

# Perspektywy etyczne dotyczące samobójstw i ich zapobiegania

Chris Kelly, Eric Dale

Adv. Psychiatr. Treat. 2011 17: 214-219

Istnieją wzajemne powiązania między filozofią a klinicznymi i prawnymi normami dotyczącymi samobójstw. Na początku tego artykułu autorzy przedstawiają krótki przegląd postaw wobec osób podejmujących próby samobójcze w Wielkiej Brytanii i Europie. Opisują główne podejścia filozoficzne związane z samobójstwem, w tym zasadę poszanowania życia, postawę utylitarną, perspektywę teologiczną oraz zasadę autonomii i obowiązków wobec innych. Dochodzą do wniosku, że doraźne interwencje w większości przypadków są uzasadnione, na przykład kiedy próba samobójcza jest wołaniem o pomoc lub dana osoba jest ambiwalentna wobec próby samobójczej czy jest prawdopodobne, że cierpi na chorobę psychiczną.

Samobójstwo od dawna było obiektem zainteresowania teologów i filozofów zajmujących się moralnością. Ich poglądy wpływały na opinię publiczną, a także na unormowania medyczno-prawne dotyczące samobójstw i zapobiegania samobójstwom. Albert Camus (1913-60) uważał, że:

*„Jest tylko jeden problem filozoficzny prawdziwie poważny: samobójstwo. Orzec, czy życie jest, czy nie jest warte trudu, by je przeżyć, to odpowiedzieć na fundamentalne pytanie filozofii.”*  
A. Camus, *Dwa eseje. Mit Syzyfa. Artysta i jego epoka*, przeł. J. Guze, Warszawa 1991.<sup>1</sup>

Na postawy i sposób postępowania wobec samobójstw w Europie od stuleci wpływała teologia chrześcijańska. Wpływowi myśliciele, tacy jak Święty Augustyn czy Święty Tomasz z Akwinu, utrzymywali, że samobójstwo jest złe, ponieważ stanowi wykroczenie przeciwko Bogu. Życie jest darem od Boga, dlatego odebranie sobie życia oznacza złamanie biblijnych przykazań „nie kradnij” i „nie zabijaj”.<sup>2</sup> „Mania samobójcza” wśród męczenników chrześcijańskich skłoniła Świętego Augustyna do opublikowania aktu potępiającego samobójstwa.<sup>3</sup> Immanuel Kant (1724-1804) popierał te poglądy oraz uważał, że ludzie są strażnikami, którzy nie mogą opuszczać swoich stanowisk, zanim nie otrzymają boskiego wezwania.<sup>4</sup> Natomiast filozof David Hume (1711-76) stał na stanowisku, zgodnie z którym samobójstwo jest dopuszczalne nie tylko z punktu widzenia jednostki, ale w niektórych przypadkach również z punktu widzenia rodziny i całego społeczeństwa.<sup>5</sup>

Dawniej w Wielkiej Brytanii samobójstwo było nielegalne. Próby samobójcze mogły być karane z powodztwa publicznego, takie przypadki opisywano jeszcze w 1860 roku. Osoby, które zginęły śmiercią samobójczą i skazane z powodu podjętej próby samobójczej, były grzebane na rozdrożach, co wynikało z przekonania, że dzięki temu ich dusze nie będą mogły znaleźć drogi powrotnej do miasta, z którego pochodzili.<sup>3</sup> W 1961 roku w Anglii i Walii samobójstwo przestało być uważane za przestępstwo dzięki Suicide Act. W tym samym roku przestało być uważane za przestępstwo w Szkocji wskutek obowiązywania tej samej ustawy, natomiast w Irlandii Północnej w 1966 roku, kiedy rozdziały 1 i 2 ustawy zostały wcielone w życie przez rozdziały 12 i 13 Criminal Justice Act. Założenie, że powinny obowiązywać etyczne ograniczenia dotyczące dopuszczalności samobójstw, nie oznacza jednocześnie, że osoby, które podejmują próby samobójcze, robią coś złego. Oczywiście takie podejście tylko pogorszyłoby ich sytuację oraz stosunek społeczeństwa do nich, a przez uogólnienie, również do osób z niektórymi chorobami psychicznymi.

## Samobójstwo a media

Samobójstwo pozostaje problemem kontrowersyjnym. Szkocki związek dziennikarzy w 2007 roku opublikował wytyczne dotyczące akceptowalnych sposobów relacjonowania samobójstw.<sup>6</sup> Zaleca między innymi, aby unikać publikowania szczegółowych informacji o lekach i ich dawkach przyjętych podczas

Chris Kelly przez ostatnie 22 lata pracował jako konsultant ogólnej psychiatrii dorosłych w South Yorkshire. Eric Dale jest ST5 trainee w North Trent general adult rotation, aktualnie pracującym w Doncaster. Studiuje na studiach magisterskich etykę w ochronie zdrowia na University of Leeds. Adres do korespondencji: Dr Eric Dale, Rotherham, Doncaster and South Humber Mental Health NHS Foundation Trust, St Catherine's, Tickhill Road, Doncaster DN4 8QN, UK. E-mail: eric.dale@rdash.nhs.uk  
Konflikt interesów: brak.

próby samobójczej. Zaleca się pisanie o samobójstwach z wyczuciem i unikanie określania popełnionego samobójstwa mianem „udanego”.

Są jednoznaczne dowody na to, że sposób przedstawiania samobójstw w mediach wpływa na opinię publiczną, a nieodpowiedzialne komunikaty wzmagają naśladowictwo.<sup>7</sup> Pirkis<sup>8</sup> pisze o „efekcie Wertera”, kiedy po przedstawieniu w mediach opisu osoby, która popełniła samobójstwo, obserwuje się zwiększenie częstości samobójstw: zarówno prób samobójczych, jak i samobójstw dokonanych. Obserwowano go na przykład po samobójstwie Kurta Cobaina.<sup>9</sup> Wykazano, że takie zjawisko może dotyczyć fikcyjnych historii i prawdziwych doniesień medialnych.<sup>10,11</sup>

### Samobójstwo racjonalne i nieracjonalne

Rozważania dotyczące racjonalności samobójstwa obejmują dokonanie bilansu pozytywnych i negatywnych następstw planowanej próby samobójczej wyciągnięcie wniosku, czy samobójstwo ogólnie będzie zdarzeniem korzystnym, czy nie. Kluczowym elementem takiej oceny będzie wpływ samobójstwa na innych (np. będące jego konsekwencją ubóstwo). Brandt<sup>12</sup> i Glover<sup>13</sup> rozważają czynniki związane z samobójstwem jednostki i jego wpływem na innych, na przykład na rodzinę ofiary samobójstwa. Czynniki te obejmują zniekształcający wpływ ostrego dystresu i depresji na przekonania, czego skutkiem jest postrzeganie przyszłości w nieadekwatnie ponurych barwach. Na podstawie znacznego dyskomfortu i depresji, jakie powodują samobójstwa, Brandt klasyfikuje je jako nieracjonalne, sugerując, że są z moralnego punktu widzenia niedopuszczalne.<sup>12</sup> Według niego, jest duża szansa, że przyszłość okaże się lepsza, niż się przewiduje, dlatego osoba popełniająca samobójstwo traci pozytywne wartości przez przedwczesne zakończenie swojego życia.

Jednym z potencjalnych usprawiedliwień samobójstwa jest terminalna choroba. Wnioskowanie w tym przypadku opiera się na założeniu, że dla osoby kontynuującej życie w bólu wiążącym się z utratą godności negatywne aspekty przewyższają czynniki przemawiające przeciwko samobójstwu.<sup>12,14</sup> Wiele osób jednak nie zgodzi się z tym punktem widzenia, argumentując, że wartość życia nie zależy od cierpienia jednostki. Niektórzy etycy są zdania, że zapobieganie popełnieniu samobójstwa przez kierujące się racjonalnymi przesłankami osoby w takie sytuacji, jak opisana powyżej, jest nieuzasadnione.<sup>12</sup>

### Filozoficzne postawy dotyczące samobójstwa

Filozof Tom Beauchamp,<sup>14</sup> dokonując etycznej analizy samobójstwa, dzieli istotne czynniki na pięć kategorii: związane z zasadą szacunku wobec życia, perspektywą teologiczną, zasadą autonomii, zasadą zobowiązań wobec innych i perspektywą utylitarną.

### SZACUNEK DLA ŻYCIA I PERSPEKTYWA TEOLOGICZNA

Zasada szacunku dla ludzkiego życia opiera się na założeniu, że życie zawsze posiada wartość i zasługuje na szacunek.<sup>14</sup> Samobójstwo jest traktowane jako niedopuszczalne, ponieważ polega na celowym pozbawieniu człowieka podstawowej wartości – życia. Natomiast Baelz<sup>15</sup> zwraca uwagę, że w pewnych sytuacjach, np. w przypadku samoobrony, zabijanie jest powszechnie akceptowane jako dopuszczalne z moralnego punktu widzenia. Poszerzając ten punkt widzenia, można przyjąć, że w niektórych sytuacjach samobójstwo może być dopuszczalnym wyjątkiem od zasady bezwzględnej szacunku wobec życia, na przykład jeżeli człowiek jest terminalnie chory i wiadomo, że czeka go przedłużające się konanie w wielkim cierpieniu.

Można powiedzieć, że Krajowa Strategia Zapobiegania Samobójstwom w Anglii opiera się na zasadzie szacunku wobec życia i stwierdzeniu, że „każde samobójstwo jest indywidualną tragedią i stratą dla społeczeństwa”.<sup>16</sup>

Perspektywa teologiczna wiąże się z zasadą szacunku wobec życia. Przez chrześcijan Bóg jest postrzegany jako stwórca, zatem odebranie sobie życia jest wyrazem braku szacunku wobec Boga.<sup>15</sup>

### SAMOBÓJSTWO I AUTONOMIA

Beauchamp<sup>14</sup> opisuje zasadę autonomii jako domaganie się „prawa do poszanowania zdolności do podejmowania decyzji przez autonomiczne jednostki, przejawiającego się w nieograniczaniu ich wolności przez wpływ na dokonywane wybory.” Jego definicja „zdolności do podejmowania autonomicznych decyzji” jest podobna do kompetencji umysłowej. (Ustawodawstwo dotyczące niekompetencji umysłowej zostało ostatnio omówione w *Advances*; Brindle N, Branton T. Interface between the Mental Health Act and Mental Capacity Act: deprivation of Liberty safeguards. 16:430-437. Ed.) Pisze, że taka kompetencja umysłowa oznacza „zdolność do pełnego zrozumienia, oceny znaczenia, kształtowania istotnych dążeń w połączeniu z brakiem wpływu wewnętrznych lub zewnętrznych bodźców, którym nie można się oprzeć.” Zatem kompetencję umysłową i zasadę autonomii można postrzegać jako blisko ze sobą związane.

Moralna dopuszczalność samobójstw wynikająca z zasady autonomii nie dotyczy osób niezdolnych do podejmowania autonomicznych decyzji. Uważa się, że pozwolenie osobie niezdolnej do podejmowania autonomicznych decyzji na odebranie sobie życia jest niedopuszczalne z moralnego punktu widzenia. Jeżeli ta niezdolność ma charakter przemijający, osoba, która odzyska kompetencję umysłową, może podjąć decyzję przeciwną samobójstwu.

W swojej znaczącej pracy „Of Suicide”<sup>25</sup> David Hume broni stanowiska zaproponowanego po raz pierwszy przez uczonych starożytnej Grecji, zgodnie z którym samobójstwo może być aktem honorowym. Argumentacja Hume’a odwołuje się do

zasady autonomii i utilitaryzmu. Omawiając wiele sytuacji, w których samobójstwo może być rozważane, Hume dochodzi do wniosku, że w pewnych sytuacjach takie wyjście może leżeć w interesie jednostki, jej rodziny i społeczeństwa. Jednym z przykładów jest przypadek szpiega, który zostaje schwytany i zabija się, żeby uniknąć wyjawienia sekretów wagi państwowej. Hume argumentuje, że, jeżeli szpieg nie popełniłby samobójstwa, byłby nieszczęśliwy przez resztę życia.

Emile Durkheim (1858-1917) tak pisze o altruistycznym samobójstwie: „Nacisk społeczeństwa wywierany (na jednostkę)..., doprowadza ją do samounicestwienia”.<sup>17</sup> Taka postać samobójstwa jest przewidywana i akceptowana przez społeczeństwo oraz „uświęcana dla celów społecznych”. Za przykład tego rodzaju samobójstwa można uznać złożenie swojego życia w ofierze przez Jana Palacha w komunistycznej Czechosłowacji podczas protestów w ramach praskiej wiosny w 1968 roku.<sup>18</sup>

#### ZOBOWIĄZANIA WOBEC INNYCH

Battin<sup>4</sup> uważa, że zobowiązania wobec innych są kolejnym argumentem przemawiającym za zapobieganiem samobójstwu. Zgodnie z jej punktem widzenia, jeżeli ktoś dokonuje racjonalnego wyboru zakończenia swojego życia i nie stwierdza się zaburzeń autonomii tej osoby, paternalistyczna interwencja jest przeważnie zabroniona moralnie. W szczególnych okolicznościach zobowiązania wobec innych czynią jednak taką interwencję dopuszczalną. Na przykład mężczyzna postanawia odebrać sobie życie, ponieważ cierpi na związaną z odczuwaniem bólu chorobę w stadium terminalnym, jednak jego żona ze względów religijnych jest zdecydowanie przeciwna samobójstwu. W takiej sytuacji krótkoterminowa interwencja, mająca na celu ocenę ewentualnego występowania chorób psychicznych czy ambiwalencji, będzie usprawiedliwiona. Umożliwi zastosowanie leczenia i wsparcia, jeżeli okaże się to potrzebne.

Jeżeli po zastosowaniu krótkoterminowej paternalistycznej interwencji (patrz poniżej), racjonalna, autonomiczna osoba nadal zamierza popełnić samobójstwo, ogólnie uważa się, że nie należy jej powstrzymać.<sup>14,19</sup> Znowu jednak istnieją dopuszczalne wyjątki. Taka sytuacja jest przedstawiona na fikcyjnym przykładzie w ramce. Obrazuje on, że krótkoterminowa paternalistyczna interwencja podjęta po raz drugi może być usprawiedliwiona u racjonalnej, autonomicznej jednostki, nawet jeżeli w grę nie wchodzi zobowiązania wobec innych, stwierdzona ambiwalencja lub choroba psychiczna, ale w sytuacji, kiedy możliwe jest, że stan psychiczny danej osoby uległ zmianie.

#### POZYCJA UTYLITARNIA

John Stuart Mill, jeden z najbardziej wpływowych filozofów utilitarnych XIX wieku, twierdził, że jeżeli podjęto próbę zapobieżenia samobójstwu i poznano jego przyczyny, to kolejne interwencje są nieusprawiedliwione. Mill stwierdza, że

„jesteśmy usprawiedliwieni, kiedy podejmujemy chwilową interwencję w celu upewnienia się, że ktoś działa celowo i jest w pełni świadomy konsekwencji swojego działania”, jednak po tym, jak się upewnimy, że tak jest, należy pozwolić tej osobie na zrobienie tego, co uznała za stosowne.<sup>20</sup> Beauchamp<sup>14</sup> wyjaśnia, że Mill każdą formę wywierania presji na daną osobę, z wyjątkiem powstrzymania jej od zrobienia krzywdy innym, uważał za złą. Chociaż Mill dopuszczałby zaprotestowanie przeciw czymś poczynaniom lub próbę przekonania danej osoby, żeby nie zabijała siebie, to był przekonany, że niezależność danej osoby należy naturalnie traktować jako niepodważalną.

Niezależność i wolność jednostki są bez wątpienia ważnymi wartościami, które społeczeństwo powinno chronić. Niejasne jest natomiast, czy dopuszczając „chwilową (czasową) interwencję”, Mill zaaprobowałby interwencję ograniczoną do godzin lub nawet kilku słów zamienionych z osobą, która ma zamiar skoczyć z mostu, czy też przymusowe zamknięcie w szpitalu psychiatrycznym zgodnie z Mental Health ACT, łącznie z przewiezieniem tam w asyście policji i przetrzymywaniem przez kilka dni, a nawet tygodni, jeżeli zajdzie taka potrzeba.

Trzeba podkreślić, że za czasów Milla nie było skutecznych metod leczenia chorób psychicznych, co obecnie jest istotnym czynnikiem w wielu samobójstwach.<sup>21</sup> Stanowisko Milla nie uwzględnia ponad to możliwości, że osoba, która nosi się z zamiarem zabicia się, ma ambiwalentny stosunek do skutków takiego działania.

#### Perspektywy zapobiegania samobójstwu

##### ZOBOWIĄZANIA SPOŁECZNE I ZAWODOWE

Zasada poszanowania życia sugeruje, że członkowie społeczeństwa są moralnie usprawiedliwieni, a być może nawet zobowiązani do zgłaszania sytuacji zagrożenia samobójstwem.

##### Ramka 1

##### Próba samobójcza u osoby, u której wcześniej nie stwierdzono choroby psychicznej

Racjonalny, zachowujący autonomię mężczyzna nieposiadający rodziny, długów ani osób na utrzymaniu dowiadyuje się, że cierpi na chorobę terminalną. Ma myśli samobójcze i jest pod opieką lokalnego zespołu interwencji kryzysowej, który nie stwierdza oznak choroby psychicznej. Kilka miesięcy później mężczyzna próbuje wyskoczyć z okna biura, żeby się zabić. Byłoby dopuszczalne, a większość osób uważałaby, że byłoby wręcz obowiązkowe, żeby inne osoby w pokoju próbowały go powstrzymać. Osoby postronne nie znają całej jego historii i dlatego działają w dobrej wierze uratowania mu życia. Można w tym przypadku uznać, że z moralnego punktu widzenia konieczne jest powtórne zbadanie stanu psychicznego pacjenta. Fakt, że podjął próbę samobójczą w obecności innych może świadczyć o pewnego stopnia ambiwalencji, a także sugerować możliwość zmiany stanu psychicznego od pierwszego badania.

Ten pogląd można rozszerzyć na moralne zobowiązanie do zapobiegania samobójstwom. W niektórych sytuacjach będzie to związane ze stosowaniem przymusu, co wynika z założenia, że jeżeli członek społeczeństwa jest zobowiązany do zgłaszania zagrożenia samobójstwem, to uzasadnione jest oczekiwanie, że instytucje, takie jak policja czy personel ośrodków psychiatrycznych, będą również objęte tym zobowiązaniem, w dążeniu do powstrzymania danej osoby przed popełnieniem samobójstwa.

Jak już wcześniej wspomniano, dowody na to, że w większości przypadków dokonanych samobójstw stwierdzano obecność zaburzeń psychicznych u ich ofiar, stanowią kolejny argument moralny za podejmowaniem środków zapobiegania samobójstwom. Barraclough<sup>22</sup> przeprowadził jedno z pierwszych badań, które wykazało duże rozpowszechnienie chorób psychicznych u osób popełniających samobójstwo. Wykazał, że w 93 na 100 przypadków samobójstw u badanych osób zdiagnozowano zaburzenia psychiczne: 70% depresję, a 15% uzależnienie od alkoholu. Podobne wyniki opisano ponad 25 lat później na podstawie danych z prowadzonego w latach 1996-2001 National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness.<sup>21</sup> Depresja była najczęstszym pojedynczym rozpoznaniem u osób, które zmarły w wyniku samobójstwa i w ciągu roku poprzedzającego zgon korzystały z pomocy psychiatry.

Rozsądne wydaje się założenie, że nie wszyscy pacjenci w depresji z tendencjami samobójczymi są niezdolni do podejmowania autonomicznych decyzji, biorąc pod uwagę spektrum nasilenia depresji i fakt, że u większości chorych depresja ma nasilenie łagodne. Jednak pozwolenie autonomicznej osobie z depresją i ostrymi tendencjami samobójczymi na popełnienie samobójstwa pozbawiłoby ją możliwości leczenia, które prawdopodobnie spowodowałoby ustąpienie zamiarów samobójczych.

Nie wiadomo, jak wiele osób, które odbierają sobie życie, cierpi na nierozpoznane zaburzenia psychiczne. Rozsądne wydaje się jednak założenie, że istotny odsetek osób, które nie kontaktują się z systemem psychiatrycznej ochrony zdrowia, będzie mieć problemy psychiczne, biorąc pod uwagę, że rozpowszechnienie depresji w społeczeństwie w ciągu całego życia sięga w przybliżeniu 20%.<sup>23</sup> Również systematyczny przegląd wykazał, że u 90% osób, które popełniły samobójstwo, w psychologicznej analizie przeprowadzonej po ich śmierci stwierdzono istnienie zaburzeń psychicznych.<sup>24</sup>

### WOŁANIE O POMOC I AMBIWALENCJA

Sugerowano, że dla niektórych osób próba samobójcza jest obciążoną dużym ryzykiem strategią zmiany sytuacji – wołaniem o pomoc.<sup>4</sup> Intencją nie jest doprowadzenie do śmierci, ale osiągnięcie innego celu, na przykład zwrócenie na siebie uwagi, pojednanie lub zemsta. Model zakładający wołanie o pomoc uwzględnia elementy podejścia, zgodnie z którym próby samobójcze są związane z ambiwalencją: część psychiki

pacjenta, która chce żyć, i część, która chce umrzeć, mogą być obecne w różnych proporcjach w różnym czasie.<sup>4</sup>

### Paternalizm a zapobieganie samobójstwom

Duże rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u osób podejmujących próby samobójcze (popełniających samobójstwo), prawdopodobieństwo, że śmierć nie jest celem próby samobójczej i że podejmująca taką próbę osoba może mieć ambiwalentny stosunek do śmierci stanowią moralne uzasadnienie dla paternalistycznej krótkoterminowej interwencji u autonomicznych, poczytalnych osób.

Paternalistyczne interwencje mające na celu zapobieganie samobójstwom były szczegółowo omawiane w piśmiennictwie.<sup>4,14,19</sup> Dworkin<sup>25</sup> opisuje paternalizm jako „ograniczenie wolności jednostki lub innych praw w celu ochrony jej interesów, dobra, szczęścia, potrzeb, wartości lub powodzenia”. Beauchamp<sup>14</sup> dochodzi do wniosku, że paternalizm dotyczy tylko autonomicznych jednostek. Jeżeli osoba nie jest autonomiczna, tzn. jest niezdolna do podejmowania niezależnych decyzji w określonych sytuacjach, wówczas personel medyczny ma obowiązek podejmowania decyzji w imieniu takiej osoby i zgodnie z jej najlepszym interesem. Powstrzymanie nieautonomicznej jednostki od zabicia się będzie elementem tego procesu.

Beauchamp wraz z Dworkinem postrzegają paternalizm jako zjawisko polegające na „działaniach, które ograniczają autonomię jednostek bez ich zgody w celu zapobiegania zrobienia sobie krzywdy lub spowodowania korzyści, których inaczej by nie osiągnęły”.<sup>14</sup> Są również inne poglądy na to, czym jest paternalizm. Battin<sup>4</sup> rozróżnia paternalizm dotyczący jednostek autonomicznych i nieautonomicznych. Paternalizm dotyczący jednostek nieautonomicznych określa mianem „miękkiego paternalizmu”, a dotyczący jednostek autonomicznych – „twardego paternalizmu” (ten ostatni jest podobny do paternalizmu zgodnego z przedstawioną powyżej definicją Dworkina).

Wśród uzasadnień dla paternalistycznej interwencji w przypadku samobójstw Cosculluela<sup>19</sup> wymienia przyczyny, na które zwrócono uwagę na początku tej części artykułu: dowody na związek między samobójstwem a zaburzeniami psychicznymi, model „wołania o pomoc” i możliwość ambiwalentnej postawy wobec samobójstwa. W sytuacji, kiedy można wyjaśnić przyczyny ambiwalencji wobec samobójstwa oraz zapewnić praktyczną pomoc w rozwiązywaniu problemów i psychologiczne wsparcie tej części psychiki, która pragnie przeżyć, fakt, że ktoś nie zabił się i ma szansę prowadzić produktywnie, szczęśliwe życie, usprawiedliwia paternalistyczną interwencję.

Powyższym argumentom zarzucano, że nie wiadomo na pewno, jaki odsetek pacjentów z tendencjami samobójczymi będzie pasować do każdej kategorii. Jeżeli tylko w niewielkim odsetku przypadków mamy do czynienia z wołaniem o pomoc

lub ambiwalencją, wtedy u racjonalnie myślących osób decydujących się na popełnienie samobójstwa metody postępowania w ramach paternalistycznej interwencji mogą okazać się niepotrzebne i nieuzasadnione. Biorąc jednak pod uwagę nieodwracalne następstwa, zrobienie wszystkiego, co się da, aby pomóc takiej osobie, jest w mniemaniu autorów uzasadnione, nawet jeżeli w ramach tej pomocy konieczne jest na stosunkowo krótki czas pozbawienie wolności osoby z ostrymi tendencjami samobójczymi.

### Zastrzeżenia do interwencji paternalistycznej

Battin<sup>4</sup> omawia potencjalne zastrzeżenia dotyczące interwencji paternalistycznej, włącznie z jej zawodnością, na przykład niepotrzebne ograniczenie wolności osoby podejmującej próbę samobójczą, która, ze względu na swój charakter, nie prowadziłyby do śmierci. Porusza również kwestię problemów, z którymi trzeba się zmierzyć, żeby ustalić, czy zostały spełnione kryteria usprawiedliwiającej interwencję paternalistyczną. Podaje przykład młodej, nieprzytomnej kobiety znalezionej z pustą butelką po lekach – czy jej pragnienie odebrania sobie życia było racjonalne czy nieracjonalne? Próba samobójcza mogła być umotywowana racjonalnie, kobieta mogła cierpieć na chorobę terminalną, nie mieć żadnych osób na utrzymaniu, rodziny ani długów.

Jeżeli chodzi o pierwsze z zastrzeżeń wymienionych przez Battin, zawodność, osoby z rzeczywistym zamiarem popełnienia samobójstwa mogą nie dokonać tego podczas pierwszej próby z powodu braku wiedzy na temat metody, którą wybrali. Jeżeli nie dojdzie do interwencji, przy drugiej próbie mogą skutecznie się zabić. Biorąc pod uwagę drugi zarzut, odmowa udzielenia pomocy nieprzytomnej kobiecie mogłaby być w najlepszym wypadku uznana za bezwzględnie obojętność wobec jej losów. W Wielkiej Brytanii nieprzytomna kobieta zgodnie z obowiązującym prawem ze względu na swój stan byłaby leczona zgodnie z jej najlepiej pojętym interesem. (Dyskusję na ten temat można znaleźć w *Advances*, Biswas AB, Hiremath A. Mental capacity assessment and 'best interests' decision-making in clinical practice: a case illustration. 16:440-447.)

Polemika Battin dotycząca trudności dokładnej oceny sytuacji przed podjęciem paternalistycznej interwencji zwraca uwagę na ważny problem dotyczący tego, czy zawsze należy najpierw poznać motywy i zamiary danej osoby. Zgodnie z tym, o czym wspomniano wcześniej, rozsądne jest założenie, że większość osób podejmujących próby samobójcze jest chora psychicznie, ambiwalentna, „wołająca o pomoc” lub występuje u nich kilka z tych czynników jednocześnie. W przypadku nieprzytomnej kobiety z przykładu Battin są dwie możliwości – pierwsza, zostawienie jej, żeby umarła, jeżeli jej działanie było racjonalnie umotywowane, lub druga: podjęcie paternalistycznej interwencji w celu zapobieżenia śmierci, co byłoby związane z odkryciem, że działała całkowicie racjonalnie. To

pierwsze wyjście jest zdecydowanie mniej akceptowalne ze względów moralnych. Niepodjęcie paternalistycznych działań doprowadziłoby do śmierci, której można było zapobiec. Można żałować udaremnienia próby samobójczej u (prawdopodobnie) mniejszości osób, które są całkowicie racjonalne, autonomiczne i nieambiwalentne, jednak wyjście alternatywne – pozwolenie ludziom, którzy mogliby w przyszłości wieść szczęśliwe, produktywne życie, na pozbawienie się takiej możliwości wydaje się oczywiście gorsze. Fikcyjny przypadek w ramce 2 ilustruje potencjalnie usprawiedliwioną ponowną paternalistyczną interwencję.

### Płytką i głęboką autonomią

Nawiązując do dyskusji dotyczącej samobójstwa wspomaganego z udziałem lekarza, Sneddon<sup>26</sup> dokonuje rozróżnienia między „płytką” i „głęboką” autonomią. Płytką autonomią obejmuje wybory i decyzje oparte na tym, co jednostka uznaje za wartościowe. Głęboka autonomia oznacza zdolność danej osoby do zastanawiania się nad tymi wartościami i ich znaczeniem.

Takie dychotomiczne postrzeganie autonomii zostało zaczerpnięte z artykułu oceniającego podejście paternalistyczne z perspektywy zdrowia publicznego.<sup>27</sup> Nys usprawiedliwia politykę paternalistyczną jako metodę zapobiegania samobójstwom na poziomie społeczeństwa, ponieważ ma ona na celu zapobieganie śmierci lub poważnej krzywdzie. Píše, że głęboka autonomia w tym kontekście „zależy od powiązania między zdrowiem a zdolnością do przemyślenia i refleksji dotyczącej wyznawanych wartości”.<sup>27</sup> Ta definicja jest zgodna z poglądem, w którym tak podstawowy brak poszanowania zdrowia, umożliwiający narażenie się na krzywdę, jaką jest samobójstwo, oznacza zarazem brak poszanowania własnej autonomii. Zatem pojęcie głębokiej autonomii stanowi kolejne uzasadnienie paternalistycznych sposobów zapobiegania samobójstwom. Uznając prawo autonomicznej jednostki do odebrania sobie życia, paternalistyczna interwencja w przypadku próby samobójczej może

#### Ramka 2

##### Czy ponowna krótkoterminowa paternalistyczna interwencja jest usprawiedliwiona?

Kobieta podjęła próbę samobójczą przez przedawkowanie leków po zakończeniu związku. Została zatrzymana przez policję, ponieważ po nadużyciu leków zachowywała się dziwnie w miejscu publicznym. Podczas pierwszego badania psychiatrycznego kobieta otrzymała pomoc w rozwiązaniu problemów mieszkaniowych i finansowych, następnie została zwolniona z aresztu jedynie z zaleceniem obserwacji w warunkach ambulatoryjnych. Jakiś czas później ponownie podjęła próbę samobójczą: zamierzała skoczyć z mostu. Biorąc pod uwagę krótkoterminowe korzyści z wcześniejszej interwencji pozwolenie jej na zakończenie życia wydawało się złe, co mogło sugerować, że kolejna paternalistyczna interwencja byłaby usprawiedliwiona.

być usprawiedliwiona tym, że stwarza możliwość przemyślenia i ponownego rozważenia podjętej decyzji. Wydaje się, że odwołanie się do głębokiej autonomii będzie usprawiedliwiać krótkoterminowe środki zapobiegania samobójstwom (trwające dni lub tygodnie).

## Długoterminowe środki zapobiegania samobójstwom

Długoterminowe środki zapobiegania samobójstwom przeważnie są krytykowane w piśmiennictwie, szczególnie w przypadku autonomicznych osób.<sup>4,14</sup> W ogromnej większości przypadków przedłużone przetrzymywanie takiej osoby w szpitalu psychiatrycznym wyłącznie w celu zapobiegania samobójstwu byłoby nieuzasadnionym ograniczeniem wolności cywilnej. Jak wspomniano w naszym czasopiśmie, 3 Artykuł *Human Rights Act* zabrania stosowania tortur, niehumanitarnego lub upokarzającego leczenia.<sup>28</sup> Przedłużające się przetrzymywanie wbrew woli wyłącznie w celu zapobiegania samobójstwu może być uznane za niehumanitarne, ponieważ powoduje „wielkie cierpienie”.<sup>28</sup>

Można byłoby sobie wyobrazić nieliczne przypadki, w których pacjenci mogliby być przetrzymywani w szpitalach przez dłuższy okres w celu zapobiegania samobójstwu. Dotyczyłoby to osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi, których stan po okresie zatrzymania zgodnym z *Mental Health Act* poprawiałby się do tego stopnia, że odzyskiwałyby zdolność do podjęcia decyzji dotyczącej samobójstwa. Można argumentować, że z etycznego punktu widzenia kontynuowanie detencji jest uzasadnione ze względu na zobowiązania wobec innych. W przypadku przetrzymywania wbrew woli w szpitalu przez nieokreślony czas takie postępowanie zostałoby jednak powszechnie uznane za nieakceptowane pod względem moralnym.

## Podsumowanie

Zdaniem autorów etycznie uzasadniona jest krótkoterminowa paternalistyczna interwencja podejmowana w celu stwierdzenia, czy osoba z tendencjami samobójczymi cierpi na chorobę psychiczną, leczenia tej choroby, jeżeli zostanie stwierdzona, zapewnienia wsparcia oraz pomocy w rozwiązywaniu problemów oraz w celu dania czasu na przemyślenie swojego życia i zamiarów samobójczych we wspierającym otoczeniu. Za takim stanowiskiem przemawia zasada poszanowania życia, dowody na obecność zaburzeń psychicznych u znacznej części ofiar samobójstw, model „wołania o pomoc”, ambiwalencja osób z tendencjami samobójczymi i indywidualne zobowiązania wobec innych. Paternalistyczna interwencja u autonomicznych osób może również być usprawiedliwiona tymi czynnikami, jeżeli uwzględnia się dążenie do poszanowania głębokiej autonomii.

Długoterminowa paternalistyczna interwencja u takich osób jest przeważnie niedopuszczalna z moralnego punktu widzenia, ponieważ w nieuzasadniony sposób pozbawia ich wolności.

From the *Advances in psychiatric treatment* (2011), vol. 17, 214-219. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

## Piśmiennictwo

1. Camus A (1942) *Le Mythe de Sisyphe*. Reprinted (1975) *The Myth of Sisyphus* (trans J O'Brien). Penguin.
2. Biggar N (2004) *Aiming to Kill: The Ethics of Suicide and Euthanasia*. Darton, Longman and Todd.
3. Alvarez A (1980) The background. In *Suicide: The Philosophical Issues* (eds MP Battin, D Mayo). St Martin's Press.
4. Battin MP (1996) The Death Debate: Ethical Issues in Suicide (pp 137–58). Prentice Hall.
5. Hume D (c 1755) On Suicide. Reprinted (1965) in *Of the Standard of Taste and Other Essays* (ed J Lenz). Bobbs-Merrill.
6. NUJ Scotland (2007) *The Reporting of Mental Health and Suicide by the Media: A Practical Guide for Journalists*. National Union of Journalists ([http://www.iasp.info/pdf/task\\_forces/Scotland\\_Reporting\\_Media.pdf](http://www.iasp.info/pdf/task_forces/Scotland_Reporting_Media.pdf)).
7. Schmidtke A, Häfner H (1989) Public attitudes towards and effects of the mass media on suicidal and deliberate self-harm behaviour. In *Suicide and its Prevention: The Role of Attitude and Imitation* (eds R Diekstra, R Maris, S Platt, et al): 313–30. E. J. Brill.
8. Pirkis J (2009) Suicide and the media. *Psychiatry* 8:269–71.
9. Jobs DA, Berman PW, O'Carroll PW, et al (1996) The Kurt Cobain suicide crisis: perspectives from research, public health, and the news media. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 26:260–71.
10. Stack S (1991) Social correlates of suicide by age: media impacts. In *Life Span Perspectives of Suicide: Time-Lines*
11. Hawton KS, Simkin S, Deeks JJ, et al (1999) Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self poisoning: time series and questionnaire study. *BMJ* 318:972–7.
12. Brandt R (1980) The rationality of suicide. In *Suicide: The Philosophical Issues* (eds MP Battin, D Mayo). St Martin's Press.
13. Glover J (1990) *Causing Death and Saving Lives* (pp 170–81). Penguin.
14. Beauchamp T (1993) Suicide. In *Matters of Life and Death: New Introductory Essays in Moral Philosophy* (eds T Regan, TL Beauchamp, JB Callicott, et al): 83–104. McGraw Hill.
15. Baelz PR (1980) Suicide: some theological reflections. In *Suicide: The Philosophical Issues* (eds MP Battin, D Mayo). St Martin's Press.
16. Department of Health (2002) *National Suicide Prevention Strategy for England*. Department of Health.
17. Durkheim E (1897) *Suicide*. Reprinted (2005) in *Suicide: A Study in Sociology* (trans JE Spalding, G Simpson): 175–200. Routledge.
18. O'Connor C (2009) Jan Palach – the student whose self-immolation still haunts Czechs today. *Radio Praha* (<http://www.radio.cz/en/article/112440>).
19. Cosculluela V (1995) *The Ethics of Suicide*. Garland Publishing.
20. Mill JS (1859) On Liberty. Reprinted (1961) in *Essential Works of John Stuart Mill*. Bantam.
21. Appelby J, Shaw J, Sherratt J, et al (2001) Safety First: Five-Year Report of the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Department of Health.
22. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P (1974) A hundred cases of suicide: clinical aspects. *British Journal of Psychiatry* 125:355–73.
23. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al (1994) Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 51:8–19.
24. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine* 33:395–405.
25. Dworkin G (1972) Paternalism. *The Monist* 1:64–84.
26. Sneddon A (2006) Equality, justice and paternalism: re-centering debate about physician assisted suicide. *Journal of Applied Philosophy* 23:387–404.
27. Nys TRV (2008) Paternalism in public health care. *Public Health Ethics* 1:64–72.
28. Curtice M (2008) Article 3 of the Human Rights Act 1998: implications for clinical practice. *Advances in Psychiatric Treatment* 14:389–97.

## KOMENTARZ



**Dr hab. n. med. prof. nadzw.  
Agnieszka Gmitrowicz**

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej  
I Katedry Psychiatrii  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wiadomo, że zachowania samobójcze odzwierciedlają ogólne problemy w zakresie zdrowia publicznego. W ostatnim dziesięcioleciu XXI wieku w Polsce odnotowano znaczny wzrost współczynnika samobójstw do 16,9 na 100 000 osób. Komentowany artykuł jest szczególnie wartościowy dla polskich lekarzy, ponieważ pozwala skonfrontować obowiązujące u nas przepisy dotyczące samobójstw z podejściem filozoficznym i etycznym.

W Polsce zgodnie z art. 151 kodeksu karnego (kk) za przestępstwo uznaje się nakłanianie lub pomoc w samobójstwie. Do uznania odpowiedzialności sprawcy nie jest konieczne, aby zamach samobójczy był skuteczny. Według kolejnego artykułu kk (207): jeżeli ktoś znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą... pozostającą w stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną, a następstwem jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie (nie jest wymagane skuteczne) podlega karze pozbawienia wolności.<sup>1</sup>

Zgodnie z art. 12 Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego lekarza obowiązuje tzw. zasada najmniejszej uciążliwości dla pacjenta, jednak gdy osoba z zaburzeniami psychicznymi dopuszcza się zamachu przeciwko własnemu życiu lub zdrowiu, czyli usiłuje popełnić samobójstwo, dokonuje samouszkodzenia, można wobec niej zastosować przymus bezpośredni (art. 18). W przypadku, kiedy pacjent w chwili targnięcia się na swoje życie był nieporozumiany, względnie po próbie samobójczej był nieprzytomny, na lekarzu jako „gwarancie” spoczywa obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej. Art. 23. 1. tej ustawy stanowi, że chory psychicznie może być przyjęty bez zgody, gdy jego dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża on bezpośrednio swojemu życiu..., a zachodzą wątpliwości, czy jest on chory psychicznie. Czyli osoba z tendencjami samobójczymi może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego w trybie nagłym w celu obserwacji nie dłuższej niż 10 dni.

Z art. 31. Kodeksu Etyki Lekarskiej wynika, że „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa”.

Należy pamiętać, że samobójcza śmierć pociąga za sobą nie tylko poważne konsekwencje społeczne (np. naśladow-

nictwo), finansowe, ale także ogromne cierpienie bliskich. Koszty związane z samobójstwami, jakie ponosi całe społeczeństwo, porównywane są do kosztów wynikających z wojen, zabójstw oraz leczenia niektórych częstych chorób (np. cukrzyca).

W Polsce analizowanie postaw wobec zjawiska samobójstw należy do rzadkości. W ogólnopolskich badaniach ankietowych<sup>2</sup> ponad połowa badanych psychiatrów i psychologów przyznała, że doświadczyła samobójczej śmierci pacjenta. Zdecydowana większość tej grupy terapeutów zaznaczyła potrzebę dalszego szkolenia (4/5), a blisko 2/3 oceniło swoje kwalifikacje jako co najwyżej dostateczne. Wyższe kompetencje lekarzy mogą zwiększyć skuteczność profilaktyki samobójstw. Wiedza na temat rozkładu postaw wobec samobójstwa w danej społeczności daje możliwość przewidywania, czy ludzie będą przeciwdziałać samobójstwu za wszelką cenę (traktując to jako społeczny obowiązek lub nakaz religijny), czy będą uznawać autonomię osoby planującej samobójstwo (nie godząc się np. na ich dalsze cierpienie, ból, niską jakość życia w chorobach przewlekłych). Ankiety badania Hołysta<sup>3</sup> przeprowadzone w losowo dobranej próbie społeczeństwa polskiego ( $n=2813$ ) dotyczące akceptacji samobójstwa i moralnego obowiązku ratowania osób zamierzających popełnić samobójstwo wykazały, że: blisko 9 osób na 10 uznaje próby samobójcze (PS) za niezgodne ze swoimi zasadami moralnymi i uważa za obowiązek ratowania osób z PS. Co drugi badany uznaje PS raczej za przejaw zaburzeń psychicznych, ponad 2/3 nie akceptuje eutanazji i uznaje potrzebę karania osób, które ułatwiają popełnienie samobójstwa, co czwarty badany uznał ciężką nieuleczalną chorobę z silnym bólem za okoliczność usprawiedliwiającą samobójstwo (gdy bez silnego bólu – co dziesiąty), a mniej niż co dziesiąty – głębokie kalectwo, poczucie bezsensu. Z doświadczeń osobistych badanych wynikało, że co piąty z nich przeżył PS kogoś z otoczenia, a co ósmy – wśród najbliższych.

Skoro spośród terapeutów pracujących na oddziałach psychiatrycznych aż 65% potwierdziło przeżywanie poczucia winy po samobójczym zgonie pacjenta, należy przyjąć, że potrzebne jest zrozumienie przez środowisko medyczne zjawiska samobójstwa, aby skuteczniej mu przeciwdziałać.

#### Piśmiennictwo

1. Marek A. Kodeks karny. Komentarz. Wolters Kluwer, Warszawa 2007.
2. Gmitrowicz A., Lewandowska A. Zespół wypalenia wśród terapeutów a zachowania suicydalne pacjentów. *Suicydologia*, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, ISSN 1895-3786, 2006, tom 2, 41-46.
3. Hołyst B. *Suicydologia*. Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002.