

Polskie Towarzystwo Suicydologiczne



Uczelnia Łazarskiego



SUICYDOLOGIA

WARSZAWA 2016

ISSN 1895-3786

tom VIII

SUICYDOLOGIA

Rocznik Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego
i Uczelni Łazarskiego

Redaktor Naczelny

Prof. zw. dr hab. dr h.c. Brunon Hołyst

Zastępcy Redaktora Naczelnego

Prof. dr hab. med. Agnieszka Gmitrowicz

Prof. dr hab. n. o zdr. Marta Makara-Studzińska

Sekretarz Redakcji

Dr Włodzimierz A. Brodniak

Przewodnicząca Rady Programowej

Prof. zw. dr hab. Maria Jarosz

Członkowie Rady Programowej

Prof. zw. dr hab. Andrzej Bałandynowicz

Dr Mieczysław Błoński

Ks. prof. zw. dr hab. Czesław Cekiera

Prof. zw. dr hab. med. Antoni Florkowski

Prof. dr hab. med. Nestor Kapusta (Austria)

Prof. zw. dr hab. med. Józef Kocur

Prof. dr David Lester (USA)

Prof. dr hab. Ilkka Henrik Makinen (Szwecja)

Prof. dr John McGraw (Kanada)

Prof. dr hab. Wolfgang Rutz (Szwecja/Niemcy)

Prof. dr hab. med. Armin Schmidke (RFN)

Prof. dr hab. med. Danuta Wasserman (Szwecja)

Redaktorzy tematyczni

Dr Norbert Malec

Dr Barbara Olszewska

Redaktor językowy

Dr Paweł Kropiwnicki

Redaktor statystyczny

Doc. dr Mirosław Bednarski

Recenzenci

Prof. nadzw. dr hab. Adam Czabański

Prof. zw. dr hab. Lucjan Grochowski

Prof. nadzw. dr hab. Andrzej Hankała

Prof. nadzw. dr hab. Anna Kieszewska

Prof. zw. dr hab. Zdzisław Kosyrz

Dr Anita Młodożeniec (Norwegia)

Dr n. hum. Krzysztof Rosa

Dr Teresa Serafin

Adres redakcji

Uczelnia Łazarskiego

ul. Świeradowska 43, 02-662 Warszawa

ISSN 1895-3786

Copyright © by Brunon Hołyst, Warszawa 2016

Wydawnictwo Naukowe PWN SA

02-460 Warszawa, ul. Gottlieba Daimlera 2

tel. 22 69 54 321, fax 22 69 54 031

e-mail: pwn@pwn.com.pl; www.pwn.pl

Spis treści

Część I. Doświadczenia w zapobieganiu samobójstwom z perspektywy europejskiej

Interviewers: Patryk Stecz, Jan Chodkiewicz

Revisit of the Gotland Study and suicide prevention in the second decade of the 21 st century. Interview with prof. Wolfgang Rutz	7
---	---

Specjalista psychiatra Anna Baran

Proces budowy systemu prewencji samobójstw w latach 2007–2015 na przykładzie szwedzkiego regionu Södermanland	13
---	----

Część II. Doświadczenia zapobiegania samobójstwom w Polsce

Dr n. med. Iwona Koszewska

Profilaktyka depresji i samobójstw w Polsce w latach 2009–2016 z perspektywy trzeciego sektora (organizacji pozarządowej)	21
---	----

Mgr Jolanta Palma

Problem samobójstw a rozwiązania systemowe	27
--	----

Lek. med. Rafał Szmajda, prof. dr hab. med. Agnieszka Gmitrowicz

Nowoczesne technologie i internet w prewencji samobójstw. Aplikacje mobilne.	35
--	----

Część III. Uwarunkowania i epidemiologia zachowań samobójczych

*Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski, mgr Irena Jeżowska-Smorąg,
lek. Bartosz Wilk, dr n. med. Krzysztof Zboralski*

Zachowania samobójcze osób w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych ze stanem mieszanym	39
--	----

Prof. dr hab. n. o zdr. Marta Makara-Studzińska, mgr Agata Madej

Samobójstwa wśród kobiet w starszym wieku	45
---	----

Prof. zw. dr hab. n. med. Józef Kocur, dr n. med. Wiesława Trendak

Czynniki ryzyka samobójczego w uzależnieniach behawioralnych	51
--	----

Dr n. med. Marian Kopciuch

Przypadki samouszkodzeń dokonane przez osoby pozbawione wolności	57
--	----

Mgr Aleksandra Kielan, mgr Ilona Cieślak

Suicydologiczny aspekt cięż nieletnich	67
--	----

Dr n. hum. Włodzimierz A. Brodniak

Model BAV Rokeacha – możliwości jego zastosowania do wyjaśnienia zachowań samobójczych	75
--	----

Dr hab. Anna Kieszkowska

Zachowania ryzykowne człowieka a znaczenie przynależności do wspólnoty	79
--	----

Prof. zw. dr hab. Andrzej Bałandynowicz

Samobójstwo w świadomości społecznej	87
--	----

Część IV. Z warsztatów badawczych

Dr hab. Adam Czabański

Spółeczne reakcje pasażerów pociągów – świadków incydentów suicydalnych na torach	97
---	----

Część V. Samobójstwa w świecie kultury

Mgr Halszka Witkowska

Obraz samobójstwa we współczesnej kulturze masowej	107
--	-----

Część VI. Raport specjalny

Prof. zw. dr hab. dr h.c. Brunon Hołyst

Programowanie profilaktyki a motyw i warunki zachowań suicydalnych	117
--	-----

Część VII. Informacje

Prof. dr hab. med. Agnieszka Gmitrowicz

Prewencja samobójstw w Polsce i Europie w świetle konferencji suicydologicznych	131
---	-----

Nota redakcyjna	135
---------------------------	-----

History of World Suicide Prevention Day (2003–2015).	137
--	-----

World Suicide Prevention Day 2016	139
---	-----

Z żałobnej karty	141
----------------------------	-----

Table of contents

Part I. Suicide prevention experiences from the European perspective

Interviewers: Patryk Stecz, Jan Chodkiewicz

Revisit of the Gotland Study and suicide prevention in the second decade of the 21 st century. Interview with prof. Wolfgang Rutz	7
---	---

Consultant Psychiatrist Anna Baran

The process of suicide prevention system development in the years 2007–2015, as exemplified by the Södermanland region in Sweden.....	13
--	----

Part II. Suicide prevention experiences in Poland

Dr n. med. Iwona Koszewska

Depression and suicide prevention in Poland in the years 2009–2016 from the third sector (non-governmental organization) perspective	21
---	----

Mgr Jolanta Palma

Suicide problem and systemic solutions	27
--	----

Lek. med. Rafał Szmajda, prof. dr hab. n. med. Agnieszka Gmitrowicz

Modern technologies and Internet in suicide prevention – mobile applications	35
--	----

Part III. Determinants and epidemiology of suicidal behaviors

*Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski, mgr Irena Jeżowska-Smorąg,
lek. Bartosz Wilk, dr n. med. Krzysztof Zboralski*

Suicidal behaviors in the course of bipolar affective disorder with mixed states	39
--	----

Prof. dr hab. n. med. Marta Makara-Studzińska, mgr Agata Madej

Suicide among elderly women	45
-----------------------------------	----

Prof. zw. dr hab. n. med. Józef Kocur, dr n. med. Wiesława Trendak

Risk factors for suicide in behavioral dependencies	51
---	----

Dr n. med. Marian Kopciuch

Self-harm cases among detainees	57
---------------------------------------	----

<i>Mgr Aleksandra Kielan, mgr Ilona Cieślak</i>	
Suicidological aspect of teenage pregnancies	67
<i>Dr n. hum. Włodzimierz A. Brodniak</i>	
Rokeach's BAV Model and its applicability to the explanation of suicidal behaviors	75
<i>Dr hab. Anna Kieszowska</i>	
Risky-behaviors of man and the importance of belonging to a community	79
<i>Prof. zw. dr hab. Andrzej Bałandynowicz</i>	
Suicide in social awareness	87
 Part IV. From research laboratories	
<i>Dr hab. Adam Czabański</i>	
Social reactions of train passengers witnessing suicide on railway tracks	97
 Part V. Suicide in the in the world of culture	
<i>Mgr Halszka Witkowska</i>	
The image of suicide in contemporary mass culture	107
 Part VI. Special Report	
<i>Prof. zw. dr hab. dr h.c. Brunon Hołyst</i>	
Prevention programming with regard to motives and conditions of suicidal behaviors	117
 Part VII. Assorted Information	
<i>Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Gmitrowicz</i>	
Suicide prevention in Poland and Europe – summary of current conference reports	131
Note	135
History of the World Suicide Prevention Day (2003–2015)	137
World Suicide Prevention Day 2016	139
In memoriam.	141

Doświadczenia w zapobieganiu samobójstwom z perspektywy europejskiej

Wolfgang Rutz

Department of Health and Social Work, University for Applied Sciences, Coburg, Germany;
Department of Stress Rehabilitation Research, KarolinskaInstitutet, Stockholm, Sweden

Patryk Stecz

Department of Psychological Research Methodology and Statistics, Institute of Psychology,
Faculty of Educational Sciences, University of Lodz
tel. 693 075 068 • mail: patryk.stecz@uni.lodz.pl

Jan Chodkiewicz

Department of Health Psychology, Institute of Psychology, Faculty of Educational Sciences, University of Lodz

Revisit of the Gotland Study and suicide prevention in the second decade of the 21st century

Professor Wolfgang Rutz is a professor of social psychiatry and honorable researcher in the field of suicidology (over 60 original research papers, books and other publications). Prof. Rutz is also a scientific advisor and the member of numerous institutions, including the Swedish Social Psychiatric Forum, German network of Suicide Prevention, Swedish Psychiatric Association, the Swedish Family Association of Suicide Prevention and World Psychiatric Organisations. In 2000s Prof. Rutz was leading the WHO's European Programme for Mental Health. In his professional career Prof. Rutz has been collaborating with Karolinska Institutet, University of Applied Sciences of Coburg in Germany. Prof. Rutz has directed the Mental Health and Psychiatric Services of the Gotland County in Sweden for over 20 years. During that time he contributed to the deinstitutionalization and empowerment of mental health services in Gotland and conducted a critical research on suicide prevention known as the Gotland Study.

In 2015, Professor Wolfgang Rutz visited Poland and was a keynote speaker at the National Suicidology Conference in Lodz. Participants with different professions, including psychiatrists, psychologists, teachers, social workers, lawyers could participate in his lecture and stimulating workshop related to the issues of male depression and suicide prevention. The Board of the Polish Suicidology Association believes that dissemination of Professor Rutz's communications and further post-workshop discussion might be useful for those scientists and practitioners who are involved with developing suicide prevention programs in Poland and delivering mental health services focused on depression treatment. PhD Patryk Stecz, a member of the Polish Suicidology Association and researcher at Institute of Psychology (University of Lodz), invites the readers to the post-conference interview with Professor Wolfgang Rutz accompanied by the comment of Professor Jan Chodkiewicz, a health psychologist, psychotherapist and addiction

therapist who validated the Gotland Male Depression Scale (GMDS) in Poland.

PS: The results of Gotland Study were presented over 15 years ago and received broad recognition among mental health specialists (Martin et al. 2013). How are these findings relevant to the current policy on preventing suicides?

WR: The Gotland study as a model to prevent suicide by early recognizing and monitoring depression as one of the main causes of suicide is today used as a **good example in several countries within and outside of Europe**, using primary health care as the first line of healthcare support.

The Gotland study as a model needs adaptation to local geographical, professional and socio-cultural preconditions – however “a little of Gotland is everywhere”.

Another main finding of the Gotland study are gender specificities in the depressive symptomatology of suicidal persons and the elaboration of the “Gotland male depression scale” a usable screening instrument to find, support, treat and monitor male often highly suicidal persons, who are often non help-seeking and “psychopathically” acting out, in order to recognize them in time as depressive.

This scale is used in an increasing number of countries where male depression and consecutive self-destructive aggression and suicidality is a main problem. That is the case in all European countries of transition as well as in many countries outside of Europe.

As well the EU as the WHO is supporting the Gotland **experience as one model of good practice** to be used.

PS: The two concepts of male depression and long term effects of alcohol abuse can be manifested by several symptoms belonging to one family (for example, acting-out, denial, risk behavior, violence, lack of impulse control, psychoactive substance use, personality change) (DeJong et al. 1993; Rutz 1996; Gruber et al. 1996). Could these two phenomena be easily categorically distinguished?

WR: The most important is the careful investigation of the anamnestic processes behind. The present state of symptoms as e.g. the male depressive acting out, self-destructivity and risk taking can mostly be diagnosed in timely connection to stressful life events or narcissistic humiliations – often to be seen

in persons with priorly decent and socially well adapted behavior in families, on working places, in social networks etc. Hereby most of the starting processes of an alcohol addiction appear due to stressful life events that could be recognized by a careful person centered and narrative anamnesis and met by an adequate holistic and personcentered anti-depressive therapeutic approach.

PS: How can be the psychiatric and psychological therapeutic interventions adjusted to the male subtype of depression? Males with depression might be less motivated and compliant. If their symptoms are mostly behavioral, does it mean that their beliefs about the self, the environment and the future might not manifest the cognitive triad of depression?

WR: A possibly existing cognitive triad of depression has to be seen in the light of gender specificities and has to be individually adapted. The depressive distortion of cognition as a fact might be the same in both genders. Its phenomenology however – aggression or apathy, blaming, help-seeking, self-confidence, helplessness, repelling or aggression, avoidance, guilt feelings etc. are often different in both genders due to socio-cultural or even ethologically and/or biologically influenced factors.

Due to males' lack of help-seeking ability, their often unrealistic self-perception and demand full-self-expectation regarding male strengths etc., a careful selection of arenas and platforms is a necessary challenge to be met – in order to find them, treat them and get them compliant.

Individually, culturally and locally adapted solution can only be found in careful respect to the afflicted individuals, risk groups and social strata.

Hereby, culturally defined risk and protective factors, local structures of health care and social support etc. have to be taken into account.

Important are contacts with families and next of kin, networks and working places but even societal authorities like police, taxation authorities, addiction services, churches, sport clubs etc. To wait for help-seeking contacts with the medical or psychiatric system is not enough and often senseless. Contacts with the psychological and social environment of these males, families, working places, networks etc. are a “*conditio sine qua non*”.

PS: What do you think presently about how effectively the potential of the Gotland Study and the diagnostic tool, you have developed, have been used

in designing the effective interventions or planning further research enabling the better understanding of mental health management?

WR: Generally speaking, one of the problems is the lack of new arenas of detection and support. The existing conventional platforms for offering care and support are not enough for reaching men. Strategies of approaching males can be more developed and include focusing on new potential venues (workplace, social networks, parishes, trade unions etc.).

Most important – if adequately used – with respect to the administration and design of depression detective and supportive as well as suicide preventive public health services. An additional use of WHO 5 Wellbeing Scale might be helpful in identifying diagnostic symptoms among men. Early diagnosis, interventions and follow-ups can be still improved if GMDS would be used as an adjunct screening test.

PS: The improvement could be done for example by means of involving health care practitioners who could apply GMDS instrument when necessary. The Polish validation is already accessible (Chodkiewicz 2016) however it seems still too early to use the tool for individual assessment. The administration requires necessary knowledge on depression and gender differences in its presentation.

WR: The results of Gotland study have initiated locally adapted successors, for example in Jamtland Region and in Stockholm, not mentioning German Nurnberg or the Hungarian training for general physicians in a high-risk areas. Thus, the Gotland Study is today recommended by the EU and WHO. Today, GMDS is a well-recognized, international screening instrument.

PS: Your empirical research about male depression specificity seems to be replicated in other countries including Poland (Chodkiewicz 2016), Iceland (Sigurdsson et al. 2015) or China (Lee et al. 2015). The scale has been validated in clinical populations (Zierau et al. 2002) and translated to other languages (i.e. German, English and Finnish). What is your opinion on the future challenges regarding diagnosis and treatment of depression?

WR: Due to my and others experience the preponderance of females in depression is a paradoxical artefact and misconception which should be recognized as such. If so, this should have consequences for the design of the public health services which we

have to use to cope with increasing societal problems related to male depressive suicidality and even self-destructive aggressive behavior in our societies of increasing transitional stress, where males seem to be the most afflicted and most vulnerable risk group and to be male is a strong risk factor.

Flagrant examples for this can be seen in the Eastern European, Central European and Southern East European countries of transition, as well as in Western European risk populations during the nineties, but even today in male risk groups in heavily afflicted southern European countries of transitional stress and economic hardship.

PS: Taking into account the relatively high incidence of suicides among adolescents in Poland, perhaps there are some good practices from your own experience that might be helpful in developing our national suicide prevention program in Poland?

WR: I would presume that adolescents, elderly, unemployed persons are main risk groups in your country – certainly unequally distributed by region and gender.

Locally adapted programs should be developed, elaborated on and monitored after a previous analysis of the problem burden. Hereby often a statistical analysis broken down to regions, social strata, gender, and life courses gives more **valuable information that national central** statistics over all. To conclude, suicidality is one of the strongest indicators for the mental health of a population and quite measurable as such – even if statistical problems due to “rare event problems”, “dark figures” etc. exist. Suicide prevention is health promotion. What prevents suicide even promotes health – and vice versa. Thus, suicide prevention is complex and everybody’s business, in common societal and intersectoral responsibility and synergy – to be taken in local adaptations.

Professor Jan Chodkiewicz commentary (translated from Polish)

According to data provided by Polish National Police, the number of fatal suicides in Poland is increasing constantly. In 2013 and 2014 there were more than 6000 cases, which since 1991 is the first time one can observe such figures. This concerning trend is associated with a time-stable male: female ratio of 5–6:1. In 2014 suicide was committed by 5237 males while in 2003–2012 the total number of cases among males and females has never exceeded 4900 deaths

annually (Policja 2015). Apparently, a strong disproportion of the committed suicides between males and females does not occur only in Poland. It has been observed in all countries (Sher 2015).

As shown by data from the abovementioned Police Report and up-to-date literature reports, the most common cause of suicide death are mental disorders, particularly depression, which is diagnosed twice as often in females, comparing to men (Centers for Disease Control and Prevention Suicide 2015; Nolen-Hoeksema 2001). Such observations have driven the number of authors to draw a conclusion that a high recognition of women depression may be acknowledged to distinct depression symptoms among males and females. Yet this concept has not been fully recognized by all researchers. In consequence of gender differences in manifestations of depression, men are not very likely to seek for help which leads to difficulties in diagnosing and providing therapy of "male depression" by specialists. The main symptoms of atypical depression in men include aggressive or impulsive behavior, irritability, burn-out, psychoactive substance abuse, risk behavior (i.e. alcohol-related reckless driving or promiscuity) (Cochran, Rabinowitz 2003; Magovcevic, Addis 2008; Rutz et al. 1995; 1997; Rutz, Rihmer 2007; Wålinder, Rutz 2001).

A few measurement tools, which conceptualized "male depression", have been developed, including the most widely recognized Gotland Male Depression Scale (GMDS) of Rutz (Rutz et al. 1995; Rutz 1999). The scale consists of 13 statements describing depression symptoms occurring in the last month. These include typical manifestations such as feeling of concern, sleep problems, fatigue, indecisiveness, self-pity, and atypical symptoms (distress, burnout, frustration, acting-out, alcohol and drugs abuse, increasing effort on work related activity or physical exercise, self-reported or observed by others changes in daily functioning). The questionnaire shows good psychometric values and was validated in various countries, not to mention Italy, China and Iceland. The Polish validation, developed by Chodkiewicz (Ról, Chodkiewicz 2015) has also revealed good psychometric properties with Cronbach's alpha of 0.92. The correlation levels for GMDS were 0.74 with Beck's BDI, 0.77 with Golderg's GHQ "depression symptoms" subscale and 0.42 with Psychache Scale. Factor analyses has proved the existence of two factors contributing to the 59% of the total proportion of variance. Polish version of the GMDS scale seems to be an adequate screening questionnaire as well as a measurement tool in scientific research.

At the moment, several research articles related to the process of Polish validation of GMDS scale are being published. They elaborate in detail the concept of "male depression" and report the psychometric properties of the validated measurement tool.

Dissemination of the relevant knowledge appears to be essential when considering the number of research and nationwide experiences. They show that early diagnosis, adequate intervention and prevention of depression would contribute to decline the suicide tendencies and suicide deaths.

Jan Chodkiewicz (commentary in Polish)

Jak podaje na swojej stronie internetowej Komenda Główna Policji, w Polsce stale wzrasta liczba zamachów samobójczych zakończonych śmiercią. W latach 2013 i 2014 liczba ta po raz pierwszy od 1991 r. przekroczyła 6000 osób. Temu wysoce niepokojącemu trendowi towarzyszy stały element – każdego roku stosunek śmierci samobójczej mężczyzn i kobiet wynosi ok. 5–6:1. W 2014 r. samobójstwo popełniło 5237 mężczyzn, podczas gdy w latach 2003–2012 ogólna liczba samobójstw popełnionych przez kobiety i mężczyzn nie przekraczała w każdym z tych lat 4900 osób (Policja 2015). Oczywiście, znacząca przewaga mężczyzn nad kobietami w odniesieniu do popełnionych samobójstw nie jest polską specyfiką, lecz występuje praktycznie we wszystkich krajach (Sher 2015).

Jak pokazują zarówno wspomniany raport policyjny, jak i literatura przedmiotu, najczęstszą przyczyną śmierci samobójczej są zaburzenia psychiczne, a zwłaszcza depresja, która jednak jest diagnozowana znacząco częściej u kobiet niż u mężczyzn (m.in. Centers for Disease Control and Prevention Suicide 2015; Nolen-Hoeksema 2001). Obserwacje te doprowadziły do podzielanych przez wielu (choć nie przez wszystkich) autorów wniosku tego, że za tak widoczną dysproporcją może stać odmienność objawów depresji u mężczyzn, która utrudnia im zwracanie się po pomoc, a specjalistom diagnozę i terapię „męskiej” depresji. Wśród głównych objawów atypowej depresji u mężczyzn wymienia się m.in. zachowania agresywne i impulsywne, drażliwość, wypalenie, nadużywanie substancji psychoaktywnych i podejmowanie zachowań ryzykownych (np. prowadzenie samochodu po alkoholu, przypadkowe kontakty seksualne) (m.in. Cochran, Rabinowitz 2003; Magovcevic, Addis 2008; Rutz et al. 1995; 1997; Rutz, Rihmer 2007; Wålinder, Rutz 2001).

Do pomiaru tak konceptualizowanej „męskiej” depresji opracowano kilka narzędzi pomiaru, wśród

których najbardziej znana jest Gotlandzka Skala Męskiej Depresji (The Gotland Male Depression Scale GMDS) Rutza (Rutz et al. 1995; Rutz 1999). Skala składa się z 13 twierdzeń opisujących objawy depresji występujące u osoby badanej w ciągu ostatniego miesiąca, a jej pozycje dotyczą zarówno typowych objawów depresji, takich jak: odczuwanie niepokoju, problemy ze snem, zmęczenie, trudności z podejmowaniem decyzji, tendencje do użalania się nad sobą, jak i symptomów atypowych – odczuwania nadmiernego stresu, wypalenia i frustracji, trudności z panowaniem nad sobą, nadużywania alkoholu i leków, zwiększenia aktywności przez nadmierną pracę i/lub wysiłek fizyczny, a także zmian dotychczasowego funkcjonowania, zauważanych przez osobę badaną i jej bliskich.

Skala, charakteryzująca się dobrymi właściwościami psychometrycznymi, została zaadaptowana w kilku krajach, m.in. we Włoszech, Chinach, Islandii. Również polska adaptacja kwestionariusza dokonana

przez Chodkiewicza wskazuje na jego dobre właściwości psychometryczne (por. Rol, Chodkiewicz 2015). Alfa Cronbacha wynosi 0,92, współczynniki korelacji GDMS z BDI Becka wynosiły 0,74, z podskalą „symptomy depresji” GHQ 28 Goldberga 0,77, ze Skalą Bólu Psychicznego 0,42. Analiza czynnikowa wskazuje na występowanie dwóch czynników tłumaczących 59% ogólnej wariancji wyników. Polską wersję narzędzia można więc polecać zarówno do stosowania w badaniach przesiewowych, jak i w analizach naukowych. Obecnie przygotowywane są artykuły, w których zostanie pokazany cały proces polskiej walidacji narzędzia i jej właściwości psychometryczne oraz opisana dokładnie koncepcja „męskiej” depresji. Rozpropagowanie wiedzy na ten temat wydaje się bardzo ważne, gdyż liczne badania i doświadczenia wielu krajów dowodzą, że wczesne wykrywanie, odpowiednie leczenie i profilaktyka depresji prowadzi do spadku tendencji samobójczych i liczby zakończonych śmiercią samobójstw.

Literature

- Centers for Disease Control and Prevention (2015), *Suicide: Facts at a glance*, <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide> (dostęp: 20.12.2015).
- Chodkiewicz J. (2016), *Polska Adaptacja Skali Depresji GMDS*, „Psychiatra” (w druku).
- Cochran S.V., Rabinowitz F.E. (2003), *Gender-sensitive recommendation for assessment and treatment of men*, „Professional Psychology: Research and Practice”, vol. 34, s. 132–140.
- DeJong C.A., van den Brink W., Harteveld F.M., van der Wielen E.G.M. (1993), *Personality disorders in alcoholics and drug addicts*, „Comprehensive Psychiatry”, vol. 34(2), s. 87–94.
- Gruber E., DiClemente R.J., Anderson M.M., Lodico M. (1996), *Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behavior in late adolescence*, „Preventive Medicine”, vol. 25(3), s. 293–300.
- Lee C. P., Chu C.L., Chen Y., Jiang K.H., Chen J.L., Chen C.Y. (2015), *The Chinese Version of the Gotland Male Depression Scale (GMDS): Mokken scaling*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 186, s. 48–52.
- Magovcevic M., Addis M.E. (2008), *The Masculine Depression Scale: Development and Psychometric Evaluation*, „Psychology of Men and Masculinity”, vol. 9(3), s. 117–132.
- Martin L.A., Neighbors H.W., Griffith D.M. (2013), *The experience of symptoms of depression in men vs women. Analysis of the National Comorbidity Survey Replication*, „JAMA Psychiatry”, vol. 70(10), s. 1100–1106.
- Nolen-Hoeksema S. (2001), *Gender differences in depression*, „Current Directions in Psychological Science”, vol. 10(5), s. 173–176.
- Policja (2016), *Data on Suicides Provided by National Police of Poland*, <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa> (dostęp: 10.03.2016).
- Rol P., Chodkiewicz J. (2015), *Objawy atypowej depresji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu – rola agresywności, impulsywności i bólu psychicznego*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, vol. 24(4), s. 199–207.
- Rutz W. (1996), *Prevention of suicide and depression*, „Nordic Journal of Psychiatry”, vol. 50 (sup37), s. 61–67.
- Rutz W. (1999), *Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education*, „International Clinical Psychopharmacology”, vol. 14(3), s. 27–33.
- Rutz W., Knorrning L. von, Pihlgren H., Rihmer Z., Wålinder J. (1995), *An educational project on depression and its consequences: is the frequency of major depression among Swedish men underrated, resulting in high suicidality?*, „Primary Care Psychiatry”, vol. 1, s. 59–63.
- Rutz W., Rihmer Z. (2007), *Suicidality in men: practical issues, challenges, solutions*, „Journal of Men's Health and Gender”, vol. 4(4), s. 393–401.
- Rutz W., Wålinder J., von Knorrning L., Rihmer Z., Pihlgren H. (1997), *Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study*, „International Journal of Psychiatry in Clinical Practice”, vol. 1, s. 39–46.
- Sher L. (2015), *Suicide in Men*, „Journal of Clinical Psychiatry”, vol. 76(3), s. 371–372.
- Sigurdsson B., Pálsson S.P., Aevásson O., Ólafsdóttir M., Johannsson M. (2015), *Validity of Gotland Male Depression Scale for male depression in a community study: The Sudurnesjamm study*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 173, s. 81–89.
- Wålinder J., Rutz W. (2001), *Male depression and suicide*, „International Clinical Psychopharmacology”, vol. 16(2), s. 21–24.
- Zierau F., Bille A., Rutz W., Bech P. (2002), *The Gotland Male Depression Scale: A validity study in patients with alcohol use disorders*, „Nordic Journal of Psychiatry”, vol. 56(4), s. 265–271.

Wolfgang Rutz, Patryk Stecz, Jan Chodkiewicz

Revisit of the Gotland Study and suicide prevention in the second decade of the 21st century

Summary

The present opinion article is a scientifically structured interview with Wolfgang Rutz, psychiatrist, long-time researcher on suicidology, author of the Gotland Study on male depression. The aim was to discuss the implementations of study on male depression and further recommendations for suicide prevention. The interviewer comments and questions, backed by literature, are believed to raise the important concerns on the current issues in diagnosing and treating depression and preventing suicides. The interview is followed by a commentary from prof. Jan Chodkiewicz who presents the perspective on male depression in light of the findings from his validation of the Polish version of male depression scale. The perspective presented can be useful in adopting the national program for preventing suicides in Poland and other countries with high suicidality rates and underdeveloped nationwide prevention programs.

Key words: suicidology, suicide prevention, Gotland Male Depression Scale, Gotland Study.

Specjalista psychiatra Anna Baran

Psychiatra Uppsala-Örebro, Network for Suicide Prevention
tel. +46 707 898 517 • mail: annabaran00@gmail.com

Proces budowy systemu prewencji samobójstw w latach 2007–2015 na przykładzie szwedzkiego regionu Södermanland

Södermanland jest jednym z siedmiu *län* (odpowiednik województwa) wchodzących w skład Regionalnej Sieci Prewencji Samobójstw Uppsala-Örebro, która powstała w 1997 r. przy Narodowym Centrum Badań nad Samobójstwami (National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health – NASP) Instytutu Karolińskiego w Sztokholmie. Region Uppsala-Örebro obejmuje – oprócz Södermanland – Dalarna, Gävleborg, Värmland, Västmanland, Uppsala i Örebro. Oprócz Regionalnej Sieci Prewencji Samobójstw Uppsala-Örebro w Szwecji istnieją Sieci: Północna, Południowa, Południowo-Wschodnia, Zachodniej Szwecji i Sztokholm-Gotland. Myślą przewodnią takiej organizacji prewencji samobójstw w Szwecji w 1997 r. było objęcie tym systemem całego kraju i wspieranie poszczególnych województw w tym zakresie. System został stworzony i zaakceptowany przez grono profesorów szwedzkich reprezentujących uniwersytety w głównych miastach poszczególnych regionów.

W latach 2007–2011 przewodniczącym Regionalnej Sieci Prewencji Samobójstw Uppsala-Örebro był prof. Wolfgang Rutz, a od września 2011 r. pełni tę funkcję autorka artykułu. W ramach Regionalnej Sieci Prewencji Samobójstw w tym regionie organizowane

są co 2 lata konferencje regionalne, a ich tematem są zagadnienia, na które w danym momencie jest zapotrzebowanie społeczne. Przykładowo tematem konferencji regionalnej w 2012 r. był proces żałoby po samobójstwie, a w 2014 r. – różne formy pierwszej pomocy psychologicznej. We wrześniu 2015 r. region był współorganizatorem dziesiątej krajowej konferencji o prewencji samobójstw. Nie byłoby to możliwe bez finansowania całego projektu przez region Örebro, a także Urząd Zdrowia Publicznego, który od 2015 r. jest odpowiedzialny za prewencję samobójstw w Szwecji.

Södermanland ma jeden z najniższych wskaźników samobójstw w regionie Uppsala-Örebro. Jest on równocześnie przykładem regionu, w którym po wprowadzeniu w Szwecji w 2008 r. narodowego programu prewencji samobójstw (Swedish National Board of Health and Welfare 2008) nie obserwowano jego pozytywnego skutku, a wręcz widoczny był wzrost wskaźników samobójstw. Wskaźniki samobójstw wzrastały, mimo że zgodnie z narodowym programem opracowano wytyczne i prowadzone były szkolenia z zakresu prewencji samobójstw w klinikach psychiatrii w regionie. Szkolenia te dotyczyły głównie oceny ryzyka samobójczego. Ten wzrost

wskaźników samobójstw zatrzymał się nieco dopiero w 2012 r. Pytanie, które warto sobie zadać, brzmi: co mogło wpłynąć na taki rozwój wskaźników samobójstw w Södermanland? Czy jest coś, czego możemy się z tych doświadczeń nauczyć?

1 lutego 2006 r. wprowadzono w Szwecji modyfikację prawa *Lex Maria* (Swedish National Board of Health and Welfare 2005), która nakładała na zakłady opieki zdrowotnej obowiązek powiadamiania o każdym samobójstwie i analizę w celu wyciągnięcia wniosków na przyszłość oraz usprawnianie działania opieki zdrowotnej. Ta modyfikacja dotyczy osób, które popełniły samobójstwo, a które miały wcześniej kontakt z opieką zdrowotną. Omawiana ustawa w istotny sposób przyczyniła się do wzrostu zainteresowania instytucji opieki zdrowotnej prewencją samobójstw oraz doprowadziła do wzrostu zainteresowania mediów tym tematem i do wielu publikacji wiążących samobójstwo z brakami w organizacji opieki zdrowotnej. Ustawa, której celem była prewencja samobójstw, miała obosieczne skutki. Z jednej strony przyczyniła się do wypracowania i opublikowania pewnych standardów w zakresie oceny ryzyka samobójczego w Södermanland (np. Ljungberg et al. 2014), a z drugiej strony trudno wykluczyć jej negatywny wpływ na potencjalnych pacjentów, którzy mieli okazję dowiedzieć się o tym, że braki organizacyjne w konkretnej klinice i poradni spowodowały samobójstwo. Taki uproszczony sposób postrzegania problemu samobójstw mógł wpłynąć negatywnie na wizerunek placówek opieki zdrowotnej, a przede wszystkim na korzystanie z nich w sytuacji kryzysu samobójczego. Artykuły te miały też negatywny wpływ na pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej, którzy w ten sposób byli regularnie obarczani winą za problem samobójstw. Zjawisko to miało różne nasilenie w poszczególnych województwach.

Ten szwedzki przykład „poszukiwania winnego” ilustruje jeden z podstawowych problemów i pułapek w prewencji samobójstw. Poszukiwanie „winnego” jest zjawiskiem bardzo powszechnym i niezbędne jest właściwe podejście do niego w programach prewencji, gdyż w przeciwnym razie ryzykujemy, że program lub dana strategia prewencji nie przyniosą pożądanego skutku. W Södermanland wraz z edukacją społeczności, w tym dziennikarzy, zmienił się ton publikacji w mediach. To umożliwiło przejęcie części odpowiedzialności przez polityków – w rezultacie zaczęli oni przeznaczać zarówno na opiekę psychiatryczną, jak i na działania prewencyjne większe środki finansowe. Oczywiście nie można zapominać, że istnieje również ryzyko nadmiernego obarczenia

winą decydentów i polityków, co może utrudnić skuteczność ich działań.

Dodatkowo sytuację w Södermanland, w regionie o stosunkowo wysokiej stopie bezrobocia, pogorszył kryzys ekonomiczny 2008–2010 oraz ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym 2008, które spowodowały, z jednej strony, wzrost bezrobocia, a z drugiej – ograniczanie liczby łóżek psychiatrycznych w celu redukcji kosztów. „Ofiarami” ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym byli przede wszystkim pacjenci psychiatryczni stanowiący w Szwecji znaczną część wszystkich osób na zwolnieniach lub rentach. Ponadto w Södermanland w latach 2005–2015 systematycznie zmniejszano liczbę łóżek psychiatrycznych, a dodatkowo w latach kryzysu ekonomicznego 2008–2010 ograniczono dostęp do psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, likwidując oddział psychiatrii w Katrineholm i placówkę poradni psychiatrycznej w miejscowości Gnesta, o jednej z wyższych stóp bezrobocia.

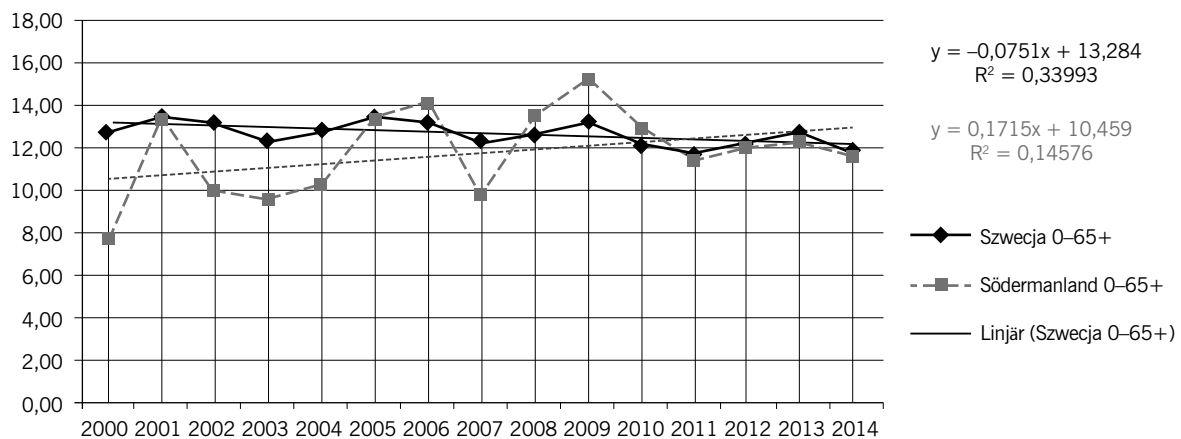
W 2008 r. Parlament (2008) zaakceptował propozycję szwedzkiego programu prewencji samobójstw. Program ten – mimo opisanych niekorzystnych zjawisk społeczno-ekonomicznych – wydawał się mieć pewien pozytywny wpływ na szwedzkie wskaźniki samobójstw, jednakże z wykluczeniem samobójstw u osób młodych (Baran, Kropiwnicki 2015), a więc tych najbardziej podatnych na tzw. efekt Wertera. W 2013 r. w grupie wiekowej 15–24 popełniło samobójstwo 176 osób, co było najwyższą liczbą od 1989 r., w którym 205 osób w wieku 15–24 lat odebrało sobie życie. W wywiadzie dla szwedzkiej telewizji tak ten wzrost skomentowała prof. Danuta Wasserman, kierownik Krajowego Centrum Prewencji Samobójstw przy Instytucie Karolińskim w Sztokholmie: „Jest to znaczący wzrost. Istnieją metody, aby zapobiec samobójstwom, ale nie są one stosowane [...]. Są oczywiście miasta i powiaty, które próbują podejmować działania, ale brak jest systematycznego wysiłku w tym zakresie”.

Jak w tych warunkach wyglądała prewencja samobójstw w regionie Södermanland?

Region ma 1 286 104 mieszkańców (31.12.2014, SCB). Charakteryzuje się on nie tylko stosunkowo wysoką stopą bezrobocia, lecz także małą liczbą mieszkańców z wyższym wykształceniem, co może wpływać na wysokość wskaźników samobójstw. Wykres 1 ilustruje zmiany wskaźnika samobójstw w okresie 2000–2014 dla tego regionu oraz zmiany dla Szwecji.

W procesie budowy systemu prewencji samobójstw w Södermanland można wyróżnić cztery etapy.

Etap I (2007–2009) obejmował psychiatryczną opiekę zdrowotną. Dzięki lokalnemu ośrodkowi



Wykres 1. Wskaźnik samobójstw dla Szwecji i Södermanland w latach 2000–2014

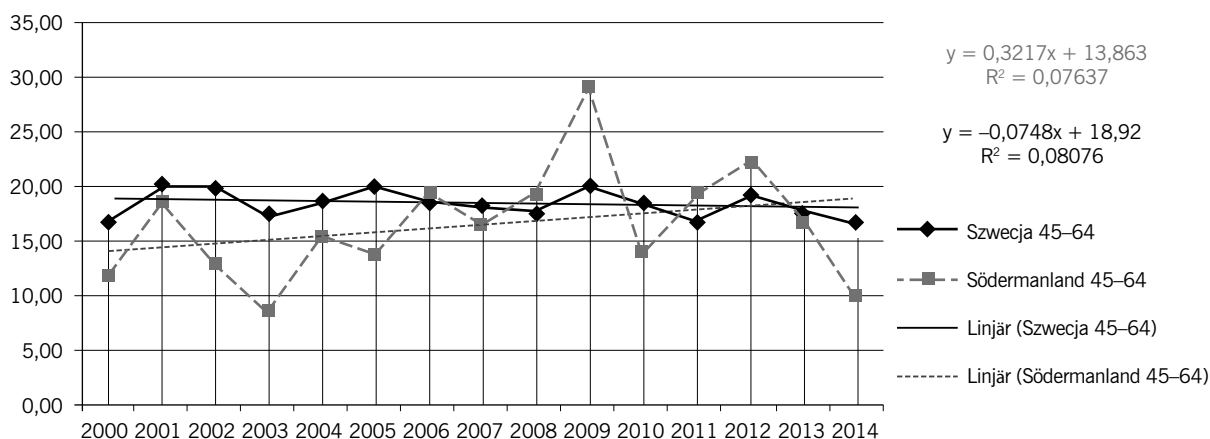
Źródło: opracowanie własne.

badan klinicznych w 2008 r. w Södermanland udało się scharakteryzować grupę pacjentów popełniających samobójstwa. Wykorzystano do tego autorski instrument o nazwie *Kilimanjaro Checklist*. Dane z tego badania były punktem wyjścia w późniejszych szkoleniach, a także wykorzystano je do opracowania wytycznych dla pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej w regionie. Instrument ten porządkuje czynniki ryzyka w czterech grupach dotyczących: zachowań samobójczych, stanu klinicznego, statusu psychospołecznego i danych demograficznych. Instrument ten był wielokrotnie używany do szkolenia dla personelu w ocenie czynników ryzyka i ochronnych oraz planowania terapii w różnych miastach Szwecji. Inna inicjatywa, którą udało się przeprowadzić, to opracowanie programu opieki nad pacjentami z ryzykiem samobójczym (2008–2009). W klinice psychiatrycznej w Nyköping działała grupa robocza, która aktywnie brała udział w opiece nad pacjentami z ryzykiem samobójczym, a także wspierała osoby opiekujące się takimi pacjentami w różnych oddziałach i placówkach poradni. Programy prewencji oparte na stworzeniu standardów opieki psychiatrycznej udało się wdrożyć jedynie w ograniczonym zakresie. Problemem okazał się brak zrozumienia prewencji przez decydentów i kierowników, a więc osoby nie mające bezpośredniego kontaktu z pacjentem.

Etap II (2010–2012) obejmował okres intensywnej współpracy z organizacją pozarządową, zrzeszeniem rodzin, które utraciły osobę bliską w samobójstwie (SPES Sörmland). Jej przewodnicząca Ursula Thieme organizowała regularne spotkania, na które zapraszała lokalnych polityków i inne osoby zainteresowane problemem prewencji samobójstw. To inspirowało do dalszej pracy nad zagadnieniami prewencji

samobójstw w regionie. Rezultatem tej współpracy było zorganizowanie 10 września 2012 r. – po raz pierwszy w historii województwa – obchodów Światowego Dnia Zapobiegania Samobójstwom. Miało to duże znaczenie, gdyż mobilizowało do prewencji całą lokalną społeczność, a także było początkiem intensywnej współpracy z lokalnymi mediami. Rezultatem tego była zmiana w sposobie przekazu informacji na temat samobójstw i prewencji. W kolejnych latach normą stał się udział lokalnych polityków w dyskusjach na temat prewencji. Stałym gościem w tym dniu na wszystkich wykładach w okresie 2012–2015 był wojewoda, co podkreślało wagę problemu i potrzebę mobilizacji sił, aby się z tym problemem zmierzyć. Zaproszonymi wykładowcami byli m.in. profesor Wolfgang Rutz, zajmujący się prewencją samobójstw od wielu lat, psychiatra Håkan Odeberg, który dzielił się osobistym przeżyciem tego, jak radził sobie ze śmiercią samobójczą swojej matki, Jesper Bohm, który napisał książkę o samobójstwie swojego brata. Osoby, które uczestniczyły w tych spotkaniach, najczęściej zetknęły się w jakiś sposób osobiście z tragedią samobójczej śmierci i pragnęły przyczynić się do rozwoju warunków do skuteczniejszej prewencji w przyszłości. Obchody Światowego Dnia Prewencji Samobójstw w dniu 10 września odbywają się corocznie od 2012 r. i wpisały się na stałe w kalendarz wydarzeń w regionie.

Etap III (2013). Skutkiem intensywnych działań w 2012 r. było pojawienie się w różnych środowiskach potrzeby zwiększenia wiedzy na temat prewencji, co zaowocowało opracowaniem programu szkoleń i szkoleniem służb ratowniczych, strażaków i policjantów (styczeń–luty 2013) oraz pracowników wszystkich poradni podstawowej opieki zdrowotnej w całym regionie Södermanland (wiosna 2013).



Wykres 2. Wskaźnik samobójstw dla grupy wiekowej 45–64 dla Szwecji i Södermanland 2000–2014

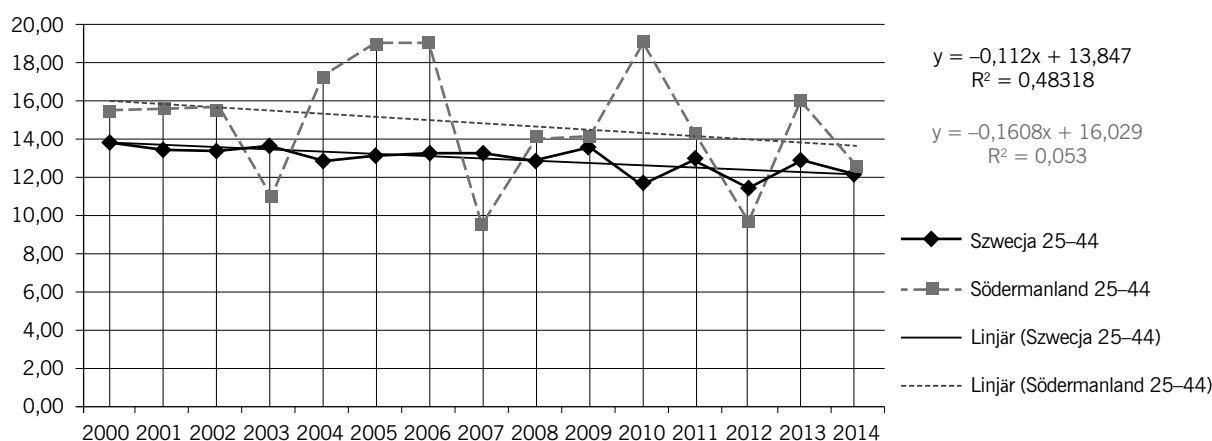
Źródło: opracowanie własne.

W styczniu 2013 r. została utworzona grupa robocza złożona z przedstawicieli podstawowej opieki zdrowotnej i psychiatrii, której celem było opracowanie procedur oceny ryzyka samobójstwa i dokumentacji w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Jesienią 2013 r. zostały przeprowadzone szkolenia przedstawicieli wszystkich ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej w regionie, a wytyczne zostały wdrożone we wszystkich tutejszych poradniach. Szkolenia pracowników opieki zdrowotnej koncentrowały się głównie na dokumentacji ryzyka samobójczego, poświęcając bardzo mało miejsca na inne strategie prewencji, co było podyktowane tym, że to właśnie dokumentacja była analizowana w przypadku samobójstwa.

Za szczególny sukces w skali Szwecji należy uznać projekt Niebieskie Światło, który funkcjonuje w regionie od czerwca 2013 r. Został on zainicjowany przez samych strażaków, zainspirowanych podobnymi modelowymi rozwiązaniami w regionie Jönköping (MSB 2009). W ramach projektu grupa robocza – reprezentowana przez pracowników policji, służb ratowniczych, pogotowia ratunkowego i psychiatrii – wypracowała program szkoleń dla instruktorów służb ratowniczych wszystkich jednostek straży pożarnej w Södermanland. Te szkolenia stały się integralną częścią szkoleń wszystkich strażaków w regionie. W Szwecji policja korzysta często z pomocy straży pożarnej, która nierzadko jest pierwsza na miejscu zdarzenia. Minusem było niewątpliwie to, że szkolenia w projekcie Niebieskiego Światła objęły w małym stopniu policję, której rola w prewencji samobójstw w Szwecji jest bardzo znacząca.

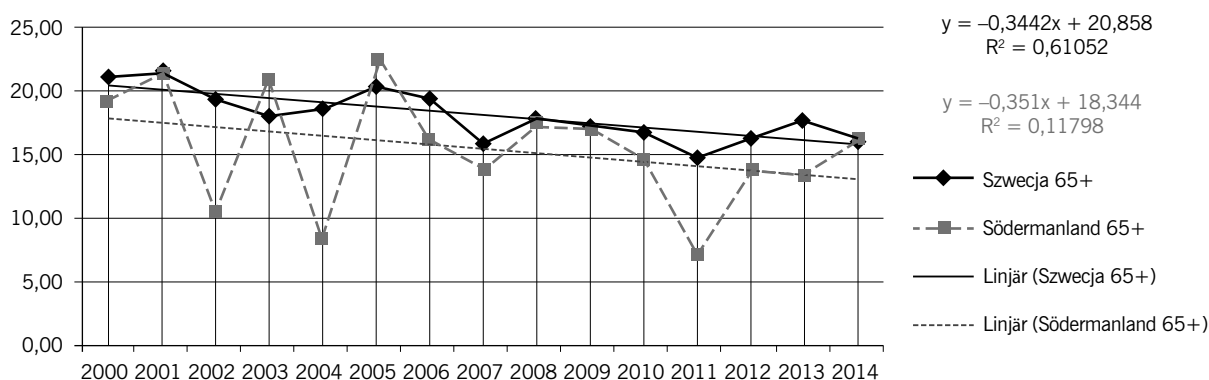
IV etap (od końca 2013 r. – trwa nadal). W październiku 2013 r. rozpoczęła pracę grupa robocza składająca się z przedstawicieli lokalnego urzędu zdrowia publicznego, psychiatrii, psychiatrii dzieci,

podstawowej opieki zdrowotnej i SPES Södermanland. Utworzenie grupy wiązało się z dostrzeżeniem przez lokalnych polityków potrzeby prewencji i wiązało się z przeznaczeniem środków finansowych na ten cel. Celem grupy był rozwój prewencji w regionie. Region Södermanland był jednym z pierwszych szwedzkich regionów, w których powstała taka inicjatywa i w którym zatrudniono na pół etatu osobę, której zadaniem była koordynacja działań z zakresu prewencji samobójstw. Dzięki przeznaczonym przez lokalnych polityków funduszom udało się zorganizować w 2014 r. trzy seminaria na temat prewencji, a także udostępnić część materiałów z seminariów w internecie. W każdym z seminariów uczestniczyło ponad 300 osób. W spotkaniach brali udział znamienici goście, przedstawiciele świata polityki, nauki, sportu, kultury i sztuki, którzy w różny sposób przedstawiali tragedię, jaką jest dla drugiego człowieka samobójstwo osoby bliskiej oraz jak można sobie z tym problemem radzić. W spotkaniach uczestniczyli w przeważającej części pracownicy szkół, na co mógł wpłynąć fakt, że wiosną 2014 r. zginął śmiercią samobójczą młody człowiek, obiecujący piłkarz lokalnej drużyny. W tym roku zanotowano w regionie wzrost wskaźnika samobójstw w grupie do 24. roku życia. Prawdopodobnie zaobserwowany wzrost potrzeby poszerzenia wiedzy z tego zakresu wśród nauczycieli i przedstawicieli mediów miał związek z tą tragedią. Równocześnie w tym samym roku znacznie obniżył się wskaźnik samobójstw w grupie wiekowej 44–65 (wykres 2). Obniżenie wskaźników właśnie w tej grupie wiekowej mogło się wiązać z tym, że szkolenia kierowane były głównie do grupy odbiorców w wieku 44–65 lat. Najwyższe wartości wskaźnika samobójstw w 2009 r., podobnie jak w wielu innych regionach, mogą wskazywać na niewystarczające



Wykres 3. Wskaźnik samobójstw dla grupy wiekowej 25–44 dla Szwecji i Södermanland 2000–2014

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 4. Wskaźnik samobójstw powyżej 65. roku życia dla Szwecji i Södermanland 2000–2014

Źródło: opracowanie własne.

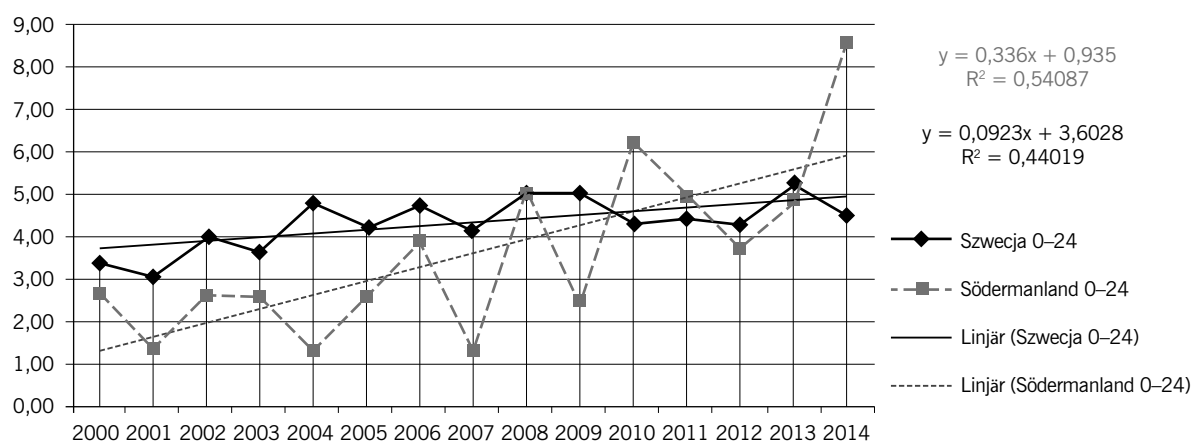
mechanizmy zabezpieczające w warunkach kryzysu ekonomicznego 2008–2010.

WHO (2014) w raporcie *Preventing Suicide: A Global Imperative* zaleca oprócz monitorowania wskaźników samobójstw i hospitalizacji po próbach samobójczych także monitorowanie liczby wdrożonych interwencji w zakresie prewencji samobójstw. O ile nie udało się wprowadzić monitoringu hospitalizacji po próbach samobójczych, o tyle w zakresie wdrożonych interwencji Södermanland może być przykładem. Raport WHO (2014) wymienia potencjalne grupy, do których powinny być kierowane interwencje, tj. pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej (Malone et al. 1995), podstawowej opieki zdrowotnej (Rutz, von Knorring, Wålinder 1989; Man et al. 2005), służb ratunkowych (głównie straży pożarnej), pracowników szkół (Pfaff et al. 2001; Gould et al. 2005; Wasserman et al. 2015) oraz media (Etzersdorfer, Sonneck 1998; Gould 2001). Szkoleniami w zakresie prewencji w Södermanland udało się objąć wszystkie wymienione grupy, a także lokalnych

polityków, rodziny osób, które utraciły osobę bliską w samobójstwie, i przedstawicieli Kościoła Szwedzkiego. Kościół Szwedzki udostępnił w latach 20012–2015 lokale na spotkania w związku z seminariami na temat prewencji w dniu 10 września (Światowy Dzień Prewencji Samobójstw), a księża brali udział w wielu spotkaniach. Kościół ten bardzo czynnie angażuje się w prewencję samobójstw, nie tylko w Södermanland.

Tak duży zasięg szkoleń jest niewątpliwym sukcesem. Sukcesem jest też to, że wskaźniki samobójstw w grupach wiekowych 25–44 (wykres 3) oraz powyżej 65. roku życia (wykres 4) wykazywały w okresie 2000–2014, podobnie jak w innych regionach Szwecji, trend spadkowy.

Decydując się na budowanie prewencji, narażamy się na ryzyko porażki. Być może przyczynia się do tego fakt, że tak trudno zdobyć fundusze na prewencję. Być może decydenci podświadomie czują, jak skomplikowany jest to problem, i na wszelki wypadek nie podejmują ryzyka. Södermanland jest przykładem



Wykres 5. Wskaźnik samobójstw dla grupy wiekowej poniżej 24. roku życia dla Szwecji i Södermanland 2000–2014
Źródło: opracowanie własne.

tego, jak trudno było zdobyć środki finansowe na prewencję samobójstw, zwłaszcza w okresie kryzysu ekonomicznego, w którym finansowanie np. opieki psychiatrycznej w regionie się zmniejszyło, doprowadzając do ograniczenia miejsc, w których osoby w kryzysie samobójczym mogły się zwrócić o pomoc. Mogło to doprowadzić do wzrostu wskaźników samobójstw w tym okresie, szczególnie w grupie wiekowej 45–64 (Chang et al. 2013). W myśl zasad prewencji powinno się raczej wydatki na opiekę psychiatryczną w tym okresie zwiększyć.

Kolejną porażką jest wzrost, podobnie jak w całej Szwecji, wskaźników samobójstw w grupie wiekowej poniżej 24. roku życia (wykres 5). Wiosną 2014 r. po samobójstwie młodego mężczyzny reprezentującego lokalny klub piłkarski doszło do wzrostu liczby samobójstw w tej grupie wiekowej, mimo że lokalna gazeta pisała jedynie o nieszczęśliwym wypadku na torach, a nie o śmierci samobójczej. Nie przeszkodziło to jednak w obszernym komentowaniu zdarzenia w internecie.

W trakcie całego procesu budowania prewencji przeznaczano jedynie minimalne środki na trzeci sektor, czyli NGOs, mimo że to ten sektor odgrywał bardzo istotną rolę w budowaniu prewencji. Ta nierównowaga nie wpływała dobrze na wzajemne

relacje w grupie skupiającej przedstawicieli różnych instytucji, która miała na celu koordynację prewencji. W grupie tej trudno było uzgodnić wspólny kierunek działania, co doprowadziło do tego, że na znak protestu opuściła tę grupę Ursula Thieme, reprezentująca trzeci sektor (NGO), przewodnicząca Stowarzyszenia Rodzin, które utraciły osobę bliską przez samobójstwo (SPES Sörmland), osoba o bardzo dużych zasługach dla prewencji samobójstw w regionie. Ta sama silna grupa interesów zdecydowała, że w celu redukcji kosztów będzie finansować pewne strategie, a pominie inne, co ostatecznie doprowadziło do konfliktu i rozłamu w grupie. To powinno być przestrogą dla budowniczych systemów prewencji, gdyż istnienie różnych grup interesów jest regułą, a nie wyjątkiem. Niestety, zarówno osoby popełniające samobójstwo, jak i osoby próbujące temu przeciwdziałać wydają się być w społeczeństwie grupami „z piętnem”. To może w pewnym stopniu tłumaczyć niedofinansowanie programów prewencji i brak zrozumienia dla nich przez decydentów, co może prowadzić do ich ograniczonej skuteczności. Dopóki nie opracujemy systemu prewencji uwzględniającego te trudności, dopóty osiągnięcie znaczącej poprawy we wskaźnikach samobójstw może okazać się niewykonalne.

Literatura

- Baran A., Kropiwnicki P. (2015), *Advantages and pitfalls of the Swedish National Program for Suicide Prevention 2008*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, vol. 15(4), s. 175–181, <http://www.wpsychiatria.com.pl/index.php/wydawnictwa/2015-vol-15-no-4/advantages-and-pitfalls-of-the-swedish-national-program-for-suicide-prevention-2008?aid=550> (dostęp: 21.03.2016).
- Chang S.S., Stuckler D., Yip P., Gunnell D. (2013), *Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries*, BMJ, vol. 347, s. 5239.
- Etzersdorfer E., Sonneck G. (1998), *Preventing suicide by influencing mass-media reporting: the Viennese experience 1980–1996*, „Archives of Suicide Research”, vol. 4, s. 67–74.

- Gould M.S. (2001), *Suicide and the media*, „Annals of the New York Academy of Science”, vol. 932, s. 200–221.
- Gould M.S., Marrocco F.A., Kleinman M., Thomas J.G., Mostkoff K., Cote J., Davies M. (2005), *Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial*, JAMA, vol. 293, s. 1635–1643
- Ljungberg T., Baran A., Heiwa A., Lekberg L., Nylund J., Salomon R. (2014), *Vård av suicidnära patienter vid vuxenpsykiatrisk klinik. Vårdprogram* (Program opieki nad pacjentem z ryzykiem samobójczym w klinice psychiatrycznej), 2014.06.03, Landstinget Sörmland. Hälso- och sjukvårdsförvaltning, Dnr: LSN-HSF14-514, <http://landstingetsormland.se/Global/Psykiatri%20NLN-KSK/V%C3%A5rd%20av%20suicidn%C3%A4ra%20patienter%20vid%20vuxenpsykiatrisk%20klinik.pdf> (dostęp: 21.03.2016).
- Malone K.M., Szanto K., Corbitt E.M., Mann J.J. (1995), *Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 152, s. 1601–1607.
- Mann J.J. et al. (2005), *Suicide prevention strategies: a systematic review*, JAMA 2005, vol. 294, s. 2064–2074.
- MSB (2009), *Samverkan mellan polis, sjukvård, SOS Alarm, räddningstjänst vid hot om suicid. Ett exempel från Jönköpings län* (Współpraca między Policją, opieką zdrowotną, telefonem ratunkowym, strażą pożarną przy zagrożeniu samobójstwem. Przykład regionu Jönköping).
- Pfaff J.J., Acres J.G., McKelvey R.S. (2001), *Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people*, „Medical Journal of Australia”, vol. 174, s. 222–226.
- Rutz W., von Knorring L., Wålinder J. (1989), *Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners*, „Acta Psychiatrica Scandinavica”, vol. 80(2), s. 151–154.
- Swedish National Board of Health and Welfare (2005), *Senaste version av SOSFS 2005:28. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd omanmälningsskyldighet enligt Lex Maria* (Latest Version of SOSFS2005: 28 Swedish National Board of Health and Welfare Regulations and General Advice on Lex Maria).
- Parlament (2008), *Regeringens Proposition 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik. Antagen av riksdagen den 5 juni, 2008. Kap.8 Självmordsprevention* (Proposal 2007/08:110. Approved by the Swedish Parliament 5th of June, 2008, Chapter 8: Suicide Prevention).
- Wasserman D. et al. (2015), *School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial*, „The Lancet”, vol. 385(9977), s. 1536–1544.
- WHO (2014), *Preventing Suicide: A Global Imperative*, http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/world_report_2014/en/2014 (dostęp: 2.12.2015).

Specjalista psychiatra Anna Baran

Proces budowy systemu prewencji samobójstw w latach 2007–2015 na przykładzie szwedzkiego regionu Södermanland

Streszczenie

Na podstawie obserwacji i doświadczeń uzyskanych przez eksperta i konsultanta zaangażowanego w budowę systemu prewencji samobójstw w szwedzkim regionie Södermanland w latach 2007–2015 w artykule przedstawiono, jak trudnym wyzwaniem jest taki proces, co może przynieść sukces, na jakie przeszkody jest się narażonym, a także co można zrobić, by zminimalizować ryzyko porażki.

Słowa kluczowe: prewencja samobójstw, budowa systemu prewencji samobójstw, szwedzki model prewencji samobójstw.

Consultant Psychiatrist Anna Baran

The process of suicide prevention system development in the years 2007-2015, as exemplified by the Södermanland region in Sweden

Summary

On the grounds of observations and experiences acquired by an expert and consultant during the development of a suicide prevention system in the Swedish region of Södermanland in the years 2007–2015 the paper outlines how difficult challenges are posed by such a process, what can bring success, what obstacles are faced, and what can be done to minimize the risk of failure.

Key words: suicide prevention, prevention system development, Swedish model of suicide prevention.

Dr n. med. Iwona Koszewska

Fundacja – Profilaktyka, Prewencja, Leczenie – Cumulus
tel. 505 226 765 • mail: iwona.koszewska@gmail.com

Profilaktyka depresji i samobójstw w Polsce w latach 2009–2016 z perspektywy trzeciego sektora (organizacji pozarządowej)

Rola organizacji pozarządowych w Polsce • Fundacja Cumulus • Wnioski

Rola organizacji pozarządowych w Polsce

Określenie „trzeci sektor” wywodzi się z teorii podziału nowoczesnego państwa dzielącego aktywność społeczno-gospodarczą państw demokratycznych na trzy sektory: państwowy (władza, administracja publiczna), rynkowy *for-profit*, czyli nastawionych na zysk przedsiębiorstw gospodarczych prywatnych, oraz organizacji *non-profit* działających *pro publico bono*. Trzeci sektor to nazwa stosowana wobec ogółu organizacji pozarządowych. Termin „organizacje pozarządowe” zaś jest dosłownym tłumaczeniem angielskiego określenia *non-governmental organizations* (NGOs), który upowszechnił się w języku polskim od lat 90. XX w. Prawną definicję takiej organizacji podaje ustawa z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 239 z późn. zm.).

Organizacje pozarządowe – w odróżnieniu od organów publicznych, a podobnie jak przedsiębiorstwa gospodarcze – są prywatne i powstają z inicjatywy ich założycieli (zazwyczaj indywidualnych osób), ale – w odróżnieniu od przedsiębiorstw, a podobnie jak władze publiczne – działają w interesie publicznym, a nie prywatnym.

Rozwój społeczeństwa obywatelskiego (po stłumieniu przez stan wojenny) odnowił się po 1989 r. Po okresie wzajemnej nieufności (z jednej strony rządu czy zbiurokratyzowanych instytucji państwowych do trzeciego sektora, z drugiej strony „pozarządowców” do władz publicznych) rozpoczęto próby wprowadzania paradygmatu partnerstwa, które z czasem zaowocowały prawnym zobowiązaniem samorządów do współpracy i wcześniejszych konsultacji społecznych z NGOs. W 2015 r. zarejestrowanych było w Polsce 17 tys. fundacji i 86 tys. stowarzyszeń, z czego 7% zajmowało się ochroną zdrowia¹.

Fundacja Cumulus

Fundacja – Profilaktyka, Prewencja, Leczenie – Cumulus została zarejestrowana w KRS w kwietniu 2009 r. Cele Fundacji to realizacja zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia, a przede wszystkim: „działalność w zakresie zapobiegania depresjom oraz ich skutkom (nadużywanie substancji psychoaktywnych, samobójstwa) oraz propagowanie wiedzy

¹ <http://fakty.ngo.pl/wiadomosc/1889290.html> (dostęp: 21.07.2016).

i działania edukacyjne dla ludności w zakresie oświaty zdrowotnej, profilaktyki i prewencji zaburzeń psychicznych, zwłaszcza zaburzeń nastroju”².

Główny akcent oddziaływań profilaktycznych został położony na przygotowanie osób, które mogą się przyczynić do zapobieżenia depresji i samobójstwom, czyli decydentów, interesariuszy, specjalistów w dziedzinie opieki zdrowotnej i społecznej (*stakeholders* i *care givers*) – w myśl sprawdzonej interwencji w sytuacji kryzysowej w czasie lotu samolotem: „Jeśli ciśnienie w kabinie gwałtownie spadnie, maski tlenowe wypadną automatycznie. Należy wówczas chwycić najbliższą maskę, pociągnąć ją mocno do siebie, zakryć nią usta i nos, oddychać normalnie. Pasażerowie podróżujący z dziećmi zakładają maskę najpierw sobie, a następnie dziecku...”, aby móc w pełni sprawnie zadbać o podopiecznych.

Dotychczasowe działania Fundacji Cumulus składają się z dwóch etapów.

Etap pierwszy to działania lokalne w ramach pierwszego w Polsce regionalnego programu zapobiegania depresji i samobójstwom „Aby halny nikogo nie zabrał, 2009–2015”. Cele szczegółowe programu to: podniesienie kompetencji osób niosących pomoc poprzez poprawę wczesnego rozpoznawania depresji i ryzyka samobójstwa, nabycie umiejętności rozmowy na temat myśli samobójczych, wzmacnianie czynników chroniących, poprawę współpracy między tymi osobami oraz upowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, nabycie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Program zaadresowany był do mieszkańców powiatu tatrzańskiego.

Etap drugi obejmuje działania ogólnopolskie, które polegają na współpracy z pierwszym i trzecim sektorem i mają na celu wprowadzenie zintegrowanej strategii zapobiegania depresji i samobójstwom w Polsce.

Fundacja Cumulus realizuje swoje cele przez siedem wymienionych w statucie zadań. W dalszej części artykułu przedstawiono przykładowe aktywności w ramach wymienionych zadań.

W ramach **„Współpracy z władzami samorządowymi, rządowymi i organizacjami pozarządowymi”** Fundacja współdziałała z władzami samorządowymi w powiecie tatrzańskim (starostwem, Urzędem Miasta Zakopane) oraz dekanatami Kościoła katolickiego w Zakopanem, Poroninie i Bukowinie

Tatrzańskiej w czasie programu „Aby halny nikogo nie zabrał” (Koszewska, Ostaszewski brw). Byliśmy dwukrotnie zapraszani na konferencje jako przykład dobrych praktyk. Nie udało się nawiązać dobrej współpracy z Ośrodkiem Interwencji Kryzysowej, głównie z powodu ograniczeń formalnych w postaci zadań statutowych. W czasie trwania programu Fundacja podjęła też współpracę z Krakowskim Instytutem Psychoterapii (Stowarzyszenie U Siemachy), organizując coroczne otwarte dla mieszkańców konferencje w Zakopanem: „Jesienne rozmowy nie tylko o depresji”. Wspólnie podjęto także starania o otwarcie filii KIP-u w Zakopanem. Wynikiem współdziałania ze Stowarzyszeniem Rodzin Abstynenckich były wykłady o zapobieganiu depresji i samobójstwom wygłaszane podczas corocznych spotkań rodzin abstynenckich w Małym Cichem.

W ramach **„Współpracy z instytucjami i organizacjami o podobnym zakresie działalności w kraju i za granicą”** Fundacja (wspólnie z Sekcją Suicydologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskim Towarzystwem Suicydologicznym oraz Sekcją Suicydologii i Prewencji Samobójstw Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego EPA-SSSP) zorganizowała w Warszawie w 2015 r. międzynarodowe seminarium poświęcone przygotowaniu programu zapobiegania samobójstwom w Polsce (z rekomendacją Ministra Zdrowia) z uczestnictwem wybitnych europejskich suicydologów. Prezes Fundacji została członkiem International Association Suicide Prevention (IASP) i otrzymała propozycję, by zostać jej narodowym reprezentantem w Polsce.

„Działalność edukacyjna, badawcza i doradcza” dotyczyła zorganizowania (wraz z władzami samorządowymi, Zakopiańskim Ruchem Oddolnym, pod patronatem „Tygodnika Podhalańskiego”) corocznych otwartych konferencji dla mieszkańców Zakopanego „Jesienne rozmowy nie tylko o depresji” w Zakopanem. Wykłady, cieszące się dużym zainteresowaniem, wygłaszali najlepsi polscy specjaliści. Podejmowano przykładowe tematy: „Dzisiejsze problemy dzieci i młodzieży”, „Jak sobie radzić z depresją i lękiem?”, „Od wolności do zniewolenia. Uzależnienia”, „Od uzależnienia do depresji”. Cztery konferencje popularno-naukowe dotyczyły czynników ryzyka samobójstw: „O depresji”, „Samobójstwo wśród młodzieży”, „Problemy emocjonalne po wypadku z perspektywy dziecka i dorosłego. Ofiara, świadek, sprawca, ratownik”, „Zapobieganie depresji i samobójstwom w powiecie tatrzańskim”. Wspólnie z Zakopiańskim Ruchem Oddolnym oraz z Fundacją Bieganie Fundacja zorganizowała także

² Wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS dnia 22 kwietnia 2009 roku pod numerem KRS 0000328284, numer REGON 141822023, numer NIP 951-228-17-22.

biegi przez Zakopane „Przegonić depresję” (2013, 2014). Działalność doradcza Fundacji to włączenie się w opiniowanie programów zapobiegania depresji oraz samobójstwom przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Aktywność badawcza obejmuje przygotowany na zlecenie Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji raport *Internet i nowe technologie w zapobieganiu samobójstwom* (Koszevska, Średniawa, Koszevska 2014).

Kolejne zadanie Fundacji: **„Podejmowanie wszelkich działań mających na celu profilaktykę zaburzeń nastroju”**, przejawia się poprzez liczne wywiady prasowe, radiowe i telewizyjne oraz zorganizowanie w 2014 r. debaty w redakcji tygodnika „Polityka” „Zapobieganie samobójstwom – zadanie nas wszystkich”, przy szerokim udziale różnych środowisk (Kancelaria Prezydenta RP, redaktorzy naczelni gazet i tygodników ogólnopolskich, przedstawiciele służb mundurowych, organizacje pozarządowe i inni), a także przygotowanie interdyscyplinarnego seminarium „Samobójstwa w Polsce. Jak im przeciwdziałać?” we współpracy z Kancelarią Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w 2015 r.

Zadanie **„Szkolenie różnych grup zawodowych niosących pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi lub narażonym na zaburzenia psychiczne”** to priorytetowa aktywność w ramach programu „Aby halny nikogo nie zabrał” 2009–2015. Regularne, comiesięczne spotkania/warsztaty w Zakopanem dla lekarzy, średniego personelu medycznego, psychologów, pedagogów, nauczycieli, kuratorów, pracowników opieki społecznej, służb ratowniczych oraz duchownych dotyczyły problemów leczenia i zapobiegania depresji i ich skutków (uzależnienia, samobójstwa) odbywały się w Zakopanem. W trakcie tych spotkań wyłoniła się grupa osób (Zakopiański Ruch Oddolny), która inicjowała kolejne tematy, wskazywała lokalne potrzeby. Na zaproszenie Państwowej Straży Pożarnej prowadziłam wykłady i warsztaty dla psychologów, kapłanów i lekarzy PSP: „Potrzeby, możliwości i ograniczenia profilaktyki samobójstw w jednostkach organizacyjnych PSP”, a także (na zaproszenie Centralnego Zarządu Służby Więziennej) wykłady i warsztaty dla psychologów więziennych „Ocena ryzyka samobójstwa”.

Realizacja zadania **„Organizowanie lub udział w krajowych i międzynarodowych konferencjach, seminariach, warsztatach i podróżach studyjnych o tematyce związanej z chorobami psychicznymi”** to wykłady na temat zapobiegania samobójstwom podczas zjazdów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz konferencji Sekcji Suicydologii PTP, organizowanie sesji tematycznych i prezentacja

wykładów podczas corocznych konferencji z cyklu „Farmakoterapia, psychoterapia i rehabilitacja zaburzeń afektywnych” organizowanych przez UJ Collegium Medicum i Instytut Psychiatrii i Neurologii, wykłady dla Ośrodka Rozwoju Edukacji oraz udział w dwóch seminariach zorganizowanych przez Ministerstwo Zdrowia, w Warszawie i Łodzi w 2016 r. Na forum międzynarodowym, podczas zjazdu Światowego Towarzystwa Zapobiegania Samobójstwom (IASP) w 2013 r. w Oslo, zaprezentowano poster *Don't let halny wind take any more lives*, nagrodzony za treść prezentacji. Prezes Fundacji uczestniczyła w kursie na temat ewaluacji programów profilaktycznych w Narodowym Centrum Badań nad Zapobieganiem Samobójstwom i Chorobom Psychicznym w Instytucie Karolinska w Sztokholmie w 2012 r. i 1st Forum Romanum on Suicide w Rzymie w 2015 r.

Zadanie **„Badania naukowe mające na celu ocenę skuteczności działań profilaktycznych i terapeutycznych dotyczących chorób psychicznych, zwłaszcza depresji i samobójstw”** zostało wypełnione przez opracowanie (wraz z dr L. Boguszevską z Zakładu Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii) na temat specyfiki regionu przed wdrożeniem programu zapobiegania depresji i samobójstwom (Koszevska, Boguszevska 2009, s. 323–331; Koszevska, Boguszevska 2009–2010, s. 53–63). Przeprowadzono ewaluację programu „Aby halny nikogo nie zabrał” na podstawie przyjętej metodologii (ankieta dla uczestników, rozmowy z liderami, porównanie wskaźników samobójstw i rozpowszechnienia zarejestrowanego zaburzeń nastroju).

W ramach pracy naukowej nawiązano współpracę z Instytutem Meteorologii i Gospodarki Wodnej w Krakowie na temat wpływ wiatru halnego na samobójstwa w powiecie tatrzańskim. Praca, obecnie przygotowana do publikacji, jest wynikiem szerszej współpracy z Uniwersytetem Jagiellońskim, Regionalną Siecią Prewencji Samobójstw w regionie Uppsala-Örebro (Uppsala-Örebro Network for Suicide Prevention) w Szwecji, Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Praca jako poster została zaprezentowana w 2016 r. w Madrycie podczas 24th European Congress of Psychiatry (EPA 2016), e-Poster: „The influence of the foehn wind (Halny) on the occurrence of suicide in the Tatra Mountains, 1999–2014” (Koszevska et al. 2016, s. 597).

Wnioski

Fundacja Cumulus przez 7 lat podejmowała wiele inicjatyw zgodnie ze statutowymi celami i wyznaczonymi

zadaniami. Najważniejsze aktywności służące zapobieganiu depresji i samobójstwom realizowane były i są przez podejmowanie kontaktów z otoczeniem: z sektorem państwowym, administracją samorządową, biznesem, mediami, instytutami naukowymi, uczelniami, organizacjami zagranicznymi i innymi organizacjami pozarządowymi.

Podejmowanie tematu samobójstwa jest tematem trudnym i obciążonym tabu w społeczeństwie. Z tego powodu często włączają się psychologiczne i społeczne mechanizmy obronne, zwłaszcza z kręgu unikania. Obserwowany opór i lęk wymaga czasu na „oswojenie” trudnego tematu. Na Podhalu po kilku latach współpracy uznano, że najważniejszy efekt działań to „uwrażliwienie na problem”. Współpracujący z Fundacją zakonnik powie po kilku latach: „Była obawa na początku. I powiem szczerze, po tym czasie cieszę się, że w to wszedłem..., te spotkania zupełnie odmieniły postrzeganie. A może nawet nie tyle postrzeganie... Ja sam po prostu przestałem się tego [rozmowy] aż tak bać. A jakby oswojenie tematu depresji na spotkaniach pozwoliło na to, że się tego nie boję. Można mnóstwo się dowiedzieć i oswoić temat”.

Powszechność mówienia o depresji w polskich mediach w ostatnich latach spowodowała znaczną destygmatyzację choroby. Analiza zasobów polskojęzycznego internetu sugeruje, że w necie samobójstwo i depresja nie są tematem tabu, co zapewne wiąże się z anonimowością wypowiedzi. W mediach społecznościowych często obserwuje się szybko udzielane wsparcie, przy jednoczesnym braku oficjalnych linków „pomocowych”. Mimo to uważam, że działania zmierzające w kierunku zapobiegania depresji i samobójstwom powinny być poprzedzone podniesieniem świadomości u decydentów i interesariuszy (*stakeholders*), wtedy współpraca układa się lepiej.

Tematy choroby i śmierci nie dotyczą tylko medycyny, lecz także nauk humanistycznych, prawnych, jak również duchowości człowieka. Z tego powodu niezbędne jest działanie interdyscyplinarne złożone z zespołu ekspertów. W ostatnim roku zawiązała się „platforma” wspólnych działań kilku środowisk NGOs: towarzystw naukowych (Sekcja Suicydologii PTP, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne), fundacji (Cumulus, Pogotowie Kryzysowe) i innych osób zainteresowanych pracą na rzecz prewencji samobójstw. Podjęte zostały rozmowy i wspólne inicjatywy z Ministerstwem Zdrowia. Uzyskaliśmy wsparcie ekspertów europejskich w tej dziedzinie i deklarację dalszej pomocy.

W 2015 r. wszedł w życie „Program zapobiegania depresji w Polsce na lata 2015–2019” zatwierdzony przez Ministra Zdrowia. W przygotowaniu jest też

„Program zapobiegający wykluczeniu zawodowemu chorych na depresję” z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020. W tej sytuacji konieczne wydaje się podjęcie zintegrowanych działań zmierzających w kierunku zapobiegania depresji i samobójstwom, gdyż nadal brakuje jednolitej, narodowej strategii zapobiegania samobójstwom.

Programy profilaktyczne realizowane są głównie na poziomie samorządów. Choć samorządy zwykle chętnie współpracują z NGOs, to jednak najważniejsze jest zaufanie społeczne, przekonanie o potrzebie takich, a nie innych oddziaływań profilaktycznych. Wskazana byłaby kampania uświadamiająca, nastawiona na pokazanie możliwości pomocy człowiekowi z myślami samobójczymi. Należałoby wnikliwie przeanalizować wnioski z realizacji na poziomie gminy innych programów profilaktycznych w Polsce, tak aby wychodziły naprzeciw realnym potrzebom beneficjentów i były przyjmowane jako pomocne, a nie jako wyłącznie zobowiązanie do realizacji narzucone z góry. Właściwe kryterium trafności, czyli w jakim stopniu cele projektu odpowiadają zidentyfikowanym problemom w danej społeczności i realnym potrzebom beneficjentów, identyfikowanie słabych i mocnych stron interwencji, zwiększa szansę efektywności i skuteczności interwencji. Starosta powiatu tatrzańskiego tak podsumował działania: „I mocną, i słabą stroną programu było to, że nie ubraliśmy go w formalne ramy do końca. Nie było to realizowane w formie programu uchwalonego przez radę powiatu, realizowanego za określoną kwotę itd. To była siła programu. Z jednej strony łatwiej by się procedowało, gdybyśmy mieli zabezpieczone środki, ale nie byłoby wtedy tego elementu działania społecznego, bezinteresownego... Nie byłoby elementu zaufania, powiązania ludzi w sposób nieformalny”.

Uważam, że wszelkie programy profilaktyczne muszą uwzględniać specyfikę polską, muszą być poprzedzone rzetelną diagnozą problemu w Polsce i działaniami pilotażowymi. Bez względu na konieczność uwzględnienia specyfiki polskiego społeczeństwa, mechanizmów radzenia sobie, zwłaszcza w środowiskach wiejskich, gdzie wskaźniki samobójstw są najwyższe. Niewłaściwe jest biernie kopiowanie programów zagranicznych bez analizy wyników skuteczności tych programów. Z tego powodu konieczne jest udoskonalenie systemu gromadzenia danych na temat prób samobójczych i samobójstw, kompatybilność danych policji i GUS-u.

Z moich doświadczeń wynika, że współpraca z firm z drugiego sektora (tj. sferą biznesu), których

istnienie nastawione jest głównie na zysk, nie układa się. Jedynie indywidualne poczucie sensu włączenia się w problem, osobiste poczucie *bonum commune* motywują do podjęcia działań. Zarazem zaangażowanie pracodawców w problematykę zdrowia psychicznego może być bardzo pomocne.

Ciekawym doświadczeniem jest tworzenie się oddolnych, niesformalizowanych i spontanicznych inicjatyw społecznych (czwartego sektora). Takim przykładem jest Zakopiański Ruch Oddolny, który do dziś podejmuje wiele pożytecznych działań dla swojego środowiska. W mojej opinii bezpośrednie zainteresowanie możliwościami oddziaływań profilaktycznych przez osoby spotykające się z człowiekiem w kryzysie (*care givers*) ma największe znaczenie i skuteczność.

Działania profilaktyczne powinny uwzględniać ich potrzeby lokalne (np. tworzenie zespołów interwencji kryzysowej, współpracę instytucji pomocowych państwowych i lokalnych organizacji pozarządowych).

Budując strategię na przyszłość, konieczne jest rozsądne wykorzystanie nowych mediów i technologii oraz doświadczeń innych krajów w tym zakresie. I oczywiście przeznaczenie adekwatnych źródeł finansowania.

Wytyczne trendy rozwojowe w obszarze społeczeństwa obywatelskiego – obejmujące m.in. współpracę administracji i podmiotów pozarządowych na rzecz rozwiązywania problemów mieszkańców – dają szansę na efektywność, skuteczność i trwałość efektów profilaktyki depresji i samobójstw w Polsce.

Literatura

- Koszevska I., Boguszevska L. (2009), *Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców powiatu tatrzańskiego*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, nr 18(4).
- Koszevska I., Boguszevska L. (2009–2010), *Diagnoza psychiatryczno-socjologiczna powiatu tatrzańskiego. Uwzględnienie specyfiki regionu przed wdrożeniem programu zapobiegania depresji i samobójstwom*, „Suicydologia”, t. 5–6, s. 53–63.
- Koszevska I., Ostaszevski K. (brw), *Program „Aby halny niko-go nie zabrał, 2009–2015” – ewaluacja* – praca przygotowana do publikacji.
- Koszevska I., Średniawa M., Koszevska J. (2014), *Internet i nowe technologie w zapobieganiu samobójstwom. Raport na zlecenie MAiC*, Warszawa.
- Koszevska I., Walawender E., Baran A., Zieliński J., Ustrnul Z. (2016), *The influence of the foehn wind (Halny) on the occurrence of suicide in the Tatra Mountains, 1999–2014*, „European Psychiatry”, vol. 33, suppl.

Dr n. med. Iwona Koszevska

Profilaktyka depresji i samobójstw w Polsce w latach 2009–2016 z perspektywy trzeciego sektora (organizacji pozarządowej)

Streszczenie

Do tej pory w Polsce nie ma jednolitej strategii zapobiegania depresji i samobójstwom. Na przykładzie lokalnych i ogólnopolskich doświadczeń z działania Fundacji Cumulus zostały przedstawione sugestie dla przyszłych programów profilaktycznych.

Słowa kluczowe: profilaktyka, depresja, samobójstwo, organizacje pozarządowe.

Iwona Koszevska, M.D., Ph.D.

Depression and suicide prevention in Poland in the years 2009–2016 from the third sector (non-governmental organization) perspective

Summary

No unified strategy for depression and suicide prevention has been developed so far in Poland. Based on nationwide and local experiences from the Cumulus Foundation activities some suggestions for future prevention programs are proposed in the paper.

Key words: prevention, depression, suicide, NGOs.

Mgr Jolanta Palma

Zespół Szkół nr 2, Ostrów Mazowiecka

Fundacja Pogotowie Kryzysowe

tel. 607 355 181 • mail: jolanta_palma@interia.pl

Problem samobójstw a rozwiązania systemowe

Statystyki • Skala problemu i własne refleksje na podstawie doświadczeń z prowadzenia strony internetowej www.samobojstwo.pl • Tradycyjny model pomocy, czyli dlaczego pomoc osobom zagrożonym samobójstwem jest mało skuteczna? • Jak można zbudować optymalny system pomocy? • Zasada optymalnej różnicy w pomocy osobom zagrożonym samobójstwem • Otwarty dialog a zapobieganie samobójstwom • Podsumowanie

Problem samobójstw nie od dziś jest tematem wielu książek i artykułów. Wydawałoby się, że jest on na tyle poważny, że nie sposób przejść obok niego obojętnie. Nie zmienia to jednak faktu, że ciągle jest to temat tabu i wymaga zarówno delikatnego, jak i zdecydowanego zajęcia się nim. Według ostatnich statystyk Komendy Głównej Policji (KGP) w Polsce średnio **16 osób dziennie** odbiera sobie życie, **w tym jedno dziecko**. W tej sytuacji zasadne jest podjęcie inicjatyw zmierzających do zmniejszenia wskaźnika samobójstw w Polsce. Miał temu służyć Narodowy Program Zapobiegania Samobójstwom, który powstał w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jego realizacja była przewidziana na lata 2012–2015, a cel główny zakładał obniżenie współczynnika samobójstw w Polsce o co najmniej 20% do 2020 r. Program nie został jednak wdrożony, a tym samym pod znakiem zapytania stoi realizacja jego głównego założenia.

Mimo braku programu prewencyjnego należy stwierdzić, że zauważalne są inicjatywy podejmowane w celu zminimalizowania skali problemu, ale są one rozproszone, niespójne i każda żyje własnym życiem. Skuteczność, jak wiadomo, tkwi

w interdyscyplinarności, korelacji i współpracy międzyinstytucjonalnej (a tym samym międzyludzkiej), która powinna być monitorowana, ewaluowana i ciągle udoskonalana. Dobrym przykładem skuteczności takich działań są realizowane w Norwegii czy Irlandii programy przynoszące pożądane efekty.

Celem artykułu jest podzielenie się doświadczeniem i pomysłami, które wyłoniły się dzięki kilkuletniemu zaangażowaniu autorki i innych osób w działania zmierzające do zmniejszenia liczby samobójstw w Polsce. Wszelkie wnioski, które zostaną tu przedstawione, są zarówno efektem zaznajomienia się z bibliografią traktującą o temacie samobójstw, jak i aktywności wynikającej z wolontariatu na rzecz Fundacji Pogotowie Kryzysowe, która m.in. spełnia rolę koordynatora pomocy i prowadzi stronę www.samobojstwo.pl.

Statystyki

Są miazdzące. Każdego tygodnia w Polsce ubywa 118 osób, które z różnych powodów nie miały siły żyć. Większość z tych osób można by uratować przez wdrożenie szeroko pojętych działań pomocowych.



2013 r. – Mszczonów (6101)*
 fot. Radosław Botev/Wikimedia Commons

Źródło: https://pl.wikipedia.org/wiki/Mszczon%C3%B3w#/media/File:Mszczonow_Town_Hall.jpg



2012 r. – Kcynia (4177)
 fot. Andrzej Łuczak/Wikimedia Commons

Źródło: <https://pl.wikipedia.org/wiki/Kcynia#/media/File:Kcynia3.jpg>



2011 r. – Jabłonowo Pomorskie (3839)
 fot. Ulrich Jahr/Wikimedia Commons

Źródło: <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=4243153>



2010 r. – Nałęczów (4087)
 fot. marekusz/Shutterstock



2009 r. – Jasień (4384)
 fot. Mohylek/Wikimedia Commons

Źródło: [https://pl.wikipedia.org/wiki/Jasie%C5%84_\(powiat_%C5%BCarski\)#/media/File:Rynek_Jasien.jpg](https://pl.wikipedia.org/wiki/Jasie%C5%84_(powiat_%C5%BCarski)#/media/File:Rynek_Jasien.jpg)



2008 r. – Łeba (3964)
 fot. L. Zielaskowski/Archiwum PWN

W 2014 r. 6165 osób popełniło samobójstwo (na podstawie statystyk KGP)¹. Liczbę tę można porównać do zniknięcia z mapy Polski miasta wielkości Głogowa Małopolskiego. W poprzednich latach każdego roku ubywało tylu obywateli, ilu odpowiada liczba mieszkańców miejscowości ukazanych na zdjęciach wyżej.

Skala problemu i własne refleksje na podstawie doświadczeń z prowadzenia strony internetowej www.samobojstwo.pl

Pomysł powstania strony internetowej z podstawowymi informacjami, gdzie szukać pomocy w sytuacji myśli i zagrożeń samobójczych, pojawił się w 2012 r. Celem było zebranie w jednym miejscu najważniejszych informacji o szybko dostępnej pomocy dla osób z myślami samobójczymi oraz dla rodzin i bliskich tych osób. Strona miała być też równowagą dla wielu miejsc w internecie, gdzie można było znaleźć opisy sposobów popełnienia samobójstwa.

Aby strona była dostępna dla jak największej liczby osób szukających pomocy, wdrożono następujące pomysły:

* Znaczenie podpisu: przykładowy rok – miejscowość (liczba samobójstw w danym roku wg statystyk policji, która jest zbliżona do liczby mieszkańców miejscowości ze zdjęcia).

¹ Dane na stronie: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa> (dostęp: 7.03.2016).

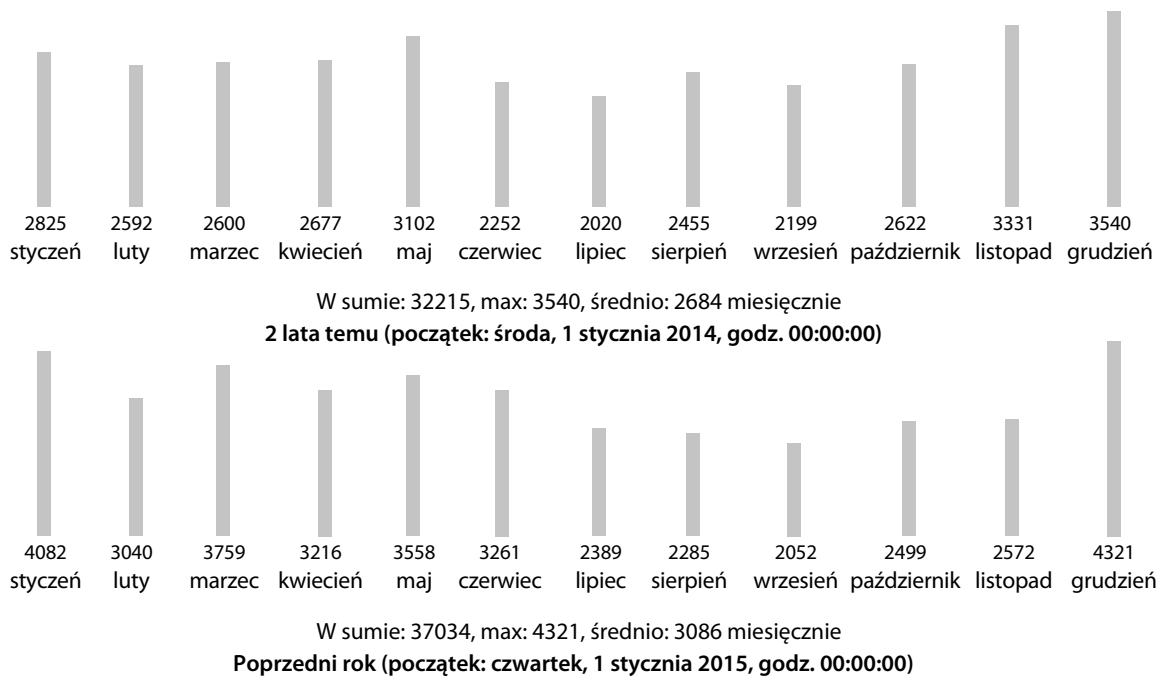
- łatwy do zapamiętania adres internetowy strony: www.samobojstwo.pl,
- analiza statystyk wejść na stronę i wykupienie dodatkowych adresów, które są najczęściej wpisywane przez osoby szukające wsparcia przy myślach samobójczych (m.in. adresy: samobojcy.pl, suicide.pl oraz co ciekawe – adresy z błędami ortograficznymi: samobujstwo.pl, samobujcy.pl; rocznie takie adresy z błędem wpisuje ponad 700 osób),
- umieszczenie strony na szybkim i niezawodnym komercyjnym serwerze,
- uzyskanie wysokiej pozycji strony w Google i innych wyszukiwarkach po wpisaniu fraz związanych z samobójstwem i myślami samobójczymi.

Rocznie stronę odwiedza ponad 30 tys. osób, część z nich decyduje się na kontakt przez formularz umożliwiający napisanie wiadomości, gdy osoby szukające pomocy nie uzyskały jej tam, gdzie szukały, lub mają problem z własną inicjatywą w jej podejmowaniu. Doświadczenia z kontaktów z osobami, które zdecydowały się napisać do wolontariuszy odbierających wiadomości, staramy się wdrażać na co dzień w działaniach pomocowych Fundacji Pogotowie Kryzysowe. Oczekiwania osób zgłaszających się są dla fundacji wytycznymi co do zakresu działania, zmian systemowych, kontaktów z różnymi instytucjami pomocowymi. Są także ciekawym materiałem

badawczym. Na podstawie pięcioletnich kontaktów z osobami w różnych kryzysach życiowych przekonaliśmy się, że najlepiej sprawdza się opisany poniżej optymalny model pomocy, który zakłada współpracę koordynatora pomocy z osobą w kryzysie i instytucjami pomocowymi, szeroko pojętą interdyscyplinarność pomocy i pilnowanie zasady optymalnej

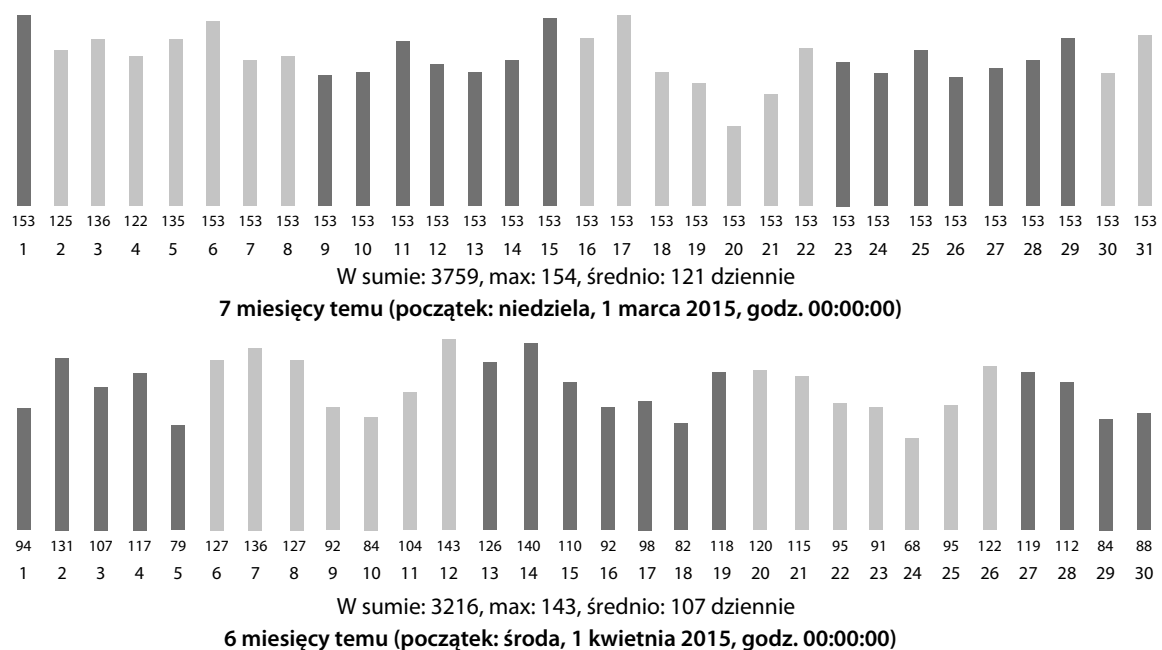
różnicy. Jednocześnie widzimy bardzo dużą szansę na pomoc osobom zagrożonym samobójstwem przy wdrażaniu psychiatrii środowiskowej i metody Otwartego Dialogu.

Poniżej prezentujemy przykładowe statystyki odwiedzin strony www.samobojstwo.pl, pokazujące skalę problemu i liczbę osób poszukujących pomocy.



Wykres 1. Odwiedziny strony www.samobojstwo.pl w latach 2014 i 2015 z podziałem na miesiące

Źródło: www.samobojstwo.pl (dostęp: 7.03.2016).



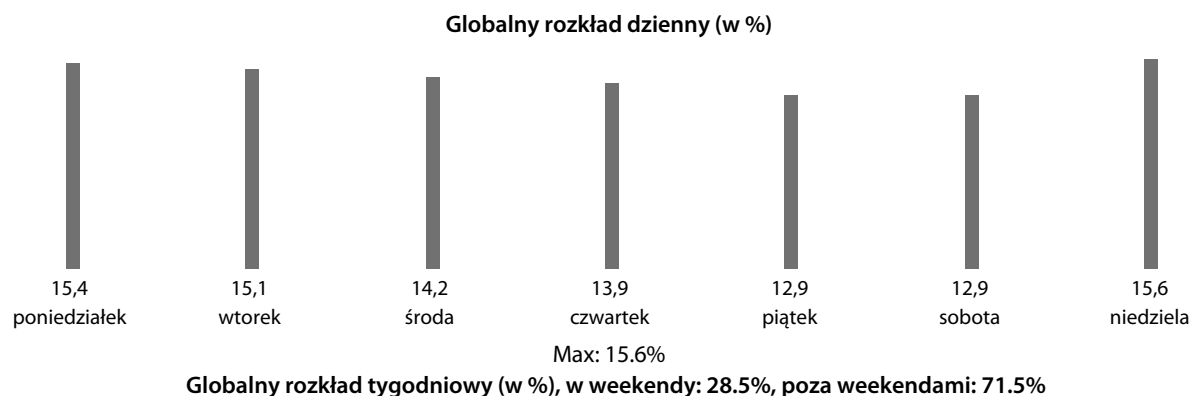
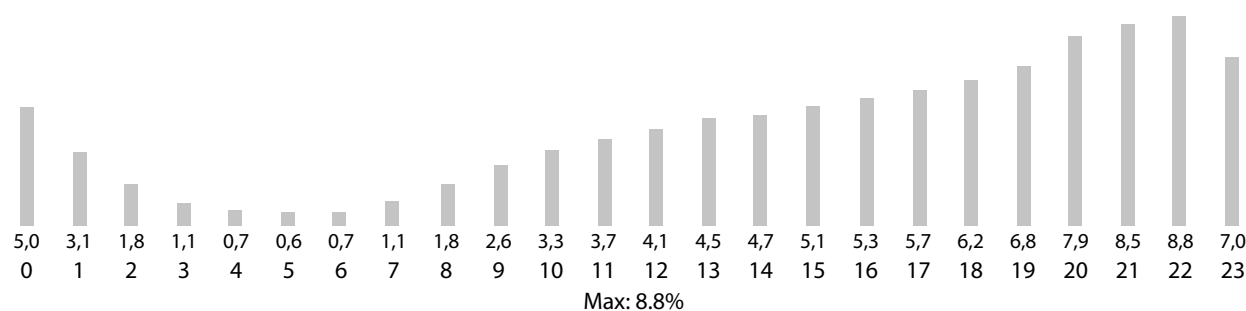
Wykres 2. Odwiedziny strony www.samobojstwo.pl w roku 2015 – marzec i kwiecień z podziałem na dni

Źródło: www.samobojstwo.pl (dostęp: 7.03.2016).

Tabela 1. Odwiedziny strony www.samobojstwo.pl – wg domen/krajów

Najczęściej z domen				
Lp.	Wartość	Liczba	Wykres	%
1.	pl (Polska)	63891		79,07%
2.	Adres IP	7411		9,17%
3.	.net (NET)	4406		5,45%
4.	.com (Komercyjne)	2424		3,00%
5.	.de (Niemcy)	627		0,78%
6.	.nl (Holandia)	259		0,32%
7.	.eu (Unia Europejska)	244		0,30%
8.	.ru (Federacja Rosyjska)	243		0,30%
9.	.uk (Wielka Brytania)	169		0,21%
10.	.br (Brazylia)	128		0,16%
11.	.no (Norwegia)	119		0,15%
12.	.se (Szwecja)	81		0,10%
13.	.be (Belgia)	79		0,10%
14.	.org (Organizacje nieochodowe)	69		0,09%
15.	.ie (Irlandia)	61		0,08%
16.	.it (Włochy)	59		0,07%
17.	.dk (Dania)	58		0,07%
18.	.fr (Francja)	56		0,07%

Źródło: www.samobojstwo.pl (dostęp: 7.03.2016).



Wykres 3. Odwiedziny strony www.samobojstwo.pl – globalny rozkład odwiedzin dzienny i tygodniowy

Źródło: www.samobojstwo.pl (dostęp: 7.03.2016).

Tradycyjny model pomocy, czyli dlaczego pomoc osobom zagrożonym samobójstwem jest mało skuteczna?

Odpowiedź jest złożona. Przyczyn, inaczej: czynników ryzyka, jest wiele i niejednokrotnie były one przedmiotem analiz. Często składają się na nie: sytuacja rodzinna, problemy w szkole, traumatyczne doświadczenia, uzależnienia, bezrobocie czy choroby. Jeśli z jakichś przyczyn nie uda się ich zniwelować przez dłuższy czas, to dana osoba może doświadczyć kryzysu, czyli stanu przekraczającego możliwość samodzielnego poradzenia sobie nawet w prostych czynnościach, np. w poszukiwaniu pomocy dla siebie, kontaktu z instytucjami pomocowymi, funkcjonowaniu w pracy czy w szkole.

I tu dotykamy niezwykle ważnej kwestii, mianowicie takiej, że od osoby znajdującej się w tzw. kryzysie presuicydalnym (bardzo często jest on efektem opisanego wyżej stanu) oczekuje się samodzielnej koordynacji procesu wychodzenia z kryzysu. Oczekuje się od niej, że podejmie inicjatywę, czyli zrobi coś, by zmienić panującą sytuację, np. pójdzie do psychiatry, psychologa, pedagoga, urzędu pracy, Ośrodka Pomocy Społecznej. Zapomina się jednak, że takie oczekiwania wobec osoby, która postanowiła odebrać sobie życie, są często niewykonalne, gdyż albo w ogóle nie zacznie szukać pomocy, albo pomoc, którą otrzyma, będzie mniej skuteczna. Ponadto biurokracja i długie terminy oczekiwania na wizyty u specjalistów często zniechęcają do podjęcia jakichkolwiek działań. Niesie to ze sobą następujące zagrożenia:

- osoba w kryzysie nie widzi rozwiązania dla swojego trudnego położenia,
- osoba doświadcza poczucia osamotnienia, osaczenia, które zabierają motywację do działań pozwalających wyjść z kryzysu,
- osoba czyje niechęć do wielokrotnego przedstawiania u różnych specjalistów i w instytucjach udzielających pomocy traumatycznych przeżyć i wspomnień, powodujących ból, wstyd, nieufność,
- żadna z osób/instytucji pomocowych nie zna całej historii, nie ma pełnego obrazu sytuacji,
- brak rzetelnych i autoryzowanych informacji w ogólnie dostępnych źródłach (także w instytucjach pomocowych), gdzie szukać kompleksowej pomocy i skąd czerpać wiedzę o własnym stanie psychicznym,
- kryzys odbiera siły do normalnego funkcjonowania i szukania pomocy dla siebie, powoduje poczucie zmagania się z dodatkowymi trudnościami.



Rysunek 1. Osoba w kryzysie samodzielnie koordynuje procesem wychodzenia z kryzysu

Źródło: <http://www.massplanner.com/changing-perceptions-reaping-benefits-social-media-use-work-environment/> (dostęp: 11.09.2016).

Jak powszechnie wiadomo, ten tradycyjny system pomocy nie jest optymalny, nie gwarantuje szybkiej i skutecznej interwencji. Można zatem pokusić się o postawienie tezy, że zoptymalizowanie pomocy spowodowałoby zmniejszenie liczby samobójstw w Polsce.

Jak można zbudować optymalny system pomocy?

System pomocy optymalnej. Polega na stworzeniu łańcucha wsparcia dla osoby w kryzysie suicydalnym. Schemat pomocy wygląda następująco:

osoba w kryzysie → **koordynator pomocy** → osoby z różnych instytucji biorące udział w działaniach wspierających wyjście z kryzysu (np. lekarz, psycholog, psychoterapeuta, pracownik socjalny, pedagog, nauczyciel, prawnik, wolontariusz).

Zalety takiego rozwiązania wydają się oczywiste. Najważniejsze z nich to odciążenie osoby w kryzysie przez koordynatora, który uczestniczy doraźnie w podejmowaniu decyzji, udziela wsparcia (także rodzinie, która często czuje się bezradna), zmniejsza poczucie osamotnienia w trudnej sytuacji. Koordynator wykorzystuje w procesie pomagania **zasadę optymalnej różnicy**, oceniając zasoby własne osoby w kryzysie i na tej podstawie rozdziela czynności pomocowe. Jednocześnie obecność osoby koordynującej wszelkie działania zmniejsza lęk, zwiększa poczucie bezpieczeństwa i motywację do działania. Dzięki temu można kompleksowo zająć się rozwiązaniem wszystkich przyczyn kryzysu.



Rysunek 2. Optymalny system pomocy

Źródło: <http://www.wellbeskandi.se/health-checks-news/health-management-at-work/> (dostęp: 11.09.2016).

Zasada optymalnej różnicy w pomocy osobom zagrożonym samobójstwem

Optymalna różnica pomaga w określeniu, jaki krok w wychodzeniu z kryzysu ma wykonać samodzielnie osoba w depresji lub zagrożona samobójstwem.

Wielkość kroku (zadań do samodzielnego wykonania na danym etapie kryzysu) ustala koordynator pomocy na podstawie analizy zasobów własnych osoby w kryzysie i opinii specjalistów z grupy pomocowej.

Krok nie może być za mały, ponieważ osoba w kryzysie może pomyśleć „to i tak nic nie zmienia” i nie mieć motywacji do działania.

Krok nie może być za duży – ponieważ może powodować lęk, rezygnację, poczucie niemożności wykonania, niską samoocenę.

Optymalna różnica zatem to zadanie dopasowane do zasobów osoby na danym etapie kryzysu. Jednoczesne poczucie wsparcia i obecności osoby koordynującej zwiększa motywację do działania, zmniejsza lęk, panikę przy porażkach.

Zasada optymalnej różnicy sprawdza się przede wszystkim w działaniach interdyscyplinarnych przy zajęciu się wszystkimi przyczynami kryzysu.

Koordynatorem pomocy może zostać lekarz, terapeuta, psycholog, pracownik pomocy społecznej, pracownik lub wolontariusz organizacji pozarządowej lub inna osoba, która jest przeszkolona



Rysunek 3. Zasada optymalnej różnicy

Źródło: <https://www.wolfgangcareercoaching.com/how-to-create-your-career-goals/> (dostęp: 11.09.2016).

w interwencji kryzysowej i ma czas na kontakt z wszystkimi osobami i instytucjami uczestniczącymi w procesie wychodzenia z kryzysu osoby zagrożonej. Wskazane są także zdolności menedżerskie takiej osoby.

Otwarty dialog a zapobieganie samobójstwom

Podejście otwartego dialogu (*Open Dialog Approach* – ODA) od końca lat 80. XX w. stosowane jest w Zachodniej Japonii w Finlandii oraz w wielu krajach europejskich i USA. Również w Polsce od 2011 r. dzięki Polskiemu Instytutowi Otwartego Dialogu możemy mówić o szerzeniu się tego podejścia (Wrocław, Warszawa, Kraków). Siła ODA – stworzonego przez prof. Jaakko Seikkulę (psychoterapeutę) i Brigitte Alakare (psychiatrę) oraz ich zespół w szpitalu Keropudas w Finlandii – polega na tym, że jest to system leczenia skoncentrowany na rodzinie i zakładający szybką interwencję we wczesnej fazie kryzysu psychotycznego. Leczenie dostosowane jest do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego rodziny oraz postrzega się je jako proces, podczas którego wykorzystane są różne metody terapeutyczne. Jest to jeden z najbardziej udokumentowanych i przebadanych programów – analizy i badania prowadzone są od 1988 r., a systematyczne szkolenia kadr lekarzy, personelu i terapeutów od 1989 r. To, co jest godne uwagi, to fakt, że podczas stosowania podejścia otwartego dialogu w Finlandii odnotowano tam do 85% wyleczeń schizofrenii i psychoz, głównie dzięki temu, że pierwszy epizod nie staje się chroniczny.

Prof. Jaakko Seikkula podczas konferencji w Wieliczce (listopad 2014 r.) zwrócił uwagę, że **podejście ODA ma zastosowanie nie tylko w przypadku osób chorych na schizofrenię, ale również tych, które przeżywają spowodowane różnymi czynnikami**

kryzysy. Badania nad skutecznością metody opartej na otwartym dialogu pokazały, że podczas 25 lat jej stosowania w Zachodniej Laponii oprócz znaczącego spadku występowania schizofrenii w tym regionie zmniejszyła się liczba samobójstw. Oznacza to, że szybka interwencja i wsparcie społeczne dostosowane do potrzeb pacjenta przynoszą wymierne efekty.

Warto przypomnieć zasady pomocy według otwartego dialogu zdefiniowane przez prof. Jaakko Seikkulę. Jest ich siedem:

- **natychmiastowa pomoc** w ciągu 24 godzin od wystąpienia kryzysu – wczesna interwencja zespołu mobilnego (składającego się z dwóch-trzech osób w dowolnej kombinacji: lekarz, pielęgniarka, terapeuta, pracownik socjalny),
- **włączenie sieci społecznych** – spotkania w ramach sieci z rodziną, przyjaciółmi, współpracownikami i innymi osobami wyrażającymi chęć wsparcia w procesie wychodzenia z kryzysu,
- **elastyczność i mobilność** – reakcja na kryzys dostosowana jest do specyficznych i zmiennych potrzeb każdego pacjenta i jego sieci społecznej,
- **odpowiedzialność** – osoba z zespołu mobilnego, która przyjęła zgłoszenie, odpowiada za zorganizowanie pierwszego spotkania, a cały zespół przejmuje odpowiedzialność za proces leczenia bez względu na to, gdzie on się odbywa (w domu, szpitalu, poradni),
- **ciągłość psychologiczna** – nadanie nowego psychologicznego znaczenia objawom, dzielenie doświadczenia, organizowanie spotkań tak często i tak długo, jak to potrzebne; trzon zespołu podczas kolejnego kryzysu nie zmienia się,
- **tolerancja niepewności** – poczucie wystarczającego bezpieczeństwa, unikanie przedwczesnych decyzji i planów dotyczących leczenia,
- **dialog** – budowanie nowego rozumienia problemu, wysłuchanie każdego głosu.

Powyższe zasady otwartego dialogu, określone podczas realizacji tej metody w Finlandii, mogą się okazać bardzo pomocne w zapobieganiu samobójstwom, gdyż proponują one:

- interdyscyplinarność i spójność działań,
- natychmiastową i długoterminową pomoc,
- przejście odpowiedzialności za proces wyjścia z kryzysu,
- skupienie się zarówno na osobie w kryzysie, jak i osobach z otoczenia,
- monitorowanie klienta jeszcze przez jakiś czas po wyjściu z kryzysu,
- zmniejszenie środków na leczenie/wychodzenie z kryzysu (koszt utrzymania zespołu mobilnego jest o 50% niższy od kosztów leczenia szpitalnego),
- respektowanie zasady optymalnej różnicy.

Podsumowanie

Liczba skutecznych prób samobójczych powinna mobilizować wszystkie siły polityczne i pomocowe w Polsce. Każdego roku znika małe polskie miasto, kilkaset bezbronnych dzieci nie ma siły żyć. Jednocześnie przez to, że nie jest to temat medialny, mało kto interesuje się wprowadzaniem nowoczesnych form pomocy, koordynacji (jak w przemyśle, biznesie, służbach mundurowych), a przecież co roku ginie więcej osób niż w niejednym konflikcie zbrojnym. W wielu krajach skuteczne sposoby na obniżenie liczby samobójstw powstały oddolnie, nie czekajmy więc na oficjalne inicjatywy rządowe, organizujmy się i współpracujmy, łączmy siły i wymieniamy się doświadczeniami. Zapobieganie samobójstwom to forma nowoczesnego patriotyzmu, walka o ludzi, którzy doświadczają nie mniejszego cierpienia niż osoby przeżywające okrucieństwo wojny.

Literatura

- Badura-Madej W., red. (1996), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*, Warszawa.
- Brodniak W. (2012), *Ramowy program zapobiegania samobójstwom w Polsce na lata 2012–2015*, Warszawa.
- Gilliland B.E., James R.K. (2008), *Strategie interwencji kryzysowej*, Warszawa.
- Konferencja Otwarty Dialog w trosce o zdrowe społeczeństwo, <http://dj.3210.pl/play/82/pager> (dostęp: 7.03.2016).
- Krawczyk A., Solarz A., Wciórka J. (2015), *Otwarty dialog – przydatność w kryzysie psychotycznym*, „Medycyna Praktyczna. Psychiatria”, nr 2, s. 84–91.
- Młodożeniec A. (2014), *Psychiatra w Norwegii*, „Psychiatra”, nr 6, s. 18–19.
- Schutze W., Wojtyńska R., materiały z kursu „Otwarty dialog i rozwój sieci społecznych w sytuacji kryzysu psychotycznego” prowadzonego przez Polski Instytut Otwartego Dialogu oraz DialogischePraxis we współpracy z I Kliniką Psychiatryczną IPiN.
- Seikkula J. (2013), *W stronę dialogu: psychoterapia czy sposób życia?*, „Psychoterapia”, nr 2(165), s. 13–27.
- <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa> (dostęp: 7.03.2016).

Mgr Jolanta Palma

Problem samobójstw a rozwiązania systemowe

Streszczenie

Artykuł skupia się na opisie skali problemu samobójstw w Polsce oraz doświadczeń i wniosków wynikających z prowadzenia strony internetowej www.samobojstwo.pl, której celem jest zapobieganie zamachom suicydalnym. Artykuł obejmuje również porównanie tradycyjnego modelu pomocy do optymalnego systemu pomocy osobom w kryzysie, w tym suicydologicznym, z uwzględnieniem zasady optymalnej różnicy. Omówiono też zasady pomocy według podejścia Otwartego Dialogu. Metoda ta, stosowana w Finlandii od prawie 30 lat, przyczyniła się do znaczącego spadku występowania schizofrenii oraz zmniejszenia współczynnika samobójstw. Zasadne zatem jest jej wykorzystanie w prewencji samobójstw.

Słowa kluczowe: samobójstwo, model pomocy, otwarty dialog, prewencja.

Mgr Jolanta Palma

Suicide problem and systemic solutions

Summary

The focus of this paper is on the extent of the suicide problem in Poland, as well as on experiences and conclusions from administration of the www.samobojstwo.pl website aimed to prevent suicide attempts. Moreover, the traditional model of helping is compared with an optimal system of help provision to people in crisis (including suicidological crises), with the principle of optimal distinctiveness taken into account. Besides, principles of help provision underlying the Open Dialogue approach are discussed. The approach, used in Finland for almost 30 years, has contributed to significant reductions both in schizophrenia incidence and in suicide rates. Thus, its implementation in suicide prevention programs seems justified.

Key words: suicide, model of helping, Open Dialogue, prevention.

Lek. med. Rafał Szmajda, prof. dr hab. n. med. Agnieszka Gmitrowicz

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej I Katedry Psychiatrii UM w Łodzi

tel. 795 009 696 • mail: rafalszmajda@gmail.com

Nowoczesne technologie i internet w prewencji samobójstw. Aplikacje mobilne

Aplikacje mobilne • „Stay Alive” („Pozostań żywy”) • „Prevail – Rise Against Suicide” („Przetwaj – powstanie przeciw samobójstwu”) • „Safety Plan” („Plan bezpieczeństwa”) • „Someone Suicidal?” („Ktoś samobójczy?”) • „HELP” („Pomoc”) • „Operation Reach Out” („Operacja – Podaj pomocną dłoń”) • „Lifeguard” („Ratownik”) • „The Hope Line” („Linia nadziei”) • „Suicide? Help!” („Samobójstwo? Pomóż!”) • „The LifeLine Canada” („Linia życia”) • Podsumowanie

Aplikacje mobilne

Powszechność internetu oraz smartfonów sprawia, że w dzisiejszych czasach dostęp do informacji i wiedzy jest szybki i bezstresowy. Powszechnie wiadomo, że dziś smartfona ma znaczna część ludzi na świecie, w tym nastolatki. Aplikacje mobilne (smartfonowe i tabletowe) są wykorzystywane w medycynie od pewnego czasu (Buchauer, Werner, Haux 1998). Przedtem były to głównie narzędzia kalkulacyjne do analiz różnych parametrów (Arnone et al. 1998; Pavlopoulos et al. 2000). Kwestią czasu było pojawienie się aplikacji przeznaczonych dla pacjentów psychiatrycznych (Bush et al. 2015). Aplikacje takie mają udokumentowane zastosowanie w prewencji zachowań samobójczych (Luxton, June, Kinn 2011; Larsen et al. 2015; Chen et al. 2010).

Telefon komórkowy nosi przy sobie dziś wiele osób, nawet dzieci w wieku szkolnym, i w sytuacji kryzysowej, gdy czas odgrywa istotną rolę, użycie go nie stanowi problemu. W tym artykule autorzy pragną opisać aplikacje smartfonowe dostępne w różnych krajach na świecie. Mamy nadzieję rozpocząć dyskusję nad potrzebą zaistnienia takiego programu na polskim rynku (Koszevska, Średniawa, Koszevska 2014).

„Stay Alive” („Pozostań żywy”)

Pierwsza z prezentowanych aplikacji została stworzona przez Grassroots Suicide Prevention – brytyjską organizację charytatywną działającą na rzecz zapobiegania samobójstwom. Organizacja ma swoją siedzibę w Brighton, East Sussex. Aplikacja jest dostępna na systemy Android oraz iOS. Można ją pobrać za darmo z Google Play i iOS app store.

Po uruchomieniu na ekranie ukazuje się przejrzyste menu, w którym na pierwszym miejscu znajduje się zakładka „Find Help Now”. Zakładka ta wyświetla dostępne w Wielkiej Brytanii numery telefonów zaufania oraz ratunkowych, strony internetowe, gdzie można uzyskać różne formy pomocy, a także umożliwia szybkie połączenie się z ratownictwem medycznym.

Druga zakładka ma tytuł „Stay Alive”. Znajdują się tam narzędzia powszechnie uznane w suicydologii, które mają pomóc osobie w kryzysie samobójczym, np. „My Safe Plan” („Mój plan na bezpieczeństwo”) umożliwiający stworzenie własnego planu na bezpieczeństwo. Kolejne narzędzie „Reasons for Living” („Powody dla życia”) pozwala wybrać i zaznaczyć powody, dla których warto żyć. Zakładka „My LifeBox” („Moje pudełko życia”) pozwala umieścić ważne dla

osoby korzystającej zdjęcia, które mogą pomóc w krytycznych chwilach.

Pozostałe zakładki zawierają wiele wskazówek dotyczących radzenia sobie z emocjami, lękiem i bólem. Jest także zakładka prezentująca ćwiczenia oddechowe.

„Worried About Someone” („Martwisz się o kogoś”) zawiera rady dotyczące tego, jak można pomóc znajomemu, który zmaga się z kryzysem, problemami i może być zagrożony zachowaniami samobójczymi.

„Myths About Suicide” („Mity dotyczące samobójstwa”) to zakładka, w której można się skonfrontować z popularnymi mitami dotyczącymi samobójstwa i otrzymać wyjaśnienia oparte na najnowszej wiedzy.

„Prevail – Rise Against Suicide” („Przetrywaj – Powstanie przeciw samobójstwu”)

Ta aplikacja została opracowana przez Lydię Anonsen, amerykańkę zamieszkałą w stanie Minnesota. Jest to bardzo proste narzędzie pomagające uchronić siebie lub kogoś przed samobójstwem. Po otwarciu ukazuje się odbiorcy przejrzyste menu składające się z dwóch linków:

„Yourself” („Chroń sam siebie”) – daje możliwość każdemu zwrócenia się o pomoc w formie pisemnej lub poprzez kontakt telefoniczny.

„A friend” („Chroń przyjaciela”) – w tej zakładce znajdziemy informacje o tym, jak rozpoznać kogoś zagrożonego samobójstwem, a także co do niego mówić i jak prowadzić z nim rozmowę.

„Safety Plan” („Plan bezpieczeństwa”)

Aplikacja, zbliżona do opisanej wyżej, pozwala zaprojektować własny plan na bezpieczeństwo. Kolejna dostępna w Stanach Zjednoczonych, wchodząca w skład pakietu „MoodTools”. Jest to interaktywny plan zawierający rozbudowane menu z zakładkami, w których potencjalny użytkownik może wybierać i samodzielnie zaznaczyć znaki ostrzegawcze o nadchodzącym kryzysie, strategię radzenia sobie, osoby, z którymi powinien się skontaktować w razie myśli samobójczych, powody, dla których warto żyć, miejsca, które odciągną go od zagrażających myśli. Aplikacja pozostawia także możliwość sporządzenia własnych notatek.

„Someone Suicidal?” („Ktoś samobójczy?”)

Cykl aplikacji zaprojektowanych przez PsychApps Int. Zawiera on porady prezentowane w formie

interaktywnych filmów, w których psycholog instruuje użytkownika. Dotychczas stworzono trzy aplikacje z tej serii skierowane do osób w kryzysie samobójczym, do tych, którzy mają w swoim otoczeniu kogoś z tendencjami samobójczymi, oraz do osób, które straciły kogoś bliskiego w wyniku dokonanego samobójstwa.

Aplikacja zawiera filmy będące materiałami edukacyjnymi. Jest to propozycja dla osób mniej obeznanym z aplikacjami mobilnymi, nastawiona na bardziej tradycyjny model edukacji i prewencji.

„HELP” („Pomoc”)

Kolejna aplikacja funkcjonująca w USA. Tym razem pochodzi ze stanu Oklahoma. W aplikacji na pierwszym miejscu rzuca się w oczy numer telefonu National Suicide Prevention Line 24/7 – całodobowej linii telefonicznej, działającej 7 dni w tygodniu, skierowanej do ludzi z ryzykiem samobójczym. W zakładkach znajdujemy znaki ostrzegawcze, porady, jak rozmawiać z osobą w kryzysie suicydalnym. Porady są ułożone według czytelnego i łatwego w zapamiętaniu schematu Ask (pytaj), Listen (słuchaj), Tell (mów). W aplikacji znajduje się też spis innych pomocnych infolinii, spis centrów interwencji kryzysowej oraz innych instytucji na terenie stanu Oklahoma, gdzie można uzyskać pomoc. Aplikacja zawiera też bardzo dużo linków do stron internetowych.

„Operation Reach Out” („Operacja – Podaj pomocną dłoń”)

Amerykańska aplikacja dla osób z grupy ryzyka zachowań samobójczych sfinansowana przez Military Community Awerness. Skierowana jest do amerykańskich żołnierzy i weteranów oraz ich rodzin. Zawiera filmy z poradami, listę numerów telefonicznych i stron internetowych, a także okno z propozycjami aktywności, które pozwalają oderwać się od ponurych myśli. Wśród propozycji możemy znaleźć adresy klubów sportowych albo porady dotyczące znalezienia nowego przepisu kulinarnego.

„Lifeguard” („Ratownik”)

Kolejna aplikacja działająca w USA. Tym razem w stanie Missouri. Niezbyt czytelna, ale zawierająca porady oraz numer ratunkowy i numer National Suicide Prevention Line.

„The Hope Line” („Linia nadziei”)

Część fundacji Dawson’a McAllister’a zajmująca się pomocą ludziom zmagającym się z trudnymi momentami życiowymi. Aplikacja zawiera przydatne linki, numery telefonów, a także pozwala na chat lub rozmowę telefoniczną z przeszkolonym członkiem fundacji, który zapewni poradę, pocieszenie oraz wsparcie. Jak można przeczytać na stronie internetowej fundacji, ich działania mają międzynarodowy zasięg.

„Suicide? Help!” („Samobójstwo? Pomóż!”)

Aplikacja zaprojektowana i wydana przez Chooselife Suicide Prevention w Szkocji. Jest elementem Strategii Zapobiegania Samobójstwom opracowanej przez rząd w Szkocji na lata 2013–2016. Jest bardzo prosta i wygodna w użyciu. Ma dział edukacyjny oraz zakładkę z telefonami i adresami miejsc, gdzie można uzyskać pomoc.

„The LifeLine Canada” („Linia życia”)

Kanadyjska aplikacja stworzona przez Liane Weber. Zdecydowanie jedna z najobszerniejszych i najbardziej atrakcyjnych graficznie w tym zestawieniu. Aplikacja współpracuje z założeniami The Canadian Association for Suicide Prevention (CASP). Zawiera ona zarówno materiały edukacyjne, jak i linki oraz numery telefoniczne (w tym ratunkowe). Bardzo ciekawą funkcją jest mapa z aktywnie działającymi centrami, gdzie można szukać pomocy.

Z inicjatywy CASP w Kanadzie powstaje i działa Narodowy Program Zapobiegania Samobójstwom.

Podsumowanie

Wszystkie zaprezentowane aplikacje są dostępne za darmo w telefonach i tabletach z systemem Android oraz iOS, co zapewnia szerokie grono odbiorców.

Przedstawione zestawienie nie wyczerpuje tematu. Zaprezentowano tu jedynie anglojęzyczne aplikacje. Autorzy mieli na celu zaprezentowanie, jak nowoczesna technologia wkracza nie tylko do wszystkich obszarów naszego życia, lecz także jak można ją wykorzystać w prewencji samobójstw. Uważny czytelnik dostrzeże w powyższym zestawieniu również inną informację. Kraje rozwinięte już dawno zdefiniowały i oceniły społeczny wymiar problemu samobójstw oraz od wielu lat opracowują, wdrażają i poddają ewaluacji narodowe inicjatywy mające na celu zapobieganie samobójstwom (Shand et al. 2013). Za wzór możemy tu postawić Kanadę, Wielką Brytanię czy Stany Zjednoczone Ameryki. Ten ostatni kraj wyróżnia się dużą liczbą lokalnych (stanowych) inicjatyw antysamobójczych, które łączy ogólnokrajowy numer telefonu poradnictwa, a także posiadanie inicjatyw prewencyjnych przeciw-suicydalnych dostosowanych do potrzeb szczególnej grupy zawodowej/społecznej, jaką są żołnierze armii USA.

Naszym dalekosiężnym celem jest stworzenie i upowszechnienie podobnej aplikacji na polskim rynku. Sądzymy, że taka aplikacja byłaby sama w sobie świetnym narzędziem pozwalającym dotrzeć w szczególności do osób młodych, a także stanowiłaby doskonałe uzupełnienie dla polskiego – Narodowego Programu Zapobiegania Samobójstwom.

Literatura

- Arnone G., Bianchi A., Della Pietra B., Sernicola R., Sparacino E., Vitolo R. (1998), *Easy Medic: an Internet application for the general practitioner*, „Journal of Telemedicine and Telecare”, vol. 4, Suppl 1, s. 93–94.
- Buchauer A., Werner R., Haux R. (1998), *Cooperative problem solving with personal mobile information tools in hospitals*, „Methods of Information in Medicine”, vol. 37(1), s. 8–15.
- Bush N.E., Dobscha S.K., Crumpton R., Denneson L.M., Hoffman J.E., Crain A., Cromer R., Kinn J.T. (2015), *A Virtual Hope Box smartphone app as an accessory to therapy: proof-of-concept in a clinical sample of veterans*, „Suicide and Life-Threatening Behavior”, vol. 45(1), s. 1–9, doi: 10.1111/sltb.12103. Epub 2014 May 15.
- Chen H. et al. (2010), *A pilot study of mobile telephone message interventions with suicide attempters in China*, „Crisis”, vol. 31(2), s. 109–112.
- Koszewska I., Średniawa M., Koszewska J. (2014), *Internet i nowe technologie w zapobieganiu samobójstwom. Raport*, MAiC, Warszawa, 25 kwietnia.
- Larsen M.E., Cummins N., Boonstra T.W., O’Dea B., Tighe J., Nicholas J., Shand F., Epps J., Christensen H. (2015), *The use of technology in suicide prevention*, Conference Proceedings IEEE Engineering and Medicine and Biology Society, Aug, s. 7316–7319, doi: 10.1109/EMBC.2015.7320081.
- Luxton D.D., June J.D., Kinn J.T. (2011), *Technology-based suicide prevention: current applications and future directions*, „Telemedicine Journal and e-Health”, vol. 17(1), s. 50–54, doi: 10.1089/tmj.2010.0091. Epub 2011 Jan 9.
- Pavlopoulos S., Prentza A., Kyriacou E., Marinos S., Stasis A., Kalivas D., Koutsouris D. (2000), *Mobile Medical Data (MOMEDA) – a Personalized Medical Information System*, „Studies in Health Technology and Informatic”, vol. 72, s. 125–132.
- Shand F.L., Ridani R., Tighe J., Christensen H. (2013), *The effectiveness of a suicide prevention app for indigenous Australian youths: study protocol for a randomized controlled trial*, „Trials”, vol. 14, s. 396, doi: 10.1186/1745-6215-14-396.

Literatura uzupełniająca

- Eichenberg C. (2008). *Internet message boards for suicidal people: a typology of users*, „Cyberpsychology and Behavior”, vol. 11(1), s. 107–113.
- Gmitrowicz A., Makara-Studzińska M., Młodożeniec A. (2015), *Ryzyko samobójstwa u młodzieży*, Warszawa.
- Holleran K., Pappas J., Lou H., Rubalcaba P., Lee R., Clay S., Cutone J., Flammini S., Kuperman G., Middleton B. (2016), *Mobile technology in a clinical setting*, AMIA Annual Symposium Proceedings 2003, s. 863–.
- Mishara B., Kerkhof A., red. (2013), *Suicide Prevention and New Technologies: Evidence Based Practice*, Palgrave Macmillan.
- Skovgaard Larsen J.L., Frandsen H., Erlangsen A. (2016), *MYPLAN – A Mobile Phone Application for Supporting People at Risk of Suicide*, „Crisis”, vol. 37(3), s. 236–240.
- Wiechmann W., Kwan D., Bokarius A., Toohey S.L. (2016), *There's an App for That? Highlighting the Difficulty in Finding Clinically Relevant Smartphone Applications*, „Western Journal of Emergency Medicine”, vol. 17(2), s. 191–194, doi: 10.5811/westjem.2015.12.28781. Epub 2016 Mar 2.
- GUS, <http://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/definicjapojec/1943,pojecie.html>.
- The International Telecommunication Union, <https://www.itu.int/net/itunews/issues/2011/03/12.aspx> (dostęp: 21.07.2016).
- Sørlandet Sykehus (2014), www.sshf.no/aktuelt/_nyheter/_Sider/S%C3%B8rlandet-sykehus-lanserer-app-som-kan-redde-liv.aspx (dostęp: 21.07.2016).
- www.113online.nl

Lek. med. Rafał Szmajda, prof. dr hab. med. Agnieszka Gmitrowicz

Nowoczesne technologie i internet w prewencji samobójstw. Aplikacje mobilne

Streszczenie

Wstęp: Powszechność internetu oraz smartfonów sprawia, że w dzisiejszych czasach dostęp do informacji i wiedzy jest szybki oraz beztresowy. Powszechnie wiadomo, że smartfona ma dziś znaczna część ludzi na świecie, w tym nastolatki. Jak pokazują badania aplikacje mobilne mają zastosowanie w prewencji zachowań samobójczych.

Cel: Celem pracy jest przegląd i omówienie dostępnych w różnych krajach na świecie aplikacji na smartfony, które dotyczą prewencji samobójstw.

Materiał i metoda: Autorzy dokonali przeglądu aplikacji dostępnych w iOS app store oraz Google Play. Wyszukiwanym hasłem było „suicide”.

Wnioski i dyskusja: Wszystkie zaprezentowane aplikacje są dostępne za darmo w telefonach i tabletach z systemem Android oraz iOS, co zapewnia szerokie grono odbiorców. Powyższe zestawienie nie wyczerpuje tematu. Jak wykazują badania oraz prezentowana analiza, kraje rozwinięte już dawno zdefiniowały i oceniły społeczny wymiar problemu samobójstw i od wielu lat opracowują, wdrażają i poddają ewaluacji narodowe inicjatywy, mające na celu zapobieganie samobójstwom. Dalekosiężnym celem autorów jest stworzenie i upowszechnienie podobnej aplikacji na polskim rynku. Naszym zdaniem taka aplikacja byłaby efektywnym narzędziem, pozwalającym dotrzeć do dużego odsetka ludzi w kryzysie samobójczym, a w szczególności do młodzieży. Projektowana aplikacja mogłaby stanowić ważne uzupełnienie dla polskiego projektu: Narodowego Programu Zapobiegania Samobójstwom.

Słowa kluczowe: samobójstwo, aplikacje mobilne, prewencja zachowań samobójczych.

Lek. med. Rafał Szmajda, prof. dr hab. n. med. Agnieszka Gmitrowicz

Modern technologies and Internet in suicide prevention – mobile applications

Summary

Background: Due to the commonly available Internet and smartphones the access to information and knowledge is nowadays quick and easy. It is generally known that smartphones are owned by a large proportion of the world population, including teenagers. As evidenced by research findings, mobile applications can be used to prevent suicidal behaviors.

Objectives: The aim of the study is to review and discuss various suicide-prevention-related smartphone applications (apps) available in different countries.

Method: Using „suicide” as the keyword the authors searched the iOS App and Google Play Stores for relevant applications.

Conclusions and discussion: All the presented applications are available for free for iPhones and iPads with the Android or iOS systems, which guarantees a wide group of users. The above-mentioned list is not exhaustive. Research findings and the presented analysis show that in developed countries the social dimension of the suicide problem was defined and evaluated years ago. Consequently, national initiatives aimed at suicide prevention have been developed, implemented and evaluated. The authors' long-term goal is to create and disseminate a similar application in Poland. In their opinion such an application would be an effective instrument allowing to reach a numerous group of people, and particularly adolescents, in suicidal crisis. The planned application could importantly complement the Polish project of a National Program for Suicide Prevention.

Key words: suicide, mobile applications, prevention of suicidal behaviors.

Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski

Instytut Nauk o Zdrowiu Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
tel. 509 298 074 • mail: florkowskiantoni@wp.pl

Mgr Irena Jeżowska-Smorąg

Angelini Pharma Polska w Warszawie

Lek. Bartosz Wilk

Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Krakowie

Dr n. med. Krzysztof Zboralski

Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zachowania samobójcze osób w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych ze stanem mieszanym

Wyniki prowadzonych wieloletnich badań wskazują, że duży odsetek osób popełniających samobójstwo stanowią pacjenci wykazujący zaburzenia psychiczne, a zwłaszcza cierpiący na depresję (Pużyński 2002; Pużyński 2005). Wiele psychiatrów uważa, że zaburzenia depresyjne należą do schorzeń szczególnie predysponujących do zachowań samobójczych, zarówno podczas nawrotu choroby, jak i w okresie niepełnej remisji (Pużyński 2002). Poza tym należy mieć na uwadze, że około połowa osób z objawami depresji nie podejmuje leczenia psychiatrycznego lub jest niewłaściwie leczona z powodu nieprawidłowego rozpoznania.

W naszym kraju korzystanie z leczenia psychiatrycznego jest postrzegane jako wstydlive zjawisko. Do psychiatrii z reguły pacjenci trafiają dopiero po pierwszej próbie samobójczej albo gdy depresja ulegnie już takiemu nasileniu, że uniemożliwia funkcjonowanie zawodowe i rodzinne. Różne postacie

depresji często utrudniają szybkie rozpoznanie choroby, a poza tym jest to schorzenie na tyle złożone, że często lekarze mają problemy z dobraniem optymalnej terapii. Ocenia się, że około połowa osób cierpiąca na zaburzenia depresyjne podejmuje decyzję o popełnieniu samobójstwa, bo nie może znieść przykrego stanu psychicznego związanego z depresją albo dąży do ucieczki przed trudną dla siebie sytuacją, której w danej chwili nie jest w stanie sama rozwiązać. W obrazie psychopatologicznym zaburzeń depresyjnych takie objawy, jak: głęboki pesymizm co do przyszłości, poczucie winy i beznadziejności oraz brak możliwości dalszego życia w sytuacji, w jakiej aktualnie się znaleźli, wydają się wystarczającym motywem do odebrania sobie życia (Pużyński 2002; Pużyński 2005). Do tej pory brakuje wśród suicydologów jednoznacznej opinii, że samobójstwo należy zawsze rozpatrywać w kategorii zaburzeń psychicznych (Hołyst 2012).

Na podstawie analizy piśmiennictwa autorzy podjęli próbę przeprowadzenia oceny udziału czynników związanych z ryzykiem samobójstwa u osób ze stanem mieszanym w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe definiuje się jako nawracające okresy podwyższonego i obniżonego nastroju, przyspieszonego i zwolnionego toku myślenia oraz wahań w zakresie aktywności (Benazzi 2007). Poszczególne fazy mogą się charakteryzować zróżnicowanym nasileniem, różnym czasem trwania i różną częstością występowania. W trakcie tego samego epizodu może dochodzić do równoczesnego pojawienia się objawów maniakalnych i depresyjnych. W zależności od przewagi w obrazie psychopatologicznym któregoś rodzaju objawów: manii lub depresji, określa się go jako stan maniakalny lub stan mieszany depresyjny (Rybakowski 2011). W tych stanach zwiększonej aktywności psychoruchowej może towarzyszyć smutek i przygnębienie, utrata sensu życia z myślami samobójczymi oraz anhedonia, nadmierna drażliwość, podwyższony nastrój. Stany te wymagają szczególnie wnikliwej obserwacji, bo u tych osób istnieje wysokie ryzyko samobójstwa. Stan mieszany maniakalny, gdzie oprócz objawów manii występują trzy objawy depresyjne, może stanowić około 30% wszystkich stanów maniakalnych. Z kolei stan mieszany depresyjny, w którym oprócz objawów depresji współwystępuje kilka objawów hipomanii, może dotyczyć nawet połowy pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową typu II.

Pierwsze pojedyncze doniesienia dotyczące stanów mieszanych zostały opublikowane pod koniec ubiegłego wieku i były praktycznie prawie niezauważane przez psychiatrów (Benazzi 2000). W stanie mieszanym odnotowuje się równoczesne występowanie objawów depresyjnych i zwykle niepełnoobjawowego zespołu maniakalnego czy hipomaniakalnego bez obecności euforii (Akiskal, Benazzi 2003; Akiskal et al. 2005; Benazzi 2004; Benazzi 2005). Obecność stanu mieszanego została dokładnie zbadana w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych typu II i depresji mieszanej, gdzie stwierdzono, że objawy maniakalne lub hipomaniakalne mogą wystąpić spontanicznie jako niezależne epizody, ale też mogą mieć związek ze zmianami cyklicznymi między manią/hipomanią i depresją (Bauer et al. 2005; Benazzi 2005; Perugi 2001).

W praktyce klinicznej zdiagnozowanie stanu mieszanego odgrywa duże znaczenie, ponieważ u każdego pacjenta z objawami depresji należy systematycznie oceniać, czy nie pojawiają się objawy maniakalne/hipomaniakalne. Ma to związek z prowadzeniem terapii

lekami przeciwdepresyjnymi u chorych z epizodem mieszanym, żeby nie doprowadzić do nasilenia objawów maniakalnych/hipomaniakalnych, bo zwiększone pobudzenie psychoruchowe może nasilić tendencje suicydalne w przebiegu depresji mieszanej (Benazzi 2006; Bottlender 2004). Wśród czynników zwiększających ryzyko zachowań samobójczych związane z prowadzeniem farmakoterapii przeciwdepresyjnej wymienia się pobudzenie psychoruchowe, drażliwość oraz dwubiegunowość. Dlatego konieczne jest, żeby w leczeniu pacjentów z epizodem mieszanym w pierwszej kolejności stosować leki normotymiczne pozwalające opanować w trakcie depresji objawy manii/hipomanii (Baldessarini, Pompili, Tondo 2006; Bottlender 2004). Pojawienie się stanu mieszanego wiąże się zawsze z większym ryzykiem suicydalnym (Balázs et al. 2006). H.S. Akiskal i F. Benazzi (2003) wskazują, że niezależnie od stopnia nasilenia depresji ryzyko suicydalne wzrasta w przypadku pojawienia się takich cech jak gonitwa i natłok myśli oraz pobudzenie psychoruchowe.

Wyniki wielu badań wskazują, że podjęcie w przeszłości próby samobójczej w znaczny sposób zwiększa ryzyko suicydalne przy kolejnych próbach (Fagioli et al. 2004; Mann et al. 1999). Dane z piśmiennictwa zgodnie wskazują, że częściej do zachowań samobójczych dochodziło u osób z większą liczbą przebytych epizodów depresyjnych (Fagioli et al. 2004; Oquendo et al. 2000). Wyniki badań wskazują, że zwiększone ryzyko zachowań samobójczych występowało m.in. u osób z przebytymi urazami głowy, z nasilonymi objawami epizodu maniakalnego, nadużywających alkoholu i substancji odurzających, a także u pacjentów, u których doszło do wyzwolenia epizodu maniakalnego lekami przeciwdepresyjnymi (Albanese et al. 2006; Brown 2006; Leverich et al. 2003; Mann et al. 1999; Tsai, Lee, Chen 1999; Slama et al. 2004).

Kilku autorów na podstawie przeprowadzonych badań podkreśla występowanie impulsywności jako jednego z czynników ryzyka samobójczego u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (Mann et al. 1999; Maser et al. 2002; Soloff et al. 2000). J. Pawlak i J. Hauser (2007) na podstawie analizy piśmiennictwa wykazały, że do czynników ryzyka samobójstwa u chorych z zaburzeniami nastroju należą: depresja – szczególnie z elementami stanu mieszanego, skłonność do zachowań impulsywnych, próby samobójcze w wywiadzie, poczucie beznadziejności, współwystępowanie zaburzeń osobowości, nadużywanie substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu. Wzrost zainteresowania epizodami

mieszanymi wynika z postępów w diagnostyce oraz opisanie nowych odmian zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, a szczególnie tych z bardzo szybką zmianą faz (Winokur 1972). Nadal trwa dyskusja dotycząca kryteriów diagnostycznych stanów mieszanych, zakładając, że te zamieszczone w oficjalnych klasyfikacjach są zbyt wąskie i restrykcyjne. Diagnostyka stanów mieszanych może powodować trudności i opóźniać zastosowanie właściwego leczenia, a w związku z tym powodować ryzyko samobójstwa (Grajkowska, Koszewska 2008).

W jednym z nowych badań stwierdzono, że największy współczynnik podejmowanych prób samobójczych występuje u pacjentów w stanie mieszanym zaburzeń afektywnych dwubiegunowych z szybką zmianą faz manii i depresji. W ocenie autorów stan mieszanym w dramatyczny sposób zwiększa ryzyko suicydalne. Według kryteriów DSM-IV autorzy stwierdzili stan mieszanym u 12% badanych, natomiast według kryteriów przyjętych przez nich aż u 40% i podkreślają, że oznacza to dużo większą grupę osób poważnie zagrożonych ryzykiem samobójstwa.

W badaniach mających na celu ocenę stopnia nasilenia depresji w stanach mieszanych w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych wykazano, że istnieje związek między zachowaniami samobójczymi a stopniem nasilenia objawów depresyjnych mierzonych Skalą Depresji Hamiltona (Strakowski, McElroy, Keck, West 1996). Wielu psychiatrów uważa, że występuje zwiększone ryzyko samobójstwa wśród osób z chorobą afektywną dwubiegunową.

Publikacje amerykańskich psychiatrów wydają się podważać tę tezę (Akiskal, Benazzi 2005; Slama 2004). Dotychczas przeprowadzonym badaniom zarzucają, że w większości są to badania retrospektywne, w których nie analizowano znanych czynników mogących wywierać wpływ na zachowania samobójcze. Autorzy zwrócili szczególną uwagę na zmianę definicji rozpoznania podczas prowadzonej obserwacji, wskazując, że wiele przypadków depresji w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających w okresie późniejszym była weryfikowana jako zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Stwierdzono, że choć liczba podejmowanych prób samobójczych była większa w grupie pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, to jednak liczba samobójstw ze skutkiem śmiertelnym była podobna w obu grupach (Brådvik et al. 2008). Ryzyko zachowań samobójczych występuje nawet do 50% wszystkich pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową oraz wysoki jest także współczynnik samobójstw ze skutkiem śmiertelnym w tej populacji chorych (Rucci et

al. 2002). Na podstawie uzyskanych wyników badań autorzy uważają, że zastosowanie wsparcia psycho terapeutycznego jako uzupełnienia farmakoterapii lekami normotymicznymi pozwala na zmniejszenie częstości prób samobójczych. Powszechnie wiadomo, że w grupie pacjentów psychiatrycznych, leczonych szpitalnie, ryzyko samobójstwa jest wysokie. W okresie objętym badaniem zarejestrowano 30 przypadków samobójstw, w tym 6 z zaburzeniami afektywnymi (Spießl, Hubner-Libermann, Cording 2002). Większość samobójstw została popełniona poza terenem szpitala, przeważnie w trakcie przepustek. W ocenie autorów głównymi czynnikami ryzyka są próby samobójcze w wywiadzie, długotrwała hospitalizacja oraz zaburzenia afektywne ze współwystępowaniem nadużywania alkoholu lub środków odurzających.

Skuteczną próbę samobójczą podejmuje około 15–25% pacjentów chorujących na depresję w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Wyniki badania pozwoliły na zidentyfikowanie czynników ryzyka popełnienia samobójstwa, do których należały: próby samobójcze w przeszłości, większe subiektywne nasilenie depresji i poczucie beznadziejności, częstsze występowanie myśli samobójczych oraz zdarzeń stresujących (Malone 2000). Drugą grupę stanowiły osoby, które w przeszłości ani obecnie nie wykazywały zachowań samobójczych, u których stwierdzono większe poczucie odpowiedzialności za rodzinę, lepsze umiejętności radzenia sobie w życiu, miały większe obiekty moralne przed popełnieniem samobójstwa, a także bardziej obawiały się samobójstwa niż osoby z pierwszej grupy. W ocenie autorów nie stwierdzono różnic między porównywanymi grupami pod względem stopnia nasilenia depresji lub występowania stresujących wydarzeń życiowych (ibid.). Chociaż badane grupy były niewielkie i autorzy przestrzegają przed generalizowaniem uzyskanych wyników, to można przypuszczać, że ocena powodów do afirmacji życia powinna być wskazówką postępowania z pacjentami z depresją.

Nadal mało jest wiadomo na temat czynników, które mogłyby zabezpieczyć chorych z depresją w przebiegu zaburzeń afektywnych przed popełnieniem samobójstwa.

Podsumowanie

Wielu lekarzy i psychologów w codziennej działalności spotyka pacjentów, którzy wykazują zachowania samobójcze lub w przeszłości podejmowały próby samobójcze. Obecnie dysponujemy obszernym

piśmiennictwem dotyczącym czynników ryzyka suicydalnego oraz programami zapobiegającymi zachowaniom samobójczym. Wydaje się, że większość czynników ryzyka została dobrze poznana, zwłaszcza tych występujących u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Do czynników ryzyka zachowań samobójczych u osób z chorobowymi zaburzeniami nastroju w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych należą: depresja ze stanem mieszanym lub szybka zmiana faz, próby samobójcze w wywiadzie, współwystępowanie innych schorzeń,

a zwłaszcza uzależnień, lub nadużywanie środków psychoaktywnych i zaburzeń osobowości.

Wnikliwa ocena czynników ryzyka samobójstwa podczas indywidualnych kontaktów pacjent–lekarz oraz umiejętne postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne pozwolą na zminimalizowanie ryzyka suicydalnego osób z zaburzeniami afektywnymi.

Wskazane jest prowadzenie dalszych badań poświęconych identyfikowaniu czynników, które mogą mieć wpływ na zmniejszenie ryzyka samobójstwa u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi.

Literatura

- Akiskal H.S., Benazzi F. (2003), *Family history validation of the bipolar nature of depressivemixed states*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 73(1), s. 113–122.
- Akiskal H.S., Benazzi F. (2005), *Psychopathologic correlates of suicidal ideation in major depressive outpatients: is it all due to unrecognized (bipolar) depressive mixed states?*, „Psychopathology”, vol. 38(5), s. 273–280.
- Akiskal H.S., Benazzi F., Perugi G., Rihmer Z. (2005), *Agitated ‘unipolar’ depression reconceptualized as a depressive mixed implication for the antidepressant – suicide controversy*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 85(3), s. 245–258.
- Balázs J., Benazzi F., Rihmer Z., Rihmer A., Akiskal K.K., Akiskal H.S. (2006), *The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 91(2–3), s. 133–138.
- Baldessarini R., Pompili M., Tondo L. (2006), *Suicidal risk in antidepressant drug trial*, „Archives of General Psychiatry”, vol. 63(3), s. 246–248.
- Bauer M.S., Simon G.E., Ludman E., Unützer J. (2005), *‘Bipolarity’ in bipolar disorder: distribution of manic and depressive symptoms in treated population*, „British Journal of Psychiatry”, vol. 187(1), s. 87–88.
- Benazzi F. (2000), *Depressive mixed states: unipolar and bipolar II*, „European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience”, vol. 250(2), s. 249–253.
- Benazzi F. (2004), *Mixed states in bipolar II disorder: should full hypomania always be required?*, „Psychiatry Research”, vol. 127, s. 247–257.
- Benazzi F. (2005), *Family history validation of a definition of mixed depression*, „Comprehensive Psychiatry”, vol. 46(3), s. 159–166.
- Benazzi F. (2006), *Antidepressant – induced or clinician – induced suicidality in depression?*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 163(9), s. 1644–1647.
- Benazzi F. (2007), *Bipolar disorder-focus on bipolar II disorder and mixed depression*, „Lancet”, vol. 369, s. 935–945.
- Bottlender R., Sato T., Kleindienst N., Strauss A., Möller H.J. (2004), *Mixed depressive features predict manifold switch during treatment of depression in bipolar I disorder*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 78(2), s. 149–152.
- Brådvik L., Mattisson C., Bogren M., Nettelbladt P. (2008), *Long-term suicide risk of depression in the Lundby cohort 1947–1997 – severity and gender*, „Acta Psychiatrica Scandinavica”, vol. 117(3), s. 185–191.
- Brown E.S. (2006), *Management of comorbid bipolar disorder and substance abuse*, „Journal of Clinical Psychiatry”, vol. 67(8), s. 405–409.
- Fagioli A., Kupfer D.J., Rucci P., Scott J.A., Novick D.M., Frank E. (2004), *Suicide attempts and ideation in patients with bipolar disorder*, „Journal of Clinical Psychiatry”, vol. 65(4), s. 509–514.
- Grajowska J., Koszewska I. (2008), *Koncepcja stanów mieszanych w polskich podręcznikach psychiatrii*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia”, nr 3, s. 153–158.
- Hołyst B. (2012), *Zainteresowanie psychiatrii samobójstwami*, w: tenże, *Suicydologia*, Warszawa.
- Leverich G.S. et al. (2003), *Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in Stanley Foundation Bipolar Network*, „Journal of Clinical Psychiatry”, vol. 64(5), s. 506–515.
- Malone K.M., Oquendo M.A., Hass G.L., Ellis S.P., Li S., Mann J.J. (2000), *Protective factors against suicidal in major depression: reasons for living*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 157(7), s. 1084–1088.
- Mann J.J., Watermaux C., Haas G., Malone K.M. (1999), *Toward a Clinical Model of Suicidal Behaviour in Psychiatric Patients*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 156(1), s. 181–189.
- Maser J.D. et al. (2002), *Can treatment identify affective ill patients who enaage in lethal or near – lethal suicidal behaviour? A 14-year prospective study*, „Suicide and Life-Treatening Behavior”, vol. 32(1), s. 10–32.
- Oquendo M.A., Watermaux C., Brodsky B., Parsons B., Haas G.L., Malone K.M., Mann J.J. (2000), *Suicidal behaviour in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempts and nonattempters*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 59(2), s. 107–117.
- Pawlak J., Hauser J. (2007), *Czynniki związane z ryzykiem samobójstwa u osób z zaburzeniami nastroju*, „Nowiny Lekarskie”, vol. 76, nr 5, s. 430–435.
- Perugi G., Akiskal H.S., Micheli C., Toni C., Madaro D. (2001), *Clinical characterisation of depressive mixed state in bipolar-I patients: Pisa–San Diego collaboration*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 67(1–3), s. 105–114.
- Pużyński S. (2002), *Samobójstwa i depresje*, w: *Samobójstwo*, red. B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer, Warszawa, s. 39–61.
- Pużyński S. (2005), *Depresje i zaburzenia afektywne*, Warszawa.

- Rucci P. et al. (2002), *Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 7, s. 1160–1164.
- Rybakowski J. (2011), *Choroba afektywna dwubiegunowa*, w: *Psychiatria w praktyce*, red. M. Jarema, Warszawa 2011.
- Slama F., Bellivier F., Henry C., Rousseva A., Etain B., Rouillon F., Leboyer M. (2004), *Bipolar patients with suicidal behaviour: toward the identification a clinical subgroup*, „Journal of Clinical Psychiatry”, vol. 65(8), s. 1035–1039.
- Spieß H., Hübner-Libermann B., Cording C. (2002), *Suicidal behaviour of psychiatric in-patients*, „Acta Psychiatrica Scandinavica”, vol. 106(2), s. 134–138.
- Soloff P.H., Lynch K.G., Kelly T., Malone K.M., Mann J.J. (2000), *Characteristics of suicide attempts of Ppatients witch major depressive episode and borderline personality disorder. A comparative study*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 157, s. 601–608.
- Strakowski S.M., McElroy S.L., Keck P.E. Jr, West S.A. (1996), *Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 153(5), s. 674–676.
- Tsai S.-Y., Lee J.-C., Chen C.-C. (1999), *Characteristics and psychosocial problems of patients with bipolar disorder at high risk for suicide attempt*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 52, s. 145–152.
- US Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research, Labeling change request letter for antidepressant medication, http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRI_label_Change.htm (dostęp: 13.02.2007).
- Winokur G. (1972), *Depression spectrum disease: Description and family study*, „Comprehensive Psychiatry”, vol. 13(1), s. 3–8.

*Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski, mgr Irena Jeżowska-Smorąg,
lek. Bartosz Wilk, dr n. med. Krzysztof Zboralski*

Zachowania samobójcze osób w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych ze stanem mieszanym

Streszczenie

Celem pracy jest przegląd piśmiennictwa przedstawiającego zachowania samobójcze i związane z tym czynniki ryzyka występujące u osób z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych dwubiegunowych ze stanem mieszanym. Z dokonanej analizy wynika, że większość czynników ryzyka suicydalnego u osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi została dobrze poznana, a do nich należą: depresja ze stanami mieszanymi lub szybką zmianą faz, próby samobójcze w przeszłości, współwystępowanie innych schorzeń, a szczególnie uzależnień, lub nadużywanie środków psychoaktywnych i zaburzenia osobowości.

Umiejętne postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne oraz dokładna ocena czynników samobójstwa w trakcie indywidualnych kontaktów pacjent–lekarz może prowadzić do zmniejszenia ryzyka suicydalnego w tej grupie pacjentów.

Słowa kluczowe: stan mieszanym, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zachowania samobójcze.

*Prof. Antoni Florkowski, M.D., dr hab., Irena Jeżowska-Smorąg, M.A.,
Bartosz Wilk, M.D., Krzysztof Zboralski, M.D., Ph.D.*

Suicidal behaviors in the course of bipolar affective disorder with mixed states

Summary

The paper presents a review of the literature on suicidal behaviors and related risk factors among persons diagnosed with bipolar affective disorder with mixed states.

The review indicates that most of suicide risk factors in individuals with bipolar affective disorder are well-known, including depression with mixed states or rapid cycling (rapid mood swings), a history of attempted suicide, comorbidity - particularly comorbid dependencies or substance abuse, and personality disorders.

Competent diagnostic and therapeutic management as well as careful assessment of risk factors for suicide in the course of individual patient-doctor contacts may lead to a reduction of suicide risk in this group of patients.

Key words: mixed states, bipolar affective disorder, suicidal behaviors.

Prof. dr hab. n. o zdr. Marta Makara-Studzińska, mgr Agata Madej

Zakład Psychologii Stosowanej, UM w Lublinie

tel. 602 129 432 • mail: mmakara@go2.pl

Samobójstwa wśród kobiet w starszym wieku

Wprowadzenie • Metoda • Wyniki • Dyskusja • Wnioski

Wprowadzenie

Starość

Starość jest istotnym etapem życia każdego człowieka. Stanowi zróżnicowaną fazę niepodlegającą regułom oraz zależy od faz poprzednich. U każdego przebiega w sposób odmienny. Bywa również definiowana jako końcowy etap całego procesu starzenia się, gdy procesy psychiczne, biologiczne oraz społeczne oddziałują względem siebie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej, bez możliwości przeciwdziałania temu (Nowicka 2006). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wyróżnia fazy okresu starzenia się: wiek przedstarczy: 45.–59. rok życia; wiek starzenia się (wczesna starość): 60.–74. rok życia; wiek starczy (późna starość): 75.–89. rok życia; długowieczność: 90 lat i więcej (Gutowska 2015; Roguska 2015). Osoby przekraczające wiek utożsamiany ze starością w języku potocznym oraz naukowym nazywane są ludźmi w starszym wieku, seniorami oraz starcami. Społeczna kategoria ludzi w wieku podeszłym obejmuje:

- osoby po osiągnięciu wieku emerytalnego, będące nieaktywne zawodowo,
- osoby powyżej wieku określonego w podziale powyżej,
- osoby o obniżonej kondycji psychofizycznej.

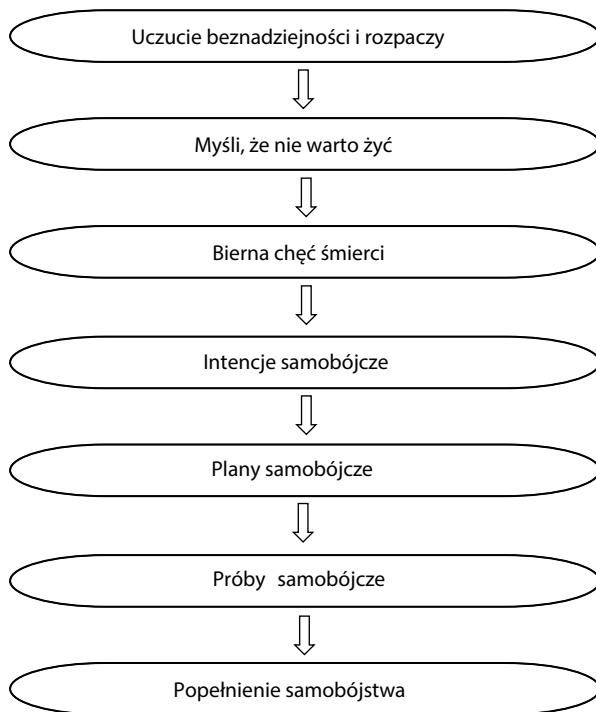
Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, można uznać, że populacja ludzi starszych jest zróżnicowana pod względem zdrowia psychicznego oraz fizycznego, sytuacji socjoekonomicznej i życiowej (Makara-Studzińska, Kryś-Noszczyk 2012).

W literaturze przedmiotu podaje się, że starzenie może przebiegać jako:

- pomyślne – zapewnienie osobie starszej w miarę możliwej samodzielności, niezależności ekonomicznej, kontaktu z rodziną oraz znajomymi, podejmowanie aktywności,
- normalne – przebiegające w fizjologicznym tempie,
- patologiczne – powikłane chorobami, związane z dysfunkcjami obniżającymi komfort życia seniora (Bartoszek et al. 2014; Gamrowska, Gałkowska-Bachanek 2014).

Problematyka samobójstw w wieku starszym

Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) samobójstwo to zjawisko będące wynikiem interakcji między czynnikami genetycznymi, socjologicznymi, środowiskowymi, biologicznymi oraz psychologicznymi (WHO 2014). Według definicji samobójstwo to świadome odebranie sobie życia, natomiast w ujęciu prawnym definicja rozszerzona jest o stwierdzenie, że jest to każdy przypadek śmierci



Rysunek 1. Model suicydalny

Źródło: Baumann (2008); Kołodziej (2006).

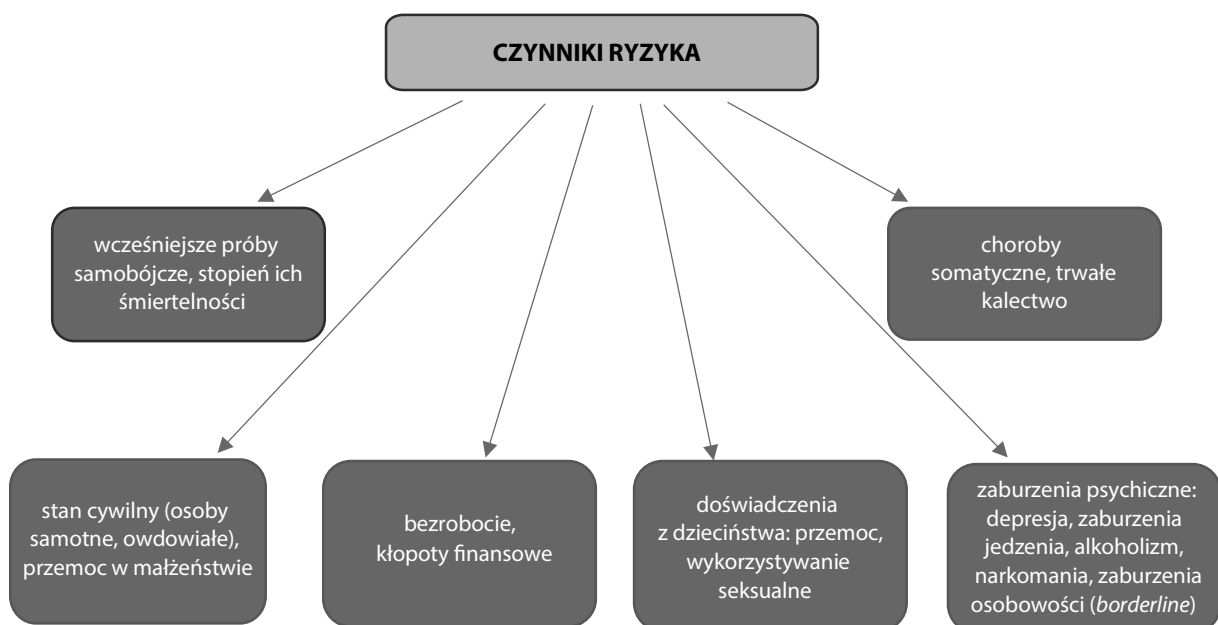
będący wynikiem bezpośredniego lub pośredniego działania lub zaniedbania, dokonanego przez ofiarę, w pełni zdającą sobie sprawę ze skutków swojego czynu (Putowski et al. 2015). Samobójstwo to zjawisko,

które budzi sporo kontrowersji oraz dyskusji w społeczeństwie. Często jest postrzegane jako akt woli sprzeczny z podstawowym prawem biologicznym – instynktem zachowania życia (Baumann 2008). Akt samobójczy jest uwarunkowany wieloczynnikowo, a istotną rolę odgrywają tu indywidualne cechy osoby dokonującej targnięcia na własne życie.

E. Shneidman (James, Gilland 2006) stwierdza, że samobójstwo to świadomy akt unicestwienia; najlepiej rozumieć je jako wielowymiarowy stan złego samopoczucia u osoby o niezaspokojonych potrzebach, która samobójstwo uważa za najlepsze rozwiązanie jakiegoś ze swoich problemów. Autor definicji wskazuje istotną rolę motywacji, leżącej u podstaw czynu samobójczego. Obrazuje to model suicydalny (rys. 1).

Autor przedstawił również listę cech, które charakteryzują osoby dopuszczające się aktu samobójczego:

- 1) cechy sytuacyjne – bodźcem popychającym do samobójstwa jest ból psychiczny, a czynnikiem o charakterze stresowym – frustracja spowodowana niezaspokojeniem potrzeb psychicznych;
- 2) cechy wolicjonalne – głównym celem samobójców jest znalezienie rozwiązania sytuacji trudnej oraz zniesienie świadomości;
- 3) cechy afektywne – emocją dominującą jest poczucie beznadziejności oraz beznadziejności; w postawie osoby dominuje ambiwalencja;
- 4) cechy poznawcze – zawężone wzorce myślenia jako wszechobecny stan poznawczy;



Rysunek 2. Czynniki ryzyka popełnienia samobójstwa przez kobiety w wieku podeszłym

Źródło: Trnka, Szleszkowski, Szatny (2004).

- 5) cechy relacyjne – działanie w samobójstwie stanowi prawo umożliwiające wyjście z sytuacji subiektywnie trudnej według własnej woli, jak również prawo do decydowania o sposobie wyzwolenia się z wewnętrznego bólu;
- 6) cechy seryjne – dotyczą wzorców z zakresu radzenia sobie w sytuacjach trudnych na przestrzeni życia; decyzja o podjęciu samobójstwa jest spójna z dotychczasowymi strategiami radzenia z przeciwnościami (ibid.).

Sposób popełnienia samobójstwa różni się pod względem płci. Kobiety częściej dokonują targnięć na własne życie, mężczyźni zaś dokonują udanych zamachów samobójczych. Wśród sposobów wymienia się: powieszenie, celowy upadek z wysokości, uszkodzenie narządów układu krwionośnego, rzuwanie się pod nadjeżdżający pojazd, zażycie leków nasennych, zażycie trucizny, utonięcie, otrucie gazem, samouszkodzenia itp. Kobiety wybierają „estetyczne” rodzaje śmierci (np. przedawkowanie leków, otrucie gazem) (Callanan, Davis 2012; Wulff et al. 2014), mężczyźni natomiast postępują bardziej gwałtownie (np. powieszenie, postrzał, skok z wysokości). Różne są również czynniki, które zwiększają ryzyko popełnienia samobójstwa (rys. 2).

Samobójstwa kobiet w starszym wieku w statystykach

Z prognoz demograficznych wynika, że do 2025 r. około 21% populacji Polski będzie powyżej 65. roku życia (www.stat.gov.pl). W 2025 r. Polacy będą przeciętnie żyli 77,6 lat, a Polki – 83,3 lata (www.senat.gov.pl). Ponad 61% wśród populacji osób starszych stanowią kobiety. Na 100 mężczyzn przypada ich 160. Przewaga liczebna kobiet zmienia się wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wieku podeszłego. W grupie 65–69 lat kobiety stanowią 56%; wśród osób co najmniej 80-letnich 70%, gdzie na 100 mężczyzn przypada ich 228 (GUS 2014).

Badania Eurostatu, prowadzone w 2010 r. na grupie osób w wieku 65 lat i powyżej, wskazują na średnią samobójstw w populacji kobiet zamieszkujących Europę wynoszącą 8 na 100 000 mieszkańców. W Polsce wskaźnik ten wynosi 6 na 100 000 kobiet. Najwyższy wskaźnik umieralności z powodu samobójstw odnotowano na Węgrzech (20 na 100 000 kobiet), w Chorwacji (20 na 100 000 kobiet) oraz na Litwie (16 na 100 000 kobiet). Najniższy wskaźnik umieralności wśród starszych kobiet prezentuje Irlandia (3 na 100 000), Grecja (1 na 100 000), Zjednoczone Królestwo (3 na 100 000) oraz Hiszpania (5 na

100 000 kobiet). Na Cyprze nie stwierdzono przypadków samobójstw wśród populacji starszych kobiet.

Według danych z raportu Substance Abuse and Mental Health Services Administration – w USA 2,6% kobiet w wieku 60–64 lat ma myśli samobójcze, natomiast 1,6% powyżej 65. roku życia. Plany dotyczące targnięcia na własne życie ma 0,2% starszych kobiet (SAMHSA 2015).

Metoda

Korzystając z bazy PubMed oraz Wiley Online Library, przeszukano zagraniczną literaturę medyczną z lat 2010–2016 pod kątem artykułów zawierających następujące słowa kluczowe: *suicide, elderly women, suicide attempts*. Wybrano te badania, w których autorzy opisywali zachowania samobójcze z wyraźnym rozdzieleniem na płęć.

Poniżej przedstawiono wyniki badań międzynarodowych na temat zjawiska samobójstw popełnianych przez kobiety w wieku podeszłym, sposobów oraz możliwych czynników ryzyka.

Wyniki

W literaturze przedmiotu można znaleźć informacje na temat istnienia związku między zgłaszanymi trudnościami przez kobiety w zakresie kontaktów interpersonalnych a ryzykiem wystąpienia samobójstwa. A.C. Tsai i współpracownicy (Tsai, Lucas, Kawachi 2015) poszukiwali związku między integracją ze środowiskiem społecznym a ryzykiem wystąpienia samobójstwa. Poprzez integrację ze środowiskiem autorzy rozumieją uczestnictwo w grupach społecznych, stan cywilny, częstotliwość kontaktów z ludźmi. Osobami badanymi zostały pielęgniarki w wieku od 46 do 71 lat. Postawiona hipoteza badawcza uzyskała potwierdzenie. Okazało się, że im niższy był udział starszej kobiety w życiu społecznym, tym wyższe ryzyko podejmowania zachowań samobójczych. Badania na grupie 35 kobiet po próbach samobójczych prowadzone przez E. Mandal i K. Zalewską (2010) pokazały, że parasuicydenci cechuje niskie poczucie własnej wartości oraz obniżony poziom kompetencji społecznych.

Badania przeprowadzone w Korei przez C. Park i współpracowników (Park, Jee, Jung 2016) na grupie osób od 10. roku życia pokazały, że wskaźnik samobójstw był wyższy w przypadku starszej grupy wiekowej. Osoby urodzone przed rokiem 1924 częściej popełniały samobójstwa. J. Kim i współpracownicy (Kim, Lee, Lee 2015) przeprowadzili sondaż

dotyczący występowania myśli samobójczych na grupie 5795 kobiet oraz 3758 mężczyzn w wieku 65 lat i więcej. Starsze kobiety wiązały myśli o popełnieniu samobójstwa z aktualnym stanem swojego zdrowia. M.C. Minayo i F.G. Cavalcante (2013) przeanalizowali 51 przypadków (11 kobiet i 40 mężczyzn) wśród osób starszych z Brazylii. Motywy popełnienia samobójstwa w przypadku kobiet były inne niż u mężczyzn. Podobnie jednak jak mężczyźni, częstym sposobem na odebranie sobie życia było powieszenie się spowodowane starzeniem się oraz współistniejącymi chorobami.

M. Cybulski i współpracownicy (Cybulski et al. 2015) przeprowadzili badania na 66 grupie studentów polskich, białoruskich oraz greckich. Respondenci mieli wyrazić swoją opinię na temat funkcjonowania ludzi w wieku podeszłym, określić, z jakimi problemami mogą się oni borykać. 88,3% stwierdziło, że sytuacja osób starszych jest lepsza w momencie, gdy mają one rodzinę, dzieci oraz nie są samotne.

Kobiety częściej niż mężczyźni myślą o popełnieniu samobójstwa (Fachola et al. 2015). Według autorów starsze kobiety dokonują samobójstw najczęściej w miejscach niepublicznych (np. w domach) poprzez przedawkowanie leków lub zakazanych narkotyków.

Dyskusja

W przytoczonych badaniach zostały opisane przyczyny i sposoby podejmowania prób targnięcia się na swoje życie kobiet w wieku podeszłym. Znajduje to potwierdzenie w literaturze.

Większość ludzi w trakcie swojego życia często myśli o śmierci (Meneghel et al. 2015). Jest ona nierozrwalną częścią ludzkiego istnienia oraz stanowi koniec okresu starzenia się. Gdy jednak o tym myślą, to może zdarzyć się tak, że stanie się to bardziej realne i tym samym doprowadza do podjęcia decyzji o popełnieniu samobójstwa. Proces starzenia się napawa wielu ludzi lękiem. Starość kobiety różni się od starości mężczyzny. Świadomość upływu czasu jest dla kobiet trudniejsza do zaakceptowania. Dojrzałe mężczyźni częściej wzbudzają zainteresowanie ze strony młodszych kobiet. Co więcej, u mężczyzn siwe włosy stanowią oznakę dostojności, a w przypadku kobiet kojarzą się jedynie ze starością. Dzieje się tak ze względu na istniejące w społeczeństwie przekonanie, że kobieta powinna wyglądać młodziej niż mężczyzna – a więc musi być ładna, mieć zgrabną sylwetkę i skórę na twarzy pozbawioną zmarszczek.

Przyczyny podejmowania zachowań autoagresywnych (w tym samobójstwa) są zróżnicowane. Wymienia się tu czynniki natury psychologicznej, społecznej, socjalno-bytowej. Wszystko to powoduje emocjonalne cierpienie, które może prowadzić do targnięcia się na własne życie jako jedyne – tak by się wydawało – sposobu na ucieczkę od narastających problemów. Po osiągnięciu wieku starszego kobiety mogą wreszcie mieć czas tylko dla siebie, ale mimo to często zapominają o możliwości realizowania swoich marzeń, ambicji. Odczuwają pustkę i czują się niepotrzebne. Mogą żyć z partnerem i nie odczuwać już z tego powodu żadnej satysfakcji, jak również być owdowiałe i żyć w samotności. Dzieci dawno opuściły dom i zajęły się własnym życiem. Część z nich nie utrzymuje kontaktu ze starszymi rodzicami. Prowadzi to do wzrostu poziomu wewnętrznej frustracji. Z uwagi na znaczną niesprawność uwarunkowaną wiekiem bywają przenoszone do domów opieki społecznej. Fakt bycia przeniesionym w nowe środowisko przekracza osłabione umiejętności przystosowawcze jednostki. Starsza kobieta – samotna, odizolowana, znudzona życiem codziennym i brakiem aktywności – może zacząć myśleć o odebraniu sobie życia.

Trzymanie się młodości wydaje się kluczową sprawą dla kobiety oraz społeczną koniecznością ze względu na fakt, że starość kojarzy się z utratą urody, zdrowia, sił, sprawności oraz autonomii.

Wnioski

Problematyka samobójstwa osób w wieku podeszłym stanowi istotny problem zdrowia publicznego (Van Orden, Conwell 2016). W okresie starości szczególną rolę odgrywa wsparcie społeczne. Raport WHO wskazuje, że ludzie popełniają samobójstwa, gdyż nikt z jego bliskich nie reaguje na ich potrzeby.

Najważniejszą sprawą w profilaktyce zachowań samobójczych kobiet w wieku podeszłym jest konieczność zainteresowania się ich losem, ponieważ nie zawsze potrafią one w sposób samodzielny rozwiązywać swoje problemy.

Konieczne jest zatem – w celu sprostania wielu wyzwaniom współczesności – udzielanie kobietom wielowymiarowego wsparcia, zarówno w sferze informacyjnej, materialnej, jak i duchowej, emocjonalnej czy w formie pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności (Kluz 2012).

Literatura

- Bartoszek A., Kachaniuk H., Kocka K., Charzyńska-Gula M., Łuczyk M., Łuczyk R., Domżał-Drzewicka R., Szadowska-Szlachetka Z. (2014), *Uwarunkowania i następstwa zachowań zdrowotnych osób starszych*, „Journal of Health Sciences”, vol. 4(10), s. 259–270.
- Baumann K. (2008), *Problem aktów samobójczych wśród osób w starszym wieku*, „Gerontologia Polska”, nr 16(2), s. 80–88.
- Callanan V.J., Davis M.S. (2012), *Gender differences in suicide methods*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, vol. 47(6), s. 857–869.
- Cybulski M., Krajewska-Kulak E., Sowa P., Shpakau A., Theodosopoulou E., Chadzopulu A. (2015), *Najczęstsze problemy psychiczne wśród osób w podeszłym wieku w opinii studentów uczelni medycznych w Polsce, na Białorusi i w Grecji*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, vol. 15(3), s. 109–114.
- Fachola M.C.H., Lucevo R., Porto V., Díaz E., de los Angeles Paris M. (2015), *Suicide attempts and suicide ideation among the elderly in Uruguay*, „Ciência & Saúde Coletiva”, vol. 20(6), s. 1693–1702.
- Gamrowska A., Gałkowska-Bachanek M. (2014), *Aktywność zaradczą a postawy wobec własnej starości*, „Polskie Forum Psychologiczne”, nr 19(4), s. 505–521.
- GUS (2014), *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, Warszawa.
- Gutowska A. (2015), *(Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, nr 8, s. 9–33.
- James R.K., Gilland B.E. (2006), *Strategie interwencji kryzysowej*, Warszawa.
- Kim J., Lee Y.S., Lee J. (2015), *Living arrangements and suicidal ideation among the Korean older adults*, „Aging and Mental Health”, vol. 28, s. 1–9.
- Kluz M. (2012), *Starość wyzwaniem dla współczesnej cywilizacji*, „Studia Redemptorystowskie”, t. 10, s. 314–332.
- Kołodziej W. (2006), *Zaburzenia psychiczne i ryzyko samobójstw u osób w starszym wieku*, w: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Kraków, s. 87–97.
- Makara-Studzińska M., Kryś-Noszczyk K. (2012), *Oblicza starości – przegląd piśmiennictwa*, „Psychogeriatrya Polska”, nr 9(2), s. 77–86.
- Mandal E., Zalewska K. (2010), *Psychiczna kobiecość i męskość, poczucie własnej atrakcyjności, style przywiązania, style radzenia sobie i strategie autoprezentacji u kobiet podejmujących próby samobójcze*, „Psychiatria Polska”, t. XLIV, nr 3, s. 329–339.
- Meneghel S.N., Moura R., Hesler L.Z., Gutierrez D.M.D. (2015), *Suicide attempts by elderly women – from a gender perspective*, „Ciência & Saúde Coletiva”, vol. 20(6), s. 1721–1730.
- Minayo M.C., Cavalcante F.G. (2013), *A comprehensive study on suicide among older women in seven Brazilian cities*, „Cadernos de Saúde Pública”, vol. 29(12), s. 2405–2415.
- Nowicka A. (2006), *Starość jako faza życia człowieka*, w: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Kraków, s. 17–25.
- Park C., Jee Y.H., Jung K.J. (2016), *Age-period-cohort analysis of the suicide rate in Korea*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 194, s. 16–20.
- Putowski M., Piróg M., Podgórnjak M., Zawisławski J., Pieciewicz-Szczęsna H. (2015), *Analiza epidemiologiczna występowania samobójstw w Polsce w latach 2000–2013*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 96(1), s. 264–268.
- Roguska A. (2015), *Późna dorosłość w dyskursie terażniejszym*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych”, vol. 1(88), s. 143–158.
- SAMHSA (2015), *Suicidal Thoughts and Behavior among Adults: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health*, Rockville MD.
- Suicide Prevention Australia (2015), *Suicide and Suicidal Behaviour in Women – Issues and Prevention. A Discussion Paper*, Sydney.
- Trnka J., Szleszkowski Ł., Szatny H. (2004) *Samobójstwa osób starszych*.
- Tsai A.C., Lucas M., Kawachi I. (2015), *Association Between Social Integration and Suicide Among Women in the United States*, „JAMA Psychiatry”, vol. 72(10), s. 987–993.
- Van Orden K.A., Conwell Y. (2015), *Issues in research on aging and suicide*, „Aging and Mental Health”, vol. 20(2), s. 240–251.
- WHO (2014), *Preventing suicide. A global imperative*, Geneva.
- Wulff B., Iwersen-Bergmann S., Pabel T., Püschel K. (2014), *Suicides of elderly persons over 80 years old in Hamburg considering gender-specific aspects: Cases between January 2008 and May 2013*, „Rechtsmedizin”, vol. 24(2), s. 103–106.

Prof. dr hab. n. o zdr. Marta Makara-Studzińska, mgr Agata Madej

Samobójstwa wśród kobiet w starszym wieku

Streszczenie

Wprowadzenie. Samobójstwa stanowią aktualny i istotny problem społeczny i zdrowotny na świecie. W literaturze przedmiotu są rozpatrywane w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, kryminologicznym oraz zdrowotnym. Wiek samobójców jest bardzo zróżnicowany, a najbardziej narażonymi grupami są osoby starsze oraz dzieci.

Cel. Artykuł jest próbą zastanowienia się nad zjawiskiem samobójstw wśród kobiet w wieku starszym.

Metoda. Wykorzystując bazę PubMed oraz Wiley Online Library, przeszukano zagraniczną literaturę medyczną z lat 2010–2016 pod kątem artykułów opisujących zachowania samobójcze z wyraźnym rozdzieleniem na płeć.

Wyniki. W przytoczonych badaniach zostały opisane przyczyny podejmowania prób targnięcia się na swoje życie kobiet w wieku podeszłym oraz sposoby ich przeprowadzenia.

Wnioski. Najważniejszą sprawą w profilaktyce zachowań samobójczych kobiet w wieku podeszłym jest konieczność zainteresowania się ich losem. Konieczne jest udzielanie im wielowymiarowego wsparcia, zarówno w sferze informacyjnej, materialnej, jak i duchowej, emocjonalnej czy też w formie pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności.

Słowa kluczowe: samobójstwo, kobiety, starość, starsze kobiety.

Prof. Marta Makara-Studzińska, Dr hab. in health sciences, Agata Madej, M.A.

Suicides among elderly women

Summary

Background. Suicide is an ever-present and significant social and public health problem all over the world. In the literature suicide is considered in various aspects: psychological, sociological, criminological, and health-related. The age of suicide victims varies widely, with the elderly and children being the groups at the highest risk.

Objective. An attempt was made in the paper to analyze the phenomenon of suicide among elderly women.

Method. A search of English-language medical literature published in the years 2010-2016 was conducted using the PubMed and Wiley Online Library databases, to find gender-based articles on suicidal behaviors.

Results. The cited studies describe the reasons for attempting suicide by elderly women and suicide methods they used.

Conclusions. In the prevention of suicidal behaviors among elderly women it is necessary to pay close attention to their lives. Provision of multifaceted support in various domains – informational, material, spiritual, emotional, or even in the form of helping them in their household chores is of utmost importance.

Key words: suicide, women, old age, elderly women.

Prof. zw. dr hab. n. med. Józef Kocur

Wyższa Szkoła Informatyki Umiejętności w Łodzi
tel. 609 577 037 • mail: jozef.kocur@umed.lodz.pl

Dr n. med. Wiesława Trendak

Zakład Medycyny Ratunkowej i Medycyny Katastrof UM w Łodzi

Czynniki ryzyka samobójczego w uzależnieniach behawioralnych

Uzależnienia behawioralne (*behavioral dependency*) są zjawiskiem coraz częściej spotykanym i z racji ich negatywnych osobniczo i społecznie skutków zmuszającym do podejmowania działań profilaktyczno-terapeutycznych oraz psychorehabilitacyjnych.

Aby działania te były efektywne, niezbędna jest znajomość przyczyn, mechanizmów powstawania i przebiegu tych uzależnień, w tym także wiedza dotycząca zagrożeń wynikających z obecności uzależnień behawioralnych.

Pod wieloma względami uzależnienia behawioralne są podobne do uzależnień od substancji psychoaktywnych i cechują się silną potrzebą podejmowania określonych zachowań i czynności, trudnościami w kontrolowaniu zachowania związanego z tymi czynnościami, objawami zespołu odstawiennego w przypadku przerwania lub ograniczenia określonych zachowań, występowaniem zjawiska tolerancji, narastającym pogorszeniem ogólnego funkcjonowania i zaniedbywaniem obowiązków oraz kontynuowaniem tych zachowań i czynności mimo ich negatywnego wpływu na sytuację życiową danej osoby.

Liczba zachowań i czynności, które mogą skutkować uzależnieniem, jest zdecydowanie większa od

aktualnie znanych uzależniających substancji psychoaktywnych, dlatego zagrożenie uzależnieniami behawioralnymi jest zagrożeniem realnym, zwłaszcza że ciągle poszerza się obszar takich zachowań.

W odróżnieniu od uzależnień od środków psychoaktywnych uzależnienia od zachowań i czynności nie są powszechnie postrzegane jako zjawiska groźne i niebezpieczne dla zdrowia, niektóre z nich, np. pracaoholizm, są nawet społecznie akceptowane. Sprawia to, że negatywne skutki uzależnień behawioralnych dostrzegane są stosunkowo późno, często są bagatelizowane i traktowane nieadekwatnie do ich destrukcyjnego potencjału.

Sprzyja temu również brak jednolitych kryteriów klasyfikacyjno-diagnostycznych oraz powszechność zachowań, które mogą skutkować powstaniem uzależnienia behawioralnego (np. korzystanie z komputera, internetu, gier rozrywkowych, telefonu komórkowego czy takich czynności jak zakupy).

O tym, czy doszło do uzależnienia behawioralnego, decyduje nie tyle rodzaj zachowań czy czynności, których może być bardzo wiele, ile ich częstotliwość i intensywność w połączeniu z towarzyszącymi im stanami emocjonalnymi oraz obecnością innych cech

uzależnienia. Jedną z bardziej charakterystycznych cech uzależnienia behawioralnego jest kompulsywny charakter zachowań mimo ich negatywnego wpływu na funkcjonowanie psychospołeczne. Uzależnieniom behawioralnym często towarzyszą zaburzenia somatyczne, np. bóle i zawroty głowy, szumy uszne, bóle stawowo-mięśniowe, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, uczucie ucisku w klatce piersiowej. Dysfunkcje psychiczne związane z tymi stanami są zróżnicowane – mogą pojawiać się zaburzenia koncentrowania uwagi, drażliwość, wybuchowość, wzmożone napięcie i niepokój, zaburzenia snu, wahania nastroju i napędu, labilność emocjonalna, chwiejna – zwykle zaniżona – samoocena, obniżony krytycyzm, uczucie ciągłego zmęczenia lub odwrotnie – nadaktywność, podwyższony poziom lęku.

Pogorszenie funkcjonowania w środowisku wynika z zaniedbywania innych niż kompulsywne zachowania obszarów działań i zainteresowań, patologicznej koncentracji na preferowanych czynnościach, izolacji społecznej, narastających konfliktów i osłabienia więzi wewnątrzrodzinnych, często pogarszającej się sytuacji materialnej (Ogińska-Bulik 2010).

Nie ma pełnej zgodności poglądów co do tego, czy celem kompulsywnych zachowań jest dążenie do redukcji negatywnych stanów emocjonalnych, czy odwrotnie – do przeżywania pozytywnych emocji. Są to najprawdopodobniej dążenia wzajemnie się przenikające i występujące naprzemiennie, a w związku z tym skutkujące niestabilnością emocjonalną sprzyjającą kontynuacji patologicznych kompulsywnych zachowań.

Ma to z pewnością związek z neurobiologicznymi mechanizmami tych stanów, związanych m.in. z zaburzeniami równowagi między układami dopaminergicznym i serotonergicznym, aktywnością ciała migdałowatego, hipokampa, przedniego zakrętu obręczy. Do wzrostu częstości występowania uzależnień behawioralnych przyczyniają się też zjawiska społeczno-kulturowe i postęp techniczny, zwłaszcza w obszarach informatyki i różnych form przekazu.

Duży wpływ na nadmierne zainteresowanie różnymi obszarami zachowań i czynności mają trendy, często sztucznie kreowane, dotyczące stylu życia, sposobu ubierania się, rekreacji, diety, dbałości o wygląd itp. Przy coraz powszechniej występujących postawach typu konsumpcyjnego i snobistycznego u wielu osób pojawiają się i intensyfikują zachowania, które mogą prowadzić do uzależnień od określonych zachowań i czynności (Niewiadomska, Brzezińska, Lelonek 2005).

Mogą temu sprzyjać m.in. takie czynniki, jak: zaburzona struktura i funkcja rodziny, preferowane

wartości, płeć, wiek, pozycja społeczno-ekonomiczna, miejsce zamieszkania. Stwierdzono np., że wśród osób uzależnionych od zakupów zdecydowanie przeważają kobiety (ponad 80%), a większość hazardystów to mężczyźni.

Pracoholizm dotyczy głównie osób w średnim wieku, ale uzależnienia od internetu i gier komputerowych występują najczęściej u ludzi młodych, nierzadko dzieci. Podatność na podejmowanie i intensyfikowanie zachowań, które mogą prowadzić do powstania uzależnień behawioralnych, należy wiązać – obok wymienionych – z czynnikami osobowościowymi; najczęściej wskazuje się na takie cechy, jak: oczekiwanie szybkiej gratyfikacji, nadmierna ciekawość w poszukiwaniu nowych wrażeń, duża potrzeba doznawania przyjemności, skłonność do podejmowania ryzyka, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, obniżona samokontrola emocjonalna, bezkrytyczne dążenie do poprawy nastroju, obniżenie napięcia i pozytywnych emocji, trudności w kontrolowaniu zachowań impulsywnych.

Jednym z najpoważniejszych zagrożeń związanych z uzależnieniem od alkoholu lub innych środków psychoaktywnych jest ryzyko występowania myśli i zachowań samobójczych.

Wobec intensywnego wzrostu liczby osób zdradzających objawy uzależnienia behawioralnego pojawia się pytanie, czy w tego rodzaju uzależnieniach również istnieje zagrożenie suicydalne i czy jest ono podobne w swoich przyczynach, mechanizmach powstawania, przejawach i skutkach do ryzyka samobójczego w uzależnieniach od substancjalnych związków chemicznych.

Jeśli zgodzić się poglądami tych badaczy, którzy nie dostrzegają znaczących różnic w neuro- i psychobiochemicznych mechanizmach towarzyszących powstawaniu i obecności obu typów uzależnień, to ryzyko zachowań suicydalnych, które mogą mieć podłoże w takich zmianach ośrodkowego neuroprzekaznictwa, głównie w obrębie układów DA i 5-HT, byłoby porównywalne.

Podobnie jeśli chodzi o uwarunkowania osobowościowe i społeczno-demograficzne, które również są bardzo podobne w obu rodzajach uzależnień. Większe różnice można natomiast dostrzec w obrazie klinicznym i przebiegu tych uzależnień, a temu przypisuje się znaczącą rolę w powstawaniu zagrożenia samobójczego.

Szczególnie niebezpieczne w tym względzie są zaburzenia psychiczne i somatyczne spowodowane długotrwałym i intensywnym przyjmowaniem środków uzależniających, w przebiegu zespołów

abstynencyjnych, wywołane działaniem toksycznych dawek w związku z postawianiem tolerancji, indukowane przez pogarszającą się w miarę trwania uzależnienia sytuacją osobistą i zawodową, nierzadko konflikty z prawem.

Zaburzenia związane z tymi stanami i sytuacjami są zróżnicowane ilościowo i jakościowo w obu typach uzależnień, ale w uzależnieniach od środków psychoaktywnych mają one przeważnie większe nasilenie: rodzaj i intensywność negatywnych stanów somatycznych i psychicznych, np. w okresie abstynencji, jest często na tyle niebezpieczna, że wymaga hospitalizacji, stanowiąc zarazem zwiększone ryzyko samobójcze.

W uzależnieniach behawioralnych komponent somatyczno-psychiczny, zwłaszcza zaś somatyczny, nie jest tak znaczący, co niewątpliwie zmniejsza ryzyko zachowań samobójczych, ale go nie eliminuje. Kolejnym czynnikiem różnicującym poziom zagrożenia samobójczego w uzależnieniach behawioralnych jest rodzaj tego uzależnienia. Z uwagi na ich dużą liczbę istnieje duże zróżnicowanie obrazów klinicznych – wspólny mianownik stanowią jedynie same objawy uzależnienia oraz – w wielu przypadkach – obsesyjno-kompulsywny charakter patologicznych zachowań.

Do takich uzależnień behawioralnych zaliczany jest m.in. patologiczny hazard, seksoholizm czy pracholizm. Ryzyko samobójcze może w tych rodzajach uzależnień być większe niż w innych – dotyczy to zwłaszcza hazardu. Decyduje o tym kumulacja suicydogenicznych czynników – zarówno typu psychologiczno-osobowościowego, jak i społeczno-kulturowego.

Stwierdzono m.in., że u osób uzależnionych od hazardu występują wyraźnie częściej, niż w ogólnej populacji, obniżona wytrzymałość i konsekwencja w planowaniu i realizacji celów życiowych, hedonizm, dążenie do natychmiastowej satysfakcji, obniżona odporność na stres, unikanie bliższych więzi, impulsywność, tendencje do uciekania i izolacji od realnych problemów (Cierpiałkowska 2006).

Hazard jest także postrzegany jako dysfunkcyjny sposób zaspokajania ważnych potrzeb życiowych, przede wszystkim potrzeby uznania ze strony otoczenia, szacunku, podziwu czy akceptacji. Może być także sposobem na poprawę zaniżonej samooceny i podniesienia poczucia własnej wartości oraz próbą kompensowania osamotnienia i alienacji. W uzależnieniu od hazardu występują także zaburzenia, a właściwie zniekształcenia funkcji poznawczych pod postacią pozornych korelacji, myślenia magicznego, katatymii, zaprzeczania przypadkowi, personifikacji urządzeń do gry itp.

Wśród czynników społeczno-kulturowych sprzyjających hazardowi wymienia się m.in. wzorce rodzinne, postrzeganie gier hazardowych jako rozrywki elitarnej, a jednocześnie szybki sposób zaspokajania potrzeb konsumpcyjno-materialnych.

Największe znaczenie suicydogenne należy jednak przypisać skutkom uprawiania hazardu patologicznego: są one w zdecydowanej większości przypadków negatywne zarówno w odniesieniu do stanu zdrowia, jak i sytuacji rodzinnej, towarzyskiej, prawnej, zawodowej i finansowej. Wyraźne, często dramatyczne pogorszenie funkcjonowania w wymienionych obszarach aktywności życiowej należy uznać za sytuację podwyższonego ryzyka samobójczego, wynikającego z bezzadności i przytłoczenia narastającymi problemami spowodowanymi hazardem.

Tak częstych i o tak niekorzystnym wpływie na stan emocjonalny sytuacji nie spotyka się w innych uzależnieniach behawioralnych: szkody i straty spowodowane zachowaniami uznawanymi za tego rodzaju uzależnienia są największe w patologicznie uprawianym hazardzie, ponieważ mogą zaburzać cały wcześniejszy system wartości i sposób funkcjonowania zarówno w wymiarze psychospołecznym, jak i bytowo-materialnym.

Obok uzależnienia od hazardu podwyższone zagrożenie suicydalne występuje u osób patologicznie użytkujących internet w takich formach, jak m.in. cyberseksolizm, e-hazard, wirtualne kontakty społeczne, gry sieciowe, przeciążenie informacyjne, e-zakupy, czaty i komunikatory internetowe czy blogi.

Ograniczenie codziennej aktywności do różnych form korzystania z aplikacji internetowych prowadzi do zaburzeń orientacji czasowej, przestrzennej i osobowej i wpływa pośrednio na zaburzenie związków z toczeniem, w tym na liczbę i jakość relacji społecznych oraz planowanie aktywności.

Zwiększone ryzyko w tego rodzaju uzależnieniach wynika m.in. z obecności zaburzeń pojawiających się w zespole odstawiennym, takich jak: stany lękowe, obsesyjne myśli, wzmożone napięcie emocjonalne, niepokój, zaburzenia procesów poznawczych (w tym racjonalnej oceny sytuacji), stany depresyjne. Niezależnie od tych zaburzeń u osób uzależnionych od internetu mogą występować takie patologiczne reakcje i zachowania jak dokonywanie czynów zabronionych prawem w celu zaspokojenia potrzeb związanych z uzależnieniem, a także stany transu dysocjacyjnego z objawami depersonalizacji i próbami zastępowania zaburzonego lub utraconego poczucia własnej tożsamości inną, np. zbudowaną na bazie awatara lub tzw. osobowości sieciowej.

Kumulacja takich objawów u najczęściej bardzo młodych osób, o nie w pełni ukształtowanej osobowości, może stanowić poważne zagrożenie wystąpieniem różnych postaci zaburzeń typu stresogenego i depresyjno-lękowego, w tym także zachowań samobójczych.

Innym uzależnieniem behawioralnym, które należy uznać za skutkujące podwyższonym ryzykiem suicydalnym, jest pracoholizm. Zwykle charakteryzuje się go w trzech wymiarach – poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym. Podstawowym wskaźnikiem w wymiarze poznawczym jest silny zewnętrzny przymus wykonywania pracy, którego nie można ograniczyć ani kontrolować, a także obsesyjne myśli o pracy i utrwalone przekonanie, że praca jest głównym i nadrzędnym miernikiem wartości człowieka.

Wymiar emocjonalny pracoholizmu wiąże się z uczuciem zadowolenia i radości z wykonywanych czynności, a także z lękiem, przygnębieniem i poczuciem winy w czasie, gdy dana osoba nie pracuje.

Wymiar behawioralny dotyczy zachowań charakterystycznych dla pracoholizmu i obejmuje m.in. liczbę godzin pracy wykraczających poza standardowy czas pracy. W tym wymiarze mieszczą się również zachowania wynikające z dysproporcji między czasem i zaangażowaniem w pracę a innymi obszarami funkcjonowania i podejmowania aktywności (życie rodzinne, rekreacja itp.), co skutkuje znaczącym upośledzeniem czynności alternatywnych.

Oceniając te negatywne objawy pracoholizmu w aspekcie zagrożeń związanych z ich patologicznym charakterem, należałoby przede wszystkim zwrócić uwagę na nieustającą potrzebę pracy i utratę kontroli nad pracą, usztywnienie schematu zachowań,

doświadczanie presji czasu, destrukcyjny i neurotyczny perfekcjonizm, nadobowiązkowość, przeciążenie pracą, przewlekłe doświadczanie negatywnych emocji, zaburzenie relacji społecznych (Malinowska 2015). Zagrożenie suicydalne w pracoholizmie ma zatem podwójne uwarunkowania: z jednej strony może być skutkiem autodestrukcyjnego wyniszczenia organizmu przez nadmierne obciążenie pracą, z drugiej zaś może mieć związek z obecnością towarzyszących pracoholizmowi zaburzeń emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych. Podsumowując: ryzyko zachowań samobójczych istnieje także w uzależnieniach behawioralnych, ale ma częściowo inne uwarunkowania niż w uzależnieniach od substancji psychoaktywnych. Wynika to m.in. z mniejszej częstości występowania i mniejszego nasilenia zaburzeń somatycznych i psychicznych oraz porównywalnych, a niekiedy większych negatywnych psychospołecznych skutków uzależnień.

Obciążenia wynikające z tego rodzaju sytuacji i doznań są uważane za przyczynę występowania różnego rodzaju zaburzeń typu nerwicowego i związanych ze stresem, mogą być także przyczyną nadużywania środków psychoaktywnych o działaniu uzależniającym. Pracoholizm może też, w skrajnych przypadkach, prowadzić do śmierci (japońskie karoshi: w tej kulturze można spotkać się z opinią, że karoshi to współczesna forma seppuku – honorowego, rytualnego samobójstwa).

Negatywne skutki wielu uzależnień behawioralnych mogą zaburzać w znaczący sposób funkcjonowanie w wymiarze psychologicznym, materialnym i społecznym, prowadząc do sytuacji kryzysowych, które mogą sprzyjać powstawaniu myśli i zachowań samobójczych.

Literatura

- Cierpiałkowska L (2006), *Kierunki rozwoju współczesnej psychologii uzależnień*, w: L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych zagrożeń*, Poznań.
- Malinowska D. (2015), *Diagnoza pracoholizmu. Charakterystyka narzędzi pomiarowych dostępnych w Polsce i kluczowe wytyczne związane z diagnozą*, „Świat Problemów”, nr 3 (266), s. 32–38.

- Niewiadomska I., Brzezińska M., Lelonek B. (2005), *Hazard*, Lublin.
- Ogińska-Bulik N. (2010), *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość*, Warszawa.

Prof. zw. dr hab. n. med. Józef Kocur, dr n. med. Wiesława Trendak

Czynniki ryzyka samobójczego w uzależnieniach behawioralnych

Streszczenie

Coraz powszechniej spotykane postawy typu konsumpcyjnego i snobistycznego sprzyjają zachowaniom mogącym prowadzić do uzależnień behawioralnych. Mogą temu także sprzyjać zaburzona struktura i funkcja rodziny, nieprawidłowe systemy wartości oraz niepożądane czynniki osobowościowe i socjodemograficzne.

Podobnie jak w uzależnieniach od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w uzależnieniach behawioralnych również istnieje zwiększone ryzyko zachowań samobójczych.

Stopień tego zagrożenia zależy od obecności suicydogennych czynników typu psychologiczno-osobowościowego, jak i społeczno-kulturowego, zwłaszcza zaś czynników powodujących powstanie zaburzeń poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych. Kumulacja tych zjawisk i czynników występuje m.in. w takich uzależnieniach behawioralnych, jak patologiczny hazard czy pracoholizm, które uważane są za stany podwyższonego ryzyka samobójczego.

Słowa kluczowe: uzależnienia behawioralne, samobójstwo.

Prof. zw. dr hab. n. med. Józef Kocur, dr n. med. Wiesława Trendak

Suicidal risk factors in behavioral dependencies

Summary

More and more frequently observed attitudes such as consumerism and snobbishness are conducive to behaviors that can lead to behavioral dependency. Disrupted family structure and functioning, inappropriate value systems, as well as undesirable personality and sociodemographic factors may also contribute to behavioral dependency.

Behavioral dependencies, as same as alcohol dependence and substance abuse, are associated with higher risk for suicide. The degree of suicide risk depends on the presence of suicidogenic factors of both psychological-personality type and socio-cultural nature, and particularly on these leading to cognitive, emotional and behavioral disorders. These phenomena and factors cumulate, among other ones, in such behavioural dependencies as pathological gambling and workaholism regarded as states of increased risk for suicide.

Key words: behavioral dependence, suicide.

Dr n. med. Marian Kopciuch

Oddział Neurochirurgii Szpitala św. Rafała – Scanmed Kraków
tel. 697 696 310 • mail: kopciuchm@poczta.fm

Przypadki samouszkodzeń dokonane przez osoby pozbawione wolności

Wstęp • Pojęcie i definicje samouszkodzenia • Założenia i cel pracy • KAZUISTYKA Oddziału Chirurgicznego Szpitala Aresztu Śledczego w Krakowie • Leczenie samouszkodzeń – aspekt prawny • Omówienie i dyskusja • Podsumowanie

Wstęp

Samouszkodzenia dokonywane przez osoby pozbawione wolności są poważnym problemem wymagającym wnikliwej oceny lekarzy, psychologów, socjologów i prawników.

Każdy zamach na życie lub zdrowie stoi w sprzeczności z instynktem samozachowawczym, jednym z głównych motorów psychiki ludzkiej (Araszkiewicz, Gruszczyński 1977). Akty samouszkodzeń obserwuje się najczęściej u osadzonych w zakładach penitencjarnych i poprawczych, u osób psychicznie chorych oraz u żołnierzy służby zasadniczej.

U osób pozbawionych wolności samouszkodzenia są wynikiem wielu przyczyn, m.in. związanych pierwotnie z przymusową izolacją. U chorych psychicznie samouszkodzenia są następstwem braku krytycyzmu chorego wobec niebezpieczeństwa albo stanowią istotę przeżyć psychopatologicznych (Ciosek 1996). Uważa się też, że sam fakt samouszkodzenia należy zaliczyć niewątpliwie do czynów świadomych u osób zdrowych psychicznie.

Różnorodność samouszkodzeń dokonywanych przez więźniów jest ogromna, a do najczęściej spotykanych należą rany cięte skóry i tkanki podskórnej na

brzuchu, klatce piersiowej, przedramionach oraz połykanie najrozmaitszych ciał obcych (Batawi, Sikora 1968). Stosunkowo rzadko samouszkodzenia dotyczą czaszki i mózgowia. Znaczną większość samouszkodzących się stanowią recydywiści, którzy odbywali już wyroki skazujące w zakładach penitencjarnych lub zakładach poprawczych. Sporą część wśród dokonujących samouszkodzeń stanowią więźniowie młodociani (RPO 1995, s. 154–175; 1998, s. 174–198, 199–244).

W zakładach penitencjarnych samouszkodzenia są najczęściej wyrazem protestu przeciwko systemowi karnemu, panującym stosunkom społecznym między osadzonymi a personelem więziennym oraz konfliktami między osadzonymi (Chojnicka, Karczewski 2003).

W dobrze zorganizowanym zakładzie penitencjarnym, gdzie panuje określony wewnętrzny porządek i dyscyplina, samouszkodzenia tymczasowo aresztowanych i skazanych generują niepokój wśród osadzonych, wpływają na poziom bezpieczeństwa osobistego, wywołują reakcje stresowe wśród uwięzionych i personelu więziennego. Szeroko traktując problem, mogą wyzwalać przekonanie o braku sensu w działalności resocjalizacyjnej, a więc są zdarzeniami negatywnie oddziałującymi społecznie.



Fot. 1.

Źródło: archiwum prywatne autora.

Pojęcie i definicje samouszkodzenia

Pojęcie samouszkodzenia wymaga uściślenia, gdyż w piśmiennictwie naukowym spotyka się bardzo różnorodną interpretację tego określenia. Znajduje to wyraz nie tylko w podkładaniu różnych treści pod pojęcie samouszkodzenia, lecz także w używaniu określeń jako synonimów, np. samookaleczenie, samozatrucie, automutylacja, autoagresja, samoudręczenie (*Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii* 1996).

Samookaleczenie i automutylacja (łac. *mutilare* – kaleczyć, obciąć) oznaczają to samo. Używanie tych określeń wydaje się odpowiednie w przypadku, gdy następstwem tego czynu jest trwałe kalectwo fizyczne.

Autoagresja obejmuje samouszkodzenia noszące cechy działania w stanie agresywnego napięcia emocjonalnego. Określenie to odnosi się do czynów, które nie są samouszkodzeniami, np. zamach samobójczy. Stanowi osobnicze, indywidualne zachowanie agresywne skutkujące nagłym pogorszeniem stanu zdrowia (Chojnicka, Karczewski 2003).

Samoudręczenie jest w tym przypadku również pojęciem mało precyzyjnym, ponieważ mogą nasuwać się wątpliwości, czy chodzi o udręczenie fizyczne, psychiczne, czy też o jedno i drugie. Pojęcie to powinno być raczej używane w przypadku udręki psychicznej, np. demonstracyjnej głodówki.

Najbardziej odpowiednie dla omawianego tematu wydaje się przyjęcie określenia samouszkodzenie. Może ono dotyczyć nie tylko samookaleczeń, lecz także demonstracyjnych prób powieszenia się, samozatrucia i głodówek.

Założenia i cel pracy

Zarówno względy ogólnospołeczne, jak i zainteresowania naukowe wynikające z medycznego wykształcenia oraz z miejsca zatrudnienia – Ministerstwa Sprawiedliwości w pionie służby więziennej – skłoniły mnie do podjęcia tego tematu, gdyż problem samouszkodzeń wśród osób pozbawionych wolności ma niejednokrotnie głębsze uwarunkowania. W instytucjach totalitarnych, a za takie należy uznać zakłady penitencjarne, gdzie wolność człowieka ulega znacznemu ograniczeniu na skutek wyroku sądowego, bytowej izolacji, obowiązujących przepisów, dyscypliny i porządku wewnętrznego, człowiek zostaje poddany innym warunkom życiowym, niż te, z którymi dotychczas miał do czynienia. Jest to wielce specyficzna i równocześnie specjalistyczna instytucja rządząca się swoimi prawami i uwarunkowaniami. W pewnych wewnętrznych rozwiązaniach można ją porównywać z jednostkami wojskowymi i policyjnymi, gdzie również o życiu jednostek decyduje prawo, dyscyplina i porządek, a różny jest cel i znaczenie społeczne tych instytucji (Florkowski 1987).

Te podkreślone przeze mnie elementy wynikają z doświadczeń wcześniejszego mojego zatrudnienia w szpitalu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Krakowie. Pracując z racji posiadanych specjalizacji z chirurgii i neurochirurgii, miałem niejednokrotnie do czynienia z osadzonymi, którzy dokonywali różnego rodzaju samookaleczenia. Obecne moje zatrudnienie skłania do bardziej dogłębnego potraktowania problemu samookaleczeń w środowisku uwięzionych. Nie bez znaczenia dla takiego potraktowania problemu jest fakt dostrzegania niedomagań w działalności penitencjarnej i ochronie nad osadzonymi. Na skutek decyzji sądowych państwu powierzono opiekę nad przestępcami w miejscach izolacji od społeczeństwa, gdzie uwięzieni są skazanymi na obcowanie ze sobą i wzajemnie personelem więziennym, stąd też państwo ponosi co najmniej społeczną odpowiedzialność za fakt popełnienia przez osadzonego samouszkodzenia czy też samobójstwa (Czesik 1993). Natomiast do zagadnienia przeciwdziałania samouszkodzeniom należy podejść w sposób globalny i wielce specjalistycznie. Takie możliwości we współczesnym więziennictwie istnieją z racji zatrudnienia w nim sporej liczby

specjalistów z różnych dziedzin nauki. Należy jednak sprecyzować wymagania w stosunku do poszczególnych służb. Umożliwić to może wnikliwe rozpoznanie w autoagresji przyczyn i motywacji osobniczych.

Z analizy statystyki samoagresji wśród więźniów wynika, że stanowią one znaczący procent populacji osadzonych w zakładach penitencjarnych w Polsce. Daje się zauważyć pewną prawidłowość – pozytywna – która skutkuje spadkiem liczby samoagresji w ostatnich latach. Jest to, jak się wydaje, wynik zmian zachodzących w sposobie wykonywania kary pozbawienia wolności. U schyłku lat 90. zaczął obowiązywać nowy kodeks karny wykonawczy (z 26 czerwca 1997 r., Dz. U. Nr 90, poz. 557 ze zm.; dalej: k.k.w.) (Hołda 1980), który w swej treści – poza podmiotowym traktowaniem skazanych – niesie nowatorskie formy oddziaływania na nich poprzez system programowanego oddziaływania wychowawczego oraz system oddziaływania terapeutycznego. Towarzyszy temu utworzenie wyspecjalizowanych zakładów, gdzie te formy oddziaływań znajdują zastosowanie. Jest to radykalne odejście od dotychczasowej praktyki traktowania kary pozbawienia wolności jako odwetu społecznego za winy będące skutkiem czynu przestępczego. Nie bez znaczenia dla spadku liczby samookaleczeń pozostaje stan nastrojów społecznych w jednostkach penitencjarnych, szczególnie relacji interpersonalnych między skazanymi a pracownikami więziennictwa. Stworzenie partnerskich stosunków, wzajemnego zrozumienia, wyzwalanie zaufania skazanych do przełożonych i posiadanie przez tych ostatnich właściwego rozpoznania stanu psychicznego osadzonych to elementarne zasady, które umożliwiają zapobieganie zamachom poprzez samoagresję na własne życie (Hołyst 1991, s. 16). Obowiązek przeciwdziałania dotyczy wszystkich współwięźniów, personelu więziennej służby zdrowia, funkcjonariuszy Służby Więziennej (Hayes 1994, s. 154, 155–158). Współcześnie obowiązuje stanowisko prawne nakazujące udzielanie pomocy osobie, która dokonała samoagresji, choćby tego nie chciała, a nawet stawiała opór (Hołda 1980).

KAZUISTYKA Oddziału Chirurgicznego Szpitala Aresztu Śledczego w Krakowie

Przypadek I

Pacjent C.J., lat 38 (hist. chor. 150/95, 214/95, 731/96), dokonał samouszkodzenia czaszki w 1994 r. poprzez wbicie w kość czołową na wysokości łuków brwiowych, w linii środkowej, pręta metalowego.

RTG – w przednim dole czaszkowym w linii środkowej tkwi pręt metalowy długości około 2,5 cm.

Badania neurologiczne – bez objawów ogniskowego uszkodzenia OUN.

Wynik badania psychiatrycznego – zespół psychoorganiczny pourazowy – charakteropatia.

Wielokrotne samouszkodzenia: (rtg) na wysokości dolnego płuca prawego pręt metalowy dł. około 7 cm, następna wbitka w okolicę serca w odległości około 3 cm od worka osierdziowego (UKG), wbitki (miedziane) do obu oczu (95 r. OL, 97 r. OP), z następową ślepotą. Dokonywał połknięcia ciał obcych, w powodu których był dziewięciokrotnie operowany. Na zabiegi operacyjne: neurochirurgiczny, okulistyczny, torakochirurgiczny, po dokonanych samouszkodzeniach nie wyrażał i nie wyraża zgody do tej pory.



Fot. 2. Wbitka w kość czołową metalowego pręta.

Źródło: archiwum prywatne autora.

Przypadek II

Pacjent W.D., lat 31 (ks. zdr. skazanego, orzeczenia Komisji Lekarskiej przy szpitalu AS), w 1992 r. dokonał wbitki gwoździ tapicerskich w liczbie 6 sztuk poprzez kość czołową i zatokę do szczeliny podłużnej mózgu. Nie wyraził zgody na zabieg. Wystąpiło powikłanie w postaci zapalenia kości czołowej, zatok i podejrzenie ropnia (TK).

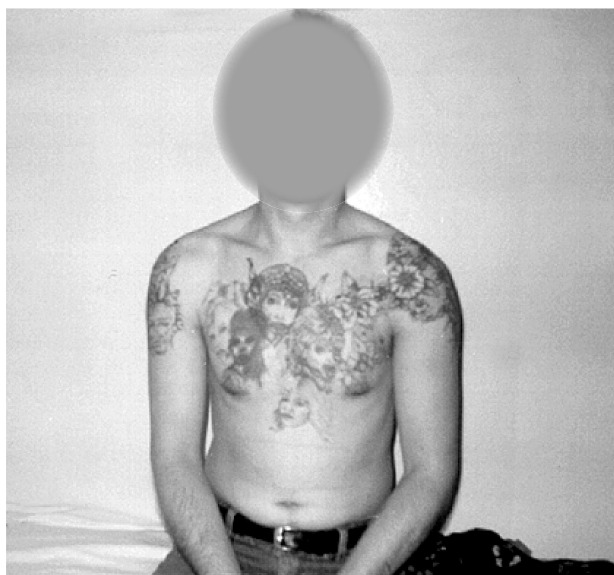
Po leczeniu szpitalnym w warunkach więziennej służby zdrowia powrócił do zakładu penitencjarnego.

Neurologiczne – bez objawów ubytkowych.

Badania psychiatryczne – osobowość nieprawidłowa.

Z powodów silnych bólów głowy ostatecznie wyraził zgodę na proponowany zabieg neurochirurgiczny.

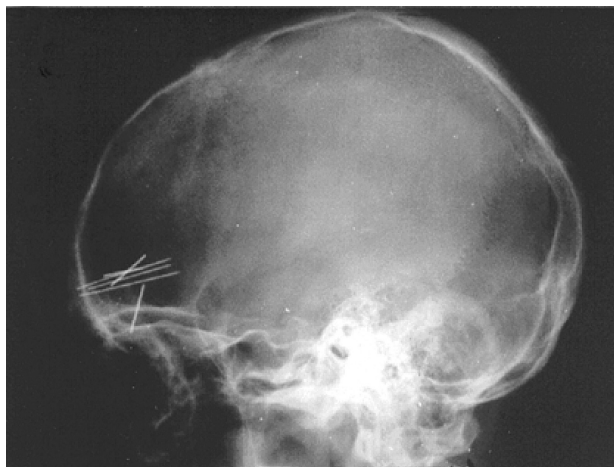
Operowany w 1994 r.: obustronne otwarcie czaszki w okolicy czołowej z pozostawieniem mostka kostnego nad zatoką strzałkową; z powodu lokalnych zmian zapalnych, zrostów, obfitego krwawienia ostatecznie

**Fot. 3.**

Źródło: archiwum prywatne autora.

usunięto jedynie trzy igły tapicerskie (dł. około 6 cm każda), pozostawiając trzy krótsze (Broda, Gajewski, Knolz 1979). Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Neurologiczne – bez objawów ogniskowego uszkodzenia OUN. Na usunięcie wbitek (Batawi, Sikora 1968) z prawej strony klatki piersiowej nie wyraził zgody.

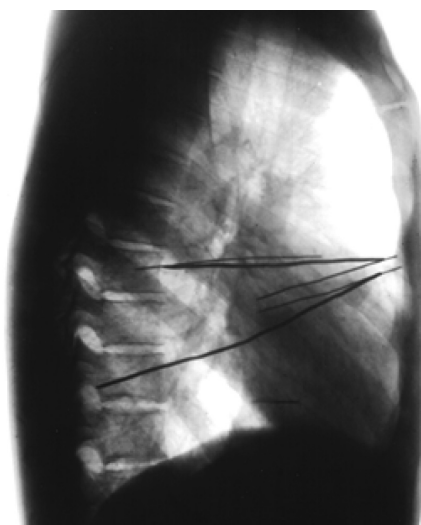
**Fot. 4.** Wbitki gwoździ tapicerskich poprzez zatokę i kość czołową.

Źródło: archiwum prywatne autora.

Przypadek III

Pacjent O.A., lat 31 (hist. chor. nr 217/71), wbił sobie pięć drutów przez czwarte międzyżebro do płuca prawego i jeden w powłoki klatki piersiowej (piąte międzyżebro po stronie lewej). Przedmiotowo stan dobry, radiologicznie płuca bez zmian naciekowych. Zakwalifikowany do operacji głównie z uwagi

na ciągle natrączywe skargi więzienia na bóle i kłucia w klatce piersiowej. Klatkę piersiową otwarto z cięcia przednio-bocznego w szóstym międzyżebżu po stronie prawej. W jamie opłucnowej stwierdzono postronkowe zrosty. Druty tkwiły w mięszu płata środkowego, „w przedłużeniu” zrostów. Dało się je wyczuć bez trudności. Kolejno wykłuto z płuca pięć drutów długości 6–12 cm. „Pęcherzykujące” miejsca wykłuć zaopatrzone szwami opłucnowymi. Zmian ropnych lub marskich nie stwierdzono, co jest zgodne z opinią wielu autorów o wieloletnim, bezobjawowym pozostawianiu ciał metalicznych w tkance płucnej (Araszkiewicz, Gruszczyński 1977; Batawi, Sikora 1968; RPO 1995). Z oddzielnego cięcia przez dziewiąte międzyżebro wprowadzono do jamy opłucnowej dren połączony z ssakiem wodnym. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

**Fot. 5.** Wbitki pięciu drutów przez IV międzyżebro do płuca prawego.

Źródło: archiwum prywatne autora.

Przypadek IV

Pacjent K.M., lat 34 (hist. chor. nr 603/71), poprzednio operowany 21 razy z powodu „połyków” i 6 razy z powodu „wbitek” w powłoki klatki piersiowej lub płuca. Czterokrotnie w odstępach tygodniowych wbił sobie 2 lub 3 druty średnicy 2–3 mm w okolice serca. Po pierwszym epizodzie wysterczające i poruszające się w rytm skurczów serca druty usunięto bez otwierania klatki piersiowej. Podobnie jak inni chirurdzy (RPO 1995) wychodziliśmy z założenia, że wkłucie cienkiego drutu do mięśnia sercowego powoduje obrażenia zbliżone do szycia mięśnia igłą i nie wymaga zaopatrzenia chirurgicznego. W ciągu pierwszych kilku dni po zabiegu badaniem klinicznym i radiologicznym odchyłań od normy nie stwierdziliśmy.

Po tygodniu więzień dokonał ponownego uszkodzenia ciała. Ponieważ druty tkwiły w głębi klatki, konieczne było otwarcie klatki piersiowej. W jamie opłucnowej stwierdzono liczne płaszczyznowe i postronkowe zrosty opłucnej płucnej i osierdzia z opłucną ścienną. Jeden drut znajdował się w mięszu płuca, koniec drugiego drutu tkwił w ścianie lewej komory serca. Druty usunięto. Nie zaobserwowano większego krwawienia. Nie stosowano drenażu jamy opłucnowej. Po tygodniowym gładkim przebiegu pooperacyjnym ponowne (trzecie z rzędu) analogiczne uszkodzenie. Po otwarciu klatki piersiowej stwierdzono całkowicie zarośniętą jamę opłucnową i osierdziową. Jeden drut tkwił obok osierdzia, drugi w lewej komorze serca. Druty usunięto, krwawienia nie stwierdzono. Przebieg pooperacyjny gładki. Po czwartym analogicznym uszkodzeniu i podobnej operacji przebieg pooperacyjny powikłany był płatkowym zapaleniem płuca lewego i ropieniem rany operacyjnej. Wykonane wtedy badanie elektrokardiograficzne wykazało ogniskowe uszkodzenie ściany przednio-bocznej mięśnia sercowego (Dębiec, Michale 1959; Dębiec 1968, s. 15–21).



Fot. 6. Wbitki drutów o średnicy 2-3 mm w okolicę serca.
Źródło: archiwum prywatne autora.

Leczenie samouszkodzeń – aspekt prawny

Przepis art. 116 k.k.w., wymieniając przykładowo obowiązki skazanego, zamieszcza wśród nich w pkt 3 obowiązek poddania się „niezależnie od obowiązków określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych, wenerycznych i gruźlicy, alkoholizmu i narkomanii – przewidzianym przepisami badaniom,

leczeniu, zabiegom lekarskim, sanitarnym oraz rehabilitacji”. Obowiązki te dotyczą sfery zachowań skazanego i mają służyć zapewnieniu odpowiedniej opieki i stanu zdrowia wszystkich skazanych. Po pierwsze, skazani mają obowiązek poddania się wszystkim obowiązkom wynikającym z przepisów powszechnie obowiązujących, które na wszystkich obywateli nakładają wspomniane ustawy, a które to obowiązki mogą być egzekwowane w drodze przymusu administracyjnego. Po drugie, skazani powinni poddać się badaniom, leczeniu, zabiegom lekarskim, sanitarnym oraz rehabilitacji przewidzianych w przepisach dotyczących tej kategorii osób, w szczególności w przepisach kodeksu karnego wykonawczego, regulaminu organizacyjno-porządkowego wykonywania kary pozbawienia wolności czy choćby w przepisach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych skazanym. Regułą jest, że nie można nałożyć na skazanego obowiązku z zakresu opieki lekarskiej, jeżeli nie wynika on z obowiązującego prawa (Hołda 1998).

Obowiązujące przepisy – w szczególności art. 116a k.k.w. – ustanawiają zakazy, stanowiąc m.in., że skazanemu nie wolno:

- spożywać alkoholu oraz używać środków odurzających lub substancji psychotropowych,
- odmawiać przyjmowania posiłków dostarczanych przez administrację zakładu karnego w celu wymuszenia określonej decyzji lub postępowania, a także powodować u siebie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, jak również nakłaniać lub pomagać w dokonywaniu takich czynów,
- wykonywać tatuaży i zezwalać na ich wykonywanie na sobie, jak również nakłaniać lub pomagać w dokonywaniu takich czynów.

Zgodnie z art. 142 § 1 k.k.w. zawinione naruszenie wymienionych zakazów stanowi przesłankę odpowiedzialności dyscyplinarnej skazanego, a w konsekwencji wymierzenia mu jednej z kar dyscyplinarnych określonych w art. 143 § 1 k.k.w. Należy zwrócić uwagę, że w pewnych szczególnych okolicznościach wszystkie te zabronione czyny mogą wywołać u skazanego rozstrój zdrowia, a w konsekwencji spowodować konieczność udzielenia skazanemu pomocy medycznej. Poza wspomnianymi konsekwencjami natury dyscyplinarnej w razie dokonania samouszkodzenia skazany może na podstawie orzeczenia sądu penitencjarnego zostać obciążony kosztami związanymi z jego leczeniem (art. 119 k.k.w.). Przesłanki tego obciążenia są jednak dosyć rozbudowane i nie każdy przypadek samouszkodzenia daje podstawę do

wydania przez sąd orzeczenia. Przedstawiają się one następująco:

- spowodowanie przez skazanego u siebie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia,
- dokonanie powyższego w celu wymuszenia określonej decyzji lub postępowania organu wykonawczego albo w celu uchylenia się od ciążącego na skazanym obowiązku,
- uznanie tego czynu za przekroczenie podlegające odpowiedzialności dyscyplinarnej, a więc musi być ono zawinione przez skazanego, tj. dokonane przez skazanego rozmyślnie, z własnej woli.

Widać więc wyraźnie, że nie każdy przypadek samouszkodzenia będzie kończył się orzeczeniem o obciążeniu kosztami leczenia.

Zarówno obciążenie kosztami leczenia, jak i ustalenie wysokości tych kosztów ustawodawca pozostawił do uznania sądowi penitencjarnemu, który zdaniem komentatorów przy ustalaniu wysokości kosztów powinien kierować się również możliwościami płatniczymi skazanego.

Obowiązujące przepisy nie tworzą odrębnych uregulowań dotyczących samego procesu leczenia osób pozbawionych wolności w zależności od przyczyny powodującej potrzebę czy wręcz konieczność takiego leczenia, w szczególności od tego, czy wspomniana potrzeba leczenia wynika z samoistnego procesu chorobowego, czy też stanowi efekt świadomego działania skazanego, który spowodował u siebie uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia. Chociaż czasami – zwłaszcza w społecznym odczuciu – leczenie tzw. samouszkodzeń winno odbywać się na zasadach specjalnych, przede wszystkim sprowadzających się do ograniczenia uprawnień pacjenta, który sam jest źródłem swych problemów zdrowotnych, to jednak obowiązujące przepisy w żadnym razie nie dają podstaw do odrębnego traktowania tego rodzaju pacjentów.

W żaden sposób nie zlagodzono w odniesieniu do skazanych dokonujących samouszkodzeń rygorów wynikających z przepisu art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 464) stanowiącego, że:

„Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki”.

Co więcej nawet w takich sytuacjach mamy do czynienia z koniecznością stosowania przepisów art. 118 § 2–4 k.k.w. stanowiących, iż:

„§ 2. W wypadku gdy życiu skazanego grozi poważne niebezpieczeństwo, stwierdzone co najmniej przez dwóch lekarzy, można dokonać koniecznego zabiegu lekarskiego, nie wyłączając chirurgicznego, nawet mimo sprzeciwu skazanego.

§ 3. W wypadku sprzeciwu skazanego o dokonaniu zabiegu orzeka sąd penitencjarny. [...].

§ 4. W nagłym wypadku, jeżeli zachodzi bezpośrednio niebezpieczeństwo śmierci skazanego, o konieczności zabiegu decyduje lekarz”.

Przepis ten stanowi istotne odstępstwo od zasad wynikających z powołanej wyżej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, uzależniających przeprowadzenie zabiegu lekarskiego od zgody pacjenta, chyba że jest on niepoczytalny lub niepełnoletni (wtedy decyduje jego przedstawiciel ustawowy lub sąd opiekuńczy), albo gdy lekarz działa w stanie wyższej konieczności (zagrożenie życia i brak możliwości uzyskania zgody osoby uprawnionej).

W odniesieniu do skazanego dokonanie zabiegu lekarskiego nawet bez jego zgody jest możliwe w szczególnej sytuacji, a mianowicie gdy jego życiu grozi poważne niebezpieczeństwo. Nadto zastosowanie przymusowego zabiegu lekarskiego, nie wyłączając chirurgicznego, mimo sprzeciwu skazanego obwarowano kolejnymi warunkami, a mianowicie stwierdzeniem owego poważnego niebezpieczeństwa dla życia skazanego przez komisję lekarską oraz orzeczeniem sądu penitencjarnego o dokonaniu zabiegu mimo sprzeciwu skazanego. W nagłych przypadkach, w sytuacji gdy zachowanie takiego trybu z uwagi na wiążący się z tym upływ czasu stanowiłoby zagrożenie życia skazanego i zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo śmierci skazanego, decyzję o zabiegu ustawodawca złożył w ręce lekarza. Wszystkie te zasady mają zastosowanie również w sytuacji, gdy zagrożenie życia skazanego jest efektem samouszkodzenia.

Omówienie i dyskusja

Przeprowadzone badania i analiza postępowań wyjaśniających oraz ocena decyzji sędziego penitencjarnego dały odpowiedź na następujące pytania:

- 1) jaki był przebieg pobytu osadzonego w warunkach izolacji więziennej, trwania tymczasowego aresztowania lub wykonania kary pozbawienia wolności?

- 2) czy nie było współwinowactwa lub pomocnictwa w popełnieniu samoagresji?
- 3) czy nie było takich zdarzeń lub czynności oraz osób, które miały wpływ na decyzję o zamachu samobójczym lub obowiązku zapobieżenia takiej próbie?

Typologia grup podwyższonego ryzyka samoagresji to ludzie w sytuacjach traumatycznych i kryzysowych związanych ze zmianami życiowymi; należą do nich również osobnicy ze środowisk przestępczych. Jest to jedna z wymienionych przez organizację WHO przy ONZ grup społecznych.

Konieczne wydaje się **wytypowanie osadzonych o skłonnościach do samoagresji**, życiowo samotnych, kalekich (Gruszczyński 1995) czy z zaburzeniami osobowości oraz uzależnionych od alkoholu i narkotyków, którzy należą do grup podwyższonego ryzyka samobójczego (Hołyst 1983).

Sądzę, że dla tych osób należałoby **stworzyć systemowy program zapobiegania samoagresjom**. Aby skutecznie reagować w sytuacjach krytycznych, niezbędne jest podjęcie opieki – interwencji psychiatrycznej. Poza rozmową, kontaktem osobistym i bezpośrednią pomocą w sytuacji diagnostyki samoagresji, określonych zaburzeń psychicznych lub kryzysu psychospołecznego niezbędne jest **działanie psychoterapeutyczne**. Wymaga to utworzenia specjalistycznych poradni i oddziałów terapeutycznych. Obecne rozwiązanie kodeksowe stanowi podstawę prawną takich działań (Hayes 1994; WHO, PTS 2003).

Innym problemem jest wzrostowa tendencja samoagresji wśród tymczasowo aresztowanych. Czas trwania tymczasowego aresztowania, kiedy dobro śledztwa i domniemanie niewinności narzucają tryb postępowania z tą kategorią osadzonych, ogranicza możliwości ich rozpoznawania i oddziaływania na nich. Stąd też dużo wśród nich zamachów samobójczych (Kopciuch 2000). Nierzadko są to próby samobójcze o charakterze instrumentalnym, których celem jest zwrócenie uwagi organowi dysponującemu – prokuratorowi i sędziemu – na osadzonego. Z ich strony jednak przeciwdziałanie próbom samobójczym jest niewielkie, wręcz żadne – zgodnie uważają, że jest to zadaniem ochronnym i zabezpieczającym należącym do obowiązków i powinności Służby Więziennej (Zawada 1999). Wielce traumatyzująco działa na tymczasowo aresztowanego zagrożenie oskarżeniem, skazaniem i ukaraniem oraz bardzo ograniczona możliwość osobistego wpływu na toczące się postępowanie karne. Jest to okres wielkiej niepewności co do skazania, kary i warunków odbywania kary

w charakterze skazanego. Adaptacja do tak zmienionych – w porównaniu do „wolności” – warunków bytowania nigdy nie przebiega łatwo, stąd częste depresje i załamania psychiczne.

Dotychczas badaniami nad samoagresją osadzonych w zakładach penitencjarnych zajmowali się prawnicy, psycholodzy i pedagodzy. Widoczny jest brak ocen i wypowiedzi przedstawicieli nauk medycznych, a więc tych, którzy odpowiadają za stan zdrowotny społeczeństwa. Pobyt osadzonego w wysoce specyficznych warunkach zakładu penitencjarnego może wyzwać stany chorobowe, gdzie interwencja i opieka ze strony służby zdrowia będą wręcz niezbędne (Moczydłowski 1991). Na te aspekty opieki zdrowotnej nad osadzonymi musi się zwrócić uwagę przez **poszukiwanie środków zabezpieczających i zapobiegawczych przed zamachem autoagresji** (Kopciuch 2003). Dalsze, w najbliższych latach, ich ilościowe zmniejszenie jest pożądane ze względów społecznych, ochronnych i penitencjarnych (Farmer, Felhouse, Holzer 1996; WHO, PTS 2003).

Najważniejszym zadaniem dla psychoprofilaktyki jest rozpoznanie przyczyn i motywacji, które determinują zamachy samoagresji. W opisie dotychczas stosowanych środków zapobiegawczych zbyt ogólnie określa się ten środek jako „objęcie szczególnym nadzorem lekarskim” tych osadzonych, którzy pozostają w izolacji od innych osadzonych oraz podlegają traumatyzującemu oddziaływaniu innych zdarzeń lub osób (Janiszewski 1999). Należy ten wniosek wypełnić konkretną treścią i zadaniami.

Celowe i uzasadnione wydaje się opracowanie **programu długofalowego oddziaływania** na „kandydata na samoagresora czy też suicydenta” w ramach profilaktyki samoagresji realizowanej w stosunku do osadzonych zaliczonych do tzw. grupy zwiększonego ryzyka. Poza ogólnie stosowanym oddziaływaniem penitencjarnym, zabezpieczeniem ochronnym osadzonych skłonnych do autoagresji i zamachów samobójczych niezwykle ważne jest **kreowanie postaw** osadzonych i środowiskowo-społecznych zachowań potępiających zachowania samoagresji (Skrzypczak 1997; Szałański 1995). Dopóki w środowisku uwięzionych istnieje przekonanie, że jest to indywidualna sprawa każdego z osadzonych, który sam może zdecydować, czy chce nadal żyć, przeciwdziałanie tym zjawiskom w izolacji więziennej będzie znacznie utrudnione (Szaskiewicz 1998). Wyrobienie postawy dezaprobaty oraz wyzwolenie u osadzonych troski o zdrowie i istnienie jako najważniejszych wartości życiowych powinno być końcowym efektem długofalowego i programowego oddziaływania (WHO, PTS 2003).

Na obecnym etapie analizy i opracowywania wyników badań empirycznych, ocen zbiorów osobopoznawczych i danych demograficznych trudno jednoznacznie przesądzić o wartości i znaczeniu poszczególnych działań profilaktycznych. Sporo ustaleń i przedsięwzięć dotyczy psychoprofilaktyki i działań penitencjarnych oraz zabezpieczeń ochronnych przed dalszymi zamachami samoagresji (Szymusik, Spett 1968). Daje się zauważyć zbyt mały udział w tych działaniach przedstawicieli nauk medycznych. O ile w rozpoznaniu motywacji i przyczyn samoagresji **udział psychiatrii** jest znaczny, o tyle w samej profilaktyce i poszukiwaniu – poprzez psychoterapię – środków zapobiegawczych, działania są nadal niewystarczające (Dollard, Miller 1967, s. 8, 9; Jarosz 1980, s. 5–6, 62, 87, 128–129). Tym bardziej gdy dotyczy to tak specjalistycznej instytucji jak więzienie – placówki powołanej do oddziaływania wychowawczego na przestępców, a nie tylko do wykonywania terminowych kar pozbawienia wolności.

Podsumowanie

Współczesnym naukowcom zajmującym się zjawiskami i zdarzeniami społecznymi zagadnienie

samoagresji wśród ludzi, w zakresie jego etiologii, sprawia spore trudności, skoro nie brakuje ich nawet w społecznościach żyjących w dobrobycie. Tym większa złożoność socjometryczna tej problematyki, ich uwarunkowań w życiu osób uwięzionych, przebywających w zakładach penitencjarnych (Kossewski 1977; Żywicka 1996). Rozpatrując udział poszczególnych rodzajów samoagresji, samouszkodzenia stanowią 70–80% wszystkich zachowań autodestrukcyjnych wśród osadzonych. Na drugim miejscu są próby samobójcze, których wartość waha się w granicach 16–18% i ma tendencję wzrostową. Zauważalny jest spadek procentowy odmów przyjmowania posiłków jako skutecznej formy protestu i stanowią one około 3–4%. Liczba samobójstw jest niewątpliwie wynikiem nastrojów w jednostkach penitencjarnych oraz poziomu pracy resocjalizacyjnej (CZSW 2004).

Możliwości poprawy i zmniejszenia liczby samouszkodzeń wśród osób pozbawionych wolności należy upatrywać w działaniach usprawniających opiekę psychologiczną i resocjalizacyjną, szerszym wprowadzeniu psychoprofilaktyki i socjoterapii, wprowadzeniu w ramach profilaktyki środowiskowej usystematyzowanej opieki nad rodzinami zagrożonymi patologią społeczną (Kozarska 1968; Radachoński 1998).

Literatura

- Araszkiewicz A., Gruszczyński W. (1977), *Samouszkodzenia jako mechanizm obronny w sytuacji psychologicznie trudnej*, „Psychiatria Polska”, z. 3, s. 339–342.
- Batawi A., Sikora J. (1968), *Samouszkodzenia więźniów*, Warszawa.
- RPO (1995), *Stan i węzłowe problemy więziennictwa*, część II, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, z. 32.
- RPO (1998), *Stan i węzłowe problemy więziennictwa*, część III, Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, z. 34.
- Broda R., Gajewski T., Knol J. (1979), *Przypadek ciała obcego mózgu*, „Wiadomości Lekarskie”, nr 24, s. 1777–1779.
- Chojnicka M., Karczewski T. (2003), *Samouszkodzenia*, Kalisz.
- Ciosek M. (1996), *Człowiek w obliczu izolacji więziennej*, Gdańsk.
- Czesik M. (1993), *Izolacja więzienna; wybrane aspekty izolacji więziennej percepcji więźniów i personelu*, Gdańsk.
- CZSW (2004), *Podstawowe problemy więziennictwa*, Warszawa.
- Dębiec T., Michale W. (1959), *Ciała obce w przełyku*, „Polski Przegląd Chirurgiczny”, z. 9, s. 1037–1041.
- Dębiec T. (1968), *Samouszkodzenia przewodu pokarmowego*, Materiały Sympozjum Ośrodka Badania Przestępczości, Warszawa, t. II.
- Dollard J., Miller N.E. (1967), *Osobowość i psychoterapia*, Warszawa.
- Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii (1996), Warszawa.
- Farmer K., Felhouse A.R., Holzer Ch. E. (1996), *Medically serious attempts in jail with suicide-prevention program*, „Journal of Forensic Sciences”, vol. 3, s. 240–246.
- Florkowski A. (1987), *Możliwości zapobiegania zamachom samobójczym w wojsku na podstawie analizy samobójstw dokonanych przez żołnierzy w latach 1971–1981*, praca habilitacyjna, WAM.
- Gruszczyński W. (1995), *Problemy suicydologiczne u osób z rozpoznaniem encefalopatii po porodowym i wczesnodziecięcym uszkodzeniu mózgu*, Materiały I Konferencji Suicydologicznej w Łodzi w dniach 24–25.11., red. B. Hołyst, M. Staniszek, Warszawa–Łódź.
- Hayes L.M. (1994), *Prison suicide: an overview and guide to prevention*, Part 1, „Crisis”, vol. 15(4), s. 155–158.
- Hołda Z. (1998), *Prawo karne wykonawcze*, Kraków.
- Hołyst B. (1991), *Przywrócenie życiu*, Warszawa.
- Hołyst B. (1983), *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, Warszawa.
- Jarosz M. (1980), *Samoniszczenie. Samobójstwo. Alkoholizm*, Ossolineum.
- Janiszewski B. (1999), *HIV i AIDS w zakładach karnych. Problemy prawnokarne*, w: *AIDS i prawo*, Poznań.
- Kopciuch M. (2000), *Analiza przyczyn i uwarunkowań samobójstw dokonanych przez osoby pozbawione wolności w zakładach penitencjarnych w Polsce w latach 1995–1997*, Łódź.
- Kopciuch M. (2003), *O ratowaniu woli życia*, „Forum Penitencjarne”, nr 9, s. 11.
- Kossewski M. (1977), *Agresywni przestępcy*, Warszawa.
- Kozarska J. (1968), *Niektóre subiektywne przesłanki wiodące do samouszkodzeń. Samouszkodzenia wśród więźniów*, Warszawa.
- Moczydłowski P. (1991), *Drugie życie więzienia*, Warszawa.

- Radachowski M. (1998), *Wybrane determinanty ciągłości zaburzeń antyspołecznych*, w: *Problemy współczesnej patologii społecznej*, red. B. Urban, Kraków.
- Skrzypczak J. (1997), „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, nr 16–17, s. 68–81.
- Szalański J. (1995), *Kształcenie i wychowanie w opiece zdrowia społecznego. Pamiętnik Krajowego sympozjum „Być zdrowym i szczęśliwym w szkole i rodzinie”*, Łódź.
- Szaszkiewicz M. (1998), *Samoagresja wśród więźniów*, w: *Problemy współczesnej patologii społecznej*, red. B. Urban, Kraków.
- Szymusik A., Spett K. (1968), *Samouszkodzenia pacjentów kliniki psychiatrycznej a samouszkodzenia więźniów*, „Przegląd Penitencjarny”, nr 2, s. 40–45.
- WHO, PTS (2003), *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla funkcjonariuszy Służby Więziennej*, Genewa–Warszawa.
- Zawada E. (1999), *Penitencjarne aspekty przestępczości zorganizowanej*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, nr 24–25, s. 73–83.
- Żywicka D. (1996), *Funkcjonowanie człowieka w warunkach izolacji*, w: *Wybrane zagadnienia psychospołeczne instytucji penitencjarnych*, Kalisz.

Dr n. med. Marian Kopciuch

Przypadki samouszkodzeń dokonane przez osoby pozbawione wolności

Streszczenie

Celem pracy jest przedstawienie wybranych, rzadkich przypadków samouszkodzeń w warunkach zakładów penitencjarnych. Spośród hospitalizowanych osadzonych w Oddziale Chirurgicznym Aresztu Śledczego w Krakowie były przypadki samookaleczeń od najczęściej spotykanych, jak rany cięte skóry, aż po rzadko spotykane urazy bezpośrednie głowy, wprowadzanie ciał obcych do mózgowia. Należy wspomnieć o urazach powstałych od uderzeń głową o twarde przedmioty i w konsekwencji uszkodzenia części miękkich głowy z wystąpieniem objawów wstrząśnienia mózgu. Niejednokrotnie przed zadaniem sobie urazu głowy osoby te dokonują innych samouszkodzeń, np. nacięć na przedramionach, brzuchu, szyi, i wymagają leczenia szpitalnego w warunkach więziennej służby zdrowia.

Z analizy przyczyn samoagresji osadzeni najczęściej podają je w kolejności: jako protest przeciwko działalności administracji więziennej, jako protest przeciwko działalności sądu i prokuratury, jako uczestnictwo w podkulturze więziennej i presji podkultury więziennej.

U osób dokonujących samouszkodzeń w warunkach zakładów penitencjarnych stwierdza się wysokie wskaźniki dysfunkcji psychicznych, głównie pod postacią zależności alkoholowej, encefalopatii i antyspołecznych zaburzeń osobowości.

Do głównych czynników powodujących zachowania przestępcze i reakcje autoagresywne należy zaliczyć: osłabienie więzi rodzinnych, obciążający wywiad środowiskowy, zwiększoną podatność na niekorzystne wpływy zdemoralizowanego otoczenia (środowiska społecznego przestępców), znacznie niższy standard zdrowia psychicznego.

Przyczyny i motywy dokonywania samouszkodzeń są często jednostkowe lub podobnie uwarunkowane, należą do nich przede wszystkim chęć poprawy warunków odbywania kary lub zapewnienie sobie pobytu w szpitalu, a także wywarcie wrażenia na służbie penitencjarnej i członkach podkultury więziennej.

Badania nad biochemicznymi przyczynami samoagresji wskazują na obecność u osób dokonujących wszelkich samouszkodzeń podwyższonego we krwi poziomu endorfin, czyli substancji wydzielanych przez organizm ludzki o działaniu podobnym do substancji narkotycznych, powodujących euforię lub eliminację bólu.

Słowa kluczowe: samouszkodzenia, stres, zaburzenia osobowości.

Marian Kopciuch, M.D., Ph.D.

Cases of self-harm among detainees

Summary

The aim of the paper is to present selected, rare cases of self-injury committed in penitentiary institutions.

Detainees hospitalized at the Surgery Department of the Remand Prison in Cracow presented with a variety of self-injuries ranging from the most common skin cuts to seldom seen direct traumatic head injury, with foreign objects introduced into the brain.

Traumatic injuries caused by banging the head on hard surfaces should be mentioned. They result in damage to the soft parts of the head with signs of concussion. Not infrequently prior to self-inflicted head trauma the patients perform other kinds of self-mutilation, e.g. make incision wounds (“cutting”) on their forearms, abdomen or neck, and thus require inpatient treatment in prison health care facilities.

Among reasons for self-aggression detainees report, in falling statistical order, from the most frequent: a protest against their prison administration functioning, protest against the functioning of courts and prosecutors, membership in a prison subculture, and being under pressure from the prison subculture.

Self-injurious inmates of penitentiary institutions have been found to present with high levels of mental disturbances, mostly in the form of alcohol dependence, encephalopathy, and antisocial personality disorders.

Among major factors leading to criminal behaviors and self-aggressive acts the following should be listed: weakening of family ties, an aggravating environmental interview, increased susceptibility to adverse influences of the demoralized environment (social environment of criminals), much lower standards of mental health.

The reasons and motives for deliberate self-harming are frequently idiosyncratic or result from similar determinants, including first and foremost the prisoners' striving to improve the conditions of their detention, to ensure inpatient treatment, and to impress both correctional officers and prison subculture members.

Studies on biochemical causes of self-aggression indicate elevated blood endorphin levels in individuals who engage in any self-harming acts. Endorphins secreted by human organism have a number of physiological effects, including these resembling the action of psychoactive substances, i.e. produce euphoria or eliminate pain.

Key words: self-harm, stress, personality disorders.

Mgr Aleksandra Kielan, mgr Ilona Cieślak

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne
tel. 666 238 786 • mail: aleksandra@kielan.eu

Suicydologiczny aspekt ciąży nieletnich

Wstęp • Skala zjawiska • Prawny aspekt ciąży nieletnich • Uwarunkowania • Skutki • Ryzyko samobójcze wśród nieletnich matek • Formy profilaktyki • Podsumowanie

Wstęp

Młodociane matki to dziewczęta, które zaszły w ciążę i (lub) urodziły dziecko przed ukończeniem 18. roku życia (Marianowski, Grzechocińska 1996). Mimo obserwowanego od przełomu XX i XXI w. spadku liczby urodzeń wśród nastolatek problem ten pozostaje nadal aktualny (Królikowska 2011). Zjawisko nieletnich ciąży zostało zauważone na arenie międzynarodowej. Jeden z Milenijnych Celów Rozwoju (*Millennium Development Goals* – MDGs), przyjętych w 2000 r. przez Organizację Narodów Zjednoczonych, zakładał obniżenie współczynnika urodzeń wśród nastolatek do 8 promili do 2015 r. (w 1999 r. współczynnik ten wynosił 17,5 promila)¹. W Polsce w 2014 r. dziewczęta w wieku 18 lat i mniej urodziły 7210 dzieci (GUS 2015a). Nastolatki są bardziej narażone na komplikacje w przebiegu ciąży, porodu i połogu niż dorosłe kobiety. Takie ciąży są traktowane jako ciąży wysokiego ryzyka. Nowa sytuacja może być dla nastolatki źródłem stresu, nieporozumień z otoczeniem, odrzucania, samotności, niepewności, zaskoczenia, bezradności i depresji (Frankowicz-Gasiul et al.

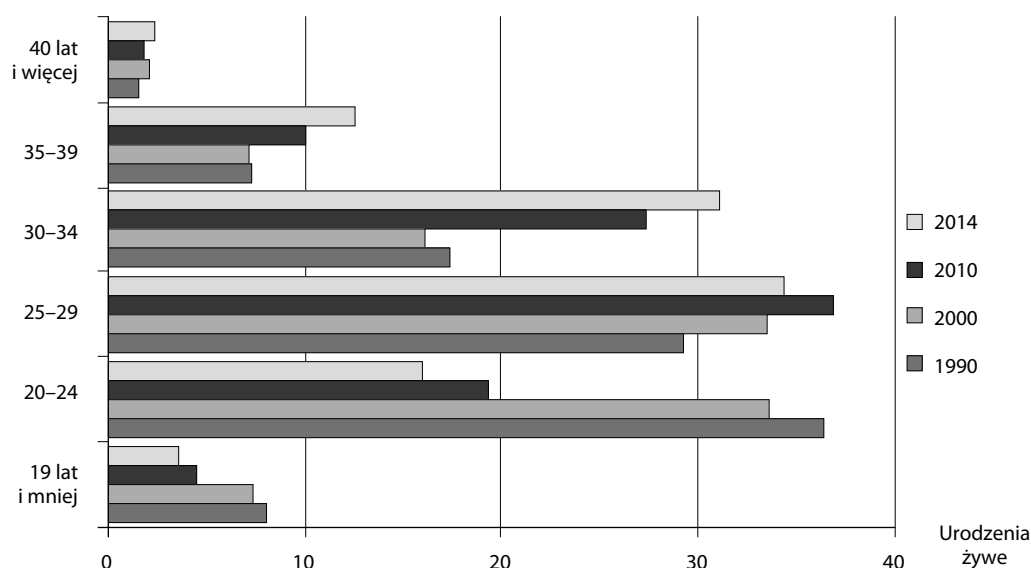
2008). Liczba samobójstw, których motyw został sklasyfikowany przez Policję jako „niechciana ciąża”, w ostatnich latach wzrosła (w 2014 r. zakwalifikowano 10 takich przypadków, w 2013 – 8, w 2012 – 3), co należy interpretować z uwzględnieniem zmiany, jaka nastąpiła w 2013 r. w sposobie gromadzenia i generowania danych dotyczących zamachów samobójczych². W zestawieniu z informacją, iż zamachy samobójcze stanowią przyczynę prawie 20% zgonów w grupie wiekowej 15–19 lat (GUS 2015b), ciąży młodych kobiet powinny być analizowane jako potencjalny czynnik ryzyka popełnienia samobójstwa.

Skala zjawiska

W 2014 r. zarejestrowano w Polsce 375 160 żywych urodzeń. Po notowanym przez 4 lata spadku liczby urodzeń nastąpił wzrost, tj. urodziło się o blisko 6 tysięcy dzieci więcej niż w 2013 r. (GUS 2015a). Wykres 1 przedstawia urodzenia żywe w latach 1990–2014 według wieku matki.

¹ www.un.org/millenniumgoals (dostęp: 15.02.2016).

² statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa (dostęp: 17.02.2016).



Wykres 1. Urodzenia żywe w latach 1990–2014 według wieku matki

Źródło: GUS (2015b).

Przez ostatnie 25 lat zmieniła się struktura wieku, w jakim kobiety rodzą dzieci. Okres najwyższej płodności przesunął się z grupy wiekowej 20–24 lata i przypada obecnie pomiędzy 25. a 29. rokiem życia, a także obserwowany jest znaczący wzrost płodności w grupie wieku 30–34 lata. Konsekwencją tej sytuacji jest wzrost mediany wieku kobiet rodzących dziecko, która w 2013 r. wyniosła 29,2 lat wobec 26,1 lat w 2000 r. W tym okresie zwiększył się także średni wiek urodzenia pierwszego dziecka z 23,7 do 27,2 lat (w 1990 r. wynosił 23 lata) (GUS 2015a).

Powyższe dane odwracają uwagę od nielicznej grupy niepełnoletnich dziewcząt, które w 2014 r. zostały matkami. Dziewczęta w wieku 18 lat i mniej

urodziły w tymże roku 7210 dzieci, co stanowiło 1,92% wszystkich urodzonych wówczas dzieci. Jest to mniej niż w roku 2013 (o 511 urodzeń), 2012 (o 1238) oraz 2011 (o 1511), ale przy interpretowaniu powyższych danych należy zwrócić uwagę na liczbę urodzeń żywych ogółem w danym roku (GUS 2015c, s. 270–312). Tabela 1 przedstawia liczbę urodzeń żywych ogółem w zestawieniu z liczbą urodzeń żywych przez dziewczęta w wieku 18 lat i mniej w latach 2011–2014.

Na podstawie przytoczonych danych można wnioskować, że udział dziewcząt w wieku 18 lat i mniej, które urodziły dzieci w latach 2011–2014, utrzymuje się na względnie stałym poziomie około 2% z tendencją spadkową.

Tabela 1. Liczba urodzeń żywych ogółem w danym roku w zestawieniu z liczbą urodzeń żywych przez dziewczęta w wieku 18 lat i mniej w latach 2011–2014

Rok	Liczba urodzeń żywych ogółem w danym roku	Liczba urodzeń żywych przez dziewczęta w wieku 18 lat i mniej	Udział urodzeń żywych przez dziewczęta w wieku 18 lat i mniej w ogólnej liczbie urodzeń żywych w danych roku (%)
2014	375 160	7 210	1,92
2013	372 000	7 721	2,07
2012	390 000	8 448	2,17
2011	391 000	8 721	2,23

Źródło: na podstawie: GUS (2015a; 2015c; 2014; 2013; 2012).

Tabela 2. Urodzenia żywe na 1000 kobiet w poszczególnych grupach wiekowych w 2014 roku

Grupy wiekowe kobiet	Liczba kobiet w poszczególnych grupach wiekowych	Liczba urodzeń żywych w 2014 roku	Urodzenia żywe na 1000 kobiet w poszczególnych grupach wiekowych
13–54 lat	10 872 615	375 160	34,51
18 lat i mniej ^{a)}	1 143 581	7 210	6,30
18 lat	206 693	3 968	19,20
17 lat	198 911	2 099	10,55
16 lat	190 279	838	4,40
15 lat i mniej ^{b)}	547 698	305	0,56

a) Grupa wiekowa 18 lat i mniej obejmuje dziewczęta w wieku 13–18 lat.

b) Grupa wiekowa 15 lat i mniej obejmuje dziewczęta w wieku 13–15 lat.

Źródło: na podstawie GUS (2015c; 2015d).

W roku 2014 najniższy wiek urodzenia dziecka wynosił 13 lat, natomiast najwyższy 54 lata³. Tabela 2 przedstawia urodzenia żywe na 1000 kobiet w poszczególnych grupach wiekowych w 2014 r.

Dane z tabeli 2 wskazują, że współczynnik urodzeń żywych rośnie wraz ze wzrostem wieku nieletnich matek.

Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia, około 16 mln kobiet w wieku 15–19 lat corocznie rodzi dzieci, co stanowi koło 11% wszystkich urodzeń na świecie. Szacunkowo 95% z tych urodzeń ma miejsce w krajach rozwijających się. Statystyki z roku 2014 wskazują, że średni globalny wskaźnik urodzeń wśród dziewcząt w wieku 15–19 lat wynosi 49 na 1000 dziewcząt⁴.

Prawny aspekt ciąży nieletnich

Ustawodawstwo polskie reguluje zagadnienie niepełnoletnich matek głównie w prawie rodzinnym i prawie karnym. Zgodnie z art. 1 § 1 Kodeksu cywilnego pełnoletnim jest, kto ukończył lat 18 (ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 380). Opiekę nad osobami niepełnoletnimi sprawują rodzice lub opiekunowie prawni. Po urodzeniu dziecka przez małoletnią pieczę nad dzieckiem przejmują opiekunowie prawni małoletniej, tym samym zobowiązując się do pełnienia roli przedstawiciela ustawowego nowo narodzonego dziecka (Krajewski 2010). Na mocy art. 2 ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny,

ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. Nr 17, poz. 78 ze zm.) szkoła zobowiązana jest do udzielenia pomocy ciężarnej uczennicy m.in. w zakresie: urlopu, wyznaczania dodatkowego terminu egzaminu, dogodnego dla kobiety, oraz pomoc w ukończeniu przez nią edukacji. Placówki opiekuńczo-wychowawcze nie mogą odmówić przyjęcia niepełnoletniej matki i udzielenia jej pomocy ze względu na jej stan. Zagadnienie to reguluje § 21 i 36 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 października 2007 r. w sprawie placówek opiekuńczo-wychowawczych (Dz. U. Nr 201, poz. 1455). Na mocy art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 464 ze zm.), aby móc badać i leczyć nieletniego pacjenta, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego.

Uwarunkowania

Do przyczyn zjawiska ciąży wśród nastoletnich dziewcząt zalicza się brak dojrzałości psychospołecznej, brak odpowiedniej edukacji w zakresie seksualności i planowania rodziny oraz związaną z tym faktem wczesną inicjację seksualną (WHO 2012). Według W. Wróblewskiej (2002) niepełnoletnie matki pochodzą często z rodzin patologicznych, w których nadużywa się alkoholu lub narkotyków oraz występuje trudna sytuacja socjo-ekonomiczna. Często matki nastolatek również urodziły pierwsze dziecko w bardzo młodym wieku, co wskazuje na powielanie wzorców zachowań bliskiej osoby i duży wpływ tych osób na zachowania zdrowotne młodych jednostek (Wróblewska 1992). Rozwój fizyczny i intelektualny nie jest osiągany w tym samym czasie co rozwój

³ stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks (dostęp: 16.02.2016).

⁴ www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/ (dostęp: 15.02.2016).

emocjonalny (Moczuk 2004, s. 17–18). Najczęściej dzieci i młodzież dowiadują się o seksualności od rówieśników, rodzice i nauczyciele zaś stanowią najrzadziej wymieniane źródła informacji w tym zakresie (Miśko 2010). Rodzice są zawstydzeni tą tematyką oraz nie czują się kompetentni do jej poruszania (Wołodko-Pajak 2013). Wczesne rozpoczęcie współżycia jest związane z brakiem dojrzałości emocjonalnej adekwatnej do osiągniętego rozwoju płciowego. Do cech psychologicznych młodych matek należą: niski poziom dojrzałości osobowościowej, niska samoocena i poczucie własnej wartości, brak umiejętności planowania przyszłości oraz tendencje do podejmowania zachowań ryzykownych. Brak znajomości metod antykoncepcyjnych przez młodzież wynika z niskiego poziomu edukacji seksualnej. Lekcje wychowania do życia w rodzinie w wielu szkołach nie są prowadzone, a w innych prowadzone są przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji (Pałała, Podgórniak, Sadowska 2014).

Skutki

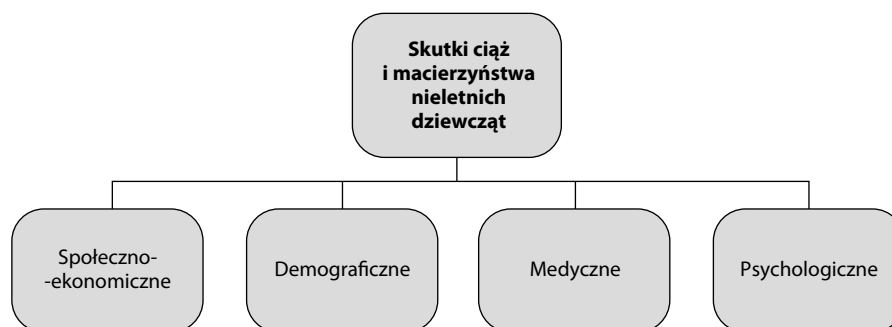
Ciąża i macierzyństwo rozpoczynają nowy etap w życiu kobiety. W przypadku nastolatek sytuacja ta związana jest z wystąpieniem wielu negatywnych konsekwencji. Wykres 2 przedstawia kategorie skutków ciąży i macierzyństwa nieletnich dziewcząt.

Konsekwencje społeczno-ekonomiczne nastoletnich ciąży dotyczą bezpośrednio jednostki, jak również wpływają na całe społeczeństwo. Położenie ekonomiczne nieletnich matek jest determinowane opóźnieniem w kontynuacji nauki lub jej zaprzestaniem na niższych poziomach edukacyjnych, co w przyszłości skutkuje mniejszymi możliwościami zatrudnienia lub bezrobociem młodej, zdolnej do pracy jednostki. Stan ten ma bezpośrednie przełożenie na niski status społeczny młodej matki i jej dzieci (Fraser, Brockert,

Ward 1995). Według J.J. McWhirtera dochód 16-letniej matki jest czterokrotnie niższy od dochodu matki 30-letniej, co jest przyczyną powstawania nierówności społecznych (McWhirter et al. 2005, s. 233). Społeczeństwo jako środowisko, w którym funkcjonuje młoda matka, ponosi wymierne koszty pomocy, takie jak zasiłki czy koszty opieki medycznej nad młodą matką i jej dzieckiem. Należy zwrócić uwagę, że finansowy aspekt pomocy młodocianym matkom nie ma charakteru jednorazowego, przez co długofalowo wpływa na wydatki publiczne (Królikowska 2011).

Aspekt demograficzny dotyczy wpływu ciąży niepełnoletnich dziewcząt na wskaźniki demograficzne takie jak liczba zawieranych małżeństw czy rozwodów. Obecnie presja społeczna dotycząca legalizacji związków, w których nastolatki zaszły w ciążę, jest mniejsza niż kilkanaście lat temu, ale nadal jest to uznawane za pożądaną kolejność zdarzeń. Małżeństwa zawarte ze względu na ciążę są obciążone trzykrotnie częstszymi rozwodami niż w populacji ogólnej (Pankrac et al. 2004).

Wczesna inicjacja seksualna, brak wiedzy na temat środków antykoncepcyjnych, a w konsekwencji zajście w ciążę, przy braku świadomości zachowań zdrowotnych, które powinny być przestrzegane podczas przebiegu ciąży, oraz często bardzo późne rozpoznanie ciąży mogą prowadzić do wielu poważnych zagrożeń zdrowotnych (Wróblewska 2002). Konieczność wyrażenia zgody przez opiekuna prawnego lub jego obecności przy wizycie lekarskiej niepełnoletniej dziewczyny może prowadzić do opóźnienia terminu pierwszej wizyty, a co za tym idzie, wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań w przebiegu ciąży (Królikowska 2011). Wśród nieletnich matek obserwuje się rzadsze wizyty u lekarzy w trakcie przebiegu ciąży niż wśród kobiet dorosłych (Rzepka-Górska 1996). Wczesne zajście w ciążę grozi poronieniem, przedwczesnym odklejeniem łożyska,



Wykres 2. Kategorie skutków ciąży i macierzyństwa nieletnich dziewcząt

Źródło: na podstawie Królikowska (2011).

pęknięciem części miękkich kanału rodnego, cesarskim cięciem, niedokrwistością, nadciśnieniem indukowanym ciążą, cukrzycą, chorobami przenoszonymi drogą płciową, krwotokiem poporodowym i zaburzeniami psychicznymi, takimi jak depresja. Zdarzają się rzadziej: małowodzie czy infekcje dróg moczowych (Gajewska et al. 2000; Truszkowska et al. 2011; Pawłowska et al. 2005; Chen et al. 2007). Z. Pankrac wykazała, że ok. 10,4% porodów matek w wieku poniżej 18. roku życia jest przedwczesnych, u kobiet starszych zaś odsetek ten wynosi 4,5. Świadczy to o dwukrotnie częstszym ryzyku wystąpienia zjawiska wcześniactwa wśród nastolatek niż wśród dorosłych kobiet. Wczesne zajście w ciążę ma również konsekwencje dla dziecka młodej mamy. Często występująca u takich dzieci hypotrofia wynika z faktu, że nierozwinięty do końca organizm matki buduje jeszcze swoje tkanki, a nie płodu. Hypotrofia jest związana ze zwiększonym ryzykiem śmiertelności noworodków i niemowląt (Bidzan 2007, s. 36).

Wystąpienie różnych powikłań w czasie przebiegu ciąży powoduje stres, który może mieć przełożenie na osłabienie odporności psychicznej młodej kobiety. Pierwszą reakcją nastolatki na wiadomość o ciąży jest niedowierzanie i szok, a następną strach przed nieoczekiwaną sytuacją oraz reakcją otoczenia (Dębski 2008, s. 185). Źródłem stresu staje się brak akceptacji ciąży nastolatki w rodzinie, szkole, miejscu zamieszkania. W czasie trwania ciąży nasila się lęk młodej dziewczyny dotyczący porodu, opieki nad noworodkiem i zapewnienia przyszłości sobie i dziecku (Bień et al. 2015). Ciąża dla młodej kobiety może być źródłem nieporozumień z otoczeniem, odtrącania, samotności, niepewności, zaskoczenia, bezradności i depresji. Badacze zwracają uwagę, że małoletnie ciężarne są traktowane często pogardliwie, niekiedy poniżająco, co odbiera im poczucie własnej wartości. Również brak wsparcia ze strony ojca dziecka, który często okazuje się przypadkowym partnerem seksualnym, niegotowym do wzięcia odpowiedzialności za dziecko i jego matkę, potęguje poczucie osamotnienia (Frankowicz-Gasiul et al. 2008).

Ryzyko samobójcze wśród nieletnich matek

Samobójstwo jest formą patologii społecznej, ponieważ choć decyzja o nim podejmowana jest indywidualnie, skutki mają wymiar społeczny, gdyż rolą społeczeństwa jest ochrona przed jego dokonaniem (Hołyst, Staniaszek, Binczycka-Anholcer, red., 2002). Przyczyną podjęcia próby samobójczej przez młode osoby może być każdy, nawet najbardziej prozaiczny

problem, który według ofiary nie jest do rozwiązania w inny sposób (Bąbik, Olejniczak 2014). Światowa Organizacja Zdrowia do najczęściej występujących przyczyn samobójstw wśród dzieci i młodzieży zalicza: problemy rodzinne, rozstanie z przyjaciółmi lub sympatią, śmierć kogoś bliskiego, zerwanie związku miłosnego, konflikty z prawem, nacisk ze strony rówieśniczej, tyranizowanie, rozczarowanie wynikami w nauce, wysoki poziom wymagań w szkole, złą sytuację finansową rodziny, poważną chorobę somatyczną, chorobę przenoszoną drogą płciową oraz niechcianą ciążę (WHO, PTS 2003). Próby samobójcze dzieci i młodzieży to w przeważającej liczbie przypadków tzw. wołanie o pomoc, w przeciwieństwie do tzw. prób bilansowych, na podłożu psychotycznym itp., występujących u osób dorosłych (Hołyst 2012b, s. 562).

Kumulacja negatywnych skutków ciąży oraz wewnętrzne poczucie dyskomfortu wraz z brakiem nadziei na przyszłość mogą być powodem podjęcia zachowań ryzykownych, w tym prób samobójczych (Gmitrowicz et al. 2015). Według Światowej Organizacji Zdrowia w 2014 r. samobójstwa stanowiły trzecią przyczynę zgonów w grupie wiekowej 10–19 lat, obejmując tym samym 26% chłopców oraz 16% dziewcząt (WHO 2014). W grupie wiekowej 15–19 lat odpowiadają one za ok. 20% wszystkich zgonów w tej grupie (GUS 2015b). Powszechnie uważa się, że statystyki zachowań samobójczych młodzieży są zaniżone, ponieważ wiele zgonów tego typu klasyfikuje się nieprawidłowo, jako niezamierzone lub spowodowane przez wypadek (Hołyst 2012a). Przytoczone statystyki zmuszają do wyszukiwania czynników ryzyka zachowań suicydalnych oraz do wczesnej interwencji profilaktycznej.

Formy profilaktyki

Dojrzewanie jest etapem dynamicznego rozwoju fizycznego i psychicznego. Zarówno pozytywne, jak i negatywne czynniki wpływają na poglądy i postawy młodych osób. W tym okresie kształtują się również zachowania zdrowotne, które są formowane poprzez naukę w szkole, kontakt z rówieśnikami, ale również doświadczenie i powielanie wzorców zachowań osób najbliższych (Wagner et al. 2015).

Rodzaje działań profilaktycznych w zakresie ciąży nieletnich przedstawia wykres 3.

Profilaktyka I-rzędowa obejmuje wszystkie działania edukacyjne skierowane na populację ogólną, w tym również na grupę dzieci i młodzieży. Kampanie społeczne powinny uwarżliwiać ludzi na problem ciąży nieletnich, dostarczać wiedzy, w jaki sposób należy



Wykres 3. Rodzaje działań profilaktycznych w zakresie ciąży nieletnich

Źródło: opracowanie własne.

pomagać młodym dziewczętom, które znalazły się w nowej dla nich roli, ale również informować, kiedy i w jaki sposób należy rozmawiać z własnymi dziećmi na temat seksualności, aby ograniczyć przyszłe ryzyko podjęcia przez dziecko zachowań seksualnych. Działania skierowane do grupy dzieci i młodzieży powinny się wiązać ze współpracą rodziny dziecka i szkoły. Rodzice i nauczyciele muszą być świadomi seksualności dzieci. Rozmowy dotyczące zmian fizjologicznych zachodzących w organizmie dojrzewającego dziecka, seksualności, intymności, relacji międzyludzkich, uczuć czy odpowiedzialności za podejmowane zachowania powinny być prowadzone na odpowiednim etapie rozwoju. Młodzi ludzie nie zawsze doceniają swoje zdrowie. Dobrze prowadzona edukacja seksualna powinna dać im narzędzie do uczestniczenia w procesie podejmowania odpowiedzialnych decyzji dotyczących własnych zachowań zdrowotnych (ibid.).

Profilaktyka II rzędu adresowana jest do dziewcząt, które dowiedziały się, że spodziewają się dziecka, jak również do ich rodzin oraz środowiska szkolnego. Największy wpływ na dziecko zawsze ma rodzina, dlatego istotną kwestią jest akceptacja ciąży w rodzinie i zapewnienie jej odpowiedniej opieki i zainteresowania, aby dać jej poczucie, że nie jest sama w nowej sytuacji. Badacze podkreślają istotną rolę wsparcia jako czynnika chroniącego przed podjęciem próby samobójczej (Gmitrowicz et al. 2015). A.Y. Sharaf i współpracownicy uważają, że wsparcie społeczne pomaga w zwalczaniu negatywnych konsekwencji stresu (Sharaf, Thompson, Walsh 2009), natomiast Y. Cheng wraz ze współpracownikami podkreślają ważną rolę, jaką odgrywa prawidłowo funkcjonująca rodzina (Cheng et al. 2009).

Jak wynika z badania A. Bień i innych, tylko jedna dziesiąta przebadanych młodocianych ciężarnych korzystała z pomocy pedagoga i psychologa. Godny poświęcenia uwagi jest fakt, że te ciężarne, które miały dobre relacje z rodzicami (58,54%), częściej korzystały z różnych form pomocy w porównaniu z ponad jedną piątą dziewcząt (22,22%), które oceniła, że ma obojętne lub negatywne stosunki z matką i ojcem (Bień et al. 2015). Instytucje takie jak rodzina, szkoła, służba zdrowia oraz władze państwowe powinny być zaangażowane w tworzenie kompleksowego systemu wspierania młodocianych dziewcząt spodziewających się dziecka, w którym nastolatka będzie mogła liczyć na oparcie, zrozumienie i miłość ze strony najbliższych, pomoc w późniejszym dokończeniu edukacji ze strony szkoły oraz pomoc specjalistów (lekarzy, psychologów).

Profilaktyka III-rzędowa związana jest z koniecznością udzielania długofalowej i wielośrodowej pomocy w obszarze zdrowotnym oraz społecznym dla młodej matki. Do tej grupy należy zaliczyć czynności mające na celu zminimalizowanie negatywnych konsekwencji wczesnego macierzyństwa, w tym: kontynuację korzystania z pomocy psychologa, wsparcie finansowe, które zabezpieczy podstawowe potrzeby, oraz stworzenie sprzyjających warunków do dokończenia przez nastolatkę edukacji.

Zapobieganie zachowaniom samobójczym wśród nastoletnich matek obejmuje wszystkie trzy poziomy profilaktyki. Do czynników chroniących przed podjęciem próby samobójczej należą: czynniki rodzinne (pozytywne relacje z rodziną), czynniki poznawcze i osobowościowe (w tym umiejętności społeczne, korzystanie z pomocy w trudnych sytuacjach, szukanie rozwiązań), czynniki społeczno-kulturowe (dobre

kontakty społeczne z rówieśnikami, nauczycielami) oraz czynniki związane ze zdrowiem psychicznym (dobre radzenie sobie ze stresem, wysoki poziom odporności psychicznej) (Brodniak 2012). Jak podaje American Association of Suicidology, około 80% osób zamierzających popełnić samobójstwo szuka pomocy przed dokonaniem samobójstwa, a aż 25% nastolatków, którzy próbowali odebrać sobie życie, przyznało, że poszukiwało pomocy u dorosłych, ale jej nie znalazło, co spowodowało utratę nadziei na wyjście z trudnej sytuacji. Uświadomiony obserwator może zauważyć niepokojące sygnały i udzielić jednostce niezbędnej pomocy (Bąbik, Olejniczak 2014).

W Polsce funkcjonuje wiele instytucji zajmujących się wspieraniem nastoletnich matek:

- Grupa Edukatorów Seksualnych „Ponton”,
- Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny,
- Fundacja Dzieci Niczyje,
- Fundacja MaMa,
- Fundacja Centrum Praw Kobiet,
- Stowarzyszenie „W stronę Dziewcząt”.

Głównymi założeniami tych jednostek są: prowadzenie edukacji seksualnej, udzielanie porad oraz prowadzenie zajęć z młodzieżą mających na celu przekazanie młodym ludziom naukowo potwierdzonych informacji na temat antykoncepcji, dojrzewania

czy zdrowia reprodukcyjnego. Monitorują one stan respektowania praw reprodukcyjnych kobiet, przeciwdziałają krzywdzeniu dzieci, prowadzą bezpłatne konsultacje ze specjalistami, m.in. w formie Telefonu Zaufania 116 111, a także organizują kampanie społeczne uwrażliwiające społeczeństwo na problemy młodzieży (Antoniuk 2015).

Podsumowanie

Małoletnie dziewczęta w momencie dowiedzenia się o ciąży odczuwają wiele nieznanych im wcześniej emocji. Bez oparcia w rodzinie, pomocy ze strony szkoły oraz okazania zrozumienia i wsparcia przez rówieśników nowa sytuacja może stać się czynnikiem ryzyka popełnienia samobójstwa. Uświadomienie tej zależności jest kluczowe dla niesienia pomocy nastoletnim matkom. Podejmowane czynności muszą być interdyscyplinarne, a swoim zakresem powinny obejmować opiekę medyczną, wsparcie psychologiczno-pedagogiczne, doradztwo prawne, socjalne i zawodowe. Najważniejszym jednak elementem w profilaktyce samobójstw spowodowanych młodocianą ciążą jest okazanie zrozumienia i wsparcia przez osoby najbliższe.

Literatura

- Antoniuk J. (2015), *Uwarunkowania indywidualne, społeczne i prawne nastoletniego macierzyństwa w Polsce*, praca licencjacka, Warszawski Uniwersytet Medyczny.
- Bąbik A., Olejniczak D. (2014). *Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce*, „Dziecko krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka”, vol. 13(2).
- Bidzan M. (2007), *Nastoletnie matki. Psychiczne aspekty ciąży, porodu i pogoju*, Kraków.
- Bień A, Iwanowicz-Palus G, Włoszczak-Szubda A, Witkowska M. (2015), *Ciężarne niepełnoletnie – współczesny problem bio-psycho-społeczny*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 21(2), s. 125–131.
- Brodniak W. (2012), *Ramowy Program zapobiegania samobójstwom w Polsce na lata 2012–2015*, Warszawa.
- Chen X.K., Wen S.W., Fleming N., Demissie K., Rhoads G.G., Walker M. (2007), *Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study*, „International Journal of Epidemiology”, vol. 36, s. 368–373.
- Cheng Y. et al. (2009), *Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour*, „Child: Care, Health and Development”, vol. 35(3), s. 313–322.
- Dębski R. (2008), *Ciąża i poród u młodocianych*, w: R. Izdebski (red.), *Zagrożenia okresu dorastania*, Zielona Góra.
- Frankowicz-Gasiul B. et al. (2008), *Ciąża młodocianych – problem medyczny i społeczny*, „Studia Medyczne”, z. 11, s. 57–63.
- Fraser A.M., Brockert J.E., Ward R.H. (1995), *Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes*, „New England Journal of Medicine”, vol. 332(17), s. 1113–1117.
- Gajewska M., Karwan-Płońska A., Skrzos-Buciak M., Wiater E. (2000), *Analiza przebiegu ciąży i sposobu ukończenia porodu u dziewcząt poniżej 19. roku życia*, „Ginekologia Polska”, vol. 71(8), s. 658–662.
- Gmitrowicz A., Wolanek U., Madej A., Makara-Studzińska M. (2015), *Czynniki chroniące przed samobójstwem młodzieży w wieku 13–19 lat*, „Journal of Education, Health and Sport”, vol. 5(9), s. 671–684.
- GUS (2012), *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2011 roku*, Warszawa.
- GUS (2013), *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2012 roku*, Warszawa.
- GUS (2014), *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2013 roku*, Warszawa.
- GUS (2015a), *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku*, Warszawa.
- GUS (2015b), *Dzieci w Polsce w 2014 roku*, Warszawa.
- GUS (2015c), *Rocznik demograficzny*, Warszawa.
- GUS (2015d), *Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2014 r.*, Warszawa.
- Hołyst B. (2012a), *Motywacje samobójstw nieletnich*, Ministerstwo Sprawiedliwości, „Probacja”, nr III.
- Hołyst B. (2012b), *Suicydologia*, Warszawa.

- Hołyst B., Staniaszek M., Binczycka-Anholcer M., red. (2002), *Samobójstwo*, Warszawa.
- Krajewski R. (2010), *Prawne aspekty ciąży małoletniej*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 3.
- Królikowska S. (2011), *Sytuacja społeczna młodocianych matek*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. XXI, Poznań.
- Marianowski L., Grzechocińska B. (1996), *Prowadzenie ciąży oraz poród i połóg u nieletnich*, „Medipress Ginekologia”, nr 2, s. 2–5.
- McWhirter J.J., McWhirter B.T., McWhirter A.M., McWhirter E.H. (2005), *Zagrożona młodzież*, Warszawa.
- Miśko P. (2010), *Seksualizacja kultury a ryzykowne zachowania seksualne. O potrzebie skutecznej profilaktyki*, Poznań.
- Moczuk E. (2004), *Młodzież końca wieku. Zachowania seksualne współczesnej młodzieży światła badań*, Rzeszów.
- Pała O., Podgórniak M., Sadowska M. (2014), *Młodociane macierzyństwo jako problem medyczny i społeczny*, „European Journal of Medical Technologies”, vol. 2(3), s. 61–65.
- Pankrac Z. et al. (2004), *Analiza sytuacji społecznej i jej wpływu na przebieg ciąży i porodu u młodocianych ciężarnych hospitalizowanych w instytucie położnictwa i Chorób Kobietych Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 1985–1986 i 1995–1996*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, t. 340.
- Pawłowska A. et al. (2005), *Analiza przebiegu ciąży oraz wyników położniczych u nastolatek rodzących w Klinice Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie*, „Ginekologia Praktyczna”, nr 4, s. 41–45.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 października 2007 r. w sprawie placówek opiekuńczo-wychowawczych, Dz. U. Nr 201, poz. 1455.
- Rzepka-Górska J. (1996), *Ginekologia dziewczęca, a zdrowie przyszłej matki – prowadzenie dziewcząt w ich rozwoju*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis”, t. 22, s. 13–15.
- Sharaf A.Y., Thompson E.A., Walsh E. (2009), *Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents*, „Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing”, vol. 22(3), s. 160–168.
- Truszkowska M., Krajewska-Ferishah K., Kulesza-Brończyk B., Krajewska-Kulak E., Terlikowski S.J. (2011), *Pregnancy, labour and puerperium of teenage mothers in J. Śniadecki Provincial Hospital of Białystok*, „Progress in Health Sciences”, vol. 1(1), s. 89–95.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 380.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 464 ze zm.
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Dz. U. Nr 17, poz. 78 ze zm.
- Wagner S., Banaszkiewicz M., Andruszkiewicz A., Strahl A., Miler A., Kubica A. (2015) *Zachowania zdrowotne i miejsce zdrowia w hierarchii wartości młodzieży*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 21(3), s. 278–281.
- WHO (2012), *Early marriages, adolescent and young pregnancies*, Geneva.
- WHO (2014), *Preventing suicide: A global imperative*, Geneva.
- WHO, PTS (2003), *Zapobieganie samobójstwom*, Genewa–Warszawa.
- Wołodko-Pajak M. (2013), *Młodociane rodzicielstwo w perspektywie socjopedagogicznej*, publikacja z wystąpieniem na II Międzyuczelnianej Konferencji Doktorantów, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie.
- Wróblewska W. (1992), *Nastoletnie matki w Polsce – przygotowanie do życia seksualnego*, „Problemy Rodziny”, nr 3, s. 9–10.
- Wróblewska W. (2002), *Wybrane aspekty zdrowia reprodukcyjnego w Polsce*, „Studia Demograficzne”, z. 1(141), s. 11–41.

Mgr Aleksandra Kielan, mgr Ilona Cieślak

Suicydologiczny aspekt ciąży nieletnich

Streszczenie

Akceptowany współcześnie model życia na pierwszym miejscu stawia wykształcenie, podjęcie pracy zawodowej oraz osiągnięcie stabilizacji i niezależności finansowej. Dopiero kolejnym etapem jest założenie rodziny. Taki model powoduje, że społeczeństwo negatywnie ocenia ciążę nieletnich dziewcząt. Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia, ciąża małoletnich należy do czynników ryzyka podjęcia decyzji o dokonaniu zamachu samobójczego. W zestawieniu z informacją, że zamachy samobójcze stanowią przyczynę prawie 20% zgonów w grupie wiekowej 15–19 lat, ciąża młodych kobiet powinny być analizowane jako potencjalny czynnik ryzyka popełnienia samobójstwa.

Słowa kluczowe: ciąża nieletnich, nastolatki, czynnik ryzyka, samobójstwo.

Mgr Aleksandra Kielan, mgr Ilona Cieślak

Suicidological aspect of teenage pregnancies

Summary

In the currently accepted lifestyle model the top-ranked life goals are education, occupational career, as well as stabilization and financial self-sufficiency. Starting a family is regarded as a further stage. From the perspective of this model pregnancy of teenage girls is negatively valued in social perception. According to the World Health Organization, teenage pregnancy is a risk factor for attempting suicide. In the light of statistics indicating that suicide attempts are responsible for almost 20% of deaths in the 15–19 age group, pregnancies of young women should be regarded in analyses as a potential risk factor for suicide.

Key words: teenage pregnancy, adolescents, risk factors, suicide.

Dr n. hum. Włodzimierz A. Brodniak

Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Uczelnia Łazarskiego, Warszawa
tel. 500 261 745 • mail: brodniak47@gmail.com

Model BAV Milтона Rokeacha – możliwości jego zastosowania do wyjaśnienia zachowań samobójczych

Wprowadzenie • Krótki opis modelu Rokeacha • Czy model BAV Rokeacha można zastosować jako jeden z elementów kompleksowej, interdyscyplinarnej teorii wyjaśnienia i zrozumienia zachowań samobójczych? • Podsumowanie

Wprowadzenie

Sądzę, że istotnym i wartościowym wprowadzeniem do tematu artykułu będzie krótka notka biograficzna Milтона Rokeacha, twórcy analizowanego modelu. Milton Rokeach urodził się w 1918 r. w Hrubieszowie jako Mendel Rokicz. Gdy miał 7 lat, jego rodzina wyemigrowała do Stanów Zjednoczonych. Tam Rokeach zrobił wielką karierę naukową – stał się jednym z najwybitniejszych amerykańskich psychologów społecznych. Zmarł w 1988 r.

W *Review of General Psychology* (2002) jego nazwisko umieszczono na 85. miejscu na liście najczęściej cytowanych psychologów XX w.

Celem badań, które podjął na przełomie lat 50. i 60., było ustalenie podstaw uprzedzeń rasowych. Rokeach odkrył, że uprzedzenia te są odwrotnie proporcjonalne do statusu socjoekonomicznego. Z przeprowadzonych badań wysnuł wniosek, że uprzedzenia pozwalają dowartościować się jednostkom niżej sytuowanym na drabinie społecznej. Ostatnie lata życia poświęcił na pisanie książki *The Nature of Human Values* (*Natura ludzkich wartości*) oraz opracowywanie skali wartości. W dziele tym założył, że relatywnie niewiele „granicznych ludzkich wartości” jest

punktem odniesienia służącym wszystkim ludziom do formułowania swoich postaw i opinii, a także ustalił, że przez pomiar stosunków i relacji między tymi wartościami można przewidzieć takie cechy jednostki jak polityczne sympatie i antypatie czy wierzenia religijne.

Krótki opis modelu Rokeacha

Model Milтона Rokeacha (*Model of Beliefs, Attitudes, and Values – BAV Model*), w polskiej wersji: Model Przekonania, Postawy i Wartości, jest koncepcją, a nawet jak niektórzy badacze określają: teorią, która ocenę ludzkich zachowań konstruuje na wzajemnych zależnościach między przekonaniami, postawami i wartościami określonej jednostki lub grupy społecznej oraz stanowi najszerszą conceptualizację i kompleksową teorię perswazji. Teoria Przekonania, Postawy i Wartości jest poznawczo konsekwentną i zgodną koncepcją, która stwierdza, że ludzkie przekonania, postawy i wartości muszą pozostawać ze sobą w harmonii i wyjaśniają, co jest ważne dla człowieka – kobiety czy mężczyzny, gdy próbujemy ocenić i wpływać perswazyjnie na ich zachowanie. Ma także

znaczenie przy zrozumieniu rozbieżności między postawami a zachowaniami (Seredno 2012b, s. 22–24).

Cała teoria – wraz z empirycznymi badaniami i eksperymentami – została wyczerpująco przedstawiona w jednej z najważniejszych prac Rokeacha z 1968 r.: *Beliefs, Attitudes, and Values: A Theory of Organization and Change* (Jossey-Bass, San Francisco), a podsumowanie swoich naukowych dokonań Rokeach zawarł w książce z 1973 r. *The Nature of Human Values* (The Free Press, New York).

Podsumowanie krótkiej prezentacji modelu BAV Rokeacha warto zakończyć uwagą, że w latach 70. i 80. XX w. teoria ta była szeroko wykorzystywana w praktyce w różnego rodzaju badaniach i działaniach marketingowych, a w psychologii społecznej – w badaniach nad motywacją, komunikacją i zrozumieniem różnych jednostkowych i społecznych zachowań człowieka w sytuacjach indywidualnych i społecznych (grupowych) (Eckardt 1970 s. 268–269; Gorsuch 1969, s. 267–268; Burhans, Jr, 1971, s. 418; Fichter 1972, s. 144; Levie 1970, s. 202–205; Sereno 2012a, s. 11–13).

Czy model BAV Rokeacha można zastosować jako jeden z elementów kompleksowej, interdyscyplinarnej teorii wyjaśnienia i zrozumienia zachowań samobójczych?

Odpowiedzi na to pytanie zamierzamy dokonać przez analizę wszystkich trzech elementów modelu Rokeacha, czyli: przekonań (*beliefs*), postaw (*attitudes*) i wartości (*values*).

Pierwsza część składowa tego modelu – **przekonania** – ma bezpośredni związek z zachowaniami samobójczymi. Decydującą rolę odgrywają po prostu przekonania jednostki na temat samobójstwa. Im bardziej w strukturze przekonań człowieka samobójstwo jest potępiane moralnie z przyczyn religijnych czy doświadczeń osobistych, tym mniejsza szansa na dokonanie zamachu samobójczego. Takie przekonanie działa protektywnie wobec zachowań samobójczych – w społecznościach, gdzie samobójstwo jest bardziej potępiane, a nawet karane (penalizowane), notuje się relatywnie mniej zachowań samobójczych.

Konkluzja oceny wpływu określonych przekonań na zachowania samobójcze jest jednoznaczna: w procesie wyjaśniania uwarunkowań samobójstw przekonania – zarówno indywidualne, jak i społeczne, bardziej potępiające czy nawet karzące ten rodzaj zachowań – odgrywają rolę ochronną i zmniejszają prawdopodobieństwo dokonania aktu samobójczego. Wymagałoby tylko empirycznej weryfikacji, w jakim

stopniu to prawdopodobieństwo jest większe czy mniejsze w przypadku osobistych przekonań, a jaki jest wpływ społeczności, w której żyje dany człowiek, na tendencje samobójcze występujące wśród członków tej społeczności, jej kultury i religii.

Druga część składowa modelu Rokeacha – **postawy** – jest mocno skorelowana z przekonaniem i w ramach dyskusji nad oceną wpływu określonej postawy na częstotliwość i stopień prawdopodobieństwa zachowań samobójczych można powtórzyć prawidłowości występujące w przypadku przekonań. Po prostu postawy bardziej potępiające samobójstwo zarówno w wymiarze osobistym, jak i społecznym zmniejszają prawdopodobieństwo zachowań suicydalnych, czyli ograniczają w sensie statystycznym ich liczbę oraz odgrywają rolę czynnika chroniącego, a nawet zapobiegającego tego rodzaju zachowaniom. W tym przypadku także badania, czyli empiryczna weryfikacja, wydają się niezbędne, aby ocenić stopień wpływu z jednej strony osobistych postaw, a z drugiej – społecznych postaw na częstotliwość występowania samobójstw w określonych społecznościach w powiązaniu z ich kulturą, religią i systemem prawnym.

Trzecia część składowa modelu Rokeacha – **wartości**, a właściwie **systemy wartości** – zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i w wymiarze społecznym są faktycznie centralnym elementem całego prezentowanego modelu.

Dany **system wartości** cechujący określonego człowieka, a także system wartości cechujący i rozpowszechniony w społeczności, w której dana jednostka żyje, jest w oczywisty sposób mocno skorelowany i wpływa na **przekonania** oraz **postawy indywidualne i społeczne**. W przypadku gdy system wartości, w którym zachowania samobójcze są bardziej potępiane, a w jego ramach – system prawny może nawet je penalizuje, należy przewidywać, że prawdopodobieństwo zachowań suicydalnych i ich częstotliwość będą relatywnie mniejsze.

Podsumowanie

Przedstawiona w uproszczeniu i zarysie próba zastosowania modelu BAV Rokeacha do wyjaśnienia i lepszego zrozumienia zachowań samobójczych wymaga rozwinięcia i wielu badań w celu weryfikacji wiążących się z tym modelem hipotez i wzajemnych relacji między jego trzema elementami: przekonaniem, postawami i wartościami. Jednym ze wskazanych dalszych badań nad zastosowaniem tego modelu do lepszego wyjaśniania i zrozumienia zachowań samobójczych może być analiza

teoretyczna i empiryczna masowych samobójstw w ramach wielu sekt religijnych, gdzie zespół przekonań, postaw i wartości reprezentowany zwłaszcza przez przywódców czy duchowych przewodników tych sekt, określanych mianem guru, prowadzi do dramatycznych masowych samobójstw, często niemal wszystkich członków danej sekty. Wydaje się, że model BAV Rokeacha może być w tym przypadku szczególnie użyteczny dla zrozumienia mechanizmu

i tragicznych skutków określonego zespołu przekonań, postaw i wartości.

Można przypuszczać, że także w przypadku wielu innych społecznych zjawisk, które wiążą się z zachowaniami samobójczymi, np. wśród młodzieży w ramach różnych subkultur, model BAV Rokeacha może znaleźć pożyteczne zastosowanie w celu lepszego wyjaśnienia i zrozumienia uwarunkowań samobójstw i zachowań autodestruktywnych.

Literatura

- Burhans D. Jr (1971), *The attitude-behavior discrepancy problem: revisited*, „Quarterly Journal of Speech”, vol. 57(4).
- Eckardt R. (1970), *Beliefs, Attitudes, and Values: a theory of organization and change by Milton Rokeach – review*, „Journal for the Scientific Study of Religion”, vol. 9(3).
- Fichter J. (1972), *Beliefs, Attitudes, and Values: a theory of organization and change – review*, „Review of Religious Research”, vol. 13(2).
- Gorsuch R. (1969), *Beliefs, Attitudes and Values by Milton Rokeach – review*, „American Sociological Review”, vol. 34(2).
- Levie H. (1970), *Beliefs, Attitudes, and Values: a theory of organization and change – review*, „AV Communication Review”, vol. 18(2).
- Sereno K. (2012a), *Chapter 1 – Introduction to Communication Theory*, „Communication and Social Science – Lecture Notes”, Fall 2012.
- Sereno K. (2012b), *Chapter 7 – Explaining Theories of Persuasion*, „Communication and Social Science – Lecture Notes”, Fall.

Dr n. hum. Włodzimierz A. Brodniak

Model BAV Rokeacha – możliwości jego zastosowania do wyjaśnienia zachowań samobójczych

Streszczenie

Prezentowana praca jest propozycją do dyskusji, w jakim stopniu model BAV (*Beliefs, Attitudes, Values* – Przekonania, Postawy, Wartości) Milтона Rokeacha można zastosować do wyjaśniania zachowań samobójczych. Podstawowa teza pracy brzmi, że w wielowymiarowym modelu wyjaśnienia zachowań samobójczych, które obejmuje cały kompleks czynników społecznych, psychologicznych i biologicznych, można uwzględnić w różnym zakresie trzy czynniki: przekonania, postawy i wartości, zawarte w modelu Rokeacha w zrozumieniu i wyjaśnianiu różnych uwarunkowań zachowań samobójczych.

Słowa kluczowe: samobójstwa, model BAV Rokeacha, uwarunkowania.

Dr n. hum. Włodzimierz A. Brodniak

Rokeach's BAV Model and its applicability to the explanation of suicidal behaviors

Summary

The paper is intended to initiate discussion about the extent to which the BAV (*Beliefs, Attitudes, Values*) Model proposed by Milton Rokeach may be applied to the explanation of suicidal behaviors. The main idea underpinning the article is that in a multidimensional explanatory model for suicidal behaviors, including a variety of social, psychological and biological variables, the three factors distinguished by Rokeach in his model, i.e. beliefs, attitudes and values, may be to different degrees taken into account so as to better understand and explain various determinants of suicidal behaviors.

Key words: suicide, Rokeach's BAV model, determinants.

Dr hab. Anna Kieszkowska

prof. Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Zakład Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji
tel. 604 647 675 • mail: akesz@op.pl

Zachowania ryzykowne człowieka a znaczenie przynależności do wspólnoty

Wstęp • Poczucie sensu życia a podejmowanie wyzwań życiowych • Znaczenie grup samopomocowych w profilaktyce zachowań ryzykownych • Konkluzja

Wstęp

We współczesnym świecie, kiedy tempo życia szybko wzrasta, a dorastanie to wyścig po sukces naukowy i zawodowy, często brakuje czasu na przemyślenia, regenerację sił, a nawet właściwe podejmowanie decyzji. Nowe sytuacje związane z kontekstem społeczno-kulturowym mogą wydobywać ukryte dotąd rozumienie sensu życia, tworząc nowe jego wymiary lub modyfikując dawne. Mogą też sprzyjać przekonaniu, że nie warto się starać i zmieniać swojej sytuacji. Zdarza się, że negatywne sytuacje mogą dać impuls do znalezienia sensu, gdy jednostka dostrzega pozytywne aspekty przebiegu wydarzeń. W skrajnych wypadkach ludzie przeżywający niepokój, poczucie inności i odrzucenia sięgają po alkohol, narkotyki, dokonują czynów przestępczych czy aktów samobójczych.

Poczucie sensu życia a podejmowanie wyzwań życiowych

Pytanie o sens pojawia się najczęściej w bardzo trudnych momentach życia człowieka, kiedy kończy się lub rozpoczyna jakiś nowy etap w życiu człowieka,

trwa okres dorastania i nowych wyborów życiowych lub pojawia się nieoczekiwana zmiana (z reguły mniej korzystna). Poczucie braku sensu własnego życia wiąże się często z nieumiejętnością planowania i precyzowania zadań, co wpływa negatywnie na egzystencję jednostki. „Potrzeba sensu jest [...] taką właściwością człowieka, która powoduje, że bez zaistnienia w jego działalności życiowej takich wartości, które są lub mogą zostać uznane przez niego za nadające sens życiu, nie może prawidłowo funkcjonować, co oznacza w praktyce, że działalność życiowa człowieka jest za słaba w stosunku do możliwości, nieukierunkowana i oceniana przez niego negatywnie” (Obuchowski 1983, s. 210).

W sytuacji gdy samotność staje się ciężarem nie do udźwignięcia, rodzi się poczucie izolacji i bezsilności, a poczucie sensu życia jest zachwiane. Wtedy człowiek może wybrać reakcję ucieczki od codziennych cierpień. Często lęk przed samotnością powoduje wchodzenie do grup patologicznych, sięganie po środki psychoaktywne, podporządkowanie się grupie, popadanie w konflikt z prawem lub podejmowanie zachowań destrukcyjnych, jak: głodówka, okaleczanie, akty samobójcze. Podleganie kryzysom w trudnych sytuacjach życiowych powoduje

dewaluację dotychczasowego sensu życia, prowadzi do bezsensu, co wiąże się z utratą zainteresowania codziennością, bezradnością, obniżeniem nastroju, popadaniem w uzależnienia i konflikty czy prezentowaniem zachowań autodestrukcyjnych. W takiej sytuacji utrata sensu życia stanowi zagrożenie dla stanu psychicznego człowieka. Jeżeli jednostka zgubi się w swoich poszukiwaniach i straci dotychczasowy sens, to istnieje ryzyko wystąpienia symptomów nerwicy, która jest w pewnym sensie wołaniem o pomoc do siebie samego.

Badania Z. Płużek prowadzone nad młodocianymi samobójcami pokazują, że osoby, które w czasie popełnienia próby samobójczej wykazywały poczucie utraty sensu życia, kilka dni po nieudanej próbie podtrzymywały przekonanie o bezsensie ich życia (Płużek 1996). Odnotowano u nich poczucie odrzucenia i wyobcowania, utratę kontaktu społecznego, poczucie niezrozumienia przez innych, zagrożenia, przeżywanie stanów depresyjnych i trudności przystosowania społecznego oraz negatywny stosunek do siebie.

Badane osoby posiadające poczucie sensu życia różnią się w sposób istotny statystycznie od grupy osób nieposiadających tego poczucia. Bardzo duża różnica występuje w zakresie skłonności do obwiniania siebie, autoagresji u osób o niskim poczuciu sensu, a silna postawa krytyczna wobec siebie powoduje współwystępowanie nadmiernego krytycyzmu wobec otoczenia. Z analizy uzyskanych wypowiedzi wynika, że największym zagrożeniem dla życia nie jest deklarowana utrata poczucia sensu życia, ponieważ jest ona stanem przejściowym. Niebezpieczna jest postawa ambiwalentna wobec życia. Zdaniem Z. Płużek postawy ambiwalentnej nie należy lekceważyć, gdyż jest sygnałem ostrzegającym przed wysokim ryzykiem samobójstwa u takiej osoby. Konieczne jest sygnalizowanie tego typu problemów w środowiskach osób zajmujących się pomocą społeczną, psychoterapią, resocjalizacją czy wśród osób opracowujących programy pomocowe dla tych podopiecznych.

Dotychczasowe badania wskazują na znaczenie potrzeby sensu życia wśród osób funkcjonujących w relacjach społecznych, na czynniki opisujące różnice indywidualne uwarunkowane sytuacjami trudnymi i ich cechami osobowości. U większości osób status społeczny, małżeński i kulturowy ma pozytywny wpływ na poczucie sensu życia i poczucie przynależności do wspólnoty.

Samotność pojawia się na skutek niezgodności między oczekiwaniami a realnymi możliwościami jednostki (Rembowski 1992) i koreluje z depresją, niezadowolaniem z siebie oraz niską samooceną,

społecznym i ogólnym lękiem, introwersją, małą pewnością siebie, odczuwaniem alienacji, poczuciem niesprawiedliwości świata, znudzeniem i niecierpliwością. Można przypuszczać, że duży wpływ na kształtowanie poczucia samotności ma niewłaściwy stosunek otoczenia do tak zwanych innych, obcych czy postrzeganych jako jednostki mniej atrakcyjne. Jest wyrazem izolacji, jaką przeżywa jednostka, oraz samotności społecznej jako efektu braku więzi społecznych czy braku przynależności do wspólnoty (Rembowski 1992; Hołyst 1994). Istnieje wiele czynników psychologicznych, które zwiększają prawdopodobieństwo poczucia samotności i bycia samotnym. Przywiązuje się dużą wagę do niskiej samooceny, która powoduje unikanie kontaktów z obawy przed odrzuceniem i prowadzi do braku wiary we własne możliwości, co wiąże się z utratą kontaktów społecznych, wycofywaniem się z życia społecznego, pogorszeniem wyników pracy i utrwalaniem niskiej samooceny.

Niska samoocena, jak dowodzą badania Lake'a, może być spowodowana nieatrakcyjnym wyglądem, widocznymi zmianami zewnętrznymi, niepełnosprawnością, odrzuceniem społecznym, piętnowaniem, brakiem środków finansowych i możliwości posiadania odpowiedniego statusu społecznego, adekwatnego do czasu, miejsca i uczestników życia społecznego (Lake 1993). Osoby odczuwające samotność nie potrafią w adekwatny sposób okazywać uwagi swoim rozmówcom, cechuje je pewien stopień wycofania społecznego, są zahamowane i mało mówne, czasem sygnalizują swoją sytuację w sposób nieczytelny dla odbiorcy, unikają społecznego ryzyka kontaktu z ludźmi, ograniczają się do sztucznych i często sformalizowanych aktów komunikacji lub całkowitego ich porzucenia (Stefańska-Klar 2002). Dla przeciętnej samotności – oprócz relacji z otoczeniem i odgrywania z większym lub mniejszym zaangażowaniem określonych ról społecznych – ważna jest filozofia życia, która bywa najczęściej niedojrzała lub zachwiana.

Do czynników, które mogą w pewnym stopniu chronić jednostkę, zalicza się dobre relacje z członkami rodziny i wsparcie z jej strony, dobrze rozwinięte umiejętności społeczne, wiarę w siebie i przekonanie o własnych możliwościach zmiany sytuacji, umiejętność poszukiwania pomocy, kiedy zaczynają się trudności (np. w nauce), otwartość na doświadczenia innych ludzi i ich sposoby rozwiązywania problemów. Istotną rolę spełnia integracja społeczna, np. przez uczestniczenie w zajęciach sportowych, spotkaniach w różnych klubach i organizacjach, dobre relacje

z nauczycielami i innymi dorosłymi. Przynależność do wspólnoty stanowi ważny czynnik w realizacji potrzeby bezpieczeństwa człowieka.

Z badań nad zjawiskiem zdrowienia człowieka wynika, że zasadniczym czynnikiem w tym procesie jest życzliwość, pozytywne uczucia okazywane osobie znajdującej się w trudnej sytuacji życiowej, zdrowotnej oraz zlikwidowanie czynnika stresowego w domu rodzinnym.

Z tej perspektywy stale aktualne jest poszukiwanie takich trwałych relacji międzyludzkich, takiego odniesienia Ja do otaczającej rzeczywistości, które pozwoli człowiekowi zaspokajać potrzeby m.in. akceptacji, zrozumienia, przynależności oraz samorealizacji. Człowiek współczesny potrzebuje przywrócenia mu wspólnoty i umiejętności funkcjonowania w tej wspólnocie.

Znaczenie grup samopomocowych w profilaktyce zachowań ryzykownych

Większość dotychczasowych badań potwierdza, że jakość życia pogarsza się wraz z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu. Jakość życia osób nadużywających alkoholu jest gorsza w porównaniu z ogółem populacji (Florkowski, Polak, Sarna, Gądek 2000). Osoby uzależnione mają niższe poczucie zadowolenia z życia niż osoby z nowotworami przed operacją zarówno w odniesieniu do stanu somatycznego, jak i psychicznego (Moskalewicz, Habrat, Sierosławski, Świątkiewicz, Zieliński 2000). W badaniach A. Jakubika i E. Kraszewskiej u osób uzależnionych od alkoholu występuje wysoki poziom alienacji i niskie poczucie sensu życia oraz niski stopień przystosowania społecznego, a także skłonność do zachowań autodestrukcyjnych (Jakubik, Kraszewska 2002; Pilecka 1986).

Z kolei utrzymywanie abstynencji przez trzy miesiące poprawia jakość życia zaledwie do poziomu zbliżonego do stwierdzanego u osób z chorobami nowotworowymi, a osoby nadużywające lub uzależnione od alkoholu, zachowujące abstynencję lub pijące w sposób kontrolowany doświadczają poprawy jakości życia w pewnych zakresach (Florkowski, Polak, Sarna, Gądek 2000; Moskalewicz, Habrat, Sierosławski, Świątkiewicz, Zieliński 2000). Polepszenie parametrów jakości życia jest szczególnie widoczne w pierwszych sześciu miesiącach abstynencji, kolejne miesiące przynoszą zaś stopniowe pogarszanie się parametrów. Ponadto osoby z krótkim i długim okresem abstynencji cechują się wyższym poziomem braku satysfakcji z życia niż osoby z okresem średnim

(Florkowski, Polak, Sarna, Gądek 2000). Zbieżne dane uzyskano w wynikach badań sześciomiesięcznego leczenia uzależnionych bezdomnych (głównie alkoholików). Stwierdzono wolną stopniową poprawę jakości życia, później jednak ten proces ulegał spowolnieniu, a jakość życia nie osiągnęła poziomu stwierdzanego w ogólnej populacji (Moskalewicz, Habrat, Sierosławski, Świątkiewicz, Zieliński 2000). Podobną poprawę satysfakcji życiowej stwierdzono u osób uzależnionych, które utrzymywały abstynencję ponad 4 lata. Abstynencja powoduje stałą poprawę satysfakcji z życia, rozbudza u trzeźwiejących alkoholików zainteresowanie życiem zawodowym i kulturalnym oraz rozwijaniem zainteresowań (ibid.). Korzystanie z regulujących emocje właściwości alkoholu staje się bardziej prawdopodobne przy podmiotowych deficytach poczucia kontroli, samoskuteczności, sensu czy własnej wartości, niskim poczuciu koherencji oraz preferowaniu ucieczkowo-unikowego stylu radzenia sobie z trudnościami (Poprawa 2006). Nieefektywne radzenie sobie ze stresem może być również spowodowane niskim poczuciem koherencji u osób uzależnionych (ibid.). Poza stresem istotnym czynnikiem wpływającym na zadowolenie z życia osób uzależnionych są cechy osobowości alkoholików. Cechują się oni wysokim nasileniem neurotyzmu (Pasikowski 2000), dużym nasileniem lęku oraz napięcia nerwowego i niepewności siebie (Szczukiewicz 1996). Może to być związane z obniżoną samooceną osób uzależnionych. J.G. Woititz (1994) wskazuje, że osoby uzależnione cechują się niskim poczuciem własnej wartości, a alkohol daje im fałszywe poczucie pewności siebie.

Wymienione cechy osobowości osób uzależnionych wiążą się także z ich samorealizacją, która wpływa na satysfakcję życiową. Czynnik ten może obniżać zadowolenie z życia z powodu poczucia niezrealizowania wartości, postrzegania własnego postępowania jako niezgodnego z uznawanym systemem wartości, z powodu małej motywacji do realizacji celów i wartości życiowych, małej wytrwałości oraz przekonania o wyborze niewłaściwych celów życiowych (Szczukiewicz 1996). Poza tym stwierdzono, że samorealizacja stanowi wyższy szczebel jakości życia oraz jest ostatnią fazą powrotu do zdrowia osób uzależnionych (Woititz 1994). Badania nad jakością życia osób uzależnionych od alkoholu wskazują, że alkoholicy, którzy korzystają ze wsparcia grup samopomocowych AA, nie różnią się od ogółu społeczeństwa pod względem odczuwanej satysfakcji z życia (Wnuk 2005). Decydującą rolę w odbudowaniu satysfakcji odgrywają takie czynniki, jak: przynależność do

grupy AA, czas trwania w trzeźwości, zaangażowanie ze strony alkoholika i uczestnictwo w psychoterapii. Najwięcej korzyści wypływa ze wsparcia wspólnoty, która daje siłę i duchowo oraz społecznie rozwija, co sprzyja poprawie funkcjonowania w sensie jednostkowym i społecznym (Zaworska-Nikoniuk 2001), co w przypadku osób podejmujących zachowania ryzykowne mogłoby sprzyjać poprawie funkcjonowania. Stwierdzono również mediacyjną rolę poczucia sensu życia między zaangażowaniem we wspólnotę i poczuciem jakości życia oraz długością pobytu w ruchu samopomocy i zadowoleniem z życia. Ta zmienna pośredniczy w badaniach między długością pobytu we wspólnocie i wzrostem satysfakcji z życia (Wnuk 2006). Abstynenci w początkowym okresie zaprzestania picia koncentrują się na unikaniu alkoholu, redukcji objawów picia, a po dłuższym czasie trwania w trzeźwości i uczestnictwie w mitingach zaczynają angażować się w rozwiązywanie własnych problemów i wspieranie innych, koncentrują się więc nie na redukcji nieprzyjemnych odczuć, ale na poprawie satysfakcji z życia i dostrzegają szansę na lepsze życie.

Wyniki przedstawionych badań potwierdzają wielką siłę i wartość grup samopomocowych w wychodzeniu z uzależnienia, trwaniu w trzeźwości, rozwiązywaniu problemów życiowych i łagodzeniu (minimalizowaniu) zachowań przestępczych czy samobójczych. Zmienną pośredniczącą między zaangażowaniem w ruch samopomocy a poczuciem bezradności jest sens życia. Kontynuowanie badań nad zaangażowaniem we wspólnotę a poczuciem sensu życia jest istotne, gdyż mogłoby się przyczynić do rozbudowania i doprecyzowania modelu powrotu do zdrowia osób uzależnionych (Wnuk 2007), a także osób będących w trudnych sytuacjach życiowych i skłonnych do zachowań autodestrukcyjnych lub dla ich rodzin w przypadku podjętego aktu samobójczego danej jednostki i terapii rodziny we wspólnocie grupy samopomocowej.

Wspólną cechą grup samopomocy jest pozycja wyjściowa wszystkich członków. Wszyscy zaczynają w niej działać z pozycji bezsilności, kiedy człowiek nie potrafi się uporać z własnymi problemami i ograniczeniami (Wnuk 2010). Głównym celem staje się niesienie pomocy członkom grupy w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami, prowadzące do optymalizacji ich funkcjonowania. Źródłem pomocy jest wzajemna wymiana i dzielenie się umiejętnościami, wiedzą oraz doświadczeniem. Członkowie grupy mają wspólne problemy i podobne doświadczenia życiowe. Kontrola grupy opiera się na ustalonej strukturze i specyficznym trybie funkcjonowania (Szmagański 1987). Istotą

samopomocy jest nacisk na samostanowienie, poleganie na własnych siłach, twórczość, upelnomocnienie oraz uaktywnianie wszelkich innych umiejętności, predyspozycji, talentów i kompetencji jednostkowych (Wnuk 2010). Samopomoc w wypadku grup AA trzeba potraktować jako możliwość zaangażowania i umiejętnego wykorzystania dostępnych zasobów własnych zarówno poszczególnych jednostek, jak i grup, które tworzą podczas długoletniego procesu zdrowienia. Kurantowicz uważa samopomoc za formę społecznej realizacji dobra, czyli pomagania sobie, pozostając we wzajemnej relacji zrozumienia i miłości (za: *ibid.*). Koniecznym warunkiem pomagania traktowanego jako realizowanie dobra jest odniesienie się do drugiego człowieka z miłością wywołaną obustronnym poszukiwaniem wspólnego dobra. Najbardziej wyczerpująca definicja zjawiska grup samopomocowych została przedstawiona przez Katza i Bendera (za: *ibid.*). Określa ona grupy jako dobrowolne małe struktury nastawione na wzajemną pomoc i osiąganie określonego celu. Zwykle są one tworzone przez ludzi podobnych pod jakimś względem, którzy skupili się dla wzajemnej pomocy w zaspokajaniu wspólnej potrzeby przezwyciężenia słabości lub utrudniających życie problemów, w celu osiągnięcia pożądaných zmian społecznych lub osobowościowych. Założyciele i członkowie takich grup spostrzegają, że ich potrzeby nie mogą lub nie są zaspokajane przez istniejące instytucje społeczne i mogą tylko sami sobie na zasadzie obustronnej wymiany pomagać. Grupy samopomocowe kładą nacisk na interakcje twarzą w twarz i na osobistą odpowiedzialność swoich członków, dostarczają pomocy materialnej, jak również wsparcia emocjonalnego. Zasady zawarte w dwunastu krokach AA kładą nacisk na autonomię, samowystarczalność, niezależność, odrębność, równość, wspólnotę interesów członków grup oraz cel nadrzędny w postaci niesienia przesłania cierpiącemu alkoholikowi (*ibid.*).

Przy wspieraniu innych w trudnych sytuacjach dochodzi do internalizacji cudzych przeżyć, autentycznego odczucia emocjonalnego, introspekcji (*ibid.*).

Z działań samopomocowych wyłania się zasada, że pomagając innym, pomagamy sobie. Pomocy udziela osoba, wzorując się na własnym doświadczeniu. Samopomoc bazuje na wiedzy zgromadzonej przez alkoholików, którzy w procesie trzeźwienia doznawali różnych problemów i które sami rozwiązyali. Natomiast trzeźwość jest traktowana przez badaczy jako najbardziej optymistyczne i zgodne z rzeczywistością widzenie siebie, innych ludzi i świata, akceptacja siebie i otaczającej rzeczywistości, stabilna

i wystarczająco wysoka samoocena, otwartość na innych ludzi, zdolność do wykorzystania swoich predyspozycji, umiejętności i talentów, wysoki poziom samoświadomości, zdolność do przyjaźni, miłości, umiejętne radzenie sobie z sytuacjami stresogennymi, branie pełnej odpowiedzialności za swoje życie oraz skłonność do poszukiwania motywów własnych zachowań w sobie bez obarczania innych odpowiedzialnością za własne porażki (Cierpiałkowska 1997). Wydaje się to zbyt wyidealizowane, ale – jak podkreśla Melilbruda – to w okresie trzeźwienia istnieje szansa na przejście z etapu oczyszczania organizmu z alkoholu – przez trzeźwość rozumianą jako uczenie się sztuki dobrego życia bez alkoholu – do trzeźwości jako cnocie i postawie życiowej.

Konkluzja

W filozofii zdrowienia, odzyskiwania wiary i nadziei najlepszym lekarstwem dla człowieka jest drugi człowiek. Tylko dzięki osobistym zasobom – poczuciu własnej skuteczności, zadowolenia z życia oraz wsparcia społecznego – jednostka próbuje opanować kryzysy życiowe i transakcje stresowe, odzyskuje wyższą samoocenę, doskonali rozwój osobisty, umacnia kontakty z dziećmi oraz wzmacnia rozwój we wszystkich dziedzinach życia. Wspólnotę traktuje się jako wzajemną odpowiedzialność, tolerancję, zajmowanie się własnym zdrowieniem i bezinteresowną pomoc innym osobom, anonimowość, silną więź, dostępność i demokratyczność współżycia. W ocenie aspektów jakości życia związanych z oceną stanu zdrowia, sprawności fizycznej oraz samopoczucia emocjonalnego podkreśla się znacznie mniej dotkliwe dolegliwości psychofizyczne, większe poczucie sprawczości i podmiotowości, stabilizacji, własnej tożsamości i funkcjonowania w życiu społecznym. Ogólnie wspólnota zaspokaja większość potrzeb związanych ze wsparciem oraz uczestnictwem w życiu społecznym. Wzrost zaangażowania we wspólnotę AA oraz dłuższy pobyt w ruchu samopomocy powoduje redukcję beznadziejności i zwiększenie odczuwanego szczęścia poprzez wzrost poczucia sensu życia i umiejętności radzenia sobie z problemami.

Warto podkreślić, że w trakcie udzielania wsparcia mogą wystąpić pewne zakłócenia (pułapki) wynikające z niedopasowania formy wsparcia do stanu gotowości i potrzeb osoby wspieranej, np. kiedy zachęca się jednostkę poszkodowaną i pomaga jej w odbudowywaniu życia, zanim ta wejdzie w fazę emocjonalnego odreagowania (Pospiszyl 2003). Takie zaleganie nagromadzonych emocji obniża zdolności

jednostki do poprawy swojego stanu i wymaga innego charakteru pracy terapeutycznej.

Przynależność do określonej społeczności nie musi być równoznaczna z doświadczaniem wsparcia (Czapiński 1984; Sęk 1986; Sęk 1997). Istotną rolę odgrywa tu subiektywna percepcja będąca podstawą wartościowania jednostki. Natomiast w sytuacji kryzysowej osoby z tak zwanej sieci społecznej nie zawsze mogą być świadome i przygotowane do udzielenia określonego typu wsparcia lub osoba w traumie może oczekiwać innego rodzaju pomocy niż jest jej oferowany. Rodzina i przyjaciele są z reguły naturalnym środowiskiem wsparcia w trudnej sytuacji ze względu na możliwość niwelowania wstrząsów i wykazywania zainteresowania oraz zasobów gromadzonych w procesie uspołeczniania jednostki (Bifulco 2007). W wypadku rodzin dysfunkcyjnych w sytuacji zagrożenia jednostki rodzina nie może udzielić wsparcia, bo sama oczekuje specjalistycznej pomocy i często natychmiastowej interwencji psychologicznej.

W. Anderson i C. Yuenger (1987) przeprowadzili badania wśród studentów z rodzin konfliktowych odnośnie do znaczenia udzielanego wsparcia. W przypadku tych badanych w sytuacjach kryzysowych rodzina nie była uwzględniana w udzielaniu im wsparcia. Stąd często dla podniesienia efektywności funkcjonowania człowieka w sytuacjach trudnych proponuje się udział w terapii rodzinnej. Analizowane przez członków rodziny problemy stanowią okazję do spojrzenia na nie od strony wszystkich uczestników (Jalali 2007). Wsparcie możliwe jest dzięki procesom emocjonalnym, które obejmują wyzwalanie wiary i nadziei, zwiększanie aktywności życiowej podmiotu, podnoszenie samooceny i dostarczanie informacji budujących poczucie bezpieczeństwa, ważności, motywowanie do podejmowania wysiłków i przezwyciężania problemu. Stwarzanie możliwości zmiany znaczenia sytuacji trudnej staje się mniej szkodliwe i bolesne. Dzięki tym możliwościom wsparcia społecznego zrozumiałe jest poszukiwanie wsparcia w grupach samopomocowych, gdzie można odnaleźć ludzi połączonych wspólnym problemem życiowym, w których relacje oparte są na wzajemnym zaufaniu, życzliwości, akceptacji, podobnych doświadczeniach i dyskrecji. Samo istnienie w grupie wsparcia okazuje się istotnym wyznacznikiem odporności na sytuacje urazowe (Pospiszyl 2003).

Osoby, które mogły liczyć na wsparcie w trakcie nieuleczalnej choroby, szybciej wracały do równowagi, częściej podejmowały współpracę w zakresie prowadzonej terapii, dwukrotnie rzadziej zapadały

na depresję i wykazywały ogólnie lepszą sprawność zarówno fizyczną, jak i psychiczną (Pettingale 1988; Juczyński 1997; Chojnacka-Szawłowska 2000). W innych przypadkach osoby, które z różnych powodów utraciły bliskich w dzieciństwie, w dorosłym życiu częściej zdradzały zaburzenia adaptacyjne i wykazywały tendencje do podejmowania prób samobójczych (Hołyst 1994; Pospiszyl 2003).

Skuteczność udzielanej pomocy zależy przede wszystkim od tego, w jakiej sytuacji znalazł się człowiek, na jakim etapie zmagania obecnie się znajduje, jak zostały odczytane jego potrzeby lub w jaki sposób sam je precyzuje (Pospiszyl 2003).

W pracy terapeutycznej z człowiekiem w trudnych sytuacjach nie można zapominać, że wsparcie powinno stanowić przede wszystkim ludzki odruch. Każde

doświadczanie wsparcia powinno uspołeczniać oraz uczyć wzajemności. Potrzeba wsparcia społecznego jest w pewien sposób wpisana w struktury życia jednostki i jej współżycia społecznego, choćby ze względu na okresy rozwojowe człowieka, kiedy zmuszony jest – z racji dzieciństwa lub późnej starości – korzystać z pomocy innych. Mimo istnienia instytucji realizujących obowiązek pomocy nadal odczuwa się niedostatek udzielanego wsparcia. Pomoc słabszym i potrzebującym stanowi zaś miarę kultury i dojrzałości konkretnej osoby, społeczeństw i narodów. Szacunek i akceptacja wyrażane przez otoczenie, poczucie bezpieczeństwa i własnej wartości oraz samoakceptacja wyzwalają subiektywne poczucie wartości dodanej we własnym życiu i kształtują właściwe relacje obu stron uczestniczących w wymianie wsparcia.

Bibliografia

- Anderson W., Yuenger C. (1987), *Parents a source of stress for college students*, „College Student Journal”, vol. 21 (4).
- Bifulco A. (2007), *Familial patterns of stress*, w: G. Fink (red.), *Encyclopedia of Stress*, New York.
- Chojnacka-Szawłowska G. (2000), *Kryzys w chorobie nowotworowej i sposoby jego przezwyciężania*, w: K. de Walden-Gałązko (red.), *Psychoonkologia*, Kraków.
- Cierpiałkowska I. (1997), *Alkoholizm. Małżeństwa w procesie zdrowienia*, Poznań.
- Czapiński J. (1984), *Doświadczenia życiowe a choroba. Wprowadzenie do problematyki „Nowiny Psychologiczne”*, nr 6–7.
- Florkowski A., Polak K., Sarna D., Gądek I. (2000), *Jakość życia żołnierzy zawodowych z problemem alkoholowym*, „Problemy Alkoholizmu”, nr 1.
- Hołyst B. (1994), *Na granicy życia i śmierci*, Warszawa.
- Jakubik A., Kraszevska E. (2002), *Zespół alienacyjny u mężczyzn uzależnionych od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1.
- Jalali B. (2007), *Family therapy*, w: G. Fink (red.), *Encyclopedia of Stress*, New York.
- Juczyński Z. (1997), *Psychologiczne wyznaczniki przystosowania do choroby nowotworowej*, „Psychoonkologia”, nr 1.
- Lake T. (1993), *Samotność. Jak sobie z nią radzić*, Warszawa.
- Moskalewicz J., Habrat B., Sierosławski J., Świątkiewicz G., Zieliński A. (2000), *Konsekwencje zdrowotne nadużywania substancji psychoaktywnych*, w: C. Czabała (red.), *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*, Warszawa.
- Obuchowski K. (1983), *Psychologia dążeń ludzkich*, Warszawa.
- Pasikowski T. (2000), *Stres i zdrowie*, Poznań.
- Pettingale K.W. (1988), *Coping and cancer prognosis*, „Journal Psychosomatic Research”, vol. 28.
- Pilecka B. (1986), *Poczucie sensu życia w wybranych teoriach psychologicznych*, w: B. Pilecka (red.), *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*, Rzeszów.
- Plużek Z. (1996), *Osobowościowe uwarunkowania pytania o sens życia*, w: K. Popielski (red.), *Człowiek. Wartości. Sens. Studia z psychologii egzystencji. Logoteoria i nooteoria, logoterapia i nooterapia*, Lublin.
- Poprawa R. (2006), *Proaktywne radzenie sobie ze stresem a ryzyko uzależnienia się od alkoholu wśród dorastającej młodzieży*, w: B. Bartosz, J. Klebaniuk (red.), *Wokół jakości życia. Studia psychologiczne*, Wrocław.
- Pospiszyl I. (2003), *Ofiary chroniczne. Przypadek czy konieczność*, Warszawa.
- Rembowski J. (1992), *Samotność*, Gdańsk.
- Sęk H. (1986), *Wsparcie społeczne – co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym?*, „Przegląd Psychologiczny”, nr 2.
- Sęk H. (1997), *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, w: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*, Warszawa.
- Stefańska-Klar K. (2002), *Z psychologii samotności*, „Psychologia i Rzeczywistość”, nr 2.
- Szczukiewicz P. (1996), *Kryzys wartościowania w chorobie alkoholowej*, „Świat Problemów”, nr 4.
- Szmagański T. (1987), *Grupy samopomocy w Stanach Zjednoczonych jako zjawisko społeczne*, „Praca Socjalna”, nr 3.
- Wnuk M. (2005), *Poczucie jakości życia anonimowych alkoholików*, „Psychologia Jakości Życia”, nr 4.
- Wnuk M. (2006), *Zaangażowanie w ruch samopomocy a poczucie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu. Mediacyjna rola poczucia sensu życia*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 19.
- Wnuk M. (2007), *Zaangażowanie w ruch samopomocy a poczucie jakości życia osób uzależnionych od alkoholu. Mediacyjna rola długości abstynencji i długości pobytu we wspólnocie*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1.
- Wnuk M. (2010), *Samopomoc jako jedna z form radzenia sobie z uzależnieniem od alkoholu*, w: K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Kielce.
- Woititz J.G. (1994), *Małżeństwo na lodzie*, Warszawa.
- Zaworska-Nikoniuk D. (2001), *Metody pomocy i samopomocy w uzależnieniach*, Toruń.

Dr hab. Anna Kieszowska

Zachowania ryzykowne człowieka a znaczenie przynależności do wspólnoty

Streszczenie

Gdy samotność jednostki staje się ciężarem nie do udźwignięcia, rodzi się poczucie izolacji i bezsilności, a poczucie sensu życia jest zachwiane. Wtedy człowiek może wybrać reakcję ucieczki od codziennych cierpień. Często lęk przed samotnością powoduje wchodzenie do grup patologicznych, sięganie po środki psychoaktywne, podporządkowanie się grupie, popadanie w konflikt z prawem lub podejmowanie czynów samobójczych. Dla przezwyciężania samotności oprócz relacji z otoczeniem i odgrywania z większym lub mniejszym zaangażowaniem określonych ról społecznych ważna jest filozofia życia i przynależność do wspólnoty, a także właściwie realizowana profilaktyka suicydalna.

Słowa kluczowe: zachowania ryzykowne, poczucie sensu życia, samotność, grupy samopomocowe, wspólnota.

Dr hab. Anna Kieszowska

Risky-behaviors of man and the importance of belonging to a community

Summary

In a situation where the individual loneliness becomes a burden unbearable, it raises a sense of isolation and powerlessness, a sense of meaning in life is shattered. Then the person can choose to react to escape from everyday suffering. Often the fear of loneliness causes the entry to groups of pathological, reaching for psychoactive substances, the subordination of the group into conflict with the law rounder take acts of suicide. For overcoming loneliness in addition to the relationship with the environment and play with greater or lesser commitment to specific social roles, it is important philosophy of life and belonging to a community and properly implemented prevention of suicides.

Keywords: risky behavior, a sense of meaning in life, loneliness, self-help groups, community.

Prof. zw. dr hab. Andrzej Bałandynowicz

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
tel. 882 125 961 • mail: balandynowicz@op.pl

Samobójstwo w świadomości społecznej

Wstęp • Samobójstwo a otoczenie społeczne • Postawy społeczne względem samobójców • Prawo jednostki do samobójstwa • Argumenty przemawiające za prawem jednostki do samobójstwa • Wzajemne zobowiązania między jednostką a społeczeństwem • Konkluzja

Wstęp

Trudno jest patrzeć na smutną, „zastygłą w wyrazie rozpacz lub apatii” twarz człowieka pogrążonego w depresji (Kępiński 1993). Jego bolesne milczenie irytuje, a cierpienie, pragnienie śmierci – staje się niewygodnym ciężarem.

Mając świadomość własnej bezsilności, bojąc się odpowiedzialności czy wyrzutów sumienia, unikamy kontaktu z cierpiącym, zamykamy się na niego, uważając, że problem zniknie. Nie zdajemy sobie sprawy, że czasem wystarczy serdeczna obecność, wysłuchanie kilku słów, rozmowa i chęć udzielenia pomocy. Z reguły nie potrafimy spojrzeć na ludzkie cierpienie, aby usłyszeć wołanie o ratunek. Wytwarzają się natomiast w społeczeństwie opinie racjonalizujące lęk, postawy słabości i nieprzychylności wobec samobójców.

Samobójstwo a otoczenie społeczne

E. Ringel pisze, że: „ambiwalencja postaw objawia się niekiedy ustawicznym mówieniem o samobójstwie, a nawet jego zapowiedziami, w wyniku których nic nie następuje. Bardzo często osoby z otoczenia

«samobójcy» przestają się niepokoić, ponieważ nikt nie lubi, by mu zakłócać spokój i zawsze wykorzysta pretekst, by powrócić do stanu bez trosk obojętności, tłumacząc sobie: «z dużej chmury mały deszcz», «skoro tyle razy już o tym mówił – to i teraz nie należy brać jego słów na serio». I akurat wtedy, wcale nie tak rzadko, dochodzi do zaskakującego wszystkich wprowadzenia w czyn samobójczych zamiarów desperata.

Droga do samobójstwa jest długa. Stadium wyczerkiwania, odwlekania decyzji, w każdej chwili może ustąpić miejsca dynamice samobójczego czynu. Ponadto powszechne jest mniemanie, że zapowiedzi samobójstwa są równoznaczne z groźbą mającą charakter szantażu, na który nie należy «dać się nabrać», który zawsze «powinno się ignorować».

Powszechna jest także opinia o wszechmocy człowieka, o jego zdolności kierowania własnym życiem w sposób całkowicie kontrolowany. Opinia taka zrzuca całą odpowiedzialność za niepowodzenia na jednostkę, która okazała się zbyt słaba, za mało kreatywna, nieudolna. Zamiast zrozumienia osoby w trudnej sytuacji i realnej pomocy opinia ta rodzi pogardę i potępienie wobec osoby cierpiącej.

Brak uświadomienia społeczeństwa powoduje utrwalanie się legend i przesądów, które utrudniają, a często uniemożliwiają zapobieganie zjawiskom, które niezależnie od światopoglądu „oceniamy wszyscy jako smutne, bolesne i złe” (Hołyst 1983).

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

Postawy społeczne względem samobójców

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

Dopóki jest „zdrowa” i społecznie użyteczna – cieszy się poważaniem, kiedy zaś jej energia witalna wskutek różnorodnych czynników ulega zubożeniu – jej atrakcyjność maleje, pojawiają się pretensje, społeczeństwo zaczyna się powoływać na swoje prawa, zapominając o obowiązkach wobec jednostki.

Według opinii społecznej winny jest zawsze człowiek cierpiący, bo z powodu swej pasywności i alienacji nie wnosi wkładu w życie grupowe, a przez swój egoizm dostrzega tylko własne cierpienie i poszukuje rozwiązań korzystnych tylko dla niego lub jest obciążeniem dla społeczeństwa. Tak postrzeganej jednostce suicydalnej społeczeństwo odmawia pomocy, przyjmując wobec niej różnorodne postawy negatywne.

1. Postawa tabuizująca polega na przemilczaniu kwestii samobójstwa. Jak to ujmuje E. Ringel (1987): „udajemy odpornych, wypieramy i milczymy”. Przykładem takiej postawy jest 21-letni student, który na pytanie: „Wyobraź sobie swoje przeżycia i zachowania po samobójczej śmierci kogoś z Twoich bliskich”, odpowiada: „Na moje życie osobiste taka śmierć miała by taki sam wpływ jak każda inna śmierć”.

2. Postawa obojętna przejawia się pozostawieniem suicydenta samemu sobie z powodu braku zainteresowania jego problemem przez młodych ludzi, np.:

- „Powiedziała bym, że jest to jego prywatna sprawa i nie powinno angażować w nią innych ludzi. Nie zajmowałabym się tym”,

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

3. Postawa odręczająca polega na pozostawieniu osoby w trudnej sytuacji samej sobie właśnie ze względu na jego stan presuicydalny i z pełną świadomością konsekwencji odręczania. Cytowany w kontekście postawy tabuizującej student kilka miesięcy po wypełnieniu ankiety miał okazję wyznać się także postawą odręczającą. Zrywając po raz wtóry ze swoją narzeczoną, którą uprzednio zdradził i pobił, powiedział: „Kiedy jechałem do ciebie poprzednim razem, wiedziałem, że muszę cię uratować. Tym razem jednak przyjechałem się z tobą pożegnać. Wiem, że najprawdopodobniej popełnisz samobójstwo, ale niezależnie od wszystkiego nie zamierzam tego przedłużyć”.

W literaturze odnajdujemy wypowiedzi odnośnie do postępowania w przypadku powstrzymania kogoś od zamiaru popełnienia samobójstwa, że nie wolno dać się szantażować i manipulować. Czasem nagłe odręczanie takiej osoby przynosi lepsze rezultaty, niż uzalanie się nad nią i rozwodzenie nad jej problemami.

4. Postawa wyszydająca jest najbardziej zabójczą formą reakcji na problem suicydalny jednostki, świadczy bowiem o większej nieprzychylności wobec cierpiącego niż postawa odręczająca. Tu niechęć sięga znacznie głębiej: osobie reagującej w ten sposób nie wystarcza odsunięcie się czy wyrażenie krytycznej opinii o osobie w trudnej sytuacji. Zdarza się dawanie upustu złośliwości, aby pognać zgnębionego, jakby to ujął Nietzsche: „można przewrócić to, co i tak ma upaść”.

E. Ringel podkreśla, że „znamy wiele przypadków, kiedy doszło do samobójstwa, ponieważ otoczenie stwierdziło, np. że «jesteś zbyt słaby, żeby to zrobić i tylko tak mówisz» – tym samym odbierając takiemu człowiekowi drogę odwrotu. Podobnie dzieje się w sytuacji, kiedy z nieudanej próby samobójczej czyni się komuś zarzut, traktując go przy okazji jako człowieka drugiej kategorii, któremu nie można już zaufać” (Ringel 1987, s. 152–153).

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

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

Z. Szymańska i S. Żelazowska (1996, s. 99) piszą, że „czasem jedno nieopatrzone słowo, jeden gest wystarczą, żeby wzbudzić szybką nieprzemyślaną decyzję. Przykładem może służyć 16-letni chłopiec, któremu matka, widząc, że zażywa tabletki nasenne, powiedziała: «gdybyś zażył wszystkie, byłby w domu wreszcie spokój». Syn natychmiast poszedł za jej radą i zażył 20 tabletek veronalu”.

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

Znakomicie ujmuje to A. Kępiński (1993, s. 139): „chory depresyjny przyzwyczaja się do ciemności swego świata. Pełna kolorów jasność dnia razi go i drażni. Świat ludzi zdrowych jest dla niego obcym światem, to już jest inna planeta. Nie rozumie on ludzi cieszących się, śmiejących, szczęśliwych, są dla niego obcy, drażnią go, chce od nich uciec. Jak człowiek długo przebywający w ciemności mruży oczy, gdy wyprowadzi się go na światło, tak i chory w depresji zamyka się w sobie i wycofuje, gdy otoczenie stara się go wciągnąć w wir normalnego życia. Jakby przez kontrast jego depresja staje się głębsza w wesołym środowisku”.

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

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

- „Był już stary, długo by i tak nie pożył; uwolnił się od cierpień, a poza tym osiągnął teraz (wreszcie) cel, do którego dążył”,

- „Za dobrze mu się powodziło, stał się zbyt pewny siebie”,
- „Był przestępcą, grzesznikiem, elementem aspołecznym, był chory umysłowo”,
- „Szkoda człowieka, mógł jeszcze tyle zrobić dla siebie i dla nas wszystkich” – reakcja typowa dla badanych przez Fabera i Simona mieszkańców Los Angeles (Ringel 1992).

Warto przytoczyć wybrane wypowiedzi osób będących w trudnej sytuacji:

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

Uogólniając, można stwierdzić, że reakcja społeczeństwa na zjawisko samobójstwa jest negatywna. Wynika z braku zrozumienia, z niechęci, z lęku przed bezradnością i odpowiedzialnością. Nie potrafiąc zrozumieć osoby będącej w trudnej sytuacji, społeczeństwo obarcza winą człowieka cierpiącego.

Prawo jednostki do samobójstwa

Rozpatrując samobójstwo jako zjawisko społeczne, osobę samobójcy zaś jako jednostkę włączoną w sieć interakcji społecznych, należy także zatrzymać się nad problemem prawa jednostki do podjęcia aktu samobójczego, do wyzwolenia się z życia postrzeganego przez nią jako bezsensowne i bolesne.

Jak każde zjawisko społeczne także samobójstwo wywołuje różnorodne reakcje, najbardziej przeciwstawne zaś reprezentują osobę bezpośrednio zainteresowaną samobójstwem oraz grupa społeczna oczekująca od jednostki pewnego wkładu w życie zbiorowe.

„Samobójstwo jest aktem lub zjawiskiem szczególnie poruszającym opinię społeczną. Od wieków toczą się spory filozoficzne na temat prawa pozbawienia się życia. Egoizm społeczny wyraża się w autorytatywnych stwierdzeniach, że człowiek ma obowiązek

«dożycia swoich lat». Egoizm jednostki wyraża się w buncie przeciwko odpowiedzialności, jaką przyjął na siebie człowiek, włączając się w społeczny obieg życia” (Hołyst 1983, s. 13), dostrzegając jednocześnie istnienie tendencji społecznych do hierarchizowania prawa do samobójstwa w zależności od sytuacji, w jakiej znajduje się jednostka cierpiąca, od kapitału, jaki społeczeństwo w nią zainwestowało.

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

Przeciwko prawu jednostki do samounicestwienia przemawia wielość pełnionych przez nią w społeczeństwie ról i związanych z nimi zobowiązań wobec grupy, dla której śmierć jednostki oznacza „depriację oczekiwań”. Jak zauważa Jan Szczepański, człowiek żyje w świecie zewnętrznym, a zatem umiera także w świecie zewnętrznym, przekształcając go w sposób nieodwracalny. Zadając sobie śmierć – jednostka łamie funkcjonujący w danej zbiorowości system norm i wartości, dlatego naraża się na ocenę krytyczną, a nawet na pogardę.

T. Ślipko (1964, s. 105) wymienia przeciwko samobójstwu trzy zasadnicze typy argumentów, na które ochoczo powołują się inni:

- 1) teologiczny – który potępia samobójstwo jako występki zły, bo sprzeczny z zamysłami Boga, jedynego suwerennego władcy ludzkiej egzystencji. Pozbawiając się życia, człowiek samowolnie przywłaszcza sobie prawo przysługujące jedynie stwórcy;
- 2) socjologiczny – podkreśla on szkodę, jaką samobójca wyrządza społeczeństwu, uciekając od wypełniania swoich obowiązków względem niego;
- 3) personalistyczny – stwierdzający, że obowiązkiem każdego człowieka jest kochać samego siebie, a zatem – czynić dla siebie dobro, którego niezbędnym warunkiem jest zachowanie własnej egzystencji.

Dzieląc rodzaje aktów samounicestwienia na „samobójstwo z rezygnacji” i „samobójstwo z poświęcenia”, T. Ślipko opowiada się przeciwko pierwszemu z nich, rozumiejąc przez nie „akt samobójczy popełniony pod naciskiem cierpienia fizycznego lub duchowego jako dążenie do wyzwolenia się spod tego naciśku i uzyskania stanu «nie-cierpienia»” (ibid., s. 108). Akt ten, zdaniem autora, nie służy jednak dobru, ale potęguje zło, podważa bowiem autentyczny sens

wolności człowieka, która ma polegać na przezwyciężaniu trudności, nie zaś na poddawaniu się.

Warto przytoczyć słowa B. Hołysta (1991) dotyczące teologicznego spojrzenia na samobójstwo, gdyż „chrześcijaństwo zawiera w swej najskrytszej głębi prawdę, że cierpienie przez krzyż jest właściwym celem życia; stąd też odrzuca jako sprzeczne z tym celem samobójstwo – aprobowane, a nawet szanowane z niższego punktu widzenia przez starożytnych. Owa racja przemawiająca przeciw samobójstwu ma wszakże charakter ascetyczny”.

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

Niektórzy autorzy broniący argumentów przeciwko prawu jednostki do samobójstwa określają pewne okoliczności, które mogą taki zamach usprawiedliwiać. Píše o tym m.in. S.B. Nuland (1993, s. 178–179): „odebranie sobie życia jest prawie zawsze czynem złym. Są jednak dwie okoliczności, w których może być inaczej. Są to: nieznośne niedołęstwo wieku starczego i krańcowe wyniszczenie śmiertelną chorobą. Samobójstwo jest jedną z opcji, które mogą brać pod uwagę ludzie sędziwi i słabi, gdy ich dni stają się coraz trudniejsze, przynajmniej ci z nich, którym nie zabraniają tego osobiste przekonania”.

Argumentu socjologicznego broni obszernie Z. Cackowski. Analizując pojęcia „odejście” i „rozstanie”, opowiada się on przeciwko aktowi samobójczemu jednoznacznie z rozstaniem: „Nie należy wszakże mylić rozstania z odejściem. Odejść można od polnego kamienia. Nie można odejść od psa – przyjaciela; tu już by było partnerstwo, tu mamy do czynienia z rozstaniem. To rozstanie jest zerwaniem więzi życiowej, ważnej nie tylko dla nas, ale i dla przywiązanego do nas zwierzęcia. Tym mniej możliwe jest odejście od innych ludzi. Rozstanie się z ludźmi oznacza zrywanie nie tylko naszych związków, lecz także związków, w które uwikłani są inni ludzie, a które są treścią ich życia. I z tego to, jak sądzę, powodu nikt nie umiera sam!” (Cackowski 1981, s. 16–22).

Tak zatem sieć powiązań interpersonalnych nakłada na jednostkę obowiązek przezwyciężania cierpienia w imię dobra zbiorowości społecznej, nawet jeżeli owa zbiorowość nie poczuwa się do obowiązku niesienia jednostce pomocy. Zobowiązania między jednostką a społeczeństwem są przez społeczeństwo postrzegane jednostronnie, dlatego podkreślam, że

w takiej sytuacji samobójca jest dla mnie zawsze ofiarą: ofiarą cierpienia, ofiarą osamotnienia i ofiarą narzucanych na niego obowiązków społecznych.

Pozostaje jeszcze jeden aspekt do rozpatrzenia, a mianowicie: prawny argument przemawiający przeciwko samobójstwu. W polskim prawie karnym wprawdzie nie ma zakazu dokonywania samobójstwa, jak jednak wykazuje A. Wąsek (1982), jednostka nie ma do niego prawa, gdyby tak bowiem było – przysługiwałaby jej w tym zakresie ochrona prawna przed postępowaniem różnorodnych organów (administracji państwowej, policji, służby zdrowia, straży pożarnej) utrudniających jej zamach samobójczy. Faktycznie zaś zarówno wymienione organy, jak i osoby fizyczne wielokrotnie ingerują w zamach samobójczy jednostki – wbrew jej woli. Nieratowanie samobójcy, nawet jeśli było efektem jego życzenia, kwalifikowane bywa jako przestępstwo nieudzielenia pomocy człowiekowi, którego życie jest bezpośrednio zagrożone (art. 164 § 1 k.k.). Podżeganie i pomocnictwo do samobójstwa natomiast kwalifikowane jest jako przestępstwo zabójstwa (art. 151 k.k.).

Polskie prawo wyraźnie określa osoby pozbawione prawa do samobójstwa, tj. osoby małoletnie, niepełnosprawne, tymczasowo aresztowane, odbywające karę pozbawienia wolności, umieszczone w ośrodku przystosowania społecznego. W przypadku samobójstwa tych osób podejmowane są zabiegi medyczne – wbrew woli jednostki (może to być np. przymusowe odżywianie skazanego podejmującego głodówkę). „Tradycyjnie od wielu lat doktryna nasza odmawia człowiekowi prawa do popełniania samobójstwa. Wprawdzie zakazu takiego nie formułuje się wprost, ale milcząco przyjmuje się jego istnienie, skoro reprezentuje się stanowisko, że samobójstwu należy zawsze, bez wyjątku przeszkadzać, nie zważając też na to, że dopuszcza się go człowiek dorosły, w pełni władz psychicznych, powodowany racjami, które zasługują na rozważenie” (Wąsek 1982, s. 15).

Argumenty przemawiające za prawem jednostki do samobójstwa

Za prawem jednostki do popełnienia „samobójstwa z rezygnacji”, a nawet za jej obowiązkiem dokonania „samobójstwa z poświęcenia” opowiadają się filozofowie reprezentujący nurt etyki relatywistycznej (Ślipko 1964).

Platon znajduje usprawiedliwienie dla samobójstwa w „hańbie, z której nie ma wyjścia i która żyć nie pozwala”, lub w jakimś ogromnym, „niedającym się odwrócić nieszczęściu”, Schopenhauer – w gorszych

niż sama śmierć „okropnościach życia”, Kotarbiński natomiast dopuszcza samobójstwo, gdy jest ono „złem najmniejszym z możliwych”.

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

W gronie zwolenników tej koncepcji wymienić można także: stoików, Hume’a, Montesquieu oraz egzystencjalistów. Autorów opowiadających się za prawem jednostki do samobójstwa jest znacznie więcej. Przykładowo:

- H. Pohlmeier – prawo to uzasadnia zdolnością człowieka do podejmowania niezależnych decyzji w różnych sytuacjach życiowych;
- R. Kastenbaum – śmierć z własnej ręki uznaje za korzystne rozwiązanie, zwłaszcza gdyby żyjąc, miało się być ciężarem dla innych;
- R. Diekstra – usprawiedliwia samobójstwo związane z doświadczaniem poważnej i nieodwracalnej straty (np. zdrowia fizycznego, partnera), depresją, a także pragnieniem śmierci utrzymującym się dłużej niż sześć miesięcy;
- J. Améry – postrzega samobójstwo jako „najbardziej ludzką, najbardziej zrozumiałą nawet oczywistą reakcją na fakt, że w zasadzie życie równoznaczne jest z porażką” (za: Ringel 1987, s. 260);
- Leister – opiera zgodę na samobójstwo na zdolności do samodzielnego decydowania o własnym życiu przez człowieka dorosłego, będącego w pełni władz umysłowych. R. Tokarczyk (1984, s. 353) pisze, że „jeśli dłuższe życie byłoby pasmem dotkliwego bólu, swobodny wybór życia krótszego może się wydawać uzasadniony”. T. Ślipko (1964) znajduje pewne usprawiedliwienie dla „samobójstwa z poświęcenia”, zmierzającego do przysporzenia społeczeństwu jakiegoś wielkiego dobra za cenę ofiary z własnego życia.

W tego typu samobójstwie zniszczenie własnej egzystencji nie jest ostatecznym celem, ale środkiem dążenia ku pewnemu dobru innych ludzi, grupy społecznej czy Boga. Jak wywodzi Ślipko (1970): „w tej relacji środka do celu zawiera się etyczna wartość – pozytywna lub negatywna – samobójstwa z poświęcenia”. E. Ringel (1987) sądzi, że człowiek bezspornie ma prawo do samobójstwa, które wynika z jego zdolności do autorefleksji, ze świadomości własnego życia, któremu sam może zadać śmiertelny cios.

Natomiast B. Hołyst (1991), rozważając kwestię subiektywności postrzegania świata, konkluduje, że „jeśli człowiek nie zgadza się na życie skazane, na rozpacz, samotność i klęskę, jeśli nie może być wolny w obszarze ograniczonym brakiem wolności, ma prawo zrezygnować z życia, ma prawo je skrócić”.

Z kolei T. Kielanowski wprowadza nie wypowiedział się bezpośrednio na temat samobójstwa, porusza jednak kwestię prawa pacjenta do niezgadzania się na zabiegi medyczne. Stwierdza: „wielomiesięczne umieranie wśród bólów moralnych i fizycznych, ze wzrastającym zrozumieniem nieodwracalności swojego złego stanu zdrowia, staje się częstym zakończeniem ludzkiego życia. Ludzie myślący na całym świecie stawiają sobie coraz częściej pytanie – czy tak musi być, czy człowiek jest skazany na to, żeby umierać w mękach, czy lekarskie działanie przedłużające życie, mające być już tylko cierpieniem, jest działaniem racjonalnym, moralnie dobrym i godnym kontynuowania? Człowiek zdobył sobie po stuleciach walki wolność sumienia, wolność polityczną i obywatelską, może sobie wybierać zawód i rodzaj pracy w zawodzie, rodzaj rozrywki i spędzania czasu. Dlaczego więc, mając prawo stanowienia o sobie, o swoim życiu, nie miałby prawa stanowienia o swojej śmierci?” (Kielanowski 1978, s. 20–21).

W odpowiedzi na przedstawione wątpliwości można przytoczyć powołane już argumenty przeciwko prawu jednostki do stanowienia o swojej śmierci:

- 1) personalistyczny – nakazujący konieczność czynienia dobra samemu sobie, a więc przedłużania własnej egzystencji, uznawanej za dobro najwyższe dane człowiekowi;
- 2) socjologiczny – zobowiązujący jednostkę do większej troski o dobro zbiorowe niż własne;
- 3) teologiczny – przyznający prawo do decydowania o życiu ludzkim wyłącznie Bogu.

Jednakże argumenty te tracą swą moc z chwilą, gdy egzystencja jednostki przybiera postać tak dramatyczną, że śmierć z własnej ręki wydaje się – także w wymiarze obiektywnym – złem mniejszym niż dalsza „wegetacja”.

Zbiorowość tzw. ważnych innych wprowadza oczekuje od jednostki wypełnienia narzuconych jej ról, ale w żaden sposób nie ułatwia przezwyciężenia trudności, przeciwnie – pozostawia jednostkę samą sobie, przyjmując wobec niej postawę potępiającą bądź wyszydającą, pomnażając tym samym jej cierpienie.

Wiara jednostki nie jest na tyle silna, aby utwierdzić ją w przekonaniu o miłości i wszechmocy Boga,

a tym bardziej o Jego wyłączności, jeżeli chodzi o decydowanie w sprawach życia i śmierci.

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

Wzajemne zobowiązania między jednostką a społeczeństwem

Z reguły osoby, które znalazły się w sytuacji trudnej, na granicy życia, zdecydowanie opowiadają się za tym, że pomoc osobie cierpiącej, zagrożonej samobójstwem jest ludzkim obowiązkiem, ale ważne też, aby to była pomoc profesjonalna.

Powołując się na socjologiczny punkt widzenia, zapoczątkowany przez Arystotelesa, należałoby przyznać rację tym wszystkim, którzy twierdzą, że samobójstwo jest pogwałceniem obowiązków człowieka względem innych ludzi, gdyż uszczupla pewne zasoby grupy, nadwęża jej odporność psychiczną, zabija jej istotne ogniwo. Słusznie jednak zauważa R. Tokarczyk (1984, s. 333), że: „jak przekonywali epikurejczycy, stoicy, Hume i inni filozofowie, nie jest wcale pewne, czy grupa społeczna ma podstawy do wysuwania tak daleko idących roszczeń w stosunku do jednostki”. Nie tylko bowiem jednostka ma pewne zobowiązania względem społeczeństwa, ale przede wszystkim grupa społeczna jest obciążona obowiązkami wobec jednostki i ponosi, jak wywodzi autor, odpowiedzialność za ich niewypełnienie. „Osoba, która popełnia samobójstwo, czyni to często dlatego, że nie jest otaczana przez grupę dostateczną miłością, opieką, czcią, szacunkiem... W takich przypadkach na grupach społecznych, czy też nawet całych społeczeństwach, miałyby spoczywać odpowiedzialność za samodestrukcyjne akty jednostki. To obowiązek społeczeństwa wobec jednostki miałby być czymś pierwotnym, a obowiązek jednostki w stosunku do społeczeństwa czymś wtórnym” (ibid.).

Analizując akt samobójczy z socjologicznego punktu widzenia, B. Hołyst (1991, s. 56–57) odpowiedzialnością obciąża społeczeństwo, które winne jest temu, że „jednostka nie widzi w nim możliwości zaspokojenia swoich potrzeb”. Samobójstwo wiąże on z załamaniem się wiary w drugiego człowieka, z brakiem nadziei na jego współczucie i gotowość niesienia pomocy.

Winę za samobójstwo jednostki można przypisać społeczeństwu także w aspekcie prawnym. A. Wąsek

(1982, s. 39) pisze, że „popętnienie samobójstwa jest w wielu przypadkach następstwem perfidnego postępowania innych ludzi, co niekiedy dawać może podstawę do odpowiedzialności karnej takich osób (por. art. 184 § 2 k.k.). Samobójca bywa w takim wypadku ofiarą nie tylko swego czynu, ale i jeśli nie przede wszystkim, ofiarą przestępstwa innej osoby”.

Każda z wymienionych reakcji negatywnych na sygnały samobójcze jednostki może się okazać bezpośrednim powodem zewnętrznym samobójstwa. O jednej z takich postaw – o obojętności – pisze w swych *Esejach* A. Camus (1962, s. 92–93): „należałoby wiedzieć, czy w dniu samobójstwa przyjaciel desperata nie rozmawiał z nim w tonie obojętnym. Wówczas on jest winien. Taka rzecz może bowiem wystarczyć, by przyspieszyć wybuch wszystkich uraz i wszystkich zniechęceń, dotąd jeszcze pozostających w zawieszeniu”.

Podsumowując rozważania nad kwestią obowiązków osoby na granicy życia względem społeczeństwa oraz jej prawa do samobójstwa, należy z całą stanowczością stwierdzić, że ma ona, o ile jest jednostką zdrową i poczytalną, wiele obowiązków wynikających z zajmowanej w zbiorowości społecznej pozycji i pełnionych ról, ale obowiązki te są zawsze wtórne względem tych, jakie społeczeństwo powinno wypełniać wobec jednostki.

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

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

W takich wypadkach samobójcę należy uznać za ofiarę społeczeństwa i – nie mogąc zrekompensować mu braków i naprawy krzywd – pozwolić mu zadecydować o własnym losie.

Nadal aktualne są słowa, że „obecnie jesteśmy świadkami, jak szala wagi przechyla się na drugą stronę – w przypadku skrajnych poglądów często tak bywa. Na ławie oskarżonych, na której przez całe stulecie niesłusznie zasiadał samobójca, sadza się teraz przedstawicieli służb zapobiegania samobójstwom, choć działalność profilaktyczna prowadzona jest dopiero od niedawna” (Ringel 1987, s. 259; Kieszowska, red., 2007).

Konkluzja

Wieloczynnikowy i złożony charakter samobójstwa wyznacza konieczność wielopłaszczyznowego oddziaływania profilaktycznego (Hołyst 1978). Zjawisku samobójstwa należy zapobiegać u podstaw, tzn. w środowisku ludzi młodych, stojących u progu dojrzałego życia, u progu założenia rodziny. Do istotnych działań zaliczyć należy (Pilecka 1995):

- 1) szerzenie wiedzy w społeczeństwie na temat przyczyn zachowań samobójczych oraz możliwości przeciwdziałania im;
- 2) szkolenie organizacji społecznych w celu polepszenia ich funkcjonowania i zwiększenia kompetencji profesjonalistów zajmujących się wyodrębnianiem i pomocą osobom suicydalnym;
- 3) szczególne zainteresowanie grupami podwyższonego ryzyka.

W społeczeństwie należy wzbudzić świadomość własnego życia, odpowiedzialności za siebie i swoich bliskich, wpoić podstawowe zasady funkcjonowania rodziny, wychowania potomstwa, wprowadzenia dziecka w rzeczywistość z postawą optymistycznego zainteresowania oraz wiarą we własne siły i pomoc najbliższych. Wzrastając w dojrzałość, prawidłowo funkcjonującej rodzinie, młody człowiek ma wielkie szanse na to, by jego osobowość ukształtowała się w sposób prawidłowy i była jego sprzymierzeńcem w trudnych chwilach.

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

W tym momencie właśnie wyłania się pytanie: czy samobójstwu należy przeciwdziałać w każdym przypadku? Moim zdaniem przeciwdziałać należy wyłącznie samobójstwom instrumentalnym,

spowodowanym konkretnymi problemami, frustracją określonych potrzeb, które można zaspokoić. Tu działania profilaktyki uprzedzającej są możliwe, a nawet konieczne. Nie mamy natomiast prawa przeciwdziałać samobójstwu, jeśli jest ono jedynym pragnieniem jednostki, jedynym słusznym w jego mniemaniu rozwiązaniem. Nie mamy prawa ingerować w świadomy, zamierzony akt samobójczy, jeżeli nie potrafimy zaoferować jednostce rozwiązań konkurencyjnych i zagwarantować ich skuteczności.

Według B. Hołysta (1991, s. 6–7): „uratować życie, to uratować ciało, uratować człowieka, to uratować chęć życia. Gdy o tym zapominamy, ratowanie życia staje się ratowaniem duchowo «odmóždzonej» fizjologicznej maszyny. Powszechnie sądzi się, że ratowanie życia jest moralnym nakazem. Czy jednak wolno nam ratować ciało, jeżeli nie potrafimy ratować ducha? Ciągłe rośnie chęć przywracania tej jednej, tylko cielesnej, fizjologicznej strony życia, która bez drugiej, duchowej nie jest nawet namiastką prawdziwie ludzkiego istnienia. Ciało może istnieć bez ducha. Duch nie może istnieć na tym świecie bez ciała. Ratując tylko ciało, nie przywracamy życia, ożywiamy jedynie ciało. Uzasadnieniem ratowania samego ciała pozostaje nadzieja, że w pewnym momencie uda się uratować w tym ciele też duszę”.

Według A. Kępińskiego (1993): „korzystnie działa na chorego świadomość, że ktoś prawdziwie życzliwy jest przy nim, ale niech nie mówi, nie próbuje

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

Przyjmując, że obowiązki społeczeństwa wobec jednostki są pierwotne, natomiast obowiązki jednostki wobec społeczeństwa – wtórne, osobę suicydalną należy uznać za ofiarę, wobec której grupa nie wypełniła swoich obowiązków. Dodatkowym argumentem obciążającym grupę społeczną jest fakt, że samobójstwo nigdy nie pojawia się bez zapowiedzi lub przynajmniej sygnałów zwiastujących zagrożenie. Zawsze jest czas na to, aby je dostrzec i podjąć działania prewencyjne.

Bibliografia

- Cackowski Z. (1981), *Trud i sens ludzkiego istnienia*, Warszawa.
- Camus A. (1962), *Eseje*, Warszawa.
- Hołyst B. (1978), *Samobójstwo jako problem kryminologiczny i kryminalistyczny*, „Zdrowie Psychiczne”, nr 4.
- Hołyst B. (1983), *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*, Warszawa.
- Hołyst B. (1991), *Przywrócenie życiu*, Warszawa.
- Kępiński A. (1993), *Melancholia*, Kraków.
- Kielanowski T. (1978), *Prawo człowieka do stanowienia o sobie*, Gdańsk.
- Kieszkowska A., red. (2007), *Strategie oddziaływań profilaktycznych*, Kielce.
- Nuland S.B. (1993), *Jak umieramy*, Warszawa.
- Pilecka B. (1995), *Wybrane problemy samobójstw młodzieży*, Lublin.
- Ringel E. (1987), *Gdy życie traci sens*, Warszawa.
- Ringel E. (1992), *Nerwica a samozniszczenie*, Warszawa.
- Szymańska Z., Żelazowska Z. (1996), *Próby samobójcze wśród młodzieży*, „Zdrowie Psychiczne”, nr 1–2.
- Ślipko T. (1964), *Pojęcie samobójstwa bezpośredniego i pośredniego w świetle współczesnych dyskusji*, „Roczniki Filozoficzne”, nr 4.
- Ślipko T. (1970), *Etyczny problem samobójstwa*, Warszawa.
- Tokarczyk R. (1984), *Prawa narodzin, życia i śmierci*, Lublin.
- Wąsek A. (1982), *Prawnokarna problematyka samobójstwa*, Warszawa.

Prof. zw. dr hab. Andrzej Bałandynowicz

Samobójstwo w świadomości społecznej i prawnej

Streszczenie

We współczesnym świecie coraz częściej sytuacje trudne powodują zachwianie stabilizacji życiowej jednostki, która w obliczu nawarstwiających się problemów podejmuje się zachowań autodestrukcyjnych. Opinia publiczna zrzuca całą odpowiedzialność za niepowodzenia na jednostkę, która okazała się zbyt słaba, za mało kreatywna, nieudolna. Brak uświadomienia społeczeństwa powoduje utrwalanie się legend i przesądów, które utrudniają, a często uniemożliwiają zapobieganie zjawiskom, które niezależnie od światopoglądu, oceniamy wszyscy jako smutne, bolesne i złe. Do obowiązków grupy społecznej powinna należeć profilaktyka suicydalna, poczynając od urodzenia aż do późnej starości, realizowana w zależności od potrzeb społecznych i występujących zagrożeń.

Słowa kluczowe: samobójstwo, suicydent, świadomość społeczna, prawo prewencja.

Prof. zw. dr hab. Andrzej Bałandynowicz

Suicide in social awareness

Summary

In today's world more and more difficult situations cause disturbance stabilization living units, which in the face of accumulating problems take a self-destructive behaviors. The public dumps the entire responsibility for the failure on the unit, which proved to be too weak, too little creative, inept. Lack of public awareness causes consolidation of the legends and superstitions that make it difficult and often impossible to prevent suicidal behaviours that regardless of the outlook, we assess all the sad, painful and bad. The duties of the social group should include prevention of suicidal behaviours from birth to old age later, carried out according to the social needs and existing threats.

Key words: suicide, social, legal, awareness, preventive measures.

Dr hab. Adam Czabański

Kierownik Pracowni Socjologii Zdrowia i Patologii Społecznych, Katedra Nauk Społecznych,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
tel. 501 416 999 • mail: aczabanski@interia.pl

Społeczne reakcje pasażerów pociągów – świadców incydentów suicydalnych na torach

Wstęp • Specyfika samobójstw na torach kolejowych • Metodologia badań własnych • Relacje pasażerów pociągu będących świadkami incydentu suicydalnego • Wnioski z badań

Wstęp

Samobójstwo stanowi graniczną reakcję człowieka na piętrzące się przed nim trudności i zawiłe sploty okoliczności. Śmierć taka zawsze uruchamia pytania o przyczyny sprawiające, że człowiek, który przez całe swoje życie pielęgnował i karmił swoje ciało, nagle pała do siebie taką nienawiścią, że godzi się na zmiżdżenie i rozkawałkowanie tego swojego ciała. E. Stengel zauważył, że wielu samobójców przeżywa swoistą ambiwalencję celów, a więc równocześnie chęć życia i śmierci (Hołyst 2002, s. 35). To wyjaśnia dobór często mało urazowych środków, jak różnego rodzaju leki. Stengel uważa, że rzadko spotyka się sprawców zamachów samobójczych przewidujących absolutną nieuchronność śmierci (ibid., s. 36).

Pragnienie własnej śmierci uwidocznia się zwłaszcza w tzw. samobójstwach złożonych. Brunon Hołyst tłumaczy, że samobójstwo to polega na tym, że desperat, który chce popełnić samobójstwo, stosuje równolegle dwie lub więcej metody. Jak pisze B. Hołyst: „sprawca samobójstwa złożonego może spożyć środki o działaniu toksycznym, a następnie porazić się prądem czy też skoczyć ze znacznej wysokości” (ibid., s. 778). Na temat takich samobójstw pisali też T. Marcinkowski,

J. Pukacka-Sokołowska i T. Wojciechowski (1973, s. 327–333), zauważając, że osoba dokonująca takiego czynu stosuje niekiedy wyrafinowany plan działania, co wymaga od niej rozwiniętych zdolności logistycznych. Cechą samobójstw złożonych jest ich wysoka skuteczność, a także wyrażające się w szczegółowym planie działania samobójcy pragnienie własnej śmierci.

Poza samobójstwami złożonymi największą skutecznością charakteryzują się samobójstwa dokonywane na torach kolejowych. Problematyka samobójstw na torach kolejowych lub na torach metra podejmowana była w wielu pracach naukowych (O'Donell, Farmer 1992, s. 60–63; Emmerson, Cantor 1993, s. 90–94; Clarke 1994, s. 401–407; Bestkow, Thorson, Öström 1994, s. 447–451; Gaylord, Lester 1994, s. 254–262; Lester 1995, s. 954; Deisenhammer et al. 1997, s. 67–73; Mishara 1999, s. 690–699; Chowdhury, Dutta, Chodhury 2000, s. 27–32; Driever, Schmidt, Madea 2002, s. 123–128; Baumert, Erazo, Ladwig 2006, s. 173–178; Mishara 2007, s. 36–43; Ratnayake, Links, Eynan 2007, s. 766–781; Krysińska, De Leo 2008, s. 763–771; Ladwig et al. 2009, s. 589–594; Law, Yip 2011, s. 915–920; Lukaschek, Baumert, Ladwig 2011, s. 620; Rådbo, Andersson 2012, s. 772–780; Ryan, Kallberg 2013, s. 89).

W samobójstwach na torach kolejowych śmierć jest w 90% nieuchronna (van Houwelingen, Beersma 2001, s. 215–223; Erazo, Baumert, Ladwig 2005, s. 137–143), a jej okoliczności są wyjątkowo drastyczne. W takich czynach suicydalnych człowiek pragnie unicestwienia swojego życia, jest pewien swojej decyzji i działa w swoim mniemaniu racjonalnie, z pełną premedytacją. Racjonalność tych działań tłumiona jest przez stosowany w takich zamachach suicydalnych alkohol lub rzadziej narkotyki.

Jeśli ktoś staje na torach w oczekiwaniu na zmiażdżenie przez wielotonowy pociąg, to pragnie w ten sposób dobitnie wyrazić swoje pragnienia śmierci, a nade wszystko pragnienie odejścia z tego życia, pozostawienia doczesnego koszmaru.

Warto zwrócić uwagę na mimowolnych świadków takich traumatycznych wydarzeń. Wśród osób doświadczających silnej traumy są maszyniści, obsługa pociągu, osoby uczestniczące w usuwaniu zwłok, a także przypadkowi pasażerowie.

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie relacji pasażerów pociągu, który brał udział w incydencie suicydalnym. W ramach badań postanowiono zwrócić uwagę na pojawiające się w tych relacjach wątki świadczące o poczuciu bezpieczeństwa pasażerów.

Specyfika samobójstw na torach kolejowych

Według Brunona Hołysta ofiara wybiera do popełnienia samobójstwa pojazd szynowy ze względu na trzy czynniki:

- 1) znaczną masę tego typu pojazdów;
- 2) niemożność zmiany toru jazdy w momencie dostrzeżenia samobójcy na torach;
- 3) wynikającą z masy pojazdu długą drogę hamowania.

Te właśnie czynniki wzmagają skuteczność zamachu (Hołyst 2012, s. 972). Ponadto samobójcy wybierają nierzadko takie miejsca, w których maszyniści kolejowi mają ograniczoną widoczność i nie są w stanie na czas wyhamować.

Badania dotyczące specyfiki samobójstw na torach kolejowych pod kątem analiz kryminologicznych i z zakresu medycyny sądowej prowadzone były w Polsce w pierwszej połowie lat 70. XX w. (Garbowska, Skórniowski 1973, s. 103–104; Jaegermann, Paćko 1974, s. 15–32).

Zdaniem B. Hołysta samobójcy ginący na torach kolejowych zazwyczaj noszą poprzeczne cięcia w okolicy szyi, tułowia lub kończyn. Jak się bowiem okazuje, ofiary najczęściej leżą w poprzek torów. „Jako

typowe dla samobójstwa odnotowano odcięcie głowy, bez żadnej innej rany” (Hołyst 2012, s. 973). W innych śmiertelnych incydentach na torach kolejowych charakterystyczne są zupełnie odmienne uszkodzenia ciała ofiary. Píše o tym B. Hołyst: „Rany zwykle są liczne, włącznie z rozmaitymi otwartymi albo zamkniętymi złamaniami kończyn, które czasami są zupełnie odcięte. Nierzadkie są przypadki prawdziwego wypatroszenia. Niekiedy rany mają znamiona podejmowania przez ofiarę próby uniknięcia uderzenia (np. gdy zostawały okaleczone tylko kończyny dolne) (ibid., s. 973). Poznański badacz T. Marcinkowski ustalił, że samobójcy zwykle układają się na szynach prostopadle do kierunku torów, w taki sposób, że szyja przylega do szyny. Po przejechaniu pociągu następuje więc oddzielenie głowy oraz uszkodzenie kończyn dolnych (Marcinkowski 1975, s. 145).

Nie ma jednoznacznych ustaleń co do szczególnej podwyższonego poziomu odurzania się alkoholem przez ofiary samobójstw na torach kolejowych. Badania potwierdzają, że znaczny poziom alkoholu stwierdza się w co czwartym przypadku (Symonds 1985, 609–621; Silla, Luoma 2012, s. 61–66). Z kolei inni autorzy uważają, że konsumpcja alkoholu wiąże się ze śmiercią o przypadkowej etiologii (Palanco et al. 1999, s. 444–446).

Rozstrzygnięcie, czy zdarzenie było samobójstwem, wypadkiem czy zabójstwem, wymaga sumiennego i dokładnego przeprowadzenia oględzin miejsca zdarzenia. Píše o tym B. Hołyst: „Badania powinny objąć nie tylko miejsce zderzenia pojazdu z ciałem ofiary, lecz także teren, na którym znajdowano poszczególne części ciała denata, fragmenty jego garderoby czy należące do niego przedmioty. Organy ścigania powinny również dążyć do odtworzenia drogi, którą ofiara dostała się w rejon torów. [...] W odszukiwaniu śladów pochodzących od denata może pomóc użycie psa tropiącego” (Hołyst 2012, s. 974–975).

Niektórzy autorzy podkreślają, że najbardziej gwałtowne metody samobójstwa stosowane są przez osoby z poważną chorobą psychiczną. Tacy autorzy jak Lindekilde, Wang, Boskov, Emmerson, Cantor i Symonds wyrażają pogląd, że większość z przebadanych przypadków samobójstw na torach kolejowych była udziałem osób leczących się psychiatrycznie, cierpiących na psychozy, schizofrenię i nerwicę (Hołyst 2012, s. 973).

W wielu krajach były prowadzone badania nad specyfiką samobójstw na torach kolejowych. Dostarczają one wielu informacji odnośnie do skali zjawiska oraz profilu społeczno-demograficznego desperatów (Erazo et al. 2004, s. 1099–1106; Radbo et al. 2005,

s. 423–428; van Houwelingen et al. 2010, s. 281–286; Reynders et al. 2011, s. 120–127; Dinkel et al. 2011, s. 137–143; Andriessen, Krysińska 2012, s. 39–45). W Polsce także ta tematyka była podejmowana (Bolechała et al. 2003, s. 301–311; Niemcenowicz-Janica et al. 2004, s. 120–124; Bloch-Bogusławska et al. 2006, s. 181–190; Czabański 2013).

Samobójstwa na torach kolejowych przez swoją specyfikę powodują wiele sytuacji zagrażających poczuciu bezpieczeństwa obywateli. Badania będące podstawą tego artykułu rzucają nieco światła na to zagadnienie.

Metodologia badań własnych

Badania prowadzono wśród studentów poznańskich wyższych uczelni. Ich podstawą było zbieranie relacji z incydentów samobójczych, które młodzież studencka znała. Wśród zgromadzonych 1480 takich relacji 129 dotyczyło samobójstw popełnionych na torach kolejowych, z czego 27 koncentrowało się na opisie reakcji pasażerów będących mimowolnymi świadkami czyjegoś samobójstwa na torach kolejowych.

Badania będące podstawą tej pracy miały charakter badań jakościowych. Przeprowadzono je w okresie od stycznia do maja 2011 r. Owocem tych badań było dotarcie do unikatowych wspomnień studentów. Nie ma podstaw do podważania autentyczności i wiarygodności tych źródeł.

Relacje pasażerów pociągu będących świadkami incydentu suicydalnego

Wśród wielu relacji z wydarzeń towarzyszących samobójstwom na torach kolejowych należy wyróżnić także te będące zapisem przeżyć osób podróżujących. Są to interesujące dane jakościowe, ilustrujące reakcje przypadkowych osób, które w pociągu stanowią grupę efemeryczną, ulotną. Można jednak zauważyć jakieś szczątkowe próby stanowienia wspólnoty. Powiedziałbym: wspólnoty w suicydalnym doświadczeniu. Oto bowiem zbiorowisko jednostek doświadcza silnych emocji związanych z niezwykłym, tragicznym wydarzeniem. Takie wydarzenia ludzi łączą, pobudzają przepływ komunikacji między obcymi sobie osobami, wzmagają poczucie wspólnoty losu, jedności w tych trudnych okolicznościach.

W komentarzu do zamieszczonego w internecie filmu o maszynistach znalazł się następujący zapis:

„Jechałem 2 lata temu na trasie z Opola do Legnicy, właśnie takim pociągiem. Poczułem tylko ostre hamowanie,

zarzuciło mnie mocno do przodu, mało sobie nie rozbiłem przy tym ryja. Z początku nie wiedziałem, co się stało, pociąg się zatrzymał w gołym polu. Po 20 minutach przyjechała policja i karetka ze złotą folią. Wyglądałem tylko przez okno, nie wychodziłem na zewnątrz (pociąg zatrzymał się na dosyć długo). Przesłuchiwali dokładnie maszynistę [...], ludzie podróżujący popatrzyli się, niewybrednie pokomentowali, ogółem słyszało się tylko: «o kurwa», «ja pierdołę»... Końcem końców pociąg miał trzygodzinne opóźnienie, do czasu aż podstawiono na boczny tor nowy pociąg, do którego pasażerowie się przesiadli”¹.

22-letnia studentka Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu opisała sytuację, gdy podczas jej podróży pociągiem doszło do samobójstwa:

„Na początku chciałabym zaznaczyć, że na trasie, którą codziennie dojeżdżam do Poznania (Mosina-Poznań), sytuacje takie zdarzają się, niestety, stosunkowo często. Zdarzenie, o którym piszę, miało miejsce około rok temu wiosną. W godzinach przedpołudniowych jechałam pociągiem do Poznania. W pewnym momencie, na wysokości miejscowości Łęczyca, pociąg dość gwałtownie, jak na taką maszynę, zatrzymał się. Zakładałam trzy możliwości: pociąg się zepsuł, musimy przepuścić pociąg pospieszny lub zdarzył się jakiś wypadek. Niestety, okazało się, że ostatnia z nich była prawdziwa. Co więcej była to udana próba samobójcza. W tym miejscu po obu stronach jest las, łatwo jest więc wskoczyć pod pociąg w ostatniej chwili, nie dając maszyniście szans na reakcję.

Początkowo ludzie wyglądali przez okna, próbując się zorientować, co się stało. W pewnym momencie przez nasz przedział przechodził w pośpiechu zdenerwowany konduktor. Na pytania co się stało, odpowiedział: «Ktoś rzucił się pod pociąg». Przez chwilę wśród pasażerów panowała cisza. Potem zaczęły się rozmowy, że «szkoda człowieka», że «to tragedia», «biedna rodzina». Sama zaczęłam się zastanawiać, co takiego musi się stać, by człowiek zdecydował się na taki krok. Jednak po chwili słyszało się też głosy typu: «znowu to samo», «zawsze w tym miejscu», «znowu się spóźnię», «czemu wybrał akurat pociąg» itp. Sama byłam zła, że spóźnię się na zajęcia. Słyszałam też nerwowe rozmowy przez telefon z szefem, prośbę o zastąpienie itp. Byliśmy wszyscy zirytowani. Przynajmniej ci z nas, którzy nie pierwszy raz w jakiś sposób odczuwają skutki takiego zdarzenia.

Po kilkudziesięciu minutach przyjechał następny pociąg. Zatrzymał się koło nas, na sąsiednim torze, i przesiadliśmy się do niego. Pojechaliśmy dalej. Gdy przejeżdżaliśmy obok miejsca zdarzenia, większość ludzi próbowała coś zobaczyć, ja nie. Do końca podróży mówiło się głównie o tym. Gdy po południu wróciłam do Mosiny, wszyscy już o tym wiedzieli”.

¹ www.wykop.pl/link/63657/pomysl-zanim-sie-rzucisz-pod-pociag

Bardzo podobnie o narastającej irytacji pasażerów: od skupienia i rozważań nad przyczyną samobójstw po zniecierpliwienie i bardzo krytyczne słowa wobec samobójców, opowiada 23-letnia respondentka:

„Historia, którą opisuję, miała miejsce kilka lat temu w niedzielę 15 sierpnia. Gorące letnie popołudnie, pociąg relacji Olsztyn–Szczecin zbliża się do stacji Łębork. Niespodziewanie zaczyna jednak gwałtownie hamować, jeszcze przed wjazdem do miasta. Zatrzymuje się na obrzeżach. Chwila spokoju, jednak po minucie korytarzem przebiega konduktor. Sytuacja powtarza się kilka razy. Awaria? Między pasażerami nawiązują się rozmowy. Rozmawiają o możliwych przyczynach nieoczekiwanego postoju. Po 10 minutach do przedziału wchodzi konduktor: «Przejechaliśmy człowieka, popełnił samobójstwo. Postój potrwa dłużej, musimy czekać na karetkę, policję, biegłego». Na pytania o szczegóły nie odpowiada. Pasażerowie dopytują o przewidywany czas wznowienia podróży. Jednak i na to pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Część osób jadących do Łęborka decyduje się na zrobienie ostatnich 2–3 kilometrów pieszo. Po czasie okazuje się, że to była dobra decyzja. Z uwagi na popołudniową godzinę, dzień tygodnia i fakt, że akurat mamy święto, oczekiwanie na biegłego trwało naprawdę długo. Ostatecznie pociąg ruszył z 4-godzinny opóźnieniem. Sytuacja, w której się znaleźliśmy, bardzo poruszyła podróżnych. Początkowo ludzie rozmawiali o powodach, jakie prowadzą ludzi do tak drastycznych, ostatecznych zachowań. Z czasem pojawiła się irytacja. Im bardziej przedłużał się postój, rozmowy o tragicznym położeniu człowieka decydującego się na samobójstwo zastąpiły głosy o bezmyślności takiego zachowania. W rozmowach pojawiał się również czarny humor, co trochę rozluźniało atmosferę w przedziale. Wokół pociągu widać było konduktorów, policjantów, ratowników medycznych oraz pasażerów pociągu chcących zobaczyć coś więcej na własne oczy”.

O pojawiającej się wręcz agresji wobec samobójcy opowiada 20-letnia studentka fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Powołuje się tu na bezpośredniego świadka tych wydarzeń, swojego brata:

„Wydarzenie miało miejsce na torach kolejowych na odcinku Gdańsk–Koszalin. Pociąg pełen ludzi, jadąc w kierunku Koszalina, nagle się zatrzymał. Kiedy nieplanowany postój zaczął się przedłużać, podróżni zaczęli się niecierpliwić. Po pewnym czasie zaczęły docierać sygnały, że ktoś rzucił się pod pociąg. Pierwszą reakcją odczuwaną przez mojego brata, jak i resztę podróżnych było niedowierzanie, później szok. Pojawił się rodzaj smutku połączonego z zaskoczeniem. Jednak im dłużej trwał postój w szczerym polu, tym bardziej zmieniał się nastawienie do tej sytuacji, a zniecierpliwienie narastało. Pojawiła się złość na tę osobę oraz przeświadczenie, że to, co zrobiła, było rzeczą

egoistyczną. Pojawiły się takie komentarze, jak: «jebany egoista», «nie mógł się rzucić z mostu? Mniej wrogów by sobie narobił», oraz inne w tym rodzaju.

Kiedy odebrałam telefon od brata z wiadomością o tym, że przyjdzie do domu kilka godzin później, również dominowała we mnie złość nad współczuciem czy żalem dla samobójcy. Brat zdecydowanie nie był zadowolony z obrotu spraw. Po kilku godzinach spędzonych w takiej atmosferze, pociąg ruszył w dalszą drogę”.

Bezpośrednim świadkiem incydentu samobójczego na torach kolejowych była 21-letnia studentka Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu:

„Niedzielne popołudnie. Trasa Koszalin–Poznań. Polskimi Liniami Kolejowymi wracam od rodziców na zajęcia do miasta, w którym studiuję.

Za oknem wiosna, słońce powoli kończy swój bieg. Stacje już znam na pamięć, nie patrzę na tabliczki widniejące na peronach. Wyjęłam notatki, aby douczyć się na egzamin czekający mnie w nadchodzącym tygodniu. Normalna podróż, jak zawsze, brak miejsc siedzących i kolejni pasażerowie wsiadający do pociągu. Dojeżdżamy do Szczecinka. Maszynista zatrzymuje pociąg na stacji. Stoimy na peronie, ale inaczej niż zwykle. Ludzie nie wsiadają, choć drzwi są otwarte. Chwila, którą pasażerowie mają na wejście do pociągu, przeradza się w kolejne minuty. Nie wzbudza to we mnie niepokoju, gdyż to się zdarza. Upływają kolejne minuty. Dochodzą do mnie zaniepokojone głosy współpasażerów. Coraz więcej ludzi na zewnątrz, zamiast wewnątrz pojazdu. Drzwi do mojego przedziału otwierają się i ukazuje się w nich kobieta, oznajmiając zgromadzonym, iż pociąg dalej nie pojedzie, ponieważ był wypadek – chłopak popełnił samobójstwo, skacząc pod zatrzymujący się pociąg...

Wychodzę z pociągu, nie dowierzając. Siedziałam dość blisko lokomotywy i nic nie widziałam przez gapiów stojących wokoło. Więc zbliżyłam się w ich stronę, aby zaspokoić swoją ciekawość. A podobno ciekawość to pierwszy stopień do piekła...

Oczom moim ukazuje się przerażający widok – przerażający zapewne dla większości społeczeństwa, dla mnie nie... Męskie podudzie z skarpetą ściągniętą do połowy stopy znajdowało się na skaju betonu, kolaniem zwrócone w stronę torów. Reszty ciała nie było widać, niestety. Zawsze się zastanawiałam, jak wygląda ciało zmasakrowane przez pociąg. Po głowie przeszła mi myśl: «Pomyliłam studia, mogłam iść na medycynę – zostałabym chirurgiem». Dopiero po chwili dopadła mnie empatia i współczucie i dla samobójcy, i dla jego rodziny, którą zapewne miał, choć to ludzie zupełnie mi obcy.

Po kilku godzinach w końcu jestem w pociągu do Poznania, ale w innym. Tamten nie mógł ruszyć z miejsca do czasu zbadania sprawy.

Kilka dni później czytam w jednej z gazet o 20-letnim chłopaku ze Śląska, który targnął się na swoje życie na dworcu w Szczecinku. Jak wynikało z artykułu, zrobił

to z powodu swojej dziewczyny, która porzuciła go dla innego. Samobójca zostawił po sobie list pożegnalny, w którym było wszystko napisane – jednak szczegółów nie ujawniono. Wiem, że pojechał za nią nad morze...”

20-letnia respondentka przytacza relację swojej koleżanki:

„Radio Merkurj Poznań podało, że do tragicznego wypadku doszło w okolicach Chociczy nieopodal Środy Wielkopolskiej. Według świadków 27-letni mężczyzna rzucił się pod nadjeżdżający pociąg. Poniósł śmierć na miejscu. [...] Moja znajoma była pasażerką owego feralnego pociągu. Początek podróży był nad wyraz przyjemny, jak na realia panujące w PKP. Nic nie wskazywało na to, że podróż, która z reguły trwa niecałe dwie godziny, przedłuży się o kolejne dwie. Przyczyną tej całej sytuacji był, jak się okazało później, młody samobójca, który rzucił się wprost pod koła pędzącego pociągu.

Początkowo pasażerowie pierwszych wagonów poculi coś dziwnego. Uczucie, jakby pociąg delikatnie «podskoczył» w pewnym momencie, które niwelowało się wraz z upływającymi wagonami, aż w końcu ustało, a pociąg nagle zahamował.

Pociąg stał przez dłuższą chwilę, a pasażerowie zaczęli się niecierpliwić. Nie zdawali sobie sprawy, co rozgrywa się w tym samym momencie w kabinie maszynistów. Podobno licytowali się wręcz, który z nich ma wyjść i zobaczyć, co tak naprawdę się stało, gdyż sami nie dowierzali temu, co zobaczyli.

W pewnym momencie do wagonu przyszedł konduktor i oznajmił, że ten pociąg dalej nie pojedzie, a pasażerowie mają koniecznie zostać na miejscach i nie opuszczać wagonu. Nie powiedział nic ani o przyczynie, ani o planowanym czasie postoju.

Zaraz za nim weszła dziewczyna – koleżanka dwóch dziewczyn, które siedziały niedaleko mojej koleżanki. Okazało się, że dziewczyna ta siedziała w pierwszym wagonie i doskonale wiedziała, co się stało i co jest przyczyną postoju. Opowiedziała o tym dziwnym uczuciu, o reakcji maszynistów i o tym, że pasażerowie muszą poczekać, aż przyjedzie policja i prokurator.

Mimo próśb konduktora nie brakowało ponoć ciekawskich, którzy wychylali się bądź wychodzili z pociągu, aby zobaczyć skutki tej masakry.

Gdy dokonano wstępnych oględzin miejsca wypadku, ludziom pozwolono się przesiąść do specjalnie podstawionego pociągu, który dowiózł ich bezpiecznie do celu”.

Oto przykład relacji niezwykle uporządkowanej i lakonicznej, niczym notatka służbowa. Sporządzona została przez studentkę Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu:

„Okolo godziny 7.10 pociąg, którym jechałam, relacji Szczecin Główny–Katowice został zatrzymany na stacji

Poznań Wola, a następnie skierowany na inny tor. Zauważyłam, że poprzedni pociąg osobowy jadący tą trasą okolo godziny wcześniej stoi na przeciwnym torze. Uwagę zwracała też obecność policji i straży pożarnej. Gdy pociąg ponownie ruszył i mijał wyżej wymieniony pociąg osobowy, okazało się, że przyczyną dezorganizacji ruchu pociągów były ludzkie zwłoki leżące na torach”.

Później dopiero z prasy można było się dowiedzieć, że desperatem był 18-letni chłopak, mieszkający w Poznaniu.

22-letnia studentka poznańskiej Akademii Wychowania Fizycznego była świadkiem zatrzymania pociągu. Opisała całe zajście, ale ponadto przeprowadziła wywiad i dowiedziała się wiele zarówno o ofierze, jak i jego rodzinie. Świadczy to o tym, że niektórzy ludzie po traumatycznym przeżyciu, jakim jest zobaczenie zwłok samobójcy na torach kolejowych, próbują dociec, co skłoniło desperata do takiego czynu.

„48-letni mężczyzna, mieszkaniec Pobiedzisk, popełnił samobójstwo, rzucając się pod nadjeżdżający pociąg relacji Gniezno–Jarocin. Zamierzałam jechać na uczelnię pociągiem o godzinie 8.44. Idąc na dworzec, zobaczyłam poruszenie oraz wielu policjantów, leżące dwa worki na torach oraz stojący pociąg. Z przodu pociągu na metalowych elementach lokomotywy leżały kawałki mózgu oraz widniała krew. Dowiedziałam się od ludzi stojących na peronie, że pociąg mający odjeżdżać o godzinie 7.14 z Pobiedzisk potrafił człowieka. Ludzie byli w szoku i opowiadali o tym zdarzeniu z wielkim przejęciem. Niektórzy z nich widzieli ten wypadek na własne oczy. Mówili, że człowiek wszedł na niezabezpieczonym przejściu dla pieszych wprost pod nadjeżdżający pociąg. Maszynista nie zdążył wyhamować maszyny. Pociąg przepołuwił ciało mężczyzny na dwie części – tułów z rękoma oraz nogi”.

Autorka tej relacji, mieszkanka Pobiedzisk, wspominała, że jest to mała miejscowość i w takich sytuacjach jak samobójstwo człowieka na torach kolejowych ludzie zaczynają plotkować i spekulować. Odbiorcą tych plotek była także ona. Z anonimowej ofiary wyłaniać się zaczął obraz konkretnego człowieka uwikłanego w skomplikowane sytuacje życiowe:

„Z plotek dowiedziałam się, że człowiekiem, który zginął 7 lutego był 48-letni mężczyzna, mąż i ojciec dwóch córek, bezrobotny mieszkaniec Pobiedzisk, cierpiący na depresję. Stracił pracę i nie mógł znaleźć kolejnej. Nie umiał poradzić sobie z powstałą sytuacją i popełnił samobójstwo. Mieszkał tuż przy przejściu przez tory, na którym zginął. Żona o wypadku dowiedziała się okolo godziny dziesiątej. Słyszając o śmierci męża, doznała szoku. Cały czas powtarzała, że to na pewno nie jej mąż, że to jakaś pomyłka. [...] Z reakcji, jakie towarzyszyły żonie samobójcy,

można wymienić utratę tchu, poczucie pustki w żołądku, brak sił w mięśniach, ogólną utratę energii, lęk, gniew. Żona samobójcy obwiniała się za śmierć męża (i czyni to dzisiaj). Uważa, że za bardzo go nękała, aby znalazł pracę. Uważa, że poświęcała mu za mało uwagi, gdy jej potrzebował, cierpiał na depresję. W kolejnych dniach żona zmarłego nic nie odczuwała, nie chciała jeść, pić, patrzyła bezmyślnie przed siebie, nie docierały do niej słowa córek i bliskich. Była jakby oziębiała. Nie docierały do niej informacje z zewnątrz, zamknęła się w swoim świecie, nie ukazywała żadnych emocji. Czasami rozmawiała z nieżyjącym mężem, wydawało jej się, że jest obok niej. Żona samobójcy ma problemy ze snem – boi się spać, ponieważ widzi wtedy nadjeżdżający pociąg, który potrąca człowieka. Osoba ta ma wsparcie w swojej teściowej. Cała rodzina nie wyraziła woli skorzystania z pomocy specjalistycznej. Sami chcą sobie poradzić ze swoimi uczuciami. Uważają, że czas leczy i zabliznia rany”.

Wśród relacji studentów są i takie dotyczące reakcji maszynistów. Jeden z 20-letnich studentów opowiedział o swoim znajomym, który jako maszynista uczestniczył w suicydalnym incydencie. W relacji tej obecny jest także wątek pasażerów tego pociągu:

„31 lipca 2009 r. maszynista prowadził pociąg relacji Poznań Główny–Wrocław Główny. O godzinie 21.00 po wyjeździe z Leszna około 500 metrów za stacją maszynista zauważył w światłach lokomotywy wybiegającego z krzaków znajdującego się z boku toru. Myślał, że chce przebiec przed pociągiem w celu zwiększenia adrenaliny. Niestety, chłopak zatrzymał się na torze jadącego pociągu. Nastąpiło najechanie z prędkością 70 km/h ze skutkiem śmiertelnym. Przez radiotelefon maszynista powiadomił dyżurnego ruchu stacji Leszno o zaistniałym wypadku oraz poprosił o powiadomienie pogotowia i policji. Następnie wraz z kierownikiem pociągu udał się na koniec składu w celu odszukania tej osoby [...] Ciało zostało odszukane za ostatnim wagonem pociągu. Wracającego do lokomotywy maszynistę podróżni z pociągu zaczęli dopytywać, co się wydarzyło. Po udzieleniu informacji o śmiertelnym wypadku niektórzy podróżni pytali: jak długo będziemy tu stać? Inni zamykali okna i patrzyli z niedowierzaniem na maszynistę”.

Dwóch respondentów miało okazję rozmawiać z maszynistami, którzy doświadczyli incydentów suicydalnych na torach kolejowych.

„Maszynista opowiadał, że widział dziewczynę, ale nie był w stanie zatrzymać pędzącego pociągu. Dawał jej oczywiście znaki świetlne i dźwiękowe, jednak ona stała na środku torów, a tuż przed uderzeniem zasłoniła tylko twarz rękoma”.

Już po tragicznych wydarzeniach na torach kolejowych jeden z maszynistów skontaktował się

z rodzicami desperata i przepraszał ich za to, że nie zdołał zatrzymać pociągu.

„Boże, nie mogłem nic zrobić, nie zdołałem zatrzymać pociągu”.

Bezpośredni uczestnicy i świadkowie zdarzenia, w tym zwłaszcza maszyniści, odczuwają ogromne obciążenie psychiczne. Można domniemywać u niektórych z nich zespół stresu pourazowego. Jeden ze znajomych badanego studenta, maszynista, po powrocie do domu opowiedział o swoim udziale w samobójstwie młodego mężczyzny swojej żonie.

„Poczuł dziwne uczucie smutku, bezradności i czuł jak po jego policzkach spływają łzy”.

Niewątpliwie inne są reakcje pasażerów pociągu, a inne osób obsługujących pociąg. Warto zauważyć, że silne przeżycia związane z samobójstwem człowieka na torach kolejowych są udziałem przede wszystkim maszynistów oraz bezpośrednich świadków zdarzenia. Maszyniści mają swój niechciany udział w tragicznej śmierci innego człowieka i to może wywołać u nich zespół stresu urazowego. Maria Lis-Turlejska wśród sytuacji skrajnie urazowych wymieniała bycie świadkiem zranienia lub zabicia innej osoby (Lis-Turlejska 1992, s. 65). Przeżycia po takim traumatycznym zdarzeniu wywołują u bezpośrednich świadków wzrost intensywności zachowań lękowych, fobijnych, występują zaburzenia somatyzacyjne, ujawniają się także tendencje do sięgania po środki psychoaktywne. Obserwuje się u tych osób symptomy depresji (Rubonis, Bickman 1991, s. 384–399).

Z badań wynika, że maszyniście, pod którego pociąg ktoś się rzucił, przysługuje zwolnienie lekarskie. Może także otrzymać wsparcie psychologiczne. W rzeczywistości rzadko maszyniści korzystają z pomocy psychologicznej. Jeden z respondentów opisywał swojego znajomego maszynistę:

„Maszynista poradził sobie z tym wszystkim sam. Od nikogo nie żądał pomocy, chociaż proponowano mu specjalistyczną pomoc”.

Wielu bezpośrednich świadków samobójstwa na torach kolejowych wymaga psychologicznego wsparcia. Nie korzystają z takich możliwości także w obawie, że zostaną ocenieni przez zwierzchników jako słabi psychicznie. Radzą sobie więc po swojemu, rzadko dzielą się swoimi przeżyciami z kolegami z pracy i pozostają sam na sam z własnymi wspomnieniami, koszmarami i problemami ze snem.

W Wielkiej Brytanii przeprowadzono badania krótko- i długoterminowego efektu traumatycznych przeżyć u maszynistów doświadczonych udziałem w samobójstwie obcej osoby. We wnioskach z tych badań zapisano, że konieczne jest prowadzenie specjalnych sesji terapeutycznych, zwłaszcza w małych grupach. Sesje te powinny być dla uczestników zdarzenia suicydalnego obowiązkowe. W pracy z maszynistami chodzi o dogłębne przepracowanie szczegółów dotyczących minionych traumatycznych wydarzeń. Proponowany debriefing jest skoncentrowany na trzech fazach: szoku, poszukiwania odpowiedzi oraz uporządkowania (dostosowania). Dalej następuje przedyskutowanie wykonanego protokołu. Taki przebieg sesji terapeutycznych można zaproponować jako standardową procedurę następującą po samobójstwie człowieka na torach kolejowych – dla maszynistów i zawiadowców stacji (Williams et al. 2009, s. 483–487).

Jest sprawą oczywistą, że pomoc psychologiczna powinna być upowszechniona dla maszynistów i pracowników kolei, będących bezpośrednimi świadkami suicydalnego zdarzenia na torach kolejowych. Pozostaje pytanie, co zrobić z pasażerami pociągu, którzy wyszli z wagonów, aby osobiście zobaczyć zwłoki samobójcy?

Jest to trudne do uniknięcia, zwłaszcza kiedy obsługa pociągu zajęta jest wykonywaniem nakazanych w takich sytuacjach procedur, a na miejscu tragedii nie pojawiła się jeszcze policja. Teren nie jest zatem jeszcze zabezpieczony, a wśród licznych pasażerów znajdują się nierzadko tacy, którzy poszukują mocnych wrażeń. Oczywiście można przyjąć, że to jest problem tych nadmiernie ciekawskich pasażerów, ale skutki oddziaływania na nich widoku zmasakrowanych zwłok samobójcy mogą wywołać u nich symptomy porównywalne do tych będących udziałem maszynistów. Świadczą o tym przeżycia tych respondentów, którzy osobiście widzieli samobójstwo na torach kolejowych.

„Nagle w oddali ujrzaliśmy młodą dziewczynę spacerującą na miejskim wiadukcie. Zachowywała się dość dziwnie, gdyż spacerowała tam i z powrotem, czekając na kogoś. [...] Nagle dziewczyna przeszła przez barierkę wiaduktu i stała skierowana «w przepaść» wiaduktu twarzą, z tyłu trzymała się poręczy. Po chwili usłyszałyśmy sygnał pociągu zbliżającego się do wiaduktu, pod którym miał przejeżdżać. Wzrok odwróciłyśmy dosłownie na chwilę, gdy doszedł nas dźwięk hamującego pociągu, a dziewczyna, która stała na moście, nagle zniknęła. Nie namyślając się wiele, szybko pobiegłyśmy na miejsce wypadku. A tam było już pełno gapiów. Jeden mężczyzna stał z boku

i wzywał karetkę. A ja, widząc tę dziewczynę, to znaczy części ciała, jakie z niej zostały, zastanawiałam się, po co. Przecież i tak jej nie uratują. Widok był okropny. Krew była wszędzie, na torach, na poboczu i nawet na pociągu. Ciało rozerwane na kawałki. Ręka wisiała na lokomotywie, a druga (to co z niej zostało) leżała na torach. Korpus ciała był przecięty na pół. Wszystkie wnętrzności na zewnątrz. Głowy nie było. Maszynista, który wszedł do lokomotywy, krzyknął: „O Boże, jej głowa jest na zde-rzaku pociągu”. Te słowa mam do dziś w uszach. Mózg wypływał jej z pękniętej czaszki... Po 20 minutach przyjechało pogotowie i policja. Długo się nie zastanawiając, założyli rękawiczki, zabrali torby i zaczęli zbierać. Długo nie mogłyśmy na to patrzeć. Przerazało mnie to. Kilka osób odchodziło na bok, aby dojść do siebie”.

Jeden z 25-letnich respondentów wspominał, gdy był świadkiem samobójstwa kobiety, stojąc na przejeździe kolejowym.

„Dojeżdżamy do przejazdu, zamykają szlabany. [...] Pod szlabanem przechodzi około 50-letnia kobieta w płaszczu, na obcasach i idzie na peron. Czekamy, rozglądamy się. Kobieta patrzy w stronę nadjeżdżającego pośpiechu. [...] Coś przelatuje przed oczyma, pisk hamulców, ruch ludzi, jedni patrzą, inni się odwracają. Drużnik wychodzi, zdejmuje z głowy берет i przeciera czoło. Z niedowierzaniem wraca do budki i chwyta za słuchawkę. Wychodzimy z samochodów, parę kroków w stronę szlabanu, ogarnięcie wzrokiem terenu. Jakaś część ciała leży tu, tam, tułów razem z płaszczem tworzy jakąś całość, brudną, przekrwioną masę mielonego mięsa. Kończyny dolne połączone z dolną jakąś częścią tworzą v”.

Respondent ogranicza się do zdawania suchej relacji, unikając opisu własnych uczuć. Wydaje się, że zdarzenie nie miało na niego szczególnego wpływu, ale obserwacja jego mowy ciała potwierdza wstrząs, który wówczas przeżył. Gdy opowiada na pozór beznamiętnym głosem swoje ówczesne obserwacje, widać, że wstrząsające wydarzenia ciągle wzbudzają w nim przerażenie.

Kolejny opis samobójstwa na torach kolejowych ukazuje lęki respondenta już po incydencie.

„Chcę opowiedzieć historię pana Zbyszka, z mojej wsi, który popełnił samobójstwo naprzeciw mojego domu rzucając się pod pociąg. [...] Tego dnia, kiedy popełnił samobójstwo, nic z jego zachowania nie wskazywało. Dzień zaczął normalnie od piwa w sklepie. Wieczorem widziano go, jak szedł w stronę naszego domu, nie było w tym nic dziwnego, ponieważ za torami miał rodzinę. Gdy psy zaczęły ostro szczekać, on musiał być blisko nas, być może już na torach. Chwilę potem to się stało. Odprowadzając babcię na przystanek, nie byłam świadoma, że idę koło

człowieka (a raczej jego części), który właśnie się zabił. Gdy było po wszystkim, wróciliśmy do domu. Dopiero wtedy dotarło do mnie, co się stało. Strasznie się bałam. Dlaczego? Nie wiem, to jest takie dziwne uczucie – jakby strach, że ten, kto to zrobił, przyjdzie do nas. Dziś wydaje się to śmieszne, ale wtedy tak mnie to przerażało, że musiałam spać z mamą przy włączonym świetle. [...] Do dziś, słysząc głos nadjeżdżającego pociągu, myślę o tym zdarzeniu i o tym, czy nie przyjdą kolejni”.

Ukazane tu relacje świadków incydentów suicydalnych na torach kolejowych świadczą o silnym oddziaływaniu tych przypadków na ich dalsze życie. Przykłady takich samobójstw silnie oddziałują także na wyobraźnię osób, które osobiście przy zdarzeniu nie były. Siła konfabulacji sprawia, że oni również znajdują się pod wrażeniem tych tragicznych incydentów.

Wnioski z badań

Podsumowując, można zauważyć, że samobójstwo pod kołami pociągu zawsze ma charakter spektakularny. Świadków zdarzenia zawsze jest wielu, a oni z kolei przekazują informację o samobójstwie na torach kolejowych swoim bliskim. W krótkim czasie powstaje sieć osób, które dowiadują się o suicydalnym incydencie.

Bycie uczestnikiem takich wydarzeń sprawia, że ludzie nawiązują ze sobą kontakty. Komunikacja taka zaspokaja naturalne potrzeby ludzi, aby omówić temat, w pewnym sensie go „oswoić”. Poczucie bezpieczeństwa wśród pasażerów nie jest zbyt wysokie, a dodatkowo osłabiane przez chaotyczne zachowania obsługi pociągu i utrudniony lub zgoła zablokowany przepływ wiarygodnych informacji.

Niekiedy sposobem na opanowanie lęku i poczucia grozy stają się żarty współpasażerów (tzw. czarny humor). Nawiązują się ulotne, ale jednak trwające kilka godzin więzy. Tworzy się załazek wspólnoty osób doświadczających razem traumatycznych przeżyć.

Powyższe przykłady pokazują, że rozmowy osób będących przypadkowymi świadkami wydarzenia koncentrują się na omówieniu przyczyn skłaniających ludzi do tak desperackich decyzji. Rozmawia się także

na tematy filozoficzne i religijne. Zauważyć jednak można, że w miarę upływu czasu postoj pociągu narasta zniecierpliwienie, które w skrajnych sytuacjach i u szczególnie predysponowanych jednostek manifestuje się w agresji słownej wobec desperata, sprawcy całego zamieszania.

W większości zebranych relacji pojawiła się informacja, że konduktor lub ktoś z obsługi pociągu po pewnym czasie przymusowego postoj tłumaczył podróżnym przyczynę i instruował ich co do dalszego postępowania. Nie wystarczało to jednak pasażerom, spośród których część wylegała na zewnątrz pociągu, aby zobaczyć zmasakrowane zwłoki samobójcy.

Po przeniesieniu podróżnych do podstawionego nowego pociągu następowało zerwanie dotychczasowych więzi łączących podróżnych ze sobą.

Niektórzy świadkowie samobójstwa na torach kolejowych na własną rękę próbowali dociec, kim była ofiara, ile miała lat, czy miała rodzinę etc. Trauma była napędem ich poszukiwań. Ludzie ci, po powrocie do domu, byli zatem skłonni uczestniczyć w rozmowach na ten temat i łatwo przyswajali niesprawdzone plotki, które rozpowszechniały się w ich otoczeniu społecznym. Tak było zwłaszcza w środowisku małych społeczności miejskich i wiejskich.

Na zakończenie warto zdać sobie sprawę z tego, że wsparcie psychologiczne przydałoby się wielu pasażerom pociągu, którzy zobaczyli zwłoki samobójcy na torach. Osoby borykające się z takimi makabrycznymi wspomnieniami nierzadko doświadczają problemów ze snem. Bez fachowej pomocy takie lęki mogą negatywnie wpływać na psychikę świadka samobójstwa na torach. Warto jeszcze zauważyć, że dramatyczne zdarzenia suicydalne na torach kolejowych mają znaczną siłę rażenia we wrażliwą tkankę społeczeństwa i poszczególnych grup społecznych. Problemem jest tu kwestia przekazu tych wydarzeń w środkach masowego przekazu. Samobójstwa na torach kolejowych zazwyczaj są odnotowywane w prasie lokalnej lub w mediach społecznościowych. Nierzadko opatrzone są zdjęciami z miejsca zdarzenia. Istnieje więc niebezpieczeństwo samobójczych inspiracji dla osób noszących się z zamiarem popełnienia samobójstwa.

Literatura

Andriessen K., Krysińska K. (2012), *Railway suicide in Belgium 1998–2009: incidence and prevention*, „The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention”, vol. 33(1), s. 39–45.

Baumert J., Erazo N., Ladwig K.H. (2006), *Ten-year incidence and time trends of railway suicides in Germany from 1991 to 2000*, „The European Journal of Public Health”, vol. 16(2).

- Bestkow J., Thorson J., Öström M. (1994), *National Suicide Prevention Programme and railway suicide*, „Social Science and Medicine”, vol. 38(3), s. 447–451.
- Bloch-Bogusławska E., Engelgardt P., Wolska E., Paradowska A. (2006), *Analiza zgonów w następstwie wypadków z udziałem pojazdów szynowych w materiałach Katedry Medycyny Sądowej CM w Bydgoszczy w latach 1992–2002*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”, nr 3.
- Bolechała F., Polewka A., Trela F., Zięba A., Kołodziej J. (2003), *Samobójstwa kobiet i mężczyzn w materiale krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej – analiza porównawcza*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”, nr 3.
- Chowdhury A.N., Dutta S., Chowdhury S. (2000), *Eco-psychiatry: Suicidal behaviour at Calcutta metro rail*, „International Medical Journal”, vol. 7(1).
- Clarke M. (1994), *Railway suicide in England and Wales, 1850–1949*, „Social Science and Medicine”, vol. 38(3).
- Czabański A. (2013), *Samobójstwa na torach. Socjologiczna analiza zjawiska*, Poznań.
- Deisenhammer E.A., Kemmler G., De Col C., Fleischacker W.W., Hinterhuber H. (1997), *Eisenbahnsuizide und-suizidversuch i Österreich von 1990–1994*, „Der Nervenarzt”, vol. 68(1).
- Dinkel A., Baumert J., Erazo N., Ladwig K.H. (2011), *Jumping, lying, wandering: Analysis of suicidal behavior patterns in 1004 suicidal acts on the German railway net*, „Journal of Psychiatric Research”, vol. 45(1).
- Driever F., Schmidt P., Madea B. (2002), *About Morphological findings in fatal railway collisions*, „Forensic Science International”, vol. 126(2).
- Emmerson B., Cantor C. (1993), *Train suicides in Brisbane, Australia, 1980–1986*, „Crisis”, vol. 14.
- Erazo N., Baumert J.J., Ladwig K.H. (2005), *Factors associated with failed and completed railway suicides*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 88(2).
- Erazo N., Baumert J., Ladwig K.H. (2004), *Regionale und örtliche Verteilungsmuster von Bahnsuiziden*, „Der Nervenarzt”, vol. 75(11).
- Garbowska A., Skórniowski J. (1973), *Urodzenie żywego dziecka w wyniku rozkawałkowania ciężarnej kobiety przez pociąg*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”, t. 23, nr 1.
- Gaylord M.S., Lester D. (1994), *Suicide in the Hong Kong subway*, „Social Science and Medicine”, vol. 38(3).
- Hołyst B. (2002), *Suicydologia*, Warszawa.
- Hołyst B. (2012), *Suicydologia*, Warszawa.
- Jaegermann K., Pačko Z. (1974), *Śmiertelne wypadki na torach kolejowych (Analiza materiału sekcijnego z lat 1957–1972)*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”, t. 24, nr 1.
- Krysińska K., De Leo D. (2008), *Suicide on railway networks: epidemiology, risk factors and prevention*, „Australian and New Zealand Journal of Psychiatry”, vol. 42(9).
- Ladwig K.H., Ruf E., Baumert J., Erazo N. (2009), *Prevention of metropolitan and railway suicide*, w: D. Wasserman, C. Wasserman (red.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, New York.
- Law C.K., Yip P.S. (2011), *An economic evaluation of setting up physical barriers in railway injury: evidence from Hong Kong*, „Journal Epidemiol. Community Health”, vol. 65.
- Lester D. (1995), *Subway suicide rates and national suicide rates*, „Perceptual and Motor Skills”, vol. 80(3).
- Lis-Turlejska M. (1992), *Psychologiczne następstwa skrajnie stresowych przeżyć*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 2 (79).
- Lukaschek K., Baumert J., Ladwig K.H. (2011), *Behaviour patterns preceding a railway suicide: explorative study of German Federal Police officers experiences*, „BMC Public Health”, vol. 11, s. 620.
- Marcinkowski T. (1975), *Medycyna sądowa dla prawników*, Warszawa.
- Marcinkowski T., Pukacka-Sokołowska L., Wojciechowski T. (1973), *Zaplanowane samobójstwo złożone*, „Problemy Kryminalistyki”, nr 103–104.
- Mishara B.L. (1999), *Suicide in the Montreal subway system: characteristics of the victims, antecedents, and implications for prevention*, „Canadian Journal of Psychiatry”, vol. 44(7), s. 690–696.
- Mishara B.L. (2007), *Railway and metro suicides: Understanding the problem and prevention potential*, „Crisis”, vol. 28(1).
- Niemcenowicz-Janica A., Rydzewska-Dudek M., Załuski J., Dopierała T., Janica J., Wardaszk Z., Ptaszyńska-Sorosek I., Okłota M. (2005), *Analiza samobójstw w materiale sekcijnym Zakładu Medycyny Sądowej AM w latach 1990–2003*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”, nr 4.
- O'Donnell I., Farmer D.R. (1992), *Suicidal acts on metro system: an international perspective*, „Acta Psychiatrica Scandinavica”, vol. 86.
- Palanco J.L., Gamarro Lucas J.J., Rojas M.A.V., Martinez M.I.A. (1999), *An unusual case of railway suicide*, „Journal of Forensic Sciences”, vol. 44(2).
- Rådbo H., Svedung I., Anderson R. (2005), *Suicides and other fatalities from train-person collisions on Swedish railroads: A descriptive epidemiologic analysis as a basis systems-oriented prevention*, „Journal of Safety Research”, vol. 36.
- Rådbo H., Andersson R. (2012), *Patterns of suicide and other trespassing fatalities on State-Owned Railways in Greater Stockholm: implications for prevention*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, vol. 9(3).
- Ratnayake R., Links P.S., Eynan R. (2007), *Suicidal behaviour on subway systems: a review of the epidemiology*, „Journal of Urban Health”, vol. 84(6).
- Reynders A., Scheerder G., Audenhove C. (2011), *The reliability of suicide rates: An analysis of railway suicides from two sources in fifteen European countries*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 131(1–3).
- Rubonis A.V., Bickman L. (1991), *Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster-psychopathology relationship*, „Psychological Bulletin”, vol. 109(3), s. 384–399.
- Ryan B., Kallberg V.P. (2013), *Developing methodology restraint for the preliminary evaluation of preventative measures for railway suicide and trespass*, w: *Rail Human Factors. Supporting reliability, safety and cost reduction*, red. N. Dadaski, A. Scott, J.R. Wilson, A. Mills, London.
- Silla A., Luoma J. (2012), *Main characteristics of train-pedestrian fatalities on Finnish railroads*, „Accident Analysis and Prevention”, vol. 45, s. 61–66.
- Symonds R.L. (1985), *Psychiatric aspects of railway fatalities*, „Psychological Medicine”, vol. 15(3).
- Williams Ch., Miller J., Watson G., Hunt N. (2009), *A strategy for trauma debriefing after railway suicides*, „Social Science and Medicine”, vol. 38(3).
- Van Houwelingen C.A., Beersma D.G. (2001), *Seasonal changes in 24 h patterns of suicide rates: a study on train suicides in The Netherlands*, „Journal of Affective Disorder”, vol. 65(2–3).
- Van Houwelingen C.A., Kerkhof A.J., Beersma D.G. (2010), *Train suicide in The Netherlands*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 127.

Dr hab. Adam Czabański

Społeczne reakcje pasażerów pociągów – świadków incydentów suicydalnych na torach

Streszczenie

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie reakcji pasażerów pociągów uczestniczących w incydencie suicydalnym na torach kolejowych. Analiza jakościowa pozwoliła prześledzić typowe zachowania pasażerów doświadczających takiej traumy. Z badań wynika, że zwłaszcza na początku poczucie bezpieczeństwa było wśród pasażerów słabe. Dodatkowo brak rzetelnych informacji od obsługi pociągu potęgował uczucie strachu i zagubienia. Stopniowo spontanicznie tworzące się ulotne wspólnoty pasażerów oswajały ten strach poprzez prowadzenie rozmów o doświadczanych wydarzeniach. Wśród pasażerów zdarzały się osoby opuszczające samowolnie pociąg, aby oglądać zmasakrowane ciało samobójcy. Można domniemywać, że to także wprowadzało pewien zamęt i niepokój, zwłaszcza wśród członków obsługi pociągu, funkcjonariuszy policji i innych formacji uczestniczących w porządkowaniu miejsca zdarzenia.

Słowa kluczowe: samobójstwo na torach, poczucie bezpieczeństwa, trauma.

Dr hab. Adam Czabański

Social reactions of train passengers witnessing suicide on railway tracks

Summary

The aim of the paper is to present reactions of train passengers who have witnessed a railway suicide accident. A qualitative analysis allowed to distinguish typical behaviors of passengers after such a traumatic experience. Relevant studies suggest that the passengers' sense of security is low, especially at the beginning. Moreover, the lack of reliable information from the train attendants increases their feelings of fear and bewilderment. Spontaneously set up transient passenger community groups sharing their experiences help to gradually reduce their anxiety. Some passengers were noted to voluntarily get off the train to see the mutilated body of the person who committed suicide. This might be regarded as probably another cause of anxiety and confusion, especially for train attendants, police officers, and members of other services engaged in restoring order to the suicide scene.

Key words: suicide on railway tracks, sense of security, trauma.

Mgr Halszka Witkowska

Wydział Artes Liberales, Uniwersytet Warszawski

tel. 605 330 542 • mail: halszka.witkowska@gmail.com

Obraz samobójstwa we współczesnej kulturze masowej

Osoby, które zajmują się problemem samobójstwa, zajmują się też życiem. O życie trzeba walczyć, trzeba je wspierać, rozniecać jego ogień na każdym kroku. To właśnie do walki o życie stworzona została nowa gałąź nauki nazwana suicydologią. Ta stosunkowo nowa dziedzina łączy w sobie wiele nauk o człowieku, takich jak: psychologia, socjologia, psychiatria, kryminologia, filozofia, pedagogika czy antropologia. Dzięki swojemu interdyscyplinarnemu podejściu stara się badać problem samodestrukcji człowieka w ujęciu całościowym. „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. [...] Celem finalnym suicydologii jest stworzenie naukowych podstaw programów profilaktycznych redukujących zakres tego niezwykle drastycznego zjawiska” (Hołyst 2012, s. 46).

W tym artykule postaram się zwrócić uwagę na potrzebę badań kulturoznawczych i antropologicznych,

których obszarem powinna być współczesna kultura popularna oraz mass media. Suicydologia ujmowana w perspektywie nauk o człowieku nie powinna ograniczać się jedynie do wyspecjalizowanych badań socjologicznych, kryminologicznych czy psychologicznych, ale także wychodzić do społeczeństwa za pośrednictwem środków masowego przekazu. Badanie wątków suidalnych w kulturze popularnej może pomóc w walce ze stereotypami dotyczącymi samobójstwa, jak również, i może nawet przede wszystkim, przyczyni się do prewencji oraz stworzenia kampanii społecznej docierającej nie tylko do ludzi myślących o samobójstwie, lecz także do rodziny i przyjaciół, którzy stracili swoich bliskich w tych tragicznych okolicznościach. Na potrzebę badania kultury współczesnej pod względem wątków związanych z samobójstwem zwraca uwagę Tomasz Sachaj (2014) w interesującym artykule pod tytułem *Samobójstwo w filmach i powieściach współczesnych*. Autor zwraca w nim uwagę na coraz częściej pojawiający się motyw samobójstwa, wymienia poszczególne dzieła literackie i filmowe, po czym poddaje je wstępnej interpretacji. Takie badania w formie bardziej rozwiniętej i szczegółowej mogą być niezwykle cenne dla współczesnej suicydologii. Zarówno w literaturze,

filmie, jak i muzyce samobójca zostaje przedstawiony w określony sposób – jego zewnętrzne i wewnętrzne cechy składają się na całościowy i symboliczny wizerunek samobójcy. To, jak kultura popularna przedstawia samobójcę, może mieć wpływ nie tylko na stereotypy społeczne dotyczące samobójców, lecz także na osoby w stanie presuicydalnym, które w danym momencie mogą odbierać takie bodźce ze wzmocnioną siłą.

Suicydologia bardzo wiele zawdzięcza badaniom psychologicznym i socjologicznym, które oparte są na wnikliwych i rozbudowanych statystykach. Co jakiś czas wyniki tych analiz pojawiają się w prasie i zazwyczaj są wykorzystywane do zwrócenia uwagi na alarmujące wskaźniki wzrostu liczby samobójstw w danym państwie lub wybranym przedziale wiekowym. Dla przykładu pozwolę sobie przytoczyć kilka nagłówków pochodzących z codziennej prasy: „Mężczyzna w wieku 35–45 lat, najczęściej bezrobotny. Oto typowy polski samobójca” (Gostkiewicz brw), „Fala samobójstw nastolatków. Przystano informować o tym w mediach z lęku przed efektem Wertera” (Bielak bdw). „Rosyjskie media na cenzurowanym: zakaz pisanie o samobójstwach chorych na raka” (TVN 24 2015), „Dramat polskich emerytów – coraz częściej popełniają samobójstwa z biedy!” (Niewygodne.info.pl 2015), „Szokujący raport. Polacy w samobójczej czołówce Europy” (RMF24 2015), „Polskie samobójstwa z przyczyn ekonomicznych” (Pressmix.eu 2015), „Polska nie radzi sobie z plagą samobójstw” („Gazeta Prawna” 2010).

Z artykułów tych dowiadujemy się m.in., że w Polsce liczba samobójstw przekracza obecnie 5000 rocznie – to więcej niż ofiar wypadków samochodowych. Każdego roku życie odbiera sobie sześć razy więcej mężczyzn niż kobiet. W kolejnym artykule czytelnik dowiaduje się, że samobójstwo jest siódmą najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce, a wśród emerytów zjawisko to dramatycznie wzrosło. Na świecie co 40 sekund ktoś popełnia samobójstwo. W narracji dotyczącej samobójstw coraz częściej pojawiają się liczby i to właśnie na nich zbudowany zostaje cały przekaz – samobójstwo to liczby, wskaźniki, tabelki i statystyki. „Ponad 5000 rocznie”, „co 40 sekund”, „siódma przyczyna” – to właśnie cyfry konstruują cały przekaz dotyczący samobójstw. Francis Bacon o cyfrach mówił w następujący sposób: „Trzy są zalety cyfr: nie wymagają zbyt wiele wysiłku, by je zapisać i przeczytać, nie są możliwe do rozszyfrowania i są poza podejrzeniami” (Bacon 1955, s. 46).

Do czego służą liczby w narracji dotyczącej samobójstw? Czy tylko dzięki nim można zainteresować

opinię publiczną tym dramatycznym problemem współczesnego społeczeństwa? Epatowanie liczbami ma działać na emocje czytelnika, jest najprostszą grą z odbiorcą tekstu. Jeżeli w tekście pojawia się informacja, że co 40 sekund ktoś popełnia samobójstwo, to czytelnik, dając się wciągnąć w narrację, może wstrzymać oddech i pomyśleć „właśnie zabił się człowiek”. Liczby działają na wyobraźnię – z jednej strony przybliżają problem, ponieważ są obiektywne i dają złudzenie poczucia realności, z drugiej natomiast oddalają odbiorcę swym „odczłowieczonym” językiem.

Cyfry i liczby od zawsze towarzyszyły narracjom opowiadającym o ludzkiej tragedii. W przypadku każdej katastrofy lotniczej, klęski żywiołowej czy ataku terrorystycznego pierwszą informacją pojawiającą się w wiadomościach jest liczba ofiar. Takie podejście do przekazu masowego dotyczącego śmierci czyni ją bezosobową, daleką i obcą, z pewnością nie dotyczącą nas samych. „Śmierć osób zupełnie obcych jest bezosobowa i najczęściej niewiele nam mówi o naszej własnej śmierci. Wyraźnie rozróżniamy między śmiercią «swoich» i «obcych». Być może dlatego odnosimy się często obojętnie do masowych ofiar dalekich wojen czy kataklizmów” (Ostrowska 1997, s. 32). Liczby stanowią nie tylko podstawę rzetelnej informacji o ludzkiej tragedii, są też bazą, wokół której buduje się pamięć zbiorową danego społeczeństwa. Zobojętnienie społeczeństwa na ludzką tragedię to złożony proces, którego jednym ze składników jest element narracji. To, w jaki sposób mówi się o ofiarach, oraz opisuje ich śmierć, stanowi podstawę do stworzenia potocznej wyobraźni zbiorowej na dany temat. Jeżeli w mediach pojawia się opis pewnego problemu, który jest dokładnie policzony, przebadany, przystrojony w tabelki i statystyki, to przestaje on mieć dla odbiorcy takiej informacji wymiar ludzki. Samobójstwo przestaje być dramatycznym czynem odebrania sobie życia przez opuszczoną jednostkę, przemienia się natomiast w posegregowany przykład jednej z wielu współczesnych patologii. Kolejne epatowanie cyframi, zestawianie liczb zgonów z wiekiem samobójców, podkreślanie spadku wieku u coraz młodszych ofiar, staje się tylko swoistym nagromadzeniem – redundantną informacją.

Spółeczeństwo jest przyzwyczajone od lat do tego sposobu przekazywania informacji o ludzkiej tragedii. Dzięki liczbom odbiorca może czuć komfortowy dystans dzielący go od opisywanego ludzkiego dramatu. A czy to właśnie nie obojętność otoczenia jest jedną z przyczyn, które mają wpływ na podjęcie ostatecznej decyzji u samobójcy? Czy nie należy w przypadku

kwestii samobójstwa zacząć od zmiany opinii publicznej na ten temat? Czy aby na pewno słuszną drogą jest rozmowa wokół tej kwestii jedynie za pośrednictwem języka naukowego, wyzbytego wszelkich nawiązań do społecznej moralności? Samobójstwo jest brutalnym mordem jednostki na sobie samej, efektem długotrwałego cierpienia w milczeniu. Dlatego chowanie tego faktu za zasłoną języka naukowego lub lakonicznych wycinków w prasie o czysto informacyjnym charakterze nie zmieni podejścia społeczeństwa do jednostki dotkniętej nawracającymi myślami o samodestrukcji. Przy obecnym stanie wciąż wzrastającej liczby samobójstw potrzebnym składnikiem prewencji staje się poważnie prowadzona dyskusja publiczna nieunikająca wątków moralnych czy etycznych. Należy zwrócić uwagę także na to, aby forma była dopasowana do charakteru miejsca przekazu, w jakim będzie rozpowszechniona.

Pogłębiające się tabu istniejące wokół problemu, jakim jest samobójstwo, zdaje się mieć bardzo złożone i skomplikowane podłoże. Głównym powodem, za pomocą którego tłumaczy się stosunkowo rzadkie, a zarazem pobieżne poruszanie tego tematu, jest tak zwany *copycat effect* czy także spotykany *Efekt Wertera*. Oba te zjawiska zostały wnikliwie opisane przez psychologów. Polegać mają one na powtarzaniu przez odbiorcę komunikatu pewnych schematów działań samobójcy lub mordercy. Przypadki te związane są często z podaniem do informacji publicznej wiadomości o popełnieniu samobójstwa przez sławną osobę, co niekiedy pociąga za sobą tzw. falę podobnych samobójstw. Zjawisko to, jak wspomniałam, jest szczegółowo opisane, nie dotyczy jednak tylko samobójstw. Ma miejsce także w przypadku informacji o morderstwach lub masakrach z udziałem większej liczby ofiar.

Za jednego z najwybitniejszych specjalistów uważa się Lorena Colemana, który poświęcił tej tematyce książkę pt. *The Copycat Effect* (2004). Zjawisko to nie może być jednak powodem blokującym w absolutny sposób narrację dotyczącą samodestrukcji, ponieważ jednym z efektów ubocznych jest szeroko pojęte tabu społeczne wokół tego tematu. Należy wziąć pod uwagę efekty badań nad tym zjawiskiem w tworzeniu publicznej narracji o samobójstwie, nie mogą one jednak blokować takiej dyskusji w rozmiarze globalnym.

W tym tekście postaram się skupić na kulturowych i antropologicznych uwarunkowaniach przekazu medialnego dotyczącego samobójstwa oraz związanego z nim tabu, gdyż – jak wspomniałam – uważam to za temat złożony i wymagający szczegółowych badań

i analiz, które powinny być prowadzone z innej perspektywy niż tylko psychologiczna czy socjologiczna ścieżka badawcza. Do tej pory we wszelkich opracowaniach suicydologicznych próba ujęcia kontekstu kulturowego dotyczącego samobójstwa ograniczała się do nawiązań bardziej zorientowanych na historię kultury i religię niż na kulturę współczesną. W sytuacji gdy liczba samobójstw dokonywanych każdego roku wzrasta, badanie tego zjawiska potrzebuje wciąż nowych i otwartych podejść, skupiających się zwłaszcza wokół dynamicznie zmieniającej się kultury masowej i popularnej. Dzięki przekazowi internetowemu kultura ta staje się niemal wszechobecna, zdając się poniekąd bliższą w odbiorze dla potencjalnych samobójców oraz osób, które straciły najbliższych w tych okolicznościach, niż specjalistyczne artykuły z zakresu psychologii publikowane w naukowych czasopismach lub socjologiczne statystyki pełne skomplikowanych tabeli i wykresów.

Uwagę na fakt, że internet powinien być bardzo ważnym punktem dla badań nowoczesnej suicydologii, zwracają Krzysztof Rosa i Paulina Krzywania w artykule *Ekspozycja zachowań samobójczych w sieci. Analiza treści stron internetowych*: „Tematyka występowania zachowań samobójczych w sieci powinna stać się ważnym elementem dyskursu we współczesnej suicydologii, ze względu na ekspansywność tego zjawiska oraz stosunkowo niewielki zakres wiedzy na jego temat” (Rosa, Krzywania 2014, s. 281). W tekście, którego fragment pozwoliłam sobie zacytować, ogromną wagę przykładam się do złożoności występujących w sieci wątków suicydalnych: „W sieci znajdują się różne informacje dotyczące zjawiska samobójstwa, które mają destrukcyjny patogeny charakter, m.in. promujące i zachęcające do popełnienia samobójstwa jako metody rozwiązywania problemów życiowych, zawierające szczegółowy opis sposobów odebrania sobie życia i ich skuteczności, pozwalające na wymianę doświadczeń między tymi, którzy podjęli akty samobójcze, a także umożliwiające zawiązywanie się paktów samobójczych osób wcześniej nieznających się i planujących wspólną samobójczą śmierć” (ibid., s. 281). Internet stał się nie tylko miejscem wymiany doświadczeń, ale i siedliskiem osób, które do samobójstwa namawiają. W dalszej części tekstu podane zostaną przykłady tego, jak konstruowany jest wizerunek samobójcy w internecie i jakie są tego konsekwencje.

Należy zauważyć, że we współczesnej kulturze masowej niechętnie mówi się o śmierci. Wszelkie tematy tanatyczne spychane są na dalszy plan. „Gdybyśmy podjęli próbę scharakteryzowania w sposób

najbardziej skrótowny miejsca śmierci i procesu umierania w naszej współczesnej kulturze, musielibyśmy dojść do wniosku, że niemal nie istnieją one w ogóle. Umieranie i jego szczegóły traktujemy jako sprawę bardzo osobistą, przykrą i niemal wstydlivą – temat niewłaściwy do poruszania w towarzystwie” (Ostrowska 1997, s. 25). Antropolodzy już dawno zauważyli i określili jako coraz częściej występujące zjawisko fetyszyzacji śmierci. Czyli oddalenia się od wszelkich symboli odnoszących się do zgonu, elementów cielesnych i materialnych nawiązujących do sytuacji, w której życie dobiega końca. Fetyszyzacji nie podlegają tylko i wyłącznie wątki dotyczące ludzkiej śmierci. Na przykład mięso zwierzęce często przedstawiane jest w absolutnie oderwanym od zwierząt kontekście i pokazywane jako gotowy, czysty oraz higieniczny produkt, zapakowany w estetyczne opakowanie. Śmierć jest brzydka, niewygodna, niechciana. W ramach nowoczesności nasz kontakt z tym naturalnym etapem życia całkowicie zmienił swoją formę. Ma to nie tylko związek ze zmianą trybu życia, lecz także z urbanizacją, zmieniającym się typem rodziny z wielopokoleniowej na tzw. nuklearną (ibid., s. 31), jak również, a może nawet przede wszystkim, śmierć jest niemodna. Kultura masowa to kultura konsumpcjonizmu – życia, wygody i komfortu. Ogromną wagę we współczesnym społeczeństwie przywiązuje się także do estetyki – wszystko musi być „ładne”, a zwłaszcza ciało. Wszelkie oznaki starzenia lub rozpadu są starannie tuszowane lub w miarę możliwości usuwane. Nowoczesne społeczeństwo nie chce się starzeć, a już na pewno nie chce umierać. Z nadzieją natomiast zagląda zniecierpliwione do laboratoriów naukowców, wyczekując leku, który zapewni upragnioną nieśmiertelność. Także rozmyślanie o śmierci jest złe. Wszelkie momenty zadumy i nostalgii nie pasują do rytmu wyznaczanego przez dynamiczną kulturę typu *fast food*, której główną dewizą jest „smacznie, szybko i przyjemnie”.

To, w jaki sposób społeczeństwo obchodzi się ze zwłokami, jest dobrym papierkiem lakmusowym pozwalającym zbadać daną kulturę w ujęciu całościowym. „Nie twierdząc bynajmniej, że problematyka trupa jest fundamentalnym zadaniem antropologa, przyjąć należy, że każda antropologia, która traktować ją będzie po macoszemu, narazi się na niechybne wypaczenie. [...] Stadia przemiany trupa wywołują bowiem interpretacje i postawy, które – mimo ewolucji w czasie i przestrzeni – pozwalają wyłonić pewne uniwersalne cechy. Dla określonych grup społecznych trup związany jest najczęściej z wyobrażeniem, jakie sobie o nim tworzą, i pod wieloma względami

biomedyczne idee również są faktami kulturowymi” (Thomas 1991, s. 6). W kulturze współczesnej pochówek najbliższych uległ gruntownej przemianie w ciągu kilkudziesięciu lat. Nastąpiło całkowite odseparowanie zmarłego od rodziny w momencie jego śmierci. Nie ma miejsca już na tradycyjne pożegnanie czy czuwanie przy zwłokach. Trup stał się zbyt „cielesny”, aby z nim obcować. Zwłok należy pozbyć się jak najszybciej, nie ma potrzeby, by robić to osobiście, całym obrządkiem zajmuje się profesjonalna firma. Coraz rzadziej mamy do czynienia ze śmiercią w domu. Jeżeli ma ona miejsce, grabarze przyjeżdżają ze stosownym sprzętem i owijają zwłoki w higieniczną folię. Fizyczne obcowanie ze śmiercią jest w obecnych czasach zminimalizowane do zera i sformalizowane prawie perfekcyjnie. „Z wydarzenia rodzinnego śmierć stała się więc wydarzeniem szpitalnym, oddanym w ręce «specjalistów». Ciała zmarłych w związku z tym przygotowywali do pogrzebu pracownicy kostnic, rodziny nie miały do nich dostępu. Powoli wszystkie elementy śmierci, które były szczególnie przykre i nieestetyczne, były usuwane z pola widzenia rodzin, a z czasem cały proces umierania stał się ukryty, otoczony milczeniem, pozostawiony «specjalistom», którzy w gruncie rzeczy często nie byli w stanie zaoferować pomocy najbardziej potrzebnej” (Ostrowska 1997, s. 32). Człowiek XXI w. nie myśli o śmierci, nie ma na nią czasu, poza tym nie znajduje się ona ani w kręgu ważnych dla niego wartości, ani tym bardziej w obszarze zainteresowań. Silny wpływ na bieżący stan rzeczy ma z pewnością laicyzacja społeczeństwa i stosunkowe oddalanie się od wartości i stylu życia proponowanych przez szeroko pojmowany Kościół, który miał na temat śmierci przekonującą narrację. Natomiast w powoli pustoszącym miejscu pozostawionym przez religię goszczą jedynie osobiste wyobrażenia o śmierci stworzone niczym kolaż z kawałków literatury, filmów, cmentarnych nagrobków i długich pozbawionych już głębszego znaczenia ceremonii pogrzebowych.

Kim natomiast jest samobójca? Samobójca to człowiek, który stawia w danym momencie śmierć w centrum swoich zainteresowań. Co więcej, wyobraża ją sobie, zastanawia się, w jaki sposób obejść się z własnym ciałem w tej ostatniej wspólnej drodze. „Samobójstwo nie jest abstrakcyjnym przecięciem linii życia, jak to wygląda w encyklopedycznych biografiach, lecz zdarzeniem konkretnym, którego kształt rzadko dla samobójcy bywa obojętny. Równie istotna jest jego «poetyka», styl, w jakim zostaje ono «wyreżyserowane», wybór czasu, miejsca i sposobu. Znaczenie, jakie samobójca nadaje swojej śmierci, projektuje zwykle

formę śmiertelności gestu. Bywają samobójstwa «twarde», dokonywane przy użyciu ostrego narzędzia, brutalne i nieodwołalne, i samobójstwa «miękkie», rozciągnięte w czasie, dokonywane przy użyciu truciź «łagodnych» o wydłużonym działaniu, w których śmierć zmienia się w długie «samoobserwacyjne» umieranie. Są ludzie, którzy dla swojej śmierci szukają patetycznej, ozdobnej «scenografii», ale bywają tacy, którzy pragną śmierci świadomie zdegradowanej, utrzymanej w czarnej poetyce antysztuki. Moment «estetyczny» samobójstwa – zwykle uznawany za przypadkowy, drugorzędny czy nawet zupełnie nieistotny – współtworzy semantykę czynu i człowiek odbierający sobie życie czasem przywiązuje do niego wielkie znaczenie” (Chwin 2010, s. 22). Śmierć w sposób fizyczny towarzyszy samobójcy, nie dając mu wytchnienia, przybliża się i oddala w zależności od jego stanu emocjonalnego. Samobójca z punktu widzenia semiotycznego, w odbiorze masowym, sam w sobie staje się złożonym symbolem śmierci. Bez konkretnej twarzy, przezroczysty, jest niczym anonimowa klisza przystawiana do kolejnych osób. Ma jedynie określone symbole, które związane są nie z jego osobą, ale z czynnością, jakiej dokonuje, np. żyłtka czy pętla. Gdy mówimy o samobójcy, to tak, jakbyśmy mówili o pewnego rodzaju utożsamionej wersji śmierci. O osobie, która sama spowodowała śmierć, dokonując przy tym nie tylko gwałtu na swoim życiu czy ciele, lecz także na otoczeniu. Samobójca, podejmując decyzję ostateczną, idzie wbrew społecznemu nurtowi ucieczki od śmierci, gdyż sam ją przywołuje. Jest więc pewnego rodzaju pośrednikiem, jedyną istotą, która decyduje o kresie swojego istnienia. Ma to związek poniekąd z samym określeniem „samobójca”, które według słownika Niedźwiedzkiego oznacza: „zabójca samego siebie”. Inaczej: *samokat*, *samokatca*, *samozbójca*, *samozbójnik*. W słowniku tym znajduje się także czasownik: *samobójczenie się* lub *samobójczyć*, natomiast słowo „samobójstwo” ma możliwy zamiennik „siebiebójstwo” (Karłowicz, Kryński, Niedźwiedzki 1915). We współczesnych słownikach języka polskiego nie znajduje się już tak bogatego zbioru synonimów, a i w mowie potocznej rzadko napotykamy wymienione wcześniej określenia. Zastanawiające może być, czy zmniejszona liczba synonimów, a właściwie ich brak, może mieć coś wspólnego ze wzmożoną tabuizacją wokół tego problemu?

Symboliczny samobójca łączy w sobie wszystkie niechciane i omijane przez społeczeństwo wątki związane ze śmiercią. Jest nieestetyczny – rany na ciele lub tzw. bruzda wisielcza deformują w brutalny sposób ciało, co podkreśla gwałtowność śmierci; rozmyśla

o śmierci – skoro zadaje sobie śmierć z własnej ręki, to znaczy, że wcześniej na pewno się nad tym zastanawiał; jest tajemniczy – do dziś nie tylko dla odbiorców masowego przekazu samobójstwo jest częściową zagadką, ale i dla samych badaczy nie zawsze motywy są oczywiste; samobójca to także samotnik – ktoś, kto odłączył się od społeczeństwa, kto odrzuca najbliższych, a w potocznym rozumowaniu nazywany jest często egoistą. Do opinii publicznej coraz częściej przebijają się informacje, w których pojawia się zwrot „epidemia samobójstw”. Zwrot ten w rozumowaniu potocznym może powodować stan niepewności i poczucie bliższego zagrożenia. Wraz z powtarzanymi wciąż powiększającymi się liczbami zgonów odbiorca przekazu masowego zaczyna zastanawiać się, czy zjawisko, jakim jest samobójstwo, nie dotknie jego najbliższych. Skoro to epidemia, to jak należy się bronić? Czy jest to choroba? Co jest przyczyną? Niestety, na te i wiele pytań, które zadać może naiwny odbiorca wiadomości lub czytelnik codziennej gazety, wciąż nie możemy udzielić satysfakcjonujących odpowiedzi. Jedno jest pewne: samobójstwo i samobójca to niewygodne tematy do rozmowy zarówno publicznej, jak i prywatnej. Na bliższą uwagę zasługuje język używany przy opisywaniu samobójców i samego aktu dobrowolnej śmierci. Tą problematyką zajmują się oddzielnie, w artykułach dotyczących m.in. struktury tekstu i języka w listach samobójców.

O samobójcach nie mówi się także, a może nawet przede wszystkim, z powodu istniejącego społecznego i kulturowego tabu. Natomiast w życiu codziennym i w potocznych rozmowach prym wiodą stereotypy na temat samobójców oraz ich rodzin. Problem ten dotyczy zwłaszcza osób borykających się z myślami samobójczymi. Brak dyskusji medialnej na odpowiednim poziomie, brak miejsca do prowadzenia rozmowy, a przede wszystkim pełne stereotypów, negatywnie nastawione otoczenie pozostawia osobę w stanie presuicydalnym w osamotnieniu. Rodzina i przyjaciele często nie chcą rozmawiać o śmierci, a tym bardziej o samobójstwie. Przyznanie się do nawracających myśli samobójczych jest bardziej deprymujące niż przyznanie się do bycia alkoholikiem. To oficjalne pogodzenie się z porażką, przyznanie do bycia nieudacznikiem, niepasującym do współczesnej kultury preferującej radość i zabawę. Na problem panujących w społeczeństwie stereotypów zwrócił uwagę Andrzej Bałandynowicz w tekście *Reakcja społeczeństwa wobec problemu suicydalnego jednostki*, opisując ten stan w następujący sposób: „Nie rozumiejąc, nie chcąc zrozumieć samobójstwa – społeczeństwo izoluje się od niego, wytwarza szereg mitów i postaw

usprawiedliwiających obojętność, ignorancję czy nawet wrogość. Owe mity na zasadzie błędnego koła utrwalają się i zaczynają funkcjonować w społeczeństwie jako mechanizmy racjonalizacji, co utrudnia obiektywną ocenę zjawiska i działania profilaktyczne” (Bałandynowicz 2002, s. 77).

Jednym z silnie panujących stereotypów dotyczących samobójstwa jest przekonanie, że jeżeli ktoś o tym mówi, to na pewno tego nie robi. Badania suicydologów na całym świecie pokazują dokładnie odwrotną tendencję. Jednostka w stanie presuicydalnym bardzo często szuka kontaktu i wspomina nie tylko o myślach samobójczych, lecz także o chęci dokonania takiego aktu. W tym przypadku błędny sposób odbierania przekazu od potencjalnego samobójcy może być jednym z czynników, które składają się na podjęcie ostatecznej decyzji. Skoro osoba myśląca o samodestrukcji dostaje komunikat brzmiący mniej więcej tak: „I tak tego nie zrobisz, skoro tak mówisz, to tylko na gadaniu się skończy. Ci, co gadają, nic nie robią...”, to brzmi to niczym wyzwanie i czasem nie pozostawia wyjścia zdesperowanej jednostce. Erwin Ringel w książce *Gdy życie traci sens* w następujący sposób opisuje powyższy problem: „I tak na przykład jakiś czas temu uczennica jednego z wiedeńskich gimnazjów przyniosła do szkoły pistolet i z uśmiechem zapytała kolegów, gdzie należy go przyłożyć, aby nie spudłować. Koledzy byli przekonani, że chodzi tu o żart. Sposób zdeklarowania zamiaru dał tutaj szansę również i śmierci, a w wyniku błędnej reakcji otoczenia (z którą, niestety, często należy się liczyć) doszło również do realizacji owej «szansy». Z drugiej strony taka ambiwalencja objawia się niekiedy ustawicznym mówieniem o samobójstwie, a nawet jego zapowiedziami, w wyniku których nic jednak nie następuje. Bardzo często osoby z otoczenia «samobójcy» przestają się niepokoić, ponieważ nikt nie lubi, by mu zakłócać spokój i zawsze wykorzysta pretekst, by powrócić do stanu beztroskiej obojętności, tłumacząc sobie «z dużej chmury mały deszcz», skoro tyle razy już o tym mówił, to i teraz nie należy brać jego słów na serio. I akurat wtedy, wcale nie tak rzadko, dochodzi do zaskakującego wszystkich wprowadzenia w czyn samobójczych zamiarów desperata” (Ringel 1987, s. 90). Przytoczona przez Erwina Ringela historia gimnazjalistki jest bardzo dobrym i odpowiednio silnym przykładem na panujące powszechnie w społeczeństwie znieczulenie wobec osób z myślami samobójczymi i brak odpowiedzialności w zachowaniu wobec takich jednostek. Kolejny przykład takiej sytuacji przytacza Al Alvarez, rozpoczynając nim swoją poruszającą książkę pt. *Bóg Bestia*: „Kiedy chodziłem

do szkoły, uczył tam pewien wyjątkowo łagodny nieco roztargniony fizyk, który bez przerwy dowcipkował na temat samobójstwa. [...] Pewnego dnia pod koniec lekcji zauważył łagodnie, że jeżeli ktoś zamierza poderżnąć sobie gardło, to powinien przedtem założyć worek na głowę, bo inaczej będzie trzeba po nim dużo sprzątać. Wszyscy się roześmiali. Nadeszła godzina pierwsza po południu, zadzwonił dzwonek i chłopcy ruszyli na lunch. Nauczyciel fizyki pojechał rowerem do domu, gdzie włożył na głowę worek i poderżnął sobie gardło” (Alvarez 2011, s. 9). W tym przypadku do czynienia mamy także z pewnego rodzaju humorystyczną narracją u osób w stanie presuicydalnym, które przed śmiercią nabierają dystansu do swoich zamierzeń, żartując publicznie na ten temat.

Brak wiedzy, jak zachować się w momencie, gdy ktoś wspomina o samobójstwie, wiąże się z zamknięciem tematów suicydologicznych w ściśle naukowych publikacjach i wyspecjalizowanych tomach poświęconych psychologii. Skoro o samobójstwie nie mówi się w dyskursie publicznym, a potencjalnym samobójcom nie wypada mówić o swoich problemach, to skąd społeczeństwo ma wiedzieć, jak należy z takimi osobami rozmawiać?

Aby zmienić bieżącą, negatywną sytuację, należy przełamać społeczne tabu i nauczyć społeczeństwo rozmawiać na ten trudny temat. Pomocne w tym mogą być wszelkie takie narzędzia kultury, jak: teatr, kino, filmy dokumentalne czy kampanie społeczne, a środki masowego przekazu powinny zostać prawidłowo użyte i służyć uświadomieniu społeczeństwa na ten problem. Dlatego tak ważne jest, aby prewencja dotycząca samobójstw wychodziła poza specjalistyczne poradniki dla lekarzy, nauczycieli czy pedagogów.

Potoczne myślenie o samodestrukcji jest pełne wszelkiego rodzaju stereotypów, często absolutnie niepokrywających się z prawdą. Czasem wręcz podejście takie może spowodować nasilenie się myśli samobójczych lub przyspieszenie podjęcia decyzji o śmierci. Oto niektóre z bardziej popularnych, wymienione przez Andrzeja Bałandynowicza we wspomnianej wcześniej publikacji: „Samobójstwo przychodzi bez ostrzeżenia”, „Samobójcy chcą umrzeć za wszelką cenę”, „Samobójcy nie chcą umrzeć, pragną tylko manipulować swoim otoczeniem”, „Poprawa nastroju po kryzysie samobójczym oznacza koniec zagrożenia”, „Samobójstwu nie można zapobiec”, „Osoba o skłonnościach samobójczych będzie mieć już je zawsze”, „Próby samobójcze rzadko bywają ponawiane”, „Wszyscy samobójcy są umyślowo chorzy”, „Samobójstwo popełniają ludzie określonego typu”

(Bałandynowicz 2002, s. 77–79). Wszystkie wymienione założenia są częściowo lub w całości błędne, nie wspominając o rażącej generalizacji tak indywidualnego zjawiska. Skąd jednak biorą się takie, a nie inne stwierdzenia? Z jakiego źródła informacji wypływają te pozbawione współczucia wypowiedzi? Na jakiej kanwie ukuły się powszechnie znane stereotypy i czy podlegają one zmianom? Na te i wiele innych pytań mogą pomóc odpowiedzieć szczegółowe i systematycznie prowadzone badania kulturoznawcze, które na celu będą miały obserwacje kultury masowej oraz tworzącego się w niej wizerunku samobójcy, a także panującego obrazu aktu samobójczego. Obserwacją należy objąć zarówno literaturę popularną, kino, telewizję, prasę codzienną, muzykę, gry komputerowe, jak i blogi oraz portale społecznościowe. Praca ta nie ma polegać na jednorazowym zbadaniu stanu rzeczy – musi być stale powtarzana, a jej wyniki powinny być na bieżąco weryfikowane w zależności od prowadzonych badań. „Wyniki badań suycydologicznych mogą służyć jako punkt odniesienia w projektowaniu i przeprowadzaniu kampanii społecznych dotyczących profilaktyki zachowań suycydalnych, w szczególności tych związanych z internetem. Należy wykorzystać potencjał internetu w celu poszerzenia dostępu do informacji na ten temat oraz wesprzeć podejmowane działania profilaktyczne nowoczesnymi formami komunikacji. Osoba szukająca w sieci informacji o sposobach popełniania samobójstwa powinna również poprzez internet otrzymać jak najszybciej pomoc od specjalisty w celu zapobiegnięcia realizacji swoich samobójczych zamiarów. Potencjalni samobójcy, korzystający z internetu jako narzędzia do gromadzenia i przekazywania informacji na temat samounicestwienia, powinni napotykać jak najwięcej stron, które samobójstwu mają zapobiegać” (Rosa, Krzywania 2014, s. 280).

Jednym z przykładów wizerunku kulturowego samobójcy może być dość powszechna, kilka lat temu ciesząca się sporym zainteresowaniem, subkultura EMO, której uczestnicy zostali ocenieni przez opinię publiczną mianem młodzieży przewrażliwionej, ze skłonnościami do samobójstw i samookaleczeń. To jedna z najmłodszych subkultur, przez niektórych nazywana kontrkulturą. Nazwa bierze się od angielskiego słowa *emotional* – czyli kogoś/czegoś bardzo emocjonalnego. Muzyką kwalifikującą się do stylu EMO jest pewna podgrupa muzyki pop i hard-core. Młodzież EMO można odróżnić po bardzo podobnym stylu ubrania i mocnym makijażu. Przeważającą kolorystyką to biel i czerń. Odzież jest raczej skromna, obcisła, czasem nazywana higieniczną. Subkultura

EMO to przede wszystkim skupienie się wokół życia wewnętrznego i emocjonalnego, to próba protestu przed konsumpcjonistycznymi wartościami współczesnej kultury. Popularna wśród nastolatków w przedziale wiekowym 15–20, jest często postrzegana jako infantylna, udawana i nakłaniająca do samookaleczeń, a nawet samobójstw. Oto fragment opisu EMO pochodzący ze strony internetowej poświęconej opisom popularnych subkultur, który posłuży tu jako przykład narracji pojawiającej się w środkach masowego przekazu dotyczącej problemu samobójstwa. „EMO można podciągnąć pod kontrkulturę, ponieważ ich pojawienie się było swoistym sprzeciwem przeciw materialistycznemu i wulgarnemu stylowi życia amerykańskich raperów. Według EMO ich kultura to nie styl bycia, a raczej stan ducha. Prawdziwy EMO to osoba dość depresyjna i introwertyczna, zamknięta w sobie, uważająca, że nikt na świecie nie jest w stanie zrozumieć jego bólu egzystencjalnego – oprócz oczywiście innych EMO. Całymi dniami rozmyślają oni o śmierci i samobójstwie, piszą wiersze i spędzają wolny czas ze sobą, przytulając się i tworząc krótkotrwałe związki. Czasami dla rozładowania złych emocji robią sobie na ciele sznyty żyłkami. Nie ukrywają swojej orientacji seksualnej, a biseksualizm wśród nich nikogo nie dziwi. Ze względu na to, że EMO zostają głównie ludzie z dobrze sytuowanych rodzin wokół nich rozwinął się ogromny przemysł odzieżowy i gadżeciarski” (Subkultury 2015). Przytoczony przeze mnie fragment został napisany z pewną dającą się odczuć kpiną i pogardą. Takie podejście cechuje większość przekazów internetowych opisujących tę subkulturę. W związku z tym, że osoby utożsamiające się z tym konkretnym stylem często dla poprawienia swojego wizerunku używały np. lekkich nacięć na rękach, a w wierszach umieszczanych na portalach społecznościowych wspominały o śmierci samobójczej, zaczęto traktować je z dystansem, a ich problemy bagatelizować i zniżać do rangi niepoważnych albo dziecinnych. Niestety, w związku z łatwą generalizacją wśród dzieci EMO lub takich, które zostawały w pewien sposób odgórnie do tej subkultury przyporządkowanych, znajdowała się część osób z poważnymi problemami i stanami depresyjnymi, co czasem kończyło się tragicznie. Od czasu szczytu popularności stylu EMO minęło kilka lat, ale w przestrzeni internetu daje się zauważyć wciąż panujący pogląd, że większość nastolatków piszących o śmierci lub samookaleczeniu to zupełnie niegroźnie użalające się nad sobą dzieci z bogatych domów, które w ramach rozrywki próbują zrobić zamieszanie wokół swojej osoby, przecinając żyłką skórę. Wizerunek

EMO spowodował wzmocnienie i tak już silnej obojętności i pogłębienie znieczulenia w społeczeństwie wobec osób z myślami samobójczymi.

Wraz z rozwojem przenośnej technologii, pozwalającej na korzystanie z internetu wszędzie, o każdej porze i praktycznie przez cały czas, sieć stała się miejscem, gdzie można zaobserwować bardzo wiele wątków o charakterze suicydalnym. Natomiast niebezpiecznie wzrastający poziom agresji w internecie może znacząco wpływać na słabsze jednostki, popychając je nie tylko do myśli, ale i do czynów samobójczych. W prasie coraz częściej opisane zostają przypadki „internetowego znęcania”, które niekiedy kończą się dla ofiary tragicznie: „14-letni Dominik nie żyje. Powiesił się na sznurówkach, zostawił list: «Jestem zerem». Zaszczuli go rówieśnicy. W realu i w necie. Dorośli musieli wiedzieć. Dlaczego nic nie zrobili? Ponieważ nigdy nic nie robili” (Młynarska 2015). Historia nastoletniego Dominika jest pretekstem dla dziennikarki Pauliny Młynarskiej zwracającej uwagę na wzrost agresji wśród użytkowników internetu, który może prowadzić nawet do śmierci samobójczej, zwłaszcza wśród wrażliwych nastolatków. Dziennikarka zwraca się do czytelnika takimi słowami: „Ile osób musi ze sobą skończyć, żebyśmy wreszcie przestali oddawać nasze dzieci komputerom na wychowanie?” (ibid.). To, co jednak najbardziej uderza w tej krótkiej notce dziennikarskiej, to przytoczone fragmenty komentarzy, które pojawiły się pod wiadomością o śmierci nastolatka: „Nawet teraz, kiedy Dominika nie ma już wśród nas, internetowe szambo kipi. Są tacy, i nie jest to jakaś marginalna grupka, którzy znajdują czas i pomysły, by tworzyć kolejne nienawistne memy. I zakładać kolejne strony i profile, na których można dać upust swojej szatańskiej nienawiści do tego rudego chłopca z zadartym nosem, w rurkach i czapce, który spogląda na nas wesoło ze zdjęć. Bo był PEDZIEM. Albo myśleli, że był. W każdym razie, czymś ich wk**wił. Ich zdaniem: «Dobrze się stało, że nie żyje», bo «Splamił białą rasę», chociaż «Gnój z niego, bo matce zniszczył życie»” (ibid.). Takich przypadków może być w najbliższym czasie coraz więcej. Wzrost agresji, brak jakiegokolwiek kontroli, nieprzestrzeganie prawa przez użytkowników internetu posługujących się językiem nienawiści, z czasem może doprowadzić do wzrostu samobójstw wśród młodzieży i dzieci w wieku szkolnym.

Prasa codzienna, telewizja, kino czy internet to przestrzeń, w której na każdym kroku mamy do czynienia nie tylko z pojedynczymi symbolami i znakami, lecz także z całymi skomplikowanymi strukturami znakowymi. Z ich pomocą poruszamy się w wirtualnej

przestrzeni, ale i korzystamy ze wspólnego kodu kulturowego. Nasza pamięć zbiorowa wypełniona jest konkretnymi symbolami i kliszami, dzięki którym odnajdujemy się w zupełnie różnych sytuacjach i miejscach. Z samobójstwem, a raczej ze śmiercią samobójczą, kojarzone są pewne utarte symbole, które najczęściej są ściśle związane z samym dokonaniem aktu samodestrukcji. W środkach masowego przekazu przy artykułach opisujących samobójstwa pojawiają się często takie znaki graficzne, jak: pętla, żyłtka, strumień krwi. Bardzo często mają one formę rysunkową lub są spreparowane komputerowo. Dzięki temu nie są zbyt dosłowne i nie mają znamion okrucieństwa. Interesującym zjawiskiem, z punktu widzenia badacza kultur, są natomiast krótkie amatorskie filmy o samobójstwie umieszczane przez anonimowych autorów na serwisie YouTube¹. Łączą one zwykle w sobie podkład muzyczny o zdecydowanej tonacji molowej, towarzyszą im krótkie zdania dotyczące powodów myśli samobójczych, często pojawiają się argumenty mające na celu pocieszenie oglądającego i przekonanie go, że sytuacja nie jest tak tragiczna, jak mogłoby się wydawać. Interesujące jest natomiast tło graficzne. Ukazujące się napisy zazwyczaj umieszczane są na zmianę ze zdjęciami, na których widnieją pokaleczone przez żyłtkę ręce. Zdjęć takich jest wiele, są bardzo często autentyczne i pochodzą z prywatnych źródeł. Cięcia różnią się od siebie, zarówno w gęstości, głębokości, jak i w sposobach stawiania. Na wszystkich zdjęciach jest krew, która zdaje się tu być swojego rodzaju dowodem cierpienia. Te krótkie filmy często są bardzo drastyczne, a zdjęcia poranionych rąk przeplatane są z obrazami, graficznymi lub malarskimi, osób w pozach świadczących o smutku lub załamaniu. Treści te i obrazy różnią się diametralnie od wszelkich przekazów graficznych występujących w mediach. Zdają się być wręcz po drugiej stronie, epatują brutalnością i wykorzystują pokaleczone własną ręką ciało jako symbol bólu i niezrozumienia wśród najbliższych. W zestawieniu z bezosobowymi, wypełnionymi liczbami prasowymi narracjami o samobójstwie, które pozbawione są w całości sposób cielesności i spersonalizowanego bólu, krótkie amatorskie filmy umieszczane w internecie zdają się być „cielesnym” krzykiem. Ten krzyk ma na celu nie tylko wypowiedzenie wewnętrznego bólu, on stara się

¹ Źródło: <https://www.youtube.com/watch?v=AAo0So-biY54>, <https://www.youtube.com/watch?v=53hzPrnyocw>, https://www.youtube.com/watch?v=FCxCL9e0_aA, <https://www.youtube.com/watch?v=kcPPVkJPaBlw>, <https://www.youtube.com/watch?v=HbSqDjIfPI>, <https://www.youtube.com/watch?v=HXmxDuyqLG0>.

pomóc i powstrzymać innych cierpiących przed dokonaniem złej decyzji. Mamy do czynienia ze swojego rodzaju samopomocą: od cierpiących dla cierpiących.

W związku z wszechobecnością wciąż rozwijającego się internetu staje się on zupełnie nową przestrzenią, w której coraz częściej napotykamy wątki suicydalne. Zaczynając od blogów, po wspomniane przeze mnie amatorskie filmy, a kończąc na grach, w których jedną z opcji jest samobójstwo awatara. Zaznaczone tu zjawisko wymaga regularnych obserwacji badawczych i szeroko pojętych interpretacji prowadzonych z kilku różnych punktów widzenia, ponieważ to właśnie przekaz internetowy może okazać się jedną z dróg nowoczesnej prewencji samobójstw.

Do tej pory w suicydologii, w tym w dyskursie badawczym, przyjęte zostało podejście, w którym winę za porażkę jednostki nakłada się na społeczeństwo. Zgodnie ze wskazówkami Emila Durkheima, pochodzącymi z pionierskiej w dziedzinie socjologii książki *Samobójstwo*, socjologowie skupili się na problemie samodestrukcji człowieka i od lat prowadzą

w związku z tym rozległe badania. Należy jednak zwrócić uwagę na dynamiczny wzrost samobójstw w rozwiniętych społeczeństwach oraz zmianę otoczenia, w jakim znajduje się potencjalny samobójca. Osoba w stanie presuicydalnym jest nie tylko otoczona przez społeczeństwo, lecz także przez jego kulturę. Jej wytwory, obrazy, dźwięki, słowa, kreacje tworzą codzienne otoczenie, które w zupełnie inny sposób może odbierać osoba o nawracających myślach samobójczych. Kultura nie tylko ma doraźny wpływ na samobójcę, lecz także konstruuje jego wizerunek. To w kulturze na co dzień przegląda się potencjalny samobójca, to do jej wyobrażeń na temat życia, piękna czy idealnego związku porównuje swoje prywatne przeżycia. Nie nadążając lub gubiąc się w rytmie chaotycznego konsumpcjonizmu, traci podstawowe wartości, dzięki którym dotychczas udawało mu się utrzymać swoje życie w ryzach. Współczesny samobójca to nie tylko dowód na porażkę społeczeństwa, to przede wszystkim dowód na porażkę i utratę wartości współczesnej kultury.

Literatura

- Alvarez A. (2011), *Bóg Bestia*, przeł. Ł. Sommer, Warszawa.
 Bacon F. (1955), *Novum Organum*, przeł. J. Wikariak, Warszawa.
 Bałandynowicz A. (2002), *Reakcja społeczeństwa wobec problemu suicydalnego jednostki*, w: *Samobójstwo*, red. B. Hołyst, M. Staniaszek, M. Binczycka-Anholcer, Warszawa.
 Chwin S. (2010), *Samobójstwo wyobraźni*, Gdańsk.
 Coleman L. (2004), *The Copycat Effect*, New York.
 Gostkiewicz M. (brw), *Mężczyzna w wieku 35–45 lat, najczęściej bezrobotny. Oto typowy polski samobójca*, rozmowa z prof. M. Jarosz, www.weekend.gazeta.pl (dostęp: 18.03.2016).
 Hołyst B. (2012), *Suicydologia*, Warszawa.
 Karłowicz J., Kryński A., Niedźwiedzki W. (1915), *Słownik Języka Polskiego*, red. W. Niedźwiedzki, Warszawa.
 Ostrowska A. (1997), *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa.
 Ringel E. (1987), *Gdy życie traci sens*, przeł. E. Kaźmierczak, Szczecin.
 Rosa K., Krzywaniak P. (2014), *Ekspozycja zachowań samobójczych w sieci. Analiza stron internetowych*, w: *Percepcja zachowań samobójczych. Między opiniami a doświadczeniem*, Kraków.
 Sachaj T. (2014), *Samobójstwo w filmach i powieściach współczesnych*, w: *Percepcja zachowań samobójczych. Między opiniami a doświadczeniem*, Kraków.
 Thomas L.-V. (1991), *Trup*, przeł. K. Kocjan, Łódź.

Strony internetowe

- Bielak A. (bdw), *Fala samobójstw nastolatków. „Przestano informować o tym w mediach z lęku przed efektem Wertera”*, <http://weekend.gazeta.pl/weekend/1,138262,19346923,fala-samobojstw-nastolatkow-przestano-informowac-o-tym-w-mediach.html#TRwknd> (dostęp: 18.03.2016).
 Gazeta Prawna (2010), *Polska nie radzi sobie z plagą samobójstw*, 16 lutego, <http://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/artykuly/398808,polska-nie-radzi-sobie-z-plaga-samobojstw.html> (dostęp: 20.03.2016).
 Młynarska P. (2015), *Tylko „w coś grają”? A może zabijają kolejnego Dominika?*, 3 lipca, <http://wiadomosci.onet.pl/tylko-w-cos-graja-a-moze-wlasnie-zabijaja-kolejnego-dominika/cfmqq1> (dostęp: 18.03.2016).
 Niewygodne.info.pl (2015), *Dramat polskich emerytów – coraz częściej popełniają samobójstwa z powodu biedy. Tymczasem platformiany rząd chce im dać 3 zł 62 gr podwyżki*, 15 lipca, <http://niewygodne.info.pl/artykul5/02364-Dramat-polskich-emerytow.htm> (dostęp: 18.03.2016).
 Pressmix.eu (2015), *Polskie samobójstwa z przyczyn ekonomicznych*, 27 maja, <http://pressmix.eu/2015/05/27/polskie-samobojstwa-z-przyczyn-ekonomicznych-2/> (dostęp: 18.03.2016).
 RMF24 (2015), *Szokujący raport. Polacy w samobójczej czołówce Europy*, 21 kwietnia, <http://www.rmfm24.pl/fakty/polska/news-szokujacy-raport-polacy-w-samobojczej-czolowce-europy,nId,1720932> (dostęp: 18.03.2016).
 Subkultury (2015), *Emo*, <http://www.oryginalnosc.podochrona.pl/emo.html> (dostęp: 18.03.2016).
 TVN24 (2015), *Rosyjskie media na cenzurowanym: zakaz pisanie o samobójstwach chorych na raka*, 20 marca, <http://www.tvn24.pl/rosyjskie-media-ocenzurowane-nie-moga-pisac-o-przyczynach-samobojstw,526160,s.html> (dostęp: 18.03.2016).

Mgr Halszka Witkowska

Obraz samobójstwa we współczesnej kulturze masowej

Streszczenie

Praca zwraca uwagę na potrzebę badania kultury popularnej i środków masowego przekazu w kontekście problemów suicydalnych. We współczesnej kulturze samobójstwo staje się coraz częstszym motywem filmów, powieści czy utworów muzycznych. Szczegółowa interpretacja elementów kultury współczesnej może pomóc stworzyć kulturowy wizerunek samobójcy, a także zbadać i zrozumieć panujące stereotypy społeczne skonstruowane wokół tego zjawiska. Autorka podkreśla niezwykle istotny wpływ internetu na kulturę komunikacji, co nie pozostaje bez związku z zachowaniami suicydalnymi. Masowa komunikacja wirtualna umożliwia zarówno dzielenie się przemyśleniami związanymi z samobójstwem, jak i namawianie do popełnienia czynu ostatecznego. Odpowiednio wykorzystana przestrzeń internetu może być bardzo dobrym środkiem dla prewencji, dlatego aby ją należycie wykorzystać, wymaga bieżących badań i interpretacji nie tylko psychologicznych czy socjologicznych, lecz także kulturoznawczych, filozoficznych i antropologicznych. Autorka tekstu stara się podkreślić interdyscyplinarność nauki, jaką jest suicydologia, oraz fakt, że badania kulturoznawcze i antropologiczne powinny mieć w niej duży udział w związku z wszechobecną kulturą popularną rozprzestrzeniającą się za pomocą wciąż rozwijających swoje techniczne i społeczne możliwości środków masowego przekazu.

Słowa kluczowe: zapobieganie samobójstwom, mass media, internet, stereotypy.

Mgr Halszka Witkowska

The image of suicide in contemporary mass culture

Summary

The paper points to the need for research on popular culture and mass media in the context of suicide problems. In the contemporary culture suicide more and more often becomes a theme of films, novels and songs. Careful interpretation of elements of contemporary culture may help not only generate a culture-specific image of the suicide victim, but also explore and understand predominating social stereotypes associated with this phenomenon. The author emphasizes outstanding impact of the Internet on the culture of communication, which is not unrelated to suicidal behaviors. Virtual mass communication allows the users to share their reflections concerning suicide, and to persuade others to commit the fatal act. The Internet as a medium of communication if appropriately used may be most helpful in suicide prevention. Such an application of the Internet requires ongoing research and interpretations not only psychological or sociological, but also cultural, philosophical, and anthropological. The author strives to highlight the interdisciplinary nature of suicidology as a scientific discipline, as well as the fact that cultural and anthropological research should have a considerable share in it, in view of the ubiquity of popular culture disseminated by mass media that continually develop their technical and social possibilities.

Key words: suicide prevention, mass media, Internet, stereotypes.

Prof. zw. dr hab. dr h.c. Brunon Hołyst

Dyrektor Instytutu Kryminalistyki i Kryminologii, Uczelnia Łazarskiego
ul. Świeradowska 43, 02-662 Warszawa
tel. 502 286 246 • mail: holyst.brunon@gmail.com

Programowanie profilaktyki a motyw i warunki zachowań suicydalnych

Twierdzenia na temat warunków powstawania zachowań suicydalnych muszą wyrastać z wiarygodnej, pogłębionej analizy motywów. W wielu przypadkach wiedza nasza ma charakter intuicyjny. Jakkolwiek więc dotychczasowe badania nad motywacją zamachów samobójczych pozwalają na wyciąganie poważnych wniosków odnośnie do etiologii tego zjawiska, niemniej trzeba przyznać, że jest to wiedza dość uboga.

Zapobieganie samobójstwom musi się opierać na bardzo jasnym rozeznaniu podstawowej sprawy, czy działanie człowieka zmierzało do pozbawienia się życia, czy też próba bądź nawet pozbawienie się życia miało być działaniem zmierzającym do osiągnięcia jakichś innych celów. Należy przede wszystkim rozróżnić dwie kategorie, które zarazem mają znamiona dychotomii, a mianowicie zamach samobójczy jako cel albo środek do celu. Ten podstawowy problem trudno jest rozstrzygnąć na podstawie dostępnych obecnie danych o osobach dokonujących zamachów samobójczych. Trudność ta wynika nie tylko z obiektywnych przyczyn, lecz także wiąże się z przyjętą metodologią badania samobójstw.

Jak się wydaje, wartość materiałów empirycznych określiło mechaniczne przeniesienie metod kryminalistycznych w sferę badania motywacji. W sferze

badania biologicznych, chemicznych, mechanicznych (fizycznych) aspektów czynu samobójczego, ujawnionych przez materiały dostarczone w śledztwie, mamy do czynienia z dużą precyzją określania sekwencji przyczynowo-skutkowej. Zażycie określonej dawki środka chemicznego, przy znanym działaniu tego środka na organizm i przy znanych cechach odporności organizmu na ten środek, a także znanych cechach odporności organizmu w ogóle i w danym momencie, wywołuje określone skutki. Oczywiście wnikliwe badania mogą dowieść, że obecność w organizmie dawki środka niszczącego metabolizm nie była ostateczną przyczyną ustania metabolizmu. Badania te bywają pracochłonne, lecz cechuje je duży stopień pewności.

Przeniesienie tego rozumowania na grunt zjawisk psychicznych, społecznych czy kulturowych bywa zawodne.

Historia kultury, religii i obyczajów uczy, że ten sam stan somatyczny, psychiczny czy kondycja społeczna czasem bywa przyczyną bezwzględnie motywującą do pozbawienia siebie życia, innym razem jest postrzegany jako niedogodność, z którą się walczy, a innym razem jako łaska przeżywania trudności, których się nie zwalcza, lecz wręcz otacza nimbem uzasadnienia trwania przy życiu. Tak też bywa

w przypadku motywacji śmierci samobójczej (Wasserman 2009, s. 3–5; Pescosolido, Georgianna 1989; Stack 2001, s. 17–30; Stack, Lester 2002).

Dokonując przeglądu kulturowych uzasadnień samobójstwa, można przytoczyć skrajną postawę – człowiek zhańbiony, deptany, niszczone fizycznie i psychicznie dziękuje Bogu za to, że zechciał go doświadczyć i wypróbować. Ze swojego nieszczęścia czyni powód do chwały przed Bogiem. Taka postawa związana jest z zaczerpniętym z tekstów biblijnych etycznym wzorcem obejmującym zasadę „nadstawiania drugiego policzka”. Człowiek taki nie popełni samobójstwa nawet wówczas, gdy w męczarniach umiera na raka, ale nie robi również nic, żeby obronić się przed „plunięciem mu w twarz drugi raz”. Jego autodestrukcja polega na tym, że pozwala innym na niszczenie siebie, nie dokonując aktu samozniszczenia. Faktycznie jednak przyzwalając na to innym, jest – widziany z innej perspektywy – tylko obłudnikiem, który chce zasłużyć na wieczne zbawienie przez pokorę. W perspektywie innych obyczajów i kultur człowiek taki jest godzien pogardy, nie reaguje bowiem na demoralizację otoczenia.

Przytoczone przykłady mają uświadomić, że możliwe jest przeprowadzenie ścisłego dowodu, rozumowania w celu wyjaśnienia sekwencji przyczynowo-skutkowej i objaśnienia motywacji zamachu samobójczego. Możliwe jest to jednak pod warunkiem, że dokładnie znany jest schemat reakcji kulturowej danego osobnika, że wiadomo, jak funkcjonuje wzór kulturowy. Ten właśnie jedyny warunek jest niezwykle trudny do spełnienia.

Rozpatrywanie motywacji zachowań suicydalnych wymaga zatem odwołania się do teorii kultury i badań kulturowych obrazu rzeczywistości. Choć znane są przypadki niezgodne z obowiązującymi wzorcami, pisząc o tym w części dotyczącej profilaktyki, nie czynię tego przypadkowo, gdyż założenia tej koncepcji zwracają uwagę na powiązanie między diagnozą i prognozą oraz między diagnozą jakiegoś stanu i propozycjami strategii zmiany owego stanu.

Kulturę rozumiemy tu szeroko jako całość zachowań i wytworów działalności ludzkiej opartych na możliwościach, jakimi dysponuje człowiek biologiczny, psychiczny i społeczny. Przyjmując te założenia, spróbujemy podać cechy charakterystyczne reakcji kulturowych społeczeństwa polskiego, traktując je jako warstwę etiologiczną zachowań różnego typu (alkoholizm, narkomania, przestępstwo), z których w tym miejscu interesują nas zachowania autodestrukcyjne.

Na wstępie rozważmy, jakiego rodzaju reakcją są zachowania autodestrukcyjne i jakie są możliwości interpretacji etiologii tych zachowań.

Uznając za podstawę najogólniejszy, lecz zarazem wyczerpujący podział, możemy powiedzieć, że wszystkie zachowania, w tym zachowania autodestrukcyjne, można zaliczyć do trzech grup. Są to: zachowania zorganizowane wokół jakiejś potrzeby lub potrzeb, wokół jakiegoś wzoru lub wzorów, wokół jakiejś możliwości lub zespołu możliwości. Rzecz prosta, mamy tu na myśli tak zwane czyste typy, w których zachowanie człowieka jest wyraźnie determinowane potrzebą, wzorem jej zaspokojenia lub możliwością jej zaspokojenia. Typy mieszane etiologii zachowań wynikają ze zbieżności lub rozbieżności trzech wymienionych parametrów zachowania. Za pomocą tego schematu jesteśmy w stanie objaśnić każde zachowanie człowieka.

W przypadku zachowań suicydalnych zorganizowanych wokół systemu potrzeb niezaspokojona potrzeba może, przy braku wzoru sublimacji bądź racjonalizacji lub przy obiektywnym braku możliwości wyparcia potrzeby, doprowadzić do takiej frustracji, że zdeterminowana jednostka woli wybrać śmierć niż cierpienia fizyczne lub psychiczne, które wiążą się z niezaspokojeniem określonych potrzeb.

Do grupy tych przypadków można zaliczyć zarówno samobójstwa popełniane na skutek nieuleczalnej choroby, która blokuje zaspokojenie potrzeb, jak i krańcowo inaczej umotywowane samobójstwo, np. na skutek niezaspokojenia potrzeby miłości.

Gdy jednostka nie może zaspokoić potrzeby wedle uznanego przez nią systemu norm i wartości, poczucie niespełnienia, które towarzyszy sytuacjom przymusowego zaspokajania potrzeb pozostającego w dysharmonii z jakością zaspokojenia, kieruje jej uwagę na możliwość wyboru ostatecznych rozwiązań. Ten rodzaj samobójstw zawiera elementy demonstracji, a nawet protestu. Protest ma postać zagłady bytu biologicznego jednostki, wiąże się jednak zarazem z przekonaniem, że nie nastąpi zagłada jej bytu społecznego, to znaczy, że jednostka zostanie zapamiętana w określony sposób – jako ta, która nie chciała ulec presji świata nieakceptowanych wartości. Analiza tych przypadków jest skomplikowana, gdyż często trudno rozróżnić, czy to jednostka była nie dość operatywna, żeby zapewnić sobie pożądaną jakość zaspokojenia potrzeb, czy też otoczenie utrudniło jej wszelkie akcje zmierzające do zapewnienia określonej jakości życia.

Bezpośrednie, najłatwiej obserwowalne przyczyny samobójstw z tej grupy mogą być niezwykle zróżnicowane. Proces dojrzewania decyzji zaniechania życia może być długi i otoczenie nie zawsze wiąże przyczynę ze skutkiem.

Wreszcie – samobójstwa zorganizowane wokół podsystemu możliwości to te, które popełniane są dlatego, że jednostka jest nastawiona na dysponowanie określonymi środkami materialnymi i nie-materialnymi, a frustracja wynikająca z braku tych środków staje się tak dolegliwa, iż życie wydaje się pozbawione sensu.

Tu należy wyraźnie rozróżnić sytuacje związane z brakiem środków zaspokojenia potrzeb powszechnych, właściwych każdemu człowiekowi, i sytuacje, gdy jednostka cierpi na braki, które są jej indywidualną ekspresją potrzeby posiadania. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z samobójstwem zorganizowanym wokół podsystemu potrzeb, a w drugim z samobójstwem zorganizowanym wokół podsystemu możliwości.

Najczęściej mamy do czynienia z sytuacją dysfunkcji elementów uczestniczących w procesie zaspokajania potrzeb – znaczy to, że określonym potrzebom nie odpowiadają bądź wzory ich zaspokojenia, bądź możliwości. Oczywiście akcent może być położony na któryś z tych elementów, np. niedojrzałość potrzeb, brak wyrobionego wzoru, obiektywnie lub subiektywnie postrzegany brak możliwości.

Tym, co charakterystyczne dla wszystkich zachowań autodestrukcyjnych, jest dominacja elementu wzorów nad pozostałymi składnikami standardu kulturowego. Dominacja ta niekoniecznie oznacza istnienie rozwiniętego i sprecyzowanego systemu norm i wartości, którymi jednostka chce się kierować, lecz – przeciwnie – jest on bardzo labilny lub tak enigmatyczny, że jednostka nie może posłużyć się nim jako drogowskazem przy rozwiązywaniu problemów.

Bardzo precyzyjnie zarysowany wzór zachowań może być związany z różnymi wartościami, tzn. może prezentować odmienną wartość motoryczną w zależności od tego, jakie jest położenie społeczne jednostki. W środowisku homogenicznym lub w warstwie normatywnej zbliżonym do homogenicznego wartość wzoru stabilnego, spetryfikowanego, może być bardzo duża. W tych warunkach najczęściej nie dochodzi do konfliktów społecznych, poczucie stabilizacji jest duże, podobnie jak społeczna akceptacja poczynań. Oczywiście o wartości tych poczynań stanowi również zakres dyspozycji i możliwości, lecz te jednostka potrafi zwykle elastycznie przystosowywać.

W środowisku heterogenicznym w warstwie normatywnej zachowań sprecyzowany, nieelastyczny wzór bywa załącznikiem konfliktu społecznego. Społeczność nie udziela pomocy i poparcia jednostce wówczas, gdy chce ona zaakceptować istniejące możliwości w celu osiągnięcia standardu podyktowanego

jej wzorem wartości. Nie tylko w sferze zachowań, lecz nawet w sferze werbalizacji jednostka taka jest częstokroć konfliktowa, niezrozumiana, niekiedy budzi – najłatwiej określając – obojętność, najczęściej zaś agresję otoczenia. Pewna sztywność wzoru utrudnia jej uzyskiwanie pomocy i współpracy otoczenia społecznego, często nawet tego, które profesjonalnie zajmuje się niesieniem pomocy w sytuacjach trudnych dla jednostki. Trzeba wyraźnie podkreślić, że nawet proces rehabilitacji psychoterapeutycznej, której założeniem – czy jednym z podstawowych założeń – jest daleko posunięta tolerancja dla odmienności postaw, przebiega trudniej wówczas, gdy nie zachodzi pełna zgodność interpretacji rzeczywistości między pacjentem i terapeutą. W praktyce rehabilitacja sprowadza się do narzucenia wzoru, co jest oczywistą ingerencją, zwykle mało skuteczną. Rzadko tylko rehabilitacja dotyczy wzbogacenia wzoru o umiejętność rozumienia innych i elastyczne przystosowanie się z jednoczesnym zachowaniem swojej osobowości.

Przyczyną zachowań autodestrukcyjnych jest częstokroć labilny wzór zaspokajania potrzeb. Labilność może ujawniać się w różny sposób. Jednym z przejawów jest konformistyczne przystosowywanie się czy wręcz asymilowanie przez jednostki norm różnych środowisk uczestnictwa społecznego. Sytuacja taka bywa postrzegana jako całkowicie bezpieczna dla jednostki. Jednostka jest w stanie przystosować się do każdej sytuacji, a zatem nie powinna popadać w konflikty wewnętrzne. Nie oznacza to jednak, że nie jest ona na nie narażona. Zagrożenie polega na tym, że przystosowując się każdorazowo do norm środowiska, w którym uczestniczy, trafia i na takie, których normy zachowań rozmiągają się zarówno z moralnością, jak i z praworządnością. To zaś wtórnie postrzegane jest w jej innych środowiskach odniesienia jako brak oceny, niejednoznaczność postaw lub też wręcz przekroczenia prawa. Na tym gruncie rodzić się musi konflikt zarówno społeczny, jak i wewnętrzny. Wcześniej czy później jednostka staje przed wyborami o wiele bardziej krańcowymi, niż wtedy, gdy jej przystosowywanie się jest wewnętrznie sterowane i kontrolowane. A tego właśnie osoba o labilnym wzorze zachowań nie potrafi. Nieuchronny stres w tych sytuacjach bywa często przyczyną poczucia porażki życiowej, trudnej ponadto do zinterpretowania i zrozumienia. Są to stany presuicydalne w szerokim rozumieniu tego słowa.

Innym sposobem przejawiania się wzoru labilnego jest prawie całkowita bezbronność jednostki w sytuacjach, gdy zachodzi konieczność podejmowania decyzji mających podstawowe znaczenie dla jej przyszłego

bytu. Wzór labilny oznacza wówczas ambiwalencję zarówno postaw, jak i zachowań, co nie służy optymalizacji decyzji i efektywności wychodzenia z sytuacji konfliktowych. W tym obszarze obserwacji notuje się również efekty w postaci poczucia porażki życiowej – często tak dolegliwej, że w świadomości jednostki rodzi się myśl o rozwiązaniach ostatecznych. To, co przedstawiłem, nie odnosi się powszechnie – rzecz prosta – do osób niemających sprecyzowanego jasno świata wartości. Chciałem tylko podkreślić, że labilność wzoru jest suicydogenna.

Opisana sytuacja ujawnia znamiona podobieństwa do sytuacji, które wytwarzają się w przypadku, gdy jednostka dysponuje zaledwie ogólnie zarysowanym światem wyobrażeń o wartościach. Nie są one wówczas drogowskazem postępowania, a w sytuacjach, gdy trzeba bronić jakiegoś zachowania, jednostka jest bezradna. Słabo sprecyzowany wzór to zarazem taki, który nie znajduje głębokich uzasadnień w cechach osobowości i nie towarzyszy mu siła przekonania wyznającej go osoby o słuszności postępowania. Trudno wówczas mówić o skutecznej, czystej linii postępowania skutecznej strategii poruszania się w świecie przestrzenno-przedmiotowych stosunków społecznych.

Mówiąc o systemie wzorów, którego niektóre cechy są szczególnie suicydogenne, trzeba zwrócić uwagę na podstawowe składowe osobowości kulturowej. Osobowość kształtuje się od najwcześniejszych lat, przy czym, co należy podkreślić, pierwszym etapem edukacji jest środowisko rodzinne czy inne społeczne, w którym zaspokajane są potrzeby małego dziecka.

Termin „osobowość kulturowa” proponuję przyjąć na określenie całości wzorów zachowania w ramach procesu zaspokajania potrzeb człowieka. Wzory te dotyczą:

- 1) stosunku do samego siebie,
- 2) stosunku do innych,
- 3) stosunku do środowiska przestrzennego,
- 4) stosunku do środowiska przedmiotowego,
- 5) stosunku do czasu.

Jest to podział wyczerpujący, obejmujący wszystkie kwestie życiowe w sferze aktywności i emocji.

W odniesieniu do tych pięciu układów możemy mówić, że człowiek powinien posiadać wiedzę o anatomii zjawisk, mechanizmach funkcjonalnych, czyli podstawowych prawach życia, oraz o wartościach kontekstowych elementów życia. Dalszym szczeblem edukacji jest ukształtowanie wiedzy o możliwościach własnych człowieka i otoczenia, które warunkują zaspokojenie określonych potrzeb. Wreszcie kolejnym szczeblem edukacji jest wiedza o tym, w jakim stopniu człowiek może być dysponentem tych pięciu elementów, jak

może poszerzać pole dysponowania i w jaki sposób może czynić to tak, aby optymalizując proces zaspokojenia konkretnych potrzeb, nie naruszać równowagi zaspokojenia innych potrzeb własnych, a także aby nie naruszać równowagi zaspokojenia potrzeb innych – wreszcie – aby nie naruszać wartości elementów materialnych i niematerialnych otoczenia. Słowem – edukacja ta jest w najprostszym ujęciu stosunkiem aktywności wobec świata zewnętrznego i wobec własnego wewnętrznego świata, opierającym się na normach, które są „receptą” postępowania w sposób respektujący cechy wymienionych elementów.

Warto poświęcić nieco uwagi sytuacji współczesnej rodziny polskiej z punktu widzenia jej możliwości i umiejętności kształtowania osobowości kulturowej dziecka.

Mówiło się do niedawna – a i dziś jeszcze często pojawia się stwierdzenie socjologów – że rodzina jako forma bytowania wspólnego przechodzi kryzys, a wraz z nim pojawiają się konflikty międzypokoleniowe, rozwody, sieroctwo społeczne (Dunne 2009, s. 439–443; Dunne 1992, s. 221–234). Jest to pochojna forma interpretacji stanu, który się obserwuje. Nie można zaprzeczyć, że taki jest obraz zjawiska, natomiast nie można np. kojarzyć rozwodów z nieakceptowaniem małżeństwa jako formy wspólnego życia. Przeczy temu chociażby częstotliwość zawierania związków małżeńskich. Po wnikliwych badaniach okazuje się, że wiele przejawów tzw. kryzysu rodziny można wytłumaczyć, analizując warunki bytowania rodziny i warunki życia jednostki w związku rodzinno-domowym. Podstawową cechą współczesnej rodziny polskiej jest to, że jest ona liczebnie mała, rozproszona terytorialnie, jeśli chodzi o miejsce pracy i zamieszkiwanie generacji, pracownicza – w sensie zatrudnienia obojga małżonków. Osoby pozostające w związkach rodzinno-domowych wykonują różnorodne zadania życiowe, pełnią wiele ról społecznych o często sprzecznych wymaganiach wobec jednostki i sprzecznych wymaganiach ze względu na harmonogram działań kilku osób w rodzinie. Wreszcie warunki mieszkaniowe nie pozwalają na swobodę wyboru formy zamieszkiwania, a gdy formą tą jest współzamieszkiwanie kilku pokoleń, sytuacja mieszkaniowa nie pozwala na swobodne rozwijanie zainteresowań czy nawet spełnianie podstawowych czynności. Tak więc warunki, czyli możliwości wspólnego życia, są niedostosowane do potrzeb – i to nawet niekiedy potrzeb podstawowych, np. związanych z żywieniem, jak wtedy gdy powierzchnia mieszkaniowa nie pozwala na wspólne spożywanie posiłków. Można zatem rozważać zagadnienie kryminologii i wiktymologii przestrzeni.

Zestawienie trudności, jakie ma rodzina, nie byłoby pełne, jeśli nie wymienilibyśmy wadliwie działającego systemu usługowego, konieczności zarabkowania przez wszystkie osoby dorosłe – co pozbawia dom osoby prowadzącej go – konieczności długiego dorabiania się własnego mieszkania.

Odwołując się do literatury socjologicznej, można podać następujące zasadnicze przyczyny dezorganizacji rodziny i rozwodów we współczesnych społeczeństwach:

- a) postępujące procesy industrializacji i urbanizacji oraz wynikające stąd liczne społeczne skutki;
- b) oderwanie warsztatu pracy od rodziny i podejmowanie przez kobiety pracy poza domem (skutek industrializacji);
- c) rozwój społeczności miejskiej – szczególnie zaś środowisk wielkomiejskich sprzyjających anonimowości jednostek i rodziny (skutek industrializacji i urbanizacji);
- d) wzrost wszelkich rodzajów ruchliwości społecznej (skutki industrializacji);
- e) zmniejszanie się liczby dzieci w rodzinie (pośrednio skutki industrializacji i urbanizacji oraz postępów wiedzy i oświaty);
- f) rozwój usług zastępujących rodzinę w świadczeniach na rzecz jednostki;
- g) zmniejszanie się znaczenia niektórych funkcji rodziny;
- h) wygasanie starych tradycji obyczajowych połączone z liberalizacją postaw wobec rozwodu;
- i) zdrady małżeńskie i podejrzenia o zdrady (liczba zdrad małżeńskich wzrasta w społeczeństwach przemysłowych);
- j) alkoholizm i narkomania;
- k) rozczarowanie w małżeństwie – niespełnienie oczekiwań współmałżonka, niezgodność charakterów czy uporczywa niezgodność koncepcji życia rodzinnego oraz poglądów ogólnych;
- l) dezorganizacja w zakresie pracy (np. brak stałych źródeł utrzymania);
- m) choroba jednego z małżonków (choroby psychosomatyczne, nerwice, psychozy i charakteropatie);
- n) pauperyzacja znacznej części rodzin (Tyszką 1979, s. 230, 231; Jarosz 1979, s. 96 i n.).

Pewne badania wskazują na to, że różnice metod wychowywania dzieci mogą wpływać na kształtowanie się współczynników samobójstw w poszczególnych krajach. H. Hendin sugeruje, że niski współczynnik samobójstw w Norwegii – w przeciwieństwie

do wysokich w Danii i Szwecji – może być w dużym stopniu przypisywany różnicom w sposobach wychowania dzieci. Uważa on, że w przeważającej liczbie przypadków samobójstwa w Szwecji mają swoje źródła w dążeniu jednostki do osiągnięcia sukcesów życiowych i w silnej nienawiści do siebie za fiasko realizacji planów, a także we wczesnym oddzieleniu dziecka od matki. W Danii samobójstwo – jak sądzi H. Hendin – stanowi rodzaj zachowania związanego z „utrata oparcia”, wynikającego częściowo z tendencji do tłumienia agresji oraz do przypisywania winy innym osobom. Takie reakcje mają swoje wzorce rodzinne. Niższy wskaźnik samobójstw w Norwegii tłumaczą metody wychowawcze, które rozwijają większą niezależność i stwarzają duże możliwości przejawiania agresji oraz innych emocji inaczej, niż dzieje się to w Szwecji czy Danii (Hendin 1964).

Podstawowymi dążeniami współczesnego człowieka, a więc jego wzorem, są: swoboda wyboru zawodu, kształcenie się, i to permanentne, dobieranie towarzystwa, wybór sposobu spędzania czasu, a także formy kontaktowania się z osobami odmiennej płci, napięte oczekiwanie, że jego potrzeby będą równocześnie i szybko zaspokajane w możliwie najszerszym zakresie.

Na tym tle można mówić o rażących niedostosowaniach między rozwiniętymi potrzebami, niewyrobionymi wzorami i drastycznie ograniczonymi możliwościami. To jest właśnie podłoże, na którym jednostka, chcąc być wartością autonomiczną, a nie tylko spełniać jakąś rolę w cyklu życiowym innych (dzieci do chwili osiągnięcia dojrzałości – jako funkcja życiowa rodziców, rodzice – po uzyskaniu przez dzieci dojrzałości – jako funkcja życiowa dzieci), tak jak było to w kulturze tradycyjnej, nie może swobodnie realizować swoich zamierzeń. Dochodzi nieuchronnie do konfliktów wynikających z konieczności wzajemnego ustępowania sobie, a funkcje opiekuńcze nie mogą być spełniane należycie z czysto organizacyjnych względów.

Współczesna rodzina w Polsce nie zawsze może sprostać zadaniu formowania osobowości, które jest niezbędne dla ukształtowania postaw światopoglądowych. Dzieje się tak, mimo że pokolenie rodziców ma dziś przeciętnie lepsze wykształcenie niż pokolenia poprzednie. Nie wykształcenie jednak decyduje o możliwości przekazywania wiedzy o świecie. Brzmi to paradoksalnie, lecz jest prawdą.

W kulturze tradycyjnej edukacja dziecka była czymś nieomal automatycznym. Polegała ona na włączaniu dziecka w kolejne zadania, które były udziałem pokolenia rodziców i które miały się później stać

udziałem dziecka. Wiadomo było zatem, w jakich warunkach dziecko będzie funkcjonowało, i obserwacje, które mogło poczynić, patrząc na zachowanie dorosłych, sprawdzały mu się w życiu. Oczywiście następowały zmiany, lecz nie powodowały one burzenia całego systemu wyobrażeń, wartości i aspiracji.

W literaturze i sztuce niezwykle mocno podkreśla się zmiany, jakie przyniósł ze sobą wczesny kapitalizm. Możemy do dziś delektować się arcydziełami opisującymi, czy w inny sposób obrazującymi, łamanie się starego świata wartości, trudności ludzi, którzy nie mieli zdolności adaptacji do nowych warunków zewnętrznych i którzy nie byli zdolni podjąć skutecznego działania w nowych warunkach, a także opisami zwycięskich karier osób, które cechowała elastyczność adaptacyjna.

Ten okres przełomu mamy za sobą, a mimo to możemy na co dzień obserwować brak przystosowania, brak umiejętności przeciwdziałania frustracjom, nieumiejętność radzenia sobie lub takie sposoby radzenia sobie, które w żaden sposób nie mogą być zaakceptowane, czy to dlatego, że niszczą innych, najbliższe otoczenie, czy też dlatego, że niszczą danego człowieka. Są to zatem zachowania bądź agresywne, bądź destrukcyjne, w tym autodestrukcyjne. Dlaczego tak się dzieje? Powracamy w naszych rozważaniach do kwestii wiedzy niezbędnej przy socjalizacji młodego pokolenia na pierwszym szczeblu edukacji – w rodzinie. Ma to być wiedza o świecie zmieniającym się, lecz nie wedle schematu znanego rodzicom z własnych doświadczeń. Pokolenie, które przeszło drogę awansu społecznego i musiało zaadaptować się do nowych warunków życia, dysponuje doświadczeniem określonych trudności i walki z tymi trudnościami. Stabilizacja, jeśli ją osiągnęło, nie jest jeszcze wzorem do przekazywania; przekaz dotyczy walki, i to walki na własnym przykładzie, a nie jako uogólnionego wzoru. Dla człowieka jako jednostki, człowieka średnio wykształconego, okres jego życia nie jest jeszcze uporządkowaną historią. Co może przekazać człowiek, który wielokrotnie przeżywał różnego rodzaju niepowodzenia, który musiał zmieniać poglądy, dostosowywać się, chaotycznie niejednokrotnie walczyć o prawa mu należne? Przekazuje on chaos. Ucząc nawet jakichś prawideł postępowania – uczy zarazem całą swoją postawą przekraczania tych prawideł. Uczy względności, nie podając prawidłowości i zasad moralnych, które tej względności ocen muszą towarzyszyć.

Dziecko od najmłodszych lat jest obserwatorem i odbiorcą niekoherentnych poglądów i zachowań. Wymaga się od niego konsekwencji, a uczy

niekonsekwencji. Rodzice nie są dla niego oparciem, chociażby dlatego, że obserwując zachowanie innych, ma możliwość przekonania się, że innymi drogami dochodzi się do sukcesu i wybiera nie tyle normy moralne, ile efekty działania. Wychowanie w warunkach niezwykle zróżnicowania historii jednostki nie jest łatwe. Wbrew pozorom mamy bowiem do czynienia nie z ujednoliceniem drogi czy dróg życiowych pokolenia dziś wychowującego (mamy na myśli wszystkie trzy pokolenia, które w naszym wieku były bądź są wychowywane), lecz z ogromnym ich zróżnicowaniem (Apter et al. 2009, s. 621–626; Shaffer et al. 1996; Orbach, Iohan-Barak 2009, s. 633–639; Gould et al. 2003; Wagner, Silverman, Martin 2003). W dobie współczesnej żyją obok siebie ludzie, którzy przeszli od stagnacji systemu tradycyjnego poprzez czynne uczestnictwo w przemianach po dzisiejszą – nową, lecz zmieniającą się nieustannie – sytuację. Obok nich żyją ci, którzy nie pamiętają okresu stabilizacji tradycyjnej, lecz sięgają pamięcią jedynie okresu zmian, i wreszcie ci, którzy urodzili się w nowej rzeczywistości. Te wszystkie pokolenia w pewien sposób wychowują, prezentując różne postawy życiowe – ich wspólną cechą jest niepewność. Najmłodsze pokolenie rośnie w tej niepewności, nie akceptując właściwie żadnego wzoru.

Kształtowanie stosunku człowieka do innych ludzi jest niezwykle trudne. Trzeba mieć umiejętność rozumienia drogi życiowej poszczególnych pokoleń, uwzględniając dodatkowo zróżnicowanie startu tych osób, zróżnicowanie ich wiedzy i możliwości. Obiektywnie trudno jest sprostać wymaganiom innych przy tak zróżnicowanym wzorze wymagań. Wymagania te powiązane są z różnymi wartościami. Młody człowiek wychowany w przeświadczeniu, że uniformizacja stroju i sposobu bycia jest przeżytkiem i nie formy decydują o wartości człowieka, spotyka się nagle w środowisku, od którego jest zależny, np. w środowisku pracy, z wymaganiem, aby ubierał się w określony sposób lub czyściej, aby nie ubierał się dowolnie oraz aby przestrzegał określonych konwensów w stosunkach z przełożonym itp. Kobieta zdobyła wszystkie zawody, często jej zachowanie odbiega od tradycyjnego systemu, a jednocześnie oczekuje się od niej subtelności damy. Na tych przykładach warto pokazać, jak bardzo zróżnicowane są oczekiwania otoczenia względem jednostki. Co więcej, prawie każda jednostka jest w sytuacji, w której bardzo łatwo może być potraktowana jako nieprzystosowana – raz za mało aktywna, innym razem zbyt przebojowa, raz zbyt układna, innym razem nie dość taktowna lub wręcz nachalna.

Normy zachowania codziennego są jak uniform kształtujący dyscyplinę wewnętrzną. Te właśnie najbardziej podstawowe sposoby kontaktowania się są „ziemią niczyją” ze względu na edukację. Sytuacja dziecka nauczonego w domu grzecznego zwracania się do starszych może być bardzo trudna w środowisku młodzieżowym, w którym nonszalancko o starszych mówi się „zgred”. Dziecko takie przeżywa konflikt nie tylko między przystosowaniem do rodziny i do środowiska rówieśniczego, lecz także wewnętrzny konflikt norm zachowania. Wreszcie gdy pojawiają się sytuacje trudne, nie wie właściwie, do kogo ma się zwrócić: czy do rodziców – i robi to, gdy trzeba coś konkretnie załatwić, czy do rówieśników – i robi to, gdy trzeba uzyskać aprobatę lub poradę co do sposobu zachowania. Ostatecznie jest jednak samo ze swoimi problemami. Nikt na dobrą sprawę nie wie dokładnie, jakie są doznania młodego człowieka, który nie umie rozwiązać jakiegoś problemu. Parafrazując zatem tytuł książki Hansa Fallady, można powiedzieć, iż człowiek nie tylko „umiera w samotności”, ale i żyje w samotności.

Każda jednostka przeżywa okres, gdy sprawdza, jaką wartość stanowi dla otoczenia. Praktycznie człowiek robi to przez całe życie. Często niezaspokojona potrzeba akceptacji staje się przyczyną rozważań możliwości dokonania rozwiązania ostatecznego. Pierwszym takim niebezpiecznym momentem jest przechodzenie od jednej roli do drugiej. Tego typu zmiany sytuacji społecznej nazywa się niezbyt precyzyjnie okresami przełomowymi. Okresy przełomowe zdarzają się o wiele częściej niż tradycyjnie uważano.

W porównaniu z tradycyjnym, ustalonym systemem wchodzenia człowieka w nowe role społeczne współczesne warunki powodują, że rytm ten jest, po pierwsze, zróżnicowany, a po wtóre, jego określenie wymaga znajomości szerszego kontekstu podejmowania nowych ról. Oczywiście są tylko takie przełomy, jak wejście dziecka w środowisko zewnętrzne – pozarodzinne, w życie szkoły, w środowisko pracy, odejście z pracy itp. Natomiast obok tego pojawia się wiele etapów, które w różnym czasie oznaczają przełom życiowy różnych osób i grup. Charakterystycznym przykładem jest zmiana miejsca zamieszkania w związku z edukacją czy podjęciem pracy zarobkowej lub zmiana warunków mieszkaniowych, a raczej oczekiwanie na mieszkanie. Dla wielu osób przełomem jest np. zakup samochodu, założenie nowej rodziny, zmiana stanowiska pracy i awans.

O ile w kulturach ustabilizowanych było oczywiście, co w jakim czasie i na jakiej drodze może osiągnąć jednostka zajmująca określoną pozycję

społeczną, o tyle obecnie żaden z tych elementów nie jest w oczywisty sposób skorelowany z pozostałymi. Ukończenie studiów nie oznacza zasadniczej zmiany sytuacji materialnej, a podjęcie pracy zarobkowej nie oznacza możliwości posiadania mieszkania i możliwości założenia rodziny.

Współcześnie trudności adaptacyjne mają specyficzny charakter, ponieważ osoba, która zmienia swą pozycję w przestrzeni społecznej, nie trafia do środowiska jednolitego dysponującego skryzalizowanymi wzorami zachowań, zdolnego szybko adaptować jednostkę przybywającą.

W tej sytuacji zadaniem środowisk, które stale przyjmują nowych członków, jest udzielanie wszechstronnej pomocy, a przede wszystkim ułatwianie wejścia do danej społeczności. Służyć to ma integracji ze środowiskiem i jego celami, a w konsekwencji kształtowaniu poczucia bezpieczeństwa. W licznych przypadkach zamachów samobójczych wiadomo, że dana osoba ma jakieś kłopoty. Pewne zachowania lub nawet wypowiedzi świadczą o tym, że ma ona zamiar popełnić samobójstwo. A jednak środowisko nie reaguje na to lub reaguje tylko sporadycznie, a zarazem mało skutecznie. Można zauważyć, że ostatecznie przypadków samobójstw zakończonych zgonem nie jest „tak wiele”. Jest to uwaga nieistotna. Niezależnie od tego, ile jest tych zamachów i jak liczne spośród nich kończą się zejściem śmiertelnym, zastraszający jest fakt, że dzieje się to w środowisku społecznym, które „nie powinno” jeszcze alienować, gdyż procesy cywilizacyjne nie są zbyt zaawansowane, a jednocześnie w środowisku, w którym częstotliwość kontaktów jest wystarczająca, by jego członkowie mieli możliwość obserwacji zachowania innych. Nie jest też usprawiedliwieniem dyskrecja. Nigdy nie byliśmy krajem ludzi szczególnie dyskretnych, a zatem nie możemy porównywać się np. do Anglików, którzy z zasady nie wtrącają się w cudze sprawy. Okazuje się jednak, że wyalienowanie jednostki jest tak duże, iż wołanie o pomoc – nawet bezpośrednio – nie znajduje oddźwięku.

Rzecz prosta, nie znamy wszystkich przypadków, gdy takie wołanie znalazło oddźwięk, ponieważ sprawy tego rodzaju nie trafiają do żadnych statystyk. Nie przeprowadzono nigdy badań, które mogłyby ujawnić faktyczny stopień i częstotliwość zagrożenia zachowaniem autodestrukcyjnym. Uważamy, że jest to poważny brak badań nad zjawiskami ujemnymi. Należałoby podjąć takie badania i spróbować ustalić, jak częste są sytuacje, gdy zamiary samobójcze ludzi zostają osłabione czy zniwelowane na drodze leczenia, przez wytworzenie motywacji życia. O liczbie

takich spraw możemy tylko pośrednio wnioskować na podstawie liczby osób, które np. leczą się na nerwicę depresyjną lub korzystają z telefonów zaufania. Możemy o tej liczbie wnioskować również na podstawie potocznej obserwacji spadku aktywności wielu osób, które obiektywnie mogłyby być pełni aktywne.

Współczesne społeczeństwo dysponujące rozległą siecią placówek wychowawczych, rekreacyjnych, profilaktycznych, terapeutycznych, zrzeszeń celowościowych jest jednocześnie społeczeństwem tragicznie zatamizowanym. Kontrola wymyka się cały ogromny obszar życia człowieka, który nie radzi sobie z trudnościami. Można postawić hipotezę, że to, co w społeczeństwie zmęczonym dałoby rezultaty, w społeczeństwie przemęczonym nie jest w stanie rozwiązać problemów. Ostatecznie człowiek może uczyć się, uczęszczać do klubu, jechać na wczasy, pójść do lekarza, skorzystać z poradni, lecz wszystko to razem nie daje jednej podstawowej rzeczy – nie rodzi ogólnie dobrego samopoczucia. Dzieje się tak dlatego, że trudno wskazać współcześnie taką instytucję, która działa chociażby poprawnie, nie mówiąc już o działaniu doskonałym. Instytucjami takimi nie są ani rodzina, ani urzędy państwowe, ani szkoły, ani kluby.

Człowiek nawiązujący podczas zaspokajania rozlicznych potrzeb różnego rodzaju interakcje napotyka trudności w rozwiązaniu najbardziej podstawowych spraw życiowych. Mieszkanie jest pełne usterek, sąsiedzi hałasują, co nie powinno być niczyją sprawą, lecz staje się problemem wobec tragicznie złej izolacji akustycznej, urzędy działają, jakby robiły łaskę obywatelowi, komunikacja jest miejscem udręki, rodzina jest zajęta i zabiegana, awans jest sprawą przypadku itp. Jest to ogólna atmosfera anarchii organizacyjnej, w której człowiek czuje się jak przeszkadzający przedmiot i albo musi w sobie wyrobić postawę kompletnego poddania się, postawę niewolnika, który niczemu się nie dziwi, albo postawę cwaniaka, który dostosowuje się do reguł gry. Jedna i druga postawa może w końcu doprowadzić do tego, że ma się poczucie, iż sukces nie jest sukcesem. Doprowadza to do zniechęcenia, spadku poziomu moralnego, nieliczenia się z innymi, nieliczenia się z przepisami, a w końcu również nieliczenia się ze sobą. Nie mając szacunku dla innych, nie ma się też szacunku dla siebie. Brak szacunku dla siebie jest pierwszym stopniem zachowania autodestrukcyjnego.

Oto główne problemy współczesności, które atakując jednostkę, rzutują zarazem na jej stosunek do samej siebie. Interpretacja kulturowa wyjaśnia, że obecnie jednostka częściej niż w okresie stabilizacji kulturowej popada w konflikty ze sobą i otoczeniem,

nie znajdując z nich wyjścia. Tempo zmian jest większe niż możliwość adaptacyjna człowieka i – dodajmy – jest to tempo zmian, które trudno przewidzieć, a więc brak stabilizacji to czynnik zarówno kryminogenny, jak i suicydogeny.

W świecie charakteryzującym się dysharmonijnymi przeobrażeniami normalne niegdyś procesy adaptacyjne urastają do rangi problemów częstokroć łamiących poprzednie wyobrażenia o świecie. Jednostki różnie przeżywają stresy z tym związane. W jednym przypadku reagują tylko zmęczeniem, innym razem agresją, wreszcie również autoagresją. Charakterystycznym i dość powszechnym zjawiskiem jest wycofywanie się z ról społecznych, a także ograniczanie zaspokajania potrzeb. To radykalne ograniczenie, które człowiek wprowadza po to, aby zmniejszyć zakres styczności z rzeczywistością wymagającą adaptacji, powinno być – w moim przekonaniu – zaliczane do zachowań suicydalnych. Wyłączenie jest zubożeniem osobowości, a często zmniejszeniem dbałości o zaspokojenie nawet podstawowych potrzeb. Samobójstwo jest więc nie tylko aktem, lecz przede wszystkim procesem samozniszczenia pod wpływem czynników zewnętrznych. Proces ten jest dość powszechny i objawia się spadkiem aktywności, obniżeniem potencjału możliwości ludzkich, rezygnacją z siebie.

Wydaje się, że program prewencji powinien obejmować również i ten proces, a nie tylko zauważalne już wyraźnie oznaki zachowań presuicydalnych.

Badania motywacji związanych z zamachami samobójczymi osób młodych wskazują dość jednoznacznie na pewną grupę przyczyn – brak umiejętności walki z frustracją pozwalającej na elastyczne manipulowanie środkami zmierzającymi do pozytywnego rozwiązywania problemów, które niesie rzeczywistość. Wiele z tych problemów wydaje się błahie – np. zły stopień w szkole, zawiedzione młodzieńcze uczucie, nieotrzymanie od rodziców jakiegoś przedmiotu będącego wartością cenioną w środowisku i podnoszącego prestiż. Zdumiewające może się też wydawać, że dziecko chce popełnić samobójstwo dlatego, iż „nikt go nie kocha”, w sytuacji gdy należy do pełnej rodziny, nieźle zarabiającej, ma dobre warunki materialne i mieszkaniowe. Tu szczególne znaczenie mają więzi emocjonalne, których w odczuciu dziecka brakuje. Czy tylko w odczuciu subiektywnym? Jest to niezwykle ważne pytanie: czy rzeczywiście rodzina współczesna, współczesne kręgi rówieśnicze, szkoła, stowarzyszenia nie są zdolne do satysfakcjonującego zaspokojenia niezwykle napiętych potrzeb aprobaty, identyfikacji, bezpieczeństwa, przy równoczesnym wyrabianiu samodzielności i uniezależnianiu młodej jednostki?

Zagadnienie to jest bardzo rozległe i nie sposób omówić go całościowo. Skoncentruję się zatem na kilku podstawowych cechach współczesnego systemu zaspokajania potrzeb przez młodzież. Częściowo kwestię tę omawiałem, charakteryzując trudności rodziny związane z wychowaniem we wzorze stabilnym, a zarazem otwartym. Należy do tego dodać, że podstawowym problemem młodego pokolenia jest obserwacja niemoralnych zachowań pokolenia starszego, które nie uporało się z podstawowymi sprawami dotyczącymi praworządnego i ekonomicznego gospodarowania. Jako czynnik patogenny, w tym również suicydogenny, należy z kolei wymienić zjawisko braku środowiska umożliwiającego syntezę i interpretację postaw, jakie okazjonalnie w różnych kręgach odniesienia młodzież musi przejawiać.

Następnym czynnikiem suicydogennym jest zalamanie się naturalnego wzrostu uprawnień w społeczeństwie. Młodzież jest we wczesnych okresach życia otaczana szczególną troską i zarazem obciążana ogromną ilością obowiązków. Wymaga się od niej odpowiedzialności niewspółmiernej do wiedzy o świecie. W okresie, gdy tę odpowiedzialność może na siebie brać, cofa się jej uprawnienia do tego stopnia, że praktycznie dochodzi do frustracji wewnętrznie wykształconych potrzeb działania wspartych możliwościami, w tym również podejmowania decyzji. Osiągając wiek zakładania rodziny, gdy znów zaczynają obowiązywać prawa odpowiedzialności, młodzież uświadamia sobie, że możliwości – już nie w kręgu rodzinnym, lecz w szerszych układach społecznych – są drastycznie ograniczone. Wytwarza się ostra konkurencyjna walka o byt – nie tyle niezależny, ile na poziomie minimum socjalnego. W tej walce, do której młody człowiek nie jest przygotowany właściwie, gdyż drogowskazy postępowania w praktyce okazują się całkowicie nieprzydatne, są bowiem nieefektywne, dochodzi do selekcji. Tu wyodrębniają się dwie skrajne postawy – postawa bezwzględnego egzekwowania uprawnień bez przestrzegania zasad współżycia społecznego i postawa wycofania się, bliska autodestrukcji.

Drugą grupą demograficzną, na sytuację której trzeba zwrócić uwagę, jest grupa osób w wieku średnim, pełniących wiele funkcji – w tym produkcyjnych. Na pokoleniu tym ciąży ogromny ciężar odpowiedzialności zarówno za byt młodszego pokolenia, jak i często za byt pokolenia starszego. Zjawiska społeczno-gospodarcze stawiają osobom z tej grupy dodatkowe zadania, a zarazem rodzą przeszkody na drodze realizacji zamierzeń, do których mają uprawnienia obywatelskie. Z uprawnieniami nie wiąże się

konsekwentnie gwarancja zaspokojenia potrzeb i realizacji zainteresowań. W codziennej walce o byt łamą się ideały, rodzi się tak potężna fala stresów, że przekracza to często możliwości adaptacyjne nawet tych jednostek, które cechuje zdolność przystosowywania się lub wyłączenia. Bodaj bardziej niż warunki bytu materialnego dolegliwa jest świadomość, że nie istnieje żaden egzekwowany konsekwentnie miernik przydatności człowieka i oceny jego postawy. Można czterdziestoletnią drogę życiową przebyć aktywnie, praworządnie, zdobywając wykształcenie, sprawność zawodową, a mimo to stać się ofiarą ataku, dezaprobaty, poniżenia. Taką sytuację wyjaśnia niekiedy postawa jednostki, lecz często jest ona skutkiem okazjonalnie przyjętej linii politycznej bądź celów klikowego układu społecznego, do którego jednostka nie przynależy i nie chce przynależności takiej zaakceptować. Wzajemna wrogość, a częściej jeszcze obojętność, oznacza nierzadko „śmierć społeczną” człowieka faktycznie i obiektywnie przydatnego, aktywnego i uczciwego. Jest to oczywiście sytuacja wysoce stresująca, a często suicydogenna.

Osoby starsze popełniają samobójstwa pod wpływem wielu czynników. Mówi się o chorobie. W rzeczywistości motywacja jest bardziej złożona. Choroba najczęściej towarzyszy wiekowi podeszłemu, lecz w społeczeństwie, które dba o pokolenie starszych, nie doprowadza to do samobójstw. Badania P. Sainsbury'ego wykazały, że w Anglii nie ma korelacji między wiekiem podeszłym a częstotliwością samobójstw. Stwierdził on, że choroba fizyczna była u 35% starszych pacjentów czynnikiem przyspieszającym samobójstwo (Sainsbury 1997, s. 266)¹.

Racjonalną metodą profilaktyczną jest zalecenie aktywnego życia – psychologiczna i socjologiczna literatura amerykańska posługuje się syntetyczną formułą: bądź aktywny.

Najlepszą edukacją młodego pokolenia jest pokazywanie mu starszego pokolenia, które przez pracę osiągnęło wysoki standard życiowy i duże możliwości. Oznacza to, że człowiek jest szanowany i że szacunek ten osiąga się dzięki pracy. Być może w skali państwa nieekonomiczne wydaje się inwestowanie w wysokie emerytury dla osób starszych. W sumie jest to jednak ekonomiczne. Osoby starsze odchodzące na emeryturę z pełną płacą poprzednią to potencjalnie osoby, które będą jeszcze chciały pracować społecznie. Będą pomagać swoim rodzinom, będą wychowywać

¹ Zob. też: Williams, red. (1963); Caine, Conwell (2001); Canetto (1992); Conner et al. (2004); Dombrowski, Szanto (2005).

młodsze pokolenie w duchu wiary w wartość człowieka zarówno wtedy, gdy człowiek pracuje, mając siły i zdrowie, jak i wtedy, gdy jest chory i nie może wykazywać pełnej aktywności.

Pojęcie choroby rozszerza się, a rozwinięta już dziś nauka – gerontologia – przypisuje często śmierć osoby starszej jakiejś określonej jednostce chorobowej, a nie, jak dawniej, po prostu osłabieniu sił żywotnych organizmu. Rzeczywiście możliwe jest rozpoznanie u osób starszych odrębnych jednostek chorobowych, które dadzą się leczyć i wyleczyć. Zarazem postęp w medycynie powoduje, że lekarze, którzy do niedawna stawiali jednoznaczną diagnozę niewyleczalności pewnych chorób, dziś wahają się przed użyciem takiego jednoznacznego określenia – nawet w stosunku do pewnych postaci raka uważanego za główną chorobę nieuleczalną. Wobec przedstawionej sytuacji nie możemy z całą pewnością twierdzić, że wiek podeszły oznacza jednoznacznie bliskość śmierci, a pewne jednostki chorobowe w każdym przypadku i zawsze oznaczają zejście śmiertelne. Możemy stwierdzić tylko, że wiek podeszły zwiastuje przybliżanie się jej. Nadzieja, która otwiera się dla ludzkości, jeszcze niedawno bezsilnej wobec gruźlicy, nie znajduje jednak pełnego, adekwatnego odzwierciedlenia w poglądach społeczeństwa, a często także w reakcjach lekarzy, popularyzatorów literatury i sztuki, nauczycieli – słowem tych wszystkich osób, które kształtują poglądy i wzory jednostki w zakresie zdrowia somatycznego.

Charakterystyczną cechą współczesnych społeczeństw naszego kręgu kulturowego jest oczekiwanie zdrowia, długiego życia, życia „dobrej jakości”. Jednocześnie społeczeństwo nasze (i nie tylko nasze) jest pod urokiem możliwości leczenia się, a nie pod urokiem profilaktyki chorób somatycznych. Dbłość o zdrowie przejawia się u nas głównie oczekiwaniem natychmiastowej interwencji lekarskiej w przypadku nawet najdrobniejszych zaburzeń organizmu. Zażywanie dużej ilości leków chemicznych – nie zawsze pozbawionych działań ubocznych – powoduje często powstawanie kolejnych schorzeń i wynikające stąd okresy złego samopoczucia.

Problemy te są powszechnie znane, lecz jednocześnie służba zdrowia rzadko zwraca uwagę na absurdalność takich działań. Na przykładzie społeczeństwa amerykańskiego, w którym można kupić „pastylkę na wszystko”, widzimy, do czego prowadzi osłabianie sił obronnych organizmu, podlegającego nieomal całkowicie sterowaniu za pośrednictwem zewnętrznej interwencji farmakologicznej. Osoby tak leczone trafiają prędzej czy później do psychoanalityka, który ma rozwiązać ich problemy życiowe.

Wobec przedstawionej sytuacji wydaje się niezbędne prowadzenie akcji profilaktycznych w następujących kierunkach: zwiększanie wiedzy społeczeństwa na temat funkcjonowania organizmu człowieka, na temat możliwości zapobiegania schorzeniom somatycznym oraz na temat działania środków farmakologicznych. Wszystkie te trzy rodzaje wiedzy – nie waham się twierdzić – pełnią w opinii społecznej funkcje magiczne. Wiele rozmów dnia codziennego toczy się wokół mniej lub bardziej sensownych domysłów na temat przyczyny zaburzeń zdrowia. Regułą jest nieustanne doradzanie sobie najlepszych, ponoć wypróbowanych, środków leczenia schorzeń czy poprawy złego samopoczucia. A już zupełnie na porządku dziennym jest aplikowanie sobie różnego rodzaju środków. Jest to tragiczne nieporozumienie. W dobie, gdy medycyna jest w stanie wyjaśnić wiele podstawowych problemów funkcjonowania organizmu człowieka, mamy jednocześnie do czynienia z „magiczną”, „szamańską” wiarą w to, że sami wiemy lepiej, że przyjaciel lepiej poradzi, bo rozumie i współczuje, podczas gdy lekarz jest od tego, żeby przepisać lek – nieraz dyktowany przez pacjenta. Przyczyny tego stanu są wielorakie i nie miejsce tu na ich analizowanie. Natomiast na pewno należałoby skierować uwagę na podstawowe przyczyny tego podwójnego nurtu wiedzy i podwójnego nurtu działania profesjonalnego i amatorskiego.

Podstawowe przyczyny tkwią w organizacji służby zdrowia. Reforma służby zdrowia ma więcej wad niż zalet. Podstawową wadą jest to, że człowiek chory musi długo czekać na przyjęcie go przez lekarza, że niejednokrotnie lekarz obciążony dużą liczbą pacjentów i nisko opłacany nie wykazuje zbytniego zainteresowania pacjentem. Skutkiem tego nie zawsze zajmuje się pacjentem, częściej konkretnym schorzeniem, lecz objawowo, nie dochodząc przyczyn schorzenia. W toku leczenia nie nawiązuje się żadna bliższa więź między lekarzem i pacjentem. Nie zawsze lekarz wyjaśnia pacjentowi, na co jest chory, jak powinien zachowywać się, zakładając z góry, że jeśli wystąpi poważne schorzenie lub, inaczej, jeśli pacjent będzie bardzo cierpiał, wezwie pogotowie i umieści go w szpitalu.

Trzeba dodać, że chory oczekuje od lekarza nie tylko porady fachowej i stosowania odpowiednich środków i zabiegów, lecz także zainteresowania. Doświadczenia klinik psychosomatycznych, również polskich, wskazują wyraźnie, że wiele chorób somatycznych ma podłoże psychiczne, a ponadto wiadomo powszechnie, że obniżona sprawność somatyczna jest związana ze stresem psychicznym. Pacjent wymaga

więc od lekarza szczególnej opieki emocjonalnej. Niektórzy eksperci sugerują, aby przywrócić tę pozytywną funkcję medycyny. Kontakt lekarz–pacjent, kontakt bezpośredni i serdeczny w wielu przypadkach zastępuje farmakologię. Jednocześnie instytucja lekarza domowego daje szansę na wczesne uchwycenie objawów nieprzystosowania. Lekarz, któremu przywykło się mówić wszystko, tak jak księdzu, jest w stanie dowiedzieć się o problemach życiowych pacjenta o wiele więcej niż przyjaciele, szkoła, a niekiedy nawet rodzina. Do tego są jednak niezbędne warunki pozwalające na niekrepujący, bezpośredni kontakt. Związane są one, rzecz prosta, z formami organizacyjnymi pracy lekarza, wielkością mieszkań, tym bardziej że – jak stwierdza się często w literaturze medycznej – wiele chorób może być leczonych w warunkach domowych.

Pozytywna rola leczenia domowego jest bezsporna. Człowiek, którego choroba wyłącza zwykle z pełnienia ról, co nakłada się na syndrom chorobowy – wzmacniając go, ten sam człowiek, pozostając w domu pod opieką osób bliskich, jest w stanie – nawet wtedy, gdy musi leżeć – zająć się czymś, co jest normalną czynnością domową, a nie sztucznie spreparowanym harmonogramem zajęć szpitalnych, wymyślonych wyłącznie dla „zabicia” czasu. Oczywiście mówimy tu wyłącznie o schorzeniach, które nie wymagają specjalistycznej aparatury. Wiele badań można już dziś wykonać w domu, a w przyszłości będzie możliwe przeprowadzanie nawet skomplikowanych badań na odległość przy użyciu aparatury teleelektrycznej. Do takich zmian, które nie są już nowinkami, polityka społeczna powinna się przygotować.

Wartość profilaktyczna takiej opieki lekarskiej jest oczywista. Lekarzowi mającemu stały kontakt z pacjentem i jego środowiskiem na ogół nie umykają takie kwestie, jak załamanie psychiczne człowieka chorego wyolbrzymiającego swoje problemy zdrowotne czy popadającego w niebezpieczny stan apatii. Może on też zastosować odpowiednie środki, zwrócić uwagę rodziny na rodzaj pielęgnacji osoby chorej, słowem – stworzyć warunki, które sprzyjają zdrowiu i sprawności. Może się tak dziać nawet w przypadku schorzeń ciężkich i nierokujących nadziei na wyzdrowienie. Zadbany pacjent nie musi tracić nadziei, może czuć się do końca potrzebny. Obecnie przy nieomal dychotomicznym podziale na leczenie się w przychodni, czyli leczenie dolegliwości lekkich, i leczenie się w szpitalu, czyli leczenie dolegliwości ciężkich, wypisanie ze szpitala mimo braku poprawy zdrowia kojarzy się jednoznacznie z wydaniem

wyroku. Wiadomo bowiem, że jeśli jest to tylko możliwe, szpital pozbywa się osób śmiertelnie chorych, i to bynajmniej nie z pobudek humanitarnych – nie chodzi tu bowiem o komfort śmierci między bliskimi, lecz o zwolnienie łóżka dla innego pacjenta, którego być może uda się jeszcze uratować.

Jeśli zatem chodzi o profilaktykę samobójstw wynikających z utraty wiary w wyzdrowienie lub utraty wiary w przyjaźń i bliskość osób wtedy, gdy się jest chorym, pociągnięciem koniecznym wydaje się przekształcenie służby medycznej w opiekę medyczną, łączącą wykonywanie zabiegów lekarskich z zabiegami psycho- i socjoterapeutycznymi. W wielu przypadkach mogłoby się okazać, że choroba nie była aż tak ciężka, że diagnoza nie była nieodwołalna, że można jednak, mimo wielu ograniczeń, jakie pociąga za sobą choroba somatyczna, żyć i być przydatnym, a także liczyć na ludzi, którzy będą nieść pomoc. Żeby jednak stworzyć taki system, trzeba wielu działań, obejmujących nie tylko organizację służby zdrowia.

Innym zagadnieniem jest profilaktyka zdrowia somatycznego. Jest ona propagowana w sposób naiwny, nieprzekonujący i mało atrakcyjny. Niezbędne wydaje się stworzenie stacji diagnostycznych dla człowieka zdrowego. Osobnicze możliwości każdego organizmu są różne i w zależności od nich można unikać pewnych schorzeń, a także kreować zdrowie somatyczne. Propozycja wprowadzenia stacji diagnostycznych wiąże się ze zmianą treści pojęcia zdrowia. Należy tu łączyć takie pojęcia, jak: wydolność organizmu funkcjonującego w określonych warunkach, rekreacja, wypoczynek, aktywność. Działania, jakie się w tej mierze podejmuje, są rozproszone i dalece niewystarczające. Wiadomo, że wiele decyzji jest nieprzemyślanych, w tym przede wszystkim leżące u podstaw wielu zamachów samobójczych decyzje wynikające z chaosu, jaki „ma w sobie” człowiek zmęczony i nieodporny na stresy psychiczne czy zaburzenia somatyczne. Człowiek, który podejmuje w takiej sytuacji najrozsądniejszą decyzję – odsuwa od siebie na jakiś czas sprawy codzienne, wyjeżdża, zmienia otoczenie społeczne, tryb życia – nawet ten człowiek jest narażony na nieskuteczność swoich działań. Nie każda zmiana jest dla danej jednostki zmianą dobrą, przynoszącą wymierne efekty w postaci dojścia do właściwego stanu somatycznego i psychicznego, słowem – zregenerowania sił. Koniecznym wymogiem powinno być diagnozowanie rodzaju wypoczynku, który jest najlepszy dla danego człowieka. Nie chodzi tu o pełne zaprogramowanie życia czy choćby czasu wolnego, lecz o uświadomienie jednostce, jakie elementy jej struktury psychosomatycznej wymagają

korekty, w jaki sposób można tego dokonać i co w nim jest wartością uśpioną, którą można zdynamizować.

K. Dąbrowski uważa, że nawet „zaburzenia” i „schorzenia” (szczególnie nerwowość i psychoneroz) często wyrażają potencjały i procesy przyspieszonego rozwoju. W znacznej większości przypadków są one „wyrazem «samoobrony» przed schorzeniami dyssolucyjnymi, a przede wszystkim przed «normalną» tendencją do zeszytnienia, zwężenia psychicznego, przystosowania negatywnego”

Wreszcie sprawą niezwyklej wagi jest dbałość o higienę psychosomatyczną w miejscach pracy. Dotyczy to szczególnie tych miejsc pracy, które wymagają od pracownika przebywania w warunkach jednostajnego ruchu, szkodliwych wpływów lub bodźców mikroklimatycznych i akustycznych. Wiedza naukowa z zakresu organizacji pracy umożliwia wyznaczenie przebiegu krzywej wzrostu, a następnie spadku wydajności. Wydaje się, że wykorzystując tę wiedzę, powinniśmy wzbogacić ją o elementy humanistyczne. Ważna jest bowiem nie tylko wydajność pracy, lecz także niedopuszczanie do stanu przemęczenia i wypadków. Nie sposób w krótkim opracowaniu przedstawić szczegółowego planu rehabilitacji człowieka zdrowego w miejscu pracy. Projekty takie mogą być jednak opracowane, tym bardziej że istnieją już dobre wzory stosowania rehabilitacji człowieka zdrowego. Ogromne znaczenie dla organizacji toku pracy, szczególnie w warunkach nużących jednostajnością, ma utrzymanie człowieka w stanie umożliwiającym zadowolenie z wykonywanej pracy. Niemniej wiąże się ono najściślej z dobrym samopoczuciem fizycznym i psychicznym, które może być z powodzeniem utrzymywane również na drodze zajęć rekreacyjnych, odpowiednich przerw w ściśle zaplanowanych okresach pracy, posiłków regeneracyjnych o określonej diecie, gimnastyki, hydroterapii i hydrokrecacji, stosowania odpowiedniego ubioru roboczego i innych metod regeneracji sił.

Zagadnienie powyższe jest szczególnie ważne w dobie, gdy obciążenie zadaniami życiowymi jest bardzo duże. Dodać trzeba, że obciążenie to jest

niezwykle jednostajne – oznacza pracę, kłopotliwy dojazd, zakupy, czynności domowe, słowem – to wszystko, co nakładając się na siebie, a często przeplatając w czasie, tworzy określony typ zmęczenia psychofizycznego czynnościami zachowawczymi.

Człowiek, który nie ma odpowiednich proporcji między czynnościami przymusowymi a czynnościami wybranymi, człowiek, który jest zmęczony w momencie wychodzenia z pracy, a więc w połowie dnia swoich zajęć, żyje przez jakiś czas w przeświadczeniu, że tak być musi, że to jest konieczne. Widzi innych, którzy pracują podobnie, racjonalizuje. Przeżywa jednak też tym ostrzejsze stresy i chwile wahania oraz zastanowienia – po co właściwie żyję, czemu to wszystko służy, czym właściwie jestem po wypełnieniu roli elementu w jakiejś maszynie, która nie wiadomo po co się kręci. Refleksja taka sprzyja rozwojowi jednostki, lecz zarazem refleksja taka, w sytuacji gdy niczego nie można zmienić, może stać się przyczyną depresji, rozgoryczenia, „wejścia w siebie”, niezauważania problemów innych ludzi, skłaniania się ku myśli, że jedyną wolnością, jaką mamy, jest wolność przekroczenia prawa czy konieczności – „nie pójść do pracy”, „upić się”, „odejść w niewiadomym kierunku”, „przekroczyć zasady współżycia”, wreszcie również – „odejść na zawsze”. Mówi się przecież społeczeństwu: nie ma ludzi niezastąpionych. Jest to akademicki błąd strategii społecznej. Jeżeli chce się wyrabiać postawy społeczne, trzeba tym mocniej podkreślać wartość jednostki – oczywiście jeśli ta jednostka spełnia określone wymagania. Jednostka, chcąc sprawdzić swą wartość, musi ją dyskontować społecznie. Weryfikacja taka staje się zarzewiem wiary w możliwości, skupia innych, staje się wzorem, który przyciąga. Proces socjalizacji jednostki ma określone granice. Odpowiedzialność zbiorowa jest bowiem odpowiedzialnością niczyją. Tak dzieje się prawie zawsze, z małymi wyjątkami. Są nimi te sytuacje, gdy ludzie, którzy mają szczególną potrzebę działania wspólnego, sami decydują się na to działanie (Hołyst 2012).

Literatura

- Apter A., Bursztein C., Bertolote J.M., Fleischmann A., Wasserman D. (2009), *Suicide on all the continents in the young*, w: D. Wassermann, C. Wassermann (red.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, Oxford.
- Caine E.D., Conwell Y. (2001), *Suicide in the elderly*, „International Clinical Psychopharmacology”, vol. 16, s. 25–30.
- Canetto S.S. (1992), *Gender and suicide in the elderly*, „Suicide and Life-Threatening Behavior”, vol. 22(1), s. 80–97.
- Conner K.R., Conwell Y., Duberstein P.R., Eberly S. (2004), *Aggression and suicide among adults age 50 over*, „American Journal of Geriatric Psychiatry”, vol. 12(1), s. 37–42.
- Dunne E. (1992), *Following a suicide: postvention*, w: B. Bongar (red.), *Assessment, Management, and Treatment of Suicide: Guidelines for Clinical Practice*, New York.
- Dunne E. (2009), *Family psychoeducation with suicide attempters*, w: D. Wassermann, C. Wassermann (red.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, Oxford.

- Dombrowski A.Y., Szanto K. (2005), *Prevention of suicide in the elderly*, „Annals of Long-Term Care”, vol. 13, s. 533–534.
- Gould M.S., Greenberg T., Velting D.M., Shaffer D., *Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, vol. 42(9), s. 386–405.
- Hendin H. (1964), *Suicide and Scandinavia*, New York; cyt. za: WHO, *Prevention of Suicide*, Geneva 1968, s. 40.
- Hołyst B. (2012), *Suicydologia*, Warszawa.
- Jarosz M. (1979), *Problemy dezorganizacji rodziny*, Warszawa.
- Orbach I., Iohan-Barak M. (2009), *Psychopathology and risk factors for suicide in the young*, w: D. Wassermann, C. Wassermann (red.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, Oxford.
- Pescosolido B.A., Georgianna S. (1989), *Durkheim, suicide, and religion*, „American Sociological Review”, vol. 54(1), s. 33–48.
- Sainsbury P. (1997), *Suicide in old age*, „Proceedings of the Royal Society of Medicine”, vol. LIV, s. 266.
- Shaffer D., Gould M.S., Fisher P., Trautman P., Moreau D., Kleinman M., Flory M. (1996), *Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide*, „Archives of General Psychiatry”, vol. 53(4), s. 339–348.
- Stack S. (2001), *Sociological research into suicide*, w: D. Lester (red.), *Suicide Prevention. Resources for the Millenium*, Philadelphia.
- Stack S., Lester D. (2002), *The effect of religion on suicide ideation*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, vol. 26(4), s. 168–170.
- Tyska Z. (1979), *Socjologia rodziny*, Warszawa.
- Wagner B.M., Silverman M.A., Martin C.E. (2003), *Family factors in youth suicidal behaviors*, „American Behavioral Scientist”, vol. 46(9), s. 1171–1191.
- Wasserman E. (2009), *Suicide considering religion and culture*, w: D. Wassermann, C. Wassermann (red.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*, Oxford.
- Williams R.D., red. (1963), *Processes of ageing*, New York.

Prof. zw. dr hab. dr h.c. Brunon Hołyst

Programowanie profilaktyki a motywy i warunki zachowań suicydalnych

Streszczenie

Pogłębiona analiza pozwala na ustalenie motywów zachowań suicydalnych. Ważne jest określenie, co było celem tego zachowania. Należy przede wszystkim rozróżnić dwie kategorie, które zarazem mają znamiona dychotomii, a mianowicie zamach samobójczy jako cel albo środek do celu. Rozpatrywanie motywacji zachowań suicydalnych wymaga odwołania się do teorii kultury i badań kulturowych obrazu rzeczywistości. Chociaż znane są przypadki niezgodne z obowiązującymi wzorcami, pisząc o tym w części dotyczącej profilaktyki, nie czynię tego przypadkowo, gdyż założenia tej koncepcji zwracają uwagę na powiązanie między diagnozą i prognozą oraz między diagnozą jakiegoś stanu i propozycjami strategii zmiany owego stanu. W analizie zwrócono również uwagę na motywację zachowań samobójczych nieletnich i osób starszych.

Słowa kluczowe: próba samobójcza, motywy samobójcze, nieletni, osoby starsze, zapobieganie samobójstwom.

Prof. zw. dr hab. dr h.c. Brunon Hołyst

Prevention programming with regard to motives and conditions of suicidal behaviors

Summary

In-depth analysis of motivation allows to establish motives of suicidal behaviors. It is important to determine what was the purpose of such behavior. First and foremost two categories should be distinguished that can be regarded as dichotomous, and namely attempted suicide as a goal or as a means to a goal. When analyzing motivation of suicidal behaviors it is necessary to refer to the theory of culture and to cultural research on perceptions of reality. Although cases discordant with the obligatory patterns are known to exist, it is no accident that I write about it in the section on prevention, since this conception assumes the presence of relationships between diagnosis and prognosis, as well as between diagnosis of a state and proposed strategies aimed at changing the state in question. Moreover, the analysis included also motivation of suicide attempts made by minors and by the elderly.

Key words: suicide attempts, suicide motivation, minors, the elderly, suicide prevention.

Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Gmitrowicz

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi

tel. 602 650 852 • mail: agnes@csk.umed.lodz.pl

Prewencja samobójstw w Polsce i Europie w świetle konferencji suicydologicznych

Na pytanie o aktualną sytuację (w drugim dziesięcioleciu XXI w.) w zakresie prewencji samobójstw w Polsce i Europie można odpowiedzieć, śledząc cykliczne wydarzenia naukowe, tj. kongresy, konferencje czy sympozja.

Część z nich, o zasięgu światowym, odbywa się pod auspicjami Międzynarodowego Towarzystwa Zapobiegania Samobójstwom (International Association for Suicide Prevention – IASP). Ma to podstawowe znaczenie dla utrzymania poziomu merytorycznego, ujednolicania standardów oraz wypracowywania nowych kierunków badań w suicydologii. Ostatni 28. Kongres IASP odbył się w 2015 r. w Montrealu. Co dwa lata odbywają się europejskie sympozja dotyczące samobójstw i zachowań samobójczych (European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour – ESSSB). Ostatnie miało miejsce w 2014 r. w Tallinnie w Estonii.

W 2016 r. są organizowane dwa duże wydarzenia: w maju 7th Asia Pacific Regional Conference zatytułowana *Building bridges for a new start beyond borders* oraz we wrześniu 16th ESSSB w Oviedo, w Hiszpanii.

W Polsce w latach 90. XX w. odbywało się Łódź kilka konferencji organizowanych przez Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej i Wojskową Akademię

Medyczną. W grudniu 2002 r. została zorganizowana dwudniowa IV Ogólnopolska Konferencja Suicydologiczna w CSK AM w Łodzi (z inicjatywy prof. Agnieszki Gmitrowicz). Istotnym punktem jej programu był wykład prof. Danuty Wasserman (koordynatora badań europejskich WHO/EURO w Swedish National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Health). W tym samym roku prof. Brunon Hołyst wraz z zaproszonymi członkami-założycielami powołał Polskie Towarzystwo Suicydologiczne (PTS), uznane wkrótce przez IASP. W ramach 12-letniej działalności PTS odbyło się kilka jednodniowych konferencji. Poza tym suicydologzy będący członkami PTS aktywnie uczestniczyli w kolejnych Zjazdach Psychiatrów Polskich, w konferencjach Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz w innych lokalnych wydarzeniach, organizując sesje, warsztaty suicydologiczne i prowadząc wykłady. Mimo podejmowanych inicjatyw, w tym działalności Grupy Roboczej ds. zapobiegania samobójstwom młodzieży w Polsce (w latach 2010–2011) pod patronatem Biura Rzecznika Praw Dziecka, oraz powołania w 2010 r. przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne (PTP) Sekcji Naukowej Suicydologii Polskiej, nie doszło dotychczas w Polsce do zatwierdzenia Narodowego Programu

Zapobiegania Samobójstwom, chociaż opracowano wersję roboczą Ramowego Programu Zapobiegania Samobójstwom na lata 2012–2015. Od września 2015 r. trwają zaawansowane prace nad przygotowaniem projektu takiego programu dzięki połączonej aktywności Departamentu Polityki Zdrowotnej MZ, członków PTS oraz niezrzeszonych znanych suicydologów-psychiatrów (dr Iwony Koszewskiej z Fundacji Cumulus i dr Anny Baran ze Szwecji).

Kilka państw członkowskich UE wdrożyło takie programy wiele lat temu, co spowodowało istotne obniżenie wskaźników samobójstw. W krajach tych istnieją także oficjalne rejestry prób samobójczych (PS). Mimo że PS są pojedynczym, głównym czynnikiem ryzyka samobójstwa dokonanego, w Polsce nadal nie ma obowiązku rejestrowania tych zachowań, nawet w placówkach medycznych, co uniemożliwia diagnozę i monitorowanie efektywności wdrażanych inicjatyw antysamobójczych. Sprawozdane liczby samobójstw dokonanych w Polsce także mogą budzić kontrowersje, ponieważ w naszym kraju funkcjonują dwa niepokrywające się źródła: 1) statystyki opracowane przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) na podstawie Kart statystycznych do kart zgonów oraz 2) raporty Komendy Głównej Policji¹ (KGP: formularz statystyczny wypełniany przez funkcjonariusza policji).

Ponadto prawidłowe wypełnienie karty zgonu i karty statystycznej do karty zgonu zależy od lekarza, jego doświadczenia i wiedzy, a czasami okoliczności, w których stwierdzane są zgon i jego przyczyna. Już na tym etapie może dojść do zniekształcenia istotnych danych. Rodzina może np. celowo zatajać fakty dotyczące śmierci w obawie przed reakcją otoczenia czy stygmatyzacją. Inne przykłady dotyczące braku przełożenia zachowań samobójczych na wskaźnik samobójstw w Polsce to:

- 1) osoba w wieku lat 80 podejmuje próbę samobójczą przez zaniechanie leczenia choroby układu krążenia albo przedawkowuje leki, czego następstwem jest śmierć – w karcie zgonu ma podaną zupełnie inną przyczynę zgonu (np. niewydolność krążenia),

¹ Od 2013 r. zmienił się sposób gromadzenia i generowania danych statystycznych dotyczących zamachów samobójczych. Wcześniej dane do systemu wprowadzane były po przeprowadzeniu i zakończeniu postępowania. Obecnie wprowadzane są bezpośrednio po wydarzeniu, jeżeli z okoliczności wynika, że doszło do zamachu samobójczego. System pozwala na modyfikację danych, jeżeli okaże się, że nie był to zamach samobójczy, zob. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa/100065,Samobojstwa-2013.html> (dostęp: 18.07.2016).

- 2) młoda dziewczyna truje się lekiem kupionym w markecie, trafia na toksykologię, umiera po kilku tygodniach z powodu niewydolności wątroby (co jest podane w karcie zgonu).

Konferencje suicydologiczne dają możliwość nie tylko zweryfikowania statystyk, wskazania najnowszych kierunków badań, wymiany doświadczeń przez profesjonalistów, upowszechnienia najnowszej wiedzy, praktycznego zastosowania wiedzy podczas warsztatów, lecz także stanowią płaszczyznę porozumienia dla środowisk działających w obszarze suicydologii: lekarzy różnych specjalności, psychologów, pielęgniarek, prawników, policjantów, pedagogów, socjologów, urzędników państwowych. Dzięki takim wydarzeniom ma szansę zaistnieć przełożenie języka wiedzy suicydologicznej na praktyczne działanie.

Przykładem tego może być spotkanie pokonferencyjne ekspertów w dziedzinie suicydologii polskiej i europejskiej z dyrektorem Departamentu Polityki Społecznej MZ (23 listopada 2013 r.) w aktualnej siedzibie PTS – Uczelni Łazarskiego w Warszawie. Prezentowano i omawiano działania (o różnym poziomie efektywności) podejmowane w zakresie prewencji samobójstw w Austrii (prof. Nestor Kapusta), Niemczech (prof. Armin Schmidtke), Szwecji (dr Anna Baran), we Włoszech (prof. Marco Sarchapione) oraz w jedynym polskim regionie na Podhalu (dr Iwona Koszewska). W wyniku tego przełomowego wydarzenia doszło w lutym 2015 r. do spotkania przedstawicieli MZ, GUS, KGP w Łodzi, ekspertów z PTS i PTP, na którym zostały wypracowane główne kierunki działań w zakresie profilaktyki samobójstw w kraju. Jeżeli finalnym efektem tego spotkania będzie możliwość ujednolicenia sprawozdawczości dotyczącej samobójstw dokonanych i usiłowanych w Polsce, to otworzy się droga do monitorowania działań prewencyjnych w Polsce.

Wspomniana konferencja odbyła się w dniach 20–21 listopada 2015 r. w Centrum Kliniczno-Dydaktycznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Tematem wiodącym była „Problematyka samobójstw w II dekadzie XXI wieku”. Była to już druga konferencja suicydologiczna zorganizowana z inicjatywy zespołu Kliniki Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi. Konferencja miała zasięg nie tylko ogólnopolski, lecz także europejski. Objęta była honorowym patronatem prof. Danuty Wasserman, światowej sławy suicydologa, przewodniczącej European Psychiatric Association (EPA; w latach 2013–2014), dyrektorki National Centre for Prevention of Suicide and Mental III-Health oraz WHO Collaborating Centre

for Research, Methods Development and Training in Suicide Prevention (Sztokholm, Szwecja). Zorganizowanie tak dużej konferencji było możliwe dzięki wspólnemu wysiłkowi wielu współorganizatorów². Patronem medialnym konferencji było czasopismo „Psychiatria po Dyplomie”.

Prof. Danuta Wasserman w liście powitalnym opisała zasady współpracy Zarządu Głównego PTP z EPA, której efektem ma być tłumaczenie na język polski europejskich wytycznych dotyczących leczenia i prewencji samobójstw (Wasserman et al. 2012, s. 129–141). Ponadto podkreśliła rangę opublikowanego w 2014 r. raportu WHO (2014).

Konferencja zgromadziła 265 uczestników z całej Polski (w tym: psychiatrów, lekarzy innych specjalności, psychologów, pielęgniarzy psychiatrycznych, prawników, socjologów, policjantów, pedagogów, filmowców).

Wśród wykładowców było czterech zagranicznych ekspertów w zakresie suicydologii: prof. Marco Sarchiapone – Przewodniczący Sekcji Suicydologii EPA (Włochy), prof. Lars-Håkan Thorell (Szwecja), prof. Wolfgang Rutz (Niemcy/Szwecja), dr Anna Baran (Szwecja), a 25 polskich wykładowców prezentowało różne dziedziny wiedzy.

Konferencja była podzielona na pięć bloków wykładowych, sesję plakatową oraz sześć warsztatów.

Podczas pierwszej sesji wykład otwierający konferencję wygłosił prof. Brunon Hołyst (Prezes PTS) – dotyczył on społecznych aspektów samobójstw. Następnie prof. Marco Sarchiapone przedstawił najnowszą wiedzę w zakresie biologicznych markerów samobójstw. Prof. Lars-Håkan Thorell zaprezentował nowe możliwości (elektrodermalne) identyfikowania pacjentów w kryzysie samobójczym. Prof. Wolfgang Rutz omówił czynniki ryzyka samobójstwa w wybranej populacji mężczyzn. Na zakończenie tej sesji dr Włodzimierz A. Brodński przedstawił doświadczenia w zakresie prewencji samobójstw w Polsce w latach 2003–2015.

Podczas drugiej sesji były prezentowane zależności między ryzykiem samobójczym w wybranych populacjach, ze szczególnym uwzględnieniem doświadczenia przemocy, używania alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych – prof. Agnieszki

Gmitrowicz, prof. Marty Makara-Studzińskiej – w populacji seniorów, prof. Dominiki Dudek – w populacji kobiet, prof. Tomasz Sobów – w ujęciu ewolucyjnym.

Podczas kolejnej sesji dr Anna Baran mówiła o znaczeniu narodowych programów prewencji samobójstw, natomiast dr Paweł Kropiwnicki prezentował konkretny, skandynawski model przeciwdziałania samobójstwom. Dr Błażej Kmiecik przedstawił prawne aspekty leczenia przymusowego osób po próbie samobójczej. Ostatnia sesja miała charakter interdyscyplinarny, eksperci omawiali rolę nowych mediów w profilaktyce samobójstw oraz zasady interwencji kryzysowej w przypadku deklaracji samobójczych.

W drugim dniu konferencji odbyła się ostatnia sesja pod patronatem Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego. Wykładowcami byli psychiatry – prof. Józef Kocur, prof. Antoni Florkowski, socjolog – prof. Adam Czabański, dr Krzysztof Rosa, prof. Justyna Jurewicz – prawnik, pedagog – dr Barbara Olszewska, dr Zofia Barzyńska-Bartczak. Część warsztatową prowadzili zarówno goście zagraniczni, jak i goście z Polski. Dla psychiatrów szczególnie ważny był warsztat prof. Marco Sarchiapone dotyczący bezpieczeństwa stosowania leków blokujących wychwyt zwrotny serotoniny (SSRI). Z uwagi na kontrowersyjne doniesienia dotyczące ryzyka zachowań samobójczych w populacji rozwojowej (*suicidality*) w trakcie kuracji SSRI eksperci EPA opracowali zasady monitoringu każdego pacjenta podczas terapii lekami przeciwdepresyjnymi: zaczynać od małych dawek leków i stopniowo zwiększać, żeby unikać objawów ubocznych, przeprowadzać badania kontrolne co tydzień przez miesiąc, zwiększać częstość wizyt w zależności od oszacowanego nasilenia ryzyka samobójczego, szczególnie oceniać stan pacjenta podczas zmiany dawek, dbać o dobrą relację z pacjentem i jego rodziną, tak aby swobodnie mogli zgłaszać wystąpienie objawów ubocznych u pacjenta, np. agitacji czy nasilenia się depresji (www.europsy.net).

Szczególnym zainteresowaniem uczestników cieszył się film dokumentalny dotyczący samobójstw „Między światami” reżyserii Katarzyny Dąbkowskiej-Kułac. Zaprezentowała w nim dramat życia mieszkańców eskimoskiej wioski, którego ekstremalnym wyrazem jest kryzys samobójczy. Podczas sesji posterowej wyróżniał się psychoedukacyjny komiks o depresji młodzieży (co przypieczętowała pierwsza nagroda), ponadto na uwagę zasługiwały plakaty dotyczące bezpośrednio prewencji samobójstw, tj. oceny łódzkiego programu zapobiegania depresji nastolatków oraz opinii pacjentów oddziału psychiatrii młodzieżowej na temat prób samobójczych.

² Klinika Psychiatrii Młodzieżowej i cztery Zakłady UM Łodzi: Rehabilitacji Psychospołecznej, Socjologii, Prawa Medycznego i Psychologii Lekarskiej oraz Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Uczelnia Łazarskiego, Zakład Psychologii Stosowanej UM w Lublinie, Sekcja Naukowa Suicydologii Polskiego Towarzystwa Psychiatricznego (PTP) oraz Regionalne Centrum Polityki Społecznej.

Literatura

- Wasserman D. et al. (2014), *The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention*, „European Psychiatry”, vol. 27(2), s. 129–141.
- WHO (2014), *Preventing suicide: a global imperative*, Geneva.

Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Gmitrowicz

Prewencja samobójstw w Polsce i w Europie na podstawie aktualnych doniesień konferencyjnych

Streszczenie

Cykliczne wydarzenia naukowe dotyczące prewencji samobójstw, tj. kongresy międzynarodowe IASP (International Association for Suicide Prevention), europejskie sympozja ESSSB (European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour) dają możliwość szerokiego dialogu i podstawę do wdrażania nowych strategii w zakresie prewencji samobójstw. Poza tym mają one podstawowe znaczenie dla utrzymania wysokiego poziomu merytorycznego, ujednolicania standardów oraz wypracowywania nowych kierunków badań w suicydologii.

W celu wykorzystania nabytej wiedzy w realizowaniu kluczowych wytycznych dotyczących zapobiegania samobójstwom konieczne jest nawiązanie ścisłej współpracy z przedstawicielami różnych resortów oraz władz lokalnych i państwowych. Autorka dokonała przeglądu i podsumowania wspomnianych wydarzeń w kontekście aktualnego stanu zapobiegania samobójstwom w Polsce.

W naszym kraju nadal brak narodowego programu zapobiegania samobójstwom, mimo podejmowanych od co najmniej 15 lat inicjatyw w tym zakresie. Próby samobójcze, które jak powszechnie wiadomo są głównym czynnikiem ryzyka samobójstwa, nadal nie są rejestrowane. Uniemożliwia to diagnozę zjawiska i monitorowanie efektywności wdrażanych inicjatyw prewencyjnych. Ponadto funkcjonują dwa niepokrywające się źródła danych epidemiologicznych, dotyczących liczby samobójstw: statystyki opracowane przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) oraz raporty Komendy Głównej Policji.

W 2015 r. została zorganizowana ogólnopolska konferencja suicydologiczna z udziałem gości zagranicznych, zatytułowana „Problematyka samobójstw w II dekadzie XXI wieku”, z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego i Sekcji Naukowej Suicydologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zaproszeni eksperci wskazali kluczowe dla kraju strategie zapobiegania samobójstwom w polskich warunkach, w tym konieczność wielodyscyplinarnych, zintegrowanych działań na wszystkich poziomach prewencji zachowań samobójczych.

Słowa kluczowe: prewencja samobójstw, suicydologia, wydarzenia naukowe, ocena efektywności.

Prof. dr hab. n. med. Agnieszka Gmitrowicz

Suicide prevention in Poland and Europe – a summary of current conference reports

Summary

Regular scientific events concerning suicide prevention, i.e. international conferences held by the International Association for Suicide Prevention (IASP) and European Symposia on Suicide and Suicidal Behaviour (ESSSB), provide not only an opportunity to discuss a wide range of issues, but also a basis for the implementation of new suicide prevention strategies. Moreover, they are of crucial importance for the maintenance of a high conceptual and professional level, unification of standards, and development of new research directions in suicidology.

In order to apply the acquired knowledge to the implementation of the key guidelines on suicide prevention it is necessary to undertake close cooperation with representatives of various institutions as well as local and state authorities. The author presented a review and summary of the above-cited events in the context of the current status of suicide prevention in Poland.

No national program for suicide prevention has been developed yet in our country, despite relevant initiatives continuing over the past 15 years. Suicide attempts, well-known to be the major risk factor for suicide, still remain unregistered. Therefore, neither the diagnosis of the phenomenon, nor monitoring of the implemented preventive initiatives efficacy are possible. Moreover, the two sources of epidemiological data on suicide rates, i.e. the statistics of the Central Statistical Office (GUS) and reports of the National Police Headquarters, are incompatible.

A national suicidological conference on “The problems of suicide in the second decade of the 21st century” attended by guests from other countries was held in Poland in 2015. The conference was organized on the joint initiative of the Polish Suicidological Association and the Scientific Section on Suicidology of the Polish Psychiatric Association. The invited experts outlined key strategies of suicide prevention in Polish conditions, including the necessity for multidisciplinary, integrated activities at all the levels of suicidal behavior prevention.

Key words: suicide prevention, suicidology, scientific events, efficacy evaluation.

Nota redakcyjna

Czytelnicy czasopism naukowych w zdecydowanej większości znają język angielski, który jest niezbędny w ich pracy naukowo-badawczej, dlatego dwa ostatnie teksty w naszym roczniku zamieszczamy bez tłumaczenia na język polski, podobnie jak wywiad z prof. Wolfgangiem Rutzem.

Pierwszy tekst jest krótkim i syntetycznym opisem historii wszystkich dotychczasowych Światowych

Dni Zapobiegania Samobójstwom od 2003 r., kiedy obchodzono inauguracyjne obchody tego dnia, do 2015 r.

W 2016 r. tradycyjnie 10 września był obchodzony po raz 14. Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom – i temu wydarzeniu został poświęcony drugi tekst, zaczerpnięty ze strony International Association for Suicide Prevention (IASP).

History of World Suicide Prevention Day (2003–2015)*

Background • Pesticides • Country information • Gender • Themes

World Suicide Prevention Day (WSPD) is an awareness day observed on 10 September every year, in order to provide worldwide commitment and action to prevent suicides, with various activities around the world (SitNews 2004). The International Association for Suicide Prevention (IASP), collaborates with the World Health Organization (WHO) and the World Federation for Mental Health, to host World Suicide Prevention Day (American Association of Suicidology 2007). In 2011 an estimated 40 countries held awareness events to mark the occasion (QMI Agency 2011). The United Nations issued 'National Policy for Suicide Prevention' in the 1990s which some countries use as a basis for their suicide policies (UN 2006).

Suicide has a number of complex and interrelated and underlying contributing factors ... that can contribute to the feelings of pain and hopelessness. Having access to means to kill oneself – most typically firearms, medicines and poisons – is also a risk factor (SitNews 2004).

WHO there are twenty people who have a failed suicide attempt for every one that is successful, at a rate approximately one every three seconds (Melnick 2010; *Suicide every 40 seconds* 2005). Suicide is the “most common cause of death for people aged 15–24” (Fierheller 2009). More people die from suicide than from murder and war; it is the 13th leading cause of death worldwide (SitNews 2004; RTÉ 2004). According to WHO, suicide accounts for nearly half of all violent deaths in the world (*Suicide every 40 seconds* 2005). Brian Mishara, IASP president, noted that, “more people kill themselves than die in all wars, terrorist acts and interpersonal violence combined” (*World Suicide Prevention Day* 2006). The number of people who die by suicide is expected to reach 1.5 million per year by 2020 (RTÉ 2004).

The UN noted that suicide bombers' deaths are seen as secondary to their goal of killing other people or specific targets and the bombers are not otherwise typical of people committing suicide (UN 2006).

Background

As of 2011, an estimated one million people per year die by suicide or “a death every 40 seconds or about 3,000 every day” (QMI Agency 2011). According to

Pesticides

According to a WHO press release, one third of worldwide suicides were committed with pesticides, “some of which were forbidden by United Nations

* Źródło: Wikipedia, the Free Encyclopedia (dostęp: 11.09.2016).

(UN) conventions” (ibid.). WHO urges Asian countries to restrict pesticides that are commonly used in failed attempts, especially organophosphate-based pesticides that are banned by international conventions but still made in and exported by some Asian countries (WHO 2006). From 1996–2006 pesticide ingestion accounted for an estimated 60–90 percent of suicides in China, Malaysia, Sri Lanka, and Trinidad (ibid.). WHO reports an increase in pesticide suicides in other Asian countries as well as Central and South America (ibid.). It is estimated that such painful failed attempts could be reduced by legalizing controlled voluntary euthanasia options, as implemented in Switzerland.

Country information

Of the 34 member countries of the Organization for Economic Cooperation and Development, a group of developed countries that uses market economy to improve the Human Development Index, South Korea had the highest suicide rate (Choi Jung-yoon 2011). In 2011 South Korea’s Ministry of Health and Welfare enacted legislation coinciding with WSPD to address the high rate (ibid.).

In some countries, such as China, young people 15–34 years old are more likely to die by suicide than by any other means (Reynolds 2008).

According to WHO, in 2009 the four countries with the highest rates of suicide were all in Eastern Europe; Slovenia had the fourth highest rate preceded by Russia, Latvia, and Belarus (*News Roundup: Ljubljana* 2009). This stays within findings from the start of the WSPD

event in 2003 when the highest rates were also found in Eastern European countries (Association for Suicide Prevention 2002). The countries with the lowest rates tend to be in Latin America, “Muslim countries and a few Asian countries” (ibid.). There is a lack of information from most African countries (ibid.).

Gender

With the exception of China, men commit suicide more often than women. In the Western world, males die three to four times more often by means of suicide than females do (WHO 2008).

Themes

- 2003 – “Suicide Can Be Prevented!”
- 2004 – “Saving Lives, Restoring Hope”
- 2005 – “Prevention of Suicide is Everybody’s Business”
- 2006 – “With Understanding New Hope”
- 2007 – “Suicide prevention across the Life Span”
- 2008 – “Think Globally, Plan Nationally, Act Locally”
- 2009 – “Suicide Prevention in Different Cultures”
- 2010 – “Families, Community Systems and Suicide”
- 2011 – “Preventing Suicide in Multicultural Societies”
- 2012 – “Suicide Prevention across the Globe: Strengthening Protective Factors and Instilling Hope”
- 2013 – “Stigma: A Major Barrier to Suicide Prevention”
- 2014 – “Light a candle near a Window”
- 2015 – “Preventing Suicide: Reaching Out and Saving Lives”

References

- American Association of Suicidology (2007), *Suicide in the U.S.A. Based on Current (2007) Statistics*, Washington DC.
- Association for Suicide Prevention (2002), *Celebrating the 1st World Suicide Prevention Day 10 September 2003*, Press Release, International Association for Suicide Prevention (dostęp: 12.06.2012), adapted from the chapter on “Self-Directed Violence” from the *World Report on Violence and Health*, WHO, Geneva.
- Choi Jung-yoon (2011). *South Korea to step up suicide prevention efforts: In 2009, 15,413 people took their lives, a rate that is three times higher than two decades ago. Officials plan to boost suicide prevention funding and install surveillance devices at key sites*, „Los Angeles Times”, 8 September.
- Fierheller L. (2009), *Suicide Prevention Day coming up*, „The Beausejour Review”, 12 June.
- Melnick M. (2010), *It’s World Suicide Prevention Day: What You Can Do to Help*, „Time”, 10 September.
- News Roundup: Ljubljana* (2009), Slovenska Tiskovna Agencija, 9 October.
- QMI Agency (2011), *Inuit youth celebrate life on World Suicide Day*, London, 10 September.
- Reynolds J. (2008), *Chinese youth „face suicide risk”*, BBC News, Beijing, 10 September.
- RTÉ (2004), *World Suicide Prevention Day is marked*, Raidió Teilifís Éireann (RTÉ), 10 September.
- SitNews (2004), *Alaska Observes World Suicide Prevention Day and Alaska Suicide Prevention Month*, 11 September.
- Suicide every 40 seconds* (2005), „Daily Mail”, 7 September.
- UN (2006), *Press Conference by World Health Organization on Suicide Prevention* (Press Conference), United Nations Department of Public Information, 8 September.
- WHO (2006), *Restrict pesticides to reduce suicides: WHO*, CBC News, 9 November.
- WHO (2008), *Country reports and charts available*, World Health Organization.
- World Suicide Prevention Day* (2006) (Press release), Scoop Independent News, 8 September 2006.

International Association for Suicide Prevention (IASP)

World Suicide Prevention Day 2016*

Connect • Communicate • Care • Connect, communicate and care on World Suicide Prevention Day

The World Health Organization estimates that over 800,000 people die by suicide each year – that's one person every 40 seconds. Up to 25 times as many again make a suicide attempt. The tragic ripple effect means that there are many, many more people who have been bereaved by suicide or have been close to someone who has tried to take his or her own life. And this is happening in spite of the fact that suicide is preventable.

'Connect, communicate, care' is the theme of the 2016 World Suicide Prevention Day. These three words are at the heart of suicide prevention.

Connect

Fostering connections with those who have lost a loved one to suicide or have been suicidal themselves is crucial to furthering suicide prevention efforts. Although every individual suicide is different, there are some common lessons to be learned. Those who have been on the brink of suicide themselves can help us understand the complex interplay of events and circumstances that led them to that point, and

what saved them or helped them to choose a more life-affirming course of action. Those who have lost someone to suicide, or supported someone who was suicidal, can provide insights into how they moved forwards on their journey. The sheer numbers of people who have been affected by suicide would make this a formidable network.

Of course, these connections should be two-way. There will often be times when those who have been bereaved by suicide, and those who might be feeling suicidal themselves, need support. Keeping an eye out for them and checking that they are okay could make all the difference. Social connectedness reduces the risk of suicide, so being there for someone who has become disconnected can be a life-saving act. Connecting them with formal and informal supports may also help to prevent suicide. Individuals, organisations and communities all have a responsibility here.

Communicate

Open communication is vital if we are to combat suicide. In many communities, suicide is shrouded

* Źródło: https://iasp.info/wspd/pdf/2016/2016_wspd_brochure.pdf (dostęp: 11.09.2016).

in silence or spoken of only in hushed tones. We need to discuss suicide as we would any other public health issue if we are to dispel myths about it and reduce the stigma surrounding it. This is not to say that we shouldn't exercise necessary caution; we don't want to normalise suicide either. Careful, considered messages about suicide and its prevention are warranted, as is an awareness of how different groups of individuals may receive and interpret this information.

Equipping people to communicate effectively with those who might be vulnerable to suicide is an important part of any suicide prevention strategy. Broaching the subject of suicide is difficult, and these sorts of conversations are often avoided. There are some simple tips that can help, however. Most of these relate to showing compassion and empathy, and listening in a non-judgemental way. People who have come through an episode of extreme suicidal thinking often say that sensitively-managed conversations with others helped them on their course to recovery.

The media also have an important role to play in suicide prevention. Some types of reporting on suicide (e.g., prominent and/or explicit stories) have been shown to be associated with 'spikes' in suicide rates, but others (e.g., those that describe mastery of suicidal crises) have been shown to have a protective effect. Media recommendations have been developed by the International Association for Suicide Prevention and the World Health Organization to assist journalists in getting stories right¹.

Care

All the connecting and communicating in the world will have no effect without the final ingredient – care.

We need to make sure that policy-makers and planners care enough about suicide prevention to make it a priority, and to fund it at a level that is commensurate with its significance as a public health problem.

We need to make sure that clinicians and other service providers care enough about it to make suicide prevention their core business. And we need to make sure that communities care enough about it to be able to identify and support those who may be at heightened risk.

Most of all, we need to ensure that we are caring ourselves. We need to look out for others who may be struggling, and let them tell their story in their own way and at their own pace. Those who have been affected by suicide have much to teach us in this regard.

Connect, communicate and care on World Suicide Prevention Day

On September 10th, join with others around the world who are working towards the common goal of preventing suicide. Check in on someone you may be concerned about, and start a caring conversation with them, asking them how they're going. Investigate ways of connecting with others who are trying to prevent suicide in your community, your country, or internationally. Show your support by taking part in the International Association for Suicide Prevention's Cycle Around the Globe.

The first World Suicide Prevention Day was held in 2003 and was an initiative of the International Association for Suicide Prevention and the World Health Organization (WHO). Since then, World Suicide Prevention Day has taken place on 10th September each year².

¹ Please see: goo.gl/4qVhUp.

² Please view the WHO Fact Sheet on suicide at: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/.

Z żałobnej karty

W dniu 30 sierpnia 2016 roku odeszła od nas nasza Koleżanka i wieloletnia Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego

prof. dr hab. Maria Jarosz.

Jej pogrzeb odbył się 7 września 2016 r. na Cmentarzu Wojskowym na Powązkach w Warszawie.

Non omnis moriar – ta słynna maksyma Horacego w pełni odnosi się do bogatego i pracowitego życia naszej Koleżanki, wybitnego socjologa i suicydologia, osoby pełnej życia, energii, pasji i życzliwości.

Profesor Maria Jarosz w dzieciństwie przeżyła holocaust w gettach Łodzi i Warszawy. Te okrutne doświadczenia wpłynęły na całe Jej życie, które poświęciła obronie ludzi i grup społecznych słabszych, dyskryminowanych, wykluczonych, przegranych w sensie ekonomicznym, społecznym i indywidualnym. Jedną z Jej książek o samobójstwach miała podtytuł „Ucieczka przegranych”.

Badania naukowe Pani Profesor koncentrowały się na takich zagadnieniach, jak: nierówności społeczne, sprawiedliwość społeczna i etyczna oraz samobójstwa. Jej ostatnia książka, której była redaktorem i współautorką, nosiła znamienity tytuł *Eksplozja nierówności*.

Jako człowiek cieszyła się ogromnym szacunkiem i autorytetem w środowisku naukowym w Polsce i na świecie. Była przy tym pełna życzliwości, zawsze można było liczyć na Jej wsparcie. Wiele osób zachowa Ją we wdzięcznej pamięci za pomoc, rady i wsparcie, zarówno w życiu osobistym, jak i naukowym.

Była promotorem i recenzentem kilkudziesięciu doktoratów i habilitacji, a Jej dorobek naukowy obejmuje dziesiątki cennych książek i artykułów opublikowanych nie tylko w naszym kraju.

Profesor Maria Jarosz nie umarła – żyje w naszej pamięci, w swoich dziełach, w tym, co dobrego zrobiła dla ludzi w swoich twórczych działaniach w wielu instytucjach, uczelniach, stowarzyszeniach naukowych, w tym także w naszym Polskim Towarzystwie Suicydologicznym, gdzie była przez ponad 10 lat wiceprezesem i przewodniczącą Rady Programowej rocznika „Suicydologia”.

Cześć Jej pamięci!

Suicydologia

INFORMACJE DLA AUTORÓW

ZASADY SKŁADANIA MATERIAŁÓW DO PUBLIKACJI

„Suicydologia” jest oficjalnym czasopismem Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego i Uczelni Łazarskiego, w którym są publikowane recenzowane artykuły przeglądowe, oryginalne prace badawcze z dziedziny suicydologii, prace kazuistyczne (opisy przypadków), listy, recenzje książek oraz komentarze redakcyjne. Redakcja pisma przestrzega zasad zawartych w Deklaracji helsińskiej i oczekuje, że badania dotyczące ludzi zostały przeprowadzone zgodnie z tymi zasadami. W przypadku badań z wykorzystaniem modeli zwierzęcych Redakcja wymaga przestrzegania zasad zawartych w *Interdisciplinary Principles and Guidelines for the Use of Animals in Research, Testing and Education* wydanych przez New York Academy of Sciences' Adhoc Committee on Animal Research. Informację o przestrzeganiu zasad zawartych w wymienionych dokumentach należy zawrzeć w tekście opracowania. Wszystkie prace odnoszące się do ludzi lub zwierząt muszą być zaakceptowane przez odpowiednią lokalną komisję etyczną, co również należy zaznaczyć w tekście.

Zasady recenzowania prac

Nadesłane prace są oceniane pod względem takich wartości, jak nowatorskie przedstawienie tematu czy znaczenie dla dalszego rozwoju badań naukowych oraz dla postępowania klinicznego. Nadsyłane artykuły są wstępnie oceniane przez Redakcję. Prace niespełniające podstawowych warunków publikacji są odrzucane, a niekompletne lub przygotowane w stylu niezgodnym z zasadami podanymi poniżej odsyłane Autorom bez oceny merytorycznej. Pozostałe materiały są rejestrowane i przekazywane do recenzowania. Zachęca się Autorów do wskazywania nazwisk recenzentów, Redakcja zastrzega sobie jednak prawo ostatecznego ich wyboru. Akceptacja pracy do druku odbywa się na podstawie pozytywnych opinii recenzentów.

Konflikt interesów

Jednocześnie ze złożeniem artykułu do publikacji Autorzy prac badawczych są zobowiązani do ujawnienia (jeżeli takie istnieją) wszelkich zobowiązań finansowych między nimi i firmą, której produkt ma znaczenie w nadesłanej pracy, lub firmą konkurencyjną. Informacje te nie będą ujawniane recenzentom i nie wpłyną na decyzje o opublikowaniu pracy. Po akceptacji tekstu do druku Redakcja omówi z Autorami formę, w jakiej informacje o źródłach finansowania powinny zostać udostępnione Czytelnikom.

Redakcja wymaga, by recenzenci, członkowie redakcji, zastępcy redaktora naczelnego ujawnili w liście do redaktora naczelnego wszelkie zobowiązania i okoliczności, które mogą wpłynąć

niekorzystnie na proces wydawniczy recenzowanego artykułu. List ten powinien zawierać oświadczenie o jakichkolwiek powiązaniach finansowych z firmą produkującą lek będący przedmiotem publikacji.

Ewentualne spory z Wydawcą dotyczące publikacji będą rozstrzygane przez Sąd Rejonowy właściwy dla siedziby Wydawcy. Stosunki prawne łączące Wydawcę i Autora podlegają prawu polskiemu i obowiązującym Polskę konwencjom międzynarodowym.

Pozwolenie na druk

Do materiałów poprzednio opublikowanych należy dołączyć pisemną zgodę na ponowne wydanie zarówno od poprzedniego wydawcy, jak i autorów oryginalnej pracy. Jeżeli informacje zawarte w opisie przypadku, na ilustracji lub w tekście pracy oryginalnej pozwalają na identyfikację osób, należy dostarczyć ich pisemną zgodę na publikację.

Przekazanie praw autorskich

Autor, przekazując tekst Redakcji, przenosi na Wydawcę nieodpłatnie wyłączne prawo do jego publikacji (prawa autorskie i wydawnicze), co zostanie potwierdzone stosowną umową.

Redakcja informuje, że *ghostwriting* oraz *guest authorship* są przejawami nierzetelności naukowej – wszelkie wykryte przypadki będą dokumentowane, a odpowiednie podmioty (instytucje zatrudniające autorów, towarzystwa naukowe, stowarzyszenia edytorów naukowych itp.) powiadamiane. *Ghostwriting* wystąpi wtedy, gdy ktoś wniósł istotny wkład w powstanie publikacji bez ujawnienia swojego udziału jako jeden z autorów lub bez wymienienia jego roli w podziękowaniach zamieszczonych w publikacji. *Guest authorship* polega na tym, że udział autora jest znikomy lub w ogóle nie miał miejsca, a mimo to jest autorem lub współautorem publikacji.

Zastrzeżenie

Redakcja oraz Wydawca dokładają wszelkich starań, by informacje opublikowane w piśmie były wiarygodne i dokładne. Jednakże opinie wyrażane w artykułach czy reklamach są publikowane na wyłączną odpowiedzialność Autorów, sponsorów lub reklamodawców. W związku z tym ani Redakcja, ani Wydawca nie ponoszą odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania jakichkolwiek nieścisłych informacji. Dawki leków i inne wartości liczbowe są sprawdzane z należytą starannością, a wszelkie schematy leczenia opisywane w piśmie powinny być stosowane zgodnie z informacjami o leku publikowanymi przez producenta.

Przygotowanie artykułu do publikacji

Redakcja uprzejmie informuje, że przyjmowane będą materiały przesłane pocztą w formie wydruków z załączoną wersją elektroniczną na płycie CD lub pocztą elektroniczną.

Do artykułu lub recenzji należy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim (ok. 1000 znaków każde) wraz z podaniem słów kluczowych (w języku polskim i angielskim) oraz tytułu w języku angielskim.

Skróty wraz z rozwinięciem należy podać w nawiasie za skracanym określeniem przy pierwszym jego wystąpieniu w tekście. Należy unikać skrótów nieakceptowanych przez międzynarodowe grupy ekspertów.

Struktura nadsyłanych prac

Na stronie tytułowej artykułu powinny się znaleźć: pełny tytuł pracy, imiona i nazwiska wszystkich Autorów, ich tytuły naukowe, zajmowane stanowiska lub pełnione funkcje, aktualne miejsce pracy, nazwa instytucji, z której pochodzi praca, a także adres, numer telefonu i e-mail Autora odpowiedzialnego za korespondencję z Redakcją. Ponadto należy umieścić informację o grantach i innych źródłach finansowania.

Redakcja nie wyklucza publikacji eksperckich artykułów przeglądowych opartych na nieusystematyzowanych danych, preferuje jednak opracowania oparte na systematycznym, jakościowym przeglądzie dostępnego piśmiennictwa. Proponowana struktura

takiego artykułu powinna zawierać: wstęp, materiał i metody (kryteria i sposoby doboru piśmiennictwa), wyniki (opis jakościowych i ilościowych informacji zawartych w badaniach będących przedmiotem analizy), dyskusję oraz wnioski.

Nie należy przekraczać zalecanych objętości prac: praca oryginalna – 3000 słów, przeglądowa – 6000 słów, kazuistyczna – 2000 słów, list – 1000 słów. Przedstawione limity nie obejmują streszczenia, tabel, piśmiennictwa. Dodatkowe informacje i podziękowania można umieścić po zakończeniu tekstu, przed wykazem piśmiennictwa.

Tabele, ryciny, fotografie powinny być ponumerowane i opisane. Materiały ilustracyjne poprzednio publikowane należy zaopatrzyć w pisemną zgodę Wydawcy na ponowną publikację.

Redakcja zastrzega sobie możliwość dokonywania skrótów, poprawek stylistycznych, językowych i interpunkcyjnych oraz wprowadzania śródtytułów.

Korespondencję zawierającą materiały do publikacji należy przysyłać pod adresem:

Redakcja „Suicydologii”
Uczelnia Łazarskiego
ul. Świeradowska 43
02-662 Warszawa
mail: pts@lazarski.edu.pl

Suicidology

INFORMATION FOR AUTHORS

EDITORIAL POLICY AND GENERAL INFORMATION

„Suicidology” hereinafter referred to as “the Journal” is a peer-reviewed official journal of the Polish Suicidological Society. The Journal publishes review articles, original clinical and experimental investigations in the field of suicidology, case reports, letters, book reviews and editorial comments. The Suicidology editors endorse the principles embodied in the Helsinki Declaration and expect all research involving humans to be conducted in accordance with these principles. For animal experimentation reported in the Journal, it is expected that investigators will have observed the Interdisciplinary Principles and Guidelines for the Use of Animals in Research, Testing and Education issued by the New York Academy of Sciences’ Adhoc Committee on Animal Research. Adherence to these principles should be indicated in the text of manuscript. All human and animal research must gain acceptance of the local ethical committee, what should also be indicated in the manuscript.

The review process

Manuscripts submitted for publication in the Journal are evaluated as to whether they present new insights into the announced topic and are likely to contribute to progress in research or to changes in clinical practice. Received manuscripts are initially examined by the Suicidology editors. Manuscripts with insufficient priority for publication are rejected immediately. In complete submissions or manuscripts not prepared in the required style (see below) are sent back to the authors without scientific review. If manuscript is accepted for review, the authors will be notified in a letter giving the reference number for further correspondence with the Editorial Office. The registered manuscripts are sent to outside reviewers. We encourage authors to suggest the names of possible reviewers, but we reserve the right of final selection. Submitted papers are accepted for publication after a positive opinion has been returned by the independent reviewers.

Conflicts of interest

Authors of research articles should disclose at the time of submission any financial arrangement they may have with a company whose product figures prominently in the submitted manuscript or with a company making a competing product. Such information will be held in confidence while the paper is under review and will not influence the editorial decision, but if the article is accepted for publication, the editors will usually discuss with the authors the manner in which such information is to be communicated to the reader.

Journal policy requires that reviewers, associate editors, editors, and senior editors reveal in a letter to the Editor-in-Chief any relationships that they have that could be construed as causing a conflict of interest with regard to manuscript under review. The letter should include a statement of any financial relationships with commercial companies involved with a product under study.

To the text of manuscript Authors should add a statement confirming lack of conflict of interests and that informed consent was obtained from all persons included in the investigations.

Legal relations between the Publisher and the author(s) are in accordance with Polish law and with international conventions binding on Poland. Any potential conflict of interest will be dealt with by the local court specific to the Publisher.

Permissions

Materials previously published should be accompanied by written consent for reprinting both from the relevant Publishers and the original authors. If it is possible to identify a patient from a case report, illustration or paper, etc. his/her written consent should be provided prior to publication.

Copyright transfer

In sending the manuscript the author(s) confirm(s) that (s)he has (they have) not previously submitted it to another journal (except for abstracts of no more than 400 words) or published it elsewhere. The author(s) also agree(s), if and when the manuscript is accepted for publication, to automatic and free transfer of copyright to the Publisher allowing for publication and distribution of the material submitted in all available forms and fields of exploitation (in accord with article 50 of the copyright act and related rights, including multimedia and distribution through teleinformatic networks). The author(s) accepts that the manuscript will not be published elsewhere in any language without the written consent of the copyright holder, i.e. the Publisher.

Disclaimer

Every effort is made by the Publisher and Editorial Board to see that no inaccurate or misleading data, opinion or statement appear in the Journal. However, they wish to make it clear that the data and opinions appearing in the articles and advertisements herein are the responsibility of the respective contributor, sponsor or advertiser. Accordingly, the Publisher and the Editorial Board accept no liability whatsoever for the consequences of any such inaccurate or misleading data, opinion or statement. Every effort is made to ensure that drug doses and other quantities are presented accurately. Nevertheless, readers are advised that methods and techniques involving drug usage and other treatments described in the Journal, should only be followed in conjunction with the drug or treatment manufacturer’s own documentation as published in the country of the reader.

PREPARATION OF MANUSCRIPTS

These guidelines are in accordance with the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. (The complete document appears in N. Engl. J. Med. 1997; 336: 305–315).

Manuscript should be typed on white bond paper. Margins should be no less than 3 cm. Double spacing should be used throughout

the manuscript including the following sections, each of which should begin on a separate sheet: title page, summary and key words, text, acknowledgements, references, individual tables and figures. Pages should be numbered consecutively, beginning with the title page. Abbreviations, if used, should be defined on their first appearance in the text and those not accepted by international bodies should be avoided.

Submitted manuscripts should have the following structure: Original works

Title page. The title page should carry the full title of the paper and a short title, consisting of not more than 40 characters including spaces, to be used as a running head (and which should be so identified). The first name, middle initial and last name of each author should appear. If the work is to be attributed to a department or institution, its full name should be included. The name, address e-mail and telephone/fax number of the author responsible for correspondence concerning the manuscript should appear on the title page. The title page should include the affiliations of the authors and the sources of any support for the work in the form of grants, equipment or drugs.

Abstracts. Provide on a separate page an abstract of not more than 250 words. Articles containing original data should include a structured abstract with the following four paragraphs, labeled: Background, **Material and methods**, **Results**, and **Conclusions**. The abstract should be followed by a list of 3–10 keywords or short phrases. When possible, the terms used should be from the Medical Subject Headings list of the Index Medicus. **Text.** Full papers of an experimental or observational nature may be usefully divided into sections headed: Introduction, **Material and methods**, **Results** and **Discussion**.

Review articles

Title page. Similarly as original works.

Abstracts. Provide on a separate page an abstract of not more than 250 words. The abstract should be followed by a list of 3–10 key words or short phrases. When possible, the terms used should be from the Medical Subject Headings list of the Index Medicus. **Text.** FC editors may accept for publication reviews that reflect expert opinions based upon random data, however they recommend submission of reviews reflecting systematic analysis of available literature. Such reviews should have the following structure: **Background** (defining aim of review and clinical problem); **Material and methods** (criteria for literature selection); **Results** (presentation of qualitative and quantitative information from studies subjected to analysis); **Discussion** and **Conclusions**.

Do not exceed the allowed space for a specific type of article: original article – 3000 words, review article – 6 000 words, case report – 2000 words, letters – 1000 words (not including abstract, tables and references).

References. References must be triple-spaced and numbered consecutively as they are cited. The style of references is that of Index Medicus.

Journals. List consecutive reference number, list all authors when there are six or fewer; when there are seven or more, list the first three, then et al. list title, journal title (abbreviated according to Index Medicus), year, volume (Arabic numerals), first and last page. Numbered references to personal communication, unpublished data, and manuscripts either in preparation or submitted for publication are unacceptable. If essential, such material may be

incorporated in the appropriate place in the text. The following is a sample reference:

(journal) Eliasson M., Jansson J., Nilsson P., Asplund K., *Increased levels of tissue plasminogen activator antigen in essential hypertension. A population-based study in Sweden*, J. Hypertens. 1997, vol. 15, p. 349–356.

Books. List consecutive reference number, last name and initial(s) of the author(s)/editor(s), title, the editor, place and year of publication. Reference to a specific chapter should include: last name and initials of its author(s), chapter title, last name and initials of the book author(s)/editor(s), title, the editor, place and year of publication and pages.

Tables and illustrations. Tables and illustrations (numbered, black and white) must be prepared on separate pages. Black and white glossy prints (two copies 13 × 18 cm up to 15 × 20 cm) should be of quality sufficient to maintain desired details with twofold decrease in size. Prints should be submitted with numbers on the back according to their order in the text, and labeled with author's name, a short title of the paper, the indication of the top of the figure and the description. Written permission from publishers for any figure previously published must be submitted with the initial manuscript.

SENDING THE MANUSCRIPT TO THE JOURNAL

The authors are requested to send 1 (one) copies of the manuscript along with a corresponding number of tables, pictures and photo duplicates and a computer diskette (see above). Send the required number of copies of the manuscript in a heavy paper envelope, enclosing the copies and figures in cardboard, if necessary, to prevent photographs from being bent. Place photographs and transparencies in a separate heavy paper envelope.

All manuscripts submitted should be accompanied by a covering letter including signed confirmation that:

- work has not been published or submitted elsewhere as defined earlier in this document;
- manuscript has been approved by all co-authors (if any), as well as by the responsible authorities at the institution where the work has been carried out;
- author(s) agree(s) to the automatic and free copyright transfer to the Publisher, if and when the work is accepted for publication;
- all sources of financial support have been fully disclosed;
- author(s) confirm(s) that (s)he is (they are) familiar with and will observe the Editorial Policy and Information for Authors included in *Suicidology*;
- author(s) agree(s) to accept appropriate invoice from the Publisher in case color illustrations are implemented.

Authors, who have an access to Internet can send their work-files using standard E-Mail software. The E-mail software must have an option to send data files attached to the E-Mail message. In such case all parts of the work should be sent as separate files: text file, picture file(s), table file(s), photo file(s) etc. To speed up the data transfer please compress the files if possible, using *.arj or * formats before transmission.

Complete packages of manuscripts are to be sent to the following address:

Editor-in-Chief „Suicidology”

Uczelnia Lazarskiego

Swieradowska Street 43, 02 - 662 Warsaw, Poland

e-mail: pts@lazarski.edu.pl

