

SUICYDOLOGIA

Rocznik Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego
i Uczelni Łazarskiego

Redaktor Naczelny

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

Zastępcy Redaktora Naczelnego

Prof. dr hab. med. Agnieszka Gmitrowicz

Prof. zw. dr hab. med. Marta Makara

Przewodnicząca Rady Programowej

Prof. zw. dr hab. Maria Jarosz

Członkowie Rady Programowej

Prof. zw. dr hab. Andrzej Baładynowicz

Dr Mieczysław Błoński

Ks. prof. zw. dr hab. Czesław Cekiera

Prof. zw. dr hab. med. Antoni Florkowski

Prof. zw. dr hab. med. Józef Kocur

Prof. dr John McGraw (Kanada)

Prof. dr Dawid Lester (USA)

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

Ass. Prof. PhD, LLM Ilkka Henrik Makinen (Finlandia)

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

Sekretarze Redakcji

Dr Norbert Malec

Dr Barbara Olszewska

Redaktorzy tematyczni

Dr Włodzimierz Adam Brodniak

Dr Paweł Stecz

Redaktor językowy

Dr Paweł Kropiwnicki

Redaktor statystyczny

Doc. dr Mirosław Bednarski

Recenzenci

Prof. nzw. dr hab. Adam Czabański

Prof. zw. dr hab. Lucjan Grochowski

Prof. nzw. dr hab. Andrzej Hankała

Prof. nzw. dr hab. Anna Kieszkowska

Prof. zw. dr hab. Zdzisław Kosyrz

Dr Anita Młodożeniec (Szwecja)

Dr Teresa Serafin

Prof. nzw. dr hab. Danuta Wajsprych

Adres redakcji

Uczelnia Łazarskiego

ul. Świeradowska 43, 02-662 Warszawa

ISSN 1895-3786

Copyright © by Brunon Hołyst, Warszawa 2015

Wydawnictwo Naukowe PWN SA
02-460 Warszawa, ul. Gottlieba Daimlera 2
tel. 22 69 54 321, fax 22 69 54 031
e-mail: pwn@pwn.com.pl; www.pwn.pl



Spis treści

<i>Prof. zw. dr hab. Maria Jarosz</i> Samobójstwa w czasach kryzysu	5
<i>Dr n. hum. Włodzimierz Adam Brodniak</i> Teorie socjologiczne w perspektywie suicydologii	19
<i>Prof. zw. dr hab. dr h.c. Brunon Hołyst</i> Zainteresowania psychiatrii samobójstwem	31
<i>Dr hab. Adam Czabański</i> Granice suicydologii w polityce – samobójstwa na tle politycznym	49
<i>Prof. dr hab. Andrzej Hankała</i> Destruktywne konsekwencje rozvodu	61
<i>Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski, dr n. med. Ireneusz Gądek, lek. med. Joanna Łacisz, dr Krzysztof Zboralski</i> Aspekty psychospołeczne samobójstw żołnierzy	69
<i>Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski, lek. med. Magdalena Flinik-Jankowska, prof. dr n. med. Agnieszka Gmitrowicz, dr n. med. Ireneusz Gądek, lek. med. Katarzyna Krajewska, dr Krzysztof Zboralski</i> Psychopatologiczne uwarunkowania samobójstw żołnierzy	77
<i>Dr n. hum. Barbara Olszewska, dr n. med. Zofia Wawrzyńska-Bartczak</i> Samobójstwa w Łodzi jako odzwierciedlenie dezintegracji społecznej w wyniku transformacji ustrojowej	83
<i>Prof. dr hab. n. o zdrowiu Marta Makara-Studzińska, lek. med. Anna Zaręba</i> Ryzyko samobójcze u chorych na cukrzycę. Przegląd prac badawczych	93

Raport specjalny

<i>Prof. zw. dr hab. dr h.c. Brunon Hołyst</i> Analizy współzależności między samobójstwami i zabójstwami na podstawie danych statystycznych Policji	99
--	----

Table of contents

Research

<i>Prof. zw. dr hab. Maria Jarosz</i> Suicides in the times of crisis	5
<i>Dr n. hum. Włodzimierz Adam Brodniak</i> Sociological theories in the perspective of suicidology	19
<i>Prof. zw. dr hab. dr h.c. Brunon Hołyst</i> Psychiatry interest in suicide	31
<i>Dr hab. Adam Czabański</i> Suicidology limits in politics – suicides politically motivated	49
<i>Prof. dr hab. Andrzej Hankała</i> Destructive consequences of divorce	61
<i>Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski, dr n. med. Ireneusz Gądek, lek. med. Joanna Łacisz, dr Krzysztof Zboralski</i> Psychosocial aspects of suicide among soldiers	69
<i>Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski, lek. med. Magdalena Flinik-Jankowska, prof. dr n. med. Agnieszka Gmitrowicz, dr n. med. Ireneusz Gądek, lek. med. Katarzyna Krajewska, dr Krzysztof Zboralski</i> Psychopathologic determinants of suicides in soldiers	77
<i>Dr n. hum. Barbara Olszewska, dr n. med. Zofia Wawrzyńska-Bartczak</i> Suicides in Lodz as a reflection of social disintegration as a result of the political transformation	83
<i>Prof. dr hab. n. o zdrowiu Marta Makara-Studzińska, lek. med. Anna Zaręba</i> The risk of suicide in patients with diabetes. Overview of research	93
Special report	
<i>Prof. zw. dr hab. dr h.c. Brunon Hołyst</i> Analysis of correlations between suicides and murders basd on statistical data of the Police	99

Prof. zw. dr hab. Maria Jarosz

Instytut Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk

Samobójstwa w czasach kryzysu

Wprowadzenie • Teoretyczne przesłanki socjologicznej analizy fenomenu samozniszczenia • Śmierć samobójcza w Polsce i na świecie • Śmierć samobójcza w latach przełomu i kryzysu • Struktura przestrzenno-demograficzna • Silne Polki i słabi Polacy? Płeć samobójców

Wprowadzenie

Żyjemy w czasach kryzysu – finansowego, gospodarczego i społecznego, mającego charakter globalny – którego skutki są w dużej mierze nieprzewidywalne. Jest to kryzys odmienny od dotychczasowych. „W ekonomii, w systemie instytucjonalnym gospodarki dużo musi się zmienić, byśmy wyszli z tego kryzysu i uniknęli jeszcze ostrzejszych w przyszłości” (Wilkin 2013, s. 28).

Rzecz w tym, że nie tylko niektórzy ekonomiści, lecz także socjologowie czy politolodzy krytycznie oceniają walkę z kryzysem. Czy uważamy ją za racjonalną i skuteczną? Mamy do czynienia głównie z nieustannym drukowaniem olbrzymich ilości pieniądza, które mają zasypać dziurę budżetową. I to nie tylko w Stanach Zjednoczonych, ale i w niektórych krajach europejskich czy w Japonii. Póki co to działa. Ale na jak długo? Niepokojąca jest coraz większa nierównowaga w dochodach krajów i społeczeństw. Ogromniejące finanse połączone z rosnącą dysproporcją między beneficjentami a przegranymi pogłębiają konflikty między czołówką kapitału (oligarchami) a pracownikami. O tym, jak w skrajnych przypadkach kończyło się rozładowywanie tego typu konfliktów, wiemy z historii

międzywojnia – i nie tylko. Najogólniej rzecz ujmując, dochodziło do rewolucji, wojen – także domowych. A teraz? Czy światowe banki („za wielkie, aby upaść”), międzynarodowe korporacje, Unia Europejska bądź inne jeszcze instytucje mają realne szanse na skuteczne rozwiązanie kryzysu ekonomiczno-finansowego i społecznego? Czy może raczej już dziś należy obawiać się początków następnego kryzysu?

Nasuwa się pytanie: co mają do tego samobójstwa? Ściślej – współczynniki śmierci samobójczej zarejestrowane w statystyce zgonów w ciągu ostatnich 60 lat. Ze szczególnym uwzględnieniem roku 1981, przełomu lat 1989 i 1990 – i właśnie roku 2007 – od którego globalny kryzys zadomowił się również w Polsce. Zanim przejdziemy do analizy tych najbardziej aktualnych wątków problemu, zasygnalizujemy jego teoretyczny wymiar.

Teoretyczne przesłanki socjologicznej analizy fenomenu samozniszczenia

Samobójstwa są ważnym elementem – a nawet dziedziną – moich badań empirycznych i analiz od lat kilkudziesięciu. W ponad 40 książkach mojego

autorstwa (bądź współautorstwa) – dotyczących nierówności, wykluczenia, korupcji, patologii instytucji i władzy (szerzej: Jarosz 2005) czy szeroko rozumianych dysfunkcji – trudno znaleźć taką, która nie odnosiłaby się do śmierci samobójczej jako wskaźnika społecznej dezintegracji, niekiedy też skoncentrowanej na tej właśnie problematyce (zob. Jarosz 2005b; też, 2008a; 2013b). Druga połowa XIX w. oraz XX w. to czas wielu badań nad samobójstwami, ich strukturą, dynamiką, a także – pojętymi mniej lub bardziej szeroko – uwarunkowaniami zachowań autodestrukcyjnych. Analizowali je przedstawiciele różnych nauk: filozofii, teologii, socjologii, psychologii, medycyny, kryminologii czy kryminalistyki.

Zainteresowania współczesnych badaczy fenomenem samobójstwa koncentrują się na rozmaitych jego aspektach. Sposób ujęcia problemu i metody badawcze uprawniające do formułowania wniosków uogólniających przesądzają o różnicach podejścia poszczególnych szkół naukowych do motywów jednostkowych decyzji samobójczej jako przypadku klinicznego, problemu aksjologicznego czy wreszcie jako zjawiska społecznego (por. Cuff, Payne, red. 1984; Atkinson 1978; Siemaszko 1993).

W zależności od przyjętych założeń teoretycznych i metodologicznych można wyróżnić następujące kierunki analiz¹:

- 1) filozoficzno-teologiczny;
- 2) kliniczny:
 - a) fizjopatologiczny,
 - b) psychiatryczny;
- 3) psychologiczny;
- 4) socjologiczny.

Postrzeganie i analiza samobójstwa jako fenomenu wyjątkowo złożonego, z charakterystyczną dlań wielością uwarunkowań, są coraz częstsze. Badacze problemu – przynajmniej ci, których uogólnienia wynikają z badań rzetelnych i wiarygodnych – preferują z reguły socjologiczny sposób jego interpretacji. Interesujące, że ten punkt widzenia podzielają (mniej lub bardziej konsekwentnie) przedstawiciele różnych dyscyplin, także kryminologii.

Wielu psychologów – według Brunona Hołysta (2012) – sygnalizuje istnienie sytuacji, które powinny doprowadzić, a jednak nie doprowadziły do autoagresji. Zmieniają się zatem nie tyle reakcje ludzi, ile sytuacje, w których się znaleźli.

¹ Erudycyjny i rozpatrywany poprzez psychiatrię, psychologię i kryminologię punkt widzenia problemu prezentuje Brunon Hołyst (2012).

Najważniejsze i najciekawsze studia nad samobójstwem (w Polsce i na świecie) prezentują z reguły interpretację socjologiczną, co wynika zapewne z tego, że ona właśnie wyjaśnia problem w szerszym kontekście: tu i teraz, w czasach wielkich, społecznych, gospodarczych i politycznych transformacji.

Teoretyczną przesłanką badania fenomenu samobójstw było, najwcześniej, jego usytuowanie w głównym nurcie socjologii. W 1897 r. Émile Durkheim przedstawił w *Le suicide* koncepcję integracji i dezintegracji społeczeństwa, której wskaźnikami stały się samobójstwa jego członków. Im wyższe są współczynniki śmierci samobójczej, tym silniejsza dezintegracja zbiorowości, a im niższe – tym wyższa integracja i lepsza kondycja społeczeństwa (Durkheim 1973; wyd. polskie 2006).

Ta koncepcja analizy wydała mi się niezwykle pociągająca. Stwarzała bowiem możliwość analizy społeczeństwa wychodzącej poza elementy jego struktury, dając klucz do ujęcia syntetyzującego, w którym samobójstwa stanowią punkt wyjścia, a jednocześnie element porządkujący pole badań.

Socjologiczna teoria samobójstw nie abstrahuje od szczególnych i jednostkowych motywów podjęcia decyzji samobójczych przez człowieka, takich jak osamotnienie i izolacja społeczna, różnego typu sytuacje stresowe związane z rodziną, pracą czy załamaniem się systemu przyjętych wartości społecznych. Interpretacja socjologiczna polega na poszukiwaniu wspólnych cech, generalnych uwarunkowań większości przypadków. Jest bowiem tak, że człowiek popełnia samobójstwo z najrozmaitszych powodów, mniej lub bardziej uświadomionych, mniej lub bardziej ze sobą powiązanych. Bezpośrednie przyczyny sprawcze popełnionego samobójstwa bywają trudne do ustalenia nawet w indywidualnym przypadku i z pewnością nie dają się ekstrapolować na analizę szerszej zbiorowości. Skoro więc człowiek, każdy z osobna, kieruje się własnymi, indywidualnymi motywami popełniania samobójstwa, to nie jest łatwo znaleźć wspólny mianownik dla poszczególnych przypadków. Samobójstwa są jednak zjawiskiem społecznym, autodestrukcyjna aktywność podejmowana jest tak często, że samobójcy stanowią znaczną kategorię w strukturze całej populacji. Jeśli więc nie potrafimy odpowiedzieć na pytanie, dlaczego ludzie decydują się na odebranie sobie życia, to możemy – i powinniśmy – znaleźć wspólne uwarunkowania samobójstw oraz ich społeczny kontekst. I choć wprawdzie pozostanie w dalszym ciągu niewyjaśniony problem, dlaczego w określonych, potencjalnie suicydogennych okolicznościach jeden człowiek samobójstwo popełnia,

inny zaś nie, to jednak warto podjąć próbę ustalenia wspólnych źródeł autoagresji – źródeł determinujących nasilenie się zachowań samobójczych, a więc stwarzających wyższy stopień prawdopodobieństwa ich występowania w określonych sytuacjach społecznych. I te właśnie przesłanki są podstawą teoretycznych i metodologicznych założeń socjologicznego kierunku badań fenomenu samobójstwa.

Socjologiczny kierunek badań nad zachowaniami autodestrukcyjnymi przyjmuje za punkt wyjścia nie jednostkę, lecz społeczność – analizuje bowiem akt samobójczy w kontekście jego społecznych uwarunkowań. Inaczej mówiąc: skoro człowiek jest częścią określonego społeczeństwa, to źródeł samobójstw szukać należy w zakłóceniach funkcjonowania tego społeczeństwa. Samobójstwo jako zjawisko społeczne należy więc badać jako efekt dezintegracji społeczeństwa, a nie jako przejaw dezintegracji osobowości samobójcy. Nie oznacza to lekceważenia indywidualnych motywów działań samobójczych, ale przesunięcie zainteresowań z czynników jednostkowych na wspólny mianownik tych działań: warunki społeczne zapobiegające lub sprzyjające zamachom na własne życie.

Analiza socjologiczna wskazuje, że u podłoża podobieństw i odmienności współczynników samobójstw w rozmaitych krajach świata leżą zmienne społeczno-demograficzne, statusowe i sytuacyjne – cały kompleks interferujących czynników.

Warto przyjrzeć się tym zmiennym – zwłaszcza ich podobieństwom oraz odmienności w czasie i przestrzeni. Wieś czy miasto przoduje we współczynnikach śmierci samobójczej? Rolnicy, robotnicy czy inteligencja najczęściej odbierają sobie życie? Mężczyźni czy kobiety przodują w statystykach samozniszczenia? Odpowiedzi na te pytania nie są wcale oczywiste – przeciwnie, przeczą one dominującym – nie tylko polskim – stereotypom.

Śmierć samobójcza w Polsce i na świecie

Podstawą analizy są gromadzone w urzędach statystycznych Polski i innych krajów (na podstawie analogicznych kryteriów klasyfikacyjnych) informacje dotyczące nasilenia zgonów samobójczych. Są to, oczywiście, dane ilościowe. Przy wszystkich bowiem zastrzeżeniach co do wiarygodności informacji statystycznych („ciemna liczba” samobójstw niewykrytych) oraz jej ograniczoności (nieuwzględnianie w analizie prób samobójczych niezakończonych śmiercią) statystyka pozostaje najpewniejszym źródłem wnioskowania o skali, strukturze i trendach zjawiska – zwłaszcza

w perspektywie porównawczej. W Polsce statystyka sięga roku 1951 (od którego rejestrowane są dane zgodnie z międzynarodową statystyką zgonów), czyli jest to analiza informacji z okresu 60 lat (1951–2011).

W ciągu ostatniego stulecia we wszystkich w zasadzie krajach świata odnotowano wyraźny i niepokojący wzrost liczby samobójstw, określane niekiedy mianem epidemii. Polska, w której współczynnik śmierci samobójczej jest znacznie wyższy od współczynnika śmierci w wypadkach drogowych (ponad 6 tys. przypadków rocznie), zajmuje pośrednie miejsce w światowej statystyce samozniszczenia.

Nie jest możliwe bez szczegółowych analiz zmiennych społecznych, politycznych, kulturowych czy gospodarczych wnioskować o przyczynach podobieństw lub odmienności analizowanego zjawiska w poszczególnych krajach. Czy istnieje jednak jakakolwiek hipotetyczna możliwość określenia czynników podejrzanych o wpływ na ukształtowanie omawianych konfiguracji?

Omawiana w literaturze przedmiotu sezonowość samobójstw oraz warunki klimatyczne w poszczególnych krajach nie przybliżają nas do wyjaśnienia problemu, podobnie jak – nieco bardziej prawdopodobne, ale mniej zbadane – czynniki ekologiczne.

A co ze zmiennymi kulturowymi, zwłaszcza aksjologicznymi? Te z pewnością zmniejszają lub zwiększają prawdopodobieństwo zachowań samobójczych. Pod warunkiem wszakże, że potraktujemy je jako jeden z elementów stymulujących, nie zaś jako główny czynnik sprawczy.

Podłożem decyzji samobójczych jest bowiem wiele zalegających się czynników. Klasycy zagadnienia wskazują, co ważne, na światopogląd samobójców jako czynnik mniej lub bardziej predestynujący do samozniszczenia. W badaniach etiologii samobójstw analizowano wpływ religii, łącząc ją z rasą ofiar. To podejście charakteryzuje zwłaszcza prace anglosaskie – ich autorzy różnicują zachowania samobójcze w zależności od rasy osób je przejawiających.

Émile Durkheim w *Le suicide* zauważa, że protestanci popełniają samobójstwa częściej niż katolicy, Żydzi natomiast odbierają sobie życie niesłychanie rzadko. Prawidłowość ta wydaje się wyjątkowo oczywista i trwała. Ostatnie lata nasuwają tu jednak daleko idące wątpliwości. Zaczniemy od Żydów. Religia właśnie – czy może raczej życie w diasporze – powstrzymywała ich od samobójstw. Niewola, pogromy, holocaust z pewnością podnoszą wartość życia. Przetrwać za wszelką cenę – wbrew „onym” (Egipcjanom, krzyżowcom, hitlerowcom, Arabom) to, być może, najsilniejsza motywacja przeciwdziałająca

autodestrukcji. Religia staje się czynnikiem ją wspomagającym, ale nie najważniejszym. Świadczą o tym wciąż, co prawda, niewielkie, wszakże wyraźnie rosnące współczynniki samobójstw w Izraelu. Liczący się udział mają tu, tak jak w innych krajach, imigranci. Co najciekawsze, chodzi nie tylko i nie głównie o Rosjan, ale o nowo przybyłych Żydów z Etiopii, stanowiących jedną z najbardziej ortodoksyjnych grup religijnych w całym Izraelu.

Tradycyjny polski katolicyzm – jakkolwiek z pewnością powstrzymujący od zachowań autodestrukcyjnych – nie przeciwdziała im przecież dość skutecznie, skoro samobójstwa zakończone zgonem wzrosły w Polsce w ostatnim pięćdziesięcioleciu o 400%. A co z Polakami-katolikami umierającymi śmiercią samobójczą na obczyźnie (Australia, Szwecja, Dania, Szwajcaria, Niemcy, USA, Francja) znacznie częściej niż obywatele tych krajów?

Niejednoznaczne sygnały płyną też z analizy statystyki zachowań samobójczych w innych krajach: w każdym razie nie upoważniają one do wnioskowania o religii chrześcijańskiej jako zmiennej istotnie zmniejszającej liczbę samobójstw, ale co najwyżej jako o czynniku pośredniczącym w ich ograniczaniu. Jeszcze trudniej byłoby walor powstrzymywania od samozniszczenia przypisać innym religiom. Odrębną kwestią są samobójstwa terrorystów, których analiza wykracza poza zakres tego tekstu. O kwestii tej pisze Adam Czabański (2009), analizując jej uwikłanie w kontekst religijny i polityczny.

W rezultacie nie tyle religijne, ile raczej społeczno-demograficzne, statusowe i sytuacyjne zmienne – a zwłaszcza interferowanie całego kompleksu czynników – leżą u podłoża podobieństw i odmienności współczynników samobójstw w rozmaitych krajach.

Wydaje się, że istnieją jednak warunki i okoliczności współkształtujące sytuację pewnej, wybranej grupy krajów w odniesieniu do dewiacyjnych, suicydogennych typów zachowań. Można przypuszczać, że warunki te są, *toutes proportions gardees*, relatywnie zbliżone w krajach zaliczanych do postkomunistycznych. Spróbujmy je wyodrębnić.

W pierwszym pięcioleciu XXI w. najwyższe współczynniki zgonów samobójczych miały kraje wchodzące w skład dawnego ZSRR. Węgry – od kilkudziesięciu przynajmniej lat przodujące w statystyce samobójstw dokonanych – znajdują się za Rosją i Estonią. Najmniej suicydogennym krajem jest, jak się okazuje, Polska, a w kolejności nasilenia samobójstw – Czechy.

Szczególnie silną skłonność Węgrów do samozniszczenia poddawano wielu, mniej lub bardziej naukowym, rozważaniom: nigdzie jednak, jak dotąd,

nie odkryłam wiarygodnego i przekonującego wyjaśnienia tego fenomenu. Węgry nie przestały być – na skutek splotu wielu nie do końca znanych okoliczności – krajem o bardzo wysokich współczynnikach śmierci samobójczej, choć nie znajdują się już na czele tabeli. Rzut oka na współczynniki samobójstw w krajach dawnej Jugosławii upewniają, że i one są relatywnie wysokie, jakkolwiek publikowanie w statystyce międzynarodowej danych tylko z Chorwacji i Słowenii praktycznie uniemożliwia próbę jakichkolwiek sensownych uogólnień.

Najbardziej frapujące są ogromne rozpiętości wielkości współczynników autodestrukcji między Rosją, Litwą, Estonią i Łotwą a Czechami i Polską. Zwłaszcza Polską. Klarowność tego rankingu załamują, co prawda, Kazachstan, Ukraina i Białoruś, ale one znajdują się w grupie krajów o najwyższych współczynnikach śmierci samobójczej. Nie czuję się kompetentna – ze względu choćby na brak odpowiedniego zbioru informacji – do analizy przyczyn zróżnicowań zachowań autodestrukcyjnych na mapie dawnego imperium sowieckiego. Można wszakże podjąć próbę hipotetycznego wyjaśnienia stosunkowo niskiego współczynnika samobójstw w Polsce. Być może zadecydowały o tym cechy różniące powojenny okres socjalistycznej transformacji od realizowanej w innych krajach. Jak pisze bowiem Stefan Kisielewski: „satelicka państwowość stała się jednak dla Polski przykrywką dla zachowania swej duchowej tożsamości skutecznie broniącej się przed sowietyzmem [...]. Na fakt ów złożyły się czynniki przeróżne: utrzymanie struktury wiejskiej, przechowującej w zadziwiający sposób tradycyjny patriotyzm szlachecki, siła katolicyzmu i Kościoła, narodowe, a nie tylko utylitarne zrywy robotnicze, żarliwa działalność inteligentkich grup opozycyjnych” (Kisielewski 1983, s. 164). Najogólniej mówiąc, tzw. budowa socjalizmu w Polsce przebiegała z oporem i wolniej, zburzyła mniej zastanych struktur i wartości niż jej model narzucony gdzie indziej.

W świetle faktów i analiz historyków „nie do utrzymania jest pogląd [...] o dokonującej się rusyfikacji czy choćby «sowietyzacji» narodu, jeśli przez «sowietyzację» mamy rozumieć adaptowanie się ludności do wartości obcych polskiej tradycji i polskiemu etosowi narodowemu” (Słabek 1987, s. 198). Oddając hołd historycznym zasługom „Solidarności”, zauważmy, że nie wyrosła ona w „czarnej dziurze” kraju skutecznie przez okupanta zniewolonego. Jako państwo i naród Polacy „przez 45 lat – pisze Henryk Słabek – skutecznie ratowali się sami: korzystne granice i terytorium, niemal jednonarodowe państwo, w ciągu 40 lat powojennych największy w Europie przyrost naturalny

i bliska podwojenia liczba ludności, rozbudowa infrastruktury gospodarczej i kulturalnej, zachowanie i umacnianie tożsamości narodowej – to niebagatelne wartości tego okresu” (ibid., s. 200–201).

Polska industrializacja – w przeciwieństwie do industrializacji innych państw tzw. obozu socjalistycznego – nie naruszyła chłopskiej struktury własnościowej i form gospodarowania w rolnictwie oraz nie wyeliminowała z rynku pewnych rodzajów rzemiosła, nie zmieniło jej istnienie PGR-ów i nielicznych spółdzielni produkcyjnych. Nie zniszczyła też Kościoła i hierarchii kościelnej (mimo wielu bezskutecznych prób jej osłabienia). W Polsce stalinizm w swej totalitarnej formie skończył się praktycznie w 1956 r. – miał tu zatem nieporównanie krótszy horyzont działania niż w krajach dawnego ZSRR. Łączyło się z tym najszerze ze wszystkich krajów komunistycznych (czy realnego socjalizmu) otwarcie na świat: zwłaszcza w dziedzinie kultury i nauki, co zaowocowało, w satyrycznym obrazie rzeczywistości, postrzeganiem Polski jako „najweselszego baraku w całym obozie socjalistycznym”².

I wreszcie relatywnie wcześniej – w okresie poprzedzającym rok 1990 – rozpoczęto, choć fragmentarycznie, niespójnie i niekonsekwentnie, proces reformowania polskiej gospodarki. Procesy denacjonalizacji i wprowadzanie zasad gospodarki rynkowej, plan Balcerowicza były w rezultacie mniej „szokową” i bardziej skuteczną formą transformacji niż podobne przedsięwzięcia w innych krajach. Pociągnęło to za sobą wprawdzie określone koszty społeczne (pauperyzację, bezrobocie, dezadaptację, pogłębiające się stany frustracyjne) ze wszystkimi tych procesów konsekwencjami (por. Modzelewski 2013; Jarosz 2013a), sądząc jednak, że koszty ponoszone przez społeczeństwo w innych krajach postkomunistycznych, w warunkach innych niż w Polsce, były wyższe. Przynajmniej – jeśli miernikiem kosztów społecznych będzie ten wskaźnik kondycji społeczeństwa, jakim są samobójstwa.

Wszystko to świadczy jednak o relatywnie lepszej, nie zaś dobrej sytuacji Polski. O niższych – lecz nie o niskich – współczynnikach śmierci samobójczej. Tego dowodzi analiza samobójstw w latach 2005–2011, sytuująca nas na środkowym (ściślej: środkowo-niższym) miejscu w światowej strukturze samobójstw. Rzecz ma się jednak zupełnie inaczej, jeśli przedmiotem rozważań jest nie statyczny obraz zjawiska, ale jego trendy. Analiza samobójstw

w ujęciu dynamicznym, posługująca się źródłową statystyką zgonów samobójczych w latach 1951–2011, wskazuje na wyraźne tendencje rozwojowe występujące w czterech aspektach:

- 1) wzrost ilościowy zjawiska w całej populacji;
- 2) szybszy wzrost liczby samobójstw wśród mieszkańców wsi;
- 3) zmiany w strukturze demograficznej polegające na zwiększonym udziale samobójstw w młodzieżowych grupach wieku i wśród kobiet;
- 4) zmiany w strukturze zawodowej samobójców.

Wzrost ilościowy zjawiska w całej populacji jest bardzo wyraźny. Świadczą o tym zarówno współczynniki, jak i wielkości bezwzględne, jakkolwiek te ostatnie są miernikiem niezbyt precyzyjnym. Samobójstwa, zjawisko społeczne mające swój udział w strukturze społecznej, powinno być do niej właśnie odnoszone. Skoro zatem ludność Polski wzrosła w czasie ostatniego sześcioletniego wieka o kilkanaście milionów osób (do prawie 38 mln w 2013 r.), zwiększyła się przeto i liczba samobójstw. W przeliczeniu na liczbę ludności współczynnik samobójstw w omawianym czasie wzrósł blisko o 400%, czyli czterokrotnie. Tempo tego wzrostu jest nierównomierne, współczynniki samobójstw rosły najszybciej w latach 50. i 60., w latach 70. zaś obserwujemy pewne zahamowanie tych tendencji i niewielkie, coroczne wahania współczynników śmierci samobójczej. Tak było do 1981 r., w którym nastąpił ogromny spadek zjawiska, aż o 35%. Wynikał on najpewniej z nadziei związanych z „Solidarnością” i sytuacją rewolucyjną, w czasie której trzeba raczej walczyć z „onymi”, niż lekkomyślnie pozbawiać się życia, które może przecież, po zwycięstwie, nabrać sensu. Spektakularny, przekraczający ponad jedną trzecią, spadek współczynników śmierci samobójczej był przy tym jednocześnie wielkim eksperymentem społecznym dowodzącym, że samobójstwa są istotnie najczulszym wskaźnikiem integracji i kondycji społeczeństwa.

Po roku 1982, w okresie stanu wojennego, nastąpił skokowy wzrost współczynników śmierci samobójczej – co także świadczy o aktualności socjologicznej Durkheimowskiej teorii samobójstw.

W 1990 r., zapoczątkowującą pokojową, bezkrwawą rewolucję, sytuacja – choć w nieco mniejszej skali – powtórzyła się. Jednakże i tym razem nastąpiło rozczerowanie (nieadekwatnymi do oczekiwań) efektami transformacji, co znalazło odbicie w rosnących współczynnikach śmierci samobójczej. Lata 90. są okresem stabilizacji i nieznacznego spadku liczby (i współczynników) zachowań autodestrukcyjnych.

² Był to jeden z najbardziej znanych i najczęściej powtarzanych w Europie dowcipów politycznych o Polsce, przypisywany Bułatowi Okudźawie.

Tendencja ta mogła stanowić przesłankę traktowania samobójstw jako zjawiska stabilizującego się – podobnie jak w krajach zachodnioeuropejskich – pod warunkiem wszakże, że trend ten się utrzyma i nie zdarzą się sytuacyjne okoliczności mogące wpłynąć na zmianę jego kierunku.

Okoliczności takie jednak się zdarzyły. Rosnące bezrobocie i bieda towarzyszące spowolnieniu tempa rozwoju gospodarczego oraz poczucie krzywdy i brak nadziei na poprawę sytuacji rosnących grup ludzi „wykluczonych” z transformacji (zwłaszcza bezrobotnych) – wszystko to stworzyło syndrom sytuacyjny zwiększający prawdopodobieństwo zachowań samobójczych. Istotnie, po okresie względnej stabilizacji, współczynniki samobójstw zaczęły ponownie rosnać.

Śmierć samobójcza w latach przełomu i kryzysu

Żyjemy w czasach światowego kryzysu finansowego i gospodarczego – skutkującego m.in. wzrostem bezrobocia, nasilaniem się nierówności materialnych i społecznych, jak też wskaźnikami wieloaspektowego wykluczenia. Czy kryzys ten i jego następstwa znajdują odzwierciedlenie we wzroście współczynników śmierci samobójczej? Okazuje się, że tak istotnie jest. W 2009 r. i w latach następnych zarejestrowano kilkunastoprocentowy wzrost liczby samobójstw zakończonych zgonem. W latach 90. oscylował on wokół 5000 rocznie, od 2009 r. przekracza 6000 (współczynnik tej śmierci – na 100 tys. mieszkańców – wzrósł z 15 do ponad 17). Warto dodać, że w Grecji (ze współczynnikiem 2,8 na 100 tys.), sytuującej się na końcu europejskiej statystyki zgonów samobójczych, współczynnik ten (według danych statystycznych) również wzrósł, i to niemal o 20%.

Nie ulega wątpliwości, że mamy do czynienia z kryzysogennym syndromem spowolnienia tempa rozwoju gospodarczego, towarzyszącym poczuciu krzywdy i braku nadziei na poprawę położenia rosnących grup ludzi z transformacji wykluczonych (szerzej: Jarosz 2008b; też 2014).

„Nadzieja – mówi Marcin Król – to był mechanizm, który pozwalał znosić ludziom bez szemrania rosnące rozwarstwienie. Ale on teraz przestaje działać. Bo przepaść stała się tak duża, że choćbym nie wiem jak długi wziął rozbieg, to nie przeskoczę” (*Byliśmy głupi* 2014, s. 14; zob. także Kula 2014).

Struktura przestrzenno-demograficzna

Za jeden z ważniejszych wyznaczników analizy struktury samobójstw w Polsce należy uznać rosnący w niej

udział mieszkańców wsi, malejący zaś mieszkańców miast. W 2011 r. udział samobójców ze wsi w porównaniu z samobójcami z miast był o blisko jedną piątą wyższy, podczas gdy w 1951 r. proporcje te były, w przybliżeniu, odwrotne. W drugiej połowie lat 70. zaobserwowano tendencje wyrównywania się udziału mieszkańców miast i wsi w strukturze zgonów samobójczych. Od drugiej połowy lat 70. mieszkańcy miast popełniają samobójstwa relatywnie rzadziej, natomiast mieszkańcy wsi relatywnie częściej. Od 1978 r. wieś wyraźnie przoduje w nasileniu zgonów samobójczych, wykazujących w środowisku wiejskim w latach 90. znaczną tendencję wzrostową. Dowodzi jej zarówno statyczny obraz zjawiska, jak i obserwacja jego trendów.

Miejsce zamieszkania – wyznaczające przynależność do społeczności miejskiej lub wiejskiej – uważane jest, jak wiadomo, za czynnik silnie determinujący zachowania samobójcze. W pracach naukowych koncentrujących się na samozniszczeniu pisze się o znacznie większym nasileniu samobójstw w mieście niż na wsi (w miastach zaś proporcjonalnie do ich wielkości), potwierdzają to także badania empiryczne. Przyjęto nawet powszechnie uważać samobójstwo za swoisty, negatywny wytwór miejskiego stylu życia, za zjawisko specyficznie miejskie. Wynika to z tych teoretycznych przesłanek, do których założenie o typowo miejskim fenomenie samobójstw wyjątkowo dobrze przystaje. Rozstrzygają jednak fakty: nawet niepotwierdzające teorii mają większą wagę niż najbardziej uzasadnione oczekiwania. „Niekörtzy badacze mówią o tzw. ojcowskim stosunku wobec przyjętej hipotezy, prowadzącym do pomijania danych negatywnych. Dlatego też [...] potrzebne jest obiektywne nastawienie badacza i mocne przekonanie, że powzięta hipoteza to tylko próba, którą trzeba bezstronnie sprawdzić” (Ziemski 1973, s. 224; zob. także Sułek 2002). Jest to szczególnie ważne w diagnostycznych badaniach społecznych. Jest to konstatacja empirycznie potwierdzona, i to w świetle nie wyrzykowych czy przyczynkarskich badań, ale na podstawie pełnej, opartej na materiałach źródłowych, analizie zjawiska w latach 1951–2011. Jednak uchwycone w ten sposób zależności mogą być nieco kłopotliwe z teoretycznego punktu widzenia. Obalają bowiem czy też, przeciwnie, potwierdzają socjologiczną, klasyczną Durkheimowską teorię samobójstw? Warto rzecz tę rozważyć przy podejmowaniu problemów nowych, w których prawidłowa diagnoza sytuacyjna jest początkiem skutecznych działań profilaktycznych. A taki właśnie jest rozważany problem.

Nie ulega wątpliwości, że nie miasto – a przynajmniej nie głównie miasto – przyczynia się do nasilenia

samobójstw. Inaczej mówiąc: materiały empiryczne nie tylko nie potwierdzają tezy o zachowaniach autodestrukcyjnych jako o fenomenie typowo miejskim, ale przeciwnie – wskazują wieś jako środowisko bardziej jeszcze od miejskiego suicydogenne. Przynajmniej we współczesnej Polsce.

Czy jednak omawiany trend wzrostu samobójstw w środowisku wiejskim ma istotnie głębsze socjologiczne uwarunkowania, czy też istnieją jakieś inne przyczyny interferujące w ten stan rzeczy? Pierwszą narzucającą się możliwością jest kwestia wykrywalności samobójstw. Jak wiadomo, problem ten nastrocza wielu wątpliwości, nic jednak nie wskazuje na to, aby ewentualne zmiany w tym zakresie mogły istotnie zdeterminować zaobserwowane relacje. Kolejną hipotezą byłoby – związane z wyższym poziomem i nasyceniem kadrami lekarską – założenie o większych możliwościach udzielania pomocy ofiarom zamachów samobójczych w mieście niż na wsi, jako o czynniku modyfikującym omawiane proporcje. Ze względu jednak na dominujący sposób dokonywania samobójstwa (jest nim powieszenie³), możliwość udzielenia pomocy samobójcy i uratowania mu życia jest raczej iluzoryczna. I tę hipotezę należałoby zatem wykluczyć. Hipotetyczna możliwość statystycznego błędu jest także mało prawdopodobna: wnioskujemy bowiem na podstawie pełnych statystyk (np. liczącej ponad 5000 przypadków statystyki ogólnopolskiej). Oczywiście nie oznacza to, że została wyczerpana pełna gama możliwości interpretacji problemu. Przy całej ostrożności przy ich formułowaniu istnieją, moim zdaniem, bardzo silne przesłanki wskazania socjologicznych uwarunkowań procesu zatarcia się różnicy między nasileniem samobójstw w mieście i na wsi. Empiryczna podstawa tezy została już przedstawiona. Z punktu widzenia teorii socjologicznej kwestia jest zapewne jeszcze mniej dyskusyjna: omawiana konstatacja nie tylko nie podważa socjologicznej teorii samobójstw, ale ją rozszerza, potwierdzając określone prawidłowości w nowych warunkach. We współczesnej wsi powtórzył się, *mutatis mutandis*, określony zespół czynników, które w mieście – historycznie – doprowadziły do nasilenia zachowań samobójczych: osłabienie więzi rodzinnych, sąsiedzkich i środowiskowych i związane z tym poczucie izolacji i osamotnienia, narastające procesy dezintegracyjne. Jest to więc wciąż to samo – sformułowane przez klasyków socjologii – podłoże zjawisk dewiacyjnych.

³ Przyczyną ok. 80% zgonów samobójczych było i jest powieszenie (istnieją kilkunastoprocentowe odchylenia, uzależnione głównie od płci ofiary).

Chodzi tu, mówiąc najogólniej, o okres wielkiej zmiany, kryzysów globalnych pociągających za sobą procesy dezadaptacji, frustracji społecznych i zachowań dewiacyjnych (także samobójczych). Rzec dotyczy zatem powstawania na wsi tych samych – co niegdyś w mieście – przesłanek wzrostu analizowanych zjawisk.

Współczynniki samobójstw dokonanych są odwrotnie proporcjonalne do wielkości miejscowości: najwyższe na wsi, nieco niższe w małych miasteczkach, jeszcze niższe w miastach średniej wielkości, najmniejsze zaś w miastach dużych, zwłaszcza największych (grupujących 200 tys. mieszkańców i więcej).

Interpretacja tego stanu rzeczy jest wielowątkowa. Chodzi tu bowiem, po pierwsze, o przesłanki wcześniej już analizowane, dotyczące fenomenu przesuwania się punktu ciężkości zachowań samobójczych z miast do wsi. Wielkość miejscowości pełni tu zapewne rolę dodatkowej zmiennej pośredniczącej. Po wtóre, przypomnijmy, że podłożem czynów autodestrukcyjnych jest wiele zazębiających się zjawisk: czynniki środowiskowe łączące się ze zmiennymi demograficznymi i cechami osobowości samobójców, niższa odporność i mniejsze zdolności adaptacyjne do sytuacji nowych i nieakceptowanych itp.

Istnieje jednak czynnik szczególny zasługujący na wyodrębnienie – jest nim bezrobocie. Im większe miasto, tym perspektywa znalezienia nowej pracy jest bardziej prawdopodobna. W dużym mieście istnieją także większe możliwości „pracy na czarno” oraz adaptacji do sytuacji, w której znaleźli się także inni ludzie. I z której – jak uczy doświadczenie – jakoś się wychodzi. Najgorszy i najbardziej suicydogenny jest bowiem, jak się okazuje, paraliżujący lęk przed perspektywą bezrobocia, często nawet wyprzedzający utratę pracy (Jarosz 1996; zob. także: taż 2004; 2012).

Ta ostatnia kwestia zbliża nas do analizowanego wpływu, jaki na zachowania samobójcze ma rodzaj wykonywanej pracy, a szerzej: przynależność do określonej kategorii społeczno-zawodowej. Miernikiem tej zależności jest, konsekwentnie, współczynnik nasilenia zachowań autodestrukcyjnych w poszczególnych grupach zawodów, czyli współczynnik określający nasilenie śmierci spowodowanej samobójstwem w wyróżnionych kategoriach społeczno-zawodowych (w przeliczeniu na 100 zgonów w danej kategorii).

Analizowane współczynniki zjawiska w latach 80. wskazują na podobne do występujących we wcześniejszych okresach prawidłowości zachowań autodestrukcyjnych. Grupa pierwsza, centralna, w której współczynniki samobójstw są zbliżone do przeciętnej krajowej dla osób zawodowo czynnych, obejmuje

kierowników administracji, gospodarki, organizacji politycznych i społecznych, wszystkie wyróżnione kategorie specjalistów, pracowników administracyjno-biurowych oraz pracowników handlu i usług.

W 1981 r. kierownicy, decydenci średniego i wyższego szczebla byli jedyną kategorią, w której samobójstwa wzrosły. Po roku 1982 wszakże – do końca lat 80. – wyróżniają się oni, tak jak w latach 70., najniższymi w grupie inteligencji współczynnikami samobójstw. Grupa druga, robotnicy, to grupa o najwyższych współczynnikach samobójstw w kraju. Grupą trzecią są rolnicy i hodowcy⁴, w której współczynniki samobójstw są niższe. Potwierdzająca wcześniejsze wnioski konstatacja o samobójstwie jako o zjawisku w największej mierze charakteryzujących robotników pozostaje przeto co najmniej równie trafna jak teza o suicydogenym środowisku wiejskim.

Analizowane informacje zasługują jednak na szerszą i głębszą interpretację. Choćby dlatego, że socjologiczna teoria samobójstw, zgodnie z którą są one najczulszym wskaźnikiem integracji i kondycji społeczeństwa, uzyskała nowe empiryczne potwierdzenie – i to na skalę dotąd niespotykaną: przez pryzmat doświadczeń roku 1981, okresu konfliktu społecznego między władzą a społeczeństwem, walki o wolność, demokrację i nową, lepszą przyszłość (cokolwiek by to miało oznaczać dla różnych grup społecznych) (por. Touraine i in. 1989; Nowak 1987). Refleksje nad współczynnikami śmierci samobójczej, które w okresie owego wielkiego eksperymentu społecznego spadły o 35%, opublikowano w kilkunastu krajach świata⁵.

Trendy współczynników śmierci samobójczej: stopniowy ich wzrost w okresie powojennym i nagły, spektakularny spadek w roku 1981, wskazują wagę społecznego podłoża samozniszczenia (a także innych typów zachowań dewiacyjnych). Rok 1981, okres rosnącej w siłę „Solidarności” i rosnących nadziei ludzi na to, że wszystkie problemy, także ich własne, dadzą się rozwiązać w niedalekiej przyszłości, spowodowały zaniechanie (lub przynajmniej odroczenie) decyzji samobójczych. Tak jak to bywa w okresie otwartych konfliktów (wojen i rewolucji) życie ludzkie staje się cenne, nie czas na samobójczą śmierć. Zwłaszcza że przyszłość będzie inna – i lepsza.

Najbardziej znaczące dysproporcje w strukturze samobójstw obserwujemy w dwóch krańcowych grupach: robotników (głównie górników, stoczniovców,

hutników), wśród których współczynniki śmierci samobójczej obniżyły się najbardziej, oraz wyższego szczebla kierowników ze sfery gospodarki, polityki i administracji (decydentów). Ta druga grupa – w konflikcie z „Solidarnością” najbardziej narażona na stresy i frustracje – była jedyną grupą o podwyższonym w 1981 r. współczynniku śmierci samobójczej.

Po roku 1982, w okresie stanu wojennego, integracja społeczeństwa wokół wspólnych celów i wartości ustępować zaczęła tendencjom dezintegracyjnym. Stany zniechęcenia i frustracji zaczęły – zwłaszcza w środowiskach robotniczych i inteligenckich – wykazywać tendencje rosnące. Znalazło to wyraz we współczynnikach śmierci samobójczej. Od 1982 r. zaczęły one wzrastać we wszystkich środowiskach, poza środowiskiem decydentów, którzy nadal relatywnie rzadko popełniali samobójstwa.

Natomiast od 1982 r. bardzo szybko zaczęły podnosić się współczynniki samobójczej śmierci rolników i hodowców, które w latach 70. (także w 1981 r.) były stabilne i niewielkie.

W roku 1989, który zakończył sukcesem okres walki o polityczną, gospodarczą i społeczną transformację kraju, współczynniki samobójstw spadły, podobnie jak 8 lat wcześniej. Jednak na krótko. Od 1990 r. wykazują ponownie tendencję rosnącą – zbliżoną do zarejestrowanej po 1982 r. Najważniejszym jednak czynnikiem inspirującym śmierć samobójczą było – i jest – bezrobocie. Jest ono szczególnie uciążliwe w drugiej połowie pierwszego dziesięciolecia XXI w., towarzysząc światowemu kryzysowi. Bezrobotni i rolnicy to grupy poprzez samobójstwo najczęściej wykluczające się z życia. W Polsce Ludowej bezrobotnych praktycznie nie było, rolnicy zaś sytuowali się na dole statystyki skutecznego samozniszczenia. Teraz sytuacja odwróciła się zdecydowanie. Bezrobocie rośnie, a wieś poniosła szczególnie wysokie koszty transformacji. I choć duże środki materialne pochodzące z Unii Europejskiej lokowane są na wsi, to docierają one nie wszędzie i nierówno. Istnieje olbrzymia zmienność ekonomicznych warunków produkcji (np. eksport do Rosji) rujnująca część gospodarstw oraz dotychczasowy, tradycyjny model rodziny, co niekiedy skutkuje nie tylko samolikwidacją gospodarstwa, ale i gospodarza – rolnika.

Zróznicowanie nasilenia samobójstw według wieku jest cechą względnie stałą. Skutecznie odbierają sobie życie ludzie starsi – jakkolwiek od kilkunastu lat odnotowano też zjawisko określane jako „odmładzanie się struktury wieku”, czyli wyraźny wzrost udziału w strukturze samobójstw roczników najmłodszych (szczególnie dzieci).

⁴ Jest to – zgodnie z klasyfikacją GUS – grupa rejestrowana łącznie, traktowana jako jednorodna.

⁵ Były to studia i analizy mojego autorstwa (por. np. Jarosz 1985).

W Polsce, jak wykazują informacje statystyki międzynarodowej, struktura samobójców według wieku jest zbliżona do struktury w większości krajów świata. Grupy wieku średniego i zaawansowanego (od 35. roku życia) charakteryzują się największym nasileniem śmierci samobójczej. Dotyczy to zarówno całej populacji, jak i mężczyzn i kobiet analizowanych odrębnie. W młodszych grupach wieku w miarę zbliżania się do wieku dojrzałego i średniego współczynniki zgonu wśród kobiet i mężczyzn systematycznie rosną. Polska charakteryzuje się przy tym w porównaniu z innymi krajami nadreprezentacją samobójców w wieku 35–54 lata. Cecha ta względnie trwale wyróżnia strukturę wieku polskich samobójców. Dominujący wpływ wieku na zachowanie samobójcze powoduje względne nasilenie śmierci samobójczej w krajach o przewadze ludzi dojrzałych i starych – bądź niskie współczynniki samobójstw w krajach o przewadze ludzi młodych.

Poza zróżnicowaniem współczynników samobójstw w zależności od czynników sytuacyjnych i zawodowych (zwłaszcza bezrobocia) oraz wieku i płci obserwujemy istotne związki nasilenia samobójstw ze stanem cywilnym samobójców. Od lat bowiem śmierć samobójcza wdów i wdowców oraz rozwiedzionych obojga płci w porównaniu z osobami żonatymi, zamężnymi lub kawalerami i pannami kształtuje się jak 4:1. Prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa dla rozwiedzionych i wdowców obojga płci jest zatem czterokrotnie częstsze niż dla osób samotnych, żonatych i zamężnych. Stan cywilny jest więc czynnikiem wyraźnie różnicującym strukturę samobójstw. Najwyższe ich współczynniki odnotowuje się wśród wdowców i rozwiedzionych mężczyzn oraz wdów i rozwiedzionych kobiet. Warto jednak dodać, że niższe wartości współczynników samobójstw u kobiet wynikają z odniesienia samobójczyń rozwiedzionych lub wdów do ogółu tych kategorii kobiet, których jest więcej w populacji. W tej sytuacji zbliżone liczby bezwzględne dają oczywiście różne wartości współczynników.

Okazuje się także, że nie potwierdza się zależność między stanem wolnym, ujętym sumarycznie, a stanem małżeńskim: wśród obu płci najniższe współczynniki samobójców charakteryzują kawalerów i panny⁶. Nie sprawdza się więc teza, że życie rodzinne jest czynnikiem inhibitoryjnym, eliminującym w dużym stopniu działania samobójcze⁷.

⁶ Abstrahuję w tym miejscu od struktury wieku. W najwyższych grupach wieku zależność ta nie potwierdza się.

⁷ Zob. szerzej Hołyst (2001), a także książki najnowsze, zwłaszcza Hołyst (2012).

Czynnikiem sprzyjającym autoagresji jest raczej nagle zmiana stanu cywilnego, nagle osamotnienie powodujące poczucie izolacji i społecznego nieprzystosowania. Taką hipotezę zdaje się potwierdzać fakt nasilenia samobójstw wśród ludzi w wieku dojrzałym i średnim. Wszelako ze względów merytorycznych (interferowanie innych przyczyn) oraz statystycznych (stosunkowo niskie wartości liczb bezwzględnych przyjętych za podstawę analizy) wszelkie próby interpretacji omawianego zjawiska powinny być formułowane z dużą ostrożnością.

Warto wszakże zauważyć, że omawiana zależność występuje nie tylko w Polsce, lecz także w innych krajach, gdzie zaobserwowano najwyższe współczynniki samobójstw wśród osób owdowiałych i rozwiedzionych. Według Theodore'a L. Dorpata, jest to powszechna prawidłowość we wszystkich grupach wieku obu płci. Brian MacMahon i Thomas F. Pugh stwierdzają, że dla osób owdowiałych śmierć współmałżonka jest przyspieszeniem własnej śmierci. W pierwszym roku po śmierci współmałżonka liczba samobójstw jest dwukrotnie wyższa niż w latach późniejszych (por. Dorpat, Boswell 1963, s. 117–125; MacMahon, Pugh 1965). To oczywiście skłania do przyjęcia tezy o nagłym osamotnieniu jako czynnika wybitnie suicydogennym, zwłaszcza w sytuacji kumulowania się trudnych problemów życiowych związanych nie tylko z domem, rodziną, ale i z pracą zawodową lub też – co jest szczególnie częste w ostatnich latach – z utratą pracy.

Silne Polki i słabi Polacy? Płeć samobójców

Płeć jest głównym czynnikiem determinującym rozmiary samobójstw od wielu dziesięcioleci. Stwierdzono to już w pierwszych informacjach i opracowaniach dotyczących samobójstw (Dorpat, Boswell 1963), a potwierdzono w porównawczych statystykach międzynarodowych. Przyczyny tego zjawiska nie są w pełni zbadane – w literaturze spotykamy się z różnymi interpretacjami, powszechnie zwraca się uwagę na fakt większej skuteczności samobójstw mężczyzn, spowodowanej wyborem pewniejszych sposobów dokonania samobójstwa oraz silniejszą intencją śmierci.

Na podstawie badań w krajach anglosaskich stwierdzono w grupie mężczyzn małą liczbę gestów samobójczych, nieco większą liczbę prób ambiwalentnych i dużą liczbę samobójstw dokonanych. U kobiet natomiast liczba gestów samobójczych znacznie przekracza liczbę prób samobójczych, która z kolei jest kilkakrotnie większa od liczby samobójstw dokonanych.

Czy świadczy to o tym, że samobójstwa kobiet mają w większym stopniu charakter instrumentalny, nastawione są w dużej mierze na nawiązanie kontaktu z otoczeniem, są swoistym „wołaniem o pomoc”? Zapewne tak, jakkolwiek teza ta wymagałaby pogłębionych badań na temat celowości i racjonalności działań samobójczych. Trudno bowiem wykluczyć działanie impulsywne pod wpływem przypadkowego afektu czy bodźca. Jeśli samobójstwo byłoby np. wynikiem upojenia alkoholowego, to dotyczyłoby przede wszystkim mężczyzn, a nie kobiet⁸. Jest to jednak teza kontrowersyjna. Wyniki wieloletnich empirycznych i reprezentatywnych badań problemu wskazują, co prawda, wspólne podłoże pijaństwa i zachowań samobójczych (syndrom samoniszczenia), nie potwierdzają jednak tezy o upojeniu alkoholowym jako czynniku sprawczym samobójstwa. Współczynniki nadużywania alkoholu są w populacji samobójców nie większe niż w porównywalnej (według płci, wieku, miejsca zamieszkania) populacji mężczyzn. Chodzi tu o śmierć samobójczą – próby samobójcze podejmują znacznie częściej kobiety (zwłaszcza dziewczęta) niż mężczyźni.

Jak wspomniałam, zróżnicowanie samobójstw według płci ma charakter statyczny, relatywnie stały od wielu pokoleń. Istnieją przy tym – udokumentowane światowymi danymi statystycznymi – interesujące zależności. Po pierwsze, mężczyźni wszędzie częściej niż kobiety umierają śmiercią samobójczą. Po drugie, różnice wysokości współczynnika samobójstw dokonanych przez kobiety i mężczyzn są wyraźne.

We wszystkich krajach mężczyźni częściej niż kobiety umierają na skutek popełnionego samobójstwa. Dzieje się to dwa, trzy, cztery razy częściej niż w przypadku śmierci samobójczej kobiet. Polska wyróżniała się „od zawsze” wysoką dysproporcją między zgonami samobójczymi mężczyzn i kobiet. Jakie czynniki wpłynęły na ukształtowanie takiej właśnie sytuacji w Polsce? Jednoznaczna odpowiedź na to pytanie jest trudna. Może zatem chodzi nie o jedną „przyczynę sprawczą” tego stanu rzeczy, ale o określony syndrom sytuacyjny? Do tego poglądu skłania badaczka – zwłaszcza socjologa – społeczne tło zjawiska, którego przyczyny, przejawy czy skutki zawsze (lub prawie zawsze) są złożone i niejednoznaczne.

Tendencja ograniczonego udziału kobiet w statystyce samobójstw może więc wynikać z istnienia uwarunkowań kulturowych omawianego zjawiska, wpływających z tradycji i kształtujących predyspozycje

psychiczne do podejmowania (lub zaniechania) konkretnych działań. I jakkolwiek ubogi zestaw danych empirycznych znacznie ogranicza możliwości interpretacji, to może warto zaryzykować hipotezę o relatywnie wysokiej z dawien dawna (w porównaniu z innymi krajami) pozycji polskiej kobiety. Wiązało to się z jej szczególną rolą pielęgnowania (i przekazywania dzieciom) wartości patriotycznych i religijnych, co znajdowało m.in. spektakularny wyraz w ceremonialnym całowaniu rąk kobietom we wszystkich warstwach społeczeństwa czy też zajmowaniu miejsca za stołem (nie zaś usługiwania mężowi i synom na stojąco – co było do niedawna zwyczajowo przyjęte nie tylko w krajach muzułmańskich) (por. Spadijer-Dżinić 1966; Heinen, Gautier 1993, a zwłaszcza Ciechomska 1997).

Mimo kontrowersyjności znaczenia zewnętrznych przejawów szacunku można chyba uznać, że miał on także głębsze podłoże, wynikające ze sposobu wychowania i kształcenia kobiet, funkcjonującego modelu matki-Polki zajmującej, w niektórych przynajmniej obszarach, pozycję porównywalną z mężczyzną. Trzeba podkreślić, że sytuacja ta jest relatywnie tylko lepsza niż w Europie. Niemniej, jak wskazują międzynarodowe badania socjologiczne, pozycja kobiety jest trwałą cechą wyróżniającą polskie społeczeństwo.

„Jest rzeczą oczywistą – pisze Janusz Tazbir – że czym niższy był krąg społeczny, do którego należała dana rodzina, tym większy okazywał się zakres władzy męzowskiej i bezwzględność w jej sprawowaniu” (Tazbir 1997, s. 168–169). Przy całej wszak odmienności losu szlachcianek i plebejuszek sytuacja polskich kobiet już przed wiekami była lepsza niż chociażby „kobiet zamężnych w Wielkim Księstwie Moskiewskim. Nieprzypadkowo tam właśnie ukuto przysłowie: «U nas niet w Polsce, muž żeny bolsze»” (ibid., s. 167).

Sytuacja komplikuje się jednak, jeśli przedmiotem analizy uczynimy pracę zawodową, ponieważ trudności pogodzenia określonych ról społecznych w środowisku pracy i w domu są, w największej mierze, problemami kobiet. Świadczą o tym wysokie współczynniki samobójstw wśród kobiet pracujących, w niektórych zwłaszcza kategoriach społeczno-zawodowych.

Rozważając rozkład samobójstw zależnie od aktywności zawodowej polskiej populacji, zauważamy, że istnieją prace związane z większym dla kobiet niż dla mężczyzn ryzykiem śmierci samobójczej. Po pierwsze, zagrożone są robotnice zatrudnione na budowach i w transporcie, a także w przemyśle i górnictwie. Jest to ta sama co dla mężczyzn suicydogenna kategoria zawodów. Po drugie, istnieje jednak wyraźne zróżnicowanie współczynników samobójstw dla

⁸ Na taką możliwość wskazują polskie i międzynarodowe statystyki zgonów spowodowanych nadużyciem alkoholu, por. Cor (1956); Ledermann (1956).

poszczególnych grup zawodów determinowane strukturą płci osób pełniących samobójstwo. Cechuje to zawody „inteligentkie”. Wartości współczynników samobójstw oscylują w tych zawodach – ogółem oraz wśród mężczyzn – wokół średniej krajowej dla osób zawodowo czynnych. Dla kobiet również te zawody nie są „bezpieczne”. Dotyczy to zarówno specjalistek w zawodach technicznych i nietechnicznych, jak i administracyjno-biurowych, zwłaszcza zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych. W strukturze zgonów tych kategorii społeczno-zawodowych udział śmierci samobójczej kobiet jest zbliżony do śmierci samobójczej mężczyzn zatrudnionych na podobnych stanowiskach.

Jest to jednak problem wykraczający poza statystyczno-demograficzne możliwości jego interpretacji. Zmienna płci może być bowiem definiowana na gruncie odrębności biopsychicznych, których rozpatrywanie wykracza poza kompetencje socjologa. Ale można je także rozważać jako zmienną socjologiczną. W tym znaczeniu różnicowanie ze względu na płeć „stanowi przejaw żywych w tradycji kulturalnej wzorów zachowań związanych w przeszłości z pełnieniem roli kobiety lub mężczyzny oraz współczesnej w tym zakresie sytuacji. [...] czynnik płci [...] jest jednocześnie wskaźnikiem rzeczywistych dystansów socjalnych, ukazującym rozróżnienie między prawnym zrównaniem a faktycznym stopniem różnicowania, aczkolwiek mającym źródła nie tylko w sferze bytu, ale i świadomości” (Sękowski 1976, s. 127).

W rezultacie rozmaitych uwarunkowań Polska w ciągu kilkudziesięciu ostatnich lat wyróżniała się różnicowaniem śmierci samobójczej według płci wynoszącym 5:1 – tj. pięciu mężczyzn na jedną kobietę. Tak było aż do przełomu pierwszej i drugiej dekady XXI w. Dziś nożyce te rozwarły się jeszcze bardziej. Już 6 mężczyzn na 1 kobietę skutecznie odbiera sobie życie. Wskazuje to nie tylko na trwałość, ale i umocnienie się omawianych zależności. Dlaczego tak się dzieje? Warto rzucić światło na czasy dzisiejsze: drugą już dekadę XXI w.

Płeć rozważana jako zmienna socjologiczna jest przejawem zarówno tradycyjnych kulturowych wzorów zachowań, jak i wskaźnikiem dystansów socjalnych w rzeczywistości i świadomości społecznej. Obszary owych dystansów wskazywałyby raczej na upośledzenie części kobiet pod względem uczestnictwa w kulturze, wykorzystanie czasu wolnego i – najogólniej rzecz ujmując – realizacji swoich życiowych aspiracji. Wydawać się może, że jeden z elementów tego różnicowania: praca zawodowa łączona z obowiązkami domowymi, powinien stworzyć bardziej stresującą i suicydogenną sytuację właśnie kobiecie.

Tymczasem rzecz ulega coraz szerszym przemianom. Praca zawodowa staje się dla kobiet coraz ważniejsza, współwystępując z obowiązkami rodzinnymi. Dziś kobiety – lepiej wykształcone i często bardziej wydajne od swoich kolegów – nie dadzą się wypchnąć z rynku. Nie pozwolą na ograniczanie ich zawodowej tożsamości. Raczej odłożą perspektywę macierzyństwa *ad calendas graecas*. To ostatnie ma też demograficzne, niekorzystne społeczne konsekwencje. Opinię, że praca zawodowa bardziej nobilituje społecznie niż poświęcenie się wyłącznie dla domu i rodziny, podziela ponad 71% Polek, przy czym pokaźna ich liczba uważa, że kierowanie ludźmi to bardzo kobiece zajęcie – co jest też przyczynkiem do zmiany stereotypu płci we współczesnym polskim społeczeństwie, uwarunkowanej przemianami kulturowymi.

To ostatnie skłania do wielu refleksji, także najbardziej aktualnych, dotyczących parytetu dla kobiet: na listach wyborczych, i nie tylko. Nawiązanie w tym kontekście do sytuacji suicydogennych jest karkołomne, zwłaszcza że w Polsce i Europie mamy do czynienia z procesem nie tylko wyrównywania szans mężczyzn i kobiet, lecz także z następującą, krok po kroku, tendencją dominacji tych ostatnich. W 2010 r. w Polsce 60% spośród blisko 1,9 mln studiujących stanowiły studentki, a przewaga Polek z wyższym wykształceniem nad Polakami jest rzeczą od lat znaną. Tyle że teraz towarzyszy jej wyższa niż dotąd szansa na utrzymanie pracy. Rządowy raport analizujący sytuację młodego pokolenia dowodzi, że w czasie trwającego światowego kryzysu ekonomicznego w Polsce pracę utraciło więcej mężczyzn niż kobiet (Szafraniec, Boni 2011). Wyrównują się też, choć bardzo powoli, zarobki obu płci. Głównie jednak za granicą. W Unii Europejskiej w latach 2000–2010 z 8 mln nowych miejsc pracy 6 mln objęły kobiety. Kobiety stają się coraz bardziej profesjonalne i coraz lepiej osadzone w nowej rzeczywistości. Jest to powód do satysfakcji. Czy aby jednak na pewno dla mężczyzn, którzy najwyraźniej zmierzają do stawiania się zdominowaną słabszą płcią? (Touraine 2006).

Zmiana męskich i kobiecych stereotypów zachowań wiąże się, po pierwsze, z przewartościowaniem współczesnego modelu rodziny i pracą kobiet. W rezultacie to, co powstrzymuje kobiety przed samobójstwem, bywa często dla mężczyzn czynnikiem stresującym i suicydogennym. Mężczyzna, w którego świadomości mieści się wciąż wzór *macho*, często nie potrafi odnaleźć się w sytuacji, w której rządzi często lepiej zarabiająca kobieta – która w dodatku, zamiast szacunku, poniża go porównaniami z facetami „którzy się nie narobią, a kasę mają, bo mądrzejsi”.

W tej sytuacji utrata pracy staje się dla mężczyzny czynnikiem wręcz suicydogennym. Po drugie, owe przewartościowania ról społecznych wyrażają się też w zmianie stereotypów seksualnych. Jak wynika z badań Zbigniewa Izdebskiego: „Kobiety mają coraz większą wiedzę o seksie, są coraz bardziej wymagające w relacjach z partnerami [...]. Mężczyźni coraz częściej przeżywają lęk przed tym, czy się sprawdzą w seksie” (za: Bratkowska, Janiszewski 2013, s. 44). Mówiąc wprost: syndrom sytuacyjny kształtujący niskie współczynniki śmierci samobójczej pociąga za sobą *à rebours*, niebezpieczny rosnący trend samozniszczenia mężczyzn. Wszystko to sprawia, że obraz Polski rysuje się jako kraj o silnych Polkach i coraz słabszych Polakach. Czyżby to były znamiona nadchodzących czasów?

Książka *Samobójstwa. Dlaczego teraz?* została opublikowana jesienią 2013 r. Spowodowała ona natychmiastowe zainteresowanie mediów: do końca listopada zaowocowało to kilkunastoma wywiadami, w których na pierwszy plan wysuwała się ogromna – jedyna w tej skali na świecie – dysproporcja między współczynnikami śmierci samobójczej mężczyzn i kobiet. Sygnalizuje to m.in. takie pytanie dziennikarzy: czy w jakiejś czasowej perspektywie mężczyźni zaczynają walczyć o parytety?, jak też tytuły wywiadów ze mną, np. *Urodzeni wykluczeni. Jesteśmy krajem silnych kobiet i coraz słabszych mężczyzn* (2012); *Samobójcy spoza metropolii* (2013); *Kryzysowe samobójstwa* (2013), czy artykuł *Pętla dla macho* (Leśniewicz 2013).

Rosnąca rozpiętość między współczynnikami śmierci samobójczej mężczyzn i kobiet jest istotnie niepokojąca. Jednak na uwagę – nie tylko społeczeństwa, ale i mediów, a co najważniejsze polityków – zasługuje skokowy wzrost samobójstw w latach kryzysu, świadczący o rosnącej dezintegracji i słabnącej kondycji polskiego społeczeństwa. Pogląd, że sytuację poprawi wzrost gospodarczy, jest tylko w części prawdziwy. Rzeczą pierwszoplanową pozostaje przeciwdziałanie nierównościom społecznym: materialnym, regionalnym i edukacyjnym. „Prawie cały wzrost wchłania kasta zamożnych [...] rozwarstwienie majątkowe sięga rozmiarów, które jeszcze niedawno uznalibyśmy za skandal, a upadek solidarności społecznej jest dramatyczny. My jednak wciąż roimy sobie, że da się ten system uklepać i będzie dobrze. I to właśnie jest bardzo groźne [...]. Bo jak się zdarzy to «coś», to możemy wisieć na latarniach. Po prostu. Nic nie robiąc, hodujemy siły, które zmieniają świat po swojemu” (*Byliśmy głupi* 2014, s. 12). Istotnie występują niepokojące elementy syndromu sytuacyjnego, którego następstwa są trudno przewidywalne.

Wyłaniające się z socjologicznej perspektywy niebezpieczeństwo dezintegracji i dysfunkcji państwa widziane przez pryzmat trendów śmierci samobójczej stanowi ważny element wiedzy o społeczeństwie – wiedzy mającej wymiar merytoryczny, społeczny i polityczny.

Literatura

- Atkinson J.M. (1978), *Discovering Suicide*, Macmillan, London.
- Bratkowska M., Janiszewski B. (2013), *Seks po polsku*, „Wprost”, nr 12.
- Byliśmy głupi* (2014), wywiad Grzegorza Sroczyńskiego z prof. Marcinem Królem, „Gazeta Wyborcza” z 7 lutego, s. 14.
- Ciechomska M. (1997), *Od matriarchatu do feminizmu*, Wydaw. Brama, Warszawa.
- Cor J. (1956), *Tentatives de suicide et alcoolisme chroniques*, „Thèse Medicale”, nr 1013.
- Cuff E.C., Payne G.C.F., red. (1984), *Perspectives in Sociology*, Allen & Unwin, London.
- Czabański A. (2009), *Samobójstwa altruistyczne*, Wydaw. Nomos, Kraków.
- Dorpat T.L., Boswell J.W. (1963), *An Evaluation of suicidal intent in suicide attempts*, „Comprehensive Psychiatry”, vol. 4(2).
- Durkheim É. (1973), *Le Suicide. Etude de sociologie*, Paris Presses Universitaires de France, Paris 1973.
- Durkheim É. (2006), *Samobójstwo. Studium z socjologii*, tłum. K. Wakar, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Heinen J., Gautier A. (1993), *Le sexe et politiques sociales*, Paris.
- Hołyst B. (2001), *Suicydologia*, LexisNexis, Warszawa.
- Hołyst B. (2012), *Suicydologia*, LexisNexis, Warszawa.
- Jarosz M. (1985), *Suicides in Poland as Indicator of Social Disintegration*, „Social Indicator Research”, nr 16.
- Jarosz M. red. (1996), *Kapitał zagraniczny w prywatyzacji*, ISP PAN, Warszawa.
- Jarosz M. (2004), *Władza. Przywileje. Korupcja*, WN PWN, Warszawa.
- Jarosz M. (2005a), *Macht, Privilegien Korruption*, Harrasowitz Verl., Wiesbaden.
- Jarosz M. (2005b), *Suicides*, tłum. W. Gaignebet, L'Harmattan, Paris.
- Jarosz M. (2008a), *Dzisacu no szakaigu*, tłum. Akihiro Ishikawa, Gakubunsha, Co., Tokyo.
- Jarosz M. red. (2008b), *Wykluczeni. Wymiar społeczny, materialny i etniczny*, ISP PAN, Warszawa.
- Jarosz M. (2012), *Ludzie i instytucje. Samobójstwa jako wskaźnik dezintegracji społecznej*, w: M. Jarosz (red.), *Instytucje: konflikty i dysfunkcje*, Oficyna Naukowa, ISP PAN, Warszawa.
- Jarosz M. (2013a), w: *O złożoności tamtych, słusznie minionych czasów*, Spannende Zeiten, Harrasovitz Verlag, Wiesbaden.
- Jarosz M. (20013b), *Samobójstwa, Dlaczego teraz?*, WN PWN, Warszawa.

- Jarosz M. (2014), *Przejawy wykluczenia we współczesnym społeczeństwie*, w: M. Jarosz (red.), *Polska europejska czy narodowa?*, Oficyna Naukowa, ISP PAN, Warszawa.
- Kisielewski S. (1983), *Bez cenzury*, CDN, Warszawa.
- Kryzysowe samobójstwa (2013), z M. Jarosz rozmawia B. Sowa, „Dziennik Gazeta Prawna” z 22–24 listopada.
- Kula M. (2014), *Kartki z socjologii historycznej*, Scholar, Warszawa.
- Ledermann S. (1956), *Alcool, alcoolisme, alcoolisation*, Paris.
- Leśniewicz K. (2013), *Pętla dla macho*, „Przegląd” z 25 listopada–1 grudnia.
- MacMahon B., Pugh T.F. (1965), *Suicide in the widowed*, „American Journal of Epidemiology”, nr 8.
- Modzelewski K. (2013), *Zajeżdżiliśmy kobyłę historii. Wyznanie poobijanego jeźdźca*, Wydaw. Iskry, Warszawa.
- Nowak S. (1987), *Społeczeństwo polskie drugiej połowy lat osiemdziesiątych*, Polskie Towarzystwo Socjologiczne, Warszawa.
- Samobójcy spoza metropolii (2013), z M. Jarosz rozmawia G. Zawadka, „Rzeczpospolita” z 5–6 października.
- Sękowski S. (1976), *Problematyka uwarunkowań uczestnictwa w kulturze w badaniach polskich*, „Studia Socjologiczne”, nr 4.
- Siemaszko A. (1993), *Granice tolerancji: o teoriach zachowań dewiacyjnych*, WN PWN, Warszawa.
- Słabek H. (1987), *Intelektualistów obraz własny w świetle dokumentów autobiograficznych 1944–1989*, KiW, Warszawa.
- Spadijer-Džinić J. (1966), *Samoubistva u Vojvodini*, Beograd.
- Sulek A. (2002), *Ogród metodologii socjologicznej*, Scholar, Warszawa.
- Szafraniec K., Boni M. (2011), *Młodzi 2011*, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.
- Tazbir J. (1997), *Polska na zakrętach dziejów*, Wydaw. Sic!, Warszawa.
- Touraine A. (2006), *Le monde des femmes*, Fayard, Paris.
- Touraine i in. (1989), *Solidarność. Analiza ruchu społecznego 1980–1981*, tłum. A. Krasiński, Europejskie Centrum Solidarności, Warszawa.
- Urodzeni wykluczeni. Jesteśmy krajem silnych kobiet i coraz słabszych mężczyzn (2012), z M. Jarosz rozmawia K. Leśniewicz, „Przegląd” z 29 lipca–4 sierpnia.
- Wilkin J. (2013), *Dlaczego ekonomia straciła duszę*, „Gazeta Wyborcza”, 21–22 grudnia.
- Ziemski S. (1973), *Problemy dobrej diagnozy*, Wiedza Powszechna, Warszawa.

Prof. zw. dr hab. Maria Jarosz

Samobójstwa w czasach kryzysu

Streszczenie

Statystyczna analiza danych pokazuje, że w ciągu pierwszych pięciu lat XXI w. kraje byłych republik radzieckich miały najwyższe współczynniki samobójstw. Węgry – przez kilka lat kraj o najwyższym współczynniku samobójstw – sytuują się teraz po Rosji i Estonii. Najmniej suicydogennymi krajami, o najniższym współczynniku samobójstw, są Polska i Republika Czeska. Wielkie różnice w wartości współczynników śmierci w takich krajach, jak: Rosja, Litwa, Estonia i Łotwa, w porównaniu z samobójstw w Polsce i Republice Czeskiej, wydają się najbardziej intrygujące.

Żyjemy w czasach światowego kryzysu finansowego i gospodarczego, który doprowadził do wzrostu bezrobocia i nierówności społecznych. Czy światowy kryzys finansowy i gospodarczy ma odzwierciedlenie we wzroście współczynnika samobójstwa? W latach 90. liczba zgonów samobójczych wyniosła ok. 5000 rocznie, a od 2009 r. przekroczyła ona 6000, co oznacza wzrost z 15% do ponad 17%. Podobnie w Grecji współczynnik ten wzrósł do ok. 20%

Słowa kluczowe: samobójstwa, śmierć samobójcza, globalny kryzys, nierówności społeczne.

Prof. zw. dr hab. Maria Jarosz

Suicides in the times of crisis

Summary

Statistical analysis of the data reveals that during the first five years of the 21st century the former Soviet republics had the highest rates of complete suicides. Hungary – being for a few decades one of the top ten countries with the highest rates of complete suicides – is now placed after Russia and Estonia. As it turned out, Poland is the least suicidogenic country, and the next country with the lowest suicide rates is the Czech Republic. The great differences in the rates of intentionally causing one's own death in the countries such as Russia, Lithuania, Estonia, and Latvia compared with suicide rates of Poland and the Czech Republic seem to be most intriguing.

We are all living in the times of the global financial and economic crisis resulting in the growth of unemployment, increase in material and social inequalities and indicators of multi-faced social exclusion. Is the global financial and economic crisis reflected in the growth of rates of deaths by suicide? Yes, indeed. Since the year 2009 there has been double-digit growth in the number of complete suicides. In the 90s the number of suicidal deaths was about 5,000 a year, and since 2009 the rate has exceeded 6,000 deaths. Greece, for example, was placed at the end of the European statistics of suicidal deaths. Now the rate of Greece has grown to almost 20%.

Key words: suicide, global crisis, social inequality.



Dr n. hum. Włodzimierz Adam Brodniak

Teorie socjologiczne w perspektywie suicydologii

Wstęp • Model społecznej integracji • Model modernizacyjny • Model kulturowych norm, wartości i postaw społecznych • Model transmisji zachowań samobójczych

Wstęp

Pierwsze zdanie znanej powieści Lwa Tołstoja *Anna Karenina* brzmi: „Wszystkie szczęśliwe rodziny są do siebie podobne, każda nieszczęśliwa rodzina jest nieszczęśliwa na swój sposób”. Ten cytat znakomicie oddaje skomplikowany charakter i złożoność ujęcia w formuły i modele określonych koncepcji i teorii, które mają ambicje wyjaśniania ludzkich zachowań ryzykownych, takich jak: nadużywanie alkoholu, narkotyków czy leków, samouszkodzenia, a także bezpośrednie próby odebrania sobie życia, które nazywamy próbą samobójczą, a w przypadku śmierci – samobójstwem.

Trawestując cytat Tołstoja: każde nieszczęście w formie zamachu samobójczego jest nieszczęściem na swój sposób niepowtarzalnym i jednostkowym dramatem, a w przypadku śmierci – tragedią o wielorakich konsekwencjach społecznych, zdrowotnych i ekonomicznych.

Po napisaniu pracy o kontrowersjach wokół socjologicznych koncepcji samobójstw w inauguracyjnym tomie I pisma „Suicydologia” (Brodniak 2005, s. 14–20) w zebranej literaturze przedmiotu znalazłem wiele interesujących informacji i wątków

związanych ze współczesnymi społeczno-ekonomicznymi i kulturowymi koncepcjami oraz teoriami zachowań samobójczych, które ze względu na problematykę i zakres nie zostały opisane w tamtym artykule. Dlatego uznałem za użyteczną kontynuację tego tematu w rozszerzonej formie, z szerszej perspektywy suicydologicznej.

Wybrane koncepcje i teorie samobójstw zostały opisane na podstawie schematu czterech modeli badawczych, metodologicznych i teoretycznych. Są to modele:

- 1) społecznej integracji,
- 2) modernizacji lub transformacji systemowej, które tworzą dwa podejścia socjologiczne,
- 3) wzorów, wartości, postaw społecznych, norm etyczno-prawnych i czynników ekonomicznych w ramach danej kultury,
- 4) transmisji zachowań samobójczych przez mass media i popkulturę, które obejmują dwa podejścia kulturowe.

Historyczne i klasyczne teorie samobójstw Émile’a Durkheima i Maurice’a Halbwachsa stanowiły punkt odniesienia oraz szerokiej oceny ich współczesnej wartości w pracy opublikowanej w tomie I „Suicydologii”,

dlatego tytuł obecnego artykułu wyraźnie podkreśla jej szerszy zakres obejmujący współczesne koncepcje i teorie zachowań suicydalnych w perspektywie suicydologicznej, które powstały od połowy lat 60. XX w., tj. w okresie ok. 50 lat. Teorie i koncepcje problemu zachowań samobójczych zostały opracowane przez najwybitniejszych suicydologów – historycznie od przełomu XIX i XX w. do powstania suicydologii jako odrębnej interdyscyplinarnej dyscypliny naukowej do połowy XX w. oraz do pierwszej dekady XXI w.

Model społecznej integracji

Twórcą modelu społecznej integracji w wyjaśnianiu fenomenu samobójstw jest słynny francuski socjolog i metodolog Émile Durkheim (2006), a jednej z kolejnych jej odmian i wersji – jego uczeń Maurice Halbwachs (za: Jarosz 1997). Wspominam klasyków, by podkreślić ich niewątpliwie pionierskie i ogromne zasługi w dziedzinie suicydologii.

Analizę współczesnych podejść badawczych i teoretycznych do problemu samobójstw w świetle modelu integracji społecznej należy zacząć od dystrybucji natężenia ich liczby i współczynników według wieku w okresie całego cyklu życia człowieka i ich socjologicznych uwarunkowań.

W krajach o najwyższym poziomie rozwoju systemu ekonomicznego, np. w Stanach Zjednoczonych, Niemczech, Wielkiej Brytanii, Francji, Szwecji, Norwegii czy Danii, liczba i współczynniki samobójstw wśród mężczyzn mają tendencję rosnącą wraz z wiekiem, osiągając apogeum w grupie wieku 75 lat i więcej. Natomiast wśród kobiet notuje się największe natężenie w średnim wieku (45–55 lat), a następnie spadek w starszych grupach wieku, z największym spadkiem (*decline*) w wieku 75 lat i więcej (Stillion, McDowell 1991, s. 327–354).

Zupełnie inny rozkład samobójstw według wieku obserwujemy w krajach o niższym poziomie rozwoju ekonomicznego i najczęściej po prostu biednych – według nomenklatury ONZ określanymi jako kraje rozwijające się. W badaniach Chrisa Girarda (1993, s. 553–574), które obejmowały 49 krajów, stwierdzono jednoznaczne związki między rozkładem według wieku współczynników samobójstw a poziomem życia wyrażanego najczęściej wielkością Krajowego czy Narodowego Dochodu Brutto *per capita* w ostatnich dwóch dekadach, uzupełnionego kilkoma wskaźnikami jakościowymi, np. edukacyjnymi, zdrowotnymi czy socjalnymi w ramach tzw. koncepcji jakości życia (*quality of life*). Im niższy poziom rozwoju ekonomicznego, niższe wskaźniki jakości życia i dominacja

tradycyjnych wartości, tym większe znaczenie związków rodzinnych i pokrewieństwa w relacji z ekonomicznymi funkcjami rodziny – dziedziczenie pozycji zawodowej, ziemi – większa rola mężczyzn oraz ich synów jako zabezpieczenia i wsparcia rodziców w okresie starości, a jednocześnie większa wrażliwość i uzależnienie kobiet od małżeństwa jako źródła ich tożsamości i bezpieczeństwa materialnego. Problemy ze znalezieniem partnera, nieudane próby urodzenia syna czy bezpłodność prowadzą do większego ryzyka zachowań samobójczych wśród kobiet, szczególnie w wiejskich regionach Chin i biednych rolniczych regionach w innych krajach azjatyckich i afrykańskich.

W cytowanych badaniach przeglądowych i porównawczych 49 krajów zaobserwowano, że w mniej rozwiniętych gospodarczo krajach najwyższe współczynniki samobójstw odnotowano wśród młodzieży i młodych dorosłych w grupie wiekowej od 15 do 34 lat. W starszych grupach wiekowych znacznie malały wraz z przejściem okresu kryzysu w relacjach z rodziną i krewnymi oraz stabilizacją pozycji seniorów w danej rodzinie i w szerszym systemie pokrewieństwa.

W tych samych badaniach Girard stwierdził, że relacje między wiekiem a samobójstwami ulegają zmianie w przypadku mężczyzn, gdy kraj jest w fazie szybkiej modernizacji i zmian społeczno-ekonomicznych. Zmienia się wówczas gwałtownie i diametralnie pozycja mężczyzn i kobiet. Następuje większa orientacja na osiągnięcia i osobistą karierę, a w konsekwencji wzrost znaczenia pracy. W sytuacji bezrobocia dotyczy to szczególnie mężczyzn. Współwystępuje z nim także rosnąca niezależność ekonomiczna kobiet i dzieci, co dramatycznie wpływa na wzrost ryzyka samobójstw wśród mężczyzn, których dominująca rola w społeczeństwach tradycyjnych została znacznie osłabiona w modernizujących się społeczeństwach.

Te procesy powodują, że rozkład samobójstw według wieku w krajach szybko rozwijających się i modernizujących upodabnia się do rozkładu według wieku zachowań samobójczych w krajach wysoko rozwiniętych.

W interesujących badaniach nad samobójstwami wśród młodzieży Steven Stack (1983b, s. 362–374) wykorzystał wiele socjologicznych zmiennych na poziomie makrosocjalnym, w tym włączył do nich przynależność do Kościoła jako religijnego systemu wsparcia i obliczył, że każdemu spadkowi o 1% przynależności (w tym uczestnictwa w religijnych ceremoniach i organizacjach) do Kościoła towarzyszył wzrost o 0,59% samobójstw wśród młodzieży.

W innej pracy Stack (1983a, s. 239–252), badając rynek pracy w kontekście bezrobocia młodych ludzi, które jest szczególnie silnym negatywnym stresorem w tej grupie wieku, dokonał statystycznych obliczeń, z których wynikało, że każdy procent wzrostu stopy bezrobocia w grupie młodzieży skutkuje czy też koreluje z 0,11% wzrostem współczynnika samobójstw młodych ludzi.

W wymiarze integracja–dezintegracja rodziny najczęściej badano związki między rozwodami a ryzykiem zachowań samobójczych. W badaniach powoływanego już Stacka (1994, s. 153–163; 1995a) potwierdzono, że wśród osób rozwiedzionych występuje znacznie więcej suicydogennych czynników niż przeciętnie w populacji ogólnej. Na przykład grupę tę charakteryzuje o 40% większy poziom rozpowszechnienia depresji niż w grupie osób będących w związkach małżeńskich. Podobnie wskaźnik umieralności jest wyższy w tej grupie o 52% dla mężczyzn i o 43% dla kobiet.

Osoby rozwiedzione mają także znacznie więcej problemów finansowych i wyższe ryzyko nadużywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, zwłaszcza w trakcie procesu rozwodowego. Osoby po rozwodzie bardzo często doświadczają głębokiego poczucia dezorientacji, wstydu, poczucia winy i zgeneralizowanych zaburzeń emocjonalnych w formie poczucia zranienia i różnych urazów psychicznych.

Przegląd 132 studiów i 789 wyników badań (Stack 1995a) w latach 1880–1995 w Stanach Zjednoczonych i wielu innych krajach dostarczył mocnych dowodów o dodatniej (pozytywnej) zależności między rozwodem a samobójstwami, które jednoznacznie potwierdziły się w przypadku 77,9% wyników badań (615 z 789). W pozostałych badaniach nie stwierdzono żadnych istotnych zależności, ale nigdy nie zaobserwowano negatywnej korelacji.

W Austrii wśród osób rozwiedzionych współczynnik samobójstw wynosi aż 128,6 na 100 tys. ludności, w porównaniu ze współczynnikiem 30,5 dla osób w związkach małżeńskich. Należy pamiętać, że te dane dotyczą badań z lat 80. i 90. XX w., ale wiele danych statystycznych z pierwszej dekady XXI w. wskazuje, że trendy te nie uległy większym zmianom i podstawowe zależności istnieją do chwili obecnej.

Wskaźnik pogorszenia (*coefficient of aggravation* – COA), czyli stosunek współczynników dla osób rozwiedzionych do osób w związku małżeńskim, dla Austrii wynosi 4,22, czyli Austriacy po rozwodzie mają 4,22 razy większe szanse śmierci z powodu samobójstwa niż ich partnerzy w związkach małżeńskich

(Schony, Grausgruber 1987, s. 49–52). W Stanach Zjednoczonych i wielu innych krajach wskaźnik pogorszenia waha się przeciętnie między 3 i 4 (ibid.).

W dużych innowacyjnych badaniach przeprowadzonych w grupie 203 437 białych mężczyzn, obywateli amerykańskich, w okresie 1979–1985 – nazwanych longitudinalnym studium umieralności (*Longitudinal Mortality Study*) – z zastosowaniem wieloczynnikowej analizy regresji oszacowano, że rozwodnicy mają 2,36 razy większe ryzyko śmierci samobójczej w stosunku do mężczyzn żonatych (Kpsowa, Breault, Singh 1995, s. 315–323).

Na ocenę zależności między stopniem integracji rodzinnej a ryzykiem zachowań samobójczych wpływa także liczba dzieci, która – zdaniem wielu badaczy – działa prewencyjnie, redukując liczbę samobójstw. Nie ma wielu nowych studiów tego problemu, ale w badaniach Davida Lestera (1994, s. 13–15), obejmujących 29 krajów, potwierdzono ten związek, gdyż większy współczynnik urodzeń (*rate of birth*) koreluje z mniejszymi współczynnikami samobójstw. Z kolei Bernice A. Pescosolido i Eric R. Wright (1990, s. 41–60) odkryli, że średnia liczba dzieci nie ma związku ze współczynnikiem samobójstw dla młodych i starych kobiet, ale jest pozytywnie skorelowana ze współczynnikiem samobójstw wśród kobiet w wieku 35–49 lat.

Innym wymiarem modelu społecznej integracji jest imigracja wewnętrzna i emigracja międzynarodowa. W przypadku imigracji wewnętrznej dochodzi do zerwania wielu związków z krewnymi, często znaczną częścią bliskiej rodziny, współpracownikami i sąsiadami w społeczności lokalnej. W emigracji między krajami dochodzą jeszcze problemy z językiem, zwyczajami, strojem, typem miejsca zamieszkania i nawykami dietetycznymi (Stack 1982, s. 41–66; Trovato, Jarvis 1986, s. 433–457).

W cytowanych badaniach Frank Trovato i George K. Jarvis (1986) dokonali próby wyjaśnienia na podstawie uzyskanych danych, że siła efektu migracji jest zmienna, a wielkość współczynników samobójstw zależy od etnicznego pochodzenia emigrantów.

Emigranci z krajów katolickich, takich jak: Włochy, Portugalia, Irlandia, mają większe możliwości integracji w swoich nowych lokalnych społecznościach i stworzenia więzi międzyludzkich we wspólnotach sąsiedzkich czy własnych rodzinach niż emigranci z krajów protestanckich – Anglii, Walii, Szkocji, Niemiec – i niekatolicy ze Stanów Zjednoczonych – którzy cechują się znacznie mniejszą społeczną integracją i większym narażeniem na zachowania samobójcze.

Do modelu społecznej integracji należy też znać teorię integracji statusu Jacka P. Gibbisa i Waltera T. Martina (1964). Opiszemy w skrócie jeden z interesujących aspektów tej teorii, który dotyczy konfiguracji podwójnego statusu kobiety jako żony i matki na rynku pracy oraz jej związku ze współczynnikami samobójstw wśród kobiet i mężczyzn.

Główne pole badań nad teorią integracji statusu koncentruje się na zmianach w rozmiarach uczestnictwa kobiet w rynku pracy (*female participation in the labour force* – FPLF). Na przykład w Kanadzie FPLF wzrósł z 19,3% w 1931 r. do 52% w 1981 r. (Trovato, Vos 1992, s. 661–677).

Analiza serii czasowych uczestnictwa kobiet w rynku pracy i samobójstw w latach 1948–1963 w Stanach Zjednoczonych, w okresie relatywnie małego udziału kobiet w rynku pracy, wykazała, że FPLF było związane ze wzrostem współczynników samobójstw w równym stopniu wśród mężczyzn i kobiet. Natomiast w okresie 1964–1980, gdy nastąpiła emancypacja kobiet, ich udział w rynku pracy znacznie się zwiększył – stał się w sensie społecznym czymś oczywistym i powszechnym – status kobiet wyrażony wskaźnikiem FPLF nie był już dłużej związany z samobójstwami kobiet, ale był pozytywnie skorelowany z samobójstwami mężczyzn.

Taką prawidłowość zaobserwowano w Stanach Zjednoczonych, ale w cytowanych badaniach Franka Trovato i Rity Vos (ibid.) w Kanadzie w 1971 r. wskaźnik FPLF był pozytywnie związany z samobójstwami zarówno kobiet, jak i mężczyzn, a w 1981 r., gdy wskaźnik FPLF znacznie się zwiększył, nie był już skorelowany ani z samobójstwami kobiet, ani z samobójstwami mężczyzn.

Model modernizacyjny

Tak jak w przypadku modelu integracji społecznej, początek analiz naukowych na temat wpływu procesów modernizacyjnych na samobójstwa w różnych krajach, a szczególnie w krajach Europy Zachodniej, datuje się od fundamentalnej pracy Émile’a Durkheima.

Współczesne badania problemu zależności między procesami industrializacji jednoznacznie potwierdzają wcześniejsze sugestie i obserwacje o negatywnym oddziaływaniu zwłaszcza pierwszej fazy szybkiego rozwoju uprzemysłowienia na wzrost współczynników samobójstw. Na przykład w badaniach Milesa E. Simpsona i George’a Conklina (1989, s. 945–964), które objęły 71 krajów, badacze stwierdzili, że wskaźnik industrializacji wynoszący 0,83 (i wyższy) tworzy

indeks krajów o najwyższym rozwoju ekonomicznym, a ponadto, że indeks krajów ze wskaźnikiem industrializacji 0,83 i więcej silnie i konsekwentnie wiąże się z większymi współczynnikami samobójstw, czyli z większym ryzykiem zachowań samobójczych.

Trzy wskaźniki modernizacji: rozmiar telefonizacji, edukacji i urbanizacji, wybrali do swych badań Whitney Pope, Nick Danigelis i Steven Stack (1983). Było to studium długoterminowych trendów w latach 1900–1975 w 20 krajach i jego wyniki wykazały, że w 1/3 krajów współczynniki samobójstw wzrosły, w 1/3 zmniejszyły się, a w pozostałej 1/3 nie stwierdzono ich wpływu na współczynniki samobójstw. Autorzy sugerują, że te różnice mogły wynikać z różnych faz procesów industrializacyjnych, urbanizacyjnych i sekularyzacyjnych w wybranych krajach i w różnych fazach procesów integracyjnych lub dezintegracyjnych w wymiarze społecznym i psychologicznym. Pamiętajmy, że mamy do czynienia z badaniami o znaczeniu historycznym, nie dotyczącymi współczesnych społeczeństw informacyjnych XXI w., szczególnie państw Unii Europejskiej, Australii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych, Japonii, Korei Południowej czy innych najbardziej rozwiniętych ekonomicznie i technologicznie krajów świata.

W Polsce Maria Jarosz jest autorką teorii opisanej w moim artykule, opublikowanym w tomie I „Suicydologii” (2005), o wpływie szybkiego rozwoju industrializacji – zwłaszcza w jej pierwszych fazach – na osłabienie więzi społecznych i o rozpadzie tradycyjnych wartości we wspólnotach wiejskich, który prowadzi do znacznego wzrostu ryzyka samobójstw wśród ludności regionów wiejskich, co znajduje potwierdzenie w statystykach GUS wskazujących, że w latach 1979–2010 współczynniki samobójstw na wsi są przeciętnie od 20%, do nawet 50% wyższe niż w miastach (Jarosz 1985, s. 449–464; też, 2004, a także statystyki GUS na lata 1979–2010 na stronach internetowych GUS). Również w tym tomie „Suicydologii” z 2005 r. została opisana bardzo nowatorska teoria zmiany społeczno-ekonomicznej Glenna D. Israela i Kennetha P. Wilkinsona (1984, s. 187–200) – nie ma zatem potrzeby jej ponownej prezentacji.

Problemy wpływu upowszechniania oraz rozwoju edukacji i procesów sekularyzacji na rozmiary zachowań samobójczych były przedmiotem kilku ciekawych studiów. Na przykład A.R. Gillis (1994, s. 371–401) w historycznych badaniach nad okresem 1852–1914 we Francji stwierdził, że im wyższy wskaźnik alfabetyzacji, tym większe współczynniki samobójstw. Autor krytycznie odniósł się do tych wyników, gdyż

sam wskaźnik alfabetyzacji nie wyjaśnia tej zależności, a jest efektem szerszych procesów społecznych i zmian kulturowych, w tym sekularyzacyjnych, w społeczeństwie francuskim, związanych z wczesnymi fazami industrializacji i wzrostem zarówno zachowań agresywnych i ogólnie przemocy, jak i towarzyszącego im wzrostu zachowań autoagresywnych w skali całego społeczeństwa, wynikających z postępującej dezintegracji więzi społecznych i osłabienia mechanizmów kontroli społecznej w pierwszym okresie szybkiej industrializacji.

W badaniach 3018 hrabstw w Stanach Zjednoczonych, obejmujących lata 1975–1977, Gregory S. Kowalski, Charles E. Faupel i Paul D. Starr (1987, s. 85–101) wykazali najpierw pozytywną korelację między wykształceniem a samobójstwami, ale dalsza analiza w ramach tych samych badań zweryfikowała te wyniki, gdyż ta zależność jest prawdziwa tylko dla najbardziej zurbanizowanych hrabstw.

Natomiast wielokrotnie cytowany Steven Stack (1995b) odniósł się do procesów wzrostu wskaźników wykształcenia i sekularyzacji we współczesnych społeczeństwach z perspektywy różnic etnicznych. W Stanach Zjednoczonych wśród białych mężczyzn, których autor określa jako rasę kaukaską, każdy rok edukacji zmniejsza ich szanse samobójstwa (*odds of suicide*) o 2%, a wśród Amerykanów pochodzenia afrykańskiego przeciwnie – każdy kolejny rok edukacji zwiększa ryzyko samobójstwa o 8%. Stack sugeruje, że jest to związane z procesami dyskryminacji mniejszości narodowych, których przedstawiciele – mimo wyższego wykształcenia – są gorzej wynagradzani i mają więcej trudności na drodze kariery zawodowej, co zwiększa ich poczucie frustracji i dyskryminacji, zwłaszcza w kontekście ich sukcesów w uzyskaniu wyższego poziomu edukacji, i w efekcie prowadzi do większego ryzyka występowania zachowań samobójczych.

Model kulturowych norm, wartości i postaw społecznych

Ocena i funkcjonowanie norm społecznych i kulturowych, w tym religijnych, etycznych i prawnych, ich uczenia się w procesie socjalizacji oraz rola oczekiwań w ramach systemu wartości i przekonań znajdują się w samym centrum teorii społeczno-kulturowych samobójstw.

Zachowania samobójcze są kształtowane i niestety realizowane w ramach stylów życia dominujących w określonych społeczeństwach i kręgach kulturowych. Styl życia jest wyznacznikiem

zinternalizowanego oraz akceptowanego indywidualnie i społecznie systemu normatywnego i systemu wartości. W tomie I „Suicydologii” (2005) zostało opisanych kilka koncepcji i teorii, które w zarysie przypomnimy, ale zamierzamy rozszerzyć gamę czynników kulturowych i ekonomicznych wpływających na częstotliwość i zmienność samobójstw.

Jednym z bardzo interesujących zagadnień w statystyce dokonanych samobójstw jest występująca na całym świecie znaczna przewaga w liczbie i współczynnikach samobójstw mężczyzn w stosunku do kobiet – wyrażająca się proporcją przeciętnie w skali globu 3,6 do 1, a w Polsce nawet 6 do 1. Jedynym wyjątkiem są Chiny, gdzie w regionach wiejskich kobiety częściej popełniają samobójstwa w proporcji 1,3 do 1, co wynika prawdopodobnie z restrykcyjnej rządowej polityki reprodukcyjnej ograniczającej liczbę urodzeń do jednego dziecka w rodzinie, częstych aborcji, a nawet zabijania urodzonych już dziewczynek i preferowanie urodzeń chłopców w związku z chińską tradycją silnie oddziałującą szczególnie w regionach wiejskich. Obecnie w Chinach występuje rosnąca z roku na rok dysproporcja między liczbą kobiet i mężczyzn. Mężczyzn jest kilkanaście milionów więcej niż kobiet, ale Chiny w połowie 2012 r. liczyły szacunkowo ponad 1,35 mld ludności.

Znaczne różnice w liczbie zgonów samobójczych między kobietami i mężczyznami wynikają – zdaniem Stacka (2000, s. 145–162) – ze znacznych różnic w procesach socjalizacyjnych między płciami, których skutkiem są następujące uwarunkowania i próby wyjaśnienia znacznie niższych współczynników samobójstw wśród kobiet:

- 1) kobiety mają większy system społecznego oparcia i korzystają z niego w sytuacjach kryzysowych częściej niż mężczyźni (Pescosolido, Wright 1990),
- 2) kobiety są bardziej skłonne niż mężczyźni do poszukiwania profesjonalnej pomocy, w tym kontaktowania się z ośrodkami interwencji kryzysowych w przypadku problemów suicydalnych (Canetto 1992, s. 80–97),
- 3) kobiety szybciej rozpoznają u siebie oznaki kryzysu i mniej zaprzeczają takim alarmowym sygnałom, jak np. depresja, niż mężczyźni (Canetto 1992; Sanborn 1990, s. 148–155; Travis 1990, s. 237–248),
- 4) kobiety mają bardziej elastyczne umiejętności radzenia sobie z problemami z powodu spełniania w okresie życia większej liczby ról i ich częstych zmian w porównaniu do mężczyzn (Canetto 1992; Girard 1993),

- 5) mężczyźni w procesie socjalizacji internalizują głównie wartości współzawodnictwa, impulsywności, agresywności, bycia twardym i silnym, sprzyjające zgonom samobójczym (Stillion 1984, s. 237–256; Wilson 1981, s. 131–140),
- 6) historycznie i współcześnie kobiety zawsze miały mniejszy dostęp do śmiertelnej technologii – broni, materiałów wybuchowych, trucizn przemysłowych itp. (Kushner 1985, s. 537–552),
- 7) niepowodzenie w pierwszej dorosłej roli mężczyzny (sukces ekonomiczny) jest bardziej widoczne i osobiście bardziej raniące niż niepowodzenie w pierwszej dorosłej roli kobiety (sukces w relacjach społecznych i partnerskich), który jest mniej społecznie widoczny i osobiście relatywnie mniej raniący, gdyż jest duża szansa zmiany na korzyść tej sytuacji ze względu na przeciętnie większy system społecznych relacji kobiet niż mężczyzn (Girard 1993),
- 8) kobiety mają bardziej negatywne postawy niż mężczyźni wobec akceptacji śmierci samobójczej, a bardziej pozytywne wobec prób samobójczych (Canetto 1992; Lester 1988),
- 9) poziom religijności, w którym zawiera się wiele dodatkowych środków radzenia sobie z problemami i który łączy się z negatywnymi postawami wobec samobójstwa, jest znacząco wyższy wśród kobiet w porównaniu do mężczyzn (Stack 1983);
- 10) wskaźniki nadużywania alkoholu wśród kobiet są przeciętnie pięciokrotnie niższe niż wśród mężczyzn, chociaż (uwaga autora) te proporcje w ostatnich latach się zmniejszają i kobiety zmniejszają dystans do mężczyzn (Canetto 1992; Rich, Ricketts, Fowler, Young 1988, s. 718–722).

Koncepcje wyjaśnienia zachowań samobójczych w kontekście norm etycznych i prawnych zostały przeze mnie przedstawione w tomie I „Suicydologii” (Brodniak 2005), a ich autorami są Ilkka H. Mäkinen i H. Culver Boldt. Większość badaczy tradycyjnie traktuje religię jako element modelu społecznej integracji. Istota wpływu religii na zachowania samobójcze związana jest w większym stopniu z systemem wartości i postaw wobec samobójstwa niż z zakresem społecznej integracji, międzyludzkich więzi i kontroli społecznej, chociaż odgrywają one także znaczną rolę. Dlatego teorię religijnej sieci (*religious network theory*) Bernice Pescosolido (1990, s. 337–357) umieszczono

w kulturowym modelu zrozumienia samobójstwa. Autorka tej teorii podkreśla, że wpływ religii na samobójstwa zależy od specjalnych kontekstów. Po pierwsze, jest związany ze stopniem urbanizacji oraz wielkości i liczby religijnych organizacji. Po drugie, religijna struktura cechuje się konserwatywną ideologią, niehierarchicznymi więziami, ale oczywiście hierarchią pozycji społecznych, oporem wobec głównych nurtów popkultury, promowaniem postaw negatywnych wobec samobójstwa, a jednocześnie promowaniem silnych przyjacielskich i duchowych więzi z Kościołem i jego wiernymi, co może redukować ryzyko samobójstwa przez sieci społecznego wsparcia (Pescosolido, Georgianna 1989, s. 33–48). Po trzecie, tradycyjnie mocno religijne regiony mają liczną sieć religijnych szkół, klubów, chórów itp. Według badań współczynniki samobójstw w takich regionach są relatywnie niższe (Pescosolido 1990).

Sądzę, że podstawą tych religijnych struktur są zinternalizowane w procesie religijnej socjalizacji i indoktrynacji wartości, normy i postawy ludzi należących do określonego Kościoła i jego organizacji. Empirycznym potwierdzeniem tej interpretacji są konkretne zachowania wiernych, jakość ich więzi rodzinnych, więzi w społecznościach i wspólnotach lokalnych, uczestnictwo w ceremoniach i świętach religijnych, system wzajemnej pomocy i wsparcia oraz intensywność pracy i działań w organizacjach religijnych. Nie sieć religijnych instytucji, ale realizowane wartości i normy w formie skutecznych działań ludzi w tych strukturach decydują, na ile spełniają one funkcję ochronną i redukującą liczbę zachowań samobójczych we wspólnocie osób należących do Kościoła i jego instytucji.

W kontekście postaw społecznych związanych z religią bardzo interesujące są wyniki badań przeprowadzonych w 25 krajach europejskich i porównania akceptacji samobójstw między krajami Europy Zachodniej a krajami Europy Wschodniej w okresie transformacji systemowej, przedstawione w pracy Mäkinena w tomie II „Suicydologii” (Mäkinen 2006, s. 1–16). Oto dwa cytaty z tej pracy, podsumowujące wyniki tych badań: „Na podstawie powyższych wyników można stwierdzić, że postawy wobec samobójstwa ukształtowały się głównie pod wpływem religii w Europie Zachodniej i w Polsce. W innych krajach byłego politycznego Wschodu religia nie wywierała silnego wpływu ideologicznego i przy użyciu zwykle stosowanych zmiennych trudno przewidzieć akceptację samobójstwa”; „Może to być również dobry wskaźnik ogólniejszego wymiaru konformizmu–liberalizmu. Można wysunąć hipotezę, że ten

wymiar leży u podstaw różnych korelatów zarówno na Wschodzie, jak i na Zachodzie. Co więcej, wydaje się, że stanowi on wspólny mianownik dwóch różnych podstaw oceny na Wschodzie, gdzie sprzeciw wobec samobójstwa ma motywację zarówno religijną, jak i polityczno-ideologiczną”.

Problem różnic między białymi a Afroamerykanami w rozmiarach samobójstw w Stanach Zjednoczonych jest niezwykle istotny społecznie i politycznie.

Zdaniem Roberta Davisa (1980, s. 43–71) i Kevin E. Early`ego (1992), mniejsze współczynniki samobójstw wśród Amerykanów afrykańskiego pochodzenia są efektem historycznego procesu ich dyskryminacji, który stworzył kulturową strategię przetrwania dzięki więzom rodzinnym i przynależności do Kościoła. Te instytucje oferowały silne społeczne oparcie i z jednej strony chroniły przed rasizmem i ubóstwem, a z drugiej – wpływały na mniejszą akceptację samobójstwa i budowały postawy promujące życie oraz chęć przetrwania wobec zagrożeń z zewnątrz ich wspólnoty.

Kulturowe wartości i przekonania co do akceptacji picia alkoholu mogą wpływać na poziom konsumpcji alkoholu w danej grupie czy kraju. Jeszcze do 1990 r. w socjologicznych pracach nie uznawano alkoholizmu jako możliwej determinanty samobójstwa. W nowszych opracowaniach socjologicznych przedstawiono związek między poziomem konsumpcji alkoholu w danym kraju a współczynnikami samobójstw (Norström 1995, s. 293–314; Stack, Wassermann 1993, s. 1018–1024). Wiele argumentów i wyników badań potwierdziło związek między alkoholem a samobójstwami. Z jednej strony Ira Wassermann (1989, s. 513–530) argumentowała, że w znacznym zakresie alkohol przyczynia się do depresji, z drugiej zaś Robert Kendall (1983, s. 121–127) wykazał, że zmiana krajowego poziomu spożycia alkoholu może znacząco wpływać na współczynniki samobójstw przez np. wzrost lub spadek poziomu depresji w danym kraju. Zdaniem Roberta Kendalla i wielu innych badaczy depresja jest kluczowym predyktorem samobójstwa.

Konsumpcja alkoholu może działać jako czynnik emocjonalnego rozhamowania i wzmocnienia zachowań impulsywnych, włączając w to także zachowania samobójcze (Kendall 1983; Skog 1991, s. 193–206).

Dłuższy okres nadużywania alkoholu może zmniejszyć poczucie własnej wartości, któremu towarzyszą niepowodzenia w małżeństwie, roli rodzica, pracy i kontaktach z przyjaciółmi (Kendall 1983; Lester 1992). Alkohol niszczy więzi społeczne, ogranicza ilościowo i jakościowo system społecznego wsparcia

i prowadzi do izolacji społecznej, co zwiększa szanse samobójstwa (*odds of suicide*). Zwiększa też ryzyko przypadkowego śmiertelnego zatrucia, gdyż w interakcji z lekami, a zwłaszcza psychotropowymi, może bezpieczną dawkę takiego leku zamienić w dawkę śmiertelną.

Interesujących obliczeń dokonano w ocenie związku między wielkością spożycia alkoholu w danym kraju *per capita* a współczynnikami i liczbą samobójstw. Uzyskane wyniki okazały się bardzo zróżnicowane w zależności od kraju. Na przykład wzrost spożycia alkoholu w ciągu roku o 1 litr (100% alkoholu) wywołuje we Francji wzrost liczby samobójstw o 2,6%, na Węgrzech – o 10%, w Szwecji – o 15%, a w Norwegii – o 16%. Natomiast w Stanach Zjednoczonych wzrostowi w konsumpcji alkoholu o 10% towarzyszy zwiększenie się o 1,4% liczby samobójstw.

Bezrobocie jako czynnik ryzyka samobójstwa było rozpoznane i badane już od czasu wielkiego kryzysu z lat 1929–1933. Bezrobocie zwiększa zagrożenie suicydalne przez takie czynniki facylitujące, jak: brak dochodów na utrzymanie, utrata bezpieczeństwa ekonomicznego i socjalnego, obniżenie poczucia własnej wartości i wiele innych suicydogennych układów sytuacyjnych występujących wśród bezrobotnych (Platt 1984, s. 93–115; Stack, Haas 1984, s. 17–29).

Ryzyko samobójstwa zależy od długości bycia bezrobotnym, jak również od wielkości stopy bezrobocia, gdyż w okresie większego bezrobocia także wśród zatrudnionych zwiększa się poczucie lęku przed utratą pracy, pojawia się obawa, że może ono wpływać na zmniejszenie realnych dochodów pracujących, gdyż pracodawcy zazwyczaj wykorzystują większe bezrobocie jako czynnik ułatwiający zmniejszenie kosztów pracy.

Gdy osoba bezrobotna po kilku miesiącach znajduje nową pracę, najczęściej jest to praca wymagająca mniejszych kwalifikacji i gorzej wynagradzana. Takie osoby są także w grupie podwyższonego ryzyka samobójstwa z powodu relatywnej deprywacji (Stack, Haas 1984).

W badaniach w Londynie porównano współczynniki samobójstw wśród bezrobotnych jednego z regionów tego miasta. Stwierdzono, że dla bezrobotnych współczynnik ten wynosił 73,4 na 100 tys. w stosunku do 14,1 dla całej lokalnej populacji, czyli dla bezrobotnych ryzyko zachowań samobójczych jest ponadpięciokrotnie wyższe niż w populacji pracujących (Platt 1984).

W 17 badaniach opisanych w cytowanej wyżej pracy (Platt 1984) znaleziono dowody, że osoby bez pracy mają znacznie wyższe współczynniki samobójstw

niż osoby zatrudnione. Jedynym wyjątkiem są kobiety, które zgodnie z tradycyjnymi stereotypami na temat różnic płciowych są znacznie mniej wrażliwe na skutki utraty pracy niż mężczyźni.

Werner Schony i Alfred Grausgruber (1987) przedstawili dane, które wskazywały, że współczynnik samobójstw dla bezrobotnych w Austrii wynosił 98,3 na 100 tys., a w populacji ogólnej tego kraju – tylko 25, czyli był prawie czterokrotnie niższy.

Należy także zaznaczyć wpływ zaburzeń psychicznych zarówno na bezrobocie, jak i na samobójstwa, zwłaszcza że długotrwale bezrobocie wpływa na pogorszenie zdrowia psychicznego (Platt 1992).

Niezwykle pomysłowa jest koncepcja, którą można określić jako demograficzno-ekonomiczną, nazwana relatywną wielkością kohorty ludności w wieku produkcyjnym (*Relative Cohort Size – RCS*). Jej autorami są Dennis A. Ahlburg i Morton O. Schapiro (1984, s. 97–105) oraz Richard A. Easterlin (1987). Populacja osób w wieku produkcyjnym jest podzielona na dwie grupy wiekowe – od 15 do 29 lat i od 30 do 64 lat. Istotą tej koncepcji jest ocena ekonomicznych i psychologicznych konsekwencji bycia w relatywnie dużej kohorcie w związku z wyżym demograficznym (*baby boomers*). Gdy na rynek pracy wchodzi duże liczebnie pokolenie młodych ludzi, stwarza to wiele problemów związanych z brakiem wystarczającej liczby miejsc pracy, który prowadzi do wzrostu bezrobocia, a także do relatywnego obniżenia zarobków. Relatywnie wielka kohorta urodzeń przez ograniczenia na rynku pracy i zmniejszenie szans na sukces ekonomiczny zgodny z akceptowanymi normami społecznymi stwarza wielkie stresy psychospołeczne, które zwiększają ryzyko nadużywania alkoholu i narkotyków, przestępczości, a także zachowań samobójczych wśród młodych ludzi z wyżu demograficznego.

W zupełnie innej sytuacji ekonomicznej i psychologicznej są przedstawiciele małej kohorty urodzeń, którzy mają wiele możliwości osiągnięcia wysokich dochodów i pomyślnej kariery zawodowej zgodnych z ich oczekiwaniami oraz znacznie mniej psychologicznych napięć i problemów. W rezultacie w tej grupie jest znacznie mniejsze ryzyko wystąpienia większej liczby zachowań dewiacyjnych związanych z nadużywaniem alkoholu, narkotyków, przestępczością, a także samobójstwami.

Model transmisji zachowań samobójczych

Teorię imitacji czy naśladownictwa (*imitation theorem*) Phillippsa i jej tzw. efekt powielenia (*copycat effect*),

nazywany także efektem kuli śniegowej (*snowball effect*), razem z rozwinięciem przez Haffnera i Schmidtke tej koncepcji transmisji zachowań samobójczych przez globalne masowe media i popkulturę, przedstawiliśmy w tomie II „Suicydologii” (Brodniak 2006). Większość badań w zakresie tej teorii koncentruje się na poszukiwaniu odpowiedzi na dwa pytania:

1. Jakie typy historii o samobójstwach i jaki rodzaj ich ofiar wywołują największą identyfikację audytorium telewizyjnego, internetowego, czytelników prasy czy użytkowników innych mediów, oraz wzmacniają efekt w postaci zwiększenia liczby samobójstw naśladowczych tzw. *copycat suicides*?
2. Jaki społeczny kontekst zachowań samobójczych sprzyja rozbudzaniu nastrojów, które zwiększają efekt samobójstw naśladowczych, i wzmacnia je?

Odpowiedzi na oba pytania i oceny wpływu informowania o samobójstwach w mass mediach najlepiej interpretuje znana od lat 50. kryminologiczna teoria zróżnicowanej identyfikacji (*differential identification theory*), która jest jedną z odmian teorii społecznego uczenia się, a jej autorem jest Daniel Glaser (1956, s. 433–444), socjolog specjalizujący się w kryminologii.

Czy ludzie bardziej identyfikują się z osobami znanymi i sławnymi czy ze zwykłymi, przeciętnymi obywatelami powoływanymi w publikowanych wiadomościach o samobójstwach?

Steven Stack (1987, s. 401–412) wykazał, że największy wzrost liczby samobójstw następuje po samobójczej śmierci sławnych gwiazd świata rozrywki, a następnie znanych osobistości politycznych. Natomiast dla kontrastu samobójstwa znanych przestępców, w tym superszpiegów, zagranicznych polityków, jak również sławnych osobistości z elity biznesu, nie mają istotnego wpływu na wzrost liczby samobójstw w Stanach Zjednoczonych. W innych badaniach Stack (1990, s. 269–273) stwierdził, że samobójstwa tzw. zwykłych ludzi także powodują wzrost liczby naśladowczych samobójstw, ale wiadomości o samobójstwach sławnych osób zwiększają efekt naśladowania (*copycat effect*) w stopniu o 50% większym niż w przypadku samobójstw wśród osób publicznie nieznanymi. Wskazuje to na większą identyfikację ludzi ze światem osób sławnych niż ze zwykłymi obywatelami.

W innej pracy Stacka (1996, s. 132–142) udowodniono tezę o znaczeniu identyfikacji narodowej związanej z ofiarami samobójstw. Oczywiście znacznie większy wpływ na efekt naśladowania mają samobójstwa przedstawicieli własnego narodu.

Innym wymiarem identyfikacji jest efekt naśladowania w przypadku, gdy samobójstwo łączy się z zabójstwem, często masowym. Są to zazwyczaj niezwykle drastyczne zdarzenia, gdy sprawca najpierw zabija, czasami nawet kilkanaście osób albo np. członków własnej rodziny, a następnie popełnia samobójstwo. Na podstawie analizy tych zbiorowych zabójstw połączonych z samobójstwem, nazywanym samobójstwem rozszerzonym, wielokrotnie cytowany Stack (1989, s. 202–208) wskazuje, że nagłośnieniu tych zdarzeń w więcej niż dwóch sieciach telewizyjnych towarzyszy wzrost liczby samobójstw w realnym świecie.

David Lester (1992) zainteresował się przypadkami samobójstw osób chorych psychicznie i także potwierdził występowanie identyfikacji z ich ofiarami, która skutkuje efektem naśladowania i wzrostem liczby samobójstw być może w środowisku osób z zaburzeniami psychicznymi, ale nie zostało to jednoznacznie empirycznie zweryfikowane.

O sile efektu naśladowania decyduje również stopień, w jakim określone grupy są podatne na nastrój, który wywołują rozpowszechniane przez mass media informacje o samobójstwach.

Z badań Davida P. Phillipsa i Lundie L. Carstensen (1988, s. 100–114) wynika, że najbardziej tego typu wiadomości i opisy przypadków samobójstw oddziałują na osoby młode w wieku 15–35 lat oraz na osoby starsze w wieku od 65 lat i więcej. Najmniej podatne są osoby w średniej grupie wieku – 36–64 lata. Oznacza to, że skłonność do identyfikacji z ofiarami samobójstw jest najwyższa w młodszych i najstarszych grupach wieku i te grupy są najbardziej narażone na negatywne skutki działania efektu naśladowania.

Niezwykle interesującym i nowym kierunkiem badań suicydologicznych są poszukiwania związków między muzycznymi subkulturami a ryzykiem zachowań samobójczych.

Steven Stack i Jim Gundlach (1992, s. 211–218; 1995, s. 331–339) oraz Steven Stack, Jim Gundlach i Jimmie L. Reeves (1994, s. 15–23), badając różne subkultury muzyczne i grupy fanów określonego gatunku muzyki, odkryli, że najbardziej suicydogenne są subkultury związane z muzyką country i heavy metal.

W pierwszej cytowanej wyżej pracy Stack i Gundlach przeanalizowali teksty 1400 piosenek country i stwierdzili, że $\frac{3}{4}$ z nich zawiera suicydogeniczne tematy utraty miłości i pracy, obciążeń i napięć związanych z finansowymi stratami i używaniem alkoholu jako mechanizmem radzenia sobie z problemami. Uczestnikami i fanami muzyki country są głównie

radiosłuchacze, osoby należące do rasy kaukaskiej, czyli biali mieszkańcy Stanów Zjednoczonych, którzy mocno się identyfikują z tematami tych piosenek. Autorzy w badaniach 49 obszarów metropolitalnych odkryli, że im więcej jest słuchaczy i fanów tej muzyki w danym rejonie miejskim, tym większy jest współczynnik samobójstw wśród białych. W dalszej analizie – na podstawie danych z ogólnego sondażu społecznego (*General Social Survey*) – ustalili, że 62% fanów muzyki country ma w domu broń w porównaniu z 40% posiadaczy broni wśród osób niebędących fanami tej muzyki. Także 27% fanów muzyki country było rozwiedzionych lub w separacji, podczas gdy wśród niebędących fanami tej muzyki było 18% osób po rozwodzie lub w separacji. Według tych badaczy ten zespół czynników suicydogennych – tematy piosenek, większy dostęp do broni i stopień dezintegracji rodzinnej – istotnie poszerza ryzyko samobójstwa i znajduje potwierdzenie w wyższych współczynnikach zgonów samobójczych w grupie fanów muzyki country.

W badaniach Stacka, Gundlacha i Reevesa (*ibid.*) przeprowadzono analizę treści piosenek należących do gatunku muzyki heavy metal. W tym przypadku również ustalono, że zdecydowana większość piosenek zawiera tematy suicydogenne pełne pesymizmu, braku nadziei (*hopelessness*) i fatalizmu życiowego. Ta muzyka kreuje w znacznym stopniu psychologiczne stany i nastroje krytycznie wzmacniające ryzyko zachowań samobójczych. Analiza danych z 50 stanów w 1988 r. wykazała, że im większa liczba subskrybentów magazynów poświęconych muzyce heavy metal traktowanej jako indeks siły oddziaływania subkultury heavy metalowej, tym wyższy współczynnik samobójstw wśród tej grupy młodych ludzi.

Na zakończenie kilka refleksji i uwag w próbie odpowiedzi na pytanie, czy jest możliwe stworzenie jednej, integracyjnej, wieloczynnikowej społeczno-kulturowej teorii samobójstw.

W naukach społecznych występuje wiele teorii i koncepcji opisujących i próbujących wyjaśnić ludzkie zachowania, szczególnie zachowania dewiacyjne, takie jak: przestępczość, nadużywanie alkoholu i narkotyków, choroby psychiczne, a także zachowania samobójcze. Praktycznie nie ma takiej teorii czy koncepcji zachowań dewiacyjnych, która by względnie całościowo i wielowymiarowo interpretowała złożoną rzeczywistość społecznych i psychicznych dewiacji człowieka. Również nie ma jednej, całościowej czy też holistycznej teorii samobójstw, która łączyłaby wieloczynnikowe biopsychospołeczne uwarunkowania zachowań suicydalnych. Nie ma także jednej

integracyjnej teorii samobójstw w wymiarze tylko społeczno-kulturowym, tylko psychologicznym czy tylko biologicznym.

Przedmiotem tej pracy był przegląd różnych teorii, koncepcji i analiz społeczno-kulturowych pomocnych w wyjaśnieniu fenomenu samobójstwa.

Czy próba połączenia wszystkich prezentowanych perspektyw badawczych i teoretycznych w jedną zintegrowaną, całościową teorię społeczno-kulturową zachowań samobójczych jest możliwa? Niewątpliwie jest to zadanie bardzo skomplikowane i złożone. Może nawet na gruncie nauk społecznych niemożliwe.

Proponuję zatem wstępną i w wielkim zarysie próbę, a właściwie warunki stworzenia eklektycznej jednej teorii – czy skromniej: koncepcji społeczno-kulturowej – obejmującej całościową wizję wyjaśnienia zachowań samobójczych w wymiarze społeczno-kulturowym.

W tym kontekście niezwykle interesującą i dającą wiele możliwości teoretycznego i metodologicznego rozwoju i praktycznego wykorzystania jest koncepcja wybitnego polskiego suycydologa prof. Brunona Hołysta (2002; 2012) – Suicydogennych Układów Sytuacyjnych (SUS) i Osobowych Skłonności Samobójczych (OSS).

Pomysł mój polega na próbie opracowania jednej eklektycznej teorii obejmującej cztery hipotezy i model wzajemnych zależności między nimi. Podstawą budowy tej teorii są następujące hipotezy:

- 1) integracji społecznej,
- 2) modernizacji lub dynamiki zmian modernizacyjnych, w tym ustrojowych,
- 3) kulturowych i społecznych norm, wartości i postaw społecznych,
- 4) transmisji zachowań samobójczych przez globalny rynek medialny.

Następnym etapem konstruowania tej integracyjnej teorii samobójstw byłaby próba opracowania dobrze udokumentowanego modelu wzajemnych zależności między tymi czterema hipotezami i wynikającego z tego modelu katalogu twierdzeń i prawidłowości, które tworzyłyby zespół analiz interpretujących i wyjaśniających różne cechy i przypadki zachowań samobójczych w wymiarze zarówno jednostkowym, jak i społeczno-kulturowym w kontekście częstotliwości i zmienności samobójstw w danej grupie społecznej, etnicznej, zawodowej, religijnej itp., społeczności lokalnej czy też w skali całego kraju, regionu geograficznego lub kręgu cywilizacyjno-kulturowego.

Literatura

- Ahlburg D.A., Schapiro M.O. (1984), *Socioeconomic ramifications of changing cohort size. An analysis of US postwar suicide rates by age and sex*, „Demography”, vol. 21(1).
- Brodniak W.A. (2005), *Kontrowersje wokół socjologicznych koncepcji samobójstw*, „Suicydologia”, t. I.
- Brodniak W.A. (2006), *Współczesne społeczno-kulturowe koncepcje i teorie samobójstw*, „Suicydologia”, t. II.
- Canetto S.S. (1992), *Gender and suicide in the elderly*, „Suicide & Life Threatening Behavior”, vol. 22.
- Davis R. (1980), *Black suicide and the relational system*, „Research on Race and Ethnic Relations”, vol. 2.
- Durkheim É. (2006), *Samobójstwo. Studium z socjologii*, tłum. K. Wakar, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Early K.E. (1992), *Religion and Suicide in the African American Community*, Greenwood Press, Westport, Connecticut.
- Easterlin R.A. (1987), *Birth and Fortune. The Impact of Numbers on Personal Welfare*, University of Chicago Press, Chicago.
- Gibbs J.P., Martin W.T. (1964), *Status Integration and Suicide*, University of Oregon Press, Eugene.
- Gillis A.R. (1994), *Literacy and the civilization of violence in 19th century France*, „Sociological Forum”, vol. 9(3).
- Girard C. (1993), *Age, gender and suicide. A cross-national analysis*, „American Sociological Review”, vol. 58(4).
- Glaser D. (1956), *Criminal theories and behavioral images*, „American Journal of Sociology”, March, vol. 61.
- Hołyst B. (2002), *Suicydologia*, wyd. 1, LexisNexis, Warszawa.
- Hołyst B. (2012), *Suicydologia*, wyd. 2, LexisNexis, Warszawa.
- Jarosz M. (1985), *Suicides in Poland as an indicator of social disintegration*, „Social Indicators Research”, vol. 16.
- Jarosz M. (1997), *Samobójstwa*, WN PWN, Warszawa.
- Jarosz M. (2004), *Samobójstwa. Ucieczka przegranych*, WN PAN, ISP PAN, Warszawa.
- Kendall R. (1983), *Alcohol and suicide*, „Substance and Alcohol Misuse”, vol. 4.
- Kowalski G.S., Faupel C., Starr P.D. (1987), *Urbanism and suicide. A study of American counties*, „Social Forces”, vol. 66(1).
- Kushner H. (1985), *Women and suicide in historical perspective*, „Signs”, vol. 10.
- Lester D. (1988), *Why Women Kill Themselves*, Charles Thomas, Springfield.
- Lester D. (1994b), *Domestic social integration and suicide. A study of 29 nations*, „Giornale-Italiano-di-Suicidologica”, vol. 4.
- Makinen I.H. (2006), *Akceptacja samobójstwa i jej korelaty w Europie Wschodniej i Zachodniej w okresie przemian ustrojowych*, „Suicydologia”, t. II.
- Norström T. (1995), *The impact of alcohol, divorce and unemployment on suicide*, „Social Forces”, vol. 74.
- Pescosolido B.A. (1990), *The social context of religious integration and suicide. Pursuing the network explanation*, „Sociological Quarterly”, vol. 31.
- Pescosolido B.A., Georgianna S. (1989), *Durkheim, suicide, and religion*, „American Sociological Review”, vol. 54(1).
- Pescosolido B.A., Wright E. (1990), *Suicide and the role of the family over the life course*, „Family Perspective”, vol. 24(1).

- Phillips D.P., Carstensen L. (1988), *The effect of suicide stories on various demographic groups*, „Suicide & Life Threatening Behavior”, vol. 18.
- Platt S. (1984), *Unemployment and suicidal behavior. A review of the literature*, „Social Science and Medicine”, vol. 19.
- Pope W., Danigelis N., Stack S. (1983), *The effect of modernization on suicide: A time series analysis, 1900–1974. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association*, August, Detroit.
- Rich C., Ricketts J., Fowler R., Young D. (1988), *Some differences between men and women who commit suicide*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 145.
- Sanborn C. (1990), *Gender socialization and suicide*, „Suicide & Life Threatening Behavior”, vol. 20.
- Schony W., Grausgruber A. (1987), *Epidemiological data on suicide in upper Austria*, „Crisis”, vol. 8.
- Simpson M.E., Conklin G. (1989), *Socio-economic development, suicide and religion: A test of Durkheim's theory of religion and suicide*, „Social Forces”, vol. 67(4).
- Skog O.J. (1991), *Alcohol and suicide. Durkheim revisited*, „Acta Sociologica”, vol. 34.
- Stack S. (1982), *Suicide. A decade review of the sociological literature*, „Deviant Behavior”, vol. 4.
- Stack S. (1983a), *The effect of the decline in institutionalized religion on suicide, 1954–1978*, „Journal for the Scientific Study of Religion”, vol. 22.
- Stack S. (1983b), *The effect of religious commitment on suicide. A cross-national analysis*, „Journal of Health and Social Behavior”, vol. 24.
- Stack S. (1987), *Celebrities and suicide. A taxonomy and analysis 1948–1983*, „American Sociological Review”, vol. 52.
- Stack S. (1989), *The effect of publicized mass murders and murders-suicides on lethal violence. 1968–1980*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, vol. 24.
- Stack S. (1990), *A reanalysis of the impact of noncelebrity suicides*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, vol. 25.
- Stack S. (1994), *Divorce*, w: V.S. Ramachandran (red.), *Encyclopedia of Human Behavior*, Academic Press, New York.
- Stack S. (1995a), *Divorce and suicide. A review of 132 studies, 1880–1995. Paper presented at the annual meeting of the Michigan Association of Suicidology*, Holland, October.
- Stack S. (1995b), *The effect of education on suicide risk. Paper presented at the annual meeting of the American Association of Suicidology, April*, Phoenix, Arizona.
- Stack S. (1996), *The effect of the media on suicide. Evidence from Japan*, „Suicide & Life Threatening Behavior”, vol. 26.
- Stack S. (2000), *Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: Cultural and economic factors*, „Suicide & Life Threatening Behavior”, vol. 30(2).
- Stack S., Gundlach J. (1992), *The effect of country music on suicide*, „Social Forces”, vol. 71.
- Stack S., Gundlach J. (1995), *Country music and suicide*, „Social Forces”, vol. 74.
- Stack S., Gundlach J., Reeves J.L. (1994), *The heavy metal sub-culture and suicide*, „Suicide & Life Threatening Behavior”, vol. 24(1).
- Stack S., Haas A. (1984), *The effect of unemployment duration on national suicide rates*, „Sociological Focus”, vol. 17.
- Stack S., Wasserman I. (1993), *Marital status, alcohol consumption and suicide. An analysis of national data*, „Journal of Marriage and the Family”, vol. 55(4).
- Stillion J. (1984), *Perspectives on the sex differential in death*, „Death Education”, vol. 8.
- Stillion J.M., McDowell E.E. (1991), *Examining suicide from lifespan perspective*, „Death Studies”, vol. 15(4).
- Travis S.R. (1990), *Suicide in cross-cultural perspective*, „International Journal of Comparative Sociology”, vol. 31.
- Trovato F., Jarvis G.K. (1986), *Immigrant suicide in Canada: 1971–1981*, „Social Forces”, vol. 65(2).
- Trovato F., Vos R. (1992), *Married female labor force participation and suicide in Canada, 1971 and 1981*, „Sociological Forum”, vol. 7.
- Wasserman I. (1989), *The effects of war and alcohol consumption patterns on suicide. United States 1910–1933*, „Social Forces”, vol. 68(2).
- Wilkinson K.P., Israel G.D. (1984), *Suicide and rurality in urban society*, „Suicide & Life Threatening Behaviour”, vol. 14.
- Wilson M. (1981), *Suicidal behavior. Toward an explanation of differences in female and male rates*, „Suicide & Life Threatening Behavior”, vol. 11.

Dr n. hum. Włodzimierz Adam Brodniak

Teorie socjologiczne w perspektywie suicydologii

Streszczenie

Celem pracy jest przegląd najważniejszych współczesnych społeczno-ekonomicznych i kulturowych koncepcji oraz teorii samobójstw, które zostały przedstawione w czterech perspektywach badawczych, metodologicznych i teoretycznych. Dwie perspektywy socjologiczno-ekonomiczne opracowano na podstawie:

- 1) modelu społecznej integracji oraz
- 2) modelu modernizacji lub zmian społeczno-ekonomicznych.

Dwie perspektywy społeczno-kulturowe sformułowano na podstawie:

- 1) modelu wzorów i wartości danej kultury, norm etycznych i prawnych, postaw społecznych wobec samobójstwa oraz czynników społeczno-ekonomicznych oraz
- 2) modelu transmisji zachowań samobójczych przez mass media, w tym media elektroniczne i kulturę masową.

Model społecznej integracji obejmuje koncepcje związane z wiekiem i cyklami życia, integracją rodzinną i w społecznościach lokalnych, problem migracji i teorię integracji statusu.

W ramach modelu modernizacyjnego zostały opisane koncepcje wpływu na samobójstwa takich procesów globalnych, jak: industrializacja, urbanizacja, edukacja i sekularyzacja oraz zmiana systemu społeczno-ekonomicznego.

W modelu kulturowych wyjaśnień zachowań samobójczych skupiono się na roli socjalizacji według płci, na normach etyczno-prawnych, religii, różnicach etnicznych, konsumpcji alkoholu, bezrobociu i koncepcji demograficznej – relatywnej wielkości kohorty ludności w wieku produkcyjnym (RCS – *Relative Cohort Size*).

Model transmisji zachowań samobójczych zawiera teorię imitacji (naśladownictwa, powielenia, efektu kuli śniegowej), teorię zróżnicowanej identyfikacji i koncepcję suicydalnych podkultur muzycznych.

Czy jest możliwe stworzenie jednej holistycznej, wieloczynnikowej społeczno-ekonomicznej i kulturowej teorii samobójstw?

Słowa kluczowe: samobójstwo, koncepcje/teorie społeczne, koncepcje/teorie kulturowe.

Dr n. hum. Włodzimierz Adam Brodniak

Sociological theories in the perspective of suicidology

Summary

The aim of the paper is overview of most important contemporary socio-economic and cultural concepts and theories of suicide. They will be presented from four research, methodological and theoretical perspectives.

Two socio-economic perspectives – in items of:

1. the model of social integration,
2. the modernization or socio-economic change model.

Two cultural perspectives – in items of:

1. the model of patterns and values of a given culture, ethical and legal norms, social attitude toward suicide and socio-economic factors,
2. the model of suicidal behaviors transmission via internet, television, films, radio, press, other media and generally pop culture.

The social integration model includes concepts dealing with age, life cycles, family and local communities integration, migration and theory of status integration.

The modernization (social change) model concepts will be described dealing with the influence exerted on suicide by such macro-social processes as industrialisation, urbanization, education and secularization as well as transition of socio-economic systems.

In the cultural model explanations of suicidal behaviors will be focused on the gender roles socialization, ethical and legal norms, ethnic differences, alcohol consumption, unemployment and a demographic conception of the Relative Cohort Size (RCS) in the population in the productive age.

The model of suicidal behaviors transmission contains the imitation theory (the copycat and snowball effect), the differential identification theory and a concept of suicidal musical subcultures.

Is it possible to construct a single integrative multifactor socioeconomic and cultural theory of suicide?

Key words: suicide, socio-economic concepts/theories, cultural concepts/theories.

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

Uniwersytet Łódzki, Uczelnia Łazarskiego

Zainteresowania psychiatrii samobójstwem

Poza usankcjonowanymi, a nawet uświęconymi kulturowo samobójstwami – traktowanymi jako obyczajowy nakaz pozbawienia się życia w pewnych sytuacjach – wszystkie inne motywacje samobójcze, a szczególnie brak wyraźnego motywu samounicestwienia, były w każdej kulturze i każdej epoce traktowane jako fenomen „postradania zmysłów”, „opętania przez siły nieczyste”, „słabość umysłowa”.

Zanim psychologia i psychiatria podjęły naukowe badania i interpretacje zjawiska samounicestwienia czy faktów pozbawienia się życia, w mentalności społeczeństw, szczególnie tych, których religie nakazywały wiarę w życie pozagrobowe, a prawo do dysponowania życiem ludzkim przypisywały wyłącznie Bogu czy bóstwom, utrzymało się przekonanie, że samobójstwo jest odejściem od normy, a zatem przejawem zaburzeń psychiki człowieka decydującego się na taki krok (Hołyst 2012, s. 500 i n.).

Pojęcia normy i abnormy psychicznej do dziś są słabo sprecyzowane, mimo że o naukowej psychiatrii można mówić od ponad 100 lat. Historia psychiatrii obfituje w teorie formułujące skrajnie odmienne poglądy na to, w jakiej sytuacji i w odniesieniu do jakich cech zachowania można i należy uznać daną osobę za przejawiającą zaburzenia zdrowia psychicznego¹.

¹ Definicja zdrowia psychicznego ustalona przez Światową Organizację Zdrowia sprowadza pojęcia normy i abnormy do zagadnienia możliwości i braku możliwości pełnienia ról społecznych i przestrzegania przyjętych obyczajowo sposobów zachowania się.

Nadzwyczaj nieostra wydaje się granica między osobą o znacznej wrażliwości i wyobraźni, mającą zdolność ekstrapolowania zjawisk rzeczywistych na zjawiska, które mogłyby zaistnieć przy sprzyjających okolicznościach, a osobą, która neguje rzeczywistość i poddaje się życiu w świecie urojonych zdarzeń. Właściwie poza wyraźnym wyodrębnieniem osób, u których zaburzenia psychiczne mają podłoże organiczne, wszystkie inne kategorie zachowań odbiegających od przyjętej w danym momencie historycznym i danej społeczności normy bywają różnie kwalifikowane – raz jako sposób na życie, innym razem jako utrata kontaktu z życiem rzeczywistym². Nie ma też zgody wśród psychiatrów co do etiologii tych odstępstw od normy i prawdziwie rozłącznego schematu klasyfikacyjnego zaburzeń (Kępiński 1973, s. 127–162). Utrudnia to w znacznej mierze kryminologiczną interpretację zjawiska i faktów zamachów samobójczych. W psychopatologii mówi się najczęściej o zespołach objawowych, które determinują rodzaj i zakres odejścia od pełnionych ról społecznych.

Mnogość szkół interpretacyjnych – od Franza A. Mesmera po współczesne szkoły epigonów Karen Horney czy Ericha Fromma – prezentuje zarazem odrębne kierunki bardziej biologicznego lub bardziej humanistycznego podejścia do „utruty pozytywnego

² Na kształtowanie osobowości – jak pisze A. Kępiński – „nie tyle wpływają czynniki dziedziczne i środowiskowe, co ta najbardziej własna koncepcja siebie i życia” (Kępiński 1973, s. 279).

kontakty społeczne” – jak dziś ostrożnie nazywa się większość zaburzeń psychicznych jednostki.

Te właśnie dwa główne kierunki: biologiczny i humanistyczny, determinują podejście do interpretacji samobójstwa w kategoriach zaburzenia psychicznego.

Nico Speijer (1970) podkreśla, że samobójstwo nie powinno być zawsze interpretowane w kategoriach choroby, a ponadto – co niezwykle ważne – że czym innym jest samobójstwo jako dziedziczna skłonność do samounicestwienia, czym innym zaś samobójstwo występujące w skrajnej formie depresji. W koncepcji tej można wyodrębnić cztery zasadnicze kategorie pojęciowe, a mianowicie: choroba psychiczna jako czynnik sprawczy zachowania autodestrukcyjnego, dziedziczenie genetyczne, czyli biologiczne uwarunkowanie autodestrukcji, dziedziczenie kulturowe, czyli obyczajowe uwarunkowanie autodestrukcji, oraz stan emocjonalny człowieka nieumiejącego rozwiązać swoich problemów życiowych i popełniającego samobójstwo, mimo że nie jest on obciążony ani zaburzeniem zdrowia psychicznego, ani dziedziczeniem autodestrukcji w formie biologicznej czy kulturowej.

Przedstawiony podział nie jest jeszcze typologią i nie obejmuje wszystkich możliwości motywacyjnej interpretacji zjawiska czy faktu samobójstwa. Z praktyki psychiatrycznej wiadomo, że wymienione elementy często współwystępują, co więcej, że niekiedy mimo występowania któregoś z tych bodźców jednostka nie popełnia samobójstwa, lecz jej działanie jest ukierunkowane na inne przejawy życia.

Podstawowym problemem psychologii i psychiatrii jest rozstrzygnięcie – zarówno w odniesieniu do osobników, którzy byli uważani za zdrowych, jak i do tych, którzy uchodzili za chorych psychicznie – kiedy samobójstwo można uznać za objaw zaburzeń psychicznych, a kiedy jest ono racjonalnie (nawet u osoby chorej psychicznie) uzasadnione. Element subiektywizmu przeżyć odgrywa tu przecież ogromną rolę.

Nie ma też jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy samobójstwo osób, u których stwierdzono wyraźne odchylenie od normy psychicznej, różni się zasadniczo w swych motywacjach od innych samobójstw. Lucjan Korzeniowski (1965) uważa, że jeżeli sprowadzimy do wspólnego mianownika okoliczności i przeżycia zarówno zdrowych, jak i chorych psychicznie, to możemy powiedzieć, że identyczny jest motyw człowieka, który odbiera sobie życie na skutek utraty majątku, niewypłacalności czy utraty szacunku społecznego, i człowieka, który wyobraża sobie, że utracił majątek, szacunek, zdrowie czy inne wartości, bez których życie nie wydaje mu się możliwe. Identyczny

jest też motyw schizofrenika, który ma urojenia na temat nieosiągalnego szczęścia osobistego, oraz człowieka faktycznie zawiedzionego w miłości. Chociaż w obu przypadkach zasadnicza różnica polega na realności motywu, to w sferze subiektywnej motyw ten jest identyczny.

Można zatem powiedzieć, że pewien typ samobójstw osób chorych psychicznie, tych, które utraciły poczucie realności 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.

Z tymi rozważaniami wiąże się kolejna teza, że można wśród samobójstw dokonanych przez osoby chore psychicznie wyodrębnić grupę tzw. samobójstw reaktywnych. W samobójstwach tych dałoby się uchwycić motyw targnięcia się na życie niezależnie od tego, czy motyw ten zalicza się do psychologii normalnej czy do psychopatologii. Przykładowo – chore z zaburzeniami urojeniowymi może rzeczywiście doznać jakiegoś urazu życiowego, który stanie się bodźcem do popełnienia samobójstwa.

Trzeba też podkreślić, że zaburzenie psychiczne powoduje często, iż relacja bodziec–reakcja bywa całkowicie odmienna niż u człowieka zdrowego. Radosne przeżycie może u schizofrenika wywołać reakcję ekstazy aż po samobójstwo. Ten typ samobójstw należałoby również zaliczyć do reaktywnych. Można by co prawda znaleźć przykłady popełniania samobójstw „z radości” u osobników uważanych za zdrowych, którzy tak mocno przeżywają sukces, że psychomotoryczne obciążenie rozładowaniem uprzednich napięć, związanych z walką o osiągnięcie upragnionej wartości, doprowadza do euforycznego lekceważenia realiów życia, w tym realiów warunkujących życie. W psychiatrii nazwalibyśmy takie samobójstwo hipertrofią sukcesu. Gdyby się nie udało, można by mówić tylko o chwilowym zaburzeniu rozeznania faktycznej „władzy” nad otoczeniem i panowania nad sytuacją. Gdy się udaje, bywa interpretowane jako wynik tkwiącej w osobniku idei doprowadzenia jakiejś sprawy do pomyślnego zakończenia, sprawy uważanej za tak ważną, że załatwienie jej kojarzy się z „radosną utratą celu” – przeradzającą się w „rozpac z powodu utraty celu”. Na tym przykładzie widać, jak trudne jest rozróżnienie motywacji zaburzonej i motywacji człowieka zdrowego psychicznie,

lecz sytuacyjnie wytraconego ze stanu równowagi emocjonalnej.

Zdaniem psychiatrów choremu w pełnej depresji nie grozi samobójstwo, gdyż nie jest w tym czasie zdolny do żadnej decyzji. Skuteczne leczenie farmakologiczne przywraca jednak choremu najpierw zdolność decyzji i czynu, a dopiero później dobre samopoczucie i wolność od natrętnych myśli i przygnębienia. Istnieje więc w trakcie leczenia okres bardzo niebezpieczny, w którym nie wolno chorego wypisywać ze szpitala lub pozbawiać ciągłej opieki³.

Niewątpliwym dorobkiem psychiatrii w dziedzinie interpretacji samounicestwienia jest wprowadzenie ścisłego rozgraniczenia między samobójstwami udanymi i usiłowanymi. Te ostatnie zazwyczaj nazywano samobójstwami nieudanymi. Z merytorycznego punktu widzenia określenie to było niefortunne i wprowadzało duży nieład metodologiczny. Precyzowanie aparatu pojęciowego suicydologii ma więc duże znaczenie dla interpretacji samego zjawiska.

Z psychiatrycznego punktu widzenia nieudane samobójstwo i próba samobójstwa to dwie zasadniczo różniące się kategorie zachowań. 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 przez psychiatrię często 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. Innym razem jest to manipulacja względem siebie samego. Człowiek podejmuje czasem ostateczną – w jego przekonaniu – decyzję, drastyczną próbę stworzenia sytuacji krańcowej, która powinna pokazać z całą jasnością bilans walorów życia. Wydaje się, że nie jest pozbawiony racji pogląd, że w chwili śmierci człowiek „widzi” całe swoje życie i ostrzej, a zarazem bardziej prawdziwie ocenia jego przebieg. Tak może się zatem dziać przy głębokich depresjach, gdy biologiczne procesy przemiany materii o charakterze katabolicznym, czyli

rozkładu, dominują nad procesami anabolicznymi – integracji. Ostatnim aktem „zwalczenia” resztek mechanizmów anabolicznych jest – na prawach paradoksu – wysiłek, który czyni człowiek głęboko pogrążony w apatii – próbuje odebrać sobie życie, czyli resztę szans na integrację. Ten rodzaj reakcji osobniczej trudno zaliczyć do usiłowań – są one na ogół u ludzi o silnie obniżonej aktywności rzeczywistą formą rozwiązania ostatniego problemu „znienawidzonej konieczności życia”.

Jeżeli przyjmiemy, że śmierć jest spadkiem metabolizmu biologicznego i informacyjnego do zera, to przyjmujemy zarazem przesłanki czysto fizjologiczne sformułowane w 1920 r. przez Zygmunta Freuda (1920; 1976), zakładające istnienie popędu śmierci. Jakkolwiek niepełne były uzasadnienia występowania tego popędu, przyjmuje się dziś powszechnie w psychiatrii dwubiegunowość sił decydujących o życiu ustroju. W pewnych typach zaburzeń psychicznych – czy to w wyniku agresji skierowanej do wewnątrz, czy to skutkiem dezaprobaty zewnętrznej – dochodzi do przewagi destrukcji. Wiele wypadków śmierci osób chorych psychicznie należałoby w świetle tego założenia traktować jako rodzaj samobójstwa „przez zaniechanie”, tzn. samobójstwa, które nie zostało dokonane przy użyciu jakiegokolwiek specjalnego środka, lecz przez odbieranie organizmowi niezbędnych pożywek popędowych. Wydaje się słuszne stwierdzenie, że ten typ samobójstwa, jeżeli nawet bywa częściej kojarzony z chorobą psychiczną, może również pojawić się w życiu ludzi, którzy nie wykazują szczególnych odchylenia od normy psychicznej.

Jest wiele przyczyn, które we współczesnym świecie szybkich, często dysharmonijnych zmian doprowadzają jednostkę, a także grupy społeczne do zaprzestania dbałości o zaspokojenie potrzeb, nawet biologicznych, do obniżenia poziomu tego zaspokojenia, co nieuchronnie prowadzi do powolnego obumierania ustroju biopsychicznego czy społecznego. Czasem jest to świadome „samobójstwo na raty”, czasem podświadoma reakcja wycofywania się z życia. Często też głębokie lekceważenie samego siebie na korzyść realizacji celów altruistycznych doprowadza do śmierci przez zaniechanie podstawowych obowiązków wobec własnego organizmu. Psychiatria nie wypowiedziała ostatniego słowa w kwestii tego rodzaju postępowania, chociaż często udaje się odnaleźć w nim zaburzenie o charakterze masochistycznym.

Dotychczas uważano w psychiatrii, że samobójstwo – motywowane odmiennie w różnych typach psychopatologicznego odchylenia od normy – mieści się zawsze w trzech schematach reakcji: „do”, „od”

³ Relacje między depresją a samobójstwem były przedmiotem obrad XI Międzynarodowego Kongresu Zapobiegania Samobójstwom i Interwencji w Sytuacjach Kryzysowych, który odbył się w Paryżu w 1981 r.

i „wbrew”, przy czym reakcję „od” traktowano jako rodzaj obojętności i izolowania się. W dynamicznym przebiegu procesów psychicznych wszystkie te reakcje ulegają stałemu przeobrażaniu, a szczególny typ reakcji „od” może przybierać formę takiej bierności wobec siebie, że na prawach paradoksu mobilizuje ustrój do ataku na siebie. Na zagadnienie to zwraca uwagę Karen Horney (1950).

Jeżeli chodzi o ściśle rozgraniczenie dotyczące tego, czy samobójstwo jest objawem zaburzenia psychicznego, czy też jest nim tylko niekiedy, psychiatria okazuje się często bezsilna bądź prezentuje poglądy niezwykle rozbieżne. Jeżeli jakiś kierunek w psychiatrii stoi na stanowisku, że człowiek ma prawo do przejawiania wszelkich doznań w każdej formie i dysponowania sobą niezależnie od tego, na ile otoczenie uważa to za odejście od normy, to wówczas również samobójstwo jako jedno z zachowań jest po prostu jedną z decyzji uprawnionych i niewymagających specjalnych interpretacji. Tak na przykład podchodzi do tego zagadnienia amerykański kierunek „antypsychiatrii” i zbliżone do niego kierunki psychiatrii humanistycznej. Niekiedy trudno zgodzić się z tym poglądem, szczególnie przy założeniu, że nie wiemy wszystkiego o mechanizmach psychologicznych podejmowania decyzji, a także o mechanizmach fizycznych wpływających na zachowanie człowieka. W tym kontekście problem świadomości decyzji, a zatem uprawnień do ich podejmowania, nabiera innego znaczenia – staje się problemem, którym musi zajmować się jakaś dziedzina wiedzy czy nawet kilka wyspecjalizowanych dziedzin opracowujących formy prewencji.

Całkiem odmienne są interpretacje szkół psychiatrycznych stojących na stanowisku, że to, co nie mieści się w normach przyjętych przez dane społeczeństwo, jest ewidentnym odejściem od wzorców. Samobójstwo bywa interpretowane w tych kategoriach, jeśli norma obyczajowa nie dopuszcza decyzji pozbawienia się życia jako uprawnionej. Złożoność problematyki dobrowolnego pozbawienia się życia powoduje, że także ta szkoła psychiatryczna musi budzić kontrowersje.

Przedstawiając psychiatryczny punkt widzenia na zjawisko samobójstwa, nie sposób pominąć anatomopatologicznego podejścia do tego zagadnienia. Jak wspomniano, udaje się wyodrębnić grupę osób, u których samobójstwo ma podłoże organiczne. Badania tego podłoża leżały dawniej – i jest tak po dzień dzisiejszy – w kompetencjach lekarzy psychiatrów, ponieważ samobójstwo jest traktowane jako fenomen zachowania, a nieomal wszystkie

szkoły psychiatryczne, niezależnie od podejścia do problemu anomalii psychicznych, wyrosły na gruncie nauk biologicznych. Te dwie przesłanki powodują, że to właśnie psychiatrzy przypada w udziale przeprowadzanie badań przypadków samobójstw, w tym również dokonanych niezależnie od tego, że autopsję przeprowadzają lekarze medycyny sądowej (za: Cekiera 1975, s. 34).

Anatomopatologiczny kierunek badań zapoczątkował w 1900 r. A. Heller (1900, s. 1653–1658), przeprowadzając analizę fizjologiczną zwłok 300 samobójców. Istotne są typy wyróżnione przez tego badacza:

- samobójca chory (*suicidum aegrotans*),
- samobójca chory – dyssymulant,
- samobójca konstytucyjnie anormalny,
- samobójca w pewnych okresach fizjologicznych – dojrzewanie, miesiączkowanie, przekwitanie (*suicida naturalia*),
- samobójca psychopata.

Kontynuatorami badań Hellera byli m.in.: K. Ollendorf (1905), J. Bartel (1910, s. 495–504), H. Pfeifer (1912), A. Schackwitz (1927, s. 312–321) i M. Miloyanoyić (1927). Podstawowe pytanie, jakie stawiali sobie badacze, brzmiało, czy istnieją jakieś zmiany anatomopatologiczne predysponujące do samobójstwa i jakie to są zmiany. Nie było zgody co do tego, czy przyczyny samobójstw tkwią w samej budowie organizmu, czy w zmianach ustroju fizjologicznego. Zwolennikami tego ostatniego poglądu byli A. Brosch (1909), S. Placzek (1915) oraz S. Franck (1930).

Inni psychiatrzy doszukiwali się etiologii zamachu samobójczego w zmianach rozwojowych cyklu życia. Nie brakowało także takich badaczy, którzy nie zgadzali się z poglądem, że może istnieć jakaś zależność między zachowaniami suicydalnymi a czynnikami fizjologicznymi. Można stwierdzić, że w obu tych nastawieniach jest wiele przesady, bo jakkolwiek trudno – w świetle współczesnej wiedzy – zgodzić się z tezą C. Lombrosa o wrodzonej konstytucji przestępcy czy samobójcy, to badania kliniczne potwierdzają, iż częstokroć samobójca cierpiał na jakiś rodzaj schorzenia. Warto przy tym odnotować znamienne badania kliniczne S. Singalewicz (1913), który na podstawie 476 przypadków samobójców, przebadanych w Instytucie Medycyny Sądowej we Lwowie w latach 1900–1912, stwierdził:

- najwięcej zmian anatomopatologicznych (88) w ośrodkowym układzie nerwowym – przewlekłe zapalenie opon mózgowych,

- w 67 przypadkach zmiany dróg oddechowych, w tym 60 – gruźlica,
- w 50 przypadkach zmiany w układzie krążenia,
- zmiany w układzie grasiczno-chłonno-limfatycznym,
- w sześciu przypadkach alkoholizm przewlekły.

Autor badań nie wziął pod uwagę przypadków chorobowych związanych z problemem, na który współczesna psychiatria zwraca szczególną uwagę: ze świadomością osoby chorej odnośnie do jej stanu.

W badaniach przeprowadzanych współcześnie do tej enumeracji należałoby dodać zmiany rakowe, a także większy odsetek samobójców-alkoholików.

Jak się wydaje, mimo prowadzonych badań trudno oddzielić przyczynę bezpośrednio fizjologiczną zgonu samobójczego od przyczyny wtórnej, wynikającej ze świadomości tego stanu. Jak zawsze, jednostronność badań i w tym przypadku nie pozwoliła na uogólnienia.

Wydaje się natomiast oczywiste, że niektóre zaburzenia funkcjonowania – szczególnie układu dokrewnego – mają istotny wpływ na stan psychiczny jednostki i wpływ ten odznacza się często cechami wzmacniającymi stany suicydalne czy presuicydalne. Z badań przeprowadzonych w latach 1925–1932 w Zakładzie Medycyny Sądowej w Warszawie przez W. Grzywo-Dąbrowskiego (Grzywo-Dąbrowski, Manczarski 1934) (badanie 1004 przypadków) wynika, że nie można wyróżnić takich zespołów patologii somatycznej, które jednocześnie określałyby nastawienie samobójcze osobnika. Można zatem tylko stwierdzić, że niektóre zmiany chorobowe lub stany fizjologiczne mogą szczególnie usposabiać do podjęcia zamiaru samobójczego. Wyjątek tu może stanowić tylko zaburzenie ośrodkowego układu nerwowego, w tym sensie, że jednostka o określonym zaburzeniu może nie posiadać aparatu samoobrony.

Jak stwierdza raport Światowej Organizacji Zdrowia, najczęstszym zaburzeniem stwierdzonym jako przyczyna zamachu samobójczego jest depresja, szczególnie endogenna i inwolucyjna (WHO 1968, s. 17). Przeprowadzono wiele studiów związku między depresją a zamachem samobójczym (Beck, Lester, Silyer, Bonert). E. Robins ze współpracownikami stwierdzili, że w całej grupie samobójców 41% mężczyzn i 58% kobiet było w fazie depresyjnej choroby maniakalno-depresyjnej (Robins, Murphy, Wilkinson, Gassner, Keyes 1959, s. 888). A. Asuni (1962, s. 1091) stwierdza, że powszechnie uznaje się, iż choroba depresyjna oraz depresje pogłębiające inne choroby psychiczne i fizyczne występują współcześnie

coraz częściej w Afryce, np. w zachodniej Nigerii 24% samobójców cierpiało z powodu psychoz, z czego większość stanowiły choroby depresyjne.

Kobiety wykazują większą tendencję do depresji niż mężczyźni, natomiast mężczyźni mają większe skłonności do samotności. Najbardziej znaczącym czynnikiem jest brak perspektyw życiowych. Zamachy dokonywane przez kobiety są motywowane stresem interpersonalnym.

Z badań przeprowadzonych przez V.C. Leonarda w Los Angeles przy wykorzystaniu testu *Depression Scale and Alienation Self-Rating Inventory* wynika, że istnieje wysoki stopień korelacji między alienacją a potencjałem samobójczym (1973, s. 423–428; 1974, s. 98–104).

Duże zagrożenie samobójstwem wśród chorych z depresją było dobrze znane opiekującym się chorymi psychicznie już w wiekach średnich, w XIX w. zaś znalazło odbicie w podręcznikach psychiatrii. E. Kraepelin (1921) zwracał szczególną uwagę na duże ryzyko samobójstwa u osób z melancholią (20,4% mężczyzn i 14,7% kobiet obserwowanych przez badacza podjęło niebezpieczne dla życia próby samobójcze). Kraepelin przestrzegał przed przedwczesnym wypisywaniem chorych ze szpitali i zwracał uwagę na fakt, że niektórzy domagają się wypisania wyłącznie po to, aby pozbać się życia. „Dopiero wówczas, gdy znikną przejawy zniecierpliwienia, pojawi się pełny krytycyzm, wyrównanie nastroju, stanżywienia powróci do stanu przedchorobowego, sen zaś nie wykazuje cech zaburzeń – poprawę można traktować jako kompletną i uznać, że czas chorego wypisać. Wyjątki od tych zasad wchodzi w grę jedynie wówczas, gdy istnieją szczególnie korzystne warunki (środowiskowe)” – pisze twórca koncepcji choroby maniakalno-depresyjnej.

Z polskich autorów na szczególne ryzyko samobójstwa w depresji uwagę zwracał R. Płaskowski (1884), autor jednego z pierwszych polskich podręczników psychiatrii. Stwierdza on: „O ile z jednej strony chory melancholik w odosobnieniu i samotności pozostawiony prędzej się uspokaja, o tyle znowu ze względu na częstość bardzo kielkujących marzeń samobójstwa, wielką przezorność zachować należy, aby takowe spełnić się nie mogło [...]. Czuwać więc nieodstępnie należy nad takimi chorymi, jeśli się pokaże cię nawet tylko jakiegokolwiek dążności do skrócenia życia”.

Autorzy wszystkich współczesnych podręczników psychiatrii są zgodni z przytoczonymi opiniami psychiatrów XIX i XX w., szczegółowe zaś badania potwierdzają potrzebę zachowania szczególnej

ostrożności w postępowaniu z chorymi z depresją i wskazują, że depresje należą do tej grupy chorób, które idą w parze ze szczególnym zagrożeniem życia.

Dane statystyczne (również pochodzące z Polski) dotyczące przyczyn zgonów osób chorujących na depresję są nader niepokojące i wskazują, że przyczyną zgonu ponad 20% chorych jest skuteczny zamach samobójczy (Pużyński 1997, s. 139–156).

Samobójstwo należy więc traktować jako formę chorób afektywnych. Niepokoi fakt, że mimo postępów terapii tych zaburzeń oraz coraz szerszego wdrażania metod profilaktyki wspomniany wskaźnik jest wciąż niebezpiecznie wysoki i oscyluje w granicach 15–25%. Jest oczywiste, że tak wysokie ryzyko samobójstwa w depresjach musi rzutować na kształtowanie wskaźników samobójstw w ogóle. Z szacunkowych obliczeń wynika (Pużyński 1988), że chorzy na depresję mogą stanowić 32–47% populacji osób odbierających sobie życie w Polsce.

Jako pierwszy na powiązania, jakie zachodzą między chorobami afektywnymi i alkoholizmem, a zwłaszcza chorobą afektywną jednobiegunową (depresją nawracającą), zwrócił uwagę G. Winokur (Pitts, Winokur 1966, s. 37). Dowodzi on, że liczne przypadki alkoholizmu wykazują więź genetyczną z depresją typu endogennego i w istocie mogą stanowić jej maskę (tzw. spektrum choroby depresyjnej). Uwzględnienie tej szczególnej formy depresji w badaniach nad psychopatologicznymi uwarunkowaniami zjawiska samobójstwa najprawdopodobniej wydatnie zwiększy i tak wysokie wskaźniki „udziału” chorych „depresyjnych” w statystykach dotyczących samobójstw, tym bardziej że alkoholizm jest po depresjach drugim co do częstości zaburzeniem psychicznym notowanym wśród samobójców.

Samobójstwo chorego z depresją wydaje się stanowić wydarzenie, które w sposób oczywisty i zrozumiały, zwłaszcza dla mającego chorobowe przeżycia pacjenta, wynika z faktu istnienia depresji. Takie przejawy depresyjnego obrazu myślenia, jak: pesymizm, negatywna ocena przyszłości, poczucie beznadziejności, winy, przekonanie o istnieniu sytuacji bez wyjścia i niemożności uzyskania pomocy, wydają się stanowić dostateczny motyw do wyboru samobójstwa jako sposobu rozwiązania beznadziejnej sytuacji. Takie jednostronne, wyłącznie psychologiczne widzenie genezy samobójstw w depresjach, reprezentowane szeroko dawniej, a i dzisiaj mające zwolenników, pozostaje w jaskrawej sprzeczności z obserwacjami klinicznymi. Każdego, kto styka się z chorymi na depresję, zastanawia fakt, że choć przeważająca większość chorych zdradza niechęć do życia, to jedynie pewna część

realizuje samobójstwo. Zdarza się, że zamach samobójczy pozostaje w jaskrawej sprzeczności z ujawnianymi przez chorego ocenami jego sytuacji i stwierdzanym przez lekarza małym nasileniem depresji. Zarazem obserwuje się chorych, którzy wypowiadają wręcz absurdalne sądy o swoim zdrowiu, sytuacji materialnej, perspektywach życiowych – nie podejmują jednak działań, które byłyby adekwatną konsekwencją tych ocen. Przyczyny samobójstw chorych z depresją okazują się bardziej złożone, niż można sądzić na podstawie powierzchownej oceny.

W dążeniu do poznania genezy samobójstw w depresjach i określenia stopnia zagrożenia samobójstwem podjęto liczne próby opisanie tych czynników, które z dużym ryzykiem idą w parze. Podstawową metodą stosowaną w tego rodzaju badaniach jest porównanie maksymalnej liczby cech osób, które ujawniają tendencje samobójcze lub popełniły samobójstwo, z grupą chorych nieujawniających takich zamiarów. Większość takich porównań dotyczyła okresu nawrotów depresji, liczba zaś prac nad genezą samobójstw w okresie między nawrotami jest stosunkowo mała. W rezultacie uzyskano dokładny opis modelu depresji z dużym ryzykiem samobójstwa, podczas gdy model osoby zagrożonej samobójstwem w okresie poprawy lub remisji zawiera wiele luk i wymaga dalszych badań.

Wykazano, że następujące elementy zespołu depresyjnego idą często w parze z silnie wyrażonymi tendencjami samobójczymi (Ringel 1961; Kiehoiz, Poldinger 1975, s. 166–181; Stengel 1973; Wetzel 1976, s. 1069):

- duże nasilenie lęku, łączące się z zaburzeniami snu, niekiedy z całkowitą bezsennością,
- poczucie beznadziejności, sytuacji bez wyjścia, niemożności uzyskania pomocy ze strony najbliższych, przekonanie o nieuleczalności, ciężkie choroby, urojenia nihilistyczne,
- poczucie winy, przekonanie o dopuszczeniu się ciężkich grzechów, przestępstw, dążenie do poniesienia kary,
- nastrój dysforyczny,
- dolegliwości typu bólowego i przewlekłe schorzenia somatyczne,
- uporczywe zaburzenia snu.

Zaburzenia snu, zwłaszcza całkowita bezsenność i narastanie objawów psychopatologicznych w godzinach porannych (w tym lęku, niepokoju), są jedną z przyczyn dużej liczby samobójstw dokonywanych nocą oraz we wczesnych godzinach porannych.

Znaczne zahamowanie psychoruchowe uchodzi za czynnik „chroniący” chorego na depresję przed

samobójstwem. Należy jednak zwrócić uwagę na potrzebę zachowania szczególnej ostrożności przy ocenie ryzyka samobójstwa u chorych w stanie osłupienia depresyjnego. Takie zahamowanie często idzie w parze z objawami psychotycznymi i silnym przeżywaniem lęku, którego nagły wzrost może spowodować odhamowanie sfery ruchowej, umożliwiając realizację zamachu samobójczego (np. skok przez okno). Wydarzenie takie, nazywane *raptus melancholicus*, często kończy się zgonem.

Uogólniając wymienione dane kliniczne, można stwierdzić, że ryzyko samobójstwa w depresji jest tym większe, im depresja jest bardziej psychotyczna, bardziej „agitowana”. Nie jest to jednak regułą. Należy zwrócić uwagę na prace tych autorów, którzy wskazują, że u części chorych z depresjami nie stopień niepokoju i lęku, lecz głębokość poczucia winy, poczucia sytuacji bez wyjścia, beznadziejności i osamotnienia decydują o podjęciu decyzji samobójczej.

Zdarza się, na szczęście rzadko, że chory decyduje się na poszerzenie liczby osób, których śmierć wydaje mu się jedynym i najlepszym rozwiązaniem sytuacji. Dotyczy to zwykle osób najbliższych, z którymi pozostaje w bliskim związku emocjonalnym (najczęściej dzieci, niekiedy współmałżonek). Motywy takiego rozszerzonego samobójstwa wiążą się z dążeniem uchronienia najbliższych przed nieszczęściem, cierpieniem i sytuacją bez wyjścia, w której znaleźli się – w ocenie pacjenta – najbliżsi. Motywem zabójstwa osób bliskich bywa też chęć zapobieżenia rzekomym prześladowaniom, aresztowaniu itp. Samobójstwo rozszerzone zdarza się w ciężkich depresjach psychotycznych, rzadziej jego motywem jest bilans depresyjny.

Niektórzy chorzy skutecznie ukrywają swoje zamiary lub myśli o samobójstwie (dyssymulacja), przekonują lekarza o poprawie zdrowia, nalegają na wypisanie lub urlopowanie ze szpitala. Większość chorych ujawnia swoje zamiary w różnej formie (Ringel 1969; Pokorny 1968). Niektórzy czynią to wprost – mówią o niechęci do życia i zamiarze popełnienia samobójstwa. Inni ujawniają swoje zamiary przez podejmowanie odpowiednich przygotowań (gromadzenie leków, zdobycie ostrego narzędzia, odpowiedniego sznura i in.). Do oznak dążenia do samobójstwa należą pozornie abstrakcyjne rozważania o bezsensie życia, sposobach popełnienia samobójstwa, o problematyce śmierci. Pośrednimi przejawami takich zamiarów bywa treść marzeń sennych (tematyka śmierci, egzekucji, pogrzebu). Zachowaniem, które może wskazywać na zamiary samobójcze, bywa niespodziewana wizyta chorego u lekarza (zwłaszcza gdy unikał on

dotychczas takich kontaktów), wizyty u osób bliskich lub odwrotnie – nagłe odizolowanie się od otoczenia. U części chorych, którzy przejawiają lęk, niepokój, zapowiedzią samobójstwa bywa nagła „poprawa” stanu klinicznego w postaci uspokojenia i niekiedy wyraźnej poprawy nastroju. Taki „złowieszczy spokój” wiąże się często z podjęciem decyzji o samobójstwie, które w odczuciu chorego „rozwiązuje definitywnie” jego problemy i – co za tym idzie – przynosi mu uspokojenie.

Wspomnieć też należy o próbach obiektywizacji pomiaru bezpośredniego ryzyka samobójstwa za pomocą metod biologicznych. Należy tu wymienić badania W.J. Bunneya i A.A. Fawcetta (Bunney, Fawcett 1968, s. 145–159). Autorzy ci zauważyli, że w okresie doby poprzedzającej zamach samobójczy lub w czasie intensywnych rozważań o samobójstwie pojawia się nagła i znaczna stymulacja wydzielania kortykosteroidów, w tym kortyzolu, co wiąże się ze wzmożonym wydalaniem ich metabolitów w moczu. Test Bunneya nie został jednak wdrożony do praktyki klinicznej. Na przeszkodzie stanęły dwie przyczyny. Prowadzenie systematycznych pomiarów zawartości kortykosteroidów w moczu jest zabiegiem kosztownym i uciążliwym, łączy się bowiem z koniecznością kompletowania dobowej zbiórki moczu. Drugą przeszkodą to okoliczność, że test nie jest próbą swoistą i jego wynik koreluje raczej z poziomem stresu związanego z lękiem niż treścią przeżyć. Duże zainteresowanie badaczy zajmujących się biologicznymi determinantami samobójstw wzbudza stwierdzone obniżenie ilości kwasu 5-hydroksyindolooctowego (5-HIAA) w płynie mózgowo-rdzeniowym u osób (w tym u chorych z depresją), które dokonały zamachu samobójczego (często w sposób gwałtowny). Fenomen ten jest interpretowany jako marker obniżonego obrotu metabolicznego serotoniny w mózgu i obniżonej aktywności neuroprzekaznictwa serotoninergicznego (Oquendo, Malone, Mann 1997, s. 202–211). Ze zrozumiałych względów możliwość wykorzystania oznaczenia 5-HIAA w płynie mózgowo-rdzeniowym do szacowania ryzyka samobójstwa jest ograniczona.

Zauważono, że liczba samobójstw jest zdecydowanie większa na początku depresji oraz w okresie jej ustępowania. Zjawisko to nie zostało dotychczas należycie poznane. Można przypuszczać, że wiąże się m.in. z dobroczynnym wpływem hospitalizacji, która izolując pacjenta, przynajmniej częściowo, od jego codziennych problemów, daje mu większe poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza przekonanie o beznadziejności i niemożności uzyskania pomocy, jak gdyby

„zawiesza” na pewien czas decyzję o odebraniu sobie życia. Za trafnością takiej interpretacji przynajmniej w odniesieniu do części chorych na depresję przemawiają stosunkowo niskie wskaźniki (kilkakrotnie niższe w porównaniu z danymi pozaszpitalnymi) dotyczące samobójstw chorych z rozpoznaniem depresji dokonanych w czasie pobytu w szpitalu psychiatrycznym w porównaniu z innymi kategoriami diagnostycznymi.

Ponowna konfrontacja chorego ze środowiskiem i wszystkimi problemami życia codziennego, zwłaszcza gdy znajduje się wciąż w subdepresji, może być przyczyną nawrotu tendencji samobójczych. Wiele danych wskazuje, że czynnik ten może mieć duże znaczenie w genezie samobójstw dokonanych w okresie między nawrotami. Okres poprawy lub remisji dla niektórych osób może być więc etapem bardziej niebezpiecznym niż głęboka depresja. Również duże znaczenie w tym okresie wydają się mieć trwałe i przewlekłe utrzymujące się, niezbyt nasilone zaburzenia nastroju oraz snu. Stan taki, nazywany przez część psychiatrów subdepresją, przez innych zaś rozpatrywany jako swoisty rodzaj „defektu” będącego przejawem utrwalonych zmian w osobowości (wg ICD-IO: „trwała zmiana osobowości po chorobie psychicznej”), wiąże się ze znacznymi zaburzeniami adaptacji do warunków środowiskowych i nieprawidłowymi reakcjami na stres. Narastające trudności w wykonywaniu obowiązków zawodowych, trudności materialne, konflikty w życiu rodzinnym mogą prowadzić do dekompensacji emocjonalnej i ujemnego bilansu. U części osób daje się stwierdzić przewlekłe utrzymywanie się opisanego przez E. Ringela (1973, s. 209) tzw. zespołu presuicydalnego, który obejmuje:

- zmniejszenie licznych funkcji psychicznych i zawężenie ich do ciągłego przeżywania uczucia lęku, niepokoju i zagrożenia, utrzymywania się przekonań o mniejszej wartości, poczuciu niewydolności, które łącznie prowadzą do dominowania postawy rezygnacyjnej i wycofywania się,
- skłonność do kierowania agresji przeciwko sobie,
- ucieczkę przed rzeczywistością i wynikającymi z niej trudnościami w świat marzeń, zwłaszcza rozważań o śmierci i samobójstwie jako formie rozwiązania trudnych sytuacji.

Można w związku z tym przypuszczać, że u części takich chorych nawrót fazy depresyjnej może chronić przed samobójstwem. Zahamowanie, abulia oraz swoiste odcięcie od realiów świata zewnętrznego mogą oddalać z pola widzenia codzienne problemy, z którymi musi się uporać chory na depresję.

Wysokie wskaźniki samobójstw na początku i w czasie ustępowania fazy depresyjnej oraz w okresie między nawrotami chorób afektywnych wskazują, że depresja stanowi tylko jeden z elementów decyzji samobójczej. Druga grupa czynników rzutujących na tę decyzję wynika z relacji: chory i jego otoczenie. Szczególne znaczenie w tym zakresie mają: izolacja chorego w środowisku, brak kontaktów z otoczeniem, osamotnienie, niemożność liczenia na pomoc innych. Dokonujący samobójstw chorzy z depresją to często osoby samotne, niedostosowane do warunków środowiskowych, nieutrzymujące bliskich kontaktów z innymi lub pozostające z najbliższymi w kontakcie formalnym. Jeżeli mają rodziny, z którymi zamieszkują, to częstym zjawiskiem są poważne konflikty, sytuacje kryzysowe w małżeństwie i inne.

Strata osoby bliskiej (zgon, odejście współmałżonka, dzieci), długotrwała rozłąka okazują się być szczególnie stresami dla chorych na depresję. Wydarzenia takie często bezpośrednio poprzedzają zamach samobójczy.

Zagrożenie bytu materialnego to następna grupa czynników, które mogą wskazywać na zwiększone ryzyko samobójstwa. Obejmują one takie sytuacje, jak: poważne i długotrwałe trudności materialne, nagła strata dóbr materialnych (kradzież, pożar, klęska żywiołowa), utrata pracy, zagrożenie pozycji zawodowej.

Pewne znaczenie w podjęciu decyzji o odebraniu sobie życia mają wzory zachowań otoczenia, zwłaszcza osób znaczących dla pacjenta. Wypadki samobójstw wśród bliskich krewnych (rodziców i rodzeństwa) są zjawiskiem znacznie częstszym w grupie chorych, których przyczyną zgonu było samobójstwo (Brdyk, Berglund 1993, s. 306–311). W badaniach N. Jamesa i C.J. Chapmana aż 46% pacjentów i ich krewnych pierwszego stopnia zmarło z powodu samobójstwa (James, Chapman 1975, s. 449). W świetle badań A. Roya i współpracowników prawie połowa osób, których bliscy krewni dokonali zamachu samobójczego, również podejmuje próby samobójstwa (Roy 1995). Problem ten jest rozpatrywany również w aspektach genetycznych, na co wskazuje m.in. wysoki współczynnik zgodności ryzyka samobójstwa u bliźniąt monozygotycznych (Taylor, Kingdom, Jenkins 1997, s. 457–463).

Podobnie jak w przypadku samobójstw osób zdrowych, również wśród chorych na depresję brak celów życiowych i ideałów oraz kryzys światopoglądowy mogą być czynnikami, które sprzyjają podjęciu decyzji o samobójstwie. Głębokiej wierze natomiast wydaje się przypadać rola chroniąca przed samobójstwem (nie jest to jednak regułą).

Spośród czynników typu biologicznego, które mogą informować w pewnym zakresie o ryzyku samobójstwa, należy wymienić płeć. Liczba samobójstw wśród mężczyzn chorych na depresję jest 2–4 razy większa niż wśród kobiet, aczkolwiek kobiety chorują na choroby afektywne 2–3 razy częściej niż mężczyźni. Ryzyko samobójstwa u mężczyzn wyraźnie wzrasta po 45.–50. roku życia (Pużyński 1997, s. 148).

Przewlekłe schorzenia somatyczne, połączone z dolegliwościami typu bólowego, stwierdzono częściej wśród osób odbierających sobie życie. Dotyczy to również przewlekłych zaburzeń snu, nadużycia alkoholu i leków.

Depresje, zwłaszcza typu endogennego, są schorzeniami idącymi w parze z dużym ryzykiem samobójstwa, które jest dokonywane zarówno w czasie depresji, jak również w okresie między nawrotami. Samobójstwo stanowi w znacznym odsetku przypadków formę choroby, czym istotnie różni choroby afektywne od innych zaburzeń psychicznych. Geneza samobójstw chorych depresyjnych jest złożona i wiązanie tego zjawiska wyłącznie z obecnością objawów psychopatologicznych depresji znacznie upraszcza zagadnienie. Decyzja o pozabawieniu się życia przez osoby cierpiące na depresje determinowana jest również ich sytuacją środowiskową i realnymi problemami, których nie są w stanie adekwatnie rozwiązywać. Wskazują na to wyniki badań przeprowadzonych w II Klinice Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (Beręsewicz i in. 1986, s. 110–115), dotyczących okoliczności skutecznych zamachów samobójczych dokonanych przez 25 osób z rozpoznaniem chorób afektywnych.

Wyniki tych badań potwierdzają zasadność wyodrębnienia dwu typów samobójstw. Jeden wykazuje ścisłą więź z endogennym zespołem depresyjnym. Samobójstw takich dokonali chorzy w okresie maksymalnie nasilonej depresji, z dużym lękiem oraz niepokojem ruchowym i (lub) urojeniami depresyjnymi. U większości z nich stwierdzono jednobiegunowy przebieg choroby, psychologiczne i środowiskowe zaś czynniki ryzyka samobójstwa występowały incydentalnie. Dziesięciu spośród tych chorych nie wykazywało większych zaburzeń funkcjonowania w pracy zawodowej i w środowisku rodzinnym w okresie ostatniej remisji.

Drugi typ samobójstw dotyczy osób głównie z chorobą afektywną dwubiegunową, u których czynniki psychologiczne i środowiskowe miały prawdopodobnie podstawowe znaczenie w decyzji o odebraniu sobie życia. Ostatni nawrót depresji u żadnej z omawianych osób nie miał nasilenia psychotycznego. Wszyscy,

którzy popełnili samobójstwo w okresie miesiąca po wypisaniu ze szpitala, wykazywali „obciążenie” różnorodnymi czynnikami psychologicznymi i środowiskowymi, przy czym u większości stwierdzono współwystępowanie kilku czynników jednocześnie. Najczęściej były to trwające od wielu lat duże trudności życiowe, w których narastaniu współdziałały wydarzenia obiektywne, cechy osobowości, jak również cyklicznie występujące stany maniackalne i depresyjne. W tej grupie znajdują się pacjenci, u których stwierdzono narastającą izolację w środowisku (utrata pozycji społecznej, degradację zawodową), poważne trudności zawodowe i materialne oraz inwalidyzację, ocenianą przez chorych jako istotne ograniczenie możliwości realizacji zadań życiowych. U czterech osób decyzja o dokonaniu samobójstwa wiązała się z dokonaniem bilansu życiowego. Wyniki tych badań umożliwiają interpretację obserwowanego od lat paradoksalnego zjawiska braku istotnych korzystnych zmian rokowania w chorobach afektywnych (w aspekcie ryzyka samobójstwa) mimo znaczących postępów farmakoterapii chorób afektywnych i wyraźnie wskazują, że choroba jest ważną, ale nie jedyną składową czynników ryzyka omawianego w tej pracy dramatycznego problemu.

W wielu ośrodkach zajmujących się problemem depresji oraz profilaktyką samobójstw wprowadzono inwentarze do szacowania ryzyka samobójstwa. Wszyscy ich twórcy podkreślają orientacyjną wartość takiego pomiaru i przestrzegają przed nadawaniem szczególnej rangi pojedynczym czynnikom. Dopiero stopień kumulacji cech ryzyka pozwala na orientacyjny szacunek zagrożenia samobójstwem. Czynniki ryzyka samobójstwa w depresjach (Pużyński 1997, s. 150) są następujące:

- cechy zespołu depresyjnego: depresja o dużym nasileniu, poczucie winy, beznadziejności, niska samoocena, anhedonia, lęk przewlekły, niepokój, bezsenność, ujawniane myśli i zamiary samobójcze, przewlekła subdepresja,
- cechy demograficzne: wiek powyżej 45. roku życia, płeć: kobieta, mężczyzna, owdowiała(y), rozwiedziona(y),
- sytuacja socjalna: samotność, niemożność liczenia na pomoc innych, zła sytuacja materialna, utrata pracy i źródeł utrzymania,
- dane z wywiadu: próby samobójcze w przeszłości, samobójstwa osób bliskich (krewnych, osób znaczących dla pacjenta), okres żałoby,
- inne cechy: złe przystosowanie społeczne, nadużywanie alkoholu, zaburzenia osobowości (cyklotymiczna, antysocjalna), przewlekłe choroby

somatyczne, przewlekła bezsenność, przewlekłe dolegliwości bólowe, organiczne zespoły mózgowo (przewlekłe).

W.J. Poldinger (1972) wysuwa tezę, że wysoki stopień lęku i depresji jest ściśle związany z tendencjami do samobójstwa. G. Fabian i inni (1973) uważają, że najczęściej samobójstw popełniają osoby cierpiące z powodu depresji: usiłowania samobójstw są charakterystyczne dla osób wykazujących zakłócenia w zakresie reakcji przystosowania się oraz reakcje schizofreniczne (Farberow 1976, s. 23–47). Aczkolwiek poprzednio uważano, że zjawisko depresji rzadko występuje na obszarach państw rozwijających się, to ostatnie badania wskazują sytuację odwrotną.

Słowo „depresja” jest używane w mowie potocznej na określenie smutku, przygnębienia, ponurego nastroju czy po prostu „chandry”. Psycholodzy i lekarze psychiatry nazywają depresją konkretną jednostkę chorobową objawiającą się różnymi symptomami, ale i dla nich termin ten odnosi się przede wszystkim do sfery emocjonalnej. Depresja jest chorobą uczuć. Aby rozpoznać depresję na podstawie kryteriów DSM-IV, należy stwierdzić u pacjenta wyraźne obniżenie nastroju lub utratę zainteresowań i zdolności do przeżywania radości, utrzymujące się przez okres co najmniej dwóch tygodni. Nawet dla specjalistów depresja jest więc w dużym stopniu synonimem smutku – wszystkie inne objawy, jak zmęczenie czy zaburzenia snu, wydają się w stosunku do niego wtórne.

Nic więc dziwnego, że koncepcja tzw. depresji maskowanej, określanej też paradoksalnie jako „depresja bez depresji” (*depressio sine depressione*), w której na pierwszy plan wysuwają się symptomy inne od emocjonalnych, wzbudza tyle trudności diagnostycznych, nieporozumień i kontrowersji.

Definicja przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia określa maskowaną depresję jako różnorodne stany depresyjne, niezależnie od ich etiologii, w których somatyczne symptomy na tyle górują w obrazie klinicznym, że w pełni skrywają depresję. Pojawiły się sugestie, że jest to definicja niepełna, gdyż maski depresji mogą mieć również charakter behawioralny, psychopatologiczny bądź związany z zaburzeniami rytmów biologicznych. Depresją maskowaną zaczęto nazywać pewien charakterystyczny obraz depresji, w którym objawy obniżania nastroju są bardzo dyskretnie wyrażane lub w ogóle nie występują. Niemniej konsekwencje tak rozumianej depresji mogą obejmować również podejmowanie zamachów autodestrukcyjnych. Tak rozumiane zaburzenie

zostało w 1981 r. opisane w *American Handbook of Psychiatry* (Lesse 1983, s. 456–475).

Depresja maskowana nie jest odrębną chorobą, tylko specyficznym obrazem klinicznym dobrze znanej i opisanej w klasyfikacjach choroby: depresji. Ze względu na różnorodność możliwych symptomów będących maskami depresyjnymi jest to zaburzenie niejednorodne. Dlatego trudno stworzyć listę objawów dostatecznie charakterystycznych i istotnych dla rozpoznania depresji maskowanej – listę, która mogłaby być podstawą do diagnozy. Ponieważ występujące objawy zazwyczaj nie są diagnostyczne, depresję maskowaną można rozpoznać, kierując się przede wszystkim wyczuciem i terapeutyczną intuicją. Jest to sprzeczne z naczelną zasadą diagnozowania choroby na podstawie tego, co obserwowalne (Modai, Bleich, Cygielman 1982, s. 235–240).

Wiele problemów stwarza termin „maskowana” – nie wiadomo bowiem, czy depresja jest zamaskowana dla terapeuty, czy także dla samego pacjenta. Innymi słowy, trudno stwierdzić, czy pacjent odczuwa smutek, ale nie okazuje go, czy też nie doznaje obniżenia nastroju. Sugeruje się, aby określenie „depresja maskowana” zachować jedynie dla tych przypadków, gdy pacjenci sami przed sobą nie przyznają się do swojej depresji (*ibid.*).

Mimo że wszyscy autorzy zgadzają się, iż depresja maskowana jest formą zaburzenia depresyjnego, to nie ma jednolitego poglądu, czy obraz ten może wystąpić w przebiegu każdej depresji, czy tylko niektórych. Rozróżnienie depresji na endogenne i psychogenne jest już nieaktualne, trwają natomiast dyskusje, czy depresja maskowana występuje w chorobie jedno- czy dwubiegunowej. Niektórzy badacze uważają, że jest to zaburzenie specyficzne dla depresji dwubiegunowej (Pużyński 1988), ale np. S. Lesse twierdzi, że wśród prawie 1500 przebadanych przez niego pacjentów z maskowaną depresją żaden nie cierpiał na psychozę dwubiegunową (Lesse 1983, s. 456). Większość autorów jest zdania, że depresja maskowana może występować w obydwu typach choroby afektywnej. S. Pużyński zalicza depresję maskowaną do łagodnych, S. Lesse – przeciwnie – uważa, że zwykle po „zdjęciu maski” okazuje się, że mamy do czynienia z poważną depresją. Depresja maskowana zazwyczaj zastępuje epizod depresyjny, choć może również być jego początkiem lub stanem zejściowym. Badania Lessego ujawniające jej chroniczny charakter mogą wskazywać na związek depresji maskowanej z dystymią (typem depresji przejawiającym się długotrwałym przebiegiem – kilka lat – przy objawach depresyjnych słabiej nasilonych niż w typowym epizodzie depresyjnym).

Wszystko wskazuje na to, że depresja maskowana jest pojęciem nieprecyzyjnym i trudnym do zdefiniowania. Określenie jej jako depresji, w której dominują objawy inne od zaburzeń nastroju, wydaje się niewystarczające – brak zgody wśród badaczy co do przyczyn, typowego przebiegu i rokowań; brak również jednoznacznie opisanych właściwości i cech charakterystycznych, a tym samym – powszechnie akceptowanych podstaw do rozpoznania jej (gdyż w DSM-IV, ICD-10 czy innych podręcznikach diagnostycznych nie znajdziemy takich wskazówek). Wobec wszystkich tych niejasności nasuwa się pytanie o sens wyróżniania tej jednostki, co do której naukowcy zgadzają się tylko w tym, że istnieje.

Większość problemów wynika z prób opisu tego zaburzenia w kategoriach występujących objawów. Depresja maskowana nie poddaje się diagnozie fenomenologicznej, w której chorobę stwierdza się na podstawie obserwacji pewnych charakterystycznych dla niej symptomów. Wydaje się, że najlepiej pojmować ją i opisywać w kategoriach diagnozy dynamicznej, skoncentrowanej na procesie. Diagnoza taka opiera się na rozpatrywaniu występujących symptomów w kontekście całego życia pacjenta, szukaniu ich indywidualnych przyczyn i uwarunkowań. W przypadku depresji maskowanej oznaczałoby to niedyrektywne poszukiwanie szczególnych cech osobowości, wydarzeń z przeszłości, skłonności rodzinnych lub innych czynników, które mogłyby u konkretnego pacjenta spowodować depresję, a także wpłynąć na „utajenie” jej przebiegu. Diagnoza taka zależy przede wszystkim od intuicji i wycucia terapeuty, a jej potwierdzeniem jest skuteczność terapii stosowanej zazwyczaj w przebiegu depresji (podobnie jak w przypadku diagnozy fenomenologicznej).

Chociaż brak jest jednoznacznych podstaw do rozpoznania depresji maskowanej, wielu badaczy tego tematu próbuje jednak tworzyć listy „objawów pomocniczych”, których zaobserwowanie (szczególnie u pacjenta z niejasnym obrazem chorobowym) mogłoby wskazywać, że mamy do czynienia z tym właśnie zaburzeniem. I tak na przykład Międzynarodowy Komitet do Spraw Profilaktyki i Leczenia Depresji zaleca zadawanie pacjentom w trakcie postępowania diagnostycznego pytań dotyczących (za: Bratkiewicz 2000, s. 53–70):

- utraty umiejętności odczuwania zadowolenia z życia,
- trudności w podejmowaniu nawet najprostszycy decyzji,
- utraty zainteresowań,
- tendencji do izolacji od otoczenia,

- rozmyślań o własnej bezużyteczności, pustce w życiu i bezsensowności życia.

W różnych pracach na ten temat można znaleźć inne wskazówki ułatwiające rozpoznanie depresji maskowanej, jak chociażby szczególny profil osobowości pacjenta czy pozytywną reakcję na leki antydepresyjne. Lesse stworzył nawet w tym celu specjalne narzędzie diagnostyczne – *Depression Checklist of Symptoms and Signs*, zawierające pytania dotyczące występowania nie tylko typowych objawów depresji, ale i np. zaburzeń psychosomatycznych, najczęściej maskujących depresję (Lesse 1983, s. 458). Wobec takiej różnorodności proponowanych wskaźników należy omówić te najczęściej wymieniane.

Do wskaźników takich należy zaliczyć anhedonię, czyli utratę zdolności odczuwania przyjemności, satysfakcji, które towarzyszą czynnościom lub przeżyciom dostarczającym zazwyczaj tych uczuć (Korzeniowski, Pużyński, red., 1986). Częsty objaw depresji (głównie endogennej) pojawia się również w nerwicach, schizofrenii, zaburzeniach osobowości, może także występować u „osób zdrowych”. Zapoznając się z tą definicją, nie trudno zauważyć, że pierwszy punkt z przytoczonej listy pytań zalecanych przez Międzynarodowy Komitet do Spraw Profilaktyki i Leczenia Depresji dotyczy właśnie anhedonii. Wielu badaczy uważa anhedonię za psychologiczny wskaźnik depresji, czyniąc jej obecność podstawą do diagnozy tej choroby. Na tym założeniu opiera się też wiele skal i narzędzi diagnostycznych, np. *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), gdzie pięć spośród siedmiu pytań dotyczy właśnie anhedonii, natomiast DSM-IV czyni anhedonię, obok utrzymującego się smutku, warunkiem koniecznym rozpoznania depresji. Jeśli poza utratą zdolności do odczuwania przyjemności występują również inne symptomy charakterystyczne dla depresji, jest to wystarczające do zaklasyfikowania objawów jako typowego obrazu klinicznego tej choroby – trudno więc w takim przypadku mówić o depresji maskowanej. Zdaniem S. Pużyńskiego w większości przypadków depresji maskowanej można zauważyć zanik zdolności do odczuwania przyjemności, choć objaw ten jest zazwyczaj bardzo dyskretnie wyrażony (Pużyński 1996).

Nie wydaje się, by można było uznać anhedonię za dobry wskaźnik depresji. Już z przytoczonej definicji wynika, że nie jest symptomem zarezerwowanym wyłącznie dla depresji. Aby ocenić przydatność tego objawu w diagnozie, P.H. Silverstone (1991, s. 249–250) przeprowadził nieskomplikowane badanie. Pacjenci z różnymi rozpoznaniem

psychiatrycznymi (z depresją, zaburzeniami lękowymi, psychozami, nadużywający lub uzależnieni od alkoholu, z zaburzeniami osobowości oraz innymi) zostali przebadani tą częścią HAD, która odnosi się do anhedonii. Chociaż (zgodnie z przewidywaniami) pacjenci chorzy na depresję uzyskali wysokie wyniki w tym teście, to jednak nie były one istotnie wyższe od wyników pacjentów z zaburzeniami osobowości, nadużywających alkoholu czy cierpiących na inne schorzenia psychiczne. Należy dodać, że chorzy z zaburzeniami lękowymi i psychozami również wykazali wysoki poziom anhedonii, choć nie tak wysoki jak chorzy z depresją. Wyniki tego badania wydają się sugerować, że anhedonia jest dość częstym i raczej słabo różnicującym objawem wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Stwierdzenie anhedonii u pacjenta może wskazywać na obecność depresji, ale i wielu innych zaburzeń. Dlatego przy stosowaniu tego kryterium w diagnozie należy zachować dużą ostrożność.

Depresja bywa maskowana przez różnego rodzaju zaburzenia somatyczne. W takich przypadkach podstawą do jej rozpoznania może być nietypowy przebieg owego schorzenia. Lesse uważa, że jeśli brak wielu podstawowych objawów w obrazie klinicznym, dolegliwości nie da się wytłumaczyć zmianami organicznymi, a pacjent nie reaguje na zwykle skuteczną w takich przypadkach formę terapii, to może to oznaczać, że mamy do czynienia z depresją maskowaną (Lesse 1983, s. 470).

Inne charakterystyczne objawy to przesadne skupianie się na swojej chorobie, długa historia leczenia u lekarzy najróżniejszych specjalności, sceptyczny, niechętny lub wręcz wrogi stosunek do terapeuty (Katon, Berg, Robins, Risse 1986, s. 564–568). Wszystkie te symptomy są bardzo ważne w diagnozie, gdyż zwracają uwagę na psychiczne tło zaburzenia. Nie jest natomiast możliwe rozróżnienie na ich podstawie depresji maskowanej od np. konwersyjnego zaburzenia histerycznego.

Biologicznym wskaźnikiem depresji jest wysoki wynik w DST, czyli teście supresji deksametazonem.

Aby zrozumieć powody stosowania DST do wykrycia depresji, należy wyjaśnić biologiczne podłoże tej choroby. W mózgu chorych na depresję badacze zaobserwowali pewne zmiany związane z wydzielaniem neuroprzekaźników – związków chemicznych przewodzących impulsy między komórkami nerwowymi. Zwykle jest to niedobór dwóch związków z grupy monoamin: serotoniny i noradrenaliny. Obie te substancje są regulatorami działalności układu: podwzgórze–przysadka–nadnercza, odpowiedzialnego za

kontrolę wydzielania hormonów. Jednym z hormonów kontrolowanych przez ten system jest kortyzol, zwany hormonem stresu, gdyż jego wydzielanie ma związek z wyczerpującymi dla organizmu sytuacjami. Gdy w mózgu maleje poziom serotoniny czy noradrenaliny, układ ten zaczyna przejawiać nadczynność, czego rezultatem są zaburzenia w sekrecji hormonów, w tym również kortyzolu. DST jest właśnie badaniem poziomu kortyzolu. Jeśli poziom ten odbiega od normy, można przypuszczać, że u pacjenta występuje niedobór monoamin. Związek między obniżeniem poziomu monoamin (szacowanym na podstawie wyniku DST) a zaburzeniem depresyjnym został wielokrotnie potwierdzony (Maes, De Ruyter, Hobin, Suy 1986, s. 165–172). Należy jednak pamiętać, że ma on charakter tylko korelacyjny – nie wiadomo, czy zmiany w wydzielaniu neuroprzekaźników są przyczyną czy wynikiem depresji.

W literaturze klinicznej występują opisy wielu innych – oprócz obniżenia na stroju i anhedonii – objawów charakterystycznych dla depresji. Według DSM-IV do rozpoznania depresji konieczne jest stwierdzenie występowania – poza jednym z jej objawów osiowych – także co najmniej czterech z wymienionych symptomów:

- znaczące zmiany apetytu lub wagi chorego (wzrost lub ubytek przynajmniej o 5%),
- zaburzenia snu, bezsenność lub nadmierna senność,
- podniecenie lub zahamowanie psychoruchowe,
- zmęczenie lub utrata energii,
- niska samoocena lub poczucie winy,
- problemy z koncentracją lub trudności w podjęciu decyzji,
- myśli o śmierci albo wyobrażenia samobójcze.

Niektórzy autorzy wymieniają jeszcze np. poczucie beznadziejności, unikanie kontaktów towarzyskich, skłonność do płaczu czy nawet postawę ciała z opadającymi ramionami (Schelde 1998, s. 133–140). Oczywiście objawy te nie są zarezerwowane tylko dla depresji, ale im większa ich liczba występuje u pacjenta, z tym większą pewnością można spodziewać się zespołu depresyjnego.

Dość często depresja może być maskowana zaburzeniami psychicznymi i zachowania. Chociaż prawdopodobnie najwięcej jest przypadków depresji maskowanej zaburzeniami somatycznymi i zakłóceniami rytmów biologicznych, zdarzają się również przypadki „masek” związanych ze zmianami w zachowaniu. Wśród nich wyróżnia się zachowania antysocjalne, zaburzenia zachowań seksualnych, kompulsywne

uprawianie hazardu, skłonność do wybuchów gniewu, zachowania destrukcyjne, sadystyczne lub masochistyczne, kompulsywne jedzenie, kompulsywne wzorce pracy (czyli potocznie pracoholizm), skłonność do powodowania wypadków, historyczne manifestacje czy wręcz zachowania samobójcze (Lesse 1974, s. 352–361).

Kolejną formą depresji maskowanej zaburzeniami zachowania jest uzależnienie od różnych związków chemicznych. Badania wykazują, że u nastolatków z poważnym zaburzeniem depresyjnym nadużywanie substancji jest znacznie częściej diagnozowane niż w grupie bez depresji – 48,3% w porównaniu do 17,0% (King, Naylor, Hill, Shain, Greden 1993, s. 210–212). U chorych na depresję, a szczególnie trudną do rozpoznania (a tym samym rzadko leczoną) depresję maskowaną, zażywanie tych substancji może stanowić również próby „samoleczenia” – uzależnienia od różnych substancji można więc traktować jako konsekwencje stanu depresyjnego. Środkiem najczęściej nadużywanym przez dorastających i dorosłych pacjentów depresyjnych jest alkohol – prawdopodobnie ze względu na największą dostępność. Lesse (ibid.) podkreśla przy tym, że alkoholizm zwiększa ryzyko popełnienia samobójstwa, a stan upojenia alkoholowego nasila skłonności autodestrukcyjne.

Jedną z najciekawszych opisywanych „masek depresyjnych” jest schizofrenia paranoidalna. Jest to koncepcja o tyle nietypowa, że zazwyczaj obie choroby są traktowane jako oddzielne i wykluczające się – wyjątkiem jest tajemnicza psychoza schizoafektywna (Zigler, Glick 1998, s. 284–290), łącząca cechy schizofrenii i chorób afektywnych. Autorzy tej koncepcji, E. Zigler i M. Glick, powołują się na kliniczne opisy schizofrenii paranoidalnej, z których wynika, że przebieg tego zaburzenia ma więcej cech wspólnych z przebiegiem depresji niż schizofrenii. Na tej podstawie postulują, aby schizofrenię paranoidalną, a przynajmniej niektóre jej formy, uznać za rodzaj maskowanej depresji. Typowe paranoiczne urojenia prześladowcze, ksobne lub wielkościowe, miałyby być rodzajem obrony związanej z wyprojektowaniem poczucia własnej „marności” i „nieodpowiedniości” na świat zewnętrzny oraz nadkompensacji w postaci przekonania o swojej wyjątkowości. Autorzy wskazują, że u podstaw tych objawów leży typowe dla depresji zaabsorbowanie negatywnymi stronami własnej osoby. Poza tym na związki schizofrenii paranoidalnej z depresją wskazuje dość powszechne występowanie obu tych chorób – częstsze niż innych rodzajów schizofrenii.

Ostatnia z koncepcji dotyczy depresji dwubiegunowej. Dla jej przebiegu charakterystyczne jest

występowanie epizodów depresji na przemian z okresami manii. Mania charakteryzowana jest jako stan podwyższonego, euforycznego i ekspansywnego nastroju, nadaktywności psychomotorycznej oraz czasem urojeń wielkościowych (Rosenhan, Seligman 1994). Aczkolwiek z tego opisu wyłania się obraz całkowitego przeciwieństwa depresji, to jednak w pracy D. Rosenhana i M. Seligmana wyraźnie podkreśla się, że osoby maniakalne, nawet w stanach podniecenia, są w dziwny sposób bliskie łez, a sfrustrowane mogą nawet wybuchnąć płaczem. To jeden z powodów skłaniający do przypuszczenia, że mania nie jest tylko przeciwieństwem depresji oraz że mogą one występować łącznie. Autorzy wskazują również, że osoby w stanie manii ujawniają więcej bezradności i skłonności samobójczych niż reszta populacji. To doprowadziło do stwierdzenia, że mania tylko maskuje depresję – jest rodzajem psychologicznej obrony przed uczuciami smutku i beznadziei (ibid.).

Inne częste zaburzenia psychiczne będące podłożem zachowań samobójczych to arterioskleroza, psychozy starcze i psychoneurozy. Niektóre zaburzenia osobowości powszechnie spotykane w statystykach samobójstw to osobowości historyczne, „antyspołeczne” i kompulsywne. Stwierdzono, że kompleksowość powiązań między zaburzeniami psychicznymi a samobójstwami wynika z faktu, iż oba zjawiska są zdeterminowane przez ten sam rodzaj przyczyn społecznych, psychologicznych i biologicznych doprowadzających u pewnych jednostek do samobójstwa, a u innych do choroby psychicznej.

W wielu państwach badano populację szpitali psychiatrycznych. N.L. Farberow i współpracownicy stwierdzili, że wskaźniki samobójstw w szpitalach neuropsychiatrycznych są około 12 razy wyższe od wskaźników w szpitalach miejskich i od ogólnych wskaźników samobójstw (Farberow, Ganzler, Cutter, Reynolds 1971). Samobójcy pacjenci szpitali neuropsychiatrycznych są młodsi i najczęściej popełniają samobójstwa po opuszczeniu szpitala. Badania przeprowadzone przez B. Rosman wykazały, że w 50% przypadków śmierć samobójcza nastąpiła w ciągu trzech miesięcy od ostatniego kontaktu ze szpitalem psychiatrycznym (Rosman 1973, s. 55–56).

Współczynniki samobójstw w populacji chorych na schizofrenię są niepokojąco wysokie. Wielu autorów uważa samobójstwo za główną przyczynę przedwczesnej śmierci wśród tych pacjentów, ponieważ 10–13% z nich popełnia samobójstwo. Najnowsze badania umieszczają ryzyko samobójstwa u chorych na schizofrenię na tym samym poziomie co u pacjentów

z zaburzeniami afektywnymi (Caldwell, Gottesman 1990, s. 571–589).

Wyniki jednego z najnowszych międzynarodowych badań wykazały, że chory na schizofrenię z grupy najwyższego ryzyka popełniający samobójstwo to młody mężczyzna o białym kolorze skóry, kawaler, z dobrym funkcjonowaniem przedchorobowym, popsychotyczną depresją, historią nadużywania substancji psychoaktywnych i prób samobójczych. Dla chorych na schizofrenię zidentyfikowano następujące czynniki ryzyka popełnienia samobójstwa: poczucie beznadziejności, społeczna izolacja, hospitalizacja, pogorszenie stanu zdrowia po wysokim poziomie funkcjonowania przedchorobowego, niedawno doświadczona utrata lub odrzucenie, ograniczone wsparcie zewnętrzne oraz stres związany z rodziną lub jej niestabilność (Pompili i in. 2007, s. 6–10; Tsigotis, Gruszczyński 2008, s. 30; Makara-Studzińska, Koślak 2008, s. 37–41).

Obszerne badania na temat związków samobójstwa ze schizofrenią przeprowadzili P. Niskanen, J. Lonnquist i K. Achte (1973, s. 223–227). Spośród 1500 samobójców w Helsinkach w latach 1956–1965 około 8% było wcześniej leczonych w szpitalach psychiatrycznych z powodu schizofrenii. Schizofrenicy obserwowani przez 5–15 lat wykazywali tendencje samobójcze w 42%.

Wiele badań dotyczyło zagadnienia alkoholizmu w połączeniu z depresją. Są to przede wszystkim badania P.W. Goodwina (1973, s. 144–156). Wśród alkoholików samobójstwa są znacznie częstsze niż wśród całej populacji. Samobójstwo wśród alkoholików wydaje się reakcją na utratę statusu, stanowiska czy pracy oraz zerwanie więzów z innymi ludźmi. Około 25% wszystkich ofiar (alkoholików i niealkoholików) pije alkohol bezpośrednio przed śmiercią.

Obszerłą pracą poświęconą epidemiologii samobójstw w powiązaniu z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi opublikowali M. Kramer i jego współpracownicy (Kramer, Pollack, Redick, Locker 1972).

Czynnikiem suicydogennym jest także transseksualizm, który można traktować jako dewiację seksualną polegającą na rozbieżności między poczuciem psychicznym płci, morfologiczno-biologiczną budową ciała a płcią socjalną, metrykalną, o której zdecydowali rodzice po urodzeniu dziecka. Jest to stanowisko powszechnie przyjęte w seksuologii. Warto przestrzec przed dokonywaniem ocen wartościujących z powodu użycia określenia „dewiacja seksualna”, z którym to terminem kojarzyć się mogą oceny negatywne. Tego rodzaju dewiacja seksualna jest silnie związana z cierpieniem jednostki, trudnym do opisanie silnie

przeżywanym nieszczęściem, gdyż transseksualista czuje się mężczyzną uwięzionym w ciele kobiety albo odwrotnie. Jego poczucie cierpienia potęgowane jest przeżywaną odrazą do posiadanego ciała należącego do innej płci. Jego pragnienie posiadania ciała zgodnego z płcią przeżywaną psychicznie, a także akceptacji społecznej w tej roli, nie może być zrealizowane bez skomplikowanych zabiegów chirurgicznych, na które mogą sobie pozwolić tylko nieliczni, a ich wyniki nie zawsze są skuteczne.

Etiologia omawianego zjawiska, jak dotąd, nie jest w pełni wyjaśniona (Dulko 1985). W latach 80. i 90. XX w. intensywnie badano biologiczne aspekty etiopatologii transseksualizmu ze szczególnym zwróceniem uwagi na czynniki genetyczne i endokrynologiczne: na geny chromosomu płciowego z próbą ustalenia translokacji „genów męskich” i chromosomu płciowego – żeńskiego X. Poglądy badaczy na wyniki tych badań są zróżnicowane i oscylują między stanowiskami podkreślającymi istotny wpływ czynników biologicznych z jednej strony i środowiskowych z drugiej. Przeważa jednak pogląd, że oba czynniki występujące w skumulowanej postaci są decydujące (Imieliński 1990).

Wśród determinant sytuacji suicydogennych podanych badaniom 18 transseksualistów wykryto takie, które są związane z: relacjami interpersonalnymi w środowisku rodzinnym; rolą partnera życiowego; stosunkami interpersonalnymi pozarodzinnymi w różnych grupach społecznych; procesami leczenia zaburzeń transseksualnych; nastawieniem do życia; stanami odczuwania braku identyfikacji i roli płciowej (Bielcki 1994).

Wielu suicydologów jest zgodnych co do tego, że brak integracji członków środowiska rodzinnego w konkretnych przypadkach egzystencji potencjalnego samobójcy jest elementem współtworzącym sytuację drastycznie trudną. W przeprowadzonych badaniach stwierdzono, że ponad 55% badanych pochodziło z rodzin, w których występowały jawne, nieraz brutalne konflikty między rodzicami: awantury, chłód uczuciowy i wzajemna obcość. W 83,3% rodzin stwierdzono występowanie konfliktów między rodzicami i ich dziećmi dotkniętymi transseksualizmem, wśród których 22% nadużywało alkoholu. Środowisko rodzinne badanych transseksualistów jest zatem w znacznym stopniu zdeintegrowane, co powoduje, że jest ono pozbawione ważnego czynnika hamującego rozwój myśli samobójczych.

O braku integracji z grupą jako czynnikiem suicydogennym pisał przed laty É. Durkheim, który w swej etiologiczno-morfologicznej klasyfikacji samobójstw

wyróżnił samobójstwo egoistyczne bądź altruistyczne, oparte na zbyt słabej lub silnej integracji jednostki z grupą. Wiele późniejszych badań problematyki etiologii samobójstw w pewnym zakresie poglądy Durkheima potwierdzało.

Około 10% badanych twierdziło, że fakt transseksualizmu członkowie ich rodzin czynili przedmiotem ośmieszania i wyszydzania, zmuszali do noszenia stroju odpowiedniego do płci somatycznej, naruszali tajemnicę korespondencji i utrudniali leczenie. Tego rodzaju sytuacje były źródłem silnego pobudzenia emocjonalnego, przyczyniały się do zaburzeń oceny sytuacji, która w subiektywnej percepcji stawała się drastycznie trudna, której rozładowania badani szukali w aktywności autoagresywnej, często nagłej, niepoohamowanej. Brak akceptacji i chęci zrozumienia problemu ze strony rodziców potęgowało u badanych poczucie osamotnienia, wyobcowania w grupie pierwotnej – w rodzinie, gdzie więzi emocjonalne powinny być najważniejszym czynnikiem inhibicyjnym. Te uwarunkowania psychospołeczne kształtują doznania żalu, pokrzywdzenia przez los, a w konsekwencji przekonanie o braku możliwości zmiany sytuacji i bezsensowności dalszej egzystencji.

W związku z zaburzonymi relacjami interpersonalnymi w rodzinie szczególny wymiar ma problem poczucia osamotnienia badanych transseksualistów. Ten stan osamotnienia jest szczególnie ważny, może być traktowany jako istotny czynnik ogólnego syndromu sytuacji suicydogennej. Z jednej strony transseksualiści wykazują swoiste przeszkody z doбором partnera, a z drugiej – trudności w pełnieniu roli zgodnej z płcią metrykalną.

Z badań wynika, że w chwili podjęcia próby samobójczej w życiu 83% badanych nie stwierdzono obecności osoby bliskiej, a więc partnera. Z wywiadów bezpośrednich wynika, że dla badanych transseksualistów brak partnera stanowi poważny problem. Dla 44% badanych jego posiadanie ma zasadnicze znaczenie, a dla 55% duże. Z posiadaniem partnera wiążą oni nadzieję na rozpoczęcie normalnego życia. Oczekują od partnera zrozumienia, wspólnego rozwiązywania problemów życiowych, szacunku i uzyskania poczucia bezpieczeństwa, a w dalszej perspektywie małżeństwa i realizacji celów normalnej rodziny.

W zasadzie wyróżnia się dwie zasadnicze przyczyny samotności transseksualistów: pierwsza ma związek z wysokim poziomem lęku przed odrzuceniem przez oczekiwanego partnera, co w konkretnych przypadkach wiąże się ze złymi dotychczasowymi doświadczeniami, jakie wynosili z interakcji społecznych; druga ma swe źródło w otoczeniu badanych.

Wymienione czynniki kształtują bierną postawę w nawiązywaniu kontaktów z ludźmi oraz prowadzą do nieadekwatnej, bo zaniżonej samooceny. W ten sposób syndrom osamotnienia transseksualisty ulega pogłębieniu, prowadząc do postrzegania własnej sytuacji jako drastycznie trudnej. Myśli samobójcze mogą się rodzić tylko w takiej sytuacji, której nie można zmienić. W badanej zbiorowości stwierdzono trzy przypadki targnięcia się na życie z powodu nagłego odejścia partnera. Można przyjąć, że te próby samobójcze stanowią reakcję nieprzystosowawczą do nowych warunków po porzuceniu przez partnera.

Transseksualiści wewnątrznie czują się samotni, wyalienowani. Żyją pełni obaw o popadnięcie w konflikty z osobami bliskimi, przy czym są bardzo wyczuleni na opinię innych ludzi z tej samej lub pobliskiej grupy społecznej. W przypadku braku poczucia przynależności osobom tym towarzyszy poczucie braku akceptacji i nietolerancji ze strony innych ludzi. Prowadzi to do potęgowania się poczucia osamotnienia i izolacji społecznej. Kontakty z innymi ludźmi realizują się w walce ze stereotypami oraz w walce o prawo do odmiennego sposobu życia. Tak odbiera kontakty interpersonalne ok. 70% badanych. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest poczucie niższości i bezsilności. Zaznacza się więc w tych przypadkach wyraźnie brak zaspokojenia potrzeby szacunku i akceptacji społecznej.

Jak stwierdza C. Cekiera, niezaspokojenie tej potrzeby szacunku i akceptacji stanowi jeden z głównych czynników wzbudzających motyw usiłowania samobójstwa (Cekiera 1975). Brak szacunku wobec usiłujących popełnić samobójstwo transseksualistów będących przedmiotem badań miał swoje przejawy w towarzyskich sensacyjnych plotkach, lekceważeniu i śmiechu, a nawet okazywaniu pogardy. Przejawy takich zachowań bezpośredniego otoczenia boleśnie odczuwało ok. 94% badanych. Być może transseksualiści są szczególnie wyczuleni, może nawet przeczuleni na przejawy nietolerancji otoczenia. Zachowania otoczenia raniące godność i ambicję badanych stwarzały szczególnie trudną dla nich sytuację, brzemienną w czynniki o silnym działaniu traumatyzującym. U ok. 40% badanych stwierdzono ewolucję nasilających się myśli samobójczych, u podłoża których leżały omawiane sytuacje konfliktowe i brak integracji z grupą.

U transseksualistów, którzy poddali się zabiegowi korekcyjnemu, stwierdzano na pewnym etapie życia nadmierne i nierealne oczekiwania z tym związane. Świadomość nierealności oczekiwań w końcowym etapie była tragiczna i kończyła się próbą samobójczą. Wyidealizowane oczekiwania odnośnie do

przyszłego wyglądu po zabiegu korekcyjnym, sprawności fizycznej i w ogóle poprawy powodzenia życiowego powodują w zetknięciu z rzeczywistością poczucie głębokiego rozczarowania i odczuwanie totalnie negatywnej oceny własnej wartości. Stan taki prowadzi do stopniowego zaniku afirmacji własnego życia, który to czynnik w sytuacji drastycznej opresji życiowej jest zdecydowanie suicydogenny. Świadczą o tym wyniki wywiadów przeprowadzonych z badanymi – przekonanie o niemożności zmiany płci wyraziło 40% badanych, a utratę perspektyw życiowych przewidywało 55%. 50% badanych stwierdziło, że boleśnie przeżywa wzmagające się stany odczuwania braku identyfikacji płciowej i roli płciowej. Czynniki te współtworzą sytuacje suicydogenne. 55% badanych usiłowało popełnić samobójstwo w związku z przedstawionymi problemami.

Można wyróżnić trzy sposoby reagowania transseksualistów na trudności życiowe. Pierwszy sposób, zadeklarowany przez 16% badanych, polega na przyjęciu pozytywnej, aktywnej postawy wobec trudności życiowych związanych z transseksualizmem. Drugi sposób, reprezentowany przez 80% badanych, wyraża się w bierności w stosunku do trudności życiowych. Bierność może się przejawiać m.in. w ucieczce w świat marzeń, przygnębieniu, ucieczce w świat narkotyków, alkoholu oraz innych środków odurzających. Często reakcje kumulują się, przy czym osoby te nierzadko wykazują skłonności autoagresywne. W badanej

zbiorowości stwierdzono 60% osób, które ponowiły próby samobójcze, chociaż w rozmowie bezpośredniej 50% z nich akt autoagresji oceniło jako znaczący błąd.

Wśród zastosowanych środków realizacji czynów autoagresywnych dominowały raczej tzw. miękkie środki w postaci otrucia gazem (28%) i tabletkami (44%). Bardziej drastyczne środki, np. skok z wysokości czy podcięcie żył, odnotowano w mniejszej liczbie przypadków, odpowiednio 8% i 12%. Fakty te mogą świadczyć o tym, że samobójstwa popełniane przez transseksualistów mają raczej charakter „wołania o pomoc”, skierowanego wobec najbliższego otoczenia, niż pełnego determinacji aktu autodestrukcji.

Suicydologia, czerpiąca doświadczenia z psychiatrii, jak też odwołująca się do psychiatrycznych interpretacji samounicestwienia, boryka się z problemem pełnego wykorzystania tych doświadczeń. Dzieje się tak m.in. dlatego, że brakuje wspólnego aparatu słowno-pojęciowego, a także typologii i schematów wyjaśniających, które mogłyby posłużyć specjalistom z różnych dziedzin zajmującym się problematyką samobójstw do dokonywania syntez. Wciąż często mówi się o psychiatrycznym, psychologicznym bądź socjokulturowym aspekcie samobójstw. W istocie nie są to aspekty, lecz zadania dyscyplin zajmujących się m.in. zjawiskiem samobójstwa.

Wymienione przykłady interpretacji samobójstw dokonywanej przez psychiatrię ilustrują, jak różnorodne są poglądy na omawiane zagadnienie.

Literatura

- Asuni T. (1962), *Suicide in Western Nigeria*, „British Medical Journal”, vol. 2.
- Beręsewicz M. i in. (1986), *Przyczyny zgonu osób z rozpoznaniem chorób afektywnych*, „Psychiatria Polska”, nr 20.
- Bartel J. (1910), *Zur Pathologischen Anatomie des Selbstmordes*, „Wiener Klinische Wochenschrift”, vol. 23.
- Bratkiewicz A. (2000), *Depresja bez depresji – o depresji maskowanej*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 2.
- Bielcki E. (1994), *Transseksualizm jako czynnik współtworzący sytuację suicydogenną*, w: S. Kawula, H. Machel (red.), *Młódzież a współczesne dewiacje i patologie społeczne*, Gdańsk–Toruń.
- Brdyk L., Berglund M. (1993), *Risk factors for suicide in melancholia*, „Acta Psychiatrica Scandinavica”, vol. 87.
- Brosch A. (1909), *Die Selbstmörder. Mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Selbstmörder und ihrer Obduktionsbefunde*, Leipzig.
- Bunney W.J., Fawcett A.A. (1968), *Biochemical research in depression and suicide*, w: H. Resnik (red.), *Suicidal Behaviors: Diagnosis and Management*, Boston.
- Caldwell C.B., Gottesman I.I. (1990), *Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide*, „Schizophrenia Bulletin”, vol. 16.
- Cekiera C. (1975), *Etiologia i motywacja usiłowanych samobójstw. Studium psychologiczne*, Warszawa.
- Dulko S. (1985), *Wprowadzenie do klasyfikacji transseksualizmu*, w: *Pamiętnik I Konferencji Seksuologów*, Warszawa.
- Ettlinger R. (1955), *Attempted suicide: experience of five hundred cases at a general hospital*, „Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica”, vol. 103.
- Farberow N.L. (1976), *Research in suicide. 1971–1972. A review*, „Psychiatria Fennica. Supplementum”.
- Farberow N.L., S. Ganzler, F. Cutter, D. Reynolds M. (1971), *An eight year survey of hospital suicides*, „Life-Threatening Behavior”, vol. 1(3).
- Franck S. (1930), *Der physiologische Selbstmord*, „Aerztliche Sachverst Zeitung”.
- Freud S. (1920), *Jenseits des Lustprinzips*, Vienna; wyd. polskie Z. Freud (1976), *Poza zasadą przyjemności*, Warszawa.
- Goodwin P.W. (1973), *Alcohol in homicide and suicide*, „Quarterly Journal of Studies on Alcohol”, vol. 34.
- Grzywo-Dąbrowski W., Manczarski S. (1934), *Samobójstwo w Polsce w 1931 r.*, „Czasopismo Sądowo-Lekarskie”, nr 1.
- Heller A. (1900), *Zur Lehre vom Selbstmorde nach 300 Sektionen*, „Münchener Medizinische Wochenschrift”, vol. 47.
- Hołyst B. (2012), *Suicydologia*, wyd. II, Warszawa.

- Horney K. (1950), *Neurosis and Human Growth*, New York.
- Imieliński K. (1990), *Seksiatria*, Warszawa.
- James N., Chapman C.J. (1975), *A genetic study of bipolar affective disorder*, „British Journal of Psychiatry”, vol. 126.
- Katon W., Berg A.O., Robins A.J., Risse S. (1986), *Depression – medical utilization and somatization*, „Western Journal of Medicine”, vol. 144.
- Kępiński A. (1973), *Rytm życia*, Kraków.
- Kieihoz W., Poldinger W. (1975), *Pharmacotherapy of endogenous depression*, „Comprehensive Psychiatry”, vol. 9.
- King C.A., Naylor M.W., Hill E.M., Shain B.N., Greden J.F. (1993), *Dysthymia characteristics of heavy alcohol use in depressed adolescents*, „Biological Psychiatry”, vol. 33.
- Korzeniowski L. (1965), *Zarys psychiatrii. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa
- Korzeniowski R., Pużyński S., red. (1986), *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*, Warszawa.
- Kraepelin E. (1921), *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*, Edinburgh.
- Kramer M., Pollack E., Redick R., Locker B. (1972), *Mental Disorders: Suicide*, Cambridge.
- Lesse S. (1974), *Depression masked acting-out behavior patterns*, „American Journal of Psychotherapy”, vol. 28.
- Lesse S. (1983), *The masked depression syndrome – results of seventeen-year clinical study*, „American Journal of Psychiatry”, vol. 37.
- Leonard V.C. (1973), *Self-ratings of alienation in suicidal patients*, „Journal of Clinical Psychology”, vol. 29(4).
- Leonard V.C. (1974), *Depression and suicidality*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, vol. 42(1).
- Maes M., De Ruyter M., Hobin P., Suy E. (1986), *Repeated dexamethasone suppression test in depressed patients*, „Journal of Affective Disorders”, vol. 11.
- Makara-Studzińska M., Koślak A. (2008), *Depresja i poczucie beznadziejności a zachowania samobójcze wśród chorych na schizofrenię. Przegląd literatury*, „Suicydologia”, t. IV.
- Milovanović M. (1927), *Selbstmord bei Paralyse*, „Deutsche Zeitschrift für die Gesamte Gerichtliche Medizin”, vol. 10.
- Modai I., Bleich A., Cygielman G. (1982), *Masked depression – an ambiguous entity*, „Psychotherapy and Psychosomatics”, vol. 37.
- Niskanen P., Lonnquist J., Achte K. (1973), *Schizophrenia and suicides*, „Psychiatria Fennica”, vol. 5.
- Ollendorf K. (1905), *Krankheit und Selbstmord*, Grefswald.
- Oquendo M.A., Malone K.M., Mann J.J. (1997), *Suicide: Risk factors and prevention in refractory major depression*, „Depression and Anxiety”, vol. 5.
- Pfeifer H. (1912), *Über den Selbstmord*, Jena.
- Pitts F., Winokur G. (1966), *Affective disorders – VII: Alcoholism and affective disorder*, „Journal of Psychiatric Research”, vol. 4.
- Placzek S. (1915), *Selbstmordverdacht und Selbstmordyerhülung*, Leipzig.
- Pląskowski R. (1884), *Psychiatria*, z. II, Warszawa.
- Pokorny A.D. (1968), *Myth about suicide*, w: H. Resnik (red.), *Suicidal Behaviors*, Boston.
- Poldinger W.J. (1972), *Suicidal tendencies. Anxiety and depression*, w: P. Kieihoz (red.), *Depressive Illness. Diagnosis, Assessment*, Baltimore.
- Pompili M. i in. (2007), *Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future*, „Annals of General Psychiatry”, vol. 16.
- Pużyński S. (1988), *Depresje*, Warszawa.
- Pużyński S. (1996), *Przewodnik dla lekarza*, Warszawa.
- Pużyński S. (1997), *Samobójstwa i depresje*, „Lęk i Depresja”, nr 2.
- Ringel E. (1961), *Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem unter besonderer Berücksichtigung prophylaktischer Gesichtspunkte*, Vienna.
- Ringel E. (1969), *Selbstmordverhütung*, Bern–Stuttgart–Vienna.
- Ringel E. (1973), *The pre-suicidal syndrome*, „Psychiatria Fennica”, vol. 4.
- Robins E., Murphy G.E., Wilkinson R.H., Gassner S., Keyes J. (1959), *Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides*, „American Journal of Public Health”, vol. 49.
- Rosenhan D., Seligman M. (1994), *Psychopatologia*, Warszawa.
- Roy A., *Suicide*, w: H.J. Kaplan, B.J. Sadock, red (1995), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, t. II, Baltimore.
- Schackwitz A. (1927), *Selbstmordursachen*, „Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin”, vol. 10.
- Schelde J.T. (1998), *Major depression: behavioral markers of depression and recovery*, „Journal of Nervous and Mental Disease”, vol. 186.
- Silverstone P.H. (1991), *Is anhedonia a good measure of depression?*, „Acta Psychiatrica Scandinavica”, vol. 83.
- Singalewicz S. (1913), *Samobójstwo w oświetleniu zmian anatomopatologicznych*, Lwów.
- Speijer N. (1970), *Hat zwifmoordvraagstuk oen samenvatted overzicht de verschillende aspecten van de zelfmord*, Arnhem 1970, recenzja: „Znak”, nr 4.
- Stengel E. (1973), *Suicide and Attempted Suicide*, Middlesex.
- Taylor S.J., Kingdom D., Jenkins R. (1997), *How are nations trying to prevent suicide?*, „Acta Psychiatrica Scandinavica”, vol. 91.
- Tsirigotis K., Gruszczyński W. (2008), *Zachowania autodestrukcyjne u chorych z rozpoznaniem schizofrenii*, „Suicydologia”, t. IV.
- Wetzel R.D. (1976), *Hopelessness, depression and suicide intent*, „Archives of General Psychiatry”, vol. 33.
- WHO (1968), *Prevention of suicide*, Geneva.
- Zigler E., Glick M. (1998), *Is paranoid schizophrenia really camouflaged depression?*, „American Psychologist”, vol. 43.

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

Zainteresowania psychiatrii samobójstwem

Streszczenie

Niektóre zaburzenia osobowości powszechnie spotykane w statystykach samobójstw to osobowości histeryczne, „antyspołeczne” i kompulsywne. Stwierdzono, że kompleksowość powiązań między zaburzeniami psychicznymi a samobójstwami wynika z faktu, iż oba zjawiska są zdeterminowane przez ten sam rodzaj przyczyn społecznych, psychologicznych i biologicznych doprowadzających u pewnych jednostek do samobójstwa, a u innych do choroby psychicznej. Samobójstwo jest uważane za główną przyczynę przedwczesnych zgonów schizofreników, ponieważ 10–13% z nich popełnia samobójstwo.

Czynnikiem suicydogenym jest także transseksualizm, który można traktować jako dewiację seksualną polegającą na rozbieżności między poczuciem psychicznym płci, morfologiczno-biologiczną budową ciała a płcią socjalną, metrykalną, o której zdecydowali rodzice po urodzeniu dziecka. Jest to stanowisko powszechnie przyjęte w seksuologii.

Suicydologia, czerpiąca doświadczenia z psychiatrii, jak też odwołująca się do psychiatrycznych interpretacji samouniceśnienia, boryka się z problemem pełnego wykorzystania tych doświadczeń. Dzieje się tak m.in. dlatego, że brakuje wspólnego aparatu słowno-pojęciowego, a także typologii i schematów wyjaśniających, które mogłyby posłużyć specjalistom z różnych dziedzin zajmującym się problematyką samobójstw do dokonywania syntez. Wciąż często mówi się o psychiatrycznym, psychologicznym bądź socjokulturowym aspekcie samobójstw. W istocie nie są to aspekty, lecz zadania dyscyplin zajmujących się m.in. zjawiskiem samobójstwa.

Słowa kluczowe: depresja, zaburzenie osobowości, próby samobójcze, organiczne podłoże samobójstw, choroby afektywne, transseksualizm.

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

Psychiatry interest in suicide

Summary

Depressions, especially the type of endogenous depression, are diseases which go hand in hand with the increased risk of suicides committed during progression of the disease as well as between its recurrences.

Other frequent psychiatric disorders, being the origin of suicidal behaviors are: arteriosclerosis, senile psychosis and psychoneurosis. Certain personality disorders seen commonly in suicide statistics are: hysterical personality disorder, antisocial personality disorder and compulsive disorder. Suicide rates in the population of suffering from schizophrenia are alarmingly high. Suicide is considered to be the main cause of premature death in schizophrenics because 10–13% of them commit suicides. The latest research places the risk of suicide in schizophrenics on the same level as in patients with affective disorders. Transsexualism is also regarded as a suicidogenic factor. It is widely assumed in sexology that transsexualism describes the condition in which an individual identifies with the gender inconsistent or not culturally associated with their assigned sex, i.e. a person's assigned sex conflicts with their psychological gender.

Suicidology drawing on the experience of psychiatry, and referring to psychiatric interpretations of taking one's own life, battles with the problem of making good use of the experience for want of a joint device of words and notions, typology and explanatory diagrams that might help specialists from various fields, addressing issues of suicides, make syntheses. Psychiatric, psychological or socio-cultural aspects of suicides are still discussed. Actually they are not aspects, but tasks of the disciplines addressing, among others, the suicide phenomenon.

Key words: depressions, personality disorders, suicide attempt, organic basis of suicide, affective disorders, transsexualism.

Dr hab. Adam Czabański

Katedra Nauk Społecznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Granice suicydologii w polityce – samobójstwa na tle politycznym

Władza jest jak narkotyk, czasami też zabija

Closterkeller

Wstęp • Samobójstwo na tle politycznym jako wyjście honorowe • Samobójstwo jako protest polityczny • Propaganda państwowa wobec osób popełniających samobójstwo w proteście politycznym • Samobójstwo czy mistyfikacja? „Samobójstwa” dysydentów politycznych • Wnioski końcowe

Wstęp

Istotą polityki jest podejmowanie walki o zdobycie lub utrzymanie władzy. Władza zaś definiowana bywa jako możliwość wywoływania zmian. Tu trzeba dodać, że chodzi o wywoływanie zmian ukierunkowanych, zgodnych z wolą rządzącego. Podczas zawilego procesu sprawowania rządów zazwyczaj dochodzi do ścierania się z siłami opozycyjnymi i jest to prawdopodobnie jeden z powszechników kulturowych. W każdej cywilizacji ujawnia się prędzej czy później, w mniej lub bardziej radykalny sposób ów opór wobec elit politycznych sprawujących aktualnie rządy.

W objawiających się ekstremalnych sytuacjach protestujący decydują się na podejmowanie działań tak zdecydowanych jak samobójstwa o charakterze politycznym – protestacyjnym. Te radykalne formy protestu, rozgrywające się w przestrzeni politycznej danego społeczeństwa, bywają na różne sposoby kompromitowane przez aparat władzy. W innych sytuacjach aparat władzy eksterminuje członków opozycji, posuwając się do ich morderstw pozorowanych

na samobójstwa lub do zmuszania czy doprowadzania do popełniania samobójstw.

Ten artykuł skupia się na analizie takich właśnie incydentów suicydalnych, w których tle rozgrywa się gra polityczna. Suicydologia trafia tu na pewne przeszkody i granice. Wszak często owe samobójstwa nie są możliwe do zbadania ze względu na silną blokadę informacyjną oraz ze względu na celowo rozwijane szumy informacyjne. Celem pracy jest ukazanie tych sytuacji, w których polityka przeplata się z jednostkowymi dramatami ludzi decydujących się na samobójstwo, zmuszonych do popełnienia samobójstwa lub ludzi obarczonych etykietką samobójcy.

Samobójstwo na tle politycznym jako wyjście honorowe

Samobójstw na tle politycznym notowano w historii wiele. Często samobójstwo takie było traktowane jako wyjście honorowe. Już w Starym Testamencie w Drugiej Księdze Samuela czytamy opowieść o doradcy króla Dawida – Achitofela Gilończyka, który

przyłączył się do buntu Absaloma. Achitofel radził Absalomowi, aby uderzyć natychmiast na osłabione siły Dawida, lecz przywódca buntu przyjął radę Chuszaja Arkijczyka, aby zebrać jeszcze więcej wojska i dopiero wówczas uderzyć na Dawida. Plan działania Chuszaja stał się zresztą przyczyną ostatecznej klęski Absaloma w lesie efraimskim. Zanim jednak do tej bitwy doszło, Achitofel, którego rada nie została wykonana, pojechał do swojego rodzinnego miasta Gilo i powiesił się (Pismo Święte Starego Testamentu 1975).

W Japonii ukształtowanej naciskiem buddyzmu i szintoizmu oraz kodeksem honorowym *Bushido* elity społeczne reprezentowane przez samurajów gotowe były oddawać swoje życie za swoich suwerenów (Axell, Kase 2004). W historii Japonii notowano wiele przykładów samobójstw honorowych. Działo się tak, gdy suweren poniósł klęskę na polu bitwy lub gdy wykryto spisek z jego udziałem. Samobójstwo honorowe popełniał wówczas on, ale i wielu podległych mu samurajów. Wewnętrzna polityka Japonii obfitowała w tego rodzaju incydenty.

W Europie także zdarzały się polityczne intrygi, których skutki doprowadzały wielu ich uczestników do zachowań samobójczych.

Dobrym przykładem jest historia króla Bawarii Ludwika II Wittelsbacha, znanego jako Ludwik Szalony albo Bajkowy Król. Zginął 13 czerwca 1886 r. To była zagadkowa śmierć. Jego zwłoki znaleziono w wodach jeziora Starnberg. Mówi się, że to było samobójstwo lub zabójstwo. Ciało króla leżało na płyciźnie, a obok – zwłoki jego lekarza profesora Bernharda von Guddena. Król Ludwik był osobą ekscentryczną. Jego dziwactwa były uznawane za objawy choroby psychicznej. Pod koniec życia odseparował się praktycznie od świata, spędzając czas w swoich baśniowych pałacach w Alpach. Rząd Bawarii i członkowie jego rodziny z rodu Wittelsbachów byli przerażeni wydatkami króla na realizację jego zamierzeń budowlanych. Mówiło się o tym, że król zadłużył się na ogromną kwotę kilkunastu milionów marek. Zaczął więc być postrzegany przez niektóre kręgi polityczne jako zagrożenie dla kraju. 9 czerwca 1886 r. Ludwik II został oficjalnie uznany za niepoczytalnego (schizofrenia paranoidalna) i pozbawiony tronu w wyniku spisku zawiązanego przez wrogich mu ministrów. Następnie został uwięziony w zamku Berg, nad jeziorem Starnberg, na południe od Monachium. Oficjalnie ogłoszono, że Ludwik II popełnił samobójstwo. Opinii publicznej udostępniono tylko fragmenty raportu wybrane przez ministrów biorących udział w spisku. Sprawa śmierci króla Bawarii nadal wzbudza wiele pytań: jak mogło dojść do utonięcia, skoro król był

znakomitym pływakiem, a woda w miejscu, gdzie znaleziono ciała, sięgała zaledwie do pasa? W oficjalnym raporcie z obdukcji zwłok nie ma informacji o wodzie w płucach. Poza tym na brzegu jeziora odkryto ślady walki i stóp ślizgających się w błocie. Pojawiało się sporo teorii na ten temat. Być może król, który miał znaczną nadwagę, dostał ataku serca podczas szamotaniny z lekarzem von Guddenem podczas próby ucieczki lub samobójstwa. Możliwe, że stało się to, gdy król bronił się przed zamachowcami. Sprawa ta nigdy nie została wyjaśniona. Nie było to na rękę osobom, które przejęły po nim rządy (des Cars 1997).

Dwa i pół roku później syn cesarza Austro-Węgier Franciszka Józefa, arcyksiążę Franciszek Rudolf, popełnił samobójstwo wraz ze swoją kochanką Marią Vetsera. Do samobójstwa doszło w zameczku myśliwskim w Mayerling 30 stycznia 1889 r. Sprawa ta budziła wiele kontrowersji. Pojawiły się opinie, że kochankowie nie popełnili samobójstwa, lecz zostali zamordowani. Oficjalny raport państwowy głosił, że Rudolf zastrzelił Vesterę na jej własną prośbę, po czym sam popełnił samobójstwo. Zgodnie z jedną z teorii w zdarzeniu brały udział osoby trzecie. Mordercy mieli pobić Marię Vetsera na śmierć, a następnie zastrzelić następcę tronu. Przeciwnicy tej teorii głoszą, że dla cesarza Franciszka Józefa ciężkie musiało być ogłoszenie, że jego jedyny syn i następcą wraz ze swoją kochanką popełnił samobójstwo w stanie „braku psychicznej równowagi”. Jeśli zatem istniałyby jakiegokolwiek dowody na to, że para została zamordowana, to z pewnością podano by taką (znacznie wygodniejszą dla monarchii) wersję wydarzeń do publicznej wiadomości. Uważa się, że zupełnie inaczej wyglądałaby w oczach ówczesnej opinii publicznej postać arcyksięcia – niewinnej ofiary spisku, niż arcyksięcia „szalonego” mordercy i samobójcy. Nie łatwo jest przyjąć inną teorię, według której na rękę cesarzowi Franciszkowi Józefowi była śmierć jego syna, głoszącego liberalne poglądy i sprzeciwiającego się sojuszowi z Niemcami (Hamann 2008).

2 kwietnia 1939 r. o godzinie 20.45 trzykrotny Prezes Rady Ministrów i Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej Walery Sławek strzelił sobie w usta w swym warszawskim mieszkaniu przy al. Jana Christiana Szucha. Tuż przed targnięciem się na życie napisał on list zaadresowany do prezydenta Ignacego Mościckiego. Jego treść nigdy nie została ujawniona (Czajkowski, Majchrowski 1987). Walery Sławek oddał do siebie strzał z ukosa ze starego pistoletu Browning. Przeszedł transfuzję krwi i poddano go dwugodzinnej operacji. Jego stan chwilowo się poprawił, ale 3 kwietnia o godzinie 6.45 zmarł, nie odzyskawszy

przytomności. Został pochowany dwa dni później na Cmentarzu Wojskowym na Powązkach w Warszawie. Powszechnie obwiniano o jego śmierć Marszałka Polski Edwarda Rydza-Śmigłego oraz wskazywano na Prezydenta Ignacego Mościckiego. Faktem jest, że Walery Sławek trwał w skonfliktowanej z tymi osobistościami frakcji Sanacji. Z kolei Dariusz Baliszewski (2004, s. 78–80), analizując trzy niezależne relacje, potwierdził istnienie nieznanego spisku przygotowanego w pierwszych miesiącach 1939 r., w który miał być wmieszany właśnie Walery Sławek. Faktem jest, że Sławek był przewidywany przez Józefa Piłsudskiego na stanowisko Prezydenta Polski. Zakładał, że po śmierci Marszałka Ignacy Mościcki powinien zrezygnować z urzędu głowy państwa i namaścić go na swojego następcę. Tak się jednak nie stało. Mościcki zawarł nieformalne porozumienie z gen. Edwardem Rydzem-Śmigłym, którego celem było wykluczenie Sławka z obozu rządzącego. W wyniku tego Sławek stopniowo tracił bezpośredni wpływ na bieżącą politykę, a w kolejnych miesiącach i latach stał się obiektem ataków ze strony osób, z którymi niegdyś współpracował (Rawicz 1979). Wiadomo, że Sławek był rozgoryczony tą sytuacją. Stanisław Mackiewicz (1989) sugeruje, że motywem jego samobójstwa było niespełnienie zlecenia Piłsudskiego, aby został Prezydentem. Janusz Jędrzejewicz (1972) uważa, że samobójstwo Sławka było demonstracją przeciwko polityce obozu Rydza-Śmigłego, który w opinii byłego premiera niszczył dzieło stworzone przez Józefa Piłsudskiego. Jerzy Marek Nowakowski, biograf Sławka, twierdzi, że samobójstwo to zostało spowodowane wieloma nakładającymi się na siebie czynnikami. Oprócz przytoczonych tu już motywów Nowakowski pisze o odczuwaniu przez Sławka współodpowiedzialności za słabość Polski na arenie międzynarodowej (Nowakowski 1988). Leszek Moczulski interpretował to zdarzenie jeszcze inaczej. Według niego Sławek złożył ofiarę z życia, aby nie pogłębiać podziałów w obozie Sanacji. Jak widać, interpretacji samobójstwa Walerego Sławka jest mnóstwo. Nadal znaczna część tej historii jest utajniona, niepoddająca się jednoznacznej ocenie.

Warto też wspomnieć o samobójstwie feldmarszałka Erwina Rommla w październiku 1944 r. Erwin Rommel dowodził niemieckim korpusem ekspedycyjnym w Afryce. Dzięki taktyce szybkiego przemieszczania wojsk stał się żywą legendą wśród żołnierzy niemieckich. Nazywany był Lisem Pustyni (*Wüstenfuchs*). Rommel typowany był przez spiskowców z lipca 1944 r. na wodza ponazistowskich Niemiec. Według nich tylko on był w stanie zawrzeć pokój

z aliantami i uratować Niemcy od klęski. Rommel powiązany był zatem ze spiskowcami. Wkrótce po nieudanym zamachu na Adolfa Hitlera wyszły na jaw owe powiązania i los jego był już wtedy przesądzony. Ze względu na ogromną popularność Rommla Hitler postanowił go zgładzić, ale w tajemnicy i bez rozprawy sądowej. Wykonawcą rozkazu został generał Wilhelm Burgdorf. On właśnie wraz z Ernstem Maisem przybyli do Rommla i postawili go przed wyborem: albo publiczny proces, kompromitacja i eksterminacja rodziny, albo zażycie cyjanku i uniknięcie dalszych nieprzyjemności. Feldmarszałek Erwin Rommel zmarł 14 października 1944 r. w samochodzie, w którym zażył cyjanek potasu. Opinię publiczną poinformowano, że zmarł w wyniku odniesionych ran. Wyprawiono mu także pogrzeb państwowy ze wszystkimi honorami. Na pogrzebie tym nie pojawili się jednak najwyżsi urzędnicy niemieckiej partii nazistowskiej (Remy 2006; Fraser 1997).

Do tej kategorii samobójstw politycznych trzeba zaliczyć samobójstwa Adolfa Hitlera, Josepha Goebelsa i później Heinricha Himmlera oraz Hermana Göringa (Król 1999). Popelniali samobójstwa, nie chcąc odpowiadać przed sądami za swoje zbrodnie przeciwko ludzkości. Niektórzy z nich uważali samobójstwo za „honorowe” rozwiązanie. Szczególnie tajemnicze wydaje się samobójstwo Hermana Göringa, który – pilnowany w więzieniu – otrzymał jednak od kogoś z zewnątrz cyjanek potasu...

Wśród współczesnych przypadków politycznych samobójstw zbrodniarzy wymienić można serię samobójstw przywódców Serbów bośniackich. W 1997 r. strzelił sobie w głowę wiceprezydent Nikola Koljewić. Kolejne przypadki samobójstw dotyczyły osób uwięzionych w Hadze lub zagrożonych aresztowaniami. 11 kwietnia 2002 r. jeden z przywódców serbskich, Wlajko Stojiljković, strzelił sobie w głowę na schodach parlamentu w Belgradzie. Zmarł w szpitalu. To samobójstwo nosi w sobie znamiona nie tylko samobójstwa honorowego, lecz także pewnego rodzaju protestu przeciwko jednostronnemu ocenianiu przez społeczność międzynarodową konfliktu w Jugosławii i uznawania głównie Serbów za winnych licznych przypadków ludobójstwa. W dwa dni później, 13 kwietnia 2002 r., samobójstwo popełnił minister zdrowia Jugosławii, Miodrag Kowacz, należący do Socjalistycznej Partii Ludowej Czarnogóry. Jego ciało znaleziono wiszące w hotelowej łazience.

W przedstawionych przykładach wyraźnie widać powiązania samobójstw z wydarzeniami politycznymi. Główni aktorzy albo z własnej woli, albo do tego przymuszeni przez dany reżim decydowali się odebrać

sobie życie. Samobójstwo tych ludzi postrzegane było jako zachowanie honorowe.

Samobójstwo jako protest polityczny

Samobójstwo dokonane w ramach protestu politycznego należy traktować jako ekstremalną formę walki bez przemocy. Wśród wybitnych postaci, które propagowały ideę takiej walki, byli Mahatma Gandhi oraz Martin Luther King. Gandhi stosował zasadę *ahimsa*, która oznacza nieużywanie lub niestosowanie przemocy. Była to zasada etyczna, której źródła można znaleźć w staroindyjskich tradycjach dżinizmu (Mrozek 1977). Wśród środków używanych w tej walce Gandhi wymieniał: powszechne niewykonywanie zarządzeń władzy kolonialnej (*satayagraha*), demonstracje, strajki, pochody, bojkot wyborów, porzucanie stanowisk państwowych, niepłacenie podatków (Domarańczyk 1987). Sam Gandhi często stosował strajk głodowy jako formę walki bez przemocy. Niekiedy ogłaszał, że podejmuje głodówkę aż do śmierci, czyli brał pod uwagę ewentualność, że umrze w wyniku zagłodzenia się (Mrozek 1977). Przykładem takiej głodówki była ta podjęta w styczniu 1948 r. w intencji zawarcia pokoju między muzułmanami i hinduistami.

Do najbardziej ekstremalnych form walki bez przemocy należałoby zaliczyć samospalenia wywodzące się z tradycji Dalekiego Wschodu. To właśnie na Dalekim Wschodzie po raz pierwszy na szeroką skalę samospalenia – oprócz przyczyn religijnych – miały motywy polityczne. Przykładem są wydarzenia we Wietnamie, poczynając od samospalenia Thich Quang Duca w 1963 r., do końca wojny wietnamskiej, czyli do wiosny 1974 r. (Fitzgerald 1972; Hope, Young 1977; Hicks 2010; McNamara, Van De Mark 1995), oraz samospalenia Tamilów w stanie Tamilnadu w Indiach w styczniu 1965 r. (Chezhian 1999).

W Europie Środkowo-Wschodniej, doświadczonej uciskiem reżimów komunistycznych, pojawiali się ludzie, którzy przez samopalenie protestowali przeciwko brakowi wolności, niesprawiedliwości i prześladowaniom religijnym ze strony tych państw. Mimo że samopalenie było obce tradycji europejskiej, to od czasu do czasu do takich incydentów tu dochodziło. W latach 1968–1980 z politycznych powodów aż trzynaście osób dokonało w tym regionie Europy samobójstw przez samopalenie: w Polsce trzy osoby (Ryszard Siwiec, Wincenty Badylak, Józef Dolak), w radzieckich republikach nadbałtyckich trzy osoby (w tym Romas Kalanta), w NRD dwóch pastorów ewangelickich (Oskar Brüsewitz i Rolf Günther) w Czechosłowacji – aż pięć osób (między innymi Jan

Palach, Jan Zajic, Evzen Plocek). Jednocześnie warto pamiętać, że wiele osób podjęło próby samospalenia. W samej tylko Czechosłowacji tych prób odnotowano 25 (Hildebrandt 1987; Drygas 1993, s. 44–59; Müller-Enbergs, Stock, Wiesner 1999; Zech 1996, s. 587–607; Makowska 2003).

Do samospaleń dochodziło także w Stanach Zjednoczonych. W samym tylko roku 1965 zanotowano trzy takie zdarzenia (Alice Herz, Norman Morrison, Roger La Ponte), w 1970 r. zaś George Winn dokonał aktu autokremacji w ramach protestu przeciwko wojnie w Wietnamie.

Samospalenia były także dokonywane w ramach protestu politycznego w Europie Zachodniej. Przykładem jest samopalenie się 16 listopada 1977 r. w Hamburgu nauczyciela, działacza proekologicznego Hartmuta Gründlera. Był on jednym z założycieli organizacji proekologicznej – Ruch Obrony Życia – Akcja bez Przemocy w Ochronie Środowiska. Protestował, pragnąc w ten sposób ukazać prawdę na temat prowadzenia polityki energetycznej w RFN (Nowakowski 1981).

W czerwcu 2003 r. wiele miast Europy Zachodniej stało się miejscem protestów ludności wywodzącej się z Iranu. Były to działania mające zatrzymać politykę deportacji osób zaangażowanych często w działalność opozycyjną w stosunku do rządu w Teheranie. W ramach protestów doszło do siedmiu przypadków samospaleń w Paryżu i innych miastach francuskich, w Rzymie, Bernie i Londynie¹.

Ostatni nagłośniony przypadek dotyczy 26-letniego Tunezyjczyka Mohameda Bouazizi, który 17 grudnia 2010 r. dokonał samospalenia przed budynkiem rządowym w Sidi Bouzid, protestując przeciwko bezrobociu, korupcji i tłumieniu wolności słowa przez rząd. Te wydarzenia doprowadziły do masowych demonstracji ludności Tunezji. Zginęło w nich kilkadziesiąt osób. Rozruchy te skończyły się ucieczką do Arabii Saudyjskiej rządzącej przez ostatnie 23 lata prezydenta Tunezji Zin el-Abidin Ben Alego i rozpoczęciem nowego rozdziału w historii tego kraju². W połowie stycznia 2011 r. oraz w kolejnych miesiącach do podobnych incydentów doszło w Egipcie, Algierii i innych krajach arabskich.

Samopalenie jako forma protestu politycznego przeniosło się z Azji Wschodniej do Stanów Zjednoczonych, a następnie znalazło naśladowców

¹ Zob. <http://www.cbs.ca/stories/2003/06/19/fiery-protests030619>; Slatery (2003), <http://www.wsws.org/articles/2003/sep2003/asyl-s12.shtml> (dostęp: październik 2011 r.).

² Zob. http://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/artykuly/477499,tunezja_w_ogniu_rewolta_dotarla_do_tunisu.html (dostęp: październik 2014 r.).

w Europie Środkowo-Wschodniej. Na rozprzestrzenienie się tej formy politycznego protestu z pewnością wpłynął rozwój środków masowego przekazu, wykorzystywany przez propagandę poszczególnych państw i systemów politycznych.

Propaganda państwowa wobec osób popełniających samobójstwo w proteście politycznym

Elity sprawujące władzę w celu osłabienia oddziaływania na społeczeństwo przypadków samobójstw opozycjonistów stosowały (i nadal stosują) rozmaite techniki neutralizacyjne. W repertuarze działań władzy są także techniki opisane przez Greshama M. Sykesa i Davida Matza (1957, s. 77–91). Techniki neutralizacji służą generalnie zredukowaniu poczucia winy u przestępców. Jak się okazuje, można to zagadnienie rozważać także w kontekście władzy, która nawet nie tyle pragnie uwolnić się od poczucia odpowiedzialności za czyjeś samobójstwo polityczne, ile chce, aby reszta społeczeństwa wyrobiła sobie negatywne zdanie o osobach takie zachowania podejmujących. Chodzi o przedstawienie tych osób jako w istocie szkodliwych dewiantów, których cała działalność, łącznie z zamykającym tę działalność samobójstwem protestacyjnym, była aspołeczna i nieodpowiedzialna.

Wśród technik neutralizacji wymienić można:

- kwestionowanie odpowiedzialności,
- kwestionowanie ofiary,
- potępienie potępiających,
- odwołanie się do wyższych racji (Siemaszko 1993).

Przykładowo w kwestionowaniu odpowiedzialności elity polityczne sprawujące władzę oraz podległy im aparat propagandy upowszechniają przekonanie, że samobójstwa protestacyjne polityczne w istocie były wypadkami, a zatem działaniami niezamierzonymi przez sprawcę. Władze komunistyczne w ten właśnie sposób tłumaczyły samobójstwo Ryszarda Siwca.

Poszczególne techniki neutralizacji w kontekście samobójstw politycznych o charakterze altruistycznym zostały szczegółowo omówione w artykule Adama Czabańskiego (2009–2010, s. 41–52).

Warto zauważyć, że do repertuaru działań władzy w ramach neutralizacji samobójstw politycznych protestacyjnych należy m.in. oskarżanie samobójców o nadużywanie alkoholu i narkotyków, o skłonności homoseksualne lub inne zбочenia natury seksualnej, o niemoralne zachowania, o finansowe malwersacje,

wmawianie opinii publicznej, że samobójca cierpiął na chorobę psychiczną. Przedstawiciele władzy, zamiast przyznawać się do błędów i zaniedbań, w wyniku których narosła fala społecznego niezadowolenia, co skutkowało także samobójstwami protestacyjnymi, przechodzą do ofensywy, potępiając protestujących. W niektórych przypadkach władza przyznaje się do błędów, jednocześnie odwołując się do wyższych racji i dezawuuując samobójczą ofiarę życia niektórych protestujących.

W społecznej analizie samobójstw politycznych protestacyjnych i reakcji władzy na nie koncepcja neutralizacji wydaje się mieć szerokie, być może jeszcze nie do końca odkryte zastosowania.

Samobójstwo czy mistyfikacja? „Samobójstwa” dysydentów politycznych

W systemach autorytarnych rządzący decydowali się niekiedy na skrytobójstwa, które następnie były przez nich upozorowane na nieszczęśliwe wypadki lub na samobójstwa. Przykładów można szukać chociażby w czasach PRL-u, we współczesnej Rosji, na Białorusi i Ukrainie. W najnowszej historii Polski pojawiają się wątpliwości niektórych środowisk politycznych na temat samobójstw takich osób jak Ireneusz Sekuła czy Barbara Blida. Do końca nie są wyjaśnione szczegółowe okoliczności samobójstwa zabójców Krzysztofa Olewnika.

Gdy po okupacji hitlerowskiej Polska znalazła się w radzieckiej strefie wpływów, w rozbudowanych strukturach konspiracji nadal pozostawały tysiące osób. Zwłaszcza do czasu ogłoszenia amnestii w 1947 r. dochodziło do licznych starć zbrojnego podziemia niepodległościowego z siłami komunistycznego reżimu. Aresztowani konspiratorzy byli zwykle poddawani bestialskim przesłuchaniom. Jednym z żołnierzy podziemia był podporucznik „Anoda” Janek Rodowicz. Rodowicz był jednym z najbardziej oddanych walce z okupantem hitlerowskim, m.in. uczestnikiem słynnej akcji pod Arsenalem, żołnierzem elitarnego batalionu „Zośka”. Jego losy nie do końca zostały wyjaśnione. Według Tadeusza Kubalskiego „Anoda” popełnił samobójstwo w Ministerstwie Bezpieczeństwa, wyskakując z okna na bruk. Miał w ten sposób wybrać milczenie, by nie zdradzić żadnego ze swych towarzyszy (Kubalski 1998). Inne zdanie na ten temat prezentuje Anna Borkiewicz-Celińska. Powołuje się ona na wspomnienia Zofii Rodowiczowej, z których wynika, że „gdy rodzina dokonała ekshumacji, okazało się to (samobójstwo) nieprawdą, brak było jakichkolwiek śladów, które

musiałyby powstać przy wyskoczeniu z wysokiego piętra” (Borkiewicz-Celińska 1990). Władza komunistyczna dość skutecznie usiłowała zatem zamaskować swoją zbrodnię, sugerując samobójstwo konspiratora.

W kolejnych latach w czasie rządów komunistycznych w Polsce wielokrotnie zdarzało się, że rzekomymi samobójstwami maskowano zabójstwa konspiratorów. Przykładowo na liście udokumentowanych ofiar mordów komunistycznego aparatu represji w latach 1981–1990 znalazło się sześć osób, które według oficjalnej wersji popełniły samobójstwo, a w rzeczywistości zostały bestialsko zamordowane:

- Zbigniew Szymoniak, lat 33. Członek Komitetu Obrony Więzionych za Przekonania. Został internowany, był więźniem politycznym. Zmarł 8 stycznia 1983 r. Według przedstawicieli ówczesnych władz komunistycznych Szymoniak popełnił samobójstwo podczas odbywania kary 2 lat pozbawienia wolności w więzieniu w Białymstoku.
- Włodzimierz Witkowski, lat 31. Zginął podczas manifestacji 31 sierpnia 1983 r. we Wrocławiu. 7 września 1983 r. znaleziono jego zwłoki wiszące na drzewie pod Oleśnicą.
- Tadeusz Frasz, lat 33. Nauczyciel, przewodniczący NSZZ „Solidarność” w szkole. Zmarł 7 września 1984 r. Ciało znaleziono na przedmieściach Krakowa. Według oficjalnej wersji, wyskoczył z drugiego piętra. Sekcja zwłok ujawniła ślady bicia i duszenia.
- Piotr Popławski, ksiądz Cerkwi prawosławnej w Narwi. Zginął 15 czerwca 1985 r. Zwłoki znaleziono pięć dni później w lesie koło Zabłudowa. Według oficjalnej wersji popełnił samobójstwo.
- Jan Krawiec, lat 22, zmarł 30 października 1985 r. Zatrzymany na komendzie Milicji Obywatelskiej w Miechowie. Według oficjalnej wersji, powiesił się w areszcie. Jego ciało nosiło ślady urazów piersi, brzucha i głowy.
- Dariusz Kasprowski, 23 lata, zmarł 9 grudnia 1985 r. Według oficjalnej wersji, powiesił się w zakładzie karnym w Koronowie. Na zwłokach stwierdzono liczne urazy szyi, ramion i pleców³.

Istnieją podejrzenia, że także inne samobójstwa z tego okresu w istocie były zabójstwami dokonanymi przez funkcjonariuszy systemu komunistycznego w Polsce. Wymienia się jeszcze pięć osób, które

najprawdopodobniej zostały przez komunistyczny reżim zamordowane: Jerzy Zieliński, Kazimierz Majewski, Jan Samsonowicz, Zbigniew Simoniak i Zbigniew Wołoszyn⁴.

Przez wiele lat zastanawiano się nad tajemniczą śmiercią syna i synowej słynnego szczecińskiego działacza Solidarności 80. Mariana Jurczyka.

Marian Jurczyk, działacz Międzyzakładowego Komitetu Strajkowego w Szczecinie, jeden z sygnatariuszy porozumień sierpniowych, był też przewodniczącym zarządu Regionu Pomorze Zachodnie NSZZ „Solidarność”. Od 13 grudnia 1981 r. do 18 listopada 1982 r. był internowany. Później aresztowany. Z przeprowadzonego śledztwa Instytutu Pamięci Narodowej wynika, że Dorota (lat 20) i Adam (lat 23) Jurczycy zginęli tego samego dnia 5 sierpnia 1982 r. Oboje wypadli z okien mieszkań w centrum Szczecina. Ich zgony dzieli kilkanaście godzin. Ci młodzi ludzie od kilku miesięcy byli małżeństwem. Dorota była w ciąży... IPN nie udało się odtworzyć ostatnich chwil przed śmiercią Doroty Jurczyk. Wypadła z okna o godzinie 1.29 w nocy. Kilka godzin wcześniej wróciła z Adamem do domu. Byli z wizytą u jej rodziców. Według świadków mieli doskonałe humory i zaplanowali nawet kolejną wizytę na następny wieczór. Późniejsza sekcja zwłok wykluczyła, by byli pod wpływem narkotyków lub alkoholu. Sąsiedzi nie słyszeli też, aby się pokłócili. Gdy pogotowie zabrało Dorotę do szpitala, Adam poszedł do sąsiadów. Był bardzo zdenerwowany. Korzystał tam z telefonu, ponieważ w swoim mieszkaniu nie miał. Zadzwoił do swojej matki i kilka razy do szpitala. Podczas jednej z rozmów dowiedział się, że Dorota zmarła. W klinice psychiatrycznej przy ul. Broniewskiego dostał leki na wzmocnienie. Ciągłe powtarzał słowo „depresja”. Potem wrócił do mieszkania kolegi, z którym chciał porozmawiać. Jego kolega upojony alkoholem spał. Kiedy żona kolegi poszła po szklankę wody dla Adama, ten wypadł w tym właśnie czasie przez okno. Pogrzeb tej pary przerodził się w antyrządową demonstrację.

W aktach śledztwa znajduje się dokumentacja medyczna Jurczyków. Wynika z niej, że oboje korzystali z pomocy psychiatrów. Mieli stany depresyjne. Adam Jurczyk skarżył się jednak, że jest inwigilowany przez służbę bezpieczeństwa. Zwierzał się z tego swojemu dyrektorowi szkoły, w której uczył muzyki. Zdaniem wielu ludzi, w śmierć Jurczyków zamieszani

³ Zob. http://www.solidarnosc.gda.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=556 (dostęp: październik 2014 r.).

⁴ Zob. http://wpolityce.pl/view/4931/_Ofiary_pacyfikacji_Pobici_na_smierc_Samobojstwa_Mordy_skrytobojcze_Zacieranie_sladow_Pamiec_html (dostęp: październik 2014 r.).

byli bezpośrednio funkcjonariusze służby bezpieczeństwa. Ich pogrzeb przerodził się w antyrządową demonstrację, podczas której doszło do konfrontacji z oddziałami ZOMO (Parkitny 2007).

Śledztwo przeprowadzone przez Instytut Pamięci Narodowej w 2007 r. wykazało jednak, że nie ma żadnych dowodów, iż był to mord polityczny. Ciągłe jednak pojawiają się wątpliwości, czy funkcjonariusze komunistycznego reżimu nie zniszczyli skutecznie owych dowodów. IPN nie wyklucza, że dowody na tło polityczne śmierci Jurczyków mogą istnieć.

W Rosji w 2010 r. miały miejsce dwa incydenty o charakterze suicydalnym, które wyraźnie łączą politykę ze światem biznesu.

Pierwszy przypadek dotyczy głównego ekonomisty Gazpromu Siergieja Kljuka. Wyszedł on z mieszkania i wsiadł do swojego samochodu. Według wstępnych ustaleń rosyjskiej policji tam właśnie popełnił samobójstwo, strzelając sobie w głowę. Nie pozostawił żadnego listu pożegnalnego, w którym tłumaczyłby motywacje swojego czynu. Zdaniem osób mu bliskich, nie sprawiał wrażenia, jakby miał jakieś problemy. Zastanawiające jest to, że samobójstwo popełnił nie w domu, lecz w samochodzie.

4 października 2010 r. samobójstwo popełnił były szef wywiadu wojsk wewnętrznych, Wiktor Czewrizow. Rano wyszedł z mieszkania na klatkę schodową i tam strzelił sobie w głowę. Nie zostawił żadnego listu. Według bliskich, nie wykazywał żadnych oznak depresji. Powiązania władzy i biznesu mogą być zatem zabójcze⁵. W tych wszystkich przypadkach nie można podjąć żadnego śledztwa weryfikującego ewentualny udział osób trzecich w tych zdarzeniach.

Elity polityczne aktualnie sprawujące rządy w Rosji i na Białorusi są przez opozycję oskarżane o dokonanie mistyfikacji w przypadku domniemanego samobójstwa kilku dziennikarzy. Niektóre opozycyjne kręgi polityczne w Rosji wskazują przypadek „samobójstwa” niezależnego dziennikarza Iwana Safronowa, twierdząc, że to był mord polityczny. Do zdarzenia doszło 6 marca 2007 r.

Na Białorusi w marcu 2009 r. została doprowadzona do samobójstwa niezależna działaczka Jana Polakowa. Jesienią 2008 r., w okresie kampanii wyborczej do parlamentu, Polakowa została zmuszona na komisariacie do unieważnienia list poparcia dla Olgi Kazulinej – białoruskiej opozycjonistki. Gdy Polakowa się sprzeciwiła, została pobita w gabinecie oficera milicji. Zaskarżyła ten incydent do prokuratury, a ta

wbrew opinii lekarzy uznała, że ofiara bezpodstawnie oskarżyła milicjanta. 3 marca 2009 r. otrzymała za to wyrok dwóch i pół roku robót przymusowych w specjalistycznym zakładzie karnym. Znany białoruski obrońca praw człowieka Walery Szczukin opowiadał, że mająca wykształcenie prawne Jana Polakowa czuła się zdruzgotana i załamana. Spędził on z Polakową cały dzień po ogłoszonym wyroku i próbował ją podnieść na duchu. Janę Polakową znaleziono jednak martwą (powiesiła się) w sobotę 9 marca 2009 r. w swoim mieszkaniu w Soligorsku. Zdaniem wielu działaczy, czarę goryczy przelała publikacja w organie prasowym administracji prezydenta Łukaszenki „Sowieckaja Biełorussija”. Szydzono tam w niewybredny sposób z Polakowej (Pisalnik 2009).

Z kolei we wrześniu 2010 r. głośna stała się sprawa domniemanego samobójstwa dziennikarza Aleha Biabienina.

Na Ukrainie ciągle żywa jest sprawa domniemanego samobójstwa Jurija Fedorowicza Krawczenki. Od lipca 1995 r. do marca 2001 r. był on ministrem spraw wewnętrznych i jedną z ważniejszych postaci w administracji prezydenta Leonida Kuczmy. Został on zdymisjonowany przez Kuczmę po dopuszczeniu do serii demonstracji, żądających ustąpienia prezydenta w związku z morderstwem dziennikarza Georgija Gongadze. Gongadze tropił korupcję na szczytach władz i został zamordowany w nie do końca jasnych okolicznościach we wrześniu 2000 r. Jurij Krawczenko była zamieszany w ten mord. W marcu 2005 r., w dniu, w którym miał składać zeznania w prokuraturze w związku ze śmiercią Gongadze, został znaleziony martwy. Prawdopodobnie popełnił samobójstwo. Wątpliwości co do samobójczego charakteru jego śmierci wiążą się z wynikami sekcji zwłok. Okazało się, że Krawczenko miał strzelić do siebie dwukrotnie: w podbródek i w prawą skroń... W liście pożegnalnym obciążył Leonida Kuczmę za swoją śmierć⁶.

Jest niezwykle trudno udowodnić, że dane samobójstwo jest w rzeczywistości morderstwem dokonany przez kręgi społeczne związane z władzą. Każda próba przeprowadzenia rzetelnego śledztwa jest zazwyczaj torpedowana, dziennikarze lub badacze są zastraszeni i zniechęceni do dalszego zajmowania się tymi sprawami.

Tu objawia się niemoc współczesnej suicydologii w zderzeniu z realną władzą niedemokratyczną.

⁵ Zob. http://www.pardon.pl/artukul/12761/zabojcze_powiazania_wladzy_i_biznesu/3 (dostęp: październik 2014 r.).

⁶ Zob. http://www.zgapa.pl/zgapedia/Jurij_Krawczenko.html (dostęp: październik 2014 r.).

Wnioski końcowe

Przedstawione przykłady skłaniają do wysunięcia pewnych wniosków końcowych:

1. Możemy wyróżnić przynajmniej kilka sytuacji nadających danym przypadkom samobójstw charakter samobójstw politycznych:
 - samobójstwa honorowe polityków i osób wysoko postawionych w strukturach władzy, aby uniknąć kompromitacji (albo aby uniknąć odpowiedzialności za dokonane zbrodnie), mają charakter dobrowolny, ale bywają wymuszane przez środowiska sprawujące władzę,
 - samobójstwa altruistyczne będące protestem politycznym,
 - samobójstwa działaczy opozycji, doprowadzonych do tego przez celowe działania danego systemu czy też układu politycznego,
 - zabójstwa działaczy opozycji upozorowane na ich samobójstwa.
2. W wielu sytuacjach niemożliwe jest zbadanie poszczególnych przypadków samobójstw politycznych z powodu blokady informacyjnej lub celowo rozwijanego szumu informacyjnego. Często brakuje dokładnych ustaleń dotyczących szczegółowych okoliczności owych suicydalnych incydentów. Pojawia się wiele wersji tych zdarzeń, rozwijają się plotki podtrzymywane zarówno przez ludzi władzy, jak i opozycji. W niektórych przypadkach niemożliwe jest przeprowadzenie rzetelnego śledztwa ze względu na brak niezależności władzy sądowniczej od władzy wykonawczej. Działania różnych grup interesu zmierzają do wyciszenia danych przypadków w celu osiągnięcia swoich partykularnych celów wynikających z zaistniałej po samobójstwie sytuacji. Wyraźnie widać tu niekiedy powiązania władzy z biznesem. Te na poły mafijne układy są na tyle silne w niektórych państwach, że uniemożliwiają przeprowadzenie rzetelnych badań, analiz i suicydologicznych ekspertyz.
3. Analiza przedstawionych przypadków samobójstw politycznych uprawnia do stwierdzenia, że w XX w. i na początku XXI w. samobójstwa polityczne honorowe zazwyczaj były popełniane z zastosowaniem broni palnej lub trucizny, z kolei zjawisko samospaleń stanowi powszechną i spektakularną formę samobójstw altruistycznych będących protestem politycznym.
4. Samobójstwa altruistyczne będące protestem politycznym przede wszystkim wiążą się z ideą walki bez przemocy. Nikt w wyniku tego czynu nie ma być poszkodowany poza samym protestującym. W tych okolicznościach można dostrzec mechanizm będący przeciwieństwem znanego w psychologii społecznej mechanizmu rozproszenia odpowiedzialności. Tu osoby biorą na siebie odpowiedzialność za grupę i zachodzi tu zatem mechanizm skupienia odpowiedzialności (Czabański 2009–2010, s. 41–52).
5. Osoby protestujące dokonują świadomej i bezinteresownej ekspozycji na społeczny odbiór, mimo że wiąże się to zwykle z cierpieniem i szykanami prowadzącymi do męczeńskiej śmierci. Charakterystyczne jest ich permanentne zorientowanie się na masy podczas dokonywania tej ekstremalnej formy protestu. Należy zwrócić uwagę, że jednostka czuje się delegowana do reprezentowania zbiorowości. Jej poziom identyfikacji z grupą osiąga szczególnie wysoki poziom. Jednostka odrzuca zatem swoje indywidualne interesy i utożsamia się przede wszystkim z grupą, przyjmuje jej interesy za swoje.
6. Motywacje takich samobójstw dokonywanych w ramach protestu politycznego zwykle mają charakter altruistyczny. Nie można jednakże wykluczyć przypadków, gdy osoba dokonująca samobójstwa czyni to w nadziei zdobycia sławy i uznania, chociażby po swojej śmierci.
7. Wydaje się, że taki wzrost gotowości do samobójstw altruistycznych w ramach protestu politycznego następuje po jakimś „sławnym” samobójstwie dokonanym po to, aby zmanifestować pewne wartości i wykrzyczeć swój protest przeciwko przejawom niesprawiedliwości. Wzmaga się wówczas prawdopodobieństwo pojawienia się całych serii podobnych samobójstw dokonywanych w ramach protestu politycznego. Można przypuszczać, że zwłaszcza w takim splocie okoliczności do niektórych zdarzeń dochodzi nie tylko z racji altruistycznych motywacji.
8. Wspomniane serie samobójstw będących protestem politycznym skorelowane są z działalnością środków masowego przekazu, nagłaśniających poszczególne przypadki i wzmacniających przekonanie odbiorców o modelowym charakterze opisanego przypadku. To sprawia, że pojawiają się niekiedy kolejni desperaci wykazujący zachowania naśladowcze. Taki właśnie

fenomen na dość masową skalę (ponad sto przypadków) pojawił się w Wietnamie podczas konfrontacji społeczności buddyjskiej z reżimem Diema oraz podczas wojny wietnamskiej, w Czechosłowacji w 1969 r. (Jan Palach, Jan Zajic, Evzen Plocek, Miroslav Malinka) i 2003 r. (Zdenek Adamec i inni alterglobaliści), być może także w 1965 r. wśród Tamilów Nadu. We wszystkich tych przypadkach wyzwalaczem owych serii samobójstw, będących protestem politycznym, było jakieś szczególnie sławne samobójstwo. Najbardziej nagłośniony przez środki masowego przekazu był przypadek autokremacji buddyjskiego mnicha Thich Quang Duca i czeskiego studenta Jana Palacha. O tych dwóch postaciach wciąż pamięta światowa opinia publiczna. Omawiane tu zjawisko samobójstw będących protestem politycznym może być rozważane z zastosowaniem znanych w suicydologii kategorii samobójstw „zaraźliwych” lub tzw. efektu Wertera (Czabański 2009). Jak twierdzi D. Phillips, samobójstwo sławnej lub rozślawionej przez media osoby staje się samobójstwem „modelowym” dla innych osób, które stwierdzają, że także w ich własnej, jednostkowej sytuacji jest to odpowiednie rozwiązanie. Przykładem niech będzie samospalenie Zdenka Adamka w 2003 r., dokonane w tym samym miejscu, w którym autokremacji dokonali Jan Palach i Jan Zajic. W swoich dokumentach Adamec wyraźnie odnosił się do faktu, że naśladuje modelowe samospalenie Palacha i Zajica.

9. Problemem samobójstw naśladowczych już od lat zajmują się badacze zachodni (Phillips,

Carstensen 1986, s. 685–689; Brent, Kerr, Goldstein, Bozigar 1989, s. 918–924). Zauważyć można jednak zasadniczą różnicę w naśladowaniu słynnych samobójstw przez ludzi młodych, realizujących w ten sposób model, zgodnie z terminologią Émile’a Durkheima (2006), samobójstwa egoistycznego, a samobójstwami altruistycznymi będącymi protestem politycznym. Jeśli dochodzi do naśladowania takiego samobójstwa, to zarówno ludzie młodzi, jak i dojrzały czy starsi są powodowani wyłącznie wzniosłą ideą, o jaką w ten właśnie sposób walczą. W samobójstwach egoistycznych naśladowca zwraca uwagę tylko na formy (model, schemat), natomiast w samobójstwach prawdziwie altruistycznych naśladowanie wynika z zainspirowania się szczytnym celem, nie polega wyłącznie na kopiowaniu (niejako bezrefleksyjnym) zewnętrznych jego przejawów.

10. Usiłując zneutralizować siłę oddziaływania samobójstw protestacyjnych politycznych, system władzy podejmuje liczne działania zmierzające do zdyskredytowania osób protestujących (próba przekonania opinii publicznej o chorobie psychicznej desperata, jego problemach z alkoholem etc.).
11. System władzy gotowy jest niekiedy do zbrodni w ochronie swoich newralgicznych interesów. Istnieje wówczas tendencja do przeprowadzenia mniej lub bardziej wyrafinowanej mistyfikacji, kiedy to zabójstwo zostaje upozorowane na samobójstwo. Wszelkie próby suicydologicznych badań i analiz zostają w tych okolicznościach uniemożliwione.

Literatura

- Axell A., Kase H. (2004), *Kamikadze. Bogowie zagłady*, tłum. M. Okapiec, Bellona, Warszawa.
- Baliszewski D. (2004), *Mroczna tajemnica II Rzeczypospolitej*, „Newsweek”, nr 14.
- Borkiewicz-Celińska A. (1990), *Batalion „Zośka”*, PIW, Warszawa.
- Brent D.E., Kerr M.M., Goldstein C., Bozigar J. (1989), *An outbreak of suicide and suicidal behavior in a high school*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, vol. 28.
- Cars J. des (1997), *Ludwik II Bawarski. Król rażony szaleństwem*, tłum. T. Jekielowa, PIW, Warszawa.
- Chezian K. (1999), *Annadurai and 1965 Anti-Hindi Imposition Agitation*, Tamil Tribune, <http://www.geocities.com/tamiltribune/01/0101.html>.
- Czabański A. (2009), *Samobójstwa altruistyczne. Formy manifestacji, mechanizmy i społeczne reperkusje zjawiska*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków.
- Czabański A. (2009–2010), *Samobójstwa altruistyczne – charakterystyka zjawiska*, „Suicydologia”, t. V–VI.
- Czajkowski J., Majchrowski J.M. (1987), *Sylwetki polityków Drugiej Rzeczypospolitej*, Wydaw. Znak, Kraków.
- Domarańczyk Z. (1987), *Strzały w Delhi*, Wydaw. Radia i Telewizji, Warszawa.
- Drygas M.J. (1993), *Usłyszcie mój krzyk (lista montażowa)*, „Kwartalnik Filmowy”, nr 1(61).
- Durkheim É. (2006), *Samobójstwo*, tłum. K. Wakar, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- FitzGerald F. (1972), *Fire in the Lake*, Atlantic Monthly, Boston.

- Fraser D. (1997), *Żelazny krzyż – biografia Rommla*, Wydaw. EM, Warszawa.
- Hamann B. (2008), *Cesarzowa Elżbieta*, tłum. J. Koźbiał, PIW, Warszawa.
- Hicks R. (2010), *Self-Immolation of Thich Quang Duc*, <http://thuvienhoasen.org/a5264/self-immolation-of-thich-quang-duc-by-rolle-hicks> (dostęp: październik 2014).
- Hildebrandt R. (1987), *Von Gandhi bis Walesa. Gewaltfreier Kampf für Menschenrechte*, Verl. Haus am Checkpoint Charlie, Berlin.
- Hope M., Young J. (1977), *The Struggle for Humanity: Agents of Nonviolent Change in a Violent World*, Maryknoll, New York.
- Jędrzejewicz J. (1972), *W służbie idei*, Londyn.
- Król E.C. (1999), *Propaganda i indoktrynacja narodowego socjalizmu w Niemczech 1919–1945. Studium organizacji, treści, metod i technik masowego oddziaływania*, ISP PAN, Warszawa.
- Kubalski T. (1998), *Ocalone z pożogi*, Wydaw. Neriton, Warszawa.
- Mackiewicz S. (1989), *Historia Polski*, Wektor, Wrocław.
- Makowska E. (2003), *System. Obywatel NRD pod nadzorem tajnych służb*, Wydaw. Arcana, Kraków.
- McNamara R.S., Van De Mark B. (1995), *In Retrospect*, Random House, New York.
- Mrozek B. (1977), *Mahatma Gandhi – przywódca Indii*, KiW, Warszawa.
- Müller-Enbergs H., Stock W., Wiesner M. (1999), *Das Fanal. Das Opfer des Pfarrers Brüsewitz aus Rippicha und die evangelische Kirche*, Wschendorf, Münster.
- Nowakowski J. (1981), *Kronika terroru. Ruchy anarchistyczne w RFN 1968–1980*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.
- Nowakowski J.M. (1988), *Walery Sławek (1879–1939). Zarys biografii politycznej*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa.
- Parkitny M. (2007), *Brakuje dowodów na działanie bezpieki*, <http://www.gs24.pl/apps/pbcs.dll/article?AID=/20070802/SZCZECIN/70801038> (dostęp: październik 2014 r.).
- Phillips D.P., Carstensen L.L. (1986), *Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide*, „New England Journal of Medicine”, vol. 315.
- Pisalnik A. (2009), *Białoruś: samobójstwo zaszczutej działaczki*, <http://www.rp.pl/artykul/273667.html> (dostęp: październik 2014 r.).
- Pismo Święte Starego Testamentu (1975), *Druza Księga Samuela*, 15, 16, 17, 18, Brytyjskie i Zagraniczne Towarzystwo Biblijne, Warszawa.
- Rawicz J. (1979), *Pozostało do wyjaśnienia*, Czytelnik, Warszawa.
- Remy M.P. (2006), *Mit Rommla*, KiW, Warszawa.
- Siemaszko A. (1993), *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, WN PWN, Warszawa.
- Slatery L. (2003), *Britain: Iranian Asylum Seeker Driven to Suicide*, <http://www.wsws.org/articles/2003/sep2003/asyl-s12.shtml> (dostęp: październik 2014 r.).
- Sykes G.M., Matza D. (1957), *Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency*, „American Sociological Review”, vol. 22.
- Zech K.A. (1996), *Er traf den Nerv. Die Selbstverbrennung von Oskar Brüsewitz im August 1976 und die Folgen*, „Deutschland Archiv”, vol. 4.

Strony internetowe

- <http://www.cbs.ca/stories/2003/06/19/fiery-protests030619> (dostęp: październik 2011 r.).
- http://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/artykuly/477499,tunezja_w_ogniu_rewolta_dotarla_do_tunisu.html (dostęp: październik 2014 r.).
- http://www.solidarnosc.gda.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=556 (dostęp: październik 2014 r.).
- http://wpolityce.pl/view/4931/_Ofiary_pacyfikacji_Pobici_na_smierc_Samobojstwa_Mordy_skrytobojcze_Zacieranie_sladow_Pamiec_html (dostęp: październik 2014 r.).
- http://www.pardon.pl/artykul/12761/zabojcze_powiazania_wladzy_i_biznesu/3 (dostęp: październik 2014 r.).
- http://www.zgapa.pl/zgapedia/Jurij_Krawczenko.html (dostęp: październik 2014 r.).

Dr hab. Adam Czabański

Granice suicydologii w polityce – samobójstwa na tle politycznym

Streszczenie

Niniejsza praca skupia się na analizie incydentów suicydalnych, w których tle rozgrywa się gra polityczna. Suicydologia natrafia tu na pewne przeszkody i granice. Wszak często owe samobójstwa nie są możliwe do zbadania ze względu na silną blokadę informacyjną oraz ze względu na celowo rozwijane szumy informacyjne. Celem pracy jest ukazanie owych sytuacji, w których polityka przeplata się z jednostkowymi dramatami ludzi decydujących się na samobójstwo, zmuszonych do popełnienia samobójstwa lub obarczonych etykietką samobójcy.

Możemy wyróżnić przynajmniej kilka sytuacji nadających danym przypadkom samobójstw charakter samobójstw politycznych: samobójstwa honorowe polityków i osób wysoko postawionych w strukturach władzy, aby uniknąć kompromitacji (albo aby uniknąć odpowiedzialności za dokonane zbrodnie) – mają charakter dobrowolny, ale bywają też wymuszane przez środowiska sprawujące władzę; samobójstwa altruistyczne będące protestem politycznym; samobójstwa działaczy opozycji, doprowadzonych do tego przez celowe działania danego systemu czy też układu politycznego; zabójstwa działaczy opozycji upozorowane na ich samobójstwa.

Słowa kluczowe: samobójstwo altruistyczne, samobójstwo na tle politycznym, protest polityczny.

Dr hab. Adam Czabański

Suicidology limits in politics – suicides politically motivated

Summary

This work focuses on the analysis of suicidal incidents in which the background is set in a political game. Suicidology meets here on some obstacles and boundaries. Indeed, often these suicides are not possible to investigate due to strong information blockade and because of information overload. The aim is to show those situations in which the policy is intertwined with human dramas units opting for suicide, driven to commit suicide, or people affected by suicide label. We can distinguish at least some situations that make some of the cases political suicides: honorable suicides of politicians and people in high places in the structures of government in order to avoid embarrassment (or to avoid responsibility for the crimes made), are voluntary, but there are also enforced by the environments in power; altruistic suicides as a political protest; suicides of opposition activists, driven to do so by the deliberate action of the system or the political agreement; killings of opposition activists disguised as their own suicides.

Key words: altruistic suicide, suicide of a political, political protest.



Prof. dr hab. Andrzej Hankała

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Destruktywne konsekwencje rozvodu

Proces socjalizacji i wychowania dziecka w rodzinie pozostającej w stanie rozpadu jest bardzo trudny (Bandura, Orwid 1972). Dzieci wychowywane w takich rodzinach mają mniejsze szanse na prawidłowe wejście w rolę ucznia, kolegi, syna czy córki niż ich rówieśnicy z rodzin pełnych. Już na początku swej drogi życiowej stają one przed barierami nie do przezwyciężenia, wynikającymi z niedostatku uczuć, zaburzeń zdrowotnych i emocjonalnych oraz innych niekorzystnych czynników sytuacyjnych. Rozwój dziecka w pełnej rodzinie zapewnia mu większe szanse na pokonanie trudności związanych z wejściem w świat dorosłych.

Rozwód rodziców z pewnością należy do najważniejszych sytuacji i uwarunkowań, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny jako środowiska wychowawczego. Proces rozwodowy jest często poprzedzony rozkładem pożycia małżeńskiego i rodzinnego. Konflikty między rodzicami prowadzą do powstawania urazów psychicznych i bardzo silnych kompleksów utrudniających normalny proces rozwojowy i wychowawczy dziecka. Proces rozwodowy wiąże się zazwyczaj z konfliktami, w których dziecko bezpośrednio uczestniczy – dotyczy to zwłaszcza rodzin o małej kulturze ogólnej i pedagogicznej. Różnokierunkowe, przeciwstawne i niezgodne ze sobą oddziaływania skłóconych rodziców w bardzo dużym stopniu osłabiają autorytet dorosłych i sprawiają, że dziecko czuje się zdezorientowane – nie wie, kogo

śłuchać. Pojawiają się wówczas stany lęku i niepokoju, które dziecko stara się zredukować. Czyni to zazwyczaj za pomocą zachowań negatywnych, nie-rzadko agresywnych. Najistotniejsze w strukturze życia rodzinnego są relacje między rodzicami a dziećmi. Okres poprzedzający rozwód rodziców szczególnie negatywnie wpływa na sferę zachowań dzieci.

Dziecko żyjące w atmosferze stałych konfliktów i napięć utrwała wzory zachowania, jakich dostarczało mu najbliższe rodzinne środowisko. Zachowanie dziecka jest naśladowaniem i odzwierciedleniem zachowań dorosłych, gdyż jego postępowanie jest do pewnego stopnia odbiciem sytuacji panującej w domu. Dziecko, ucząc się negatywnych zachowań od swoich rodziców, ma trudności w przystosowaniu się do środowiska społecznego i nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych z rówieśnikami i dorosłymi. Brak poczucia stabilizacji, niezgodność wymagań rodziców i napięta atmosfera w domu często dają początek zaburzeniom charakterologicznym dzieci funkcjonujących w tych rodzinach (Wallerstein, Blakeslee 2003). Wówczas następuje utrata zaufania do dorosłych oraz wiary w ich autorytet. Dziecko zaczyna swoiście interpretować życie jako arenę walki z innymi, staje się egoistyczne, przejawia agresywne cechy w zachowaniu.

Rozwód rodziców silnie oddziałuje na dzieci zarówno w czasie jego trwania, jak i wiele lat później. Rozwód to także ograniczenie kontaktów z jednym

z rodziców. Najczęściej sądy powierzają opiekę nad dzieckiem matce, która – zaspokajając potrzeby materialno-bytowe rodziny – często nie jest w stanie wywiązać się ze wszystkich zadań rodzicielskich. Rozwód rodziców i rozpad rodziny zawsze wywierają negatywny wpływ na dziecko, a bywa tak, że przeżywa ono konsekwencje tego zdarzenia przez całe życie. Rozwód rodziców w dużym stopniu kształtuje charakter, samoocenę, postawy oraz wyznacza rodzaje związków interpersonalnych podejmowanych przez dziecko w dalszym jego życiu. Stanowi też czynnik zwiększający prawdopodobieństwo podjęcia zachowań autodestrukcyjnych (Van Orden i in. 2010, s. 575–600).

Zaburzenia w życiu rodzinnym szczególnie silnie i boleśnie wpływają na psychikę dzieci. Dysfunkcyjna rodzina jest dla nich niekorzystnym środowiskiem życia i rozwoju, stanowi również wadliwy model, który często powielają w swym dorosłym życiu. Sam fakt istnienia konfliktu między rodzicami jest dla dziecka urazowy. Ponieważ dziecko najczęściej czuje się związane z obojgiem rodziców, dlatego potrzeba opowiedzenia się po stronie jednego z nich jest sytuacją, która może wyzwać poczucie winy, braku lojalności, lęk przed odrzuceniem, obawę przed utratą poczucia bezpieczeństwa i oparcia emocjonalnego. Ze strony rodziców pojawia się również ryzyko włączenia dziecka w istniejący między nimi konflikt i poszukiwania w nim sojusznika. Tego typu doświadczenia mogą nauczyć dziecko manipulowania ludźmi i pozyskiwania ich dla własnych celów lub znacznie utrudnić nawiązywanie pozytywnych i trwałych kontaktów. W sytuacji konfliktu w rodzinie mogą pojawić się u dziecka trudności w nauce, a także w adaptacji do warunków wymagań szkolnych. Może nasilić się lękliwość, pojawić ucieczka w marzenia, trudności w kontaktach z rówieśnikami lub zawężenie kontaktów towarzyskich (Cudak 2003).

Rozwód rodziców zawsze jest traumatycznym przeżyciem dla dziecka. Nie ma możliwości przeprowadzenia rozstania rodziców w taki sposób, by nie miało ono wpływu na psychikę dziecka. Niezależnie od tego, jak bardzo rodzice starają się załagodzić wpływ rozvodu na dziecko, to i tak pojawiają się negatywne konsekwencje tej sytuacji. Niezależnie od płci – w wielu przypadkach można stwierdzić pojawienie się postawy wrogości wobec tego z rodziców, z którym dziecko pozostaje, i sympatii dla tego, który odszedł. W sytuacji rozpadu rodziny większość dzieci pozostaje z matkami, dlatego to najczęściej one stają się przedmiotem agresji i wrogości, a także są obarczane winą za odejście ojca. Dominującymi reakcjami emocjonalnymi, które towarzyszą dzieciom

w rodzinach rozbitych, są: utrata poczucia własnej wartości, obniżenie nastroju, zamykanie się w sobie, drażliwość, poczucie winy. Zakłóceniom funkcjonowania emocjonalnego mogą towarzyszyć zaburzenia somatyczne i neurowegetatywne. U dzieci tych można zaobserwować takie objawy, jak: bóle brzucha, utrata apetytu, wymioty, moczenie nocne, jękanie, tiki, nadpobudliwość psychoruchową, nerwice dziecięce i stany lękowe.

Nerwice dziecięce stanowią następstwo przeżyć emocjonalnych spowodowanych doznanymi urazami psychicznymi – w tym przypadku urazy te wiążą się niewątpliwie bezpośrednio z rozwodem rodziców i stresującą sytuacją rozwodową. Zespoły zaburzeń emocjonalnych występujące pod postacią nerwic dziecięcych przyjmują formę nadpobudliwości emocjonalnej i ruchowej połączonej z agresywnością lub z lękliwością i zahamowaniem, które wraz z wiekiem dziecka mogą przybierać postać reakcji neurotycznych, dysfunkcyjnych postaw emocjonalnych bądź neurotycznej osobowości, zachowań nerwicowych (Wallerstein, Blakeslee 2003).

Nadmiar negatywnych bodźców napływających ze środowiska rozwodzących się rodziców znacznie obciąża układ nerwowy dziecka, co stanowi przyczynę występowania wielu zaburzeń emocjonalnych. Dziecko, żyjąc w stanie permanentnego napięcia emocjonalnego, traci często możliwość nawiązywania trwałych kontaktów z jednym z rodziców, najczęściej z ojcem. Wyrażna tendencja rodziców po rozwodzie do unikania kontaktów z dziećmi wraz z upływem czasu pogarsza istniejący stan rzeczy. Ponadto dzieci, których rodzice po rozwodzie nie utrzymują z nimi kontaktów lub ograniczają kontakt osobisty do sporadycznych spotkań, żyją w poczuciu krzywdy, żalu i rozgoryczenia, stają się nieufne i czują się emocjonalnie „okaleczone”.

Rozwód rodziców jest dla każdego dziecka sytuacją wywołującą zmiany w jego osobowości. Na percepcję sytuacji rozwodowej przez dziecko wpływa bardzo wiele czynników, które decydują o jakości jego przeżyć. Nawiązując do wyróżnionych przez Tadeusza Tomaszewskiego (1978) pięciu głównych typów sytuacji trudnych, takich jak sytuacje: deprivacji, przeciążenia, utrudnienia, konfliktowe, zagrożenia, można powiedzieć, że wszystkie one dotyczą dziecka rozwodzących się rodziców.

Thomas Z. Hozman i Donald I. Froiland (1976, s. 271–276) opisują pięć faz reagowania dziecka na stres związany z rozwodem rodziców, przez które przechodzi większość znajdujących się w takiej sytuacji dzieci.

Faza I to wypieranie faktu rozwodu. Dziecko odmawia przyjęcia wiadomości o rozwodzie i utracie jednego z rodziców. Informację tę jednak silnie przeżywa i w rezultacie izoluje się od otoczenia. Faza II charakteryzuje się wybuchami gniewu w stosunku do osób, które są zamieszane w tę sytuację. Dziecko zdaje sobie sprawę, że nie może dłużej zaprzeczać przed sobą, iż rodzice się rozwodzą i usiłuje walczyć z taką decyzją, przede wszystkim przez okazywanie swojej złości rodzicom. W fazie III dziecko podejmuje próby pogodzenia rodziców. Jeśli jego wysiłki nie dają rezultatu, pojawia się depresja, charakterystyczna dla fazy IV. Dziecko czuje się nadal nieszczęśliwe, ale wycofuje się z walki, czuje się bezradne, zamyka się w sobie, jest przygnębione i apatyczne. Wiele rozmyśla, czasem ma poczucie winy za rozwód rodziców. W ostatniej V fazie dochodzi do akceptacji rozwodu, kiedy dziecko już wie, że sytuacja jest nieodwracalna i uczy się bycia tylko z jednym rodzicem.

Zanim dziecko osiągnie stan równowagi po przeżyciu rozwodu, musi sobie poradzić z urazowymi przeżyciami wywołanymi rozkładem małżeństwa rodziców.

Judson T. Landis (1960, s. 7–13) wyróżnia siedem elementów traumatyzujących związanych z sytuacją rozwodową. Są to:

- konieczność przystosowania się do rysującej się perspektywy rozwodu,
- konieczność przystosowania się do faktu rozwodu,
- możliwość wykorzystania dziecka przez jedno lub oboje rodziców do walki przeciw sobie przed rozwodem i po nim,
- konieczność zmiany stosunków z rodzicami,
- nowy status dziecka rodziców rozwiedzionych i ewentualna konieczność nowego przystosowania się do grupy rówieśników,
- uświadomienie sobie konsekwencji niepowodzenia rodziców w małżeństwie,
- przystosowanie się do ewentualnego następnego związku rodziców.

Sytuacja traumatyzująca związana z rozwodem może obejmować zachwianie poczucia bezpieczeństwa, poczucie zagrożenia, lęk przed utratą miłości rodziców oraz przed konfliktami budzącymi napięcie (Kaja 1992). Można stwierdzić, że sytuacja rozwodowa jest jedną z poważniejszych sytuacji trudnych, jaka może się pojawiać w życiu dziecka. Okoliczności towarzyszące rozwodowi, takie jak: atmosfera, czas trwania i sposób okazywania dziecku przeżyć przez osobę pokrzywdzoną, składają się na

stopień przeżycia przez nie rozejścia się rodziców (Harwas-Napierała 2002).

Analizując determinanty poziomu zagrożenia, należy także wziąć pod uwagę czynniki rozwojowe. U dzieci w wieku od 10 do 12 lat konflikt w rodzinie zwiększa ryzyko powstania zaburzeń w rozwoju osobowości. Dzieci w tym wieku są już świadome rozbicia rodziny i utraty bezpośredniego kontaktu z którymś z rodziców, a jednocześnie są narażone na przeżywanie wewnętrznych konfliktów, takich jak: chęć zachowania lojalności wobec rodziców i jednocześnie dostrzeganie racji istniejącej po stronie jednego z nich, potrzeba utrzymania bliskiej więzi z każdym z rodziców i potrzeba lojalności oraz posłuszeństwa wobec tego z nich, który pełni funkcje opiekuńczo-wychowawcze i jest niechętny kontaktom dziecka z drugim z rodziców. Reakcją emocjonalną na trudną sytuację może być smutek i skłonności do postrzegania siebie jako osoby mniej wartościowej w porównaniu z rówieśnikami.

U młodzieży w wieku od 13 do 17 lat wzrasta zdolność do krytycznej oceny sytuacji rodziny oraz zachowania dystansu wobec rodziców i ich problemów (Galli, Kluger 2009). Większego znaczenia nabiera własne życie, nawiązywanie przyjaźni i głębszych więzi emocjonalnych z osobami innej płci. Jeśli młodzi ludzie nie znajdują oparcia w rodzinie, to poszukują wsparcia na zewnątrz. Jeżeli środowisko, w które wchodzi młódzież, ma negatywne wzorce społeczne, to młody człowiek może łatwo ulec demoralizacji lub popaść w uzależnienia (Gelles 1990). Największa liczba dzieci z małżeństw rozwiedzionych, które nie potrafią zapanować nad swoimi emocjami i wyrażają je w sposób bardzo widoczny, to 13–16-latkowie. Negatywne przeżycia rodzinne mogą dodatkowo pogłębić ich trudności związane z okresem rozwojowym. Wyrażają one napięcie emocjonalne przez nieposłuszeństwo oraz upór. Zachowania te są związane z charakterystycznymi dla tego wieku atakami buntu i wyrażania wątpliwości oraz podważania obowiązujących norm środowiskowych; pojawiają się także różnego rodzaju zachowania autodestruktywne (Jarosz 1990).

Przejawem negatywnej postawy rozwiedzionych rodziców może być stawianie dziecku nadmiernych wymagań. Rodzice prezentujący tę postawę stawiają dzieciom zadania ponad ich możliwości. Powoduje to osłabienie wiary dziecka we własne siły, a także obwinianie się, wynikające z niespełnienia oczekiwań rodzicielskich. Na skutek nadmiernych wymagań dzieci nabierają przekonania o swojej niepełnej wartości, a także mogą przejawiać postawę niechęci do rodziców rozwiedzionych, która wpływa na ich

stan psychiczny i skutkuje apatią, agresją lub buntem. W stanach apatii dziecko szuka zapomnienia w środkach odurzających, a chcąc zdobyć pieniądze na ten cel – kradnie.

Obserwacje naukowe potwierdzają, że chłopcy częściej niż dziewczęta demonstrują cechy aspołecznego zachowania. Niekorzystnie wyróżniają się oni w zakresie takich rodzajów zaburzonych zachowań, jak: agresja werbalna, stosowanie przemocy wobec kolegów, palenie papierosów, wagarowanie oraz przestępstwa wobec prawa (Grochocińska 1992). Dziewczęta częściej niż chłopcy wywoływały konflikty. Takie zachowania, jak: ucieczka z domu, nieposłuszeństwo wobec rodziców, kradzieże, oszukiwanie, występują zarówno wśród dziewcząt, jak i chłopców. Trudności wychowawcze obserwowane u dzieci z rodzin rozwiedzionych wskazują wyraźnie, że rozwód rodziców jest istotnym źródłem niepowodzeń dzieci w funkcjonowaniu społecznym. Rodzice na ogół źle wypełniają swoje zadania wychowawcze i opiekuńcze, co dodatkowo utrudnia właściwe funkcjonowanie społeczne dzieci, a nawet staje się przyczyną ich zachowań o charakterze destrukcyjnym.

Negatywne przeżycia dzieci związane z rozwodem rodziców przyczyniają się do destrukcyjnych zachowań poza domem (wagary, lekceważenie obowiązków szkolnych), wśród rówieśników (wszczynanie bójek, wywoływanie konfliktów) (White, Woollett 1992). Szczególnie starsze dzieci z rodzin rozbitych przejawiają nasilenie trudności wychowawczych, świadczących o zaawansowanym procesie wykołajenia społecznego.

U dzieci wychowywanych przez ojców (zwłaszcza u chłopców) częstsze są przypadki psychicznego i społecznego nieprzystosowania. Wskazuje się, że mają one większe trudności w nawiązywaniu kontaktów, są mniej ufne i bardziej agresywne, co powoduje, że są mniej chętnie przyjmowane przez rówieśników (Stolz 1954). Brak ojca jest także przyczyną wolniejszego (szczególnie u chłopców) rozwoju moralnego (Rembowski 1984). Mają trudności w nawiązywaniu kontaktów z osobnikami płci odmiennej ze względu na obniżoną samoocenę i niski poziom pewności siebie. U dzieci z rodzin rozbitych pojawia się lęk, niepokój o przyszłość, przekonanie o własnej bezsilności wobec sytuacji w rodzinie (Kostuj 1980, s. 276–287). Brak ojca ogranicza realizację funkcji socjalizacyjnej i wychowawczej, jaką powinna spełniać rodzina. Chłopcy wychowywani przez samotne matki są pozbawieni możliwości identyfikacji z rolą męską, dziewczynki zaś nie są w stanie wytworzyć sobie prawidłowych wyobrażeń o roli mężczyzny.

Zdaniem Eleanor E. Maccoby (1977), zadanie czuwania nad prawidłowym rozwojem dziecka wydaje się przekraczać możliwości pojedynczej osoby dorosłej nawet społecznie dojrzałej i silnie z dzieckiem związanej. Potrzebny jest w tym procesie czynny udział drugiej osoby dorosłej, której obecność zapewnia tzw. redundancję oddziaływań w rodzinie (Lamb 1979, s. 938–943). Ważną funkcję zapobiegającą występowaniu tzw. syndromu adolescencyjnego, w postaci niepowodzeń szkolnych, narkomanii, przestępczości, mogą spełniać zastępczo różne osoby dorosłe, m.in. dziadkowie, ojczym, wuj. Najlepiej jednak, gdy wysiłki socjalizacyjne matki wspiera jej były mąż, tzn. rodzony ojciec dziecka (Bronfenbrenner 1979). Zdaniem Barbary Harwas-Napierały (2002), wyniki badań nasuwają refleksję o konieczności zmian regulacji prawnych i obyczajowych, gdyż w większości przypadków opiekę nad dzieckiem po rozwodzie rodziców powierza się matce, eliminując w zasadzie ojca z życia dziecka. Należy dbać o podkreślanie znaczenia ojca w rodzinie i uświadomienia jego roli w wychowaniu dziecka (niezależnie od tego, czy jest on mężem matki, czy nie) (Braun-Gałkowska 1992). W rodzinach rozbitych relacje rodzice – dziecko zależą w dużym stopniu od zachowania rodziców, którzy się rozeszli. Barbara Harwas-Napierała (2002) uważa, że należy postulować konieczność pracy z rozwiedzionymi rodzicami w kierunku wytworzenia u nich zdolności pełnienia wspólnej opieki nad swymi dziećmi i zachowaniem prawidłowych, tzn. zaspokajających dziecięce potrzeby, relacji z dziećmi.

Nierzadko obserwuje się zaburzone relacje między rodzicami, którzy się rozeszli, a dziećmi. Lawrence Shulman (1979) opisuje trzy typy rodzin niepełnych o nieprawidłowych relacjach. Pierwszy typ reprezentuje rodzina, w której separacja jest niekompletna, a małżonkowie rozwodzą się i powracają do siebie. Często zdarza się, że ojciec – po wyprowadzeniu się z domu – przychodzi do dzieci, ale zamiast zajmowania się nimi, swoją uwagę skupia na żonie i walce z nią. W takiej sytuacji nie są zaspokajane potrzeby dzieci, a wpajane im przez matkę negatywne nastawienie do ojca potęguje w nich uczucie osamotnienia. Drugi typ to rodzina, w której ojciec odszedł, nie kontaktuje się z dziećmi i nie daje pieniędzy na ich utrzymanie. W takiej sytuacji dzieci czują się zdradzone i opuszczone przez ojca, łatwo zatem przyjmują negatywny jego obraz ukształtowany przez matkę. Konsekwencją tej sytuacji jest wiara dzieci w to, że mężczyźni są źli i nie można im ufać. Trzeci typ to rodzina żyjąca w separacji, w której mieszkający oddzielnie ojciec utrzymuje stałe, ale jednak pełne

konfliktów kontakty z dziećmi. Używa ich do szpiegowania matki i nastawia je przeciw niej. Z tego powodu dzieci przeżywają uczucie nielojalności wobec jednego z rodziców. Gdy matka zorientuje się, jak postępuje ojciec, ogranicza jego kontakty z dziećmi i stara się wpoić im przekonanie, że nie dba on o nie. W tym przypadku o zaspokojenie potrzeb dzieci nikt nie dba.

Najczęściej obserwuje się rozluźnienie lub zerwanie więzów uczuciowych dziecka z tym z rodziców, który odchodzi od rodziny. Dotyczy to najczęściej ojca. W konsekwencji dziecko przeżywa silny stres, gdyż ma świadomość, że poniosło wielką stratę osobistą i zostało przez ojca porzucone (Bragiel 1990).

Zwraca się uwagę, że kontakty ojca z dziećmi są często ograniczone, ponieważ matka zniechęca je do niego. Tuż po rozwodzie ojciec czuje się związany emocjonalnie z dzieckiem, często je odwiedza, zabiera do kina, kupuje prezenty. Po pewnym czasie odczuwa, że kontakty te zabierają mu zbyt wiele czasu i pieniędzy, zaczyna więc powoli rezygnować z wizyt. Rosnący dystans potęguje dziecko, które wycofuje się emocjonalnie ze związku z ojcem, gdy ten nie wywiązuje się ze swych obietnic.

Ogólnie można powiedzieć, że dziecko wychowujące się w rodzinie, w której nastąpił rozwód, ma gorsze warunki rozwoju. Dotyczy to szczególnie chłopców, których bardziej niż dziewczynki dotykają skutki rozwodu. Dziewczynki łatwiej niż chłopcy przystosowują się i częściej nie różnią się od tych, które wychowują się w rodzinach pełnych. Chłopcy okazują się bardziej podatni na negatywne oddziaływanie dysharmonii między rodzicami, a także wymagają większej kontroli, której będący w stanie konfliktów rodzice nie mogą należycie pełnić.

Podobnie jak w przypadku osób dorosłych czynnikiem zagrożenia są uzależnienia i przemoc towarzyszące destrukcji rodziny. Przy opisie przemocy fizycznej uwzględnia się nie tylko jej przejawy, lecz także skutki. Chodzi nie tylko o bezpośrednie urazy w postaci siniaków, złamań, stłuczeń, ale i o rejestrację odległych skutków zdrowotnych. W rodzinach patologicznych, szczególnie tam, gdzie występuje problem uzależnień, wskaźnik maltretowania dziecka wzrasta znacząco (Lipowska-Teutsch 1995). Doświadczenie przemocy fizycznej, nawet tej o bardzo dużym stopniu surowości, nie jest zjawiskiem sporadycznym. Stwierdzono, że powstanie i utrwalenie się zachowań dewiacyjnych, takich jak zachowania autodestrukcyjne, u dzieci i młodzieży, jest wynikiem niesprzyjającej konfiguracji różnych zmiennych (Zajączkowski 1997).

Dominującą przyczyną zaburzeń w zachowaniu dzieci jest środowisko rodzinne. Dzieci z grupy wysokiego ryzyka wywodzą się z rodzin, w których:

- występują różnego rodzaju patologie społeczne (alkoholizm, przestępczość, prostytutcja, negatywny stosunek do pracy itd.),
- struktura została zaburzona z powodu rozpadu małżeństwa bądź istnienia nieprawidłowych wzorców rodziny,
- zaznacza się prymitywizm, który znajduje odzwierciedlenie nie tylko w poziomie wykształcenia rodziców (opiekunów), lecz także w przyjmowanych przez nich postawach wychowawczych, braku podstawowej wiedzy dotyczącej wychowania i potrzeb dziecka, sposobie spędzania wolnego czasu, sposobach rozwiązywania konfliktów, preferowanych wartościach (tolerowaniu i akceptowaniu zachowań dewiacyjnych).

Stosowanie przemocy szczególnie niekorzystnie odbija się na rozwoju emocjonalnym i społecznym dziecka – bez względu na to, czy było ono ofiarą czy świadkiem przemocy. Do najczęściej rejestrowanych skutków przemocy wobec dziecka w rodzinie zalicza się wzrost agresywności, trudności w nauce, problemy w zachowaniu – zmienność nastrojów, impulsywność, drażliwość, trudności w koncentracji, kłamstwo, znęcanie się nad słabszymi dziećmi i zwierzętami, brak zaufania do ludzi dorosłych (Pospiszyl 1998). Nieporozumienia i konflikty między rodzicami prowadzą często do ukształtowania się cech wrogości u dziecka, która najpierw skierowana jest do rodziców, a następnie przenoszona poza środowisko domowe, a niekiedy wobec własnej osoby. Dzieci, które mają poczucie osamotnienia w rodzinie wskutek rozwodu rodziców, skłonne są do ucieczek z domu, a także do ucieczek od rzeczywistości. Aby bronić się przed samotnością, łatwo mogą sięgnąć po narkotyki.

Alkoholizm ojca lub matki, stosowanie surowych kar fizycznych, silne konflikty rodzinne, rozbicie więzi emocjonalnych to przykre doświadczenia życiowe dzieci powodujące zaburzenia w zachowaniu i trudności wychowawcze. Badania potwierdziły, że dzieci z małżeństw rozwiedzionych częściej wagarują, uciekają z domu, ulegają wykolejeniu moralnemu, tj. piją alkohol, uprawiają stosunki seksualne, narkotyzują się, palą papierosy, prowokują bójki, popadają w konflikty z rówieśnikami. Występują również zachowania autoagresywne, jak samookaleczenie się, a niekiedy dochodzi do podejmowania prób samobójczych (Van Orden i in. 2010, s. 575–600).

Gdy natężenie negatywnych emocji u dziecka spowodowane destruktywnym wpływem sytuacji rodzinnej osiąga wysokie natężenie, możemy mieć do czynienia ze stresem urazowym. Stres ten może powodować głębokie i trwałe zmiany funkcjonowania psychologicznego i fizjologicznego. W DSM-IV określono zdarzenie, które może prowadzić do stresu pourazowego (APA 1994) – jest to zdarzenie związane z zagrożeniem życia lub fizycznej integralności, podczas którego dana osoba przeżywa intensywny strach, poczucie bezradności lub przerażenia (Lis-Turlejska 1998). Dla niektórych dzieci urazowym przeżyciem może być rozwód lub życie wśród poważnych napięć rodzinnych. U ofiar stresu pourazowego obserwować można takie symptomy, jak: depresja, koszmarne sny, lęk, schorzenia psychosomatyczne, zmiany charakteru, bezsenność, bóle głowy.

U podłoża zachowań autoagresywnych może pozostawać również takie doświadczenie silnego długotrwałego stresu, które nie doprowadziło do powstania syndromu pourazowego, ale paradoksalnie – przyzwyczajanie się do stresu. Osoby takie czują się „spokojne” w sytuacjach zagrażających, natomiast z trudnością radzą sobie w warunkach zwykłego, codziennego życia. Skrajny chroniczny stres może więc, paradoksalnie, stymulować zachowania związane z wytwarzaniem nowego urazu. W skrajnych przypadkach uraz ten ma charakter zachowań autodestruktywnych, samookaleczenia się i prób samobójczych. Stwierdzono, że znaczna liczba osób dorosłych podejmujących zachowania autodestruktywne w okresie dzieciństwa była przez dłuższy okres ofiarą przemocy, zaniedbywania, narażania na poczucie głębokiego wstydu.

W celu wyjaśnienia tego zjawiska badacze odwołują się do procesów pamięci utajonej wzmacnianej procesami biochemicznymi zachodzącymi w mózgu przy wytwarzaniu specyficznych substancji – tzw. opiatów endogennych, czyli endorfin. Endorfiny są produkowanymi przez mózg związkami chemicznymi o silnym działaniu znieczulającym, podobnym

do działania opium i innych narkotyków będących ich chemicznymi kuzynami. Przy wysokim poziomie opiatów ludzie wykazują zwiększoną tolerancję na ból. Nowy uraz, na jaki naraża się dobrowolnie ofiara długotrwałego stresu, stymuluje wytwarzanie w jej mózgu opiatów endogennych poprawiających samopoczucie. Osoby, które dokonały aktów samoagresji (zranienia, oparzenia), często twierdzą, że zachowania te przyniosły im spokój i ulgę (Cozolino 2002). Zdaniem B.A. van der Kolka (1988, s. 273–290) mechanizm sterujący wytwarzaniem opiatów endogennych jest odpowiedzialny za akty samookaleczania i próby samobójcze.

Rozwody wywierają również odroczonego wpływu na sferę życia emocjonalnego dorosłych dzieci rozwiedzionych rodziców. Stwierdzono, że dzieci pochodzące z małżeństw rozwiedzionych częściej rozwodzą się w dorosłym życiu niż ci, których rodzice trwali w dobrze lub poprawnie funkcjonującym małżeństwie (Gapik 1989, s. 3–11).

W zakresie orzecznictwa rozwodowego ważną rolę odgrywa psycholog jako ekspert. Rola ta obejmuje dwa istotne aspekty. Pierwszy z nich to diagnoza istniejącego stanu rzeczy w odniesieniu do sytuacji rodzin objętych procedurą sądową. Dotyczy to najczęściej społeczno-psychologicznej oceny sytuacji dziecka w danej rodzinie, w tym wydolności wychowawczej rodziców, w celu ustalenia, przy którym z rodziców powinno pozostać dziecko w przypadku rozwodu, oraz regulowania jego kontaktów z tym z rodziców, z którym nie będzie mieszkało. Drugi aspekt dotyczy formułowania prognoz w odniesieniu do konsekwencji, jakie dla dziecka i jego rozwoju może mieć zarówno orzeczenie rozwodu, jak i jego zaniechanie. Chodzi tu o diagnozowanie danej rodziny, wydawanie ekspertyz, w których przygotowaniu niezbędne jest wykorzystywanie wiedzy z psychologii rozwojowej, dotyczącej zwłaszcza czynników warunkujących zarówno prawidłowy, jak i nieprawidłowy przebieg procesu kształtowania się tożsamości płciowej dziecka (Harwas-Napierała 2002).

Literatura

- Bandura W., Orwid M. (1972), *Sytuacja rodzinna młodych osób usiłujących popełnić samobójstwo*, „Zdrowie Psychiczne”, nr 1–2.
- Braziel J. (1990), *Wychowanie w rodzinie niepełnej*, „Studia Monograficzne”, t. 19, Opole.
- Bronfenbrenner U. (1979), *The Ecology of Human Development*, Harvard University Press, Cambridge MA.
- Cozolino L.J. (2002), *Neuronauka w psychoterapii*, Zysk i S-ka, Poznań.
- Cudak H. (2003), *Funkcjonowanie dzieci z małżeństw rozwiedzionych*, Wydaw. A. Marszałek, Toruń.
- APA (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, wyd. 4, Washington.
- Galli D., Kluzer Ch. (2009), *Rodzice w separacji*, Wydaw. Rafael, Kraków.
- Gapik L. (1989), *Sytuacja psychologiczna po rozwodzie*, „Problemy Rodziny”, nr 2.

- Gelles R.J. (1990), *Methodological issues in the study of family violence*, w: G. Patterson (red.), *Depression and Aggression in family interaction*, Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Grochocińska R. (1992), *Psychospołeczna sytuacja dzieci w rodzinach rozbitych*, Uniwersytet Gdański, Gdańsk.
- Harwas-Napierała B. (2002), *Wykorzystanie wiedzy psychologicznej o rozwoju człowieka w odniesieniu do rodziny*, w: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Wiedza z psychologii rozwoju człowieka w praktyce społecznej*, UAM, Poznań.
- Hozman T.L., Froiland D.I. (1976), *Families in divorce: a proposed model for counseling the children*, „Family Coordinator”, vol. 25(3).
- Jarosz M. (1990), *Samozniszczenie, samobójstwo, alkoholizm, narkomania*, Ossolineum.
- Kaja B. (1992), *Rozwód w rodzinie a osobowość dziecka*, WSP, Bydgoszcz.
- Kostuj E. (1980), *Sytuacja dziecka w rodzinie, w której oddalono powództwo o rozwód*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 6.
- Lamb M.E. (1979), *Parental influence and the father's role: a personal perspective*, „American Psychologist”, vol. 34.
- Landis J.T. (1960), *The trauma of children when parents divorce*, „Marriage & Family Living”, vol. 22(1).
- Lis-Turlejska M. (1992), *Traumatyczny stres: koncepcje i badania*, Instytut Psychologii PAN, Warszawa.
- Lipowska-Teutsch A. (1995), *Rodzina a przemoc*, PARPA, Warszawa.
- Maccoby E.E. (1977), *Current research in the family and their impact upon the socialization of children*, referat na zjeździe ASA, Chicago.
- Pospiszyl I. (1998), *Przemoc w rodzinie*, WSiP, Warszawa.
- Rembowski J. (1986), *Rodzina w świetle psychologii*, WSiP, Warszawa.
- Shulman L. (1979), *The skills of helping individuals and groups*, Peacock Publishers, Ithaca.
- Stolz L. (1954), *Father relations as war born children*, Stanford University Press, Stanford CA.
- Tomaszewski T. (1978), *Człowiek i otoczenie*, w: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, PWN, Warszawa.
- van der Kolk B.A. (1988), *The trauma spectrum: the interaction of biological and social events in the genesis of trauma response*, „Journal of Traumatic Stress”, vol. 1(3).
- Van Orden K.A. i in. (2010), *The interpersonal theory of suicide*, „Psychological Review”, vol. 117.
- Wallerstein J.S., Blakeslee S. (2003), *Rozwód, a co z dziećmi*, Zysk i S-ka, Poznań.
- White A., Woollett D. (1992), *Families and Context for Development*, The Falmer Press, London.
- Zajączkowski K. (1997), *Profilaktyka zachowań dewiacyjnych dzieci i młodzieży*, Wydaw. A. Marszałek, Toruń.

Prof. dr hab. Andrzej Hankala

Destruktywne konsekwencje rozwodu

Streszczenie

Artykuł dotyczy negatywnych konsekwencji rozwodu, jak również poprzedzającej rozwód dezorganizacji rodziny dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. W artykule przedstawiono konsekwencje rozwodu, zarówno o charakterze bezpośrednim, jak i odroczonym, przybierające postać zaburzeń emocjonalnych, a także różnych form nieprzystosowania społecznego, włącznie z zachowaniami autodestruktywnymi, a wśród nich z samobójstwami.

Słowa kluczowe: rozwód, dezorganizacja rodziny, zaburzenia emocjonalne, zachowania autodestruktywne, samobójstwo, dzieci, młodzież.

Prof. dr hab. Andrzej Hankala

Destructive consequences of divorce

Summary

This article concerns the negative consequences of divorce, more specifically, pre-divorce family disorganization for mental health of children and adolescents. The article presents the consequences that are both immediate and deferred taking the form of emotional disorders, as well as various forms of social maladjustment, including self-destructive behaviors, and among them suicides.

Key words: divorce, family disorganization, emotional disturbance, self-destructive behavior, suicide, children, adolescents.



Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski

Instytut Pielęgniarstwa Podhalańskiej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Targu

Dr n. med. Ireneusz Gądek

Instytut Pielęgniarstwa Podhalańskiej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Targu

Lek. med. Joanna Łacisz

Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Dr Krzysztof Zboralski

Klinika Psychiatrii Dorosłych II Katedry Chorób Układu Nerwowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Aspekty psychospołeczne samobójstw żołnierzy¹

Wstęp • Materiał i metoda • Wyniki i dyskusja

Wstęp

Samobójstwa żołnierzy od lat stanowią ważny problem sił zbrojnych w zakresie zdrowia psychicznego i dlatego wymagają stałego zainteresowania oraz analizy tego zjawiska (Florkowski i in. 2000, s. 176–183; Hołyst 2002, s. 595–606; Kocur 2000, s. 217–228; Rydzyński 1975). Przyczyny i uwarunkowania samobójstw żołnierzy są liczne i złożone, a poglądy suicydologów na ich udział w procesie podejmowania i realizacji ostatecznej decyzji samobójczej – zróżnicowane (Hołyst 2002; Kocur 2000; Florkowski i in. 2005, s. 88–91). Szczególnie dużo

wątpliwości w zamachach samobójczych żołnierzy dotyczy udziału czynników bezpośrednio związanych z warunkami służby wojskowej. Jednoznaczne ustalenie przyczyn i motywów tych zamachów powoduje najwięcej wątpliwości i kontrowersji zarówno wśród autorów opracowań naukowych, jak i wojskowych suicydologów zajmujących się problematyką zamachów samobójczych żołnierzy (Florkowski i in. 2000; Hołyst 2002; Kocur 2000; Florkowski, Kocur 1984, s. 73–88). Najczęściej w praktyce usiłuje się dokonać analizy każdego samobójstwa przez wskazanie jednej najbardziej prawdopodobnej przyczyny takiego zachowania. Większość badaczy podkreśla, że realizacji zamachu samobójczego nie należy odnosić do jednego czynnika, ponieważ jest to zjawisko bardziej złożone (Hołyst 2002; Kocur 2000; Rydzyński 1975; Florkowski, Kocur 1984; Florkowski 1987).

¹ Praca w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki – nr projektu badawczego 5156/B/Po1/2011/40 pt.: „Zdrowie psychiczne społeczeństwa polskiego a samobójstwa. Analiza współzależności”.

Przeprowadzone badania wskazują, że zdecydowana większość żołnierzy, którzy popełnili samobójstwo, była uwikłana równocześnie w kilka sytuacji konfliktowych, których nasilenie było tak znaczne, że doprowadziły do zamachu samobójczego. Ustalenie, która z tych sytuacji miała decydujący wpływ na zamach samobójczy, stanowi najtrudniejszy problem. Na proces decydujący o popełnieniu samobójstwa wywiera wpływ wiele czynników zarówno natury wewnętrznej, jak i zewnętrznej. Dlatego przy wyjaśnianiu zjawiska samobójstw żołnierzy zawodowych konieczna jest analiza nie tylko stanu psychicznego, lecz także warunków środowiskowych (ibid.). Zaistnienie równocześnie kilku sytuacji konfliktowych oznacza zakłócenie stosunków społecznych z najbliższymi osobami, tj. żoną, narzeczoną, partnerką, przełożonymi i współpracownikami (Kocur 2000; Florkowski, Kocur 1984; Florkowski 1987).

W celu sprawdzenia, jak kształtuje się udział wspomnianych czynników w zamachach samobójczych żołnierzy zawodowych, przeprowadzono analizę materiałów faktograficznych zawartych w aktach dochodzeniowych żołnierzy zawodowych zmarłych śmiercią samobójczą.

Materiał i metoda

Badania polegały na analizie danych znajdujących się w aktach Wojskowych Prokuratur Garnizonowych i Okręgowych oraz materiałów uzyskanych z Departamentu Wychowania i Promocji Obronności MON dotyczących 531 samobójstw żołnierzy zawodowych.

Analizowane zamachy samobójcze zostały dokonane w okresie 33 lat (1978–2010) na terenie Polski. Uzyskane wyniki badań poddane zostały analizie statystycznej.

Wyniki i dyskusja

W tabeli 1 zaprezentowano wartości liczbowe samobójstw żołnierzy zawodowych, którzy popełnili samobójstwo w poszczególnych latach obejmujących okres 1978–2010.

W okresie 33 lat w wojsku polskim popełniło skutecznie samobójstwo 531 żołnierzy zawodowych, w tym 346 podoficerów oraz chorążych, a od 2009 r. także szeregowych zawodowych, oraz 185 oficerów. Najwyższy współczynnik samobójstw wśród żołnierzy zawodowych odnotowano w latach 1978 (25,4)

Tabela 1. Zamachy samobójcze żołnierzy zawodowych w Wojsku Polskim w latach 1978–2010 w przeliczeniu na 100 tys. żołnierzy zawodowych

Rok	Podoficer, chorąży i szeregowy zawodowy	Oficer	Razem	Współczynnik
1978	18	10	28	25,4
1979	20	5	25	22,7
1980	14	13	27	24,5
1981	12	6	18	15,0
1982	14	8	22	18,3
1983	9	6	15	12,5
1984	11	6	17	14,2
1985	15	9	24	20,0
1986	13	8	21	17,5
1987	12	6	18	15,0
1988	9	7	16	13,3
1989	8	5	13	10,8
1990	15	8	23	19,2
1991	10	5	15	12,7
1992	9	8	17	14,4
1993	14	5	19	16,1
1994	13	7	20	16,9

Rok	Podoficer, chorąży i szeregowy zawodowy	Oficer	Razem	Współczynnik
1995	15	10	25	21,2
1996	8	8	16	13,6
1997	9	5	14	11,9
1998	4	3	7	5,9
1999	6	3	9	7,6
2000	12	7	19	16,1
2001	10	6	16	13,6
2002	7	5	12	10,2
2003	6	3	9	10,5
2004	7	2	9	10,4
2005	6	2	8	9,6
2006	6	1	7	8,3
2007	3	2	5	6,1
2008	7	2	9	10,7
2009	12	1	13	15,5
2010	12	3	15	15,0
Ogółem	346	185	531	

Rys. 1. Graficzne przedstawienie współczynnika samobójstw żołnierzy zawodowych w wojsku polskim w latach 1978–2010

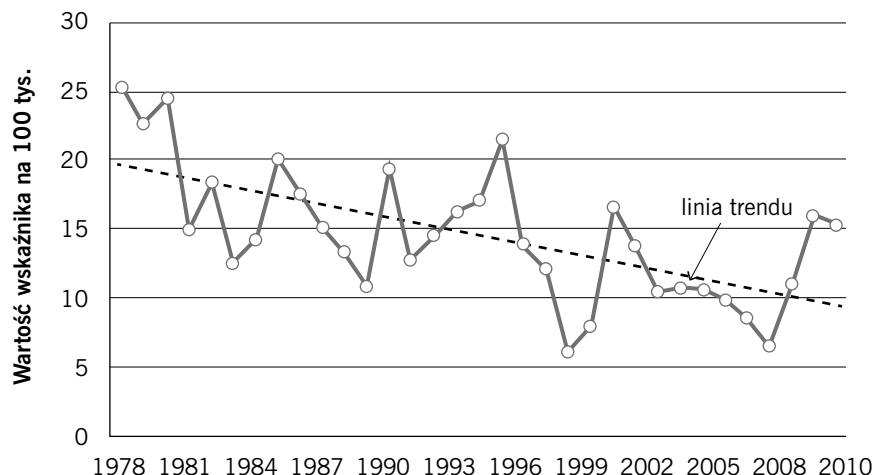


Tabela 2. Samobójstwa żołnierzy zawodowych w latach 1978–2010 a wiek

Grupa osobowa	Przedział w latach				Ogółem
	do 25 lat	26–35	36–45	pow. 45 lat	
Podoficerowie i chorążowie	94 27,2%	185 53,5%	53 15,3%	14 4,0%	346 65,2%
Oficerowie	27 14,6%	123 66,5%	30 16,2%	5 2,7%	185 34,8%
Razem	121 22,8%	308 58,0%	83 15,6%	19 3,6%	531 100,0%

$\chi^2 = 12,56$ $df = 3$ $p < 0,01$

i 1980 (24,5). Należy zwrócić uwagę, że od 1981 r. – poza trzema latami (1985 r. – 20,0; 1990 r. – 19,2; 1995 r. – 21,2) – obserwuje się wśród żołnierzy zawodowych obniżający się współczynnik samobójstw: najniższy odnotowano w latach: 1998 (5,9); 1999 (7,5) i 2007 (6,1). Odnotowany wzrost współczynnika samobójstw w grupie żołnierzy zawodowych w 2009 i 2010 r. (odpowiednio 15,5 oraz 15,0) mógł być spowodowany wprowadzeniem od 1.08.2009 r. zawodowej służby wojskowej stanowiska szeregowego zawodowego.

Jak już wspomniano, obserwowane obniżenie współczynnika samobójstw w grupie żołnierzy zawodowych, począwszy od 1981 r., może wynikać z większego zainteresowania tym niekorzystnym zjawiskiem w wojsku oraz wprowadzenia i realizowania programów psychoprofilaktycznych.

Z danych zawartych w tabeli 2 jednoznacznie wynika, że w grupie żołnierzy zawodowych najczęściej dokonywały samobójstw osoby w młodym wieku.

Wśród samobójców pełniących zawodową służbę wojskową ponad połowa (58,9%) była w przedziale wieku 26–35 lat – i to zarówno w grupie podoficerów i chorążych (53,5%), jak i oficerów (66,5%), a następnie osoby do 25. roku życia (22,8%). Występuje

zależność statystycznie istotna dotycząca wieku samobójców. Zdecydowana przewaga żołnierzy zawodowych, którzy odebrali sobie życie, to osoby młode do 35. roku życia (80,0%) – potwierdzają to również wcześniejsze badania dotyczące zjawiska samobójstw w wojsku (Florkowski, Kocur 1984; Florkowski 1987).

Dane przedstawione w tabeli 3 wskazują wyraźnie, że zamachów samobójczych najczęściej dopuszczają się żołnierze ze stażem służbowym nieprzekraczającym 10 lat.

Jak to wynika z zaprezentowanych danych, wśród podoficerów i chorążych najczęściej popełniały samobójstwo osoby ze stażem w służbie wojskowej do 5 lat (46,5%), wśród oficerów zaś osoby ze stażem służbowym 6–10 lat. Stwierdzono zależność statystyczną między stażem w służbie a samobójstwem. O tym, że żołnierze zawodowi z krótkim stażem służbowym znacznie częściej popełniają samobójstwo, świadczą wcześniej prowadzone badania przez suicydologów wojskowych (Florkowski, Kocur 1984; Florkowski 1987; Grądyś 2003).

Można więc przypuszczać, że jednym z czynników wpływających na stosunkowo większą liczbę samobójstw wśród żołnierzy zawodowych są trudności adaptacyjne do warunków służby wojskowej.

Tabela 3. Struktura samobójstw żołnierzy zawodowych według stażu służby wojskowej w latach 1978–2010

Grupa osobowa	Przedziały stażu służby wojskowej w latach					Ogółem
	do 5 lat	6–10	11–15	16–20	pow. 20 lat	
Podoficerowie i chorążowie	161 46,5%	86 24,8%	41 11,8%	22 6,4%	36 10,4%	346 65,2%
Oficerowie	36 19,5%	87 47,0%	27 14,6%	19 10,3%	16 8,6%	185 34,8%
Razem	197 37,1%	173 32,6%	68 12,8%	41 7,7%	52 9,8%	531 100,0%

$\chi^2 = 45,48$ $df = 4$ $p < 0,001$

Tabela 4. Samobójstwa żołnierzy zawodowych w latach 1978–2010 a stan cywilny

Grupa osobowa	Kawalerowie	Żonaci	Rozwiedzeni	Wdowcy	Ogółem
Podoficerowie i chorążowie	78 22,5%	267 74,3%	11 3,2%	–	346 65,2%
Oficerowie	37 20,0%	131 70,8%	14 7,6%	3 1,6%	185 34,8%
Razem	115 21,6%	388 73,1%	25 4,7%	3 0,6%	531 100,0%

$\chi^2 = 11,10$ $df = 3$ $p < 0,05$

Za istnieniem związku między zaburzeniami adaptacyjnymi a samobójstwami żołnierzy zawodowych przemawiają uzyskane wyniki – ok. 70% przypadków samobójstw popełnianych w okresie pierwszych 10 lat pełnienia służby wojskowej. Jest to okres wdrażania się do nowych warunków związanych z zajmowaniem kolejnych stanowisk dowódczych. W tej grupie znajdowali się także żołnierze, którzy prawdopodobnie z braku predyspozycji dowódczych nie awansowali, co utrudniało realizację zaplanowanej kariery wojskowej.

Problem związku zamachów samobójczych żołnierzy z procesami adaptacyjnymi podnosi wielu badaczy (Rydyński 1975; Florkowski, Kocur 1984; Florkowski 1987; Grądyś 2003). Uważa się, że samobójstwo popełniają osoby, u których zawiodły mechanizmy adaptacyjno-kompensacyjne. Niemożność dostosowania się do oczekiwań środowiska może prowadzić do powstania lęku, depresji i utraty sensu życia, a stąd dochodzi do sytuacji konfliktowych i problemów służbowych oraz poczucia beznadziejności. Jak to ilustrują dane przedstawione w tabeli 4, najczęściej w badanej grupie popełniali samobójstwa żołnierze zawodowi pozostający w związku małżeńskim (73,1%).

W grupie podoficerów i chorążych żonatyh było 74,3% przypadków, a wśród oficerów 70,8%. Udo- wodniono zależność statystyczną między stanem cywilnym a samobójstwem. W piśmiennictwie suicydologicznym przeważają opinie, że najczęściej popełniają samobójstwo mężczyźni w stanie wolnym, a związek

małżeński ma chronić przed samobójstwem (Hołyst 2002; Jarosz 2004). Nie potwierdzają tego badania dokonane wśród żołnierzy zawodowych, w których stwierdzono, że skutecznie popełniło samobójstwo 73% osób pozostających w związku małżeńskim.

Dane uwidocznione w tabelach 5 i 6 wskazują, że w badanej grupie żołnierzy zawodowych ponad połowa osób legitymizowała się wykształceniem średnim i najczęściej zamieszkiwała w miastach do 50 tys. mieszkańców.

W grupie podoficerów i chorążych większość stanowili żołnierze z wykształceniem średnim (61%), zamieszkujący w miejscowościach do 50 tys. mieszkańców (62%). Natomiast wśród oficerów przeważały osoby z wykształceniem wyższym (58%), mieszkające w miejscowościach do 50 tys. mieszkańców (61%). Porównywane zmienne w tabeli 5 pozostają w istotnej zależności statystycznej, a w tabeli 6 stwierdzono brak istotności.

Dane wymienione w tabeli 7 uwidoczniają ustalone bezpośrednie przyczyny zamachów samobójczych żołnierzy.

Analiza bezpośrednich przyczyn samobójstw popełnianych przez żołnierzy zawodowych pozwoliła na wydzielenie trzech podstawowych grup czynników etiologicznych. Pierwsza, najliczniejsza, była związana z nieporozumieniami i konfliktami rodzinnymi i partnerskimi (60%). Ponad 59% podoficerów i chorążych oraz 62% oficerów popełniło samobójstwo z przyczyn mogących być określone jako

Tabela 5. Samobójstwa żołnierzy zawodowych w latach 1978–2010 a wykształcenie

Grupa osobowa	Podst. iZSzZ	Średnie	Wyższe	Ogółem
Podoficerowie i chorążowie	125 36,1%	210 60,7%	11 3,2%	346 65,2%
Oficerowie	–	77 41,6%	108 58,4%	185 34,8%
Razem	125 23,5%	287 54,0%	119 22,4%	531 100,0%

$\chi^2 = 238,84$ df = 2 p < 0,001

Tabela 6. Samobójstwa żołnierzy zawodowych w latach 1978–2010 a miejsce zamieszkania

Grupa osobowa	Miasto do 5 tys.	Miasto 5–50 tys.	Miasto 51–100 tys.	Miasto pow. 100 tys.	Ogółem
Podoficerowie i chorążowie	57 16,5%	158 45,7%	73 21,1%	58 16,8%	346 65,2%
Oficerowie	39 21,1%	74 40,0%	31 16,7%	41 22,2%	185 34,8%
Razem	96 18,1%	232 43,7%	104 19,6%	99 18,6%	531 100,0%

$\chi^2 = 5,34$ df = 3 p – n.i.

Tabela 7. Bezpośrednie przyczyny samobójstw żołnierzy zawodowych w latach 1978–2010

Grupa osobowa	Nieporozumienia i konflikty rodzinne	Problemy i trudności służbowe	Zaburzenia psychiczne	Inne/ nieustalone	Ogółem
Podoficerowie i chorążowie	205 59,2%	103 29,8%	29 8,4%	9 2,6%	346 65,2%
Oficerowie	115 62,2%	31 16,7%	27 14,6%	12 6,5%	185 34,8%
Razem	320 60,3%	134 25,2%	56 10,5%	21 3,9%	531 100,0%

$\chi^2 = 17,27$ df = 3 p < 0,001

niezwiązane ze służbą wojskową. Dotyczyły one zasadniczo nieporozumień i konfliktów – głównie z żonami i partnerkami. Problemy wynikające lub związane z warunkami służby wojskowej były przyczyną samobójstwa co czwartego żołnierza (25%). Częściej problemy i trudności służbowe mieli podoficerowie i chorążowie (prawie 30%), oficerowie zaś wykazywali takie problemy w ok. 17% przypadków. Trzecią grupę przyczyn stanowiły zaburzenia psychiczne, które dotyczyły ponad 10% badanych żołnierzy. Wśród podoficerów i chorążych zaburzenia psychiczne występowały u ponad 8%, a wśród oficerów w prawie 15% przypadków. Między wspomnianymi zmiennymi dotyczącymi bezpośrednich przyczyn samobójstw a grupą żołnierzy zawodowych istnieje statystycznie istotna zależność.

Powszechnie uważa się, że samobójstwo jest związane z różnego rodzaju stanami psychopatologicznymi.

Jednakże opinie na ten temat wśród suicydologów są niejednoznaczne. Wcześniejsze oraz obecne badania wskazują raczej na niewysoki współczynnik zaburzeń psychicznych wśród żołnierzy zawodowych, którzy popełnili samobójstwo. Musimy jednak wziąć pod uwagę fakt, że do służby zawodowej powoływane są osoby, które przeszły selekcję psychiatryczno-psychologiczną w wojskowych komisjach lekarskich. Poza tym, jak uczy doświadczenie, wizyta u psychiatry postrzegana jest przez większość żołnierzy jako oznaka słabości, która może poważnie zaszkodzić w dalszej karierze wojskowej. Siła tego stereotypu w naszych warunkach jest nieprawdopodobna. Dlatego większość żołnierzy zawodowych, wiążąca swoją przyszłość z wojskiem, mimo występujących ewidentnych objawów zaburzeń depresyjnych nie szuka pomocy u psychiatry czy psychologa, ponieważ uważa się za „silnego faceta”, który z nie takimi problemami

Tabela 8. Sposoby popełniania samobójstw żołnierzy zawodowych w latach 1978–2010

Grupa osobowa	Powieszenie	Postrzelenie	Rany cięte i klute	Skok z wysokości	Rzucenie pod pojazd	Inne	Ogółem
Podoficerowie i chorążowie	182 52,6%	127 36,7%	7 2,0%	6 1,7%	4 1,2%	20 5,8%	346 65,2%
Oficerowie	94 50,8%	78 42,1%	4 2,2%	2 1,1%	2 1,1%	5 2,7%	185 34,8%
Razem	276 52,0%	205 38,6%	11 2,1%	8 1,5%	6 1,1%	25 4,7%	531 100,0%

$\chi^2 = 3,79$ df = 5 p - n.i.

sobie radził w przeszłości. Często zdarzają się zatem przypadki dysymulacji występujących zaburzeń psychicznych i niepodejmowanie leczenia psychiatrycznego, a to może wpłynąć na stosunkowo niski wskaźnik stwierdzanych zaburzeń psychicznych w tej grupie osób.

Z danych zawartych w piśmiennictwie dotyczącym analizy zamachów samobójczych w wojsku wynika, że udział czynników przyczynowo niezwiązanych ze służbą wojskową i wykazujący taki związek, nie jest jednoznacznie oceniany przez suicydologów wojskowych (Kocur 2000; Rydzyński 1975; Florkowski, Kocur 1984; Florkowski 1987; Grądyś 2003). Na podstawie danych z piśmiennictwa oraz wyników badań własnych należy przyjąć, że przy podziale przyczyn samobójstw dokonanych przez żołnierzy na niemające związku z warunkami służby wojskowej oraz wykazujące taki związek należy zwrócić szczególną uwagę na czynniki związane z drugą z wymienionych przyczyn. Wydaje się, że stosowany do tej pory termin „czynniki niezwiązane ze służbą wojskową” jest nieadekwatny, gdyż nie jesteśmy w stanie wykluczyć, że służba wojskowa nie wywiera negatywnego skutku ze względu na jej specyfikę na życie rodzinne i związki partnerskie żołnierzy. Wynika to z faktu, że takie czynniki, jak: zdrady, konflikty i nieporozumienia rodzinne i partnerskie, mogą wynikać z uwarunkowań służbowych. Nie można też wykluczyć, że wpływają negatywnie na stan psychiczny żołnierza, obniżają jego sprawność oraz zdolności adaptacyjno-kompensacyjne, a tym samym mogą poważnie zakłócać tok pełnienia służby oraz wykonywanie obowiązków służbowych. Wynikające z takiej sytuacji dodatkowe obciążenia w postaci krytycznych uwag i kar nakładanych przez przełożonych mogą prowadzić do narastania ryzyka suicydalnego (Rydzyński 1975; Florkowski 1987; Grądyś 2003; Rydzyński, Florkowski, Kocur 1984; Florkowski, Caban 1997).

W związku z powyższym jednoznaczne ustalenie rodzaju przyczyn samobójstwa dokonanego przez żołnierza, który znalazł się w takiej sytuacji, jest

zazwyczaj trudne, a niekiedy niemożliwe, gdyż – jak już wspomniano – żołnierze zawodowi ukrywają przed otoczeniem swoje problemy osobiste. Poza tym żołnierze wykazują niezdolność do radzenia sobie z własną słabością. Taka bezradność wyrażająca się w nieumiejętności zwrócenia o pomoc charakterystyczna jest przede wszystkim dla aktywnych zawodowo mężczyzn, jakimi są żołnierze (Hołyst 2002; Florkowski, Kocur 1984; Florkowski 1987; Jarosz 2004). Szkodliwy też jest kolejny stereotyp, jakim jest presja utrzymana przez otoczenie żołnierza sugerująca, że prawdziwi mężczyźni radzą sobie w sytuacjach psychologicznie trudnych sami.

Podsumowując przedstawione rozważania, należy stwierdzić, że wszelkie podziały bezpośrednich przyczyn samobójstw dokonanych przez żołnierzy należy traktować umownie, a zasadniczym elementem działań profilaktycznych powinna być analiza czynników ryzyka suicydalnego, która powinna uwzględniać przede wszystkim stopień zagrożenia samobójstwem w aspekcie ewentualnych związków występujących między życiem osobistym żołnierza zawodowego a jego obowiązkami służbowymi.

Dane dotyczące sposobów popełnienia samobójstwa przez żołnierzy zawodowych zamieszczono w tabeli 8.

Z analizy sposobów popełnienia samobójstwa wynika, że ponad połowa żołnierzy zawodowych popełniła samobójstwo przez powieszenie, i to zarówno w grupie podoficerów i chorążych (53%), jak i wśród oficerów (51%), a na drugim miejscu odnotowano postrzelenie (39%). Ten sposób odebrania sobie życia wybrało 37% podoficerów i chorążych oraz 42% oficerów. Inne techniki samobójcze były wybierane przez żołnierzy zawodowych o wiele rzadziej. Może to świadczyć o zdecydowaniu i determinacji przedstawicieli badanej grupy o odebraniu sobie życia, bo zastosowane techniki należą do wysoce skutecznych.

Przedstawione wyniki badań własnych oraz przeprowadzona analiza pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Udział czynników psychospołecznych w samobójstwach popełnionych przez żołnierzy zawodowych, podobnie jak w środowisku cywilnym, odgrywa istotną rolę w kształtowaniu się ilościowych i jakościowych parametrów suicydologicznych.
2. W świetle przeprowadzonych badań samobójstwa dokonane przez żołnierzy zawodowych są zjawiskiem złożonym, w którym udział konfliktów oraz nieporozumień rodzinnych lub partnerskich w połączeniu z problemami i trudnościami związanymi ze służbą wojskową, jak również związany z tym stan psychiczny stanowią poważne zagrożenie suicydalne w wojsku.
3. Czynniki zagrożenia suicydalnego wśród żołnierzy zawodowych są zbliżone w grupie podoficerów i chorążych oraz oficerów, a należą do nich: młody wiek, krótki staż służbowy, jak również konflikty i nieporozumienia rodzinne w połączeniu z problemami i trudnościami służbowymi.
4. Stosunkowo niski współczynnik ujawnionych zaburzeń psychicznych wśród żołnierzy zawodowych, którzy popełnili samobójstwo, może wynikać z faktu, że zwrócenie się o pomoc do psychiatry lub psychologa jest postrzegane jako przeszkoda w dalszej karierze wojskowej oraz jako dowód słabości, do czego wojskowi nie chcą dopuścić nawet za cenę życia.
5. Przeprowadzone badania wskazują dobitnie konieczność doskonalenia przez wojsko programów mających na celu zapobieganie samobójstwom żołnierzy, a zwłaszcza przekonanie ich, by nie odgrywali „twardzieli”, lecz zwracali się o pomoc, gdy nie radzą sobie z problemami osobistymi i służbowymi.

Literatura

- Florkowski A. (1987), *Możliwości zapobiegania samobójstwom w wojsku na podstawie analizy samobójstw żołnierzy w latach 1971–1981*, rozprawa habilitacyjna, WAM, Łódź.
- Florkowski A., Caban Z. (1997), *Ocena zjawiska samobójstw w wojsku przez żołnierzy zawodowych*, „Lęk i Depresja”, t. 1, nr 3.
- Florkowski A., Kocur J. (1984), *Socjodemograficzna i epidemiologiczna charakterystyka samobójstw w wojsku*, w: *Materiały Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Samobójstwa w Wojsku*, GZP WP, Warszawa.
- Florkowski A. i in. (2000), *Samobójstwa żołnierzy uwarunkowane psychopatologicznie i środowiskowo oraz możliwości psychoprophylaktyki*, „Lęk i Depresja”, t. 1, nr 3.
- Florkowski A. i in. (2005), *Uwarunkowania samobójstw żołnierzy i ocena czynników ryzyka jako metoda profilaktyki*, „Suicydologia”, t. I.
- Grądyś M. (2003), *Ocena przyczyn i uwarunkowań psychopatologicznych zamachów samobójczych popełnionych przez żołnierzy zawodowych w okresie restrukturyzacji polskich sił zbrojnych (lata 1989–1997)*, rozprawa doktorska, WAM, Łódź.
- Hołyst B. (2002), *Suicydologia*, WP LexisNexis, Warszawa.
- Jarosz M. (2004), *Samobójstwa. Ucieczka przegranych*, WN PWN, ISP PAN, Warszawa.
- Kocur J. (2000), *Ocena czynników ryzyka samobójstwa u żołnierzy*, w: A. Florkowski, W. Gruszczyński (red.), *Zdrowie psychiczne żołnierzy*, WAM, Łódź.
- Rydzynski Z. (1975), *Zdrowie psychiczne w siłach zbrojnych*, MON, Warszawa.
- Rydzynski Z., Florkowski A., Kocur J. (1984), *Czynniki środowiskowe a zamachy samobójcze w wojsku*, w: *Materiały Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Samobójstwa w Wojsku*, GZP WP, Warszawa.

Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski, dr n. med. Ireneusz Gądek, lek. med. Joanna Łacisz, dr Krzysztof Zboralski

Aspekty psychospołeczne samobójstw żołnierzy

Streszczenie

Samobójstwa żołnierzy stanowią poważny problem dla wojska w zakresie zdrowia psychicznego i dlatego wymagają stałego zainteresowania oraz analizy tego zjawiska. Przeprowadzane badania wskazują, że współczynnik skutecznych samobójstw wśród żołnierzy zawodowych wojska polskiego w okresie ostatnich 30 lat zawiera się w przedziale 5,9–25,4 na 100 tys. żołnierzy zawodowych. W tym artykule autor analizuje udział czynników psychospołecznych w samobójstwach żołnierzy zawodowych, wykazując, że – podobnie jak w populacji ogólnej – odgrywają one istotną rolę w kształtowaniu się ilościowych i jakościowych parametrów suicydalnych.

W świetle badań samobójstw wśród żołnierzy zawodowych należy stwierdzić, że są to zjawiska złożone, w których udział konfliktów małżeńskich lub partnerskich, w połączeniu z problemami i trudnościami związanymi z uwarunkowaniami służbowymi oraz wynikającym z tej sytuacji niekorzystnym stanem psychicznym, stanowi poważne zagrożenie suicydalne.

Wykazany w przeprowadzonych badaniach niski współczynnik zaburzeń psychicznych u żołnierzy, którzy popełnili samobójstwo, może wynikać z faktu niezwracania się o pomoc w sytuacjach psychologicznie trudnych do psychiatry czy psychologa

oraz postrzegania objawów depresyjnych przez większość żołnierzy za osobistą słabość, a korzystania z pomocy psychiatry jako przeszkody w dalszej karierze wojskowej. Programy profilaktyczne powinny się przyczyniać do zmiany postaw żołnierzy, a także do tego, by zwracali się o pomoc psychiatryczno-psychologiczną w sytuacji, gdy nie radzą sobie z problemami osobistymi i służbowymi.

Słowa kluczowe: samobójstwa w wojsku, aspekty psychospołeczne.

Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski, dr n. med. Ireneusz Gądek, lek. med. Joanna Łacisz, dr Krzysztof Zboralski

Psychosocial aspects of suicide among soldiers

Summary

Suicides among soldiers are a serious problem of army as far as mental health is concerned and that is why this phenomena claim permanent interest and analysis. The researches indicate that factor of effective suicides among professional soldiers of polish army in the period of last 30 years is between 5,9 to 25,4 per 100 thousand professional soldiers. In the presented paper author analysed the influence of psychosocial factors on suicides among professional soldiers indicating that similarly as in the general population the factors play important role in creating quantitative and qualitative suicidal parameters.

Analysing the researches done on the suicides among soldiers it has to be said that these are complex phenomena in which the role of marriage and partner relationship problems is responsible for 60% in comparison of 25% of military service.

The presented low factor of mental disorders (10%) among those soldiers who committed suicide may be because of not reporting psychological problems to psychiatris or psychologist and considering as the symptom of person weakness to confess the depression state and psychiatric treatment as the obstacle in the military career. Improvement of prevention programs should go towards change in soldiers attitude and convincing them to use psychiatric and psychological support in situation they do not cope with personal and military problems.

Key words: suicide in army, psychosocial aspects.

Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski

Instytut Pielęgniarstwa Podhalańskiej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Targu

Lek. med. Magdalena Flinik-Jankowska

Klinika Psychiatrii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Łodzi

Prof. dr n. med. Agnieszka Gmitrowicz

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Dr n. med. Ireneusz Gądek

Instytut Pielęgniarstwa Podhalańskiej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Targu

Lek. med. Katarzyna Krajewska

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Dr Krzysztof Zboralski

Klinika Psychiatrii Dorosłych II Katedry Chorób Układu Nerwowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Psychopatologiczne uwarunkowania samobójstw żołnierzy

Wstęp • Materiał i metody • Wyniki • Dyskusja • Wnioski

Wstęp¹

W każdym zorganizowanym środowisku społecznym samobójstwo to zachowanie bardzo niekorzystne. Problem samobójstw żołnierzy jest złożony, ponieważ oprócz zaburzeń psychicznych występuje wiele innych czynników, które – choć niekiedy uważane

za mało znaczące lub niewykazujące bezpośrednio związku z sytuacją bezpośrednią – są niezwykle istotne z punktu widzenia patogenezy i profilaktyki (Rydziński 1975; Hołyst 2002, s. 595–606; Kocur 2000, s. 217–228; Florkowski, Gałecki, Gruszczyński, Górski, Wawrzyniak, Gądek 2000, s. 176–183; Datel, Jones 1982, s. 843–847). Zależności między samobójstwem a zaburzeniami psychicznymi obecnie nie budzą wątpliwości, chociaż pewne kontrowersje dotyczą udziału i znaczenia różnych czynników psychopatologicznych w zachowaniu samobójczym.

¹ Praca w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki – nr projektu badawczego 5156/B/Po1/2011/40 pt. „Zdrowie psychiczne społeczeństwa polskiego a samobójstwa. Analiza współzależności”.

Poglądy większości suicydologów wojskowych są zgodne co do tego, że wśród zaburzeń psychicznych, które mogą wywierać istotny wpływ na podejmowanie i realizację zamachów samobójczych przez żołnierzy, wymienia się zaburzenia depresyjne, uzależnienie od alkoholu i zaburzenia adaptacyjne (Kocur 2000; Florkowski, Gałęcki, Gruszczyński, Górski, Wawrzyniak, Gądek 2000; Brickenstein 1986, s. 238–248; Grigg 1988, s. 79–81; Kriebel, Besenthal 1987, s. 339–346; Rock 1988, s. 67–69). Istniejące rozbieżności co do nasilenia poszczególnych czynników psychopatologicznych wskazują na potrzebę kontynuowania badań w tym zakresie.

W tym artykule dokonano analizy materiałów znajdujących się w aktach dochodzeniowych prokuratur wojskowych prowadzonych w sprawie żołnierzy zawodowych, którzy zmarli w następstwie zamachu samobójczego. Prowadzona analiza miała na celu ustalenie wpływu i znaczenia ewentualnych czynników psychopatologicznych na podjęcie decyzji o popełnieniu samobójstwa.

Materiał i metody

Przedstawiona praca dotyczy 531 samobójstw dokonanych przez żołnierzy zawodowych w latach 1978–2012. Spośród tej grupy do dalszych badań wyselekcjonowano 56 przypadków żołnierzy zawodowych, gdzie w aktach dochodzeniowych znajdowała się dokumentacja z wcześniejszego leczenia psychiatrycznego. Dane o suicydancie dotyczące okresu poprzedzającego zamach samobójczy uzyskano z protokołów przesłuchań osób z najbliższego otoczenia (rodzina, partnerki, bezpośredni przełożeni i podwładni). Analizowano również opinie służbowe, pozostawione listy pożegnalne, protokoły z sekcji zwłok, a w szczególności dokumentację z leczenia psychiatrycznego. Na tej podstawie podejmowano próbę ustalenia rozpoznania psychiatrycznego.

Wyniki

Z analizy akt dochodzeniowych badanej grupy obejmującej 56 (10,5%) przypadków samobójstw żołnierzy zawodowych popełnionych w latach 1978–2010 z przesłanek psychopatologicznych wiek żołnierzy zawodowych mieścił się w przedziale 22–45 lat, a staż w służbie wojskowej wynosił 3–25 lat.

W trakcie pełnienia zawodowej służby wojskowej wszyscy badani żołnierze z różną częstotliwością korzystali z leczenia psychiatrycznego, w zdecydowanej

większości ambulatoryjnego w poradniach zdrowia psychicznego i prywatnych gabinetach lekarskich 52 (92,9%), a tylko 4 (7,1%) było hospitalizowanych w oddziałach psychiatrycznych. Większość żołnierzy zawodowych posiadała pozytywne opinie służbowe 30 (53,6%). Na podstawie danych znajdujących się w analizowanej dokumentacji można przyjąć, że co czwarty suicydant na kilka tygodni przed popełnieniem samobójstwa swoim zachowaniem i wypowiedziami wykazywał cechy zespołu presuicydalnego lub sygnalizował otoczeniu możliwość odebrania sobie życia.

W tabeli 1 zaprezentowano retrospektywnie ustalone rozpoznania występujących w badanej grupie zaburzeń psychicznych.

Z uzyskanych danych wynika, że połowa badanej grupy (50%) wykazywała zaburzenia depresyjne, niemal jedna trzecia zaburzenia adaptacyjne (30,4%), a prawie jedna piąta (19,6%) – uzależnienie od alkoholu. Zachodzi zależność statystycznie istotna między rodzajem grupy zawodowej żołnierzy a występującym zaburzeniem psychicznym.

W tabeli 2 zostały przedstawione bezpośrednie przyczyny samobójstw – oprócz zaburzeń psychopatologicznych.

Przyczyny samobójstw dokonanych przez żołnierzy zawodowych były najczęściej złożone – nakładał się na nie niekorzystny stan psychiczny i sytuacje psychologicznie trudne. Najczęściej występującymi bezpośrednimi przyczynami były nieporozumienia i konflikty rodzinne (36 przypadków – 64,3%) oraz problemy i trudności służbowe (16 przypadków – 28,6%).

W tabeli 3 przedstawiono sposoby popełnienia samobójstwa.

W świetle uzyskanych wyników wiadomo, że najczęściej stosowanym sposobem popełnienia samobójstwa przez przedstawicieli badanej grupy było powieszenie (34 przypadki – 60,7%) oraz postrzelenie z broni palnej (13 przypadków – 23,4%).

Dyskusja

Istnieje wiele hipotez próbujących wyjaśnić zjawisko samobójstwa oraz jego przyczyny i uwarunkowania. Trudno jednak uznać, że tylko jeden z nich wywiera decydujący wpływ na ostateczną decyzję o popełnieniu samobójstwa. Można jednak przyjąć, że zarówno czynniki psychopatologiczne, jak i środowiskowe wpływają na realizację zamachu samobójczego. Musimy jednak pamiętać, że ich znaczenie może być różne w kontekście indywidualnym.

Tabela 1. Retrospektywnie ustalone rozpoznania zaburzeń psychicznych

Grupa zawodowa	Zaburzenia depresyjne	Zaburzenia adaptacyjne	Uzależnienie od alkoholu	Ogółem
Podoficerowie i chorążowie	11 37,9%	14 48,3%	4 13,8%	29 51,8%
Oficerowie	17 63,0%	3 11,1%	7 25,9%	27 48,2%
Razem	28 50,0%	17 30,4%	11 19,6%	56 100,0%

$\chi^2 = 9,162$ $df = 2$ $p < 0,05$

Tabela 2. Bezpośrednie przyczyny samobójstw poza psychopatologicznymi

Grupa zawodowa	Nieporozumienia i konflikty rodzinne	Problemy i trudności służbowe	Inne i nieustalone	Ogółem
Podoficerowie i chorążowie	17 58,6%	9 31,0%	3 10,3%	29 51,8%
Oficerowie	19 70,4%	7 25,9%	1 3,7%	27 48,2%
Razem	36 64,3%	16 28,6%	4 7,1%	56 100,0%

$\chi^2 = 1,291$ $df = 2$ $p - n.i.$

Tabela 3. Sposoby popełnienia samobójstwa

Grupa zawodowa	Powieszenie	Postrzelenie	Skok z wysokości	Rzucenie pod pojazd	Ogółem
Podoficerowie i chorążowie	21 72,4%	4 13,8%	2 6,9%	2 6,9%	29 51,8%
Oficerowie	13 48,1%	9 33,3%	3 11,1%	2 7,4%	27 48,2%
Razem	34 60,7%	13 23,2%	5 8,9%	4 7,1%	56 100,0%

$\chi^2 = 3,939$ $df = 3$ $p - n.i.$

Table 1. Retrospective diagnosis of mental disorder

Professional group	Depressive disorder	Adjustment disorder	Alcohol dependance	Total
Non-commissioned officers and warrant officers	11 37,9%	14 48,3%	4 13,8%	29 51,8%
Officers	17 63,0%	3 11,1%	7 25,9%	27 48,2%
Total	28 50,0%	17 30,4%	11 19,6%	56 100,0%

$\chi^2 = 9,162$ $df = 2$ $p < 0,05$

Table 2. Suicide causes, other than psychopathological

Professional group	Conflicts and misunderstandings in the family	Problems and difficulties associated with military service	Other and unknown	Total
Non-commissioned officers and warrant officers	17 58,6%	9 31,0%	3 10,3%	29 51,8%
Officers	19 70,4%	7 25,9%	1 3,7%	27 48,2%
Total	36 64,3%	16 28,6%	4 7,1%	56 100,0%

$\chi^2 = 1,291$ $df = 2$ $p - ns$

Table 3. Suicide methods

Professional group	Hanging	Shotgun suicide	Jumping from height	Vehicular impast suicide	Total
Non-commissioned officers and warrant officers	21 72,4%	4 13,8%	2 6,9%	2 6,9%	29 51,8%
Officers	13 48,1%	9 33,3%	3 11,1%	2 7,4%	27 48,2%
Total	34 60,7%	13 23,2%	5 8,9%	4 7,1%	56 100,0%

$\chi^2 = 3,939$ $df = 3$ $p - ns$

Wieloletnie badania nad przyczynami samobójstw żołnierzy dowodzą, że mimo prowadzonej przez Wojskowe Komisje Lekarskie selekcji kandydatów do zawodowej służby wojskowej nadal są powoływane osoby z różnymi dysfunkcjami psychicznymi, które w warunkach służby wojskowej prawdopodobnie ulegają nasileniu (Rydziński 1975; Hołyst 2002; Kocur 2000; Florkowski, Gałeccki, Gruszczyński, Górski, Wawrzyniak, Gądek 2000; Datel, Jones 1982; Brickenstein 1986; Grigg 1988; Rock 1988). Zarazem same w sobie zaburzenia psychiczne nie stanowią jedynej przyczyny doprowadzającej do samobójstwa – uważa się, że dopiero w połączeniu z czynnikami środowiskowymi (takimi jak: strata, nieporozumienie, konflikty, problemy i niepowodzenia w służbie wojskowej) mogą prowadzić do samobójstwa (Hołyst 2002; Kocur 2000; Florkowski, Gałeccki, Gruszczyński, Górski, Wawrzyniak, Gądek 2000; Datel, Jones 1982; Brickenstein 1986; Grądzys 2003; Florkowski, Caban 1997).

Wyniki badań wskazują, że żołnierze zawodowi z przeszłością psychiatryczną, a w szczególności te osoby, które były wcześniej leczone z powodu depresji, a dotyczyło to połowy badanej populacji żołnierzy, skutecznie odebrali sobie życie. Jedną z przyczyn popełnienia samobójstwa przez żołnierzy wykazujących objawy depresji mógł być funkcjonujący wśród żołnierzy stereotyp, że leczenie psychiatryczne przeszkodzi im w dalszej karierze wojskowej, a objawy depresji postrzegają jako dowód słabości niegodny prawdziwego mężczyzny. Większość żołnierzy zawodowych wykazujących objawy depresji jest przekonana, że jest sama poradzi sobie i rozwiąże swoje problemy zdrowotne i osobiste. Stąd wręcz dyssymulują objawy depresyjne i bagatelizują je oraz nie podejmują leczenia psychiatrycznego. Taka

nieprzemysłana postawa może doprowadzić do pogłębienia się objawów depresji i sytuacji, w której jednym wyjściem umożliwiającym rozwiązanie zaistniałych problemów rodzinnych i służbowych jest samobójstwo. Zdarza się, że w grupie potencjalnych suicydantów znajdują się osoby, które przez długi okres od podjęcia decyzji o popełnieniu samobójstwa są w stanie skutecznie ukrywać ten fakt i w miarę normalnie funkcjonować w środowisku zawodowym i rodzinnym, chociaż decyzję już podjęli. Te osoby snują plany na przyszłość, umawiają się na spotkania, inwestują i nagle bez uchwytnej przyczyny dokonują zamachu samobójczego.

Są także osoby, które wykazują inny model postępowania i działają impulsywnie – zazwyczaj w bezpośredniej reakcji na jakieś mniej lub bardziej psychotraumatyczne wydarzenie życiowe. Jednakże w obu grupach istnieją określone przyczyny zamachu samobójczego, uważane za impuls wyzwalający takie zachowanie, którym najczęściej jest depresja zawsze zwiększająca ryzyko suicydalne.

Wnioski

1. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że zamachy samobójcze żołnierzy zawodowych są złożone, a czynnik psychopatologiczny skumulowany z czynnikami środowiskowymi stanowi w warunkach służby wojskowej poważne zagrożenie samobójstwem.
2. U połowy badanej grupy żołnierzy zawodowych czynnikiem psychopatologicznym wpływającym na decyzję o popełnieniu samobójstwa była depresja, a u co trzeciego zaburzenia adaptacyjne.

Literatura

- Brickenstein H. (1986), *Psychodynamische Aspekte zur Autoaggression*, „Wehrmedizinische Monatsschrift”, vol. 5.
- Datel W.E., Jones F.D. (1982), *Suicide in United States Army Personnel 1979–1980*, „Military Medicine”, vol. 10.
- Florkowski A., Caban Z. (1997), *Ocena zjawiska samobójstw w wojsku przez żołnierzy zawodowych*, „Lęk i Depresja”, t. 1, nr 3.
- Florkowski A., Gałeccki M., Gruszczyński W., Górski H., Wawrzyniak Z., Gądek I. (2000), *Samobójstwa żołnierzy uwarunkowania psychopatologiczne i środowiskowe oraz możliwości psychoprofilaktyki*, „Lęk i Depresja”, t. 5, nr 3.
- Grądzys M. (2003), *Ocena przyczyn i uwarunkowań psychopatologicznych zamachów samobójczych popełnionych przez żołnierzy zawodowych w okresie restrukturyzacji polskich sił zbrojnych (lata 1989–1997)*, rozprawa doktorska, WAM, Łódź.
- Grigg I.R. (1988), *Imitative suicides in an active duty military population*, „Military Medicine”, vol. 153(2).
- Hołyst B. (2002), *Suicydologia*, WP LexisNexis, Warszawa.
- Kocur J. (2000), *Ocena czynników ryzyka samobójstwa u żołnierzy*, w: A. Florkowski, W. Gruszczyński (red.), *Zdrowie psychiczne żołnierzy*, WAM, Łódź.
- Kriebel J., Besenthal R. (1987), *Suizidalität junger Soldaten – psychosoziale Aspekte*, „Wehrmedizinische Monatsschrift”, vol. 8.
- Rock N.L. (1988), *Suicide and suicide attempts in the Army a 10-years review*, „Military Medicine”, vol. 2.
- Rydziński Z. (1975), *Zdrowie psychiczne w siłach zbrojnych*, MON, Warszawa.

Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski, lek. med. Magdalena Flinik-Jankowska, prof. dr n. med. Agnieszka Gmitrowicz, dr n. med. Ireneusz Gądek, lek. med. Katarzyna Krajewska, dr Krzysztof Zboralski

Psychopatologiczne uwarunkowania samobójstw żołnierzy

Streszczenie

Zależności istniejące między samobójstwem a zaburzeniami psychicznymi w świetle współczesnej wiedzy medycznej nie budzą kontrowersji. Istotne znaczenie w procesie podejmowania i realizacji zamachów samobójczych przez żołnierzy zawodowych mają zaburzenia depresyjne, które są przez nich dyssymulowane.

W latach 1978–2010 w wojsku polskim żołnierze zawodowi popełnili 531 skutecznych samobójstw, w tej grupie było 56 (10,5%), u których można było retrospektywnie ustalić rozpoznanie zaburzeń psychicznych. Materiałem badawczym podlegającym analizie były akta dochodzeń prokuratorskich prowadzonych w sprawie samobójczej śmierci żołnierza. Uzyskane wyniki wskazują, że najczęściej występującym czynnikiem psychopatologicznym występującym u 50% badanych żołnierzy zawodowych, którzy popełnili samobójstwo, była depresja. Jednak współwystępowanie dysfunkcji psychicznych i psycho-traumatyzującego wydarzenia ostatecznie decydowało o realizacji zamachu samobójczego.

Samobójstwa żołnierzy zawodowych są złożone, a udział czynników psychopatologicznych w połączeniu z czynnikami środowiskowymi stanowi w warunkach wojska poważne zagrożenie suicydalne.

Słowa kluczowe: samobójstwa w wojsku, zaburzenia psychiczne, czynnik psychopatologiczny, depresja.

Prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski, lek. med. Magdalena Flinik-Jankowska, prof. dr n. med. Agnieszka Gmitrowicz, dr n. med. Ireneusz Gądek, lek. med. Katarzyna Krajewska, dr Krzysztof Zboralski

Psychopathologic determinants of suicides in soldiers

Summary

An association between suicide and mental disorder in the light of modern medical knowledge is unquestionable. Depressive disorders, often dissimulated by professional soldiers, are a very important component in the process of attempting and committing suicide in that group.

In the years 1978–2010, in the Polish Army, professional soldiers have committed 531 completed suicides. In 56 cases (10,5%) it was possible to establish retrospective diagnosis of mental disorder. The analyzed data source based on prosecutor investigation files related to the mentioned cases. The obtained results indicate that depression was the most common psychopathological factor, which occurred in 50% of the professional soldiers who committed suicide. However, the co-occurrence of mental disorder and psycho-traumatizing event finally determined the act of completing suicide.

Suicides completed among professional soldiers have complex background, and psychopathological factors co-occurring with environmental factors create a serious suicidal risk in the professional army.

Key words: suicide in army, mental disorder, psychopathological factor, depression.



Dr n. hum. Barbara Olszewska

Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Łodzi

Dr n. med. Zofia Warzyńska-Bartczak

Samobójstwa w Łodzi jako odzwierciedlenie dezintegracji społecznej w wyniku transformacji ustrojowej

Wstęp • Materiał i metody • Wyniki • Dyskusja • Wnioski

Wstęp

Śmierć zawsze stanowi trudne przeżycie dla rodziny i przyjaciół zmarłego. Śmierć samobójcza, zwłaszcza osoby bliskiej, jest dla otoczenia silnym wstrząsem. Zazwyczaj towarzyszy jej pytanie: „dlaczego?”. Taka sytuacja odnosi się do przeżyć jednostkowych – będących tragedią dla najbliższych. Zupełnie inaczej postrzegane jest samobójstwo w wymiarze społecznym.

Motywów targnięcia się na swoje życie może być wiele, a ich analiza nie zawsze prowadzi do znalezienia odpowiedzi na nurtujące pytanie, co doprowadziło człowieka do podjęcia tak destrukcyjnej decyzji ostatecznej. Wielu badaczy skłania się więc ku tezie, że to nie analiza z punktu widzenia problemów jednostkowych, lecz jego ujęcie w szerszym kontekście społecznym wydaje się dostarczać najcenniejszych danych – służących pogłębionym studiom w zakresie zachowań suicydalnych.

Socjologiczny kierunek badań nad zachowaniami autodestrukcyjnymi – obrany w tym opracowaniu za punkt wyjścia do dalszych analiz – ma swoje głębokie uzasadnienie w teorii dezintegracji społecznej, wyrażającej się w rozkładzie więzi społecznych, np.

wskutek rozkładu wspólnej dla danej zbiorowości hierarchii wartości (por. Hołyst 2013, s. 16, 313; Jarosz 2013a, s. 32, 60–61). Szczególnym rodzajem dezintegracji społecznej jest anomia, która – zgodnie z klasyczną definicją Émile Durkheima – polega na tym, że w okresie gwałtownych zmian społecznych o charakterze ekonomicznym następuje załamanie się kontroli społecznej, wskutek czego jednostka nie czuje się związana w swoich dążeniach z istniejącym systemem norm (Hołyst 2009, s. 1117). Jest to pewnego rodzaju stan niepewności w systemie aksjonormatywnym, spowodowany najczęściej jego transformacją. Społeczeństwo w stanie anomii nie potrafi wytworzyć spójnego systemu norm i wartości, który stanowiłby dla jednostek klarowne wytyczne do działań. Jednostka egzystująca w takim społeczeństwie odczuwa niepewność i zagubienie. Rozbieżności między aspiracjami jednostek i grup społecznych a możliwościami ich realizacji prowadzą do dezintegracji społecznej. Innymi słowy, jest to stan rozbieżności między rozbudzonymi pragnieniami a realiami uniemożliwiającymi ich zaspokojenie, przez część badaczy uznawany za stan deprywacji relatywnej (Jarosz 2013a, s. 62). Dlatego też, w ujęciu Durkheima, anomia może przyczyniać

się do zachowań samobójczych, co jest wynikiem długotrwałej frustracji, która może również prowadzić do pojawienia się lub pogłębienia już istniejących zaburzeń depresyjnych.

W wymiarze jednostkowym zamach na własne życie można zatem traktować jako przejaw dezintegracji osobowości, natomiast – analizując statystyki – jako miernik dezintegracji społeczeństwa (ibid., s. 32, 167). Idąc dalej tym tropem, należy przyjąć wskaźniki samobójstw w danej zbiorowości za czuły predyktor zachodzących w nim zmian społecznych, jako że akty samouniżania są nie tylko „krzykiem rozpacz” i „wołaniem o pomoc”, lecz także odpowiedzią ludzi na sytuacje nowe i nieakceptowane przez nich (ibid., s. 10).

Tego rodzaju zjawiska zachodzą w społeczeństwie polskim od ćwierćwiecza – towarzyszą bowiem zmianom systemowym i zawiedzionym nadziejom wielu grup społecznych, które w wyniku transformacji ustrojowej okazały się być przegrany. Do takich właśnie, w dużej mierze, należą mieszkańcy Łodzi, których sytuacja społeczno-ekonomiczna zamiast poprawić się, uległa w znacznej mierze pogorszeniu. Odbiciem tego jest wzrost prób samobójczych oraz samobójstw zakończonych śmiercią w ciągu ostatnich dwóch dekad. Zjawisko to jest niezwykle niepokojące, należy zatem dostrzec potrzebę jego monitorowania – nie tylko w celu przeprowadzenia analiz naukowych, lecz – przede wszystkim – podjęcia działań zapobiegawczych skierowanych do młodych pokoleń Łodzian. W ich przypadku próba zmiany postaw społecznych może zmienić perspektywę postrzegania szans na spełnione życie. Dlatego też poruszona problematyka wydaje się mieć istotne znaczenie – zarówno z jednostkowego, jak i ze społecznego punktu widzenia.

Materiał i metody

W pracy posłużono się dostępnymi statystykami opracowanymi przez Główny Urząd Statystyczny oraz statystykami policyjnymi. Starano się również wykorzystać dostępną literaturę przedmiotu oraz dane demograficzne dotyczące Łodzi. Na tej podstawie zestawiono dane z ostatnich lat, a także podjęto próbę analizy trendu samobójstw na terenie Łodzi, formułując prognozy dotyczące omawianego problemu. Należy jednak dodać, że poszczególne źródła różnią się przytaczanymi danymi dotyczącymi zamachów samobójczych – inne wartości bezwzględne oraz wskaźniki podają raporty policyjne, inne GUS, jeszcze innymi statystykami dysponują lekarze psychiatrzy.

Brak jednolitych danych statystycznych utrudnia ich porównanie, może także sugerować brak naszej rzetelności. Ze względu na wspomniane trudności można jedynie mówić o zarysowujących się tendencjach, nie zaś powoływać się na bezwzględnie poprawne statystyki. Dlatego też to opracowanie nie pretenduje do miana pogłębionego studium zagadnienia, lecz jest zaledwie szkicem, który może stanowić punkt wyjścia do przeprowadzenia dalszych szczegółowych analiz. Powodem jest zarówno złożoność samego zjawiska, jak i niewystarczająca liczba danych, które uprawniałyby do wyciągnięcia obszerniejszych wniosków.

Wyniki

Historia i kierunki badań nad samobójstwami

Mimo że samobójstwa wpisane są w społeczny rozwój ludzkości, naukowe badania nad nimi rozpoczęły się stosunkowo późno. Twórcą modelu społecznej integracji w wyjaśnianiu fenomenu samobójstwa jest Émile Durkheim, przez wielu uznawany za ojca nowoczesnej socjologii (Zwoliński 2013, s. 139), choć już cała druga połowa XIX w. i kolejne stulecie były znaczone badaniami nad szeroko pojętymi uwarunkowaniami zachowań autodestrukcyjnych (Jarosz 2013a, s. 25). Należy nadmienić, że oprócz wspomnianego już kierunku socjologicznego można wyróżnić jeszcze inne podejścia do analiz suicydologicznych, a mianowicie kierunek filozoficzno-teologiczny (o najdłuższych tradycjach historycznych) oraz kliniczny i psychologiczny. Zwolennicy pierwszego z nich, nawiązując do Kanta, Schopenhauera, Nietzchego, Camusa czy Sartre'a, w głównej mierze rozważali kwestie prawa człowieka do podejmowania najistotniejszych dla niego decyzji – nie tylko dotyczących prawa do życia, lecz także prawa do śmierci.

W Polsce problematykę tę podejmowali Chaim Josef Ajdelman (1934) – w latach przedwojennych, po wojnie natomiast dyskusję podjęli się m.in. Tadeusz Ślipko (1964, 1970), Czesław Cekiera (1975), a także zgłębiający tę problematykę od lat Maria Jarosz (1980, 2005, 2012, 2013a, 2013b) oraz Brunon Hołyst (1983, 2012). Swój głos w dyskusji zaznaczyli również Jacek Hołówka (2001), Wanda Chańska (2008), Jan Hartman (2009), Zbigniew Mikołajko (2013) i inni badacze, np. wspomniany już Andrzej Zwoliński (2013).

Kliniczny kierunek badań nad samobójstwami dopatruje się czynników sprawczych zachowań autodestrukcyjnych w nieprawidłowej budowie

anatomicznej człowieka lub w czynnikach organicznych lub fizjologicznych zakłócających jego prawidłowe funkcjonowanie, o czym przypomina Maria Jarosz (2013a, s. 27). Do pionierów badań nad wpływem czynników biologicznych (w tym: wad organicznych, stanów fizjologicznych, zmian chorobowych) należy zaliczyć Wiktora Grzywo-Dąbrowskiego (1932), którego zainteresowania po latach podjęli badacze z łódzkiego Instytutu Medycyny Pracy: Marek Czyżewski i Krzysztof Rosa. Na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań wspomniani naukowcy wykluczyli występowanie określonego zespołu czynników jako przyczyn sprawczych autoagresji (Czyżewski, Rosa 1996). Jedyne, co daje się zauważyć, to zmiany patologiczne, które w pewnych okolicznościach mogą być czynnikami usposabiającymi, nie zaś determinującymi zachowania autoagresywne.

Kierunek psychiatryczny reprezentowany jest przez dwa poglądy. Pierwszy uznaje samobójstwo za chorobę psychiczną, przejaw organicznego kryzysu lękowego, prowadzącego do patologicznej ucieczki, drugi zaś dowodzi, że samobójstwo niekiedy tylko ma podłoże patologiczne – mogą je zatem popełniać także ludzie całkowicie zdrowi, podlegający jedynie stanom napięcia emocjonalnego.

Psychologiczny kierunek badań nad samobójstwami jest zbliżony do podejścia psychiatrycznego. W świetle teorii psychologicznych oraz z perspektywy psychoanalizy samobójstwo nie jest anomalią. Wolę życia lub jego zakończenia można wywieść od Freudowskich popędów, z których absolutnie podstawowymi są instynkt życia i śmierci (Freud 1976, s. 21–89). Rolę tego pierwszego odgrywa popęd seksualny prowadzący do dezintegracji i unicestwienia człowieka, co może się przejawiać biernością lub agresją, np. szczególną jej formą, jaką jest samobójstwo. Jak stwierdzili psychoanalizyści na wiedeńskim zjeździe naukowym w 1918 r., samobójstwo jest rekompensatą poczucia niższości wobec najbliższych, a szczególnie skłonności do samobójstwa przejawiają ludzie niekochani i nieoczekujący od życia niczego dobrego. Według Karla A. Menningera (1938, s. 4–497), kontynuującego koncepcję Freuda, samobójstwo jest uzewnętrzeniem kompleksu sadyzmu i masochizmu.

Elizabeth Kilpatrick (1948, s. 13–23) wyszczególniła trzy podstawowe czynniki suicydogenne: wyobcowanie ze społeczeństwa, brak nadziei na zmianę sytuacji oraz cierpienia fizyczne i moralne. Inni autorzy piszą po prostu o utracie motywacji do życia i chęci zakończenia go w sytuacji, gdy człowiek czuje się nieszczęśliwy. Może to dotyczyć każdego z nas. Zdaniem Janusza Czapińskiego (Jarosz 2013a, s. 30),

samobójstwo „jest efektem utraty woli życia, a ta nie zależy od przypadłości losu, jest w nas. U większości silna, u nielicznych słabsza. Silną wolę życia zniszczyć może choroba, alkohol, narkotyki, ale nie trudności i kłopoty czy nawet dramaty osobiste. Na słabą wolę życia nie wymyślono jeszcze żadnego lekarstwa”.

Jak zauważa Brunon Hołyst (2012, s. 79), u wielu badaczy można zaobserwować symptomy „deficytowego” zmęczenia i poczucie „semantycznej bezradności”. Na potrzeby tej pracy przyjęto klasyczną już definicję Durkheima, zgodnie z którą „samobójstwem nazywa się każdy przypadek śmierci będący bezpośrednim lub pośrednim wynikiem działania lub zaniechania, przejawionego przez ofiarę zdającą sobie sprawę ze skutków swego zachowania”.

Wielość proponowanych definicji i kryteriów „konstruktów semantycznych” spowodowała pojawienie się nowego pojęcia: „samobójczość”. Oznacza ona (Hołyst 2012, s. 80–81) „sumę wszystkich myśli i zachowań ludzi, którzy dążą w myślach, przez aktywne działania, pasywne zaniechanie albo przez zezwalanie na działania – do własnej śmierci lub biorą ją pod uwagę jako możliwy wynik działań”. Możliwa jest ona u wszystkich ludzi, często występuje jednak w kryzysach psychospołecznych oraz przy niektórych zaburzeniach psychicznych. W sensie psychodynamicznym samobójczość jest zjawiskiem złożonym z oceny własnej osoby, jej wartości w relacjach interpersonalnych, oceny własnej przyszłości (również na tle przyszłości innych) i możliwości zmiany tego stanu. Na ten zespół czynników może się również nakładać zmieniony chorobowo obraz siebie i świata, będący skutkiem różnego typu schorzeń zarówno psychicznych, jak i fizycznych (lub jednych i drugich). Samobójczość najczęściej nie stanowi wyrazu wolności i możliwości wyboru, lecz odwrotnie: jest to stan ograniczenia lub niemożności, związany z obiektywnie lub subiektywnie przeżywanymi problemami i ich objawami psychicznymi i/lub fizycznymi ich następstwami.

Literatura podaje wiele zróżnicowanych symptomów suicydalnych – od myśli samobójczych o różnym nasileniu po zwerbalizowane komunikaty informujące otoczenie o intencji samounicestwienia. Na podstawie wieloletnich obserwacji opracowano grupy podwyższonego ryzyka samobójczego. Brunon Hołyst (2012, s. 95–96) podaje klasyfikację WHO, uzupełnioną częściowo przez Manfreda Wolfersdorfa, zaliczając do niej ludzi chorych psychicznie, osoby z samobójstwem już wcześniej „wpisanym w życiorys”, osoby stare i samotne bądź chore, „niedorosłych” (bardzo młodych), tych, którzy znaleźli się „na

zakręcie” (w sytuacjach kryzysowych bądź traumatycznych), oraz cierpiących z powodu chorób.

Oczywiste jest, że jeśli nałoży się na siebie kilka czynników, np. zaburzenia psychiczne, długotrwałe bezrobocie, brak perspektyw na zmianę sytuacji życiowej i postępujące uzależnienie od alkoholu, przy jednoczesnym poczuciu alienacji, to ryzyko samobójstwa wzrasta. Jeśli zaś zjawisko to zaczyna dotyczyć już nie jednostek, lecz coraz większych grup społecznych, to można mówić, że to już swoisty exodus „przeegranych”, używając terminologii Marii Jarosz (por. 2005, 2012, 2013b).

Ziemia obiecana?

Jak już wspomniano, do nakreślenia tego szkicu skłoniła nas refleksja nad społecznymi kosztami przemian systemowych w Polsce w ciągu ostatnich dwóch dekad. Koszty te wydają się wysokie dla mieszkańców Łodzi – miasta o specyficznej historii i strukturze społecznej, które w swoich dziejach przeszło ewolucję od terenów wiejskich przez małomiasteczkowe aż do przeobrażenia się w miasto wojewódzkie.

Spokojna miejscina nad Łódką, jaką Łódź była jeszcze w XVIII stuleciu, przestała nią być, gdy okazało się, że są tu znakomite warunki naturalne do rozwoju przemysłu tekstylnego i sukienniczego. Za sprawą przybyszów z Wielkopolski, Śląska, Saksonii, Czech, Brandenburgii, Moraw, a także Żydów i Rosjan zza Buga powstała Łódź wielkoprzemysłowa, która potężniała zarówno dzięki zasobom finansowym Scheiblerów, Grohmanów czy Poznańskich, jak i wielu innych przemysłowców. To właśnie wtedy, na przełomie XIX i XX w., kiedy powstawały fortuny rodowe, ale i Bank Handlowy, Towarzystwo Kredytowe Miejskie, zespoły fabryczne czy wreszcie prywatna Kolej Warszawsko-Kaliska, Łódź stała się prawdziwą „ziemią obiecaną” dla wielokulturowego tygła nowych łodzian (Warzyńska-Bartczak 2011a, s. 4). Wojna w tragiczny sposób przerwała ten proces, a czasy komunizmu stały się dla miasta prawdziwym nieszczęściem – krótki czas względnej stabilności, osiągniętej dzięki łódzkim prządkom, ostatecznie okazał się początkiem wielkiej katastrofy.

Jak dowodzi Marek Janiak, powojenna Łódź została pozbawiona elit, a obecni mieszkańcy nie budują swojej świadomości (Warzyńska-Bartczak 2011b, s. 12). Miasto Łódź zamieszkuje przypadkowe społeczeństwo, które zostało tu sprowadzone po drugiej wojnie z okolicznych wsi. To ludność, która nie ma świadomości tworzenia tego miasta i świadomości mieszkania w mieście. „Rezultatem jest społeczeństwo, które nienawidzi tego miasta”, dowodzi Janiak,

dodając: „nie to społeczeństwo do tego miasta”. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest fakt, że z Łodzi wymieciono tych, którzy ją tworzyli. Już bowiem w okresie międzywojennym wyraźnie było odczuwalne rodzenie się świadomości miasta. Przybysze przestawali być przybyszami. To oni stworzyli Łódź i czuli się jej częścią. Nowoprzybyły przestawał nim być. Stawał się łodzermenschem.

Upadek przemysłu włókienniczego, który był jedyną podstawą utrzymania miasta w jego „tkance ludzkiej”, okazał się początkiem równi pochyłej dla wielu łodzian. Obserwacje te potwierdza Marek Żuliński (2011, s. 4), stwierdzając, że Łódź, trzecie co do wielkości miasto w Polsce, przepało swoją szansę. Od 1989 r. Warszawa, Kraków, Poznań czy Wrocław z powodzeniem upodabniają się do europejskich metropolii i rozwijają ekonomicznie. Tymczasem w Łodzi od 1990 r. „ubyło 110 tys. ludzi, masowo padają firmy, z zatrudnieniem, zwłaszcza ludzi młodych, jest beznadziejnie”.

Koszty społeczne zmian systemowych w Polsce na przykładzie miasta Łodzi

Wyniki spisu ludności i mieszkań z 2011 r. wykazały 38 511,8 tys. mieszkańców Polski. Przyrost ludności wynosił 282 tys., tj. 0,7% więcej w stosunku do 2002 r., kiedy to miał miejsce poprzedni spis. W tym czasie liczba ludności w miastach zmniejszyła się o 0,9%, natomiast na wsi wzrosła o 3,3%. Najszybsze tempo rozwoju demograficznego wykazały województwa: pomorskie (4,4%), małopolskie (3,3%), mazowieckie oraz wielkopolskie (po 2,8%), natomiast duże zmniejszenie ludności wystąpiło w opolskim (-4,6%), łódzkim (-2,8%) oraz śląskim (-2,4%) (Strzelecki, Błędowski, Gałązka 2012, s. 27).

W raporcie 2013. *Łódź w liczbach* zostały przedstawione dane z 31 grudnia 2013 r. (s. 19), według których ludność Łodzi wynosiła wtedy 718 960, w tym 392 042 kobiety (co oznacza, że na 100 mężczyzn przypadało 120 kobiet). Przyrost naturalny na 1000 ludności wynosił -5,8. Saldo migracji stałej na 1000 ludności to -2,28. Przeciętne zatrudnienie w sektorze przedsiębiorstw liczone w tysiącach wynosiło 116,3, a liczba bezrobotnych wynosiła 41 tys. osób (stopa bezrobocia rejestrowanego to 12%). Na jedną ofertę pracy przypadało 123 bezrobotnych.

Jak widać, liczba mieszkańców regionu i samego miasta maleje. Stopa bezrobocia utrzymuje się natomiast na wysokim poziomie. W lutym 2013 r. GUS poinformował, że w styczniu 2013 r. bezrobocie w Łodzi wynosiło więcej niż średnia krajowa (14,2%), podobnie jak w regionie. W Łódzkiem w 2012 r.

bezrobocie kształtowało się bowiem na poziomie 14,8% i także wynosiło więcej niż średnia krajowa.

Mieszkańcy miasta, którzy przed zmianami systemowymi znajdowali pracę w wielkich zakładach produkcyjnych, straciwszy ją, utracili nie tylko jedyne źródło utrzymania, ale i „grunt pod nogami”, jako że całe pokolenia były przyzwyczajone do „opiekuńczego państwa”, działającego na zasadzie uzależnienia jednostek od struktur władzy totalitarnej, która w przeszłości socjalistycznej budowała postawy „psychologicznego poddaństwa” i bierności. Jak zauważa Krystyna Rembowska (2010, s. 15), „doprowadziło to do dezintegracji społecznej, której podstawą stała się alienacja społeczna i polityczna”. Oczywiście bowiem jest, że beneficjentami procesów transformacji i globalizacji są ci, którzy potrafią odpowiadać na wyzwania, dostosowywać się do zmian i umiejętnie je wykorzystywać, nie zaś ci, którzy biernie czekają na pomoc. To właśnie do dużej części mieszkańców miasta Łodzi odnoszą się słowa Rembowskiej, że: „Przegrywają ci, którzy nie potrafią na współczesne wyzwania odpowiedzieć, których wykształcenie i obyczaje są jednoznacznie postrzegane jako co najmniej przestarzałe i skazują ich na marginalizację. To jest dziś główna granica społeczna, granica między wykształconymi i zamożnymi a nisko wykształconymi i ubogimi. Coraz mocniej dzieli ich również kultura i style życia. Stanowią one podstawę dezintegracyjnych procesów społecznych”.

W mieście Łodzi poza głównym nurtem życia społecznego znalazły się całe rodziny, w których bieda, brak pracy, wykształcenia i perspektyw na poprawę losu są już „dziedziczne”. Stan „permanentnej stagnacji” czy też zawieszenia w próżni albo absolutnym „społecznym niebycie” budzi poczucie frustracji, agresję, często też skierowaną przeciwko sobie. Z takiej sytuacji zazwyczaj nie widzi się wyjścia – Łódź to nie Nowy Jork, w którym możliwa jest kariera „od pucybuta do milionera”. Do tego dochodzi wyuczona (także od pokoleń) bezradność (por. Wosińska 2004, s. 85–86) i przekonanie, że pojedynczy człowiek, szczególnie będący „nikim”, nie ma również wpływu na cokolwiek, co dotyczy jego samego lub jego otoczenia. Paweł Śpiewak zauważa: „O pozycji, awansie rozstrzygają okoliczności, na które nie mamy większego wpływu [...] opór systemowy [...] wywołuje w nas głębokie rozczarowanie, złość i obniżenie samooceny” (Domański, Rychard, Śpiewak 2005, s. 163). Następnym krokiem może być samounicestwienie... Na tę zależność zwracał uwagę Durkheim (2011).

Również w dobie współczesnych przemian społeczno-politycznych to właśnie bezrobotni mają

przyłaczający udział w strukturze samobójczej. Zważywszy, że jest ona od ponad 100 lat najlepszym wskaźnikiem dezintegracji i kondycji społeczeństwa, co akcentuje Jarosz (2013b, s. 48), fakt, że od 2009 r. statystyki samobójstw w Polsce wzrosły od pięciu do sześciu tysięcy rocznie, zwraca uwagę śledzących ten trend suicydologów. Jeszcze gorszy pod tym względem był rok 2013, gdyż – jak podaje w internetowym wydaniu „Rzeczpospolitej” z 24 lutego 2014 r. Grażyna Zawadka – w tym właśnie roku samobójstwo usiłowało popełnić 8,5 tys. mieszkańców Polski – było to o 48% więcej niż w roku poprzednim. Na życie targnęło się 8579 osób, czyli o blisko 2,8 tys. więcej niż rok wcześniej (w 2012 r. było ich 5791). Także więcej desperatów osiągnęło cel: z życiem rozstało się 6097 osób, czyli o prawie 2 tys. więcej niż w 2012 r. (gdy samobójstwo popełniło 4177 osób). Ze statystyk Policji, która przedstawiła również te dane, wynika, że wśród samobójców przybywa osób bez stałego źródła utrzymania. W 2011 r. było ich 672, rok później 731, a w 2013 r. o ponad 100 więcej. Przybywa także osób pozostających na utrzymaniu innych: w 2011 r. było ich pół tysiąca, a w 2013 r. – niemal drugie tyle. Newralgiczny okres życia to ten po 50. urodzinach: prawie co piąty samobójca miał od 50 do 59 lat (najwięcej było osób w wieku 55–59 lat). Drugi krytyczny przedział wiekowy dotyczył ludzi młodych – między 25. a 39. rokiem życia. Jak konstatuje Zawadka: „Dla pracodawców człowiek po 50. jest za stary i nie chcą w niego inwestować. Chyba że jest ekspertem w skali światowej, zna cztery języki i obracał się między Paryżem a Tokio”.

Jak podaje *Statystyka Łodzi 2012* (s. 172), liczba bezrobotnych w 2005 r. wynosiła 54 679 osób, w 2010 r. 33 727, a rok później 37 029. Liczba zarejestrowanych przez Policję zamachów samobójczych wyniosła 125 w 2010 r. (w tym 88 dokonanych) i 135 w 2011 r. (w tym 93 dokonane).

Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020 (s. 11) podaje, że w 2009 r. województwo łódzkie należało do grupy 68 regionów Unii Europejskiej o najniższym poziomie rozwoju gospodarczego (*per capita*). Region łódzki niekorzystnie wypada także pod względem demografii – województwo należy do jednego z 81 regionów o ujemnym przyroście naturalnym (województwo łódzkie: $-2,9/1000$ mieszkańców, UE: $2,7/1000$). Za to pozytywnie wyróżnia się na tle innych regionów Unii Europejskiej pod względem wskaźników dotyczących edukacji i skolaryzacji, ponieważ w wyższych szkołach studiuje 84,2% młodzieży (w Unii Europejskiej: 61,3%) (ibid., s. 12).

Jak podaje cytowany raport (s. 22), za problemy na rynku pracy można m.in. uznać zbyt wolne tempo przemian struktury pracujących, niewielki popyt na specjalistów ze strony gospodarki opartej na wiedzy, wysoki poziom stopy bezrobocia w Łodzi w stosunku do innych dużych miast w Polsce, bardzo wysokie ujemne saldo migracji wahadłowych (–14 983 osób). Województwo charakteryzuje się najwyższym w kraju udziałem ludności bierniej zawodowo (39,4% przy średniej krajowej 35%), co wynika głównie ze struktury demograficznej regionu. Wzrasta bierność zawodowa spowodowana pobieraniem świadczeń emerytalnych (w latach 2004–2011: o 7,8 pkt proc.) oraz obowiązkami domowymi związanymi z opieką nad osobami starszymi (w latach 2004–2011 o 2,4 pkt proc.). W 2011 r. udział biernych zawodowo z powodu pobierania świadczenia emerytalnego wynosił 54,3% (Polska: 47,3%).

Podsumowując stan Łodzi i regionu, można stwierdzić (ibid., s. 24), że problemy demograficzne w województwie łódzkim należą do największych w kraju, na co składa się systematyczny spadek liczby ludności (w latach 2004–2011 o 54 021 osób), intensywny proces depopulacji miasta (w latach 2004–2011 – 3,6%), ujemny przyrost naturalny, wysokie obciążenie demograficzne (–57,9 osób w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym), najsilniejsza w kraju dysproporcja płciowa ludności (120 kobiet na 100 mężczyzn). Województwo charakteryzuje się również najgorszymi w kraju wskaźnikami dotyczącymi poziomu zdrowotności społeczeństwa. Należy także dodać, że w latach 2009–2011 nastąpił wzrost stopy długotrwałego bezrobocia (z 24,7% do 35,1%). Ponadto w 2010 i 2011 r. nastąpił wzrost udziału ludności żyjącej poniżej poziomu egzystencji: z 3,8% do 5,5%, a także relatywnej granicy ubóstwa: z 12,2% do 13,1%. Znaczny odsetek ludności województwa zmagają się również z problemem niepełnosprawności (2011 r. – 13,1). Jak podaje *Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020* (s. 26), mieszkańców regionu charakteryzuje niski poziom zaufania do instytucji publicznych, partii politycznych oraz współobywateli, a także niska samoorganizacja społeczna. Najniższy poziom kapitału społecznego odnotowuje się w Łodzi, a także w innych miastach regionu.

Łódź stopniowo wyludnia się – zarówno wskutek starzenia się jej mieszkańców i ujemnego przyrostu naturalnego, jak i wskutek migracji, w tym – zarobkowych. Jak wynika ze spisów, ludność Łodzi wynosiła w 1988 r. 854,3 tys., w 1995 r. 816,7 tys., w 2002 r. 789,3 tys., zaś w 2011 r. 728,9 tys. Różnica w latach 2002–2011 wynosi zatem –60,4 tys. (*Statystyka*

Łodzi 2012, s. 122). Prognozy ludności do 2035 r. (ibid., s. 150) zakładają, że liczba mieszkańców Łodzi w 2015 r. wyniesie 700,745 tys., w 2020 r. – 671,151 tys., w 2025 r. – 641,577 tys., w 2030 r. – 610,171 tys., natomiast w 2035 r. – 577,831 tys.

Dyskusja

Jak widać, Łódź stopniowo się kurczy – maleje liczba ludzi, którzy chcieliby tu mieszkać i uznać to miejsce za swoje. Generacje wschodzące są w dużo lepszej sytuacji niż obecnie żyjące pokolenie ludzi w wieku średnim i starszych, ponieważ mogą jeszcze dokonać wyboru – zarówno drogi życia, jak i miejsca, w którym chcą żyć. Ci mieszkańcy Łodzi, którzy są po 50., nie mają zatrudnienia lub wsparcia w rodzinie, własnego pomysłu na życie inne niż dotychczas – są najbardziej zagrożeni marginalizacją – wykluczeniem społecznym, jak i różnymi formami patologii, których przyczyn można szukać zarówno w zawilej historii miasta, jak i jego losach po okresie transformacji, wreszcie – w jednostkowych losach wpisanych w pejzaż tego miejsca. Miejsca biedy i beznadziei, jak pokazują zarówno statystyki, jak i reportaże z tego terenu.

Czynnikiem, który w ogromnym stopniu wpłynął na obecny obraz Łodzi, jest upadek wielkich zakładów przemysłowych i bezrobocie oraz (jako wynik) brak funduszy – zarówno w skali makro, jak i mikro. Braki w kasie miejskiej mogą się odbić w spowolnieniu tempa rewitalizacji Łodzi oraz tworzenia nowych miejsc pracy, braki w portfelach łodzian – mogą częściej prowadzić do podjęcia decyzji ostatecznych. Jeśli bowiem poziom bogactwa nie wpływa istotnie na poziom dobrostanu jednostki, czego dowodzi Janusz Czapiński (2012, s. 63), to już „bardzo silny efekt negatywny wyjściowego poziomu dobrostanu dowodzi znaczącej roli procesu adaptacji: niski poziom dobrostanu, wynikający z pogorszonych warunków życia (np. spadku dochodów), rośnie w miarę upływu czasu, a wysoki poziom dobrostanu, wynikający z polepszonych warunków życia (np. wzrostu dochodów), spada w miarę upływu czasu niezależnie od zmiany warunków”. Czapiński dokonuje także ciekawego podsumowania (ibid., s. 75), wynikającego z przeprowadzonych badań, a mianowicie, że „spadek ogólnego dobrostanu psychicznego [...] przy spadku realnego dochodu osobistego w okresie dwóch lat (2009–2010) jest około 3 razy większy od wzrostu dobrostanu przy wzroście dochodu o tę samą nominalnie co spadek wielkość. W istocie wzrost

dochodu mniej niż o 500 zł nie dał żadnej znaczącej poprawy dobrostanu, podczas gdy spadek dochodu nawet o mniej niż 100 zł spowodował istotny spadek dobrostanu. Rezultat ten jest zgodny z wielokrotnie potwierdzanym w licznych badaniach efektem negatywności („zło silniejsze od dobra”).

Przytoczony przykład dotyczył ograniczenia dochodu. Jeśli do tego dodać utratę pracy, brak perspektyw zawodowych i osobistych, a często także pogorszenie stanu zdrowia i/lub uzależnienia, jest to prosta droga nie tylko do zaburzeń emocjonalnych, lecz także depresji i/lub podejmowanych prób samobójczych.

Wnioski

Utrzymujące się w Łodzi bezrobocie i związana z nim bieda każą przypuszczać, że wskaźnik samobójstw jeszcze dość długo może się utrzymywać na wysokim poziomie. Alternatywny scenariusz to plany aktywizacji biernych od co najmniej dwóch dekad rzesz byłych pracowników wielkich zakładów przemysłowych. Pisząc o aktywizacji, mamy na myśli nie tylko podjęcie aktywności zarobkowej, lecz także zmianę stylu życia. W odniesieniu do ludzi w wieku średnim i starszych jest to zadanie trudne, lepszych zatem efektów można się spodziewać po ludziach reprezentujących młodsze kategorie wiekowe. Starsze pokolenia Łożdzian będą skazane na trwanie w odrętwieniu, jeśli same nie dostrzegą potrzeby zmian. Dlatego realne wydaje się ograniczenie odsetka zamachów samobójczych (usiłowanych i dokonanych) głównie wśród młodych ludzi. Z tego wniosek, że w najbliższych latach ofiarami aktów samobójczych będą zapewne osoby w przedziale wieku 50–59 lat i starsze.

Krzepiąca natomiast jest konstatacja, że w Łodzi przybywa młodych osób dobrze wykształconych oraz gotowych do stawiania czoła nawet dużym zmianom życiowym, takim jak migracja w celach zarobkowych, wielokrotne zmiany profilu zawodowego, różne formy zatrudnienia. Te cechy stoją w opozycji do bierności poprzednich pokoleń, wychowanych w innym systemie politycznym i nienawykłych do podejmowania życiowego ryzyka oraz zmian, które często okazują się niezbędne do poprawy warunków egzystencji lub choćby utrzymania jej na dotychczasowym poziomie. *Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020* podaje (s. 20), że w województwie łódzkim obserwuje się wzrost odsetka osób z wykształceniem wyższym, przy równoczesnym obniżeniu odsetka osób z wykształceniem gimnazjalnym i podstawowym. Korzystnym

zjawiskiem jest stosunkowo nieduży poziom bezrobocia wśród osób z wyższym wykształceniem (w 2011 r. – 10,5%).

Szansę młodych pokoleń Łożdzian na lepsze życie, w stabilnym gospodarczo mieście, zapewniającym bezpieczeństwo życia, wydają się realne w świetle cytowanego raportu, którego autorzy zapewniają (ibid. s. 14), że: „do 2020 r. w województwie łódzkim nastąpi restrukturyzacja technologiczna gospodarki: w kluczowych dla rozwoju przemysłach regionu wdrożone zostaną nowoczesne technologie, pojawią się inteligentne specjalizacje gospodarcze pozwalające na budowanie trwałych przewag konkurencyjnych, nastąpi rozwój sieci współpracy, a sektor badawczo-rozwojowy będzie odpowiadał na potrzeby gospodarki. Jednocześnie nastąpi wzrost znaczenia Łodzi jako prężnego ośrodka akademickiego ukierunkowanego na wzmacnianie potencjałów regionalnych. Przekształceniom w sferze gospodarczej będą towarzyszyć zmiany w sferze społecznej. Nastąpi rozwój kapitału społecznego i wzrost poczucia tożsamości regionalnej, mieszkańcy województwa będą stanowili aktywne społeczeństwo obywatelskie. Zachodzące zmiany społeczno-gospodarcze wpłyną na zmniejszenie nierówności społecznych. Region łódzki stanie się jednocześnie miejscem przyjaznym i atrakcyjnym do życia”.

Młodym ludziom w podejmowaniu ważnych dla nich decyzji może także pomóc (paradoksalnie!) negatywny przykład przedstawicieli wcześniejszych pokoleń, którzy stali się ofiarami stagnacji i marazmu oraz braku zdolności adaptacyjnych – niezbędnych w czasie wielkich przemian ustrojowych i idących w ślad za nimi zmian w strukturze społeczno-ekonomicznej.

Mimo że statystyki suicydologiczne wskazują (tab. 1 i 2) utrzymujący się wysoki wskaźnik tego zjawiska na terenie województwa łódzkiego, należy zauważyć, że młodzi Łożdzianie mogą okazać się silniejsi psychicznie i emocjonalnie od swoich rodziców i dziadków. Do tak sformułowanej tezy upoważniają obserwacje czynione od lat przez naukowców, z których wynika, że niezależnie od stopnia niezaspokojenia podstawowych potrzeb niemal wszędzie na świecie więcej jest ludzi szczęśliwych niż nieszczęśliwych, a to dlatego, że linie genetyczne naszego gatunku, które nie zapewniały odpowiednio silnego „atraktora szczęścia” (woli życia), nie zdały egzaminu w procesie ewolucji i dawno wymarły. Przetrwaly populacje gwarantujące dostatecznie silną wolę życia rzutującą na poczucie szczęścia i ogólne zadowolenie (por. Czapiński 2012, s. 78).

Tabela 1. Samobójstwa według województw

Table 1. Suicides by voivodeships

	2004		2005		2006		2007		2008	
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
Polska	6071	15,9	6043	15,8	5805	15,2	5282	13,9	5681	14,9
Dolnośląskie	577	19,9	531	18,4	532	18,5	461	16,0	512	17,7
Kujawsko-pomorskie	327	15,8	324	15,7	278	13,5	286	13,9	278	13,5
Lubelskie	309	14,1	298	13,7	309	14,2	262	12,1	354	16,3
Lubuskie	184	18,4	158	15,8	176	17,6	179	17,9	170	17,0
Łódzkie	433	16,7	447	17,3	469	18,2	437	17,1	463	18,1
Małopolskie	490	15,0	504	15,4	453	13,9	442	13,5	487	14,9
Mazowieckie	807	15,7	799	15,5	767	14,9	635	12,3	765	14,8
Opolskie	155	14,8	141	13,6	152	14,6	129	12,4	129	12,4
Podkarpackie	307	14,6	296	14,1	311	14,8	246	11,8	295	14,1
Podlaskie	170	14,2	190	15,8	144	12,0	186	15,6	216	18,1
Pomorskie	355	16,2	353	16,1	336	15,3	298	13,5	311	14,1
Śląskie	703	14,9	669	14,3	668	14,3	541	11,6	525	11,3
Świętokrzyskie	174	13,5	149	11,6	159	12,4	129	10,1	126	9,9
Warmińsko-mazurskie	246	17,3	274	19,2	247	17,3	221	15,5	231	16,2
Wielkopolskie	526	15,6	573	17,0	526	15,6	515	15,2	521	15,4
Zachodniopomorskie	308	18,2	337	19,9	278	16,4	315	18,6	298	17,6

a. Liczby bezwzględne; the absolute numbers.

b. Współczynnik na 100 tys. mieszkańców; factor for 100 thousands residents.

Źródło: Hołyst (2012, s. 387).

Tabela 2. Zamachy samobójcze* na terenie województwa łódzkiego zarejestrowane przez policję

Table 2. Suicide attempts* in the region of Lodz registered by police

WYSZCZEGÓLNIENIE	2000	2005	2010	2011		SPECIFICATION
				ogółem total	w tym mężczyźni of which males	
OGÓŁEM	402	378	440	436	357	TOTAL
w tym dokonane	366	313	334	342	291	of which committed
w tym miasta	221	236	281	249	191	of which urban areas
Wiek samobójców:						Age of suicidal persons:
14 lat i mniej	3	2	1	4	3	14 and less
15–19	32	10	28	19	12	15–19
20–29	63	67	67	76	66	20–29
30–49	169	147	144	163	141	30–49
50–69	91	116	161	119	97	50–69
70 lat i więcej	36	32	39	53	36	70 and more

* Usiłowane i dokonane; w podziale według wieku nie uwzględniono samobójców o nieustalonym wieku.

* Attempted and committed; data of suicidal persons by age exclude cases for which age is unknown.

Źródło: dane Komendy Wojewódzkiej Policji w Łodzi (*Ludność – dane wojewódzkie 2012*, Urząd Statystyczny w Łodzi, s. 125).

Source: data of the Voivodeship Police Headquarters in Lodz.

Literatura

2013. *Łódź w liczbach*, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2014, s. 4–19, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/lodz/ASSETS_FOLDER_LODZ_2013.pdf (17.03.2014).
- Ajdelman C.J. (1934), *Samobójstwo współczesne. Szkice psychologiczne*, Warszawa.
- „Biuletyn Statystyczny Województwa Łódzkiego. IV kwartał 2013”, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2014, s. 4–19, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/lodz/ASSETS_Biuletyn_Statystyczny_Woj_Lodzkiego_IV_2013.pdf (17.03.2014).
- Cekiera C. (1975), *Etiologia i motywacja usiłowanych samobójstw. Studium psychologiczne*, ATK, Warszawa.
- Chańska W. (2008), *Odpowiedzialność za śmierć*, „Medycyna i Życie”, nr 1.
- Chańska W., Hartman J., red. (2009), *Bioetyka w zawodzie lekarza*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Czapiński J. (2012), *Ekonomia szczęścia i psychologia bogactwa*, „Nauka”, nr 1.
- Czapiński J. (2013a), *Samobójstwa – indywidualne tragedie czy problem polityczny*, w: M. Jarosz (red.), *Samobójstwa. Dlaczego teraz?*, WN PWN, Warszawa.
- Czyżewski M., Rosa K. (1996), *Samobójstwa w okresie transformacji: fakty i interpretacje*, „Kultura i Społeczeństwo”, t. 40, nr 2.
- Durkheim É. (2011), *Samobójstwo. Studium z socjologii*, tłum. K. Wakar, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Freud Z. (1976), *Poza zasadą przyjemności*, tłum. J. Prokopiuk, PWN, Warszawa.
- Grzywo-Dąbrowski W. (1932), *Samobójstwa w Warszawie w latach 1921–1930*, „Czasopismo Sądowo-Lekarskie”, nr 1–2.
- Holówka J. (2002), *Etyka w działaniu*, Prószyński i Ska, Warszawa.
- Hołyst B. (1983), *Samobójstwo: przypadek czy konieczność?*, PWN, Warszawa.
- Hołyst B. (2009), *Kryminologia*, LexisNexis, Warszawa.
- Hołyst B. (2012), *Suicydologia*, LexisNexis, Warszawa.
- Hołyst B. (2013), *Zagrożenia ładu społecznego*, WN PWN, Warszawa.
- Jarosz M. (1980), *Samozniszczenie: samobójstwo, alkoholizm i narkomania*, Ossolineum.
- Jarosz M. (2005), *Wygrani i przegrani polskiej transformacji*, ISP PAN, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Jarosz M. (2012), *Ludzie i instytucje. Samobójstwa jako wskaźnik dezintegracji społecznej*, w: M. Jarosz (red.), *Instytucje: konflikty i dysfunkcje*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Jarosz M. (2013a), *Samobójstwa. Dlaczego teraz?*, WN PWN, Warszawa.
- Jarosz M., red. (2013b), *Polskie bieguny. Społeczeństwo w czasach kryzysu*, ISP PAN, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Kilpatrick E. (1938), *A Psychoanalytic Understanding of Suicide*, „The American Journal of Psychoanalysis”, vol. 8(1).
- Ludność – dane wojewódzkie 2012*, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź 2013, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/lodz/ASSETS_12w_05.pdf (20.03.2014).
- Menninger K.A. (1938), *Man Against Himself*, Harcourt Brace & Co., New York.
- Mikolejko Z. (2013), *We władzy wisielca. Z dziejów wyobraźni Zachodu*, Wydaw. Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk.
- Raport GUS, <http://lodz.naszemiasto.pl/arttykul/w-lodzi-rosnie-bezrobocie-jest-najwyzsze-od-2007-roku,1748923,t,id.html> (13.03.2014).
- Rembowska K. (2010), *Integracja i dezintegracja społeczno-przestrzenna. Współczesny wymiar problemu*, w: A. Suliborski, Z. Przygodzki (red.), *Łódzka Metropolia. Problemy integracji społecznej i przestrzennej*, Wydaw. Biblioteka, Łódź.
- Statystyka Łodzi 2012*, Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź.
- Strategia Rozwoju Województwa Łódzkiego 2020*, Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, Łódź 2013.
- Strzelecki Z., red., i in. (2012), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2011–2012*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa, s. 3–328, <http://www.stat.gov.pl/Raport.pdf> (13.03.2014).
- Ślipko T. (1964), *Pojęcie samobójstwa bezpośredniego i pośredniego w świetle współczesnych dyskusji*, „Roczniki Filozoficzne”, t. 12.
- Ślipko T. (1970), *Etyczny problem samobójstwa*, ATK, Warszawa.
- Śpiewak P. (2005), *Między indywidualizmem a niezależnością*, w: H. Domański, A. Rychard, P. Śpiewak, *Polska jedna czy wiele?*, Trio, Warszawa.
- Warzyńska-Bartczak Z. (2011a), *Czy Łódzkie pójdzie z torbami?*, „Łódzki Przegląd Gospodarczy”, nr 1.
- Warzyńska-Bartczak Z. (2011b), *Nie to społeczeństwo do tego miasta. Rozmowa z Markiem Janiakiem*, „Łódzki Przegląd Gospodarczy”, nr 2.
- Wosińska W. (2004), *Psychologia życia społecznego. Podręcznik psychologii społecznej dla praktyków i studentów*, GWP, Gdańsk.
- Zawadka G. (2014), *Wielki wysyp samobójców*, „Rzeczpospolita”, 24.02., <http://www.rp.pl/arttykul/1089284.html> (14.03.2014).
- Zwoliński A. (2013), *Samobójstwo jako problem osobisty i publiczny*, Wydaw. WAM, Kraków.
- Żuliński M. (2011), *Czarne statystyki, czyli jak umiera Łódź*, „Łódzki Przegląd Gospodarczy”, nr 2.

Dr n. hum. Barbara Olszewska, dr n. med. Zofia Warzyńska-Bartczak

Samobójstwa w Łodzi jako odzwierciedlenie dezintegracji społecznej w wyniku transformacji ustrojowej

Streszczenie

Tematem tej pracy są zamachy samobójcze podejmowane na terenie Łodzi w ciągu ostatniego ćwierćwiecza. Czas po 1989 roku to, jak wiadomo, okres transformacji ustrojowej w Polsce, który pociągnął za sobą fundamentalne przemiany społeczno-ekonomiczne. W tym samym czasie zaobserwowano w Polsce wzrost zamachów samobójczych. Zjawisko to wydaje się być niezwykle silnie zarysowane w Łodzi, mieście o szczególnej, „robotniczo-fabrykanckiej” historii. Łodzianie są jedną ze społecznych grup, które poniosły wielkie koszty przemian politycznych w Polsce. O ich rozmiarze mogą świadczyć statystyki samobójstw, które są najczulszym wskaźnikiem integracji społeczeństwa. Dlatego też, by zilustrować obraz współczesnej Łodzi, posłużono się teorią dezintegracji społecznej.

Słowa kluczowe: samobójstwa, struktura społeczna, sytuacje nowe, zmiany, teoria dezintegracji społecznej.

Dr n. hum. Barbara Olszewska, dr n. med. Zofia Warzyńska-Bartczak

Suicides in Lodz as a reflection of social disintegration as a result of the political transformation

Summary

Suicide attempts undertaken in Lodz during the last quarter are the subject of the paper. Time after 1989 is a period of political transformation in Poland, which led to fundamental socio-economic changes. At the same time, growth of suicides has been observed in Poland. This phenomenon seems to be very strongly outlined in Lodz, a city with a special history (both connected with working class and manufacturers). Citizens of Lodz are one of the social groups that have suffered huge costs of political changes in Poland. The statistics of suicides, which are the most sensitive indicator of social integration illustrate that situation. The social disintegration theory was used to underline this relationship.

Keywords: suicides, social structure, new situations, changes, social disintegration theory.

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

Zakład Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Lek. med. Anna Zaręba

Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Ryzyko samobójcze u chorych na cukrzycę. Przegląd prac badawczych

Wprowadzenie • Metoda • Wyniki • Wnioski • Dyskusja

Wprowadzenie

Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią. W wyniku podwyższonego poziomu glukozy we krwi dochodzi do uszkodzenia, a co za tym idzie – do zaburzenia funkcji i niewydolności różnych narządów i układów, głównie oczu, nerek, nerwów, serca, naczyń krwionośnych (Szczeklik, Gajewski 2012, s. 640–641). Rozpoznanie cukrzycy niesie ze sobą wiele ograniczeń – konieczność nie tylko regularnego monitorowania i przyjmowania leków, lecz także przestrzegania diety i zmiany trybu życia. Pacjenci muszą ponadto pogodzić się z faktem nieuleczalności swojej choroby i potrzeby wprowadzenia zmian na stałe. Nie dziwi więc, że ci pacjenci są bardziej narażeni na występowanie chorób psychicznych, w tym depresji (Bogner, Morales, Post, Bruce 2007, s. 3005–3010).

Jak wynika z przeprowadzonych badań, depresja jest czynnikiem ryzyka wystąpienia cukrzycy, ale również cukrzyca podwaja ryzyko wystąpienia depresji (Eaton, Armenian, Gallo, Pratt, Ford 1996, s. 1097–1102). Poza tym depresja wiąże się z ryzykiem gorszej

kontroli glikemii, a co za tym idzie – zwiększonego ryzyka wystąpienia powikłań (Lustman i in. 2000, s. 934–942). Wyniki jednej z prac sugerują, że współwystępowanie cukrzycy i depresji wiąże się z wyższym ryzykiem zgonów ze wszystkich przyczyn (Egede, Nietert, Zheng 2005, s. 1339–1345). Mimo że wiele badań dokumentuje zwiększone ryzyko między śmiercią u osób z cukrzycą i depresją (Egede, Nietert, Zheng 2005; Zychang i in. 2005, s. 652–660; Katon i in. 2005, s. 2668–2672; Black, Markides, Ray 2003, s. 2822–2828), nie ma odpowiedzi, czy leczenie depresji spowoduje zmniejszenie tego ryzyka (Bogner, Morales, Post, Bruce 2007).

Pacjenci z cukrzycą mają większą skłonność do gorszej oceny jakości życia, z niższą punktacją w skali SF 36, szczególnie w odniesieniu do wydolności fizycznej, bólu czy funkcjonowania społecznego (Pompili i in. 2009, s. 16–23; Hervás, Zabaleta, De Miguel, Beldarráin, Díez 2007, s. 45–52). Z tego wynika, że występowanie myśli samobójczych u cukrzyków powinno być częstsze niż w populacji ogólnej.

Chociaż związek między cukrzycą a depresją jest jasno określony, to nie stwierdzono tego w przypadku

występowania ryzyka samobójczego w tej grupie chorych. Niektóre badania sugerują, że brak kompleksowej opieki nad pacjentami z cukrzycą jest pośrednią przyczyną demoralizacji i zachowań samodestrukcyjnych (Pompili i in. 2009; Farberow 1980, s. 79–88; Evans, Farberow, Kennedy Associates 2003; Farberow, Stein, Darbonne, Hirsch 1970a, s. 123–135; Farberow, Stein, Darbonne, Hirsch 1970b, s. 935–946).

W naszym przeglądzie skupiliśmy się na zbadaniu i przeanalizowaniu występowania ryzyka samobójczego wśród pacjentów z cukrzycą. Postawiliśmy pytanie, czy w związku z deklarowanym przez pacjentów gorszym funkcjonowaniem istnieje związek między występowaniem cukrzycy i ryzykiem samobójczym.

Metoda

Za pomocą bazy danych Pubmed przeszukałyśmy literaturę medyczną, szukając prac zawierających słowa kluczowe: *diabetes, diabetes mellitus, suicide, suicide risk, depression*, opublikowanych w latach 2000–2010 w języku angielskim. Z 25 artykułów 12 odpowiada kryteriom wyboru. Spośród prac 6 dotyczyło ryzyka samobójstwa u chorych na cukrzycę bez podziału na wiek płeć czy rodzaj cukrzycy (Tseng 2004, s. 1605–1609; Pompili i in. 2009; Quan, Arboleda-Flórez, Fick, Stuart, Love 2002, s. 190–197; Wu i in. 2008, s. 449–454; Godwin, Kroenke, Hoven, Spitzer 2003, s. 501–505; Clavijo, Carvalho, Rios, de Oliveira 2006, s. 807–813; Wibell i in. 2001, s. 263–270; Roy, Roy, Janal 2010, s. 53–56), dwie prace uwzględniały ryzyko, różnicując według płci (Pompili i in. 2009; Wibell i in. 2001), trzy dotyczyły ryzyka samobójczego u młodych pacjentów (Radobuljac, Bratina, Battelino, Tomori 2009, s. 424–431; Dahlquist, Källén 2005, s. 2384–2387; Roberts, Goldacre, Neil 2004, s. 741–742). Wzięłyśmy również pod uwagę dwie prace dotyczące ryzyka samobójczego u pacjentów z cukrzycą typu 1 (Fuller-Thomson, Sawyer 2009, s. e9–e11; Wibell i in. 2001), dwie uwzględniające płeć pacjentów (Pompili i in. 2009; Wibell i in. 2001), jedną pracę dotyczącą ryzyka samobójczego w porównaniu z innymi chorobami somatycznymi (Quan, Arboleda-Flórez, Fick, Stuart, Love 2002) oraz jedną, która – traktując problem cukrzycy ogólnie – śledzi częstość zgonów u pacjentów z cukrzycą (Wibell i in. 2001). Pacjenci byli pozyskiwani do badania z podstawowej opieki (Radobuljac, Bratina, Battelino, Tomori 2009; Godwin, Kroenke, Hoven, Spitzer 2003; Clavijo, Carvalho, Rios, de Oliveira 2006; Roy, Roy, Janal 2010), szpitali (Tseng 2004; Pompili i in. 2009; Wu i in. 2008; Roberts, Goldacre, Neil 2004) lub

baz danych (Fuller-Thomson, Sawyer 2009; Quan, Arboleda-Flórez, Fick, Stuart, Love 2002; Dahlquist, Källén 2005; Wibell i in. 2001).

Wyniki

Przeanalizowałyśmy 12 artykułów, usystematyzowałyśmy najważniejsze dane, uwzględniając autorów oraz ośrodek, w którym zostało przeprowadzone badanie, rok opublikowania, typ cukrzycy, liczbę osób objętych badaniem, rodzaj miejsca pozyskiwania danych oraz wnioski ogólne każdego z badań. Prace różniły się doбором pacjentów pod względem rodzaju cukrzycy: w niektórych badano jedynie pacjentów z cukrzycą typu 1 (Radobuljac, Bratina, Battelino, Tomori 2009; Fuller-Thomson, Sawyer 2009; Roberts, Goldacre, Neil 2004; Roy, Roy, Janal 2010), w innych – cukrzycę typu 2 (Quan, Arboleda-Flórez, Fick, Stuart, Love 2002; Clavijo, Carvalho, Rios, de Oliveira 2006), w jeszcze innych nie określono typu cukrzycy (Tseng 2004; Pompili i in. 2009; Wu i in. 2008; Godwin, Kroenke, Hoven, Spitzer 2003). W różny sposób pozyskiwano również grupę do badania – byli to pacjenci podstawowej opieki medycznej (Pompili i in. 2009; Radobuljac, Bratina, Battelino, Tomori 2009), pacjenci hospitalizowani (Wu i in. 2008; Roberts, Goldacre, Neil 2004), z bazy danych (Tseng 2004; Fuller-Thomson, Sawyer 2009; Quan, Arboleda-Flórez, Fick, Stuart, Love 2002; Dahlquist, Källén 2005; Godwin, Kroenke, Hoven, Spitzer 2003; Clavijo, Carvalho, Rios, de Oliveira 2006; Wibell i in. 2001).

Wnioski

Wyniki prac różniły się między sobą. Wśród prac, których autorzy skupili się na ryzyku samobójczym u pacjentów z cukrzycą, bez podziału na wiek płeć czy rodzaj cukrzycy, istnieją rozbieżności w wynikach badań – jeśli nawet większość z nich potwierdza zwiększone ryzyko samobójcze w grupie osób chorych, to interpretacja tych wyników jest różna. W trzech pracach autorzy przyznają, że odsetek pacjentów z myślami samobójczymi w grupie z cukrzycą jest wyższy w porównaniu z grupą kontrolną, zaznaczają jednak, że różnica ta nie jest znacząca pod względem statystycznym (Tseng 2004; Wu i in. 2008; Dahlquist, Källén 2005). Inni wykazali wysoki odsetek pacjentów w grupie z cukrzycą (Pompili i in. 2009; Quan, Arboleda-Flórez, Fick, Stuart, Love 2002; Clavijo, Carvalho, Rios, de Oliveira 2006; Wibell i in. 2001; Roy, Roy, Janal 2010). Również biorąc pod uwagę

tylko typ 1 cukrzycy, pacjenci częściej potwierdzali występowanie myśli samobójczych w porównaniu z grupą kontrolną (Fuller-Thomson, Sawyer 2009).

Bardziej spójne wyniki przedstawiono w pracach, w których badano ryzyko samobójcze, biorąc pod uwagę płeć pacjentów. Autorzy wykazali, że kobiety z cukrzycą częściej potwierdzają występowanie myśli samobójczych niż mężczyźni z tej grupy chorych (Pompili i in. 2009; Wibell i in. 2001). Jednakże wśród mężczyzn chorujących na cukrzycę jest wyższy odsetek zgonów w wyniku samobójstwa w porównaniu z kobietami. Biorąc pod uwagę typ cukrzycy, autorzy wykazali, że wśród mężczyzn nie ma różnicy między typem cukrzycy w liczbie zgonów w wyniku samobójstwa, natomiast częściej popełniają samobójstwo kobiety z cukrzycą typu 1 niż z cukrzycą typu 2 (Wibell i in. 2001).

W badaniu grupy nastolatków autorzy wykazali niższą tendencję do zachowań samobójczych i samouszkodzeń wśród wszystkich pacjentów chorych na cukrzycę, chociaż dziewczęta z cukrzycą częściej potwierdzały zachowania samobójcze w porównaniu z grupą kontrolną, podczas gdy dziewczęta bez rozpoznania cukrzycy częściej dokonywały samouszkodzeń. Najniższy wskaźnik zachowań samobójczych i samouszkodzeń występował wśród chłopców z cukrzycą w porównaniu z grupą kontrolną. Podobnie, porównując pacjentów z cukrzycą, chłopcy rzadziej wykazywali niższe ryzyko wszystkich zachowań (Radobuljac, Bratina, Battelino, Tomori 2009). To badanie stoi w opozycji do wyników innych prac, w których autorzy wykazali, że młodzi pacjenci z cukrzycą mają wyższe ryzyko samobójcze, chociaż różnica między pacjentami a grupą kontrolną nie była znacząca statystycznie (Dahlquist, Källén 2005; Roberts, Goldacre, Neil 2004).

Dyskusja

Po przeanalizowaniu prac stwierdziłyśmy, że wśród pacjentów z cukrzycą istnieje wysokie ryzyko zachowań samobójczych, nie jest ono jednak dużo wyższe od tego, jakie sugerowałyby wyniki badań dotyczące funkcjonowania tych pacjentów. Zastanawiający jest fakt dużej rozbieżności przedstawionych wyników w odniesieniu do skali tego zjawiska.

Ryzyko samobójcze u chorych na cukrzycę stanowi poważny problem. Mimo że skala nie przekracza

znacznie poziomu występującego u osób zdrowych, należy brać pod uwagę dynamikę tej choroby. Ze względu na ryzyko powikłań w przebiegu cukrzycy i konieczność utrzymywania w związku z tym reżimu leczenia i stylu życia każde podejrzenie występowania myśli samobójczych u tych pacjentów powinno być brane pod uwagę, dokładnie monitorowane oraz leczone.

Przedstawione artykuły nie odpowiadają na pytanie, jak postępować w przypadku wystąpienia ryzyka samobójczego u chorych na cukrzycę. Jest to temat obszerny, który wymaga oddzielnego przeanalizowania. Zaskakujący jest niski odsetek pacjentów z ryzykiem samobójczym wśród młodzieży, przedstawiony w jednej z prac, który odbiega od wyników innych badań zarówno w grupie osób młodych, jak i starszych. Wyniki potwierdzają jednak ogólną tendencję, że osoby z cukrzycą mają wyższe ryzyko występowania myśli i tendencji samobójczych w porównaniu z osobami zdrowymi.

Występowanie ryzyka samobójczego u pacjentów z cukrzycą ma charakter wieloczynnikowy i jest związany z płcią, wiekiem, statusem socjoekonomicznym, warunkami demograficznymi oraz innymi czynnikami. Nie zostały one uwzględnione w wielu przedstawionych w tym zestawieniu pracach. Jest to ważny aspekt, który wymaga głębszej analizy.

Kwestią wymagającą zastanowienia są czynniki psychologiczne i emocjonalne wpływające na występowanie myśli i tendencji samobójczych u pacjentów z cukrzycą, jak również to, co jest głównym czynnikiem kierującym pacjentów w stronę myśli o śmierci: czy jest to sam fakt rozpoznania cukrzycy i jej nieuleczalności, czy występujące w trakcie jej trwania powikłania.

Nie udało się znaleźć odpowiedzi, jaka jest postawa lekarzy prowadzących chorych z cukrzycą w przypadku występowania myśli samobójczych u pacjentów i jak często ten problem jest poruszany podczas wizyt ambulatoryjnych.

Niekwestionowany pozostaje fakt, że rozpoznanie cukrzycy powoduje duże obciążenie psychiczne dla pacjentów, dlatego tak ważna jest świadomość, szczególnie wśród lekarzy podstawowej opieki medycznej, potrzeby oceny ryzyka samobójczego u pacjentów z cukrzycą oraz w miarę możliwości podjęcie odpowiednich kroków, dzięki którym to ryzyko będzie niższe.

Literatura

- Anderson J.R., Freedland K.E., Clouse R.E., Lustman P.J. (2001), *The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis*, „Diabetes Care”, vol. 24(6).
- Black S.A., Markides K.S., Ray L.A. (2003), *Depression predicts in increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes*, „Diabetes Care”, vol. 26(10).
- Bogner H.R., Morales K.H., Post E.P., Bruce M.L. (2007), *Diabetes, depression, and death: a randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care*, „Diabetes Care” 2007, vol. 30(12).
- Clavijo M., Carvalho J.J., Rios M., de Oliveira I.R. (2006), *Psychiatric disorders in patients with diabetes type 2 at medical care and training district of Rio Branco-Acre, Brazil*, „Arquivos de Neuro-Psiquiatria”, vol. 64(3b).
- Dahlquist G., Källén B. (2005), *Mortality in childhood-onset type 1 diabetes: a population-based study*, „Diabetes Care”, vol. 28(10).
- Eaton W.W., Armenian H., Gallo J., Pratt L., Ford E.F. (1996), *Depression and risk for onset of type 2 diabetes: a prospective population-based study*, „Diabetes Care”, vol. 19(10).
- Egede L.E., Nietert P.J., Zheng D.E. (2005), *Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes*, „Diabetes Care”, vol. 28(6).
- Evans G., Farberow N.L., Kennedy Associates (2003), *Encyclopedia of Suicide*, Facts on File Library of Health and Living, New York.
- Farberow N.L., Stein K., Darbonne A.R., Hirsch S. (1970a), *Indirect self-destructive behavior in diabetic patients*, „Hospital Medicine” 1970, vol. 6(5).
- Farberow N.L., Stein K., Darbonne A.R., Hirsch S. (1970b), *Self-destructive behavior of uncooperative diabetics*, „Psychological Reports”, vol. 27(3).
- Farberow N.L. (1980), *Indirect self-destructive behavior in diabetics and Burgers disease patients*, w: N.L. Farberow (red.), *The Many Faces of Suicide*, McGraw-Hill, New York.
- Fuller-Thomson E., Sawyer J. (2009), *Lifetime prevalence of suicidal ideation in retrospective sample of Canadians with type 1 diabetes*, „Diabetes Research and Clinical Practice”, vol. 83.
- Godwin R.D., Kroenke K., Hoven C.W., Spitzer R.L. (2003), *Major depression, physical illness, and suicidal ideation in primary care*, „Psychosomatic Medicine”, vol. 65(4).
- Goldston D.B., Kovacs M., Ho V.Y., Parrone P.L., Stiffler L. (1994), *Suicidal ideation and suicide attempts among youth with insulin-dependent diabetes mellitus*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, vol. 33(2).
- Hervás A., Zabaleta A., De Miguel G., Beldarráin O., Díez J. (2007), *Health related quality of life in patients with diabetes mellitus type 2*, „Anales del sistema sanitario de Navarra Navarre”, vol. 30(1).
- Katon W.J. i in. (2005), *The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes*, „Diabetes Care”, vol. 28(11).
- Lustman P.J. i in. (2000), *Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature*, „Diabetes Care”, vol. 23(7).
- Pompili M. i in. (2009), *Quality of life and suicide risk in patients with diabetes mellitus. Original research report*, „Psychosomatics”, vol. 50(1).
- Quan H., Arboleda-Flórez J., Fick G.H., Stuart H.L., Love E.J. (2002), *Association between physical illness and suicide among the elderly*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, vol. 37(4).
- Radobuljac M.D., Bratina N.U., Battelino T., Tomori M. (2009), *Lifetime prevalence of suicidal and self-injurious behaviors in a representative cohort of Slovenian adolescents with type 1 diabetes*, „Pediatric Diabetes”, vol. 10(7).
- Roberts S.E., Goldacre M.J., Neil H.A. (2004), *Mortality in young people admitted to hospital for diabetes: database study*, „British Medical Journal”, vol. 328(7442).
- Roy A., Roy M., Janal M. (2010), *Suicide attempts and ideation in African-American type 1 diabetic patients*, „Psychiatry Research”, vol. 179(1).
- Szczeklik A., Gajewski P. (2012), *Choroby wewnętrzne*, Wydaw. Medycyna Praktyczna, Kraków.
- Tseng C.H. (2004), *Mortality and causes of death in a national sample of diabetic patients in Taiwan*, „Diabetes Care”, vol. 27(7).
- Wibell L. i in. (2001), *Increased mortality in diabetes during the first 10 years of the disease. A population-based study (DISS) in Swedish adults 15–34 years old at diagnosis*, „Journal of Internal Medicine”, vol. 249(3).
- Wu M.C. i in. (2008), *Predictors of mortality in hospitalized diabetic patients: a 7-year prospective study*, „Diabetes Research and Clinical Practice”, vol. 80(3).
- Zyhan X. i in. (2005), *Depressive symptoms and mortality among persons with and without diabetes*, „American Journal of Epidemiology”, vol. 161(7).

Prof. dr hab. n. o zdrowiu Marta Makara-Studzińska, lek. med. Anna Zaręba

Ryzyko samobójcze u chorych na cukrzycę. Przegląd prac badawczych

Streszczenie

Wprowadzenie: Wśród pacjentów z cukrzycą występuje zwiększone ryzyko zachowań samobójczych. **Cel:** Celem naszej pracy jest przegląd literatury fachowej dotyczącej zależności między cukrzycą a ryzykiem samobójczym. **Metoda:** Za pomocą bazy danych Pubmed wybraliśmy artykuły, w których badano ryzyko samobójcze u chorych na cukrzycę, z lat 2001–2010 – w większości dostępne w języku angielskim. **Wyniki:** Spośród prac wybraliśmy 12 artykułów, które naszym zdaniem najlepiej obrazują problem. **Wnioski:** Większość artykułów potwierdza zwiększone ryzyko samobójcze u chorych na cukrzycę. **Dyskusja:** Kolejne badania powinny dotyczyć mechanizmów powyższej korelacji, możliwości wczesnego wykrywania pacjentów z grupy ryzyka oraz zapobiegania próbom samobójczym.

Słowa kluczowe: cukrzyca, ryzyko samobójcze.

Prof. dr hab. n. o zdrowiu Marta Makara-Studzińska, lek. med. Anna Zaręba

The risk of suicide in patients with diabetes. Overview of research

Summary

Background: Higher risk of suicide behavior is found among patients with diabetes. **Objective:** The goal of our work is the review of professional literature about relationship between diabetes and suicidal risk. **Method:** Thanks to Pubmed database we have chosen articles in which suicidal risk among patients with diabetes was researched, published between 2001 and 2010, mostly available in English. **Results:** We have chosen 12 articles from this presentations, in which this topic is described best, in our opinion. **Conclusions:** Suicidal risk among patients with diabetes is acknowledged in most articles. **Discussion:** Future presentations should concern mechanisms of the latter correlation, abilities of early detection of patients from the risk group and prevent suicidal attempts.

Key words: diabetes, suicidal risk.



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

Uniwersytet Łódzki, Uczelnia Łazarskiego

Analiza współzależności między samobójstwami i zabójstwami na podstawie danych statystycznych Policji

Testowanie zależności między zmiennymi ilościowymi • Normalność rozkładu zmiennych • Przyjęty poziom istotności • Normalność rozkładu zmiennych • Zależność między zmiennymi

Celem badania była analiza współzależności między liczbą zamachów samobójczych zakończonych zgonem i zabójstwami. Dane empiryczne wykorzystane w badaniu przedstawiają tabele 1 i 2.

Testowanie zależności między zmiennymi ilościowymi

Zależność między zmiennymi (w tym siłę i kierunek) wyrażonymi na skali ilościowej bada się, weryfikując wartość współczynnika korelacji liniowej Pearsona lub wartość współczynnika rang Spearmana. Współczynnik korelacji liniowej Pearsona można zastosować jedynie przy spełnieniu założeń o normalności rozkładu zmiennych i jednocześnie liniowości badanej zależności. Współczynnik rang Spearmana natomiast można zastosować wtedy, gdy nie zostały spełnione powyższe warunki lub występują wątpliwości co do ich spełnienia.

Normalność rozkładu zmiennych

Normalność rozkładu zakłada się we wszystkich przypadkach, gdy liczebność badanej próby jest większa niż 30 obserwacji ($n > 30$), natomiast liniowość

można zbadać na podstawie współczynnika dopasowania regresji liniowej.

Na podstawie testu Kołmogorowa-Smirnowa weryfikowano dwa rodzaje hipotez:

H_0 : rozkład zmiennej zależnej jest normalny,

H_1 : nieprawdą jest że rozkład zmiennej zależnej jest normalny.

W przypadku gdy prawdopodobieństwo testowe było niższe niż przyjęty poziom istotności, odrzucono hipotezę zerową na korzyść alternatywnej, wnioskując, że rozkład zmiennej jest inny niż normalny, w przypadku gdy wyższe – przyjmowano hipotezę o normalności rozkładu jako prawdziwą, twierdząc, że nie ma podstaw do jej odrzucenia.

Przyjęty poziom istotności

Do wnioskowania na podstawie testów przyjęto 5-proc. poziom istotności. Jest to prawdopodobieństwo popełnienia błędu pierwszego rodzaju i oznacza, że dopuszczono 5-proc. błąd przyjęcia fałszywej hipotezy zerowej. We wszystkich przypadkach, gdy prawdopodobieństwo testowe było niższe niż przyjęty poziom istotności, odrzucono hipotezę zerową na korzyść hipotezy

Tabela 1. Liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem w Polsce w latach 1990–2011

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
2011	3839	3294	545
2010	4087	3517	570
2009	4384	3739	645
2008	3964	3333	631
2007	3530	2924	606
2006	4090	3444	646
2005	4621	3885	736
2004	4893	4104	789
2003	4634	389	744
2002	5100	4215	885
2001	4971	4184	787
2000	4947	409	857
1999	4695	3967	728
1998	5502	4591	911
1997	5614	4622	992
1996	5334	4392	942
1995	5485	4465	102
1994	5538	4541	997
1993	5569	4519	105
1992	5453	4426	1027
1991	4159	3388	771
1990	4970	4091	879

Tabela 2. Liczba zabójstw w Polsce w latach 1990–2011

Rok	Zabójstwo
2012	582
2011	662
2010	680
2009	763
2008	759
2007	848
2006	816
2005	837
2004	980
2003	1057
2002	1198
2001	1325
2000	1269
1999	1048
1998	1072
1997	1093
1996	1134
1995	1134
1994	1160
1993	1106
1992	989
1991	971
1990	730

alternatywnej, w sytuacji odwrotnej wnioskowano, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej.

Istotność współczynników korelacji weryfikowano przy użyciu testu t-Studenta, zakładającego następujące hipotezy:

- H_0 : zmienne są niezależne,
 H_1 : zmienne nie są niezależne.

Hipoteza zerowa opisuje przypadek, w którym współczynnik korelacji jest równy zero. Jeśli prawdopodobieństwo testowe było mniejsze od przyjętego poziomu istotności, hipotezę zerową odrzucano na korzyść hipotezy alternatywnej, stwierdzając, że występuje istotna korelacja między zmiennymi. W innym przypadku – nie było podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, czyli korelacja nie była istotna w sensie statystycznym.

Normalność rozkładu zmiennych

Wyniki badania normalności rozkładu dla zmiennych przedstawia tabela 3 i wykresy 1–8. Tylko dla

zmiennej „kobiety” (liczba zamachów samobójczych popełnionych przez kobiety) warunek normalności rozkładu zmiennej został spełniony. Wartość współczynnika p dla zmiennej „kobiety” wyniósł 0,00586 – był zatem niższy od przyjętego poziomu istotności równego $p = 0,05$.

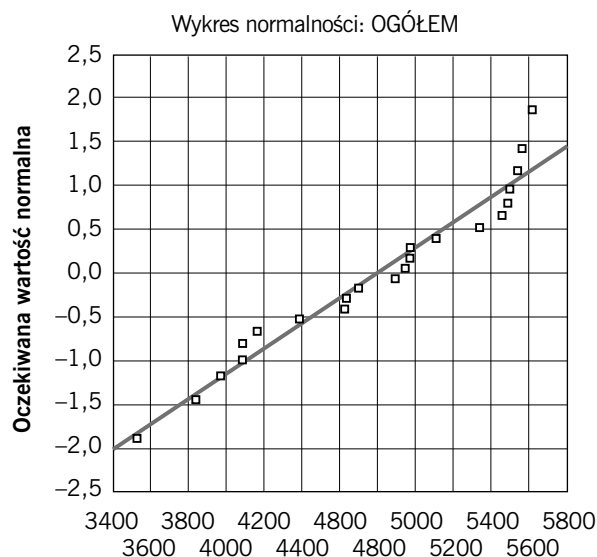
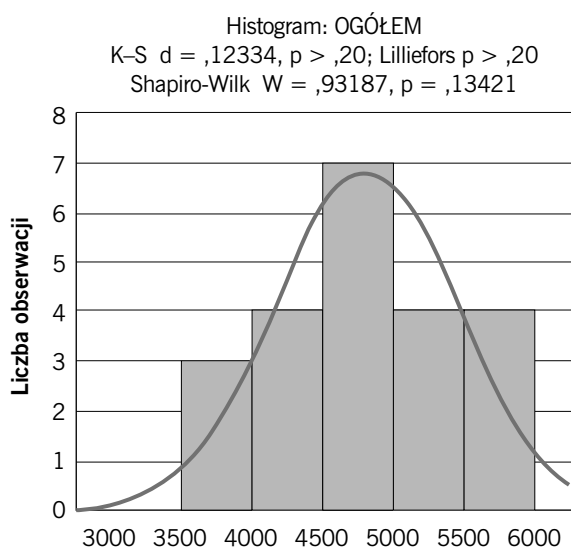
Zależność między zmiennymi

W tabeli 4 przedstawiono statystycznie istotne korelacje między zmiennymi dotyczącymi zamachów samobójczych (ogółem, mężczyźni, kobiety) a liczbą zabójstw. Znaki plus i minus przed wartością określają kierunek zależności, a wartość z przedziału od -1 do 0 bądź od 0 do 1 siłę korelacji (kolumna „Spearman R”). Im bliżej jedynki, tym korelacja jest większa, zero oznacza całkowity brak korelacji. Wartości w przedziale $<-0,5;0,5>$ przyjmuje się za słabą korelację między zmiennymi, pozostałe za silną.

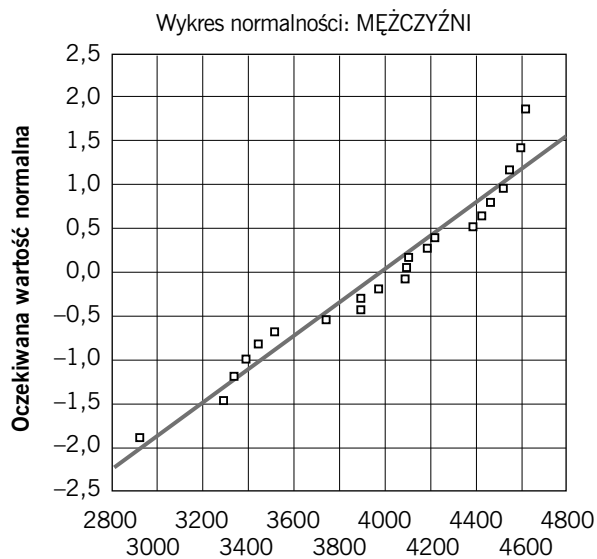
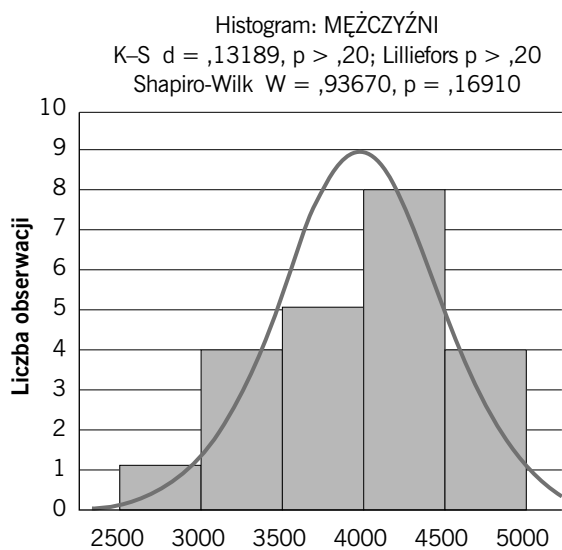
W badaniu zależności między zabójstwem a zamachami samobójczymi są istotne statystycznie,

Tabela 3. Normalność rozkładu zmiennych

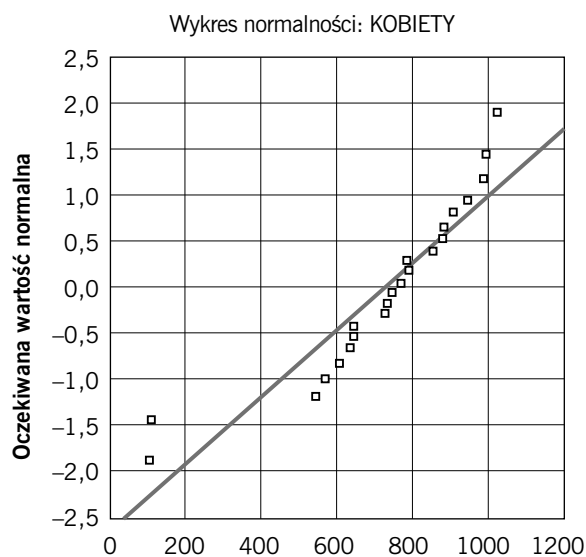
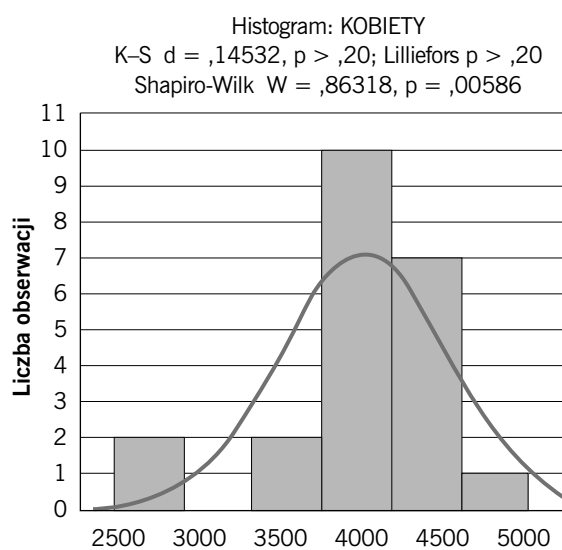
	N	max D	K-S	Lilliefors	W	p
			p	p		
Ogółem	22	0,123345	p > .20	p > .20	0,93187	0,134214
Mężczyźni	22	0,131888	p > .20	p > .20	0,936696	0,169101
Kobiety	22	0,145321	p > .20	p > .20	0,863182	0,00586
Zabójstwo	22	0,130648	p > .20	p > .20	0,954343	0,383963



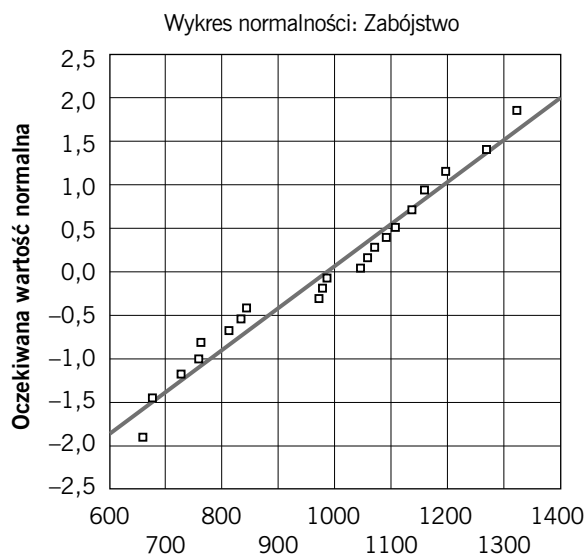
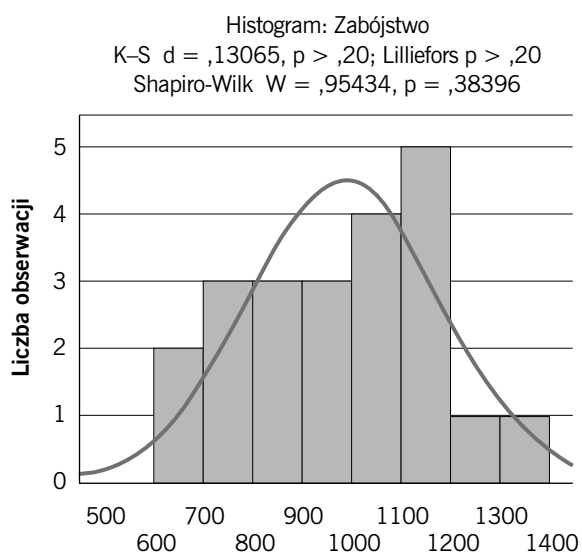
Wykresy 1 i 2. Wykresy normalności dla samobójstw zakończonych zgonem ogółem



Wykresy 3 i 4. Wykresy normalności dla samobójstw zakończonych zgonem, mężczyźni



Wykresy 5 i 6. Wykresy normalności dla samobójstw zakończonych zgonem, kobiety



Wykresy 7 i 8. Wykresy normalności dla zabójstw

Tabela 4. Korelacja liniowa Spearmana

	Valid	Spearman	t(N-2)	p-value
	N	R		
Ogółem & Zabójstwo	22	0,717876	4,611571	0,000169
Mężczyźni & Zabójstwo	22	0,693025	4,299126	0,00035
Kobiety & Zabójstwo	22	0,430952	2,13578	0,045249

ponieważ wartość p dla każdej ze zmiennej jest mniejsza niż przyjęty poziom istotności $p = 0,05$. Najsilniejszą korelacją wykazała się zależność między liczbą zamachów samobójczych ogółem a liczbą zabójstw. Współczynnik R Spearmana wyniósł 0,72 – można zatem mówić o silnej korelacji. Podobną wartością współczynnika R, bo równą 0,69, charakteryzuje się zależność między liczbą zamachów samobójczych mężczyzn a zabójstwami. Natomiast o dużo słabszej korelacji można mówić, porównując liczbę zamachów

samobójczych wśród kobiet z liczbą zabójstw – tu współczynnik R Spearmana wyniósł 0,43.

Jak wynika z analizy, między liczbą zamachów samobójczych a liczbą zabójstw istnieje silna zależność, mówiąca o tym, że jedno wpływa na drugie. Co ciekawe, liczba zamachów samobójczych wśród kobiet charakteryzuje się dużo mniejszą korelacją z liczbą zabójstw niż w przypadku mężczyzn. Przyczyn tego zjawiska może być wiele – z pewnością jest to interesujący temat do wnikliwej analizy.

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

Analiza współzależności między samobójstwami i zabójstwami na podstawie danych statystycznych Policji

Streszczenie

Raport przedstawia statystycznie istotne korelacje między zmiennymi dotyczącymi zamachów samobójczych (ogółem, mężczyźni, kobiety) a liczbą zabójstw. Jak wynika z analizy, między liczbą zamachów samobójczych a liczbą zabójstw istnieje silna zależność mówiąca o tym, że jedno wpływa na drugie. Co ciekawe, liczba zamachów samobójczych wśród kobiet charakteryzuje się dużo mniejszą korelacją z liczbą zabójstw niż w przypadku mężczyzn. Przyczyn tego zjawiska może być wiele – z pewnością jest to interesujący temat do wnikliwej analizy.

Słowa kluczowe: zamachy samobójcze, zabójstwa, zamachy samobójcze kobiet, zamachy samobójcze mężczyzn.

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

Analysis of correlations between suicides and murders based on statistical data of the Police

Summary

The report shows statistically significant correlations between variables concerning all attempted suicides (in men and women) and the number of committed murders. It turns out that there is a strong correlation between the number of attempted suicides and the number of committed murders, which means that one affects the other. Interestingly enough, the number of attempted suicides in case of women is characterized by lower correlation with the number of committed murders than in case of men. The reasons for the phenomenon are numerous, and they certainly are an interesting subject of an in-depth analysis.

Key words: attempted suicides, murders, attempted suicides of women; attempted suicides of men.

Suicydologia

INFORMACJE DLA AUTORÓW

ZASADY SKŁADANIA MATERIAŁÓW DO PUBLIKACJI

„Suicydologia” jest oficjalnym czasopismem Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego i Uczelni Łazarskiego, w którym są publikowane recenzowane artykuły przeglądowe, oryginalne prace badawcze z dziedziny suicydologii, prace kazuistyczne (opisy przypadków), listy, recenzje książek oraz komentarze redakcyjne. Redakcja pisma przestrzega zasad zawartych w Deklaracji helsińskiej i oczekuje, że badania dotyczące ludzi zostały przeprowadzone zgodnie z tymi zasadami. W przypadku badań z wykorzystaniem modeli zwierzęcych Redakcja wymaga przestrzegania zasad zawartych w *Interdisciplinary Principles and Guidelines for the Use of Animals in Research, Testing and Education* wydanych przez New York Academy of Sciences' Adhoc Committee on Animal Research. Informację o przestrzeganiu zasad zawartych w wymienionych dokumentach należy zawrzeć w tekście opracowania. Wszystkie prace odnoszące się do ludzi lub zwierząt muszą być zaakceptowane przez odpowiednią lokalną komisję etyczną, co również należy zaznaczyć w tekście.

Zasady recenzowania prac

Nadesłane prace są oceniane pod względem takich wartości, jak nowatorskie przedstawienie tematu czy znaczenie dla dalszego rozwoju badań naukowych oraz dla postępowania klinicznego. Nadsyłane artykuły są wstępnie oceniane przez Redakcję. Prace niespełniające podstawowych warunków publikacji są odrzucane, a niekompletne lub przygotowane w stylu niezgodnym z zasadami podanymi poniżej odsyłane Autorom bez oceny merytorycznej. Pozostałe materiały są rejestrowane i przekazywane do recenzowania. Zachęca się Autorów do wskazywania nazwisk recenzentów, Redakcja zastrzega sobie jednak prawo ostatecznego ich wyboru. Akceptacja pracy do druku odbywa się na podstawie pozytywnych opinii recenzentów.

Konflikt interesów

Jednocześnie ze złożeniem artykułu do publikacji Autorzy prac badawczych są zobowiązani do ujawnienia (jeżeli takie istnieją) wszelkich zobowiązań finansowych między nimi i firmą, której produkt ma znaczenie w nadesłanej pracy, lub firmą konkurencyjną. Informacje te nie będą ujawniane recenzentom i nie wpłyną na decyzje o opublikowaniu pracy. Po akceptacji tekstu do druku Redakcja omówi z Autorami formę, w jakiej informacje o źródłach finansowania powinny zostać udostępnione Czytelnikom.

Redakcja wymaga, by recenzenci, członkowie redakcji, zastępcy redaktora naczelnego ujawnili w liście do redaktora naczelnego wszelkie zobowiązania i okoliczności, które mogą wpłynąć

niekorzystnie na proces wydawniczy recenzowanego artykułu. List ten powinien zawierać oświadczenie o jakichkolwiek powiązaniach finansowych z firmą produkującą lek będący przedmiotem publikacji.

Ewentualne spory z Wydawcą dotyczące publikacji będą rozstrzygane przez Sąd Rejonowy właściwy dla siedziby Wydawcy. Stosunki prawne łączące Wydawcę i Autora podlegają prawu polskiemu i obowiązującym Polskę konwencjom międzynarodowym.

Pozwolenie na druk

Do materiałów poprzednio opublikowanych należy dołączyć pisemną zgodę na ponowne wydanie zarówno od poprzedniego wydawcy, jak i autorów oryginalnej pracy. Jeżeli informacje zawarte w opisie przypadku, na ilustracji lub w tekście pracy oryginalnej pozwalają na identyfikację osób, należy dostarczyć ich pisemną zgodę na publikację.

Przekazanie praw autorskich

Autor, przekazując tekst Redakcji, przenosi na Wydawcę nieodpłatnie wyłączne prawo do jego publikacji (prawa autorskie i wydawnicze), co zostanie potwierdzone stosowną umową.

Redakcja informuje, że *ghostwriting* oraz *guest authorship* są przejawami nierzetelności naukowej – wszelkie wykryte przypadki będą dokumentowane, a odpowiednie podmioty (instytucje zatrudniające autorów, towarzystwa naukowe, stowarzyszenia edytorów naukowych itp.) powiadamiane. *Ghostwriting* wystąpi wtedy, gdy ktoś wniósł istotny wkład w powstanie publikacji bez ujawnienia swojego udziału jako jeden z autorów lub bez wymienienia jego roli w podziękowaniach zamieszczonych w publikacji. *Guest authorship* polega na tym, że udział autora jest znikomy lub w ogóle nie miał miejsca, a mimo to jest autorem lub współautorem publikacji.

Zastrzeżenie

Redakcja oraz Wydawca dokładają wszelkich starań, by informacje opublikowane w piśmie były wiarygodne i dokładne. Jednakże opinie wyrażane w artykułach czy reklamach są publikowane na wyłączną odpowiedzialność Autorów, sponsorów lub reklamodawców. W związku z tym ani Redakcja, ani Wydawca nie ponoszą odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania jakichkolwiek nieściślych informacji. Dawki leków i inne wartości liczbowe są sprawdzane z należytą starannością, a wszelkie schematy leczenia opisywane w piśmie powinny być stosowane zgodnie z informacjami o leku publikowanymi przez producenta.

Przygotowanie artykułu do publikacji

Redakcja uprzejmie informuje, że przyjmowane będą materiały przesłane pocztą w formie wydruków z załączoną wersją elektroniczną na płycie CD lub pocztą elektroniczną.

Do artykułu lub recenzji należy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim (ok. 1000 znaków każde) wraz z podaniem słów kluczowych (w języku polskim i angielskim) oraz tytułu w języku angielskim.

Skróty wraz z rozwinięciem należy podać w nawiasie za skracanym określeniem przy pierwszym jego wystąpieniu w tekście. Należy unikać skrótów nieakceptowanych przez międzynarodowe grupy ekspertów.

Struktura nadsyłanych prac

Na stronie tytułowej artykułu powinny się znaleźć: pełny tytuł pracy, imiona i nazwiska wszystkich Autorów, ich tytuły naukowe, zajmowane stanowiska lub pełnione funkcje, aktualne miejsce pracy, nazwa instytucji, z której pochodzi praca, a także adres, numer telefonu i e-mail Autora odpowiedzialnego za korespondencję z Redakcją. Ponadto należy umieścić informację o grantach i innych źródłach finansowania.

Redakcja nie wyklucza publikacji eksperckich artykułów przeglądowych opartych na nieusystematyzowanych danych, preferuje jednak opracowania oparte na systematycznym, jakościowym przeglądzie dostępnego piśmiennictwa. Proponowana struktura

tego artykułu powinna zawierać: wstęp, materiał i metody (kryteria i sposoby doboru piśmiennictwa), wyniki (opis jakościowych i ilościowych informacji zawartych w badaniach będących przedmiotem analizy), dyskusję oraz wnioski.

Nie należy przekraczać zalecanych objętości prac: praca oryginalna – 3000 słów, przeglądowa – 6000 słów, kazuistyczna – 2000 słów, list – 1000 słów. Przedstawione limity nie obejmują streszczenia, tabel, piśmiennictwa. Dodatkowe informacje i podziękowania można umieścić po zakończeniu tekstu, przed wykazem piśmiennictwa.

Tabele, ryciny, fotografie powinny być ponumerowane i opisane. Materiały ilustracyjne poprzednio publikowane należy zaopatrzyć w pisemną zgodę Wydawcy na ponowną publikację.

Redakcja zastrzega sobie możliwość dokonywania skrótów, poprawek stylistycznych, językowych i interpunkcyjnych oraz wprowadzania śródtytułów.

Korespondencję zawierającą materiały do publikacji należy przesyłać pod adresem:

**Redakcja „Suicydologii”
Uczelnia Łazarskiego
ul. Świeradowska 43
02-662 Warszawa
mail: pts@lazarski.edu.pl**

Suicidology

INFORMATION FOR AUTHORS

EDITORIAL POLICY AND GENERAL INFORMATION

„Suicidology” hereinafter referred to as “the Journal” is a peer-reviewed official journal of the Polish Suicidological Society. The Journal publishes review articles, original clinical and experimental investigations in the field of suicidology, case reports, letters, book reviews and editorial comments. The Suicidology editors endorse the principles embodied in the Helsinki Declaration and expect all research involving humans to be conducted in accordance with these principles. For animal experimentation reported in the Journal, it is expected that investigators will have observed the Interdisciplinary Principles and Guidelines for the Use of Animals in Research, Testing and Education issued by the New York Academy of Sciences’ Adhoc Committee on Animal Research. Adherence to these principles should be indicated in the text of manuscript. All human and animal research must gain acceptance of the local ethical committee, what should also be indicated in the manuscript.

The review process

Manuscripts submitted for publication in the Journal are evaluated as to whether they present new insights into the announced topic and are likely to contribute to progress in research or to changes in clinical practice. Received manuscripts are initially examined by the Suicidology editors. Manuscripts with insufficient priority for publication are rejected immediately. In complete submissions or manuscripts not prepared in the required style (see below) are sent back to the authors without scientific review. If manuscript is accepted for review, the authors will be notified in a letter giving the reference number for further correspondence with the Editorial Office. The registered manuscripts are sent to outside reviewers. We encourage authors to suggest the names of possible reviewers, but we reserve the right of final selection. Submitted papers are accepted for publication after a positive opinion has been returned by the independent reviewers.

Conflicts of interest

Authors of research articles should disclose at the time of submission any financial arrangement they may have with a company whose product figures prominently in the submitted manuscript or with a company making a competing product. Such information will be held in confidence while the paper is under review and will not influence the editorial decision, but if the article is accepted for publication, the editors will usually discuss with the authors the manner in which such information is to be communicated to the reader.

Journal policy requires that reviewers, associate editors, editors, and senior editors reveal in a letter to the Editor-in-Chief any relationships that they have that could be construed as causing a conflict of interest with regard to manuscript under review. The letter should include a statement of any financial relationships with commercial companies involved with a product under study.

To the text of manuscript Authors should add a statement confirming lack of conflict of interests and that informed consent was obtained from all persons included in the investigations.

Legal relations between the Publisher and the author(s) are in accordance with Polish law and with international conventions binding on Poland. Any potential conflict of interest will be dealt with by the local court specific to the Publisher.

Permissions

Materials previously published should be accompanied by written consent for reprinting both from the relevant Publishers and the original authors. If it is possible to identify a patient from a case report, illustration or paper, etc. his/her written consent should be provided prior to publication.

Copyright transfer

In sending the manuscript the author(s) confirm(s) that (s)he has (they have) not previously submitted it to another journal (except for abstracts of no more than 400 words) or published it elsewhere. The author(s) also agree(s), if and when the manuscript is accepted for publication, to automatic and free transfer of copyright to the Publisher allowing for publication and distribution of the material submitted in all available forms and fields of exploitation (in accord with article 50 of the copyright act and related rights, including multimedia and distribution through teleinformatic networks). The author(s) accepts that the manuscript will not be published elsewhere in any language without the written consent of the copyright holder, i.e. the Publisher.

Disclaimer

Every effort is made by the Publisher and Editorial Board to see that no inaccurate or misleading data, opinion or statement appear in the Journal. However, they wish to make it clear that the data and opinions appearing in the articles and advertisements herein are the responsibility of the respective contributor, sponsor or advertiser. Accordingly, the Publisher and the Editorial Board accept no liability whatsoever for the consequences of any such inaccurate or misleading data, opinion or statement. Every effort is made to ensure that drug doses and other quantities are presented accurately. Nevertheless, readers are advised that methods and techniques involving drug usage and other treatments described in the Journal, should only be followed in conjunction with the drug or treatment manufacturer’s own documentation as published in the country of the reader.

PREPARATION OF MANUSCRIPTS

These guidelines are in accordance with the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. (The complete document appears in *N. Engl. J. Med.* 1997; 336: 305—315).

Manuscript should be typed on white bond paper. Margins should be no less than 3 cm. Double spacing should be used throughout the manuscript including the following sections, each of which should begin on a separate sheet: title page, summary and key words, text, acknowledgements, references, individual tables and figures. Pages should be numbered consecutively, beginning with the title page. Abbreviations, if used, should be defined

on their first appearance in the text and those not accepted by international bodies should be avoided.

Submitted manuscripts should have the following structure:

Original works

Title page. The title page should carry the full title of the paper and a short title, consisting of not more than 40 characters including spaces, to be used as a running head (and which should be so identified). The first name, middle initial and last name of each author should appear. If the work is to be attributed to a department or institution, its full name should be included. The name, address e-mail and telephone/fax number of the author responsible for correspondence concerning the manuscript should appear on the title page. The title page should include the affiliations of the authors and the sources of any support for the work in the form of grants, equipment or drugs.

Abstracts. Provide on a separate page an abstract of not more than 250 words. Articles containing original data should include a structured abstract with the following four paragraphs, labeled: **Background**, **Material and methods**, **Results**, and **Conclusions**. The abstract should be followed by a list of 3 -10 keywords or short phrases. When possible, the terms used should be from the Medical Subject Headings list of the Index Medicus. **Text.** Full papers of an experimental or observational nature may be usefully divided into sections headed: **Introduction**, **Material and methods**, **Results** and **Discussion**.

Review articles

Title page. Similarly as original works.

Abstracts. Provide on a separate page an abstract of not more than 250 words. The abstract should be followed by a list of 3 -10 key words or short phrases. When possible, the terms used should be from the Medical Subject Headings list of the Index Medicus. **Text.** FC editors may accept for publication reviews that reflect expert opinions based upon random data, however they recommend submission of reviews reflecting systematic analysis of available literature. Such reviews should have the following structure: **Background** (defining aim of review and clinical problem); **Material and methods** (criteria for literature selection); **Results** (presentation of qualitative and quantitative information from studies subjected to analysis); **Discussion** and **Conclusions**.

Do not exceed the allowed space for a specific type of article: original article — 3000 words, review article — 6 000 words, case report — 2000 words, letters — 1000 words (not including abstract, tables and references).

References. References must be triple-spaced and numbered consecutively as they are cited. The style of references is that of Index Medicus.

Journals. List consecutive reference number, list all authors when there are six or fewer; when there are seven or more, list the first three, then et al. list title, journal title (abbreviated according to Index Medicus), year, volume (Arabic numerals), first and last page. Numbered references to personal communication, unpublished data, and manuscripts either in preparation or submitted for publication are unacceptable. If essential, such material may be incorporated in the appropriate place in the text. The following is a sample reference:

(journal) Eliasson M. , Jansson J. , Nilsson P. , Asplund K. Increased levels of tissue plasminogen activator antigen in essential hypertension. A population-based study in Sweden. *J. Hypertens.* 1997; 15: 349—356.

Books. List consecutive reference number, last name and initial(s) of the author(s)/editor(s), title, the editor, place and year

of publication. Reference to a specific chapter should include: last name and initials of its author(s), chapter title, last name and initials of the book author(s)/editor(s), title, the editor, place and year of publication and pages.

(book reference with different author and editor) Rosen M.R. Principles of cardiac electrophysiology. In: Kelley W.N. ed. *Internal Medicine*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia 1 992; 90—95.

(book reference with different author and editor) Braunwald E. *Heart Disease*. W.B. Saunders Company, Philadelphia 1992; 393—418.

Tables and illustrations. Tables and illustrations (numbered, black and white) must be prepared on separate pages. Black and white glossy prints (two copies 13 × 18 cm up to 15 × 20 cm) should be of quality sufficient to maintain desired details with twofold decrease in size. Prints should be submitted with numbers on the back according to their order in the text, and labeled with author's name, a short title of the paper, the indication of the top of the figure and the description. Written permission from publishers for any figure previously published must be submitted with the initial manuscript.

Text on a diskette. Authors are requested to process text with any of the commonly used text editors. Standard fonts are advised, 12-point typeface.

SENDING THE MANUSCRIPT TO THE JOURNAL

The authors are requested to send 1 (one) copies of the manuscript along with a corresponding number of tables, pictures and photo duplicates and a computer diskette (see above). Send the required number of copies of the manuscript in a heavy paper envelope, enclosing the copies and figures in cardboard, if necessary, to prevent photographs from being bent. Place photographs and transparencies in a separate heavy paper envelope.

All manuscripts submitted should be accompanied by a covering letter including signed confirmation that:

- work has not been published or submitted elsewhere as defined earlier in this document;
- manuscript has been approved by all co-authors (if any), as well as by the responsible authorities at the institution where the work has been carried out;
- author(s) agree(s) to the automatic and free copyright transfer to the Publisher, if and when the work is accepted for publication;
- all sources of financial support have been fully disclosed;
- author(s) confirm(s) that (s)he is (they are) familiar with and will observe the Editorial Policy and Information for Authors included in *Suicidology*;
- author(s) agree(s) to accept appropriate invoice from the Publisher in case color illustrations are implemented.

Authors, who have an access to Internet can send their work-files using standard E-Mail software. The E-mail software must have an option to send data files attached to the E-Mail message. In such case all parts of the work should be send as separate files: text file, picture file(s), table file(s), photo file(s) etc. To speed up the data transfer please compress the files if possible, using *.arj or * formats before transmission.

Complete packages of manuscripts are to be sent to the following address:

Editor-in-Chief „Suicidology”

Uczelnia Lazarskiego

Swieradowska Street 43, 02 - 662 Warsaw, Poland

e-mail: pts@lazarski.edu.pl