

Mariusz Sobkowiak

PRZECIWDZIAŁANIE ZACHOWANIOM  
SUICYDALNYM W PRACY SOCJALNEJ





Publikatornia

Self-publishing platform

**MARIUSZ SOBKOVIK**

**PRZECIWDZIAŁANIE ZACHOWANIOM SUICYDALNYM W  
PRACY SOCJALNEJ**

Gorzów Wlkp., 2011 r.

## SPIS TREŚCI

Spis treści.....	2
Wstęp.....	3
Rozdział I. Pojęcie, epidemiologia, zróżnicowanie oraz symptomatyka syndromu presuicydalnego.....	5
1.1. Pojęcie samobójstwa i symptomy syndromu presuicydalnego.....	5
1.2. Rodzaje i rozmiary zachowań suicydalnych.....	12
1.3. Grupy ryzyka w socjologicznym podejściu do badań nad zagadnieniem samobójstwa.....	24
Rozdział II. Przyczyny i skutki zachowań suicydalnych.....	40
2.1. Zarys psychopatologicznych przyczyn zachowań suicydalnych.....	40
2.2. Ujęcie socjopatologiczne w badaniu przyczyn zachowań suicydalnych.....	47
2.3. Skutki społeczne zachowań suicydalnych.....	53
Rozdział III. Profilaktyka samobójstw oraz pomoc świadczona krewnym i bliskim samobójcy w obszarze pracy socjalnej.....	58
3.1. Umieszczenie profilaktyki zachowań suicydalnych w zakresie problematyki pracy socjalnej.....	58
3.2. Formy pomocy osobom z grup ryzyka.....	63
3.3. Formy pomocy rodzinie i bliskim osoby, która popełniła samobójstwo.....	83
Zakończenie.....	87
Spis literatury.....	91
Spis aktów prawnych.....	96

## WSTĘP

Przedmiotem badań podjętych w niniejszej pracy jest zakres działań, które mogą być podejmowane przez pracowników socjalnych wobec osób zagrożonych ryzykiem dokonania zamachu samobójczego oraz osób po próbie samobójczej i ich bliskich. Badania objęły również samo zjawisko samobójstw w celu jego zdefiniowania, dokonania jego charakterystyki, określenia rozmiarów i uwarunkowań co jest konieczne do udzielenia odpowiedzi na pytanie w jaki sposób pracownicy służb społecznych mogą przeciwdziałać skutkom tego zjawiska. Ustalenie od czego zależy efektywna pomoc osobom z grup ryzyka suicydalnego, suicydentom i osobom bliskim samobójcy w obszarze pracy socjalnej, a także opracowanie planu pomocy w odniesieniu do tych grup to podstawowy cel badawczy niniejszej pracy. Cel ten starałem się osiągnąć poprzez analizę literatury przedmiotu (z zakresu suicydologii i pracy socjalnej) oraz analizę aktów prawnych odnoszących się do pomocy społecznej w Polsce.

W dostępnej literaturze na temat zapobiegania samobójstwom i w publikacjach z dziedziny pomocy społecznej nie prezentuje się w sposób wyczerpujący znaczenia działalności pracowników socjalnych w profilaktyce presuicydalnej i postsuicydalnej. Szeregowy pracownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej może czuć się przez to niekompetentny w pracy z osobą zagrożoną samobójstwem i może mieć problem z wykorzystaniem dostępnych mu narzędzi w celu zapobieżenia własnowolnej śmierci klienta. Dlatego właśnie warto przeanalizować zjawisko samobójstw i zagadnienie profilaktyki suicydalnej mając na uwadze obowiązki i możliwości pracownika socjalnego. Podjąłem się napisania tej pracy, aby pokazać jak wielką rolę mogą odegrać (i często odgrywają) pracownicy służb społecznych w zapobieganiu zachowaniom samobójczym i by wyposażyć pracowników socjalnych w użyteczne wskazówki ułatwiające im pracę z klientami z grup ryzyka suicydalnego. Wiąże się to również z faktem, iż swoją przyszłość zawodową chciałbym związać ze zinstytucjonalizowanymi formami pomagania innym, dlatego chcę być przygotowany na okoliczność pracy z ludźmi charakteryzującymi się tendencjami samobójczymi.

Niniejsza praca składa się z trzech części. W pierwszym rozdziale dużo miejsca poświęcam na zdefiniowanie zjawiska samobójstw, aby sprecyzować to jakim zagadnieniem będę zajmować się w dalszej części pracy. Po zdefiniowaniu

przedstawiam symptomy umożliwiające rozpoznanie tendencji suicydalnych, które tworzą, tzw. syndrom presuicydalny. Dzięki temu poza wiedzą o tym czym jest dane zjawisko można je również rozpoznać zanim dojdzie do nieodwracalnej decyzji. W rozdziale pierwszym przedstawiam również niepokojące dane epidemiologiczne obrazujące rozmiary zjawiska samobójstw, jego tendencje rozwojowe i zróżnicowanie form zachowań suicydalnych w zależności od przyjętego kryterium. Rozdział kończy charakterystyka wybranych grup zagrożonych samobójstwem zawierająca ocenę stopnia ryzyka suicydalnego i przyczyny podwyższonego ryzyka samobójczego. W drugiej części przedstawiam przyczyny zachowań suicydalnych w ujęciu psychopatologicznym, a więc skupiającym się na uwarunkowaniach indywidualnych i w ujęciu socjopatologicznym, czyli upatrującym przyczyn zjawiska w patologii systemu społecznego. Rozdział zamyka opis skutków jakie samobójcza śmierć jednostki niesie społeczeństwu. W ostatniej, trzeciej części mojej pracy staram się wykazać, że profilaktyka suicydalna jest zagadnieniem, które mieści się obszarze zainteresowań pracy socjalnej. Wynika to z faktu, iż klienci pracowników socjalnych to często osoby z grup ryzyka samobójczego. Dlatego też dalej prezentuję możliwości podjęcia działań profilaktyki presuicydalnej lub postsuicydalnej w odniesieniu do opisywanych wcześniej grup ryzyka przy użyciu umiejętności i narzędzi, w które wyposażony jest pracownik socjalny. Rozdział zakończony jest opisem form pomocy tym, którzy znaleźli się w żałobie po śmierci samobójczej kogoś bliskiego. Pracę więc zą zalecenia co do kształcenia przyszłych pracowników socjalnych i wskazówki skierowane do wykonujących ten zawód.

# ROZDZIAŁ I

## POJĘCIE, EPIDEMIOLOGIA, ZRÓŻNICOWANIE ORAZ SYMPTOMATYKA SYNDROMU PRESUICYDALNEGO

Rozdział ten ma na celu ukazanie zjawiska samobójstw jako pewnego continuum rozciągającego się od zachowań mniej zagrażających życiu do aktu autodestrukcji (samobójstwa dokonanego). Przeprowadzone zostało również porównanie występujących w literaturze przedmiotu definicji tego zjawiska, by ukazać różnice dotyczącego zawartego w definicjach celu zachowań samobójczych. Było to konieczne do ostatecznego zdefiniowania omawianego zagadnienia. W tym rozdziale zaprezentowane zostały również rozmiary zachowań suicydalnych w perspektywie światowej i krajowej oraz ogromna różnorodność form tych zachowań wraz z najczęściej stosowanymi sposobami odbierania sobie życia (z podkreśleniem występujących w tym zakresie różnic między płciami). Rozdział kończy się charakterystyką wybranych grup ryzyka dokonania zamachu samobójczego.

### 1.1 POJĘCIE SAMOBÓJSTWA I SYMPTOMY SYNDROMU PRESUICYDALNEGO

Zjawisko własnowolnego odebrania sobie życia od wieków fascynowało ludzi. Od dawna podejmowano również próby określenia jaki rodzaj śmierci można uznać za śmierć samobójczą. Aby można było podjąć dyskusję na temat tego jak zapobiegać zachowaniom samobójczym musimy najpierw sprecyzować co rozumiemy pod pojęciem „samobójstwo“.

Pierwszym autorem, który w sposób ściśle naukowy podjął się zbadania przyczyn zachowań autodestrukcyjnych u ludzi był twórca socjologii jako nauki - Emile Durkheim. W swojej książce z 1897 roku określił samobójstwo jako „każdy przypadek śmierci, który bezpośrednio lub pośrednio wynika z działania ofiary, która wiedziała, że da ono taki rezultat”<sup>1</sup>. Rezultat, który miał na myśli Durkheim to

---

<sup>1</sup> E. Durkheim, *Samobójstwo*, Wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa 2006, s. 51.

oczywiście śmierć. Zamiar odebrania sobie życia, chęć „nieistnienia“ jako cel zachowań suicydalnych, jest cechą konstytutywną wielu definicji śmierci samobójczej. Również definicja Światowej Organizacji Zdrowia (dalej jako WHO) z 1986 r. mówi o samobójstwie jako „akcie o skutku śmiertelnym“, który został przez samobójcę zaplanowany i wykonany „ze świadomością i oczekiwaniem tego skutku“<sup>2</sup>. Samobójca chce więc umrzeć. **Oczekuje** takiego skutku swoich działań. Ratowanie człowieka dokonującego zamachu samobójczego jest w takim wypadku działaniem wbrew jego woli. Samobójca nie chce być uratowany. Nieodzowną cechą tych definicji samobójstwa jest bowiem chęć odebrania sobie życia przez człowieka, który wie, że podjęcie takiego działania (bądź zaniechanie działania, np. w przypadku odmowy przyjmowania pokarmów co grozi zagłodzeniem się na śmierć) da właśnie taki - ostateczny - rezultat. Osoba taka zgodnie z przytoczonymi definicjami nie przyjmuje do wiadomości możliwości wystąpienia innego skutku swojego zachowania, np. bycie uratowanym. Również w innych publikacjach spotykamy się bardzo często z takim ujęciem samobójstwa (np. N. Tetaz, „Warto żyć“ - akt „chcianego uśmiercenia własnej osoby“<sup>3</sup>, czy E. Schneidman - świadome działanie, którego celem jest samozniszczenie<sup>4</sup>), który wyklucza przypisywanie do tego pojęcia zachowań, które mogą być „krzykiem o pomoc“, zachowań ludzi, u których tli się „iskierka nadziei“ na to, że zostaną uratowani. Celem popełnienia zamachu samobójczego według tych autorów jest śmierć.

Inni autorzy definiując pojęcie samobójstwa stwierdzają jednak, że chęć odebrania sobie życia nie musi być konstytutywną cechą tego zjawiska. Samobójca bowiem nie tyle pragnie śmierci, lecz raczej nie chce żyć, tak jak żyje. E. Stengel nazywa zamach samobójczy aktem rozmyślnego samouszkodzenia ciała, który przed jego popełnieniem „wyklucza w świadomości sprawcy pewność przeżycia“<sup>5</sup>. Zamiar odebrania sobie życia przestaje być nieodzowny do zdefiniowania samobójstwa. Ze

---

<sup>2</sup> E. Jundziłł, *Próby samobójcze - odpowiedź młodego pokolenia na trudności w procesie socjalizacji*, [w:] Pod red. Teresy Sołtysiak, *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przezwyciężania*, Wyd. Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2005, s. 75.

<sup>3</sup> N. Tetaz, *Warto żyć*, Wyd. PZWL, Warszawa 1976, s. 8.

<sup>4</sup> A. Grzywa, A. Kumin, T. Kucmin, *Samobójstwa - epidemiologia, czynniki, motywy i zapobieganie. Część I*, [w:] (red.) T. Płusa, „Polski Merkurusz Lekarski“, Tom XXI, nr 121, Wyd. MEDPRESS, Warszawa 2006, s. 432.

<sup>5</sup> B. Hołyst, *Samobójstwo - przypadek czy konieczność*, [Wyd. PZWN, Warszawa 1983, s. 27.



względu na fakt „ambiwalencji celów, równoczesnej chęci życia i śmierci“ towarzyszącej sprawcy zamachu samobójczego Stengel mówi o możliwości przyjęcia jedynie pojęcia „zamiaru ewentualnego“. „Świadomość możliwości śmierci“ to właśnie zamiar ewentualny. Wzięcie pod uwagę tej ambiwalencji uczuć u osób, które podejmują zamiar dokonania zamachu samobójczego mogącego skończyć się zgonem, przy tworzeniu definicji samobójstwa ma wielkie znaczenie dla określenia szans zapobieżenia takiemu zdarzeniu, a także przy dochodzeniu prawa osób trzecich do powstrzymania przed dokonaniem samobójstwa przez potencjalną ofiarę. Andrzej Bałandynowicz szacuje, że ok. 34-48% suicydentów nie chce umrzeć, lecz wyrażają oni „wolę życia, jednak w lepszych warunkach“, których nie są w stanie sobie zapewnić. Chcą oni zwrócić uwagę na swoje problemy, uzyskać pomoc i w ich przypadku najczęściej można zapobiec samobójstwu<sup>6</sup>. Ambiwalencja celów, jednoczesne pragnienie życia i śmierci, usprawiedliwia interwencje w przypadku próby samobójczej i wyklucza rozumienie pojęcia samobójstwa, w którym zamiar odebrania sobie życia jest traktowany jako nieodzowna cecha zamachu suicydalnego.

W celu rozróżnienia zamachów samobójczych motywowanych chęcią rozwiązania sytuacji kryzysowej, zwrócenia uwagi innych ludzi na swój problem od tych, których celem jest nieistnienie, odebranie sobie życia wprowadzono pojęcie „parasamobójstwa“ (a także samobójstwa rzekomego i instrumentalnego). A. Carr określa mianem „parasamobójstwa“ - pozorowaną próbę samobójczą, czyli taką, która nie ma zakończyć się zgonem, ale zwrócić uwagę otoczenia<sup>7</sup>. Określenie „parasuicydalny“ zostało wprowadzone do literatury przez Kreitmanna i jego współpracowników w 1970 r. dla odróżnienia tego typu zachowań od prób samobójczych, które zawsze zawierają intencję zabicia samego siebie. „Parasamobójstwo“ skierowane jest nie na umieranie lecz na życie<sup>8</sup>. Podobne znaczenie mają pojęcia „samobójstwa rzekomego“ i „instrumentalnego“.

---

<sup>6</sup> A. Bałandynowicz, *Reakcja społeczeństwa wobec problemu suicydalnego jednostki*, [w:] (red.) B. Hołyst, M. Staniaszak i M. Binczycka-Anholcer, *Samobójstwo*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Warszawa 2002, s. 78.

<sup>7</sup> A. Carr, *Depresja i próby samobójcze młodzieży: sposoby przeciwdziałania i reagowania*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 51.

<sup>8</sup> A. Polewka, *Ryzyko ponowienia próby samobójczej jako problem diagnostyczny, terapeutyczny i społeczny*, [w:] „Suicydologia“, tom I, nr 1, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2005, s. 45.

W niniejszej pracy nie będę stosował podziału na samobójstwa sensu stricte (których celem jest odebranie sobie życia) i „parasamobójstwa“. Biorąc pod uwagę fakt, iż w przypadku prawie połowy suzydentów (według podanych wcześniej danych A. Baładynowicza) akt samobójczy jest „wołaniem o pomoc“, a można przypuszczać, iż w większej liczbie przypadków zgonów samobójczych ofiara miała do czynienia z uczuciem ambiwalencji (jednakże nie ma możliwości sprawdzenia tego w przypadku samobójstw dokonanych) nie przychyliam się do stosowania podziału na samobójstwa, w których występuje intencja śmierci i tych, w których celem jest zmiana swojego położenia. Intencja śmierci może wynikać z faktu „zawężenia sytuacyjnego i dynamicznego“ w stanie presuicydalnym, a ukazanie suicydentowi możliwości wyjścia z pozornie niemożliwej do przezwyciężenia sytuacji zmieni jego punkt widzenia. Chęć nieistnienia wynikałaby w tym przypadku wyłącznie z błędu myślenia i mogłaby zostać zneutralizowana przez wykazanie tego błędu jak w przypadku „parasamobójstwa“. Przekonanie suicydenta, że jego sytuacji nie da się zmienić, a śmierć jest jedynym wyjściem może wynikać jedynie z jego stanu umysłu. Ten zaś można zmienić. Niewiele przypadków śmierci samobójczej może wynikać z przemożnej chęci nieistnienia jako stanu lepszego od życia. Poza tym według E. Ringela „badania naukowe na całym świecie“ wykazały, iż 85% (A. Baładynowicz podaje 80-85%) wszystkich samobójców przed odebraniem sobie życia informowało o tym, że zamierzają to zrobić, co byłoby nielogiczne, gdyby ich celem była śmierć (wszak narażali się na to, że ktoś słysząc te zapowiedzi, powstrzyma ich)<sup>9</sup>. Również Stanisław Kijaczko stwierdza, iż „rzadko śmierć jest celem samym w sobie“, a samobójstwo zwykle zawiera jakiś czynnik poza pragnieniem odebrania sobie życia i z racji tego trudno jest przywołać „miarodajne przykłady „nieinstrumentalnych“ samobójstw“<sup>10</sup>. Ze względu na to przychyliam się do opinii Stengla i mianem „samobójstwa“ określać będę „akty samouszkodzenia“ wywołujące u sprawcy „świadomość możliwości śmierci“, nie traktując odebrania sobie życia jako ostatecznego celu każdego zamachu samobójczego (choć sprawca liczy się z tym, że taki może być efekt jego działań).

---

<sup>9</sup> E. Ringel, *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Wydawnictwo „Glob”, Szczecin 1987, s. 92, patrz też: A. Baładynowicz, *Op. Cit.*, s. 77.

<sup>10</sup> S. Kijaczko, *Wobec bycia. Filozoficzny problem samobójstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005, s. 14.

Samobójstwa nie należy traktować jako pojedynczego aktu odebrania sobie życia. Działania niezwiązanego z całym szeregiem następujących po sobie etapów, z których ostatni najczęściej kończy się śmiercią. Z. Płużek uważa, że istnieje pewne continuum, które można określić jako ciąg zdarzeń - od myśli samobójczych przez samobójcze tendencje do aktu samobójczego<sup>11</sup>. Przed podjęciem zamachu samobójczego jednostka przechodzi przez pewien stan psychiczny, który określa się nazwą syndromu presuicydalnego. Pojęcie to wprowadził do suicydologii E. Ringel wymieniając następujące elementy tego syndromu:

- zawężenie
- agresja hamowana i autoagresja
- fantazje samobójcze

Osoba w stanie przedsamobójczym ma również sygnalizować zamiar odebrania sobie życia poprzez różnego rodzaju zapowiedzi samobójstwa (ma to dotyczyć 85% wszystkich samobójców)<sup>12</sup>.

Pierwszy element tego syndromu - „zawężenie“, Ringel podzielił na zawężenie sytuacyjne, zawężenie dynamiczne, zawężenie stosunków międzyludzkich i zawężenie świata wartości. Zawężenie sytuacyjne to poczucie, że znaleźliśmy się w punkcie bez wyjścia. Potencjalny samobójca czuje się bezradny, bezsilny, zdany na łaskę losu. Jedynym rozwiązaniem, światelkiem migoczącym na końcu „wąskiego tunelu“, do którego zawęza się świadomość sprawcy, jest śmierć. Zawężenie sytuacyjne dając tendencyjny, ograniczony, zniekształcony obraz świata może prowadzić do zawężenia dynamicznego. Nieznośne uczucie bezsilności może zostać przerwane przez działanie, dążenie w kierunku jedynego rozwiązania. Człowiek czuje się „popychany“ w kierunku śmierci, jako jedyne wyjścia z zawężenia sytuacyjnego. Ten pęd ku śmierci jest potęgowany przez poczucie powtarzalności przeżyć (postrzegania dni jako łańcucha ogniw prowadzących do nieuniknionej śmierci) i przez zanik poczucia czasu<sup>13</sup>.

Kolejny element stanu przedsamobójczego to ograniczenie stosunków międzyludzkich. Potencjalny samobójca może stracić zainteresowanie podtrzymywaniem istniejących związków z innymi ludźmi. Człowiek w stanie

---

<sup>11</sup> B. Hołyst, *Samobójstwo...*, *op. cit.*, s. 98.

<sup>12</sup> E. Ringel, *op. cit.*, s. 57 i 92.

<sup>13</sup> Tamże, s. 58-66.

presuicydalnym może czuć się niezrozumiany i samotny nawet mimo otaczającej go rzeszy ludzi, z którymi łączy go różne relacje. Wynikiem zawężenia stosunków międzyludzkich może być całkowita izolacja suicydenta.

Ostatni element zawężenia dotyczy świata wartości. Zawężenie to obejmuje zmniejszenie poczucia wartości własnej osoby, dewaluacja dziedzin życia i wartości, które wcześniej były ważne dla suicydenta oraz zwiększenie się wagi subiektywnych ocen suicydenta (szczególnie tych różniących się od ogólnie przyjętych, co prowadzić może do społecznej izolacji człowieka)<sup>14</sup>.

Samobójstwo jest aktem autoagresji. Skumulowana w sprawcy agresja zostaje rozładowana na nim samym. Agresja jest zaś wynikiem frustracji wynikającej z niemożności zaspokojenia swoich potrzeb. Stąd kolejny element syndromu presuicydalnego według Ringela to agresja hamowana i autoagresja. W przypadku, gdy nie można rozładować agresji na zewnątrz, kumuluje się ona w człowieku prowadząc do aktów autoagresji, z których ostatecznym jest zamach samobójczy. O związku hamowanej agresji z samobójstwami ma świadczyć fakt występowania mniejszej liczby samobójstw wśród mężczyzn w czasie wojny. Wojna wszak pozwala na skierowanie agresji „na zewnątrz” i jej rozładowanie na innych ludziach. Gdy jest to niemożliwe może dochodzić do aktów autoagresji<sup>15</sup>.

Stan presuicydalny charakteryzuje również pojawianiem się fantazji samobójczych. Według Z. Płużek myśli samobójcze pojawiają się bardzo często, aczkolwiek rzadko prowadzą do samobójstwa. Definiuje ona tego typu myśli jako „skierowanie świadomości na sprawy związane ze śmiercią, rozstanie z bliskimi, obrachunki z nimi”. Intensywne trwanie przy takich myślach to już tendencja samobójcza znacząco zwiększająca zagrożenie samozniszczeniem<sup>16</sup>. S. Pużyński do myśli samobójczych zalicza również „rozważania o bezsensie życia” oraz o sposobach popełnienia samobójstwa<sup>17</sup>. Za szczególnie alarmujący objaw Ringel uznaje przejście od rozmyślania o różnych sposobach odebrania sobie życia do wyboru jednego specyficznego rodzaju popełnienia samobójstwa, gdyż takie ukierunkowanie wywołuje presję działania w określonym kierunku<sup>18</sup>. Myśli

---

<sup>14</sup> Tamże, s.66-79.

<sup>15</sup> Tamże, s. 80-82.

<sup>16</sup> B. Hołyst, *op. cit.*, s.98.

<sup>17</sup> S. Pużyński, *Samobójstwa i depresje* [w:] (red.) B. Hołyst, M. Staniaszak i M. Binczycka-Anholcer, *op. cit.*, s. 47.

<sup>18</sup> E. Ringel, *op. cit.*, s. 89.

samobójcze mogą być związane również z treścią marzeń sennych (tematyka śmierci, pogrzebu). Fantazje samobójcze często bywają werbalizowane i osoby w stanie przedsamobójczym czują potrzebę mówienia o nich<sup>19</sup>. Niestety często tego typu zachowania suicydentów bywają bagatelizowane, a zwrócenie uwagi na ten ważny symptom syndromu presuicydalnego, jakim są fantazje samobójcze, może uratować komuś życie. Zapowiedzi samobójcze, jak wcześniej zaznaczyłem, według Ringela dotyczą znacznej większości samobójców. Związane są z ambiwalencją uczuć występującą przed zamachem samobójczym. Jednostka liczy na to, że gdy podzieli się swoim cierpieniem ktoś jej pomoże. Niezwykle ważne jest to, aby traktować poważnie każdą zapowiedź chęci pozbawienia się życia. Ludzie często wychodzą z błędnego założenia, że nie popełni samobójstwa ten kto o tym mówi (bo gdyby chciał to zrobić nie informowałby nikogo kto mógłby mu przeszkodzić). Przytaczane przez Ringela i Baładynowicza szacunki mówiące o zapowiedziach samobójstwa u 80-85% suicydentów pokazują jak ważne jest to, aby nie bagatelizować tego typu sygnałów. Często jest również błędne przekonanie o tym, że samobójstwo przychodzi bez ostrzeżenia. Właśnie dlatego wskazuję na fakt istnienia zjawiska syndromu presuicydalnego, które każe nam traktować samobójstwo jako proces. Proces samobójczy to wzrastanie ryzyka samobójstwa, od samobójczych myśli do prób samobójczych, ewentualnie samobójstwa dokonanego. Proces samobójczy ma więc „swoją początek, określony czas trwania, rozwój **mogący** prowadzić do śmierci“<sup>20</sup>. Celem profilaktyki presuicydalnej jest zahamowanie tego procesu. Jego czas trwania jest bardzo różny. W samobójstwach skrupulatnie zaplanowanych i tzw. „bilansowych“ proces samobójczy obejmujący ukazane symptomy presuicydalne może być dość długi, natomiast w przypadku zamachów, do których dochodzi pod wpływem silnych emocji, popełnianych w psychozie, czy reakcjach depresyjnych czas trwania tego procesu jest zdecydowanie krótszy co zmniejsza szanse dostrzeżenia symptomów i ocalenia ofiary<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> S. Pużyński, *op. cit.*, s. 46-47.

<sup>20</sup> A. Gmitrowicz, *Uwarunkowania zachowań samobójczych młodzieży*, [w] „Suicydologia“, tom 1, nr 1, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2005, s. 72 .

<sup>21</sup> M. Grądyś, A. Florkowski, H. Górski, A. Kotarba, Z. Wawrzyniak, *Zespół presuicydalny w zapobieganiu samobójstwom żołnierzy*, [w:] (red.) B. Hołyst, M. Staniaszak i M. Binczycka-Anholcer, *op. cit.*, s. 279 .

## 1.2. RODZAJE I ROZMIARY ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH

Do zachowań suicydalnych zaliczamy samobójstwa dokonane i usiłowane, jak również bierne i aktywne groźby samobójcze (tzw. instrumentalne zachowania suicydalne) wraz z tymi, które przypadkiem mogą zakończyć się śmiercią<sup>22</sup>. Brunon Hołyst definiuje zachowanie suicydalne jako „świadome działanie na własne ciało bądź na ważne dla jego funkcjonowania narządy za pomocą czynników zewnętrznych w celu przekroczenia granic wytrzymałości fizjologicznej organizmu lub możliwości jego adaptacji w zmienionych warunkach“. Jeśli efektem tego zachowania jest śmierć suicydenta mówimy o „samobójstwie dokonanym“, a jeśli nie dochodzi do zgonu mówimy o „samobójstwie usiłowanym“<sup>23</sup>. Hołyst pisze o „zachowaniu suicydalnym“ również jako o „ciągu reakcji“, powiązanych ze sobą myśli i czynów. Ciąg tych reakcji wyzwolony zostaje, gdy w świadomości suicydenta samobójstwo pojawia się jako pożądany stan rzeczy (myśli samobójcze). Następnie pojawią się próby samobójcze (samobójstwa usiłowane), a ostatnim etapem działania samobójczego jest samobójstwo dokonane<sup>24</sup>. Wśród etapów zachowań suicydalnych mamy więc samobójcze myśli, próby samobójcze i samobójstwa dokonane. Są one najczęściej wzajemnie powiązane i następują po sobie w procesie samobójczym, jaki opisany został w poprzednim podrozdziale w związku z zarysowaniem zjawiska syndromu presuicydalnego. Próby samobójcze i samobójstwa dokonane były wielokrotnie poddawane różnorodnym podziałom w literaturze ze względu na różnorakie czynniki. Część tych podziałów na różnorodne rodzaje samobójstw również zostanie przeze mnie zaprezentowanych.

Myśli samobójcze mogą być czynnikiem poprzedzającym zachowania suicydalne sensu stricto. Zostały one zdefiniowane przeze mnie wcześniej jako rozważania o bezsensie życia i fantazje o samodzielnym jego zakończeniu. Tego typu zachowania przejawia wielu ludzi w sytuacji kryzysowej, bądź w przypadku zaburzeń psychicznych (np. w stanie depresyjnym). Według badań A. Gmitrowicz i Dubli (wyniki opublikowane w 2001 r.) „wśród uczniów szkół ponadpodstawowych

---

<sup>22</sup> R. O'Connor, N. Sheehy, *Zrozumieć samobójcę*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, s. 24-25.

<sup>23</sup> B. Hołyst, *Samobójstwo...*, *op. cit.*, s. 237.

<sup>24</sup> B. Hołyst, *Samobójstwo jako problem kryminologiczny i kryminalistyczny*, [w:] „Zdrowie Psychiczne“, nr 4, 1978, s. 19-20.

występowanie myśli samobójczych potwierdziło 31,8% badanych<sup>25</sup>. To zachowanie niekoniecznie musi prowadzić do prób odebrania sobie życia. B. Hołyst przedstawiając swoją koncepcję „zachowania suicydalnego“ pisze m.in. o „samobójstwie wyobrażonym“<sup>26</sup>, kiedy człowiek zaczyna myśleć o samobójstwie jako o jednym ze sposobów rozwiązania swoich problemów. Takie myśli mogą pojawiać się u osób dobrze przystosowanych, które postarają się rozwiązać swoje problemy bez (wyjść z sytuacji kryzysowej) uciekania się do prób odebrania sobie życia, a myśli o możliwości samodzielnego zakończenia egzystencji (i ostatecznego zakończenia problemów) traktując jako swego rodzaju „zawór bezpieczeństwa“, dzieje się tak ponieważ myśl o tym, że zawsze można popełnić samobójstwo, gdy problemy zaczną się mnożyć daje ukojenie i pozwala walczyć z przeciwnościami losu dopóki mamy na to siłę, bo gdy uznamy, że spróbowaliśmy wszystkiego zawsze możemy popełnić samobójstwo. Taka myśl o samobójstwie jako ostatecznej możliwości zniwelowania cierpienia pojawia się u wielu ludzi niejako automatycznie, od czasu do czasu i stanowi niewielkie zagrożenie<sup>27</sup>. Większe niebezpieczeństwo dokonania próby samobójczej wiąże się z „samobójstwem upragnionym“<sup>28</sup>. Według B. Hołysta w tej fazie zachowania suicydalnego myśli samobójcze stają się na tyle uporczywe i intensywne, że mogą stać się impulsem do podjęcia próby odebrania sobie życia. Według jednostki znajdującej się w takim stanie umysłu samobójstwo jest najlepszym, bądź jedynym rozwiązaniem życiowych problemów. Elżbieta Jundziłł opisuje badania przeprowadzone wśród młodzieży z „jednego z liceów ogólnokształcących w Gdańsku“. W badanej grupie 120-u osób tylko 12 osób (same dziewczęta) w trudnych sytuacjach myślało o samobójstwie. Natomiast aż 72 osoby przyznały, że czasami występowały u nich myśli o samobójstwie, „ale szybko znajdowali wyjście z trudnej sytuacji i zapominali o nich“<sup>29</sup>. W przypadku większości badanych możemy więc mówić o występowaniu „samobójstwa wyobrazonego“, a to badanie pozwala nam oszacować skalę

---

<sup>25</sup> J. Cz. Czabała, D. Danielewicz, A. Hryniewicka, J. Rola, E. Zasępa, *Promocja zdrowia psychicznego jako działania zapobiegające samobójstwom*, [w:] „Suicydologia“, t. 4, nr 4, 2008, s. 2-3.

<sup>26</sup> I. Pospiszyl, *Patologie społeczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 106.

<sup>27</sup> E. Ringel, *op. cit.*, s. 84-85.

<sup>28</sup> I. Pospiszyl, *op. cit.*, s. 106.

<sup>29</sup> E. Jundziłł, *op. cit.*, s. 80.

występowania tego typu myśli u młodych ludzi. Tomasz Sobów stwierdza, że „pasywne myśli samobójcze“ (myślenie o bezwartościowości życia, rozmyślania o samobójstwie) są częste również u osób w wieku podeszłym (7-21% osób po 60 r.ż.), a „aktywne tendencje samobójcze“ (planowanie samobójstwa, czynienie przygotowań) w badaniach zauważono u 0,7 - 6% osób w tej grupie wiekowej<sup>30</sup>. Innego zdania jest jednak B. Pilecka twierdząc, że u osób starszych rzadko pojawiają się uporczywe myśli samobójcze (Barnow, Linden, 2000) przed dokonaniem czynu samobójczego<sup>31</sup>.

Podstawowy podział zachowań suicydalnych sensu stricto ze względu na efekt wyróżnia ich dwa rodzaje: samobójstwa usiłowane i dokonane. Epidemiologiczne dane dotyczące samobójstw dokonanych są bardzo niepokojące. Według Międzynarodowego Towarzystwa Zapobiegania Samobójstw (IASP) szacuje się, iż każdego roku na całym świecie dochodzi do ok. miliona samobójstw, z czego do 163 tys. samobójstw ma miejsce w Europie. Globalny wskaźnik samobójstw wynosi 16/100 tys. mieszkańców. Szacuje się, że zgony samobójcze zajmują 13 miejsce na świecie wśród najczęstszych przyczyn zgonów (w Europie 7 miejsce) i są trzecią najczęstszą przyczyną śmierci u osób między 15 a 44 r.ż. (u obu płci). Natomiast liczba prób samobójczych jest 10-20 krotnie większa od liczby samobójstw dokonanych<sup>32</sup>. Podobne dane prezentuje WHO, t.j. 150 tys. samobójstw rocznie w Europie, z czego 15 tys. dotyczy osób poniżej 24 r.ż.<sup>33</sup>. W 2000 r. na świecie doszło do 815 tys. samobójstw (więc co 40 sekund ktoś odbierał sobie życie). W Europie Zachodniej rocznie dochodzi do 43 tys. zgonów samobójczych, kolejne 700 tys. osób podejmuje próbę zabicia samego siebie. Liczba samobójstw usiłowanych na świecie ze względu na brak miarodajnych danych w dokumentacji policyjnej i lekarskiej jest tak naprawdę trudna do oszacowania, a większość autorów uznaje, że stosunek samobójstw dokonanych do usiłowanych wynosi 1:10, a WHO podaje nawet 1:15<sup>34</sup>. Próby samobójcze są typowe dla młodzieży (15-19 lat), a zgony

---

<sup>30</sup> T. Sobów, *Rozpowszechnienie, czynniki ryzyka i możliwości prewencji samobójstw u osób w wieku podeszłym*, [w:] (red.) J. Kulczycki, J. Wciórka, „Postępy Psychiatrii i Neurologii“, tom 13, zeszyt 2, 2004, s. 146 .

<sup>31</sup> B. Pilecka, *Samobójstwo wieku starszego*, [w:] (red.) P. Piotrowski, *Przemoc i marginalizacja: patologie społecznego dyskursu*, Wydawnictwo Akdemiczne „ŻAK“ Warszawa 2004, s.139 .

<sup>32</sup> K. Rosa, D. Merez, *Międzynarodowy Program Badań nad Zachowaniami Samobójczymi - SUPRE-MISS*, [w:] „Suicydologia“, tom 1, nr 1, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2005, s. 93.

<sup>33</sup> A. Gmitrowicz., *op. cit.*, s. 72.

<sup>34</sup> A. Polewka. *op. cit.*, s. 72.



na skutek samobójstwa charakteryzują osoby starsze. Wynika to z tego, że dla młodych ludzi zachowania suicydalne pełnią rolę „krzyku o pomoc“, a u osób starszych są już tylko wołaniem o śmierć<sup>35</sup>. Ringel podaje, iż więcej niż 1/3 suicydentów to osoby powyżej 60 r.ż.<sup>36</sup>.

W Polsce co roku dochodzi do ok. 40 000 prób samobójczych, a ok. 5000 osób (ok. 1,5% wszystkich zgonów w kraju) ginie w wyniku samobójstwa (z czego ok. 10% przypadków obejmuje dzieci i młodzież)<sup>37</sup>. Wskaźnik samobójstw w ostatnich latach w Polsce oscyluje wokół 15/100 tys. obywateli<sup>38</sup>. W 2009 r. według statystyk Komendy Głównej Policji (dalej jako KGP) w naszym kraju miało miejsce 5913 zamachów samobójczych, z czego 4384 zakończonych zgonem<sup>39</sup>. Zamachów samobójczych zdecydowanie częściej w Polsce dokonują mężczyźni (ponad 80%). Na całym świecie kobiety rzadziej niż mężczyźni odbierają sobie życie, a stosunek liczbowy udanych zamachów samobójczych kobiet do samobójstw mężczyzn to 1:3 (inni podają 1:2 na świecie i 1:5,5 dla Polski<sup>40</sup>). W porównaniu z innymi państwami świata w Polsce mamy do czynienia z niewielkim udziałem zgonów kobiet wśród samobójstw (jeden z najniższych wskaźników samobójstw kobiet na świecie)<sup>41</sup>. Nie jest łatwo wytłumaczyć skąd bierze się to zróżnicowanie liczb samobójstw ze względu na płeć i dlaczego Polska jest krajem o jednym z najniższych współczynników samobójstw wśród kobiet. Wydaje się, że liczba samobójstw kobiet jest mniejsza, dlatego że częściej wybierają one mniej pewny sposób zabicia się. Wśród kobiet występuje też niższy wskaźnik spożycia alkoholu, a nadużywanie alkoholu to znaczący czynnik ryzyka samobójczego. Niewielka liczba samobójstw kobiet w Polsce w porównaniu z samobójstwami mężczyzn wynikać może z niższego poziomu wykształcenia kobiet, a już Durkheim uznawał korelację między niskim wykształceniem i niską liczbą zamachów samobójczych. Tę hipotezę ciężko jednak obronić biorąc pod uwagę fakt, iż Polska to kraj o relatywnie wysokich współczynnikach wykształcenia kobiet (w porównaniu z wykształceniem mężczyzn).

---

<sup>35</sup> M. Jarosz, *Samobójstwa: ucieczka przegranych*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 39.

<sup>36</sup> E. Ringel, *op. cit.*, s. 118.

<sup>37</sup> Z. E. Kozłowska, A. Owczarek, A. Florkowski, W. Gruszczyński, *Wieloczynnikowe uwarunkowanie prób samobójczych u dzieci*, [w:] B. Hołyst, M. Staniaszak i M. Binczycka-Anholcer, *op. cit.*, s. 168, patrz też: B. Hołyst, *Suicydologia*, Wyd. Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002, s. 280.

<sup>38</sup> A. Grzywa, A. Kucmin, T. Kucmin, *op. cit.*, s. 433.

<sup>39</sup> Dane KGP, <http://statystyka.policja.pl/portal/st/954/50879/samobojstwa.html>, [dostęp: 28.09.2010 r.]

<sup>40</sup> A. Grzywa, A. Kucmin, T. Kucmin, *op. cit.*, s. 433.

<sup>41</sup> B. Hołyst, *Suicydologia, op.cit.*, s. 363.

Te różnice w liczbie samobójstw tłumaczy się również dużą aktywnością zawodową kobiet w Polsce, ale najbardziej istotnym czynnikiem wydają się być rodzinne uwarunkowania. Do niedawna w Polsce mieliśmy do czynienia z jednym z najwyższych wskaźników dzietności w Europie, a to, że wskaźnik ten zmalał nie wpływa na sytuacje kobiet, które już dzieci wychowują. Wzgląd na dzieci wydaje się być znaczącym czynnikiem powstrzymującym kobiety przed dokonaniem samobójstwa<sup>42</sup>

W ciągu ostatniego stulecia doszło do znacznego wzrostu liczby samobójstw w praktycznie wszystkich krajach świata (stąd mówi się często o epidemii samobójstw z jaką mamy obecnie do czynienia). Również w Polsce w XX w. doszło do znacznego wzrostu liczby zgonów samobójczych<sup>43</sup>. Do krajów charakteryzujących się wysokimi wskaźnikami śmierci samobójczej (zgony na 100 tys. ludności) zaliczyć można m.in. Litwę, Rosję, Finlandię, Węgry i Estonię. Po przeciwnej stronie skali umieścić można Azerbejdżan, Armenię, Meksyk, Grecję, Izrael, Wlk. Brytanię i Włochy. Polska ze wskaźnikiem 15/100 tys. znajduje się wśród krajów o średnich wskaźnikach samobójstw<sup>44</sup>.

Zauważalnym zjawiskiem dotyczącym rozmiarów zachowań samobójczych w Polsce jest również przesuwanie się punktu ciężkości tych zachowań z miast do wsi. Dane z ostatnich lat wskazują na zwiększanie się wskaźnika samobójstw wraz ze zmniejszaniem się liczby mieszkańców (tzn. im mniejsza miejscowość tym więcej zgonów samobójczych). M. Jarosz tłumaczy tę zależność tym, iż przyczyną zwiększającej się liczby samobójstw na wsi w stosunku do miast jest zachodzący okres „Wielkiej zmiany”, czyli następowanie na wsi tych samych zmian, które zaszły już w miastach (osłabienie więzi rodzinnych i ze wspólnotą lokalną, narastające procesy dezintegracyjne). W miastach ludzie zdążyli się już zaadaptować do tych zmian, a na wsi one dopiero zachodzą i ludzie nie są na nie przygotowani. Ma to znaczenie, gdyż Jarosz zauważyła, że zagrożenie samobójstwem zawsze jest większe na początku zachodzących „bolesnych” zmian, a więc dlatego współczynnik zamachów samobójczych na wsiach rośnie<sup>45</sup>. Należy zwrócić również uwagę na

---

<sup>42</sup> M. Jarosz, *Samobójstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s.119-123.

<sup>43</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, s. 277.

<sup>44</sup> M. Jarosz, *Samobójstwa w III Rzeczypospolitej w perspektywie światowej. Analiza socjologiczna*, [w:] „Suicydologia“, tom 1, nr 1, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2005, s. 2.

<sup>45</sup> M. Jarosz, *Samobójstwa: ucieczka...*, s.96-97.

postępującą pauperyzację polskich wsi, a perspektywa braku zatrudnienia i nadziei na przyszłość może prowadzić do rozwoju tendencji suicydalnych.

Zaznaczyć należy, że dane dotyczące liczby zamachów samobójczych w Polsce prezentowane przez Komendę Główną Policji i Główny Urząd Statystyczny różnią się od siebie, a rozbieżność w liczbie zgonów samobójczych sięga do 20%. Dane podawane przez GUS są zwykle wyższe od tych, które podaje KGP (choć w niektórych latach jest odwrotnie, np. 1994 r., 1997 r. i 1998 r.), a różnice wynikają z celu i metody zbierania tych danych.<sup>46</sup>

Brunon Hołyst analizując dane KGP na temat samobójstw usiłowanych i dokonanych stwierdza, iż w Polsce mamy do czynienia z wysoką skutecznością zamachów samobójczych (90-92% zamachów zakończonych śmiercią w latach 1994-1999 i 88% w 2000r.)<sup>47</sup>. Analizując nowsze dane, z ostatnich dziewięciu lat, prezentowane przez KGP stwierdzić można dalszy stały i znaczny spadek skuteczności podejmowanych zamachów samobójczych (od 87% zamachów zakończonych zgonem w 2001 r. do 74% w roku 2009) zarejestrowanych przez policję.<sup>48</sup> Należy jednakże jeszcze raz podkreślić, że ogromna większość prób samobójczych nie zostaje zarejestrowana przez odpowiednie służby, dlatego rzeczywista skuteczność zamachów samobójczych jest zdecydowanie dużo niższa, a samobójstwa usiłowane zdarzają się o wiele częściej niż dokonane.

Niepokojąca liczba zamachów samobójczych na świecie (co trzy sekundy ktoś próbuje się zabić, a co 40 sekund dochodzi do samobójczego zgonu) według prognoz WHO może jeszcze wzrosnąć. Raport WHO z 2001 r. „Mental health: new understanding, new hope“ zawiera przewidywania zgodnie, z którymi liczba zgonów samobójczych może wzrosnąć do 2020 r. do 1,5 mln rocznie<sup>49</sup>.

Poza podziałem zachowań suicydalnych ze względu na wynik, w którym wyróżniamy samobójstwa dokonane i usiłowane możemy również wyszczególnić inne podziały i typy zachowań suicydalnych.

---

<sup>46</sup> B. Hołyst, *Suicydologia, op.cit.*, s. 278-279.

<sup>47</sup> Tamże, s. 278.

<sup>48</sup> Dane KGP, <http://statystyka.policja.pl/portal/st/954/50879/samobojstwa.html>, [dostęp: 28.09.2010 r.]

<sup>49</sup> A.Grzywa, A. Kucmin, T. Kucmin, *op. cit.*, s 432.

B. Hołyst w swojej publikacji „Suicydologia“ wymienia za N. Farberowem 4 podstawowe typy zachowań samobójczych, które przedstawia za pomocą tabeli (Tabela 1):

Tabela 1. Podział zachowań suicydalnych ze względu na cel i wynik

Skutek ↓	Zamiar	
	Umrzeć	Nie umrzeć
Śmierć	Typ A Samobójstwo prawdziwe	Typ C Samobójstwo pomyłkowe
Zachowanie życia	Typ B Niezamierzone niepowodzenia	Typ D „Zamierzone niepowodzenie“

Źródło: B. Hołyst, *Suicydologia*, s. 374, tabela 1.

Podział ten uwzględnia zarówno wynik (skutek) działania, jak i jego zamiar (cel). Pierwszy typ (Typ A), czyli tzw. „samobójstwo prawdziwe“ musi spełniać dwa kryteria. Suicydent musi chcieć śmierci i w wyniku swojego świadomego działania musi umrzeć. Ten typ samobójstw wyklucza ambiwalencję uczuć. Jednostka nie przejawia chęci bycia odratowanym, a śmierć uznaje za jedyne rozwiązanie. W tym przypadku możliwość skutecznego zapobieżenia samobójstwu wydaje się być znikoma. Samobójstwa tego rodzaju popełniają zwykle mężczyźni w średnim wieku i samotni nastolatki. Samobójcy wybierają pewny i gwałtowny sposób odebrania sobie życia, np. powieszenie się lub zastrzelenie. Należy zaznaczyć, że niezwykle trudno jest oszacować liczbę i badać tego typu zachowania samobójcze ze względu na trudności w poznaniu procesu decyzyjnego samobójcy (a ciężko liczyć tutaj na pomoc osób bliskich ofiary). Drugi typ zachowań samobójczych - „nie zamierzone niepowodzenia“ - zawiera w sobie zamiar zakończenia życia, który zostaje niezrealizowany na skutek nieumiejętnego działania suicydenta lub przypadkowego odratowania po zamachu samobójczym. W przypadku pierwszej próby samobójczej jednostka może (mimo takiego zamiaru) nie spowodować zgonu. Tego typu zachowania samobójcze niestety często bywają ponawiane (12% niedoszłych

samobójców ponawia próby według Anthony'ego, nawet 60% według Hołysta<sup>50</sup>), a trzecia próba zwykle kończy się śmiercią. Kolejny typ samobójstw to tzw. „samobójstwa pomyłkowe“, w których zamach kończy się śmiercią choć nie taki był cel. Nazywany bywa również „samobójstwem „pozorowanym“ lub „rzekomym“, gdyż suicydent pozoruje jedynie próbę samobójczą, mając nadzieję, że ktoś przeszkodzi w jej wykonaniu lub że zostanie odratowany, a tymczasem w skutek nieszczęśliwego zbiegu okoliczności ofiara ponosi śmierć<sup>51</sup>. Należy zaznaczyć, że większość osób pozorujących próbę samobójczą jednak pozostaje przy życiu i w tym przypadku mamy do czynienia z kolejnym typem zachowań suicydalnych, t.j. „zamierzone niepowodzenie“, czyli gesty samobójcze będące „wołaniem o pomoc“ lub próbą emocjonalnego szantażu („zabiję się, jeśli odejdziesz ode mnie“). Ich cel jest w zasadzie taki, sam jak w przypadku „samobójstw pozorowanych“ (jednostka nie chce umrzeć, lecz uzyskać coś od swojego otoczenia), ale efektem nie jest śmierć<sup>52</sup>. Zamachy samobójcze, których celem nie jest śmierć nazywa się ogólnie „instrumentalnymi“, albo „parasuicydalnymi“. Przedstawione w pierwszym podrozdziale szacunki Baładynowicza wskazują na to, że nawet połowa suicydentów nie wyraża woli odebrania sobie życia, a w ogromnej większości przypadków możemy mieć do czynienia z ambiwalencją uczuć u samobójcy (jednoczesną chęcią życia i śmierci). Zamachy „instrumentalne“ są podejmowane głównie przez dziewczęta, a dominującym sposobem działania suicydalnego w tym przypadku są otrucia<sup>53</sup>.

Podział zachowań suicydalnych ze względu na efekt wyróżnia samobójstwa usiłowane i dokonane. Podział biorący pod uwagę efekt i cel (intencję) wyróżnia cztery rodzaje zachowań, które powyżej opisałem. Dorpat i Boswell (1963) dokonali zaś podziału, w którym za kryterium przyjęli jedynie intencję aktu samobójczego i na tej podstawie wyodrębnili:

- **samobójcze gesty**, które tak jak w przypadku poprzedniego podziału nie są nakierowane na śmierć i stąd niewielkie zagrożenie zgonem przy ich wystąpieniu,
- **ambivalentne próby samobójcze**, czyli takie, w których jednostka odczuwa sprzeczne pragnienia - życia i śmierci. Zwykle polegają na tym, że suicydent daje

---

<sup>50</sup> A. Baładynowicz, *op. cit.*, s. 78.

<sup>51</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, s. 147.

<sup>52</sup> Tamże, s. 374.

<sup>53</sup> Tamże, s. 488.

sobie szansę przeżycia, np. informując kogoś o tym, że zamierza się zabić, wychodząc z założenia, że jeśli kogoś obchodzi jego życie to zostanie uratowany, a jeśli nie to i tak nie warto żyć,

- „**potencjalnie śmiertelne**“ próby, które można przyrównać do „samobójstw prawdziwych“, w przypadku których szanse na przeżycie są niewielkie<sup>54</sup>.

Podobny do omawianych już podziałów zachowań samobójczych przedstawia Z. Płużek, z tym że w tym przypadku można rozpatrywać te zachowania biorąc za kryterium „kierunek wrogości“, czyli nakierowanie agresji (od otoczenia do siebie). Samobójstwa prawdziwe byłyby wynikiem agresji skierowanej na samego suicydenta, gdyż „przerzucił on winę za swoje kłopoty z otoczenia na siebie“ i nie widząc dla siebie szansy, swoją osobę uważając za źródło problemów, podejmuje decyzje o samobójstwie, by nie przeszkadzać innym w życiu. W przypadku aktów samobójczych rzekomych mamy do czynienia z ambiwalencją uczuć, obwinianiem za zaistniałą sytuację to siebie, to znów innych, a próba samobójcza ma pomóc rozwiązać problem (ale nie skończyć się śmiercią suicydenta). Do tej kategorii zaliczamy samobójstwa „instrumentalne“. Zamachy samobójcze demonstratywne mają na celu ukaranie bliskich, przyjaciół i innych osób, które według jednostki ponoszą winę za jej problemy. Uczucie wrogości kierowane jest w tym przypadku na otoczenie<sup>55</sup>.

Inny podział, wyodrębniający cztery rodzaje samobójstw, zaproponował Emile Durkheim. Durkheim wziął pod uwagę przyczyny, społeczne determinanty zachowań samobójczych. Wyróżnił na podstawie tego kryterium:

1. **Samobójstwa egoistyczne** - wynikające z poczucia braku więzi jednostki ze społeczeństwem, jej wyalienowania (wyobcowania). Mamy z nimi do czynienia w przypadku suicydentów, u których nie doszło do integracji ze środowiskiem społecznym w procesie socjalizacji. Są wynikiem braku zainteresowania życiem jako takim, ze względu na brak silnych więzi z innymi ludźmi

2. **Samobójstwa anomiczne** - są wynikiem dezintegracji społecznej, zakłócenia społecznego i normatywnego ładu, do którego przywiązana jest jednostka. Efektem tej dezintegracji jest rozluźnienie lub zerwanie więzi między jednostką a społeczeństwem (co skutkować może właśnie odebraniem sobie życia przez jednostkę). Przyczyną rozregulowania ładu społecznego mogą być gospodarcze lub

---

<sup>54</sup> B. Hołyst, *Samobójstwo - przypadek czy...*, s. 96.

<sup>55</sup> Tamże, s. 98-99.

systemowe kryzysy, a nagła utrata pracy, bądź wzbogacenie lub szybki awans społeczny mogą oderwać jednostkę od społeczności, w której do tej pory żyła i doprowadzić do zerwania więzi ze społeczeństwem

3. **Samobójstwa altruistyczne** - wynikają ze zbyt silnej integracji ze społecznością, z silnego przywiązania do norm i za daleko posuniętej socjalizacji. Włączyć tu można samobójstwa heroiczne będące wynikiem poświęcenia dla idei, bądź innych ludzi. Być może samobójstwa członków sekt mogą być zaliczone do tej kategorii, jeśli wynikają z posłuszeństwa wobec przywódcy sekty i panujących wewnątrz grupy norm religijnych (w innym przypadku można je zaliczyć [jak to robi M. Jarosz] do samobójstw fatalistycznych). Halbwachs krytykował pojęcie samobójstwa altruistycznego nie uznając aktów poświęcenia za samobójstwa<sup>56</sup>.

4. **Samobójstwa fatalistyczne** - wynikające z beznadziejnej sytuacji jednostki, która nie widzi perspektyw zmiany tej sytuacji, a nie jest w stanie się z nią pogodzić, np. uwięzienie, kalectwo. Do tej grupy zalicza się również przypadki eutanazji<sup>57</sup>.

Numa Tetaz wśród różnych rodzajów samobójstw wymienia również „samobójstwa krótkospięciowe“, które wywołane zostają jednorazowym wypadkiem losowym, a decyzja o odebraniu sobie życia jest w takim przypadku podejmowana pod wpływem silnych emocji co sprawia, że proces samobójczy jest zwykle krótki (pod względem czasu trwania), a możliwość zapobieżenia zgonowi niewielka. Przeciwnieństwem są „samobójstwa bilansowe“. Są one skutkiem niepowodzenia planów, beznadziejnego położenia suicydenta<sup>58</sup>. Czas trwania procesu samobójczego w tym przypadku jest dużo dłuższy, gdyż tego typu samobójstwa są wynikiem bilansu zysków i strat wynikających z aktu samobójczego (na tego typu „bilans“ nie ma czasu w emocjonalnych „samobójstwach krótkospięciowych“, gdy suicydent chce po prostu jak najszybciej przerwać nagły psychiczny, bądź fizyczny ból będący ponad jego siły). Akt ten jest więc bardziej świadomy i podejmowany niejako „na chłodno“<sup>59</sup>.

Ciekawe formy zachowań samobójczych przedstawia Hołyst biorąc pod uwagę liczbę suicydentów lub udział osób trzecich. Wymienia np. „samobójstwa

---

<sup>56</sup> S. Kijaczko, *Op. Cit.*, s. 9.

<sup>57</sup> I. Pospiszyl, *Op. Cit.*, s. 104, patrz też: M. Jarosz. *Samobójstwa - ucieczka przegranych*, s. 46.

<sup>58</sup> N. Tetaz, *Op. Cit.*, s. 64-65.

<sup>59</sup> J. Marx, *Idea samobójstwa w filozofii - od antyku do współczesności*, Wydawnictwo ALFA, Warszawa 2003, s. 66.

podwójne<sup>60</sup>, gdy dwie osoby podejmują decyzję o wspólnym odebraniu sobie życia<sup>60</sup>. Takie zachowania nazywa się również „paktami samobójczymi“, a może w nich uczestniczyć większa liczba osób. Według amerykańskich badań tego typu zachowania suicydalne stanowią zaledwie 0,007% samobójstw i w przypadku osób dorosłych dotyczą najczęściej par małżeńskich, bądź par kochanków w latach 1980-1987 w Stanach Zjednoczonych odnotowano 97 paktów samobójczych osób dorosłych (typowy przypadek dotyczył chorej żony lub męża [lub obojga chorych partnerów], a powodem zamachu był mąż). Badania A. Czabańskiego mówią o 43 próbach samobójczych noszących znamiona paktów samobójczych, które miały miejsce w Poznaniu w latach 1986-1998. Dotyczyły prawie wyłącznie młodzieży (a osoby biorące udział w samobójstwie zwykle uczęszczały do tej samej szkoły lub klasy)<sup>61</sup>. Dalej Hołyst wymienia „samobójstwa rozszerzone“ (złożone, kompleksowe), w których do aktu samobójczego zostają włączone jakieś osoby wbrew ich woli. Samobójca często zabija swojego małżonka, bądź dzieci, by oszczędzić im cierpienie związanych z jego śmiercią lub uwolnić ich od cierpienia związanych z życiem jako takim. Często samobójstw rozszerzonych dokonują osoby chore psychicznie przekonane o nadciągającej katastrofie, przed którą chcą uratować swoich bliskich (zabijając ich)<sup>62</sup>.

Niemożliwe jest przedstawienie tutaj wszystkich rodzajów zachowań suicydalnych, dlatego skupię się jeszcze na kilku najistotniejszych.

Rodzajem samobójstw, na które wielki wpływ mają media są „samobójstwa naśladowcze“, imitacyjne. Mamy z nimi do czynienia, gdy samobójstwo popełnione zostaje pod wpływem medialnych doniesień lub opisów fikcyjnych samobójstw. Ma to związek z tzw. „efektem Wertera“. Ukazywanie w mediach przypadków samobójstw sprawia, że osobom podatnym łatwiej przychodzi podjęcie decyzji o słuszności zakończenia swoich problemów przez samobójstwo. Co więcej po publikacji wiadomości o samobójstwie wzrasta również liczba ofiar wypadków, które mogą być tak naprawdę zakamuflowanymi samobójstwami<sup>63</sup>.

---

<sup>60</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, s. 45.

<sup>61</sup> A. Czabański, *Zachowania samobójcze „zaraźliwe“ i paktów samobójczych wśród młodzieży*, [w:] Pod red. B. Hołysta, M. Staniaszaka i M. Binczyckiej-Anholcer, *op. cit.*, s. 200-201.

<sup>62</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, s. 45.

<sup>63</sup> R. Cialdini, *Wywieranie wpływu na ludzi: teoria i praktyka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007, s. 138-141.



Kolejny typ samobójstw to tzw. „samobójstwa ucieczkowe“, które popełniane są w sytuacji, gdy śmierć jest i tak nie do uniknięcia<sup>64</sup>. Samobójstwo może być w tym przypadku przyspieszeniem śmierci, która mogłaby wiązać się z większym cierpieniem lub poniżeniem (np. samobójstwo Hermanna Goeringa przez otrucie cyjankiem, którego i tak czekałaby śmierć przez powieszenie, albo samobójstwo samego Adolfa Hitlera, który zostałby niechybnie zabity przez wojska aliantów). Tutaj można włączyć również niektóre przypadki eutanazji (w śmiertelnych chorobach) będącej samobójstwem wspomaganym.

Ostatnim (i według wielu autorów) najrzadszym typem samobójstw są tzw. „samobójstwa filozoficzne, będące konkluzją nieprzewycięzalności absurdu istnienia“. Kiedy jednostka dochodzi do skutku logicznego (?) rozumowania, do wniosku, że śmierć jest stanem lepszym od życia, nieistnienie od istnienia (a ten kto się urodzi powinien jak najszybciej pozbać się życia) to samobójstwo staje się przejawem afirmacji woli przeciw tyranii urodzenia. W starożytności wielu filozofów głosiło wyższość nieistnienia nad istnieniem i zachwalało możliwość pozbać się życia, lecz dziś w dobie „powszechnej fetyszyzacji życia“ tego typu poglądy stają się rzadkością<sup>65</sup> (choć nadal są głoszone, np. Jean Amery w książce „Zginąć z własnej ręki“ stwierdza, że życie jest właściwie porażką, którą należałoby jak najszybciej przerwać samemu zadając sobie śmierć<sup>66</sup>).

Po dokonaniu przeglądu różnych rodzajów samobójstw podawanych w literaturze przedmiotu skupię się jeszcze na sposobach odbierania sobie życia. W Polsce dominującym sposobem popełnienia zamachu samobójczego jest powieszenie. Wybiera go zdecydowana większość samobójców. Z danych przedstawionych przez Komendę Główną Policji wynika, iż zdecydowanie więcej kobiet niż mężczyzn jako sposób dokonania zamachu wybiera zażycie środków nasennych. Hołyst przedstawił hipotezę zgodnie, z którą kobiety w odróżnieniu od mężczyzn częściej wybierają sposoby dokonania zamachu charakteryzujące się mniejszym stopniem autoagresji (co przejawia się niższym stopniem naruszenia integralności cielesnej), a dane empiryczne wydają się potwierdzać tę hipotezę<sup>67</sup>.

---

<sup>64</sup> J. Marx, *op. cit.*, s. 40-41.

<sup>65</sup> Tamże, s. 8.

<sup>66</sup> E. Ringel, *op. cit.*, s. 260-261.

<sup>67</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, s. 676-680

### 1.3. GRUPY RYZYKA W SOCJOLOGICZNYM PODEJŚCIU DO BADAŃ NAD ZAGADNIENIEM SAMOBÓJSTWA

W literaturze przedmiotu wyodrębniono różnorodne grupy ryzyka samobójczego. Ringel wśród grup zagrożonych wymienia m.in.:

- osoby starsze (w szczególności samotne i schorowane),
- osoby przewlekłe i nieuleczalnie chore,
- osoby prześladowane z przyczyn religijnych, rasowych i politycznych,
- uchodźców,
- mieszkańców wsi migrujących do miast (tzw. „nowocześni uchodźcy“),
- kryminalistów,
- osoby przeżywające małżeńskie, bądź miłosne kryzysy,
- osoby znajdujące się w trudnej sytuacji socjalnej, w szczególności w przypadku nagłego pogorszenia się warunków finansowych
- ludzi młodych,
- osoby po próbach samobójczych,
- osoby po wypadkach samochodowych<sup>68</sup>,

a w innej publikacji tego autora wśród osób zagrożonych znajdziemy również:

- uciekinierów,
- krewnych samobójców,
- osoby, które zapowiadają, że zamierzają się zabić, bądź myślą o samobójstwie (u 60-70% samobójców występują takie zapowiedzi)<sup>69</sup>.

Hołyst, w zestawieniu grup zagrożonych (według WHO uzupełnionym przez M. Wolfersdorfa) wymienia również (poza grupami podanymi przez Ringela) ludzi chorych psychicznie (depresja, schizofrenia, zaburzenia osobowości a także toksykomania - uzależnienie)<sup>70</sup>, a jako czynnik suicydogenny podaje również „transseksualizm“ (nazywając go „dewiacją seksualną“ i jednocześnie przestrzegając przed negatywnym wartościowaniem tego określenia)<sup>71</sup>. Wśród osób narażonych w

---

<sup>68</sup> E. Ringel, *Op. Cit.*, s. 114-118.

<sup>69</sup> E. Ringel, *Nerwica a samozniszczenie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992, s. 127-130.

<sup>70</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, s. 44.

<sup>70</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, s. 44.

<sup>71</sup> Tamże, s. 418-419.

stopniu szczególnym na ryzyko wystąpienia u nich zachowań suicydalnych można wyodrębnić również osoby homoseksualne i biseksualne<sup>72</sup>. Pokróćce omówmy czynniki suicydogenne w grupach ryzyka, które najobszerniej zostały ujęte w literaturze przedmiotu.

*Osoby starsze.* Ryzyko dokonania udanego zamachu samobójczego wzrasta wraz z wiekiem sprawcy (szczególnie ma dotyczyć mężczyzn ok. 75 r.ż.) Podaje się również, że samobójstwo częściej jest dokonywane przez ludzi starszych, w wieku 40-69 lat (a najwyższe współczynniki samobójstw dotyczą osób owdowiałych i rozwiedzionych)<sup>73</sup>. Z racji tego, że wdowieństwo dotyczy najczęściej osób starszych, Kawula (na podstawie zestawienia M. Wolfersdorfa) zalicza osoby po owdowieniu do tej właśnie grupy ryzyka („ludzie starsi osamotnieni“)<sup>74</sup>. Ringel stwierdza, iż więcej niż 1/3 samobójców ma ponad 60 lat, a ich skłonności suicydalne wynikają z narastającego osamotnienia, poczucia bycia niezrozumianym przez otaczający świat, który zmienia się, gdy oni stoją w miejscu (w wyniku pogorszenia się zdolności do adaptacji), a także strachu przed cierpieniem związanym z chorobami wieku starczego, pogarszaniem się funkcji fizycznych i psychicznych oraz „zawężenia możliwości życiowych“. Zwraca jednocześnie uwagę na fakt, że samobójstwa osób starszych są rzadkością w społeczeństwach, w których „ludzie starzy zajmują szanowaną pozycję“ i aktywnie uczestniczą w życiu społeczności<sup>75</sup>. Wskazuje to na fakt ogromnego znaczenia stosunku środowiska społecznego do osób starszych w profilaktyce samobójstw w tej grupie wiekowej.

Starzenie to proces rozpoczynający się ok. 60 r.ż. Według WHO starość można podzielić na trzy okresy:

I wiek podeszły - 60-75 r.ż.,

II wiek starczy - 75-90 r.ż.

III wiek sędziwy - powyżej 90 r.ż.

„Osobami starszymi“ określać będą osoby należące do tych trzech grup wiekowych.

---

<sup>72</sup> K.R.Jamison, *Noc szybko nadchodzi: zrozumieć samobójstwo, by mu zapobiec*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004, s. 254.

<sup>73</sup> W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, *Interwencja kryzysowa w przypadku zachowań samobójczych*, [w:] (red.) W. Badura-Madej, *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej: poradnik dla pracowników socjalnych*, Wydawnictwo Interart, Warszawa 1996, s. 178-179.

<sup>74</sup> S. Kawula, *Samobójstwo*, [w:] (red.) Tadeusz Pilch, *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, tom V*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006, s. 592.

<sup>75</sup> E. Ringel, *Nerwica a samozniszczenie*, op.cit., s. 125-126.

Na świecie (także w Polsce) mamy do czynienia z procesem starzenia się społeczeństw. Znacząco to, że przybywa osób starszych w stosunku do całej populacji. W ostatnim 25-leciu przybywa również samobójstw wśród osób starszych. Prócz wcześniej wymienionych czynników wynika to również z pogorszenia sytuacji ekonomicznej po przejściu na emeryturę, utraty pozycji w rodzinie i społeczeństwie, spadku poczucia własnej wartości. Wszystko to prowadzi do depresji starczej, która znacząco zwiększa ryzyko odebrania sobie życia. Choroby psychiczne i zaburzenia występują aż u 40% osób powyżej 60 r.ż.<sup>76</sup>. 20% samobójców w wieku podeszłym cierpiało na „ściśle pojętą“ depresję. Niektórzy autorzy twierdzą, że „szerzej pojętą“ depresja występuje u wszystkich samobójców w tej grupie wiekowej. Wojciech Kołodziej stwierdza, iż choroby somatyczne (w odróżnieniu od psychicznych zaburzeń) odgrywają niewielką rolę w próbach samobójczych starszych osób. Z problemów społecznych osób w wieku podeszłym, znaczących w procesie prowadzącym do samobójstwa, za istotne Kołodziej uznaje stan cywilny. Zwłaszcza dla mężczyzn brak związku małżeńskiego, wdowieństwo lub rozwód wiążą się z najwyższymi wskaźnikami samobójstw. Niskie dochody według niego nie są istotnym czynnikiem suicydogennym. Znaczenie ma jeszcze osamotnienie i zmiana miejsca zamieszkania (zgony samobójcze najczęściej notuje się w okresie 2 lat od zmiany miejsca zamieszkania)<sup>77</sup>. Zmiana miejsca zamieszkania wiąże się z rozpadem nawiązanych relacji, więzi z innymi ludźmi. Perspektywa umieszczenia starszej osoby w zakładzie opiekuńczym może stać się motywem samobójstwa. B. Hołyst opisuje przypadek mężczyzny w wieku 73 lat, który popełnił samobójstwo strzelając sobie w jamę ustną. Hołyst stwierdza, że ten „prawie niewidomy“ mężczyzna już „kilka razy próbował popełnić samobójstwo“ w związku z planowanym umieszczeniem go w domu starców<sup>78</sup>.

W Polsce wskaźnik samobójstw dla osób po 65 r.ż. wynosi 19,0, natomiast dla 75-latków 18,8, podczas gdy średni wskaźnik dla całej populacji samobójców to

---

<sup>76</sup> M. Binczycka-Anholcer, *Samobójstwa osób w wieku podeszłym - aspekty społeczne i medyczne*, [w:] (red.) B. Hołyst, M. Staniaszak i M. Binczycka-Anholcer, *op. cit.*, s. 236-239, 250-252.

<sup>77</sup> W. Kołodziej, *O sensie życia i śmierci u osób w wieku podeszłym*, [w:] (red.) B. Hołyst, M. Staniaszak i M. Binczycka-Anholcer, *op. cit.*, s. 236-239, 250-252.

<sup>78</sup> B. Hołyst, *Niezwykłe przypadki samobójstw*, [w:] „Suicydologia“, tom 3, nr 1, Warszawa 2007, s. 89.

15,6 (dane z 2004 r.)<sup>79</sup>. Dane te wskazują na znaczne ryzyko występowania zachowań suicydalnych u osób w wieku starszym w perspektywie naszego kraju.

*Osoby w okresie dorastania (adolescencji) i młodzi dorośli.* Według amerykańskiego Control Disease Center (CDC) samobójstwa zajmują trzecie miejsce wśród przyczyn śmierci dzieci w wieku lat 15-19 (szóste miejsce wśród dzieci w wieku 5-14 lat)<sup>80</sup>. W grupie ryzyka obejmującej łącznie młodzież i młodych dorosłych zgony samobójcze stanowią ok. 30% wszystkich zgonów<sup>81</sup>. W Polsce również obserwuje się trend polegający na zwiększaniu się udziału samobójstw osób młodych w stosunku do całej populacji samobójców<sup>82</sup>. Jako przyczynę wyraźnej tendencji wzrostowej dotyczącej liczby samobójstw młodych ludzi na całym świecie w ciągu minionego półwiecza K. R. Jamison wymienia m.in. wcześniejszy i łatwiejszy „dostęp do broni palnej, alkoholu i narkotyków“ niż w latach wcześniejszych, a także „znaczny spadek przeciętnego wieku pokwitania“. Wcześniejsze wchodzenie w fazę adolescencji sprawiło, że coraz młodsze osoby muszą borykać się z kryzysem dojrzewania i problemami z tym związanymi. Wiąże się to również z obniżeniem wieku, w którym po raz pierwszy młodzież zapada na depresję (którą Jamison uważa za jedną z głównych przyczyn samobójstw). Domniemywa również, iż wcześniaki (które dzięki rozwojowi medycyny przeżywają częściej niż dawniej) mogą mieć słabszy system nerwowy, przez co łatwiej załamują się w sytuacjach kryzysowych. Jako inny powód podaje rozwój farmakologii, który pozwolił wielu osobom z poważnymi zaburzeniami psychicznymi na zawieranie małżeństw i posiadanie dzieci<sup>83</sup>.

Zamachy samobójcze osób z tej grupy ryzyka określa się mianem „adolescencyjnych zachowań samobójczych“. Wiążą się one z „przejściowymi zaburzeniami osobowości wynikającymi z psychicznego i fizycznego rozwoju jednostki“. Duże znaczenie ma również rozwój społeczny i związane z nim wchodzenie w nowe role społeczne, co może prowadzić do poważnych konfliktów

---

<sup>79</sup> M. Binczycka-Anholcer, *Zachowania suicydalne osób w starszym wieku*, [w:] „Suicydologia”, tom 1, nr 1, Warszawa 2005, s. 79.

<sup>80</sup> M. Mordasewicz-Goliszevska, G. Albrant-Kuzia, R. Słowikowska, J. Paszko, P. Stapel, J. Grygalewicz, *Celowe zatrucia u dzieci i młodzieży w materiale kliniki ogólnopediatrycznej*, [w:] „Polski Merkuriusz Lekarski“, Tom XXI, nr 121, Wyd. MEDPRESS, Warszawa 2006, s. 24.

<sup>81</sup> A. Grzywa, A. Kucmin, T. Kucmin, *op. cit.*, s. 435-436.

<sup>82</sup> H. Malicka, *Zjawisko samobójstwa w świetle badań empirycznych i statystyk*, [w:] red. B. Urban, *Problemy współczesnej patologii społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998, s. 192.

<sup>83</sup> K.R. Jamison, *op. cit.*, s. 52-53.

między adolescentem a jego otoczeniem. Przed młodą osobą stają nowe wyzwania, którym nie zawsze potrafi sprostać, szczególnie jeśli dorośli nie przekazali takiej osobie wzorów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Typowe dla tego okresu są również konflikty światopoglądowe (poszukiwanie sensu życia i świata)<sup>84</sup>.

Malicka opierając się na licznych opracowaniach na temat samobójstw ludzi młodych stwierdza, iż kluczową rolę w genezie tych zachowań odgrywa środowisko rodzinne, zwłaszcza niezaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa w dzieciństwie (spowodowane, np. alkoholizmem rodziców, rozwodem, itp.). Badania Niziel-Simińskiej wskazują również, iż większość młodych suicydentów wywodzi się z rodzin, w których występują konflikty (a główną przyczyną tych konfliktów jest alkohol)<sup>85</sup>. A. Carr wśród czynników ryzyka związanego z samobójstwem w wieku dorastania wymienia m.in. utratę rodziców lub partnera, konflikty w rodzinie i zdezorganizowaną rodzinę nie zapewniającą wsparcia (czyli ponownie - poczucie bezpieczeństwa). Co ciekawe Carr wspomina również, że nastolatki żyjące w środowiskach o niższej liczbie osób praktykujących religijnie są bardziej narażone na „ryzyko targnięcia się na własne życie”<sup>86</sup>.

Dyskusyjna jest rola rozwodów w genezie adolescencyjnych zachowań samobójczych. Niektórzy autorzy wśród przyczyn takich zachowań wymieniają „rozpad rodziny”<sup>87</sup>, podczas gdy inni wskazują raczej na rolę różnorodnych okoliczności związanych z rozwodem (konflikty między rodzicami) niż rozwód jako bezpośredni motyw<sup>88</sup>.

Wśród młodych dorosłych (20-25 r.ż.) za grupę szczególnie narażoną na ryzyko dokonania samobójstwa uznać można studentów. Reagują tak w sytuacji, gdy nie mogą zaliczyć sesji, a atmosfera akademika sprawia, że niektórzy „czują się zagubieni i niepotrzebni”<sup>89</sup>. W Stanach Zjednoczonych zamachy samobójcze są drugą przyczyną zgonów wśród studentów, a badanie z 1995 r. wykazało, iż co

---

<sup>84</sup> B. Hołyst, *Samobójstwo - przypadek czy...*, op.cit., s. 97.

<sup>85</sup> H. Malicka, *Op. Cit.*, s. 185.

<sup>86</sup> A. Carr, *Op. Cit.*, s. 54-59.

<sup>87</sup> B. Dubois, K. K. Miley, *Praca socjalna, t.2*, Wydawnictwo „Interart”, Warszawa 1996, s. 125.

<sup>88</sup> M.S.Gould, D. Shaffer, P. Fisher, R. Garfinkel, *Separacja i rozwód rodziców a samobójstwa u dzieci i młodzieży*, [w:] Red. nac. dr n.med. Filip Rybakowski, „Wiadomości psychiatryczne”, t. II, nr1, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Poznań 1999, s. 96, patrz też: H. Malicka, *Op. Cit.*, s. 185.

<sup>89</sup> S. Kawula, *op. cit.*, s. 595.

dziesiąty student poważnie myślał o samobójstwie w roku poprzedzającym badanie i większość poczyniła nawet konkretne plany<sup>90</sup>.

Wielu autorów przyjmuje, że samobójstwa młodych ludzi są popełniane pod wpływem impulsu, jednakże badania Teichera i Jacobsa wykazały, iż w większości przypadków są to przemyślane działania<sup>91</sup>.

*Osoby po próbach samobójczych.* Próby samobójcze nie zakończone zgonem są typowe dla osób młodych. Według suicydologów zamachy na własne życie dokonywane przez młodych ludzi pełnią rolę aktów komunikacji z osobami znaczącymi. Gdy komunikacja w rodzinie zawodzi młody człowiek sygnalizuje w ten sposób swoje cierpienie i próbuje wywołać oczekiwaną reakcję u osób bliskich. Nieudane zamachy samobójcze często są więc zamachami instrumentalnymi. Mogą wynikać również z chęci zemsty, ukarania określonych osób, zaszantażowania ich<sup>92</sup>. Próba samobójcza stanowi „wołanie o pomoc“ jeśli inne metody zwrócenia na siebie uwagi zawiodły. Jest to ostateczna forma komunikacji, dlatego gdy młody człowiek nie osiągnie za pomocą próby samobójczej swoich celów może ostatecznie podjąć decyzję o definitywnym zakończeniu życia, gdyż niepowodzenie jedyne (według suicydenta) rozwiązanie świadczy o tym, że nic już nie może on zrobić, by zwrócić uwagę na swoje problemy i uzyskać pomoc. Niepowodzenie próby samobójczej może również wynikać z braku umiejętności odebrania sobie życia, np. przecenienie toksyczności zażytych tabletek. Szacunki dotyczące liczby ponawianych prób samobójczych w ogólnej liczbie zgonów samobójczych są znacząco różne. Według M. Binczyckiej-Anholcer jedynie 2% samobójstw popełnianych jest przez osoby, które wcześniej podjęły się próby samobójczej. Badania G. Świąteckiej i J. Niżlikiewicz wskazują, że tylko 6% samobójstw dokonują „wtórni“ samobójcy (osoby po próbie samobójczej), podczas gdy WHO podaje, iż ok. połowa samobójców to osoby, które już wcześniej próbowały się zabić<sup>93</sup>. Według B. Hołysta ok. 60% ofiar samobójstw to ludzie, którzy w przeszłości próbowali odebrać sobie życie<sup>94</sup>. Anthony szacuje, iż problem „wtórnych“ samobójstw dotyczy ok. 12% niedoszłych samobójców. Ponawiają oni próby samobójcze kilkakrotnie, a trzeci

---

<sup>90</sup> K.R.Jamison, *op. cit.*, s. 27.

<sup>91</sup> B. Hołyst, *Samobójstwo - przypadek czy...*, s. 97, patrz też: S. Kawula, *op. cit.*, s. 595.

<sup>92</sup> H. Malicka, *Op. Cit.*, s. 186.

<sup>93</sup> M. Binczycka-Anholcer, *Samobójstwa osób w wieku podeszłym...*, s. 254.

<sup>94</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, *op.cit.*, s. 115.

zamach zwykle kończy się śmiertelnie<sup>95</sup>. Ringel stwierdza, że ponad 1/3 ofiar zgonów samobójczych miała za sobą jedną lub kilka samobójczych prób (czasem nawet niezbyt groźnych). Próba samobójcza jako element zespołu presuicydalnego wskazuje na skłonność do tego typu zachowań w sytuacjach kryzysowych i jeśli po zamachu czynnik, który stał się jego bezpośrednim motywem nie zniknie (problem nie zostanie rozwiązany) to osobę, która targnęła się na swoje życie należy uważać za znacznie zagrożoną ryzykiem dokonania udanej próby samobójczej<sup>96</sup>. Rozbieżności w szacunkach mogą wynikać z różnicy wieku badanych grup, a także z trudności w określeniu występowania prób samobójczych (często próby nie są zgłaszane, a bywają nawet zapominane). Większość autorów uznaje próbę samobójczą za znaczący czynnik ryzyka wskazujący na możliwość ponowienia zamachu. Szczególnie w przypadku, gdy taki akt rozpaczy nic nie zmienił, bądź zmiana ta była krótkotrwała.

*Osoby w trudnej sytuacji socjalnej, szczególnie w przypadku nagłego pogorszenia się warunków finansowych.* Ringel podaje, iż materialne ubóstwo stanowi ważny czynnik motywujący do popełnienia samobójstwa. Podkreśla znaczenie tego motywu zaznaczając, iż „pewne kręgi“ osób deprecjonują wagę suicydogenności problemów materialnych. Ubóstwo wynika z braku zatrudnienia, dlatego wielu ludzi odczuwa utratę miejsca pracy jako początek społecznej degradacji. Zauważył to Alfred Messer, psychiatra, który ustalając hierarchię stresujących wydarzeń według kryterium ich ważności na czwartym miejscu umieścił „utratę miejsca pracy“<sup>97</sup>. Bezrobotni faktycznie „stosunkowo częściej niż inni członkowie społeczeństwa“ podejmują próby samobójcze. Hołyst szacuje, iż rocznie od ponad 1100 do prawie 1400 samobójstw popełnianych jest przez osoby bezrobotne. Hołyst zwraca również uwagę na fakt, iż dużo więcej samobójstw dokonywanych jest przez osoby bezrobotne „niż przez osoby wyraźnie motywowane warunkami ekonomicznymi czy utratą pracy“<sup>98</sup>. Dowodzą tego dane o przyczynach zamachów samobójczych i źródle utrzymania osób próbujących odebrać sobie życie zebrane przez Komendę Główną Policji. Tłumaczy się to faktem, iż w przypadku

---

<sup>95</sup> A. Baładynowicz, *Op. Cit.*, s. 78.

<sup>96</sup> E. Ringel, *Gdy życie traci sens...*, op.cit., s. 149.

<sup>97</sup> Tamże, s.115-117.

<sup>98</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, op.cit., s. 287, 292.



wielu bezrobotnych samobójców za oficjalny motyw uznano konflikty rodzinne bądź alkoholizm (które mogły wszak wynikać z trudnej sytuacji socjalnej i utraty pracy). Na 11 podawanych przez KGP ustalonych przyczyn zamachów w latach 2006-2009 „warunki ekonomiczne“ zajmują 4-5 miejsce pod względem częstości występowania danego motywu (zaznacza się, iż „źródłem jednego zamachu może być więcej niż jedna przyczyna“), a „nagła utrata źródeł utrzymania“ znajduje się na szóstym miejscu<sup>99</sup>. Również Ryszard Jabłoński podkreśla znaczenie „trudnej sytuacji materialnej“, nazywając ją „nową“ przyczyną odbierania sobie życia (w porównaniu ze „starymi“ - sprzed okresu transformacji ustrojowej) i zaznaczając, iż od 7-u lat jest przyczyną ok. 40% zamachów samobójczych (1999 r.). Wiąże to z wysoką stopą bezrobocia, zamykaniem nierentownych zakładów i brakiem umiejętności odnalezienia się w nowym łańdźie gospodarczym<sup>100</sup>.

Według statystyk policyjnych przytoczonych przez M. Jarosz osoby bezrobotne są „najbardziej“ narażone na popełnienie samobójstwa, co wynika z pauperyzacji (zubożenia), a to często łączy się z nagłym osamotnieniem. Szansa na znalezienie pracy jest wprost proporcjonalna do wielkości miejscowości i tym Jarosz tłumaczy też fakt, iż odsetek samobójców jest tym większy im mniejsza miejscowość zamieszkania suicydenta. Ciekawa jest uwaga M. Jarosz o współwystępowaniu najwyższych wskaźników bezrobocia w 2000 r. z najwyższymi wskaźnikami samobójstw<sup>101</sup>. Utrata pracy i co za tym idzie źródła utrzymania to okres szczególnie krytyczny, gdyż na początku „bolesnych“ zmian zagrożenie zamachem na własne życie jest największe<sup>102</sup>.

Podaje się trzy koncepcje obrazujące związek bezrobocia z próbami samobójczymi:

- model podatności - wiąże się z ograniczonym dostępem do wzmocnień społecznych w wyniku osamotnienia spowodowanego brakiem pracy. Brak tych wzmocnień skutkuje łatwiejszym poddawaniem się stresującym przeżyciom,

---

<sup>99</sup> Dane KGP, <http://statystyka.policja.pl/portals/st/954/50879/samobojstwa.html>, [dostęp: 28.09.2010 r.]

<sup>100</sup> R. Jabłoński, *Zachowania suicydalne - próby rozpoznawania intencji, myśli i zamiarów samobójczych*, [w:] (red.) H. Machela, K. Wszeborowskiego, *Psychospołeczne uwarunkowania zjawisk dewiacyjnych wśród młodzieży w okresie transformacji ustrojowej w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1999, s. 237.

<sup>101</sup> M. Jarosz, *Samobójstwa: ucieczka...*, op.cit., s. 101, 157, 162.

<sup>102</sup> Tamże, s. 170.

- model pośredniej przyczyny - wiąże się z ograniczeniem społecznych kontaktów i trudnościami finansowymi co generuje sytuację stresującą i może prowadzić do prób odebrania sobie życia,
- model pozycji społecznej - „przynależność do niskiej klasy społecznej może utrudniać znalezienie pracy“ i ułatwić decyzję o samobójstwie<sup>103</sup>.

*Krewni samobójców.* Samobójstwo członka rodziny może stać się początkiem tzw. tradycji suicydalnej, a więc plagi samobójstw powtarzających się w danej rodzinie na przestrzeni kilku pokoleń. Może to wynikać z przekazywania destrukcyjnych wzorów radzenia sobie z problemami, rozwiązywania kryzysów. Jeśli osoba znacząca, bliska popełniła (bądź próbowała popełnić) samobójstwo to członkom jej rodziny łatwiej podjąć decyzję o odebraniu sobie życia w sytuacji trudnej<sup>104</sup>. Mielibyśmy tutaj do czynienia z naśladownictwem. Samobójstwo w rodzinie sprawia, że dla krewnych suicydenta samodzielne przerwanie życia wydaje się być dopuszczalnym sposobem rozwiązywania życiowych problemów. Występowanie tradycji suicydalnej w jakiejś rodzinie wiąże się czasem również z przekonaniem o dziedzicznym charakterze samobójstwa. Badania wskazują, iż „odsetek suicydentów z wielopokoleniową historią samobójstwa“ może dwa do trzech razy przewyższać odsetek samobójców, których krewni nie odebrali sobie życia. Wskaźnik ten był najwyższy w przypadku samobójców, którzy zginęli śmiercią gwałtowną (zastrzelenie, skok z wysokości, powieszenie się). Również badania na bliźniętach wykazały, iż bliźnięta jednojajowe (z identycznym materiałem genetycznym) częściej odbierają sobie życie jeśli uczynił tak drugi bliźniak niż w przypadku bliźniąt dwu jajowych. O istnieniu czynnika genetycznego predysponującego do samobójstwa świadczą także wyniki badań nad losami dzieci adoptowanych w Danii<sup>105</sup>.

*Osoby, które zapowiadają, że zamierzają się zabić, bądź myślą o samobójstwie.* Według przedstawionych już wcześniej danych większość autorów podaje, iż ok. 80-85% osób, które odebrały sobie życie ostrzegало wcześniej o

---

<sup>103</sup> A.Grzywa, A. Kucmin, T. Kucmin, *Op. Cit.*, s. 433.

<sup>104</sup> W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, *Op. Cit.*, s. 184.

<sup>105</sup> K.R.Jamison, *Op. Cit.*, s. 157-162.

swoich zamiarach<sup>106</sup>. Należy więc bardzo poważnie traktować wszelkie tego typu zapowiedzi, a osoby, które powtarzają, że zamierzają popełnić samobójstwo powinny być traktowane jako potencjalnie zagrożone. Niestety słowa wypowiediane przez człowieka w sytuacji kryzysowej o tym, że myśli o samobójstwie są często bagatelizowane przez jego najbliższych. Tego typu zapowiedzi można uznać za próbę zwrócenia uwagi na siebie i swoje problemy. Jeśli się to nie udaje kolejnym krokiem jest próba samobójcza (suicydent chce sprawić by traktowano go poważnie). Zapowiedzi mogą być również oznaką stanu ambiwalencji. Osoba zamierzając odebrać sobie życie daje sobie szansę na ocalenie, informując kogoś, iż chce się zabić. Wychodzi z założenia, że jeśli kogoś obchodzi jego osoba i może liczyć na czyjąś pomoc to ktoś bliski odpowiednio zareaguje i do śmierci nie dojdzie. Gdy zapowiedzi samobójstwa są bagatelizowane jest to kolejny „gwóźdź do trumny”. Zrozpaczony człowiek nabiera przekonania, że faktycznie nic dla nikogo nie znaczy. Ocalenie mu życia utrudnia rozpowszechnione przekonanie o tym, że „ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie odbierają sobie życia”.

*Osoby uzależnione.* Według niektórych autorów ok. 1/4 samobójstw związanych jest z nadużywaniem alkoholu i innych substancji i dlatego osoby uzależnione znajdują się w grupie szczególnie zagrożonej ryzykiem targnięcia się na własne życie<sup>107</sup>.

B. Hołyst na podstawie urzędowych ustaleń dochodzi do wniosku, że najczęściej występującym motywem samobójstw w Polsce jest alkoholizm. Precyzuje jednak, iż w ogromnej większości zgonów samobójczych alkohol nie jest motywem, ale okolicznością towarzyszącą zamachom. Suicydent przed podjęciem próby samobójczej znieczulił się alkoholem, aby będąc pod jego wpływem łatwiej dokonać autodestrukcji. Z danych przedstawionych przez Hołysta wynika również, iż mężczyźni 2,5-krotnie częściej niż kobiety popełniają samobójstwo w stanie upojenia alkoholowego.

Samobójstw popełnianych pod wpływem alkoholu jest 10-krotnie więcej niż związanych z zażyciem narkotyków. Ta tendencja utrzymuje się na przestrzeni lat mimo, iż mówi się często o „gwałtownym wzroście liczby narkomanów w Polsce”<sup>108</sup>.

---

<sup>106</sup> E. Ringel, *Gdy życie traci sens...*, op.cit., s.92, patrz też: A. Baładynowicz, *Op. Cit.*, s. 77 i B. Hołyst, *Suicydologia*, op.cit., s. 115.

<sup>107</sup> W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, *Op. Cit.*, s. 180.

<sup>108</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, op.cit., s. 290-291.

Z danych KGP wynika, iż w przypadku, gdy udało się ustalić stan świadomości samobójcy (najczęściej niestety nie ustalono czy znajdował się on pod wpływem jakichś substancji) znajdował się on zwykle pod wpływem alkoholu (ogromna większość tych przypadków dotyczy mężczyzn, natomiast w przypadku samobójstw dokonanych pod wpływem substancji psychotropowych lub innych środków proporcje płci są prawie wyrównane)<sup>109</sup>.

Szacuje się najczęściej, iż „w ciągu całego życia osoby uzależnionej“ ryzyko dokonania próby samobójczej wynosi ok. 10-15%. U osób z problemem alkoholowym ryzyko samobójstwa określa się na poziomie ok. 4%. Samobójstwa u alkoholików zdarzają się najczęściej ok. 40 r. ż. co wiąże się „z współwystępowaniem uzależnienia od alkoholu i zaburzeniami depresyjnymi“<sup>110</sup>.

U narkomanów do samobójstwa prowadzi osamotnienie, apatia, poczucie winy, nienawiść do siebie i otoczenia, utrata nadziei na lepsze jutro. Samobójstwo może również wynikać z depresji, ostrej psychozy, zaburzeń osobowości. Osoby uzależnione są obojętne wobec zmian jakie są wynikiem wyniszczenia ich organizmu przez narkotyki. Nie boją się niebezpieczeństwa utraty życia co ułatwia dokonanie próby samobójczej. Typowym dla środowiska narkomanów, ceremonialnym wręcz, sposobem odebrania sobie życia jest tzw. „złoty strzał“, czyli dożylnie podanie letalnej (śmiertelnej) dawki narkotyku<sup>111</sup>.

*Osoby chore psychicznie.* Baca-Garcia i wsp. podają, że 20-50% schizofreników i osób chorujących na depresję próbuje pozbawić się życia. Próby samobójcze w tej grupie są więc 20 razy częstsze niż w przypadku osób zdrowych. Grunebaum i wsp. wskazuje nawet, że 90% samobójców w USA miało zaburzenia psychiczne w momencie dokonywania aktu suicydalnego (głównie były to zaburzenia depresyjne). Również w przypadku schizofrenii wśród głównych przyczyn podjęcia próby samobójczej wskazuje się towarzyszące tej chorobie objawy depresyjne (35% przypadków)<sup>112</sup>. Kay Redfield Jamison stwierdza, iż „depresja leży u podłoża większości samobójstw“<sup>113</sup>. Z danych Komendy Głównej Policji także wynika, iż przyczyną większości samobójstw jest choroba

---

<sup>109</sup> Dane KGP, <http://statystyka.policja.pl/portal/st/954/50879/samobojstwa.html>, [dostęp: 28.09.2010 r.]

<sup>110</sup> A.Grzywa, A. Kucmin, T. Kucmin, *Op. Cit.*, s. 434.

<sup>111</sup> M. Sternalski, *Samobójstwo wśród osób używających narkotyki*, [w:] (red.) B. Hołyst, M. Staniaszak i M. Binczycka-Anholcer, *op. cit.*, s. 224-225.

<sup>112</sup> A.Grzywa, A. Kucmin, T. Kucmin, *Op. Cit.*, s. 434.

<sup>113</sup> K.R.Jamison, *Op. Cit.*, s. 90.

psychiczna<sup>114</sup>. Jak wskazuje jednakże Kawula: „bardzo często nie udaje się ustalić motywu popełnienia czynu autodestrukcyjnego (...), dlatego takie przypadki podciąga się pod zaburzenia psychiczne”<sup>115</sup>. Wielu autorów nie zgadza się z wnioskiem o chorobie psychicznej jako o bezpośrednim motywie samobójstw<sup>116</sup>, a A. Bałandynowicz przekonanie o psychicznych zaburzeniach większości samobójców uważa za społeczny mit<sup>117</sup>.

*Osoby homoseksualne, biseksualne i transseksualne.* Problemy z tożsamością seksualną stanowią znaczący czynnik ryzyka dla zachowań suicydalnych. Wśród tych problemów wyróżnić można transseksualizm oraz biseksualizm i homoseksualizm. Ryzyko dokonania zamachu samobójczego wynika z braku akceptacji przez rówieśników, instytucje (także oświatowe), a nawet własnych rodziców<sup>118</sup>. Prowadzi to do poczucia bycia niezrozumianym i osamotnienia.

Transseksualizm to „dewiacja seksualna” polegająca na zaistnieniu rozbieżności między płcią psychiczną (przekonaniem o przynależności do określonej płci) a budową ciała, płcią metrykalną, socjalną i genitalną. W seksuologii przestrzega się przed negatywnym wartościowaniem określenia „dewiacja seksualna”. W badaniach Eugeniusza Bielickiego (obejmujących 18-u transseksualistów) wykazano, iż rodziny osób transseksualnych są „w znacznym stopniu zdeintegrowane”. 10% badanych przez Bielickiego i wsp. osób stwierdziło, że ich problemy z tożsamością seksualną były powodem ich wyszydzania i ośmieszania przez członków rodziny. Łamana była ich tajemnica korespondencji, zmuszano ich do noszenia strojów zgodnych z płcią somatyczną. Wszystko to powodowało poczucie osamotnienia, żalu, pokrzywdzenia przez los, a także uczucie bezsensowności życia i niemożności zmiany swojej egzystencji. To wszystko, w połączeniu z trudnościami w znalezieniu życiowego partnera, prowadzi może do samobójstwa. Marzenia osób transseksualnych dotyczą z reguły posiadania akceptującego ich partnera i założenia własnej rodziny. Niestety badania K. Imielińskiego i S. Pielko wykazują, iż zaledwie ok. 7,5% transseksualistów ma

---

<sup>114</sup> Dane KGP, <http://statystyka.policja.pl/portal/st/954/50879/samobojstwa.html>, [dostęp: 28.09.2010]

<sup>115</sup> S. Kawula, *Op. Cit.*, s. 594.

<sup>116</sup> H. Malicka, *Op. Cit.*, s. 184.

<sup>117</sup> A. Bałandynowicz, *Op. Cit.*, s. 79.

<sup>118</sup> *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*, Światowa Organizacja Zdrowia, Rzecznik Praw Dziecka, Warszawa 2007, s. 65-67.

szanse na prowadzenie ustabilizowanego życia rodzinnego. Ok. 40% badanych przez Bielickiego transseksualistów oceniło swoje kontakty towarzyskie jako nieliczne, bądź żadne. Ograniczenie stosunków międzyludzkich to składowa sytuacji presuicydalnej. Do poprawy stanu psychicznego osób transseksualnych nie wystarcza poddanie się zabiegowi zmiany płci. Nierealne oczekiwania związane z efektem operacji i głębokie rozczarowanie po jej wykonaniu prowadzą do „negatywnej oceny własnej wartości“ i „zaniku afirmacji własnego życia“. Paradoksalnie po poddaniu się operacji zmiany płci osoba transseksualna może (i często do tego dochodzi) podjąć próbę samobójczą widząc, iż sama operacja nie prowadzi do poprawy powodzenia życiowego. Wszystkie te problemy sprawiły, iż 55% badanych przez Bielickiego osób próbowało się zabić<sup>119</sup>.

Młode osoby homoseksualne i biseksualne „dwa do trzech razy częściej usiłują popełnić samobójstwo niż reszta nastolatków“. W 1998 r. w Stanach Zjednoczonych odmienna orientacja seksualna była powodem 1/3 wszystkich samobójstw młodych ludzi. Przyczyny są zbliżone do tych, które zwiększają ryzyko samobójstw u osób transseksualnych, t.j. brak akceptacji ze strony społeczeństwa, odrzucenie przez rodzinę, trudności ze znalezieniem życiowego partnera i psychiczny ból związany z rozbieżnościami między własnymi potrzebami a oczekiwaniami innych ludzi<sup>120</sup>. B. Hołyst w książce „Samobójstwo - przypadek czy konieczność“ opublikował dwa samobójcze listy pozostawione przez homoseksualistów. Oba zawierają wątek nieakceptowanej miłości do innego mężczyzny. Jeden z samobójców - Leszek (48 lat, żonaty, śmierć przez powieszenie) przed śmiercią napisał list do ukochanego mężczyzny: „(...) Bardzo kocham, więc nie mogę znieść poniżenia. (...) Po odejściu Ciebie Najukochańszy Jureczku nie mam celu życia (...). Jak widzisz, to już 2 próba, pierwsza 20/21 kiedy to poszedłeś w nocy na Olbrachta, a mnie telefonicznie wyszydzano, gdy o Ciebie prosiłem“. W pełnym bólu liście samobójczym ukazuje się brak akceptacji dla homoseksualnej miłości i poniżenie jakie wiąże się z wyszydzaniem osób o odmiennej orientacji seksualnej

---

<sup>119</sup> E.Bielicki, *Transseksualizm jako czynnik współtworzący sytuację suicydogenną*, [w:] (pod red.) S. Kawula, H. Machel, *Młodość a współczesne dewiacje i patologie społeczne*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1997, s. 63-70.

<sup>120</sup> J.R. Romaniuk, *Czy geje i lesbijki są trudnymi pacjentami*, [w:] „Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia“, nr 4, Fundacja „Zdrowie-Trzeźwość“, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Bełchatów 1999, s. 6-7.

przez społeczeństwo. Doprowadziło to do własnowolnej śmierci tego 43-letniego mężczyzny (który jak widać próbował dostosować się do oczekiwań społeczeństwa i dlatego ożenił się, a ta hipokryzja mogła być dla niego kolejną przyczyną cierpienia). Drugi list napisany został do matki przez 21-letniego homoseksualistę Andrzeja. Hołyst jako motyw zamachu podaje nieodwzajemnioną miłość do drugiego mężczyzny - Jacka. Samobójca w liście napisanym tuż przed śmiercią napisał do matki: „Odszukaj Jacka to wtedy będziesz wiedziała dlaczego to zrobiłem, i pociągnij go... to on wszystko wyśpiewa“. Trudności związane ze znalezieniem partnera i nawiązaniem akceptowanych relacji ze społeczeństwem doprowadziły do samobójczej śmierci<sup>121</sup>.

K.R. Jamison w „Noc szybko nadchodzi“ stwierdza, iż w przypadku osób homoseksualnych i biseksualnych „podwyższone jest ryzyko próby samobójczej, lecz niekoniecznie skutecznego samobójstwa“<sup>122</sup>. Badania E. Bielickiego wskazują, iż również transseksualiści częściej podejmują zamachy samobójcze korzystając z bardziej „miękkich“ środków (np. otrucie gazem, tabletkami), które zwiększają możliwość odratowania<sup>123</sup>.

Na podstawie analizy występujących w literaturze definicji samobójstwa można wysnuć stwierdzenie, iż według większości autorów zajmujących się tym zagadnieniem chęć zakończenia życia (nieistnienia) jest konstytutywną cechą tego zjawiska, więc już z samych definicji wynikałoby, że głównym i podstawowym celem samobójcy, do którego dąży on różnymi sposobami jest śmierć. Jednakże ze względu na występowanie uczucia ambiwalencji (jednoczesnej chęci życia i śmierci) u większości suicydentów i fakt zawężonej świadomości (a więc niepełnej świadomości skutków swoich działań) w stanie presuicydalnym, jak również biorąc pod uwagę szacunki mówiące o tym, że większość samobójców informowała wcześniej o swoim zamiarze, postawić można tezę o komunikacyjnym, instrumentalnym charakterze przeważającej liczby zamachów samobójczych, w których istotną rolę odgrywa chęć zmiany swojego położenia, uzyskanie pomocy od otoczenia, a śmierć stanowi co najwyżej akceptowany, ale nie upragniony efekt działania suicydalnego, które stanowi narzędzie komunikacji i zaspokajania swoich

---

<sup>121</sup> B. Hołyst, *Samobójstwo - przypadek czy...*, s. 470-471.

<sup>122</sup> K. R. Jamison, *Op. Cit.*, s. 254.

<sup>123</sup> E. Bielicki, *Op. Cit.*, s. 69.

potrzeb, w sytuacji, gdy zawodzą inne możliwości. Fakt, iż ci, których udaje się ocalić od śmierci są zwykle wdzięczni swoim wybawcom świadczy o tym, że nie chcieli oni umrzeć, ale uzyskać pomoc, a zamach zostaje przez nich powtórzony, gdy ich problemy nie zostaną rozwiązane. Daje to ludziom moralne prawo do ratowania życia samobójców i pozwala na przyjęcie definicji samobójstwa, w której śmierć nie jest ostatecznym celem, ale występuje świadomość zaistnienia możliwości śmierci jako efektu działania samobójczego. Samobójca nie chce „nie żyć”, ale nie chce żyć tak jak żyje. Ten fakt sprawia, że staje się jasne, iż celem profilaktyki powinno być nie tyle uniemożliwienie samobójcy odebrania sobie życia, a sprawienie, że jego życie zmieni się na tyle, iż nie będzie on chciał podejmować prób samobójczych. Skuteczną profilaktykę może wspomóc podejście do zamachu samobójczego jako do pewnego continuum złożonego z poszczególnych faz, które są typowe dla potencjalnego samobójcy znajdującego się w stanie presuicydalnym. Czas trwania tych etapów (od zawężenia sytuacyjnego, myśli samobójczych po samobójczy zamach) jest różny w zależności od konkretnego przypadku i zależy chociażby od natężenia emocji odczuwanych przez samobójcę.

Termin „zachowania suicydalne” obejmuje szerokie spektrum zachowań (próby samobójcze, bierne i aktywne groźby samobójcze aż po samobójstwa dokonane) przejawiających się w najróżniejszych formach ( pakty samobójcze, samobójstwa rozszerzone, samobójstwa instrumentalne, parasamobójstwa, samobójstwa imitacyjne i wiele innych). W literaturze dokonano wielu podziałów samobójstw biorąc pod uwagę efekt i (lub) cel, uwarunkowania, liczbę osób biorących udział w akcie samobójczym a także udział osób trzecich. Rozpatrując zjawisko pod kątem metod stosowanych w celu odebrania sobie życia można wskazać na fakt, iż kobiety w porównaniu do mężczyzn częściej wybierają „miękkie” środki popełnienia aktu suicydalnego, mniej naruszające integralność cielesną i wiążące się z mniejszym cierpieniem.

W tym rozdziale przedstawiono wiele grup zagrożonych ryzykiem dokonania próby samobójczej. Są to często osoby w sytuacji kryzysu, np. wdowcy, osoby w okresie adolescencji (kryzys emocjonalny), osoby zmieniające środowisko zamieszkania, osoby bezrobotne, ludzie po wypadkach samochodowych, po próbach samobójczych, a także te grupy, które są nieakceptowane, odrzucane przez społeczeństwo, np. osoby prześladowane z przyczyn rasowych, czy religijnych, kryminaliści, osoby o odmiennej orientacji seksualnej, osoby uzależnione, a także



osoby starsze. Za szczególnie znaczącą grupę ryzyka uważa się osoby chore psychicznie, ale kwestia wpływu choroby na decyzję o dokonaniu samobójstwa jest dyskusyjna. Równie liczebną grupę potencjalnych samobójców stanowią bliscy i krewni samobójców. W tym przypadku przyczyną może być genetyka, lub przekazywanie wzorów postępowania w sytuacjach trudnych. Bardzo ważne w przeciwdziałaniu zachowaniom suicydalnym jest zwracanie uwagi na sygnały o chęci odebrania sobie życia, gdyż przeważająca liczba samobójców informowała przed śmiercią o swoim zamiarze, dlatego jako potencjalnie zagrożoną należy uważać każdą osobę, która informuje o tym, że zamierza odebrać sobie życie.

## ROZDZIAŁ II

### PRZYCZYNY I SKUTKI ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH

W rozdziale tym omówione zostają przyczyny zachowań suicydalnych podzielone na ujęcie psychopatologiczne i socjopatologiczne. W ujęciu psychopatologicznym ukazany został wpływ struktury psychicznej sprawcy zamachu samobójczego i znaczenie chorób oraz zaburzeń psychicznych. Zwrócono uwagę na kontrowersje dotyczące zagadnienia bezpośredniego wpływu psychicznych uwarunkowań i problemy z samą definicją zdrowia psychicznego co utrudnia zaklasyfikowanie samobójstwa do zjawisk patologii społecznej. W podrozdziale dotyczącym przyczyn społecznych ukazano klasyczną teorię Emila Durkheima na temat socjopatologii samobójstw i skupiono się na znaczeniu więzi społecznych w profilaktyce presuicydalnej. Przedstawione zostają dowody na znaczenie środowiska społecznego w kształtowaniu się tendencji samobójczych. Celem ostatniego podrozdziału jest ukazanie społecznych skutków samobójstwa, wpływ dramatycznej decyzji życiowej indywidualnej jednostki na społeczność, w której żyła i najbliższe osoby.

#### 2.1 ZARYS PSYCHOPATOLOGICZNYCH PRZYCZYŃ ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH

W badaniu przyczyn zachowań samobójczych obecne były od zawsze dwa podejścia: indywidualno-psychopatologiczne Freuda i socjopatologiczne Durkheima. Pierwsze podejście dotyczyło uwarunkowań wewnętrznych – endogennych, natomiast drugie skupiało się na czynnikach egzogennych („warunki społeczne i warunki życia”)<sup>124</sup>. Psychologiczny kierunek badań zbliżony jest bardzo wyraźnie do kierunku psychiatrycznego i dlatego też wielu autorów traktuje oba te podejścia łącznie<sup>125</sup>. Także w niniejszej pracy pod pojęciem ujęcia psychopatologicznego rozumie się psychologiczny i psychiatryczny kierunek badań nad przyczynami zachowań samobójczych.

---

<sup>124</sup> E. Ringel, *Gdy życie traci sens*, op.cit., s. 113.

<sup>125</sup> M. Jarosz, *Samozniszczenie. Samobójstwo. Alkoholizm. Narkomania.*, Zakład Narodowy im.

W ujęciu psychopatologicznym podkreśla się związek prób samobójczych z chorobami psychicznymi, zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania i izolowanymi objawami psychopatologicznymi, a w szczególności:

- zaburzeniami depresyjnymi
- toksykomanią
- cechami osobowości pogranicznej (borderline)
- zaburzeniami lękowymi
- zaburzeniami zachowania
- impulsywnością
- niedojrzałością emocjonalną (nadmierną wrażliwością, labilnością emocjonalną, „niskim progiem tolerancji na frustrację”)
- tendencją do zachowań ryzykownych (samouszkodzenia, noszenie broni, niekorzystanie z pasów bezpieczeństwa w samochodzie)<sup>126</sup>

a także:

- psychozą maniakalno-depresyjną i schizofrenią<sup>127</sup>.

W psychopatologii „za ostateczną przyczynę samobójstwa” uważa się, więc zawsze „psychiczną strukturę sprawcy”<sup>128</sup>.

Z naszych rozważań na temat psychopatologicznych uwarunkowań zamachów samobójczych wykluczyć należy takie choroby i zaburzenia psychiczne, które prowadzą do zaniku „świadomości możliwości śmierci”. Na początku niniejszej pracy definiując pojęcie samobójstwa uznano, iż jego konstytutywną cechą jest wstępująca u sprawcy świadomość możliwości zgonu na skutek podjętych działań. Już w „austriackiej ustawie o samobójstwie z 1878 roku” zwrócono uwagę na to, że ze śmiercią samobójczą mamy do czynienia, gdy u sprawcy „nie można ustalić [wystąpienia] pomieszczenia zmysłów lub też cięższej choroby zaciemniającej umysł”<sup>129</sup>. Rozumieć należy przez to sytuację, gdy sprawca nie zdaje sobie sprawy

---

Ossolińskich – Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław 1980, s.51.

<sup>126</sup> A. Brzozowska, *Czynniki ryzyka prób samobójczych dzieci i młodzieży*, [w:] (red.) B. Hołyst, M. Staniaszak, M. Binczycka-Anholcer, op.cit., s. 210.

<sup>127</sup> K. R. Jamison, Op.cit., s. 106 I M. Makara-Studzińska, A. Koślak, *Spoleczno-demograficzne czynniki ryzyka samobójstwa w schizofrenii: przegląd piśmiennictwa*, [w:] (red.) B. Hołyst, M. Staniaszak, M. Binczycka-Anholcer, op.cit., s. 391.

<sup>128</sup> E. Ringel, *Nerwica a samozniszczenie*, s. 124.

<sup>129</sup> E. Ringel, *Gdy życie traci sens*, s. 197.

(na skutek „pomieszania zmysłów” lub „zaciemnienia umysłu”) z tego, iż jego działanie doprowadzić może do autodestrukcji.

W „orientacji psychiatryczno-psychologicznej” stwierdza się, iż „prawdziwą przyczyną samobójstwa jest psychiczna struktura sprawcy”, jej niewłaściwe ukształtowanie, „zaburzona psychika”, która sprawia, że choć wszyscy jesteśmy poddawani stresującym, krytycznym wydarzeniom życiowym, to tylko nieliczni (z perspektywy całej populacji ludzkiej) reagują na kryzysy próbami samobójczymi<sup>130</sup>. Prof. dr hab. Jan Czesław Czabała twierdzi, iż „osoby popełniające samobójstwo mają poważne problemy ze swoim zdrowiem psychicznym”, dlatego podstawową metodą profilaktyki presuicydalnej powinna być ochrona zdrowia psychicznego<sup>131</sup>. Kubacka-Jasiecka zauważa jednak, iż trudno uznawać samobójstwo za „wyraz zaburzeń zdrowia psychicznego”, a nawet za patologię życia psychicznego ze względu na trudności z samą definicją zdrowia psychicznego<sup>132</sup>. Również B. Hołyst stwierdza, iż „psychiatria okazuje się często bezsilna” w rozstrzygnięciu, czy „samobójstwo jest objawem zaburzenia psychicznego, czy też jest nim tylko niekiedy”, a podstawowym problemem zarówno psychiatrii jak i psychologii jest określenie kiedy zachowania samobójcze mogą zostać uznane za objaw zaburzeń psychicznych, a kiedy są one „racjonalnie (nawet u osoby chorej psychicznie) uzasadnione”<sup>133</sup>. Dla przykładu psychiatria humanistyczna i nurt antypsychiatrii uznają samobójstwo za jedną z możliwych decyzji, nie za odejście od normy (patologię)<sup>134</sup>. D. Kubacka-Jasiecka pisze, iż zachowania autodestruktywne to „strategie zmagania się ze stresem (kryzysem)”, które są subiektywnie postrzegane jako skuteczne w redukowaniu bólu i cierpienia, a nawet społecznie dopuszczalne. W samobójstwach instrumentalnych własne ciało wykorzystywane jest jako narzędzie wpływu i oddziaływania na innych. Kubacka-Jasiecka przestrzega jednak przed traktowaniem tzw. „manipulowania samobójstwem” jako wyrazu nieszczerości i przebiegłości suicydenta. Ze względu na brak konstruktywnych, adekwatnych do zagrożenia, skutecznych strategii radzenia sobie osoby suicydalne stosują sposoby rozwiązywania problemów „o charakterze bierno-zależnym, wywołujące

---

<sup>130</sup> H. Malicka, op. cit., s. 184-185.

<sup>131</sup> J. Cz. Czabała i wsp., op. cit., s. 3.

<sup>132</sup> D. Kubacka-Jasiecka, *Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń Ja*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 155.

<sup>133</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, op. cit., s. 393-397.

<sup>134</sup> Tamże.

współczucie i sympatię innych” (np. „skargi, budzenie litości”, groźby samobójcze, próby samobójcze)<sup>135</sup>. Często bezpośrednio motywy podawane przez odratowanych samobójców wydają się błahe, przez co akt samobójczy zdaje się być groteskowo nieadekwatny do problemu, który miał rozwiązać. W przypadku samobójców większą wagę od rzeczywistego znaczenia kryzysowej sytuacji ma znaczenie jakie przypisuje temu wydarzeniu sam suicydent. Stresujące wydarzenia tylko pośrednio wiążą się więc z ryzykiem samobójstwa a większe znaczenie ma sposób ich postrzegania („poznawczo usztywniony i zniekształcony”) przez potencjalnego samobójcę<sup>136</sup>. Prawdziwym zagrożeniem nie jest więc świat zewnętrzny, ale obraz tego świata w głowie człowieka.

Kontrowersje budzi bezpośrednio wiązanie zachowań samobójczych z chorobami i zaburzeniami psychicznymi. Światowa Organizacja Zdrowia podaje, iż „90% przypadków wszystkich zgonów samobójczych” jest związanych z zaburzeniami psychicznymi (szczególnie depresja i toksykomania)<sup>137</sup>. Trudno jednak uznać owe zaburzenia za główną przyczynę samobójstw. Malicka stwierdza, że wyniki badań nie wskazują na bezpośredni związek depresji z samobójstwem. Literatura światowa ukazuje wpływ depresji i agresji na zachowania suicydalne, ale występują bardzo różne opinie na temat siły związku tych czynników z aktem samozniszczenia<sup>138</sup>. Dane Komendy Głównej Policji wskazują, iż przyczyną większości zamachów samobójczych w Polsce jest „choroba psychiczna”<sup>139</sup>. Na to jak trudno określić etiologię danego zamachu samobójczego wskazuje Stanisław Kawula, który stwierdza, iż często, gdy nie można określić motywu „podciąga się takie przypadki pod zaburzenia psychiczne”<sup>140</sup>. Pospiszyl pisze o „prawie efektu”, które sprawia, że „najczęściej podawane są przyczyny najbardziej widoczne” i gdy „sprawca zamachu samobójczego jest leczony psychiatrycznie, to najczęściej ta właśnie okoliczność brana jest pod uwagę jako rozstrzygająca”<sup>141</sup>.

Za szczególnie suicydogenne Ringel uznaje:

- depresję endogenną (melancholię)
- depresje starczą

---

<sup>135</sup> D. Kubacka-Jasiecka, Op. cit., s. 165, 174-175 i 213-214.

<sup>136</sup> R. O'Connor, N. Sheehy, Op. cit., s. 151.

<sup>137</sup> K. Rosa, D. Merecz, Op. cit., s. 93.

<sup>138</sup> H. Malicka, Op. cit., s. 184.

<sup>139</sup> Dane KGP, <http://statystyka.policja.pl/portal/st/954/50879/samobojstwa.html>, dostęp: 28.09.2010 r

<sup>140</sup> S. Kawula, Op. cit., s. 594.

<sup>141</sup> I. Pospiszyl, Op. cit., s. 102.

- nerwicę (ku samobójstwu)
- reakcje neurotyczne
- toksykomanie.

„Nerwica ku samobójstwu” to pojęcie stworzone przez samego Ringela. Ten typ nerwicy nie posiada typowych objawów neurotycznych. Jest to pewne zaburzenie osobowości kształtujące się w okresie dzieciństwa. Neurotyzacja dziecięcia prowadzi do niepewności własnej wartości, egocentryzmu, nietrwałości kontaktów międzyludzkich, zniechęcenia do życia, stosowania niezmiennych patologicznych wzorców zachowania. Konsekwencją wykształcenia się „nerwicy ku samobójstwu” jest „ubytek i utrata sił ekspansywnych” – niepewność i zniechęcenie, „stagnacja” – „utrwalenie sztywnych, niezmiennych wzorów zachowania”, „regresja” – powrót do dziecięcych wzorów postępowania, wzmożona zależność od otoczenia wrażliwość i podatność na zranienia<sup>142</sup>. Symptomy te są typowe dla opisanego również przez Ringela syndromu presuicydalnego. Przez „reakcje neurotyczne” należy rozumieć tendencje do „niewłaściwej oceny sytuacji i niepohamowanej impulsywności.” Sytuacje kryzysowe oceniane są wtedy błędnie, a jedynym rozwiązaniem (które trzeba zastosować natychmiast) jest śmierć<sup>143</sup>. Ringel pisze o znaczeniu depresji starczej w kształtowaniu się postawy negującej życie u osób starszych. Marzena Binczycka-Anholcer stwierdza, iż „u 30-60% osób w wieku podeszłym” (60-75 r.ż.) występuje depresja, która w znaczący sposób zwiększa ryzyko samobójstwa w tej grupie wiekowej<sup>144</sup>. Zdecydowanie rzadziej wskazuje się na znaczenie depresji w przypadku występowania zachowań samobójczych u młodych ludzi. Błąd ten ma ogromne znaczenie, gdyż ryzyko samobójstwa w depresji młodzieńczej jest „większe niż u dorosłych ze względu na niedostrzeżenie problemu – powszechnie młodość nie jest kojarzona z depresją”. Według niektórych ocen nawet 95% adolescentycznych prób samobójczych ma związek z depresją<sup>145</sup>. Przyczyną tego jest fakt „przejściowych zaburzeń osobowości wynikających z psychicznego i fizycznego rozwoju jednostki” w okresie adolescencji i emocjonalnej labilności młodych ludzi. Poza tym przed osobami w okresie dorastania staje szereg wyzwań (związanych z wchodzeniem w nowe role społeczne), którym nie zawsze potrafią sprostać. Kolejny

<sup>142</sup> E. Ringel, *Nerwica a samozniszczenie*, op.cit., s.109-112 i 125.

<sup>143</sup> Tamże, s. 126.

<sup>144</sup> M. Binczycka-Anholcer, *Zachowania suicydalne...*, [w:] „Suicydologia”, Tom 1, nr 1, s. 83.

<sup>145</sup> M. Mordasiewicz-Goliszevska i wsp., Op. Cit., s. 27.

czynnik usposabiający do depresji (egzogennej) występujący w tym okresie życia to konflikty światopoglądowe, wypracowywanie własnego systemu wartości, a co za tym idzie poszukiwanie sensu życia i świata (nie zawsze zakończone powodzeniem i mogące prowadzić do negacji życia)<sup>146</sup>. Płużek opisuje młode osoby po próbach samicydalnych jako osoby, które „utraciły poczucie sensu życia”, a Ledwoch pisze o egzystencjalnej depresji<sup>147</sup>.

Alkoholizm po depresjach „jest drugim co do częstości zaburzeniem psychicznym” u samobójców. Oba zaburzenia można jednak powiązać, gdyż uzależnienie od alkoholu jest bardzo częste w depresji<sup>148</sup>. „Wiele uzależnień to nic innego jak próba samodzielnego wyleczenia się z dręczącego nas lęku i wszelkich negatywnych uczuć towarzyszących depresji”, uzależnienie od alkoholu służy chorującym na depresję do poprawy nastroju<sup>149</sup>.

Spośród innych wymienionych przeze mnie chorób i zaburzeń psychicznych mających związek z samobójstwami duże znaczenie suicydogenne ma również schizofrenia. Ryzyko samobójczej śmierci w grupie schizofreników określa się zwykle na 10%. Dwukrotnie wyższa śmiertelność pacjentów schizofrenicznych w przeszłości wiązała się ze złymi warunkami bytowymi w jakich żyli, a obecnie za **główną** przyczynę śmierci w grupie pacjentów ze schizofrenią uważa się samobójstwo<sup>150</sup>. Badacze zjawiska stwierdzili również, że od 20% do 55% osób leczonych z powodu schizofrenii w ciągu swojego życia podejmuje jedną lub wielokrotne próby odebrania sobie życia<sup>151</sup>. Pacjenci schizofreniczni w przypadku, których występuje duże ryzyko zamachu samobójczego cechują się społeczną izolacją, brakiem wsparcia ze strony środowiska rodzinnego, które pełne jest niestabilności i konfliktów. Poza tym nie akceptują oni leczenia, gdyż nie wierzą w jego skuteczność<sup>152</sup>.

Cechy osobowości pogranicznej (Borderline Personality Disorder) to kolejne wymienione przeze mnie zaburzenie, którego wystąpienie zwiększa ryzyko

---

<sup>146</sup> B. Hołyst, *Samobójstwo – przypadek czy...*, s. 97.

<sup>147</sup> J. Cz. Czabała i wsp., *Promocja zdrowia psychicznego...*, [w:] „Suicydologia” 2008, t.4, nr1, s. 2.

<sup>148</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, op.cit., s. 403 i 415.

<sup>149</sup> A.D.Hart, *Męska depresja*, Wydawnictwo „W drodze”, Poznań 2004 r., s. 66.

<sup>150</sup> J. Wiórka, *Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*, [w:] (red.) A. Bilikiewicz, *Psychiatria*, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2002 r., s. 213-323.

<sup>151</sup> M. Makara-Studzińska, A. Koślak, *Spoleczno-demograficzne czynniki ryzyka samobójstwa w schizofrenii: przegląd piśmiennictwa*, [w:] (red.) J. Kulczycki, J. Wciórka, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, tom 17, zeszyt 4, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008 r., s. 391.

<sup>152</sup> Tamże, s. 391.

dokonania zamachu samobójczego. Ludzie z osobowością pograniczną charakteryzują się „trudnymi do przewidzenia zaburzeniami zachowania”<sup>153</sup>. Bez obiektywnych przyczyn mają poczucie pustki, osamotnienia, na co reagują gniewem, agresją (w tym autoagresją), „pretensjami do całego świata”. W ich życiu często zdarzają się reakcje impulsywne: kradzieże, odurzanie się, seksualna rozwiązłość, a także samouszkodzenia i reakcje samobójcze<sup>154</sup>. Inna patologia psychiczna – psychoza maniakalno-depresyjna (choroba afektywna dwubiegunowa) zwiększa ryzyko odebrania sobie życia 15 razy w stosunku do przeciętnego zagrożenia śmiercią samobójczą<sup>155</sup>. Prawie połowa chorych na chorobę afektywną dwubiegunową usiłuje co najmniej raz odebrać sobie życie<sup>156</sup>. Następuje to zazwyczaj w fazie depresyjnej (o znaczeniu zaburzeń depresyjnych wspomniałem wcześniej).

Przyjrzyjmy się na koniec klasycznej teorii psychologicznej na temat samobójstw nazywanej teorią „hydrauliczną”. Teoria ta choć pełni rolę uproszczonego modelu, jest bardzo często przytaczana w literaturze przedmiotu. Chociażby w celu zobrazowania powiązań między agresją a autodestrukcją.

Zygmunt Freud w swoich późniejszych pracach postulował istnienie naturalnego, wrodzonego instynktu śmierci (*thanatos*), będącego przeciwieństwem woli życia (*eros*). *Thanatos* to destrukcyjna siła, zwrócona na zewnątrz „przejawia się we wrogości, skłonności do niszczenia i mordowania”, zwrócona do wewnątrz prowadzi do karania samego siebie, aktów autoagresji, a „w skrajnym przypadku przybiera formę samobójstwa”. Według Freuda człowiek dąży do tego, aby tę agresywną energię wyładować, „gdyż w przeciwnym wypadku kumuluje się i powoduje chorobę”, a w końcu dochodzi do „eksplozji”. Koncepcję tę nazywa się czasem „hydrauliczną”, gdyż przypomina wzrastanie ciśnienia gromadzącej się w zbiorniku wody<sup>157</sup>. Jak zwraca uwagę Kubacka-Jasiecka dokonanie zamachu samobójczego pozwala rozładować napięcie, „a także napór tendencji autodestruktywnych – spełniło więc tym samym rolę terapeutyczną” (u osób, które go dokonały). W badaniu porównawczym grupy 60 osób różnej płci po dokonaniu

---

<sup>153</sup> M. Masiak, *Zaburzenia osobowości*, [w:] (red.) A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski, *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992 r., s.116.

<sup>154</sup> Tamże, s.166.

<sup>155</sup> K.R.Jamison, op.cit., s.98.

<sup>156</sup> Tamże, s. 106.

<sup>157</sup> E. Aronson, *Człowiek – istota społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995,



zamachu samobójczego (badanie Kubackiej-Jasieckiej i B. Dudek) wykazano, iż zamach suicydalnym rozładował napięcie u suicydentów i pozwolił na „odzyskanie jasnego i logicznego toku myślenia”, a także przywrócił im „normalny lęk przed śmiercią” oraz „pragnienie otrzymania pomocy i powrotu do życia”. Reakcja taka wystąpiła u 70% osób poddanych badaniu. Kubacka-Jasiecka nazwała wręcz taką reakcję na próbę samobójczą „niekwestionowaną korzyścią wynikającą z zamachu”<sup>158</sup>. Rozładowanie skumulowanego napięcia poprzez akt samobójczy zdaje się potwierdzać „hydrauliczną” koncepcję samobójstw. Również fakt występowania mniejszej liczby samobójstw u mężczyzn w czasie wojny (gdy agresję wyładować można na zewnątrz) wskazuje na pewną trafność teorii Freuda.

Nie ma wątpliwości co do znaczenia czynników psychopatologicznych w genezie zachowań suicydalnych poszczególnych jednostek. Trudności wiążą się dopiero z określeniem siły wpływu tych czynników. Wyniki programów ochrony zdrowia psychicznego (np. European Alliance against Depression, który doprowadził do zmniejszenia się liczby samobójstw w Europie o 25 %, zwłaszcza wśród młodzieży<sup>159</sup>) wskazują jednak, że profilaktyka zdrowia psychicznego może mieć duże znaczenie w zapobieganiu zachowaniom samobójczym.

## **2.2. UJĘCIE SOCJOPATOLOGICZNE W BADANIU PRZYCZYŃ ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH**

Od wieków toczy się spór o to czy decydujące znaczenie jeśli chodzi o rozmiary i strukturę zjawiska samobójstw mają czynniki psychologiczne i psychiatryczne, czy też społeczne. Andrzej Wąsek ( za G. Simsonem) zwraca uwagę na to, że istnieją poważne różnice między wskaźnikami samobójstw w poszczególnych krajach (np. w Polsce prawie trzy razy mniej zgonów samobójczych niż na Węgrzech). Tej polaryzacji nasilenia samobójstw nie można wytłumaczyć jedynie względami medycznymi (choroby i zaburzenia psychiczne), gdyż za nieprawdopodobne uważa A. Wąsek, aby zjawisko chorób psychicznych i innych zakłóceń funkcjonowania psychiki człowieka występowało również w tak różnych rozmiarach (mierząc

---

s. 304-305.

<sup>158</sup> D. Kubacka-Jasiecka, Op. cit., s. 212

<sup>159</sup> J. Cz. Czabała i wsp., *Promocja zdrowia psychicznego..., op.cit.*, [w:] „Suicydologia”, t.4, nr1, 2008, s. 4.

liczbami bezwzględny) między poszczególnymi państwami. Nieprawdopodobne jest stwierdzenie, że w danym państwie występuje zawsze stała, bardzo różna od innych państw, liczba osób (na 100 tys. ludności) mających problemy ze swoim zdrowiem psychicznym<sup>160</sup>. Te różnice między państwami lepiej tłumaczą różnorodne czynniki społeczne. W poprzednim podrozdziale tej pracy wskazano na obecność w historii badań nad zachowaniami suicydalnymi dwóch podejść: psychopatologicznego Freuda i socjopatologicznego Durkheima. To właśnie E. Durkheim w swoim klasycznym dziś dziele o tematyce suicydologicznej - książce "Samobójstwo" z 1897 r. zwrócił uwagę na "stałość liczby samobójstw w najważniejszych krajach europejskich" co wskazuje na to, że znaczenie w kształtowaniu się zachowań suicydalnych mają nie tylko czynniki psychologiczne, a tę stałość tłumaczy oddziaływaniem czynników środowiskowych, warunków życia ludności, które są zasadniczo takie same przez dłuższy okres czasu<sup>161</sup>. Wpływ czynników społecznych tłumaczy względnie stałą liczbę samobójstw w poszczególnych krajach, w tym różnice we wskaźnikach samobójstw między tymi państwami.

Na kontrowersje wynikające z bezpośredniego wiązania samobójstw z chorobami i zaburzeniami psychicznymi zwrócono uwagę w poprzednim podrozdziale. Warto zaznaczyć, że w różnych badaniach odsetek samobójców, którzy obciążeni byli chorobami i zaburzeniami psychicznymi jest bardzo różny i waha się od 5% do 94%<sup>162</sup>. Rozbieżności te pozwalają Marii Jarosz postawić tezę, iż zmiany psychopatologiczne są czynnikami usposabiającymi, ale nie determinującymi zachowania autodestrukcyjne. Stwierdza ona, iż w "przytłaczającej, olbrzymiej większości przypadków" zachowania samobójcze mają związek z czynnikami środowiskowymi i psychospołecznymi, a badania empiryczne "wykazują brak korelacji między zaburzeniami psychicznymi a samobójstwem". Co więcej Jarosz zwraca uwagę na "długoletnie kliniczne i psychologiczne" badania samobójców prowadzone w specjalistycznych ośrodkach reanimacji znajdujących się na terenie Francji, które nie wykazały żadnych odchyłeń grupy samobójców od grup kontrolnych. Paradoksalnie jedyna znacząca różnica dotyczyła "niekiedy

---

<sup>160</sup> A. Wąsek, *Prawnokarna problematyka samobójstw*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1982 r., s. 73.

<sup>161</sup> E. Durkheim, *Op. Cit.*, s. 54.

<sup>162</sup> A. Wąsek, *Op. Cit.*, s. 72.

występującej, wyższej od przeciętnej, umiejętności logicznego, racjonalnego myślenia" u osób podejmujących próby autodestrukcji<sup>163</sup>.

Ze względu na czynniki społeczne Durkheim wyróżnił cztery typy samobójstw: egoistyczne, altruistyczne, anomiczne, fatalistyczne, które opisano w pierwszym rozdziale tej pracy<sup>164</sup>. Za szczególnie istotną w genezie zachowań samobójczych Durkheim uznał integrację (bądź jej brak) jednostki ze społeczeństwem. Kiedy ktoś jest silnie zintegrowany z grupą, ze środowiskiem lokalnym, społeczeństwo nie może pozwolić, aby uniknął swoich obowiązków wobec wspólnoty poprzez odebranie sobie życia. Kiedy jednak jednostka odmawia podporządkowania się grupie, swe własne cele i wartości uznaje za ważniejsze, społeczeństwo nie może jej przeszkodzić - tak właśnie następuje samobójstwo egoistyczne. Żadne więzi społeczne nie trzymają wtedy jednostki przy życiu. Silna integracja pozwala korzystać ze wsparcia innych, a ukierunkowanie na wspólny cel odwraca uwagę od własnych problemów jednostki<sup>165</sup>. Jednakże również nadmierna integracja prowadzić może do samobójstwa. Bardzo silne przywiązanie jednostki do grupy, do społecznych norm może skutkować samobójstwem altruistycznym, będącym efektem "presocjalizowania". Często ten typ samobójstwa przybiera formę heroiczną, np. śmierć dla idei czy drugiego człowieka<sup>166</sup>. Podobnie większą liczbę samobójstw na wsi i w miejscowościach o niewielkiej liczbie mieszkańców tłumaczy N. Tetaz nadmierną socjalizacją mieszkańców małych miejscowości. Wynika to z trudności jakie wiążą się z adaptacją nowych przybyszów do "superzintegrowanej" wspólnoty lokalnej<sup>167</sup>. Integracja (rozumiana jako łączenie, scalenie, "prowadzące do tworzenia się pewnych całości społecznych", grup wspólnot) opiera się na zjawisku "więzi społecznej". Wiąż społeczna "presądza o integracji lub dezintegracji wspólnot od rodziny poczynając, do - rodziny rodzin czyli narodu". Brak więzi prowadzi do rozbicia i zaniku poczucia wspólnoty zbiorowości<sup>168</sup>. Według Ossowskiego na więź społeczną składa się "aprobująca świadomość przynależności do grupy, tendencja do zachowania najważniejszych konformizmów grupowych, kult wspólnych wartości, świadomość wspólnych interesów, ale i gotowość do

---

<sup>163</sup> M. Jarosz, *Samozniszczenie. Samobójstwo...*, op.cit., s. 50-51.

<sup>164</sup> Patrz: 1.2. Rodzaje i rozmiary zachowań suicydalnych, s. 16-17.

<sup>165</sup> E. Durkheim, *Op. Cit.*, s. 265.

<sup>166</sup> I. Pospizyl, *Op. Cit.*, s. 104.

<sup>167</sup> N. Tetaz, *Op. Cit.*, s. 36.

<sup>168</sup> M. Muskała, *Wiąż osadzonych recydywistów ze środowiskiem*, Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego Oddział w Poznaniu, Poznań 2006, s. 9 i 12.

przedkładania interesów grupy przed interesy osobiste, jeżeli taki konflikt zajdzie albo przynajmniej przekonanie, że się powinno interes grupy przedkładać nad swój"<sup>169</sup>. Wyczerpującą definicję więzi społecznej przedstawia J. Szczepański, który definiuje więź jako "zorganizowany system stosunków, instytucji, środków kontroli społecznej, skupiający jednostki, podgrupy i inne elementy składowe zbiorowości w całości zdolne do trwania i rozwoju"<sup>170</sup>. Mamy więc do czynienia z następującymi komponentami więzi:

- a) styczność przestrzenna,
- b) styczność i łączność psychiczna,
- c) styczność społeczna,
- d) wzajemne oddziaływanie,
- e) wzory działań społecznych,
- f) stosunki społeczne,
- g) zależności społeczne,
- h) instytucje społeczne,
- i) kontrola społeczna,
- j) organizacje społeczne<sup>171</sup>.

Można założyć, że w przypadku samobójców, których więzi ze środowiskiem społecznym są nadwątlone, osłabły te komponenty (lub ich większość), bądź nie występują.

Dezorganizacja społeczna „to stan zakłócenia więzi międzyludzkich w stopniu uniemożliwiającym realizację niezbędnych zadań grupowych”. Jak zaznacza P. Rybicki: „Każda kultura (...) mieści w sobie pojęcie dobra i zła (...), niosą one pewne imperatywy działania (...). Z pojęć dobra i zła rodzą się, więc siły, które urabiają kłębowisko dążeń ludzkich (...) powstają wielkie regulatory działalności ludzkiej”. W sytuacji dezintegracji społecznej te „regulatory” przestają działać<sup>172</sup>. Pojawia się stan normatywnego chaosu, w którym nie wiemy czym się kierować, nasze zachowania nie spotykają się ze społeczną aprobatą, czy dezaprobatą, gdy "normy życia społecznego ulegają dewaluacji", a "reguły gry" stają się niejasne<sup>173</sup>.

---

<sup>169</sup> S. Ossowski, *O osobliwościach nauk społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1962, s. 52.

<sup>170</sup> M. Muskała, op.cit., s. 14.

<sup>171</sup> Tamże, s. 14.

<sup>172</sup> M. Jarosz, *Samobójstwo: ucieczka przegranych*, op.cit., s. 64-66.

<sup>173</sup> Tamże, s. 51.

Chaos normatywny jest widoczny chociażby w coraz większym przyzwoleniu dla aktów samobójczych. To rozprężenie normatywne może wiązać się z faktem wielkiej rewolucji jaka wiąże się ze zmianą społeczeństwa, przechodzeniem z epoki II fali do społeczeństwa III fali, gdy stare zasady przestają obowiązywać, a nie wykształciły się jeszcze nowe, a przedstawiciele obu prądów walczą bądź o zachowanie status quo, bądź wprowadzenie nowego ładu społecznego (według filozofii ukazanej przez Alvina Tofflera w "Trzeciej fali"). W sytuacji chaosu i normatywnego rozprężenia zachowania indywidualnej jednostki w za małym stopniu są stymulowane i kontrolowane przez społeczeństwo. W efekcie dochodzić może do tzw. "samobójstw anomicznych" (za klasyfikacją Durkheima). Według Tofflera "dziś we wszystkich społeczeństwach technologicznych kruszą się i rozpadają te instytucje, od których zależy więź między ludźmi. W rezultacie plaga samotności rozszerza się", a "rozpad społeczeństwa masowego (...) zwiastuje (...) powszechną chorobę izolacji". Zapobiec tej "chorobie" można jedynie poprzez odbudowywanie więzi społecznych, poczucia wspólnoty<sup>174</sup>. Wpływ dezintegracji społecznej na wzrost liczby samobójstw może tłumaczyć również zwiększającą się liczbę samobójstw na wsi i przeważanie współczynnika na wsi nad miastami w Polsce. Mianowicie na wsi miałyby dochodzić do "Wielkiej Zmiany", a więc do takich samych zmian, które zaszły już w miastach, polegających na "osłabieniu więzi rodzinnych, sąsiedzkich i środowiskowych i związane z tym poczucie izolacji i osamotnienia, narastające procesy dezintegracyjne"<sup>175</sup>. Zagrożenie zamachem samobójczym zawsze jest większe na początku zachodzących "bolesnych" zmian, gdy nie jesteśmy na nie przygotowani i gotowi do adaptacji. Takie zmiany stylu życia, związane z osłabieniem więzi społecznych zachodzą właśnie na wsi prowadząc do większej liczby samobójstw na wsi<sup>176</sup>. Na znaczenie więzi społecznych jako czynnika ochronnego i suicydogenności dezintegracji społecznej wskazuje również spadek liczby samobójstw w Polsce (o 35%) w 1981 r., co miało związek z nadziejami pokładanymi w "Solidarności" i dowodzi znaczenia integracji społecznej, gdy wszystkich łączył wspólny wróg - "Oni"<sup>177</sup>. Po roku 1982, w okresie stanu wojennego, integracja społeczeństwa wokół wspólnych celów i wartości ustąpiła

---

<sup>174</sup> A. Toffler, *Trzecia fala*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1985, s. 414-415.

<sup>175</sup> M. Jarosz, *Samobójstwo: ucieczka przegranych*, op.cit., s. 96

<sup>176</sup> Tamże, s. 96.

<sup>177</sup> Tamże, s. 85.

miejsca procesom dezintegracji i dało się zauważyć rosnącą liczbę samobójstw. Zaznaczyć należy, iż w 1981 r. **jedyną** grupą o podwyższonych wskaźnikach samobójstw była grupa kierowników wyższego szczebla (tzw. decydentów), a więc osób niezintegrowanych ze społeczeństwem skupionym wokół ideałów "Solidarności". W czasie stanu wojennego obserwujemy zjawisko odwrotne - spadek samobójstw u decydentów i wzrost wśród innych grup społecznych<sup>178</sup>. Te wszystkie fakty pozwalają Marii Jarosz na postawienie tezy, że "im wyższe są współczynniki śmierci samobójczej, tym silniejsza dezintegracja zbiorowości, im są niższe - tym wyższa integracja i lepsza kondycja społeczeństwa", a więc "samobójstwo jako zjawisko społeczne należy zatem badać jako efekt dezintegracji społeczeństwa, a nie jako przejaw dezintegracji osobowości samobójcy. Nie oznacza to lekceważenia indywidualnych motywów działań samobójczych, ale przesunięcie zainteresowań z działań jednostkowych na działania stanowiące ich wspólny mianownik: warunki społeczne zapobiegające lub sprzyjające zamachom na własne życie"<sup>179</sup>. Celem kierunku socjologicznego w badaniu przyczyn zachowań autodestrukcyjnych jest zatem próba ustalenia wspólnych źródeł determinujących nasilanie się zachowań samobójczych, ich wspólne uwarunkowania, społeczny kontekst<sup>180</sup>.

Wstrząsy społeczne (wojny i kryzysy gospodarcze, naturalne) mają duży wpływ na liczbę samobójstw. Zwiększają ich wskaźnik, ale paradoksalnie jeśli prowadzą do integracji społeczności mogą doprowadzić do zmniejszenia natężenia tego zjawiska. Nie ma większego znaczenia czy w wyniku kryzysu dochodzi do pogorszenia warunków bytowych, gdyż liczba samobójstw wzrasta również w przypadku nagłego wzrostu dobrobytu. Nędza może wręcz chronić przed samobójstwem<sup>181</sup>. Durkheim stwierdza, iż samobójstwo nie tylko nie wynika z wysokich kosztów utrzymania dużej rodziny, ale im liczniejsza rodzina tym bardziej ciągłe są kontakty między jej członkami co zwiększa integrację tej grupy (niezależnie od biedy jaka często towarzyszy rodzinom wielodzietnym)<sup>182</sup>. W kryzysach nie tyle chodzi o pogorszenie sytuacji ekonomicznej, materialnej, ale o zakłócenie porządku zbiorowego, kryzys jako taki, wielką zmianę. Granice zaspokajania ludzkich potrzeb i aspiracji są określone dla każdej jednostki przez

---

<sup>178</sup> Tamże, s. 155.

<sup>179</sup> Tamże, s. 9 i 36.

<sup>180</sup> M. Jarosz, *Samozniszczenie. Samobójstwo...*, op.cit., s. 55.

<sup>181</sup> E. Durkheim, *Op. Cit.*, s. 305-308 i 316.

<sup>182</sup> Tamże, s. 255.

społeczeństwo, w którym ona funkcjonuje. To ograniczenie pozwala ludziom spokojnie egzystować, bo gdyby nic nie stanowiło tamy ograniczającej pragnienia ludzie nie byłiby w stanie dążyć do tego co faktycznie mogą osiągnąć, a niezaspokojone (wciąż nowe i inne, wyższe) pragnienia i aspiracje powodują cierpienie wynikające z odczuwanej frustracji. Zmiana statusu materialnego powoduje rozchwianie ludzkich potrzeb i aspiracji, które wcześniej były ograniczone, a te granice jednostce znane. Ludzie nie potrafią się dostosować do nowej sytuacji, ograniczyć bardziej swoich potrzeb, bądź wyznaczyć realną granicę nowych, gdy mają nieskończone możliwości. Im większe bogactwo tym mniejsze poczucie ograniczenia i tym trudniejsze do zniesienia wydaje się jakiegokolwiek ograniczenie. Oczywiście również niski status społeczno-ekonomiczny prowadzi do rozwoju tendencji suicydalnych. Gdy ludzie nie mogą zrealizować swoich pragnień w rzeczywistym życiu odchodzą do "niereczywistości"<sup>183</sup>. W dzisiejszych czasach (różniących się od rzeczywistości, w której żył Durkheim), gdy ludzie mają większą możliwość awansu społecznego, przy większej ruchliwości społecznej pionowej i niższym stopniu kontroli społecznej pojawia się pytanie, jak wielkie znaczenie ma niemożność realizacji pragnień i aspiracji oraz ich dostosowanie do realiów w kształtowaniu się zachowań samobójczych. "Działania autodestrukcyjne podejmowane są bowiem z reguły jako przejaw wyobcowania ze środowiska rodzinnego, zawodowego, społecznego **w sytuacji blokady dążeń do pełnienia określonych ról społecznych**"<sup>184</sup>. Niemożność realizacji aspiracji, pełnienia określonych ról to silny czynnik suicydogenny, który wraz z brakiem wsparcia społecznego może tłumaczyć wysoki odsetek samobójstw wśród bezrobotnych.

### 2.3. SKUTKI SPOŁECZNE ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH

Erwin Ringel cytując Alfreda Adlera pisze, iż „samobójstwo jest problemem indywidualnym, ale ma swoje społeczne przyczyny i skutki”<sup>185</sup>. Każdy z nas jest bowiem członkiem społeczeństwa, nasze decyzje i nasz los mają wpływ na życie

---

<sup>183</sup> Tamże, s. 317-322.

<sup>184</sup> M. Jarosz, *Samobójstwo: ucieczka przegranych*, op.cit., .s. 104.

<sup>185</sup> E. Ringel, *Gdy życie traci sens...*, op.cit., s. 113.

innych ludzi. Obrazuje to cytat z „Devotions” Johna Donne’a (stanowiący motto Międzynarodowego Stowarzyszenia Zapobiegania Samobójstwom): „Żaden człowiek nie jest wyspą, tylko sam dla siebie. Każdy jest skrawkiem kontynentu, częścią całości. Śmierć każdego innego dotyczy również mnie, bo jestem włączony w ludzkość. Dlatego nigdy nie pytaj, komu bije godzina, ona bije dla Ciebie”<sup>186</sup>. To powiązanie jakie łączy człowieka z resztą świata było przyczynkiem do wyrażenia przez św. Tomasza z Akwinu myśli, iż samobójstwo jest przejawem lekceważenia społeczeństwa przez suicydenta: „Samobójstwo jest czynem aspołecznym, człowiek jest częścią społeczeństwa, potrzebną i pożyteczną dla całości. Odbierając sobie życie wyrządzamy krzywdę społeczeństwu, państwu, rodzinie”. Krzywda ta polegać ma na pozbawieniu społeczeństwa, w którym żyjemy „potencjalnego wkładu, który moglibyśmy wnieść do jego rozwoju”, korzyści jakie społeczność odniosłaby z naszego życia i pracy na rzecz innych. Każda jednostka stanowi zasób społeczeństwa, którego jest częścią, a samobójstwo prowadzi do umniejszenia kulturowych i materialnych zasobów grupy, w której funkcjonuje. Co istotne akt samounicestwienia nadweręża także psychiczną odporność społeczności<sup>187</sup>. Ten wpływ samobójstwa na odporność psychiczną grupy sprawia, że suicydent staje się niebezpieczny dla ładu społecznego, gdyż przekreśla wartość życia, która to wartość jest niezbędna dla społecznej stabilności. Samobójca narusza fundamenty na jakich zbudowane jest życie społeczne, tworząc w ten sposób niebezpieczny precedens. Gdy inni starają się żyć, on swoim zachowaniem daje do zrozumienia, że życie nie jest wartością, nie ma sensu. W celu promowania postaw afirmujących życie, bez których istnienie społeczeństwa nie byłoby możliwe podtrzymuje się przekonanie o tym, że człowiek negujący wartość życia musi być psychicznie zaburzony (co Bałandynowicz uznaje za jeden ze społecznych mitów związanych z postrzeganiem zjawiska samobójstwa<sup>188</sup>). W ten sposób choroba psychiczna samobójcy miałaby rozgrzeszać społeczeństwo, niwelować poczucie winy z powodu doprowadzenia do własnowolnej śmierci członka zbiorowości, bądź nieumiejętności zatrzymania go przy życiu, a co najważniejsze budować wiarę w to, że negacja życia to przejaw psychicznej patologii, bo nikt przy zdrowych zmysłach nie zaprzeczyłby, że życie

---

<sup>186</sup> E. Ringel, *Nerwica a samozniszczenie*, op.cit., s. 111.

<sup>187</sup> E. Ryn, *Śmierć samobójcza w wierzeniach religijnych i poglądach filozofów na przestrzeni wieków*, [w:] (red.) D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń, *Kryzys. Interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2005, s. 86.

<sup>188</sup> A. Bałandynowicz, op.cit., s. 79.



ma sens. Ludzie, którzy dzielą się autodestrukcyjnymi myślami z innymi, bądź odbierają sobie życie „oddziaływają suicydogennie na innych”<sup>189</sup> „zarażając” tendencjami samobójczymi innych. Przedstawianie ich jako psychicznie chorych ma osłabić ich suicydogenny przekaz i zminimalizować negatywne skutki społeczne wynikające z ich samobójstwa.

Akty samobójcze nie są zabronione w naszym kraju przez skodyfikowane normy prawne. Nie ma penalizacji samobójstwa. Jednakże odebranie sobie życia wiąże się ze złamaniem niepisanych reguł życia zbiorowego, prawa społeczeństwa i prawa naturalnego (*lex naturae*), to ucieczka od odpowiedzialności za życie swoje i innych, odrzucenie zbiorowości i społecznych reguł. „Na moment przed skokiem suicydant deprecze prawo natury, rzuca je niewidomym prawodawcom pod nogi, jak teatralny mąż stanu swemu partnerowi układ, który w tym momencie staje się już tylko świstkiem papieru. Człowiek szukający własnowolnej śmierci (...) zgaszonym głosem mówi: „Być może trzeba, ale ja nie chcę i nie ugnę się pod przymusem napierającym na mnie z zewnątrz jako prawo społeczeństwa, od wewnątrz zaś jako *lex naturae*, którego jednak respektować nie mam już ochoty” – pisze Ringel cytując Jeana Amery’ego<sup>190</sup>. Człowiek, który w tak dramatyczny sposób odrzuca reguły społeczne może stać się negatywnym wzorem dla innych. Jego czyn prowadzi do naruszenia zbiorowego ładu, a co gorsza (dla społeczeństwa) może to przekonać innych, że samobójstwo jest skuteczną i akceptowalną (jeśli dokonują go osoby sławne, bądź inne – pełniące rolę autorytetów dla danej jednostki) metodą rozwiązywania problemów (czy też raczej ucieczki od nich), bądź pełnym romantyzmu sprzeciwem wobec świata, którego nie akceptujemy. Samobójstwo jednego człowieka oddziałuje suicydogennie na innych, a przekaz medialny ukazujący przypadki odebrania sobie życia potęguje negatywne skutki społeczne wpływając na przekonanie o racjonalności własnowolnej śmierci u osób o skłonnościach suicydalnych. „(...) Rozgłos wokół czyjegoś samobójstwa ułatwia decyzję o własnym samobójstwie innym, podobnym do samobójcy osobom, które przekonane zostały, że jest to właściwy dla nich sposób postępowania”<sup>191</sup>. Zjawisko to nazywa się powszechnie „efektem Wertera”.

Negatywnych skutków samobójstwa doświadczają w szczególności osoby

---

<sup>189</sup> M. Jarosz, *Samozniszczenie...*, op.cit., s. 53.

<sup>190</sup> E. Ringel, *Gdy życie traci sens*, op.cit., s. 260.

<sup>191</sup> R. Cialdini, *op.cit.*, s. 141.

bliskie samobójcy – rodzina i przyjaciele. Borykają się oni z poczuciem winy i wstydu. Często rodzina samobójcy bywa postrzegana w środowisku „jako psychicznie niestabilna lub odpowiedzialna za dramat” i musi radzić sobie nie tylko z faktem tragicznej śmierci osoby bliskiej, ale też z negatywnym stygmatem jakim zostaje naznaczona przez otoczenie<sup>192</sup>. Kay Redfield Jamison przytacza za M. I. Salomonem dane, z których wynika, iż 1/3 osób bliskich samobójcy „żyje w poczuciu społecznego potępienia”<sup>193</sup>. Poczucie winy, „wyrzut ocalałych”, społeczny stygmat, a także negatywny przykład rozwiązywania problemów przez samobójstwo to przyczyny tzw. „tradycji suicydalnej”, o której wspomniano w pierwszym rozdziale niniejszej pracy przy omawianiu jednej z grup ryzyka – „krewnych samobójców”. Zaskoczeniem może być fakt, iż samobójstwo osoby bliskiej może również mieć swoje pozytywne skutki, ale 10 % „członków rodziny samobójców” przyznało się do uczucia ulgi związanej z położeniem kresu cierpieniom samobójcy i jego rodziny<sup>194</sup>.

Badanie przyczyn zachowań samobójczych historycznie rzecz biorąc obejmowało dwa podejścia: psychopatologiczne i socjopatologiczne. Pierwsze podejście skupia się na przyczynach psychologicznych i psychiatrycznych w psychice suicydenta upatrując źródła patologicznych reakcji. Wykazano, że cechy psychiczne, choroby i zaburzenia mają wpływ na kształtowanie się tendencji suicydalnych. Szczególne znaczenie przypisuje się występowaniu depresji. Kontrowersje dotyczą jedynie tego jak wielkie jest znaczenie uwarunkowań psychopatologicznych w powstawaniu syndromu presuicydalnego. Wśród socjologów dominuje pogląd, że czynniki psychopatologiczne są czynnikami usposabiającymi do zachowań samobójczych, ale nie determinują pojawienia się takich zachowań, gdyż ich pojawienie się zależne jest od warunków środowiskowych, społecznych, na których skupia się socjopatologiczny kierunek badań. Kluczową rolę wśród społecznych uwarunkowań postaw autodestrukcyjnych odgrywa poczucie więzi z innymi ludźmi, bądź jego brak. Wsparcie udzielane przez społeczeństwo osobie znajdującej się w grupie ryzyka suicydalnego i poczucie bycia

---

<sup>192</sup> I. Pospiszyl, *op.cit.*, s. 94-95.

<sup>193</sup> K.R. Jamison, *op.cit.*, s. 273.

<sup>194</sup> Tamże, s. 274.

potrzebnym, stanowienia części zbiorowości zmniejsza prawdopodobieństwo dokonania aktu samobójstwa. Wyjątkiem są „samobójstwa altruistyczne”, które jako akty poświęcenia nie są przez, niektórych suicydologów uznawane za samobójstwa sensu stricte. W dobie obecnej badacze problemu przychylają się ku bardziej kauzalnym ujęciom przyczyn zachowań samobójczych obejmującym zarówno wiedzę na temat struktury psychicznej suicydenta jak i jego środowiska społecznego oraz poszukującym zależności między uwarunkowaniami psychicznymi i społecznymi.

Zachowania samobójcze suicydentów mają nie tylko społeczne przyczyny (na co wskazuje socjopatologia samobójstw), ale i skutki, które dotyczą społeczeństwo, którego częścią jest (był) samobójca. Własnowolna śmierć narusza reguły społeczne, stwarza zagrożenie poprzez zaprzeczenie wartości życia (na której opiera się społeczeństwo) przez osobę, która zadała sobie śmierć. Stanowi negatywny przykład strategii rozwiązywania problemów, sprawia, iż osobom podatnym na suicydalne sugestie łatwiej przychodzi podjęcie decyzji o autodestrukcji. Poza tym samobójca pozostawia po sobie pogrążoną w smutku rodzinę i przyjaciół, którzy muszą zmagać się z poczuciem winy i negatywnym stygmatem narzuconym na bliskich suicydenta przez społeczeństwo.

## ROZDZIAŁ III

### PROFILAKTYKA SAMOBÓJSTW ORAZ POMOC ŚWIADCZONA KREWNYM I BLISKIM SAMOBÓJCZY W OBSZARZE PRACY SOCJALNEJ

Rozdział ten dotyczy możliwości zapobiegania samobójstwom przez pracowników socjalnych. Celem jest ukazanie znaczenia pracy socjalnej w profilaktyce antysuicydalnej i konkretnych form pomocy jakie zaoferować może pracownik socjalny osobom z grup ryzyka. Ukazane zostaje zastosowanie narzędzi specyficznych dla pracy socjalnej (Rodzinny Wywiad Środowiskowy, Kontrakt Socjalny) w działalności antysuicydalnej. Rozdział kończy się przedstawieniem metod stosowanych w sytuacji dokonanego samobójstwa w stosunku do krewnych i bliskich ofiary, aby nie doszło do patologicznych form przeżywania żałoby i samobójstw naśladowczych (tradycja suicydalna).

#### 3.1. UMIEJSCOWIENIE PROFILAKTYKI ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH W ZAKRESIE PROBLEMATYKI PRACY SOCJALNEJ

„Kto ratuje jedno życie, ratuje cały świat”  
(Dewiza z mądrości Talmudu wypisana na medalu „Sprawiedliwy wśród Narodów Świata)

Celem profilaktyki „w przypadku samobójców musi być dopomożenie człowiekowi, by przezwycięzył kryzys, by wyzwolił się z choroby psychicznej i powrócił do życia godnego człowieka. Samo ratowanie życia nie jest wystarczającym celem, jeśli potem obojętnie pozostawiamy chorego w dotychczasowej sytuacji kryzysowej”<sup>195</sup>. Ostatecznie należy, więc dopomóc potencjalnemu samobójcy w przezwycięzeniu sytuacji kryzysowej (a nie jedynie uniemożliwić mu własnowolne zakończenie życia). Do placówek świadczących pomoc na wypadek kryzysu należą **przede wszystkim** takie instytucje jak: Ośrodki Pomocy Społecznej i Centra bądź Ośrodki Interwencji Kryzysowej<sup>196</sup>, w których

---

<sup>195</sup> H. Bortnowska, *Sens choroby. Sens śmierci. Sens życia*, Wydawnictwo Znak, Kraków 1993 r., s. 210.

<sup>196</sup> A. Staszewska, *Strategie zapobiegania samobójstwom wśród dzieci i młodzieży*, [w:] *Zapobieganie samobójstwom...*, op.cit., s. 57.

„jednostki zagrożone samobójstwem objęte są opieką wysoko wyspecjalizowanej kadry (...) pracowników socjalnych”<sup>197</sup>. Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.<sup>198</sup> pomocy społecznej udziela się „w szczególności z powodu: zdarzenia losowego i **sytuacji kryzysowej**” (art. 7 pkt 14), a w przypadku wystąpienia takiej sytuacji pracownik socjalny powinien udzielić pomocy w formie interwencji kryzysowej czy specjalistycznego poradnictwa (art. 36 pkt 2g)h ). Interwencja kryzysowa ma na celu „przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności radzenia sobie” (art. 47 ust.1), a sama pomoc społeczna ma umożliwić „osobom i rodzinom przezwycięzenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać” (art. 2 ust.1), przy czym trzeba pamiętać, że niemożność przezwyciężenia trudnej sytuacji często prowadzi do podejmowania ostatecznego rozwiązania, czyli do ucieczki ze świata poprzez samobójstwo. Ustawowe zadanie pomocy społecznej, czyli umożliwienie ludziom życia „w warunkach odpowiadających godności człowieka” (art.3 ust.1) brzmi dokładnie jak cel profilaktyki suicydalnej cytowany już za Bortnowską, a więc przezwycięzenie kryzysu i sprawienie, by człowiek „powrócił do życia godnego człowieka”. **Najskuteczniejszym** sposobem przeciwdziałania zachowaniom samobójczym (jak zauważył to Shneidman ze swoimi współpracownikami w 1976 r.) jest edukacja społeczna na temat tego zjawiska, a w szczególności przygotowywanie „specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym i **personelu instytucji służb społecznych**” w zakresie znajomości sygnałów świadczących o możliwości podjęcia zamachu na własne życie, a także sposobu myślenia i zachowania osób o tendencjach prosuicydalnych<sup>199</sup>. Duże znaczenie ma więc odpowiednie przygotowanie pracowników socjalnych zwłaszcza, że pomocy społecznej udzielają oni (poza sytuacją kryzysową) również z powodu ubóstwa, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, alkoholizmu lub narkomanii, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego (art. 7 pkt 1) 3)-7) 12)-13) Ustawy o pomocy społecznej), innymi słowy z tych powodów, z których (jak napisaliśmy w rozdziale II) samobójcy często podejmują

---

<sup>197</sup> B. Hołyst, *Programy zapobiegania samobójstwom w amerykańskich szkołach*, [w:] *Zapobieganie samobójstwom...*, s. 36-37.

<sup>198</sup> *Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.* (Dz.U. Nr 64, poz. 593), tekst jednolity z dnia 2 października 2009 r. (Dz.U. Nr 175, poz. 1362).

<sup>199</sup> R.K. James, B.E. Gilliland, *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię.*, Wydawnictwo Edukacyjne Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2005 r., s. 278.

decyzję o pozbawieniu się życia (bądź stanowią one czynnik suicydogenny) oraz które dotyczą osób z grup zagrożonych ryzykiem podjęcia próby samobójczej. Pomoc udzielana przez pracowników socjalnych tym osobom może być uznana za „oddziaływanie na grupę potencjalnie zagrożoną pojawieniem się postaw prosuicydalnych”<sup>200</sup>, a więc za drugi poziom profilaktyki suicydalnej według B. Hołysta. Co więcej zagrożenie bytu materialnego, czyli grupa czynników silnie suicydogennych, np. zwolnienie z pracy, zagrożenie zawodowej pozycji, a także strata dóbr materialnych oraz poważne i długotrwałe trudności materialne prowadzące do ubóstwa<sup>201</sup> to czynniki, w których przezwyciężeniu główną rolę odgrywają pracownicy socjalni ustalając prawo do różnego rodzaju świadczeń pieniężnych przewidzianych Ustawą o pomocy społecznej i innymi aktami prawnymi. Wyłączne prawo pracowników pomocy społecznej do udzielania świadczeń pieniężnych osobom zagrożonym ubóstwem (ustawowym) sprawia, iż spełniają oni podstawową rolę w zapobieganiu samobójstwom motywowanym czynnikami finansowymi. Również w przypadku aktów samobójczych, które mogą wynikać z przyczyn psychopatologicznych, takich jak brak konstruktywnych, skutecznych strategii radzenia sobie i rozwiązywania problemów co prowadzi do stosowania rozwiązań o charakterze bierno-zależnym (groźby i próby samobójcze), a w ostateczności do ucieczki od sytuacji problemowej (poprzez samobójstwo) znaczącą rolę odegrać mogą pracownicy socjalni poprzez zastosowanie w pracy z jednostką lub rodziną odpowiednich metod terapeutycznych. Mimo, iż w dobie obecnej pracownicy pomocy społecznej nie mają zbyt wiele czasu na właściwą pracę z klientem, a system kształcenia pracowników socjalnych sprawia, iż „brak im pewności siebie co do zastosowania jakichkolwiek środków terapeutycznych”<sup>202</sup> i prowadzi do przekonania, że terapia zabiera zbyt wiele czasu w sytuacji, gdy pracownik ma do rozwiązania problemy wielu rodzin, a przełożeni oczekują, iż zajmie się on wypełnianiem szeregu dokumentów (co biurokratyzuje instytucjonalną pomoc społeczną) to zastosowanie metod terapeutycznych w praktyce pracy socjalnej może przynieść znaczące efekty, także na niwie profilaktyki presuicydalnej. Najlepsze efekty przynieść może trening uodparniający na stresy (SIT – *Stress*

---

<sup>200</sup> A. Bałandynowicz, op.cit., s.96.

<sup>201</sup> S. Puzyński, *Samobójstwa i zaburzenia psychiczne (zwłaszcza depresja)* [w:] (red.) A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski, *Psychiatria: podręcznik...*, op.cit., s. 220.

<sup>202</sup> W. Dryden, M. Scott, *Krótkie, ustrukturalizowane a efektywne podejście do praktyki prowadzenia pracy socjalnej: perspektywa poznawczo-behawioralna*, [w:] J. Lishman (red.), *Podręcznik teorii dla*

*Inoculation Training*), który pozwala na zredukowanie napięcia i nauczenie klienta radzenia sobie w sytuacjach stresowych, a także terapia ucząca rozwiązywania problemów (*Problem Solving Therapy*), w której pracownik socjalny i klient pracują wspólnie nad ściśle określonym problemem klienta starając się wygenerować jak najwięcej możliwych rozwiązań, wybrać najlepsze z nich i wcielić w życie. *Problem Solving Therapy* może być stosowany zarówno do rozwiązywania problemów interpersonalnych klienta jak i do sytuacji problemowych o innym charakterze<sup>203</sup>. Potencjalny samobójca w stanie presuicydalnym nie jest w stanie dostrzec alternatywnych (do samobójstwa) rozwiązań swojej sytuacji (zawężenie poznawcze) i poradzić sobie z wewnętrznym napięciem co popycha go (zawężenie dynamiczne) do ostatecznego wyjścia z nieznośnego stanu w jakim się znalazł – do odebrania sobie życia. Opisanie wyżej poznawczo-behawioralne metody pracy socjalnej z klientem mogą pomóc mu wyrwać się ze stanu presuicydalnego i w konsekwencji uratować klientowi życie. Terapia poznawczo-behawioralna (w tym wzmiankowane techniki) znajduje się w programie nauczania pracowników socjalnych i poznają oni tego rodzaju metody podczas swoich studiów. Niestety takiemu psychologicznemu ujęciu w praktyce pracy socjalnej nie poświęca się zbyt wiele miejsca w toku kształcenia przyszłych pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, a nauczyciele zawodu skupiają się na umiejętności wypełniania dokumentacji (Kwestionariusza Rodzinnego Wywiadu Środowiskowego, Kontraktu Socjalnego, Planu pomocy) i znajomości odpowiednich przepisów prawnych obowiązujących pomocy społecznej. Należy zwrócić uwagę na konieczność położenia większego nacisku na nauczanie adeptów pracy socjalnej korzystania z metod terapeutycznych w praktyce pracy socjalnej, aby nie ograniczali się oni do najmniej angażującego rodzaju działania, czyli przyznawania świadczeń pieniężnych, co również u klientów pomocy społecznej tworzy mylne wyobrażenie, iż Ośrodki Pomocy Społecznej zajmują się jedynie dawaniem pieniędzy i dlatego po taki rodzaj wsparcia klienci zgłaszają się najczęściej (przy czym przyznanie świadczenia pieniężnego w postaci zasiłku bez zaoferowania innych form pomocy rzadko prowadzi do rozwiązania kryzysu), a te osoby, bądź rodziny, których problemem nie jest ubóstwo materialne rzadziej uznają instytucje pomocy socjalnej za miejsce, w którym mogą uzyskać wsparcie. Umiejętność ustalania prawa do zasiłku i posługiwania się przepisami

---

*nauczycieli praktyki w pracy socjalnej*, Wydawnictwo Interart, Warszawa 1996 r., s. 227.

<sup>203</sup> Tamże, s. 230.

prawnymi bez znajomości technik terapeutycznych sprawia, iż pracownicy socjalni (jak zauważyli cytowani wcześniej Dryden i Scott) czują się bezradni w zetknięciu chociażby z klientem o tendencjach suicydalnych, który potrzebuje raczej pracownika znającego wyżej wymienione techniki, a nie pomocy finansowej. Jest to niezmiernie ważne, gdyż pracownicy socjalni są (ze względu na organizacje terytorialną jednostek pomocy społecznej, o czym szerzej będzie jeszcze mowa) najczęściej pierwszymi osobami, z którymi stykają się jednostki w sytuacji kryzysowej, gdy konieczne jest podjęcie szybkiej interwencji. Szczególne znaczenie w profilaktyce zachowań suicydalnych ma „pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych” (art. 6 pkt 12), gdyż jak zostało to opisane w podrozdziale dotyczącym socjopatologicznych uwarunkowań samobójstwa za niezwykle istotną w genezie zachowań samobójczych Durkheim uznał integrację (bądź jej brak) jednostki ze społeczeństwem, a umożliwienie jednostkom i rodzinom funkcjonowania w społeczności to według Ustawy o pomocy społecznej cel pracy socjalnej. Do zadań pracownika socjalnego należy również współpraca z innymi specjalistami i wspólne podejmowanie działań zmierzających do „ograniczenia patologii i skutków negatywnych zjawisk społecznych” (art. 119 ust.1 pkt 7) ) takich jak podejmowanie przez członków społeczeństwa prób samobójczych (dokonanych i usiłowanych). Ze względu na obowiązek powoływania podstawowych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej (Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej) w każdej gminie, a więc już na najniższym szczeblu samorządu terytorialnego pracownicy socjalni stoją na pierwszej linii walki ze skutkami negatywnych zjawisk społecznych. Istnienie Ośrodków Pomocy Społecznej w każdej gminie sprawia, iż pracownicy tych instytucji najszybciej mogą zareagować w sytuacji kryzysu i posiadają najszerszą wiedzę na temat potrzeb i problemów jednostek i ich rodzin. To pracownicy pomocy społecznej pierwsi powinni zauważyć symptomy tendencji suicydalnej u mieszkańca swojego rejonu opiekuńczego i jako pierwsi mają możliwość zareagowania w tej kryzysowej sytuacji. Dlatego tak ważna jest znajomość czynników suicydogennych i cech syndromu presuicydalnego u pracowników instytucji pomocy socjalnej.

Ważnym (aczkolwiek w naszym kraju zaniedbywanym ze względu na biurokratyzację pracy pracowników socjalnych i nadmiar nałożonych na nich obowiązków) działaniem podejmowanym przez pracowników instytucji pomocy



społecznej jest bezpośrednia praca socjalna z rodziną „mającą trudności w wypełnianiu swoich zadań” (art. 70 ust.1 Ustawy o pomocy społecznej). Natomiast badania przeprowadzone przez R. Harringtona i jego współpracowników wskazują, że interwencja (złożona z pięciu spotkań w domach klientów) w rodzinach dzieci i młodocianych, którzy podjęli próbę samobójczą (zatrucie lekami) podjęta przez pracowników socjalnych, mająca na celu postawienie diagnozy problemu, rozwiązanie najważniejszych problemów występujących w danej rodzinie i poprawę komunikacji między jej członkami, doprowadziła do zmniejszenia ryzyka podjęcia kolejnej próby samobójczej i poprawiła funkcjonowanie podjętych badaniem rodzin (w stosunku do grupy kontrolnej, w której zastosowano rutynowe postępowanie bez interwencji w rodzinie pracowników socjalnych)<sup>204</sup>. Wykazano również, że pracownicy społeczni potrafią rzetelnie ocenić stan psychiczny pacjentów dokonujących samookaleczeń, dlatego zmieniono obowiązujące dotąd w Wielkiej Brytanii przepisy, które wyznaczały lekarzy psychiatrów do dokonywania tego typu ocen. Pracownicy służb społecznych po odpowiednim przygotowaniu potrafią również ustalić odpowiednie leczenie po wyjściu ze szpitala<sup>205</sup>. Co za tym idzie pracownicy socjalni nie tylko zajmują się osobami zagrożonymi samobójstwem w ramach instytucji, w których pracują i przepisów prawnych jakie ich obowiązują, ale również prowadząc działalność o charakterze profilaktyki suicydalnej odnoszą w tej dziedzinie znaczące sukcesy.

### 3.2. FORMY POMOCY OSOBOM Z GRUP RYZYKA

W pierwszym rozdziale niniejszej pracy wymieniono i opisano szereg osób zagrożonych ryzykiem dokonania próby samobójczej. Różnorodność tych grup i ich specyfika sprawia, iż należy zastosować zróżnicowane podejście profilaktyczne w zależności od tego z przedstawicielem jakiej grupy ryzyka przyjdzie nam pracować. Najmłodsza znacząca grupa zagrożona ryzykiem dokonania próby samobójczej to **osoby w okresie dorastania i młodzi dorośli**. Zamachy samobójcze w tej grupie określa się mianem adolescencyjnych zachowań samobójczych, czyli wynikających z kryzysów dorastania, wchodzeniem w nowe role społeczne, konfliktów

---

<sup>204</sup> B. Hołyst, *Na granicy życia i śmierci. Studium kryminologiczne i wiktymologiczne*, Wydawnictwo Kodeks Sp. z o.o., Warszawa 2002 r., s. 136-137.

<sup>205</sup> C. Fox, K. Hawton, *Jak – dlaczego – kiedy rozmawiać z młodymi zagrożonymi samobójstwem*, Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2009 r., s. 65.

światopoglądowych. Narastająca fala tendencji samobójczych wśród młodzieży wymaga szczególnego zainteresowania pracowników oświaty i stąd potrzeba współpracy pracowników socjalnych z pedagogami, lekarzami i psychologami szkolnymi. Wynika to z faktu, iż działania profilaktyczne powinny być skierowane na zagrożoną jednostkę za pośrednictwem najbliższego otoczenia – szkoły i rodziny. W przypadku rodziny (którą Baładynowicz wymienia jako jedną z dwóch [drugą jest opinia społeczna] grup, do których skierowane powinny być działania profilaktyki uprzedzającej, czyli podejmowanej jeszcze zanim pojawią się jakiegokolwiek zwiastuny tendencji suicydalnych) ważne jest przygotowanie młodych ludzi do prawidłowego pełnienia ról związanych z małżeństwem i macierzyństwem<sup>206</sup>. Jak zauważyliśmy zachowania samobójcze w tym okresie życia są często związane z brakiem umiejętności radzenia sobie młodych ludzi ze zmianami wynikającymi z wchodzenia przez nich w nowe społeczne role. Młody człowiek dorastając ma potrzebę coraz większego uniezależnienia się od rodziców. Może odczuwać presję wynikająca z potrzeby wyboru zawodu, rywalizacji na rynku pracy lub na uczelni, potrzebę finansowej niezależności, a także potrzebę zaangażowania w bliskie związki fizyczne i emocjonalne. Okres adolescencji obejmuje bardzo intensywny rozwojowo czas między 13 r.ż. (u dziewcząt, 14-15 r.ż. u chłopców) do ok. 20 r.ż. Jest to okres pełen konfliktów. Poza wymienionymi wcześniej wyzwaniem związanymi z wkraczaniem w dorosłość jest jeszcze potrzeba wykrystalizowania własnego systemu wartości. To wszystko sprawia, iż jest to „czas dokonywania radykalnych wyborów, łącznie z ostatecznym wyborem pełni życia lub doprowadzenia do własnej śmierci”<sup>207</sup>. Związek dziecka z rodzicami traktowany bywa czasem jako przejaw „pasożytnictwa”. W społeczeństwie, w którym wartością wymienną są pieniądze dziecko nie może nic zaoferować swoim rodzicom, dlatego bywa uważane za coś gorszego i stosownie do tej opinii traktowane. Jest to szczególnie dramatyczne w przypadku młodych dorosłych (20 – 25 r.ż. – tzw. „wyłaniająca się dorosłość” J.J Arnetta<sup>208</sup>) – studentów: długi okres bez pracy zarobkowej, a co za tym idzie przedłużające się uzależnienie od rodziców sprawiają, że traktuje się ich jak dorosłe dzieci, z którymi nie trzeba się liczyć, co jest dla nich

---

<sup>206</sup> A. Baładynowicz, op.cit., s. 95.

<sup>207</sup> G. Corey, M.S. Corey, *Mamy wybór*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2005, s. 79-81.

<sup>208</sup> Tamże, s. 103.

znaczącym obciążeniem psychicznym<sup>209</sup>. Na rodzicach spoczywa obowiązek zaspokajania potrzeb (w tym psychicznych) swoich dzieci. W przypadku braku zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa (gdy brak adolescentom umiejętności sprostanania wyzwaniom jakie niosą nowe role społeczne), potrzeby miłości i szacunku mogą one zanegować wartość swojego życia i w przekonaniu o swojej zbędnej roli w rodzinie, a także będąc przytłoczone nadmiarem obowiązków, wyborów i ze strachu przed zmianami, którym nie potrafią stawić czoła mogą podjąć decyzję o dokonaniu próby samobójczej. U młodych ludzi najczęściej próby samobójcze pełnią rolę „krzyku o pomoc”, gdy komunikacja w rodzinie zawodzi. Ustawa o pomocy społecznej z 2004 r. nakłada na pracowników socjalnych obowiązek pomocy „rodzinie mającej trudności w wypełnianiu swoich zadań”, a także dziecka z tej rodziny, w szczególności w formie rodzinnego poradnictwa, terapii rodzinnej, właściwej pracy socjalnej, a w ostateczności przez zapewnienie dziecku opieki i wychowania poza rodziną (art.70 ust.1)<sup>210</sup>. Próba samobójcza młodego człowieka świadczy o zaburzonych procesach komunikacji wewnątrz rodziny. Jest to próba zwrócenia uwagi na siebie i swoje problemy w sytuacji, gdy wcześniejsze (np. werbalne) komunikaty były bagatelizowane. Młody człowiek chce, aby w końcu potraktowano go poważnie. Terapię rodzinną pracownik społeczny powinien, więc ukierunkować na poprawę komunikacji wewnątrz rodziny (inne warunki rodzinne, które mogą mieć znaczenie i wymagałyby zmiany poprzez terapię rodzinną to struktura rodziny, jej interakcje ze środowiskiem, procesy wewnątrzrodzinne i podział ról między członkami rodziny), aby nikt nie musiał sygnalizować swoich problemów w tak dramatyczny sposób. Do zmiany wzorów komunikacji można doprowadzić poprzez modyfikację zachowań w terapii rodzinnej w ramach podejścia behawioralnego. Trzeba zacząć od zidentyfikowania określonych zachowań członków rodziny i pomóc im w modyfikacji wzorców komunikacji. Przydatne tu techniki to „trening w porozumiewaniu się, w samodzielnym wykorzystywaniu podejść behawioralnych przez członków rodziny oraz w ustanawianiu kontraktów między nimi”<sup>211</sup>. Odrębna praca może zostać przeprowadzona z rodzicami, czyli z

---

<sup>209</sup> E. Ringel, *Gdy życie traci sens*, op.cit., s. 35.

<sup>210</sup> *Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.* (Dz.U. Nr 64, poz. 593), tekst jednolity z dnia 2 października 2009 r. (Dz.U. Nr 175, poz. 1362).

<sup>211</sup> Ch.D. Garvin, B.A. Seabury, *Działania interpersonalne w pracy socjalnej, t.2*, Wydawnictwo Interart, Warszawa 1996, s. 66 – 68

osobami, które mają największy wpływ na kształtowanie się warunków rodzinnych. Realizuje się z nimi odmianę treningu przywództwa. Trening rodziców obejmuje diagnozowanie warunków rodzinnych, które mogą powodować u dziecka problemy, umiejętność kontroli zachowań dziecka za pomocą technik dyscyplinujących i nagród oraz oczywiście zagadnienie efektywnej komunikacji z dziećmi<sup>212</sup>. Jak łatwo zauważyć terapia rodzinna obejmuje swoim oddziaływaniem całą rodzinę, gdyż jako metoda wyrosła z teorii systemów i problemów rodzinnych upatruje we wzajemnie ze sobą powiązanych częściach tego systemu. To dobrze, bo w sytuacji, gdybyśmy zajęli się jedynie tym młodym człowiekiem, który według pracownika socjalnego może targnąć się na własne życie ze względu na przynależność do określonej grupy ryzyka naznaczylibyśmy go w jego środowisku rodzinnym i reszta rodziny patrzyłaby na niego poprzez ten stygmat „czarnej owcy” i uznała za problematyczną część systemu rodzinnego. W ten sposób pracownik socjalny chcąc pomóc zaszkodziłby jeszcze bardziej. Co więcej, jak zaznaczyliśmy w poprzednim podrozdziale pracownicy socjalni w zbiurokratyzowanym systemie pomocy społecznej często czują się niekompetentni do przeprowadzenia terapii rodzinnej, a obowiązek wypełniania szeregu dokumentacji nie pozostawia zbyt wiele czasu na bezpośrednią pracę z rodziną.

Zanim podejmiemy jakiegokolwiek działania profilaktyczne lub korekcyjne musimy określić kto w podlegającym nam rejonie opiekuńczym owych działań potrzebuje. Pewien obraz sytuacji panującej w rodzinach korzystających z pomocy społecznej (a więc klientów pracowników socjalnych) może nam dać Kwestionariusz Rodzinnego Wywiadu Środowiskowego (dalej: Kwestionariusz)<sup>213</sup>. Jest on wypełniany z każdą osobą (rodziną) ubiegającą się o przyznanie świadczeń z pomocy społecznej oraz z dzieckiem kierowanym do placówki opiekuńczo-wychowawczej. W Kwestionariuszu określa się przyczyny wystąpienia z wnioskiem o pomoc lub udzielenia tej pomocy z urzędu, a wiele z tych przyczyn stanowi istotne czynniki suicydogenne i pozwala na przyporządkowanie klienta pomocy społecznej do określonej grupy ryzyka. Wśród możliwych przyczyn wymienia się ubóstwo, bezrobocie, długotrwałą lub ciężką chorobę, niepełnosprawność, przemoc w

---

<sup>212</sup> Tamże, s. 69.

<sup>213</sup> Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 kwietnia 2005 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (Dz. U. z dnia 4 maja 2005 r. Nr 77 poz. 672), załącznik nr 2, <http://www.abc.com.pl/serwis/du/2005/0672.htm>, [dostęp: 06.05.11 r.]

rodzynie, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych, trudności w funkcjonowaniu po opuszczeniu więzienia, alkoholizm lub narkomanię, zdarzenie losowe lub sytuację kryzysową i inne. Łatwo zauważyć, że wiele z tych punktów jest tożsamych z grupami ryzyka, które wymieniliśmy w rozdziale pierwszym. Przynależność, do którejś z tych grup określona w Kwestionariuszu powinna wzbudzić naszą czujność ze względu na podwyższone ryzyko targnięcia się na własne życie przez klienta. Kwestionariusz pozwala nam również określić wiek klienta i członków jego rodziny mając na uwadze zjawisko adolescencyjnych zamachów samobójczych i wzrastającego wraz z wiekiem ryzyka dokonania udanego zamachu samobójczego. Zgodnie z policyjnymi statystykami<sup>214</sup> „nieporozumienia rodzinne” każdego roku stanowią w Polsce drugą (pod względem częstości) przyczynę zamachów samobójczych. Kwestionariusz w rubryce „sytuacja rodzinna osób wspólnie zamieszkujących” pozwala nam zebrać dane na temat nieporozumień w łonie rodziny, a także ewentualnych konfliktów z krewnymi zamieszkałymi oddzielnie. Pytania w tej części Kwestionariusza umożliwiają nam ustalenie tego czy w rodzinie występują konflikty (pytanie nr 2), jakie są ich przyczyny, czy były podejmowane próby rozwiązania tych konfliktów oraz jakie są możliwe sposoby rozwiązania sytuacji konfliktowych (pytanie nr 3). Konflikt w rodzinie może doprowadzić do sytuacji, w której jeden z członków rodziny mimo wspólnego zamieszkiwania zacznie prowadzić oddzielne gospodarstwo domowe. Postępująca izolacja tego członka rodziny to czynnik bardzo stresogenny, a co za tym idzie również suicydogenny. Na ewentualność zaistnienia takiej sytuacji również zamieszczono w Kwestionariuszu odpowiednie pytanie (pytanie nr 1). Kolejna kwestia poruszona w Kwestionariuszu to występowanie przemocy w rodzinie, kto jest sprawcą, przeciw komu jest skierowana. W końcu w bezpośrednim odniesieniu do pierwszej grupy ryzyka, którą się zajęliśmy pod kątem proponowanych form pomocy, w Kwestionariuszu pojawia się pytanie o występowanie problemów opiekuńczo-wychowawczych z dziećmi i próbach rozwiązania tych problemów (pytanie nr 3). Problemy i konflikty związane z wchodzeniem w okres adolescencji, wypracowywaniem nowej pozycji w rodzinie, pełnieniem nowych ról społecznych to typowe czynniki pojawiające się w genezie adolescencyjnych zachowań samobójczych. W tym miejscu pracownik socjalny powinien tak pokierować

---

<sup>214</sup> <http://statystyka.policja.pl/portal/st/954/> , [dostęp: 06.05.11 r.]

wywiadem, aby uzyskać odpowiedzi pozwalające ocenić ryzyko wystąpienia tego typu zachowań. Z przedstawionego w pierwszym rozdziale omówienia tej grupy ryzyka jaką są osoby w okresie adolescencji dowiedzieliśmy się, iż z badań wynika, że młodzi suicydenci często pozbawieni są poczucia bezpieczeństwa, np. z powodu alkoholizmu rodziców (który również jest główną przyczyną konfliktów w rodzinach młodocianych samobójców). Kwestionariusz w części V c) „Sytuacja zdrowotna” poświęca dużo miejsca na określenie sytuacji osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków. Ma to dla nas znaczenie biorąc również pod uwagę fakt, że alkoholizm jest drugim co do częstości zaburzeniem psychicznym (po depresji) u samobójców, a ogromna liczba osób podejmujących zamachy samobójcze w Polsce dokonuje tego pod wpływem alkoholu. Także zażywanie narkotyków to znaczący czynnik suicydogenny. Zdając sobie sprawę ze znaczenia stosunków rodzinnych i posiadania oparcia (bądź jego brak) w osobach znaczących, a także w środowisku lokalnym możemy również wykorzystać Kwestionariusz do ustalenia kwestii funkcjonowania rodziny w jej środowisku i zagrożeń ze strony środowiska (lub możliwości uzyskania wsparcia ze strony otoczenia). W rozdziale drugim, w szczególności w oparciu o teorię Durkheima wskazaliśmy znaczenie integracji jednostek ze środowiskiem, samobójstwo upatrując jako skutek dezintegracji, zerwania więzi społecznej. Kwestionariusz w części III w pytaniu nr 6 pozwala nam uzyskać informacje o integracji rodziny (klienta) ze środowiskiem i jej społecznym funkcjonowaniu. Kolejne pytanie umożliwia ustalenie więzi łączącej rodzinę (klienta) z krewnymi zamieszkałymi oddzielnie. Pytanie dotyczy utrzymywania kontaktów z krewnymi, częstości tych kontaktów oraz ewentualnych przyczyn ich braku. Silnie zintegrowana rodzina stanowi system wsparcia tak jak dobrze funkcjonujące środowisko lokalne. Ważne miejsce w procesie ustalania ryzyka suicydalnego zajmuje również określenie sytuacji materialnej klienta, gdyż osoby w trudnej sytuacji, bezrobotne, ubogie stanowią znaczącą grupę ryzyka. W Kwestionariuszu umieszczono wiele pytań służących ustaleniu warunków socjalno-bytowych i ekonomicznych klienta pomocy społecznej. Chociaż nie przeprowadzono badań na temat efektywności wykorzystania Kwestionariusza Rodzinnego Wywiadu Środowiskowego do oceny ryzyka wystąpienia zachowań suicydalnych to z racji tego, że Kwestionariusz ten jest podstawowym narzędziem diagnostycznym stosowanym obowiązkowo przez pracowników socjalnych należałoby w pełni wykorzystać go do oceny ryzyka suicydalnego, zwłaszcza, że jak wykazaliśmy osoby korzystające ze świadczeń

pomocy społecznej (z którymi należy wypełnić Kwestionariusz) często należą do grup ryzyka samobójczego, a pytania Kwestionariusza umożliwiają określenie czynników suicydogennych występujących u klienta. Po określeniu ryzyka samobójczego i przynależności do określonej grupy ryzyka można podjąć decyzję o zastosowaniu działań profilaktycznych adekwatnych do zagrożenia bądź zastosować bardziej szczegółowe specyficzne kwestionariusze diagnostyczne. Bardzo ważna jest kwestia posiadania przez pracownika socjalnego odpowiednich umiejętności interpersonalnych i umiejętności korzystania z tego narzędzia jakim jest Kwestionariusz Rodzinnego Wywiadu Środowiskowego tak aby podczas pierwszego kontaktu z klientem uzyskać wiarygodne i pełne informacje na temat sytuacji rodzinnej. Po zidentyfikowaniu przynależności klientów do grup ryzyka możemy podjąć działania. Opisałmy już terapię rodzinną jako profilaktyczną formę pomocy osobom w okresie adolescencji. Inne formy pomocy tej grupie ryzyka to chociażby terapia nastawiona na rozwiązywanie problemów (*Problem Solving Therapy*)<sup>215</sup>. Zakłada ona, że klient nie posiada umiejętności rozwiązywania sytuacji problemowych i w tego typu sytuacjach zamiast zmierzyć się z trudnościami podejmuje reakcje ucieczkowe, np. próby samobójcze. Jest to typowe dla młodych ludzi, którzy nie mieli możliwości nauczyć się radzenia sobie w trudnych sytuacjach i wiele nowych wyzwań budzi w nich lęk. Terapię rozpoczyna się od identyfikacji zachowań, wydarzeń, myśli i emocji powodujących lęk i z którymi młody człowiek nie umie sobie poradzić. Następnie przygotowuje się wspólnie z zainteresowanym metodą „burzy mózgow” możliwe rozwiązania problemu i wybiera to rozwiązanie, które charakteryzuje się największą liczbą pozytywnych stron i minimalną liczbą negatywnych skutków. Później klient wspólnie z terapeutą może przećwiczyć realizację danego rozwiązania aż będzie w stanie samodzielnie radzić sobie w danej sytuacji problemowej. Nielosowa próba kliniczna przeprowadzona przez Donaldsona i in. (1997 r.) wykazała zmniejszenie się liczby powtórnych prób samobójczych u nastolatków, u których przeprowadzono telefonicznie terapię nastawioną na rozwiązywanie problemów w stosunku do grupy, u której zastosowano standardową terapię. Również wykonane na „grupach starszych pacjentów” cztery losowe próby kliniczne wykazały przewagę *Problem Solving Therapy* nad standardowym leczeniem (Hawton i in. 1998 r.). Wyników tych badań nie można jednak uznać za

---

<sup>215</sup> C. Fox, K. Hawton, op.cit., s. 67.

statystycznie istotne<sup>216</sup>. Miejscem, w którym młodzi ludzie spędzają ogromną część swojego czasu jest szkoła. Pracownik socjalny powinien współpracować z placówkami oświatowymi w zakresie profilaktyki suicydalnej. Interwencje edukacyjne w szkołach mają za zadanie zwiększenie świadomości na temat problemu zachowań samobójczych, rozpoznawanie osób zagrożonych poprzez informowanie o znakach ostrzegawczych i zachęcanie do ujawniania się. Dostarczają także informacji na temat zdrowia psychicznego i polepszają umiejętności radzenia sobie ze stresem. Skierowane są do uczniów szkół średnich, ich rodziców i pedagogów. Wśród typowych założeń programów edukacyjnych wymienić można<sup>217</sup>:

1. Przedstawienie danych na temat epidemiologii zachowań samobójczych wśród nastolatków
2. Opis symptomów stanu presuicydalnego
3. Szczegóły dotyczące możliwości skorzystania z usług związanych ze zdrowiem psychicznym na terenie danego obszaru
4. Dyskusja na temat zagadnienia doradztwa uczniom lub rówieśnikom wraz kwestią zachowania tajemnicy
5. Ćwiczenie umiejętności komunikacyjnych, radzenia sobie ze stresem i/lub rozwiązywania problemów.

Te punkty to podstawowe cele realizowane chociażby poprzez Ogólnoedukacyjne Programy Zapobiegania Samobójstwom (*General Suicide Education*) w amerykańskich szkołach skierowane do ogółu populacji ludzi młodych. Wyniki badań efektywności tych programów wykazały, że u młodzieży wzrósł poziom wiedzy o zjawisku samobójstw i o tym w jaki sposób uzyskać profesjonalną pomoc w lokalnych instytucjach. Przeszkolona młodzież najczęściej również kierowała do odpowiedniej placówki swoich rówieśników w sytuacji kryzysowej. Nie stwierdzono natomiast, aby młodzież biorąca udział w tego typu programach chętniej zwracała się o pomoc i wsparcie w trudnej sytuacji do osób dorosłych (rodziców, nauczycieli, pedagoga). Realizacja ogólnoedukacyjnych programów profilaktyki samobójstw w Polsce, np. przez pracowników socjalnych we współpracy z pedagogami mogłaby się odbywać chociażby w formie prelekcji, pogadanek,

---

<sup>216</sup> Tamże, s. 67-68.

<sup>217</sup> Tamże, s. 77-78.



wykładów a także zajęć warsztatowych<sup>218</sup>. Warto nadmienić, że większość młodzieży w Polsce negatywnie ocenia działania profilaktyczne podejmowane przez szkoły w stosunku do zachowań samobójczych – 37,8% uważa podejmowane działania za mało skuteczne, a 34,7 % za nieskuteczne, tylko 18,2 % uznało, że profilaktyka samobójstw w naszym szkolnictwie jest na zadowalającym poziomie (H. Malicka-Gorzelańczyk, badania 700 uczniów trzech typów szkół ponadpodstawowych w Bydgoszczy i Gdańsku, 2002 r.)<sup>219</sup>. Z tych samych badań wynika również, że w opinii badanych uczniów przed zamachem samobójczym chroni przede wszystkim rodzina i przyjaciele (50 % badanej młodzieży proponuje rozmowę z najbliższymi jako formę pomocy osobom zagrożonym)<sup>220</sup>, dlatego tak ważne jest, aby Ogólnoedukacyjne Programy Zapobiegania Samobójstwom docierały również do rodziców uczniów. Istnieją jednakże obawy związane ze stosowaniem tego typu działań profilaktycznych, gdyż mogą one doprowadzić do spowszednienia zachowań suicydalnych, postrzegania ich jako powszechnych, a więc w większym stopniu akceptowalnych. Poza tym tego rodzaju programy prewencyjne mogą nie dotrzeć do grupy ryzyka, np. uczniów którzy wagarują<sup>221</sup>. Obecnie wskazuje się również, że profilaktyka zachowań samobójczych nie powinna w sposób bezpośredni odnosić się do zjawiska samobójstw, a bardziej opierać się na kształtowaniu u młodych ludzi postaw afirmujących życie, budzeniu i rozwijaniu zainteresowań. Stąd potrzeba, aby pracownicy socjalni inspirowali i brali udział w tworzeniu infrastruktury dającej młodym ludziom możliwość aktywnego spędzania wolnego czasu w gronie rówieśników, a także promowali działalność wolontarystyczną. Tworzenie kół zainteresowań przeznaczonych dla młodzieży, która znalazła się w sytuacji kryzysowej może stanowić doskonałą formę psychokorekcji. Badania K. Kopczyńskiego wskazują, że rozbudowane zainteresowania mogą nadać sens życiu młodych ludzi i zapełnić „egzystencjalną pustkę”<sup>222</sup>. Pracownicy socjalni powinni pełnić rolę animatorów życia społecznego w swoim rejonie i dbać o możliwość zapewnienia rozwoju zainteresowań młodym ludziom. Nie tylko w przypadku ludzi młodych rozwój własnych zainteresowań

---

<sup>218</sup> B. Hołyst, *Programy zapobiegania samobójstwom w amerykańskich szkołach* [w:] *Zapobieganie samobójstwom...*, op.cit., s. 32-33.

<sup>219</sup> H. Malicka-Gorzelańczyk, *Opinie młodzieży o samobójstwie*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2002, s. 187.

<sup>220</sup> Tamże, s. 204-205.

<sup>221</sup> C. Fox, K. Hawton, op.cit., s. 78.

<sup>222</sup> B. Hołyst, *Na granicy życia...*, op.cit., s. 122.

stanowi czynnik zmniejszający ryzyko podjęcia próby samobójczej. Dotyczy to również osób znajdujących się po przeciwnej stronie wiekowej skali i kolejnej grupy ryzyka, którą się zajmujemy, a mianowicie **osób starszych**. To tej grupy dotyczy tzw. „śmierć emerytalna”, gdy człowiek wchodzi w wiek poprodukcyjny i zaczyna czuć się zbędny i osamotniony. Jeśli ktoś wcześniej zadbał o to, aby jego zainteresowania i zadania życiowe wyszły poza kwestie zawodowe nie ulegnie niebezpieczeństwu starczej wegetacji. W dużej mierze zależy to jednak również od rozbudowy struktur socjalnych, jak pisze Tetaz: „społeczeństwo musi być gotowe dać ludziom starym możliwość zajęcia się czymś”<sup>223</sup>. Stąd konieczność partycypowania pracowników socjalnych w powstawaniu i funkcjonowaniu Klubów seniora, Uniwersytetów Trzeciego Wieku, Ośrodków Kultury. Co więcej nie możemy sprawić, aby „jesień życia” była jedynie okresem zaspokajania własnych potrzeb intelektualnych i społecznych osób starszych. Ważne jest również, aby dać im poczucie, że są potrzebni innym. Strategia Polityki Społecznej na lata 2007-2013 zakłada potrzebę promowania transferów międzygeneracyjnych, a więc uczestniczenia osób starszych w wychowywaniu wnuków co sprawia, iż zyskują oni poczucie bycia potrzebnym we własnej rodzinie i przynosi pozytywne skutki społeczne w postaci zapewnienia opieki dzieciom w kraju o słabo rozwiniętej infrastrukturze przedszkolnej<sup>224</sup>. A. Toffler proponuje również, aby wprowadzić pewne formy częściowego przechodzenia na emeryturę. Tacy „częściowi emeryci” mieliby możliwość pracy społecznej, bądź nawet odpłatnej w „osiedlowych czy dzielnicowych instytucjach usługowych, cierpiących na brak personelu”. Konieczne jest również stworzenie możliwości nawiązywania kontaktów między emerytami a młodzieżą, np. poprzez nauczanie przez osoby starsze w szkołach swojej specjalności zawodowej<sup>225</sup>. W ten sposób dajemy starszym ludziom poczucie, że są nie tylko sami dla siebie (by rozwijać swoje pasje), ale także, że są potrzebni innym. Co jednak począć w sytuacji osób, które nie mogą lub nie chcą brać udziału w społecznej aktywności, np. ze względu na problemy zdrowotne wieku starczego, osób starszych, które tracą przyjaciół i wegetują w swoich mieszkaniach odcięte od rodziny? Pracownik socjalny ma obowiązek pracy w terenie. Ma wtedy możliwość i czas spotkania się z

---

<sup>223</sup> N. Tetaz, op.cit., s. 121.

<sup>224</sup> Strategia Polityki Społecznej na lata 2007-2013, przyjęta przez Radę Ministrów w dniu 13 września 2005 r., s.25, <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=486>, [dostęp: 06.05.11 r.]

<sup>225</sup> A. Toffler, op. cit., s. 418.

mieszkańcami swojego rejonu. Wiedząc o starszej osobie, izolowanej w społeczności, prowadzącej samotne życie powinien składać jej wizyty, aby miała ona możliwość z kimś porozmawiać i wiedziała, że tego konkretnego dnia może spodziewać się wizyty. W przypadku samotnego zamieszkiwania osoby starszej pracownik socjalny może przyznać jej świadczenie w postaci usług opiekuńczych w jej miejscu zamieszkania (Ustawa o pomocy społecznej, art. 36 ust. 2 pkt 1)<sup>226</sup>. Świadczenie to przysługuje „osobie samotnej, która z powodu wieku (...) wymaga pomocy innych osób” (art. 50 ust.1 Ustawy o pomocy społecznej). Obejmuje „pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnić kontaktów z otoczeniem” (art. 50 ust.3). Odpłatność za te usługi uzależniona jest od dochodu klienta, a w zależności os treści uchwały Rady Gminy niektóre osoby mogą być zwolnione od opłat. W przypadku szczególnych potrzeb wynikających z choroby lub niepełnosprawności przyznać można specjalistyczne usługi opiekuńcze (art. 50 ust.4). Niektóre osoby w starszym wieku ze względu na niemożność samodzielnego funkcjonowania wymagają całodobowej opieki. Przysługuje im prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej (art. 54 ust.1). Wprawdzie A. Toffler obawiając się społecznej izolacji ludzi starszych w takich placówkach („bezosobowych domach opieki”) proponuje wprowadzenie „bodźców ekonomicznych”, ulg podatkowych, dla rodzin, które opiekują się starymi krewnymi, jednakże uwzględniając realne możliwości, głównie finansowe, naszego kraju nie jest to na razie możliwe<sup>227</sup>. Pracownicy socjalni pracujący w domach pomocy społecznej powinni na chwilę obecną skupić się na tym, aby placówki te w pełni mogły zaspokajać potrzeby swoich mieszkańców. E. Ringel zwraca uwagę na to, że w tego typu placówkach dochodzi, np. do infantylizowania podopiecznych, do traktowania ich jak dzieci. W swojej książce opisuje negatywne skutki braku przyzwolenia na miłość erotyczną w domach pomocy społecznej<sup>228</sup>. Pracownicy socjalni powinni zadbać aby w placówkach, w których są zatrudnieni nie dochodziło do stereotypizacji ludzi starszych i aby traktowano ich jak ludzi dorosłych. Ważną kwestią w profilaktyce zachowań suicydalnych osób w starszym wieku jest edukacja

---

<sup>226</sup> Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz.U. Nr 64, poz. 593), tekst jednolity z dnia 2 października 2009 r. (Dz.U. Nr 175, poz. 1362).

<sup>227</sup> A. Toffler, op. cit., s. 417.

<sup>228</sup> E. Ringel, *Gdy życie traci sens*, op.cit., s. 119-121.

ludzi młodych na temat procesów starzenia i niebezpieczeństw związanych z tym okresem życia<sup>229</sup>. W Strategii Polityki Społecznej na lata 2007-2013 zauważono, że konieczne jest przygotowywanie obywateli do ich własnej starości jak i starzenia się członków rodziny poprzez „promowanie i rozwijanie edukacji na rzecz przygotowania do starości (...) poprzez wprowadzenie do systemu szkolnego i innych form edukacji” wiedzy na ten temat<sup>230</sup>. Z okresem starości wiąże się również kwestia pogorszenia sytuacji ekonomicznej czemu można przeciwdziałać ustalając prawo klienta w starszym wieku do zasiłku stałego przyznawanego osobie „niezdolnej do pracy z powodu wieku” jeśli jej dochód nie przekracza kryterium dochodowego (art. 37 ust.1 Ustawy o Pomocy Społecznej)<sup>231</sup>. Kolejną grupą ryzyka, dla której opracujemy formy pomocy są właśnie **osoby w trudnej sytuacji socjalnej, szczególnie w przypadku nagłego pogorszenia się warunków finansowych**. Pracownicy socjalni zatrudnieni w Ośrodkach Pomocy Społecznej spełniają podstawową rolę w zapobieganiu zachowaniom samobójczym motywowanym czynnikami finansowymi ze względu na ich uprawnienia do udzielania świadczeń pieniężnych osobom zagrożonym ubóstwem. Ustawa o pomocy społecznej przewiduje szereg świadczeń pieniężnych i niepieniężnych jakie można przyznać osobie spełniającej określone kryteria (art. 36). W przypadku nagłego pogorszenia się warunków finansowych, a więc najczęściej utraty pracy byłemu pracownikowi przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych z Funduszu Pracy. Utrata zatrudnienia to zdarzenie ogromnie stresujące i suicydogenne, bo jak wykazano w pierwszym rozdziale niniejszej pracy prowadzi do utraty pozycji społecznej, osamotnienia, pauperyzacji i często niemożności zaspokojenia niektórych potrzeb. Po ustaniu prawa do zasiłku dla bezrobotnych osoba pozostająca bez zatrudnienia może zwrócić się do Ośrodka Pomocy Społecznej. Często zasiłek z pomocy społecznej dla osób bezrobotnych jest pierwszorzędną i jedyną opcją ze względu na to, że osoby te pracowały w „szarej strefie”, a więc bez jakiegokolwiek umowy i nie przysługuje im prawo do zasiłku dla bezrobotnych. Po okresie transformacji ustrojowej wiele osób znalazło się na marginesie życia społecznego nie potrafiąc odnaleźć się w nowej rzeczywistości co stało się „nową” ( w porównaniu ze

---

<sup>229</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, op.cit., s. 968.

<sup>230</sup> Strategia Polityki Społecznej na lata 2007-2013, s. 36.

<sup>231</sup> *Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.* (Dz.U. Nr 64, poz. 593), tekst jednolity z dnia 2 października 2009 r. (Dz.U. Nr 175, poz. 1362).

„starymi” – sprzed okresu transformacji) przyczyną samobójstw<sup>232</sup>. Ze względu na wszystkie negatywne skutki pozostawania bez zatrudnienia i trudności w powrocie na rynek pracy osób, które na dłuższy czas z tego rynku wypadły pracownicy socjalni powinni zmierzać nie tyle do dawania bezrobotnym klientom „ryby” – zasiłku, ale aktywizować je i zachęcać do powrotu na rynek pracy. Temu służą rozwiązania polegające na wprowadzeniu w pomocy społecznej Kontraktu Socjalnego i uzależnienie wysokości zasiłku okresowego od aktywności uczestnika tego kontraktu. Przyznanie zasiłku (ze względu na bezrobocie najczęściej zasiłku okresowego) pozwala na zaspokojenie klientowi niezbędnych potrzeb, ale nie daje żadnych perspektyw na przyszłość i nie podwyższa poczucia własnej wartości. Wręcz przeciwnie może wywoływać uczucie wstydu, zależności, bezradności. Zatrudnienie daje poczucie własnej wartości, bezpieczeństwa, poczucie sprawstwa a są to silne czynniki chroniące przez zachowaniami samobójczymi. Kontrakt Socjalny ma zaktywizować klienta, przywrócić mu poczucie sprawstwa i odpowiedzialność za swoje życie, a także doprowadzić do tworzenia planów na przyszłość i zmotywować go do ich realizacji, a posiadanie sprecyzowanej pozytywnej wizji przyszłości i zaangażowanie w realizację tej wizji znacząco zmniejsza ryzyko ukształtowania się postawy samobójczej. Kontrakt socjalny stał się narzędziem rutynowo stosowanym przez pracowników socjalnych i przydatnym w pracy z wieloma rodzajami klientów (nie tylko bezrobotnych). Istnieją jednakże grupy klientów, w pracy z którymi nie da się zastosować kontraktu, a także pracownicy socjalni, którzy z rezerwą podchodzą do tego typu „nowinek”. Kontrakt socjalny wprowadzono zgodnie z art. 108 Ustawy o pomocy społecznej. Określa on (kontrakt) „sposób współdziałania między osobą/rodziną a ośrodkiem pomocy społecznej w zakresie rozwiązywania trudnej sytuacji życiowej”. Pozwala na ustalenie przyczyn trudnej sytuacji życiowej, możliwości rozwiązania trudnej sytuacji oraz ograniczeń lub barier, które utrudniają rozwiązanie tej sytuacji. Następnie wspólnie z klientem ustala się cel lub cele główne, do których realizacji zmierzać będzie klient pomocą pracownika socjalnego i cele szczegółowe oraz przewidywane efekty podjętych działań. Dla osiągnięcia tych celów obie strony kontraktu (klient i pracownik socjalny) zobowiązują się do podjęcia pewnych określonych ściśle (wraz z terminem ich realizacji) działań. Kontrakt socjalny stanowi więc pewien plan na przyszłość klienta. Dokładne

---

<sup>232</sup> Patrz: s.26 niniejszej pracy.

sprecyzowanie wszystkich działań, które należy podjąć daje mu poczucie bezpieczeństwa i pozwala dostrzec cel, do którego zmierza. Posiadanie celu chroni przed myślami samobójczymi, a logiczne ułożenie działań budzi nadzieje na wyjście z trudnej sytuacji. Plan działania i zaspokojenie obecnych potrzeb bytowych poprzez przyznanie zasiłku to podstawowe działania profilaktyki antysuicydalnej wobec osób bezrobotnych i w trudnej sytuacji materialnej. Kolejna grupa ryzyka samobójczego wymagająca pomocy ze strony pracownika socjalnego to **toksykomani** – alkoholicy, narkomani (w co wliczyć można również lekomanów i zażywających tzw. „dopalacze”). Palenie tytoniu również jest formą toksykomanii, ale w literaturze badacze nie zajmują się powiązaniem tego uzależnienia z samobójstwami sensu stricto choć każdą formę uzależnienia uznać można za tzw. „samobójstwo na raty”. Istotny związek między toksykomanią a zachowaniami suicydalnymi wykazany w rozdziale pierwszym sprawia, iż zasadne jest mniemanie badaczy zjawiska samobójstw, że zapobieganie nadużywaniu narkotyków i alkoholu, np. poprzez działania edukacyjne skierowane do ludzi młodych powinno doprowadzić do zmniejszenia liczby samobójczych zachowań. Należy również oceniać osoby z grup ryzyka pod kątem nadużywania przez nie wymienionych substancji (do czego posłużyć może jak wspomnieliśmy Kwestionariusz Rodzinnego Wywiadu Środowiskowego)<sup>233</sup>. Oczywiście lepiej zapobiegać patologiom niż leczyć ich skutki, dlatego Strategia Polityki Społecznej na lata 2007-2013 zakłada „rozwój działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących szkodliwości używania narkotyków”<sup>234</sup>, w które to działania włączyć powinni się pracownicy socjalni. Spotkania w szkołach, konkursy, to najbardziej typowe formy działań informacyjno-edukacyjnych. Z pozycji przekazującego wiedzę wykładowcy, czy siedzącego za biurkiem specjalisty trudno jednak porozumieć się z młodzieżą, dlatego konieczne jest podjęcie działań ze strony wyspecjalizowanych pracowników służb społecznych – „street workerów”, którzy przebywając w danym środowisku pełnią tam rolę autorytetów. Co począć jednak z tymi, którzy już wpadli w szpony nałogu i przekonywanie ich o szkodliwości danej substancji raczej nie odnosi skutku? Nie można nikogo zmusić do tego, aby zaczął dbać o własne zdrowie i życie. Nie da się zmusić klienta do leczenia jeśli nie zagraża innym ludziom. Co więcej, samo przekonanie klienta, że ma problem z nadużywaniem alkoholu (narkomani rzadziej się okłamują, chociaż

---

<sup>233</sup> C. Fox, K. Hawton, op.cit., s. 82.

<sup>234</sup> Strategia Polityki Społecznej na lata 2007-2013, op.cit., s. 29.

zażywający tzw. „miękkie narkotyki” też często żywią przekonanie, że mogą odstawić używki, gdyby tylko chcieli) stanowi nie lada wyzwanie, a jest to pierwszy krok od jakiego należy zacząć pomaganie osobom z tej grupy ryzyka, gdyż klient niewierzący w istnienie problemu nie zaangażuje się w jego rozwiązanie. Od klienta, który sam zgłosił się do pracownika socjalnego oczekując chociażby przyznania świadczenia można wymagać, aby podjął zobowiązanie, że zacznie terapię ze specjalistą od leczenia uzależnień i od realizacji tego zobowiązania uzależnić przyznanie klientowi świadczenia. Problem tkwi w tym, że osoby uzależnione to grupa klientów, z którymi nie jest łatwo pracować w oparciu o umowę (Kontrakt Socjalny), gdyż uzależnienie jest silniejsze od spisanych zobowiązań, a klient potrafi uczestniczyć w spotkaniach ze specjalistą tylko po to, by otrzymywać świadczenie (i nadal nadużywać danych substancji) i może zrezygnować z terapii, gdy tylko minie okres, na który przyznano zasiłek. Drugi problem wynika z art. 11 ust. 3 Ustawy o pomocy społecznej, który brzmi następująco: „W przypadku odmowy przyznania albo ograniczenia wysokości lub rozmiaru świadczeń z pomocy społecznej należy uwzględnić sytuację osób będących na utrzymaniu osoby ubiegającej się o świadczenie lub korzystającej ze świadczeń”. Innymi słowy odbierając lub zmniejszając wysokość świadczenia osobie uzależnionej jeśli nie będzie ona realizować zobowiązań zmierzających do jej wyjścia z nałogu należy mieć na uwadze, że może to znacząco pogorszyć sytuację socjalno-bytową osób, które znajdują się na utrzymaniu osoby nadużywającej alkoholu lub narkotyków. Ten fakt może nie pozwolić na uzależnienie przyznania świadczenia od podjęcia przez klienta z grupy ryzyka samobójczego leczenia mającego doprowadzić do porzucenia nałogu. Ważne jest, aby pracownik służb społecznych zdawał sobie sprawę z faktu, że nie zawsze i nie każdemu jest w stanie pomóc. Nie da się zmusić klienta do zmiany stylu życia. Jedną z zasad pracy socjalnej jest zasada samostanowienia klienta. Klient podejmuje decyzje dotyczące swojego życia i ponosi za nie odpowiedzialność. Pracownik socjalny musi brać pod uwagę, że ludzie mają prawo do dokonywania złych wyborów i podejmowania decyzji niezgodnych z systemem wartości pracownika, także decyzji związanych z tym czy chcą dalej żyć. Kolejna grupa ryzyka, do której przynależność zwiększa ryzyko dokonania próby samobójczej to **osoby chore psychicznie**. J. Cz. Czabała stwierdza, iż „ochrona zdrowia

psychicznego jest prawdopodobnie podstawową metodą zapobiegania samobójstwom<sup>235</sup> i „kształcenie profesjonalistów pracujących w sektorze socjalnym z zakresu zdrowia psychicznego” oraz wiedzy na temat depresji i zachowań suicydalnych uznaje za czynnik, który może umożliwić skuteczniejsze zapobieganie samobójstwom<sup>236</sup>. Szczególną rolę w kształtowaniu się postaw samobójczych przypisuje się depresji. Depresja egzogenna wynika z doświadczeń życiowych jednostki i dlatego wśród działań zmierzających do ochrony zdrowia psychicznego wymienia się „pomoc osobom z grup ryzyka, doświadczającym niskiego statusu społecznego i ekonomicznego, zwłaszcza tracącym pracę, narażonym na marginalizację, bezdomnym”<sup>237</sup>, gdyż u osób z tego rodzaju problemami dojść może do zaburzeń depresyjnych, a co ważne z takimi grupami klientów do czynienia mają właśnie pracownicy służb społecznych. Ze względu na styczność z tą grupą ryzyka (jak zauważył cytowany J. Cz. Czabała) konieczne jest edukowanie pracowników socjalnych pod kątem symptomatyki podstawowych zaburzeń psychicznych, gdyż powinni oni zwrócić uwagę na zachowanie i komunikaty wysyłane przez klientów, aby móc dokonać oceny ich zdrowia psychicznego. Gdy podczas pierwszego kontaktu z klientem pracownik socjalny zda sobie sprawę, iż wykazuje on zespół objawów charakterystycznych dla, któregoś ze znanych mu zaburzeń lub chorób psychicznych, a klient okaże się być niezdiagnozowany pracownik powinien zasugerować mu możliwość skorzystania z wizyty w poradni zdrowia psychicznego (lub uzyskanie skierowania od lekarza rodzinnego klienta). Jest to bardzo ważne, a niezwykle trudne, bo ludzie nie są skory do korzystania z pomocy lekarzy psychiatrów obawiając się stygmatyzacji, co znacząco mogłoby utrudnić im funkcjonowanie w społeczeństwie (choćby kto ich później z taką diagnozą zatrudni)<sup>238</sup>. Chorzy zwracają się do instytucji leczniczych najczęściej już w sytuacji skrajnej, a pracownik socjalny powinien przekonać klienta o potrzebie szybkiego działania i o tym, że psychiatra to lekarz jak każdy inny. Z racji tego, że w lecznictwie stosowany jest postulat dehospitalizacji, czyli odchodzenia od umieszczania pacjentów na całodobowy pobyt w placówce, pozostawia to szerokie

---

<sup>235</sup> J. Cz. Czabała i wsp., op.cit., s.3.

<sup>236</sup> Tamże, s.4.

<sup>237</sup> Tamże, s.4.

<sup>238</sup> R.A. Skidmore, M. G. Thackeray, *Wprowadzenie do pracy socjalnej*, Wydawnictwo Interart, Warszawa 1996, s. 154.



pole do działania dla pracownika socjalnego<sup>239</sup>. Szczególnie dotyczy to pracy z rodziną chorego psychicznie i jego społecznością lokalną<sup>240</sup>. Niestety często się zdarza, że rodzina nie traktuje chorego psychicznie jako faktycznie osoby potrzebującej pomocy. „Prawdziwe” choroby to dla niektórych często jedynie choroby somatyczne, wywołujące widoczne, trwałe zmiany w ciele, a choroba psychiczna jest traktowana jako quasi-choroba, niepoważnie. Członkowie rodziny mogą zwracać się do chorych, aby w końcu „wzięli się w garść”. Ważne jest edukowanie rodziny chorego o tym jakie zmiany należy wprowadzić w domu, w porządku dziennym. Przekonywanie o tym, że chory potrzebuje teraz większego wsparcia. Samego chorego musimy nauczyć „bezkolizyjnego” wejścia w nową rolę. Co może okazać się przydatne? Chociażby utworzenie grupy wsparcia jeśli na danym terenie znajduje się więcej osób z podobnym problemem. Poczucie, że nie jest sam znacząco poprawi funkcjonowanie klienta, a członkowie grupy mogą wzajemnie się wspierać. Osoby cierpiące na tę samą chorobę często jednoczą się, aby wzajemnie się wspierać i rozwiązywać swoje problemy. Ostatecznie pracownik socjalny musi również pomóc klientowi uporać się ze stygmatyzacją jaka prawdopodobnie spotka (lub spotyka) go ze strony środowiska lokalnego. Pożyteczna może okazać się rozmowa z liderami lokalnej społeczności (czy to będzie ksiądz proboszcz, czy prezes spółdzielni mieszkaniowej), aby włączyć klienta w działania jego najbliższego otoczenia, tak aby przewyciężyć podziały i etykietowanie. Kolejna grupa ryzyka to **osoby, które zapowiadają, że zamierzają się zabić, bądź myślą o samobójstwie**. Według G. Sonnecka interwencję kryzysową w przypadku zachowań suicydalnych podejmuje się w trzech przypadkach:

1. Po ostrzeżeniu o zamiarze targnięcia się na własne życie;
2. Po próbie samobójczej;
3. W rodzinie po śmierci samobójczej kogoś bliskiego<sup>241</sup>.

W dalszej części rozważań zajmiemy się tymi właśnie trzema przypadkami zaczynając od tych, którzy ostrzegają o zamiarze próby samobójczej. Na początek trzeba wiedzieć, że osoba, która wspomina o zamiarze odebrania sobie życia

---

<sup>239</sup> B. Dubois, K. Miley, op.cit., s. 49.

<sup>240</sup> Tamże, s.148-149.

<sup>241</sup> W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, op.cit., s. 182.

powzięła już pewne zamiary, a nawet jeśli nie rozważała samobójstwa to otwartość pracownika socjalnego w tej kwestii może jej rozmawianie o tym w przyszłości. Dlatego należy odrzucić obawę, że pytanie o samobójstwo może je spowodować. Takie pytanie w rozmowie z człowiekiem, który zastanawia się nad zastosowaniem tego ostatecznego rozwiązania problemów może złagodzić lęk i sprawić, że łatwiej będzie mu na ten temat rozmawiać. Jeśli pracownik socjalny bez lęku będzie używał tego słowa („samobójstwo”), klient najprawdopodobniej przestanie odczuwać związane z nim napięcie<sup>242</sup>. W przypadku wystąpienia podejrzeń co do zamiaru samobójstwa należy, więc zadać wprost pytanie o myśli i tendencje samobójcze. Rozmowa o problemach i uczuciach pozwala odreagować negatywne emocje i zapobiec zawężeniu suicydalnemu (jeden z objawów syndromu presuicydalnego)<sup>243</sup>. Podobne postępowanie zaleca Międzynarodowe Stowarzyszenie Zapobiegania Samobójstwom. W przypadku domysłów, że dana osoba rozważa podjęcie próby samobójczej należy otwarcie ją o to zapytać. Człowiek, który zastanawia się nad samobójstwem, czuje się winny z tego powodu i często boi się powiedzieć o tym komukolwiek z obawy, że każdy będzie go źle oceniał. W sytuacji, gdy znajdzie kogoś z kim może o tym otwarcie porozmawiać zacznie zdawać sobie sprawę z tego, że są ludzie, którzy mogą mu pomóc. „Świadomość tego może być jak pęknięcie wrzodu”, przynosi ulgę i nadzieję<sup>244</sup>. Pomocne w rozmowie z osobą z tej grupy ryzyka mogą się okazać również wskazówki dla osób, które sądzą, że członek rodziny lub znajomy może targnąć się na własne życie sporządzone przez Stowarzyszenie osób chorych na depresję i psychozę maniakalno-depresyjną z siedzibą w Chicago<sup>245</sup>. Pierwsza ważna rzecz to (jak wskazywaliśmy również w rozdziale pierwszym) traktować poważnie każdą zapowiedź zamiaru samobójczego. Wielu takim incydentom można by zapobiec, gdyby społeczeństwo przykładło odpowiednią wagę do słów wypowiedzianych przez osobę w stanie presuicydalnym. Ważna jest również kwestia jak słuchać osób w kryzysie. Należy zachować kontakt wzrokowy, uważnie wsłuchiwać się w to co klient ma nam do powiedzenia, korzystać z języka gestów, nie osądzać klienta, ale też nie zdejmować z niego

---

<sup>242</sup> J.L. Greenstone, S. C. Leviton, *Interwencja kryzysowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 63.

<sup>243</sup> W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, op.cit., s. 182.

<sup>244</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, op.cit., s. 941.

<sup>245</sup> K.R.Jamison, op.cit., s. 241-242.

odpowiedzialności za jego własne postępowanie. Klient musi znać konsekwencje ostatecznej decyzji, wiedzieć, że samobójstwo to nieodwracalne rozwiązanie. Należy podać mu powody do nadziei, przypomnieć o osobach bliskich. Nigdy nie należy obiecywać, że zachowamy sprawę dla siebie, gdyż może się zdarzyć, że będziemy potrzebować pomocy innych specjalistów, a wtedy klient może poczuć się oszukany, stwierdzić, że załamaliśmy obietnicę i stracić do nas zaufanie. Podczas pierwszej rozmowy z klientem (np. w Ośrodku Interwencji Kryzysowej) należy pomóc mu odreagować emocje poprzez możliwość opowiedzenia o tym co go gnębi. „Najlepszym sposobem nawiązywania kontaktu i tworzenia więzi (z osobami w kryzysie – M.S.) jest przyzwolenie, by zachowywały się tak, jak chcą i mogą, i mówiły to, co chcą”<sup>246</sup>. Uważne słuchanie ma wpłynąć na wzrost poczucia wartości u klienta, a możliwość swobodnej rozmowy o tym co go trapi przynieść poczucie ulgi i uspokojenia. W pierwszym etapie kontaktu należy również zebrać informacje o źródle (źródłach) kryzysu, czynnikach, które mają wpływ na kształtowanie się tendencji suicydalnej oraz możliwościach rozwiązania kryzysu (w tym możliwościach skorzystania z systemu wsparcia społecznego). Efektem spotkania ma być ustalenie planu działania, a także liczby i częstotliwości spotkań<sup>247</sup>. Plan działania zależy od problemu, który należy rozwiązać. Należy pamiętać, że znalezienie prawdziwego źródła kryzysu jest zadaniem trudnym, dlatego przez cały czas trwania procesu interwencji należy zbierać informacje, analizować i modyfikować plan działania. Niektórym klientom wystarczy pomoc w określeniu planu, a inni będą również potrzebować pomocy przy jego realizacji. Oprócz wsparcia pracownika socjalnego konieczna będzie również współpraca z naturalną siecią wsparcia, w szczególności z rodziną. Tylko to może zapewnić rozwiązanie sytuacji kryzysowej<sup>248</sup>. Rodzina w przypadku, gdy, któryś z jej członków wyraża chęć zabicia się powinna ograniczyć mu dostęp do środków i narzędzi umożliwiających dokonanie tego czynu. W rozmowie z klientem należy ustalić czy zaplanował już sposób rozstania się z życiem, aby mu to uniemożliwić. Człowiek, który chce odebrać sobie życie rzadko jest gotów zmienić preferowaną metodę zabicia się. Jeśli zaplanowany sposób nie jest dostępny istnieje większe

---

<sup>246</sup> E. Leśniak, *Interwencja kryzysowa* [w:] W. Badura-Madej, *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*, op.cit., s. 59.

<sup>247</sup> Tamże, s. 60-61.

<sup>248</sup> Tamże, s. 63.

prawdopodobieństwo, że suicydent pozostanie przy życiu, albo wybierze mniej śmiertelny alternatywny sposób<sup>249</sup>. W przypadku silnych tendencji suicydalnych klienta można umieścić w instytucjach umożliwiających czasowe odizolowanie od źródeł kryzysu, np. w hotelach prowadzonych przez Ośrodki Interwencji Kryzysowej. Dotychczas opisaliśmy działania profilaktyczne pierwszorzędowe i drugorzędowe w odniesieniu do różnych grup ryzyka suicydalnego. Teraz skupimy się na profilaktyce trzeciorzędowej, a więc na interwencji po wystąpieniu dysfunkcji, czyli w tym przypadku po próbie samobójczej. Działania obejmują osoby po nieudanej próbie samobójczej oraz krewnych i bliskich osoby, która zginęła śmiercią samobójczą<sup>250</sup>. Zaczniemy od osób, które przeżyły próbę samobójczą. Stosuje się do tej grupy podobne działania jak w przypadku grup ryzyka, które wcześniej wymieniliśmy, bo jak zauważyliśmy w poprzednim podrozdziale celem profilaktyki jest przezwycięzenie sytuacji kryzysowej, a nie jedynie uniemożliwienie komuś odebrania sobie życia. Oczywiście pierwszym działaniem jakie należy podjąć jest leczenie ukierunkowane na stan somatyczny pacjenta (płukanie żołądka, zabieg operacyjny itp.) do czego konieczna jest interwencja lekarza. Po ustabilizowaniu stanu pacjenta konieczny jest szybki kontakt z osobą, która dokona oceny stanu psychicznego niedoszłego samobójcy. Odpowiednio przeszkoleni pracownicy socjalni w Wlk. Brytanii okazali się być zdolni do przeprowadzania diagnozy stanu psychicznego osób samouszkodzających się i zlecenia określonej terapii po opuszczeniu przez te osoby szpitala<sup>251</sup>. Rozmowy w szpitalu z osobą po próbie samobójczej nie powinny mieć miejsca, gdy jest ona jeszcze pod silnym działaniem leków, gdyż w późniejszym okresie taka osoba nie pamięta wielu rzeczy, o których mówiła i może żałować tego co o sobie powiedziała. Diagnoza stanu psychicznego powinna ujawnić, czy próba samobójcza była uwarunkowana jakimiś zaburzeniami psychicznymi oraz określić ryzyko ponownego dokonania próby samobójczej (na podstawie obecności myśli i tendencji samobójczych)<sup>252</sup>. W przypadku wysokiego ryzyka ponowienia próby autodestrukcji konieczne może się okazać skierowanie do szpitala psychiatrycznego. W przeciwnym wypadku należy zaaranżować leczenie w warunkach domowych. B. Hołyst zauważa, że profilaktyka postsuicydalna (po

---

<sup>249</sup> R. O'Connor, N. Sheehy, op.cit., s.145.

<sup>250</sup> I. Wiciak, *Samobójstwo* [w:] (red.) I. Wiciak, M. Baranowska, *Wybrane patologie społeczne. Uwarunkowania, przejawy, profilaktyka*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Policji, Szczytno 2009, s. 60.

<sup>251</sup> C. Fox, K. Hawton, op.cit., s. 65.

<sup>252</sup> W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, op.cit., s. 183.

wystąpieniu próby samobójczej) w Polsce jest znacząco jednostronna i ukierunkowana na doraźny cel jakim jest *przywrócenie życia*. Sprowadza się, więc do działań czysto medycznych. Zapomina się zaś o potrzebie przywrócenia *chęci do życia*. Stąd bierze się wysoka powtarzalność prób samobójczych<sup>253</sup>. Dlatego też po odratowaniu samobójcy, poprawie jego stanu somatycznego i dokonaniu diagnozy stanu psychicznego konieczne jest podjęcie działań terapeutycznych ukierunkowanych na rozwiązanie sytuacji kryzysowej, której kulminacją stał się zamach suicydalny. Rodzaj podjętych działań naprawczych zależy od źródła kryzysu. Mogą być podjęte działania psychokorekcyjne, terapia rodzinna, zapewnienie środków do życia, wsparcie psychologiczne i merytoryczne pod kątem rozwiązania konkretnych problemów. Poprawa stanu psychicznego po próbie samobójczej może być złudna i czasowa, bo gdy nie zlikwiduje się źródła problemów dojdzie do powtórzenia próby zabicia się. Dyskusyjna pozostaje kwestia zmuszania do życia osób, które konsekwentnie próbują się z tym życiem pożegnać i są całkowicie przekonane o słuszności swojej decyzji. Profesor L. Ostasz przyjmuje, iż „powinniśmy odwozić kogoś od samobójstwa i zachęcać, nawet z wymuszeniem do leczenia do trzech prób samobójczych”, ale nie uzasadnia dlaczego właśnie taką liczbę prób uważa za możliwą do zaakceptowania. Pisze jedynie, że dalszy opór przed pogodzeniem się z decyzją osoby suicydalnej „przedłuża jej cierpienie”, a kolejne próby samobójcze „są zbyt traumatyczne dla osób jej bliskich”<sup>254</sup>.

### **3.3. FORMY POMOCY RODZINIE I BLISKIM OSOBY, KTÓRA POPEŁNIŁA SAMOBÓJSTWO**

Samobójstwo członka rodziny nie dość, że samo jest symptomem zaburzeń istniejących wewnątrz systemu rodzinnego to dodatkowo może stać się przyczyną kryzysu. Własnowolna śmierć kogoś bliskiego wywołuje poczucie winy (że nie udało się temu zapobiec, a może nawet rodzina przyczyniła się do tego), niepokój, poczucie krzywdy (bo jak samobójca mógł to nam zrobić, zaprzepaścić plany jakie mieliśmy w stosunku do jego osoby, skrzywdzić nas), lęk, urazę (do samobójcy i innych członków rodziny). Może stać się początkiem tradycji suicydalnej

---

<sup>253</sup> B. Hołyst, *Suicydologia*, op.cit., s. 786-787.

<sup>254</sup> L. Ostasz, *Dobre, złe, odpowiedzialne, sprawiedliwe. Definicje i objaśnienia pojęć etyki*, Biblioteka „RES HUMANA”, Warszawa 2010, s. 113.

wynikającej z uruchomienia destrukcyjnych wzorów rozwiązywania problemów<sup>255</sup>. Pracownik socjalny powinien w takiej sytuacji podjąć działania zmierzające do uporania się członków rodziny z żałobą po śmierci samobójczej bliskiego. W procesie żałoby wyróżnić można cztery fazy:

1. Faza szoku, w której dominującą postawą jest zaprzeczanie. Czas trwania tej fazy to od kilku dni do nawet kilku tygodni
2. Faza silnych emocji i buntu, kiedy dominuje złość, lęk, poczucie winy, poszukiwanie winnego, mogą pojawić się zaburzenia snu
3. Faza zapoczątkowująca akceptację utraty osoby bliskiej, mamy do czynienia z koncentracją na osobie zmarłego
4. Pogodzenie się ze śmiercią bliskiego.

Badania nad rodzinami, w których doszło do śmierci samobójczej podjęte przez M. Sommereder w 1993 r. wykazały, że w większości tych rodzin mamy do czynienia z nietypowym charakterem procesu żałoby. Aż u 90 % badanych rodzin nie doszło nawet do rozpoczęcia tego procesu, nie zaakceptowano śmierci członka rodziny jako faktu realnego, nieodwołalnego. Przez to rodzina nie może przeżyć procesu żałoby i pogodzić się ze stratą. Pojawia się również strach przed obwinianiem przez środowisko zewnętrzne, dlatego samobójstwo staje się tajemnicą rodzinną, tematem tabu<sup>256</sup>. Pracownik socjalny powinien pomóc rodzinie przebrnąć przez proces żałoby. G. Rochford stwierdza, iż „niemożliwe jest” zaoferowanie osobie doświadczonej stratą kogoś bliskiego rozwiązania umożliwiającego późniejsze normalne funkcjonowanie jeśli osoba, która występuje z propozycją pomocy sama nie miała okazji uporać się z doświadczeniem utraty i nie może odwołać się do własnych przeżyć. Dlatego „tylko ci, którzy sami przeszli doświadczenie żałoby, mogą przystąpić do osób doświadczonych utratą, podchodząc kreatywnie do „własnych odniesionych ran”<sup>257</sup>. Śmierć osoby bliskiej, szczególnie śmierć samobójcza to traumatyczne doświadczenie życiowe, którego może nie zrozumieć ktoś kto nigdy tego nie doświadczył. Natomiast jeśli pracownik socjalny sam nie uporał się ze stratą kogoś bliskiego nie powinien zajmować się rodziną, w której doszło do samobójstwa. W tym przypadku lepiej byłoby, aby rodzinę/klienta przejął

---

<sup>255</sup> W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, op.cit., s. 184.

<sup>256</sup> Tamże, s. 187.

<sup>257</sup> G. Rochford, *Teoria, koncepcje, odczucia i praktyka, rozważanie kwestii deprywacji w ramach*

ktoś kto ze skutkiem pozytywnym przebrnął przez doświadczenie straty. Przebycie własnego procesu żałoby sprawia, iż pracownik socjalny potrafi zrozumieć uczucia osób, które znalazły się w tej kryzysowej sytuacji, a dla klienta staje się on osobą wiarygodną i kompetentną. W przypadku niedoświadczonego poczuć straty pracownika klient może deprecjonować jego umiejętności i umniejszać znaczenie udzielanej pomocy, gdyż słysząc odpowiedź negatywną na pytania: „stracił Pan kiedyś kogoś bliskiego?” dojdzie do wniosku, że pracownik socjalny nie rozumie i nie jest w stanie zrozumieć jego stanu co już podczas pierwszego kontaktu rodzi opór przed słuchaniem rad od kogoś kto nigdy nie był w podobnej do klienta sytuacji. Przebycie żałoby przez udzielającego pomocy może prowadzić do stworzenia więzi z klientem i relacji opartej na wspólnym doświadczeniu życiowym. Pracownik socjalny w pracy z osobami, których bliscy odebrali sobie życie musi również wziąć pod uwagę, iż poruszając tak drażliwy temat wywołać może gwałtowne emocje. Osoby, które (co jak wykazały przytoczone badania jest bardzo częste u rodzin samobójców) nie pogodziły się ze stratą bliskiej osoby i nie przyjmują do siebie faktu jej samobójczej śmierci odrzucając realność tego wydarzenia, które nie przeżyły procesu żałoby mogą uznać interwencję pracownika socjalnego za „rozdrapywanie ran”. Pracownik socjalny pełniący rolę „substytutu osoby utraconej” musi liczyć się z tym, że zostanie na nim wyładowana złość, uraza, gniew<sup>258</sup>. Jest to jednak konieczne, aby klient mógł wyrazić swoje uczucia i zmierzyć się z nimi. Stanowi to skutek skonfrontowania klienta z realnością samobójczej śmierci osoby bliskiej co powoduje przejście od fazy zaprzeczania do fazy buntu i silnych emocji (takich właśnie jak złość, gniew, poczucie winy). Te negatywne emocje zostaną z kolei odreagowane na pracowniku socjalnym. Psychoterapia wraz z przejściem przez proces żałoby powinna również być ukierunkowana na nauczenie klienta konstruktywnych sposobów radzenia sobie, aby nie przyjął on destruktywnego wzorca postępowania biorąc przykład z samobójczej śmierci bliskiego. Zastosować można terapię nastawioną na rozwiązywanie problemów opisaną w poprzednim podrozdziale. Samobójcza śmierć osoby młodej dotyczy nie tylko jego rodziny, ale także kolegów i przyjaciół. Może rodzić w nich smutek, niepokój i żal po stracie, dlatego na przykład w ramach szkoły, należy dać im możliwość rozmowy na ten temat i podzielenia się swoimi uczuciami. To tragiczne wydarzenie powinno stać

---

*zajęć z zakresu pracy socjalnej* [w:] (red.) J. Lishman, op.cit., s. 112.

<sup>258</sup> Tamże, s.114.

asie przedmiotem dyskusji w gronie uczniów (klasie), jak i indywidualnie. Nie można jednak organizując tego typu działanie w szkole idealizować samobójcy czy gloryfikować tego typu zachowań. Nie powinno się pozwolić na organizację uroczystości wspominkowych czy szkolnych apeli. Ważne jest, aby po takim zdarzeniu dogłębnie monitorować stan psychiczny uczniów i informować o miejscach, gdzie mogą oni porozmawiać i uzyskać pomoc<sup>259</sup>. Tego typu działania nie powinny ograniczać się jedynie do szkoły, do której uczęszczał samobójca, ale obejmować też inne pokrewne placówki, gdyż nawet młodzi ludzie mieszkający daleko, a nawet całkowicie nieznani ofiarom samobójstwa mogą identyfikować się z ich zachowaniem i zdecydować się na ten ostateczny krok<sup>260</sup>.

Praca socjalna to zawód mający ogromne znaczenie w profilaktyce presuicydalnej. Osoby go wykonujące na co dzień stykają się z osobami z grup ryzyka suicydalnego i udzielają im profesjonalnej pomocy. Rodzaj udzielanej pomocy zależy od specyfiki grupy, z którą przychodzi pracować pracownikowi socjalnemu. Duża różnorodność grup zagrożonych wiąże się z potrzebą wypracowania różnych modeli działań w zależności od tego do jakiej grupy są one skierowane. Należy dążyć do pełnego wykorzystania potencjału pracowników socjalnych i stosowanych przez nich narzędzi (Kwestionariusz Rodzinnego Wywiadu Środowiskowego, Kontrakt Socjalny) do zapobiegania zachowaniom suicydalnym. Ważne jest również położenie nacisku na umiejętności psychoterapeutyczne w kształceniu pracowników służb społecznych, aby nie doszło do biurokratyzowania tego zawodu i by pracownicy socjalni byli w stanie pomóc klientom w kryzysie i w stanie presuicydalnym.

---

<sup>259</sup> *Zapobieganie samobójstwom...*, op.cit., s. 55-56.

<sup>260</sup> Tamże, s.78.



## ZAKOŃCZENIE

Próba samobójcza to akt rozpaczcy, w którym wola życia przeciwstawia się pragnieniu śmierci. Ta ambiwalencja uczuć pozwala nam sądzić, iż suicydent do końca żywi nadzieję, iż ktoś zareaguje na jego rozpaczliwe wołanie o pomoc i jeśli ktoś mu pomoże nim pętla zaciśnie się na szyi to być może uda się rozwiązać problemy, które zaprowadziły go na skraj przepaści. Śmierć nie musi być (i w większości przypadków, zgodnie z tym co przedstawiłem w pierwszej części niniejszej pracy, nie jest) ostatecznym celem zamachu samobójczego a jest tylko uświadomioną możliwością, która może wynikać z próby samobójczej. Celem tego działania jest tak naprawdę przerwanie psychicznego cierpienia i uzyskanie pomocy. Zamachy samobójcze są w większości aktami instrumentalnymi. Wszystko to sprawia, że mamy prawo i obowiązek zapobieżenia zamachowi jeśli jesteśmy w stanie pomóc suicydentowi rozwiązać problemy będące źródłem jego cierpienia. Uniemożliwienie jedynie odebrania sobie życia przez suicydenta przy pozostawieniu go potem samemu z jego problemami, przy braku pomocy w przezwycięzeniu kryzysu lub gdy problemów suicydenta nie da się rozwiązać i suicydent do końca życia byłby skazany na swoje cierpienie jest niedopuszczalne z moralnego punktu widzenia i stanowi formę przemocy. Życie można i należy podtrzymywać dopóki jest nadzieja na podniesienie jego jakości. Nie można przedłużać cierpienia osoby, gdy nie jesteśmy w stanie jej pomóc, a na to cierpienie ona się nie godzi. Tak więc ambiwalencja celów i uczuć u suicydenta daje pracownikom socjalnym (i innym ludziom) prawo do zapobiegania samobójstwom a możliwości (bądź ich brak) przezwyciężenia sytuacji kryzysowej i zlikwidowania cierpienia powinny być dla nas podstawą do decydowania o tym czy należy pogodzić się z czyjąś decyzją o samobójstwie drugiego człowieka, czy też dalej powinniśmy przedłużać jego życie. W profilaktyce presuicydalnej należy mieć również na uwadze, że rozwój tendencji samobójczych ma charakter procesualny, a znajomość przebiegu tego procesu i charakterystyki jego poszczególnych faz pozwala zareagować zanim dojdzie do zamachu samobójczego.

Zjawisko zachowań suicydalnych jest bardzo zróżnicowane pod kątem form w jakich występuje (myśli samobójcze, samobójcze groźby, „para samobójstwa”, próby samobójcze, różne rodzaje samobójstw dokonanych). Formy te zależą często od stadium stanu suicydalnego w jakim znajduje się suicydent i wymagają

zróżnicowanego podejścia w zależności od stopnia ryzyka suicydalnego. Pracownik socjalny musi wiedzieć jak ocenić ryzyko dokonania próby samobójczej (za pomocą dostępnych mu narzędzi, np. Kwestionariusza Rodzinnego Wywiadu Środowiskowego), aby podjąć stosowne działania. Oprócz wielości form zachowań samobójczych niepokój budzą również rozmiary tego zjawiska w skali globalnej i w odniesieniu do naszego kraju. Liczba samobójstw (i prób samobójczych) stale wzrasta i prognozuje się dalszą eskalację tego typu zachowań. Szczególnie alarmujący jest wzrost udziału ludzi młodych, adolescentów w samobójczych statystykach. Zaobserwować można również zwiększanie się wskaźnika samobójstw na wsiach w stosunku do miast. W profilaktyce presuicydalnej uwzględnić należy te tendencje.

Osoby z grup zagrożonych ryzykiem dokonania próby samobójczej to ludzie, którzy znaleźli się w sytuacji kryzysowej na skutek wielu różnych problemów życiowych. Łączy ich brak możliwości skorzystania z systemów wsparcia społecznego na skutek dezorganizacji więzi z innymi ludźmi. Często są to osoby samotne znajdujące się na marginesie życia społecznego. Niemożność otrzymania pomocy od otoczenia prowadzi do desperackich poczynań (takich jak próba samobójcza), aby zwrócić uwagę na siebie i swoje problemy i w końcu otrzymać pomoc (a gdy pomoc nie nadchodzi jedynym rozwiązaniem wydaje się być śmierć). W planowaniu pomocy osobom z grup ryzyka należy brać pod uwagę ich różnorodność i specyfikę uwarunkowań będących źródłem kryzysu suicydalnego. Uwarunkowania samobójstw można podzielić na indywidualne przyczyny wynikające z konstytucji psychicznej danej jednostki (przyczyny psychopatologiczne) i przyczyny społeczne (w szczególności dezorganizacja więzi społecznych). W każdym przypadku samobójstw znaczenie wydają się mieć obie grupy czynników (przy czym raz większe znaczenie ma psychika danej jednostki a innym razem system społeczny, który może generować patologiczne zachowania jednostek). Dlatego też podejście łączące w sobie ujęcie psychopatologiczne i socjopatologiczne w sposób najbardziej kompletny oddaje złożoność uwarunkowań zachowań suicydalnych. Tak jak możemy upatrywać w samobójstwie przyczyn indywidualnych i społecznych tak również zauważyć należy, że samobójstwo nie niesie ze sobą jedynie śmierci pojedynczej jednostki, ale ma negatywny wpływ na funkcjonowanie najbliższego otoczeni samobójcy i całego społeczeństwa. Dlatego profilaktyka presuicydalna i postsuicydalna obejmować powinna rodzinę i bliskich

samobójcy oraz całe społeczeństwo ze szczególnym naciskiem na osoby znajdujące się w grupach ryzyka samobójczego.

Pracownicy socjalni, szczególnie pracujący w podstawowych jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej (Gminnych Ośrodkach Pomocy Społecznej) często jako pierwsi stykają się z osobami przynależącymi do grup o podwyższonym ryzyku dokonania próby samobójczej. Klienci pomocy społecznej są wręcz grupą zbieżną z grupami ryzyka suicydalnego (które stanowią podzbiór klienteli pracowników socjalnych). Pracownicy socjalni wyposażeni są również w narzędzia i umiejętności, które pozwalają im na niesienie pomocy osobom zagrożonym samobójstwem. Prawo nakłada również na pracowników socjalnych obowiązek niesienia pomocy ludziom, którzy znaleźli się w kryzysie mogącym doprowadzić do samobójczej śmierci. Duże spektrum osób o podwyższonym ryzyku suicydalnym nie stanowi problemu dla pracowników socjalnych, gdyż są to „naturalni” klienci pomocy społecznej i pracownicy powinni być przygotowani do niesienia im pomocy. Zmiany jakie należy wprowadzić to ukierunkowanie tej pomocy na zapobieganie zamachom samobójczym tych osób. Pracownicy socjalni powinni posiadać umiejętność wykorzystywania dostępnych im narzędzi (Kwestionariusz Rodzinnego Wywiadu Środowiskowego, Kontrakt Socjalny) do oceny ryzyka suicydalnego i zminimalizowania tego ryzyka. Również przyznawanie (bądź odmowa przyznania lub ograniczenie) świadczeń powinno mieć na celu rozwiązanie sytuacji kryzysowej i zmniejszenie zagrożenia samobójstwem. Pracownicy socjalni powinni posiadać z racji wykonywanego zawodu najpełniejszą wiedzę na temat zagrożeń występujących w środowisku lokalnym w jakim przyszło im działać. Powinno to dotyczyć również wiedzy o tendencjach suicydalnych wśród mieszkańców rejonu opiekuńczego. Konieczna jest także współpraca pracowników pomocy społecznej z innymi instytucjami, np. szkołami, w celu umożliwienia dotarcia do wszystkich grup docelowych z działaniami profilaktyki suicydalnej. W kształceniu przyszłych pracowników socjalnych należy też położyć nacisk na techniki psychoterapeutyczne i wiedzę o symptomach stanu presuicydalnego, aby przeciwdziałać biurokratyzacji tego zawodu i umożliwić pracownikom kompetentne pomaganie osobom zagrożonym samobójstwem.

Niniejsza praca miała na celu wykazanie znaczenia pracy socjalnej w profilaktyce presuicydalnej i postsuicydalnej oraz opracowanie planu pomocy jaką

pracownik socjalny zaoferować może osobom z grup ryzyka suicydalnego. W efekcie końcowym stwierdzić można, że cel ten udało się osiągnąć.

## SPIS LITERATURY

- Aronson E., *Człowiek – istota społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995,
- Badura-Madej W. (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej: poradnik dla pracowników socjalnych*, Wydawnictwo Interart, Warszawa 1996,
- Bilikiewicz A. (red.), *Psychiatria*, Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2002,
- Bilikiewicz A., Strzyżewski W. (red.), *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992,
- Binczycka-Anholcer M., *Zachowania suicydalne osób w starszym wieku*, [w:] „Suicydologia”, tom 1, nr 1, Warszawa 2005,
- Bortnowska H., *Sens choroby. Sens śmierci. Sens życia*, Wydawnictwo Znak, Kraków 1993,
- Carr A., *Depresja i próby samobójcze młodzieży: sposoby przeciwdziałania i reagowania*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004,
- Cialdini R., *Wywieranie wpływu na ludzi: teoria i praktyka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007,
- Corey G., Corey M.S., *Mamy wybór*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2005,
- Czabała J. Cz., Danielewicz D., Hryniewicka A., Rola J., Zasepa E., *Promocja zdrowia psychicznego jako działania zapobiegające samobójstwom*, [w:] „Suicydologia”, t. 4, nr 4, 2008,
- Dubois K., K. Miley, *Praca socjalna, t.2*, Wydawnictwo „Interart”, Warszawa 1996,
- Durkheim Emile, *Samobójstwo*, Wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa 2006,
- Fox Christopher, Hawton Keith, *Jak – dlaczego – kiedy rozmawiać z młodymi zagrożonymi samobójstwem*, Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2009,
- Garvin Ch.D., Seabury B.A., *Działania interpersonalne w pracy socjalnej, t.2*, Wydawnictwo Interart, Warszawa 1996,
- Gmitrowicz A., *Uwarunkowania zachowań samobójczych młodzieży*, [w:] „Suicydologia”, tom 1, nr 1, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2005,
- .Gould M.S, Shaffer D., Fisher P., Garfinkel R., *Separacja i rozwód rodziców a samobójstwa u dzieci i młodzieży*, [w:] „Wiadomości psychiatryczne”, t. II, nr1, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Poznań 1999,
- Greenstone J.L., Leviton S. C., *Interwencja kryzysowa*, Gdańskie Wydawnictwo

Psychologiczne, Gdańsk 2004,

Grzywa A., Kumin A., Kucmin T., *Samobójstwa - epidemiologia, czynniki, motywy i zapobieganie. Część I*, [w:] (red.) T. Płusa, „Polski Mercuriusz Lekarski“, Tom XXI, nr 121, Wyd. MEDPRESS, Warszawa 2006,

Hart A.D., *Męska depresja*, Wydawnictwo Polskiej Prowincji Dominikanów W drodze, Poznań 2004

Hołyst B., *Na granicy życia i śmierci. Studium kryminologiczne i wiktymologiczne*, Wydawnictwo Kodeks Sp. z.o.o., Warszawa 2002,

Hołyst B., *Samobójstwo - przypadek czy konieczność*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1983,

Hołyst B., Staniaszak M. i Binczycka-Anholcer M. (red.), *Samobójstwo*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa 2002,

Hołyst B., *Niezwykłe przypadki samobójstw*, [w:] „Suicydologia“, tom 3, nr 1, Warszawa 2007

Hołyst B., *Samobójstwo jako problem kryminologiczny i kryminalistyczny*, [w:] „Zdrowie Psychiczne“, nr 4, 1978,

Hołyst B., *Suicydologia*, Wyd. Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002

James R.K., Gilliland B.E., *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię.*, Wydawnictwo Edukacyjne Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2005,

Jamison K.R., *Noc szybko nadchodzi: zrozumieć samobójstwo, by mu zapobiec*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004,

Jarosz M., *Samobójstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997,

Jarosz M., *Samobójstwa: ucieczka przegranych*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2004,

Jarosz M., *Samozniszczenie. Samobójstwo. Alkoholizm. Narkomania.*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, Wrocław 1980,

Jarosz M., *Samobójstwa w III Rzeczypospolitej w perspektywie światowej. Analiza socjologiczna*, [w:] „Suicydologia“, tom 1, nr 1, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2005,

Kawula S., Machel H. (red.), *Młodzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1997,

Kijaczko S., *Wobec bycia. Filozoficzny problem samobójstwa*, Wydawnictwo

Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005,

Kubacka-Jasiecka D., K. Mudyń (red.), *Kryzys. Interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2005,

Kubacka-Jasiecka D., *Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń Ja*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006,

Lishman J. (red.), *Podręcznik teorii dla nauczycieli praktyki w pracy socjalnej*, Wydawnictwo Interart, Warszawa 1996 r,

Makara-Studzińska M., Koślak A., *Spoleczno-demograficzne czynniki ryzyka samobójstwa w schizofrenii: przegląd piśmiennictwa*, [w:] „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, tom 17, zeszyt 4, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008

Malicka-Gorzelańczyk H., *Opinie młodzieży o samobójstwie*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2002,

Marx J., *Idea samobójstwa w filozofii - od antyku do współczesności*, Wydawnictwo ALFA, Warszawa 2003,

Mordasewicz-Goliszevska M., Albrant-Kuzia G., Słowikowska R., Paszko J., P. Stąpel, Grygalewicz J., *Celowe zatrucia u dzieci i młodzieży w materiale kliniki ogólnopediatrycznej*, [w:] „Polski Merkurusz Lekarski“, Tom XXI, nr 121, Wyd. MEDPRESS, Warszawa 2006,

Muskała M., *Więź osadzonych recydywistów ze środowiskiem*, Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego Oddział w Poznaniu, Poznań 2006,

O'Connor R., Sheehy N., *Zrozumieć samobójcę*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002,

Ossowski S., *O osobliwościach nauk społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1962,

Ostasz L., *Dobre, złe, odpowiedzialne, sprawiedliwe. Definicje i objaśnienia pojęć etyki*, Biblioteka „RES HUMANA”, Warszawa 2010,

Pilch T. (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, tom V*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006,

Piotrowski P. (red.), *Przemoc i marginalizacja: patologie społecznego dyskursu*, Wydawnictwo Akdamicke „ŻAK“ Warszawa 2004,

Polewka A., *Ryzyko ponowienia próby samobójczej jako problem diagnostyczny, terapeutyczny i społeczny*, [w:] „Suicydologia“, tom I, nr 1, Polskie Towarzystwo

- Sucydologiczne, Warszawa 2005,
- Popiszyl I., *Patologie społeczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008,
- Ringel E., *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Wydawnictwo Glob, Szczecin 1987,
- Ringel, E. *Nerwica a samozniszczenie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992,
- Romaniuk J.R., *Czy geje i lesbijki są trudnymi pacjentami*, [w:] „Terapia. Uzależnienia i współzależnienia“, nr 4, Fundacja „Zdrowie-Trzeźwość“, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Bełchatów 1999,
- Rosa K., Merecz D., *Międzynarodowy Program Badań nad Zachowaniami Samobójczymi - SUPRE-MISS*, [w:] „Suicydologia“, tom 1, nr 1, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2005,
- Skidmore R.A., Thackeray M. G., *Wprowadzenie do pracy socjalnej*, Wydawnictwo Interart, Warszawa 1996,
- Sobów T., *Rozpowszechnienie, czynniki ryzyka i możliwości prewencji samobójstw u osób w wieku podeszłym*, [w:] „Postępy Psychiatrii i Neurologii“, tom 13, zeszyt 2, 2004,
- Sołtysiak T. (red.), *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przewycięzania*, Wyd. Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2005,
- Światowa Organizacja Zdrowia, Rzecznik Praw Dziecka *Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla nauczycieli i innych pracowników szkoły*, Warszawa 2007,
- Tetaz N., *Warto żyć*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1976,
- Toffler A., *Trzecia fala*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1985,
- Urban B. (red.), *Problemy współczesnej patologii społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998,
- Wąsek A., *Prawnokarna problematyka samobójstw*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1982,
- Wiciak I. Baranowska M. (red.), *Wybrane patologie społeczne. Uwarunkowania, przejawy, profilaktyka*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Policji, Szczytno 2009,
- Wszeborowski H., Machela K. (red.), *Psychospołeczne uwarunkowania zjawisk dewiacyjnych wśród młodzieży w okresie transformacji ustrojowej w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1999,



Dane Komendy Głównej Policji,  
<http://statystyka.policja.pl/portal/st/954/50879/samobojstwa.html>, dostęp: 28.09.2010  
r.

## SPIS AKTÓW PRAWNYCH

*Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.* (Dz.U. Nr 64, poz. 593), tekst jednolity z dnia 2 października 2009 r. (Dz.U. Nr 175, poz. 1362),

*Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 kwietnia 2005 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego* (Dz. U. z dnia 4 maja 2005 r. Nr 77 poz. 672), załącznik nr 2, <http://www.abc.com.pl/serwis/du/2005/0672.htm>, dostęp: 06.05.11 r.

*Strategia Polityki Społecznej na lata 2007-2013*, przyjęta przez Radę Ministrów w dniu 13 września 2005 r., <http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=486>, dostęp: 06.05.11 r.



Publikatornia

Self-publishing platform

Próba samobójcza to akt rozpaczny, w którym wola życia przeciwstawia się pragnieniu śmierci. Ta ambiwalencja uczuć pozwala nam sądzić, iż suicydent do końca żywi nadzieję, iż ktoś zareaguje na jego rozpaczliwe wołanie o pomoc i jeśli ktoś mu pomoże nim pętla zaciśnie się na szyi to być może uda się rozwiązać problemy, które zaprowadziły go na skraj przepaści. Pracownicy socjalni, szczególnie pracujący w podstawowych jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej (Gminnych Ośrodkach Pomocy Społecznej) często jako pierwsi stykają się z osobami przynależącymi do grup o podwyższonym ryzyku dokonania próby samobójczej. Klienci pomocy społecznej są wręcz grupą zbieżną z grupami ryzyka suicydalnego. Niniejsza książka ma pomóc pracownikom służb społecznych w pracy z osobami zagrożonymi samobójstwem.

Mariusz Sobkowiak – pracownik socjalny, pedagog, członek Towarzystwa Wiedzy Psychologicznej „START”, działacz społeczny i polityczny.

---