odpowiedź na pytanie o psychospołeczne uwarunkowania samobójstw usiłowanych. Można w nich natomiast znaleźć odpowiedź na pytania: jakie cechy osobowości występują u niedoszłych samobójców, jakie objawy psychotyczne lub neurotyczne są dla nich charakterystyczne, jakie choroby psychiczne u nich rozpoznano, jak usuwać te objawy i jak postępować w przypadku poszczególnych populacji, badanych osób, jakie są motywy samobójstw i jak można je sklasyfikować.

W literaturze autorzy często zajmują się tylko osobowościowymi lub tylko środowiskowymi uwarunkowaniami, a nawet jeśli badają jedno i drugie, robią to niejako oddzielnie, nie ukazując wzajemnych powiązań.

Podmiotowe i zewnętrzne warunki działania osób usiłujących popełnić samobójstwo, cele i skutki działania, przebieg aktywności psychicznej tych osób w różnych środowiskach społecznych w odniesieniu do konkretnych sytuacji były przedmiotem wcześniejszych badań⁵⁴. Szczególne miejsce zajmują w nich społeczne uwarunkowania samobójstw.

Człowiek, zdaniem E. Aronsona, może być sensownie rozumiany tylko jako istota społeczna, formowana przez społeczne wpływy i sytuacje⁵⁵. Uważam, że tak właśnie, jak proponuje ten autor, należy spojrzeć na osoby usiłujące pozbawić się życia. Społeczne uwarunkowania odgrywają tu bardzo dużą rolę.

Poza innymi naukami na szczególną uwagę zasługują związki suicydologii z biologią i ekologią.

Współczesna biologia, a zwłaszcza biochemia mózgu, dostarcza coraz to nowych, niekiedy wręcz zaskakujących informacji dotyczących funkcjonowania centralnego układu nerwowego człowieka. Mózg jest niezwykle skomplikowaną strukturą i nieliczne nawet niedobory lub zakłócenia w funkcjonowaniu różnorodnych substancji chemicznych wchodzących w jego skład odbijają się ujemnie na procesach neurofizjologicznych w nim zachodzących, a także na aktywności psychicznej człowieka. Szczególna rola przypada

⁵⁴ Z. Zaborowski, *Z pogranicza psychologii społecznej i psychologii osobowości*, Warszawa 1980, s. 6.

⁵⁵ K. Kopczyński, *Psychospołeczne uwarunkowania prób samobójczych u młodzieży* [w:] B. Hołyst (red.), *Człowiek w sytuacji trudnej*, Warszawa 1991.

tu tzw. neuroprzekaznikom, których pokażną liczbę już odkryto, a cały czas odkrywa się nowe i poznaje złożone funkcje, jakie pełnią. Do szczególnie ważnych i stosunkowo dobrze poznanych należą dopamina i serotonina. Niedobory i zakłócenia w przekazywaniu synaptycznym tych substancji mogą mieć znaczący wpływ na zmianę nastroju człowieka, na powstawanie depresji, a prawdopodobnie także myśli samobójczych⁵⁶.

Na funkcjonowanie mózgu i aktywność psychiczną człowieka duży wpływ ma odżywianie. Mózg potrzebuje do właściwego działania wielu substancji, białek, węglowodanów, tłuszczów, witamin i mikroelementów. Niedobory w tym zakresie odbijają się natychmiast na aktywności psychicznej, a długotrwałe niedobory mogą powodować narastający stres, zakłócenia afektywne, wpływać na myślenie i aktywność poznawczą⁵⁷.

Czynniki genetyczne i hormonalne również mogą pozostawać w związku pośrednim, a nawet bezpośrednim z zachowaniem suicydalnym. Znajomość wyników badań z zakresu neurobiologii, endokrynologii, genetyki, psychosomatyki, nauki o żywieniu może więc mieć duże znaczenie dla poznania uwarunkowań samobójstwa, a także dla profilaktyki pre- i postsuicydalnej.

Środowisko przyrodnicze człowieka oddziałuje w różnoraki sposób na jego czynności fizjologiczne i psychiczne. Jednym z istotnych czynników są warunki atmosferyczne i klimatyczne. Są ludzie szczególnie wrażliwi na tego typu czynniki, tzw. meteoropaci. Meteoropatia przejawia się w szczególności właśnie w aktywności psychicznej, w zmianie nastroju, nadpobudliwości emocjonalnej, rozdrażnieniu, zakłóceniu samokontroli, ale także w obniżeniu nastroju, niechęci do podejmowania działań, zmęczeniu, a nawet braku motywacji i chęci do życia. Te ostatnie przejawy dotyczą zwłaszcza wpływu wiatru halnego na organizm ludzki.

Innym ważnym czynnikiem mogącym mieć znaczący wpływ na ludzkie zachowanie jest promieniowanie geopatyczne. Za pomocą metod radiestezyjnych można wykryć to promieniowanie, bardzo trudno jednakże je zlikwidować. Osoby przebywające dłuższy czas na skrzyżowaniu cieków wodnych mogą odczuwać stany przygnębienia, apatii, zmęczenia⁵⁸. Jeśli taki stan psychiczny się pogłębi, a dana jednostka ma jeszcze inne problemy i trudności życiowe, to wszystkie te czynniki mogą współkształtować pojawienie się zachowania suicydalnego.

Oprócz naturalnych czynników ekologicznych występują też w środowisku, wprowadzane do niego przez człowieka, substancje o toksycznym działaniu na mózg, np. obecne w spalinach samochodowych kadm i ołów. Pierwiastki te działają destruktywnie na pracę ludzkiego mózgu i mogą mieć wpływ na zmianę zachowania się⁵⁹.

Te i inne czynniki należy brać pod uwagę w kompleksowej analizie uwarunkowań aktywności psychicznej człowieka, a podejmując działania profilaktyczne w odniesieniu do samobójstw – należy uwzględniać także możliwości kształtowania i zmiany tych czynników.

⁵⁶ T. Bętkowska, K. Rożnowska, B. Wernichowska, *Jak chronić mózg*, Kraków 1996; T. Górską, A. Grabowska, J. Zagrodzka (red.), *Mózg a zachowanie*, Warszawa 1997; J. Wurtman, S. Suffes, *Serotonina*, Warszawa 1997.

⁵⁷ K. Kopczyński, *Wpływ żywienia na pracę mózgu i aktywność psychiczną człowieka*, „Zdrowie Psychiczne” 1997/3–4.

⁵⁸ J. Hołownia, *Nauki przyrodnicze a strefy geopatyczne i radiestezja*, Wrocław 1993.

⁵⁹ S. Zakrzewski, *Podstawy toksykologii środowiska*, Warszawa 1995; J. Kocur, J. Bukowski, W. Trendak, *Samobójstwo w regionach zagrożonych ekologicznie* [w:] B. Hołyst, M. Staniaszek (red.), *Samobójstwo*, Warszawa–Łódź 1995.

Szkodliwy wpływ na organizmy żywe metali ciężkich, do których zaliczany jest ołów, udokumentowany jest wieloma badaniami⁶⁰. W aglomeracjach miejskich występuje duża ekspozycja ludzi na związki ołowiu pochodzące z benzyny. Narażenia lokalne na działanie metali ciężkich związane są z wykonywaniem niektórych zawodów czy prac lub są przypadkowe.

Ołów w powietrzu dużych miast z reguły przekracza polską normę średnioroczną $0,2 \mu\text{g}/\text{m}^3$. W Krakowie stężenie średnioroczne w najbardziej komunikacyjnie ruchliwych częściach miasta wynosi $0,45\text{--}0,66 \mu\text{g}/\text{m}^3$. Wokół hut i kopalni ołowiu sięga ono nawet $20 \text{ g}/\text{kg}$ pyłu. Tylko część pyłu opada, a reszta rozprasza się nad całym globem. Deszcze mogą wymywać aerozol ołowiu z powietrza, osiągając w regionach obciążonych komunikacyjnie stężenie nawet do $500 \mu\text{g Pb}/\text{l}$ deszczu⁶¹.

Zagrożenia ołowiem zdrowia fizycznego i rozwoju umysłowego młodego pokolenia wymagają podjęcia radykalnych działań dla powstrzymania narastającej patologii społecznej. W Stanach Zjednoczonych w ramach endoprofilaktyki rozpoczęto kosztowne i niebezpieczne zabiegi usuwania ołowiu z organizmów dzieci już przy jego stężeniu powyżej $8 \mu\text{g}/\text{dl}$ krwi. Natomiast rząd podjął decyzję o całkowitym wyeliminowaniu czterotylku ołowiu z benzyny (egzoprofilaktyka). U nas, niestety, mimo podejmowanych inicjatyw społecznych, zainteresowanie konsekwencjami ekspozycji na niskie stężenia ołowiu są znikome. Uważa się, że jest to problem marginalny, a obowiązujące oceny oddziaływania autostrad na środowisko nie biorą pod uwagę zagrożeń dla zdrowia człowieka⁶². Pomijanie i przemilczanie tych zagrożeń, kiedy istnieje jeszcze szansa odwrócenia negatywnych skutków, to akceptacja zmniejszającego się ilorazu inteligencji, agresji i samoagresji u młodych i narastania patologii społecznej. Świadomość zagrożeń powinna być jednak pierwszym krokiem zmierzającym do ich opanowania.

Badania laboratoryjne wykazały, że ołów stosowany w żywieniu szczurów powodował zmiany stężeń tkankowych cynku, magnezu i miedzi⁶³. Magnez jest konieczny dla prawidłowego funkcjonowania ponad 300 enzymów. Znany jest fakt współzawodnictwa magnezu i ołowiu, co jest powodem kumulacji ołowiu przy niedoborze magnezu w organizmie. Wiadomo również, że niedobór magnezu obniża poziom odporności na stres. Z kolei nawet jednorazowy silny stres może zniszczyć znaczną ilość magnezu w organizmie. Tak więc podwyższony poziom ołowiu w organizmie, eliminując z niego magnez, przyczynia się do nadpobudliwości emocjonalnej i zakłóconej samokontroli, co przy występowaniu innych przyczyn może warunkować zachowania autodestrukcyjne.

7. Profilaktyka samobójstw

Wiele osób zadaje sobie pytanie, czy wobec złożoności form i motywów samounicestwienia możliwe jest stosowanie jakiegś profilaktyki. Są przecież przypadki samobójstw tak umotywowane, że trudno nie zgodzić się z racjami osoby, która targnęła się na życie.

⁶⁰ K. Pasternak, *Zmiany zawartości magnezu, cynku i miedzi w tkankach szczurów otrzymujących ołów w diecie* [w:] A. Kabata-Pendias, B. Szteke (red.), *Ołów w środowisku – problemy ekologiczne i metodyczne*, Warszawa 1998.

⁶¹ M. Gumińska, *Wpływ niskich stężeń ołowiu na wybrane procesy biochemiczne i konsekwencje zdrowotne u człowieka* [w:] A. Kabata-Pendias, B. Szteke (red.), *Ołów w środowisku – problemy ekologiczne i metodyczne*, Warszawa 1998.

⁶² M. Gumińska, *Wpływ niskich stężeń ołowiu...*

⁶³ K. Pasternak, *Zmiany zawartości magnezu, cynku i miedzi...*

Odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa, gdy rozpatruje się poszczególne przypadki, wydaje się jednak oczywista, gdy mówimy o zjawisku społecznym i biologicznym. W piśmiennictwie występują różne poglądy na ten temat. Martin uważa, że przeciwstawienie się samobójstwu jest niemoralne, jeżeli człowiek chce rzeczywiście odebrać sobie życie, a ten fakt nie wywołuje ujemnych konsekwencji⁶⁴. Społeczeństwo nie może przechodzić obojętnie obok istniejącego realnie i zwiększającego się liczebnie zjawiska, jakim jest ubytek jakiegoś procentu populacji na skutek śmierci samobójczej lub obniżenie potencjału sił społecznych na skutek zachowań suicydalnych. Oznaczałoby to bowiem, że wolność jednostki, jej prawo do wyboru posunęły się do takiego stopnia, że obojętne stało się pytanie, dlaczego człowiek odchodzi ze społeczeństwa czy też usiłuje to uczynić. Wszak podstawową potrzebą człowieka jest zachowanie życia, a zatem pozbawianie się go może mieć przyczyny świadczące o dysfunkcjonalności układu społecznego, w którym jednostka żyje, lub o niewydolności systemu biopsychicznego jednostki pozbawiającej się życia bądź próbującej rozstać się z życiem.

Wychodząc z założenia, że system społeczny powinien zapewnić każdemu dogodne warunki egzystencji i umożliwiać zaspokajanie potrzeb, trzeba zwrócić uwagę na to, czy przyczyna drastycznych zachowań jednostki nie tkwi w wadliwości funkcjonowania życia społecznego.

Zachowania suicydalne są złożone i wielowarstwowe. Ich bogactwo, różnorodność i uparte trwanie transkulturowe w historii ludzkości stanowi wielkie wyzwanie dla tych, którzy chcą je zrozumieć, móc przewidywać i zapobiegać.

W płaszczyźnie fundamentalnie egzystencjonalnej zwraca się uwagę na samobójstwa, ponieważ są to życiowe problemy czasami niemożliwe do uniknięcia i niszczące. Albert Camus zajął się istotnymi aspektami samobójstw. Według niego to, czy ktoś może żyć lub wybiera życie, stanowi poważny filozoficzny problem. Twierdzi on, że człowiek wynalazł Boga w tym celu, by móc żyć bez pokusy zabicia się, a jedyną ludzką wolnością jest pogodzenie się ze śmiercią. Samobójstwo jest przygotowywane w ciszy serca, gdyż jest wielkim dziełem sztuki⁶⁵.

Zygmunt Freud również widział życzenia (wolę) życia i śmierci jako nierozzerwalnie połączone⁶⁶. Dowodził: „życie jest zubożone, traci się zainteresowanie nim, kiedy występuje najwyższa stawka w grze o życie, samo życie nie może być przedmiotem ryzyka”⁶⁷. Wcześniej Freud uznawał agresję jako wytwór frustracji, bodźców seksualnych i skłonny był uważać wszelką agresję życiową za energię seksualną. Dopiero po rzezi pierwszej wojny światowej uznał, że istnieją dwa sprzeczne instynkty: dążenie do życia (*eros*) i do śmierci (*tanatos*). Wszystkie instynkty zmierzają do redukcji napięć. Freud wierzył również, że samobójstwo jest bardziej prawdopodobne w wyższej cywilizacji, wymagającej większej represji seksualnej i agresywnej energii. Samobójstwo niekoniecznie musi być chorobliwym i niesamowitym zjawiskiem, jak można by sobie naiwnie wyobrazić, wiążącym się z depresją funkcjonalną, brakiem nadziei i bezwartościowością życia, a nawet rozpaczą⁶⁸. Niektóre samobójstwa mogą wyglądać na racjonalne, mimo znacznych wysił-

⁶⁴ *Should we try to prevent suicide?* [w:] R.M. Martin, *Proceedings Communications*, Ottawa 1979, s. 279–281.

⁶⁵ A. Camus, *The myth of Sisyphus*, London 1945.

⁶⁶ P. Gay, *Freud, A life for our time*, New York 1988.

⁶⁷ A. Alvarez, *The savage God*, New York 1970.

⁶⁸ E. Becker, *The denial of death*, New York 1973.

ków o poprawę życia (psychoterapia, leczenie psychofarmakologiczne). Nasze życie jest nadal niedostatecznie związane z przyjemnością bądź znaczeniem⁶⁹.

Camus sugerował, że religia stanowi część samobójczych myśli i działań. Na przykład, czy nasze życie ma jakiś ostateczny cel, taki, że jesteśmy moralnie zobowiązani przeżyć je nawet wtedy, gdy cierpimy ból porównywalny z bólem biblijnego Hioba? Być może odrzucenie samobójstwa wynika nie stąd, że ktoś umiera, ale z tego, że ogromna pycha kobiet i mężczyzn powoduje, że biorą życie we własne ręce, pomijając Boga. Samobójstwo stanowi często rodzaj darwinowskiej niezdolności życia w ogóle bądź życia na poziomie, aby móc przeżyć godnie⁷⁰.

Suicydologia obejmuje nie tylko samobójstwa, ale i nieskuteczne usiłowania, częściowe samodestrukcje, samobójcze gesty i wyobrażenia oraz parasamobójstwa, samookaleczenia i tym podobne⁷¹.

Ponieważ samobójstwo jest zjawiskiem złożonym z wielu nakładających się elementów, brak jego jednej przyczyny.

Istnieje fundamentalna różnica między samobójstwem popełnionym a usiłowanym, jako że to pierwsze jest jednoznaczne ze śmiercią osoby. Nie wolno zapominać, że około 85% samobójców usiłujących popełnić je umiera śmiercią naturalną.

Klinicyści powinni być nadzwyczaj ostrożni, dokonując niesłusznych uogólnień, że pacjenci samouszkodzający się z reguły potem popełniają samobójstwa. Istnieją liczne różnice między samobójstwami dokonanymi a usiłowanymi, między innymi co do zastosowanej metody, liczby usiłowań, płci, wieku, miejsca samookaleczenia, interpersonalnej dynamiki, pozostawienia listu pożegnalnego, stanu zdrowia, izolacji społecznej itp.

Grupy wysokiego ryzyka ujęte w spisie *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), a więc na przykład osoby w depresji czy alkoholicy, nigdy nie popełniają samobójstwa zbiorowego, a osoby tak zwane zdrowe – tak.

Obecnie istnieją poważne luki w piśmiennictwie, nie ma książek i podręczników pomocnych w badaniu osób dokonujących samookaleczeń i w postępowaniu z przyszłymi samobójcami, na przykład w dziedzinie psychiatrii, gdzie badacze dysponują podręcznikami *Comprehensive Textbook of Psychiatry* czy *Introductory Textbook of Psychiatry*⁷².

Kilku lekarzy i naukowców-behawiorystów starało się zapłacić tę lukę i wydało podręcznik *A Handbook for the Study of Suicide*, oparty na podyplomowych materiałach szkoleniowych Johns Hopkins Medical School. Pozycję, zajmującą się wszechstronnie samobójstwami z wieloma klinicznymi informacjami o pacjentach, wydali Blumenthal i Kupfer, jednak nie dają oni rad klinicystom w zakresie ustaleń badawczych czy metod prewencji⁷³.

Klinicyści w pogotowiach szpitalnych, ośrodkach interwencji i prewencji samobójstw oraz ośrodkach zdrowia psychicznego również potrzebują książek o tematyce suicydologicznej, na przykład informujących, jakie leczenie psychofarmakologiczne należy zalecać, aby zredukować myśli samobójcze i zachowania, bądź jakie narkotyki mogą pogorszyć stan pacjentów, jak należy przeciwdziałać samookaleczeniom w więzieniach, szpitalach psychiatrycznych, szkołach czy domach opieki.

⁶⁹ R.W. Maris, *Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviors*, Baltimore 1981.

⁷⁰ M.P. Battin, *The death debate: ethical issue in suicide*, Upper Saddle River, New York 1996.

⁷¹ N. Kreitman, *Parasuicide*, New York 1977.

⁷² H.J. Kaplan, B.J. Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore 1995; N.C. Andreasen, D.W. Black, *Introductory Textbook of Psychiatry*, Washington DC 1995.

⁷³ S.J. Blumenthal, D.J. Kupfer (red.), *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients*, Washington DC 1990.

Wydana w 2000 r. książka *Comprehensive Textbook of Suicidology* konsoliduje i integruje rozproszone wyniki dotychczasowych badań i stwarza podstawy do dalszych naukowych badań w zakresie suicydologii⁷⁴. Bez solidnych naukowych podstaw prewencja samobójstw będzie nieskuteczna. Ponadto badanie samobójstw pozwoli na skuteczniejszą interwencję w sytuacjach samouszkodzeń i w usiłowaniach popełnienia samobójstwa. Trzeba pamiętać, że pełny zakres suicydologii ze szczególnym uwzględnieniem prewencji samobójstw obejmuje także kilka szczególnych problemów, takich jak: światowa epidemia AIDS, kontrola broni, stosowania przemocy, samobójstwa ludzi starych, samobójstwa wspólne.

Problemy terapii i leczenia koncentrują się na osobach indywidualnych. Z badań wielu autorów wynika, że ryzyko życiowe u psychologów tracących pacjenta-samobójcę wynosi około 20%, podczas gdy w przypadku psychiatrów aż 50%⁷⁵. Badania samobójstw w San Diego wykazały, że 25% z nich dokonano w czasie leczenia⁷⁶. Można wnioskować, że samobójstwa i samookaleczenia to wspólny problem pacjentów, psychologów i psychiatrów – a kiedy zdarzy się samobójstwo, może to prowadzić do procesu karnego. Najczęstsze psychiatryczne diagnozy związane z samobójstwami to: zaburzenia afektywne (depresje), schizofrenia, nadużywanie narkotyków, zaburzenia osobowości⁷⁷.

Chociaż samouszkodzenia są powszechne w populacji pacjentów, to skuteczne leczenie zależy od oceny ryzyka samobójczego i przewidywania przed zaistnieniem samobójstwa⁷⁸. Krytyczne pytania kierowane do osób zajmujących się prewencją samobójczą to między innymi: jakie osoby są zagrożone popełnieniem samobójstwa, w jakich okolicznościach może do niego dojść? Nawet wśród pacjentów szpitala psychiatrycznego będących w depresji samobójstwa są rzadkością, a przewidywania są trudne. Na przykład psychiatra A. Pokorny, posługując się najlepszymi wskaźnikami przewidywania, około 30% pacjentów sklasyfikował nieprawidłowo⁷⁹.

Niektórzy psychiatrzy twierdzą, że „przewidywanie samobójstwa” jest zadaniem niewykonalnym, jeżeli mamy na myśli wysokie prawdopodobieństwo samobójstwa szczególnej osoby dokonującej samobójstwa w krótkim czasie⁸⁰. Najlepsze, co w tej sytuacji można zrobić, to próbować ocenić grupowe ryzyko samobójstwa w okresie 5–10 lat. Jeżeli słyszy się, że 15% pacjentów szpitala będących w depresji popełni samobójstwo, to znaczy, że 85% nigdy tego nie uczyni, a te 15% samobójstw rozłożone na 35–50 lat dowodzi, że odsetek tego typu samobójców nie jest większy niż 1% rocznie⁸¹.

⁷⁴ R.W. Maris, A.L. Berman, M.M. Silverman, *Comprehensive Textbook of Suicidology*, New York–London 2000.

⁷⁵ C.M. Chemtob, R.S. Hamada, G. Bauer i in., *Patients suicides: frequency and impact on psychiatrists*, „American Journal of Psychiatry” 1988/145, s. 224–228.

⁷⁶ C.L. Rich, D. Young, R.C. Fowler, *San Diego suicide study: I. Young vs. old subjects*, „Archives of General Psychiatry” 1986/43, s. 577–582.

⁷⁷ B.L. Tanney, *Mental disorders, psychiatric patients and suicide* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *The Assessment and prediction of suicide*, New York 1992.

⁷⁸ R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, *Summary and conclusions: what we learned about suicide assessment and prediction?* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *The Assessment and prediction of suicide*, New York 1992, s. 640–672.

⁷⁹ A.D. Pokorny, *Suicide and prediction revisited*, „Suicide and Life Threatening Behavior” 1993/23, s. 1–10.

⁸⁰ J.A. Motto, *An integrated approach to estimating suicide risk* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *The Assessment and prediction of suicide*, New York 1992.

⁸¹ D.W. Black, G. Winokur, *Suicide and psychiatric diagnosis* [w:] S.J. Blumenthal, D.J. Kupfer (red.), *Suicide over the life-cycle*, Washington DC, 1990.

Terapeuci muszą wykorzystywać subiektywne, kliniczne oceny oraz obiektywne testy i pomiary, jeśli próbują badać możliwość samobójstwa osób indywidualnych.

Inny problem terapii wiąże się ze szkoleniem i edukacją suicydologów. Jak można w sposób kompetentny interweniować w sprawach samobójstw? Jak pacjenci i ich rodziny mogą zlokalizować wykwalifikowanych lekarzy, psychologów, pielęgniarki i pracowników socjalnych oraz doradców (w tym duszpasterskich), specjalizujących się w prewencji i leczeniu samobójców? Wiadomo, że tylko 35–40% programów doktorskich w psychologii oferuje szkolenie w powyższym zakresie⁸².

Od 2021 roku Polskie Towarzystwo Suicydologiczne przy współpracy z Menedżerską Akademią Nauk Stosowanych prowadzi studia podyplomowe z zakresu suicydologii. Od 2014 roku PTS przyznaje certyfikaty z zakresu suicydologii osobom według określonych kryteriów zamieszczonych w internecie.

Jeżeli prewencja samobójstw ma się rozwijać jako specjalizacja medyczna bądź psychologiczna, to należy przywrócić programy szkoleniowe wykorzystywane w Johns Hopkins University Medical School (wydział psychiatrii)⁸³.

Ponieważ samobójstwo nie jest zaburzeniem umysłowym bądź kategorią psychiatrycznej diagnozy, leczenie samobójczych zachowań bądź myśli (wyobrażeń) stanowi leczenie depresji (i innych zaburzeń afektywnych, schizofrenii, niektórych zaburzeń osobowości). Po wyeliminowaniu przyczyn organicznych w wyniku badań fizycznych i sprawdzeniu historii choroby podstawą leczenia większości osób o skłonnościach samobójczych jest terapia polinarkotykowa, zwłaszcza środkami antydepresyjnymi, połączona z psychoterapią.

Na rynku jest wiele środków farmakologicznych, a prawie co tydzień pojawiają się nowe środki antydepresyjne. Ich lista obejmuje między innymi: setralinę, paroksetynę, fluoksetynę, imipraminę, trazodonę i niektóre benzodiazepiny⁸⁴.

Tak samo ważne jak biologiczne leczenie samobójczej depresji jest każde leczenie polegające na nieosobowej terapii (np. leczenie psychoaktywne, odosobnienie, ograniczenie i 15-minutowe kontrole)⁸⁵. Wielu psychiatrów twierdzi, że istotę leczenia osób o skłonnościach samobójczych stanowi związek terapeuty z pacjentem, obejmujący problemy przekazania i pomocy socjalnej. Niektóre rodzaje leczenia antydepresyjnego uznano jednak za prowokujące do samobójczych zachowań bądź myśli u niektórych osób.

W związku z tym, że samobójstwo jest wielowymiarowym, długo rozwijającym się zachowaniem (często 30–60 lat), również rozwiązywanie jego problemów jest złożone, zróżnicowane i specyficzne dla danej osoby. Terapia tych pacjentów obejmuje leczenie farmakologiczne i biologiczne (łącznie z elektrowstrząsami), terapię kognitywną, interwencję kryzysową, psychoterapię, terapię środowiskową, socjalną terapię uczenia się i wiele innych. Leczenie to może być szpitalne i ambulatoryjne, grupowe bądź indywidualne.

Inne problemy leczenia obejmują między innymi: zarządzanie stresem i strachem, specjalną terapię schizofreników, terapię młodocianych i starych pacjentów, postępowa-

⁸² B. Bongar (red.), *Suicide: guidelines for assessment management and treatment*, New York 1992.

⁸³ S. Perlin, *A handbook for the study of suicide*, New York 1975.

⁸⁴ M.J. Goldblatt, A.F. Schatzberg, *Somatic treatment of the adult suicidal patient: a brief survey* [w:] S.J. Blumenthal, D.J. Kupfer (red.), *Suicide over the life-cycle*, Washington DC 1990.

⁸⁵ J.T. Maltzberger, *The psychodynamic formulation: an aid in assessing suicide risk* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *The Assessment and prediction of suicide*, New York 1992

nie z tymi, którzy przeżyli prewencję wtórną i trzeciego stopnia, zapobieganie samobójstwom w więzieniach, szkołach i tym podobne⁸⁶.

Samobójstwo może rozwiązać życiowe problemy osoby indywidualnej, ale stwarza długotrwałe problemy jej rodzinie, przyjaciołom i opiekunom⁸⁷. Jest ono nadal w bardzo dużym stopniu napiętnowanym, nagłym zgonem osoby, który wymaga przystosowania się i pogodzenia z tym, co trwa wiele lat.

Ubezpieczenie na życie i inne finansowe korzyści mogą zostać utracone wskutek samobójstwa. Dzieci i rodzic, który przeżył, mogą obawiać się genetycznej skłonności do samobójstwa albo poczuwać się do winy, że nie byli w stanie mu zapobiec. Członkowie rodziny mogą doświadczać silnej złości wobec narcyzmu samobójstwa i wielu przystosowań po nim, łącznie z potrzebą zrozumienia wielu pytań „dlaczego”, oraz potrzebować socjalnego wsparcia, które niekiedy nie nadejdzie w ogóle.

Jeśli lekarz, terapeuta bądź członek rodziny są związani z samobójstwem danej osoby, może toczyć się wobec nich po stępowanie prawne. Terapeutów często oskarża się, gdy ich podopieczni tracą życie, bez względu na to, czy była to ich wina. W związku ze wzrostem tak zwanych racjonalnych samobójstw i samobójstw wspieranych przez inną osobę ci, którzy przeżyli, mogą ponieść większe szkody ze strony członków rodziny bądź przyjaciół⁸⁸. Wiele państw wydało przepisy, które uznają pomoc w samobójstwie za przestępstwo karane więzieniem i grzywną.

Samobójstwo nie jest prostym zjawiskiem. Przedmiotem badań suicydologicznych może być kilka jego aspektów, mianowicie – poza samobójstwami dokonanymi – próby lub usiłowania popełnienia samobójstwa niekończące się śmiercią, myśli bądź wyobrażenia samobójcze (*suicidal ideation*) i pośrednie samoniszczące zachowania bądź działania.

Suicydologia musi się zajmować przyszłościowymi (perspektywicznymi) badaniami osobników próbujących popełnić samobójstwo, ale też trzeba zdawać sobie sprawę, że nie wszystkie popełnione samobójstwa były poprzedzone usiłowaniami bez skutku śmiertelnego. Wielu samobójców nigdy nie leczono w klinikach bądź szpitalach i ich badania mogą się opierać wyłącznie na losowo wybranych próbkach z całej populacji dokonanych samobójstw.

Wiele uwagi poświęcono osobom myślącym o samobójstwie (*suicide ideator*). Snują oni pomysły i zamiary jego popełnienia o różnym stopniu powagi, ale nie usiłują go popełnić. Myśli samobójcze mogą mieć postać „niespecyficznych” (np. „życie nie jest warte, by je kontynuować”), „specyficznych” („nie chcę już żyć”), mogą być połączone z zamiarem (np. „mam zamiar się zabić”) oraz być związane z planem („chcę zabić się z użyciem broni palnej”)⁸⁹. Grupa osób myślących o samobójstwie jest wielka w porównaniu z tymi, którzy usiłują lub dokonują samobójstw. Ocenia się ją na 31% populacji

⁸⁶ M.M. Silverman, R.W. Maris, *The prevention of suicidal behaviors: an overview*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 1995/2, s. 10–21.

⁸⁷ E.J. Dunne, J.L. McIntosh, K. Dunne-Maxim (red.), *Suicide and its aftermath: Understanding and counselling the survivors*, New York 1987.

⁸⁸ D. Humphry, *Final exit: the practicalities of self-deliverance and assisted suicide for the dying*, New York 1996; J. Kevorkian, *Prescription medicine: the goodness of planned death*, Buffalo, NY, 1991.

⁸⁹ D.A. Brent, D.J. Kolko, *The assessment and treatment of children and adolescents at risk of suicide* [w:] S.J. Blumenthal, D.J. Kupfer (red.), *Suicide over the life-cycle*, Washington DC 1990.

klinicznej i 24% ogółu ludności⁹⁰. Pfeffer ocenia, że 7–12% dzieci i osób dorastających miało już poważne myśli samobójcze⁹¹.

Myśli samobójcze prawdopodobnie ściśle wiążą się z zaburzeniami depresyjnymi. De Catanzaro stwierdził, że postawę 67–84% badanych osób z grupy myślących o samobójstwie można było wyjaśnić stosunkami społecznymi i związkami z płcią przeciwną, a zwłaszcza samotnością i odczuciem, że jest się ciężarem dla rodziny⁹². Dwie z bardziej powszechnych myśli samobójczych bądź motywacji to ucieczka od problemów życiowych i zemsta na innych⁹³. Hillman i Lifton dowodzą, że wiele przypadków myśli samobójczych odnosi się do chęci zmiany życia osoby (co określa się popędem do transformacji), a niekoniecznie do życzenia śmierci⁹⁴.

Jednym z pionierów badania osób z myślami samobójczymi był Aaron Beck⁹⁵. Jego popularna Skala Myśli Samobójczych określa: zamiar, śmiertelność rozważanej metody, jej dostępność i obecność środków odstraszających od usiłowania popełnienia samobójstwa. Skala ta sięga od 0 do 38 i jest powiązana z inną skalą Becka odnoszącą się do beznadziejności, depresji i zamiaru popełnienia samobójstwa⁹⁶.

Głównym komponentem myśli samobójczych jest zamiar popełnienia samobójstwa, który jest najtrudniejszy do określenia, zwłaszcza później – po dokonaniu samobójstwa. Większość samobójstw poprzedzają zarówno motyw, jak i zamiar, które trudno właściwie sklasyfikować. Jobes, Berman i Josselson wymieniają 12 kryteriów jako dowody zamiaru samobójczego (m.in. wyraźne wypowiedzi, wcześniejsze próby, przygotowania do śmierci)⁹⁷. Myśli samobójcze mogą również być wynikiem naśladownictwa⁹⁸. Ten zakres badania samobójstw zasługuje na specjalną uwagę.

Nie wszystkie samodestrukcyjne działania i zachowania są otwarte, wyraźne i zamierzone. W rzeczywistości prawdopodobnie większość z nich to działania częściowe, chroniczne, długoterminowe, a nawet nieświadome. Farberow (za Menningerem i Freudem) nazywa zachowania, w których nie ma samobójczego zamiaru ani świadomości bądź oczekiwań samobójczego skutku, „zachowaniami pośrednio samodestrukcyjnymi”⁹⁹.

Ignorując pewne ważne subtelnosci klasyfikacji, „pośrednia samodestrukcja” obejmuje nadmierne palenie tytoniu, alkoholizm, ryzykowne rodzaje sportu, niebezpieczne zajęcia, pewne zaburzenia seksualne, zaburzenia jedzenia, niestosowne leczenie, gry hazardowe, samoookaleczenia, uzależnienie narkotykowe, ascetyzm, a nawet chroniczne przepracowanie.

⁹⁰ M.M. Linehan, J.A. Laffow, *Suicidal behaviors among clients of an outpatient clinic versus the general population*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 1982/12, s. 234–239.

⁹¹ C.R. Pfeffer, *The suicidal child*, New York 1986.

⁹² D. de Catanzaro, *A mathematical model of evolutionary pressures and reflecting self-preservation and self-destruction*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 1986/16, s. 84–99.

⁹³ R.W. Maris, *Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviors*, Baltimore 1981.

⁹⁴ J. Hillman, *Suicide as the soul's choice* [w:] J.P. Carse, A.B. Dallery (red.), *Death and society*, New York 1977; R.J. Lifton, *The broken connection: on death and the continuity of life*, New York 1983.

⁹⁵ A.T. Beck, G.K. Brown, R.A. Steer i in., *Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 1999/29, s. 1–9.

⁹⁶ J.M. Rothberg, C. Geer-Williams, *A comparison and review of suicide prevention scales* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *The Assessment and prediction of suicide*, New York 1992, s. 202–217.

⁹⁷ D.A. Jobes, A.L. Berman, A.R. Josselson, *Improving the validity and reliability of medical-legal certifications on suicide*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 1987/17, s. 260–271.

⁹⁸ D.D. Philips, K. Lesyna, D.J. Paight, *Suicide and the media* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *The Assessment and prediction of suicide*, New York 1992, s. 499–519.

⁹⁹ N.L. Farberow (red.), *The many faces of suicide: indirect self-destructive behavior*, New York 1980.

W wielu przypadkach zamiaru samobójczego nie można udokumentować albo może go w ogóle nie być. Na przykład w większości przedawkowań narkotyków nie jest jasne, czy istniał zamiar samobójczy. Takie samoszkodzące działania mogą być też rezultatem impulsu, stresu, złości, paniki i depresji¹⁰⁰.

Podstawowe koncepcje samobójstwa to: śmiertelność, motyw i zamiar oraz „samobójcza kariera”. Niektóre próby samobójstwa bardziej zagrażają życiu niż inne¹⁰¹.

W 1974 r. Card uznał za najbardziej śmiertelne metody i środki samobójcze: broń palną, tlenek węgla, powieszenia, utonięcia, użycie plastikowego worka zawiązanego wokół głowy, uderzenie, ogień, truciznę, narkotyki i gaz, zaś za mniej śmiertelne uznał rany cięte¹⁰². Jednymi z pierwszych suicydologów, którzy podjęli próbę określenia śmiertelności tych środków, byli wspomniani już Beck Weishaar¹⁰³. Wprowadzili oni stopnie śmiertelności: zerowa, mała, średnia i wysoka, używane do dziś. Inni badacze problematyki samobójstw sądzą, że skala ta powinna mieć 9 lub 10 punktów¹⁰⁴. Skalę śmiertelności, która ocenia zarówno czynniki ryzyka, jak i ratunku (ochrony), stworzyli powoływani wyżej A.D. Weisman i J.W. Worden w Harvardzie¹⁰⁵.

Śmierć w wyniku samobójstwa jest prawie pewna, jeżeli nie ma bezpośredniej, szybkiej pierwszej pomocy bądź pomocy wezwanego lekarza. Jeśli samobójstwo zostanie popełnione w miejscu publicznym, to istnieje większa szansa jego wykrycia i udzielenia pomocy ofierze.

Ewentualność śmierci ofiary samobójstwa może się też wiązać z tak zwanym kalkulowanym ryzykiem, czyli oczekiwaniem, że ktoś nadejdzie i podejmie akcję ratowniczą (np. spodziewany obchód w szpitalu, oczekiwanie, że we właściwym czasie przyjdzie współmieszkaniec).

Śmierć samobójcy jest bardzo prawdopodobna, gdy tylko nieprzewidziane okoliczności mogą go ocalić, mimo że samobójca podjął zabiegi, by go szybko nie znaleziono. Śmierć ofiary może być prawie pewna bez względu na okoliczności interwencji z zewnątrz. Większość ofiar umiera szybko po skutecznym usiłowaniu, a niewiele przeżywa, gdy popełnili jakiś błąd w przygotowaniu i dokonaniu czynu.

Rozróżnia się też śmiertelność ostrą (natychmiastową) od tak zwanej chronicznej, związanej z długotrwałym przygotowywaniem się ofiary, co Maris określa jako „kariere samobójczą”¹⁰⁶. Koncepcja „samobójczej kariery” zakłada między innymi wyobrażenie sobie zachowania zagrażającego życiu jako mającego odpowiednią historię. Inni suicydolodzy zalecają, aby główne suicydologiczne koncepcje rozważać w kontekście całego życia bądź jego cyklu (*lifespan or life cycle*). Na przykład Vaillant i Blumenthal dowodzą, że podobne czynniki ryzyka (płeć męska, depresja, beznadziejność, alkoholizm, impulsywność, starzenie się itp.) działają na różnych etapach życia samobójcy, chociaż ich waga zmienia się¹⁰⁷. Kiedy już suicydolodzy określą swoje warunki i wymienią pod-

¹⁰⁰ N. Kreitman (red.), *Parasuicide*, New York 1977.

¹⁰¹ I.C. Stone, *Observations and statistics relating to suicide weapons*, „Journal of Forensic Sciences” 1987/32, s. 711–716.

¹⁰² J.J. Card, *Lethality of suicidal methods and suicide risk: two distant concepts*, „Omega” 1974/5, s. 37–45.

¹⁰³ M.E. Weishaar, A.T. Beck, *Clinical and cognitive predictors of suicide* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *Assessment and prediction of suicide*, New York 1987.

¹⁰⁴ A.A. Leenaars, *Suicide notes, Communications and ideation* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *The Assessment and prediction of suicide*, New York 1992.

¹⁰⁵ A. Weisman, J.W. Worden, *Risk-rescue rating in suicide assessment* [w:] A.T. Beck, H.L.P. Resnick, D.J. Lattieri (red.), *The prediction of suicide*, Bowie 1974.

¹⁰⁶ R.W. Maris, *Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviors*, Baltimore 1981.

¹⁰⁷ G.E. Vaillant, S.J. Blumenthal, *Introduction-suicide over the life-cycle*, Washington DC 1990.

stawowe koncepcje, to ich wartości zmienne (*variables*) muszą być ujęte jako możliwe do sprawdzenia propozycje bądź hipotezy. Hipotezy co do samobójczych zachowań pozwalają na: falsyfikację bądź odrzucenie, statystyczne przetestowanie i replikację wyników przez niezależnych badaczy. Do tych celów hipoteza może być zdefiniowana jako opinia o przyszłym zdarzeniu lub zdarzeniu, którego wynik jest nieznany w czasie przewidywania i ogłaszany w taki sposób, że może być odrzucony¹⁰⁸. Proces konstrukcji teorii samobójczej wiąże się z wysłuchaniem hipotez, włącznie z możliwymi i alternatywnymi wyjaśnieniami. Badacze powinni spisać wszystkie znaczące hipotezy na początku własnych prac, w przeciwnym razie poniosą ryzyko niezebrania właściwych danych dla sprawdzenia własnych hipotez.

Wspólną, teoretyczną metodą uproszczenia złożonych procesów związanych z wynikami samobójstw jest tak zwane modelowanie przyczynowe (*causal modelling*). Teoretyczne modele stają się szybko skomplikowane: biorąc pod uwagę tylko pięć niezależnych zmiennych i jedną zależną, można ustalić 11 powiązań i kalkulacje stają się kłopotliwe, zwłaszcza gdy uwzględną się skutki interakcji, sprzężenia zwrotne i efekty pośrednie.

Jeśli hipotezy i modele przyczynowe uzyskają wsparcie empiryczne dzięki testom i badaniom replikacyjnym, to naukowcy będą mogli je uznać za zweryfikowane „wyniki badań”. Suicydologzy próbowali zestawić te podstawowe wyniki badań samobójstw i publikacji¹⁰⁹.

Zamieszczono specjalną listę wyników badań samobójstw, usiłowań ich popełnienia, zaczerpniętą z kompendium Marisa z 1981 r., obejmującą między innymi poniższe ustalenia:

- 1) istnieje pozytywny związek między wiekiem a częstotliwością samobójstw, silniejszy wśród mężczyzn rasy białej;
- 2) nasilenie samobójstw kobiet rasy białej jest największe w przedziale wieku 45–54 lat;
- 3) w rodzinach samobójców najprawdopodobniej dochodziło już do samobójstw;
- 4) skuteczni samobójcy częściej znajdowali się w izolacji społecznej niż osoby usiłujące popełnić samobójstwo;
- 5) status społeczno-ekonomiczny nie jest wskaźnikiem popełniania samobójstw;
- 6) skuteczni samobójcy to częściej osoby bezrobotne w czasie popełniania czynu niż usiłujący popełnić samobójstwo;
- 7) 8–10% samobójców to alkoholicy, a 7–20% alkoholików to ewentualni samobójcy;
- 8) osoby w depresji stanowią największy odsetek samobójców, w następnej kolejności są osoby ze schizofrenią;
- 9) u samobójców zdecydowanych notuje się zwykle tylko jedno skuteczne usiłowanie, czyli ze skutkiem śmiertelnym; dotyczy to głównie starszych mężczyzn rasy białej.

Przedstawione wyniki wiążą się z wieloma pytaniami dla prowadzących badania. Oto niektóre z nich:

1. Czy osiągnięty wynik stanowi rzeczywiście fakt suicydologiczny? Wyniki badań są notorycznie niestałe, nawet mogą być sprzeczne.
2. Jaką wagę (siłę) mają wyniki badań: czy jedno są ważniejsze bądź trwalsze od innych?
3. Jaka dyscyplinarna domena się wyróżnia? Czy po winno się przywiązywać szczególną wagę do wyników: psychiatrycznych, biologicznych, psychologicznych, społeczno-ekonomicznych; do jakich w danej sytuacji?

¹⁰⁸ H.M. Blalock, *Social statistics*, New York 1979.

¹⁰⁹ D. Lester, *Why people kill themselves*, Springfield, IL, 1992.

4. W jaki sposób empiryczne uogólnienia odnoszą się do indywidualnych przypadków? Oczywiście szczególnie pacjenci mogą stanowić wyjątek.

Z badań Marisa w Chicago otrzymano 122 główne wyniki, ale prawdopodobnie tylko 30 miało znaczenie podstawowe.

Warto zwrócić większą uwagę na takie problemy, jak: możliwości przewidywania, skala, ryzyko i czynniki ochronne. W literaturze przedstawiono 15 szczególnych, pojedynczych zmiennych dotyczących przewidywań skutków samobójstw i skal depresji, jak skale Becka i Hamiltona¹¹⁰. Beznadziejność może być lepszym prognostykiem samobójstwa niż depresja. W końcu wszystkie te czynniki i skale są zilustrowane przez przypadki z praktyki kryminalistycznej.

Prawie wszystkie osoby, które popełniają samobójstwo, można zdiagnozować jako cierpiące na zaburzenia umysłowe, czasami z symptomami psychotycznymi¹¹¹. Wśród osób nieskutecznie usiłujących popełnić samobójstwo częstsze są jednak zaburzenia osobowości. Dwubiegunowe, afektywne zaburzenia są nadreprezentowane przez samobójców. Mniej więcej 2/3 samobójców cierpi na zaburzenia o charakterze depresyjnym¹¹².

Drugim ważnym prognostykiem samobójstwa jest alkoholizm¹¹³. Roy i Linnoila stwierdzili, że 18% alkoholików popełnia samobójstwo. Główne czynniki ryzyka w samobójstwach związanych z alkoholizmem to utrata wsparcia społecznego i zerwanie międzyludzkich stosunków.

Samobójstwa wiążą się też z nadużywaniem narkotyków, zwłaszcza przez młodocianych¹¹⁴.

Związki myśli samobójczych z aktami samobójstw są skomplikowane i czasami najlepiej po prostu zapytać tych, o których się niepokoiimy, czy myślą o pozbawieniu się życia.

Poniżej wymieniono prognostyki samobójstwa zaczerpnięte z pracy Marisa¹¹⁵:

- 1) ciężka depresja i zaburzenia afektywne;
- 2) alkoholizm i nadużywanie narkotyków;
- 3) myśli samobójcze, rozmowy i przygotowania;
- 4) wcześniejsze próby samobójcze;
- 5) stosowanie śmiertelnych metod w usiłowaniu popełnienia samobójstwa (zwłaszcza użycie broni);
- 6) izolacja, życie w samotności, utrata wsparcia, odrzucenie;
- 7) beznadziejność, wymuszona surowość (nieugiętość);
- 8) starszy wiek u mężczyzn rasy białej;
- 9) modelowanie, historia samobójstw w rodzinie;
- 10) problemy w pracy, bezrobocie;
- 11) problemy małżeńskie i seksualne, patologia rodziny;
- 12) stres, negatywne zdarzenia życiowe;

¹¹⁰ J. Tuckman, W.F. Youngman, *A scale of assessing suicide risk of attempted suicides*, „Journal of Clinical Psychology” 1968/24, s. 179–180.

¹¹¹ B.L. Tanney, *Mental disorders, psychiatric patients and suicide* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *The Assessment and prediction of suicide*, New York 1992, s. 277–320.

¹¹² S.B. Guze, E. Robins, *Suicide and primary affective disorders*, „British Journal of Psychiatry” 1970/117, s. 437–438.

¹¹³ G.E. Murphy, *Suicide in alcoholism*, New York 1992.

¹¹⁴ D. Lester, *Alcoholism and drug abuse* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *The Assessment and prediction of suicide*, New York 1992.

¹¹⁵ R.W. Maris, *Overview of the study of suicide assessment and prediction* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *The Assessment and prediction of suicide*, New York 1992, s. 3–22.

- 13) złość, agresja, impulsywność, niskie stężenie kwasu 5-hydroksyindolooctowego (5-HIAA) w płynie mózgowo-rdzeniowym;
- 14) choroby fizyczne;
- 15) powtarzalność powyżej wymienionych stanów chorobowych.

W wielu klinikach, szpitalach i więzieniach trzeba pytać, czy dany osobnik ma skłonności samobójcze według jednej procedury oceniającej. Ważne jest też pytanie: „jeśli masz zamiar popełnić samobójstwo, jak chcesz tego dokonać (metody, przygotowania)”.

W piśmiennictwie zwraca się uwagę na nowe bądź zmienione akty woli, nowe lub zmienione polisy ubezpieczeniowe (samobójstwo w ciągu 2 lat po złożeniu polisy skutkuje odmową pełnego odszkodowania); ponadto na rezygnację z wcześniej cenionego posiadania i na rozmowy o nietypowej śmierci bądź samobójstwie, przygotowania do śmierci i tym podobne.

Listy samobójcze (pożegnalne) nie są wiarygodnym wskazaniem na samobójstwo, gdyż tylko 10–30% samobójców je pozostawia, a wielu pozostawiających potem nie popełnia samobójstwa¹¹⁶. We wspomnianych wyżej badaniach chicagowskich 15% samobójców pozostawiało listy.

W losowym przeglądzie 20% osób z ogółu ludności przyznało, że miało kiedyś myśli samobójcze¹¹⁷. Zdolny klinicysta może również wziąć pod uwagę marzenia pacjenta, zastosować testy, a nawet hipnozę w celu poznania myśli samobójczych pacjenta.

U każdej osoby, która próbowała nieskutecznie popełnić samobójstwo, ryzyko skutecznej powtórki czynu jest większe niż u kogoś, kto tego nie próbował. Ogólnie na 100 000 ludności przypada 12 samobójstw, a w Stanach Zjednoczonych – na 10 000. Wcześniejsze usiłowania dramatycznie zwiększają ryzyko popełnienia samobójstwa. Wśród mężczyzn starszych rasy białej, którzy już usiłowali wcześniej popełnić samobójstwo, ale bezskutecznie, ryzyko skuteczności wzrasta do 90% (powtórnie zwykle strzelają sobie w głowę). Nieudolne usiłowania popełnienia samobójstwa odnoszą się głównie do ludzi młodych, a zwłaszcza kobiet.

Od lat osiemdziesiątych XX w. w Stanach Zjednoczonych zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet preferowane było użycie broni palnej jako narzędzia samobójstwa. Z zestawień danych wynika, że 64% mężczyzn i 40% kobiet wybrało do popełnienia samobójstwa właśnie broń palną. Drugą najczęstszą metodą u mężczyzn jest powieszenie się (14%), u kobiet zaś użycie leków bądź narkotyków (25%) – paradoksalnie używając leków antydepresyjnych, zapisanych przez lekarzy do zwalczania depresji. Na ogół mężczyźni stosują zaledwie kilka, lecz skutecznych metod samobójstwa, podczas gdy kobiety uciekają się do większej różnorodności metod, z których wiele cechuje małą śmiertelność.

Nic dziwnego, że przeciętnie skuteczność samobójstw u mężczyzn jest trzy- czterokrotnie większa, mimo że kobiety dwukrotnie częściej cierpią na choroby depresyjne. Nasuwa się interesujące pytanie, dlaczego kobiety stosują mniej śmiertelne metody samobójstw niż mężczyźni. Wyjaśnieniem może być między innymi fakt, że są mniej obeznane z bronią palną albo bardziej zaniepokojone losem dzieci. Nie wyklucza się też chęci uniknięcia oszpeceń, związanego z użyciem broni palnej.

Liczne eksperymenty wykazały, że przedłużona społeczna izolacja (np. na statkach) podnosi u ludzi poziom irytacji, wrogości i agresji. Dopóki społeczna interakcja nie jest negatywna, wszelkiego rodzaju społeczne zaangażowanie się zmierza do zmniejszenia

¹¹⁶ A.A. Leenaars, *Suicide notes: predictive clues and patterns*, New York 1988.

¹¹⁷ M.M. Linehan, J.A. Laffar, *Suicidal behaviors among clients of an outpatient clinic versus the general population*, „Suicide and Life Threatening Behavior” 1982/12, s. 234–239.

potencjalności samobójstwa, a izolacja prowadzi do zwiększenia ryzyka jego popełnienia. W pewnym badaniu u 42% osób żyjących samotnie występowały depresje samobójcze, podczas gdy tylko 7% było w depresji, ale nie o charakterze samobójczym. W badaniu chicagowskim 50% samobójców nie miało żadnych bliskich przyjaciół, a 20% czyniło próby samobójcze, lecz nieskuteczne. Oczywiście jest, że jeśli samobójca żyje samotnie, prawdopodobieństwo jego uratowania jest znikome.

Jak już wspomniano, beznadziejność sytuacji danej osoby jest lepszym prognostykiem popełnienia samobójstwa niż zaburzenia depresyjne. Beznadziejność ta nie pozwala widzieć żadnej alternatywy, „żadnego światła w tunelu”. W pewnym punkcie „kariery samobójczej” powtarzające się stany depresji prowadzą do subiektywnej oceny, że życie jest nie do zniesienia nie tylko obecnie, ale też że nigdy już się nie poprawi. W 10-letnich badaniach wzięto pod uwagę 165 pacjentów hospitalizowanych w związku z myślami samobójczymi. Okazało się, że 91% z 11, którzy mogli popełnić samobójstwo (a więc 10 osób), znalazło się na przedostatnim (9) stopniu skali Becka odnośnie do beznadziejności¹¹⁸.

Dane pochodzące ze Stanów Zjednoczonych świadczą o wzroście liczby samobójstw wśród ludzi starszych rasy białej¹¹⁹.

Wydaje się, że samobójstwa i zaburzenia depresyjne panują w rodzinach¹²⁰. Z badań chicagowskich wynika, że 11% samobójstw zdarzyło się wśród krewnych pierwszego stopnia. Może to wskazywać na oddziaływania genetyczne bądź modelowe¹²¹.

Badania Phillipsa i Carstensa sugerują modelowanie i naśladowanie jako ważne prognostyki samobójstw¹²². Odsetek samobójstw osób dorastających zwiększył się o 6,9 po 7–10 dniach od emisji programów telewizyjnych ze scenami samobójstw, podczas gdy wśród widzów dorosłych wzrost ten wyniósł tylko 0,5.

Jeszcze inne skutki wynikają z czynników socjobiologicznych, mianowicie posiadanie dzieci na utrzymaniu zmniejsza odsetek samobójstw kobiet, a ich wiek poreprodukcyjny zwiększa go.

Chociaż samobójstwa występują we wszystkich grupach zawodowych i socjoekonomicznych kategoriach, to wydaje się, że praca i działalność produkcyjna chronią przed nimi, i odwrotnie – problemy z pracą i w pracy zwiększają ich liczbę. Mimo wszystko badania wykazują, że więcej samobójstw popełnia się w niższych warstwach socjoekonomicznych społeczeństw. Trudności w uogólnieniach sprawiają, że w każdej socjoekonomicznej klasie mogą wystąpić zarówno wyższe, jak i niższe odsetki samobójstw. Na przykład psychiatrzy mają tendencję wykazywania wysokich procentów samobójstw, podczas gdy pediatrzy i chirurdzy zwykle niższych – choć jedni i drudzy są lekarzami.

Podczas gdy małżeństwo i posiadanie rodziny wiąże się zwykle z mniejszą częstotliwością samobójstw, to zwiększa się ona znacznie wśród osób rozwiedzionych i owdowiałych.

¹¹⁸ A.T. Beck, R.A. Steer, M. Kovacs, B. Garrison, *Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation*, „American Journal of Psychiatry” 1985/142, s. 559–563.

¹¹⁹ F. Earls, J.I. Escobar, S.M. Manson, *Suicide in minority groups: epidemiologic and cultural perspectives* [w:] S.J. Blumenthal, D.J. Kupfer (red.), *Suicide over the life-cycle*, Washington DC 1990.

¹²⁰ K.R. Jamison, *Touched with fire: manic-depressive illness and the artistic temperament*, New York 1990.

¹²¹ A. Roy, *Genetics, biology and suicide in family* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *The Assessment and prediction of suicide*, New York 1992.

¹²² D.P. Phillips, L.L. Carstensen, *Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide*, „New England Journal of Medicine” 1986/315, s. 685–689.

Badania sytuacji rodzin wykazały również, że pewne rodzaje patologii rodzinnej (m.in. wczesna separacja od matki przez długi czas, fizyczne i emocjonalne nadużycia ze strony ojca, swoboda płciowa między młodymi i dorosłymi) wpływają na skłonności samobójcze w dojrzałym wieku.

Powodem samobójstw mogą być niekiedy niepożądane (zwłaszcza negatywne) zdarzenia życiowe bądź stres. Uderzają one w ocenę własną i mogą obejmować kwestie winy, problemy prawne i ekonomiczne, wiązać się z międzyludzką niezgodą, groźbą więzienia czy utratą statusu społecznego. Większość stresów jest chroniczna i powoli się akumuluje. Mogą też wystąpić ostre zdarzenia powodujące stres, poprzedzające samobójstwo, mimo że większość ludzi toleruje je i nie ucieka się do samobójstwa. Wywoływanie zatem ostrych zdarzeń zasadniczo nie różni się od chronicznych stresów życiowych. Kiedy próg samobójczy zostanie przekroczony, przyjaciele i krewni mogą nie zauważyć, że coś szczególnego się dzieje, i często wyrażają zdziwienie, że dana osoba popełnia samobójstwo.

Wobec tego, że samobójstwo jest aktem gwałtownym, wymaga zwykle minimum energii agresywnej¹²³. Poza beznadziejnością i depresją większość samobójców to ludzie poirytowani i źli. Zdaniem Menningera samobójstwo jest morderstwem 180-stopniowym¹²⁴. Mordercza zemsta cechuje głównie młodych samobójców, dla których są ważne czynniki interpersonalne. Wśród starszych samobójców złość i niezadowolenie mogą być raczej skierowane przeciw samemu życiu niż przeciw konkretnym osobom.

Istotne, powtarzalne, biologiczne ustalenia świadczą, że u impulsywnych, gwałtownych samobójców stężenie płynu mózgowo-rdzeniowego (5-HIAA) może być niższe. Agresywny składnik samobójstwa może też pomóc w wyjaśnieniu przewagi męskich samobójców nad żeńskimi ze względu zarówno na socjalizację bycia agresywnym, jak i na hormonalną koncentrację testosteronu.

Wśród chorób związanych z samobójstwami można wymienić: epilepsję, nowotwory złośliwe, AIDS, problemy żołądkowo-jelitowe, zakłócenia mięśniowo-kostne (artretyzm, chroniczne bóle dolnej części pleców) i inne. Z pewnością choroby fizyczne rzadko prowadzą do samobójstwa. Większość chorych fizycznie – nawet chorzy na raka znający termin zgonu – nie popełnia samobójstw. Podobnie jak inne pojedyncze prognozy choroby fizyczna ma złożone związki z samobójstwem. Ponieważ większość samobójców to starsi mężczyźni, a więc podatni także na choroby, powiązanie fizycznej choroby z samobójstwem nie jest zaskakujące.

Dawanie sobie rady z poważnymi krzywdami załamuje się u niektórych osób po 40. bądź 50. roku życia i wówczas można mówić o samobójstwach, a nawet „karierach samobójczych”. Niektóre z prognozyków samobójstw wybijają się i występuje zjawisko „wielochorobowości” albo krzyżowania się ich. Najczęściej łącznie obserwuje się takie prognozyki, jak: depresja, beznadziejność i inne czynniki ryzyka, które można mierzyć, korzystając z wyżej omówionych skal.

W badaniach depresji używa się ponadto skali depresji Hamiltona (HAM-D, *Hamilton Depression Rating Scale*), która może mieć różne wersje, na przykład zawierające 17, 21 i 24 punktów. Przykładowo wersja HAM-D 17-punktowa mieści się w granicach od 0 do 50 punktów. W suicydologii skale te pozwalają na porównania standardowych zmiennych, ważnych dla oceny skutków samobójstwa.

¹²³ G. Brown, M. Linnoila, F. Goodwin, *Impulsivity, aggression and associated affects: relationship to self-destructive behavior and suicide* [w:] R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (red.), *The Assessment and prediction of suicide*, New York 1992

¹²⁴ K. Menninger, *Man against himself* harcourt, New York 1938.

W wyniku badań ustalono również, że beznadziejność bardziej koreluje z zamiarem samobójstwa i ma wyższą negatywną korelację z życzeniem życia niż depresja. Wiele ciekawego materiału dotyczącego samobójstwa i jego sprawcy-ofiary zawiera obszerna publikacja *Oxford Textbook of Suicidology. A Global Perspective*¹²⁵.

Ważną przyczyną uzasadniającą znaczenie zapobiegania nie tyle samobójstwom, ile zachowaniom presuicydalnym, jest konieczność zainteresowania się losem ludzi, którzy często nie znają wszystkich możliwości rozwiązywania swoich problemów, a zatem nie są w pełni świadomi dokonywanego wyboru. Profilaktyka presuicydalna powinna stanowić system działań ciągłych i wielostronnych. Poniżej przedstawiono założenia tego programu.

Pierwszym i niezbędnym ogniwem działania jest stałe pogłębianie wiedzy o procesach motywacyjnych zachowań autodestrukcyjnych. Ważne jest właściwe rozpoznanie określonego przez Ringela syndromu presuicydalnego, który prowadzi do zaniku mechanizmów obronnych, a w konsekwencji do aktów samobójczych. Nie można jednak ograniczać się tylko do informacji o stanach i sytuacji osób, które podjęły próby samobójcze lub dokonały samobójstwa, ponieważ przede wszystkim niezbędne jest diagnozowanie stanów mogących doprowadzić do autodestrukcji. Zatem diagnozy nie mogą dotyczyć tylko jednostek, lecz powinny określać właściwość układu społeczno-ekonomiczno-politycznego, w którym funkcjonuje społeczeństwo. Co więcej, diagnozy te powinny obejmować wiedzę z zakresu wpływu różnorodnych czynników na samopoczucie i procesy decyzyjne jednostki.

Zatruciu ołowiem przeciwdziałają wapń (Ca) i witamina E¹²⁶. Dlatego też w celach profilaktycznych – o których już pisano – zarówno w odniesieniu do zachowań suicydalnych, jak i innych zjawisk patologii społecznej, powinno się w żywieniu, zwłaszcza szczególnie zagrożonych jednostek i grup społecznych, uwzględniać te produkty, które zawierają magnez, cynk, wapń i witaminę E. W naturalnej postaci są one wchłaniane przez organizm znacznie lepiej niż w syntetycznej. Szeroko pojęta profilaktyka presuicydalna, zgodnie ze współczesnym stanem wiedzy, powinna zatem nie tylko sprowadzać się do obszaru działań psychospołecznych, ale także uwzględniać ochronę środowiska i właściwe odżywianie.

Drugim założeniem jest konieczność prowadzenia wszelkich działań zapobiegawczych równoległe przez trzy kanały oddziaływania na trzy systemy zaspokajania potrzeb. Oznacza to praktycznie regulację funkcjonalnego mechanizmu powiązań między potrzebami społecznym i wzorami zaspokojenia potrzeb oraz możliwościami ich zaspokojenia. Niezbędne jest wprowadzenie ścisłej dyscypliny w kontroli procesu zmian dokonujących się w społeczeństwie. Ten rodzaj działania można traktować jako najogólniejszy poziom prewencji. Opiera się ona na założeniu, że każda zmiana jakiegokolwiek elementu rzeczywistości – czy to materialnej, społecznej czy duchowej – musi zostać natychmiast dostrzeżona, a zarazem zabezpieczona przez pojawienie się zjawisk ujemnych w kontekście, w którym wprowadzony element będzie funkcjonował.

¹²⁵ D. Wasserman, C. Wasserman, *Oxford Textbook of Suicidology. A Global Perspective*, Oxford–New York 2009.

¹²⁶ S. Wiąckowski, *Próba ekologicznej oceny żywienia, żywności i składników pokarmowych*, Warszawa 1995.

W żadnej innej metodzie samobójstwa śmiertelność nie jest tak wysoka, jak w przypadku broni palnej¹²⁷. Ponad 86% wszystkich prób samobójczych z użyciem broni udaje się¹²⁸. Pistolety są używane częściej niż karabiny¹²⁹, a ludzie zwykle strzelają sobie w głowę¹³⁰. Nieliczni, którzy przeżyli tę metodę samobójczą, są często oszpecceni, a w wielu przypadkach poważnie upośledzeni umysłowo. Broń palna jest używana w różnym stopniu w różnych krajach. Do krajów o niezwykle wysokiej liczbie samobójstw z użyciem broni palnej należą Stany Zjednoczone Ameryki (USA), Kanada, Szwajcaria, Finlandia i Norwegia¹³¹.

Niebezpieczeństwo związane z bronią jest wieloaspektowe i nie ogranicza się do samobójstwa. Istotnym problemem w wielu krajach są również zabójstwa, wypadki z bronią palną oraz ukryte lub jawne groźby użycia broni, zwłaszcza wobec członków rodziny.

Broń palna jest używana w różnych celach. W krajach o wysokich dochodach, takich jak Finlandia, Stany Zjednoczone, Kanada czy Szwajcaria, ludzie często używają broni przeciwko sobie, a znacznie rzadziej przeciwko innym¹³². Jednak stosunek samobójstw do zabójstw innych osób różni się znacznie w poszczególnych krajach. W Szwajcarii ponad 90% zgonów spowodowanych bronią palną to samobójstwa¹³³, podczas gdy w USA odsetek ten jest mniej więcej taki sam¹³⁴. Broń używana jest również do przypadków (zabójstwo-samobójstwo)¹³⁵, a wypadki z użyciem broni palnej są także powszechne¹³⁶. Warto zauważyć, że strzelaniny z obrażeniami lub ofiarami śmiertelnymi nie są jedynym problemem; podczas gdy większość nabywców broni palnej twierdzi, że nie zamierza używać broni i potrzebuje jej tylko w ostateczności do obrony swojej własności, często używają jej do grożenia członkom rodziny. Te groźby mogą być wyraźne („Zastrzelę cię”). Ponad 70% wszystkich kobiet przebywających w schroniskach dla ofiar przemocy w USA zgłosiło tego typu zagrożenie¹³⁷. Często jednak groźba jest domyślna, bez wyraźnej wzmianki o broni („Uważaj, wiesz, co może się stać”). Ponadto osoby trzecie, zwłaszcza inni członkowie rodziny, również często korzystają z przechowywanej broni palnej w domu. W odpowiedniej liczbie przypadków nieletni, którzy strzelają do siebie, używają broni swoich rodziców¹³⁸.

¹²⁷ E.D. Shenassa, S.N. Catlin, S.L. Buka, *Lethality of firearms relative to other suicide methods: a population-based study*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2003/57.

¹²⁸ E.W. Streib, J. Hackworth, T.Z. Hayward i in., *Firearm suicide: use of a firearm and death surveillance system*, „The Journal of Trauma” 2007/62.

¹²⁹ P.R. Conwell, K. Duberstein, S. Connor i in., *Access to firearms and risk for suicide in middle-aged and older adults*, „The American Journal of Geriatric Psychiatry” 2002/10.

¹³⁰ S. Demirci, K.H. Dogan, I. Deniz, Z. Erkol, *Evaluation of shotgun suicides in Konya, Turkey between 2000 and 2007*, „The American Journal of Forensic Medicine and Pathology” 2014/35.

¹³¹ V. Ajdacic-Gross, M. Kilias, U. Hepp i in., *Changing times: a longitudinal analysis of international firearms suicide data*, „American Journal of Public Health Research” 2006/96.

¹³² E.G. Krug, K.E. Powell, L.L. Dahlberg, *Firearm-related deaths in the United States and 35 other high- and upper-middle-income countries*, „International Journal of Epidemiology” 1998/27.

¹³³ M. Killias, H. Haas, *Waffen-Wieviele haben sie, wie gefährlich sind sie?*, „Crimiscope” 2001.

¹³⁴ E.G. Krug, K.E. Powell, L.L. Dahlberg, *Firearm-related deaths in the United States and 35 other high- and upper-middle-income countries*, „International Journal of Epidemiology” 1998/27.

¹³⁵ R. Panczak, M. Geissbühler, M. Zwahlen i in., *Homicide-suicides compared to homicides and suicides: systematic review and meta-analysis*, „Forensic Science International” 2013/233.

¹³⁶ E.G. Richardson, D. Hemenway, *Homicide, suicide and unintentional firearm fatality: comparing the United States with other high-income countries, 2003*, „The Journal of Trauma” 2011/70.

¹³⁷ S.B. Sorenson, D.J. Wiebe, *Weapons in the lives of battered women*, „American Journal of Public Health” 2004/94.

¹³⁸ R.M. Johnson, C. Barber, D. Azrael i in., *Who are the owners of firearms used in adolescent suicides?*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 2010/40.

Żadne inne narzędzie samobójcze nie ma tak symbolicznego i kulturowego znaczenia jak broń palna. Ograniczenie posiadania broni często prowadzi zatem do intensywnych reakcji emocjonalnych ze strony posiadaczy broni. W wielu krajach zorganizowane lobby strzeleckie utrudnia lub wręcz uniemożliwia uchwalenie ustaw związanych z ograniczeniem posiadania broni palnej.

W Szwajcarii politycy i obywatele rozumieją posiadanie broni jako prawo obywatelskie. Zarówno myśliwi, jak i strzelcy wyborowi czują się pozbawieni podstawowych swobód, ilekroć rozważa się ograniczenia przepisów dotyczących broni. Na Florydzie w USA „Stand your Ground Self-Defense Law” („Stań w obronie prawa do samoobrony”) pokazuje, że możliwość samoobrony przy użyciu broni palnej jest często oceniana wyżej niż ryzyko samobójstwa lub wypadku, jakie stwarza ta broń¹³⁹. Ze względu na te różnice w równoważeniu interesów, ograniczenie dostępności broni często skutkuje wysokim poziomem sprzeciwu z wielu stron. W niektórych krajach powstały lobby strzeleckie, które bronią posiadania broni palnej¹⁴⁰. Na przykład w Kanadzie ustawa C-68, która przewidywała rejestrację wszystkich strzelb i karabinów, nigdy nie została wdrożona z powodu społecznego oporu¹⁴¹.

Nie wszystkie badania wskazują na spadek ogólnej liczby samobójstw. Ogólnie rzecz biorąc, na podstawie przedstawionych dowodów można założyć, że niektóre osoby wybiorą inną metodę samobójstwa, jeśli dana metoda samobójstwa jest utrudniona. W szwajcarskim badaniu, w którym zbadano znaczną redukcję posiadania broni palnej wśród żołnierzy, wykryto współczynnik zmiany metody na poziomie 22%, co oznacza, że 78% nie wybrało innej metody. Ten i inne wyniki wskazują, że można spodziewać się zmiany metody, ale tylko w przypadku mniejszości badanych¹⁴².

Niektóre wyniki odnoszące się do dostępności broni palnej dotyczą poszczególnych krajów. Na przykład młodzi Szwajcarzy często używają broni palnej armii szwajcarskiej przechowywanej w domu; zamiast tego Szwajcarzy w średnim wieku używają broni sportowej, a Szwajcarzy w wieku powyżej 65 lat używają obu rodzajów broni mniej więcej w równym stopniu¹⁴³. Wyjaśnieniem tego może być dostępność, która jest różna w różnych grupach wiekowych dla różnych rodzajów broni.

¹³⁹ D.K. Humphreys, A. Gasparrini, D.J. Wiebe, *Evaluating the impact of Florida's 'stand your ground' self-defense law on homicide and suicide by firearm: an interrupted time series study*, „The Journal of American Medical Association Internal Medicine” 2017/1.

¹⁴⁰ A.D. Pinto, *Engaging health professionals in advocacy against gun violence*, „Medicine, Conflict, and Survival” 2008/24; A.L. Kellermann, F.P. Rivara, *Silencing the science on gun research*, „Journal of the American Medical Association” 2013/13.

¹⁴¹ A.A. Leenaars, *Gun availability and control in suicide prevention* [w:] D. Wasserman, C. Wasserman (red.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, Oxford University Press 2009.

¹⁴² T. Reisch, T. Steffen, A. Habenstein, W. Ischacher, *Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 Army XXI reform*, „The American Journal of Psychiatry” 2013/170.

¹⁴³ T. Reisch, T. Steffen, A. Habenstein, W. Ischacher, *Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 Army XXI reform*, „The American Journal of Psychiatry” 2013/170.

Rozdział II

POJĘCIE SAMOBÓJSTWA

Najczęściej klasyfikacja śmierci opiera się na regułach wykluczenia – tzw. systemie NASH: naturalne (Natural), przypadkowe (Accidental), samobójstwo (Suicide), zabójstwo (Homicide) – rzadko na zasadzie twierdzącej. W miastach zgony z przyczyn naturalnych są zwykle potwierdzane przez pracowników służby zdrowia, bez udziału policji lub przedstawicieli sprawiedliwości.

Słowo *suicide* zostało po raz pierwszy użyte przez Sir Thomasa Browne'a w 1642 roku i Waltera Charlestone'a w 1651 r. Pochodzi ono od słowa łacińskiego *suicidium*, to oznacza zabić siebie (*felo de se*)¹.

Termin „samobójstwo” został zaproponowany przez Shneidmana² na oznaczenie poziomu ryzyka zagrożenia dla siebie jednostki. Niemniej jednak pojęcie „samobójstwo” jest obecnie używane na różne sposoby, odległe od jego pierwotnego znaczenia, aby wskazać różne zagadnienia związane z samobójstwami. Niektórzy używają go w odniesieniu tylko do pomysłów samobójczych (myśli i planów), inni obejmują również próby samobójcze, a jeszcze inni obejmują także śmiertelność samobójczą w ramach samobójstwa.

Samobójstwo nie występuje w większości angielskich słowników, jednak w Oxford English Dictionary występuje samobójstwo, które definiuje się jako „w sposób samobójczy, mający na celu zniszczenie lub zrujnowanie wykonawcy”. Oczywiście samobójstwu powinno towarzyszyć wyjaśnienie, na co ma wskazywać.

Próba znalezienia bardziej wspólnej płaszczyzny dla definicji samobójstwa i próby samobójczej prowadzi do koncepcji procesu samobójczego zaproponowanej pierwotnie przez Zubina³, który sugerował, że samobójstwo nie następuje samo, ale jest końcowym produktem procesu. Koncepcję tę rozwinęło kilku autorów⁴; Mann i in.⁵ zaproponowali „model skazy stresowej”, a Wasserman⁶ – model „podatności na stres”.

¹ R.W. Maris, *Suicidology...*, s. 303.

² E.S. Shneidman, *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-destructive Behaviour*, Northvale 1993.

³ J. Zubin, *Observations on nosological issues in the classification of suicidal behavior* [w:] A. Beck, H. Resnik, D. Lettieri (red.), *The Prediction of Suicide*, Bowie 1974.

⁴ J. Beskow, *Suicide and mental disorder in Swedish men*, „Acta Psychiatrica Scandinavica”, Supplementum, 1979/277; N. Farberow, *The Many Faces of Suicide*, McGraw-Hill, New York, 1980.

⁵ I. Mann, C. Waternaux, G.L. Haas, K.M. Malone, *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients*, „American Journal of Psychiatry” 1999/156.

⁶ D. Wasserman (red.), *Suicide: An Unnecessary Death*, Oxford 2001, 2016.

Autorzy prac z zakresu nauk społecznych, przystępując do prezentacji wyników badań, coraz częściej odczuwają swoisty terminologiczny dysonans poznawczy. Coraz wyraźniej bowiem uświadamiają sobie sprzeczność między wymogami określonej kultury metodologicznej a informacjami o skutkach respektowania naukowych rygorów. Z jednej strony – obowiązuje przecież nakaz precyzyjnego określania, wyraźnego definiowania przedmiotu badań, z drugiej zaś – podawana jest coraz silniej w wątpliwość praktyczna zasadność takich zabiegów w naukach społecznych. Któż na przykład nie wie, co oznacza słowo „samobójstwo”? Po cóż więc tracić czas i energię poznawczą na definicyjne uściślenia i poszukiwania sensu tego pojęcia? – pyta E. Stengel⁷.

U wielu badaczy zaobserwować można symptomy „definitywnego” zmęczenia i poczucie semantycznej bezzadności. Manifestowana jest więc gotowość szybkiego powrotu w sferę pierwotnych językowych intuicji. Wskazanie niebezpieczeństw, powstających po przyjęciu takiej orientacji metodologicznej, wypada poprzedzić skrótowym chociażby omówieniem historii definiowania samobójstwa.

W 1897 r. w swym epokowym dziele *Le suicide* E. Durkheim proponował: „On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat”⁸. Większość interpretatorów twierdzi, że istnienie zamiaru pozbawienia się życia jest konstytutywną cechą samobójstwa. Są jednak i tacy badacze, którzy uważają, iż Durkheim nie traktował zamiaru jako warunku koniecznego uznania śmierci za samobójczą.

Praca Durkheima swym tematycznym zasięgiem oraz modelową ówczesnie i naśladowaną do dziś metodologiczną poprawnością zniewoliła na wiele lat sposób patrzenia na samobójstwo jako zjawisko masowe, socjologiczne. Równocześnie jednak stała się podstawą i zaczynem definitywnych egzegez, sporów i postulatów. Pojawiły się nawet poglądy, że dla samego Durkheima samobójstwo nie stanowiło samodzielnego przedmiotu badań, lecz wykorzystane zostało jako dogodna ilustracja do ukazania i wyjaśnienia zasad opracowywanej przez tego uczonego ogólnej metody socjologicznej⁹. Rozważaniom definitywnym Durkheima zarzucano zbytnie teoretyzowanie czy też przesadną „racjonalność”¹⁰.

Znaczenie zamiaru jako warunku koniecznego dla uznania śmierci za samobójczą usilnie akcentowała w latach trzydziestych R. Cavan¹¹. Później formuły definitywne obejmowały opisy stanów świadomości, wskazując na konieczność traktowania zamachu samobójczego jako środka bądź jako celu działania. Krótko mówiąc – odwoływano się do określonych procesów motywacyjnych. Same jednak motywacje nigdy w ramy definiensu nie weszły.

⁷ E. Stengel, *Definitions and classifications of suicidal acts* [w:] R.E. Litman (red.), *Proceedings of the 6-th International Conference for Suicide Prevention*, Michigan 1972.

⁸ E. Durkheim, *Le suicide*, Paris 1976, s. 5. Wobec późniejszych wielorakich interpretacji myśli Durkheima sformułowanie definicji przytoczone tu zostało w wersji oryginalnej. Tłumaczenie może brzmieć następująco: „Samobójstwem nazywa się każdy przypadek śmierci, będący bezpośrednim lub pośrednim wynikiem działania lub zaniechania, przejawionego przez ofiarę zdającą sobie sprawę ze skutków swego zachowania”. W 2006 r. ukazało się pierwsze wydanie tej książki pt. *Samobójstwo. Studium z socjologii*, w tłumaczeniu K. Walara (II wyd. – 2011).

⁹ Patrz: E.S. Shneidman, *Orientations toward death: A vital aspect of the study of lives* [w:] R.W. White (red.), *The Study of Lives*, New York 1963.

¹⁰ Patrz: J.D. Douglas, *The social meanings of suicide*, New Jersey 1967.

¹¹ Patrz: G. Deshaies, *Psychologie du suicide*, Paris 1947; P.B. Schneider, *La tentative du suicide*, Neuchâtel 1954.

Dyskutowano o inklinacjach samodestrukcyjnych, które przejawiają się w wielu zachowaniach niewyczerpujących żadnych „klasycznych” znamion samobójstwa¹². Istnienie tych skłonności wyprowadzane było – w nawiązaniu do zawiłych dróg freudowskiej psychoanalizy – z drżającego tam instynktu śmierci.

W literaturze niemieckiej można spotkać się z pojęciem „osobowości suicydalnej” (*suizidale Persönlichkeit*). Chodzi tu o jednostkę, która ma myśli samobójcze albo już w przeszłości podejmowała działania samodestrukcyjne¹³.

W latach dziewięćdziesiątych pojawiło się pojęcie „samobójczości”¹⁴. Samobójczość oznacza sumę wszystkich myśli i zachowań ludzi, którzy dążą w myślach, przez aktywne działania, pasywne zaniechanie albo przez zezwalanie na działania do własnej śmierci lub biorą ją pod uwagę jako możliwy wynik działań.

Samobójczość możliwa jest zasadniczo u wszystkich ludzi, często jednak występuje w kryzysach psychospołecznych i zachorowaniach psychicznych (paradygmat medyczno-psychospołeczny).

W sensie psychodynamicznym samobójczość jest zjawiskiem złożonym z oceny własnej osoby, jej wartości w związkach z ludźmi, oceny przyszłości własnej i innych, możliwości zmiany stanu, a także zmienionego w pewnych okolicznościach przeżywania na skutek objawów natury psychicznej i/lub fizycznej.

Rolę motywującą odgrywają elementy wołania o pomoc, instrumentalno-manipulacyjne, altruistyczne, jak również autoagresywne i agresywne.

Samobójczość jest przy tym świadomym myśleniem i działaniem ukierunkowanym na obiekt zewnętrzny lub wewnętrzny, na osobę, koncepcję życia. Zachowanie samobójcze chce coś zmienić: innych, środowisko, samego siebie w relacji z otoczeniem.

Samobójczość najczęściej nie stanowi wyrazu wolności i możliwości wyboru, tylko ograniczenia związanego z obiektywnie i/lub subiektywnie przeżywanymi kłopotami, ich objawami psychicznymi i/lub fizycznymi albo ich następstwami.

Czy możliwe jest znalezienie stabilnych społeczno-strukturalnych uwarunkowań śmiertelności samobójczej? Sainsbury, Jenkins i Levey stwierdzili, że pozycja kobiet w społeczeństwie, bezprawie i socjoekonomiczne warunki były związane ze zmianami poziomu śmiertelności samobójczej między latami sześćdziesiątymi a siedemdziesiątymi XX wieku w 18 krajach europejskich¹⁵. Jednak w powtórzeniu tego badania przez Mäkinena, z identycznym projektem, ale danymi z 16 lat później, w dużej mierze nie udało się odtworzyć zależności¹⁶. Może to posłużyć za ilustrację problemów związanych z analizami strukturalistycznymi: wiele wskazuje na to, że uwarunkowania społeczne wpływają na samobójstwo w czasami dramatyczny sposób, jednak wydaje się bardzo trudne zdefiniowanie, jakie dokładnie są te okoliczności, ponieważ wydają się one różnić zarówno

¹² K.A. Menninger, *Man against himself*, New York 1938.

¹³ B. Lewinsky-Aurbach, *Suizidale jugendliche Grenzen und Möglichkeiten psychologischen Verstehens*, Stuttgart 1980, s. 5.

¹⁴ Por. m.in. M. Wolfersdorf, *Suizidalität – Begriffsbestimmung und Entwicklungsmodelle suizidalen Verhaltens* [w:] M. Wolfersdorf, W.P. Kaschka (red.), *Suizidalität – Die biologische Dimension*, Berlin–Heidelberg–New York 1995, s. 1–16; *Der suizidgefährdete Mensch. Zur Diagnostik und Therapie bei Suizidgefährdung* [w:] E. Wenglein, H. Hellwig, M. Schoog (red.), *Selbstvernichtung*, Vandenhoeck Et Ruprecht, Göttingen–Zürich 1996, s. 89–112. W czasopiśmie „Münchener Medizinische Wochenschrift” (edycja polska) ukazał się artykuł M. Wolfersdorfa, *Samobójczość* (1998/12, s. 36, 37).

¹⁵ P. Sainsbury, J. Jenkins, A. Levey, *The social correlates of suicide in Europe* [w:] R. Farmer and S. Hirsch (red.), *The Suicide Syndrome*, Croom Helm, London, 1980.

¹⁶ H.I. Mäkinen, *Are there social correlates of suicide?*, „Social Science and Medicine” 1997/44 (12), s. 4.

w przestrzeni, jak i w czasie. Dlatego też, chociaż istnieją pewne badania¹⁷, które podważają tę opinię, nie jest już realistyczne przyjmowanie teorii Durkheima za dobrą monetę i oczekiwanie, że będzie ona rozsądną podstawą do badań empirycznych¹⁸.

Jednak śmiertelność samobójcza również koreluje dodatnio z poziomem niektórych aspektów subiektywnego dobrostanu. Interpretując podobny związek, Inglehart argumentuje, że dla osób nieszczęśliwych szczęśliwe środowisko może być gorsze niż nieszczęśliwe. Jego propozycja opiera się na pojęciu dewiacji, jednak dewiacji w uczuciu (lub poznaniu), a nie w przynależności do grupy lub jakiejś podobnej charakterystyce¹⁹. Przypomina to rozumowanie Durkheima dotyczące jednego wpływu anomii społecznej na jednostki, że w takim środowisku psychicznym niedociągnięcia mogą być fatalne w skutkach²⁰. Widząc, że stopień zadowolenia mężczyzn z finansów i zadowolenie kobiet z rodziny były dodatnio związane ze współczynnikami samobójstw, Allik i Realo interpretują ich wyniki w podobny sposób²¹. Jednak badanie Helliwell'a, wykorzystujące większy materiał, wykazało wyraźnie ujemną zależność między przeciętną satysfakcją z życia a śmiertelnością z powodu samobójstw oraz bardzo silną ujemną zależność między poziomem zaufania odczuwanego do innych ludzi a samobójstwami²².

Pewne dyrektywy postępowania definicyjnego dla przyszłych badaczy zjawiska samobójstw sformułował w swym obszernym traktacie J.D. Douglas²³. Jako punkt wyjścia zalecał on tzw. definicje niedokończone (*open-ended*) i wyraźnie niedopowiedziane (*largely unexpressed*). Należy więc rozpoczynać od ujęć zdroworozsądkowych i w miarę gromadzenia wyników badań uzupełniać treść definiensu²⁴.

W ostatnich latach zagadnieniom definiowania i klasyfikowania zamachów samobójczych najwięcej uwagi poświęcił E. Stengel²⁵. W niepewności co do skutku zamachu samobójczego dostrzegał on immanentną cechę świadomości sprawcy. Przekonany był o istnieniu swoistej ambiwalencji celów, równoczesnej chęci życia i śmierci, dążenia do zawieszenia między bytem i nicością. Stan ten może być oddany w pewnej mierze hamletowskim „być albo nie być”. Takie podejście wykluczać musi – eksponowany przez poprzedników – zamiar jako cechę konstytutywną samobójstwa. W rozchwianej, a równocześnie inercyjnej świadomości nie ma już wyraźnego pragnienia śmierci. Po zaakceptowaniu istnienia elementu niepewności zwolennicy intencjonalności zachowania mogą co najwyżej mówić o zamiarze ewentualnym. Ta, zaczerpnięta z prawa, kategoria najlepiej chyba też odzwierciedla stan świadomości, jaki – zdaniem Stengla – charakte-

¹⁷ P. Cutright, R.M. Fernquist, *Effects of societal integration, period, region, and culture on male age-specific suicide rates: 20 developed countries, 1955--1989*, „Social Science Research” 2000/29 (1), s. 29; E. Neumayer, *Are socioeconomic factors valid determinants of suicide? Controlling for national cultures of suicide with fixed-effects estimation*, „Cross-Cultural Research” 2003/37 (3), s. 37.

¹⁸ M. Wray, C. Colen, B. Pescosolido, *The sociology of suicide*, „Annual Review of Sociology” 2011/37.

¹⁹ R. Inglehart, *Culture Shift in Advanced Industrial Society*, Princeton, NJ, 1990.

²⁰ E. Durkheim, *Suicide. A Study in Sociology*. Routledge, London 1992/1897.

²¹ C. Girard, *Age, gender, and suicide: a cross-national analysis*, „American Sociological Review” 1993/58 (4), s. 58.

²² J.F. Helliwell, *Well-being and social capital: does suicide pose a puzzle?*, „Social Indicators Research” 2007/81 (3), s. 81.

²³ J.D. Douglas, *The social meanings of suicide...*

²⁴ W sposób metodologicznie nowatorski Douglas wskazał jedynie na wzajemne związki między procesami definiowania i wyjaśniania. Krytycy zarzucali mu jednak teoretyzowanie, przeistaczające się niekiedy w czystą spekulację.

²⁵ E. Stengel, *Definitions and classifications...*

rystyczny jest dla sprawcy zamachu samobójczego²⁶. Autor ten proponuje następującą definicję samobójstwa: „A suicidal act is any deliberate act of self-damage which the person committing the act cannot be sure to survive”²⁷.

Ów „rozmyślny akt” to czynność objęta bezpośrednim zamiarem przerwania krańcowo dolegliwego stanu napięcia psychicznego poprzez samouszkodzenie, natomiast świadomość niepewności przeżycia, a więc świadomość możliwości śmierci i godzenie się na ten skutek działania, to właśnie zamiar ewentualny.

W takim ujęciu wyeksponowany zostaje element przewidywania możliwości śmiertelnego skutku samouszkodzenia. Jednostka świadomie, a być może i podświadomie, przypisuje swemu działaniu określone prawdopodobieństwo śmiertelnego skutku. Zdaniem Stengla do rzadkości należą sprawcy zamachów samobójczych przewidujący absolutną nieuchronność śmierci (działający więc niejako z zamiarem bezpośrednim). Najczęściej jest to przewidywanie jedynie możliwości zgonu (a więc działanie z zamiarem ewentualnym).

Ani parametry, ani typ rozkładu populacji sprawców samobójstw według stopnia subiektywnego prawdopodobieństwa zgonu nie są znane. Przyjmując pewne założenia idealizacyjne, można by zaryzykować hipotezę, iż jest to rozkład logarytmiczno-normalny. Do tego rodzaju twierdzenia skłania też fakt, że rozkład usiłowań według stopnia samouszkodzenia ma właśnie taką postać. Przyjęcie tej hipotezy pozwalałoby też na oszacowanie liczby aktów usiłowania pozbawienia się życia.

Pośród badaczy zajmujących się etiologią samobójstw wymienia się w literaturze przedmiotu przede wszystkim A. Weismana i jego współpracowników²⁸. Badacze ci akcentują bardzo wyraźnie instrumentalny charakter zamachu samobójczego. Samobójstwo najczęściej jest środkiem osiągnięcia jakiegoś „ziemskiego” celu, a nie samym w sobie celem unicestwienia życia. Samobójstwo traktowane też jest jako jedna z wartości zmiennej „samouszkodzenie”.

Postrzeganie zamachu samobójczego jako „wielowartościowego” środka osiągnięcia celu siłą rzeczy prowadzić musi do pojmowania go jako zdarzenia losowego, a więc analizowania go w kategoriach stochastycznych, w ujęciu probabilistycznym.

Zanegowane więc zostaje w pewnym sensie podejście klasyczne, sprowadzające się do pojmowania samobójstwa jako realizacji – dającego się przynajmniej myślowo wyodrębnić – ciągu przyczynowo-skutkowego. Samobójstwo nie jest ani nieuchronną, deterministyczną samorealizacją określonych predyspozycji jednostki, ani też nie daje się logicznie wyprowadzić z historii środowiska. Samobójstwo jest zdarzeniem w przestrzeni socjokulturowej. Właśnie wieloczynnikowy charakter tej przestrzeni i różne opisujące ją języki przesądzą o niepowodzeniu wszelkich zabiegów definicyjnych. Zamiast wikłania się w sieci prawie nieskończenie wielu zmiennych, zamiast wczuwania się w kryteria rozdzielające moc intencji i motywacji, Weisman proponuje posługiwanie się terminem „zachowanie zagrażające życiu” (*live-threatening behaviour*). Jest to swoiste podejście behawiorystyczne, rezygnacja z zawsze poznawczo ryzykownego domniemywania rodzą-

²⁶ Koncepcja samobójstwa jako czynu popełnionego z zamiarem ewentualnym omówiona została w pracy: D. Spikrugin, *Le suicide praeterintentionnel et la notion du dol éventuel*, „L’information juridique” 1942/7, s. 641.

²⁷ „Zamachem samobójczym jest taki rozmyślny akt samouszkodzenia, który przed popełnieniem wyklucza w świadomości sprawcy pewność przeżycia”.

²⁸ A. Weisman, H. Feifel, H. Coleman i in., *Death and self-destructive behaviors* [w:] H.L.P. Resnik, B.C. Hawthorne (red.), *Suicide Prevention in the 70’s National Institutes of Mental Health Center for Studies of Suicide Prevention*, Rockville Md. 1973.

cych się we wnętrzu cudzej psychiki zamiarów, chęci, pragnień, dążeń, a pozostanie przy tym, co obserwowalne i mierzalne.

W wykorzystywanym dotychczas zbiorze zmiennych objaśniających zgony całkowicie pomija się zmienną „zachowanie się jednostki w trakcie całego życia”. Na fakt ten zwraca uwagę E.S. Shneidman²⁹ jako psycholog kliniczny. Twierdził on, że w istocie samobójstwo jest przede wszystkim produktem tego, co nazwał *psychache*, czyli powtarzającego się trudnego do zniesienia bólu psychicznego lub umysłowego. Shneidman wierzył (zakładał), że samobójstwo wynika z psychicznego bólu jednostki, stresu i ogólnego wzburzenia, które alternatywnie nazwał „bólem, presją i perturbacją” i pokazał, jak te trzy pojęcia są ze sobą powiązane³⁰. Ponadto postulował on stworzenie – obok medycznej, morfologiczno-anatomicznej, a więc statycznej klasyfikacji przyczyn śmierci – podziału uwzględniającego biograficzny „wkład” jednostki w jej śmierć³¹.

Życie jest umieraniem. Jednostka swym zachowaniem przyspiesza bądź zwalnia tempo tego procesu. Stopień przyczyniania się do finału życia jest więc wielkością gatunkowo zmienną. W przypadku czysto zewnętrznego urazu zmienna ta przyjmuje oczywiście wartość zerową. Jeśli natomiast jednostka godzi się na przykład na wysoce niebezpieczną dla swego życia pracę, nie respektuje różnego rodzaju przepisów bezpieczeństwa, lekceważy wskazania medyczne, dąży do sytuacji dla życia ryzykownych, to jej „behawioralny wkład” w prawdopodobieństwo przerywania życia jest bardzo wyraźny. W przypadku podjęcia czynności zmierzających do pozbawienia się życia wkład ten jest krańcowy. Każdej jednostce można więc przypisać właściwy jej punkt na skali ochrony (lekceważenia) życia. Aby dojść do ustalenia determinant wartości krańcowej tej zmiennej, którą to wartością jest samobójstwo, trzeba wyjaśnić zróżnicowanie całej populacji z punktu widzenia pozostałych wartości tej zmiennej.

Nad metodami badań suicydologicznych ciąży, zdaniem R. Kastenbauma, powszechna skłonność do pojmowania samobójstwa jako wyniku konsekwentnych przemyśleń, jako rezultatu dokonanego „na zimno” bilansu życiowych „za” i „przeciw”. Z tej domniemanej racjonalności rodzi się potem badawcze pytanie: „dlaczego?” i rozpoczyna poszukiwanie, dorabianie motywów i przyczyn. Następuje więc pogoń za bytami zrodzonymi jedynie w świadomości sędziego-interpretatora³².

A.T. Beck i R. Greenberg, poddając dokładnemu przeglądowi całą literaturę przedmiotu, dobitnie wskazali antykwaryczny charakter dziedzictwa terminologicznego³³.

Według A. Gmitrowicz³⁴ „samobójstwo to przemyślane, zamierzone działanie zagrażające życiu, podjęte samodzielnie, którego następstwem jest śmierć”.

O'Connor i Sheehy³⁵ zdefiniowali samobójstwo jako „wybrane dobrowolnie zachowanie, które w możliwie najkrótszym terminie ma spowodować własną śmierć”, akt

²⁹ E.S. Shneidman, *Orientations toward death...*

³⁰ E. S. Shneidman, *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*, Northvale, New York, 1993.

³¹ E.S. Shneidman, *Some comments on the nature of suicidal phenomena* [w:] N. Speyer, R.F.W. Diekstra, K.J.M. van de Loo (red.), *Proceedings of the 7-th International Conference for Suicide Prevention*, Amsterdam 1974.

³² R. Kastenbaum, *Suicide as the preferred way of death* [w:] E.S. Shneidman (red.), *Suicidology: contemporary developments*, New York 1976.

³³ A.T. Beck, R. Greenberg, *The gnology of suicidal phenomena: past and future perspectives*, „Bulletin of Suicidology” 1971/8, s. 10–17.

³⁴ A. Gmitrowicz, *Zachowania samobójcze dzieci i młodzieży. Psychiatria i psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, 2001/3, s. 1519.

³⁵ R.O'Connor, N. Sheehy, *Zrozumieć samobójcę*, Gdańsk 2003, s. 22.

samobójczy określili jako „czyn zakończony zejściem śmiertelnym, w którym jednostka świadomie dokonuje samouszkodzenia lub zażywa jakąkolwiek substancję w ilości znacznie przekraczającej wszelkie zalecenia lekarskie albo ogólnie uznane dawki terapeutyczne”, fantazje samobójcze zaś – jako „wszelkie myśli na temat podejmowania zachowań samobójczych, o których po czasie wspomina zainteresowany”³⁶.

Dla Bielickiego, będącego reprezentantem podejścia psychospołecznego do problemu samobójstwa, „samobójstwem jest każdy zgon wynikły z autoagresywnego (uświadomionego lub efektywnego) zachowania człowieka nastawionego na unicestwienie swojej psychofizycznej struktury, zdeterminowanego endogennymi i egzogennymi czynnikami współkształtującymi sytuację suicydogenną, która jest przez niego w taki sposób percypowana, że niweczy naturalną skłonność do samozachowania”³⁷.

A. Carr³⁸ zachowania autodestrukcyjne człowieka przedstawia m.in. jako:

- intencję samobójczą – występuje wtedy, gdy np. nastolatek pragnie popełnić samobójstwo, opracowuje plany szczegółowe odebrania sobie życia i stara się, aby nie wyszły one na jaw;
- parasamobójstwo – bywa różnie definiowane, według Carra jest to pozorowanie próby samobójczej.

E. Shneidman³⁹ wyodrębnia wspólne cechy występujące u samobójców, niezależnie od indywidualnych okoliczności im towarzyszących:

1. Wspólnym celem samobójców jest poszukiwanie rozwiązania.
2. Wspólnym celem samobójców jest ucieczka od świadomości.
3. Wspólnym bodźcem do popełnienia samobójstwa jest nieznośny ból psychiczny.
4. Wspólnym stresorem w wypadku samobójstwa są niezaspokojone potrzeby psychiczne.
5. Emocją wspólną samobójców jest poczucie beznadziejności i bezradności.
6. Stanem poznawczym wspólnym samobójcom jest ambiwalencja.
7. Stanem wspólnym samobójcom jest zawężenie percepcji.
8. Działaniem wspólnym samobójcom jest ucieczka.
9. Aktem interpersonalnym wspólnym samobójcom jest zakomunikowanie swoich zamiarów.

Wzorem wspólnym samobójstwom jest spójność aktu samobójczego ze stylem życia.

W ostatnich latach coraz wyraźniej akcentuje się konieczność poszukiwania pojęciowej jasności i metodologicznego ładu w badaniach nad samobójstwami. Wypada więc przedstawić kolejną próbę realizacji tych postulatów poznawczych.

Rzeczywiste pojmowanie określonego terminu w danym języku zawarte jest w definicjach słownikowych. Tak oto w *Słowniku języka polskiego* podaje się: samobójstwo – „odebranie sobie życia”⁴⁰. Na pierwszy rzut oka wydawać by się mogło, że jest to zwykła definicja sprawozdawcza, podająca jedynie rozumienie rozpatrywanego terminu. W rzeczywistości w użytych do odzwierciedlenia zjawiska słowach ukryty jest nie tylko sposób jego społecznego postrzegania, ale i jego interpretacja.

³⁶ R. O'Connor, N. Sheehy, *Zrozumieć samobójcę*, s. 23.

³⁷ R. Bielicki, *Dynamika, uwarunkowania, profilaktyka samobójstw w ostatnim ćwierćwieczu XX wieku w Polsce*, Bydgoszcz 2005, s. 25.

³⁸ A. Carr, *Depresja i próby samobójcze młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania*, Gdańsk 2008.

³⁹ E. Shneidman, *Definition of Suicide*, New York 1985, s. 51.

⁴⁰ Zob. <https://sjp.pwn.pl/sjp/samobojstwo;2519017.html> (dostęp: 18 października 2023 r.).

Czasownik „bić” znaczy przede wszystkim tyle co: „zadawać razy”, „chłostać”, „smażyć”, „uderzać”, „walić”. Są to więc określenia reakcji czysto fizykalnych, zewnętrznie postrzegalnych. „Za-” jest przedrostkiem tworzącym czasowniki pochodne z uwydatnieniem takiego między innymi odcienia uzupełniającego znaczenie czasownika podstawowego, jak: osiągnięcie skutku, wyczerpanie zakresu, dojście do największego nasilenia czynności, stanu. Oto kilka przykładów: zagasić, zarumienić, zagoić, zagonić, zaostriżyć, zablokować, zadławić. Zabić to tyle co pozbawić życia, uśmiercić, zamordować. Istnieją dwie formy tego czasownika: dokonana – zabić i niedokonana – zabijać. Stąd też rzeczowniki: zabicie i zabijanie. Rozpatrywany czasownik jest czasownikiem zwrotnym. Mamy bowiem: zabić się – zabijać się. „Samo-” jako pierwsza część wyrazów złożonych oznacza skierowanie czynności, wyrażonej w drugiej części wyrazu, na samego siebie (np. samoanaliza, samoocena), a także dokonanie czynności samodzielnie, bez czyjejkolwiek pomocy. Można by więc utworzyć dwa rzeczowniki: samozabicie i samozabijanie, które oddawałyby znaczeniowo dokonaną i niedokonaną postać działania.

W języku przyjął się jednak wyraz „samobójstwo”, w którym zanikają odcienie temporalno-skutkowe. I stąd – zgodnie z pierwszymi intuicjami językowymi – za samobójstwo uważa się powszechnie jedynie przypadek zadania sobie takich obrażeń, które doprowadziły do zgonu. Do opisu sytuacji, w których nie dochodzi do śmierci, tworzy się takie terminy, jak samobójstwo nieudane, chybione, usiłowane, i dla przeciwstawienia wprowadza się termin: samobójstwo dokonane.

Ten materialny, zewnętrzny, brutalno-mechaniczny charakter czynności denotowanych w polskim słowie „bić” występuje jeszcze silniej w łacińskim *caedere*, znaczącym: rąbać, bić, uderzać, biczować, ścinać, odrąbać, łamać, zarzynać. Od tego właśnie słowa utworzone jest francuskie i angielskie *suicide*, gdzie *sui* oznacza (z łaciny) siebie, samego siebie, od siebie.

Na podstawie analizy słowa „samobójstwo” można przekonać się, jak dalece zmiany w środowisku społecznym, w kulturowej i cywilizacyjnej przestrzeni pozbawiają dany termin użyteczności w procesie społecznego komunikowania się.

Słowo „samobójstwo” należy do języka potocznego i już chociażby dlatego przypisuje się temu terminowi niejasność i nieostrość. Otóż w rzeczywistości język potoczny nie może być ani niejasny, ani nieostry. Język, jakkolwiek by nie był, jest po prostu statyczny, punktowy. Dane pojęcie w określonym momencie znajduje swoje semantyczne odbicie i komunikowane jest za pomocą terminu zawierającego określony zespół cech. W chwili swych narodzin pojęcie może być bardzo ostre i dopiero w miarę historycznego starzenia się może ostrość tę tracić. Pojęcie jest tym ostrzejsze, im łatwiej rozdzielić się daje przedmioty na te, które są jego desygnatami, i na te, które nimi nie są. Otóż pojęcie samobójstwa jest właśnie przykładem pojęcia, które na przestrzeni wieków utraciło swą ostrość.

W miarę rozwoju społecznego zmienia się wpływ człowieka na własne życie. Zmienia się niejako autosterowalność ludzkiego życia, przechodząc od form instynktownych przez społeczne aż do wymuszonych zmianami materialnie pojmowanej cywilizacji. Dziś czasowniki „bić”, „uderzać”, „rąbać”, „ciąć” itp. nie są już konieczne do opisu samodestrukcji. Można by tworzyć nowe terminy, jak „zanarkotyzowanie się”, „zestresowanie się”, „zdepresjonowanie się” itd.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaproponowała w 1986 r. nową definicję samobójstwa: „Samobójstwo jest aktem o skutku śmiertelnym, który zmarły ze świadomością i oczekiwaniem takiego skutku sam zaplanował i wykonał w celu spowodowania zmian przez siebie pożądaných (upragnionych)”.

W miarę rozwoju cywilizacyjnego zwiększa się nieustannie zakres środków pozwalających na utratę życia. Być może w tym właśnie zakresie mamy współcześnie do czynienia z prawdziwym *embarras de richesse*.

Coraz trudniej rozdzielać zgony jako desygnaty takich pojęć, jak: śmierć naturalna, zabójstwo, samobójstwo czy wypadek. I dlatego właśnie wiekowe słowo „samobójstwo” stale traci na ostrości. Z tego też względu nie tylko jest coraz mniej użyteczne w metodologicznie rygorystycznych dysputach naukowych, ale również traci swój sens w języku potocznym.

O ile „samobójstwo” jako definiendum wypełnione treściami behawioralnymi jest charakterystyką określonego zachowania rozumianego w sensie fizycznym, o tyle definiens zawiera w sobie treści głęboko metafizyczne. Cóż bowiem oznacza odebranie sobie życia? Dla logicznej poprawności takiego sformułowania konieczna jest przesłanka, że życie jest człowiekowi dane, i to dane przez byt wyższy od człowieka, przez nadludzki absolut, przez transcendentnie i antropomorficznie pojmowanego Boga. To są właśnie treści dziedziczone kulturowo, to jest właśnie historyczny pierwiastek języka potocznego. „Odebrać” to przecież też tyle, co zabrać coś podarowanego, ofiarowanego. Właśnie takie potocznie panujące intuicje językowe zabarwiają emocjonalnie termin „samobójstwo”.

Definicje spotykane w literaturze przedmiotu wykraczają poza opis faktycznego obyczaju językowego. Są to propozycje rozszerzenia bądź zawężenia znaczenia terminu stosowanego potocznie. Wykorzystywany jest tu najbardziej znany sposób definiowania pojęć sprowadzający się do podania w definiensie pewnego terminu nadrzędnego i nazwy cechy, która z zakresu terminu ogólniejszego wydziela podzakres odpowiadający definiowanemu pojęciu. Jest to tzw. *definitio fit per genus proximum et differentiam specificam*. Tabela 2.1 zawiera podstawowe definicje budowane wedle powyższych zasad.

Tabela 2.1. Definicje samobójstwa

Twórca	Definiens	
	<i>Genus proximum</i>	<i>Differentia specifica</i>
Durkheim	zgon (przypadek śmierci)	będący wynikiem działania jednostki wobec siebie
Stengel	akt samouszkodzenia (czyn)	wykluczający pewność przeżycia
Weisman	zachowanie zagrażające życiu	kończące się zgonem

Źródło: opracowanie własne

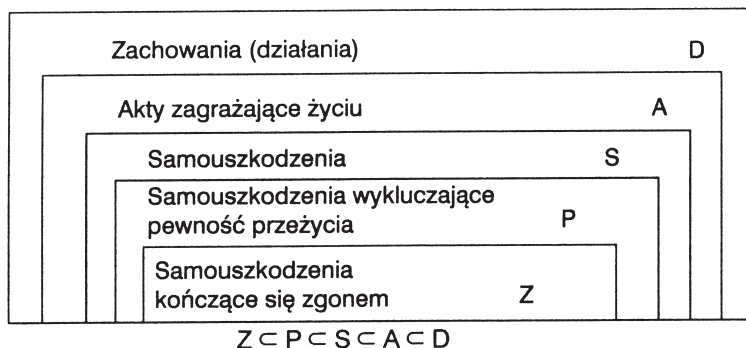
Definicja Durkheima może być uznana za definicję sprawozdawczą, mówiącą, jak jego współcześni pojmowali znaczenie terminu „samobójstwo”. Jest ona równocześnie definicją wskazującą na współczesny obyczaj języka potocznego.

Z gramatycznego punktu widzenia definicja Stengla nie różni się od sformułowania Durkheima. Z metodologicznego punktu widzenia ma postać: „proponuję używać terminu w takim a takim znaczeniu”, a więc ma postać syntetyczną, projektującą. Stengel rozszerza zakres terminu „samobójstwo” do wszelkich samouszkodzeń, które zmniejszają pewność zachowania życia.

Na tle definicji Stengla sformułowanie Weismana ma postać tzw. definicji regulującej. Z taką kategorią ma się najczęściej do czynienia wówczas, gdy badacz, rozważając znaczenie pewnego terminu, dochodzi do wniosku, iż jego treść lub zakres zasługują na zmianę ze względu na brak jasności bądź zbyt dużą niejednorodność zakresu. W związku z tymi niedogodnościami proponuje, aby mniej lub bardziej zmienić istniejące znaczenie

i używać terminu w znaczeniu innym, choć genetycznie wywodzącym się ze znaczenia pierwotnego⁴¹. Nietrudno zauważyć, że proponowany przez Weismana „rodzaj bliższy” wyraźnie rozszerza zakres „rodzaju” proponowanego przez Stengla. Równocześnie jednak „specyficzna różnica” Weismana zakres ów wyraźnie zawęża w porównaniu z „różnicą” Stengla. Prześledzenie powyższych związków definicyjnych ułatwia wykres 2.1.

Wykres 2.1.



Źródło: opracowanie własne

Na pierwszy rzut oka wydawać by się mogło, że Weisman rozszerza, w porównaniu ze Stenglem, zakres pojęcia samobójstwa (z *P* do *A*), jednak ze względu na *differentiam specificam* zakres ten staje się wyraźnie mniejszy (przechodzi z *P* do *Z*). Z przytoczonego wykresu odczytać można wszystkie (od najszerszego do najwęższego) zakresy znaczeniowe terminu „samobójstwo”.

Do powyższych uwag dotyczących projektów definicyjnych wypada dodać, że Weisman posługuje się niejasnym terminem zagrożenia, Stengel natomiast operuje niezbyt precyzyjnym wykluczeniem pewności. Nie każdy akt zagrażający życiu jest samouszkodzeniem (w dotychczasowym znaczeniu tego słowa). Każdy jednak jest wykluczeniem pewności przeżycia. Obydwaj autorzy krzyżują więc propozycje, które w zasadzie dotyczą podobnego zakresu, a różnią się jedynie postulowanymi nazwami. Stąd już tylko krok do sporu o słowa, a przecież chodzi o odzwierciedlany realny byt.

W przytoczonych dotychczas procedurach definiowania samobójstwa odpowiednie wypowiedzi (sprawozdania czy postulaty) odnosiły się do sposobu używania tego terminu w języku potocznym i naukowym. W wyniku stosowania takich procedur uzyskuje się tzw. definicje nominalne. Przeciwwstawienie ich stanowią definicje będące charakterystyką przedmiotów składających się na zakres danego terminu. Są to tzw. definicje realne, które podać można tylko wtedy, gdy znany jest zakres danego terminu.

Otóż zbiór desygnatów samobójstwa nie jest nigdy znany, ze względu chociażby na niemożność interpersonalnie sprawdzalnego ustalenia przyczyny zgonu. Istnieją różne metody i techniki ustalania zarówno przyczyn, jak i okoliczności zgonu samobójczego. Wszystkie jednak procedury tego typu obarczone są zawsze pewnymi błędami diagnostycznymi.

W rozważaniach nad zjawiskiem samobójstwa istotne więc staje się odróżnienie samobójstwa jako predykatu obserwacyjnego od samobójstwa jako predykatu teoretycznego

⁴¹ S. Nowak, *Metodologia badań socjologicznych*, Warszawa 1970, s. 73.

go. Samobójstwo w języku obserwacji jest terminem denotującym jedynie stan obiektów fizycznych, terminem odnoszącym się wyłącznie do fizykalnego przebiegu zachowania, tj. zmian położenia ciała. Przy takim rozumieniu terminu, mówiąc, że X popełnił samobójstwo, mamy na myśli jedynie „zewnętrznoznaczeniowy” charakter zachowania X -a (a więc np. fakt, iż rzucił się pod koła pędzącego pociągu). Z chwilą gdy w pojęcie samobójstwa uwikłane zostają takie konstrukty pojęciowe, jak przeżycia, motywy, wyobrażenia i wartości, samobójstwo staje się terminem czysto teoretycznym.

W przypadku badań empirycznych jawi się konieczność wprowadzenia operacyjnej definicji samobójstwa. Mówi się, że j ma cechę q wtedy i tylko wtedy, gdy j poddany został operacji A , w wyniku której stwierdzono, że j ma własność B ⁴². W notacji logiki powyższą definicję zapisać można w sposób następujący:

$$q(j) = A(j) \cdot B(j)$$

Z przytoczonego wyżej sformułowania wynika, że może istnieć wiele operacyjnych definicji samobójstwa. Liczne i zróżnicowane pod względem subiektywności mogą być bowiem metody i techniki sprawdzające.

Oto przykład definicji operacyjnej w przypadku, gdy czynności sprawdzających (operacji) dokonuje służba zdrowia. „Zgon (j) ma cechę samobójstwa (q) wtedy i tylko wtedy, gdy (j) poddany został medycznym czynnościom sprawdzającym (A) dokonany przez specjalnie do tego celu powołane służby, w wyniku których stwierdzono, że (j) miał własności (B) wyróżnione w karcie zgonu”.

Definicja operacyjna w przypadku ocen wydawanych przez organy policji i prokuratury wyglądać będzie następująco: „Zgon (j) ma cechę samobójstwa (q) wtedy i tylko wtedy, gdy w wyniku prowadzonego przez organy ścigania postępowania wyjaśniającego lub/i przygotowawczego stwierdzono, że (j) miał własność (B) wyrażoną w formularzu Stm-10/1”. Wszelkie przytaczane dalej w pracy wyniki badań empirycznych odnoszą się do tak właśnie definiowanych samobójstw.

Nadal jednak otwarta pozostaje kwestia samobójstwa jako terminu teoretycznego. Jak już wskazano, wszystkie dotychczasowe rozwiązania wydają się z punktu widzenia możliwości rozwoju wiedzy niewystarczające. Nie sposób jednak powołać tu jakąś użyteczną konstrukcję pojęciową zupełnie *ex nihilo*. Jako punkt wyjścia własnej propozycji terminologicznej przyjmuję więc syntetyczne ujęcie wszystkich dotychczas proponowanych definicji, przedstawione wcześniej na wykresie 2.1.

W pewnym idealizacyjnym uproszczeniu życie potraktować można jako ciąg wzajemnie ze sobą powiązanych zachowań (działań i zaniechań), a więc – krótko mówiąc – jako proces behawioralny. Zbiór zachowań daje się – znów w krańcowym uproszczeniu – podzielić dychotomicznie na zachowania dla biopsychicznie rozumianego organizmu korzystne i na zachowania niekorzystne (destrukcyjne). Jeśli jednostka ma świadomość destrukcyjności swego zachowania i na takie zachowanie się godzi, to wówczas zachowanie to nazywać będziemy autodestrukcyjnym.

Jeśli w procesie behawioralnym daje się wyróżnić ciąg zachowań autodestrukcyjnych, to proces ten nazywamy procesem autodestrukcyjnym w stopniu S . Każdy więc proces behawioralny charakteryzuje się określonym stopniem autodestrukcji, innymi słowy, każdemu procesowi może być przypisany pewien współczynnik autodestrukcyjności. Współczynnik ten jest wielkością zmienną gatunkowo (populacyjnie), tzn. jest on w jed-

⁴² Szerzej na temat definicji operacyjnych patrz: J. Karpiński, *Postulat operacyjności definicji w naukach społecznych*, „Studia Socjologiczne” 1962/4 (7), s. 136, 153.

nakowym czasie różny u różnych jednostek, jak też jest wielkością zmienną indywidualnie, tzn. różni się w czasie jednostkowej biografii.

Poszczególne zachowania, a także całe ciągi zachowań, mogą być więc umiejscowione na skali autodestrukcji. Najłagodniejszą postać w tym wymiarze mają akty jedynie potencjalnie zagrażające życiu, następnie wyróżnia się samouszkodzenia niewykluczające pewności przeżycia, samouszkodzenia wykluczające tę pewność i wreszcie samouszkodzenia, których bezpośrednim skutkiem jest zgon. Te ostatnie, będące końcowym ogniwem procesu autodestrukcji, nazywa się powszechnie samobójstwami.

Wydaje się, że operowanie wyżej zdefiniowanym pojęciem procesu autodestrukcji wprowadza do analizy suicydologicznej element dynamiki i plastyczności właściwej ludzkiemu zachowaniu, akcentuje wielość wariantów osłabiania własnego życia, a tym samym generuje pomysły w sferze działań profilaktycznych.

W latach dziewięćdziesiątych ukazało się wiele publikacji, które zawierają zestawienia definicji różnych stanów, procesów i zjawisk dotyczących autodestrukcyjnych zachowań⁴³.

Oto kilka definicji usiłowania samobójstwa.

Przez usiłowanie popełnienia samobójstwa rozumie się świadomy, dobrowolny akt, który podjęła osoba w celu zadania sobie krzywdy i nie była pewna całkowicie, czy przeżyje, ale w wyniku którego to obrażenia nie doszło do jej zgonu.

Samobójstwo usiłowane jest to zadany sobie, zagrażający życiu akt, który nie doprowadził do śmierci.

Samobójstwo usiłowane to ostry, świadomie sobie zadany niszczący czyn, lecz niedoprowadzający do zgonu.

Usiłowane samobójstwo obejmuje sytuacje, w których dana osoba przejawia faktycznie lub pozornie grożące życiu zachowania w celu narażenia życia na niebezpieczeństwo albo stworzenia pozorów takiego zamiaru, ale które nie doprowadzają do śmierci.

Usiłowanie popełnienia samobójstwa zawiera działania zmierzające do samouszkodzenia (zranienia) prowadzącego do śmierci, których rezultatem jednak nie jest śmierć (zespół socjologów norweskich Hammerlin i Enerstvedt).

Niektórzy używają określenia „parasamobójstwo” zamiast „samobójstwo usiłowane” w celu podkreślenia faktu, że jest to zjawisko bliskie lub podobne do samobójstwa, lecz mimo to różne.

Definicję samobójstwa usiłowanego podała też Światowa Organizacja Zdrowia. Jest to niezwykle akt niepowodujący śmierci, dobrowolnie podjęty i wykonany przez daną osobę, doprowadzający do samouszkodzenia lub mogący do niego doprowadzić bez interwencji innych.

Zjawisko szkodenia samemu sobie jest znane od dawna. W literaturze psychologicznej pojęcie autodestruktywności występuje w trzech znaczeniach: w opisie zachowania, w określeniu jego skutków oraz w odniesieniu do hipotetycznych wewnętrznych mechanizmów wyjaśniających to zachowanie. Wskaźnikami autodestruktywności są czynności zagrażające zdrowiu i życiu, a także zdarzenia życiowe, choroby, wypadki, niepowodzenia, które oceniane są w sposób subiektywny lub obiektywny. Pojęciem autodestruktywności określa się również wewnętrzny proces obejmujący poczucie winy, potrzebę agresji oraz samoponiżania. Za A. Suchańską należy przyjąć, że każde zachowanie, które bezpośrednio lub pośrednio zagraża zdrowiu lub życiu człowieka, a podejmowane jest

⁴³ Por. np. N. Retterstol, *Suicide – A European Perspective*, Cambridge 1993, s. 1–8.

dobrowolnie i intencjonalnie, stanowi zachowanie autodestruktywne⁴⁴. Istnieje zatem rozróżnienie między zagrożeniem i/lub szkodą bezpośrednią a pośrednią. A. Suchańska definiuje również autodestruktywność bezpośrednią jako formę ataku na własne ciało, zdrowie i życie, o oczywistym związku i zasadniczo małym odstępem czasowym między działaniem a skutkiem. Jest to forma intencjonalna o zróżnicowanym stopniu uświadomienia, nieakceptowana społecznie i kulturowo⁴⁵. Rozumiana w ten sposób autodestruktywność bezpośrednia obejmuje próby samobójcze oraz samouszkodzenia popełniane bez zamiaru odebrania sobie życia. Wśród tych samouszkodzeń można wyróżnić samouszkodzenia wielkie, stereotypowe i powierzchowne.

Specyficzną formą autodestruktywności pośredniej (ze względu na powagę, a często też nieodwracalność skutków) jest samobójstwo⁴⁶.

Jak stwierdza A. Suchańska: autodestruktywność pośrednia to zachowania, których prawdopodobny negatywny skutek jest upośredniony dodatkowymi czynnikami, a związek między zachowaniem a szkodą jest postrzegany jako prawdopodobny. Tak rozumiana autodestruktywność pośrednia obejmuje zarówno podejmowanie określonych działań, jak i ich zaniechanie. Dotyczy ona angażowania się w sytuacje zagrożenia i podwyższonego ryzyka bądź też zaniedbywania własnego bezpieczeństwa lub zdrowia. Ponadto autodestruktywność pośrednia to forma samozniszczenia o zwiększonym dystansie między działaniem a skutkiem.

Zgodnie z powyższymi definicjami przejawem autodestruktywności pośredniej będzie na przykład rezygnacja z określonych aktywności, które sprzyjają rozwojowi i przetrwaniu. Na ogół wyróżnia się kilka klas zachowań pośrednio autodestruktywnych: intencjonalne cierpienie, intencjonalne niepowodzenia i porażki, bezradność, zachowania ryzykowne, zachowania impulsywne, uleganie pokusom i namowom, samoutrudnianie, nałogi i uzależnienia, zaniedbania zdrowotne i inne. Opisano je dokładnie w literaturze przedmiotu⁴⁷, między innymi również w „Suicydologii”⁴⁸.

Myśli samobójcze stanowią początek samobójczego procesu. Mogą przyjąć formę aktywną – rozważanie odebrania sobie życia, lub pasywną – pragnienie znalezienia się w sytuacji śmiertelnego zagrożenia życia (śmiertelny wypadek samochodowy, nieuleczalna choroba somatyczna). Stosunek do tych myśli jest często ambiwalentny – pragnienie śmierci i życia ścierają się ze sobą.

Myśli samobójcze mogą przybierać różne nasilenie, od zwiernych i krótkotrwałych, do uporczywych i niepozwalających skupić się na niczym innym. Towarzyszy im także różnie nasilona intencja śmierci. Często przy ocenie nasilenia myśli i skłonności samobójczych pojawia się pytanie, w jakim stopniu mogą one powadzić do samobójstwa dokonanego i czy ich określenie ma znaczenie dla procesu samobójczego. Intuicyjnie myśli samobójcze są postrzegane jako objaw, którego rezultatem może być zaplanowanie samobójstwa i podjęcie działań. Jak wykazują badania, około 34% osób z myślami samobójczymi zaczyna planować podjęcie działań, a z etapu planowania do podjęcia próby

⁴⁴ A. Suchańska, *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*, Poznań 1998.

⁴⁵ A. Suchańska, *W poszukiwaniu wyjaśnień samoniszczenia. Samozniszczenie a kompetencje samoopiekuńcze*, „Forum Oświatowe” 2001/2, s. 61–73.

⁴⁶ K. Tsirigotis, W. Gruszczyński, M. Kruszyna, *Autodestruktywność pośrednia u osób po próbach samobójczych*, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, „Suicydologia” 2008, t. 1, s. 58–59.

⁴⁷ A. Suchańska, *Przejawy...*

⁴⁸ B. Gruszczyński, A. Florkowski, W. Gruszczyński, *Autodestruktywność pośrednia u żołnierzy*, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, „Suicydologia” 2005, t. 1, s. 55–70.

samobójczej przechodzi aż 72% osób. Bez etapu planów od myśli samobójczych do podjęcia aktu samobójczego dochodzi w 26% przypadków.

Z bezpośrednim komunikowaniem werbalnym zamiarów samobójczych spotykamy się często w sytuacjach kłótni z bliskimi lub w sytuacji upojenia alkoholowego, co wpływa na to, że tego rodzaju groźby nie są traktowane poważnie. Z kolei pośrednia komunikacja werbalna może obejmować wypowiedzi mówiące o bezsensie życia, zmęczeniu problemami życiowymi, przekonaniu o własnej bezproduktywności i byciu ciężarem dla innych. Takie wypowiedzi spotyka się wielokrotnie u osób z objawami depresyjnymi i w starszym wieku, i często dopiero wstecznie są one identyfikowane jako wyrażenie zamiarów samobójczych. Z komunikacją pozawerbalną spotkamy się przypadku: gromadzenia środków potrzebnych do popełnienia samobójstwa (broń, leki, sznur), nagłego sporządzania testamentu, rozdawania własności, uregulowania długów i zobowiązań⁴⁹.

Koncepcja samobójczego procesu, w którym sam akt końcowy poprzedzony jest planem, a ten myślami samobójczymi bądź wyobrażeniami, niekoniecznie zakłada, że każda myśl samobójcza zakończy się czynem autodestrukcyjnym. Wyjaśnia się tu powiązania między różnymi komponentami samobójczego spektrum, biorąc pod uwagę różne badania, a w szczególności wielostronne badania interwencyjne na temat samobójczych zachowań prowadzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). W przypadkach samobójczych wyobrażeń obserwacje dotyczące ich znaczenia i wartości jako zwiastuna innych typów samobójczych zachowań są niepewne. Ponadto muszą być uwzględnione silne, kulturowe podstawy wszystkich tych zachowań⁵⁰.

Logika wskazuje, że sensowne jest wzięcie pod uwagę tego, iż akt samobójczy jest poprzedzony jakimś planowaniem związanym z myśleniem o nim. Potwierdzają to zarówno doświadczenia kliniczne, jak i empiryczne. Poza tym zaproponowana najpierw przez J. Zubina koncepcja procesu samobójczego uwzględnia te podstawowe elementy zwykle rozumiane jako myśli samobójcze bądź wyobrażenia – samobójcze planowanie – i akt samobójstwa, którego wynik może, lecz nie musi być śmiertelny⁵¹.

Nie oznacza to także, że każda myśl samobójcza kończy się aktem samobójczym. Wymieniona kolejność odzwierciedla kliniczną perspektywę i pozwala na wsteczne zrekonstruowanie tego procesu i jest to wiedza pochodząca od klinicystów. Wyjaśnienie tej kolejności od początku jest jedynym sposobem potwierdzenia bądź obalenia hipotezy istnienia samobójczego procesu. Innymi słowy, fakt, że każdy akt samobójczy może być poprzedzony samobójczym myśleniem i planowaniem, niekoniecznie oznacza, że po każdym takim myśleniu musi nastąpić planowanie i dokonanie. Jedną z możliwości zdobycia informacji w tym zakresie jest oderwanie się od klinicystów i sondaż ogółu populacji.

Należy zdać sobie sprawę z różnic między danymi zebranymi w klinicznych wywiadach a danymi uzyskanymi od ludności.

Jeżeli chodzi o wyobrażenia samobójcze, to przynajmniej dwa elementy mogą zniekształcić informacje:

⁴⁹ A. Młodożeniec, *Ocena klinicznych czynników ryzyka samobójstwa*, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, „Suicydologia” 2008, t. 4, s. 24.

⁵⁰ J.M. Bertolote, A. Fleischmann, D. De Leo, D. Wasserman, *Suicidal thoughts, suicide plans and attempts in the general population on different continents* [w:] D. Wasserman, C. Wasserman, *Suicidology and Suicide Prevention*, Oxford 2009.

⁵¹ J. Zubin, *Observations on nosological issues in the classification of suicidal behavior* [w:] A. Beck (red.), *The Prediction of Suicide*, Bowie 1974, s. 3–25.

- 1) zależność od zaufania, jakie ma odpowiadający na pytania przeprowadzającego wywiad, prawdopodobnie większa w przypadku pacjenta i klinicysty niż w przypadku członka społeczności i wyszkolonego wywiadowcy;
- 2) ramy czasowe: w wywiadzie klinicznym klinicysta może być bardziej zainteresowany tym momentem lub niedaleką przeszłością, podczas gdy informacje od społeczności mogą dotyczyć różnych ram czasowych.

Światowa Organizacja Zdrowia zainicjowała wielostronne interwencyjne badanie zachowań samobójczych (*Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors*) w 2002 r.⁵² Zebrane dane umożliwiły wyjaśnienie związku między samobójczymi wyobrażeniami a innymi elementami spektrum samobójczego, mianowicie: planowaniem, usiłowaniem popełnienia i śmiertelnym aktem⁵³. Wywiady zostały przeprowadzone wśród mieszkańców dziewięciu miast z pięciu kontynentów⁵⁴. Były to: Brisbane (Australia), Campinas (Brazylia), Chennai (Indie), Colombo (Sri Lanka), Durban (Afryka Południowa), Hanoi (Wietnam), Koraj (Iran), Tallin (Estonia), Yuncheng (Chiny).

Wywiady objęły około 20 000 osób (w poszczególnych miastach liczba osób wahała się od 500 do 13 810). Wszystkie informacje były bezpośrednie i w większości przypadków wywiady przeprowadzono bezpośrednio, z wyjątkiem Brisbane i Colombo (gdzie posłużono się telefonem bądź wysłano kwestionariusz do wypełnienia). Z powodów prawnych i technicznych wszystkie badane osoby miały powyżej 15 lat.

Wywiady przeprowadzały: pielęgniarki, psychologowie, studenci medycyny, lekarze, pracownicy służby zdrowia – wszyscy wcześniej odpowiednio przeszkoleni w zakresie posługiwania się metodą SUPRE-MISS. Metoda ta została zaczerpnięta przez WHO z europejskich badań parasuicydalnych EPSIS⁵⁵. Stosowano ją już w *WHO-EURO multi-centre study* w badaniach suicydalnych zachowań.

Główne kwestie do oceny samobójczych wyobrażeń, planów i usiłowań popełnienia samobójstwa były proste, mianowicie obejmowały trzy pytania:

1. Czy kiedykolwiek poważnie myślałeś o popełnieniu samobójstwa?
2. Czy kiedykolwiek przygotowywałeś plan popełnienia samobójstwa?
3. Czy kiedykolwiek usiłowałeś popełnić samobójstwo?

Jeżeli na któreś z tych pytań padła odpowiedź „tak”, to zadawano kolejne pytania – zgodnie z protokołem; dotyczyły one wieku osoby i tego, jak dawno to się zdarzyło.

Pytania wywiadowcze jako środek zebrania danych były tłumaczone na lokalne języki i testowane przez zespoły badawcze przed ich zastosowaniem. Nie były to dosłowne tłumaczenia pytań, lecz takie, by je kulturowo rozumiano (np. stosowano określenia: popełnienie samobójstwa, zakończenie własnego życia, zabicie się).

Proporcje osób, które miały samobójcze myśli w życiu, w stosunku do ogółu ludności różniły się od 25,4% w Durbanie do 2,6% w Chennai, osób zaś, które planowały

⁵² J.M. Bertolote, A. Fleischmann, D. De Leo i in., *Suicide attempts, plans and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey*, „Psychological Medicine” 2005/35, s. 1457–1465.

⁵³ J.M. Bertolote, A. Fleischmann, D. De Leo i in., *Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries*, „Psychological Medicine” 2005/35, s. 1467–1474.

⁵⁴ J.M. Bertolote, A. Fleischmann, D. De Leo i in., *Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries*, „Bulletin of the World Health Organization” 2008/86, s. 703–709.

⁵⁵ A. Kerkhof, W. Bernasco, U. Bille-Brahe i in., *European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS)* [w:] U. Bille-Brahe (red.), *Facts and figures: WHO/EURO (EURO/ICP/PSF)*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen 1999, s. 1–4.

samobójstwo, wykazały różnice od 15,2% w Durbanie do 1,1% w Hanoi. Usiłowanie dokonania samobójstwa wahało się od 4,2% w Brisbane i Karaj do 0,4% w Hanoi. Można więc stwierdzić, że Durban miał 9,8 razy więcej osób, które miały myśli samobójcze, niż Chennai oraz 13,8 razy więcej planujących samobójstwo niż Hanoi. Natomiast Brisbane i Karaj miały 10,5 razy więcej osób, które usiłowały popełnić samobójstwo, niż Hanoi.

Wspólną cechą wszystkich miast stanowiło zmniejszanie się liczb osób między wyobrażeniem a planowaniem samobójstw oraz między planowaniem a usiłowaniem. Uzyskane dane pozwoliły na stwierdzenie wielu niewspółmierności między poszczególnymi miastami. Na przykład w Brisbane 96% tych, którzy myśleli o samobójstwie, również je planowało, a 38% usiłowało popełnić, podczas gdy w Hanoi odpowiadające liczby wynosiły 13% i 5%.

Porównanie proporcji planów samobójstwa i usiłowania jego popełnienia również wykazało rozbieżności w innych miastach (i kontynentach), chociaż w mniejszej skali, sięgając od 80% w Chennai do 22% w Durbanie.

Najbardziej uderzające ustalenia przyniosło porównanie proporcji samobójczych wyobrażeń i usiłowań popełnienia samobójstwa zwłaszcza wobec ich znaczenia dla czasu interwencji prewencyjnych. O ile rozbieżność ta w Chennai wyniosła 62%, o tyle w Hanoi tylko 5%, tj. 62% myślących o samobójstwie usiłowało je popełnić w Chennai, podczas gdy w Hanoi tylko 5%. Oznacza to, że w Chennai niewiele osób chce popełnić samobójstwo, jeżeli wcześniej o nim nie myślało bądź je planowało, natomiast w Hanoi 5-procentowa proporcja wskazuje, że ci, którzy myślą o samobójstwie bądź je planują, niekoniecznie będą usiłować je popełnić.

Charakterystyczne jest, że ostra kliniczna ocena usiłowań popełnienia samobójstwa, mierzona intensywnością leczenia medycznego, nie wykazuje związku z danymi zebranymi od społeczeństwa, dotyczącymi wyobrażeń samobójczych. Ten brak współzależności obu zmiennych został potwierdzony w drodze analizy proporcji usiłowań w porównaniu z ostrością stanów klinicznych. Obserwuje się względnie niski stopień usiłowań samobójstw przy wysokiej klinicznej ostrości przypadków. Porównanie dotyczy głównie miast Chennai i Hanoi.

Jeszcze inny sposób oceny znaczenia samobójczych wyobrażeń stanowi porównanie ich proporcji z samobójstwami, co do których popełnienia istnieją duże metodologiczne przeszkody.

Większość badań samobójczych wyobrażeń odnosi się do ograniczonych populacji, podczas gdy śmiertelność wskutek samobójstw odnosi się zwykle do całego kraju. Sugestię dla przyszłych badań stanowi porównanie między proporcjami wyobrażeń samobójczych a odpowiednimi narodowymi proporcjami śmiertelności wskutek samobójstw.

Nie ma zbyt wielu badań na temat samobójczych wyobrażeń, prowadzonych w różnych miejscach, ale przy użyciu porównywalnych metod. W 1996 r. M.M. Weismann wraz ze współpracownikami opublikował wyniki wielostronnych badań w różnych krajach, takich jak: Kanada, Niemcy, Francja, Nowa Zelandia i USA⁵⁶. Nie stwierdzono również wówczas wyraźnego związku między wyobrazeniami samobójczymi a śmiertelnością wskutek samobójstw popełnionych. Sytuacja ta jest jeszcze bardziej widoczna w krajach nieprzemysłowych.

J.E. Pirkis i inni stwierdzili, że w Australii wyobrażenia samobójcze ogółu ludności stanowią dobrą prognozę wykorzystania służby zdrowia w tym celu, lecz to może wyni-

⁵⁶ M.M. Weismann, R.C. Bland, G.J. Canino i in., *Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder*, „Journal of the American Medical Association” 1996/276, s. 293–299.

kać zarówno z wysokiej jakości tej służby w Australii, jak i z wyobrażeń samobójczych⁵⁷. R. Schweitzer z kolei na innej próbie stwierdził, że ponad połowa tych, którzy usiłowali popełnić samobójstwo, nie korzystała z żadnego rodzaju służb medycznych⁵⁸.

R.D. Goldney i inni, badający inną populację w Australii, zgłosili wątpliwości co do wartości wyobrażeń samobójczych jako środka oceny innych rodzajów samobójczych zachowań⁵⁹. Podali nawet, że osoby, które wcześniej zgłaszały samobójcze wyobrażenia, zaprzeczyły temu w wywiadach późniejszych. W związku z tym samobójcze wyobrażenia można przyjąć raczej jako oznakę moralnego cierpienia niż wczesnej zapowiedzi samobójstwa.

W literaturze wskazuje się na różne symptomy zachowań suicydalnych.

Myśli samobójcze mogą mieć różne nasilenie, od ulotnych i krótkotrwałych, do uporczywych i niepozwalających skupić się na niczym innym. Towarzyszy im także różnie nasiloną intencją śmierci. Często przy ocenie nasilenia myśli i skłonności samobójczych pojawia się pytanie, w jakim stopniu mogą one powadzić do samobójstwa dokonanego i czy ich określenie ma znaczenie dla procesu samobójczego. Intuicyjnie myśli samobójcze są postrzegane jako objaw, którego rezultatem może być zaplanowanie samobójstwa i podjęcie działań. Jak wykazują badania, około 34% osób z myślami samobójczymi zaczyna planować podjęcie działań, a z etapu planowania do podjęcia próby samobójczej przechodzi aż 72% osób. Bez etapu planów od myśli samobójczych do podjęcia aktu samobójczego dochodzi w 26% przypadków.

Przekazy samobójcze. Są to symptomy tendencji samobójczych, kierowane do ogółu w drodze wypowiedzi, zachowań i działań. Te przekazy mogą być świadome lub nieświadome dla osoby je wysyłającej.

Groźby samobójcze. Są to zapowiedzi, że dana osoba chce pozbawić się życia, jeśli nie zostaną spełnione jej życzenia lub warunki.

Podwójne samobójstwo ma miejsce, gdy dwie osoby umawiają się popełnić samobójstwo razem. Dziś takie przypadki są częstsze w poezji niż w rzeczywistości.

Samobójstwo rozszerzone, znane też jako złożone (kompleksowe), ma miejsce wówczas, gdy jedna lub więcej osób wbrew swej woli zostaje włączona do aktu samobójstwa. Są to zwykle małżonkowie bądź dzieci. Tragedie tego typu zdarzają się zwykle w związku z chorobą psychiczną. Pomysły takie powstają najczęściej w sytuacjach groźących strasznych katastrof, którym sprawca chce zapobiec dla siebie i najbliższych osób.

Sprawcy tych samobójstw różnią się demograficznie i psychologicznie od samobójców działających samotnie.

Większość samobójstw wiąże się z jednym sprawcą, który pozostawia niewiele osób noszących po nim żalobę. Niekiedy jednak samobójca włącza innych jako partnerów jego czynu, którzy stają się samobójcami albo ofiarami morderstwa. R.W. Maris⁶⁰ nazwał te rodzaje samobójstwa „samobójstwami społecznymi” i włączył do nich grupy samobójcze, altruistyczne samobójstwa popełniane na przykład przez żołnierzy, samobójstwa, których świadkami są inni, a nawet śmierć całych organizacji z woli jej kierownika.

⁵⁷ J.E. Pirkis, P.M. Burgess, G.N. Meadows i in., *Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service users*, „Medical Journal of Australia” 2001/175, s. 542–545.

⁵⁸ R. Schweitzer, M. Klayich, J. McLean, *Suicidal ideation and behaviors among university students in Australia*, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry” 1995/29, s. 473–479.

⁵⁹ R.D. Goldney, S. Smith, A.H. Winefield i in., *Suicidal ideation: its enduring nature and associated morbidity*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 1990/83, s. 115–120.

⁶⁰ R.W. Maris, *Social suicide*, „Suicide and Life-Threatening Behaviour” 1997/27, s. 41–49.

Niektórzy mordercy popełniają samobójstwo po swym czynie. Studium takich zachowań przeprowadził w Anglii D.J. West⁶¹. Według niego w Anglii 1/3 morderców popełnia następnie samobójstwo. Najczęściej sprawcami są wówczas kobiety, osoby starsze, osoby zabijające bliskich – wykorzystujące w tym celu częściej gaz bądź broń palną niż inni mordercy. Ich morderstwa są więc mniej brutalne, ponieważ nie posługują się duszeniem, zadawaniem ran kłutych czy tłuczonych, a ofiarami są najczęściej współmałżonkowie i dzieci. Zdaniem tego autora mordercy ci popełniają potem samobójstwa nie tyle z poczucia winy, ile z rozpaczy.

Z badań M.E. Wolfganga⁶² przeprowadzonych w Filadelfii (USA) wynika z kolei, że popełniający samobójstwo mordercy bliskich krewnych bądź partnerów to najczęściej mężczyźni stosujący bardziej brutalne metody, a ich samobójstwa są rezultatem wielkiej frustracji i złości, która nie uległa zmniejszeniu po morderstwie, a skierowała się przeciw samemu sprawcy. Ponieważ mordercami byli przeważnie mężczyźni, a ofiarami kobiety, dużą rolę odegrała tu – zdaniem autora – kwestia winy. Stwierdził on też, że podczas gdy około 20% mężów po zabiciu żony popełniało samobójstwo, to tylko około 2% żon decydowało się na nie po zabiciu męża. Według Wolfganga⁶³ mężowie przyspieszali swoje morderstwo przez fizyczne nadużycia wobec żon, stąd też one, po zabójstwie, nie doświadczały zbyt dużego poczucia winy.

Zjawisko to potwierdzają również badania C.M. Milroya⁶⁴. W Anglii typowym sprawcą morderstwa i po nim samobójstwa jest 30-letni mężczyzna zabijający żonę bądź kochankę po zerwaniu związku. Liczba tych morderstw-samobójstw zmniejszyła się na początku XXI w. do 5–10%.

W USA Y.A. Aderibigbe⁶⁵ również stwierdził typowe morderstwa-samobójstwa popełniane przez mężczyzn przy użyciu broni palnej w stosunku do starszych dzieci, małżonki lub kochanki. Y. Kominato⁶⁶ i inni informują o podobnej sytuacji w Japonii.

A.L. Berman⁶⁷ opisał cztery typy samobójców po popełnieniu morderstw:

- 1) typ erotyczno-agresywny, kiedy partner zabija kochankę lub żonę, gdy grożą (on lub ona) zerwaniem związku,
- 2) typ nieodwzajemnionej miłości, w którym osobom kochającym się zabroniono zawarcia małżeństwa, więc postanowiły odebrać sobie życie,
- 3) typ uzależniająco-ochronny, mający miejsce gdy morderca uznaje ofiarę za zależną od niego pod wpływem stresu finansowego bądź zdrowotnego i zabija ją (partnera, żonę, dziecko, osobę starą) bez poczucia litości bądź miłości,
- 4) typ symbiotyczny, kiedy dwie osoby pozostające w związku postanawiają umrzeć razem.

Berman opisał przypadek bliźniaków znanych w świecie specjalistów w zakresie badań płodności, nadużywających narkotyków, ignorujących nominacje itp., którzy popeł-

⁶¹ D.J. West, *Murder Followed by Suicide*, Cambridge, MA, 1966.

⁶² M.E. Wolfgang, *An analysis of homicide-suicide*, „Journal of Clinical and Experimental Psychopathology” 1958/19, s. 208–217.

⁶³ M.E. Wolfgang, *Husband-wife homicides*, „Journal of Social Therapy” 1958/2, s. 263–271.

⁶⁴ C.M. Milroy, *Reasons for homicide and suicide in episodes by dyadic death in Yorkshire and Humberside*. *Medicine, Science and the Law*” 1995/35, s. 213–217.

⁶⁵ Y.A. Aderibigbe, *Violence in America*, „Journal of Forensic Sciences” 1997/42, s. 662–665.

⁶⁶ Y. Kominato, I. Shimada, N. Hata i in., *Homicide patterns in the Toyama prefecture*, „Japan. Medicine, Science and the Law” 1997/37, s. 316–320.

⁶⁷ A.L. Berman, *Dyadic death*, „Suicide and Life-Threatening Behaviour” 1996/26, s. 342–350.

nili samobójstwo w apartamencie na Manhattanie w 1975 r., określone jako podwójne samobójstwo symbiotyczne.

Mordercy masowi, tj. ci, którzy zabijają trzy osoby lub więcej w ciągu kilku godzin, charakteryzują się wysokim odsetkiem samobójstw. D. Lester i inni⁶⁸ zbadali 98 samotnych, szalonych morderców w USA w latach 1949–1999, którzy średnio mieli na sumie 4,2 ofiar śmiertelnych i 4,7 rannych i ustalili, że 34 z nich popełniło samobójstwo. Diagnoza wykazała u nich wiele przypadków schizofrenii.

Z kolei J. White i D. Lester⁶⁹ w wyniku badań 594 zabójców seryjnych, z których każdy zabił co najmniej trzy osoby w ciągu trzech miesięcy w USA w latach 1950–2002, stwierdzili, że 26 z nich (4,4%) popełniło samobójstwo. Samobójcy najczęściej byli wpłątani w sprawy kryminalne. Różnice w procentach samobójstw morderców masowych i seryjnych są niejasne, ale według hipotezy Wolfganga wynikają one z większej frustracji i złości u niektórych morderców, skutkującej większą samoagresją wśród zabójców masowych niż seryjnych. Mordercy masowi doznają też większej rozpacz i uczucia bezradności niż seryjni, chociaż brak w tym zakresie danych z badań psychologicznych.

Pakty samobójcze zdarzają się najczęściej wśród małżeństw, ludzi starszych, schorowanych. D.A. Fishbain⁷⁰ i T.E. Aldrich zbadali 20 takich paktów, obejmujących 40 osób w hrabstwie Dade na Florydzie w ciągu 25 lat, w którym to okresie miało tam miejsce 5895 samobójstw. W paktach tych uczestniczyli małżonkowie, kiedy mężczyzna był bezrobotny, starszy, a dorosłe dzieci opuściły dom; rzadziej przyczyną były sprawy finansowe. W Japonii według tych autorów częstsze były pakty samobójcze między kochankami, w Indiach – między przyjaciółmi, a w Anglii i USA wśród małżeństw.

We wszystkich wymienionych krajach pozbawiający się życia przez pakt samobójczy wybierali mniej gwałtowne metody samobójstwa.

W trakcie badań 97 podwójnych samobójstw w USA w latach osiemdziesiątych A. Wickett⁷¹ ustalił, że 2/3 przypadków to zabójstwa z litości połączone z samobójstwem sprawców, a tylko 1/3 to samobójstwa podwójne. W zabójstwach z litości typowe było, że żona lub oboje cierpieli, ale instygatorem samobójstwa był mężczyzna. Partnerzy zwykle czuli się bezradni i obawiali się rozdzielenia.

M. Brown i B.M. Barracough⁷² ustalili, że w Anglii pakty samobójcze dotyczyły 0,6% wszystkich samobójstw i obejmowały głównie małżeństwa. W rzadkich przypadkach mąż decyduje się na śmierć i przekonuje żonę, że ona nie może żyć bez niego. Wspomniany wyżej Lester opisał dwa sławne przypadki (Artura Koestlera i jego żony Cyntii w Anglii oraz Stefana Zweiga i jego żony Lottie w Brazylii), w których dowodzi dominacji mężczyzn, zmuszających żony do śmierci wraz z nimi z czysto samolubnych motywów.

Pakty samobójcze stają się coraz bardziej powszechne wśród młodych dorastających osób i nie zawsze ich uczestnicy umierają. Dorastający w tych paktach to często przyjaciele tej samej płci, pochodzący bardziej z rodzin dysfunkcyjnych niż z rodzin typowych. Niekiedy na taki krok młodych wpływają czynniki subkulturowe, takie jak: nadużywanie narkotyków, preferencje dla muzyki heavy metalowej, złe relacje z rodzicami czy zawód miłosny.

⁶⁸ D. Lester, S. Stack, A. Schmidtke i in., *Mass homicide and suicide*, „Crisis” 2005/26, s. 184–187.

⁶⁹ J. White, D. Lester, *Suicide and serial killers*, „American Journal of Forensic Psychiatry” 2008/29, s. 41–45.

⁷⁰ D. A. Fishbain, T.E. Aldrich, *Suicide pacts*, „Journal of Clinical Psychiatry” 1985/46, s. 11–15.

⁷¹ A. Wickett, *Double Exit*, Eugene, Oregon 1989.

⁷² M. Brown, B.M. Barracough, *Epidemiology of suicide pacts in England and Wales*, „British Medical Journal” 1997/315, s. 286–287.

Granboulan i współpracownicy⁷³ zbadali kilka przypadków takich paktów, w których uczestnicy nie umierali. Młodzież w tych paktach była najczęściej przyjaciółmi osób tej samej płci i wydawała się pochodzić z rodzin o większej dysfunkcji niż rodziny typowych nastolatków próbujących popełnić samobójstwo. Lester⁷⁴ opisał przypadek trojga nastolatków z małego miasteczka w Stanach Zjednoczonych, którzy zmarli w wyniku samobójstwa, oraz zidentyfikował potencjalne czynniki subkulturowe, takie jak zażywanie narkotyków, preferencje dla muzyki heavy metalowej, złe relacje z rodzicami, obniżona samoocena i zerwane romantyczne związki.

Ostatnio pakt samobójczy między dwiema lub więcej osobami zawierane są także przez obcych za pomocą internetu: osoby kontaktują się *on line*, a później spotykają w umówionym miejscu, gdzie razem odbierają sobie życie. Wykorzystanie spalin samochodowych w celach samobójczych jest szczególnie popularne w Japonii i Korei Południowej i stanowi tam znaczny procent wszystkich samobójstw.

Niekiedy mają miejsce okoliczności, kiedy duże grupy ludzi popełniają wspólnie samobójstwo. I. Mancinelli i inni⁷⁵ opisali dwie kategorie masowych samobójstw:

- 1) kiedy ludność pokonana i skolonizowana szuka ucieczki przed zabójstwem bądź straszną egzystencją;
- 2) kiedy ludność zostaje sprowokowana w rezultacie złej oceny rzeczywistości.

Pierwsza kategoria odnosi się głównie do zdarzeń z historii, na przykład samobójstwo 936 członków żydowskiej sekty Sicarii w Masada w 73 r., aby uniknąć śmierci z rąk Rzymian⁷⁶.

Przykładem masowego samobójstwa II kategorii jest śmierć kilkuset osób w Jonestown w Gujanie w 1978 r., gdzie dużą rolę odegrał przymus i morderstwo. Warto wspomnieć też o wpływie kultu na masowe samobójstwo, jakie miało miejsce w grupie Heaven's Gate w 1997 r. i objęło 38 ofiar, z których połowę stanowiły kobiety. Ten typ samobójstwa stał się bardziej powszechny, gdy w grudniu 1995 r. w Alpach francuskich popełniło samobójstwo 16 członków zakonu Ordre du Temple Solaire: ofiary ułożyły się gwiazdźście ze stopami skierowanymi do ognia. Zbiorowa śmierć członków sekt często jest rezultatem bezwzględного posłuchu wobec autorytarnego przywódcy, który niezrędko jest osobą cierpiącą na chroniczne, paranoidealne zaburzenia.

S. Dein i R. Littlewood⁷⁷ wskazali badania liderów samobójczych kultów, które wykazały w życiu tych osobników okoliczności takie jak: brak ojca od dzieciństwa, samotność, nietolerancja krytyki oraz cechy narcystyczne i paranoidealne osobowości. Autorzy ci wyodrębnili cztery typy kultowych samobójstw. Występują one:

- 1) kiedy członkowie grupy są rozczarowani np. tym, że boskie millenium się nie spełnia. Członkowie Ordre du Temple Solaire popełnili samobójstwo, kiedy nie ukazał się *new age* obiecany przez lidera;
- 2) kiedy członkowie grupy uznają, że nie mogą żyć w obecnym świecie. Ponad 900 członków Świątyni Ludu (People's Temple) popełniło samobójstwo w Gujanie, wołając śmierć od dominacji rządu amerykańskiego;

⁷³ V. Granboulan, A. Zivi, M. Basquin, *Double suicide attempt among adolescents*, „Journal of Adolescent Health” 1997/21.

⁷⁴ D. Lester, *Suicide as a Learned Behaviour*, Springfield 1987.

⁷⁵ I. Mancinelli, A. Comparelli, P. Girardi i in., *Mass suicide*, „Suicide and Life-Threatening Behaviour” 2002/32, s. 91–100.

⁷⁶ M. Schwartz, K.J. Kaplan, *Judaism, Masada, and suicide: a critical analysis*, „OMEGA-Journal of Death and Dying” 1992/25.

⁷⁷ S. Dein, R. Littlewood, *Apocalyptic suicide*, „Mental Health, Religion and Culture” 2000/3, s. 109–114.

- 3) kiedy członkowie grupy chcą, by ich ciała dostały się do lepszego świata. Przykład: 39 członków kultu Heaven's Gate, którzy popełnili samobójstwo w San Diego (USA) w 1997 r.;
- 4) kiedy członkowie grupy (sekty) wierzą, że są uodpornieni na śmierć i lokują się w sytuacji uznanej za samobójczą. Do tej kategorii można zaliczyć ofiary Waco w czasie ataku FBI.

Tradycyjnie indywidualne akty samobójstw obecnie coraz częściej przekształcają się w masowe. Ludzie chcą towarzystwa w chwili śmierci i nawet obcy zwołują się w tym celu przez internet⁷⁸.

Istnieją wreszcie szczególne postaci samobójstwa, opisane przez amerykańskiego psychiatrę K. Menningera⁷⁹.

Samobójstwo miejscowe (*local suicide*) odnosi się do pewnych form autodestrukcji, np. gdy chorzy psychicznie uszkadzają część swego ciała albo osoby poddające się operacji w celu usunięcia organów, o których sądzą, że są źródłem objawów chorobowych. Menninger wymienia jako najbardziej niewinne formy miejscowych „samobójstw” takie zjawiska, jak obgryzanie paznokci, odcinanie palców, zadrapania i wrywanie włosów. Do tej samej kategorii zalicza on impotencję włącznie z oziębłością. Jest to forma funkcjonalnej destrukcji tych części ciała.

Menninger pisze także o „organicznym samobójstwie”, reprezentującym organiczne choroby, które w wielu przypadkach mogą być spowodowane nieświadomymi konfliktami, powiązanymi z agresywnymi, samokarzącymi i autodestrukcyjnymi tendencjami. Ludzie mogą zaniedbywać np. leczenie cukrzycy, nie biorąc insuliny.

Hipotezy Menningera wspomniano tu nie dlatego, że są one ogólnie akceptowane czy naukowo zweryfikowane, lecz że stwarzają interesujące perspektywy przed problematyką samobójstw, szersze niż tradycyjalne.

Akty samobójcze są uwarunkowane wieloma czynnikami przyczynowymi. Rzadko można wskazać jeden czynnik jako przyczynę samobójstwa lub usiłowania jego popełnienia. Na ogół składa się na nie wiele czynników. Mogą to być czynniki predyspozycyjne, które rozwijają się w trakcie trudnego dzieciństwa, czynniki wywołujące w trudnej sytuacji życiowej zaburzenia psychiczne, które rozwinęły się w konsekwencji tej sytuacji i wciągnęły daną osobę w to błędne koło. Nie można ogólnie stwierdzić problemu czystej autoagresji.

Kluczowym momentem współczesnego rozumienia samobójstwa i próby samobójczej – jak stwierdza M. Wolfersdorf – jest intencja działającego, a nie letalność wybranej metody lub okoliczności działań samobójczych. Również istnienie możliwości uratowania się lub bliskość osoby przynoszącej ratunek nie upoważnia zewnętrznego obserwatora-diagnosty do niedoceniaenia intencji samobójczych i pogardliwego wypowiadania się o „demonstracyjności”, „szantażowaniu” albo „wołaniu o pomoc”. Wyrażona intencja samobójcza jest świadomym procesem, który ma na celu ocenę struktur motywacyjnych dokonującego samobójstwa. W analizie samobójstw należy odróżnić fikcję od faktów⁸⁰.

Kiedy w 1964 roku Stengel zaproponował, że samobójstwo i próby samobójcze odnoszą się do dwóch różnych populacji, najwyraźniej uważał je za dwie odrębne jednostki,

⁷⁸ D. Lester, *Extended Suicide* [w:] D. Wasserman, C. Wasserman (red.), *Oxford Textbook of Suicidology. A Global Perspective*, Oxford–New York 2009, s. 133–135.

⁷⁹ K.A. Menninger, *Man against...*

⁸⁰ *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej*, tłum. B. Mroziak, Genewa–Warszawa 2003, s. 17.

odzwierciedlając dominujące wówczas psychologiczne i psychodynamiczne podejście do rozumienia ludzkich czynów⁸¹. Dla niego liczyła się raczej intencja niż wynik decydujący. Nie przeszkadza to jednak niektórym aktom samobójczym dokonany z zamiarem śmierci, które dzięki poprawie opieki zdrowotnej kończą się przeżyciem – zostaną później zakwalifikowane jako próba samobójcza – podczas gdy niektóre próby samobójcze bez rzeczywistej intencji śmierci mogą skutkować śmiercią spowodowaną śmiertelnością zastosowanych środków lub brakiem należytej opieki – zostaną zakwalifikowane jako samobójstwo.

W 1979 roku Morgan zaproponował termin „umyślne samookaleczenie” (DSH), ponownie podkreślając element wyróżniający, do którego Hawton i in.⁸² dodali rozróżnienie pomiędzy śmiertelnym a niezakończonym zgonem, podkreślając w ten sposób wynik oprócz zamiaru. Biorąc pod uwagę fundamentalne znaczenie wyników z perspektywy zdrowia publicznego, terminologia ta została przyjęta w 1992 r. przez ICD-10 (WHO 1992) w kategorii „Zamierzone samookaleczenie”, które obejmuje „celowe samookaleczenie lub zatrucie; i samobójstwo (próba).

Tabela 2.2. Prawdziwe i nieprawdziwe sądy na temat samobójstw

Fikcja	Fakty
1. Ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie popełniają samobójstwa.	1. Większość osób, które odebrały sobie życie, wcześniej wyraźnie sygnalizowała swój zamiar.
2. Osoby o skłonnościach samobójczych są absolutnie zdecydowane, żeby umrzeć.	2. Większość jest ambiwalentna.
3. Samobójstwo zdarza się bez ostrzeżenia.	3. Osoby o skłonnościach samobójczych często dają wiele sygnałów.
4. Poprawa po kryzysie oznacza, że nie ma już ryzyka.	4. Wiele samobójstw następuje po okresie poprawy, kiedy człowiek ma energię i siłę woli, by myśli pełne rozpaczliwie zmienić w destrukcyjne działanie.
5. Nie wszystkim samobójstwom można zapobiec.	5. To prawda. Ale większości da się zapobiec.
6. Skoro ktoś miał kiedyś skłonności samobójcze, będzie je miał zawsze.	6. Myśli samobójcze mogą powracać, ale nigdy nie są one trwałe, a u niektórych osób mogą już nigdy nie wystąpić.

Źródło: B. Hołyst (red.), *Zapobieganie samobójstwom. Imperatyw ogólnoświatowy*, Warszawa 2018, s. 29–49

Według Światowej Organizacji Zdrowia występuje wiele sygnałów, których należy szukać w zachowaniu człowieka i wywiadzie chorobowym⁸³:

- 1) zachowanie wskazujące na wycofanie się, niezdolność nawiązania bliskich relacji z rodziną i przyjaciółmi,
- 2) choroba psychiczna,
- 3) alkoholizm,
- 4) lęk lub panika,
- 5) zmiana osobowości, okazywanie drażliwości, pesymizmu, przygnębienia lub apatii,
- 6) zmiana zwyczajów dotyczących jedzenia i snu,

⁸¹ E. Stengel, *Suicide and Attempted Suicide*, Baltimore 1964.

⁸² K. Hawton, K. Rodham, E. Evans, R. Weatherall, *Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England*, BMJ 2002/325.

⁸³ K. Hawton, K. Rodham, E. Evans, R. Weatherall, *Deliberate...*, s. 18.

- 7) podejmowanie w przeszłości prób samobójczych,
- 8) nienawiść do siebie, poczucie winy, bezwartościowości, wstydu,
- 9) niedawna wielka strata – śmierć, rozwód, separacja i inne,
- 10) przypadki samobójstwa w rodzinie,
- 11) nagle pragnienie uporządkowania spraw osobistych, pisanie testamentu itp.,
- 12) poczucie osamotnienia, bezradności, beznadziejności,
- 13) listy samobójcze (pożegnane),
- 14) zły stan zdrowia fizycznego,
- 15) powtarzające się wzmianki o śmierci lub samobójstwie.

Ludzie często sygnalizują i stwierdzają, wprost, że „chcą umrzeć”, „czują się niepotrzebni”. Żadnego tego rodzaju błagania o pomoc nie wolno lekceważyć. Niezależnie od tego, jakie są ich problemy, ludzie o skłonnościach samobójczych na całym świecie mają podobne myśli i uczucia⁸⁴.

Tabela 2.3. Uczucia i myśli charakterystyczne dla samobójców

Uczucia	Myśli
Smutek, przygnębienie	„Żałuję, że nie umarłem”
Osamotnienie	„Nic nie mogę zrobić”
Poczucie bezradności	„Już więcej tego nie wytrzymam”
Beznadziejność	„Do niczego się nie nadaję i jestem tylko ciężarem”
Poczucie bezwartościowości	„Beze mnie będzie im lepiej”

Źródło: K. Hawton, K. Rodham, E. Evans, R. Weatherall, *Deliberate...*, s. 15

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego pojawiła się nowa jednostka diagnostyczna w psychiatrii „samouszkodzenia chroniczne bez intencji samobójczych”. Jest to efektem obserwacji, że dzieci robią sobie krzywdę masowo. Według brytyjskich i amerykańskich badań okalecza się od 15 do 45% dzieci. Według poglądów psychologów polskie nastolatki podejmują niemal najwięcej prób samobójczych w Europie⁸⁵.

⁸⁴ K. Hawton, K. Rodham, E. Evans, R. Weatherall, *Deliberate...*, s. 15.

⁸⁵ M. Bunda, *Nawet połowa polskich nastolatków się samookalecza. To dla nich czasem jedyny sposób, żeby przetrwać*, „Polityka” 31.05-5.06.2023/23(3416), s. 27.

Rozdział III

RYZIKO SAMOBÓJSTWA

1. Populacja o podwyższonym ryzyku samobójstwa

Ryzyko samobójstwa. Jest to ocena innej osoby, często specjalisty, który szacuje prawdopodobieństwo odebrania sobie życia przez daną osobę na podstawie znajomości sytuacji życiowej, patologicznych cech, danych statystycznych oraz reakcji otoczenia tej osoby.

Opracowano różne grupy podwyższonego ryzyka samobójczego. Przykładem jest zestawienie tych grup (częściowo według WHO uzupełnione przez M. Wolfersdorfa¹):

1. Ludzie chorzy psychicznie:
 - depresyjni (pierwotne depresje, stany depresyjne),
 - uzależnieni (choroba alkoholowa, narkotyki),
 - schizofrenia (w trakcie stacjonarnego leczenia, rehabilitacji),
 - zaburzenia osobowości.
2. Ludzie z wcześniejszą samobójczością:
 - zapowiadane samobójstwo (ambiwalentne apelowanie o pomoc),
 - po próbach samobójczych (10-procentowa recydywa samobójcza).
3. Ludzie starsi osamotnieni, z chronicznymi chorobami, którym towarzyszą dolegliwości bólowe i ograniczenie sprawności, po owdowieniu.
4. Młodzi dorośli, nastolatki:
 - z kryzysem rozwojowym, kryzysem w relacjach międzyludzkich (osamotnienie wewnętrzne, pytania o sens życia),
 - z problemami narkotykowymi,
 - z problemami rodzinnymi, szkolnymi.
5. Ludzie w sytuacjach traumatycznych i kryzysach związanych ze zmianami żywymi:
 - kryzys w relacji partnerskiej, strata partnera,
 - utrata społecznej, kulturowej, politycznej przestrzeni życiowej,

¹ Por. m.in. M. Wolfersdorf, *Suizidalität – Begriffsbestimmung und Entwicklungsmodelle suizidalen Verhaltens* [w:] M. Wolfersdorf, W.P. Kaschka (red.), *Suizidalität – Die biologische Dimension*, Berlin–Heidelberg–New York 1995, s. 1–16; M. Wolfersdorf, *Der suizidgefährdete Mensch. Zur Diagnostik und Therapie bei Suizidgefährdung* [w:] E. Wenglein, H. Hellwig, M. Schoog (red.), *Selbstvernichtung*, Vandenhoeck Et Ruprecht, Göttingen–Zürich 1996, s. 89–112; M. Wolfersdorf, *Samobójczość*, „Münchener Medizinische Wochenschrift” (edycja polska) 1998/12, s. 36, 37.

- kryzysy identyfikacyjne,
- chroniczne bezrobocie,
- kryminalność, przede wszystkim wypadki samochodowe (np. okaleczenia, uśmiercenie innej osoby).

6. Ludzie z bolesnymi, chronicznymi, ograniczającymi, okaleczającymi chorobami fizycznymi, zwłaszcza układu ruchu i centralnego systemu nerwowego, zachorowaniami terminalnymi z wycieńczeniem i ekstremalną koniecznością opieki.

Kategoria „chronicznych” kandydatów na samobójców obejmuje ludzi, którzy próbują rozwiązywać swoje konflikty przez usiłowania popełnienia samobójstwa, często je powtarzają i dostają się do szpitala, a niekiedy nadużywają cierpliwości tych, którzy ich leczą.

U wielu ludzi usiłowanie popełnienia samobójstwa stanowi sposób komunikowania się ze światem: samobójcze zachowanie służy zasygnalizowaniu najbliższemu środowisku, że człowiek jest w krytycznej sytuacji i potrzebuje pomocy. Dla innych usiłowanie samobójstwa może być sposobem agresji, środkiem ukarania osób najbliższych. Mówi się, że podczas gdy problemy małżeńskie w przeszłości rozwiązywano za pomocą porcelany – tłukąc talerze o ścianę, to dziś to samo czyni się w gabinecie lekarskim.

Zachowania ryzykowne i samookalectające są powszechnymi zjawiskami w okresie dojrzewania². Światowy współczynnik rozpowszechnienia niesamobójczego samookalectania (NSSI – *Nonsuicidal self-injury*) oszacowano na około 17% w nieklinicznych próbkach nastolatków³. Dane z dużego badania populacyjnego *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE 2019), przeprowadzonego w 11 krajach europejskich⁴, ujawniły, że około 11% nastolatków zgłosiło zaangażowanie w ryzykowne zachowania seksualne⁵, również odpowiednio około 13% i 4% spełnia kryteria nieprzystosowawczego lub nawet patologicznego korzystania z internetu⁶. Niemiecka próba z tego samego badania wykazała, że około 30% nastolatków zgłasza nadużywanie co najmniej jednej substancji (nikotyny, alkoholu i narkotyków)⁷. Wreszcie około 3,5% i 0,6% europejskich nastolatków zgłosiło myśli samobójcze lub próby samobójcze w ciągu ostatnich dwóch tygodni, odpowiednio⁸, przy czym około 4% próbowało popełnić samobójstwo w ciągu swojego życia⁹.

² P.L. Plener, T.S. Schumacher, L.M. Munz, C.R. Groschwitz, *The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature*, „Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation” 2015/2; N. Duell, L. Steinberg, G. Icenogle i in., *Age patterns in risk taking across the world*, „Journal of Youth and Adolescence” 2018/47.

³ S.V. Swannell, G.E. Martin, A. Page, P. Hasking, N.J. St John, *Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis, and meta-regression*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 2014/44.

⁴ D. Wasserman, C.W. Hoven, C. Wasserman i in., *School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial*, „The Lancet” 2015/385.

⁵ P. Gambadauro, V. Carli, C. Wasserman i in., *Psychopathology is associated with reproductive health risk in European adolescents*, „Reproductive Health” 2018/15.

⁶ M. Kaess, T. Durkee, R. Brunner i in., *Pathological internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviors*, „European Child and Adolescent Psychiatry” 2014/23.

⁷ O. Nakar, R. Brunner, O. Schilling i in., *Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior, and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology*, „Journal of Affective Disorders” 2016/197.

⁸ R. Cotter, M. Kaess, B. Corcoran i in., *Help-seeking behavior following school-based screening for current suicidality among European adolescents*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 2015/50.

⁹ D. Wasserman, C.W. Hoven, C. Wasserman i in., *School-based suicide prevention programs: the SEYLE cluster-randomized, controlled trial*, „The Lancet” 2015/385.

2. Etiologia ryzyka zachowań suicydalnych

Lęk

Zaproponowano, że lęk jest potencjalnym czynnikiem ryzyka samobójstwa. Jednak badania wykazały na przestrzeni lat mieszane wyniki, prawdopodobnie ze względu na duże współwystępowanie lęku z innymi objawami psychiatrycznymi. W przeglądzie systematycznym i metaanalizie 42 badań obserwacyjnych Kanwar i in.¹⁰ mogli wykazać zwiększone ryzyko samobójstwa dla każdego rodzaju zaburzeń lękowych. Pacjenci z lękiem mieli około trzy razy częściej myśli samobójcze, próby samobójcze i samobójstwa dokonane niż osoby bez lęku. W późniejszej metaanalizie 65 artykułów¹¹ lęk wykorzystano do długoterminowego przewidywania wyniku związanego z samobójstwem. W badaniu tym głównie lęk cechopodobny był predykatorem myśli i prób samobójczych, ale stosunkowo słabo lub w ogóle nie przewidywał samobójstwa. Kliniczna użyteczność lęku do długoterminowego przewidywania wydaje się niska. Lęk może jednak odgrywać ważną rolę w ostrych sytuacjach i jako objaw współistniejący, zwłaszcza w połączeniu z depresją. Stanley i in.¹² badali w swojej metaanalizie wrażliwość na lęk jako transdiagnostyczny czynnik podatności na samobójstwo. Lęk przed lękiem różni się od negatywnej uczuciowości i lęku jako cechy. Było to umiarkowanie związane z myślami samobójczymi i ryzykiem samobójstwa. Możliwe, że w niektórych zaburzeniach lękowych strach i zachowania unikowe mogą chronić przed przejściem od myśli samobójczych do zachowań śmiertelnych. Z drugiej strony niespokojne i pobudzone zachowanie osób z grupy wysokiego ryzyka może gwałtownie zwiększać ryzyko samobójstwa.

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wymienia siedem zaburzeń lękowych: zespół lęku napadowego, agorafobia, zespół lęku uogólnionego, zespół lęku społecznego, zespół lęku separacyjnego, mutyzm wybiórczy i fobia specyficzna. Nowa klasyfikacja WHO ICD-11, w odróżnieniu od poprzedniej ICD-10, w bardzo podobny sposób łączy zaburzenia z niepokojem lub strachem. Ponadto zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i pokrewne oraz zaburzenia związane ze stresem tworzą własne grupy diagnostyczne. Zaburzenia lękowe często współistnieją, zwłaszcza z zaburzeniami nastroju i zaburzeniami związanymi z używaniem substancji. Prawdopodobnie ze względu na dużą współchorobowość zarówno znaczenie kliniczne zaburzeń lękowych, jak i ryzyko zachowań samobójczych są niedoszacowane.

Często niedoceniany jest również fakt, że ocena poziomu lęku pacjenta jest krytycznym aspektem klinicznej oceny ryzyka samobójstwa. Stwierdzono, że zaburzenia lękowe zwiększają ryzyko zachowań samobójczych, zwłaszcza gdy współwystępują z depresją¹³. W prospektywnych badaniach pacjentów z zaburzeniami afektywnymi zarówno ataki paniki, jak i lęk „psychiczny” były silnie związane ze zwiększonym krótkoterminowym ryzykiem samobójstwa, w okresie od tygodni do roku¹⁴. Ataki paniki, zwłaszcza gdy

¹⁰ A. Kanwar, S. Malik, L.J. Prokop i in., *The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis*, „Depression and Anxiety” 2013/30.

¹¹ K.H. Bentley, I.C. Franklin, D.J. Ribeiro i in., *Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviours: a meta-analytic review*, „Clinical Psychology Review” 2016/43.

¹² I.H. Stanley, W. Boffa, M.L. Rogers i in., *Anxiety sensitivity and suicidal ideation/suicide risk: a meta-analysis*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 2018/86.

¹³ J. Sareen, B.J. Cox, T.O. Afifi i in., *Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts*, „Archives of General Psychiatry” 2005/62.

¹⁴ J. Fawcett, W.A. Scheftner, L. Fogg i in., *Time-related predictors of suicide in major affective disorders*, „American Journal of Psychiatry” 1990/147.

towarzyszy im lęk przed śmiercią, znacznie zwiększają ryzyko prób samobójczych; ryzyko jest największe w kontekście współwystępowania ataków paniki i depresji¹⁵. Jedną z hipotez głosi, że lęk dodaje do depresji i beznadziei poczucie pilności, czyniąc je bardziej nie do zniesienia i ułatwiając działania samobójcze¹⁶. Na szczęście lęk jest najczęściej „modyfikowalnym” współczynnikiem ryzyka, który można poddać leczeniu farmakologicznemu i psychoterapeutycznemu. Dla niektórych pacjentów skuteczna ocena i leczenie lęku są kluczowymi krokami w zmniejszaniu ostrego ryzyka samobójstwa.

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

Liczne badania udokumentowały związek między chorobą afektywną dwubiegunową a zachowaniami samobójczymi. Choroba afektywna dwubiegunowa charakteryzuje się różnymi konsekwencjami epizodów maniакаlnych i depresyjnych w ciągu życia. Częstość występowania choroby afektywnej dwubiegunowej typu I w ciągu całego życia wynosi około 0,5 lub nawet więcej, a dla choroby afektywnej dwubiegunowej typu I i II łącznie do 4%. Charakteryzuje się często rodzinnym pochodzeniem. Większość epizodów dotyczy depresji.

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe i zachowania samobójcze często występują w tych samych rodzinach. Historia samobójstw dokonanych w rodzinie jest istotnym czynnikiem ryzyka związanym z próbami samobójczymi u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową¹⁷. Oczywiście jest, że profilaktyka, wczesne rozpoznanie i skuteczne leczenie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych są odpowiednimi i właściwymi narzędziami zapobiegania samobójstwom. Ponadto ryzyko samobójstwa jest głównym problemem w leczeniu klinicznym każdego pacjenta z chorobą afektywną dwubiegunową.

ChAD (choroba afektywna dwubiegunowa) jest jednym z najsilniejszych czynników ryzyka popełnienia samobójstwa. Wczesne dane (sprzed 1970 r.) dokumentowały wysoki wskaźnik samobójstw w ciągu całego życia z 15-procentowym ryzykiem w ciągu całego życia w populacjach klinicznych z ciężką nieleczoną ChAD¹⁸. Jednak późniejsze badania wykazały niższe współczynniki – około 8%, a śmiertelność spowodowana samobójstwem jest około 20 razy wyższa niż obserwowana w populacji ogólnej¹⁹. Co więcej, wydaje się, że ChAD ma najsilniejszy związek z samobójstwami spośród zaburzeń psychicznych, co zostało podkreślone w dużym duńskim badaniu rejestrowym obejmującym ponad 175 000 osób z zaburzeniami psychicznymi w okresie obserwacji wynoszącym średnio 18 lat. Stwierdzono, że bezwzględne ryzyko samobójstwa wynosi 8% dla mężczyzn i 5% dla kobiet; jest najwyższym ryzykiem wśród zaburzeń psychicznych²⁰. Zbyt wielu

¹⁵ C. Katz, Z.S. Yaseen, R. Moitabai i in., *Panic as an independent risk factor for suicide attempt in depressive illness: findings from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)*, „Journal of Clinical Psychiatry” 2011/72.

¹⁶ J. Fawcett, D.C. Clark, K.A. Busch, *Assessing and treating the patient at risk for suicide*, „Psychiatric Annals” 1993/23; J. Fawcett, *The detection and consequences of anxiety in clinical depression*, „Journal of Clinical Psychiatry” 1997/58.

¹⁷ S. Romero, E. Colom, A. Iosif i in., *Relevance of family history of suicide in the long-term outcome of bipolar disorders*, „Journal of Clinical Psychiatry” 2007/68.

¹⁸ F.K. Goodwin, *Manic-Depressive Illness, Bipolar Disorders and Recurrent Depression*, Oxford 2007.

¹⁹ C. Hansson, E. Joas, E. Palsson i in., *Risk factors for suicide in bipolar disorder: a cohort study of 12 850 patients*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 2018/138; L. Plans, C. Barrot, E. Nieto i in., *Association between completed suicide and bipolar disorder: a systematic review of the literature*, „Journal of Affective Disorders” 2019/242.

²⁰ M. Nordentoft, P.B. Mortensen, C.B. Pedersen, *Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder*, „Archives of General Psychiatry” 2011/68.

pacjentów z ChAD odbiera sobie życie z nieodwracalnymi konsekwencjami i wywiera długotrwały wpływ na życie swoich rodzin i przyjaciół.

Nadużywanie alkoholu

Ostre spożywanie alkoholu i zatrucie często występują w kontekście zarówno próby samobójczej, jak i jej popełnienia. Badania wskazują, że nawet połowa osób podejmujących próby samobójcze działała pod wpływem alkoholu²¹. Niedawna metaanaliza dotyczyła związku między ostrym spożyciem alkoholu a próbą samobójczą. Ostre spożywanie alkoholu wiązało się ze zwiększonym ryzykiem próby samobójczej (OR 6,97)²². Co ważne, pojawiły się oznaki zależności dawka-odpowiedź, wskazujące na mniejsze ryzyko przy niskim poziomie picia (OR 2,71) w porównaniu z wyższym przy wysokim poziomie picia (OR 37,18)²³.

Krótkotrwałe skutki ostrego spożycia alkoholu (lub zatrucia, upijania się) przyczyniają się do wzrostu samobójstw i działania na nie. Również ostre spożywanie alkoholu zwiększa dysfориę, agresywność i impulsywność²⁴. Wreszcie przeciwłukowe działanie alkoholu może obniżać próg wyzwalania myśli i zamiarów samobójczych²⁵.

Próby samobójcze u leczonych pacjentów uzależnionych od alkoholu zostały zidentyfikowane jako impulsywne w 62% przypadków. U tych pacjentów uzależnionych od alkoholu impulsywne próby samobójcze były predykatorem nawrotu picia po leczeniu²⁶. Pacjenci uzależnieni od alkoholu z myślami samobójczymi w wywiadzie zgłaszali istotnie wyższą ogólną impulsywność w porównaniu z osobami bez myśli²⁷.

Jednym z ważniejszych czynników ryzyka suicydalnego jest problem alkoholowy²⁸. Wykazano, że alkohol odgrywa istotną rolę w modyfikowaniu zachowań autodestrukcyjnych, głównie poprzez ułatwianie podjęcia decyzji i realizacji zamachu samobójczego. Wiele osób przed dokonaniem próby samobójczej spożywa alkohol, a problemy wynikające z nadużywania alkoholu, zwłaszcza związane z zespołem uzależnienia alkoholowego, stanowią jeden z częstszych powodów zachowań samobójczych²⁹. Szczególne zagrożenie stwarzają sytuacje, w których ma miejsce jednoczesne występowanie kilku czynników zagrożenia samobójczego – np. nadużywanie alkoholu przez osoby z dysfunkcjami psychicznymi (depresja, psychozy urojeniowe, zaburzenia osobowości, zespoły psychoorganiczne), poważnymi chorobami somatycznymi, w trudnych okresach życiowych³⁰. Samobójstwa w stanie nietrzeźwości najczęściej popełniają osoby nie do

²¹ J. Suokas, J. Lönngvist, *Suicide attempts in which alcohol is involved: especial group in general hospital emergency rooms*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 1995/91.

²² G. Borges, C.L. Bagge, C.J. Cherpitel i in., *A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt*, „Psychological Medicine” 2017/47.

²³ G. Borges, C.L. Bagge, C.J. Cherpitel i in., *A meta-analysis...*

²⁴ M.S. Kaplan, N. Huguet, B.H. McFarland i in., *Heavy alcohol use among suicide decedents: differences in risk across racial-ethnic groups*, „Psychiatric Services” 2016/67; G. Borges, C.L. Bagge, C.J. Cherpitel i in., *A meta-analysis...*

²⁵ C.L. Bagge, K.R. Conner, L. Reed i in., *Alcohol use to facilitate a suicide attempt: an event-based examination*, „Journal of Studies on Alcohol and Drugs” 2015/76.

²⁶ M. Wojnar, M.A. Ilgen, E. Czyż i in., *Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence*, „Journal of Affective Disorders” 2009/115.

²⁷ L. Khemiri, I. Jokinen, B. Runeson, N. Lavram-Linström, *Suicide risk associated with experience of violence and impulsivity in alcohol dependent patients*, „Scientific Reports” 2016/6.

²⁸ S. Bukowski, B. Bukowska, S. Ilnicki, *Samobójstwa alkoholików w świetle teorii Vernona Johnsona*, „Lęk i Depresja” 1997/4, s. 258–262.

²⁹ J. Kocur, *Czynniki zagrożenia samobójstwem*, „Wiadomości Lekarskie” 1984/15, s. 1195–1198.

³⁰ J. Kocur, H. Górski, *Alkohol i jego znaczenie w suicydologii [w:] Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień*, Warszawa 1989.

końca przekonane o słuszności decyzji pozbawienia się życia, wahające się, potrzebujące dodatkowej stymulacji i osłabienia mechanizmów kontrolno-sterujących, które zapewnia im spożycie alkoholu³¹. Według V. Johnsona uzależnienie nieleczone lub leczone bez powodzenia może zakończyć się śmiercią samobójczą, rozumianą albo jako stopniowo narastający stan zatrucia organizmu alkoholem i jego metabolitami, albo jako nagły, gwałtowny czyn³².

Psychologiczne badania ofiar samobójstw często wykazują dowody rozpoznawalnego alkoholizmu w 40% przypadków w Finlandii i Irlandii Północnej³³, 39% przypadków na Sri Lance³⁴ i 33% na Węgrzech³⁵. Dla porównania, w populacji ogólnej w Europie i Stanach Zjednoczonych współczynnik jednokrotnego zażycia wynosi około 20% w przypadku uzależnienia od alkoholu u mężczyzn i 8% w przypadku kobiet³⁶.

Ponieważ alkohol może służyć jako środek do popełnienia samobójstwa, zwiększa impulsywność, a jego używanie wydaje się być również ogólnie związane z zachowaniami samobójczymi³⁷, strategia ograniczania alkoholu w populacji prawdopodobnie spowoduje mniejszą liczbę samobójstw. To podejście zapobiegawcze jest podobne do innych strategii mających na celu ograniczenie sposobów samobójstwa. Dlatego celem tego tekstu jest omówienie tej strategii i tego, w jaki sposób może ona pomóc w ograniczeniu wszystkich rodzajów samobójstw związanych z alkoholem, nie tylko spowodowanych zatruciem alkoholem.

Na przykład w Szwecji obliczono, że spadek spożycia alkoholu na mieszkańca o jeden litr spowodowałby spadek liczby samobójstw o 13%³⁸. Taki sam spadek spożycia alkoholu spowodowałby spadek samobójstw o około 5% na Węgrzech³⁹, 4% w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie⁴⁰, 3% we Francji⁴¹ i Portugalii⁴², a w Szwajcarii nie dał żadnego znaczącego spadku⁴³.

³¹ J. Kocur, W. Trendak, *Zagrożenie suicydalne w uzależnieniach*, „Sztuka Leczenia” 1998/3, s. 49–51.

³² S. Bukowski, B. Bukowska, S. Ilnicki, *Samobójstwa alkoholików...*, s. 259.

³³ M.M. Henriksson, H.M. Aro, M.J. Marttunen i in., *Mental disorders and comorbidity in suicide*, „American Journal of Psychiatry” 1993/150; T. Foster, K. Gillespie, R. McClelland, *Mental disorders and suicide in Northern Ireland*, „British Journal of Psychiatry” 1997/170.

³⁴ R. Abeyasinghe, D. Gunnell, *Psychological autopsy study of suicide in three rural and semi-rural districts of Sri Lanka*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 2008/43.

³⁵ T. Zonda, *One hundred cases of suicide in Budapest: a case-controlled psychological autopsy study*, „Crisis” 2006/27.

³⁶ H. Prytz, *Alkoholismens epidemiologi [The epidemiology of alcoholism]* [w:] A. Nordén (red.), *Alkohol som Sjukdomsorsak [Alcohol as a Cause of Illness]*, Stockholm 1998, s. 64–70; D. Wasserman, *Alcoholism, other psychoactive substance misuse and suicide* [w:] D. Wasserman (red.), *Suicide: An Unnecessary Death*, London 2001.

³⁷ A.L. Beautrais, P.R. Joyce, R.T. Mulder i in., *Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study*, „American Journal of Psychiatry” 1996/153; T. Norström, I. Rossow, *Alcohol consumption as a risk factor for suicidal behaviour: a systematic review of associations at the individual and at the population level*, „Archives of Suicide Research” 2016/4.

³⁸ T. Norström, *Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden*, „Addiction” 1995/90.

³⁹ O.J. Skog, Z. Elekes, *Alcohol and the 1950-90 Hungarian suicide trend – is there a causal connection?*, „Acta Sociologica” 1993/36.

⁴⁰ F. Caces, T. Harford, *Time series analysis of alcohol consumption and suicide mortality in the United States, 1934–1987*, „Journal on Studies of Alcohol” 1998/59; M. Ramstedt, *Alcohol and suicide at the population level—the Canadian experience*, „Drug and Alcohol Review” 2005/24.

⁴¹ T. Norström, *Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden*, „Addiction” 1995/90.

⁴² O.J. Skog, Z. Teixeira, J. Barrias, R. Moreira, *Alcohol and suicide – the Portuguese experience*, „Addiction” 1995/90.

⁴³ G. Gmel, J. Rehm, A. Ghazinouri, *Alcohol and suicide in Switzerland – an aggregate-level analysis*, „Drug and Alcohol Review” 1998/17.

Intensywne picie może być mniej tolerowane w kulturach o niskim spożyciu alkoholu i dlatego może częściej prowadzić do zerwania sieci społecznych, a w konsekwencji do samobójstwa⁴⁴. Co więcej, badania na poziomie indywidualnym wykazały, że zatrucie alkoholem często może prowadzić do zachowań impulsywnych i agresywnych⁴⁵, przy czym te pierwsze mogą zamienić myśli samobójcze w próbę samobójczą, a te drugie mogą zamienić próbę w samobójstwo dokonane poprzez wpływ na wybór metody⁴⁶. W rzeczywistości Oei i in. wykazali, że ofiary samobójstw z alkoholem we krwi były bardziej narażone na śmierć w wyniku użycia przemocy, takiej jak postrzał lub uduszenie, niż osoby bez alkoholu we krwi⁴⁷.

Kolejny naturalny eksperyment miał miejsce w Danii w latach 1917–1918, kiedy podniesiono ceny alkoholu, aby zwiększyć dochody państwa w celu zwalczania niedoborów ekonomicznych spowodowanych I wojną światową. Również w tym badaniu dane sugerowały spadek współczynników samobójstw związany z ograniczeniem picia w populacji⁴⁸. Badania takie mają znaczenie dla profilaktyki samobójstw, ponieważ dopiero w takich quasi-eksperymentalnych warunkach znana jest przyczyna zmiany spożycia alkoholu, jaką jest wzrost cen. Pozwala to do pewnego stopnia wykluczyć pogląd, że związek między spożywaniem alkoholu a samobójstwem jest fałszywy (tj. spowodowany przez trzecią zmienną bazową). Problem polega na tym, że nawet takie badania nie mogą całkowicie wykluczyć takiej możliwości. Wśród wielu zmian, które zaszły w byłym Związku Radzieckim w okresie pierestrojki, a także w Danii, zmiany w spożyciu alkoholu prawdopodobnie nie były jedynym czynnikiem, który mógł wpłynąć na współczynniki samobójstw.

Jednak badania na poziomie indywidualnym w Danii i Estonii (była republika radziecka od 1940 do 1991 roku wraz z rozpadem Związku Radzieckiego) potwierdzają związek przyczynowy między spożywaniem alkoholu a samobójstwami. W Danii wykazano, że po wspomnianym wdrożeniu cen alkoholu następował spadek współczynników samobójstw, ale tylko wśród alkoholików⁴⁹. Varnik i in. przeanalizowali stężenie alkoholu we krwi (Blood Alcohol Concentration, BAC) u ofiar samobójstw w Estonii przed, w trakcie i po wprowadzeniu ograniczeń alkoholowych zainicjowanych przez Gorbaczowa w okresie pierestrojki⁵⁰. Każdy przypadek samobójstwa został przypisany do „grupy bezalkoholowej” lub do jednej z trzech grup „dodatnich pod względem alkoholu”, zgodnie z poziomami stężenia alkoholu we krwi. Grupa z niskim poziomem alkoholu obejmowała przypadki samobójstw, w których stężenie alkoholu we krwi wynosiło od 0,5 na 1000 (‰) do 1,49‰; grupa pośrednia miała BAC na poziomie 1,5–2,49‰, a grupa wysoka obejmowała wszystkie przypadki z poziomami BAC powyżej 2,5‰. Podczas okresu alkoholowej restrykcji samobójstwa mężczyzn zmniejszyły się odpowiednio o 11%, 42% i 61% w grupach z niskim, średnim i wysokim alkoholem, a odpowiadające im spad-

⁴⁴ T. Norström, *Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden*, „Addiction” 1995/90.

⁴⁵ L. Sher, *Alcohol consumption and suicide*, „Quarterly Journal of Medicine” 2006/99.

⁴⁶ K.R. Connor, N. Huguet, R. Caetano i in., *Acute use of alcohol and methods of suicide in a US national sample*, „American Journal of Public Health” 2014/104.

⁴⁷ T.P. Oei, T. Foong, L.M. Casey, *Number and type of substances in alcohol and drug-related completed suicides in an Australian sample*, „Crisis” 2006/27.

⁴⁸ O.J. Skog, *Alcohol and suicide in Denmark 1911-24 – experiences from a ‘natural experiment’*, „Addiction” 1993/88.

⁴⁹ O.J. Skog, *Alcohol and suicide: Durkheim revisited*, „Acta Sociologica” 1991/34(3); O.J. Skog, *Alcohol and suicide...*

⁵⁰ A. Varnik, K. Kolves, M. Väli i in., *Do alcohol restrictions reduce suicide mortality?*, „Addiction” 2007/102.

ki odnotowano w przypadku samobójstw kobiet: 13%, 43% i 71%. Liczba samobójstw bezalkoholowych pozostawała mniej więcej stabilna w tym samym okresie ograniczeń alkoholowych (z niewielkim wzrostem o 4% dla mężczyzn i spadkiem o 1% dla kobiet). Po pierestrojce, kiedy zniesiono restrykcje alkoholowe, samobójstwa wśród mężczyzn wzrosły (o 23% w grupie niskoalkoholowej, o 26% w grupie średnio alkoholowej i o 50% w grupie wysokoalkoholowej). Liczba samobójstw, w przypadku których nie wykryto alkoholu we krwi, również pozostawała w tym okresie na względnie stałym poziomie (spadek o 4% wśród mężczyzn i wzrost o 9% wśród kobiet). Badanie pokazuje wyraźny schemat spadku samobójstw związanych z alkoholem w okresie restrykcji alkoholowych i wzrostu samobójstw związanych z alkoholem po jego zniesieniu. Co więcej, brak zmian w grupie niepijących alkoholu przez cały okres badania sugeruje związek przyczynowo-skutkowy między alkoholem a samobójstwem.

Oprócz poprawy odpowiedzi na leczenie w przypadku problemów ze zdrowiem psychicznym i zmniejszenia liczby samobójstw, ograniczenia w spożywaniu alkoholu mogą mieć również korzystne skutki, inne niż zmniejszenie liczby samobójstw. Spożywanie alkoholu wiąże się ze wzrostem śmiertelności z jakiegokolwiek przyczyny⁵¹, ogólnej śmiertelności wypadkowej⁵², śmiertelności z powodu marskości wątroby⁵³ i zabójstw⁵⁴. Powiaty w Alabamie (USA) z prohibicją alkoholową miały niższy współczynnik zabójstw niż powiaty, w których sprzedaż była dozwolona⁵⁵. Ponadto w Rosji wykazano, że duże wahania ogólnych współczynników umieralności w latach 1984–1994 były najprawdopodobniej spowodowane zmianami w spożyciu alkoholu. Obejmuje to zgony z powodu zabójstw, przemocy, wypadków i samobójstw obserwowane w tym okresie⁵⁶. W mieście Iżesk w Rosji prawie 50% przedwczesnych zgonów mężczyzn z jakiegokolwiek przyczyny było związanych z niebezpiecznym piciem. Można to uogólnić na dużą liczbę miast w Rosji⁵⁷.

Chociaż alkohol jest śmiertelny w wystarczająco wysokich stężeniach, rzadko jest stosowany jako podstawowa metoda samobójstwa. Narkotyk jest jednak często obecny we krwi ofiar samobójstw; na przykład badania pośmiertne wykazały obecność alkoholu u 45% szwedzkich⁵⁸, 36–40% fińskich⁵⁹, 35–48% (w zależności od okresu) estońskich⁶⁰,

⁵¹ T. Norström, *Per capita alcohol consumption and all-cause mortality in 14 European countries*, „Addiction” 2001/96.

⁵² O.J. Skog, *Alcohol consumption and mortality rates from traffic accidents, accidental falls, and other accidents in 41 European countries*, „Addiction” 2001/96.

⁵³ M. Ramstedt, *Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries*, „Addiction” 2001/96.

⁵⁴ I. Rossow, *Alcohol and homicide: a cross-cultural comparison of the relationship in 14 European countries*, „Addiction” 2001/96.

⁵⁵ C.E. Joubert, *‘Wet’ or ‘dry’ county status and its correlates with suicide, homicide, and illegitimacy*, „Psychological Reports” 1994/74.

⁵⁶ D.A. Leon, L. Chenet, V.M. Shkolnikov i in., *Huge variation in Russian mortality rates 1984–94: artifact, alcohol, or what?*, „Lancet” 1997/350.

⁵⁷ D.A. Leon, L. Saburova, S. Tomkins i in., *Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population-based case-control study*, „Lancet” 2007/369.

⁵⁸ M. Ferrada-Noli, K. Ormstad, M. Asberg, *Pathoanatomic findings and blood alcohol analysis at autopsy (BAC) in forensic diagnoses of undetermined suicide. A cross-cultural study*, „Forensic Science International” 1996/78.

⁵⁹ A. Öhberg, E. Vuori, I. Ojanperä, J. Lönnqvist, *Alcohol and drugs in suicides*, „British Journal of Psychiatry” 1996/169; S. Pirkola, E. Isometsä, J. Lönnqvist, *Do means matter? Differences in characteristics of Finnish suicide completers using different methods*, „Journal of Nervous and Mental Disease” 2003/191.

⁶⁰ A. Varnik, K. Kolves, M. Väli i in., *Do alcohol restrictions reduce suicide mortality?*, „Addiction” 2007/102.

28–29% amerykańskich⁶¹ i 30% brazylijskich⁶² ofiar samobójstw. Wreszcie metaanaliza badająca rolę ostrego spożycia alkoholu w ryzyku samobójstwa wykazała, że „niski poziom” ostrego picia trzykrotnie zwiększa ryzyko próby samobójczej, podczas gdy „wysoki poziom” zwiększa je 37-krotnie⁶³.

Zachowania samobójcze alkoholików mają u swego podłoża najczęściej trwałe zmiany osobowości spowodowane uzależnieniem: alkohol staje się wówczas jedynym źródłem pozytywnych stanów uczuciowych, obniżeniu ulega odporność na bodźce stresogenne, narasta poczucie lęku i zagrożenia. W sferze poznawczej zaburzeniu ulega zwłaszcza percepcja otaczającej rzeczywistości, osłabieniu ulega samokontrola, samoocena jest niestabilna. Prowadzi to do obniżenia poczucia własnej wartości, ucieczki od realiów, stanów depresyjnych i w konsekwencji do myśli i zachowań samobójczych. Podobne zmiany osobowości, choć znacznie wcześniej, stwierdzono u osób uzależnionych od innych niż alkohol środków psychoaktywnych. Zaburzenia te korelują z fazami powstawania i rozwoju uzależnienia oraz różnią się (przebiegają szybciej) od fizjologicznych zmian związanych z procesem naturalnego kształtowania się osobowości u młodych ludzi. U narkomanów obserwuje się osłabienie lub nawet utratę wcześniejszych zainteresowań i dążeń, zakłócenie związków z otoczeniem, rozwijanie się poczucia niższości. Tego rodzaju zaburzenia znacznie utrudniają podejmowanie inicjatyw powrotu do normalnej egzystencji, osłabiają instynkt samozachowawczy i ułatwiają powstawanie paranoicznych nastawień. Efektem tych złożonych zjawisk może być narastanie tłumionej agresywności, lęku i autoagresji z zamachami samobójczymi włącznie.

Analiza porównawcza cech i struktury osobowości oraz zaburzeń zachowania osób uzależnionych i osób podejmujących próby samobójcze wykazuje pewne podobieństwa. Może to sugerować istnienie podobnych mechanizmów psychologicznych i zbliżonego podłoża osobowościowego, warunkujących z jednej strony powstawanie zachowań auto-destrukcyjnych, z drugiej zaś sprzyjających stosowaniu psychoaktywnych środków uzależniających⁶⁴.

⁶¹ S.J. Garlow, *Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide*, „American Journal of Psychiatry” 2002/159; N.M. Choi, D.M. DiNitto i in., *Postmortem blood alcohol content among late-middle-aged and older suicide decedents: associations with suicide precipitating/risk factors, means, and other drug toxicology*, „Drug and Alcohol Dependence” 2018/187.

⁶² R.E.M. Goncalves, J.D.C. Ponce, V. Leyton, *Alcohol use by suicide victims in the city of Sao Paulo, Brazil, 2011–2015*, „Journal of Forensic and Legal Medicine” 2018/53.

⁶³ G. Borges, C.L. Bagge, C.J. Cherpitel i in., *A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt*, „Psychological Medicine” 2017/47.

⁶⁴ J. Kocur, *Ocena czynników ryzyka samobójstwa u żołnierzy* [w:] A. Florkowski, W. Gruszczyński (red.), *Zdrowie psychiczne żołnierzy*, Łódź 2000.

NAŁÓG JACKA LONDONA

Bardzo często nadużywanie alkoholu nie jest jedynym czynnikiem suicydogennym. W przypadku Jacka Londona poza destrukcyjnym nałogiem alkoholowym wystąpiły takie obciążenia, jak: nieudane życie rodzinne, nieślubne pochodzenie społecznie go depryminujące i ciężko przeżywane, a także okresy depresji.

W ostatnim roku swojego życia Jack London wypijał litr whisky dziennie. Należy też mieć na uwadze, że suicydalna tendencja romantycznego zakończenia bujnego życia w młodym wieku była pielęgnowana przez niego od dawna, o czym świadczy zakończenie *Martina Edena*. Już w czasie tworzenia tej powieści London miał świadomość, że niewolnicza zależność od alkoholu jest nieodwracalna i pozostałe lata mogą przynieść już tylko utratę autorytetu, pozycji literackiej i politycznej.

Źródło: W. Kotowski, *Biała logika. Literaccy klasycy alkoholizmu*, Ciechanów 1984, s. 34

Fakt, iż ważną przyczyną zachowań suicydalnych jest alkohol, dotyczy zarówno samego sprawcy czynu, jak i członków jego rodziny. Wpływ alkoholizmu lub nadużywania alkoholu na procesy dezintegracyjne rodziny jest faktem ogólnie znanym, potwierdzonym przez wiele badań interdyscyplinarnych⁶⁵. Psychospołeczna degradacja alkoholików lub osób nadużywających alkoholu jest przyczyną wielu dramatów w rodzinach. Napięta atmosfera domowa, poczucie ciągłego zagrożenia w obawie przed ojcem czy matką lub współmałżonkiem będącym w stanie upojenia alkoholowego, wywołujących ustawiczne awantury i kłótnie często połączone z czynami agresywnymi, patologiczna zazdrość i podejrzenia współmałżonka o zdrady, ciężka sytuacja materialna – to tylko niektóre skutki degradacji alkoholowej. Według E. Ringela i innych autorów alkoholicy należą do tych, u których możliwość samobójstwa jest najbardziej prawdopodobna⁶⁶. Niektórzy z autorów uważają, że osłabienie kontroli postępowania charakterystyczne dla stanu upojenia alkoholowego i brak antycypacji skutków działania były decydującymi czynnikami wpływającymi na podjęcie zamiaru samobójczego. Nadużywanie alkoholu i alkoholizm stanowią przyczynę powstawania depresji alkoholowych powodujących stany apatii, zniechęcenia, bierności i myśli samobójczych. „Pijący dostaje się w diabelski krąg euforii i depresji, z którego w końcu jako jedyne wyjście widzi śmierć”⁶⁷.

Niektórzy autorzy uznają alkoholizm rodziców za jedną z przyczyn zamachów samobójczych wśród młodzieży, chociaż trzeba wyraźnie zaznaczyć, że nie był to czynnik uznany za dominujący⁶⁸. W badanych grupach młodzieży po próbach samobójczych stwierdzono, że odsetek młodzieży mającej poważne konflikty z rodzicami spowodowane nadużywaniem alkoholu przez rodziców, zwłaszcza ojców, sięgał 16–25%. W badaniach stwierdzono, że problemy z alkoholem u matek młodych osób po zamachu samobójczym występują znacznie rzadziej niż u ojców. Z badań wynikało także, że istniała nieznaczna tendencja częstszego alkoholizowania się ojca w grupie dzieci do lat 14 niż w grupie dorastających. Spostrzeżenie to jest istotne ze względu na fakt, że młodzież w wieku dorastania, chociaż też reagująca na alkoholizm swych ojców, ma większą zdolność ochro-

⁶⁵ B. Hołyst, *Przywrócenie życia*, Warszawa 1991.

⁶⁶ E. Ringel, *Gdy życie traci sens*, Warszawa 1987.

⁶⁷ E. Ringel, *Gdy życie...*, s. 59.

⁶⁸ S. Batawia, *Społeczne skutki nałogowego alkoholizmu w świetle badań środowiskowych 100 rodzin alkoholików*, Warszawa 1972.

ny przed niekorzystnymi czynnikami wynikającymi z alkoholizmu w rodzinie, między innymi poprzez znalezienie oparcia w grupach rówieśniczych. Dzieci w wieku preadolescencji (do lat 14) mają mniejszą zdolność racjonalizacji problemu alkoholowego swych rodziców ze względu na dysproporcje między idealnym obrazem ojca, z którym dziecko chce się identyfikować, a obrazem rzeczywistym. Na ogół następuje polaryzacja postaw w kierunku lekceważenia lub nienawiści (odrzućenia) przeciwko rodzicowi pijącemu alkohol. Często towarzyszy tym emocjom silny lęk potęgujący negatywny stosunek do sprawy tego lęku. Dodatkowym elementem stresującym jest proces dojrzewania biologicznego dziecka, który zaostrza wrażliwość, powoduje uczucie buntu i wpływa na wzrost liczby konfliktów.

Wśród osób z problemem alkoholowym, które dokonały próby samobójczej, wiele osób przyznało, że nadużywa alkoholu, pijąc 2–3 razy tygodniowo powyżej 1,4 litra alkoholu wysokoprocentowego⁶⁹. To subiektywne kryterium może budzić wiele zastrzeżeń ze względu na to, że odbiega od przyjętego w medycynie i alkoholologii. Dawki i częstość picia alkoholu podawane przez badanych mogły też być niezgodne ze stanem rzeczywistym. Badani podawali jednak, że często picie alkoholu było przyczyną wielu problemów rodzinnych i zawodowych, takich jak częste zmiany pracy wskutek zwolnień dyscyplinarnych za nieusprawiedliwione dni nieobecności, konflikty ze współmałżonkiem na tle nadmiernego użycia alkoholu, brak kontroli zachowania w okresach tzw. ciągów alkoholowych.

Wyniki badań ogólnie nie wskazują na to, aby alkohol występował jako samoistna przyczyna zamachu samobójczego. Natomiast można stwierdzić, że bywa on stymulatorem zamiaru samounicestwienia się zarówno u osób przyznających się do nadużywania alkoholu, jak i u tych, którzy określili siebie jako pijących alkohol w małych ilościach. Na 100 badanych aż 32 przed dokonaniem usiłowania samobójstwa piło alkohol. W 14 przypadkach były to ilości powyżej 1 litra alkoholu, w 18 przypadkach małe ilości, określane jako kieliszek wina lub wódki (ok. 25 g). Często też alkohol był wykorzystywany do „popicia” środków farmakologicznych, które zostały wybrane jako sposób popełnienia samobójstwa, a 4 osoby przyznały, że w przeddzień zamachu samobójczego wypiły duże dawki alkoholu (powyżej 1,4 litra). Osiem osób, które targnęły się na życie, będąc pod wpływem dużych dawek alkoholu, po odratowaniu uznało, że to alkohol jest winien ich próbie samobójczej i nigdy nie powzięłyby takiego zamiaru, gdyby nie piły alkoholu. Sześć osób stwierdziło, że zamiar samobójczy przychodzi im na myśl tylko wtedy, gdy wypiją większą ilość alkoholu. Do zamachów wielokrotnych, dokonywanych zawsze po użyciu większych dawek alkoholu, przyznało się 10 osób. Osoby rzadko pijące sięgają po alkohol przed dokonaniem próby samobójczej, traktując go jako środek ułatwiający realizację zamiaru samobójczego⁷⁰.

Do czasu, gdy E.N. Jellinek opublikował uznawaną obecnie za klasyczną pracę *Koncepcja alkoholizmu jako choroby*, większość lekarzy uważała nadużywanie alkoholu i innych substancji za oznakę słabości moralnej⁷¹. Obecnie sądzi się, że w etiologii alkoholizmu trzeba uwzględniać wiele czynników. Nie uważa się już, że istnieje określona „osobowość alkoholika”, choć niektóre osoby są wyraźnie bardziej podatne na wystąpienie tej choroby od innych. W patogenezie alkoholizmu występuje prawdopodobnie

⁶⁹ B. Hołyst, *Przywrócenie...*, s. 152.

⁷⁰ B. Hołyst, *Przywrócenie...*, s. 153.

⁷¹ Za R.E. Gwyther, M.J. Tyler, *Alkoholizm i nadużywanie substancji psychoaktywnych*, „Wiadomości Psychiatryczne” 1998/2, s. 141–156.

silny komponent genetyczny. Świadczy o tym pięciokrotnie większe ryzyko wystąpienia alkoholizmu u adoptowanych dzieci mających ojców alkoholików, a częstość występowania alkoholizmu u męskich krewnych pierwszego stopnia chorych hospitalizowanych z powodu alkoholizmu wynosi 50%. Wiele danych wskazuje, że substancje psychoaktywne działają na neuroprzekaźniki oraz na ich receptory w mózgu; działanie to może być odmienne u osób z genetycznie uwarunkowaną skłonnością do uzależnienia. Istotną rolę odgrywają również czynniki środowiskowe i społeczne; ludzie z niższych warstw społeczno-ekonomicznych, osoby mieszkające w miastach oraz uprawiające określone zawody (np. malarze, pracownicy budowlani, barmani) są narażone na większe ryzyko powstania uzależnienia⁷².

Wszystkie nadużywane substancje wywierają pożądane przez pacjenta działania na ośrodkowy układ nerwowy, powodując euforię lub ustąpienie bólu. Doprowadzają również do powstania różnorodnych zaburzeń, takich jak pobudzenie, depresja, apatia oraz zahamowanie czynności ośrodka oddechowego. Przewlekły stan uzależnienia powoduje opóźnienie procesu prawidłowego rozwoju psychospołecznego. Osoby, u których występuje długotrwałe uzależnienie, w trzeciej dekadzie życia muszą radzić sobie z problemami, które zwykle są rozwiązywane przez nastolatków.

Substancje psychoaktywne często klasyfikuje się na podstawie działania, jakie wywierają na mózg. Środki pobudzające, np. kokaina i amfetaminy, różnią się od środków działających depresyjnie, takich jak barbiturany i alkohol; nie znaczy to jednak, że wszystkie środki z danej grupy działają w ten sam sposób. Dwoje ludzi może reagować różnie na ten sam środek. Dwa leki z tej samej grupy, np. o działaniu depresyjnym, mogą różnie działać na ten sam narząd. Przykładowo marihuana i alkohol są klasyfikowane jako środki o działaniu depresyjnym na ośrodkowy układ nerwowy, marihuana zwykle osłabia jednak aktywność psychoruchową, a alkohol u wielu osób wyzwala zachowania agresywne.

Stosowanie niektórych substancji psychoaktywnych częściej prowadzi do wystąpienia uzależnienia. Od alkoholu jest uzależnionych około 10% wszystkich, którzy go używają, a od kokainy typu *crack* (po wielokrotnym zastosowaniu) ponad 80% osób. Często spożywanie alkoholu jest powiązane ze stosowaniem innych substancji psychoaktywnych. Dla wielu osób alkohol jest „środkiem torującym”, co oznacza, że jest używany jako pierwszy i poprzedza uzależnienie od innych substancji. Większość środków psychoaktywnych (alkohol również) powoduje obniżenie krytycyzmu i zmniejszenie zahamowań co do pewnych zachowań. Alkohol jest przyczyną wielu przypadków przedwczesnej śmierci. Marskość wątroby stanowi dziewiątą przyczynę zgonów w USA. Alkohol, jako jeden z głównych czynników przyczyniających się do przypadków samobójstw oraz zabójstw, jest w USA najczęstszą, zasadniczą przyczyną zgonów w grupie wiekowej 25–45 lat⁷³.

A. Kępiński zwraca uwagę na różne style picia alkoholu⁷⁴. Inaczej ludzie piją dla uczczenia jakiejś uroczystości, dla wywołania miłego nastroju w towarzystwie, dla tzw. „zalanía robaka” itp. Można wyróżnić kilka stylów picia: neurasteniczny, kontaktywny, „dionizyjski”, „heroiczny” i „samobójczy”. Styl neurasteniczny polega na tym, że pije się w niewielkich ilościach, ale często, gdy się jest zmęczonym i rozdrażnionym, a więc przy głównych objawach zespołu neurastenicznego. Wystarczy jeden lub dwa kieliszki, by poprawić samopoczucie i w lepszym już nastroju ciągnąć dalej codzienne życie. Oczywiście

⁷² M.F. Fleming, K.L. Barry, *Addictive Disorders*, St. Louis 1992.

⁷³ R.E. Gwyther, M.J. Tyler, *Alkoholizm...*, s. 142.

⁷⁴ A. Kępiński, *Rytm życia*, Kraków 1994.

lecnicze działanie alkoholu jest pozorne, gdyż stałe jego używanie wzmacnia objawy zespołu neurastenicznego. Pod wpływem alkoholu coraz częściej jest się zmęczonym i rozdrażnionym, co z kolei zmusza do coraz częstszego uciekania się do alkoholu – typowy przykład nerwicowego błędnego koła. Styl kontaktywny występuje u tych, którym chodzi przede wszystkim o uzyskanie lepszego kontaktu z innymi ludźmi. Już po niewielkiej ilości alkoholu człowiek nieśmiały czuje się pewniejszym siebie, zmniejsza się dystans w stosunku do „ważnej” osoby, łatwiej z kimś się dogada, milczące towarzystwo ożywia się, ludzie stają się sympatyczniejsi i bardziej interesujący, wzrasta poczucie więzi społecznej „*we feeling*”. Jest to styl picia powszechny chyba we wszystkich kręgach kulturowych; na ogół wystarczą tu niezbyt wielkie dawki alkoholu.

Nie jest jednak trudno ze stylu kontaktywnego przejść do następnego, „dionizyjskiego”, również powszechnego w wielu kręgach kulturowych. Tutaj pije się już dużo, gdyż chodzi o uzyskanie stanu zamroczenia, w którym by można było oderwać się od powszedniości codziennej. Według Nietzschego „postawa apolińska ceni to, co jasne, przejrzyste, opanowane, zrównoważone, zamknięte, doskonałe, harmonijne. Postawa zaś dionizyjska ceni przede wszystkim pełnię i płodność życia, jego pęd, który znosi wszystkie granice, obala wszystkie prawa, rozbija wszystkie harmonie, dla którego dynamika jest ważniejsza od doskonałości”. Dwie Nietzscheańskie postawy odpowiadają temu, co określa się jako „przestrzeń jasną” i „przestrzeń ciemną”, a co można by wiązać z zasadniczym rytmem biologicznym: dnia i nocy. Dzień – to panowanie rozsądku i rzeczywistości; noc – to władztwo tajemnych sił, dzikich namiętności, ekstazy, olśnienia i panicznego lęku. Człowiek nie może żyć tylko dniem, potrzebna mu jest też noc. Stąd jego tęsknota za psychozą, za innym „widzeniem świata”, za oderwaniem od rzeczywistości. Alkohol i narkotyki ułatwiają zaspokojenie tej tęsknoty. Tego typu alkoholizm spotyka się dość często u artystów lub ludzi o ambicjach artystycznych, a także u ludzi znudzonych życiem. Tego samego źródła można doszukiwać się w popularnym wśród młodzieży używaniu LSD.

„Heroiczny” typ picia wymaga także dużych ilości alkoholu. Wówczas dopiero osiąga się poczucie swej mocy i gotowości do wielkich czynów, które zwykle w naszych warunkach kończą się na chuligańskich wyczynach. W tych wypadkach alkohol wyzwala tkwiącą w każdym człowieku, a tłumioną przez codzienne życie, proporcję heroiczną. Stanowi ona jedną z pięknych cech młodości, którą od niepamiętnych czasów wodzowie wyzykali do swych nie zawsze szlachetnych zamierzeń. Trudno określić, w jakim stopniu tkwią w człowieku tendencje autodestrukcyjne. W każdym razie samobójstwo można uznać za objaw swoiście ludzki. Niewielu jest ludzi, którzy nigdy w swym życiu nie chcieli skończyć z sobą. Picie dla „zalanania robaka” jest znanym zjawiskiem. Trzeba się upić „w trupa”, by zapomnieć o tym, co boli, by skończyć choćby na krótki czas z sobą i swoim bólem. Agresja wobec otoczenia łączy się tu nieraz z autoagresją. Typy picia: „heroiczny” i samobójczy przeplatają się ze sobą. Z czasem przychodzi alkoholowa degradacja, a z nią śmierć społeczna.

Zagadnienie alkoholizmu polskiego sprowadza się, zdaniem A. Kępińskiego, do paradoksu, że Polska przoduje wśród krajów europejskich w liczbie pijaków, nie przodując wcale w ilości spożytego na głowę alkoholu. Polacy lubili i lubią pić „do dna”. Przeważa u nich typ picia „heroiczny” i samobójczy. Nie znaczy to, by inne typy picia nie istniały, ale łatwo przechodzą one w te dwa ostatnie. Zaczyna się np. od „jednego” dla towarzystwa, a kończy się na heroiczno-samobójczym piciu na umór.

Alkohol, zdaniem Kępińskiego, redukuje udękę pytań związanych z obrazem samego siebie. Pod jego wpływem „człowiek wydaje się sobie lepszy, szlachetniejszy, inteligentniejszy, odważniejszy itp. Trzeba jednak pić do dna, by dojść do dna swej duszy. A że dna tego w rzeczywistości nie ma, więc im głębiej się schodzi, tym większą ciemność się widzi i zapanuje ochota skończenia ze sobą, w czym też alkohol pomaga, przynosząc zamiast śmierci utratę świadomości”⁷⁵. Niekiedy jednak i wówczas uwidacznia się bardzo wyraźnie suicydogenny charakter alkoholu, utrata świadomości nie ma charakteru odwracalnego, lecz poprzedza lub współtowarzyszy utracie życia.

Uzależnienia behawioralne

Uzależnienia behawioralne wiążą się ze zwiększonym ryzykiem samobójstw. Zaburzenie związane z grami internetowymi, które niedawno zostało włączone do DSM5 i ICD 11, wiąże się ze zwiększonym ryzykiem myśli samobójczych, niezależnie od współistniejącej depresji⁷⁶. W niedawnym brytyjskim badaniu 46% osób szukających leczenia zgłosiło myśli samobójcze⁷⁷. W szwedzkim badaniu zaburzenie hazardu wiązało się z 15-krotnym wzrostem śmiertelności samobójczej⁷⁸.

Schizofrenia i używanie substancji

Chociaż ryzyko samobójstwa u osób ze schizofrenią jest ogólnie wyższe w porównaniu z populacją ogólną, samobójstwo pacjentów w tej grupie wiąże się z większą liczbą chorób współistniejących i poważnym stanem zaburzenia⁷⁹. Zaburzenia związane z używaniem substancji i alkoholu zwiększają ryzyko samobójstwa u osób ze schizofrenią i zaburzeniami psychotycznymi⁸⁰. W duńskim badaniu kohortowym wcześniejsze używanie jakiegokolwiek substancji wiązało się ze zwiększonym ryzykiem popełnienia samobójstwa w populacji ze schizofrenią (1,39). Obecne używanie konopi również zwiększało ryzyko prób samobójczych (1,11)⁸¹.

Zaburzenie osobowości

Ryzyko samobójstwa wśród pacjentów z zaburzeniem osobowości typu borderline (BPD – z ang. *borderline personality disorder*) jest wyższe niż w populacji ogólnej, a odsetek samobójstw wynosi 8%⁸². Współwystępowanie SUD i PD wiąże się ze zwiększonym

⁷⁵ A. Kępiński, *Rytm...*, s. 244.

⁷⁶ Y.S. Cheng, P.T. Tseng, P.Y. Lin i in., *Internet addiction and its relationship with suicidal behaviors: a meta-analysis of multinational observational studies*, „The Journal of Clinical Psychiatry” 2018/79.

⁷⁷ S. Ronzitti, E. Soldini, N. Smith i in., *Current suicidal ideation in treatment-seeking individuals in the United Kingdom with gambling problems*, „Addictive Behaviors” 2017/74.

⁷⁸ A. Karlsson, A. Hakansson, *Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: a longitudinal nationwide register study*, „Journal of Behavioral Addictions” 2018/7.

⁷⁹ K. Hawton, L. Sutton, C. Haw i in., *Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors*, „British Journal of Psychiatry” 2005/187.

⁸⁰ K. Hor, M. Taylor, *Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors*, „Journal of Psychopharmacology” 2010/24; J.T. Suokas, J. Peralä, K. Suominen i in., *Epidemiology of suicide attempts among persons with psychotic disorder in the general population*, „Schizophrenia Research” 2010/124.

⁸¹ M.L.D. Østergaard, M. Nordentoft, C. Hjorthøj, *Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression, or personality disorder*, „Addiction” 2017/112.

⁸² M. Pompili, P. Girardi, A. Ruberto, R. Tatarelli, *Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis*, „Nordic Journal of Psychiatry” 2005/59; E. Zikos, K.J. Gill, D.A. Charney, *Personality disorders among alcoholic outpatients: prevalence and course in treatment*, „The Canadian Journal of Psychiatry” 2010/55.

ryzykiem samobójstwa (3,93)⁸³. Masferrer i Caparrós⁸⁴ badali związek między ryzykiem samobójstwa a dysfunkcyjnymi wzorcami osobowości wśród pacjentów. Różne wyniki PD wykazały istotny związek z ryzykiem samobójstwa, z wyjątkiem narcystycznego PD. Tajwańskie retrospektywne badanie kohortowe pacjentów psychiatrycznych z PD wykazało istotny synergistyczny wpływ PD na ryzyko śmiertelności samobójczej. Ryzyko samobójstwa jest 74-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej⁸⁵.

Mechanizmy patogenetyczne

Teoretyczne modele dotyczące ryzyka samobójstwa sugerują, że bliższe ryzyko samobójstwa jest spowodowane ciągłym używaniem substancji, objawami psychiatrycznymi, współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi oraz stresem interpersonalnym⁸⁶. Jednak leżące u podstaw wzorce przyczynowe, które wiążą używanie substancji z samobójstwem, są bardzo złożone i indywidualnie bardzo różne.

Samobójstwo w schizofrenii w ujęciu epidemiologicznym

Pacjenci ze schizofrenią są bardziej narażeni na śmierć w młodszy wiek w porównaniu z populacją ogólną. Wynika to ze zwiększonego ryzyka zgonu z przyczyn zewnętrznych, takich jak samobójstwa, wypadki i zabójstwa, ale także z powodu schorzeń i chorób⁸⁷. W wartościach względnych duńskie badanie wykazało, że ogólny współczynnik śmiertelności dla mężczyzn cierpiących na schizofrenię był 3,55 i 2,71 dla kobiet oraz wcześniejsze badania wykazały podobne wartości dla Szwecji i Finlandii, zidentyfikowane w badaniach opartych na rejestrze skandynawskim Saving Young Lives⁸⁸. Względne ryzyko zgonu z powodu samobójstwa wśród osób, które w przeszłości leczyły się w szpitalu z powodu schizofrenii, jest znacznie wyższe i wynosi około 20–25-krotnie dla mężczyzn i 25–30-krotnie dla kobiet⁸⁹.

Zaburzenia snu

Zaburzenia snu to kolejny potencjalnie uleczalny objaw kliniczny, który wiąże się ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa. Podobnie jak lęk, globalna bezsenność została zidentyfikowana jako jeden z współczynników związanych ze zwiększonym krótkoterminowym ryzykiem samobójstwa, w ciągu kilku tygodni do jednego roku⁹⁰. Stwierdzono, że pacjenci z depresją, którzy zgłaszają myśli samobójcze, mają większe subiektywne zaburzenia snu niż ci, którzy ich nie zgłaszają⁹¹, a zarówno bezsenność, jak i częste koszmary senne są związane ze zwiększonymi myślami i próbami samobójczymi u pacjentów

⁸³ M.L.D. Østergaard, M. Nordentoft, C. Hjorthøj, *Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression, or personality disorder*, „Addiction” 2017/112.

⁸⁴ L. Masferrer, B. Caparrós, *Risk of suicide and dysfunctional patterns of personality among bereaved substance users*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2017/14.

⁸⁵ C.J. Kuo, W.Y. Chen, S.Y. Tsai i in., *Excessive mortality and causes of death among patients with personality disorder with comorbid psychiatric disorders*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 2018/54.

⁸⁶ M.A. Ilgen, A.S.B. Bohnert, R.V. Ignacio i in., *Psychiatric diagnoses, and risk of suicide in veterans*, „Archives of General Psychiatry” 2010/67.

⁸⁷ M. Nordentoft, P.B. Mortensen, C.B. Pedersen, *Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder*, „Archives of General Psychiatry” 2011/68.

⁸⁸ M. Nordentoft, P.B. Mortensen, C.B. Pedersen, *Absolute risk...*

⁸⁹ M. Nordentoft, P.B. Mortensen, C.B. Pedersen, *Absolute risk...*

⁹⁰ J. Fawcett, W.A. Scheftner, L. Fogg i in., *Time-related predictors of suicide in major affective disorders*, „American Journal of Psychiatry” 1990/147.

⁹¹ M.Y. Agargun, H. Kara, M. Somaz, *Subjective sleep quality and suicidality in patients with major depression*, „Journal of Psychiatric Research” 1997/31.

z zaburzeniami afektywnymi⁹². W prospektywnym badaniu pacjentów w starszym wieku stwierdzono korelację między subiektywnymi zaburzeniami snu a wyższym ryzykiem ostatecznego samobójstwa⁹³.

3. Ryzyko zachowań suicydalnych

Jedną z kategorii czynników ryzyka tworzą zaburzenia i choroby psychiczne oraz choroby somatyczne. W badaniach stwierdzono, że u 75% osób, które odebrały sobie życie w domach opieki, zdiagnozowano choroby psychiczne: depresję, chorobę dwubiegunową, depresyjne zaburzenia schizoafektywne, zaburzenia depresyjne niewyróżnione inaczej, dystymie, organiczne zaburzenia nastroju, zaburzenia adaptacyjne z zaburzeniami nastroju, uzależnienie od alkoholu i nadużywanie alkoholu⁹⁴. Większość ofiar samobójstwa (67%) nie była w przeszłości leczona psychiatrycznie, ale 17% samobójców było konsultowanych psychiatrycznie w okresie miesiąca przed śmiercią. Zwraca się uwagę na jeszcze jedną kategorię czynników, która jest związana z pobytem w domu pomocy społecznej, a mianowicie konsekwencje zmiany miejsca zamieszkania i rozpoczęcia życia przez osobę starszą w nowym środowisku, czasami wbrew jej woli: zmiana środowiska, konieczność przystosowania się do nowych warunków (np. konieczność zaakceptowania ograniczeń swobody, utrata indywidualizmu, czasami także negatywne zachowania personelu, w skrajnych przypadkach w postaci stosowania przemocy psychicznej, fizycznej). Jak pokazują badania, depersonalizacja pensjonariuszy jest zjawiskiem powszechnym w takich instytucjach. Rozpoczęcie życia w nowych, obcych realiach przy współistniejących chorobach psychicznych i somatycznych zwiększa ryzyko wystąpienia zachowań samobójczych. Jest ono największe w okresie pierwszych sześciu miesięcy pobytu w placówce. Zwraca się uwagę na suicydogenną rolę oczekiwania na miejsce w takiej placówce. Sytuacja taka jest szczególnie stresująca dla małżeństw, które boją się odseparowania podczas przeniesienia oraz pobytu w nowym miejscu. Ustalono empirycznie, że wśród pięciu osób, które w przeszłości (tzn. przed zamieszkaniem w placówce opiekuńczej) podejmowały próby targnięcia się na życie, dwie zrobiły to w okresie bezpośrednio poprzedzającym przyjęcie do domu pomocy społecznej⁹⁵. W cytowanych badaniach zidentyfikowano również dwie podstawowe przyczyny prób samobójczych podejmowanych przez mieszkańców placówek: choroby somatyczne i towarzyszący im ból rodzący cierpienie fizyczne i psychiczne oraz poczucie osamotnienia wynikające z faktu opuszczenia przez najbliższych.

Samobójstwo osoby starszej jest efektem końcowych problemów z wcześniejszych okresów życia, sięgających nawet do dzieciństwa. W biografii samobójców w tym wieku można znaleźć ślady tendencji autodestrukcyjnych we wczesnych etapach rozwoju,

⁹² C.Y. Lai, M.C. Huang, H.C. Chen i in., *Familiality and clinical outcomes of sleep disturbances in major depressive and bipolar disorders*, „Journal of Psychosomatic Research” 2013/76.

⁹³ C.L. Turvey, Y. Conwell, M.P. Jones i in., *Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study*, „American Journal of Geriatric Psychiatry” 2002/10.

⁹⁴ K. Suominen, M. Henriksson, E. Isometsa i in., *Nursing home suicides – a psychological autopsy study*, „International Journal of Geriatrics Psychiatry” 2003/18(12), s. 1095–1101.

⁹⁵ A. Czabański, *Zachowania samobójcze ludzi starszych w domach pomocy społecznej w Poznaniu*, „Poznańskie Zeszyty Humanistyczne” 2014/22.

pewne mechanizmy kompensacyjne utrudniły ich wyrażenie aż do starości⁹⁶. Samobójstwo w starszym wieku jest więc głęboko osadzone w biografii. Samobójstwa starszych są logiczną konsekwencją ich życia. Osoby, które ujawniały poważne problemy w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych, są naznaczone większym ryzykiem zamachu na własne istnienie, a ich trudności w relacjach interpersonalnych nasilają się, gdy wkraczają w starość. W starości dawne problemy mogą się nasilić i przysłonić pragnienie życia, o czym świadczą dane o samobójstwach kobiet w Nigerii⁹⁷. W Afryce ogromną wagę przywiązuje się do posiadania dzieci, a bezpłodna kobieta najczęściej doświadcza niepokoju i depresji. Wsparcie uzyskane od rodziny może zapobiec rozwojowi tendencji autodestrukcyjnych. W późniejszym okresie życia nadzieja na urodzenie dziecka zamiera już całkowicie. Porzucenie kobiety przez partnera i inne okoliczności powodują, że narastają niepokój, stres i depresja, co przyczynia się do samobójstwa. Kobiety, które o pozbawieniu się życia myślały już od dłuższego czasu, cechuje silne poczucie beznadziejności. W swoim życiu najczęściej usiłowały dopełnić samobójstwo.

Często samobójstwa starszych są związane z poczuciem samotności. Starsi stracili już kiedyś i w dalszym ciągu tracą bliskich, kurczy się też krąg przyjaciół i krewnych. Poczucie samotności modyfikują postawy innych osób z nimi związanych. Najpoważniejszy problem w kontekście samotności to właściwe przeżycie procesów żałoby w przeszłości, gdyż nieodpowiednie zakończenie dawnej żałoby może doprowadzać do antagonistycznych postaw wobec innych. Starszy człowiek często jest otoczony osobami bliskimi, a odczuwa samotność, gdyż zaprzecza ważności tych ludzi. Może być również pochłonięty sobą i swoimi problemami, jego rozmowy koncentrują się tylko na własnych sprawach. Staje się zatem mało interesujący i uciążliwy dla innych⁹⁸. Niekiedy dolegliwości fizyczne utrudniają starszemu uczestnictwo w życiu towarzyskim. Wiele osób traci kontakt ze swymi współpracownikami z chwilą przejścia na emeryturę. Rezygnacja z ulubionych zajęć, z towarzystwa lub brak środków materialnych mogą prowadzić do bezczynności i braku inicjatywy. Niejednokrotnie samotności towarzyszy poczucie alienacji. Wiele osób starszych nie nadąża za rozwojem techniki. Seniorzy często nie korzystają z internetu lub z telefonów komórkowych, nawet gdy warunki materialne pozwalają im na to. Czują się samotni i odizolowani, ponieważ niewiele osób w ich otoczeniu posługuje się ich językiem⁹⁹. Zarazem wiele starszych ludzi ogląda seriale telewizyjne, żyjąc życiem ich bohaterów. Program dnia zostaje ułożony zgodnie z programem telewizyjnym, a odwiedziny krewnych nie są mile widziane, gdy dzieje się to w porze emisji ulubionego serialu. Dla wielu starszych osób seriale telewizyjne stają się sposobem na życie. Pewien odsetek starszych dużo podróżuje, ciesząc się z możliwości poznawania nowych krajów. Życie wielu starszych ludzi w Polsce odbiega od obrazu depresyjnej osoby, zwłaszcza że pozostaje żywy kontakt z religią stanowiącą źródło wsparcia.

W starszym wieku poważnych problemów nastroczyć może obniżone poczucie własnej wartości, co pozostaje w związku z tendencją do wspomniania przeszłości. Wspomnienia mogą spełniać pozytywną funkcję, mogą wzmacniać poczucie młodości, kompetencji,

⁹⁶ B. Pilecka, *Samobójstwa wieku starszego* [w:] P. Piotrowski (red.), *Przemoc i marginalizacja*, Warszawa 2004, s. 129–144.

⁹⁷ W. Yoloze, *Barreness and suicide in elderly women* [w:] *Suicidal Behavior. The State of Art*, Regensburg, 1993, s. 185–187.

⁹⁸ K. Achte, *On the psychodynamics of suicide in the elderly* [w:] *Suicidal Behavior. The State of Art*, Regensburg 1993, s. 152–156.

⁹⁹ U. Bille-Brahe, *Suicidal process and society* [w:] K. Sauheerimgen (red.), *Understanding suicide behavior*, New York 2001.

atrakcyjności i bliskości innych. Niektórzy koncentrują się na negatywnych doświadczeniach minionego życia i pozwalają, aby doznane rozczarowania nimi owładnęły. Wspominanie własnych klęsk, niepowodzeń i rozczarowań może obniżyć poczucie własnej wartości. Negatywne doświadczenia życiowe powinny tylko służyć jako swoista lekcja i pewna przestroga na przyszłość. Obniżone poczucie własnej wartości utrudnia nawiązanie ważnych relacji interpersonalnych¹⁰⁰. W starszym wieku znaną cechą obniżenia poczucia własnej wartości jest wrażenie pustki i bezużyteczności, co przejawia się jako tzw. pusta depresja będąca świadectwem zdruzgotania oczekiwań wobec własnej osoby.

Problem depresji u osób w starszym wieku jest inny niż w pozostałych grupach wiekowych. Mówi się, że depresja u tych osób jest śmiertelną chorobą, gdyż grozi samobójstwem. Podatność na depresję u starszych postrzegana z punktu widzenia psychologii poznawczej wynika z nieprawidłowej oceny własnego życia i nieumiejętności zmagania się z osobistymi, materialnymi i społecznymi stresami¹⁰¹. Depresja współwystępuje również z różnymi chorobami nękającymi starszych. Może być także wywołana lekami służącymi do leczenia innych chorób. Starsi rzadziej niż młodszy poszukują pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej. Ważną rolę w depresji osób starszych odgrywają negatywne doświadczenia życiowe. Starsi ludzie, którzy w ciągu swojego życia doświadczyli śmierci osób kochanych, fizycznych chorób oraz problemów w relacjach personalnych, częściej cierpią na depresję, która w tym wieku jest szczególnie niebezpieczna. Pewną zaporę przed depresją w późnym wieku stanowią trwałe więzi emocjonalne nawiązane w ciągu życia. Więzy przywiązania powstają w różnych etapach życia. W okresie dzieciństwa pierwotne przywiązanie dotyczy rodziców.

Wyodrębnia się dwa wymiary, na których ufundowane są związki rodziców i dzieci. Należą do nich: troska i kontrola, uczucie i ciepło versus chłód emocjonalny i odrzucenie. Przywiązanie wywiera pozytywny wpływ na samopoczucie psychiczne oraz pomaga w trudnych okresach. W Holandii zbadano blisko 200 osób w wieku od 65. do 94. roku życia¹⁰². Badani w większości byli niezależni od rodzin i w większości byli osobami wierzącymi. Stwierdzono, że kontrola wywierana zarówno przez rodziców w dalekiej przeszłości, jak i później przez partnerów życiowych przyczyniała się do depresji w starości. Przez pojęcie kontroli rozumiano: dominację, ingerencję w osobiste sprawy, tendencję do krytykowania oraz autorytatywne postawy. Im więcej kontroli roztaczali rodzice i partnerzy, tym większe było ryzyko depresji pod koniec życia. Niski poziom kontroli ze strony rodziców służył natomiast jako bufor przed negatywnymi doświadczeniami życiowymi. Optymalne więzi między dzieckiem i rodzicami sprzyjają pogodnemu przeżywaniu starości. Dominacja, ingerencja w najbardziej osobiste sprawy, tendencja do krytykowania oraz autorytatywne postawy powinny być przedmiotem interwencji psychologicznej, i to już od najwcześniejszych okresów życia. Rozwój związków opartych na przestrzeganiu prawa do autonomii drugiej osoby wpływa pozytywnie na samopoczucie psychiczne starszych. Samobójstwu w starości można zatem zapobiegać już od najwcześniejszych lat, od dzieciństwa jednostki.

W terapii osób starszych szczególną wagę przykłada się do procesu żałoby po stracie współmałżonka. Tymczasem wiele osób sześćdziesięciokilkuletnich przeżywa proces ża-

¹⁰⁰ B. Pilecka, *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2004, s. 146.

¹⁰¹ A. Freeman, M.A. Reinecke, *Cognitive Therapy of Suicide Behavior*, New York 1991.

¹⁰² V. Kraaij, N. Garnefski, *Negative life events and depressive symptoms in late life: buffering effects of parental and partner bonding*, „Personal Relationships. Journal of the International Society For the Study of Personal Relationships” 2001/2, s. 205–214.

łoby z powodu śmierci swoich osiemdziesięcioletnich rodziców. Śmierć starszych rodziców może mieć dewastujący efekt również i z tego powodu, że rodzice stanowią pewien bufor odgradzający od śmierci. Po ich odejściu dzieci znajdują się już „na pierwszej linii strzału”.

Samobójstwa dokonane i usiłowane jako reakcja na porzucenie i straty pojawiają się u osób starszych obojga płci¹⁰³. Mężczyźni popełniają samobójstwo po stracie poczucia władzy i kontroli związanego z pracą zawodową. Przejście na emeryturę może wyzwolić u mężczyzn tendencje autodestrukcyjne. Kobiety częściej niż mężczyźni popełniają samobójstwa, gdy tracą kogoś bliskiego. Starość jest naznaczona stratami bieżącymi oraz wspomnieniami strat dawnych, dlatego okres ten jest obciążony szczególnym ryzykiem samobójstwa. Są również inne dolegliwości tej fazy życia, jak strata sprawności i urody swojego ciała. Dla wielu kobiet szczególnie bolesna i dotkliwa jest strata dawnej atrakcyjności fizycznej. Niektóre nie przeżywają tego jednak w konwencji straty, gdyż są wolne od natarczywości mężczyzn i mogą spokojnie cieszyć się przyjaźniami.

Myśli o samobójstwie i plany stanowią dopiero pierwsze kroki na drodze do autodestrukcji. Osoby starsze częściej popełniają samobójstwo dokonane niż młodsze, myśl o samobójczej śmierci nie jest jednak częstym atrybutem starości. Sprawdzano, czy pragnienie śmierci i myśli o samobójstwie są rozpowszechnione wśród ludzi starszych¹⁰⁴. Badaniami objęto 516 mężczyzn i kobiet, mieszkańców Berlina w wieku między 70. a 105. rokiem życia. Każdy badany uczestniczył w 15 sesjach i rozwiązywał testy psychologiczne. Grupa była reprezentatywna dla populacji starszych osób w Berlinie. Stwierdzono, że 20% osób powyżej 70. roku życia ujawniało pragnienie śmierci lub gesty samobójcze. Doprowadziło to do konkluzji, że pragnienie śmierci jest raczej rzadkie, nawet w zaawansowanym wieku. Z analizy regresji wynikało jednak, że depresja jest ważnym czynnikiem pozwalającym przewidzieć samobójstwo. Typowe objawy depresji, takie jak: poczucie beznadziejności, ograniczenie zdolności poznawczych, bezradność, sztywność procesów poznawczych, powodują, że samobójstwo zdaje się być jedynym wyjściem z sytuacji.

4. Skale pośrednio oceniające ryzyko samobójstwa

Skala impulsywności Barratta (BIS – Barratt Impulsivity Scale)

Impulsywność jest zwykle uważana za jeden z głównych współczynników ryzyka samobójstwa i zachowań samobójczych¹⁰⁵. Jedenasta wersja (BIS-11) to skala samoopisowa z 30 pozycjami, przy czym każda pozycja pozwala na ocenę 4-punktową. Skala ta była szeroko stosowana u osób próbujących popełnić samobójstwo¹⁰⁶, a impulsywność powiązano z samobójstwami o niskiej śmiertelności¹⁰⁷. Niedawno badania wykazały, że impulsywność nie ma związku z: śmiertelnymi lub prawie śmiertelnymi próbami sa-

¹⁰³ H. Hendin, *Suicide in America*, New York–London 1981.

¹⁰⁴ S. Barnow, M. Linden, *Epidemiology and psychiatric morbidity of suicidal ideation among the elderly*, „Crisis” 2001/4, s. 171–180.

¹⁰⁵ M.A. Oquendo, J.J. Mann, *The biology of impulsivity and suicidality*, „Psychiatric Clinics of North America” 2000/23.

¹⁰⁶ D. Delgado-Gomez, H. Blasco-Fontecilla, A.A. Alegria i in., *Improving the accuracy of suicide attempter classification*, „Artificial Intelligence in Medicine” 2011/52.

¹⁰⁷ P. Solof, R. White, V.A. Diwadkar, *Impulsivity, aggression and brain structure in high and low lethality suicide attempters with borderline personality disorder*, „Psychiatry Research” 2014/2; M.A. May, E.D. Klonsky, *Impulsive suicide attempts: What do we really mean?*, „Personality Disorders” 2016/7.

mobójczymi (w porównaniu z pozytywnym skojarzeniem z bolesnymi zdarzeniami)¹⁰⁸ czy próbami samobójczymi (kontra skojarzenie pozytywne z przewlekłym poczuciem pustki)¹⁰⁹.

Inwentarz Wrogości Bussa-Durkee (BDHI – *The Buss-Durkee Hostility Inventory*) i historia życiowej agresji Browna-Goodwina (BGHA – *The Brown-Goodwin Lifetime History of Aggression*)

Agresywność jest kolejną kluczową cechą osobowości w modelu skazy-stresu SB¹¹⁰. Do oceny agresywności u pacjentów z samobójstw i zachowań samobójczych tradycyjnie stosowano dwie główne skale: BDHI¹¹¹ oraz BGHA¹¹². BDHI to test na 75 pozycji typu prawda-falsz mierzący napaść, drażliwość, wrogość werbalną, wrogość pośrednią, negatywizm, urazę, podejrzliwość i poczucie winy¹¹³. Skala BGHA to kwestionariusz na 11 pozycji mierzący szereg różnych typów zachowań agresywnych w okresie dzieciństwa, dorastania i dorosłości¹¹⁴. Osoby są proszone o ocenę każdego ze swoich agresywnych zachowań za pomocą 4-punktowej skali Likerta.

Skala poczucia beznadziejności Becka (BHS – *The Beck Hopelessness Scale*)

Beznadziejność jest również krytycznym współczynnikiem ryzyka w konstrukcie modelu skaza-stres zachowań samobójczych¹¹⁵. BHS to skala na 20 pozycji, która została opracowana do oceny pesymizmu u pacjentów z ryzykiem samobójstwa¹¹⁶. Każdy element może być oceniony jako zero lub jeden, zapewniając zakres dla całkowitego wyniku od zera do 20 punktów. Za punkt odcięcia dla ryzyka samobójstwa przyjmuje się zwykle > 9–10 (umiarkowany brak nadziei).

Inwentarz depresji Becka (BDI – *The Beck Depression Inventory*)

Duże zaburzenie depresyjne (MDD) jest zwykle uważane za najistotniejszy współczynnik ryzyka zachowań samobójczych¹¹⁷. BDI ma na celu ocenę nasilenia depresji, ale zawiera jedną pozycję samobójstwa (pozycja dziewiąta, „myśli o samobójstwie”) dla prób samobójczych i śmierci samobójczej. W badaniu obejmującym dwie próby, pozycja dziewiąta dotycząca samobójstw BDI istotnie przewidywała zarówno powtarzające się próby samobójcze, jak i zgony samobójcze, i zalecała ją jako „krótki, skuteczny ekran ryzyka samobójstwa w rutynowej opiece klinicznej”¹¹⁸.

¹⁰⁸ J.T. Jordan, K.W. Samuelson, Q.Q. Tiet, *Impulsivity, painful and provocative events, and suicide intent: testing the interpersonal theory of suicide*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 2018/49.

¹⁰⁹ H. Blasco-Fontecilla, D. Delgado-Gomez, D. Ruiz-Hernandez i in., *Combining scales to assess suicide risk*, „Journal of Psychiatric Research” 2012/46 (10).

¹¹⁰ J.J. Mann, C. Waternaux, G.L. Haas, K.M. Malone, *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients*, „American Journal of Psychiatry” 1999/156.

¹¹¹ A.H. Buss, A. Durkee, *An inventory for assessing different kinds of hostility*, „Journal of Consulting Psychology” 1957/21.

¹¹² G.L. Brown, F.K. Goodwin, J.C. Ballenger i in., *Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites*, „Psychiatry Research” 1979/1.

¹¹³ A.H. Buss, A. Durkee, *An inventory for assessing different kinds of hostility*, „Journal of Consulting Psychology” 1957/21.

¹¹⁴ G.L. Brown, F.K. Goodwin, J.C. Ballenger i in., *Aggression in humans...*

¹¹⁵ J.J. Mann, C. Waternaux, G.L. Haas, K.M. Malone, *Toward a clinical model...*

¹¹⁶ A.T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler, *The measurement of pessimism: the hopelessness scale*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1974/42.

¹¹⁷ J.J. Mann, C. Waternaux, G.L. Haas, K.M. Malone, *Toward a clinical model...*

¹¹⁸ K.L. Green, G.K. Brown, S. Jager-Hyman i in., *The predictive validity of the Beck Depression Inventory Suicide Item*, „Journal of Clinical Psychiatry” 2015/76.

Skala Stresu Holmesa i Rahe'a (SRRS – *The Social Readjustment Rating Scale*)

Oprócz dużego zaburzenia depresyjnego, zdarzenia życiowe (LEs – *Life Events*) są drugim krytycznym współczynnikiem dla samobójstw i zachowań samobójczych w ramach modelu skazy-stresu¹¹⁹. LEs zwykle związane z samobójstwami i zachowaniami samobójczymi można pogrupować w doświadczanie problemów w trzech domenach: 1) relacje społeczne/rodzinne/miłosne; 2) kwestie finansowe; oraz 3) problemy zdrowotne¹²⁰.

Inwentaryzacja powodów, dla których warto żyć (RFLI – *The Reason For Living Inventory*)

Victor E. Frankl stał się znanym psychiatrą z różnych powodów, w tym ze swojej książki *Man's Search for Meaning*. Bronił koncepcji, że jednym z najsilniejszych współczynników chroniących przed samobójstwem i zachowaniami samobójczymi jest wiedza lub przekonanie, że czyjeś życie ma sens. Skróconą wersję tej idei można znaleźć w jego słowach: „Ci, którzy mają «dlaczego» żyć, mogą znieść niemal każde «jak?»”.

Skala Osobowości i Wydarzeń Życiowych (PLE – *The Personality and Life Events scale*).

Niektórzy autorzy sugerowali, że ocenę ryzyka samobójstwa można poprawić, wybierając z różnych skal najbardziej dyskryminujące pozycje, które mogą być związane z zachowaniem samobójczym¹²¹. Zgodnie z tym zaleceniem skonstruowana była nowa skala (skala Osobowości i Wydarzeń Życiowych) przy użyciu zestawu najbardziej dyskryminujących zmiennych wyodrębnionych z różnych skal (BIS-11, BGHA, SRRS i *International Personality Disorder Evaluation Screening Questionnaire*, IPDE-SQ) oraz współczynników socjodemograficznych (wiek, płeć)¹²².

Skala Bólu Psychicznego (PS – *The Psychache Scale*)

Shneidman podkreślał, że najistotniejszym współczynnikiem ryzyka samobójstwa był „nieznośny ból psychiczny”¹²³. Związek między bólem psychicznym a zachowaniami samobójczymi jest dobrze udokumentowany¹²⁴.

¹¹⁹ J.J. Mann, C. Waternaux, G.L. Haas, K.M. Malone, *Toward a clinical model...*

¹²⁰ H. Blasco-Fontecilla, D. Delgado-Gomez, T. Legido-Gil i in., *Can the Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale (SRRS) be used as a suicide risk scale? An exploratory study*, „Archives of Suicide Research” 2012/16; H. Blasco-Fontecilla, D. Delgado-Gomez, D. Ruzi-Hernandez i in., *Combining scales to assess suicide risk*, „Journal of Psychiatric Research” 2012/46; D. Delgado-Gomez, H. Blasco-Fontecilla, F. Sukno i in., *Suicide attempters classification: toward predictive models of suicidal behavior*, „Neurocomputing” 2012/92.

¹²¹ A.D. Pokorny, *Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study*, „Archives of General Psychiatry” 1983/40; H. Hendin, R.K. Al Juridi, P.R. Houck i in., *Evidence for significant improvement in prediction of acute risk for suicidal behavior*, „Journal of Nervous and Mental Disease” 2010/198; D. Delgado-Gomez, H. Blasco-Fontecilla, A. Alegria i in., *Improving the accuracy of suicide attempter classification*, „Artificial Intelligence in Medicine” 2011/52; J. Stefansson, P. Nordstrom, J. Jokinen, *Suicide Intent Scale in the prediction of suicide*, „Journal of Affective Disorders” 2012/136.

¹²² H. Blasco-Fontecilla, D. Delgado-Gomez, D. Ruzi-Hernandez i in., *Combining scales to assess suicide risk*, „Journal of Psychiatric Research” 2012/46.

¹²³ E.S. Shneidman, *Suicide as psychache*, „Journal of Nervous and Mental Disease” 1993/181.

¹²⁴ I. Orbach, M. Mikulincer, E. Gilboa-Schechtman, P. Sirota, *Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 2003/33; E. Tossani, *The concept of mental pain*, „Psychotherapy and Psychosomatics” 2013/82; D. Ducasse, R.R. Holden, L. Boyer i in., *Psychological pain in suicidality: a meta-analysis*, „Journal of Clinical Psychiatry” 2018/79.

Skala OSÓB SMUTNYCH (SPS – SAD PERSONS SCALE) oraz skala BRAK NA- DZIEI (NO HOPE)

Skala mnemoniczna SAD PERSONS¹²⁵ wyróżnia się wysoką trafnością kliniczną, mimo że jest krótką listą kontrolną dziesięciu pozycji (ocenianych jako obecne/nieobecne), w tym: płeć: męczyzna; wiek: poniżej 20 lat lub powyżej 45 lat; depresja; poprzednie próby; stosowanie etanolu; utrata racjonalnego myślenia (np. organiczny zespół mózgowy, zaburzenia afektywne, schizofrenia); brak wsparcia społecznego; zorganizowany plan samobójstwa; brak współmałżonka lub brak pokrewieństwa; i choroba (słabe zdrowie fizyczne). Skala SAD PERSONS stosowana jest głównie do przewidywania konieczności hospitalizacji osób zagrożonych samobójstwem¹²⁶. Akronim NO HOPE uzupełnia SPS w celu dokładniejszej oceny ryzyka samobójstwa poprzez uwzględnienie poczucia beznadziejności¹²⁷.

Skala Samobójczych Ideacji Becka (SIS – The Suicide Intent Scale)

Skala SIS¹²⁸ jest najczęściej używaną skalą do pomiaru intencji samobójczych. SIS ma 15 pozycji ocenianych od 0 do 2 i ocenia kilka innych kwestii (pozycje A, B i C) nieuwzględnionych w ogólnej punktacji¹²⁹. W badaniu oceniono wartość predykcyjną SIS u 81 osób próbujących popełnić samobójstwo, które były prospektywnie obserwowane pod kątem przyczyny śmierci. Średnie wyniki SIS rozróżniały osoby, które przeżyły, i samobójców, ale pozytywna wartość predykcyjna (PPV – *Positive predictive value*) i pole pod krzywą (AUC – *Area under the ROC Curve*) wyniosły odpowiednio tylko 16,7% i 0,74%. Dzięki zastosowaniu krótszej wersji SIS (zawierającej tylko pozycje 4, 7, 12 i 13) PPV i AUC poprawiły się odpowiednio do 19% i 0,82%¹³⁰.

Skala oceny ryzyka i ratownictwa (RRRS – The Risk/Rescue Rating Scale)

RRRS to skala z 10 pozycjami (z punktacją 1, 2 lub 3) tradycyjnie stosowana do oceny śmiertelności prób samobójczych¹³¹. W niedawnym badaniu poświęconym ocenie potencjału różnych skal do pomiaru ich zdolności do przewidywania hospitalizacji osoby usiłującej popełnić samobójstwo skala RRRS przewyższyła inne skale¹³². Po połączeniu RRRS i SIS, AUC było lepsze niż w każdej z pojedynczych skal. Autorzy doszli do wniosku, że RRRS jest dobrą skalą do przewidywania hospitalizacji osoby z próbą samobójczą ocenianą na SOR.

¹²⁵ W.M. Patterson, H.H. Dohn, J. Bird, G.A. Patterson, *Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale*, „Psychosomatics” 1983/24.

¹²⁶ W.M. Patterson, H.H. Dohn, J. Bird, G.A. Patterson, *Evaluation...*; R.S. Hockberger, R.J. Rothstein, *Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the SAD PERSONS score*, „Journal of Emergency Medicine” 1988/6.

¹²⁷ S. Shea. *Psychiatric Interviewing. The Art of Understanding*. Saunders, Philadelphia, PA, 1988.

¹²⁸ A.T. Beck, R.A. Steer, M. Kovacs, B. Garrison, *Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation*, „American Journal of Psychiatry” 1985/142.

¹²⁹ H. Misson, F. Mathieu, F. Jollant i in., *Factor analyses of the Suicidal Intent Scale (SIS) and the Risk-Rescue Rating Scale (RRRS): toward the identification of homogeneous subgroups of suicidal behaviors*, „Journal of Affective Disorders” 2010/121.

¹³⁰ J. Stefansson, P. Nordstrom, J. Jokinen, *Suicide Intent Scale in the prediction of suicide*, „Journal of Affective Disorders” 2012/136.

¹³¹ H. Misson, F. Mathieu, F. Jollant i in., *Factor analyses of the Suicidal...*

¹³² D.W. Kim, K.Y. Jeong, K.S. Kim, *Psychological scales as predictors of emergency department hospitalizations in suicide attempters*, „American Journal of Emergency Medicine” 2018/36.

Wywiad dotyczący Samookaleczeń i Zachowań (SITBI – *The Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview*)

Jednym z najistotniejszych problemów dostrzeganych w narzędziach do oceny ryzyka samobójstwa jest to, że zwykle odnoszą się one do konkretnego samookaleczenia lub konstruktów samobójczych. Jednym godnym uwagi wyjątkiem jest SITBI¹³³. Wywiad ten ocenia szeroki zakres konstruktów związanych z samouszkodzeniami¹³⁴. W badaniu walidacyjnym SITBI charakteryzował się wysoką rzetelnością test-retest (średnia Kappa = 0,70, współczynnik korelacji wewnątrzklasowej = 0,44) i rzetelnością międzyrasową (średnia Kappa = 0,99, $r = 1,0$) w okresie sześciu miesięcy; wykazano również równoczesną ważność. Oprócz języka angielskiego skala jest walidowana w języku hiszpańskim¹³⁵ i niemieckim¹³⁶.

Skala do Oceny Zachowań Samobójczych Columbia (C-SSRS – *Columbia Suicide Severity Rating Scale*)

C-SSRS¹³⁷ została zaprojektowana w celu ilościowego określenia nasilenia myśli samobójczych i zachowań samobójczych. Mierzone są cztery konstrukty: (1) nasilenie podskali ideacji; (2) intensywność podskali ideacji; (3) podskala zachowań samobójczych; oraz (4) podskala śmiertelności, która ocenia rzeczywiste próby. Skala C-SSRS staje się „złotym standardem” w ocenie ryzyka samobójstwa¹³⁸. Autorzy ci ocenili właściwości psychometryczne C-SSRS i doszli do wniosku, że ma solidne właściwości psychometryczne i zasługuje na zastosowanie jako środek oceny ryzyka samobójstwa. Jednak niedawna publikacja wykazała pewne rozbieżności między C-SSRS a dwoma standardowymi instrumentami mierzącymi zachowania samobójcze, podważając w ten sposób ważność C-SSRS jako „złotego standardu”¹³⁹.

Kwestionariusz zachowań samobójczych – wersja zrewidowana (*Suicidal Behaviors Questionnaire, Revised SBQ-R*) jest 4-punktową miarą samoopisową, w której uwzględnia się cztery aspekty zachowań samobójczych, których każdy ocenia wymiar myśli samobójczych.

ASIQ jest 25-punktowym kwestionariuszem samoopisowym, w którym każde stwierdzenie ocenia się w skali siedmiopunktowej. Kwestionariusz ocenia częstotliwość występowania myśli samobójczych, pragnienie śmierci, plany samobójcze i zachowania samobójcze występujące w ciągu ostatniego miesiąca.

¹³³ M.K. Nock, E.B. Holmberg, V.I. Photos, B.D. Michel, *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample*, „Psychological Assessment” 2007/19.

¹³⁴ M.K. Nock, E.B. Holmberg, V.I. Photos, B.D. Michel, *Self-Injurious Thoughts...*

¹³⁵ R. Garcia-Nieto, H. Blasco-Fontecilla, M. Paz Yepes, E. Baca-Garcia, *Translation and validation of the ‘Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview’ in a Spanish population with suicidal behavior*, „Revista Psiquiatria Salud Mental” 2013/6.

¹³⁶ G. Fischer, N. Ameis, P. Parzer i in., *The German version of the self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI-G): a tool to assess non-suicidal self-injury and suicidal behavior disorder*, „BMC Psychiatry” 2014/14.

¹³⁷ K. Posner, G.K. Brown, B. Stanley i in., *The Columbia Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults*, „American Journal of Psychiatry” 2011/168.

¹³⁸ A. Madan, B.C. Frueh, J.G. Allen i in., *Psychometric reevaluation of the COLUMBIA SUICIDE SEVERITY RATING SCALE: findings from a prospective, inpatient cohort of severely mentally ill adults*, „Journal of Clinical Psychiatry” 2016/77.

¹³⁹ V. Sheehan, L.D. Alphas, L. Mao i in., *Comparative validation of the S-STS, the ISST-Plus, and the C-SSRS for assessing the suicidal thinking and behavior FDA 2012 suicidality categories*, „Innovations in Clinical Neuroscience” 2014/11.

Kwestionariusz oceny prawdopodobieństwa samobójstwa (*Suicide Probability Score*, SPS) jest kwestionariuszem samoopisowym składającym się z 36 pozycji ocenianych na czteropunktowej skali Likerta. Badani określają częstotliwość subiektywnych doświadczeń i przeszłych zachowań (brak lub niewiele, przez większość czasu lub cały czas), co pomaga w ocenie ryzyka samobójstwa.

ACSS to 20-punktowy kwestionariusz samoopisowy, w którym każdą pozycję ocenia się w pięciopunktowej skali Likerta w zakresie od 0 do 4. Całkowita liczba punktów mieści się w przedziale od 0 do 80. Kwestionariusz ocenia niepokój dotyczący śmierci i możliwości popełnienia samobójstwa.

BDI-II to autorski kwestionariusz składający się z 21 pozycji, które ocenia się na czteropunktowej skali od 0 do 3. Pozycja 9 ocenia myśli samobójcze.

BDI-Fast Screen (BDI-FS) zawiera siedem pozycji oceniających psychologiczne objawy depresji, z których wszystkie zostały zaczerpnięte ze skali BDI-II.

Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta dotyczący łączności telefonicznej – 9 (*Telephone-Linked Communication Patient Health Questionnaire – 9*, TLC-PHQ-9) jest zautomatyzowanym systemem telefonicznym, który komunikuje się z pacjentem, używając cyfrowej mowy ludzkiej i zarządza 9-elementowym kwestionariuszem. Każde pytanie jest oceniane w skali od 0 do 3 punktów. Ostatnia, dziewiąta pozycja jest pytaniem o myśli o samookaleczeniu. Jeśli odpowiedź na to pytanie jest pozytywna, to specjalny alarm natychmiast powiadamia lekarza.

The Sheehan Suicidality Tracking Scale (S-STs), zaadaptowany z Modułu Samobójstw w Międzynarodowym zinterpretowanym wywiadzie diagnostycznym w ramach wywiadu neuropsychiatrycznego na podstawie DSM-IV. Skala śledzi spontanicznie pojawiające się zachowania samobójcze, samookaleczanie, myśli samobójcze i próby.

Na początku lat 90. opracowano pierwszą kompleksową terapię psychospołeczną mającą na celu zapobieganie samobójstwom wśród osób o wysokim ryzyku samobójstwa, Terapię Dialektyczno-Behawioralną (*Dialectical behaviour therapy*, DBT)¹⁴⁰. Interwencja behawioralna trzeciej fali, DBT, jest obecnie interwencją psychospołeczną z najlepszymi dowodami na zmniejszenie zachowań samobójczych wśród pacjentów wysokiego ryzyka z zaburzeniem osobowości typu borderline¹⁴¹.

W połowie 2000 roku terapia kognitywna (*Cognitive Therapy*, CT) zapobiegająca próbom samobójczym¹⁴² została zindywidualizowana i okazała się skuteczna w zapobieganiu próbom samobójczym u pacjentów z wysokim ryzykiem samobójstwa¹⁴³. Następnie pojawiło się wiele innych metod leczenia wykorzystujących zasady i techniki teorii i terapii poznawczych i behawioralnych, które okazały się skuteczne w zmniejszaniu ryzyka prób samobójczych wśród nastolatków i dorosłych pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych¹⁴⁴. Adaptacje tradycyjnej tomografii komputerowej dla osób z tendencjami samobójczymi obejmują celowanie w sygnały ostrzegawcze kryzysów samobójczych, umiejętności radzenia sobie z kryzysami samobójczymi, a także zwiększanie motywacji

¹⁴⁰ M. Linehan, *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*, New York 1993.

¹⁴¹ G. Zalsman, K. Hawton, D. Wasserman i in., *Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review*, „Lancet Psychiatry” 2016/3.

¹⁴² G.K. Brown, G.R. Henriques, C. Ratto i in., *Cognitive Therapy Treatment Manual for Suicide Attempts*. University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, 2002.

¹⁴³ G.K. Brown, T. Ten Have, G.R. Henriques i in., *Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial*, „Journal of the American Medical Association” 2005/294.

¹⁴⁴ G. Zalsman, K. Hawton, D. Wasserman i in., *Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review*, „Lancet Psychiatry” 2016/3.

do leczenia wśród osób z tendencjami samobójczymi¹⁴⁵. Ostatnio tomografia komputerowa w celu zapobiegania zachowaniom samobójczym jest dostarczana na oddziałach stacjonarnych, za pośrednictwem biblioterapii lub technologii mobilnej. Co więcej, krótkie interwencje oparte na tomografii komputerowej mające na celu zapobieganie zachowaniom samobójczym również cieszą się znacznym poparciem empirycznym w promowaniu bezpieczeństwa wśród osób wysokiego ryzyka. Interwencja planowania bezpieczeństwa (*Safety planning intervention, SPI*)¹⁴⁶ to modelowa krótka interwencja tomografii komputerowej, ciesząca się szerokim poparciem.

Ponad dekadę temu Williams i in.¹⁴⁷ stwierdzili, że terapia poznawcza oparta na uważności (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT*)¹⁴⁸ może być skuteczna w zmniejszaniu ryzyka samobójstwa wśród osób z depresją i zachowaniami samobójczymi w wywiadzie. Uzasadnienie zastosowania MBCT w zapobieganiu zachowaniom samobójczym wynikało ze wstępnych dowodów wskazujących, że osoby z zachowaniami samobójczymi w wywiadzie wykazały reaktywność poznawczą na negatywne myśli i uczucia (tj. początek myśli samobójczych i poczucie beznadziejności po niewielkim spadku nastroju). Ponadto istnieją dowody na to, że MBCT z powodzeniem zmniejsza reaktywność poznawczą u pacjentów z wcześniejszą depresją¹⁴⁹. Dowody nadal wskazują na specyficzny typ reaktywności poznawczej (tj. myśli samobójcze i poczucie beznadziejności wśród osób z historią myśli samobójczych)¹⁵⁰. Perspektywa i doświadczenie w stosowaniu MBCT u osób o podwyższonym długoterminowym ryzyku samobójstwa ujęte zostały w artykule zatytułowanym *Mindfulness and the Transformation of Despair: Working with People at Risk of Suicide* (*Uważność i przemiana rozpacz: praca z osobami zagrożonymi samobójstwem*)¹⁵¹.

5. Identyfikacja współczynników ryzyka

Jednym z obszarów potencjalnego zamieszania jest jednak to, w jakim stopniu identyfikacja współczynników ryzyka może pomóc klinicyście w ocenie klinicznej. Współczynniki ryzyka są pomocne w identyfikacji pacjentów należących do grup wysokiego ryzyka, co może pomóc w zwiększeniu czujności klinicysty w ocenie tych pacjentów.

¹⁴⁵ G.K. Brown, G.R. Henriques, C. Ratto i in., *Cognitive Therapy Treatment Manual for Suicide Attempts*. University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, 2002; B. Stanley, G.K. Brown, D. Brent i in., *Cognitive behavior therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility and acceptability*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 2009/48.

¹⁴⁶ B. Stanley, G.K. Brown, *Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk: Veteran Version*, „United States Department of Veterans Affairs” Washington DC 2008.

¹⁴⁷ J.M.G. Williams, D.S. Duggan, C. Crane, M.I.V. Fennell, *Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior*, „Journal of Clinical Psychology” 2006/62.

¹⁴⁸ Z.V. Segal, J.M.G. Williams, J.G. Teasdale, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*, New York 2002.

Z.V. Segal, J.M.G. Williams, J.D. Teasdale, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*, New York 2013.

¹⁴⁹ J.M.G. Williams, D.S. Duggan, C. Crane, M.I.V. Fennell, *Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior*, „Journal of Clinical Psychology” 2006/62.

¹⁵⁰ J.M.G. Williams, A.J. Van Der Does, T. Barnhofer i in., *Cognitive reactivity, suicidal ideation and future fluency: preliminary investigation of a differential activation theory of hopelessness/suicidality*, „Cognitive Therapy and Research” 2008/32.

¹⁵¹ J.M.G. Williams, M. Fennell, T. Barnhofer i in., *Mindfulness and the Transformation of Despair: Working with People at Risk of Suicide*, New York 2015.

Niestety jednak liczba współczynników ryzyka nie informuje klinicysty o ryzyku samobójstwa u pojedynczego pacjenta¹⁵². I odwrotnie, brak zidentyfikowanych współczynników ryzyka wcale nie chroni przed innymi zmiennymi klinicznymi. Na przykład historia wcześniejszych prób samobójczych jest dobrze znana jako silny współczynnik ryzyka popełnienia samobójstwa¹⁵³. Jednak w kontekście innych powodów do niepokoju brak takiej historii nie jest pocieszający, ponieważ około 60% dokonanych samobójstw ma miejsce przy pierwszej próbie¹⁵⁴.

Istnieje inny sposób, w jaki znaczenie historii samouszkodzeń jako współczynnika ryzyka jest czasami źle rozumiane przez klinicystów. Pacjenci z powtarzającymi się samookaleczeniami o niskiej śmiertelności i niskim zamiarze są często postrzegani jako osoby mające interpersonalne motywy manipulacyjne; fakt, że nie podjęli oni prób większej śmiertelności, jest traktowany jako wskazówka, że ryzyko popełnienia samobójstwa jest u nich niskie, jak wynika z powszechnie używanego terminu „gest samobójczy”. Tu trzeba uważać. Po pierwsze, ważne jest, aby klinicysta był świadomy różnych możliwych motywacji do samouszkodzeń, w tym możliwości, że może to służyć rozładowaniu nieznośnego napięcia. Chociaż prawdą jest, że statystycznie najbardziej zagrożeni są pacjenci, którzy podejmują próby samobójcze¹⁵⁵, samookaleczenie o niskiej śmiertelności – nawet przy braku zamiarów samobójczych – nadal zwiększa ryzyko ostatecznego samobójstwa¹⁵⁶. Miłość i troska o własne ciało wydaje się odgrywać rolę ochronną w obliczu emocjonalnego zamętu¹⁵⁷. Może być tak, że doświadczenie faktycznego wyrządzenia krzywdy własnemu ciału degraduje naturalną funkcję ochronną ciała – miłość do ciała, lęk przed bólem itp. – ułatwiając nabycie zdolności do faktycznego samobójstwa¹⁵⁸. Ważne jest, aby zająć się ryzykiem samobójstwa w kontekście nieśmiercionośnych samookaleczeń oraz obserwowanie zmian w stanie afektywnym lub sytuacji psychospołecznej, które mogą narazić pacjenta na zwiększone ryzyko zachowań samobójczych.

Powszechnie wiadomo, że pacjenci z zaburzeniami afektywnymi są najbardziej narażeni na ewentualne samobójstwo, a cechy psychotyczne i jednocześnie używanie sub-

¹⁵² A.D. Pokorny, *Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study*, „Archives of General Psychiatry” 1983/40; R.B. Goldstein, D.W. Black, A. Nasrallah, G. Winokur, *The prediction of suicide: sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders*, „Archives of General Psychiatry” 1991/48; J. Powell, J. Geddes, J. Deeks i in., *Suicide in psychiatric hospital inpatients: risk factors and their predictive power*, „British Journal of Psychiatry” 2000/176.

¹⁵³ D. Owens, J. Horrocks, A. House, *Fatal and non-fatal repetition of self-harm*, „British Journal of Psychiatry” 2002/181.

¹⁵⁴ J.M. Bostwick, C. Pabbati, J.R. Geske i in., *Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew*, „American Journal of Psychiatry” 2016/173.

¹⁵⁵ D.H. Rosen, *The serious suicide attempt: five-year follow-up study of 886 patients*, „The Journal of American Medical Association” 1976/235; J. Douglas, J. Cooper, T. Amos i in., *‘Near fatal’ deliberate self-harm: characteristics, prevention, and implications for prevention of suicide*, „Journal of Affective Disorders” 2004/79.

¹⁵⁶ J.C. Gunderson, M.E. Ridolfi, *Borderline personality disorder. Suicidality and self-mutilation*, „Annals of the New York Academy of Science” 2001/932; J.M. Oldham, *Borderline personality disorder and suicidality*, „The American Journal of Psychiatry” 2006/163.

¹⁵⁷ I. Orbach, *Dissociation, physical pain, and suicide: a hypothesis*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 1994/24; I. Orbach, *The role of the body experience in self-destruction*, „Clinical Child Psychology and Psychiatry” 1996/1; I. Orbach, *Suicide and the suicidal body*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 2003/3; I. Orbach, E. Gilboa-Schechtman, A. Sheffer i in., *Negative bodily self in suicide attempters*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 2006/36.

¹⁵⁸ T. Joiner, *Why People Die by Suicide*, Cambridge, 2005; K.A. Van Orden, T.K. Witte, K.C. Cukrowicz i in., *The interpersonal theory of suicide*, „Psychological Review” 2010/117.

stancji (zwłaszcza alkoholu) zwiększają to ryzyko¹⁵⁹. Skupimy się tutaj na trzech innych objawach klinicznych wysokiego ryzyka. Na uwagę zasługują inne objawy kliniczne wysokiego ryzyka, np. beznadziejność.

Prospektywne badania pacjentów psychiatrycznych po wypisie ze szpitala wykazały, że stopień beznadziejności pacjenta jest silniej skorelowany z myślami samobójczymi, intensywnością intencji samobójczych i ewentualnym samobójstwem niż z depresją¹⁶⁰. Stwierdzono również, że pacjenci ambulatoryjni z poważnym poczuciem beznadziejności mają znacznie zwiększone ryzyko ewentualnego samobójstwa¹⁶¹. Związek między poczuciem beznadziejności a samobójstwem ma sens kliniczny, ponieważ pacjent w sytuacji kryzysowej jest mniej skłonny do dostrzegania alternatyw dla samobójstwa. Beznadziejność jest subiektywnym doświadczeniem, często bez zewnętrznych przejawów, dlatego łatwo ją przeoczyć, jeśli ankieter nie rozumie potrzeby szczegółowej oceny. Szczególnie łatwo jest nie docenić stopnia, w jakim pacjent może nadal czuć się beznadziejnie nawet po widocznej poprawie klinicznej i ustąpieniu innych objawów afektywnych. Dostrojenie do tej ciągłej „cechy”, beznadziejności, jest ważne w ocenie ryzyka samobójstwa, ponieważ wiąże się ze zwiększonym ryzykiem prób samobójczych¹⁶².

Jak zauważył Birtchnell „medyalizacja” wywiadu klinicznego – przez co rozumie skupienie się na objawach zorientowanych medycznie bez dostatecznego nacisku na zrozumienie subiektywnego doświadczenia pacjenta – niesie ze sobą ryzyko niezamierzonego ograniczenia wymiany zarówno dla lekarza, jak i dla pacjenta¹⁶³.

„Terapeuta przekazuje pacjentowi, że chęć samobójcza jest przejawem choroby, że nie ma nic wspólnego z samym pacjentem. Jeśli pacjent pozwoli lekarzowi wyeliminować chorobę, przekona się, że jego myśli samobójcze zniknęły. Psychiatra pyta pacjenta, czy uważa, że warto żyć; czy ma ochotę położyć temu kres. Gdy pacjent odpowie twierdząco, objaw został wywołany i psychiatra nie chce wiedzieć więcej”.

Dlatego istotne jest, aby klinicysta spróbował również zrozumieć subiektywne, wewnętrzne doświadczenie pacjenta związane z kryzysem samobójczym. Co faktycznie czuł pacjent poza opisem objawów klinicznych? W jaki sposób myśli lub działania samobójcze pacjenta są zrozumiałe, biorąc pod uwagę to doświadczenie?¹⁶⁴ Klinicysta, który koncentruje się wyłącznie na wywoływaniu objawów, naraża się na ryzyko niezaspoko-

¹⁵⁹ E. Robins, *The Final Months*, New York 1981; S.P. Roose, A.H. Glassman, T. Walsh i in., *Depression, delusions, and suicide*, „The American Journal of Psychiatry” 1983/140; J. Fawcett, W.A. Scheftner, L. Fogg i in., *Time-related predictors of suicide in major affective disorders*, „American Journal of Psychiatry” 1990/147; C.J. Chirpittel, L.G. Guilherme, C.H. Wilcox, *Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature*, „Alcoholism, Clinical and Experimental Research” 2004/28; S.K. Pallaskorpi, E.T. Isometsa, M.M. Henriksson i in., *Completed suicide among subjects receiving psychotherapy*, „Psychotherapy and Psychosomatics” 2005/74.

¹⁶⁰ R.C. Bedrozian, A.T. Beck, *Cognitive aspects of suicidal behavior*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 1979/9; R.D. Wetzel, T. Margulies, R. Davis, E. Karam, *Hopelessness, depression, and suicide intent*, „Journal of Clinical Psychiatry” 1980/41; A.T. Beck, R.A. Steer, M. Kovacs, B. Garrison, *Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation*, „American Journal of Psychiatry” 1985/142.

¹⁶¹ G.K. Brown, A.T. Beck, R.A. Steer, J.R. Grisham, *Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 2000/68.

¹⁶² M.A. Young, L.F. Fogg, W. Scheftner i in., *Stable trait components of hopelessness: baseline and sensitivity to depression*, „Journal of Abnormal Clinical Psychology” 1996/105.

¹⁶³ J. Birtchnell, *Psychotherapeutic considerations in the management of the suicidal patient*, „American Journal of Psychotherapy” 1983/1.

¹⁶⁴ M.M. Linehan, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York 1993; M.M. Linehan, *Validation and psychotherapy* [w:] A. Bohart, L. Greenberg (red.), *Empathy Reconsidered: New Directions in Psychotherapy*, Washington DC 1997.

jenia podstawowej potrzeby pacjenta: bycia zauważonym, zrozumianym i zaakceptowanym; może to paradoksalnie sprawić, że pacjent poczuje się bardziej samotny, nawet w kontekście szukania pomocy.

Uzyskując osobistą narrację pacjenta, celem klinicysty jest zrozumienie, z perspektywy pacjenta, co doprowadziło do kryzysu samobójczego. Nadzieja polega na zaangażowaniu pacjenta – na ile to możliwe – w dojście do wspólnego zrozumienia jego cierpienia i tego, jak to się stało, że dostrzegł samobójstwo jako rozwiązanie. Choć może się to wydawać oczywiste, jest to cel, który często jest daleki od osiągnięcia w praktyce klinicznej. W rzeczywistości często występuje nieciągłość między zrozumieniem przez pacjenta przyczyn jego zachowań samobójczych a tymi przypisywanymi przez klinicystę. Pacjenci najczęściej opisują chęć uwolnienia się od nieznosnej udręki psychicznej jako przyczynę próby samobójczej; klinicyści powszechnie identyfikują komunikację interpersonalną i manipulację jako główne motywy¹⁶⁵. Dlatego istotne jest, aby klinicysta był wyczulony na wszelkie przyjęte z góry przekonania, uprzedzenia, uczucia i doświadczenia z przeszłości, które mogą prowadzić do przedwczesnych wniosków i wniosków na temat doświadczeń pacjenta.

Shneidman opisuje samobójstwo jako połączony ruch w kierunku ustania i oddalenia od nieznosnej, nieakceptowalnej udręki¹⁶⁶. Istnieje powszechna zgoda co do tego, że ten wysiłek, by uciec od bólu psychicznego i nieznosnego stanu afektywnego, jest głównym motorem zachowań samobójczych¹⁶⁷. Hendin i in.¹⁶⁸ stwierdzili, że terapeuci zgłaszali większą liczbę intensywnych stanów afektywnych u swoich pacjentów, którzy dokonali samobójstwa w trakcie leczenia, niż w grupie porównawczej bez skłonności samobójczych z ciężką depresją. Najczęściej wymienianym afektem była desperacja, definiowana jako stan udręki, któremu towarzyszy nagła potrzeba ulgi. Pod presją tak nieznosnej intensywności afektywnej poznanie zawęża się, doświadczenie może wydawać się nieskończone, a zdolność do takich funkcji, jak samouspokojenie i rozwiązywanie problemów, może zostać przejściowo utracona. Niedawno skupiono się na afektywnym doświadczeniu „uwięzienia”, poczuciu desperacji bez postrzeganego wyjścia¹⁶⁹.

Często pomijanym aspektem oceny ryzyka samobójstwa jest znaczenie przekonań pacjenta na temat samobójstwa. Celem klinicysty jest tutaj: dowiedzieć się, co pacjent myśli, że się stanie, jeśli spróbuje popełnić samobójstwo; ocenić siłę i sztywność tych przekonań; i zobaczyć, czy pacjent może rozważyć inne alternatywy. Na przykład czy pacjent wierzy, że dokona zamachu i zakończy się on śmiercią? Jakie konsekwencje

¹⁶⁵ J. Bancroft, K. Hawton, S. Simkin i in., *The reasons people give for taking overdoses: a further inquiry*, „British Journal of Medical Psychology” 1979/52; K. Michel, L. Valach, V. Waeber, *Understanding deliberate self-harm: the patient's views*, „Crisis” 1994/15.

¹⁶⁶ E. Shneidman, *What do suicides have in common? Summary of the psychological approach* [w:] B. Bongar (red.), *Suicide: Guidelines for Assessment, Management, and Treatment*, New York 1992.

¹⁶⁷ D.H. Buie, J.T. Maltzberger, *The Practical Formulation of Suicide Risk*, Cambridge 1983; J.T. Maltzberger, *Suicide danger: clinical estimation and decision*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 1988/18; E. Shneidman, *What do suicides have in common? Summary of the psychological approach*, [w:] B. Bongar (red.), *Suicide: Guidelines for Assessment, Management, and Treatment*, New York 1992; M. Linehan, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York 1993; H. Hendin, J.T. Maltzberger, A.P. Haas i in., *Desperation and other affective states in suicidal patients*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 2004/34.

¹⁶⁸ H. Hendin, J.T. Maltzberger, A.P. Haas i in., *Desperation and other affective states in suicidal patients*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 2004/34.

¹⁶⁹ I.I. Galynker, *The Suicidal Crisis: Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk*, New York 2018.

zdaniem pacjenta miałyby to dla innych, takich jak współmałżonek, dzieci, rodzina i przyjaciele? Do jakiego stopnia pacjent był zdolny i chętny do autentycznego zbadania tych konsekwencji i czy może to zrobić teraz? Jeśli pacjent postrzega samobójstwo jako skuteczne rozwiązanie, zwiększa się ryzyko kolejnych prób samobójczych¹⁷⁰. Ważne są również ogólne przekonania i postawy pacjenta dotyczące samobójstwa. Ogólnie rzecz biorąc, pacjenci, którzy popierają powody, dla których warto żyć, takie jak pozytywne przekonania na temat zdolności radzenia sobie, troska o rodzinę, dzieci, lęk przed dezaprobatą społeczną oraz moralne bądź religijne obiekcje wobec samobójstwa, mają mniej myśli samobójczych, podejmują mniej prób samobójczych i mają mniej zamiarów samobójczych niż osoby, które tego nie robią¹⁷¹. Ponadto silne moralne czy religijne obiekcje wobec samobójstwa zostały skorelowane z próbami samobójczymi o mniejszej śmiertelności¹⁷². Stwierdzono, że pacjenci hospitalizowani z tendencjami samobójczymi, którzy uznali samobójstwo za akceptowalną alternatywę, byli narażeni na zwiększone ryzyko w ciągu 2 miesięcy po wypisaniu ze szpitala¹⁷³.

Zdolność klinicysty do empatii – to znaczy zrozumienie i intuicyjne odczuwanie perspektywy i doświadczenie innej osoby – ma kluczowe znaczenie dla wywiadu klinicznego. Oprócz słuchania słów pacjenta, klinicysta odbiera od pacjenta coś jeszcze – niewerbalną komunikację afektywną – która stymuluje rezonans empatyczny, poczucie zrozumienia, co czuje druga osoba. W ramach tego procesu klinicyści odwołują się do własnych przeszłych doświadczeń, które kształtują to intuicyjne poczucie afektywnego rozumienia. Proces empatii jest często nieświadomy lub nawet całkowicie poza świadomością klinicysty, mimo to jest krytycznym źródłem danych klinicznych¹⁷⁴.

¹⁷⁰ A.J. Chiles, K.D. Strosahl, L. McMurtry, M.M. Linehan, *Modeling effects of suicidal behavior*, „Journal of Nervous and Mental Disease” 1985/173.

¹⁷¹ M.M. Linehan, J.L. Goodstein, S.L. Nielsen, J.A. Chiles, *Reasons for staying alive when you are thinking about killing yourself: the reasons for living inventory*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1983/51; K. Strosahl, J.A. Chiles, M.M. Linehan, *Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: reasons for living, hopelessness, and depression*, „Comprehensive Psychiatry” 1992/6; K.M. Malone, M.A. Oquendo, G.L. Haas i in., *Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living*, „American Journal of Psychiatry” 2000/157.

¹⁷² K.M. Malone, M.A. Oquendo, G.L. Haas i in., *Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living*, „American Journal of Psychiatry” 2000/157.

¹⁷³ I. Galvnker, Z.S. Yaseen, J. Briggs, F. Hayashi, *Attitudes of acceptability and lack of condemnation toward suicide may be predictive of post-discharge suicide attempts*, „BMC Psychiatry” 2015/15.

¹⁷⁴ D. Wolk-Waserman, *Contacts of suicidal alcohol and drug abuse patients and their significant others with public care institutions before the suicide attempt*, „Acta Psychiatrica Scandinavica” 1987/76.

Rozdział IV

STOSUNEK RELIGII DO SAMOBÓJSTWA

1. Uwagi wprowadzające

Religia od dawna uważana jest za ważny czynnik w ogólnym zdrowiu jednostki¹, a samobójcy uznali ją za czynnik ochronny przed samobójstwem². Trudno jednak powiedzieć, co jest w nim ochronne. Istnieją dowody sugerujące, że religia może pomóc ludziom lepiej radzić sobie ze stresami życia, zmniejszyć częstość występowania depresji i uzależnień, oferować wsparcie społeczne i dostarczać źródła nadziei i sensu. Argumentowano również, że wspierające sieci religijne są bardzo korzystne dla zapobiegania³.

Pescosolido i Georgianna⁴ szczegółowo omówili mechanizmy leżące u podstaw związku między religią a samobójstwem, rozwijając ideę korzystnych efektów wspierających sieci religijnych, niezależnie od wyznania. Ich odkrycia zostały zrelatywizowane przez van Tubergena i in., którzy wykorzystali duży, historyczny i indywidualny materiał holenderski, aby pokazać, że gminy o wyższym odsetku wierzących miały niższy współczynnik samobójstw wśród członków wszystkich wyznań – a nawet wśród tych, którzy nie należeli do żadnego wyznania⁵. Twierdzą, że ponieważ wierzący mają zazwyczaj bardziej negatywne poglądy na temat samobójstwa niż inni, normy w społecznościach z wieloma wierzącymi będą bardziej negatywne i zapobiegną wystąpieniu niektórych czynów. Jednak w tym badaniu ujawniły się również spójne różnice w częstości samobójstw różnych

¹ H.G. Koenig, *Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications*, „International Scholarly Research Notices Psychiatry” 2012.

² E. Colucci, G. Martin, *Religion and spirituality along the suicidal path*, „Suicide and Life-Threatening Behavior” 2008/38; J.Y. Wu, C.X. Wang, *Jia Religion and completed suicide: a meta-analysis*, „PLoS One” 2015/10; O. Mandhouj, N. Perroud, R. Hasler i in., *Characteristics of spirituality and religion among suicide attempts*, „The Journal of Nervous and Mental Disease” 2016/204; M.A. Norko, D. Freeman, J. Phillips i in., *Can religion protect against suicide?*, „The Journal of Nervous and Mental Disease” 2017/205.

³ B.A. Pescosolido, S. Georgianna, *Durkheim, suicide, and religion*, „American Sociological Review” 1989/54; B.A. Pescosolido, *The social context of religious integration and suicide: pursuing the network explanation*, „Sociological Quarterly” 1990/31.

⁴ B.A. Pescosolido, S. Georgianna, *Durkheim, suicide, and religion*, „American Sociological Review” 1989/54(1), s. 33–48.

⁵ F. Van Tubergen, M. Te Grotenhuis, W. Ultee, *Denomination, religious context, and suicide: neo-Durkheimian multilevel explanations tested with individual and contextual data*, „American Journal of Sociology” 2005/111 (3), s. 111.

grup religijnych, przy czym zreformowani protestanci (którzy byli najbardziej zagorzałymi wyznawcami kościoła) mieli najniższe współczynniki.

Niektóre inne koncepcje, które pod wieloma względami przypominają integrację (lub jej brak), takie jak kapitał społeczny⁶, fragmentacja społeczna⁷, dezorganizacja⁸ oraz dewiacje społeczne, badano również w odniesieniu do śmiertelności związanej z samobójstwami. Zgodnie z teorią dewiacji społecznych ci, którzy społecznie lub kulturowo odbiegają od masy populacji, doświadczają większego stresu niż inni. Badając to, Lester odkrył odwrotną zależność między odsetkiem populacji należącym do mniejszości a współczynnikami samobójstw wśród tej mniejszości⁹. Pescosolido, badając postawy różnych grup religijnych w 404 hrabstwach USA w odniesieniu do odsetka samobójstw, stwierdził, że wpływ wielkości grupy różnił się w zależności od regionu i był najsilniejszy w historycznych obszarach rdzenia¹⁰. Na poziomie indywidualnym łamanie prawa jest przejawem dewiacji społecznej, która w niektórych przypadkach może być tak stygmatyzująca, że prowadzi do samobójstwa. Na przykład Pritchard i King stwierdzili niezwykle wysokie współczynniki samobójstw wśród mężczyzn podejrzanych o wykorzystywanie seksualne¹¹.

W przedstawieniu śmierci i umierania obfitują mity religijne. Cennym punktem wyjścia do badania roli samobójstwa w religiach na całym świecie jest zastanowienie się, w jaki sposób samobójstwo jest uzasadnione i racjonalizowane. Rola nadziei, pokuty i przebaczenia są imperatywem w zrozumieniu samobójstwa. Inne istotne punkty to to, co dzieje się po samobójstwie. Niektórzy autorzy poruszają temat żałoby i modeli żałoby, które są obok obrzędów i miejsc pamięci i objawień.

Zaangażowanie religijne – religijność i, w nieco mniejszym stopniu, przynależność religijna – wiąże się z mniejszą liczbą zachowań samobójczych. Różne czynniki mogą wyjaśnić ten związek. Aktywne członkostwo w kongregacji zakonnej może zapewnić osobie grupę wsparcia gotową do pomocy, wsparcia, pocieszenia i zachęcenia, jeśli inny członek jest zmartwiony lub ma kłopoty¹². Więzy społeczne są ważne dla przezwyciężenia nędzy i poczucia beznadziejności. Zgromadzenia religijne mogą służyć jako rodzaj rozszerzonej rodziny. Człowiek należy, czuje się akceptowany, doceniany, bezpieczny wśród ludzi o podobnych poglądach. Jeśli pojawią się problemy moralne lub etyczne, dobry pastor będzie służył jako doradca¹³.

⁶ J.F. Helliwell, *Well-being and social capital: does suicide pose a puzzle?*, „Social Indicators Research” 2007/81 (3), s. 81; N.L. Recker, M.D. Moore, *Durkheim, social capital, and suicide rates across US counties*, „Health Sociology Review” 2016/25 (1), s. 25.

⁷ N. Middleton, E. Whitley, S. Frankel i in., *Suicide risk in small areas in England and Wales, 1991–1993*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 2004/39, s. 45–52; N. Middleton, J. Sterne, D. Gunnell, *The geography of despair among 15–44-year-old men in England and Wales: putting suicide on the map*, „Journal of Epidemiology and Community Health” 2006/60, s. 1040–1047.

⁸ H.I. Mäkinen, *Suicide mortality in eastern European transition*, „Social Science and Medicine” 2000/51, s. 180–209.

⁹ D. Lester, *Social deviancy and suicidal behavior*, „The Journal of Social Psychology” 1987/127 (3), s. 127.

¹⁰ B.A. Pescosolido, *The social context of religious integration and suicide: pursuing the network explanation*, „Sociological Quarterly” 1990/31 (3), s. 31.

¹¹ C. Pritchard, E. King, *A comparison of child-sex-abuse-related and mental-disorder-related suicide in a six-year cohort of regional suicides: the importance of the child protection-psychiatric interface*, „British Journal of Social Work” 2004/34 (2), s. 34.

¹² A.W. Braam, C.M. Sonnenberg, A.T. Beekman i in., *Religious denomination as a symptom-formation factor of depression in older Dutch citizens*, „International Journal of Geriatric Psychiatry” 2000/15.

¹³ A.W. Braam, *Religion and Depression in Later Life: An Empirical Study*, Amsterdam 2002.

Odczytywany z wierzeń ludów pierwotnych stosunek do zjawiska samobójstwa nie był jednolity. Niektóre odnosiły się do niego z zabobonnym lękiem, inne, np. szczepy germańskie sprzed ery chrześcijańskiej, traktowały je spokojnie.

W świadomości niektórych ludów samobójstwo jest ciężką zbrodnią. U wielu samobójstwo uchodzi za obrazę bogów¹⁴. Dahomejczycy odcinają głowy zwłokom samobójców (dla postrachu), a górski lud Malerów (Indie) uważa samobójstwo za najcięższy grzech, obok zabójstwa i cudzołóstwa¹⁵. Podobnie negatywny stosunek do samobójstwa prezentują Trobriandczycy należący do rodziny ludów papuamelanezyjskich¹⁶.

Zgodnie z ogólnie przyjętym poglądem, że Ziemia i Kosmos istniały wiecznie, ulegając tylko przekształceniom pod wpływem działalności bóstw, Joruba (ludy zamieszkujące południowo-zachodnią Nigerię) uważają bóstwa za deifikowanych herosów. Szango był królem, który w pradawnych czasach rządził w Ojo, stolicy Jorubów. Znienawidzony przez lud oburzony jego tyranią, zmuszony został do opuszczenia miasta, aby popełnić samobójstwo w puszczy. Po swej człowieczej śmierci wszedł w ziemię i stał się bogiem szczególnie szkodliwym¹⁷.

W wierzeniach Buriatów szamani, szamanki, książęta, kowale i inne osoby czcigodne stawały się po śmierci ongonami o dużej władzy – opiekunami całych rodów czy plemion, duchami gór, jezior itp. Natomiast ludzie zmarli przedwcześnie, tragicznie, samobójcy czy obłąkani, nie mieli po śmierci wielkiej władzy, odznaczeni się za to dokuczliwością i złośliwością¹⁸.

Japoński władca Jamato Suinin (zm. ok. 235 r.) podobno pierwszy zakazał dziunsi (ofiar śmierci), które miały polegać na zabijaniu lub samobójstwie poddanych, aby mogli służyć swemu władcy po śmierci (a więc – wedle tych wierzeń – po śmierci zmarły żyje realnie i nawet potrzebuje sług). Nie wszyscy jednak badacze mają pewność, że w Japonii istniał obyczaj dziunsi, wywodzący się z Chin¹⁹.

Wielkie systemy religijne również nie są całkowicie zgodne w ocenie samobójstwa. Wschodnie religie – hinduizm i buddyzm – nie wypowiadają się bezwzględnie przeciwko samobójstwu. W niektórych przypadkach buddyzm dopuszczał samobójstwo, a nawet wskazywał na jego konieczność. Śmierć ma stanowić powrót do duszy świata. Ocena samobójstwa jest związana z motywem i celem. Według niektórych nawet sam Budda zakończył życie w drodze samobójstwa, aby osiągnąć absolutne szczęście. Samobójstwo było jednak zakazane przez religię Mojżeszową, co przejęło chrześcijaństwo, a z kolei jego stanowisko wywarło wpływ na islam.

Chociaż za źródło zakazu samobójstwa uznaje się często Biblię, nie jest to słuszne. Stary Testament podaje bowiem cztery przypadki samobójstwa – Samson, Saul, Abimelech i Ahitofel. Późniejsi komentatorzy musieli stosować poszerzoną interpretację piątego przykazania „nie zabijaj”, aby napiętnować samobójstwo jako grzech²⁰.

Pierwszym pisarzem żydowskim, który zajął zdecydowanie negatywne stanowisko wobec samobójstwa, był Józef, dowódca oddziału wojsk pokonanego przez Rzymian. Kiedy żołnierze chcieli w obliczu klęski odebrać sobie życie, Józef wygłosił przemówienie, w którym zawarł dwa główne argumenty przeciwko samobójstwu: samobójstwo jest

¹⁴ E. Westermarck, *The History of Human Marriage*, New York 1922, s. 200, 201, 205, 207–214, 219–220.

¹⁵ V. Cathrein, *Die Sinnheit des sittlichen Bewusstseins der Menschheit*, Freiburg 1914, s. 277, 336, 608.

¹⁶ B. Malinowski, *Życie seksualne dzikich w północno-zachodniej Melanezji*, Warszawa 1938, s. 95.

¹⁷ R. Ohly, *Religie Afryki* [w:] *Zarys dziejów religii*, Warszawa 1968, s. 217.

¹⁸ S. Kałużyński, *Religie Azji Środkowej i Syberii* [w:] *Zarys dziejów religii*, Warszawa 1968, s. 140, 141.

¹⁹ W. Kortański, *Religie Japonii* [w:] *Zarys dziejów religii*, Warszawa 1968, s. 150.

²⁰ G. Williams, *Świętość życia a prawo karne*, Warszawa 1960, s. 238, 239.

zbrodnią skierowaną przeciwko wspólnej naturze wszystkich istot żywych, a dusza została dana człowiekowi w depozyt przez Boga, dlatego więc ten, kto ją odrywa od ciała, popełnia czyn zły²¹.

Najsłynniejszy przypadek samobójstwa u Żydów miał miejsce w 73 r., kiedy to w oblężonej twierdzy Massada 960 osób odebrało sobie życie, nie chcąc poddać się Rzymianom. Byli to w większości członkowie nowej partii, którą Flawiusz określa mianem „czwartej filozofii”. Uważali się za prawdziwych obrońców prawa i narodowego życia ludu żydowskiego. Zbliżali się ze względu na poglądy religijne do faryzeuszów, z których grona się wywodzili. Odmienne były jednak ich poglądy polityczne, a zwłaszcza pogląd o niedopuszczalności wszelkiego obcego panowania nad Żydami²².

2. Samobójstwo w świętych księgach żydowskich

W **judaizmie** życie ma najwyższą wartość. Talmud stwierdza, że wszyscy pochodzimy od jednej osoby. Dlatego też niszczyć jedno życie, niszczy się w rzeczywistości cały świat. Uratowanie jednego życia jest jednoznaczne z uratowaniem całego świata. Żydzi wierzą, że Bóg jest stwórcą wszystkiego, a więc wyłącznie do niego należy decyzja, kiedy jakaś osoba powinna już umrzeć. Samobójstwo jest dla Żydów sprzeczne z nauczaniem Pisma Świętego. Życie jest dla nich tak bardzo cenne, że jest zabronione czynienie cegokolwiek, co mogłoby przyspieszyć śmierć, nawet w celu uniknięcia cierpienia. Prawo żydowskie zabrania więc eutanazji i jakiegokolwiek innej pomocy w przyspieszeniu czyjegoś zgonu, uznając je za zabójstwo. Życie osoby ludzkiej nie należy do niej samej, ale do Tego, kto je człowiekowi dał, i tylko On, Bóg, może domagać się tego życia z powrotem. Pozbawienie kogokolwiek życia, nawet z takiego powodu jak miłosierdzie, jest interwencją w rzeczywistość, która wykracza poza ten świat. W przypadku jednak, gdy śmierć ma wkrótce nastąpić, jest całkowicie pewna i życie jest tylko zachowywane w sposób sztuczny, prawo żydowskie pozwala na przerwanie stosowania środków mających na celu tylko utrzymanie przy życiu osoby w celu przedłużenia jej stanu wegetacji.

Chociaż samobójstwo jest zabronione, Biblia nie tłumi pragnień samobójczych i faktycznie one są wymienione w tekście i adresowane przez Boga. Należą do nich okrzyk Rebeki: „Jestem znużona moim życiem... co dobrego przyniesie mi moje życie” (Rdz 27:46); oświadczenie Mojżesza: „Jeśli mi to zrobisz, zabij mnie” (Liczb 11:14); prośba Eliasza: „i on błagał samego siebie, aby mógł umrzeć... i powiedział doś, teraz, Panie, zabierz moje życie” (Król. I, 19:4); oświadczenie Hioba: „Moja dusza wołałaby udusić się i umrzeć niż te kości” (Job 7:15).

Święte księgi żydowskie i komentarze do nich przedstawiają bardzo złożone podejście do samobójstwa. Występuje w nich kategoryczny zakaz samobójstwa, ale także obowiązek poddania się śmierci w chwili, gdy pojawi się zewnętrzny przymus przekroczenia prawa żydowskiego, które stanowi istotę wiary. Mędracy Talmudu pokazali psychologiczne i empatyczne zrozumienie samobójczego stanu umysłu, lecz surowo potępili samobójstwo i nałożyli karę za ten czyn, odmawiając pewnych religijnych rytuałów zmarłym. Jednakże prawo żydowskie traktuje samobójstwo w sposób minimalistyczny i bardzo rzadko się zdarza, że czyjaś samobójcza śmierć jest określana jako samobójstwo. Właściwa dla takiego podejścia jest próba oszczędzenia rodzinie dalszych cierpień, wyrażenie

²¹ G. Williams, *Świętość życia...*, s. 239.

²² W. Tyloch, *Religia starożytnych Żydów* [w:] *Zarys dziejów religii*, Warszawa 1968, s. 420.

szacunku wobec słabości moralnej istoty ludzkiej, ale jednocześnie potępienie zachowania autodestrukcyjnego.

Mędrzy Talmudu, a następnie komentatorzy Talmudu i Biblii podkreślają znaczenie wsparcia środowiska, ciepłych relacji oraz łagodnych metod wychowawczych w przypadku dzieci: żadne surowe kary nie powinny być stosowane, a jeśli zachodzi potrzeba stosowania kary, powinna być ona wymierzona niezwłocznie po wykroczeniu, a nie oddalona w czasie. Najważniejszą zasadą prewencyjną zalecaną przez społeczności żydowskie przez cały okres historyczny jest budowanie silnej więzi społecznej, która zapewnia poczucie przynależności i wzajemne wsparcie. Święte księgi i prawo rabiniczne wymagają wzajemnej odpowiedzialności i angażowania się w działalność dobroczynną, co oznacza przychodzenie z pomocą komuś, kto tej pomocy potrzebuje. Do tych zasad psychologicznych stosują się nie tylko ortodoksyjni żydzi, lecz także społeczności żydowskie.

Talmudyczne i midraszowe podejście do samobójstwa jest znacznie bardziej skomplikowane niż podejście biblijne. Talmud odnosi się do samobójstw na trzy sposoby: omawiając i interpretując samobójstwa opisane w Biblii; poprzez midraszowe opowieści o samobójstwach, które miały miejsce w czasach talmudycznych; i wreszcie wyciągnięcie halachicznych wniosków na temat samobójstwa. Z czysto halachicznego punktu widzenia mędrzy Talmudu zajmują zdecydowaną pozycję przeciwko samobójstwu i stanowczo stwierdzają, że samobójstwo jest zabronione i karalne, odbierając tym, którzy popełnili samobójstwo, honory pogrzebowe, takie jak rozdarcie szat żałobnika lub wygłoszenie mowy żałobnej (Semachot 2:1; Jore Dea 345).

Władze religijne obecnie czynią wysiłek, aby zlikwidować piętno problemów psychologicznych i psychiatrycznych. Zachęcają do korzystania z pomocy psychologicznej i psychiatrycznej, kiedy zachodzi taka potrzeba, oprócz pocieszenia, które można znaleźć w religii. Jednym z przykładów może być organizacja „Retorno” („Powrót”), która jest centrum rehabilitacyjnym, przeznaczonym dla młodzieży i dorosłych z różnymi zachowaniami autodestrukcyjnymi, obejmującymi również zachowania samobójcze. Stosowane metody kliniczne uwzględniają również orientację religijną, terapię indywidualną i grupową, przewodnictwo duchowe, studia religijne i praktyki. Ogromny nacisk kładzie się na wzajemne wspieranie się w grupie i wsparcie społeczne spoza centrum. Wspólne życie, wsparcie społeczne, zacieśnianie więzi społecznych, znajdowanie sensu życia, pomaganie innym, jak również życzliwe i wiarygodne przewodnictwo i doradztwo stanowią część metod praktycznych stosowanych w terapeutycznych ośrodkach religijnych dla młodzieży z problemami²³.

Wsparcie społeczne nie jest jedynym sposobem zapobiegania samobójstwom. Jakkolwiek poglądy oparte na Biblii, Talmudzie i prawie rabinicznym są złożone, to ich przekaz jest jasny: samobójstwo z powodów osobistych jest zabronione. Zakaz samobójstwa i jego tabu znajduje odbicie w rytuale pogrzebowym i żałobie.

Jeśli śmierć nastąpiła z powodu naturalnego lub na skutek wypadku, odprawiane są specjalne rytuały pogrzebowe, jak również rytuały żałobne przez pierwszych siedem dni, pierwszego miesiąca i w rok od śmierci. Obejmują one m.in. oczyszczenie ciała zmarłego, rytualne rozrywanie szat przez krewnych zmarłego, mowę pogrzebową, modlitwę Kaddisz, żałobne siedzenie boso przez siedem dni (*Shiva*) oraz pocieszanie krewnych przez członków społeczności. W przypadku samobójstwa Talmud określa, że nie ma rytualnego rwania szat, siedzenia boso ani żałoby. Z czasem niektóre władze rabiniczne ustaliły,

²³ I. Orbach, A. Rabinowitz, *Suicide in the Jewish scriptures* [w:] D. Wasserman, C. Wasserman (red.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective*, Oxford 2009, s. 43–47.

że zmarli śmiercią samobójczą nie otrzymają rytualnego oczyszczenia i zostaną pochowani w oddległej, oddzielonej części cmentarza²⁴. W rzeczywistości jednak takie zakazy stosuje się bardzo rzadko.

3. Chrześcijaństwo a samobójstwo

We wczesnym okresie chrześcijaństwa akty męczeństwa były powszechne, a liczba samobójstw wzrastała. Dość powszechny był pesymistyczny stosunek do życia i towarzyszące mu pragnienie życia wiecznego. Samobójstwo nie było zabronione w początkowym okresie chrześcijaństwa. Ojcowie Kościoła nabrali jednak z czasem sceptycznego podejścia do samobójstwa i wprowadzono zakaz odbierania sobie życia.

Wcześni chrześcijanie zaczerpnęli i zaakceptowali rzymskie postawy wobec śmierci oraz samobójstwa. Jak już wspomniano, samobójstwo w oczach Rzymianina nie było złe moralnie, lecz sposób jego popełnienia był wyznacznikiem cnoty oraz wartości człowieka. U pierwszych chrześcijan śmierć traktowano jako wyzwolenie, ucieczkę przed popełnianiem grzechu niosącego przez życie będące niezbyt ważnym okresem w porównaniu do obiecanego raju. Toteż dla chrześcijanina było ono obojętne, a w najgorszym wypadku złe, bowiem niosło ze sobą wiele pokus. W literaturze przedmiotu dostrzegane są stanowiska mówiące wręcz o zachęcie do popełniania samobójstw²⁵. Zatem był to okres, w którym przeważającą wartością stało się godne umieranie, nie zaś życie jako takie. Chęć męczeńskiej śmierci była przez chrześcijan oceniana bardzo wysoko²⁶. Skrajnym wyrazem owych poglądów było postępowanie donatystów, czyli członków sekty założonej przez Donata z Kartaginy. Ludzie ci prowokowali śmierć męczeńską poprzez profanowanie pogańskich świątyń czy rzucanie się z urwiska²⁷. Potrafili wdzierać się do sądów tylko po to, by zostać skazani na śmierć. Potrafili również zatrzymywać podróżnych na publicznych drogach, żądając ciosu by stać się męczennikiem. Gdy podróżny odmawiał, grożono mu śmiercią. Opisane powyżej zachowania odzwierciedlają niejasne dla wczesnych chrześcijan rozróżnienie między męczeństwem a samobójstwem.

Ruch donatystów osiągnął rozkwit w IV i V w. n.e. Współczesny im św. Augustyn napisał, że „zabijanie się z szacunku dla męczeństwa to ich codzienna rozrywka”. Augustyn dostrzegał tu jednak logiczny dylemat nauki chrześcijańskiej: jeżeli samobójstwo miało być dopuszczalną metodą unikania grzechu, to stałoby się najbardziej logicznym krokiem dla wszystkich świeżo ochrzczonych. To wnioskowanie, połączone z samobójczą manią męczenników, kazało Augustynowi szukać argumentów za tym, by uznać samobójstwo za „ohydny, godną potępienia zbrodnię”, za grzech śmiertelny, najstraszniejszy, jaki można popełnić między chrztem a śmiercią z Bożego zrządzenia²⁸.

Pierwszy z tych argumentów wywodził się z piątego przykazania: „nie zabijaj”. Tak więc człowiek, który zabija sam siebie, łamie to przykazanie i staje się mordercą. Co więcej, jeśli człowiek popełnia samobójstwo, aby ukarać się za własne grzechy, to uzurpuje

²⁴ Y. Liechtenstein, *The prohibition of suicide in Jewish law. Master thesis*, Department of Talmud, Bar-Ilan University, 1991.

²⁵ M. Adamkiewicz, *Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii*, Europejskie Centrum Edukacyjne, Toruń 2004.

²⁶ M. Jarosz, *Samobójstwa: dlaczego teraz?*, Warszawa 2013.

²⁷ B. Hołyst, *Suicydologia*, Warszawa 2002.

²⁸ K. Adamczyk, *Samobójstwo na przestrzeni wieków* [w:] M. Farnicka, E. Magda (red.), *Samobójstwo. Jeden problem, trzy spojrzenia*, Zielona Góra 2014.