

Wpływ samobójstwa i samobójstwa wspomaganego na przeżywanie żałoby przez pozostawionych

Rachela Antosz-Rekucka

Uniwersytet Jagielloński

ORCID: 0000-0002-9072-4322

Abstract

The Influence of Suicide and Assisted Suicide on the Bereavement of Suicide Survivors

Suicide is still one of the most stigmatized types of death, arousing controversy. There exists its special type: assisted suicide in which a one kills themselves with the help of another person. It is very interesting to compare the psychological consequences of these two forms of death for the suicide survivors – that is, the relatives of the ones who took their own lives. While there are many similarities between suicide and assisted suicide, certain "technical differences" between them can significantly affect the later functioning of the survivors. In the case of "ordinary" suicide, we distinguish factors that make it difficult to survive bereavement, while assisted suicide may sometimes also have a facilitating effect on this process. The literature review shows that suicide survivors experience a higher sense of guilt (exacerbated by sometimes felt relief), anger, abandonment and responsibility, and lower support and acceptance than the relatives of other deceased. Interestingly, they do not necessarily suffer from mental disorder.

Rachela Antosz-Rekucka, studentka piątego roku psychologii na Uniwersytecie Jagiellońskim i Prezeską Koła Naukowego Studentów Psychologii UJ; pracę magisterką pisze w obszarze psychologii klinicznej; o związkach doświadczenia traumy, poczucia koherencji i subklinicznych objawów psychozy (tak zwanych doświadczeń podobnych do psychotycznych); badawczo skupia się przede wszystkim na zagadnieniach dotyczących psychopatologii, psychologii klinicznej i zdrowia, terapii oraz psychologii społecznej (w tym obszarze zwłaszcza aktywizmu, zmiany społecznej i grup wykluczonych).

r.antoszrekucka@gmail.com

Facta Ficta.

Journal of Theory, Narrative & Media



ders more often, but they are more stigmatized and feel the need to hide the circumstances of their loved ones' death. People left after the assisted suicide also sometimes experience emotions such as relief and a sense of abandonment, they tend to distance themselves from others and hide the truth about the death of their loved ones (in this case also because of the fear of legal consequences). The most significant differences, important for the later experience of bereavement, are the possibility of saying goodbye, as well as the belief that they provided their loved ones the "good death". These factors make it much easier to mourn, reduce the traumatic experience of grief. However, there are other factors potentially complicating bereavement – research shows that assisting in suicide correlates with certain mental disorders. This may be, for example, because of ethical doubts that this practice raises, conflict with the value system, potential remorse, alienation from the community after condemning such an act, fear of legal consequences and doubts if assisting in a suicide was a right decision.

Keywords: suicide, assisted suicide, suicide survivors, grief, bereavement, stigmatization

Wprowadzenie

„Żałoba jest rozumiana jako reakcja emocjonalna – najczęściej związana z przeżywaniem smutku, żalu, złości, bezradności – która jest odpowiedzią na śmierć osoby bliskiej” (Janusz & Drożdżowicz 2013: 45). Jest przy tym reakcją absolutnie normalną, naturalną i przemijającą (Beder 1998; Swarte, van der Lee, van der Bom, van den Bout & Heintz 2003; Shear, Simon, Wall, Zisook, Neimeyer, Duan, Reynolds, Lebowitz, Sung, Ghesquiere, Gorscak, Clayton, Ito, Nakajima, Konishi, Melhem, Meert, Schiff, O'Connor, First, Sareen, Bolton, Skritskaya, Mancini & Keshaviah, 2012). Choć więc wiąże się z cierpieniem psychicznym, niekiedy bardzo intensywnym, nie ma w niej jako takiej, nic patologicznego. Niekiedy jednak przeżywanie procesu żałoby komplikuje się. Swarte i współpracownicy (2003) szacują, że zależnie od definicji około 10-20% osób zmaga się z żałobą w jakiś sposób „traumatyczną” – to jest przeżywaną zbyt długo, zbyt krótko, bardzo intensywnie, za słabo lub za późno. Również – jeszcze nieobowiązująca w Polsce – klasyfikacja ICD-11 wprowadza zaburzenie określane jako przedłużająca się żałoba (*prolonged grief disorder*; World Health Organisation, 2018): czyli trwające ponad sześć miesięcy po śmierci bliskiego uporczywe: żal, tęsknota, intensywny ból emocjonalny, pochłonięcie myślami o zmarłym. Podobną kategorią jest też zjawisko tak zwanej „skomplikowanej żałoby” – *complicated grief* (CG) i *complicated grief disorder* (CGD). Horowitz i współpracownicy (2003) zaproponowali koncepcję CG, w której kluczowe są objawy intruzywne (takie, jak wspomnienia, fantazje, pragnienie obecności zmarłego, niechciane uczucia), unikanie i nieumiejętność zaadaptowania się do sytuacji (na przykład poczucie pustki, unikanie miejsc i osób przypominających o zmarłym). Shear i współpracownicy (2012) podkreślają, że CGD jest zjawiskiem odrębnym od depresji czy zaburzenia stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder*, PTSD) i szacują jego występowanie na 10%, przy czym częstość ma być

większa w przypadku utraty osoby bliskiej w katastrofie, gdy zmarłym jest dziecko lub śmierć była brutalna.

Komplikacje procesu żałoby mogą występować u bliskich nawet w przypadku śmierci, która uznawana jest za normatywną. Istnieją jednak sposoby zakończenia życia niewpisujące się w normę – przykładem mogą być tutaj utrata dziecka, przedwczesna śmierć czy wreszcie: samobójstwa. Nie jest odkrywczym stwierdzenie, że samobójstwo jest śmiercią stygmatyzowaną (Cvinar 2005; Janusz & Drożdżowicz 2013) – w naszym kręgu kulturowym było przez wieki penalizowane, spotykało się ze społecznym potępieniem, które dotyczyło zarówno osoby, które odebrały – lub próbowały odebrać – sobie życie, jak i ich rodziny (Cvinar 2005). Przykładem może być choćby chowanie samobójców w niepoświęconej ziemi, praktykowane jeszcze niedawno. Janusz i Drożdżowicz stwierdzają, że „z wielu względów można ją [śmierć samobójczą – R.A.R.] uznać za najbardziej dewastującą dla rodziny” (Janusz & Drożdżowicz 2013: 50). Istnieje jeden rodzaj samobójstwa, który jest tabuizowany być może nawet silniej od swojej „podstawowej” odmiany – tak zwane samobójstwo wspomagane (*assisted suicide*). Na potrzeby niniejszego artykułu zostanie przyjęta bardzo szeroka definicja tego zjawiska: to znaczy, że jest to taka śmierć, którą osoba zadaje sobie przy asyście, pomocy innej – niezależnie od tego, czy jest to praktyka legalna, dokonywana w domu czy szpitalu i czy pomocnikiem jest lekarz, członek rodziny czy ktoś jeszcze inny. Od eutanazji odróżnia je właśnie aktywna rola umierającego.

Zarówno samobójstwo, jak i samobójstwo wspomagane są tabu kulturowymi, a jednocześnie oczywiste jest, że na bliskich osób, które odebrały sobie życie – czyli *suicide survivors*, w tłumaczeniu: pozostawionych – wywierają, czy mogą wywierać, silny wpływ. Dlatego celem poniższej pracy jest podsumowanie i porównanie wyników badań dotyczących przeżywania żałoby i funkcjonowania pozostawionych, po tych dwóch rodzajach śmierci, a w szczególności odpowiedź na pytanie – jakie podobieństwa i różnice można zaobserwować u osób, których bliscy popełnili samobójstwo i samobójstwo wspomagane.

Pozostawieni – funkcjonowanie po samobójstwie

Szacuje się, że jedno samobójstwo wpływa średnio na pięć do dziesięciu osób (Gmitrowicz 2016) – oczywiście chodzi tu o istotne oddziaływanie; gdyby uwzględnić każdego, na kogo w jakikolwiek rzutowała śmierć samobójcza danego człowieka (na przykład wszystkich znajomych), grupa ta byłaby znacznie liczniejsza. Za *suicide survivors* uważa się tylko osoby silnie

związane ze zmarłym: członków rodziny czy przyjaciół. Jednym z najpoważniejszych efektów takiego doświadczenia jest z pewnością znaczne podwyższenie ryzyka, że pozostawiony sam podejmie zamach na życie (Gmitrowicz 2016). Ponadto, jako śmierć nagła i zazwyczaj brutalna, jest też obarczona wyższym ryzykiem rozwoju *complicated grief disorder* (Shear, Simon, Wall, Zisook, Neimeyer, Duan, Reynolds, Lebowitz, Sung, Ghesquiere, Gorscak, Clayton, Ito, Nakajima, Konishi, Melhem, Meert, Schiff, O'Connor, First, Sareen, Bolton, Skritskaya, Mancini & Keshaviah 2012) lub *complicated grief* (skomplikowanej żałoby; Mitchel, Kim, Prigerson & Mortimer-Stephens, 2004) u bliskich, co z kolei nasila u nich myśli samobójcze (Mitchel, Kim, Prigerson & Mortimer 2005).

Z podsumowań wielu badań dotyczących pozostawionych, dokonanych przez Beder (1998) oraz Ellenbogen i Gratton (2001), wynika, że doświadczają oni zdecydowanie więcej poczucia odrzucenia, gniewu i wstydu niż inni żałobnicy. Czują się porzuceni przez zmarłego bliskiego. Częściej też obwiniają się za tę śmierć, dręczy ich poczucie odpowiedzialności. Przykładem mogą być tutaj słowa matki Tima, nastolatka, który odebrał sobie życie: „pomimo, że uświadomiliśmy sobie intelektualnie, że nie jesteśmy winni, emocjonalnie nigdy tego nie poczujesz [*in spite of the fact that we realized intellectually that we weren't guilty; emotionally you will never feel that you are not guilty*]” (Esposito-Smythers, Jobes, Lester & Spirito 2004: 190). Jednocześnie, wcale nierzadko pojawiającym się uczuciem jest ulga, która jest wręcz naturalna w przypadkach, gdy zmarły miał za sobą wiele prób samobójczych lub cierpiał na poważne zaburzenia psychiczne, a więc opieka nad nim była obciążająca psychicznie, a bliscy podświadomie spodziewali się lub obawiali, że wreszcie odbierze sobie życie (Sven & Walby 2008). Ponownie zacytujmy matkę nastoletniego Tima: „niezależnie, jak okropnie się wszyscy czuliśmy, jak bardzo nam go brakowało i jak straszny żal czuliśmy [...] to była niemalże ulga [*horrible as we all felt, much as we missed him and the terrific load of guilt that we were all under [...], it was almost a relief*]” (Esposito-Smythers, Jobes, Lester & Spirito 2004: 190). Trzeba tutaj zauważyć, że to poczucie ulgi może potęgować obwinianie się, ponieważ pozostawiony zaczyna postrzegać siebie jako okropną osobę, która wcale nie kochała zmarłego.

Samobójstwo bliskiego zmienia również funkcjonowanie społeczne pozostawionych. Skarżą się oni na niedostateczne wsparcie od otoczenia (Range & Calhoun 1990) czy wręcz na to, że zostało ono zredukowane w porównaniu do czasów sprzed samobójstwa (Beder 1998). Patologizacja i stygmatyzacja śmierci samobójczej dotyka również bliskich zmarłego, a stygma ta jest bardzo często internalizowana – a nawet wyolbrzymiana: to znaczący pozostawieni czują się oceniani niejednokrotnie gorzej niż otoczenie rzeczywiście ich ocenia (Cvinar 2005). Może właśnie z tego powodu *suicide*

survivors mają tendencję do izolowania się społecznego (Beder 1998) – co oczywiście nie ułatwia otrzymania wsparcia. Range i Calhoun (1990) stwierdzili, że z jednej strony pozostawieni faktycznie są przez otoczenie oceniani gorzej niż inni żałobnicy (między innymi z powodu wątpliwości co do powodu, z jakiego ich bliski odebrał sobie życie – czy aby nie ponoszą za to winy?), ale jednocześnie wzbudzają więcej współczucia: problemem jest to, że otoczenie go nie okazuje. Przy śmierci samobójczej inni, bardziej niż w wypadku śmierci z przyczyn naturalnych wiedzą, czego nie powinni wobec pozostawionych robić, natomiast są niepewni co do właściwego sposobu okazania wsparcia (Range & Calhoun 1990).

Ze śmiercią samobójczą bliskiego wiąże się jeszcze jeden ważny aspekt. Range i Calhoun (1990) porównali ze sobą pięć grup żałobników: bliskich osób, które zginęły w wypadku, oczekiwaną śmiercią z przyczyn naturalnych, nieoczekiwaną śmiercią z przyczyn naturalnych, w wyniku samobójstwa i morderstwa. Od rodzin tych, którzy zmarli w wyniku wypadku lub samobójstwa częściej niż od innych oczekiwano wyjaśnień co do okoliczności tragicznego zdarzenia (kolejno 94% i 88%). Okazało się jednocześnie, że aż 44% *suicide survivors* (i nikt z pozostałych żałobników!) kłamało, co do przyczyny śmierci bliskiej osoby. Ta tendencja do ukrywania prawdy może wskazywać, jak bardzo pozostawieni obawiają się stygmatyzacji, odrzucenia i oceny ze strony innych, i jak bardzo tabuizowane jest samobójstwo w naszej kulturze.

Sven i Walby (2008) dokonali metaanalizy czterdziestu jeden badań dotyczących pozostawionych. Nie wykazali różnic w ogólnym poziomie zdrowia psychicznego, natężeniu objawów depresji, zaburzenia stresowego pourazowego i zaburzeń lękowych, a nawet częstości zachowań samobójczych pomiędzy *suicide survivors* a innymi żałobnikami. Jednakże pozostawieni odczuwali istotnie więcej wstydu i odrzucenia oraz stygmatyzacji, a także bardziej obwiniali się za to, co się stało i mieli większą potrzebę ukrywania prawdy niż bliscy osób zmarłych z innych niż samobójstwo przyczyn. Metaanaliza wykazała także częstsze skargi na brak wsparcia społecznego u *suicide survivors*. Było im też trudniej niż bliskim ofiar wypadków pogodzić się ze śmiercią kochanej osoby – ale zaznaczyć trzeba, że tendencja ta ulegała zmianie, jeśli pozostawieni chodzili na terapię. Autorzy zwrócili jeszcze uwagę na ważny fakt: w badaniach prowadzonych w formie wywiadów (jakościowych) wykazuje się poważniejsze różnice, niż w badaniach kwestionariuszowych, w nasileniu cierpienia między *suicide survivors* a innymi żałobnikami – oczywiście jest ono wyższe u tych pierwszych. Może to sugerować, że różnice te mają subtelny, trudny do uchwycenia za pomocą narzędzi standaryzowanych, naturę albo że występują na poziomie raczej subiektywnych odczuć, emocji niż psychopatologicznych symptomów.

W przypadku samobójstwa może dojść do zjawiska tak zwanej nieuprawnionej żałoby (znacznie lepszy jest angielski termin *disenfranchised grief*) – czyli następującej po stracie, która nie może być otwarcie wyrażana (Doka 2005). Chodzi nie tylko o brak możliwości opłakiwania zmarłej osoby, ale też o niemożność opowiedzenia prawdy, co do jej śmierci, a nawet – społeczne oczekiwanie, że żałoba zostanie już zakończona, podczas gdy bliscy wciąż tkwią w głębokim smutku (Chapple, Ziebland & Hawton 2015) – i nie chodzi tu o sytuację *complicated grief* lub *complicated grief disorder*. Ponieważ doświadczenie samobójstwa bliskiego wiąże się z zarówno znaczną postrzeżoną, jak i rzeczywistą stygmatyzacją (Cvinar 2005) oraz tendencją do ukrywania prawdy co do okoliczności śmierci osoby (Range & Calhoun 1990), wydaje się, że pozostawieni mogą być szczególnie narażeni na przeżycie nieuprawnionej żałoby, a taki brak możliwości ekspresji tego, co się przeżywa, nie ułatwia przetrwania trudnego czasu po śmierci bliskiego.

Z powyższego krótkiego przeglądu badań wynika, że pozostawieni przeżywają żałobę przynajmniej w niektórych aspektach gorzej niż bliscy innych zmarłych. Przyczyny mogą być różne. Okres żałoby komplikuje po pierwsze poczucie stygmatyzacji (Cvinar 2005) i odrzucenia. Są to doświadczenia trudne same w sobie, ale powodują też niemożność dzielenia doświadczeń z innymi czy nieufne nastawienie, co uniemożliwia uzyskanie wsparcia społecznego, ważnego w tym trudnym czasie (Beder 1998; Range & Calhoun 1990; Sven & Walby 2008). Jednocześnie śmierć samobójczą cechuje (tak jak wypadki) brak możliwości pożegnania z bliskimi, a często również pogodzenia się i pozamykania ważnych spraw, a oprócz tego poczucie, że tragedii tej można było zapobiec (Ellenbogen & Gratton 2001). Jest to także śmierć uważana za „nienaturalną” i nagłą (Janusz & Drożdżowicz 2013). Wszystkie te czynniki wywierają negatywny wpływ na przeżywanie żałoby.

Samobójstwo wspomagane – jak wpływa na proces żałoby?

Samobójstwo wspomagane również wiąże się z samodzielną decyzją o zakończeniu życia, jednak od klasycznego samobójstwa odróżnia je szereg szczegółów. Po pierwsze popełniają je najczęściej osoby nieuleczalnie, terminalnie chore, co wiąże się też zazwyczaj z bardziej racjonalnym procesem decyzyjnym – przy czym słowo „racjonalny” nie oznacza tutaj ewaluacji samobójstwa wspomagane jako mądrej czy rozsądnej śmierci – chodzi o sam namysł poprzedzający decyzję o zakończeniu życia (Doka 2005). W procesie tym bierze też udział druga osoba – niezależnie, czy praktyka ta jest w danym kraju i kontekście legalna, ktoś decyduje się pomóc człowiekowi zakończyć życie lub nawet jest ekspertem oceniającym, czy zostały

spełnione przesłanki uprawomocniające do samobójstwa wspomaganego w szpitalu czy specjalnej placówce. Przez to też sam czyn i prowadząca do niego decyzja są jawne – przynajmniej wobec osoby asystującej, bo bliscy nierzadko ukrywają potem szczegóły dotyczące śmierci. Dodatkowo, metody popełnienia samobójstwa wspomaganego są zazwyczaj nieco mniej brutalne niż w przypadku samobójstwa klasycznego: jest to przeważnie zażycie zabójczej substancji, w miejscach, gdzie jest to legalne – dodatkowo precyzyjnie odmierzonej przez specjalistę.

Mimo wszystko według Beder (1998) przynajmniej niektóre reakcje emocjonalne mogą być podobne u pozostawionych po samobójstwach i samobójstwach wspomaganych. Jej zdaniem obie grupy żałobników łączy możliwe poczucie opuszczenia czy porzucenia, tendencja do ukrywania przyczyn śmierci bliskiego (w przypadku samobójstwa wspomaganego często motywowana również obawą o konsekwencje prawne – w krajach, gdzie praktyka ta jest nielegalna) i do odsuwania się, izolowania od innych, a nawet przekonanie, że można było uniknąć tej sytuacji. Możliwe jest też doświadczenie ulgi – które w przypadku samobójstwa wspomaganego łatwiej jest jednak usprawiedliwić jako przejaw altruizmu, radość, że ukochana osoba już nie cierpi, podobnie jak może się zdarzyć w przypadku bliskich osób, które zmarły w sposób naturalny na skutek śmiertelnej choroby.

Jakie są natomiast główne różnice warunkujące inne, niż po samobójstwie „zwykłym” przeżywanie żałoby? Najważniejszą wydaje się tutaj możliwość pożegnania umierającego bliskiego (Wagner, Müller & Maercker 2012), pogodzenia się, spokojnej rozmowy, rozwiązania różnych niedokończonych spraw (choć niekoniecznie jest to zawsze możliwe; Beder 1998) i wspólnego przeżywania śmierci – tak jak dzieje się w przypadku umierania z przyczyn naturalnych, na przykład z powodu terminalnych chorób. Jest to czynnik, który facylituje przeżywanie żałoby, czyni ją łatwiejszą dla bliskich. Na przykład Swarte i współpracownicy (2003) w swoim badaniu wykazali, że bliscy osób poddanych eutanazji radzili sobie z żałobą lepiej niż bliscy tych, którzy zmarli w szpitalu z powodu raka. Oczywiście eutanazja i samobójstwo wspomagane nie są tożsamymi zjawiskami, ale wyjaśnienie tego wyniku można odnieść również do drugiej grupy żałobników. Autorzy zwracają uwagę, że najistotniejszym czynnikiem w ich badaniu okazała się możliwość pożegnania – to ona odpowiadała za lepsze przeżywanie późniejszej żałoby. Ponadto uważają, że ważne jest także towarzyszenie w odchodzeniu bliskiej osoby, które jest pełne troski i otwartości. Ponieważ eutanazja i samobójstwo wspomagane to procesy, w których zostaje podjęta wypowiedziana wprost decyzja o śmierci, nie ma możliwości unikania tego tematu, co pozwala na jego oswojenie i dobre przepracowanie. Niestety badanie to miało pewne ograniczenia – istniały między innymi istotne różnice między grupami

w liczebności, *response rate*, poziomie religijności, wykształcenia, długości chorowania przed śmiercią, a nawet stopnia pokrewieństwa ze zmarłym. Jednocześnie wynik ten jest zgodny z tym, co pojawia się w literaturze (na przykład Wagner, Müller & Maercker 2012).

Bardzo ważnym czynnikiem jest też poczucie kontroli nad umieraniem, co daje poczucie sprawczości czy wręcz mocy (Doka 2005), szczególnie istotne w zachodniej kulturze, zaprzeczającej śmierci (Doka 2005) czy tabuizującej ją (Chapple, Ziebland & Hawton 2015). Ważne jest także przekonanie o zapewnieniu najbliższej osobie „dobrej śmierci”, pozbawionej cierpienia, bólu i upokorzenia (Shear, Simon, Wall, Zisook, Neimeyer, Duan, Reynolds, Lebowitz, Sung, Ghesquiere, Gorscak, Clayton, Ito, Nakajima, Konishi, Melhem, Meert, Schiff, O'Connor, First, Sareen, Bolton, Skritskaya, Mancini & Keshaviah 2012; Wagner, Müller & Maercker 2012), która była wypełnieniem życzeń zmarłego (Doka 2005). Wśród motywacji pacjentów do przyspieszenia własnej śmierci wymienia się po pierwsze doświadczenia związane z chorobą: ból, poczucie zmęczenia, słabości i dyskomfortu, spadek funkcjonowania, niemożność zajęcia się samym sobą, kontynuowania sprawujących przyjemność aktywności, po drugie – lęk o utratę własnej tożsamości i chęć zachowania kontroli, a po trzecie – lęk o przyszłość, jakość życia i umierania (Pearlman, Hsu, Starks, Back, Gordon, Bharucha, Koenig & Battin 2005). Zakończenie życia ma więc chronić przed cierpieniem, utratą siebie i godności, stąd bliscy mogą czuć, że pomagając choremu w popełnieniu samobójstwa, spełnili w istocie dobry uczynek. Wagner, Müller i Maercker (2012) zwracają także uwagę, że „jakość” śmierci w przypadku samobójstwa wspomaganego jest przewidywalna, ustalony jest też czas, a przede wszystkim: nie trzeba obserwować bolesnej agonii bliskiej osoby (przywołują badania, według których rodziny zmarłych na intensywniej opiece mają wysokie występowanie między innymi CG i PTSD). Doka (2005) stwierdza wreszcie, że specyfika popełnienia samobójstwa wspomaganego – proces pełen namysłu i konsultacji – zapewnia informacje, których często brakuje przy innych formach umierania, pomaga w zrozumieniu, akceptacji i otrzymaniu wsparcia.

Z drugiej jednak strony, w badaniach Wagner, Müller i Maerckera (2012) na populacji szwajcarskiej, wśród osób, które doświadczyły wspomaganego samobójstwa bliskiego, 13% rozwinęło pełnowymiarowe PTSD, kolejne 6,5% wykazywało subkliniczne natężenie PTSD, u 4,9% występowało CG, u 16% depresja, a u 6% objawy lękowe. Kolejne 22% skarżyło się na ogólne obniżenie zdrowia i funkcjonowania fizycznego, a 8% – psychicznego. Dodatkowo *response rate* wyniosło zaledwie 37% – co mogło zaniżać poziom wykrytej psychopatologii, bo do badań zgłaszają się zazwyczaj najlepiej funkcjonujące osoby. Depresja i zaburzenie stresu pourazowego występowały w tej grupie częściej niż w populacji ogólnej Szwajcarii (co interesujące jednak nie

było istotnych różnic w rozpowszechnieniu *complicated grief*). Innymi słowy, istnieją przesłanki sugerujące, że wspomagane samobójstwo bliskiego niekorzystnie wpływa na zdrowie psychiczne pozostawionych (choć nie jest to absolutnie ostateczny dowód na takowy związek).

Dlaczego jednak doświadczenie wspomaganego samobójstwa może upośledzać funkcjonowanie *suicide survivors*? Pierwsze i najprostsze wyjaśnienie skupia się na tym, że kiedy procedura przeprowadzana jest poza prawem, w domu, w ukryciu, przez bliskich bez doświadczenia medycznego, może dochodzić do komplikacji i problemów, które sprawiają, że samobójstwo wspomagane przestaje być pozbawioną cierpienia, „dobrą śmiercią”. Bliscy mogą być potem dręczeni poczuciem winy czy traumatycznymi wspomnieniami.

Powyższe wyjaśnienie może dotyczyć jednak tylko wąskiej grupy szczególnych przypadków wspomaganego samobójstwa i nie dotyczy raczej pozostawionych z badania Wager, Müller i Maerckera (2012), które dotyczyło legalnych praktyk. Są z nim związane jednakże także inne czynniki, które mogą prowadzić do komplikacji procesu żałoby. Przede wszystkim jest to praktyka (podobnie jak eutanazja) wzbudzająca liczne kontrowersje i obwarowana tabu, być może większym nawet niż klasyczna forma samobójstwa. Streszczenie w kilku zdaniach wszelkich sporów światopoglądowych dotyczących kwestii prawa do zakończenia życia wydaje się niemożliwe – nawet krótkie omówienie najważniejszych argumentów obu stron zajęłoby wiele stron. Przypomnijmy więc tylko, że oprócz stanowisk akcentujących autonomię jednostki i prawo do samobójstwa jako sposobu na zachowanie godności i podmiotowości w obliczu bolesnego procesu umierania, są też takie, które zakładają źródło godności człowieka w bezwarunkowej wartości życia i społeczny obowiązek dbania o dobre naturalne odchodzenie (Roff 2001). Przykładowe zastrzeżenia wobec instytucji wspomaganego samobójstwa wymienia Hendin (1995): wielu obawia się, iż może stać się ono czymś traktowanym jako „lekarstwo” na depresję, „zwykłe” samobójstwa i tendencje samobójcze (zmniejszenie liczby zamachów na własne życie ze względu na prawną dostępność środków jego zakończenia), a nawet żałobę (żałoba jednej osoby zamienia się więc w żałobę innych) – zamiast leczyć problemy psychiczne dajemy więc umrzeć osobie, co może być wyrazem błędnego przekonania terapeutów, że jeśli im nie uda się pomóc danemu pacjentowi, nikt tego nie zrobi. Ponadto może nastąpić przejście od przyzwolenia na samobójstwo wspomagane do przyzwolenia na eutanazję dobrowolną, a potem niedobrowolną mającą z założenia skracać cierpienia osoby, która nie może o to poprosić, ale jest w gruncie rzeczy podejmowaniem decyzji za chorego, czyli ingerowaniem w jego autonomię. Autor zwraca też uwagę na inny problem – tak, jak wymieniali Pearlman ze współpracownikami

(2005) – że motywem decyzji o samobójstwie wspomaganym jest często lęk o ból, zależność od innych i upokorzenie – obawy te mogłyby jednak zostać przepracowane po konsultacji psychologicznej czy terapii i osoba wolałaby jednak „odejść w naturalny sposób” (Hendin 1995). Bliscy osób, które zdecydowały się na wspomagane samobójstwo mogą być świadome tych wszystkich kontrowersji i mieć podobne wątpliwości, co może w efekcie skomplikować ich przeżywanie straty – na przykład poprzez wywoływanie poczucia winy, potęgowanie ambiwalencji i poczucia stygmatyzacji czy odrzucenia społecznego.

Beder (1998) wymienia kilka możliwych scenariuszy, które mogą utrudnić żałobę po wspomaganym samobójstwie. Na przykład religijni bliscy mogą postrzegać tę decyzję jako grzech, co może zwiększać tendencję do kłamania co do przyczyn śmierci, wywoływać silniejsze poczucie winy i gniew oraz lęk przed odrzuceniem przez wspólnotę. Po drugie, gdy chory podjął decyzję wbrew rodzinie, może pojawić się poczucie porzucenia i zdradzenia. Te dwa scenariusze mogą w zasadzie wydarzyć się również przy „zwykłym” samobójstwie – z zasady jest ono popełniane bez konsultacji z bliskimi, a niektóre systemy religijne uważają je za grzech. Kolejny wymieniony przez autorkę scenariusz to sytuacja, w której to rodzina wyszła z pomysłem przyspieszenia śmierci, a chory początkowo nie był przekonany, ale ostatecznie podjął taką decyzję. Niesie to za sobą oczywiste konsekwencje psychologiczne – wątpliwości i ciągłe pytanie samego siebie, czy nie zmusiło się bliskiego do śmierci, większe poczucie winy czy wstyd – zwłaszcza jeśli w rodzinie istniały skomplikowane, ambiwalentne relacje.

Doka (2005) zwraca uwagę na dwa rodzaje wątpliwości, które mogą pojawić się u pozostawionych po samobójstwie wspomaganym. Bliscy bywają niejako rozdarci między dwoma biegunami: z jednej strony mogą mieć poczucie, że tej śmierci można było uniknąć lub że się z nią pośpieszono (bo umierającego członka rodziny można było jednak uleczyć lub – przynajmniej – mógł się on cieszyć jeszcze kilkoma latami czy miesiącami życia), a z drugiej – że wręcz przeciwnie, zbyt długo zwlekano z decyzją, skazując chorego na niepotrzebne cierpienie. Autor podkreśla też istotny fakt: samobójstwo wspomagane zazwyczaj następuje po długiej i ciężkiej chorobie. Już samo to może być wycieńczające psychicznie dla bliskich (konieczność obserwowania bólu ukochanej osoby i opieki nad nią). Pojawia się też często obawa, że śmierć była bolesna (nawet jeśli nie jest to prawdą). Wszystko to nie sprzyja spokojnemu przeżyciu żałoby.

Trzeba też podkreślić, że część bliskich ma co najmniej ambiwalentny stosunek do decyzji chorego, by zakończyć życie – o ile wręcz nie sprzeciwiają mu się wprost, a wtedy może pojawić się silne poczucie porzucenia, zdradzenia. „Stosunek członków rodziny do samobójstwa wspomaganego

może być bardzo ambiwalentny. Z jednej strony chcą uszanować pragnienie zakończenia cierpienia. Z drugiej, mogą uważać życzenia pacjenta za sprzeczne z własnymi poglądami i przekonaniami moralnymi [*Family members' responses to assisted suicide may be highly ambivalent. On the one hand, they may want to respect the patient's desire to end the suffering. On the other, they may find that the patient's wishes are in conflict with their own beliefs or moral convictions*]” (Wagner, Boucsein & Maercker 2011: 381). Doka (2005) wymienia to napięcie pomiędzy pragnieniami pacjenta a rodziny jako jeden z czynników utrudniających przeżycie żałoby. Nawet jeśli część bliskich pogodziła czy zgodziła się z decyzją zmarłego, inni nie muszą, co może powodować dodatkowe konflikty w rodzinie.

Kolejnym problematycznym aspektem związanym z samobójstwem wspomaganym są kwestie prawne. Na przykład w Szwajcarii jest ono legalne, o ile pomagający-asystujący nie miał osobistego interesu w śmierci osoby, co wiąże się z koniecznością udziału w późniejszym przesłuchaniu – a to z kolei, o ile uważane było za emocjonalnie trudne i stresujące, wiąże się z podwyższonym ryzykiem rozwinięcia PTSD (słabszy związek z depresją i CG; Wagner, Boucsein & Maercker 2011). W wielu krajach, w tym w Polsce, praktyka ta jest w ogóle nielegalna, a więc każdy, kto zdecyduje się pomóc innej osobie w popełnieniu samobójstwa, musi się liczyć nawet z pobytem w więzieniu.

W związku z powyższym, w przypadku samobójstwa wspomaganego bardzo często dochodzi do żałoby nieuprawionej (Doka 2005). Osoby, które pomogły bliskim zakończyć życie, mogą obawiać się opowiedzieć prawdę o tym, co się stało, zarówno z powodu lęku przed ostracyzmem, jak i konsekwencjami prawnymi. Nawet jeśli bliscy są przekonani, że pomagając w samobójstwie ukochanej osoby zrobili dobrze i nie pojawiają się u nich poczucie winy lub wątpliwości, źródłem napięcia może być konieczność ukrywania prawdy przed rodziną i przyjaciółmi, obawa przed publicznym potępieniem i konsekwencjami prawnymi (nawet jeśli proces nie skończyłby się skazaniem, w przypadku niektórych zawodów byłby „kompromitacją” utrudniającą karierę). Odczuwane potępienie nasila ryzyko wystąpienia PTSD i CGD po samobójstwie wspomaganym bliskiego – ważny jest tu zarówno węższy, jak i szerszy kontekst społeczny (Wagner, Boucsein & Maercker 2011).

Podsumowanie

Warto zauważyć, że zarówno klasyczna forma samobójstwa, jak i samobójstwo wspomagane mogą wiązać się z czynnikami utrudniającymi przeżywanie żałoby, natomiast przy tym drugim możemy również mówić o możliwej facylitacji tego procesu. W przypadku obu zjawisk może pojawić się szereg

trudnych emocji, takich jak poczucie winy, porzucenia i opuszczenia, gniew, ale też uczucie ulgi – które wtórnie może wywołać wyrzuty sumienia (w przypadku samobójstwa wspomaganego łatwiejsze do usprawiedliwienia jako mające altruistyczne przyczyny). Oba są też kontrowersyjne, mogą wiązać się ze społecznym potępieniem i autostygmatyzacją, co skutkuje tendencją do ukrywania prawdy co do okoliczności śmierci bliskiego i nasila cierpienie psychiczne, przyczyniając się do pojawienia się zjawiska nieuprawnionej żałoby. Jednakże w przypadku samobójstwa wspomaganego możliwość pożegnania się, pogodzenia i pozamykania spraw, a także otwarta komunikacja i poczucie kontroli nad śmiercią przynoszą pozytywne konsekwencje dla dobrostanu psychicznego pozostawionych bliskich. Jednocześnie – przynajmniej w niektórych krajach – może wiązać się ono z konsekwencjami prawnymi.

Choć samobójstwo, samobójstwo wspomagane i istnienie *suicide survivors* to zjawiska często badane, wciąż istnieją pewne luki badawcze. Brakuje na przykład prac empirycznych porównujących żałobę po doświadczeniu obu form samobójstwa, a wiele badań pochodzi sprzed kilkunastu albo nawet ponad dwudziestu lat lub ma pewne słabości metodologiczne – niekoniecznie będące winą autorów, a raczej wynikające z trudności tematu. Sven i Walby (2008) wymieniają niektóre problemy związane z badaniami porównującymi pozostawionych z innymi żałobnikami. Są to: niewielka liczebność prób i niskie *response rate*, a przy tym tendencja do zgłaszania się do badań osób w najlepszym stanie psychicznym (co może zaniżać statystyki dotyczące występowania psychopatologii wśród żałobników). Wielkość prób może utrudniać wykrycie efektu. Inne słabości wymieniają Ellenbogen i Gratton (2001): problemy z właściwą operacjonalizacją zjawisk oraz stosowanie do badania żałoby niewłaściwych narzędzi, stworzonych do mierzenia na przykład depresji lub bez standaryzacji i badań dotyczących trafności i rzetelności skal. Również zwracają uwagę na małą liczebność prób i wysokie *refusal rate*, a także brak odpowiednich grup kontrolnych i badań podłużnych, nadreprezentację kobiet, osób rasy kaukaskiej i wyższych klas społecznych, problematyczne próbkowanie i brak kontroli istotnych zmiennych w analizach. Innym problemem jest zresztą wybór grupy, z którą *suicide survivors* będą porównywani – czy powinni to być żałobnicy po zmarłych z przyczyn naturalnych czy może raczej bliscy ofiar wypadków i osób, które zmarły śmiercią gwałtowną (Ellenbogen & Gratton 2001).

W związku z powyższym, wydaje się, że zjawisko żałoby po samobójstwie – zarówno „zwykłym”, jak i wspomaganym – powinno być nadal badane. Potrzebne są prace, które porównają oba zjawiska, zarówno ilościowe, jak i jakościowe.

Źródła cytowań

- BEDER, JOAN (1998), 'Bereavement after a Physician-Assisted Suicide: A Speculation Based on Theory', *Suicide and Life-Threatening Behavior*: 28 (3), ss. 302-308.
- CHAPPLE, ALISON, SUE ZIEBLAND, KEITH HAWTON (2015), 'Taboo and the different death? Perceptions of those bereaved by suicide or other traumatic death', *Sociology of Health and Illness*: 37 (4), ss. 610-625.
- CVINAR, JACQUELINE G. (2005), 'Do Suicide Survivors Suffer Social Stigma: A Review of the Literature', *Perspectives in Psychiatric Care*: 41 (1), ss. 14-21.
- DOKA, KENNETH J. (2005), 'Ethics, end-of-life decisions and grief', *Mortality: Promoting interdisciplinary study of death and dying*: 10 (1), ss. 83-90.
- ELLENBOGEN, STEPHEN, FRANCINE GRATTON (2001), 'Do They Suffer More? Reflections on Research Comparing Suicide Survivors to Other Survivors', *Suicide and Life-Threatening Behavior*: 31 (1), ss. 83-90.
- ESPOSITO-SMYTHERS, CHRISTIANNE, DAVID A. JOBES, DAVID LESTER, ANTHONY SPIRITO (2004), 'A Case Study on Adolescent Suicide: Tim', *Archives of Suicide Research*: 8 (2), ss. 187-197.
- GMITROWICZ, AGNIESZKA (2016), 'Problematyka samobójstw', w: Marek Jarema (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, ss. 193-220.
- HENDIN, HERBERT (1995), 'Assisted Suicide, Euthanasia and Suicide Prevention: The Implications of the Dutch Experience', *Suicide and Life-Threatening Behavior*: 25 (1), ss. 193-204.
- HOROWITZ, MARDI J., BRYNA SIEGEL, ARE HOLEN, GEORGE A. BONANNO, CONSTANCE MILBRATH, CHARLES H. STINSON (2003), 'Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder', *Focus. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*: 1 (3), ss. 290-298.
- JANUSZ, BERNADETTA, LUCYNA DROŹDŻOWICZ (2013), 'Śmierć i żałoba w rodzinie. Oddziaływania Terapeutyczne', *Psychiatria*: 2 (165), ss. 45-54.
- MITCHEL, ANN M., YOOKYUNG KIM, HOLLY G. PRIGERSON, MARY KAY MORTIMER-STEPHENS (2004), 'Complicated Grief in Survivors of Suicide', *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*: 25 (1), ss. 12-18.
- MITCHEL, ANN M., YOOKYUNG KIM, HOLLY G. PRIGERSON, MARY KAY MORTIMER (2005), 'Complicated Grief and Suicidal Ideation in Adult Survivors of Suicide', *Suicide and Life-Threatening Behavior*: 35 (5), ss. 498-506.

- PEARLMAN, ROBERT A, CLARISSA HSU, HELENE STARKS, ANTHONY L. BACK, JUDITH R. GORDON, ASHOK J. BHARUCHA, BARBARA A. KOENING, MARGARET P. BATTIN (2005), 'Motivations for physician-assisted suicide. Patient and family voices', *Journal of General Internal Medicine*: 20 (3), ss. 234-239.
- RANGE, LILLIAN M., LAWRENCE G. CALHOUN (1990), 'Responses Following Suicide and Other Types of Death: The Perspective of the Bereaved', *Journal of Death and Dying*: 21 (4), ss. 311-320.
- ROFF, SHERRI (2001), 'Suicide and the Elderly: Issues for Clinical Practice', *Journal of Gerontological Social Work*: 35 (2), ss. 21-36.
- SHEAR, M. KATHERINE, NAOMI SIMON, MELANIE WALL, SIDNEY ZISOOK, ROBERT NEIMEYER, NAIHUA DUAN, CHARLES REYNOLDS, BARRY LEBOWITZ, SHARON SUNG, ANGELA GHESQUIERE, BONNIE GORSACK, PAULA CLAYTON, MASAYA ITO, SATOMI NAKAJIMA, TAKAKO KONISHI, NADINE MELHEM, KATHLEEN MEERT, MIRIAM SCHIFF, MARY-FRANCES O'CONNOR, MICHAEL FIRST, JITENDER SAREEN, JAMES BOLTON, NATALIA SKRITSKAYA, ANTHONY D. MANCINI, APARNA KESHAVIAH (2012), 'Complicated grief and related bereavement issues for DSM-V', *Depression and Anxiety*: 28 (2), ss. 103-117.
- SVEEN, CARL-AKSEL, FREDRIK A. WALBY (2008), 'Suicide Survivors' Mental Health and Grief Reactions: A Systematic Review of Controlled Studies', *Suicide and Life-Threatening Behaviour*: 38 (1), ss. 13-29.
- SWARTE, NIKKIE B., MARIJE L. VAN DER LEE, JOHANNA G. VAN DER BOM, JAN VAN DEN BOUT, A. PETER M. HEINTZ (2003), 'Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross section study', *British Medical Journal*: 327, ss. 189-192.
- WAGNER, BRIGIT, VALERIE BOUCSEIN, ANDREAS MAERCKER (2011), 'The impact of forensic investigations following assisted suicide on post-traumatic stress disorder', *Swiss Medical Weekly*: 141, w:13284.
- WAGNER, BRIGIT, VALERIE KELLER, CHRISTINE KNAEVELSRUD, ANDREAS MAERCKER, (2011), 'Social acknowledgement as a predictor of post-traumatic stress and complicated grief after witnessing assisted suicide', *International Journal of Social Psychiatry*: 58 (4), ss. 381-385.
- WAGNER, BRIGIT, JULIA MÜLLER, ANDREAS MAERCKER (2012), 'Death by request in Switzerland: Posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide', *European Psychiatry*: 27, ss. 542-546.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (2018), 'International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)', online: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, [dostęp: 21.11.2020.]