

BEATA KOSIBA

Instytut Nauk Politycznych UWM w Olsztynie

beata.kosiba@uwm.edu.pl

WIOLETTA PRZYBYSZEWSKA

Olsztyński Instytut Psychoterapii w Olsztynie

wioletta.przybyszewska@wp.pl

IRENEUSZ SOŁTYSZEWSKI

Katedra Kryminalistyki i Medycyny Sądowej UWM w Olsztynie

ireneusz.soltyszewski@uwm.edu.pl

JOURNAL OF MODERN
SCIENCE TOM 1/32/2017,
S. 83–111

SELECTED ASPECTS OF SUICIDAL BEHAVIOUR WYBRANE ASPEKTY ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

*Im Moment, da man nach Sinn und Wert
des Lebens fragt, ist man krank.*

Zygmunt Freud w liście do księżnej Bonaparte

W chwili, gdy człowiek podważa sens i wartość swojego życia, jest chory.

(tłum. W.P.) Słowa z listu z 13 sierpnia 1937 r., Sigmund Freud, Briefe
1873–1939, Frankfurt am Main 1960, s. 429.

Psychotherapie und der Sinn des Lebens, Göttingen 1998, s. 38

ABSTRACT

The phenomenon of suicide has been present in the history of humanity since the beginning of its existence. Suicidal acts were committed in every epoch and culture, but the scale of the phenomenon has been increasing with the development of civilisation. The aggravation of the problem has caused scholars to reflect on reasons for suicide and the nature of the suicidal act itself. Therefore, suicide is a subject of interest of various fields of study, including philosophy, theology, pedagogy, psychology, sociology and criminology. The article attempts to present the state of knowledge on the discussed issue from three perspectives. The authors present the problem of suicide in the context of selected philosophical currents, ethical systems and social motives by which people committing suicide are driven. Then the authors point at the philosophical conditioning which, in appropriate circumstances, is conducive to suicidal behaviour. The above mentioned issues are analysed on the basis of extensive epidemiological data.

STRESZCZENIE

Zjawisko samobójstwa występuje w dziejach ludzkości od początków jego istnienia. Niezależnie od kultury czy epoki historycznej dokonywano aktów samobójczych, jednak skala tego zjawiska nasilała się wraz z rozwojem cywilizacyjnym. W związku z narastaniem problemu również w nauce podjęto refleksję na temat analizy przyczyn samobójstwa i samego aktu samobójczego. A zatem samobójstwo jest przedmiotem zainteresowania wielu dziedzin nauki, m.in.: filozofii, teologii, pedagogiki, psychologii, socjologii czy kryminologii.

Artykuł jest próbą przedstawienia stanu wiedzy na temat omawianego zjawiska w trzech perspektywach. Autorzy przedstawiają problem samobójstwa w kontekście wybranych nurtów filozoficznych i systemów etycznych, jak również społecznych motywów, które kierują samobójcami. Następnie wskazują na uwarunkowania psychologiczne, które w odpowiednich okolicznościach sprzyjają zachowaniom samobójczym. Powyższe zagadnienia są analizowane na bazie obszernych danych epidemiologicznych.

KEYWORDS: *suicidal behavior, psychological suicide aspect, ethical aspect of suicide, social aspect of suicide, epidemiology of suicide*

SŁOWA KLUCZOWE: *zachowania samobójcze, psychologiczne aspekty samobójstw, etyczne aspekty samobójstw, społeczne aspekty samobójstw, epidemiologia samobójstw*

WPROWADZENIE

Klasyczna definicja, opracowana ponad sto lat temu przez francuskiego filozofa, socjologa i pedagoga Émile'a Durkheima, opisuje samobójstwo jako: „(...) każdy przypadek śmierci będący bezpośrednim lub pośrednim wynikiem działania lub zaniechania przejawianego przez ofiarę zdającą sobie sprawę ze skutków swego zachowania” (Durkheim, 2011, s. 51). Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) samobójstwo jest rozumiane jako „rozmyślny akt pozbawienia się życia”. Z kolei *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN* definiuje samobójstwo jako „celowe zachowanie samodestrukcyjne prowadzące do śmierci biologicznej, które może mieć charakter gwałtowny (np. samobójstwo przez powieszenie się) lub charakter stopniowy (np. samobójstwo przez zagłodzenie się)” (*Nowa Encyklopedia Powszechna PWN*, 1996).

W większości definicji występuje wspólny mianownik, jakim jest celowość działań samobójczych i destrukcja tych działań. Jednak istnieją takie

akty, w których samobójstwo polega na złożeniu siebie samego w ofierze dla wyższych wartości. „Ich treścią jest wyrażenie przywiązania do idei, osób czy wartości, w których imię dokonywane są tego typu akty” (Zwoliński, 2013, s. 137). Dyskusyjne jest w takich przypadkach stosowanie terminu „samobójstwo”, o czym będzie mowa poniżej.

Wieloletnie badania prowadzone nad samobójstwami pozwoliły na sformułowanie następującego wniosku. Zachowania samobójcze obejmują szeroką gamę zachowań o charakterze autodestrukcyjnym, które w świetle aktualnego stanu wiedzy są wynikiem interakcji pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi, socjologicznymi i środowiskowymi. Biorąc pod uwagę, że co roku w wyniku zamachów samobójczych umiera około miliona ludzi, poszukiwanie skutecznych metod przeciwdziałania temu zjawisku jest jednym z najważniejszych zadań stojących przed naukowcami z różnych dziedzin. W wielu krajach europejskich zostały już opracowane narodowe programy i strategie zapobiegania zachowaniom samobójczym. W wyniku ich wdrożenia np. w Finlandii, Szwecji, Danii, Norwegii oraz na Węgrzech liczba samobójstw zmniejszyła się o 20–30% (WHO Mental and Behavioral Disorders. Figures and facts about suicide. WHO/MNH/MBD/99.1, 2000). Celem artykułu jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy w wybranych aspektach zachowań samobójczych, które zdaniem autorów odgrywają kluczową rolę w poznaniu mechanizmów tego zjawiska. Artykuł ma charakter interdyscyplinarny.

Pierwszą część stanowią rozważania filozoficzno-etyczne z elementami socjologicznymi, ma ona charakter stricte teoretyczny i stanowi punkt wyjścia dla rozważań zawartych w dalszej części artykułu, a w szczególności dotyczących jego aspektu psychologicznego. Tekst z tego względu jest zróżnicowany metodologicznie, gdyż w pierwszej części stanowi przegląd literatury, przede wszystkim filozoficzno-etycznej, odnoszącej się do tego zagadnienia, w części drugiej analizuje dane statystyczne i motywacje z punktu widzenia nauk sądowych, zaś podstawę opracowania części trzeciej stanowią badania własne i ich analiza w świetle współczesnych publikacji. Autorzy są świadomi, że ten temat jest niezwykle obszerny i wieloaspektowy, nawet w ramach poszczególnych dziedzin nauki, stąd też analizie poddaje się te kwestie, które zdaniem autorów są najistotniejsze.

ASPEKT ETYCZNO-SPOŁECZNY PROBLEMU SAMOBÓJSTWA

Historia filozofii wskazuje, że problem samobójstwa był podejmowany we wszystkich epokach, ponieważ człowiek i sprawy jego egzystencji są w centrum zainteresowania tej dziedziny nauki, a szczególnie etyki. Z racji licznych opracowań na ten temat trudno odnieść się do wszystkich autorów, którzy go podejmowali, podejmuje się jednak próby scharakteryzowania tego problemu w świetle wybranych koncepcji. Związek, jaki zachodzi między zagadnieniem samobójstwa a zagadnieniem sensu i znaczenia życia ludzkiego, jest jednym z kluczowych problemów badawczych.

Już w czasach pogańskiej starożytności problem samobójstwa budził zainteresowanie wśród filozofów. Poglądy były zróżnicowane, od jednoznacznego potępienia samobójstwa jako aktu tchórzostwa i ucieczki przed trudnościami, a także jako działania wbrew naturze (Arystoteles), do pochwały samobójstwa jako apoteozy wolności (stoicy). Arystoteles w *Etyce nikoma-chejskiej* stwierdza, że „istnienie jest dla wszystkich czymś wyboru i miłości godnym” (Arystoteles, 1996, ak.1168a). W innym miejscu wskazuje zaś, że samobójstwo jest ucieczką przed ubóstwem, miłością lub jakimś zmartwieniem i dowodzi tchórzostwa, a nie męstwa (por. Arystoteles, 1996, ak. 1116a). Męstwo, jako jedna z cnót, jest elementem osiągnięcia doskonałości, a przez to eudajmonii, która niweczy śmierć – i to jest dodatkowy wymiar potępienia samobójstwa przez Arystotelesa. Pozbawiając się życia, człowiek czyni także szkodę całemu społeczeństwu. Kto odbiera sobie życie, „państwo karze i jakaś niesława spada na samobójcę, ponieważ skrzywdził państwo” (Arystoteles, 1996, ak. 1138a). Inne poglądy w tej mierze wyznawał Epikur i jego uczniowie. Epikur stał na stanowisku, że życie powinno być przyjemne, nie najdłuższe, a prawdziwy mędrzec „ani się życia nie wyrzeka, ani się śmierci nie boi, albowiem życie nie jest mu ciężarem, a nieistnienia nie uważa wcale za zło” (Diogenes Laertios, 2004, s. 645). Zdaniem Epikura wszelkie dobro i zło wiążą się z czuciem, a śmierć jest pozbawieniem czucia, więc nie jest niczym strasznym. Ponadto, zdaniem filozofa, głupstwem byłoby bać się śmierci „nie dlatego, że sprawia nam ból, gdy nadejdzie, lecz że trapi nas jej oczekiwanie”. Bezpodstawne są bowiem obawy przed czymś, czego nie ma. „A zatem śmierć, najstrasniejsze z nieszczęść, wcale nas nie dotyczy,

bo gdy my istniejemy, śmierć jest nieobecna, a gdy tylko śmierć się pojawi, wtedy nas już nie ma” (Diogenes Laertios, 2004, s. 633). Stoicy natomiast uważają, że „mędrzec może sobie odebrać życie, jeżeli ma do tego rozumny powód, czy to dla ojczyzny, czy dla przyjaciół, czy też dlatego, że doznaje nieznosnych cierpień, dotknięty jest kalectwem lub nieuleczalną chorobą” (Diogenes Laertios, 2004, s. 423). W tym przypadku problem samobójstwa wiąże się z eutanazją, co wykracza poza ramy tematu.

„(...) W okresie poarystotelesowskim kultura antyczna ustami swych najwybitniejszych myślicieli przechyliła się zdecydowanie na stronę aprobaty samobójstwa, a nawet jego apologii jako ostatniej możliwej do zrealizowania ludzkiej wartości. Wydaje się to zresztą zupełnie zrozumiałe. Wszystko niejako spychało myśl filozoficzną w tym kierunku: absolutyzm cezarski i pogańskiego państwa, w obliczu którego osobowe uprawnienia pojedynczego obywatela utraciły rację bytu, społeczna degradacja człowieka w osobie niewolnika, materialistyczne podłoże panujących filozofii, pozbawiające go transcendentnego oparcia i nadziei. Życie ludzkie uległo powszechnej deprecjacji, nad myślą filozoficzną zaciążyła atmosfera niepewności i rezygnacji. Prawo do samobójstwa stanowiło zatem wyraz autonomii, czyli prawa do decydowania o własnym losie” (Ślipko, 2008, s. 12–13).

Wraz z chrześcijaństwem nastąpiło radykalne potępienie samobójstwa. W tradycji chrześcijańskiej człowiek jest ujmowany jako istota stworzona przez Boga, na Jego wzór i podobieństwo, a tym samym życie ludzkie nie jest własnością człowieka, jest człowiekowi dane przez Boga i jedynie Bóg może je odebrać. Zarówno św. Augustyn, jak i św. Tomasz jednoznacznie potępiają samobójstwo. Święty Augustyn potępiając samobójstwo, odwołuje się do argumentu, że samobójstwo jest zabiciem człowieka, a więc zabójstwem, co jest niezgodne z Prawem Bożym. Święty Tomasz zakaz samobójstwa uzasadnia natomiast, posługując się trzema typami argumentów. Po pierwsze, argumentem personalistycznym głoszącym, że odebranie sobie życia jest odebraniem sobie podstawowego dobra i zaprzeczeniem miłości własnej. Po drugie, argumentem socjologicznym, zgodnie z którym samobójca swoim czynem wyrządza szkodę społeczności, oraz argumentem teologicznym, według którego tylko Bóg może dysponować ludzkim życiem, a w akcie samobójczym człowiek przywłaszcza sobie to prawo. W świetle nauczania Kościoła samo-

bójstwo jest zatem złem bezwzględnym, a więc ma wymiar grzechu ciężkiego, czyli najpoważniejszej materii (Morciniec, 2005, s. 401–402).

W filozofii oświeceniowej nastąpił powrót do traktowania samobójstwa jako wyrazu ludzkiej wolności. Pogląd taki głosili zarówno empiryści brytyjscy (David Hume), jak i Monteskiusz czy Jean Jacques Rousseau. Dopuszczalność samobójstwa była traktowana jako zwycięstwo rozumu nad średniowiecznymi przesądami. Jednak nie było to jedyne stanowisko w filozofii nowożytnej. Odmienne zdanie głosił Immanuel Kant. Sformułował on dwie racje przeciwko samobójstwu: negatywną i pozytywną. „Pierwsza z nich podkreśla, że usprawiedliwienie samobójstwa byłoby równoznaczne z przyjęciem wewnętrznej sprzeczności w samej naturze ludzkiej. Stałoby się bowiem prawem powszechnym (...), niezgodnym jednak z powszechnym prawem zachowania życia” (Ślipko, 2008, s. 17). Kant uważa, że ludzkie życie ma wymiar absolutnej wartości, z której wynika moralne powszechne prawo jego zachowania. Jest to pozytywna racja przeciwko samobójstwu. Dla Kanta człowiek jest celem samym w sobie, absolutnym podmiotem moralności i jako taki nie może być nigdy traktowany jako środek do jakiegokolwiek innego celu. „Niszczą w akcie samobójstwa własną egzystencję, człowiek unicestwia we własnej osobie cały świat moralności, którego wartość jest ponad wszystko” (Kant, 2013, s. 50–52). Konceptji Kanta nie podzielali inni przedstawiciele nowożytności, jak Arthur Schopenhauer (samobójstwo jest efektem tego, że okropności życia przeważają nad okropnościami śmierci), Friedrich Nietzsche (nawiązując do stoików, głosi, że prawo do samobójstwa opiera się na wolności człowieka, wyższości nad światem i możliwości decydowania o swoim życiu), czy socjologu francuscy, tacy jak Emile Durkheim czy Albert Bayet (wskazuje na istnienie dwóch moralności: prymitywnej, która potępia samobójstwo z zasady, nie dopuszcza wyjątków, i giętkiej, która rozróżnia „sytuacje i przechodzi od potępienia do nagany i dezaprobaty, od dezaprobaty do litości, od litości do wyrozumienia, aprobaty, podziwu”) (Ślipko, 2008, s. 19). Stanowiska te dopuszczają samobójstwo jako wyraz wolności i rozumności człowieka.

W filozofii współczesnej problem samobójstwa został podjęty przez wielu myślicieli i w wielu nurtach. Na gruncie filozofii egzystencjalnej, reprezentowanej przez Jeana Paula Sartre’a, Martina Heideggera czy Alberta Camusa, dominuje pogląd o dopuszczalności samobójstwa. W filozofii Sartre’a i Hei-

deggera uzasadnieniem tej tezy jest idea wolności, osadzonej na idei absurdalności życia, która dla Camusa stała się naczelnym motywem. W filozofii Sartre'a samobójstwo jest aktem wolności rozumianej jako uniwersalna siła, która przemienia działania człowieka w afirmację siebie, taki charakter ma również samobójstwo (Sartre, 2007, s. 583). Heidegger odnosi się natomiast do ludzkiej egzystencji, która nieustannie zmierza do śmierci. Wskazuje, że „*Dasein*, jako rzucone bycie-w-świecie, zawsze już jest wydane swej śmierci. Będąc ku swej śmierci, umiera ono faktycznie, i to ciągle – dopóki nie utraci swego życia” (Heidegger, 2005, s. 327). Heidegger, jak się wydaje, nie pojmuje samobójstwa ani jako zjawiska pozytywnego, ani negatywnego w odniesieniu do egzystencjalnego jestestwa. Analizuje ludzką egzystencję, skupiając się na specyficznie ludzkim sposobie bycia jestestwa w jego byciu ku śmierci i umieraniu. Camus tak rozpoczyna *Mit Syzyfa*: „Jest tylko jeden problem filozoficzny prawdziwie poważny: samobójstwo. Orzec, czy życie jest, czy nie jest warte trudu, by je przeżyć, to odpowiedzieć na fundamentalne pytanie filozofii” (Camus, 1991, s. 11). Pytanie to w filozofii Camusa dotyczy związku pomiędzy absurdem ludzkiej egzystencji a samobójstwem. I, jak twierdzi autor *Mitu Syzyfa*, pomimo że człowiek jest skazany na absurd i niejako w nim zanurzony, to samobójstwo nie jest rozwiązaniem, gdyż niczego nie wyjaśnia, nie stanowi logicznego zakończenia. Zdaniem Camusa zabicie się jest wyznaniem, że „życie nas przerasta, że nie rozumiemy życia i, że jest ono niewarte trudu” (Camus, 1991, s. 13). I pomimo – jak przyznaje Camus – „naturalnie, żyć nigdy nie jest łatwo”, nie należy z niego rezygnować. A zatem w koncepcjach egzystencjalistów można dostrzec odniesienie życia do wymiaru doczesnego, jednak nie ma w tych teoriach aprobaty dla aktów destrukcyjnych, można dostrzec, co najwyżej, przyzwolenie na tego rodzaju działania, o ile są one zgodne z człowiekiem, który ich dokonuje.

W podobnym tonie wypowiadają się postmoderniści. „W postmodernistycznym świecie człowiek staje wobec trudnej konieczności dokonywania wyborów, także moralnych, samotnie, na własną rękę, gdyż nie ułatwiają ich przyjęte kryteria wartościowania. Jeżeli szukać gdzieś podstaw dla zachowań moralnych, to w samym człowieku, który bez kodeksów moralnych, jak się tu uważa, wie, co dobre, a co złe” (Bronk, 1998, s. 47). Podstawą takiego rozumienia moralności jest z jednej strony wolność rozumiana jako wolność

od wszelkich nakazów czy zakazów, a z drugiej strony odrzucenie religii, zredukowanie jej do sfery obrzędowości i zastąpienie różnymi, trudnymi do zakwalifikowania quasi-religijnymi zjawiskami. „Poszukując sensu życia, ludzie gotowi są zaufać każdemu, kto im go pokaże; są gotowi na najbardziej zwariowane formy wiary, nawet kolektywne samobójstwo, jeśli tego zażąda duchowy przywódca” (Bronk, 1998, s. 46).

W polskiej myśli etycznej warto przywołać postać Tadeusza Kotarbińskiego, twórcy tzw. etyki niezależnej, który aspekt samobójstwa rozpatrywał w kontekście prawa do śmierci i eutanazji. Kotarbiński był zwolennikiem eutanazji oraz warunkowego przyzwolenia dla samobójstwa, ale jednocześnie zjawisko autodestrukcji postrzegał w szerokim spektrum społecznym i niepokoiła go wzrastająca ilość takich czynów. Uważał, że konieczne jest podjęcie wysiłków na rzecz zapobiegania samobójstwom, a jednej z takich form upatrywał w tzw. telefonach zaufania, które mogłyby stanowić pomoc dla osób szukających wsparcia, zrozpaczonych, nieporadnych czy samotnych (por. Kotarbiński, 1986b, s. 233).

Tadeusz Kotarbiński twierdził, że warto przyjąć sprzeciw dekalogów i kodeksów wobec odebrania sobie życia, gdyż „...zbyt łatwa droga zrzucenia ze swych ramion zaciągniętych zobowiązań, jeżeli ktoś zamiast podjąć się ciężkiego trudu, by dać własnym dzieciom jeść lub spłacić dług pieniężny, woli po prostu palnąć sobie w łeb i pozbyć się kłopotu”. Twierdzi tym samym, że o ile człowiek „ma prawo robić co chce, lecz w granicach zaciągniętych zobowiązań i pod warunkiem wywiązania się z nich. Ale w tych granicach i pod tym warunkiem niechaj mu będzie wolno robić ze sobą, co zechce, nawet odebrać sobie życie, jeśli to będzie dla niego złem najmniejszym z możliwych, wedle własnego rozeznania” (Kotarbiński, 1986a, s. 82). A zatem w analizowanych tekstach można, co prawda, wskazać akceptację aktów autodestrukcyjnych, jednak nie są one zupełnie nieograniczone, muszą spełniać ściśle określone wymogi i być przestrzegane.

W związku z tym w tradycji filozoficznej samobójstwo jest różnie postrzegane, jednak nawet w nurtach egzystencjalnych lub naturalistycznych nie jest ono bezwarunkowo uznane, a jedynie w pewnych sytuacjach i pod pewnymi warunkami moralnie uzasadnione. We współczesnej filozofii są jednak nurty jednoznacznie potępiające akty samobójcze. Takim kierunkiem

jest personalizm reprezentowany przez takich polskich myślicieli, jak Karol Wojtyła, Tadeusz Styczeń czy Tadeusz Ślipko. W koncepcji personalistycznej podkreśla się osobowy wymiar człowieka. Oznacza to, że człowiek jest istotą rozumną i wolną, posiadającą swoją niezbywalną wartość, którą jest godność. „Kiedy mowa o osobie ludzkiej, chodzi przede wszystkim o to, czym, a raczej kim człowiek jest sam w sobie. To kim człowiek jest sam w sobie, wiąże się nade wszystko z jego wnętrzem. Wszystkie uzewnętrznienia: działalność, twórczość, dzieła, wytwory – tu mają swój początek i swoją przyczynę. O tę przyczynę właśnie chodzi na pierwszym miejscu. Istotą tej przyczyny, jak się okazuje na podstawie skutków, jest rozumność i wolność. Umysł i wolność stanowią istotne i zarazem nieodzowne właściwości osoby. Tu także tkwi cała naturalna podstawa jej godności” (Wojtyła, 1994, s. 418). W ramach personalizmu samobójstwo jest czynem wewnątrznie złym, moralnie zakazanym, niczym nieusprawiedliwionym.

Również w innych doktrynach etycznych wywodzących się z koncepcji religijnych, np. żydowskiej czy chrześcijańskiej, samobójstwo jest jednoznacznie potępione. W koncepcjach relatywistycznych, takich jak np. utilitaryzm, wskazuje się, że wartość moralna samobójstwa zależy od okoliczności, w jakich zostało ono dokonane. W tym rozumieniu dotkliwie cierpienia mogą być wystarczającym powodem do odebrania sobie życia, pod warunkiem że nikt inny nie ucierpi na skutek śmierci danej osoby, jednocześnie wskazuje się, że jedynie osoba zainteresowana ma prawo oceniać skalę swoich cierpień. „Osoba postronna ma prawo odwołać go od podejmowania prób samobójczych, ale tylko tak długo, jak to jest niezbędne do upewnienia się, czy ktoś pozostaje na jego utrzymaniu i czy ma on przyjaciół, którzy będą odczuwać żal po jego odejściu, a także upewnienia się, czy jest zdrowy na umyśle i czy zdaje sobie sprawę z tego, co robi. Jeśli nie ma przyjaciół ani osób pozostających na jego utrzymaniu, jeśli jest zdrowy psychicznie, i jeśli doszedł do wniosku, że jego cierpienia są dotkliwie i nieuleczalne, to powinno się pozwolić mu na samounicestwienie” (Tejchman, Evans, 1995, s. 112). Człowiek żyjąc w społeczeństwie, zawsze jest w relacjach międzyludzkich, więc trudno wskazać okoliczności, w których nikt by nie ucierpiał w takiej sytuacji. Trudno też przyjąć argument o zdrowiu psychicznym osoby dążącej do samounicestwienia. „Ograniczając się do najogólniejszych tylko stwierdzeń, zwraca

uwagę bezsporny w świetle badań psychologicznych wniosek, że zamachy samobójcze podejmowane są w znacznej większości albo wprost przez osoby patologicznie niepoczytalne, albo też przez osoby o całkowicie lub częściowo skrepowanej odpowiedzialności na skutek oddziaływania na ich psychikę silnych czynników zewnętrznych” (Ślipko, 2008, s. 83). Z innej strony, osoba, która doświadcza cierpienia, skupia się na przeżywanej chwili, a w życie ludzkie wpisana jest dynamika, przenikanie się momentów radości i smutku, i cierpienia – każdy z nich przemija. Stąd też w etyce personalistycznej wskazuje się na czyny nieodwracalne jako zabronione, gdyż nigdy nie wiadomo, jak może zmienić się życie człowieka, jak również jego decyzje.

Jak wyżej wspomniano, życie ludzkie jest podstawowym dobrem i niezbędnym warunkiem wszelkiej działalności człowieka. Z tego względu panuje zgodność wśród teorii filozoficznych, że istnieje prawo i obowiązek zachowania własnego życia. Jest jednak druga, negatywna strona tej moralności, obejmująca odnośne zakazy, a w ich centrum znajduje się zakaz samobójstwa, będący korelatem pozytywnej normy zachowania własnego życia (Ślipko, 2008, s. 81). Samobójstwo jest zjawiskiem znanym w historii ludzkości zarówno z literatury, jak i życia codziennego. W ramach nauk społecznych przyczyn tego zjawiska poszukiwano z jednej strony, regularnie analizując statystyki, jednocześnie odnosząc je do określonych warunków życia społecznego. Nie chodzi tu o wskazanie ogólnych tendencji subiektywnych motywów, którymi kierują się poszczególne osoby, podejmując samobójcze decyzje, a raczej o poznanie tych kategorii czynników, które w sprzyjających okolicznościach stanowią najistotniejszy bodziec do popełnienia aktu samobójstwa. Motywy samobójstw są różne i co do ich moralnej wartości nie ma jednoznacznej oceny wśród teorii filozoficznych. Co prawda, wszelkie kodeksy moralne potępiają samobójstwa, jednak nie w tym samym stopniu. „Część tych kodeksów – najczęściej niezbyt wyraźnie, ale za to na przestrzeni całej historii ludzkości – pojmuje zło samobójstwa w sposób absolutny, bez żadnych ograniczeń w postaci określonych wyjątków, inne natomiast – i to poczynając od ludów pierwotnych aż po wysoko cywilizowane społeczeństwa – dopuszczają samobójstwo przynajmniej w niektórych sytuacjach życiowych” (Ślipko, 2008, s. 85). A zatem w moralnej świadomości samobójstwo może mieć charakter moralnego zła i moralnego tolerowania. Wy-

nika to z tego, że może być ono popełnione jako rekompensata za poczucie pustki, rozczarowanie życiem. Jest to wówczas „samobójstwo z rezygnacji”. Może być też motywowane celem, wyższym niż własne życie. Następuje wtedy „samobójstwo z poświęcenia. Egzystencja w oczach samobójcy nie traci swej wyjątkowej ceny, ale uważa on, że właśnie ta wyjątkowość predestynuje ją najlepiej do poświęcenia jej w darze określonego wyższemu dobru. Na to dobro otwarty jest akt samobójcy. Pozbawienie się życia stanowi tylko środek do osiągnięcia zamierzonego celu i samobójca kieruje się przede wszystkim pragnieniem realizacji tego dobra za wszelką cenę” (Ślipko, 2008 s. 85). Przykładem takiego czynu są samospalenia mnichów buddyjskich, samobójstwa ekspiacyjne u niektórych ludów pierwotnych, samobójstwa kultyczne czy *harakiri* japońskich samurajów (Ślipko, 2008, s. 83). A zatem, jak zauważa T. Ślipko, samobójstwo jest to „czynność, która z natury wywołuje równocześnie przynajmniej dwa skutki: jeden dobry, a drugi zły, mianowicie własną śmierć” (Ślipko, 2008, s. 65–67).

Socjolog Emile Durkheim wskazuje, że najczęstszymi motywami samobójstw są (Durkheim, 2011, s. 191): bieda i niepowodzenia finansowe, kłopoty rodzinne, miłość (nieszczęśliwa miłość), zazdrość, rozwiązłość, złe prowadzenie się (hazard), różne zmartwienia, choroby umysłowe (psychiczne i anatomiczne), wyrzuty sumienia, lęk przed skazaniem za przestępstwo, cierpienia fizyczne, zaburzenia psychiczne, obłąd religijny, złość, rozczarowanie życiem, inne nieznanne przyczyny.

Motywy te znajdują potwierdzenie we współczesnych statystykach Policji. Wśród najczęstszych motywów wymienia się (kolejność wg częstotliwości zdarzenia): nieporozumienia rodzinne, chorobę psychiczną, przewlekłą chorobę, zawód miłosny, warunki ekonomiczne, nagłą utratę źródeł utrzymania, śmierć bliskiej osoby, problemy szkolne, trwałe kalectwo, niepożądaną ciążę, popełnienie przestępstwa, wykroczenia, a w wielu przypadkach nie można ustalić przyczyny zamachu – taka sytuacja wystąpiła w 4097 zdarzeniach (<http://statystyka.policja.pl/st/wybranestatystyki/samobojstwa/110594,Samobojstwa-2014.html>, dostęp: 15.09.2016).

Wiele z tych powodów ma charakter ekonomiczny. Czynniki te, ogólnie określane jako ekonomiczne, były obecne w trakcie badań opisywanych przez Durkheima, a w czasach współczesnych zmienił się ich charakter ze względu na

rozwój cywilizacyjny i przemiany społeczno-ustrojowe. Powodują one z jednej strony systematyczne poszerzanie obszarów nędzy, brak pewności jutra, a także nieumiejętność dostosowania się do nowych warunków, co wywołuje marginalizację i poczucie wykluczenia wielu osób. Z drugiej strony współcześnie obserwuje się jednak wzrost samobójstw i to w krajach wysoko rozwiniętych, natomiast w czasie wojny, kiedy dominują trudności ekonomiczne, statystyki wykazują znaczne ograniczenie tego zjawiska. Wydaje się ono zatem przeczyć, że bieda materialna jest główną przyczyną targnięcia się na własne życie.

Znaczącą grupę motywów stanowią te związane z problemami rodzinnymi. Są one wynikiem m.in. rozwoju technologii, który ma wpływ na rozluźnienie więzi międzyludzkich zarówno w sferze rodzinnej, jak i towarzyskiej. Spowodowało to zaburzenia komunikacji między ludźmi. Więcej czasu poświęca się na znajomości wirtualne, które są substytutem kontaktów rzeczywistych. O ile na poziomie zaspokojenia potrzeby kontaktu jako takiego może to być wystarczający sposób, o tyle nic nie jest w stanie zastąpić obecności fizycznej drugiego człowieka. Z tym wiążą się również, jak się wydaje, problemy szkolne, które także są powodem samobójstw. Osamotnienie, poczucie odrzucenia, niesprawiedliwego oceniania przez nauczyciela czy patologie w rodzinach powodują, że młodociani podejmują ostateczne rozwiązania.

Problemy zdrowotne, jako motyw samobójczy, były i są do dziś istotnym czynnikiem ze względu na cierpienie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Biorąc pod uwagę, że człowiek jest jednością psychofizyczną – ten wymiar cierpienia angażuje go całościowo. Z tego względu następuje zaburzenie zdolności człowieka do racjonalnej oceny stanu swojej sytuacji, gdyż bólowi fizycznemu często towarzyszy silny stan emocjonalny, niekiedy trudny do przezwyciężenia.

Mając na uwadze powyższe rozważania, można stwierdzić, że samobójstwo w wymiarze etyczno-(filozoficzno)-społecznym należy rozpatrywać w trzech aspektach. Przede wszystkim samobójstwo jest świadomym aktem zniszczenia własnej egzystencji. Jest to z jednej strony czyn ostateczny, nieodwracalny i niemożliwy do naprawienia. „Samobójca jest świadomy, że pozbawia samego siebie wszelkiej możności myślenia, chcenia, czucia, tym bardziej działania, że osiąga pewien kres, poza którym otwiera się przed nim tylko wielka i nieprzenikniona pustka” (Ślipko, 2008, s. 84). Z drugiej strony,

świadomość radykalnego unicestwienia nie wypełnia całej treści samobójstwa, gdyż poczuciu egzystencjalnej klęski zawsze towarzyszy doświadczenie jakiegoś fundamentalnego zła osobowego. „Obojętne, na jakim gruncie zło to powstało i jakie przybrało kształty, w świadomości przeżywającej je osoby występuje ono jako fatalna siła, która wdziera się w głąb jej egzystencji i przytłacza człowieka ogromem swego nieszczęścia” (Ślipko, 2008, s. 84). Stan taki kończy się zawsze ostatecznym zwątpieniem, wyrażonym w poczuciu utraty sensu życia. Życie staje się tak uciążliwe i nie do zniesienia, że w porównaniu z tym o wiele bardziej wartościowy i godny pożądania jest stan samounicestwienia. Samobójstwo w tym rozumieniu wiąże się z przejściem od stanu cierpienia do stanu pozbawionego cierpienia, stwarza nadzieję ulgi, wyzwolenia i ku temu zmierza wola samobójcy.

Biorąc pod uwagę złożoność omawianego zjawiska, jego różnorodność, a jednocześnie głęboką antynomię, samobójstwo jest traktowane jako „wstrząsający tragizmem akt samozniszczenia, sprzeczny z elementarnymi dążeniami człowieka, przeniesione jednak w sferę motywów i celów samobójcy nabiera treści mniej lub więcej pozytywnej, a w pewnych sytuacjach bywa traktowane jako najwyższe poświęcenie i bohaterstwo” (Ślipko, 2008, s. 85). W tym kontekście wyróżnia się tzw. samobójstwo altruistyczne i zalicza się tu takie osoby, jak Sokrates czy współcześnie Maksymilian Maria Kolbe. Na gruncie moralnym jest to określenie trudne do przyjęcia, gdyż wyraźnie odróżnia się tu postawy „odebrania sobie życia” od „oddania życia” czy – jak pisze T. Styczeń – „daru ofiary z życia” (Styczeń, 1994, s. 25). Każda z tych postaci potwierdza swoją postawą prawdę, której naucza i którą sama wyznaje i nią żyje. Właśnie wbrew sobie, wyznawanym wartościom, sprzeniewierzenie się poznanej prawdzie powoduje sprzeniewierzenie się samemu sobie. Tak postępując, „wkraczamy na drogę, która prowadzi wprost do moralnego samobójstwa. Moralne samobójstwo. To mocne słowo. Lecz trzeba je wypowiedzieć. Chodzi bowiem o obronę tego życia człowieka, dla którego jego życie w ogóle warte jest życia. Chodzi o życie człowieka jako człowieka-osoby” (Styczeń, 1994, s. 29). Można tu wskazać, że życie jest najwyższą wartością, ale nie jest celem samym w sobie. Osoby, które aktem wolnego wyboru decydują się poświęcić własne życie w imię prawdy, stanowią ucieleśniony wzór moralnego postępowania, czyli pełnię człowieczeństwa.

EPIDEMIOLOGIA ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

Zachowania samobójcze mają już globalny charakter, biorąc pod uwagę fakt, że w ciągu ostatnich 45 lat wskaźnik samobójstw wzrósł na świecie o 60% i aktualnie wynosi 12 zgonów na 100 000 mieszkańców. Niemniej jednak epidemiologia samobójstw w różnych krajach jest zróżnicowana. Najwyższy wskaźnik samobójstw występuje w Korei Płd. i wynosi 36,6 na 100 000 mieszkańców. W krajach, takich jak Turcja, wskaźnik ten wynosi 2,6 na 100 000 mieszkańców. W Europie najwyższy wskaźnik samobójstw odnotowano na Litwie, który wynosi tam 28,2 na 100 000 mieszkańców. W Polsce wskaźnik ten wynosi 16,6 na 100 000 mieszkańców (Varnik, Wassermann, 2016, s. 1–20). Polska należy do krajów, w których widoczny jest wyraźny trend obniżania się wieku sprawców zamachów samobójczych. W 1991 r. samobójstwo popełniło ogółem 4159, a w 2014 r. już 6156 osób. W XXI w. samobójstwo popełniło ogółem 68 013 osób, w tym 10 881 kobiet. Również systematycznie rośnie liczba prób samobójczych. W 2000 r. zarejestrowano 4947 takich przypadków, a w 2014 r. było ich już 6165.

Do zamachów samobójczych najczęściej dochodzi w mieszkaniu oraz w pomieszczeniach zabudowań gospodarczych, a w następnej kolejności takim miejscem samobójstwa jest piwnica i strych, a także obszar parku i lasu. Natomiast zdecydowanie dominującym sposobem na dokonanie zamachu samobójczego jest powieszenie, co stanowi aż 73,62% wszystkich zdarzeń. Stwierdzono również zależność pomiędzy porą roku a płcią ofiary zamachu samobójczego. Kobiety najczęściej popełniają samobójstwo w marcu i kwietniu (tzw. szczyt wiosenny). Wzrost zachowań samobójczych u mężczyzn występuje z kolei na przełomie maja i czerwca, aby osiągnąć maksimum we wrześniu (szczyt jesienny). Próby samobójcze kobiet występują najczęściej w niedzielę i poniedziałek, natomiast u mężczyzn nie stwierdzono takiej zależności. W analizowanych latach szczyt nasilenia prób samobójczych występował w godzinach 14.00–22.00. Stwierdzono również, że w ponad połowie przypadków samobójca był pod wpływem alkoholu lub substancji psychoaktywnych. W latach 2000–2012 odnotowano największą liczbę zgonów z powodu choroby psychicznej, na drugim miejscu były nieporozumienia rodzinne. W 2013 i 2014 r. na pierwszym miejscu wystąpiły nieporozumienia rodzinne. W dalszej kolejności były to: przewlekła choroba, warunki ekonomiczne, za-

wód miłosny, nagła utrata źródeł utrzymania, śmierć bliskiej osoby, problemy szkolne. Analizując przyczyny zachowań samobójczych, należy zauważyć, że w ponad połowie zdarzeń nie ustalono powodów takiego działania, co w znaczący sposób utrudnia ustalenie listy czynników warunkujących zachowania samobójcze, (<http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>, dostęp: 15.09.2016).

Na podstawie badań epidemiologicznych do kluczowych czynników można zaliczyć:

- płeć (samobójstwo, zwłaszcza gwałtowne próby samobójcze, częściej popełniają mężczyźni, a kobiety głównie w podeszłym wieku),
- wiek (osoby młode między 15. a 30. rokiem życia oraz w podeszłym wieku powyżej 65. roku życia),
- stan cywilny (osoby owdowiałe, rozwiedzione, samotne),
- utratę pracy, bezrobocie, problemy socjalne, niski status ekonomiczny i społeczny,
- migrację,
- izolację społeczną, problemy adaptacyjne (wojsko, konflikty z prawem, więzienie),
- zdrowie (choroby nowotworowe, przewlekłe zespoły bólowe),
- choroby psychiczne, także wśród członków rodziny,
- niektóre grupy zawodowe (weterynarze, farmaceuci, dentyści, rolnicy i lekarze),
- stresujące wydarzenia życiowe (odrzućenie, utrata, osierocenie, problemy finansowe) (Bertoletto, 2003, s. 15–16).

Problemy psychiczne powodują, że zachowania samobójcze występują 12-krotnie częściej w wyżej wymienionych grupach pacjentów, w stosunku do ogólnej populacji osób zdrowych. Do zaburzeń psychicznych predysponujących do wystąpienia zachowań samobójczych należą: depresja, schizofrenia, zaburzenia osobowości oraz uzależnienie od alkoholu i narkotyków (Harris, Barraclough, 1997, s. 205–228). Przyczyny samobójstw u osób chorych na depresję mają złożony charakter i wiążą się z cechami zespołu depresyjnego, do którego należą między innymi: wysoki poziom lęku, upór przytrzymanie, do którego należą między innymi: wysoki poziom lęku, uporczywe zaburzenia snu, poczucie winy, poczucie beznadziejności itp. W tej grupie

skuteczną próbę samobójczą podejmuje około 15 do 25% osób. W ciężkich depresjach psychotycznych występują przypadki samobójstw rozszerzonych (Mochnacka, 2005, s. 51–57). Samobójstwa są częstą przyczyną zgonów wśród chorych na schizofrenię. W badaniach podkreśla się, że kobiety z rozpoznaniem schizofrenii częściej mogą podejmować próby samobójcze. Ryzyko zagrożenia samobójstwem w schizofrenii może być uwarunkowane również wiekiem chorego. Grupę zwiększonego ryzyka stanowią osoby młode w wieku od 25 do 30 lat. Wiąże się to z wczesnym ujawnianiem się choroby oraz jej przebiegiem. W innych badaniach obejmujących pacjentów, którzy popełnili samobójstwo, również zauważono występowanie typowych objawów psychotycznych. Wśród czynników wskazujących na wysokie ryzyko zagrożenia samobójstwem wymienia się także: bezsenność, lęk, poczucie beznadziejności stanowiące składowe zespołu depresyjnego (Sawicka, Szulc, Bachórzewska-Gajewska, 2013, s. 135–146).

Ryzyko podjęcia próby samobójczej jest znacznie większe wśród osób uzależnionych niż w populacji ogólnej. Szacuje się, że pacjenci z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu są obciążeni 60–120 razy większym ryzykiem samobójstwa niż osoby bez żadnych zaburzeń psychicznych. Według niektórych badaczy ryzyko samobójstwa wśród osób uzależnionych od alkoholu jest nawet większe niż u osób z depresją (Klimkiewicz, Serafin, Wojnar, 2011, s. 7–17). Osoby podejmujące próby samobójcze, będąc pod wpływem alkoholu, wybierają bardziej radykalne, a w konsekwencji skuteczniejsze metody śmierci. Samobójstwa popełniają głównie osoby samotne. Z większą częstością prób samobójczych wiążą się również: wczesny początek, dłuższy czas trwania uzależnienia oraz większe ilości spożywanego alkoholu. Wykazano, że osoby uzależnione, które cierpią na schorzenia somatyczne, częściej popełniają samobójstwo niż osoby bez obciążeń internistycznych. Podobnie jak w populacji ogólnej, również w tej grupie współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych zwiększa ryzyko podjęcia próby samobójczej. Dotyczy to głównie chorób afektywnych, ale także zaburzeń snu oraz uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych, w tym od nikotyny (Michalska, Kopera, Gmaj, Łoczewska, Szejko, Kisielińska, Wojnar, 2015, s. 213–220). Obecność zaburzeń psychicznych związanych z używaniem opiatów zwiększa ryzyko samobójstwa średnio 14 razy. Podobne proporcje są stosowane

w przypadku dożylnego przyjmowania narkotyków. Używanie kilku narkotyków w jeszcze większym stopniu powoduje około 17-krotny wzrost ryzyka śmierci samobójczej w stosunku do populacji ogólnej (Młodożeniec, Brodnyak, 2008, s. 82–92).

W świetle aktualnej wiedzy zakłada się, że zarówno zaburzenia psychiczne (np. zaburzenia afektywne, schizofrenia czy zaburzenia osobowości), alkoholizm, narkomania, jak i zachowania samobójcze mają w swej etiologii wyraźną składową biologiczną. Zrozumienie wzajemnych zależności pomiędzy dziedziczeniem tych zaburzeń, przy jednoczesnym uwzględnieniu cech temperamentu i wpływu czynników środowiskowych, jest ogromnym wyzwaniem. Wysuwane są przypuszczenia, że predyspozycja do popełnienia samobójstwa jest ściśle związana z określonymi cechami osobowości i wspólnie dziedziczona. W związku z powyższym, ważnym aspektem badań powinno być wykazanie związku podatności na zachowania samobójcze ze specyficznymi cechami osobowości, do których należą impulsywność, agresywność, neurotyczność i niska samoocena. Bardzo prawdopodobne, że polimorfizm genów wpływających na ujawnienie się tendencji samobójczych jest ściśle skorelowany z dziedziczeniem wyżej wymienionych cech osobowości. Od wielu lat trwają badania nad biologicznym i genetycznym podłożem zachowań samobójczych, lecz nadal trudno o jednoznaczne wnioski.

ASPEKT PSYCHOLOGICZNY PROBLEMU SAMOBÓJSTWA

Psychologia, jako nauka, rozpoczęła metodyczne badania nad zjawiskiem samobójstwa już w II połowie XIX w., koncentrując się na odtworzeniu mechanizmu psychicznych przeżyć jednostki decydującej się na akt samobójczy. Problem samobójstwa, ze względu na bycie jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie, domaga się zarówno szczegółowych, jak i popularnych opracowań dotyczących m.in. profilów osobowości samobójcy. Współcześnie dysponuje się szczegółowymi danymi statystycznymi na temat ofiar już dokonanych samobójstw, jednak poza statystykami policyjnymi czy medycznymi pozostaje – jak można przypuszczać – nigdzie nieodnotowana, ogromna grupa osób, która miała próby samobójcze lub nosi się z zamiarami samobójczymi. Osoby z planami samobójczymi najczęściej ukrywają je przed otoczeniem, nie są więc bezpośrednio obiektem dostępnym dla badań

psychologicznych. Należałoby również podkreślić dosyć istotną różnicę pomiędzy nieudanym samobójstwem a próbą samobójczą. „Nieudanymi samobójstwami można nazwać bardzo wąską grupę tych targnięć się na życie, przy których człowiek nie mógł rzeczywiście przewidzieć nieskuteczności użytych środków czy zbiegu okoliczności, który doprowadził do odratowania go. Natomiast próby samobójcze są interpretowane (...) jako przejaw chęci życia, są punktem kulminacyjnym zmagania jednostki w walce o życie, i to życie w takiej formie, której jednostka ta nie umiała lub nie mogła dotychczas sobie zapewnić. Czasem jest to manipulacja względem otoczenia, które – w przekonaniu osoby nieszczęśliwej – mogłoby i powinno włączyć się w nurt rozwiązywania jej problemów, przejąć na siebie część odpowiedzialności za jej powodzenie życiowe, służyć pomocą czy radą” (Hołyśt, 2015, s. 33).

W świetle powyższych trudności badawczych, interpretacyjnych i terminologicznych pogłębiona wiedza na temat ryzyka zachowań samobójczych, dostępna głównie dla lekarzy, psychologów, psychoterapeutów, powinna być przede wszystkim popularyzowana wśród członków rodzin i osób z codziennego otoczenia osób zagrożonych samobójstwem, aby uwrażliwić ich na niepokojące symptomy, które w odpowiednio czułym środowisku będą sygnałem do udzielenia pomocy i wsparcia. Tym bardziej że samobójstwo, czy nawet jego usiłowanie, jest dramatem nie tylko jednej osoby. Jest brzemieniem, najczęściej stygmatyzującym poczuciem winy, głównie dla rodziny i bliskich z otoczenia samobójcy.

Można zatem spytać: czy istnieją czynniki psychologiczne, które mogłyby wskazywać na ryzyko popełnienia samobójstwa? Czy istnieją uniwersalne symptomy, niekoniecznie wynikające z określonej jednostki chorobowej, np. depresji, czy zaburzenia osobowości, które wskazywałyby na zamiary samobójcze?

Według B. Hołyśta mechanizm psychicznych przeżyć samobójcy jest to proces trwający niekiedy całymi latami, ciąg wzajemnie ze sobą powiązanych negatywnych myśli i czynów utrzymujący się często przez długi okres, eskalujący aż do zachowań suicydalnych, kiedy śmierć staje się celem, stanowiąc tym samym „wykroczenie przeciw bezwarunkowemu instynktowi życia i nadrzędnej wartości życia – deprecjonując je” (Hołyśt, 2014, s. 81). Tak rozumiane samobójstwo, jako czyn celowy, nieprzypadkowy, jest sposobem na

rozwiązanie problemów będących źródłem poważnego cierpienia psychicznego, wobec którego jednostka pozostaje bezradna. „Totalna frustracja wynikała z niespełnionych potrzeb wewnętrznych, a także bezradność, bezsilność, poczucie zawężonych możliwości działania oraz niewiara w pozytywne rezultaty własnych wysiłków prowadzi do agresji skierowanej przeciwko sobie” (Bilikiewicz i in., 2003, s. 328).

W tym kontekście wydaje się celowe podkreślenie ważnej roli rodziny, bliskich i znajomych, których działania mogą korzystnie wpłynąć na potencjalnego samobójcę. Co prawda wyniki badań nie potwierdzają jednoznacznie, że to wsparcie jest pewnym, stuprocentowym faktorem ochronnym, niemniej jednak wskazuje się, iż możliwość liczenia na pomoc bliskich, znajomych i innych ludzi to istotny moderator mający wpływ na hamowanie tendencji samobójczych (Krawczyk, Gmitrowicz, 2014, s. 44–45).

W celu oceny i zdefiniowania stopnia ryzyka samobójstwa ważne jest ustalenie, jaką postać przybierają myśli samobójcze. Czy mamy do czynienia z fantazjami samobójczymi, czy z realnymi planami i działaniami? Szczególnej uwagi wymagają takie towarzyszące okoliczności, jak nadużywanie alkoholu i narkotyków oraz stany psychotyczne, ponieważ ryzyko samobójstwa w takich przypadkach znacznie wzrasta (Bilikiewicz i in., 2003, s. 328). Zainteresowanie badaczy poszukiwaniem przyczyn zachowań samobójczych napotyka na wiele problemów ze względu na brak jednoznacznej etiologii tego zjawiska. Z pokorą trzeba przyjąć fakt, że w niemal połowie przypadków śmierci samobójczych nie potrafi się znaleźć zadowalającego wytłumaczenia co do przyczyn (Bilikiewicz i in., 2003, s. 329). Jednak wśród tych zidentyfikowanych występują kolejno: choroba psychiczna, nieporozumienia rodzinne, przewlekła choroba, warunki ekonomiczne, zawód miłosny, śmierć bliskiej osoby, dokonanie wykroczenia, problemy szkolne (Bilikiewicz i in., 2003, s. 329).

Na szczególną uwagę zasługują pewne wspólne cechy osobowości samobójców, wskazujące na osobowość nie zrównoważoną i niedojrzałą. Wspólne u osób podejmujących próbę samobójczą były: oznaki przeciążenia emocjonalnego, słaba wola, skłonność do załamywania się, wysoka emocjonalność, działanie pod wpływem chwili, impulsu, brak umiejętności poszukiwania alternatywnych rozwiązań, poczucie utraty sensu życia, zagubienie, samot-

ność. Ponadto znaczenie miały takie okoliczności, jak: wychowywanie się w niepełnej rodzinie, występowanie patologii rodzinnej, m.in. alkoholizmu i przemocy (Hołyst, 2014, s. 172–173).

Kluczowym pojęciem dla psychologicznego ujęcia samobójstwa jest kryzys psychologiczny występujący jako reakcja na silną frustrację, przeżywane konflikty czy poważny stres. Szczególnie ten długotrwały, trwający czasem latami, kiedy stan równowagi psychicznej nie może zostać przywrócony zwykłymi sposobami, a jego przedłużający się charakter może popchnąć do zamachu samobójczego. Zenomena Płużek do objawów kryzysu psychologicznego z wysokim ryzykiem zachowań samobójczych zalicza: ambiwalentny stosunek do życia, wyrażający się zarówno w pragnieniu śmierci, jak i życia, chęć śmierci przy jednoczesnym lęku przed nią, ostre zarysowanie dylematów życiowych, poczucie bezradności, beznadziejności, upośledzone działanie dotychczasowych mechanizmów obronnych, wyczerpanie psychiczne i fizyczne bez jasnej przyczyny, nasilenie takich stanów, jak: lęk, niepokój, depresja, złość, drażliwość, poczucie winy, poczucie chaosu i dezorganizacji. Ponadto do objawów tego kryzysu można zaliczyć: występowanie zmiennych nastrojów, od pobudzenia do apatii, nadmierne skupienie się na własnych problemach, aż do utraty zainteresowania drugim człowiekiem i jego problemami, a także utratę dotychczasowych zainteresowań. Objawom tym mogą towarzyszyć zaburzenia wegetatywne (Płużek, 1972, s. 951; por. też Płużek, 1991, s. 132–133). Można powiedzieć, że u osób z zachowaniami samobójczymi zawodzi funkcja obronna osobowości, której działanie można sprowadzić do ochrony przed skutkami porażek, traumatycznymi wydarzeniami oraz zagrażającymi życiu działaniami innych osób. Mechanizm minimalizowania emocjonalnych skutków trudnych doświadczeń przestaje działać prawidłowo (Strelau, Doliński, 2011, s. 711). Zjawisko to szczegółowo opisują koncepcje psychodynamiczne, począwszy od Freudowskiej koncepcji samounicestwienia mówiącej o stanie równowagi pomiędzy popędem destrukcyjnym a libido. Nieprawidłowo wykształcone mechanizmy obronne i struktura osobowości mogą prowadzić do dominowania instynktu śmierci jako agresji przeciw innym, a często przeciwko samemu sobie. Samobójstwo będzie w tym ujęciu wyrazem gniewu jednostki w stosunku do innej osoby, lecz kierowanym do wewnątrz. Potwierdza to występowanie w zamachach samobójczych trzech składowych czynników,

takich jak: pragnienie śmierci, chęć zabicia, chęć zostania zabitym (Mochnacka, 2005, s. 52). Jednak współcześni suycydolodzy nie są przekonani co do istnienia specyficznej struktury osobowości związanej z samobójstwem. Mówi się o psychologicznych komponentach „samobójczego umysłu” wyrażającego się w cechach poznawczych warunkujących widzenie danej sytuacji życiowej, tzw. czynników wewnątrzpsychicznych, oraz zdolności tworzenia i podtrzymywania relacji z innymi jako czynników pozapsychicznych. Należy tu przywołać słynną triadę poznawczą A. Becka funkcjonującą u osób z tendencjami samobójczymi: negatywne przekonania na temat własnej osoby, na temat świata oraz przyszłości. Gorzej wykształcone umiejętności rozwiązywania problemów interpersonalnych, skłonności do perfekcjonizmu, stawiania sobie nierealistycznych celów, nadmierny krytycyzm wobec siebie samego dopełniają obraz w zakresie czynników psychologicznych (Mochnacka, 2005, s. 52).

Inaczej do tematu podchodzą przedstawiciele psychologii egzystencjalnej, którzy za Victorem Franklem widzą źródło problemu w utracie sensu życia jako czynnika koniecznego do rozwoju i samorealizacji jednostki. Twórca logoterapii – psychoterapii zorientowanej na sens – sedno cierpienia ludzkiego widział w doświadczeniu pustki egzystencjalnej i bezsensu życia prowadzących do nerwicy noogennej, rozumianej przez Frankla jako frustracja egzystencjalna wynikająca z niemożności wpływania na swoje życie. W stanie rozpaczny człowiek potrzebuje wiary w sens, choć nie jest zdolny, by pojąć go w sposób absolutny. Z tego właśnie względu dla Frankla człowiek jest kimś, kto musi wychodzić poza siebie, być ukierunkowanym na coś i na kogoś, na dzieło, drugiego człowieka, transcendencję, „nadsens”. „Nie jest zatem tak, jak często się mówi, że zadaniem naszego życia jest przyjąć na siebie bezsensowność tego świata i że sensem bytu ludzkiego jest zajęcie stanowiska wobec absurdalności bytu. Po prostu do istoty bytu ludzkiego należy przyjęcie na siebie niemożności ogarnięcia wzrokiem całości, niemożność poznania całej pełni sensu tej całości, niemożność dowiedzenia nadsensu. Dlatego nie tylko – jak przedtem wolno nam było powiedzieć – wiara w nadsens ‘ma’ sens: teraz już możemy powiedzieć: wiara w nadsens jest samym sensem” (Frankl, 1998, s. 71).

Badania nad zachowaniami samobójczymi nie rozstrzygają o wyższości którejkolwiek z teorii psychologicznych wyjaśniających to zjawisko. Akcentuje się wzajemne oddziaływanie czynników biologicznych, psychologicznych

i społecznych. Nierozstrzygnięta pozostaje również kwestia, czy samobójstwo osób, u których stwierdzono wyraźne odchylenie od normy psychicznej, różni się zasadniczo w swych motywacjach od innych samobójstw (Hołyst, 2015, s. 32). Brunon Hołyst deklaruje występowanie identycznej motywacji zarówno u osób zdrowych, jak i tych ze zdiagnozowaną chorobą psychiczną. „Można zatem powiedzieć, że pewien typ samobójstw osób chorych psychicznie, tych, które utraciły poczucie rzeczywistości i zastąpiły je strukturami urojeniowymi, ma identyczne podłoże motywacyjne jak samobójstwo osób zdrowych. Jest to oczywiste w świetle założenia, że świat przeżyć człowieka jest zdeterminowany działaniem zaakceptowanej przez niego symboliki rzeczywistości, a zaburzenie polega na budowaniu nielogicznych struktur złożonych z elementów rzeczywistości, która w danym momencie nie dotyczy faktycznie osoby przeżywającej” (Hołyst, 2015, s. 32).

O ile trudno jest o konsensus odnośnie jednolitego modelu osobowości samobójcy, o tyle spojrzenie na motywację samobójstw w szerokiej perspektywie pozwala jednak na wyodrębnienie pewnych specyficznych cech osobowości samobójcy. Za Z. Płużek na pierwszy plan należy wysunąć: nieumiejętność rozwiązywania własnych konfliktów i trudności osobowościowych, nieumiejętność przeżywania kryzysów psychologicznych, utratę kontaktu z drugim człowiekiem, aż do alienacji z grupy społecznej, brak zaufania do starszego pokolenia, szczególnie w przypadku młodych ludzi poczucie niezrozumienia przez starszych, niecierpliwość w oczekiwaniu na zaspokojenie potrzeb, kryzys wartości, dualizm postaw, nadużywanie leków dla rozwiązania osobistych problemów (Płużek, 1972, s. 952). Szczególne znaczenie dla prewencji i wczesnego wykrywania zachowań samobójczych ma znajomość cech zespołu presuicydalnego, po raz pierwszy opisanego przez austriackiego psychiatrę E. Ringela. Postrzega on samobójstwo nie jako nagłą reakcję, lecz proces gromadzenia urazów, w wyniku których pojawia się permanentny ból psychiczny, wyjałowienie psychiki i ogólne osłabienie reakcji obronnych. Zwraca on uwagę na dzieciństwo jako okres, w którym dziecko nabywa postawy afirmującej lub negującej wobec życia, zaufania lub nieufności. Kluczowy, według Ringela, w rozumieniu zjawiska samobójstwa jest fakt, że 85% samobójców w różny sposób informowało o swoich zamiarach samobójczych, co może sugerować, iż śmierć nie była celem samym w sobie (Ringel, 1987, s. 92).

W stanie psychicznym przed podjęciem zamachu samobójczego podkreśla się w pierwszej kolejności znaczenie doświadczanych stanów niepokoju, lęku i zagrożenia oraz postaw rezygnacyjnych związanych z poczuciem niskiej wartości i bezsilności określanych pojęciem zawężenia. Ringel rozpatruje je w kontekstach: sytuacyjnym – poczucia znalezienia się w sytuacji bez wyjścia, bez jakiegokolwiek możliwości zmiany, w której śmierć, przynosząca rozwiązanie, jawi się jako światło na końcu wąskiego tunelu zawężającej się świadomości; dynamicznym – kiedy poczucie bezradności staje się nieznośne, zaś negatywne emocje i myśli koncentrują się na poniesionych stratach i zaniku nadziei.

Pacjentka po próbie samobójczej z doświadczeniem zdrady w małżeństwie, po odejściu męża mówi:

Nie ma życia bez niego, po co mi ten dom, samochód, praca (...). Nic nie zmieniłam w domu, co tydzień piorę jego pościel, wiem świeże ręczniki, na wypadek gdyby wrócił. Nakrywam do stołu dla nas obojga. On musi wrócić, a jeśli nie, mam zapas leków nasennych, to mnie uspokaja. *(Wszystkie cytowane wypowiedzi pacjentów zaczerpnięte są z prywatnej praktyki psychoterapeutycznej W. Przybyszewskiej, współautorki artykułu).*

Utracone zostaje poczucie czasu, a przeżycia układają się w łańcuch wydarzeń nieuchronnie prowadzących do śmierci. W kontekście stosunków międzyludzkich – charakteryzujących się wycofaniem z relacji interpersonalnych – pojawia się poczucie osamotnienia czy odrzucenia, pomimo realnie istniejących relacji międzyludzkich. Utrata zainteresowań kontaktami z otoczeniem może prowadzić do zupełnej izolacji społecznej. Zauważane są zmiany dotyczące świata wartości – charakteryzujące się dewaluacją dotychczas cenionych wartości, obniżeniem zarówno własnej wartości, jak i wartości i znaczenia innych ludzi, rezygnacja z dotychczasowych zainteresowań, odejście od wyznawanych wcześniej wartości na rzecz skrajnych i subiektywnych postaw, co wzmacnia efekt niezrozumienia i izolacji (Ringel, 1987, s. 58–79).

Pacjentka w patologicznej żałobie po tragicznej śmierci męża mówi:

Chcę ukryć się przed tym światem... nie umiem już żyć tak jak dawniej, nie pamiętam tamtego życia, wszystko się zmieniło. Nie robię już makijażu, nie chodzę po sklepach, nie patrzę w lustra, nie oglądam telewizji, nie słucham muzyki, nie czytam książek, nie spotykam się z rodziną, jest mi wszystko jedno.

Inna pacjentka z doświadczeniem przemocy fizycznej i psychicznej oraz zaniedbania w dzieciństwie z myślami samobójczymi wyznaje:

To, co moje, jest do niczego, nie łudzę się, że jestem cokolwiek warta, jakbym była, to by mnie nie bili, nie gwałcili, nie wyrzucili. Jestem nikim, nie boję się już, jestem tylko ciągle zmęczona, nie mam siły, nie mam już nikogo, wszyscy odeszli, mówią, że to ja się izoluję i wszystko, co mnie spotyka, mam na własne życzenie.

Kolejnym elementem wyżej wymienionego syndromu jest agresja hamowana i autoagresja. Samobójstwo rozumiane jest tu jako akt agresji skumulowany w sprawcy, gdy zostaje ona rozładowana na nim samym jako wynik frustracji związanej z niemożnością zaspokojenia swoich potrzeb:

Patrzę na siebie w lustro i czuję nienawiść do każdego milimetra mojego ciała. Mam chęć zmasakrować tę twarz, wydrapać oczy, zgasić na zawsze tę idiotyczną nadzieję na życie, na zmianę – mówił o sobie transseksualny pacjent, zanim podjął próbę samobójczą. – Wszyscy patrzą na mnie z obrzydzeniem, jak na najgorszy gatunek robaka. Gdybym miał bombę, wysadziłbym autobus z tymi głupimi ciekawskimi spojrzaniemiami... Naciągam kaptur na głowę, odcinam się w słuchawkach na uszach i znikam.

Związek samobójstwa z hamowaną agresją ma, według Ringela, uzasadniać fakt występowania mniejszej liczby samobójstw wśród mężczyzn w czasie wojny, która to umożliwiła skierowanie agresji na zewnątrz (Ringel, 1987, s. 80–82). Stanowisko to wydaje się dyskusyjne, przy czym spostrzeżenia Ringela nawiązują do poglądów Durkheima. Przyczyn spadku liczby samobójstw w czasie wojny upatrują oni raczej w takich czynnikach, jak wzrost więzi społecznej jednostek między sobą i integracji ze społeczeństwem, niż w skierowaniu agresji na zewnątrz, poprzez rozładowanie jej na innych ludziach. Osoby w sytuacji presuicydalnej snują fantazje na temat swojej śmierci:

Od trzech dni nie wstaję z łóżka, nie jestem chora, choć funkcjonuję jak w chorobie. W dzień śpię, a w nocy rozmyślam, że odejdę i jak odejdę. Boli mnie każda najmniejsza część mojego ciała. Wyobrażam sobie, że zasypiam i już nigdy się nie budzę tutaj. Chciałabym obudzić się tam, po drugiej stronie w jego ramionach – snuje fantazje pacjentka po stracie męża w wypadku samochodowym.

Fantazje te są ucieczką od realnych problemów w fantazje na temat śmierci i snucie planów. Wywołują na początku ulgę w odczuwanym napięciu, co prawda bez konkretnego zamiaru popełnienia samobójstwa, jednak prowadzą do najwyższego poziomu zagrożenia samobójstwem – do konkretnych i szczegółowych planów. Będąc przejściem od rozmyślania o różnych sposobach odebrania sobie życia do wyboru konkretnej metody popełnienia samobójstwa, wywołują presję działania w określonym kierunku (Ringel, 1987, s. 89). Pacjent po próbie samobójczej wyznaje:

Wszystko kojarzy mi się ze śmiercią. Mam wiele jej wariantów. Widzę nóż, obmyślam, jak zrobię to nożem, gdzie uderzę, a raczej, jak nadzieję się na ostrze, aby zminimalizować odruch obronny. Wjeżdżam windą na ostatnie piętro biurowca i wynajduję kwadrat betonu nieporośnięty trawą, aby mieć pewność... moim najlepszym wariantem jest alkohol i leki nasenne zażyte na leśnej ambonie. To ostatnio moje ulubione miejsce.

Opisując model zachowań samobójczych, Z. Juczyński zauważa, że aby zamiar został przekształcony w decyzję, a potem w sam czyn, muszą one przejść złożony proces wolicjonalny, w którym oprócz samej siły woli występują elementy poznawcze i sytuacyjne. „Siła woli wyraża się w postaci wysiłku i wytrwałości. Wysiłek jest konieczny do zainicjowania działania, które zależy od siły zamiaru leżącego u jego podłoża oraz od dotychczasowych prób realizacji (...). Natomiast wytrwałość jest potrzebna do podtrzymania ustalonego kierunku działania w dłuższym czasie (...)” (Juczyński, 1998, s. 10).

PODSUMOWANIE

W związku z tym, że osoby, u których stwierdzono zachowania samobójcze, nie są jednorodną grupą, diagnozowanie takich jednostek oraz czynności terapeutyczne nie mogą opierać się na schematycznych działaniach. Kluczową kwestią jest dobranie właściwego planu interwencji, który powinien być elastyczny i na bieżąco modyfikowany.

W świetle trudności badawczych, interpretacyjnych i terminologicznych konieczne jest pogłębianie i popularyzowanie wiedzy na temat ryzyka zachowań samobójczych w szerokim zakresie. Dotyczy to przede wszystkim członków rodziny i osób z codziennego otoczenia jednostek zagrożonych sa-

mobójstwem, gdyż uwrażliwienie ich na niepokojące symptomy może w odpowiednim czasie pomóc w rozszyfrowaniu często subtelnych sygnałów wzywających do udzielenia pomocy i wsparcia.

Pomimo wielu pozytywnych zmian w społecznym odbiorze osób cierpiących z powodu chorób psychicznych, jako grupy najbardziej zagrożonej samobójstwem, daleko jeszcze do pełnego zrozumienia, dlaczego ludzie odbierają sobie życie. Stygmatyzowanie osób z problemami psychicznymi sprawia, że osoby potrzebujące specjalistycznej pomocy nie ujawniają swoich dolegliwości, traktując je jako słabość. W strategiach profilaktycznych i edukacyjnych trzeba uwzględnić wszystkich zainteresowanych, a więc nie tylko osoby o skłonnościach samobójczych czy pracowników służby zdrowia, ale także całe społeczeństwo. Przed tym ostatnim stoi zadanie poszerzania świadomości czynników ryzyka oraz zmiany postawy stygmatyzującej na wspierającą (O'Connor, Sheehy, 2002, s. 154–164).

Myślenie o profilaktyce suicydalnej, wzbogacone o perspektywę filozoficzno-etyczną, nie może uniknąć pytań o to, do jakiego stopnia mamy prawo zapobiegać samobójstwom. Jest to jednocześnie pytanie o granice wolności i odpowiedzialności za drugiego człowieka.

Perspektywa kliniczna, w której samobójstwo rozumiane jest jako przejaw zaburzenia i choroby, z którą jednostka nie potrafi sama się uporać, domagać się będzie ingerencji otoczenia w nieracjonalne decyzje o odebraniu sobie życia. Podstawą dla takiego działania jest fakt, że samobójca jawi się jako osoba, której chodzi przede wszystkim o niechęć do życia, takiego jakie ma, a nie do życia w ogóle. Perspektywa ta daje narzędzia do prognozowania, diagnozowania samobójstwa i jego zapobiegania, gdyż samobójstwo jest tu postrzegane jako proces obejmujący czynniki ryzyka, myśli, zamiary, aż do prób samobójczych. Choć z punktu widzenia profilaktyki kierowanie się wyłącznie klinicznym rozumieniem samobójstwa nie jest wystarczające, to w kontekście psychospołecznym i filozoficznym daje nadzieję na sukces w szybkim identyfikowaniu i interwencji wobec tych, których krzyk o pomoc często zostaje usłyszany o wiele za późno.

Literatura

- Arystoteles (1996). *Etyka nikomachejska*. W: Arystoteles, *Dzieła wszystkie*, t. 5 (s. 77–300), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. ISBN 83-01-10127-X.
- Bilikiewicz A. i in. (red.) (2003). *Psychiatria*, t. 3: *Terapia. Zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne*, Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner.
- Bronk, A. (1998). *Zrozumieć świat współczesny*, Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL. ISBN 8386668989.
- Camus, A. (1991). *Dwa eseje*, Warszawa: Wydawnictwo Krąg. ISBN 8385199063.
- Diogenes, L. (2004). *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, przeł. I. Krońska i in., Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. ISBN 8301143606.
- Durkheim, E. (2011). *Samobójstwo*, przeł. K. Wakar, Warszawa: Oficyna Naukowa. ISBN 9788377370049.
- Frankl, E.V. (1998). *Homo patient*, Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax. ISBN 83-211-0524-6.
- Harris, E.C., Barraclough, B. (1997). *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*, „The British Journal of Psychiatry” Nr 170(3), s. 205–228. ISSN 1472-1465.
- Heidegger, M. (2005). *Bycie i czas*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. ISBN 8301141786.
- Hołyst, B. (2014). *Bezpieczeństwo jednostki*, t. II, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. ISBN 978-83-01-17980-9.
- Hołyst, B. (2015). *Zainteresowania psychiatrii samobójstwem. Suicydologia*, t. VII, s. 31–48. ISSN 1895-3786.
- Juczyński, Z. (1998). *Od decyzji do działania: model wyjaśniający zachowania suicydalne*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologica” Nr 2, s. 3–13. ISSN 2353-4842.
- Kant, I. (2013). *Uzasadnienie metafizyki moralności*, Kęty: Wydawnictwo Naukowe PWN. ISBN 978-83-64408-35-9.
- Klimkiewicz, A., Serafin, P., Wojnar, M. (2011). *Czynniki ryzyka zachowań samobójczych u osób uzależnionych od alkoholu*, „Psychiatria” Nr 8(1), s. 7–17. ISSN 1732-9841.
- Kotarbiński, T. (1986). *Medytacje o życiu godziwym*, Warszawa: Wiedza Powszechna. ISBN 8321403603.
- Kotarbiński, T. (1986). *Myśli o ludziach i ludzkich sprawach*, Wrocław: Wydawnictwo PWN. ISBN 8304018314.

- Krawczyk, J., Gmitrowicz, A. (2014). *Analiza czynników chroniących przed samobójstwem*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” Nr 14(1), s. 43–49. ISSN 1644-6313.
- Michalska, A., Kopera, M., Gmaj, B., Łoczewska, A., Szejko, N., Kisielińska, E., Wojnar, M. (2015). *Czynniki ryzyka podejmowania prób samobójczych u osób leczonych stacjonarnie z powodu uzależnienia od alkoholu w Polsce*, „Alcoholism and Drug Addiction” Nr 28, s. 213–220. ISSN 0867-4361.
- Młodożeniec, A., Brodniak, A.W. (2008). *Ryzyko zachowań samobójczych w chorobach psychicznych*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej” Nr 1, 2, s. 82–92. ISSN 1899-5071.
- Mochnacka, I. (2005). *Samobójstwo – teorie etiologiczne, ocena ryzyka, zasady postępowania i prewencji*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej”, t. 5, Nr 1, s. 51–57. ISSN 1643-0956.
- Morciniec, P. (2005). *Samobójstwo*. W: A. Muszała (red.), *Encyklopedia bioetyki*, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne. ISBN 8389862425.
- Nowa Encyklopedia Powszechna* (1996), t. V, s.v. *samobójstwo*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. ISBN 8301119683.
- O'Connor, R., Sheehy, N. (2002). *Zrozumieć samobójcę*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. ISBN 8387957992.
- Plużek, Z. (1994), *Psychologia pastoralna*, Kraków: Wydawnictwo Instytutu Teologii Księży Misjonarzy. ISBN 8386231165.
- Plużek, Z. (1972). *Psychologiczne aspekty samobójstw*, „Znak” Nr 7–8, s. 944–953. ISSN 0044-488X.
- Ringel, E. (1987). *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*, Szczecin: GLOB. ISBN 8370071317.
- Sartre, J.P. (2007). *Byt i nicość. Zarys ontologii fenomenologicznej*, Kraków: Wydawnictwo Zielona Sowa. ISBN 9788374355353.
- Sawicka, J., Szulc, A., Bachórzewska-Gajewska, H. (2013). *Samobójstwa wśród chorych z zaburzeniami psychicznymi – opisy przypadków*, „Psychiatria Polska”, t. XLVII, 1, s. 135–146. ISSN 2391-5854.
- Strelau, J., Doliński, D. (red.) (2011). *Psychologia akademicka*, t. 1, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Styczeń, T. (1994). *Wolność z prawdy żyje*, „Ethos” Nr 24/25, s. 15–42. ISSN 0860-8024.
- Ślipko, T. (2008). *Etyczny problem samobójstwa*, Kraków: Wydawnictwo PETRUS. ISBN 9788392726715.

- Tejchman, J., Evans, K.C. (1995). *Filozofia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Varnik, P., Wasserman, D. (2016). *Global suicide*. W: W.P. Kaschka, D. Rujescu (red.), *Biological aspects of suicidal behavior*. Wyd. Karger, Basel, Vol. 30, s. 1–20.
- WHO Mental and Behavioral Disorders. Figures and facts about suicide (2000). WHO/MNH/MBD/99.1. Department of Mental Health. Social Change and Mental Health, Geneva: World Health Organization.
- Wojtyła, K. (1994). *Człowiek jest osobą*. W: K. Wojtyła, *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, Lublin: RW KUL. ISBN 83-85291-67-9.
- Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu* (2003). Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa – Warszawa: Polskie Towarzystwo Suicydologiczne.
- Zwoliński, A. (2013). *Samobójstwo jako problem osobisty i publiczny*, Kraków: Wydawnictwo WAM. ISBN 9788377678268.

Źródła internetowe

- <http://statystyka.policja.pl/st/wybranestatystyki/samobojstwa/110594,Samobojstwa-2014.html> (dostęp: 15.09.2016).
- www.who.int (dostęp: 15.09.2016).

