

ZAGROŻENIA SUICYDALNE JAKO PREDYKTOR ZACHOWANIA CZŁOWIEKA

*Świat bowiem, który istnieje – zniewala, ogranicza i wpycha
w bezsilność i duchowe spętanie, a człowiek, który w nim
istnieje, sam często uczestniczy w umacnianiu owego
zniewolenia, niezdolny do przedstawienia mu alternatywy
innej niż autodestrukcyjna lub eskapiczna.*

L. Witkowski, 1998, s. 121

Artykuł dotyczy roli sytuacji kryzysowych w etiologii samobójstw młodzieży i osób dorosłych, wagi prewencji edukacyjnej i wynikających z niej zadań szkół. Akcentuje znaczenie choroby przewlekłej w wymiarze kryzysu jednostki i otoczenia.

Faktyczny brak prawdy pedagogicznej to współczesny dysonans i dramat człowieka zniewolonego cierpieniem, przewlekle chorego, w niemocy, uruchamiający autodestrukcję i inicjujący w konsekwencji pomoc pozorną i nieadekwatną.

Znaczące wartości „do wychowania” w obszarze prewencji samobójstw to przekaz odpowiedzialności i automodelowego wzoru.

Słowa kluczowe: zachowanie suicydalne, samobójstwo, kryzys, wpływ społeczny środowisk bliższych i dalszych, uwarunkowania organiczne

Wprowadzenie

W obliczu współczesnego „upowszechniania śmierci” człowiek coraz bardziej staje się obojętny, nie dostrzega cierpienia i samotności innych. Samobójstwa to obecnie jedna z częstszych przyczyn śmierci.

Akt samobójczy jest zazwyczaj reakcją na subiektywną rzeczywistość oraz wyrazem świadomej woli śmierci. Z pojęciem samobójstwa związanych jest wiele bezpośrednich znaczeń: kryzys, cierpienie, ucieczka, alienacja, samotność, depresja, choroba, odtrącenie, brak miłości, zemsta itp. Nieskończona liczba owych znaczeń to nieskończenie wiele jednostkowych dramatów walki o własny byt.

Ważność podjętego tematu uwidacznia się w coraz bardziej patologicznych zachowaniach społecznych współczesnego człowieka: autoagresji, agresji werbalnej, fizycznej itp.

W etycznym kontekście podejmowanych analiz odnaleźć można niepodważalne i nieuniknione prawdy świadomości człowieczeństwa warunkujące dążenie do życia i szacunek wobec życia jako wartości – człowiek rodzi się, żyje i umiera.

Uwagi terminologiczne – geneza prób samobójczych

Problematyka suicydologii od wieków jest przedmiotem sporów i dyskusji na gruncie różnych dyscyplin naukowych.

Zagrożenia suicydalne jako te, które prowadzą do kryzysu i inicjują zachowania suicydalne, a w konsekwencji przyczyniają się często do podjęcia próby samobójczej człowieka, to połączona sprzężona dwubiegunowość jednostki (biologicznej i psychologicznej) oraz społecznego wymiaru sytuacji, jak np. brak pracy, niepowodzenia życiowe, długotrwałe pozbawienie oparcia w sytuacji trudnej itp.

Samobójstwo w literaturze współczesnej najczęściej rozpatrywane jest w aspekcie psychologicznym, społecznym oraz teologicznym. Pomimo ważnego miejsca w piśmiennictwie naukowym wciąż rzadko bywa analizowane z perspektywy znaczenia dla podejmowanych oddziaływań wychowawczych.

Jak podkreśla wielu autorów (m.in. Hołyst, 1983; Jan Paweł II, 1996; Pilecka, 2005), samobójstwo jest najtragiczniejszym sposobem śmierci człowieka. Najbardziej ogólną definicję samobójstwa odnaleźć można w encyklopedii PWN, gdzie czytamy, że samobójstwo to „świadome pozbawienie się życia; [...] samobójstwo dzieci i młodzieży jest uwarunkowane zachowaniem innych osób (rygorystyczne traktowanie, surowe kary, niepowodzenia w miłości)” (Kaczorowski, 2008, s. 914). Definicja ta obrazuje klasyczne podejście do zjawiska, zwracając uwagę na cel aktu oraz jego skutek. Pogląd, iż samobójstwa młodzieży uwarunkowane są zachowaniem innych, zdaje się być bardzo uproszczony. Na podjęcie aktu samobójczego składa się nie tylko aspekt społeczny, ale szereg uwarunkowań psychicznych.

Obecnie w psychologicznych ujęciach definicyjnych silnie podkreślana jest świadoma chęć jednostki do pozbawienia się życia. Podejście to akcentuje zaburzenia osobowości – ważny element prób samobójczych.

W ujęciu psychiatrycznym naświetla się aspekt konfliktu osobowości jednostki. W słowniku psychiatrycznym definiuje się samobójstwo jako „szczególny sposób rozwiązywania konfliktów osobowości jednostki, zdeterminowany okolicznościami pochodzenia środowiskowego i społecznego” (Korzeniowski, Pużyński, 1986, s. 486). W moim odczuciu samobójstwo nie jest sposobem rozwiązywania konfliktu osobowości, lecz skutkiem braku umiejętności jego rozwiązania, a więc przejawem jego nierozwiązania. Samobójstwem nie jest ryzyko śmierci uwarunkowane chorobą psychiczną, chorobą o podłożu organicznym, gdyż jest ono w moim osądzie konsekwencją destrukcji człowieka, często z brakiem świadomości czynu, nacechowane impulsywnością, brakiem umiejętności właściwej oceny sytuacji. Rozbieżność poglądów w tym obszarze wynika z wielości zaburzeń osobowości.

W literaturze odnaleźć można także podejście pedagogiczne. Podejście to akcentuje wyłącznie wartość oddziaływań wychowawczych: „samobójstwa młodocianych są z reguły świadectwem wadliwego ukształtowania stosunków wychowawczych w domu czy w szkole. Nie zdarzają się one natomiast wtedy, gdy między wychowawcami i wychowanymi panuje atmosfera życzliwości i szczerości” (Okoń, 1992, s. 181–182). Stanowisko to pomija zupełnie znaczenie osobo-

wości człowieka, zwłaszcza tendencje do autodestrukcji, specyficzne konteksty sytuacyjne itp. Błędne także wydaje się stwierdzenie, że można wykluczyć samobójstwo, gdy w środowisku młodzieży panuje atmosfera życzliwości i szczerości. Z pewnością zmniejsza ona ryzyko aktu samobójczego, ale jest to znaczne uproszczenie mechanizmów suicydalnych.

Nie ma zgodności w ocenie samobójstwa w różnych systemach religijnych. Nauka katolicka silnie podkreśla wartość każdej osoby ludzkiej, kategorycznie sprzeciwiając się wszelkim czynom wymierzonym przeciw życiu. Obecnie bardzo często spotykamy się z pojęciem samobójstw religijnych – zbiorowych. Samobójstwa zbiorowe najczęściej dotyczą osób przebywających w sektach i w takim kontekście bywają najczęściej rozpatrywane w literaturze (m.in. por. Kawula, 2006, s. 593). Samobójstwo zbiorowe jest wynikiem procesu głębokiej indoktrynacji jednostek. W wymiernym znaczeniu indoktrynacji odnaleźć można pojęcie fanatyzmu religijnego. Fanatyzmu prowadzącego do odczytania kanonów wiary jako źródła zwycięstwa śmierci nad życiem, przyzwolenia na unicestwienie.

W literaturze spotykamy także pojęcie samobójstwa wspomaganego oraz eutanazji. W naukach teologicznych eutanazja rozpatrywana jest jako kategoria moralnie niedopuszczalna. Jak pisze Jan Paweł II (1996, s. 929), „przez eutanazję w ścisłym i właściwym sensie należy rozumieć czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu uniknięcia wszelkiego cierpienia”. Zatem eutanazja nie może być rezygnacją z życia. Prawo do życia i szacunek należy się każdemu człowiekowi. Często w zachowaniach akceptujących eutanazję podkreślana jest obecność współczucia jako warunku zabicia człowieka na jego żądanie (tamże, s. 928–933). Zwolennicy eutanazji ujawniają troskę o możliwość świadomego wolnego wyboru własnej śmierci, bez odium morale.

Samobójstwo wspomagane, zdaniem M. Szeroczyńskiej (2004, s. 12), jest pozbawieniem życia na wyraźne życzenie chorego w asyście lekarza i z jego pomocą. Samobójstwa mają także aspekt prawny. Żadna próba samobójcza nie podlega karze, karalne natomiast jest doprowadzenie kogoś do śmierci samobójczej. Ze względu na zróżnicowaną genezę brak jest jednolitości w ujęciach definicyjnych samobójstw. Definityjne konteksty należy rozpatrywać z punktu widzenia jednostki, jej osobowości i wpływów, jakim w związku z osobowością własną podlega.

Z pojęciem samobójstwa nierozzerwalnie związane są terminy „zachowanie suicydalne” i „zespół presuicydalny”. Zachowanie suicydalne, zdaniem B. Hołysta, to „ciąg reakcji, jaki zostaje wyzwolony w człowieku z chwilą, gdy w jego świadomości samobójstwo pojawia się jako antycypowany, pożądany stan rzeczy” (za: Pilecka, 2005, s. 10). Zespół presuicydalny jest charakterystyczny dla osób zamierzających popełnić samobójstwo. E. Ringel (1987, s. 23) wyróżnia następujące uogólnione charakterystyczne objawy:

- przeżywanie lęku i niepokoju, zagrożenia, poczucia mniejszej wartości i niewydolności prowadzące do rezygnacji;
- kierowanie agresji w swoją stronę;
- ucieczka od realnych problemów w fantazjowanie na temat śmierci i snucie planów samobójczych.

Każdy akt samobójczy poprzedzony jest zachowaniem suicydalnym. Manifestowane zachowania mają ścisły związek z etiologią planowanego i dokonanego czynu.

Co wyzwała w człowieku, zwłaszcza młodym, chęć do autodestrukcji? Etiologia prób samobójczych jest niezwykle złożona i zawsze wieloczynnikowa. Zachowania suicydalne mają wiele przyczyn. Nie ma pojedynczego wyizolowanego czynnika będącego bezpośrednim powodem samobójstw. Jak podaje WHO (2005, s. 2), czynniki te to „zespół interakcji wzajemnie na siebie oddziałujących i sytuujących jednostkę w obszarze ryzyka samobójstwa”. Są to czynniki:

- psychiatryczne,
- biologiczne oraz cechy genetyczne,
- zdarzenia życiowe (np. utrata miłości, pracy),
- społeczne oraz środowiskowe.

Znaczenie mają także takie cechy, jak: wiek, płeć, orientacja seksualna, grupa etniczna (tamże).

Motywy czynów samobójczych są różne, jednak każda próba samobójstwa to wołanie o pomoc (por. Pilecka, 2005, s. 105; Kawula, 2006, s. 595). Istnieje wiele teorii naukowych tłumaczących zachowania suicydalne młodzieży. Jako kryterium różnicujące B. Pilecka (2005, s. 13) przyjmuje teorie osobowości. Wyróżnia teorie psychoanalityczne i niepsychoanalityczne, oparte na teoriach:

- uczenia się,
- self,
- konstruktów osobistych,
- kryzysów.

Sytuacje kryzysowe mogą stanowić silny determinant zachowań autodestrukcyjnych człowieka. W czasach obecnych nowego znaczenia nabiera moim zdaniem koncepcja E. Fromma (2007), sytuująca destrukcyjność człowieka w kontekście agresji obronnej bądź umiejscowionej w jego charakterze. Ogląd skrajnych autodestrukcji człowieka powinien prowadzić już od początku do ich unicestwienia i społecznego modelowania.

Badacze dokonują różnych podziałów samobójstw. M. Szpringer (2004, s. 43) i S. Pużyński (2004, s. 428–429) przytaczają klasyczny podział E. Durkheima, wyróżniając samobójstwa:

- egoistyczne – gdy jednostka przedkłada własny interes nad interes grupy;
- altruistyczne – gdy jednostka jest zbyt silnie zintegrowana ze społeczeństwem;
- anomiczne – gdy następuje brak regulatorów i stymulatorów zachowania przez społeczność;
- fatalistyczne – gdy jednostka nie widzi wyjścia z sytuacji kryzysowej.

Chociaż każdy z nich kładzie nacisk na inny aspekt próby samobójczej, granica między poszczególnymi typami samobójstw nie jest stała.

Dane statystyczne i przegląd ważniejszych badań

Według danych WHO (2005, s. 3) samobójstwa wśród młodzieży stanowią po tragicznych wypadkach drugą przyczynę śmierci. Statystyki obrazują względ-

nie wysoki wskaźnik samobójstw, zwłaszcza w krajach europejskich. Okresem newralgicznym dla niektórych państw europejskich były lata 90., m.in. dla Polski (Kawula, 2006, s. 594) oraz Hiszpanii (Zorraquino, 2002, s. 61). Hiszpania, jak podawały materiały źródłowe, była jedynym krajem UE niemającym uznanych specjalistów w tej dziedzinie (tamże). Zarówno w Polsce, jak i w Hiszpanii lata 90. były początkiem empirycznie potwierdzonego wzrostu aktów samobójczych wśród dzieci i młodzieży. Bardzo wyraźnie przesunęły się granice wiekowe, coraz młodsze osoby manifestowały chęć umierania.

Jako główną przyczynę samobójstw młodzieży podawano niepowodzenia szkolne oraz patologię środowiska rodzinnego. Najwięcej osób dokonujących zamachów na własne życie w roku 2000 miało 17–20 lat (Kawula, 2006, s. 594–595). W grupie wiekowej 20–25 lat dominowali studenci, przyczyną śmiertelnej destrukcji owej grupy społecznej okazywały się niepowodzenia i trudności egzaminacyjne (tamże; por. także Pużyński, 2004, s. 429–430).

Analiza prezentowanych badań (Pawłowska, 1992; Radziwiłłowicz, Radziwiłłowicz, 1998; Pilecka, 2005) pozwala stwierdzić, że wzajemny spłot czynników indywidualnych, osobowościowych, środowiskowych stanowi podłoże rozwoju zachowania suicydalnego. Wśród indywidualnych właściwości młodzieży jako znaczące R. Pawłowska (1992, s. 302) wymienia zmniejszoną odporność psychiczną, niedojrzałą osobowość, niezrównoważony i słaby temperament. Zarówno R. Pawłowska (1992, s. 301–303), jak i B. Pilecka (2005, s. 55–111) podkreślają znaczenie wpływu środowiska rodzinnego i rówieśniczego na uruchomienie destrukcyjności młodego człowieka. Jako ważniejsze wskaźniki ryzyka samobójstw B. Pilecka (2005, s. 58–79) wymienia: zaburzone relacje w rodzinie, przemoc wobec dzieci, błędy wychowawcze rodziców, niewłaściwe typy środowisk rodzinnych, samobójstwo w rodzinie.

P. Radziwiłłowicz i W. Radziwiłłowicz (1998, s. 429–436) akcentują zaburzenia osobowości jako przyczynę samobójstw. U osób badanych (badaniami objęto grupę wiekową od 14. do 73. r. ż.) rozpoznano następujące stany psychiczne: reakcję dysocjacyjną, kryzys adolescencyjny, depresję, nieprawidłową osobowość uwarunkowaną uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego. Ujawniono także krytyczny przedział wieku od 18 do 22 lat oraz wiekowy wzrost skuteczności podejmowanych czynów.

W roku 2007 wśród zamachów samobójczych zarejestrowanych przez policję najczęściej prób odnotowano wśród osób w przedziale wiekowym 30–49 lat (*Rocznik...*, 2008, s. 205). W prezentacjach statystycznych i badawczych podkreśla się większą podatność mężczyzn niż kobiet na autodestrukcję (por. m.in. Pużyński, 2004, s. 429; Kawula, 2006, s. 594). Badania próbujące ustalić częstotliwość prób samobójczych wśród osób wykonujących różne zawody nie dały jednoznacznych wyników, ujawniły jedynie zwiększone preferencje suicydalne wśród lekarzy i żołnierzy (Pużyński, 2004, s. 429–430).

Każda relacja interpersonalna wpisana jest w kontekst społeczny. Zgodnie z teorią równowagi interpersonalnej człowieka utrzymywanie odpowiednich proporcji w relacjach społecznych stanowi istotną profilaktykę samobójstw. Tak więc każdy akt samobójczy człowieka, bez względu na etiologię, należy rozpatrywać jako porażkę relacji interpersonalnych.

Sytuacje kryzysowe jako ryzyko obniżonego poziomu funkcjonowania młodzieży i dorosłych

Z punktu widzenia doświadczeń sytuacji trudnych szczególnego znaczenia nabierają różne teorie kryzysów. W literaturze wymienia się teorie systemowe, adaptacyjne interpersonalne oraz poznawcze. Szczególną sytuacją kryzysową w życiu człowieka jest niemożność znalezienia pracy pomimo usilnych starań.

Mechanizmy kryzysów odsłaniają funkcjonowanie psychospołeczne człowieka, jednak skrajna generalizacja zachowań jest niepożądana. Są osoby w każdym stanie kryzysu wymagające mniejszej lub większej pomocy.

Jedną z najbardziej spopularyzowanych w literaturze teorii jest teoria kryzysów Caplana (Korzeniowski, Pużyński, 1986, s. 548–549). W myśl owej teorii pokonanie kryzysu przyczynia się do integracji osobowości, natomiast jego nierozwiązanie powoduje utrwalenie się objawów nerwicowych lub prowadzi do psychopatyzacji osobowości.

Spotkać można także różne typy sytuacji kryzysowych. M.B. Pecyna (1999, s. 112) prezentuje sytuacje kryzysowe okresu adolescencji w podziale J. Culberga. Są to:

- kryzysy przemiany (rozwojowe, normatywne),
- kryzysy sytuacyjne (traumatyczne),
- kryzysy chroniczne.

Każdy kryzys jednostki w punkcie wyjścia ma charakter ambiwalentny, tzn. może być albo szansą jej rozwoju, albo stwarzać realne ryzyko zaburzeń (por. Sęk, 2005, s. 248).

Jedną z najbardziej rozpowszechnionych chorób cywilizacyjnych naszego wieku jest depresja. Agresja i depresja zaliczane są najczęściej do stałych komponentów zachowań suicydalnych (Pilecka, 2005, s. 79). Wielu suicydologów podkreśla, że depresje wiążą się z dużym ryzykiem samobójstwa, niektórzy zaś zupełnie negują obecność depresji jako koniecznego warunku próby samobójczej. W rozważaniach wielu z nich można zauważyć zgodność, iż najwięcej osób popełnia samobójstwa w stanie wychodzenia z depresji.

Zdaniem B. Pileckiej (2005) osoby podejmujące akty samobójcze najczęściej charakteryzuje sztywność poznawcza i tunele myślowe, a także tendencja do autodestrukcji.

Z pojęciem kryzysu związane są takie pojęcia, jak: stres, sytuacja trudna, konflikt.

W ujęciu A. Sowińskiej (2002, s. 59) sytuacje trudne, czyli prowokujące stres, to takie, „w których zachodzi rozbieżność pomiędzy potrzebami lub zadaniami a możliwościami zaspokojenia tych potrzeb lub wykonywania zadań”. Sytuacja trudna generuje zaburzenia równowagi procesów psychologicznych. By przetrwać sytuacje trudne, człowiek uruchamia podświadome „czynności psychiczne”, czyli mechanizmy obronne. Pamiętać należy, że mechanizmy obronne nie rozwiązują konfliktów, a jedynie łagodzą ich objawy (por. Koziński, 1996, s. 129).

Choroba przewlekła w wymiarze kryzysu jednostki i otoczenia

Choroba przewlekła w większości opracowań naukowych definiowana jest jako choroba, którą charakteryzuje długi czas trwania, powolny rozwój, często organiczna nieodwracalność oraz konieczność stałego leczenia (Nowakowska, 1978, s. 315). Klasyfikację chorób przewlekłych odnaleźć można w literaturze (np. Pilecka 1992, s. 12–13) Są to choroby:

- wynikające z ryzyka okołoporodowego i związane z wadami wrodzonymi: mózgowie porażenie dziecięce, przepuklina oponowo-rdzeniowa, pędaczka;
- metaboliczne: otyłość, cukrzyca, zaburzenia układu krążenia, wady serca;
- związane z przeciążeniem układu nerwowego: nerwice, zaburzenia i choroby psychiczne;
- układu oddechowego: gruźlica płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli, zespoły zaporowe odwracalne (astma) i nieodwracalne, przewlekłe zapalenie płuc, zwłóknienia płuc, rozedma;
- układu ruchu: zapalenie stawów, choroba reumatyczna, gruźlica kostno-stawowa, choroba Perthesa, dysfunkcje narządu ruchu, kalectwa i amputacje.

M.T. Nowakowska (1978, s. 315) podkreśla wagę dwóch czynników w sytuacji życiowej osób przewlekłe chorych: ciężkość choroby (jej stadium) oraz czas trwania. Osoby przewlekłe chore często manifestują obniżoną odporność psychiczną, co wiąże się z podatnością emocjonalną. Wielu autorów akcentuje, że choroba to stresor. Stres generuje emocje – głównie negatywne (por. m.in. Pilecka, 1992, s. 54). Pozytywne emocje towarzyszące chorobie pełnią funkcję mechanizmów obronnych, wyzwalających zmianę i chęć walki z chorobą.

Do reakcji emocjonalnych wywołanych chorobą zalicza się strach, lęk, gniew, przygnębienie, nastroj wyrównany i nastroj podwyższony.

Mechanizmy suicydalne pojawiają się w sytuacji bardzo silnych deprivacji potrzeb osób chorych. B. Pilecka (2005, s. 97), różnicując samobójstwa, opisuje podatność osób ujawniających poczucie beznadziejności, histrionicznych (poszukujących silnych źródeł podnieć życiowych), chorych psychicznie oraz osób chorych śmiertelnie, starszych i niepełnosprawnych. W powrocie do zdrowia podkreślana jest skuteczność terapii poznawczej wobec osób chorych, która często odsuwa myśli samobójcze (tamże, s. 96).

Niepełnosprawność nie jest czynnikiem różnicującym mechanizmy suicydalne, osoby niepełnosprawne podlegają takim samym prawidłom destrukcyjności. Jak podkreśla B. Pilecka (tamże, s. 104), postawy wobec śmierci są czynnikiem różnicującym destrukcyjność człowieka. Autodestrukcyjność pojawia się w okresie chaosu emocjonalnego człowieka (tamże, s. 98). Najczęstszym powodem zachowania suicydalnego osób chorych niepełnosprawnych jest kryzys choroby, przeważnie w aspekcie funkcjonowania psychospołecznego.

W kontekst każdej choroby przewlekłej wpisane jest cierpienie, często generujące w kryzysie myślenie o śmierci i chęć eutanazji. Kryzys w grupie osób przewlekłe chorych powiązany jest z pojmowaniem wartości życia. Reakcja na chorobę przewlekłą, nieuleczalną w dużej mierze zależy od istniejącego w strukturach poznawczych osoby obrazu choroby, pojęcia życia, cierpienia i śmierci.

Fakt choroby przewlekłej bywa często w środowisku osoby chorej przedmiotem procedury negacji, co pozbawia życie znamion wartości.

Jak podkreśla Jan Paweł II (1996, s. 932–933), eutanazja może mieć formę zabójstwa, czynu wymierzonego przeciw życiu osoby chorej, bez jej prośby i zgody, przez inne osoby. Często wskutek niezrozumienia, egoizmu i korzyści, jakie mogą być udziałem innych. Bardzo często jest tak, że lekarze, pracodawcy „roszczą sobie władzę decydowania o tym, kto ma żyć, a kto powinien umrzeć” (tamże).

Badania ujawniły, że niekorzystna jest izolacja społeczna osób przewlekle chorych, natomiast relacje społeczne chronią chorych przed przedwczesną śmiercią (Knoll, Schwarzer, 2005, s. 38).

Strategie przemiany społecznej – wychowawczy aspekt działania szkoły

Akty samobójcze młodzieży są często efektem ogólnego kryzysu aksjologicznego. To właśnie zaprzeczenie i ambiwalencja współczesności ujawnia chaos wartości, a co za tym idzie – kryzys wzorów i ideałów. W dobie kultu informacji spłycają kontakty i relacje rodzinne, międzyludzkie. Większość rodzin boryka się z trudnościami ekonomicznymi, skupia się na realizacji swojej funkcji ekonomiczno-konsumpcyjnej. Gdy nic nie jest stałe i pewne, trudno odnaleźć wartości dające poczucie bezpieczeństwa. Jedną z najbardziej istotnych współcześnie i konstruktywnych strategii radzenia sobie jest wsparcie rodziny oraz osób bliskich. Jak pisze E. Jundziłł (1998, s. 67), to właśnie rodzina wyposaża każdego człowieka w pierwowzór reagowania na sytuacje trudne, jednak ulega on zmianie w ciągu życia i nabywanych przez jednostkę doświadczeń. Brak takich umiejętności ma konsekwencje w postaci destruktywnych mechanizmów radzenia sobie. Pamiętać należy, że to, w jaki sposób radzimy sobie z problemami, zależy od wielu czynników środowiskowych oraz zaistniałych kontekstów sytuacyjnych.

Warto podkreślić też związek między kryzysem w życiu człowieka a syndromem presuicydalnym. Samobójstwu sprzyja tendencja do fałszywej oceny sytuacji oraz nadmierna impulsywność. Słaba odporność psychiczna także zwiększa ryzyko samobójstwa. Sprzyjające czynniki to choroba somatyczna, choroba chroniczna, osobista strata, głód, samotność, zmęczenie, nowe okoliczności życiowe, chroniczny ból, ograniczenie zdolności rozwiązywania problemów, uzależnienie od środków odurzających, przeżywanie gniewu, słaba umiejętność kontroli emocji, zespół zaburzeń pourazowych, podatność psychologiczna, podatność neurologiczna (Pilecka, 2005, s. 95–96).

Nikt z nas nie jest w stanie uniknąć kryzysów w swoim życiu. Nikt z nas nie jest także w stanie przewidzieć własnej reakcji na trudności. To, co nam się wydaje niejednokrotnie błahym problemem, dla wielu młodych osób czy także osób dorosłych jest powodem załamania i kryzysu. Każdy ma swój własny subiektywny świat problemów i trudności, czasem niedostępny dla nikogo. Ogromną rolę w zapobieganiu autodestrukcji odgrywa racjonalna profilaktyka.

Wszelkie oddziaływania profilaktyczne powinny mieć charakter wielowymiarowy i wielotorowy, tzn. powinny uwzględniać wpływy wszystkich środowisk na życie młodego człowieka. Profilaktyka to:

- „bliższe powiązanie i wsparcie dla doradcy szkolnego,
- rozwój poradnictwa w grupach rówieśniczych,
- grupy wsparcia na terenie szkół,
- uświadamianie personelowi szkoły problemów związanych z samobójstwami,
- wprowadzenie do programów nauczania informacji na temat umiejętności radzenia sobie oraz dostrzegania niebezpieczeństwa ryzyka samobójstwa,
- forum społeczności na temat samobójstw wśród młodzieży” (DuBois, Miley, 1999, s. 125–126).

Z analiz wynika terapeutyczno-rewalidacyjna funkcja szkoły, także rodziców. Ważne jest kreowanie wartości pożądanych (prospołecznych), konstruktywnie sytuujących młodzież w płaszczyznach ideologicznych. Wymienione formy działań pomocowych powinny na stałe wejść do systemu profilaktyki. Niestety, w polskich realiach, pomimo świadomości narastającego problemu, działania profilaktyczne są wciąż doraźne i incydentalne, przybierają najczęściej formę reakcji na skutki.

W profilaktyce powstawania mechanizmów suicydalnych dużego znaczenia nabiera nauka już od lat najmłodszych strategii radzenia sobie, dostrzegania innej strony problemu. Ważne jest także stwarzanie sytuacji i możliwości odnoszenia sukcesów przez uczniów w społecznościach, w których funkcjonują na co dzień.

W procesie przemiany społecznej jednostki podatnej na destrukcyjność związaną z przewlekłą chorobą akcentowana jest aktywność zmierzająca do tworzenia różnorodnych modeli zdrowia – wyrównywania zaistniałych deprivacji drogą różnorodnych mechanizmów zaradczych – m.in. nadziei, fantazjowania, przewartościowania, kompensacji, nadkompensacji (Nowakowska, 1978, s. 318–319).

W walce z chorobą, zwłaszcza przewlekłą, ważne jest pozytywne myślenie – dążenie do utrzymywania równowagi biologicznej i psychologicznej, pozwalającej na pełne, sprawne funkcjonowanie i udział w życiu społecznym.

H. Sęk (2005, s. 63) jako najbardziej przydatne aktualnie modele zdrowia wymienia modele salutogenetyczny oraz socjoekologiczny.

Zapobieganie czynom samobójczym to przede wszystkim społeczna ekspozycja problemu w środowiskach pierwszej interwencji (m.in. rodzinnych, szkolnych). Podejmowanie konstruktywnych (profilaktycznych) zachowań jako strategii radzenia sobie i ochrony psychiki, zwłaszcza osób z grupy zagrożeń suicydalnych (m.in. zawodowych, patologii społecznych – „dziedziczenia społecznego”, w doświadczaniu kryzysu choroby przewlekłej) ujmuje wychowanie do wartości „życia i śmierci”. Strategiczne wartości „do wychowania” w obszarze prewencji preusicydalnej to odpowiedzialność za życie własne i drugiego człowieka, system znaczących idei, religia oraz kreowanie automodelowego wzoru.

Stworzenie odpowiedniego modelu oddziaływań wychowawczych wymaga czasu. Z powodu narastających zachowań autodestrukcyjnych młodzieży powinno to być jednym z priorytetowych zadań polityki oświatowej szkół.

Bibliografia

- Aronson, E. (2002). *Człowiek istota społeczna*. Warszawa: WN PWN.
- Dubois, B., Miley, K.K. (1999). *Praca socjalna. Zawód, który dodaje sił*. Katowice: WN „Śląsk”.
- Eriksen, T.H. (2003). *Tyrania chwili*. Warszawa: PIW.
- Filipczuk, H. (1980). *Potrzeby psychiczne*. Warszawa: Instytut Wydawniczy CRZZ.
- Fromm, E. (2007). *Anatomia ludzkiej destrukcyjności*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Hołyst, B. (1983). *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*. Warszawa: PWN.
- Hołyst, B. (2002). *Suicydologia*. Warszawa: „LexisNexis”.
- Jan Paweł II (1996). *Ewangelium Vitae*. W: *Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II*. Kraków: Wydawnictwo „Znak”.
- Jundził, E. (1998). *Potrzeby psychiczne dzieci i młodzieży*. Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Kaczorowski, B. (2008). (red.), *Encyklopedia PWN A–Z*. Warszawa: WN PWN.
- Kawula, S. (2006). *Samobójstwo*. W: T. Pilch (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Knoll, N., Schwarzer, R. (2005). *Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć*. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: WN PWN.
- Korzeniowski, L., Pużyński, S. (red.). (1986). *Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii*. Warszawa: PZWL.
- Kozielecki, J. (1996). *Koncepcje psychologiczne człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Manstead, A.S.R., Hewston, M. i in. (red.). (1996). *Encyklopedia Blackwella – Psychologia społeczna*. Warszawa: Jacek Santorski & Co Wydawnictwo.
- Nowakowska, M.T. (1978). *Psychologiczne aspekty chorób przewlekłych, trwałego upośledzenia zdrowia oraz chorób nieuleczalnych i zagrażających życiu*. W: M. Jarosz, *Psychologia lekarska*. Warszawa: PZWL.
- Okoń, W. (1992). *Słownik pedagogiczny*. Warszawa: WN PWN.
- Pawłowska, R. (1992). *Próby samobójcze wśród młodzieży*. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 7.
- Pecyna, M.B., s. (1999). *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Pilecka, B. (2003). *Postawy do śmierci a samobójstwo*. W: D. Kubacka-Jasiecka, K. Budyń (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Pilecka, B. (2005). *Osobowościowe korelaty prób samobójczych u młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Pilecka, W. (1992). *Rewalidacja dzieci przewlekle chorych i kalekich*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP.
- Pużyński, S. (2004). *Samobójstwa i zaburzenia psychiczne (zwłaszcza depresje)*. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: PZWL.
- Radziwiłłowicz, P., Radziwiłłowicz, W. (1998). *Samobójstwo i próba samobójcza – implikacje kliniczne i psychologiczne*. *Psychologia Wychowawcza*, 5.
- Ringel, E. (1987). *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*. Szczecin: Wydawnictwo „Glob”.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej* (2008). Warszawa: GUS.
- Sęk, H. (2005). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: WN PWN.
- Sowińska, A. (2002). *Wprowadzenie do psychologii*. Katowice: Wydawnictwo Uczelniane AE.
- Stochmiałek, J. (2000). *O umieraniu i śmierci*. W: J. Stochmiałek (red.), *Rozwój pracy socjalno-opiekuńczej*. Cieszyn.

- Szpringer, M. (2004). *Profilaktyka społeczna – Rodzina, Szkoła, Środowisko lokalne*. Kielce: Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej.
- Szeroczyńska, M. (2004). *Eutanazja wspomagane samobójstwo*. Kraków: Universitas.
- Tischner, J. (2005). *Idąc przez puste błonia*. Kraków: Wydawnictwo „Znak”.
- Tischner, J. (2006). *Filozofia dramatu*. Kraków: Wydawnictwo „Znak”.
- Urzędowska, M. (2000). Myśli o samobójstwie a osiągnięcia i niepowodzenia w nauce. *Terazniejszość – Człowiek – Edukacja*, 1.
- WHO European Ministerial Conference on Mental Health, *Facing the challenges, building solution, Suicide prevention*. Helsinki, Finland, 12–15 January 2005.
- World Health Organization, *The health of children and adolescence in Europe*. Copenhagen, Bucharest, 12 September 2005.
- Witkowski, L. (1998). *Edukacja wobec sporów o (po)nowoczesność*. Warszawa: IBE.
- Zaborowski, Z. (1976). *Stosunki międzyludzkie*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Zorraquino, C.J. (2002). *Depresje u dzieci i młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo eSPe.

SUICIDAL THREATS AS A PREDICTOR OF HUMAN BEHAVIOR

Summary

The article presents the part critical situations play in the etiology of adolescent and adult suicides, the importance of educational prevention and the role of school arising therefrom. It emphasizes the significance of chronic illness in terms of the crisis of an individual and environment.

The actual lack of pedagogical truth is contemporary dissonance and “tragedy” of the human being – “enslaved by suffering”, chronically ill and powerless – which initiates self-destruction and, in consequence, inadequate and “surface” support.

The communication of responsibility and of a self-model pattern is an important value in the area of the prevention of suicides

Key words: suicidal behavior, suicide, crisis, social influence of closer and more distant environment, organic factors