

Religia katolicka a zachowania suicydalne w Polsce

Aleksandra Kielan¹, Katarzyna Bąbik², Ilona Cieślak³, Paula Dobaczewska⁴

¹ *Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu, Zakład Zdrowia Publicznego, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne*

² *SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Klinika Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*

³ *Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu, Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne*

⁴ *SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny*

Kielan A, Bąbik K, Cieślak I, Dobaczewska P. Religia katolicka a zachowania suicydalne w Polsce. Med. Og. Nauk Zdr. 2017; 23(2): 158–164. doi: 10.26444/monz/74271

Streszczenie

Wprowadzenie. Religia, w której wychowuje się człowiek ma wpływ na kształtowanie się jego tożsamości, która jest silnie związana z powstawaniem pozytywnych wzorów zdrowia psychicznego. Jedną z konsekwencji zachwiania tych wzorców może być podjęcie próby odebrania sobie życia.

Cel pracy. Niniejsza praca miała na celu dokonanie przeglądu literatury naukowej w zakresie:

1. Mechanizmów kształtowania się tożsamości człowieka ze szczególnym uwzględnieniem tożsamości religijnej.
2. Stanowiska Kościoła katolickiego wobec zjawiska samobójstwa.
3. Wpływu religii katolickiej na zachowania samobójcze.

Skrócony opis stanu wiedzy. Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia, ponad 800 tys. ludzi corocznie popełnia samobójstwo, a zdecydowanie większa liczba próbuje odebrać sobie życie. Kościół katolicki traktuje samobójstwo jako ciężkie naruszenie piątego przykazania Dekalogu. Zjawisko samobójstwa jest potępiane w religii katolickiej, jednak nie potępia się samych samobójców. Według Kościoła katolickiego osoba, która próbuje odebrać sobie życie, jest niepozytywna, a sam akt samobójstwa uważa się za nienaturalny, ponieważ stoi on w sprzeczności z naturalnym dążeniem człowieka do życia. Religijność może zmniejszać ryzyko podjęcia zachowań samobójczych.

Podsumowanie. Kościół pełni ważną rolę zarówno w prewencji, jak i postwencji zachowań samobójczych. Należy zastanowić się nad rolą Kościoła w niesieniu pomocy osobom z tendencjami samobójczymi oraz nad najbardziej efektywnym wykorzystaniem potencjału religii katolickiej do zapobiegania zachowaniom autodestrukcyjnym.

Słowa kluczowe

religia, katolicyzm, zachowania samobójcze

WPROWADZENIE

Od chwili przyjścia na świat człowiek podlega kolejnym, genetycznie zaprogramowanym zmianom. Oprócz zmian związanych z wpływem procesów fizjologicznych, na rozwój jednostki ma również duży wpływ środowisko [1]. To ono jest głównym czynnikiem kształtującym tożsamość jednostki. Społeczność, do jakiej przynależy rodzina oraz jednostka (np. określony krąg polityczny, etniczny czy religijny) wpływa na rozwój kontekstu społeczno-kulturowego. W wymiarze jednostkowym ma to przełożenie na rolę społeczne, które człowiek pełni w życiu. Role te tworzą sieć społeczną, która kształtuje wertykalny wymiar funkcjonowania człowieka. Osobista historia jest związana z historią własnej rodziny i lokalnej społeczności, jak również z historią społeczeństwa, narodu czy państwa [2]. Religia, w której wychowuje się człowiek, ma zatem wpływ na kształtowanie jego tożsamości, która jest silnie związana z powstawaniem pozytywnych wzorów zdrowia psychicznego [3]. Jedną z konsekwencji zachwiania tych wzorców może być podjęcie próby odebrania sobie życia.

W przeciągu ostatnich 50 lat liczba popełnianych samobójstw w populacji ogólnej zwiększyła się trzykrotnie [4]. W Polsce wskaźnik samobójstw wynosi ok. 15/100 tys. Samobójstwa stanowią siódmą przyczynę śmierci w Polsce wśród osób dorosłych a drugą przyczynę śmierci w grupie osób od 15. do 29. roku życia. Według statystyk Głównego Urzędu Statystycznego w roku 2014 w Polsce dokonanych zostało 5933 samobójstw – 5122 mężczyzn i 811 kobiet odebrało sobie życie [5]. Samobójstwo jest formą patologii społecznej, której skutki mają wpływ na zdrowie fizyczne, psychiczne oraz społeczne. Według opinii publicznej religia stanowi czynnik chroniący przed podjęciem zachowań samobójczych [6].

Polska pozostaje jednym z najbardziej katolickich krajów w Europie. Do Kościoła katolickiego należy 96,2% społeczeństwa, czyli 36,75 mln osób należących do 11 620 parafii. Zarówno w kulturze, jak i w wielu sferach codziennego funkcjonowania religia zajmuje ważną pozycję. Pierwszym utworem literackim napisanym w języku polskim była „Bogurodzica”. Królową Polski od czasów Jana Kazimierza jest Matka Boska [7]. W roku 2016 obchodzona była 1050. rocznica Chrztu Polski. Polska uznawana jest za kraj katolicki, co bezpośrednio ma przełożenie na prowadzoną politykę. W życiu politycznym często można spotkać się z odwołaniami do religii: w polskim Sejmie wisi krzyż, w państwowych urzędach znaleźć można portrety Jana Pawła II, a wielu polityków otwarcie mówi o swojej religijności [8]. Kościół

Adres do korespondencji: Aleksandra Kielan, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu, Zakład Zdrowia Publicznego, Polskie Towarzystwo Suicydologiczne
E-mail: aleksandra@kielan.eu

Nadesłano: 27 Kwietnia 2017; zaakceptowano do publikacji: 31 Maja 2017

zwolniony jest z niektórych podatków za sprawą konkordatu z 1993 roku, a nauczanie religii w szkołach finansowane jest w całości z budżetu państwa [9]. Religia stanowi zatem ważny element polskiej tożsamości, zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i społecznym.

CEL PRACY

Niniejsza praca miała na celu dokonanie przeglądu literatury naukowej w zakresie:

1. Mechanizmów kształtowania się tożsamości człowieka ze szczególnym uwzględnieniem tożsamości religijnej.
2. Stanowiska Kościoła katolickiego wobec zjawiska samobójstwa.
3. Wpływu religii katolickiej na zachowania samobójcze.

OPIS STANU WIEDZY

Jak podaje literatura, tworzenie się tożsamości człowieka jest procesem. Kształtowana jest ona od dzieciństwa do późnej starości. Bee wyróżnia trzy główne obszary zmian, jakich doświadcza dziecko:

Zmiany powszechne, które są wspólne dla każdego przedstawiciela gatunku oraz są związane ze szczególnymi okresami życia.

Zmiany właściwe dla członków poszczególnych podgrup (np. konkretnej kultury).

Zmiany indywidualne (np. wynikające z niepowtarzalnych przeżyć osobistych).

W procesie rozwoju dziecka najbardziej istotne są procesy związane z dojrzewaniem, które wyznacza zegar biologiczny. Należy również uwzględnić tzw. zegar społeczny, który określa, co należy robić oraz jakie role odgrywać w społeczeństwie [1]. Społeczność, do jakiej przynależymy wpływa na rozwój naszego kontekstu społeczno-kulturowego [2]. W związku z tym, oba zegary (biologiczny i społeczny) pełnią bardzo ważną rolę w życiu człowieka i wpływają jego na zdrowie psychiczne, osobowość oraz poczucie własnej wartości [1]. Dodatkowo Brzezińska wymienia dwa konteksty rozwoju człowieka: kontekst czasowy oraz kontekst społeczno-kulturowy [2].

Kontekst czasowy naszego rozwoju powinien być rozumiany jako specyficzne „połączenie śladów przeszłości, bezpośrednio pamiętanych i przekazywanych z pokolenia na pokolenie, szans i okazji, jakie daje terażniejszość oraz wyzwania przyszłości” [2]. To on tworzy horyzontalny wymiar rozwoju.

Kontekst społeczno-kulturowy jest rozumiany jako złożona sieć różnych związków społecznych. Przykładem mogą być interakcje w grupach rówieśniczych, rodzinie, pracy oraz w wspólnotach czy społecznościach lokalnych. Wszystkie te obszary są społecznymi płaszczyznami pola socjalizacji [10]. Schemat rozwoju człowieka w tych dwóch kontekstach przedstawia rycina 1.

Kontekst społeczno-kulturowy dotyczy pełnienia przez jednostkę wielu ról społecznych. To one tworzą wertykalny wymiar aktualnego funkcjonowania człowieka. Osobista historia każdego człowieka ma związek z historią rodziny, lokalnej społeczności oraz historią społeczeństwa. Bardzo ważna jest integracja tego co było (przeszłości), z tym co jest (teraźniejszości) i z tym co będzie (przyszłości). Tylko taka integracja perspektyw czasowych jest warunkiem



Rycina 1. Rozwój człowieka w kontekście czasu i kontekście społecznym. Źródło: Opracowanie własne na podstawie: [2]

prawidłowego funkcjonowania człowieka „tu i teraz” oraz jego pomyślnego rozwoju w przyszłości [2].

Oba wyżej opisane konteksty stanowią podstawę kształtowania się naszej tożsamości. Wpływają na podejmowany przez jednostkę styl działania, sposób zaspokajania potrzeb osobistych, spełniania oczekiwań społecznych oraz radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Tożsamość jest definiowana jako struktura psychiczna, w której przenikają się płaszczyzny społeczne, zewnętrzne oraz wewnętrzne [2].

Faza od narodzin do 10./12. roku życia uważana jest za okres formowania się tożsamości jednostki i podstawowych zadań rozwojowych. W tym okresie dziecko gromadzi wiedzę o świecie i samym sobie, buduje mapy świata i obrazu własnej osoby oraz zyskuje samodzielność fizyczną, społeczną oraz psychiczną. Okresem najważniejszym w kształtowaniu się tożsamości człowieka jest okres dorastania – od ok. 16./17. do 20. roku życia. Zasoby zgromadzone w poprzednich fazach rozwoju jednostki decydują o jej gotowości do bycia dorosłym oraz o jakości startu w dorosłość [2]. Związane jest to z jakością realizacji zadań rozwojowych w życiu dorosłym, co wpływa na poczucie jakości życia oraz na zdrowie psychiczne, na które składają się procesy regulacji emocjonalnej, osobowości, tożsamości oraz doświadczenia życiowego [3]. W późniejszych okresach życia będzie miało to odzwierciedlenie w różnych sferach życia.

W procesie rodzinnej socjalizacji jednostka kształtuje swoją tożsamość religijną. Rozumiana jest ona jako autoidentyfikacja z określonymi wartościami religijnymi. Tożsamość religijna kształtuje się w dwóch wymiarach: indywidualnym oraz przekazanym w procesie socjalizacji [11].

Ponad 90% obywateli Polskich uznaje się za wyznawców religii katolickiej. Religia jest bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na kształtowanie tożsamości nie tylko osobistej, ale i społecznej. Wulff w swoich badaniach nad konserwatywnymi postawami społecznymi wykazała pozytywne korelacje pobożności z etnocentryzmem¹, autorytaryzmem, dogmatyzmem, dystansem społecznym, sztywnością sądów i brakiem tolerancji dla nieokreśloności oraz ze specyficznymi formami uprzedzeń [13]. Dodatkowo badania Wysockiej wskazują, iż silniejsza religijność wiąże się z tendencją do negatywnego oceniania odmienności. Postawy pozytywne wobec odmienności znacznie częściej występują w grupie areligijnej (75,3%). W grupie tej zdecydowanie niższy jest również odsetek postaw negatywnych (24,7%) [14]. Oba

1. Etnocentryzm – postawa członków jakiejś grupy społecznej wyrażająca się w przekonaniu, że własna kultura stanowi punkt odniesienia przy opisie i ocenie kultur innych grup społecznych [12].

badania wykazują, że osoby religijne cechują się mniejszą tolerancją. Prawdopodobnie może wynikać to z nauk głoszonych przez Kościół.

Decety i wsp. badali zależność pomiędzy religią a chęcią dzielenia się z innymi i altruizmem u dzieci. W badaniu wzięło udział 1170 dzieci w wieku od 5 do 12 lat z sześciu krajów (Stanów Zjednoczonych, Kanady, Chin, Jordanii, Turcji i Południowej Afryki). Grupę badawczą stanowiły dzieci wychowywane w rodzinach chrześcijańskich (24%), muzułmańskich (43%) oraz ateistycznych (28%). Wyniki badania wykazały, że dzieci wychowywane w rodzinach muzułmańskich mniej chętnie dzieliły się z innymi dziećmi w porównaniu do dzieci wychowywanych w duchu religii chrześcijańskiej. Różnice te nie były istotne statystycznie. Wykazano również korelację pomiędzy chęcią dzielenia się a wiekiem dziecka. Im starsze było dziecko, tym mniejszą przejawiało chęć dzielenia się z innymi. Dzieci wychowywane w rodzinach religijnych (chrześcijańskich lub muzułmańskich) dodatkowo cechował niższy poziom altruizmu w porównaniu do dzieci wychowywanych w rodzinach ateistycznych [15]. Wnioski z powyższych badań wskazują, że proces kształtowania tożsamości jest bardzo ważnym elementem w późniejszym funkcjonowaniu jednostki, zarówno w życiu osobistym, jak i społecznym. Człowiek jest przede wszystkim istotą społeczną i to co dzieje się w danym społeczeństwie, ma bezpośredni wpływ na kształtowanie się tożsamości danej osoby.

Jednym z ważnych zadań Kościoła katolickiego jest troska o życie człowieka od poczęcia do chwili naturalnej śmierci. Antropologia integralna, która stanowi podstawę dyskusji na tematy etyczne, jest bardzo ważna dla chrześcijaństwa [16]. Katechizm Kościoła Katolickiego podaje, że każdy człowiek jest „odpowiedzialny przed Bogiem za swoje życie, które od Niego otrzymał. Bóg pozostaje najwyższym Panem życia. Jesteśmy zobowiązani przyjmując je z wdzięcznością i chronić je ze względu na Jego cześć i dla zbawienia naszych dusz. Jesteśmy zarządcami, a nie właścicielami życia, które Bóg nam powierzył. Nie rozporządzamy nim”. Zachowania suicydalne pozostają w sprzeczności wobec prawd wiary religii katolickiej, lecz „ciężkie zaburzenia psychiczne, strach lub poważna obawa przed próbą, cierpieniem lub torturami mogą zmniejszyć odpowiedzialność samobójcy” [17]. Głęboka religijność potrafi zredukować ryzyko samobójstwa. Uczestnictwo w grupach religijnych, związane z otrzymywaniem emocjonalnego wsparcia i nawiązywaniem więzi, działa protekcyjnie [18].

Samobójstwa należą do grupy zgonów spowodowanych przyczynami zewnętrznymi. Corocznie, na całym świecie, więcej ludzi popełnia samobójstwo niż ginie w wyniku konfliktów wojennych czy w wypadkach komunikacyjnych [19].

Na zjawisko autodestrukcji mają wpływ obyczaje, mentalność społeczna i osobnicza oraz zmiany historyczne i kulturowe. Z powodu złożoności problemu nie należy omawiać go, odwołując się do jednej, jednowymiarowej teorii psychologicznej, społecznej czy psychiatrycznej. Zagadnienie to powinno być analizowane w sposób kompleksowy [6].

Zjawisko samobójstwa może być rozpatrywane z różnych perspektyw:

- filozoficzno-teologicznej, dotyczącej oceny etycznej zachowań autodestrukcyjnych,
- klinicznej, skupiającej się na nieprawidłowościach budowy człowieka bądź zakłóceniach w funkcjonowaniu jego organizmu,

- psychologicznej, definiującej samobójstwo poprzez koncepcję stworzoną przez Freuda, która zakłada, że dwoma dominującymi popędami są instynkt życia (Eros) i śmierci (Tanatos), a samobójstwo jest czymś naturalnym, co łączy te popędy,
- socjologicznej, odnoszącej się do zdrowia publicznego. W tym schemacie analizy zjawiska nie jest brana pod uwagę jednostka, lecz całe społeczeństwo. Głównym celem takich badań jest szukanie wspólnych cech oraz generalnych uwarunkowań większości przypadków [6].

Hołyst twierdzi, że najlepszym sposobem zdefiniowania samobójstwa jest podanie warunków, które prowadzą do autodestrukcji. Zalicza on do nich: podjęcie przez daną osobę działań, które mają na celu pozbawienie siebie życia, samodzielność i świadomość skutków podjętych decyzji oraz dobrowolność i celowość czynu [6]. Tabela 1 przedstawia wybrane definicje słowa „samobójstwo”.

Tabela 1. Wybrane definicje słowa „samobójstwo”

Źródło definicji	Definicja
Durkheim	„Samobójstwo to każdy przypadek śmierci, który bezpośrednio lub pośrednio wynika z pozytywnego lub negatywnego działania ofiary, która wiedziała, że da ono taki rezultat” [20]
Stengel	„Zamachem samobójczym jest taki rozmyślny akt samouszkodzenia, który przed popełnieniem wyklucza w świadomości sprawy pewność przeżycia” [21]
Światowa Organizacja Zdrowia	„Samobójstwo to czyn celowego zabicia samego siebie” [22]
Psychologia	„Samobójstwo jest dramatycznym rozwiązaniem kryzysu psychologicznego, który jest specyficznym stanem psychicznym o pewnej dynamice, nacechowanym niepokojem i napięciem” [23]
Kryminologia	„Samobójstwo to świadome działanie na własne ciało bądź na ważne dla jego funkcjonowania narządy za pomocą czynników zewnętrznych, w celu przekroczenia granic wytrzymałości fizjologicznej organizmu lub możliwości jego adaptacji w zmienionych warunkach. Jeśli wynikiem tego działania jest zgon, mówimy o samobójstwie dokonany, jeśli natomiast nie dochodzi do zejścia śmiertelnego, mówimy o samobójstwie usiłowanym” [24]
Socjologia	„Samobójstwo jest wskaźnikiem dezintegracji społeczeństwa, a nie dezintegracji osobowości samobójcy” [25]

Źródło: opracowanie własne

Najczęstszymi przyczynami popełniania samobójstw są czynniki psychologiczne (np. uzależnienia behawioralne), chorobowe (np. choroby psychiczne) oraz biologiczne (np. neurochemiczne, genetyczne) [26]. Do czynników ryzyka zalicza się również płeć (mężczyźni częściej dokonują samobójstw niż kobiety), wiek (najczęściej odbierają sobie życie osoby po 45. roku życia oraz osoby małoletnie), stan cywilny (czterokrotnie większe prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa występuje wśród osób rozwiedzionych i wdów/wdowców), miejsce zamieszkania (najwyższe wskaźniki samobójstw występują na wsiach) oraz czynniki społeczno-ekonomiczne (związane z rodziną, szkołą czy pracą). W tabeli 2 przedstawiono kategorie czynników ryzyka popełnienia samobójstwa.

Konsekwencje zachowań samobójczych mają zarówno jednostkowy, jak i społeczny charakter. Powodują dezintegrację społeczeństwa poprzez nieodwracalne zerwanie więzi

Tabela 2. Kategorie czynników ryzyka popełnienia samobójstwa

Kategorie czynników ryzyka popełnienia samobójstwa	Czynniki ryzyka należące do poszczególnych kategorii
Demograficzne	Płeć: męska Wiek: 15–24 i 45–64 lat Stan cywilny: wdowa/wdowiec, osoby rozwiedzione Miejsce zamieszkania: wieś
Spoleczno-ekonomiczne	Sytuacja rodzinna: zaniedbanie/odrzućenie dziecka, konflikty między rodzicami, rozwód Sytuacja szkolna: zmiany szkoły, trudności w przyswajaniu wiedzy, konflikty z nauczycielami oraz rówieśnikami Zawód: weterynarz, farmaceuta, lekarz, stomatolog, rolnik Bezrobocie Trudna sytuacja materialna Przestępczość
Psychologiczne	Cechy osobowości: zmienny nastrój, agresja, impulsywność, lęk Wydarzenia traumatyczne Brak umiejętności życiowych Uzależnienia behawioralne Efekt Wertera
Chorobowe	Psychiczne: depresja, psychoza maniako-depresyjna, schizofrenia, zaburzenia osobowości typu borderline, alkoholizm Somatyczne: AIDS, choroby neurologiczne, płasawica Huntingtona, stwardnienie rozsiane oraz nowotwory
Biologiczne	Neurochemiczne Genetyczne

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [23]

społecznych, przerwanie pełnienia ról społecznych i utratę aktywności społecznej i zawodowej. Śmierć samobójcza niesie zagrożenie naśladownictwa takiego wzoru zachowania przez inne osoby (tzw. efekt Wertera). Osoby, których bliski popełnił samobójstwo, poszukują przyczyn jego śmierci, zastanawiają się, czy mogły coś zrobić, aby zapobiec temu zdarzeniu. Kumulacja wielu negatywnych emocji po stracie bliskiej osoby wpływa na stan psychiczny osób przeżywających żałobę. Uratowanie osoby od śmierci może stworzyć dla niej nową motywację do życia, ale może także pogłębić kryzys i zwiększyć chęć ponownego odebrania sobie życia [27].

W roku 2014 odnotowano 5933 zgonów spowodowanych samobójstwem – 5122 mężczyzn i 811 kobiet odebrało sobie życie [5]. W Polsce występuje największa na świecie dysproporcja pomiędzy wskaźnikami samobójstw mężczyzn i kobiet – 7: 1 [4]. Najwięcej samobójców jest wśród osób w starszych grupach wiekowych (powyżej 45. roku życia). Niepokojący jest wzrost liczby samobójstw wśród dzieci i młodzieży (10–19 lat). Na początku lat 90. XX wieku samobójstwa stanowiły ok. 10% zgonów spowodowanych przyczyną zewnętrzną, w 2012 roku – już prawie 15%. Szczegółowe statystyki dotyczące samobójstw w Polsce w latach 2000–2014 przedstawiono w tabeli 3.

Analizując historię wczesnego chrześcijaństwa, można wysnuć wnioski, że samobójstwo nie było zabronione, a akty męczeństwa były powszechne. Charakterystyczny był pesymistyczny stosunek do życia oraz towarzyszące mu pragnienie życia wiecznego [6]. W związku z tendencją wzrostową zachowań samobójczych, z czasem Kościół wprowadził zakaz odbierania sobie życia.

Pierwszą kodyfikacją stanowiska Kościoła do samobójstw było dzieło św. Augustyna „Miasto Boga”. Św. Augustyn potępiał przypadki samobójstwa i traktował je jako morderstwo samego siebie. Osoba, która umierała śmiercią samobójczą,

Tabela 3. Samobójstwa w Polsce w latach 2000–2014

Rok	1. Liczby bezwzględne		2. Płeć		3. Wiek w latach	
	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	0–19	20–64	65 i więcej
2000	5841	4869	972	331	4762	748
2001	5855	5005	850	319	4790	746
2002	5924	4932	992	326	4767	831
2003	5834	4946	888	292	4760	782
2004	6071	5162	909	303	4964	804
2005	6043	5136	907	304	4908	831
2006	5805	4947	858	305	4638	862
2007	5282	4470	812	288	4180	814
2008	5681	4869	812	302	4561	818
2009	6474	5530	944	294	5257	923
2010	6342	5506	836	212	5235	895
2011	6112	5352	760	211	5063	838
2012	6365	5555	810	218	5253	894
2013	6215	5375	840	218	5059	983
2014	5933	5122	811	208	4826	899

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [5]

była sądzona jak grzesznik. Na synagodze w Arles w 452 roku uznano, że osoba, która popełnia samobójstwo, zabija samego siebie, czyli zabija niewinną istotę i tym samym popełnia morderstwo. Kilka lat później, w 563 roku na synagodze w Braga wydano zakaz odprawiania rytuałów religijnych związanych ze śmiercią samobójczą. Wyjątek stanowiły sytuacje związane z: dobrowolnym męczeństwem, śmiercią spowodowaną ascezą lub samobójstwem dziewczyc lub kobiet zamężnych w wyniku obrony swojej cnoty. W 1096 roku na synagodze w Nime wydano dekret, zgodnie z którym osoby zmarłe w wyniku śmierci samobójczej nie mogły być pochowane w poświęconej ziemi [6].

Podobnie negatywny stosunek do śmierci samobójczej można było zaobserwować w większości krajów europejskich w okresie średniowiecza. Wyjątek stanowiło królestwo Karola Wielkiego. Samobójstwo było tam rozpatrywane w kategoriach zaburzeń umysłowych. Tomasz z Akwinu przychylił się do stanowiska Kościoła wobec samobójstwa i potępiał je. Według niego samobójstwo było rzeczą złą, ponieważ:

- jest nienaturalne,
- każda osoba jest członkiem społeczeństwa, a zatem jest to działanie aspołeczne,
- życie jest darem Boga i człowiek nie może decydować o jego zakończeniu [6].

Od momentu gdy Emile Durkheim opublikował swoje wyniki badania o związku pomiędzy wierzeniami religijnymi a skłonnościami samobójczymi w Europie pod koniec XIX wieku, zagadnienie to stało się częstym tematem debaty. Badania wykazały, że protestanckie prowincje miały wyższe współczynniki samobójstw niż prowincje katolickie [6].

W katolicyzmie samobójstwo było uważane za śmiertelny grzech, a samobójca był skazany na wieczne potępienie. Jednak w świetle współczesnej nauki Kościoła samo podejście do samobójcy zmieniło się. Samobójca może osiągnąć zbawienie, jednak sam akt samobójstwa jest traktowany jako działanie diabła, w wyniku silnego stresu, poświęcenia, depresji lub innego zaburzenia psychicznego. Do działań samobójczych

zalicza się pozbawienie siebie życia, ale również tzn. częściowe zabijanie się, np. przez zażywanie szkodliwych używek, narażenie siebie na niebezpieczeństwo, zaniedbywanie własnego zdrowia, fizycznego, intelektualnego oraz duchowego rozwoju [6]. Zatem obecnie Kościół zdecydowanie sprzeciwia się czynom samobójczym, nie potępia jednak człowieka, który takiego czynu się dopuścił.

Badania sugerują, że niski poziom religijności jest potencjalnym czynnikiem ryzyka popełnienia samobójstwa [28]. Wyniki badań Kranitza i wsp. wykazały, że wśród osób po próbach samobójczych zaangażowanie w życie religijne było istotnie statystycznie mniejsze w porównaniu do osób niereligijnych [29]. Wyniki przeprowadzonego przez Dervic i wsp. badania sugerują, że osoby religijne rzadziej podejmowały próby samobójcze w przyszłości. Podobną tendencję autorzy badania zauważają wśród osób religijnych chorujących na depresję. Według nich zaangażowanie religijne dodatkowo wzmacnia więzi społeczne oraz redukuje poczucie izolacji [30]. Również dane prezentowane przez Departament Zdrowia w Utah wykazały, że religia oraz zaangażowanie rodziny stanowią ważne czynniki ochronne przed zachowaniami samobójczymi wśród dzieci. Według ich raportu młode osoby, które uczęszczały na msze święte przynajmniej raz w tygodniu charakteryzowały się o 60,4% mniejszym ryzykiem podjęcia prób samobójczych [31]. Dodatkowo osoby z symptomami depresji, które były zaangażowane w życie rodzinne i religię również cechowało niższe prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa [32]. W badaniu Czabańskiego aż 75% badanej młodzieży w wieku od 15 do 19 lat twierdziło, że zachowania suicydalne są sprzeczne z ich zasadami religijnymi. Ten sam autor przeprowadził inne badanie analizujące religijność osób po nieudanych próbach samobójczych. Grupą badawczą były osoby w wieku od 14 do 19 lat. Wyniki wskazały, że aż 72,8% osób po próbach samobójczych określało siebie jako osoby wierzące i praktykujące [33].

Odwołując się do amerykańskich danych National Center for Injury Prevention and Control, należy stwierdzić, iż orientacja seksualna może stanowić jeden z czynników wpływających na podjęcie decyzji o samobójstwie [34]. Szczególną uwagę zwraca się na wysokie ryzyko samobójstwa wśród chłopców o orientacji homoseksualnej. Departament Zdrowia i Pomocy Społecznej w Stanach Zjednoczonych donosi, że aż 30% zamachów samobójczych było przeprowadzonych przez młode osoby w wieku od 15. do 24. roku życia o orientacji homoseksualnej [35]. Jednym z możliwych czynników ryzyka zachowań samobójczych mogą być prześladowania przez rówieśników [36]. W brytyjskich liceach aż do 46 tys. osób jest prześladowanych przez rówieśników z powodu ich orientacji seksualnej. Około 40% osób o orientacji homoseksualnej, które były prześladowane w szkole, usiłowało popełnić samobójstwo. Zjawisko to nasila się ze względu na stanowisko Kościoła do orientacji homoseksualnej. Religia traktuje homoseksualizm jako chorobę, zaburzenie psychiczne i/lub uzależnienie [35].

W badaniach przeprowadzonych przez Bąbik i wsp. zauważono, że religijność jest negatywnie skorelowana z tolerancją dotyczącą spraw życia, śmierci, życia seksualnego, życia rodzinnego oraz wielokulturowości. Przyczyna tego zjawiska tkwi w tym, że człowiek jest istotą społeczną. Aby określić swoją tożsamość, człowiek odnosi się do grupy, do której należy. Osoby religijne aktywizują zatem schemat przestrzegania zasad moralnych, hołdowania tradycjonalizmowi oraz

niechęci wobec odmienności, która może być zagrożeniem dla przyjętych norm i obyczajów [37]. Boski zalicza to zjawisko do tożsamości społecznej, które polega na tworzeniu przez jednostkę relacji przynależnościowych „my” [38].

Religia odgrywa od wieków istotną rolę w życiu ludzi i wspólnot narodowych w Polsce [7]. Silnie wpływa zarówno na kształtowanie się tożsamości, jak i tolerancję człowieka.

PODSUMOWANIE

Samobójstwo jest uważane za rodzaj śmierci dobrowolnej. Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia, ponad 800 tys. ludzi rocznie popełnia samobójstwo, a jeszcze większa liczba próbuje odebrać sobie życie [39].

Dawniej samobójstwo było traktowane jako kulturowa forma rozwiązywania problemów życiowych [40]. Kościół katolicki uznaje samobójstwo za ciężkie naruszenie piątego przykazania Dekalogu [41]. Zjawisko samobójstwa jest potępiane, jednak nie potępia się samych samobójców [33]. Według Kościoła katolickiego osoba, która próbuje odebrać sobie życie, jest niepoczytalna, a sam akt samobójstwa uważa się za nienaturalny, ponieważ pozostaje w sprzeczności z naturalnym dążeniem człowieka do życia [42].

Reguły i normy narzucane przez religię służą nie tylko ustaleniu własnej tożsamości. Przynależność do Kościoła wiąże się również z poczuciem pewnej wspólnoty, a to daje jednostce możliwość odnalezienia się w świecie. Dzięki wspólnocie jednostka „wie kim jest, co czynić jej wypada i jak się zachowywać” [43]. Religijność, pomimo głównego przykazania: „Miłuj bliźniego jak siebie samego” (Mt 22, 34–40) jest negatywnie skorelowana z tolerancją.

Środowisko, w jakim wychowuje się jednostka wpływa w znacznej mierze na jego zdrowie [44] oraz na kształtowanie się jego tożsamości [2]. Zdrowie społeczne człowieka warunkuje jego spostrzeganie siebie w społeczeństwie. Człowiek jest elementem społeczności, zatem osoba, która nie czuje się dopasowana do społeczeństwa, może doznać uszczerbku na zdrowiu społecznym, jak i psychicznym, co może prowadzić do podjęcia przez nią próby samobójczej [45].

Odnotowuje się rosnącą tendencję w zakresie zachowań samobójczych. Liczne badania wskazują, że podjęcie próby samobójczej jest często formą poszukiwania pomocy, a nie faktycznym pragnieniem śmierci. W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego podjęta została inicjatywa opracowania i stworzenia Narodowego Programu Zapobiegania Samobójstwom. Niestety do dnia dzisiejszego program ten nie został wdrożony. W Polsce pomimo rosnącego wskaźnika samobójstw, profilaktyka nie jest wpisana w priorytetowe zadania polityczne. Samobójcza śmierć niesie ryzyko dezorganizacji społeczeństwa. W celu zapobiegania samobójstwom potrzebne są wielośrodkiowe działania z uwzględnieniem takich jednostek jak:

1. Rząd (Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Ministerstwo Środowiska oraz Ministerstwo Cyfryzacji).
2. Publiczny sektor zdrowia (menadżerowie, lekarze: pediatrzy, geriatrzy, psychiatry, jak również pielęgniarki i ratownicy medyczni).
3. Placówki oświatowo-wychowawcze.
4. Policja, straż pożarna i służby więzienne.
5. Politycy i decydenci.

6. Grupy wysokiego ryzyka popełnienia samobójstwa (np. młodzież i osoby starsze).
7. Osoby, które przeżyły próbę samobójczą oraz ich rodziny.
8. Przedstawiciele religii, związków wyznaniowych.
9. Organizacje pozarządowe.
10. Media.
11. Badacze.
12. Główny Urząd Statystyczny.

Kościół pełni ważną rolę zarówno w prewencji, jak i postwencji zachowań samobójczych. Należy zastanowić się nad rolą Kościoła w niesieniu pomocy osobom z tendencjami samobójczymi oraz nad najbardziej efektywnym wykorzystaniem potencjału religii katolickiej do zapobiegania zachowaniom autodestrukcyjnym.

PIŚMIENNICTWO

1. Bee H. Psychologia rozwoju człowieka, Wydawnictwo Zysk i S-ka. Poznań; 1998.
2. Brzezińska A. Dzieciństwo i dorastanie: korzenie tożsamości osobistej i społecznej. W: Brzezińska A, Hulewska A, Słomska J (red.). Edukacja regionalna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2006.
3. Helson R, Srivastava S. Three paths of adult development: conservers, seekers and achievers. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2001; 80, 6: 995–1010.
4. Jarosz M. Samobójstwa. Dlaczego teraz? Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 2013.
5. Dmochowska H, red., Rocznik demograficzny. Główny Urząd Statystyczny, Zakład Wydawnictw Statystycznych. Warszawa, 2016.
6. Hołyst B. Suicydologia. LexisNexis Polska Sp. z o.o. Warszawa, 2012.
7. Ciecieląg P, Lysoń P, Sadłoń W, Zdaniewicz W (red.). Kościół katolicki w Polsce 1991–2011. Główny Urząd Statystyczny. Warszawa, 2014.
8. Tillmann K J. Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 1996.
9. Dybuch J (red.). Rola i znaczenie Konkordatu 1993 r. Oficyna Wydawnicza Papieskiej Akademii Teologicznej. Kraków, 1994.
10. Zieliński Z. Katolicyzm, człowiek, polityka: przeszłość i teraźniejszość. Towarzystwo Naukowe KUL. Lublin, 2002.
11. Pankalla A, Wieradzka A. Ponowoczesna tożsamość religijna młodych Polaków z perspektywy koncepcji Jamesa Marcii i Koena Luyckxa. *Studia Socjologiczne*. 2014; 6.1: 163–177.
12. Państwowe Wydawnictwo Naukowe. 2016. Pobrano: <http://sjp.pwn.pl/slovniki/etnocentryzm.html> (dostęp: 15.06.2016).
13. Wulff D M. Psychologia religii klasyczna i współczesna. Wydawnictwa szkolne i pedagogiczne spółka akcyjna. Warszawa, 1999.
14. Wysocka E. Religijność a tolerancja: obszary zależności. *Nomos*. Kraków, 2000.
15. Decety J, Cowell JM, Lee K, Mahasneh R, Malcolm-Smith, Selcuk B i wsp. The Negative Association between Religiousness and Children's Altruism across the World. *Current Biology*, 2015; 25(22): 2951–2955.
16. Brodński W, Urban J (red.). Afirmacja życia – o zapobieganiu zachowaniom samobójczym. Poradnik dla duchownych Kościoła Rzymskokatolickiego. Płocki Instytut Wydawniczy. Płock, 2016.
17. Katechizm Kościoła Katolickiego. Wydawnictwo Pallottinum. 2015; nr 2280, 2282.
18. Sisask M, Varnik A, Kolves K, Bertolote J.M, Bolhari J, Botega N.J. i wsp. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study. *Arch. Suicide Res.* 2010; 14: 44–55.
19. Światowa Organizacja Zdrowia. Preventing Suicide a resource for counsellors. Geneva, 2006.
20. Durkheim E. Samobójstwo. Studium z socjologii. Oficyna Naukowa. Warszawa, 2011.
21. Stengel E. Definitions and classifications of suicidal acts. W: Litman RE, red. Proceedings of the 6-th International Conference for Suicide Prevention. Michigan, Suicide Prevention: A Public Health Issue. 1972. Pobrano: www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/asap_suicide_issue2-a.pdf (dostęp: 12.07.2016).
22. Światowa Organizacja Zdrowia. Pobrano: www.who.int/topics/suicide/en/ (dostęp: 12.07.2016).
23. Pilecka B. Kryzys psychologiczny – wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków, 2004.
24. Hołyst B. Samobójstwo – przypadek czy konieczność. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 1983.
25. Hołyst B. Suicydologia. Wydawnictwo LexisNexis. Warszawa, 2002: 438.
26. Rosa K, Gmintrowicz A. Regionalny Program Zapobiegania Samobójstwom Młodzieży. *Suicydologia*. Warszawa. 2007; 3: 18–28.
27. Bąbik A, Olejniczak D. Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 2014; 13(2).
28. Hilton S C, Fellingham G W, Lyon J L. Suicide Rates and Religious Commitment in Young Adult Males in Utah. *American Jnl of Epidemiology*. 2002; 155(5): 413–419.
29. Kranitz L, Abrahams J, Spiegel D, Keith – Spiegel P. 1968, Religious beliefs of suicidal patients. *Psychol Rep.* 1968; 22(3): 936.
30. Dervis K, Oquendo M A, Grunebaum M F, Ellis S, Burke A K, Mann J J, Religious Affiliation and Suicide Attempt. *The American Journal of Psychiatry*. 2004; 116(12): 2303–2308.
31. Nangle B. Utah's vital statistics: births and deaths 1996. 1997. Pobrano: http://health.utah.gov/vitalrecords/pub_vs/ia96/96bpub.pdf (dostęp: 12.07.2016.07).
32. Evans W. Family, religion help lower youth suicide risk, study says. 2015. Pobrano: <http://www.deseretnews.com/article/865622050/Family-religion-help-lower-youthsuicide-risk-study-says.html?pg=all> (dostęp: 12.07.2015).
33. Czabański A. Młodzież wobec samobójstwa. *Poznańskie Studia Teologiczne*. 1997; 9: 261–267.
34. Price M. Suicide among pre-adolescents. *Monitor*. 2010.
35. Robinson B A. Religious Tolerance, Suicides among gay and lesbian youth. 2008. Pobrano: http://www.religioustolerance.org/hom_suic.html (dostęp: 12.07.2016).
36. McMurray C. Nearly Half of Teens Aware of Peer Suicide Attempts. 2004. Pobrano: <http://www.gallup.com/poll/11776/nearly-half-teens-aware-peer-suicide-attempts.aspx> (dostęp: 24.04.2017).
37. Bąbik K, Kaczyńska A, Kryńska M. Kontakt z sacrum a poziom tolerancji. Wyróżniona praca roczna studentów III roku. Wyższa Szkoła Psychologii Społecznej. Warszawa, 2007.
38. Boski P. Tożsamość kulturowa. W: Oleś PK, Batory A (red.). Tożsamość i jej przemiany a kultura. Wydawnictwo KUL. Lublin, 2008.
39. Światowa Organizacja Zdrowia. 2015. Pobrano: www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/ (dostęp: 10.08.2015).
40. Kielanowski T. Rozmyślenia o przemijaniu. Wiedza Powszechna. Warszawa, 1976.
41. Pawłowski S, Gruszczyński W. Zachowania samobójcze w świetle religii katolickiej. W: Brudkiewicz P (red.). Problematyka samobójstw w II dekadzie XXI wieku. *Medycyna praktyczna*, 1. Kraków, 2015.
42. Raburska-Krzyżaniak K. Opinie Księża katolickich na temat samobójstwa i samobójcy. W: Rosa K, Czabański A (red.). Percepcja zachowań samobójczych. Między opiniami a doświadczeniem. Uniwersytet Medyczny w Łodzi i Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. Kraków, 2014.
43. Bauman Z. O tarapatach tożsamości w ciasnym świecie. W: Kałag W (red.). Dylematy wielokulturowości. UNIVERSITAS. Kraków, 2004.
44. Giddens A. Socjologia. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 2012.
45. Aronson E. Człowiek – istota społeczna. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 2005.

Catholicism and suicidal behaviour in Poland

■ Abstract

Introduction. The religion in which an individual is brought up has an impact on the development of the person's identity, which is strongly related with the formation of positive patterns of psychological health. Suicidal attempt may be one of the consequences of disturbance of these psychological health patterns.

Objective. The aim of the presented study was a review of the scientific literature in the fields of:

1. mechanisms of shaping the identity of a person with particular regard to religious identity;
2. attitude of the Catholic Church towards the phenomenon of suicide;
3. influence of the Catholic religion on suicidal behaviour.

Brief description of the state of knowledge. According to the WHO statistics, over 800,000 people commit suicide annually, and a much greater number of people attempt to commit suicide. The Catholic Church considers suicide as a severe violation of the Fifth Commandment of the Decalogue; however, it does not condemn the victim. According to the Catholic Church, the person who attempts to take own life is mentally unbalanced, because this act is unnatural and against the natural human desire to live. Religiosity may decrease the risk of undertaking suicidal behaviours.

Summary. The Church plays an important role in the prevention of suicidal behaviours, as well as in post-intervention. It is necessary to consider the role of the Church in helping people with suicidal tendencies, and the most effective use of the potential of Catholicism to prevent self-destructive behaviour.

■ Key words

religion, Catholicism, suicidal behaviour