

Błażej Karwat
magister socjologii

SAMOBÓJSTWA JAKO ZJAWISKO SPOŁECZNE SZCZEGÓLNEJ WAGI

Wstęp

Śmierć samobójcza jest przykrym przeżyciem dla osób emocjonalnie związanych z samobójcą. Rodzina zwykle obwinia siebie za to, że w stosownym momencie nie potrafiła zauważyć problemów bliskiej osoby i skutecznie udzielić pomocy. *„To moja wina. Zajęłam się pracą, a zapomniałam o swojej córce. Rzeczywiście chodziła ostatnio zasmucona, długo spała, godzinami przesiadywała zamknięta w swoim pokoju”* – twierdzi matka Joanny, która zażyła śmiertelną dawkę środków psychotropowych i po dwunastu godzinach hospitalizacji zmarła na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej w jednym ze szczecińskich szpitali. Bywa, że ignorujemy zachowanie naszych bliskich, które objawami przypomina stan depresyjny. Najczęściej dzieje się tak w stosunku do nastolatków lub osób charakteryzujących się przewlekłymi stanami depresyjnymi. W przypadku osób młodych, ich zachowanie rodzice zwykli tłumaczyć trudnym przebiegiem dojrzewania, próbą ucieczki przed obowiązkami, choćby szkołą. Jeśli zaś obiektywnie niepokojące zachowanie dotyczy ludzi, którzy częściej popadają w stany przypominające depresję (smutek, izolacja, brak zainteresowania otoczeniem, obojętność, apatia), ignorujemy je wskutek przyzwyczajenia się i oswojenia z częstym, złym samopoczuciem psychicznym członka naszej rodziny.

Na temat osób dążących do samozniszczenia w świadomości społecznej panują różnorodne mity. Z jednej strony osoby charakteryzujące się tendencjami samobójczymi uważamy za odważne, z drugiej zaś są to tchórze, osoby z zaburzeniami psychicznymi, nieszczęśliwi ludzie. Dość często próby samobójcze wiążą się z psychopatologią jednostki, patologią więzi międzyludzkich. Jednakże do samobójstw coraz częściej dochodzi wskutek złych warunków społeczno-

ekonomicznych. Kilkumilionowe bezrobocie, a co się z tym wiąże ubożenie rodzin, spadek jakości życia, wstyd i wyuczona bezradność. W skrajnych sytuacjach rozpoczęcie działalności przestępczej – kradzieże, paserstwo, handel narkotykami. Wszystko to, by utrzymać siebie, bliskich i żyć choćby na średnim poziomie. *„Jestem studentem. Studiuję dziennie resocjalizację. Utrzymuje się ze stypendium naukowego, bo dużo czasu poświęcam nauce. Dorywczo podejmuje również prace: sprzątam w mieszkaniach, udzielam korepetycji z języka niemieckiego. Mogę powiedzieć, że pieniędzy starcza mi na najbardziej podstawowe potrzeby. Nie stać mnie na wyjścia do pubu z przyjaciółmi, nie mam dziewczyny, ubieram się w ciuch budzie. Rodziców nie stać na najmniejszą pomoc, oboje są rencistami. Matka kilka razy w roku przebywa w szpitalu. Ojciec jest inwalidą, na wózku, sparaliżowany. Ale teraz nie jest źle, bywało gorzej, wtedy handlowałem narkotykami. Do dziś nie mogę sobie tego wybaczyć, lecz była to najłatwiejsza i najszybsza droga zarobku”* – opowiada dwudziestodwuletni Łukasz.

Samobójstwa są zjawiskiem społecznym szczególnej wagi, dlatego też uważam, że należy poświęcać więcej czasu i uwagi na interdyscyplinarne studia tego zjawiska.

Rozmiar zjawiska

Według szacunkowych danych Światowej Organizacji Zdrowia codziennie w wyniku zamachu samobójczego ginie ponad 1300 osób. Według Komendy Głównej Policji, w Polsce począwszy od 1980 roku stale obserwuje się wzrost liczby zamachów na własne życie. Ponadto ilość popełnianych prób, czy też dokonanych samobójstw jest niejednokrotnie wyższa od liczby zabójstw, na przykład w 1995 roku aż 5988 osób próbowało pozbawić siebie życia (z tego 5485 osób skutecznie), podczas gdy w tym samym roku dokonano 1134 zabójstwa.¹ W 2003 roku dokonano 4634 zamachów samobójczych zakończonych zgonem². Z czego 3860 zamachów dotyczy mężczyzn, a 744 kobiet. Porównując rok 2003 z rokiem 2002 zamachów

¹ Rocznik statystyczny 1996, Warszawa 1996

² www.kgp.gov.pl

samobójczych było mniej. W 2002 roku skutecznie popełniło samobójstwa 5100 osób, a w tym 4215 mężczyzn i 885 kobiet. W świetle danych z 2002 roku; do zamachów samobójczych najczęściej dochodzi w mieszkaniu, w pomieszczeniach zabudowań gospodarczych, w piwnicach i na strychach, a następnie w obszarze parków i lasów³. Aż w 4524 przypadkach samobójstwa dokonano poprzez powieszenie się, w 421 rzucając się z wysokości, w 211 poprzez zażycie środków nasennych, w 143 poprzez utopienie się, w 121 rzucając się pod pojazd, w 110 poprzez samookaleczenia inne niż uszkodzenie układu krwionośnego, w 89 przypadkach z powodu uszkodzenia układu krwionośnego, w 64 poprzez zastrzelenie się, w 30 poprzez zażycie trucizny, w 29 poprzez otrucie gazem. Inne przypadki stanowią 186 osób. Przyczyny popełnienia samobójstwa nie zawsze są jasne. W roku 2002 przyczyny nie można było ustalić w 2761 przypadków. W pozostałych przypadkach najczęstszą przyczyną była choroba psychiczna (1017 osób), nieporozumienia rodzinne (623 osoby), warunki ekonomiczne (458 osób), przewlekła choroba (368 osób), zawód miłosny (241 osób), nagła utrata źródeł utrzymania (158 osób), śmierć bliskiej osoby (89 osób), problemy szkolne (51 osób), kalectwo (25 osób), choroba AIDS (6 osób), niepożądana ciąża (6 osób). Najczęściej skuteczne samobójstwo popełniali żonaci i zamężne (2633 osoby), a następnie kawalerzy i panny (1855 osób)⁴. Aż 1069 w trakcie dokonywania zamachu samobójczego znajdowało się pod wpływem alkoholu, 80 pod wpływem substancji psychotropowych, a 41 pod wpływem innych substancji. W 3953 przypadkach nie ustalono czy samobójca znajdował się pod wpływem jakichś środków⁵. Biorąc pod uwagę wykształcenie osób dokonujących zamachu samobójczego w 2610 przypadkach brak było informacji na ten temat, a w 1243 przypadkach mieli wykształcenie zasadnicze zawodowe, w 1302 przypadkach podstawowe, w 215 niepełne podstawowe, w 458 średnie, w 100 wyższe⁶.

W licznych krajach, w tym w Polsce, obserwuje się niepokojące zjawisko zwiększania się liczby samobójstw wśród młodzieży, zwłaszcza w grupie wiekowej do 20 roku życia, chociaż najwyższe wskaźniki nadal stwierdza się u osób, które przekroczyły 45 roku życia. Z danych statystycznych wynika, że samobójstwa

³ www.kgp.gov.pl

⁴ www.kgp.gov.pl

⁵ www.kgp.gov.pl

⁶ www.kgp.gov.pl

częściej popełniają mężczyźni, od dwóch do trzech razy częściej niż kobiety. Dotyczy to wszystkich grup wiekowych, a najwyraźniej jest zaznaczone w przedziale 24-34 lat.

Samobójstwa są zjawiskiem częstszym wśród osób samotnych, zwłaszcza owdowiałych. W niektórych państwach: Szwecji, Niemczech, Szwajcarii, obserwuje się wyższy wskaźnik samobójstw wśród protestantów w porównaniu z katolikami i Żydami. Badania nad częstością dokonywania samobójstw wśród różnych zawodów, klas i warstw społecznych nie doprowadziły do jednoznacznych ustaleń. Obserwowano m.in. wysoki wskaźnik samobójstw wśród lekarzy, studentów i żołnierzy. Zauważano, że samobójstwa popełniają częściej osoby indyferentne światopoglądowo lub przechodzące kryzys ideowy lub religijny. Odnotowano wyraźne zwiększenie się liczby samobójstw w okresie kryzysów ekonomicznych, zmniejszenie zaś w okresie wojen. W niektórych krajach daje się zauważyć odwrotną zależność pomiędzy liczbą samobójstw, a liczbą zabójstw.

Samobójstwa w Polsce dokonywane są częściej wiosną i jesienią, dotyczy to zwłaszcza osób młodych – najniższy wskaźnik notowany jest w grudniu, styczniu i lutym. Najczęstszym sposobem dokonywania samobójstwa jest powieszenie. Dalsze miejsca zajmują: otrucie gazem, rzucenie się z wysokości, rzucenie się pod koła pojazdu, utopienie, spożycie leków nasennych, przyjęcie trucizny.

Samobójstwa zajmują ważne miejsce w strukturze przyczyn zgonów i stanowią 1,7 % ogółu zgonów w Polsce. Na szczególne podkreślenie zasługuje fakt, że samobójstwa i samouszkodzenia były przyczyną 11 – 13 % zgonów osób w wieku 15 – 30 lat.

Geneza samobójstw

W próbach udzielenia odpowiedzi na pytanie – dlaczego ludzie odbierają sobie życie wysunięto dwie, pozornie przeciwstawne tezy. Według pierwszej z nich samobójstwo jest przejawem patologii społecznej. Teza ta ma za swojego przedstawiciela francuskiego socjologa i filozofa – Emila Durkheima. Uczony mając na uwadze typy związków pomiędzy jednostką a społeczeństwem, wyodrębnił

cztery rodzaje samobójstw: *s. egoistyczne*, *s. altruistyczne*, *s. fatalistyczne*, *s. anomiczne*.

a. *samobójstwo egoistyczne*

Ten rodzaj samobójstwa obejmuje osoby samotne, wyobcowane, nie potrafiące odnaleźć się w społecznej rzeczywistości. Zwykle są to ludzie skłóceni ze społeczeństwem, z obowiązującymi w nim normami, które dla niej są nie do przyjęcia.

b. *samobójstwo altruistyczne*

Wiąże się z odebraniem sobie życia dla dobra społeczeństwa, co ma zwykle charakter rytuału. Ludzie decydujący się na tego rodzaju kroki zaznaczają się zbyt dużą identyfikacją z normami panującymi w określonej społeczności.

Przykłady:

- samobójcze loty kamikadze w celu zniszczenia wroga,
- zbiorowe samobójstwa członków sekt religijnych,
- obyczaj *sati* czyli samospalenie wdów razem ze zwłokami ich mężów,
- harakiri popełniane przez japońskich oficerów na wieść o kapitulacji,
- protestacyjne samospalenie mnichów buddyjskich etc.

c. *samobójstwo fatalistyczne*

Ten rodzaj samobójstwa nie został rozwinięty przez Durkheima, ani przez jego uczniów.⁷ Dotyczy ludzi, którzy znaleźli się w sytuacji krytycznej, bez jakichkolwiek możliwości, bez wyjścia. Przeważnie są to zorganizowane grupy, przede wszystkim wyznaniowe. Członkowie takich grup, sekt decydują się na zbiorowe popełnienie samobójstwa najczęściej z powodu zbliżającego się „końca świata”. Ten rodzaj posiada również cechy samobójstwa altruistycznego.

Przykłady:

- więźniowie systemów totalitarnych, nazistowskich czy komunistycznych,

⁷ Rodzaj wyodrębniony został w książce prof. zw. dr hab. Marii Jarosz, *Samobójstwa*, Warszawa 1997

- 39 członków sekty Brama Niebios popełniło s. w kwietniu 1997 r.(wierzyli w nagły „koniec świata”, a wraz z pojawieniem się komety Hale’a-Boppa zakończyła się pierwsza faza ich życia – ziemską, w związku z czym zgodnie ze swoimi wierzeniami popełnili samobójstwo),
- samospalenie się 70 przedstawiciel Szczepu Dawidowego w Teksasie etc.⁸

d. *samobójstwo anomiczne*

Samobójstwo popełniane jest w sytuacjach kryzysowych, destabilizacji, stanu alienacji jednostki, dotyczy kryzysów ekonomicznych i społecznych.

Durkheim wprowadził pojęcie społeczeństwa „suicydogennego”, które stwarza okoliczności i warunki do realizacji dążeń, do samounicestwiania się. Dążenia takie mają być zjawiskiem powszechnym oraz charakteryzować osobowość każdego człowieka i każdego społeczeństwa. Prawidłowe, zdrowe społeczeństwo przeciwdziała ujawnianiu się wspomnianych tendencji.

Odmienne stanowisko w tej sprawie reprezentował twórca psychoanalizy – Zygmunt Freud, który zaproponował koncepcję *instynktu śmierci (samounicestwienia)* - *thanatos* tj. tendencji do powrotu życia organicznego w stan nieorganiczny, z którego powstało. Zdaniem Freuda popęd destrukcyjny pozostaje w określonym stanie równowagi z libido. Wadliwie ukształtowana osobowość czy też nienależyte funkcjonowanie mechanizmów obronnych mogą prowadzić do dominowania instynktu śmierci, ujawniającego się w postaci agresji nie tylko przeciw innym, ale także przeciw sobie. Thanatos - zwrócony do wewnątrz, przejawia się w karaniu własnego „ja”, co może przybierać dramatyczne formy, choćby samobójstwa. Thanatos - zwrócony na zewnątrz powoduje wrogość, skłonności mordercze oraz niszczycielskie. Organizm człowieka dąży do tego, aby ta negatywna energia została w jakiś sposób wyładowana, gdyż kumulując się prowadzi do poważnych schorzeń. W kontrolowaniu tego instynktu istotną rolę odgrywa społeczeństwo, które może pomóc człowiekowi w przekształcaniu negatywnej energii w zachowania możliwe do zaakceptowania lub nawet użyteczne społecznie.

⁸ Jarosz M., Samobójstwa., op. cit., str. 47-48.

Na podstawie koncepcji psychoanalitycznych Freuda inny uczony - Menninger wskazał trzy składowe, które według niego determinują zamach samobójczy: *pragnienie śmierci, chęć zabicia, chęć zostania zabitym*. Zdaniem Menningera jeśli występują wszystkie wyżej podane składowe dążenia, to zamach samobójczy jest autentycznym, zatem niebezpiecznym pragnieniem. Brak choćby jednego z tych elementów wskazuje na nieprawdziwe chęci popełnienia samobójstwa, co czyni się w celu manipulacyjnego oddziaływania na innych.

Współczesne badania nad genezą samobójstw nie dostarczają konkretnych informacji odnośnie stanowiska, jakie winni zajmować uczeni wobec osób usiłujących pozbawić siebie życia. Spowodowane jest to złożonością problemu, a zatem także brakiem możliwości oszacowania, czy mamy do czynienia z trudnymi do rozwiązania czynnikami społeczno-ekonomicznymi, patologią jednostki, czy też może tego rodzaju postępowanie należy do normalnych przejawów życia społecznego.

Opiszę jeszcze jeden rodzaj samobójstwa, występujący w literaturze z zakresu suicydologii – *samobójstwa naśladowcze*. Polegają one na popełnianiu samobójstwa, często zbiorowo pod wpływem nadania informacji w środkach masowego przekazu o samobójczej śmierci jakiejś sławnej osoby, zbiorowego samobójstwa jakiejś grupy nastolatków itd. Dawid Phillips oraz jego współpracownicy badali wskaźnik samobójstw po nadaniu wiadomości telewizyjnych lub reportaży o samobójstwie. Okazuje się, że takie informacje, dokładne nadawane przez rozgłoszenie radiowe, telewizyjne i opisywane w czasopiśmie mają ogromny wpływ nie tylko na młodzież, ale także na osoby dorosłe. Wzrost liczby samobójstw nastolatków w ciągu tygodnia od nadania tego rodzaju wiadomości był daleko większy, niż można by to wyjaśnić na zasadzie przypadku. Im więcej czasu media poświęcały temu zagadnieniu, tym wskaźnik samobójstw był wyższy. Zależności te utrzymały się pomimo uwzględnienia innych możliwości genezy tego zjawiska. Zatem rozgłos wywołuje następujące po nim samobójstwa naśladowcze, które objawiają się także u osób dorosłych w formie wypadków samochodowych.⁹ Wypadki te mają charakter celowy, czyli samobójczy i są „stosowane” jako samounicestwienie zamaskowane

⁹ Phillips D. P., Carstensen L. L., Clustering of teenage suicides after television news stories a theory of suggestion, [w:] American Journal of Sociology, 1970, 84, s. 1150-1174.

w celu oszczędzenia rodzinie przykrości związanych z interpretowaniem śmierci jako pożądanej. Są to samobójstwa występujące w kartotekach jako śmiertelne wypadki drogowe z udziałem jednego pojazdu i „tylko” jednej osoby. Phillips sądzi, że po każdej rozgłoszonej śmierci samobójczej następuje odzew ze strony osób pod jakimś względem podobnych do samobójcy.

Samobójstwo jako rodzaj zachowania dewiacyjnego

Dewiacja z socjologicznego punktu widzenia, to:

- a) odejście od typowej dla danej zbiorowości społecznej osobowości,
- b) naruszenie równowagi systemu społecznego,
- c) postawy i zachowania jednostek oraz grup, sprzeczne z obowiązującymi w danej grupie normami.¹⁰

W każdym społeczeństwie występują zjawiska, zachowania grup uznane za szkodliwe społecznie. Społeczeństwo posiada uregulowany system norm i zasad ustalonych społecznie, dzięki któremu określone zachowania są oceniane jako sprzeczne lub zgodne z obowiązującymi „regulatorami”. Regulatory te wynikają z zakazów i nakazów etycznych, moralnych, prawnych i obyczajowych. Możemy je także nazywać „prawami społecznymi”, czy determinantami ludzkich dążeń. Mają one bardzo różną postać: ogólnoludzkich lub kojarzonych z prawami społecznymi różnych norm (prawnych, moralnych, religijnych, obyczajowych). Jeżeli dochodzi do nakładania się systemów wartości – jednostkowego i społecznego mówimy wtedy o *harmonii społecznej*. Samobójcy są zatem ludźmi, którzy nie potrafią lub nie chcą podporządkować się ustalonym determinantom, a ich system wartości nie jest merytorycznie zbliżony do społecznego systemu wartościowania. Powyższe prawa społeczne wykorzystywane są przy poddawaniu jednostek „kontrolom społecznej”. Współcześnie przez kontrolę społeczną rozumie się najczęściej mechanizm

¹⁰ Słownika wyrazów obcych, PWN, Warszawa 1997

oddziaływania społeczeństwa na zachowania jednostek zarówno w postaci reakcji na czyn niezgodny z przyjętym i akceptowanym pojęciem normy, jak i zapobiegający potencjalnym aspołecznym typom zachowań.¹¹ Przez długi okres najczęstsze reakcje społeczeństwa miały charakter dyskryminacyjny, na przykład: zrywanie kontaktu z osobami, które kiedykolwiek usiłowały popełnić samobójstwo, traktowanie tej osoby jako chorej, anormalnej. W ostatnim dziesięcioleciu obserwuje się zwrot w systemie kontroli społecznej, polegający na innym interpretowaniu prób samobójczych przez młodzież. Osoby ze skłonnościami samobójczymi nie oceniane są jako jednostki patogenne, lecz zwyczajnie uważa się je za ludzi zaznaczających się mniejszą odpornością psychiczną lub, że posiadających specyficzną osobowość, trudny charakter. Młodzi ludzie biorą również pod uwagę rozpowszechniany przez siebie mit, że osoba samobójcy jest o wiele bardziej atrakcyjna niż ktokolwiek inny, ponadto sama próba samobójcza pozytywnie oddziałuje na człowieka, na przykład poprzez zmiany systemu wartości. Kierując się tego typu powodkami młodzież decyduje się przedsięwziąć radykalne według nich środki – spróbować zabójstwa na własnym „ja”. Można się zatem i tu odnieść od słów K. Borunia, że samobójstwa stały się modne¹².

Samobójstwo nie jest zachowaniem społecznie akceptowanym. Przez wiele lat w naszym kraju stanowiło temat tabu. Osoby po dokonaniu nieudanej próby samobójczej, rodziny samobójców niechętnie przyznawały się przed sobą i otoczeniem do faktu wystąpienia tego problemu. Mało mówiono na ten temat. W środkach masowej komunikacji temat zamachów samobójczych rozważano w kategoriach sensacji, nieszczęścia. Nieczęsto można było odnaleźć publikację, która miała służyć rozwiązaniu problemu. Toteż opisywanie sensacyjnych tragedii nie spełniało jakiejkolwiek funkcji. Dopiero w ostatnim dziesięcioleciu w polskiej prasie i telewizji wzbudzo prawdziwą dyskusję. Zaczęli wypowiadać się specjaliści różnorodnych dziedzin, osoby po nieudanej próbie samobójczej, rodziny samobójców. Zaczęto zastanawiać się nie tylko nad przyczynami, lecz także nad technikami pomagania w tak trudnej sytuacji, jaką jest utrata nadziei i chęć nieistnienia.

¹¹ Jarosz M., Samobójstwa, op. cit., str. 66.

¹² K. Boruń stwierdził: „I na samobójstwa może przyjść moda”.

Także w kręgach koleżeńskich uczniów szkół, studentów uczelni bardzo często poruszany jest temat samobójczej śmierci. Uczniowie widzą potrzebę rozmawiania o tym na lekcjach wychowawczych, ale rzadko który pedagog, wychowawca podejmuje się wspólnego rozważania zagadnienia. Niechęć, lęk i brak czasu na lekcjach wychowawczych to jedynie niektóre z przyczyn. Najbardziej pokrzywdzeni wydają się być uczniowie szkół średnich o profilu artystycznym i technicznym. Ich program nauczania jest dość przeciążony w stosunku do szkół ogólnokształcących, stąd coraz mniej czasu, a także i chęci na rozważanie takich zagadnień.

Pedagodzy nie zawsze wiedzą jak rozmawiać na temat samobójstw. Obawiają się, że w ten sposób dostarczą informacji, coś zasugerują. Obawiają się, że poruszanie takich tematów obniży odporność psychiczną poprzez dostarczenie banalnego komunikatu „zawsze można popełnić samobójstwo”. Zresztą podobnie jest przy omawianiu uzależnień, kwestii odmienności seksualnej i tolerancji. Nauczyciele boją się poruszania tych tematów. W niektórych szkołach szczególną presję na nauczyciela wywierają rodzice, zaniepokojeni że w szkole otwarcie mówi się o narkotykach. Bo przecież skoro mówi się o nich prawdę, opowiada o objawach użycia, jego skutkach – to jest to informacja zachęcająca. A jednak trzeba mówić prawdę. Młodzież w zasadzie jest otwarta na wszelkie informacje. Zbiera je od kolegów i koleżanek w różnym wieku, prasy, radia, telewizji i internetu. Są wśród nich tacy, co bezkrytycznie przyjmują spostrzeżenia, doświadczenia znajomych. Taka sytuacja powinna niepokoić, nie zaś otwarta, wypychająca mity dyskusja na forum klasy. Trzeba mówić otwarcie, zaufać młodemu człowiekowi, gdyż na tym również buduje się jego poczucie własnej wartości oraz wzajemny szacunek. W tym też aspekcie należy pozbyć się postawy moralizatora. Tak należy postępować omawiając problemy społeczne, w tym samobójstwa.

W Polsce w ramach powszechnego ubezpieczenia społecznego pomocą osobom po nieudanej próbie samobójczej, albo tym, które przejawiają takie tendencje, zajmuje się lekarz psychiatra. Przede wszystkim pomoc ogranicza się do terapii na dziennym oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych, zabezpieczeniu pacjenta w leki psychiatryczne lub hospitalizację na oddziale psychiatrycznym. Z trzech wymienionych możliwości największą szansę skuteczności daje pobyt na oddziale dziennym, a w trakcie udział w terapii grupowej. Leki są skuteczne jedynie przez jakiś okres, na dodatek nie zawsze. Albo trzeba zmienić dawkę, albo lek, pacjent nie nabywa jednak umiejętności życia w zgodzie ze społeczeństwem, samym sobą lub po prostu nadal nie potrafi odnaleźć się w rzeczywistości, którą interpretuje jako trudną. Hospitalizacja na oddziale psychiatrii, w którym przebywają pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, nieraz w stanie bardzo ciężkiej schizofrenii też nie rokuje poprawy samopoczucia u osoby po nieudanej próbie „pozbycia się samego siebie”. *„Chciałam zniknąć, próbowałam podciąć sobie żyły. Ułożyłam ostrze noża wzdłuż jednej z nich na przedramieniu i przeciągnęłam energicznym ruchem. Popłynęła krew. Zemdlałam. Znalazł mnie mój chłopak i wezwał pogotowie. Po dwóch dniach pobytu na oddziale wewnętrznym, przekazano mnie na psychiatrię. Byłam tam dwa tygodnie i nigdy już nie chcę wrócić. Bałam się, czułam się osaczona przez chorych ludzi i samotna. Dopiero w tym miejscu można zwariować” – konkluduje dwudziesto ośmioletnia Ewelina.* Rzadko samobójca, w ramach ubezpieczenia ma możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej i psychoterapii indywidualnej, która prywatnie jest kosztownym przedsięwzięciem. Zatem pomoc osobom ze skłonnościami samobójczymi należy uznać za mało skuteczną w naszym kraju.

a) Czynniki ryzyka samobójstwa¹³:

¹³ Golec S., Kokoszka A., Postępowanie w nagłych zaburzeniach psychicznych, Kraków 1995.

- rasa biała,
- płeć męska,
- zaawansowany wiek,
- skuteczność wybranej metody,
- pedanteria w realizacji planu,
- zapobieganie możliwościom odratowania,
- wielokrotność podejmowania prób samobójczych,
- szczerze podjęty zamiar odebrania sobie życia,
- fantazje połączenia się po śmierci ze zmarłą wcześniej osobą,
- przewlekła choroba somatyczna,
- znaczne stresy w życiu,
- samobójstwa w rodzinie,
- trudne warunki życiowe,
- niekorzystne zmiany w statusie społecznym,
- bezrobocie (zwłaszcza u ludzi z wykształceniem),
- samotność (wdowieństwo, rozwód, separacja, pobyt w więzieniu),
- objawy psychotyczne (urojenia, halucynacje),
- obsesje i natręctwa związane ze śmiercią oraz umieraniem,
- dziwaczenie, rzadko spotykane sposoby samobójstwa,
- ustalona diagnoza psychiatryczna (% chorych na poszczególne schorzenia kończących życie samobójstwem):
 - 15 % - depresja (na poziomie psychotycznym),

- 15 % - alkoholizm oraz uzależnienia chemiczne,
- 10 % - choroba afektywna dwubiegunowa,
- 10 % - schizofrenia,
- 10 % - silne zaburzenia osobowości,
- 5 % - zaburzenia organiczne.

b) Samobójca jako pacjent psychiatryczny.

Według większości psychiatrów samobójstwo jest świadomym aktem samounicestwienia spowodowanym krańcowo frustrującą sytuacją, z której, zdaniem osoby decydującej się na ten akt, nie ma innego wyjścia. Samobójstwo nie jest czynem przypadkowym, jest raczej sposobem rozwiązywania problemów o różnorodnym podłożu, konfliktu powodującego dotkliwe cierpienia, a wobec którego osoba podejmująca taką decyzję czuje się bezradna, bezsilna. Istotne jest również poczucie beznadziejności i ból psychiczny, które ostatecznie wpływają na podjęcie takiej decyzji. Teorie psychodynamiczne wyjaśniają samobójstwo jako przetworzone pragnienie zabójstwa. Jednym z mechanizmów samobójstwa jest ukierunkowanie agresji na ambiwalentnie nacechowany obiekt, a dokładniej na obraz bardzo ważnej osoby, znajdujący się w obrębie własnej psychiki, na przykład: wyszukiwanie w sobie cech negatywnych, odziedziczonych po rodzicach i atakowanie ich.

Istnieją także samobójstwa o mechanizmie tzw. *odwróconego zabójstwa*, polegające na ukierunkowaniu gniewu, który mielibyśmy skierować przeciw jakiejś konkretnej osobie, przeciw własnej osobowości. Ten rodzaj samobójstwa jest zbliżony do tego, w którym pragnąc czyjejs śmierci, staramy się jednocześnie ukarać samych siebie za to pragnienie. Wśród psychiatrów, którzy bardzo często stykają się z pacjentami o tendencjach samobójczych, istnieją pewne kontrowersje odnośnie potrzeby hospitalizacji takich pacjentów. Nie ma jednak wątpliwości w stosunku do konsultacji psychiatrycznej takich osób. W obecnej strukturze organizacyjnej systemu leczenia w naszym kraju okres oczekiwania na konsultację wynosi nierzadko kilka godzin lub nawet więcej, a przecież pomoc jest tu niezwłocznie potrzebna.

Z tego powodu każdy lekarz powinien posiadać pewną orientację w tym temacie.

Akt samobójstwa kończy złożony proces psychiczny i jeśli zdoła się go przerwać, osoba próbująca odebrać sobie życie może odstąpić od wcześniejszego zamiaru. Z całą pewnością można powiedzieć, że skłonności samobójcze po pewnym czasie ustępują, lecz mogą powracać lub bezpowrotnie ustąpić dzięki odpowiedniemu leczeniu lub zmianie postawy albo sytuacji życiowej pacjenta.

Do najczęstszych przyczyn dla których pacjenci decydowali się popełnić samobójstwo należą:

- niemożność poradzenia sobie ze stresem,
- w celu wyrażenia złości lub zranienia bliskiej sobie osoby,
- próba samobójcza stanowiła ucieczkę,
- próba samobójcza miała zwrócić uwagę otoczenia,
- gdy zostają zranione uczucia.¹⁴

Z praktyki Poradni Psychospołecznej i Prawnej

W każdym przypadku kiedy klient poradni zgłasza się po poradę lekarza psychiatry, psychoterapeuty, psychologa, pedagoga lub socjologa z towarzyszącym obniżonym nastrojem, poważnymi problemami rodzinnymi, zawodowymi, szkolnymi, prawnymi należy rozważyć ryzyko dokonania próby samobójczej. Z tego względu niezwykle ważna jest umiejętność słuchania, będąca czymś więcej niż słyszeniem. To, w jaki sposób słuchamy, jak spoglądamy na klienta, jakiego rodzaju komunikatów zwrotnych udzielamy ma znaczący wpływ na pozyskane przez nas informacje. Klient poradni przyjęty w atmosferze wspierającej, spokojnej, intymnej, któremu możemy poświęcić więcej czasu, nie zarzucając wieloma pytaniami – to potencjalnie osoba, która zechce więcej opowiedzieć o swoich kłopotach. Dlatego umiejętności, jakimi

¹⁴ Brown T., Scott A. I. F., Pullen I. M., Stany nagłe w psychiatrii, Warszawa 1994

posługują się pracownicy poradni są wskaźnikiem jakości świadczonych przez nich usług. Warto zapamiętać również, że z poradnictwa koniecznie trzeba eliminować zachowania i postawy: obojętności, ignorancji, braku akceptacji i zaangażowania. Problem z jakim zgłasza się do nas osoba potrzebująca pomocy, choć w ocenie pracownika poradni może być banalny; dla klienta stanowi przyczynę podjęcia decyzji o dokonaniu zamachu samobójczego. Jest to szczególnie widoczne w przypadku osób niedojrzałych emocjonalnie, albo przechodzących okres adolescencji. Takie kłopoty, jak: zdrada w związku, kłótnia z rodzicami, zawiedzenie się na przyjaciółach, obniżony nastrój z nieznanymi powodów, nadmierna krytyka rodziców lub rówieśników, niepowodzenia szkolne, autorytarna postawa rodziców, poczucie wyobcowania, obniżona samoocena, przewlekły smutek i przygnębienie – to tylko niektóre z powszechnie spotykanych. Trzeba także wziąć pod uwagę, że do poradni oferującej pomoc prawną zgłaszają się klienci w trakcie toczących się spraw alimentacyjnych, rozwodowych, karnych i wszystkie one wiążą się z dużym poziomem stresu. W takich sytuacjach każdy człowiek odznacza się inną odpornością na stres; dla jednego jest on mobilizujący, dla drugiego toksyczny i niebezpieczny dla zdrowia psychicznego i fizycznego. Podobnie każdy problem o którym opowiada klient powinniśmy taktować z należnym szacunkiem, rozwagą. Bardzo pomagają w tym rozwijanie umiejętności współodczuwania i empatii.

W obecnych czasach, w których wciąż nikt nie uczy umiejętności radzenia sobie z problemami, naszymi wewnętrznymi konfliktami, spięciami w rodzinie, przykrymi sytuacjami w miejscu nauki albo pracy – coraz częściej zdarza się nam myśleć o samobójstwie. Czasami sama taka myśl ma wpływ uspokajający i wiąże się z rezygnacją z realizacji tego pomysłu. Jest to związane z biologicznym popędem zachowania siebie samego przy życiu. Są jednak i takie osoby, które realizują swoje plany – jako demonstrację, wołanie o pomoc, albo też w celu rzeczywistej chęci pozbawienia siebie życia. Zdarzają się przypadki wielokrotnego podejmowania prób samobójczych. To może świadczyć o poważnych problemach emocjonalnych, szczególnych trudnościach w przechodzeniu okresu dojrzewania, zupełnej bezradności. W takiej sytuacji zawsze proponuję i zachęcam do konsultacji z lekarzem psychiatrą, który może wspomóc pacjenta farmakoterapią.

Najważniejsze, aby spowodować, że klient który zgłosił się do poradni i informuje nas:

- „*Życie nie ma sensu. Najchętniej zniknąłbym z Ziemi*”
 - „*Nienawidzę ludzi, świata i siebie*”
 - „*Nie chce mi się żyć. Mam nadzieję, że potrąci mnie samochód*”
 - „*Wszystko jest bez sensu. Moje istnienie również. Po co mam się męczyć?*”
 - „*Mam prawo decydować o swoim życiu. Właśnie zadecydowałem. Co za różnica czy będę żyć i męczyć się, czy też umrę*”
 - „*Wszystko ułożyłoby się inaczej, lepiej gdyby nie było mnie na świecie*”
 - „*Nie chce żyć i nie będę. Zrobię wszystko żeby zdechnąć*”
 - „*Nic mi nie wychodzi. Nikt mnie nie kocha. Nic nie znaczę. Nic mi się nie chce. Więc chcę odpocząć*”
- zechciał z nami porozmawiać, powiedzieć o stanie w jakim się obecnie znajduje, przedyskutował swój punkt widzenia oraz powiedział co czuje. W takim przypadku będziemy mieli szansę poznać problem, jego istotę i znaczenie dla klienta, doświadczenia, towarzyszące emocje. Wymienione elementy umożliwią nam ocenę ryzyka dokonania zamachu samobójczego oraz doboru technik wsparcia, zmotywowania do zmiany zdania, autodestrukcyjnych planów.

Planując działania zmierzające do tego, aby zniechęcić klienta z realizacji zamierzonej próby samobójczej lub prowadząc rozmowę profilaktyczną (nie sugerując!) warto zwrócić uwagę na system wartości klienta, co lub kto jest dla niego ważne w życiu; na dodatek na tyle ważne, by sprawiło, że będzie chciał nadal żyć. Z tym jest bardzo różnie. Dla jednych jest to szanowanie wartości takich, jak: wiara katolicka, miłość do matki, plany życiowe (kariera, posiadanie potomstwa, małżeństwo, podróże, napisanie książki, stworzenie kapeli muzycznej), zamiłowanie do przyrody i czerpanie z niej siły. Czasem bowiem wystarczy wyłącznie wskazać drogę do realizacji planów życiowych, przekazać mu wskazówki na temat konieczności bycia cierpliwym, wytrwałym i pracowitym. Trzeba również zauważyć,

że czynnik motywujący, którym jest odniesienie się do uznawanej wartości; podczas, gdy dla jednej osoby jest motywujący do zmiany planów, dla innej może okazać się irytujący. Tak jest w przypadku, gdy mówimy o wartości życia, na przykład:

Doradca: Nie możesz tak myśleć. Przecież życie to największa wartość. Ty jego sobie nie dałeś, więc nie masz prawa go teraz odbierać.

Klient: Nie obchodzi mnie to. To ja się w tym życiu męczę, a nie moi rodzice. Zrobię to, na co mam ochotę. Podjąłem decyzję.

To banalny przykład, a jakże częsty w przypadku osób nieprofesjonalnych. Doradca przekazał kilka negatywnych komunikatów w trzech zdaniach:

Po pierwsze zabrania klientowi myśleć. Unieruchamia go w jego podstawowym prawie autonomicznej jednostki.

Po drugie mówi, że życie jest największą wartością i staje tym samym „po drugiej stronie barykady” w sytuacji, w której samobójca nie uznaje życia za jakąkolwiek wartość, skoro podjął decyzję o pozbawieniu siebie życia.

Po trzecie odwołuje się do norm społecznych w postaci posłuszeństwa i szacunku wobec rodziców. Tym samym zwraca uwagę na to, że klient nadal jest od nich zależny.

Takie postępowanie doradcy budzi sprzeciw, ostrą krytykę, wywołuje jeszcze więcej negatywnych emocji u klienta, niczemu dobremu nie służąc. Natomiast zdecydowanie ma wpływ na zwiększenie ryzyka realizacji planów samobójczych. W poradnictwie tego typu unikamy generalizowania, dokonywania ocen i krytyki, moralizowania. Dbamy o komunikację z klientem, słuchamy i przede wszystkim staramy się wczuć w sytuację, w jakiej on się znalazł. Dzięki takiemu postępowaniu będziemy mogli zrozumieć problemy osób z tendencjami samobójczymi – odbiorcami naszych usług.

Praca moja ma charakter ogólny i nie chciałem w niej szczegółowo opisywać samobójstw poszczególnych grup, takich jak na przykład żołnierze, więźniowie – to sądzę, że nie można pominąć szczególnie niebezpiecznych zachowań dzieci i młodzieży.

Zjawisko, które obserwujemy – a mianowicie wzrost liczby samobójstw wśród nieletnich stanowi poważne zagrożenie dla społeczeństwa. Rosnąca tendencja zachowań autodestrukcyjnych pociąga za sobą coraz młodsze roczniki. W tym przypadku zachowania autodestrukcyjne kształtowały się na podłożu niekorzystnej sytuacji rodzinnej. Samobójstwo stanowi bowiem jedną z możliwych dróg zmiany sytuacji, obok alkoholizmu, uzależnienia od narkotyków, ucieczek, przestępczości.

Podjmując decyzję o zagładzie własnego „ja” młodzież kieruje się zwykle narastającymi kłopotami w domu i w szkole, kiedy żadne z wymienionych środowisk nie wiąże pozytywnie dziecka. Im dziecko czuje się bardziej wyobcowane, niepotrzebne, nieszczęśliwe, tym niebezpieczeństwo próby samobójczej, a w rezultacie zgonu jest większe. Zatem próby samobójcze młodzieży są spowodowane przede wszystkim depresją, która w tym przypadku występuje w czterech fazach:

I-faza - depresji czystej

obniżony nastrój, osłabienie napędu, nieokreślony lęk

II-faza - depresja z rezygnacją

objawy depresji czystej wraz z niewydolnością w nauce, poczuciem bezsensu życia, tendencjami i próbami samobójczymi

III-faza - depresja z niepokojem

objawy depresji czystej wzbogacone o zmienność nastroju oraz autodestrukcyjne zaburzenia zachowania

IV-faza - depresja hipochondryczna

objawy depresji czystej oraz somatyczna manifestacja lęku i hipochondryczna koncentracja na własnym ciele¹⁵.

W świetle badań Bomby depresja jest zjawiskiem powszechnym wśród młodych ludzi i stanowi bardzo częstą formę przejawów klinicznych różnorodnych zaburzeń psychicznych. Depresja okresu adolescencji jest związana z: deprivacją kontaktów z rodzicami w dzieciństwie, nieadekwatnością postaw rodziców wobec potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka, niemożliwością znalezienia bezpiecznego oparcia uczuciowego w rodzinie, trudnościami w rozładowaniu agresji, sztywnością i nieefektywnością mechanizmów radzenia sobie w trudnych sytuacjach emocjonalnych, tendencjami do reagowania objawami psychopatologicznymi. Zdaniem autora badań po przemianach okresu młodzieńczego, u wielu osób, które miały takie problemy, lecz nie dążyły do aktów samobójstwa, utrzymują się przewlekłe zaburzenia nastroju typu depresyjnego. Zaburzenia te nie przeszkadzają w uzyskaniu akceptacji społecznej oraz niezależności materialnej, lecz mogą je zaburzać i utrudniać osiągnięcie celów życiowych.

Zakończenie

Praca ma charakter ogólny i nie opisuje szczegółowo zjawiska autodestrukcji. Nie stanowi też dogłębnej analizy danych statystycznych. Z tego względu jest jedynie zarysem problemu wielkiej wagi. Sygnalizuje konieczność interdyscyplinarnego dialogu i do osiągnięcia naukowego consensusu. Ma za zadanie udzielać wskazówki osobom zajmującym się poradnictwem, wpłynąć na profesjonalizację tego procesu.

Najważniejsze informacje z zakresu socjologii oraz psychiatrii pozwolą zrozumieć genezę samobójstw i częściowo zobrazują model osobowości samobójców. Mam nadzieję, że praca okaże się interesująca i przydatna, a także że wpłynie na podwyższenie jakości i obowiązujących standardów zapobiegania samobójstwom.

¹⁵ Na podstawie badań depresji okresu adolescencji, Bomby w 1981 roku w Polsce (Pużyński S., Depresje, Warszawa 1988)

LITERATURA:

1. Aronson E., Człowiek jako istota społeczna, Warszawa 1997
2. Brown T., Scott A. I. F., Pullen I. M., Stany nagłe w psychiatrii, Warszawa 1994
3. Durkheim E., Samobójstwo, tłum. T. Szawiel [w:] Sułek A., Logika analizy socjologicznej. Wybór tekstów, Warszawa 1979
4. Falicki Z., Psychologia społeczna, Warszawa 1985
5. Freud Z., Poza zasadą przyjemności, Warszawa 1975
6. Golec S., Kokoszka A., Postępowanie w nagłych zaburzeniach psychicznych, Kraków 1995
7. Jarosz M., Samozniszczenie. Samobójstwo. Alkoholizm. Narkomania, Warszawa 1980
8. Jarosz M., Samobójstwa, Warszawa 1997
9. Kępiński A., Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii, Warszawa 1985
10. Pużyński S., Leksykon psychiatrii, Warszawa 1993
11. Ossowska M., Normy moralne. Warszawa 1970
12. strona internetowa: www.kgp.gov.pl

Praca chroniona prawami autorskimi

E-mail: blaka@tlen.p

www.socjolog.webpark.pl