

Profilaktyka samobójstw jako wyraz afirmacji życia

Suicide prevention as an expression of affirmation of life

ADAM CZABAŃSKI

Akademia im. Jakuba z Paradyża
w Gorzowie Wielkopolskim, Polska
aczabanski@interia.pl
<https://orcid.org/0000-0002-7878-7558>

Abstract: The subject of the research is the phenomenon of suicide prevention in Poland. The aim of the work is to show that suicide prevention is an expression of affirmation of life. The research included an analysis of available scientific literature describing new forms of prevention of suicidal behavior representing a life-affirming attitude. The analyzed scientific publications prove that affirmation of life is a basic property of people and institutions operating in the suicide prevention system. Developing an attitude of affirmation of life contributes to increasing the effectiveness of various forms of suicide prevention.

Keywords: suicide; suicide prevention; affirmation of life

Abstrakt: Przedmiotem badań jest zjawisko profilaktyki samobójstw w Polsce. Celem pracy jest pokazanie, że profilaktyka samobójstw jest wyrazem afirmacji życia. W ramach badań dokonano analizy dostępnej literatury naukowej opisującej nowe formy profilaktyki zachowań samobójczych reprezentujące postawę afirmacji życia. Poddane analizie publikacje naukowe dowodzą, że afirmacja życia jest podstawową właściwością ludzi i instytucji działających w systemie profilaktyki samobójstw. Wypracowanie postawy afirmacji życia przyczynia się do zwiększenia skuteczności poszczególnych form profilaktyki samobójstw.

Słowa kluczowe: samobójstwo; profilaktyka samobójstw; afirmacja życia

Wprowadzenie.

Podstawowe dane dotyczące skali zjawiska zachowań samobójczych i ich charakterystyki w Polsce

Każdego roku na świecie samobójstwo popełnia milion osób. Prób samobójczych według WHO mamy 10-15 razy więcej (Hołyst 2012). Stosunek liczby samobójstw do prób samobójczych uzależniony jest od konkretnych grup wiekowych. Wśród nastolatków prób samobójczych może być 100, a nawet 200 razy więcej niż samobójstw (Gmitrowicz, Makara-Studzińska, Młodożeniec 2015, 32; Gmitrowicz, Baran, Kropiwnicki 2017, 25). W Polsce w roku 2018 zanotowano 5178 samobójstw (odpowiednio w roku 2019 odnotowano 5255 samobójstw; w roku 2020 podczas trwania już pandemii COVID-19 – 5165, w roku 2021– 5201, a w roku 2022 – 5108). W ogólnej populacji w Polsce możemy mówić o stabilizacji dynamiki samobójstw, natomiast wśród młodzieży od roku 2019 nastąpił wzrost o 60%. Na podstawie informacji o liczbie samobójstw można szacować liczbę prób samobójczych w Polsce na 50-75 tysięcy rocznie. Warto pamiętać też o osobach osieroconych po śmierci samobójcy. Każde samobójstwo wiąże emocjonalnie, ekonomicznie, duchowo 20 osób (Hołyst 2012). Oznacza to, że każdego roku w Polsce osób cierpiących po samobójstwie kogoś bliskiego jest ponad 100 tysięcy.

Obserwując skalę zjawiska samobójstw w Polsce, można zauważyć, że przekracza ono łączną liczbę ofiar wypadków drogowych (blisko 3 tysiące ofiar rocznie) oraz ofiar zabójstw (około 600 ofiar rocznie). Całkowity koszt samobójstw popełnianych w Polsce w ciągu jednego roku wynosi około 2 mld zł (Rosa 2016, 76).

Poza konsekwencjami ekonomicznymi działania samobójcze mają jeszcze trzy inne wymiary: społeczny, psychologiczny i zdrowotny.

Samobójstwo dotyka w różnym wymiarze co najmniej cztery osoby z najbliższego otoczenia człowieka, który je popełnił (Hołyst 1983, 357). W badaniach kanadyjskich udowodniono, że osób dotkniętych samobójstwem znanego sobie człowieka jest średnio 10 (Renaud 1995). Według Amerykańskiego Towarzystwa Zapobiegania Samobójstwom samobójstwo bezpośrednio wpływa na sześć osób oraz do 20 osób pozostających w relacjach pośrednich (Rosa 2016, 73). Wymiar społeczny tego rodzaju czynów uwidacznia się w zjawisku dezintegracji grup i struktur społecznych. Samobójstwo w rodzinie powoduje zaburzenia w komunikacji, dekomponuje pozycje i role społeczne, prowadzi do stygmatyzacji oraz generuje konflikty. Kolejny rodzaj społecznych skutków samobójstw przejawia się w niebezpieczeństwie naśladownictwa (Czabański 2005, 115-121).

Skutki psychologiczne czynów tego rodzaju współwystępują ze skutkami społecznymi, niekiedy się wzajemnie przenikają. Doświadczenie śmierci sa-

mobójczej bliskiego człowieka skutkuje negatywnym oddziaływaniem na stan psychiczny osób z bliskiego i dalszego otoczenia samobójcy lub niedoszłego samobójcy. Ofiarami są zatem także ci, którzy doświadczyli samobójczej śmierci bliskiej osoby. Możemy więc mówić o „syndromie tych, którzy pozostają” (ang. *suicide survivors*) lub „syndromie ofiar samobójstwa” (ang. *suicide victims*; Rosa 2016, 74-75).

Skutki zdrowotne objawiają się u osób, które doświadczyły śmierci samobójczej bliskiego człowieka. Doświadczenie takie może spowodować wystąpienie zaburzeń zdrowia psychicznego, zwłaszcza depresji oraz zaburzeń lękowych, a nawet psychotycznych. Spotyka się także zaburzenia somatyczne o podłożu psychosomatycznym. Skutki zdrowotne prób samobójczych dotyczą osób, które usiłowały popełnić samobójstwo i w wyniku tego działania doznały poważnych obrażeń zdrowotnych (powikłań układu oddechowego, uszkodzeń wątroby, nerek, centralnego układu nerwowego, uszkodzenia kręgosłupa i kończyn; Rosa 2016, 75).

Ogrom skutków samobójstw i prób samobójczych pokazuje, że konieczne są działania ograniczające liczbę takich suicydalnych incydentów. Profilaktyka samobójstw rodzi się z postawy afirmacji życia, która musi być udziałem osób niosących pomoc ofiarom zachowań samobójczych. Tylko taka postawa umożliwia skuteczne działania ratownicze.

Celem artykułu jest ukazanie profilaktyki samobójstw jako zespołu ludzkich aktywności wymagających od realizatorów postawy afirmacji życia.

Formy profilaktyki samobójstw a postawa afirmacji życia. Doświadczenia polskie

W związku z katastrofalnymi skutkami zachowań samobójczych w każdym społeczeństwie podejmowane są działania mające za cel ograniczenie ich liczby. Mówimy tu zatem o podejmowaniu działań profilaktycznych.

Wyróżniamy profilaktykę presuicydalną, interwencję kryzysową oraz profilaktykę postsuicydalną. Zadaniem pierwszej jest niedopuszczenie do samobójstwa lub próby samobójczej. W jej ramach mogą być opracowane strategie obejmujące całą populację (na przykład narodowy program zapobiegania samobójstwom), strategie na poziomie instytucjonalnym lub zawodowym oraz na poziomie indywidualnym. Wśród konkretnych działań podejmowanych w ich ramach można wyróżnić: tworzenie powszechnego systemu opieki psychiatrycznej i psychologicznej (w Polsce 40 pilotażowych ośrodków, dr Dariusz Balicki). Rozważa się kwestię zreformowania i usprawnienia psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej. Zwracać należy uwagę na pomoc skierowaną do osób opuszczających szpital. Istotna jest też kontrola obiegu recept (to już

mamy), zmniejszanie opakowań, zwłaszcza na leki psychotropowe. W ramach działań z zakresu profilaktyki presuicydalnej i postsuicydalnej szczególnie ważne jest organizowanie szkoleń w zakresie wiedzy suicydologicznej i udzielania pomocy dla różnych grup zawodowych:

- nauczycieli i pedagogów (Czabański 2017b, 15-22),
- psychologów,
- pracowników Ośrodków Interwencji Kryzysowych (Czabański 2016, 14-19),
- osób obsługujących telefony zaufania,
- kuratorów sądowych (Czabański 2017 a, 53-59),
- lekarzy,
- ratowników medycznych (Czabański i Grzesiak 2014, 99-111),
- policjantów, a wśród nich zwłaszcza dla negocjatorów policyjnych (Czabański i Paruszevska 2016, 131-140),
- dziennikarzy,
- księży oraz szeroko rozumianych osób duchownych (Czabański 2017c, 207-219).

Profilaktyka presuicydalna to także pisanie poradników z zakresu profilaktyki samobójstw dla wybranych grup zawodowych (Baran et al. 2018; Baran, Gmitrowicz i Pawelec 2018) i działalność Ośrodków Interwencji Kryzysowej oraz telefonów zaufania. W Polsce działa wiele telefonów zaufania, a wśród nich są też takie, które mają zasięg ogólnokrajowy:

- Centrum Wsparcia: 800 70 2222 – można kontaktować się mailowo lub porozmawiać na czacie: www.linia wsparcia.pl;
- telefon zaufania dla dorosłych: 116 123 (czynny codziennie od godz. 14.00 do 22.00);
- telefon zaufania dla dzieci i młodzieży: 116 111 (czynny codziennie od godz. 12.00 do 2.00);
- całodobowa bezpłatna infolinia dla dzieci i młodzieży, rodziców oraz pedagogów: 800 080 222;
- w przypadku zagrożenia życia wystarczy zadzwonić po prostu na numer 112.

Interwencja kryzysowa oraz profilaktyka postsuicydalna wymagają szczególnego zaangażowania profesjonalistów: psychoterapeutów oraz psychiatrów (szczegółowe terapie –na przykład psychoterapia C.R. Rogersa, terapia strategiczna M.H. Ericksona, logoterapia V.E. Frankla, kształtowanie i rozwijanie zainteresowań jako metoda psychokorekcji (dr Kazimierz Kopczyński), farmakoterapia (Hołyst 2012, 2089-1125).

Do organizacji zapobiegających samobójstwom należą m.in.:

- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)
- Międzynarodowe Stowarzyszenie Zapobiegania Samobójstwom
- Amerykańskie Stowarzyszenie Suicydologiczne
- Polskie Towarzystwo Suicydologiczne
- Sekcja Naukowa Suicydologii Polskiej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Ważną formą działalności profilaktycznej samobójstw jest rozwijająca się w Warszawie kampania społeczna: „Życie warte jest rozmowy”, w której ramach odbywa się seria wykładów dla wybranych grup społeczno-zawodowych, produkcja spotów telewizyjnych; ambasadorem akcji jest aktor Michał Czernecki. W czerwcu 2021 roku z inicjatywy działaczy Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego uruchomiono platformę edukacyjno-pomocową dla osób w kryzysie samobójczym i ich bliskich (<https://zwjr.pl>). Znajdują się na niej: wykłady ekspertów, porady, recenzje książek i artykułów z zakresu profilaktyki samobójstw, baza adresowa do instytucji udzielających wsparcia osobom borykającym się z myślami samobójczymi. Platforma ta: zapewnia profesjonalne wsparcie osobom w kryzysie samobójczym, pomaga zapobiegać samobójstwom wśród dzieci i młodzieży, wspiera szkoły, nauczycieli i rodziców w zakresie profilaktyki zachowań samobójczych, pomaga rodzicom i nauczycielom poradzić sobie w sytuacji, gdy dojdzie do próby samobójczej lub samobójstwa dziecka, prowadzi działania pomocowe i edukacyjne w całej Polsce, prowadzi bezpłatne webinary dotyczące udzielania pierwszej pomocy emocjonalnej.

W ramach kampanii społecznej „Życie warte jest rozmowy” przygotowywane są też ulotki informujące o tym, w jaki sposób można pomóc osobie w kryzysie samobójczym, osobie po próbie samobójczej i osobie po stracie kogoś bliskiego w wyniku samobójstwa. Zapoznając się z tymi poradami, można zauważyć, że od osoby pomagającej wymaga się absolutnej afirmacji życia i nastawienia *pro life*. Ci, którzy decydują się na niesienie pomocy, powinni mieć pewne predyspozycje do rozmawiania z osobami po próbach samobójczych lub z osobami osieroconymi po samobójstwie bliskiej osoby. W klasycznej już pracy Mitchel T. Anthony (Anthony 1994, 154-155) pisze o cechach, jakimi powinni legitymować się ludzie niosący pomoc osobom zagrożonym samobójstwem. Powinni być to ludzie mający zdolność empatii, a także potrafiący nawiązywać kontakty z innymi osobami. Ponadto podstawą jest wypracowanie postawy zainteresowania innym człowiekiem. Rzeczą kluczową jest też umiejętność słuchania osoby potrzebującej wsparcia oraz dostrzegania oznak zagrożenia samobójstwem.

Najważniejsza jest tu więc empatia (wczuwanie się i współodczuwanie w przeżycia rozmówcy) oraz umiejętność słuchania, co cierpiący człowiek ma do powiedzenia. Wśród tych cech wymienić można również: wysoki poziom inteligencji emocjonalnej, taktowność, umiejętność wzbudzania zaufania itp.

Andrzej Bałandynowicz, opisując wzorzec terapeuty, zauważa, że powinien być to człowiek wolny od konfliktów wewnętrznych, lęku, podejrzliwości oraz poczucia nadmiernej zależności. Ponadto powinien zachowywać obiektywizm, respektować prawo pacjenta do decydowania o własnym życiu, umieć uważnie słuchać oraz unikać płytkich pocieszeń (Bałandynowicz 2002, 101).

Bardzo ważną kwestią jest tworzenie grup samopomocowych, na przykład grup wsparcia dla osób osieroconych przez samobójcę. W takich działaniach oczekiwana jest pomoc wolontariuszy.

W ramach wspomnianej już przeze mnie akcji „Życie warte jest rozmowy” stworzono katalog rad dla wszystkich tych osób, dla których życie ludzkie jest najważniejsze i które pragną pomóc człowiekowi zagrożonemu samobójstwem:

1. Bądź życzliwy, opanowany, cierpliwy.
2. Zaproś do rozmowy, pytając: „Jak mogę Ci pomóc?”, „Co musiałoby się zmienić, żebyś poczuł (a) się lepiej?”, „Co dotychczas pomagało Ci w pokonywaniu trudności?”.
3. Wysłuchaj bez osądzania, okaż zrozumienie.
4. Zaproponuj wsparcie, czas, uwagę.
5. Pomóż w rozproszeniu negatywnych myśli, np. zaproponuj wspólny spacer, wyjście do kina, na zakupy, na siłownię, przejażdżkę rowerem itp.
6. Pomóż w szukaniu różnych możliwości wyjścia z kryzysu, np. zaproponuj skorzystanie z wizyty u specjalisty – psychologa, pedagoga, psychiatry.
7. Pomóż zmniejszyć lęk i zwiększyć poczucie bezpieczeństwa, np. poprzez towarzyszenie podczas wizyty u specjalisty.
8. Pomóż zaplanować małe, ale wykonalne w danym momencie kroki.
9. Jeśli nie wiesz, co robić i jak pomóc, zadzwoń pod numery dostępnych telefonów pomocowych (aktualne dane: www.pokonackryzys.pl).
10. W przypadku zagrożenia życia dzwoń pod nr 112.

We wszystkich dziesięciu punktach osoba pomagająca napędzana jest silną afirmacją życia.

Właśnie takiego nastawienia oczekuje się od osób działających w wolontariacie, ale także od profesjonalistów. To jest fundamentalna właściwość czło-

wieka działającego w systemie niesienia pomocy osobie w kryzysie suicydalnym.

Wśród ludzi stykających się z niedoszłymi samobójcami upowszechnione jest przekonanie, że samobójcy nie da się uratować. Podczas przeprowadzonych przeze mnie szkoleń dla policjantów oraz wśród nauczycieli takie przeświadczenie nie było rzadkością) „Jeżeli chce popełnić samobójstwo, to i tak to zrobi”. To efekt działania dość rozpowszechnionych mitów, o których pisze Brunon Hołyst:

1. Mit: Ludzie, którzy mówią o samobójstwie, nie popełniają samobójstwa.
Fakt: Większość osób, które odebrały sobie życie, wcześniej wyraźnie sygnalizowała swój zamiar.
2. Mit: Osoby o skłonnościach samobójczych są absolutnie zdecydowane, żeby umrzeć.
Fakt: Większość jest ambiwalentna.
3. Mit: Samobójstwo zdarza się bez ostrzeżenia.
Fakt: Osoby o skłonnościach samobójczych często dają wiele sygnałów.
4. Mit: Poprawa po kryzysie oznacza, że nie ma już ryzyka.
Fakt: Wiele samobójstw następuje po okresie poprawy, kiedy człowiek ma energię i siłę woli, by myśli pełne rozpaczki zmienić w destrukcyjne działanie.
5. Mit: Nie wszystkim samobójstwom można zapobiec.
Fakt: To prawda. Ale większości da się zapobiec.
6. Mit: Skoro ktoś miał kiedyś skłonności samobójcze, będzie je miał zawsze.
Fakt: Myśli samobójcze mogą powracać, ale nigdy nie są one trwałe, a u niektórych osób mogą już nigdy nie wystąpić (Hołyst 2012, 101).

Wiara w takie mity osób stykających się z niedoszłymi samobójcami (lekarzy, policjantów, nauczycieli itp.) obniża skuteczność udzielanej pomocy, dominiuje bowiem przeświadczenie, że osoby mającej takie plany i tak nie da się uratować. To przeświadczenie może zablokować wszelkie działania pomocowe.

Postawa afirmacji życia jako podstawa działań w ramach profilaktyki samobójstw

Współcześnie w publikacjach nierzadko eksponowane są poglądy lekarzy, psychiatrów i psychologów, którzy popierają prawo człowieka do popełnienia samobójstwa. Oto w jednym z artykułów czytamy: „Sądzę zatem, że rozstrzygając

spór między suycydem a społeczeństwem, należy dać osobie prawo popełnienia samobójstwa w sytuacji, gdy społeczeństwo nie wypełniło należycie swych obowiązków względem niej, nie zagwarantowało odpowiedniego startu ani prawidłowych warunków rozwoju, nie zapewniło miłości, wsparcia, zrozumienia, a tym bardziej, jeżeli na zapowiedzi samobójcze jednostki reagowało w sposób nieodpowiedni. W takich wypadkach samobójcę należy uznać za ofiarę społeczeństwa i nie mogąc zrekomensować mu braków i naprawy krzywd pozwolić mu zdecydować o własnym losie” (Bałandynowicz 2016, 93).

Już w roku 1987 Erwin Ringel zauważał, że: „obecnie jesteśmy świadkami, jak szala wagi przechyla się na drugą stronę – w przypadku skrajnych poglądów często tak bywa. Na ławie oskarżonych, na której przez całe stulecia niesłusznie zasiadał samobójca, sadza się teraz przedstawiciele służb zapobiegania samobójstwom” (Ringel 1987, 259).

Szczególnie wstrząsający jest holenderski film dokumentalny pokazujący na konkretnych przypadkach działanie procedury przeprowadzenia eutanazji („End of Life Clinic”, reż. Marcel Ouddeken, Holandia 2016). Przedstawieni w nim lekarze, psychologowie i psychiatrzy zdają się całkowicie pozbawieni owej afirmacji życia.

Tymczasem jak zauważa A. Bałandynowicz: „W społeczeństwie należy wzbudzić świadomość własnego życia, odpowiedzialności za siebie i swoich bliskich, wpoić podstawowe zasady funkcjonowania rodziny, wychowania potomstwa, wprowadzania dziecka w rzeczywistość z postawą optymistycznego zainteresowania oraz wiarą we własne siły i pomoc najbliższych. [...] W sytuacji gdy mimo wszystko zrodzi się w jednostce pragnienie śmierci, ważne jest, by ci, którzy w życiu tej osoby stanowią grono tzw. ważnych innych, potrafili rozpoznać wysyłane przez niego komunikaty i prawidłowo na nie reagować” (Bałandynowicz 2016, 93).

W rysującym się konflikcie uwagę zwraca koncepcja skrajnych przeciwników „prawa do śmierci” nazywanych witalistami. Jak pisze o nich Andrzej Zwoliński: „lekarz nie może się kierować oceną, czy przedłużenie życia ma sens, czy go nie ma. Nie może zniszczyć czyjegoś życia, dlatego że ono «nie jest godne», czy nie jest «warte przeżycia» [...] Poglądy te wynikają z pierwszego założenia, że życie ludzkie jest święte – każde życie, każdego człowieka, w każdych warunkach. Jest ono wartością samą w sobie i sensem ponad wszystko” (Zwoliński 2013, 223).

Afirmacja życia jest zatem podstawową właściwością ludzi i instytucji funkcjonujących w systemie szeroko pojmowanej profilaktyki samobójstw i – szerzej – zachowań samobójczych. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na problem zespołu wypalenia zawodowego u terapeutów (Gmitrowicz i Lewandowska 2006, 41-46) oraz u innych osób niosących pomoc jednostkom zagrożonym samobójstwem. Frustracja spowodowana nieskutecznością dzia-

łań ratowniczych czy też śmierć samobójcza pacjenta niosą realne zagrożenie wycofania się terapeuty lub wolontariusza z kontynuacji działań w ramach systemu przeciwdziałania zjawisku samobójstw w społeczeństwie. Jak zauważają autorki, po samobójstwie pacjenta pojawiają się pytania: „gdzie został popełniony błąd, gdzie jest granica odpowiedzialności za życie pacjenta oraz czy można było przewidzieć tę śmierć” (Gmitrowicz i Lewandowska 2006, 44). Gdy pojawia się poczucie winy po samobójczej śmierci pacjenta, powinno się między innymi zaakceptować swoje uczucia oraz własne ograniczenia, a także szukać dla siebie wsparcia psychospołecznego. Z kolei wśród zaleceń, jak pomagać osobie po stracie kogoś bliskiego w wyniku samobójstwa, czytamy: „Zadbaj o siebie. Towarzyszenie komuś podczas żałoby może być wyczerpujące. Ty też musisz poradzić sobie ze swoimi emocjami. Znajdź czas na odpoczynek i przyjemności. Korzystaj również ze wsparcia i pomocy specjalistów”. Osoba niosąca pomoc człowiekowi zagrożonemu samobójstwem sama musi być w dobrej kondycji psychicznej, silna i pewna swojej postawy bezwzględnie afirmującej życie.

Warto jeszcze zauważyć, że samobójca niekoniecznie odrzuca afirmację życia. Jego czyn nie jest automatycznie afirmacją śmierci. Zazwyczaj mamy do czynienia z czynem człowieka rozdieranego dylematem: być albo nie być. Ta ambiwalencja sprawia, że nie można o nim mówić, że afirmuje on śmierć. U tego człowieka występuje raczej afirmacja ucieczki od dotychczasowego życia. Pisał o tym między innymi A. Zwoliński: „Samobójstwo bowiem nie jest wołaniem o śmierć i jej pragnieniem, lecz krzykiem, że dłużej w warunkach, które istnieją, nie można już żyć” (Zwoliński 2013, 204). Poza tym, obserwując samobójstwo i samobójcę z zewnątrz (perspektywa outsidera), nie ma się wiedzy o tym, co się dzieje w umyśle samobójcy w ostatnich mikrosekundach życia. Być może, umierając, jakoby *post factum* bardzo silnie afirmuje on życie, ale od śmierci po prostu nie ma już ucieczki. Ten wątek rozważań nad afirmacją życia w kontekście działań profilaktycznych wobec samobójstwa stanowić może zaczyn dalszych naukowych eksploracji.

Podsumowując, należy podkreślić, że wszelkie formy profilaktyki samobójstw bez wypracowania postawy afirmacji życia sprowadzają się tylko do spisu martwych procedur. Troska o ludzkie życie musi tu przeważać nad przesądzeniem o prawie człowieka do nieograniczonej wolności w dysponowaniu własnym życiem.

Zakończenie

Działania z zakresu szeroko pojętej profilaktyki samobójstw prowadzą do przebudowania społeczeństwo na takie, które pozwala uzyskać ludziom do-

brostan psychiczny i w którym ludzie podchodzą do bliźniego z uważnością oraz wrażliwością. W takim przyjaznym społeczeństwie możliwe jest skuteczne ograniczenie reakcji ucieczkowych w postaci samobójstwa.

Samobójstwo zgodnie z teorią Emila Durkheima (Durkheim 2006) można postrzegać jako wskaźnik kondycji społeczeństwa. Ograniczenie zjawiska samobójstw wskazywałoby zatem, że i samo społeczeństwo przechodzi odnowę i staje się podglebiem dla życia pełniejszego i dającego ludziom satysfakcję oraz szczęście.

Podstawą zatem całego przedsięwzięcia rozwijania profilaktyki samobójstw jest zaangażowanie się ludzi afirmujących życie. Celem tych działań jest ratowanie osób w kryzysie suicydalnym i rozwijanie w nich także postaw afirmujących życie. Najpełniej wyraża to zdanie napisane przez Brunona Hołysta: „Uratować życie, to uratować ciało, uratować człowieka, to uratować chęć życia [...] Ciało może istnieć bez ducha. Duch nie może istnieć na tym świecie bez ciała. Ratując tylko ciało, nie przywracamy życia, ożywiamy jedynie ciało. Uzasadnieniem ratowania samego ciała pozostaje nadzieja, że w pewnym momencie uda się uratować w tym ciele też duszę” (Hołyst 1991, 6-7). Prawidłowym rezultatem profilaktyki samobójstw jest brak powrotu jednostki do zachowań samobójczych oraz pojawienie się twórczych postaw wobec życia. Objawia się to między innymi pojawieniem się motywów altruistycznych. Chodzi tu jednak o coś więcej. Nie wystarczy wypracowanie u ludzi postaw afirmujących życie. Trzeba im dać realne podstawy do utrwalenia tego stanu poprzez przeobrażenie ich w podmioty z przedmiotów cudzych działań (Touraine 2013). Chodzi więc o to, żeby ludzie w społeczeństwie mieli do siebie wzajemnie zaufanie i wierzyli w swoją moc sprawczą (Jarosz 2013, 177), w to, że mogą swoimi działaniami coś w społeczeństwie zmienić.

Nic nie traci na swojej aktualności stare żydowskie przysłowie: „kto ratuje jedno życie, cały świat ratuje”.

BIBLIOGRAFIA

- Anthony, Mitchel. 1994. *Dlaczego? Samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza „Vocatio”.
- Bałandynowicz, Andrzej. 2002. Reakcja społeczeństwa wobec problemu suicydalnego jednostki. W: *Samobójstwo*, red. Brunon Hołyst, Marek Staniaszek i Marzena Binczycka-Anholcer, 74-107. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Bałandynowicz, Andrzej. 2016. Samobójstwo w świadomości społecznej. *Suicydologia*, VIII, 87-95.
- Baran, Anna, et al. 2018. *Rola mediów w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu samobójstwom. Poradnik dla pracowników mediów*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
- Baran, Anna, Agnieszka Gmitrowicz i Radosław Pawelec. 2018. *Rola mediów w promocji zdrowia psychicznego i w zapobieganiu samobójstwom. Poradnik dla osób wypowiadających się w mediach*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.

- Czabański, Adam. 2005. Pakty samobójcze przez Internet – socjologiczna analiza zjawiska. W: *Era społeczeństwa informacyjnego – wyzwania, szanse, zagrożenia*, red. Janusz Kleban, 115-121. Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Komunikacji Społecznej i Zarządzania.
- Czabański, Adam. 2016. Doświadczenia pracowników Ośrodków Interwencji Kryzysowych w sprawach dotyczących samobójstw i prób samobójczych. *Poznańskie Zeszyty Humanistyczne*, XXXII, 14-19.
- Czabański, Adam. 2017a. Kuratorzy sądowi w obliczu zachowań samobójczych swoich podopiecznych. *Poznańskie Zeszyty Humanistyczne*, XXXIV, 53-59.
- Czabański, Adam. 2017b. Nauczyciele o metodach postępowania po samobójstwie lub próbie samobójczej ucznia. *Suicydologia*, IX, 15-22.
- Czabański, Adam. 2017c. Udział księży i laikatu w profilaktyce presuicydalnej i postsuicydalnej jako wyraz zaangażowania w ochronę życia ludzkiego. *Teologia i Moralność*, XXII, 207-219.
- Czabański, Adam i Michał Grzesiak. 2014. Ratownicy medyczni o przypadkach samobójstw i prób samobójczych w swojej praktyce zawodowej. W: *Percepcja zachowań samobójczych. Między opiniami a doświadczeniami*, red. Krzysztof Rosa i Adam Czabański, 99-111. Kraków: Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne.
- Czabański, Adam i Klaudia Paruszevska. 2016. Profilaktyka samobójstw w opiniach funkcjonariuszy policji. W: *Zapobieganie samobójstwom*, red. Adam Czabański i Krzysztof Rosa, 131-140. Poznań: Przedsiębiorstwo Wydawnicze Ars boni et aequi.
- Durkheim, Emile. 2006. *Samobójstwo. Studium z socjologii*, tłum. Krzysztof Wakar. Warszawa: Oficyna N Naukowa.
- Hołyst, Brunon. 1983. *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*. Warszawa: PWN.
- Hołyst, Brunon. 1991. *Przywrócenie życiu*. Warszawa: PWN.
- Hołyst, Brunon. 2012. *Suicydologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lexis Nexis.
- Gmitrowicz, Agnieszka i Aleksandra Lewandowska. 2006. Zespół wypalenia wśród terapeutów a zachowania suicydalne pacjentów. *Suicydologia*, II, 41-46.
- Gmitrowicz, Agnieszka, Marta Makara-Studzińska i Anita Młodożeniec. 2015. *Ryzyko samobójstwa u młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Gmitrowicz, Agnieszka, Anna Baran i Paweł Kropiwnicki. 2017. Problem monitorowania prób samobójczych i samouszkodzeń w Polsce w kontekście zaleceń WHO. *Suicydologia*, IX, 23-31.
- Jarosz, Maria. 2013. *Samobójstwa. Dlaczego teraz?*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Renaud, C. 1995. Bereavement after suicide. A model for support. W: *The impact of suicide*, red. Brian L. Mishara, 52-63. New York: Springer.
- Ringel, Erwin. 1987. *Gdy życie traci sens*. Warszawa: Glob.
- Rosa, Krzysztof. 2016. Dlaczego należy zapobiegać samobójstwom? O konsekwencjach zachowań samobójczych. W: *Zapobieganie samobójstwom*, red. Adam Czabański i Krzysztof Rosa, 65-79. Poznań: Przedsiębiorstwo Wydawnicze Ars boni et aequi.
- Touraine, Alain. 2013. *Po kryzysie*, tłum. Marcin Frybes. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Zwoliński, Andrzej. 2013. *Samobójstwo jako problem osobisty i publiczny*. Kraków: Wydawnictwo WAM.

ADAM CZABAŃSKI – doktor habilitowany, profesor w Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim. W latach 2002-2021 wykładowca na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Socjolog i certyfikowany suicydolog. Autor 250 publikacji naukowych. Od roku 2020 wiceprezes Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego, ekspert Biura ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Od roku 2018 w zespole roboczym ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie

ds. Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia. Od roku 2023 członek Komisji Ewaluacji Nauki w Ministerstwie Edukacji i Nauki. Współtwórca pierwszych w Polsce Podyplomowych Studiów z Suicydologii w Menedżerskiej Akademii Nauk Stosowanych w Warszawie.