

Anita Kwiatkowska

Uniwersytet Warszawski

a.mycak@uw.edu.pl

ORCID: 0000-0003-1404-1893

DEFINIOWANIE SAMOBÓJSTWA W GRUPACH MEDYCZNYCH I NIEMEDYCZNYCH – ANALIZA BADAŃ FOKUSOWYCH

1. SŁOWO SAMOBÓJSTWO W JĘZYKU POLSKIM

Na przestrzeni czasu słowo *samobójstwo* przeszło od wielowiekowej nieobecności w polszczyźnie, poprzez jednoznaczne językowe potępienie czynu, aż do zaleceń zastępowania tego wyrazu eufemizmami. W tekstach dawnej polszczyzny, tak jak w Piśmie Świętym, zachowywano powściągliwość we wspomnianiu o samobójstwie (Pawelec 2022: 11–13). Jeśli chodzi o samo słowo *samobójstwo*, to pojawia się ono w XVIII wieku. Jeden z pierwszych jego zapisów spotykamy w „*Monitorze Warszawskim*” z 1775 roku (Brudziak 2019: 25). Jest możliwe – zwłaszcza w obliczu popularności, zarówno w Europie, jak i w Polsce, *Cierpień młodego Wertera* Wolfganga von Goethego wydanych w 1774 roku – że wyraz ten stanowił kalkę z języka niemieckiego (ibidem).

Dokonując skróconego przeglądu (będącego pomocną ilustracją opisywanego słowa, a nie celem artykułu¹) definicji słownikowych, należy zauważyć, że wyraz *samobójstwo* nie był notowany aż do początku XIX wieku. Wystąpił wówczas w *Słowniku języka polskiego* autorstwa Bogumiła Lindego (Helios 2013; Pawelec 2022) jako ‘dobrowolne, z desperacji, jakimkolwiek sposobem sobie życia odjęcie’ obok innych form, tj. *siebiebójstwo*, *siebiebój*, *samokatca*. Niemal to samo znajdujemy w *Słowniku języka polskiego* tzw. wileńskim (1861) oraz w tzw. warszawskim (1900–1927). W drugim z nich dodano dwie formy: *samobójczyni* oraz *samobójczyć się*. *Słownik języka polskiego* pod redakcją Witolda Doroszewskiego (1997) określał *samobój-*

¹ Należy podkreślić, że przegląd wybranych słowników, przytaczanych terminów i ich wyjaśnień stanowi jedynie wprowadzającą do tematu próbę zarysu definiowania *samobójstwa*. W żadnym wypadku nie jest to przegląd kompletny ani nie jest on głównym celem niniejszego artykułu. Z tego też względu pominięto również historię i ocenę materiałów zawartych w przytaczanych źródłach.

stwo już jako ‘odebranie sobie życia, dobrowolne zabicie samego siebie’, tzn. bez dotychczasowej negatywnej oceny. Podobnie kolejne słowniki przełomu XX i XXI wieku mówiły m.in. o ‘odebraniu sobie życia’ (*Słownik języka polskiego* 1978–1981, red. Mieczysław Szymczak), ‘świadomym pozbawieniu się życia’ (*Słownik współczesnego języka polskiego* 1996, red. Bogusław Dunaj), ‘akcie świadomego odebrania sobie życia’ (*Praktyczny słownik języka polskiego* 2002, red. Halina Zgótkowa), ‘celowym odebraniu sobie życia’ (*Uniwersalny słownik języka polskiego* 2003, red. Stanisław Dubisz) czy ‘umyślnym spowodowaniu własnej śmierci’ (*Wielki słownik języka polskiego PAN* 2018, red. Piotr Żmigrodzki).

Jeśli chodzi o poszczególne człony polskiego słowa *samobójstwo*, rdzeń należy odnieść do *zabójstwa*, definiowanego jako ‘zabicie kogoś; przestępstwo polegające na pozbawieniu życia człowieka; morderstwo’ (Doroszewski 1997). Przedrostek *samo-*odwraca zaś kierunek czynności na samego siebie, a dodatkowo zawiera potwierdzenie wykonania jej samodzielnie, bez czyjejkolwiek pomocy. Pominięcie przywołania tych słów składowych zauważalne jest również we współczesnych zbiorach internetowych. *Słownik języka polskiego* (2024) podaje dwa znaczenia: ‘celowe odebranie sobie życia’ oraz metaforyczne ‘działanie na własną szkodę’. Z kolei *Internetowa encyklopedia PWN* (2024), używając bardziej naukowej terminologii, mówi o ‘celowym zachowaniu samodestrukcyjnym prowadzącym do śmierci biologicznej’. Widać tutaj brak starań o precyzyjne wyjaśnienie znaczenia poprzez odniesienie się do podstawy słowotwórczej. Podjęta zostaje za to próba zneutralizowania wydźwięku definicji – przez sformułowanie jej w sposób fachowy, opisowy czy eufemiczny.

W zależności od kierunku naukowego i przyjętej perspektywy badawczej w definicji *samobójstwa* zwraca się uwagę na odmienne uwarunkowania zachowań suicydalnych, czynniki przyczyniające się do samobójczych śmierci czy możliwości zapobiegawcze. Jako cztery główne kierunki badań nad samobójstwem jako zjawiskiem wymienia się: kierunek filozoficzno-teologiczny dotyczący głównie rozważań ontologicznych na temat podstaw bytu ludzkiego, możliwości rezygnacji z życia i etycznej oceny samego czynu (Cekiera 1975), kierunek kliniczny przyjmujący za podłoże samobójstwa stany patologiczne o wyraźnych symptomach choroby umysłowej czy zaburzeń psychicznych (Helios 2012), kierunek psychologiczny szukający przyczyn samobójstwa w oddziaływaniu na jednostkę określonych cech lub syndromów cech psychicznych kształtujących osobowość, emocje, wolę itp. (Pospiszyl 2009) oraz kierunek socjologiczny, w którym samobójstwo jest rozumiane jako skutek zbyt silnej presji czynników środowiskowych na jednostkę (Makara-Studzińska 2001).

Również dobór terminologii niejako charakteryzuje sposób postrzegania tego czynu przez daną społeczność, grupy czy instytucje. Przykładowo Światowa Organizacja Zdrowia (2023) posługuje się opisowymi sformułowaniami *umierać z powodu samobójstwa* (ang. *die due to suicide*), *odbierać sobie życie* (z ang. *take one’s own life*) czy *śmierć od samobójstwa* (z ang. *death from/by suicide*), podczas gdy w pol-

skim prawie jest mowa o *targnięciu się pokrzywdzonego na własne życie* (art. 190a § 3 k.k.; art. 207 § 3 k.k.; art. 352 § 3 k.k.). Komenda Główna Policji (2024) posługuje się z kolei terminem *zamach samobójczy*, który (co stanowi unikat na skalę światową) łączy samobójstwo z publiczną zbrodnią (zamachem terrorystycznym czy zamachem stanu). Analizując używane słowa, można zatem zaobserwować specyficzne połączenia wyrazowe czy podejście do tematu. Szczególnie istotne wydaje się dostrzeżenie różnic w doborze słów w języku mówionym, co w niniejszym artykule zostanie omówione w odniesieniu do wybranych grup zawodowych i społecznych.

2. O BADANIACH FOKUSOWYCH

Analizę społeczno-językowego obrazu samobójstw oparto na zogniskowanych wywiadach grupowych (z ang. *focused group interviews*), które polegają na gromadzeniu kilku uczestników (zwykle: od 6 do 8) w celu omówienia tematu będącego przedmiotem wspólnego zainteresowania ich samych oraz badacza (Morgan, Spanish 1984: 253). Technika ta umożliwia zbieranie danych ujawniających się spontanicznie w toku dyskusji, których badacz by nie przewidział i które nie pojawiłyby się w innych rodzajach wywiadów (Babbie 2004: 331). W ubiegłym wieku była popularna głównie w marketingu jako sposób pozyskiwania danych jakościowych na temat konkretnego produktu, usługi czy marki w drodze dyskusji w grupie, a w ostatnich dziesięcioleciach stała się również ważną częścią ustrukturyzowanych wywiadów jakościowych w naukach społecznych (ibidem).

Wywiady przeprowadzono w ramach międzynarodowego projektu *E-LifeLong Learning in Prevention of Suicide in Europe*², powstałego w odpowiedzi na zapotrzebowanie na programy zapobiegania samobójstwom. Celem projektu było stworzenie platformy e-learningowej dla studentów i nauczycieli akademickich na temat zapobiegania samobójstwom wraz z podręcznikiem i bezpłatną aplikacją samopomocową. W tym celu przeprowadzono 14 zogniskowanych wywiadów grupowych, w których wzięły udział m.in. grupy studenckie (kierunków takich jak dziennikarstwo, pielęgniarstwo, położnictwo, kierunek lekarski, ratownictwo medyczne)

² Przeprowadzenie badania metodą wywiadów fokusowych odbyło się w ramach międzynarodowego projektu *ELLIPSE E-LifeLong Learning in Prevention of Suicide in Europe* (co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union; project ID 2019-1-SE01-KA203-060571; project manager: Anna Baran MD, PhD, MBA) oraz (grup niemedycznych) za pozytywną zgodą Komisji Rektorskiej ds. Etyki Badań Naukowych z Udziałem Człowieka ws. zgodności projektu badania naukowego z zasadami etycznymi (45/2019). Wywiady ze studentami dziennikarstwa przeprowadzono w grudniu 2019 roku, a pozostałe ze studentami kierunków medycznych i specjalistami – w lutym 2020 roku. Badanie fokusowe odbywały się w formie stacjonarnej w kontrolowanych przestrzeniach badawczych (tzw. fokusowniach). Czas ich trwania wynosił między 90 a 120 minut. Za uprzednią zgodą badanych wywiady nagrywano za pomocą kamery, a następnie spisywano, anonimizując pozyskane dane.

i grupy specjalistów (tj. pracownicy naukowcy, chirurdzy i inni lekarze szpitala klinicznego, położne i pielęgniarki, psychiatry i inni pracownicy szpitala psychiatrycznego)³. Tak szerokie spojrzenie pozwoliło nie tylko na wielostronne rozpoznanie problemu, lecz także, w ramach analizy materiału badawczego, na obserwację języka mówionego w różnych grupach.

Wśród wpisanych w projekt celów prowadzonych badań fokusowych należy wskazać m.in. podnoszenie świadomości na temat problemu samobójstwa i potrzeby działań prewencyjnych (ogólnie), wytyczenie zakresów wiedzy (suycydologicznej oraz związanej z prewencją) studentów w zależności od określonego zawodu czy weryfikację treści projektowanych programów e-learningowych. Główne obszary tematyczne poruszane w czasie wywiadów dotyczyły definiowania pojęć związanych z suycydologią i prewencją samobójstw, identyfikowania przyczyn tych zjawisk, rozpoznania zachowań samobójczych i zapobiegania samobójstwom oraz rozpoznawania problemów charakterystycznych dla danej grupy zawodowej.

Jednym z kluczowych elementów okazało się pytanie o to, jak poszczególne grupy rozumieją pojęcie samobójstwa. Ponadto pytano również m.in. o *próbę samobójczą, kryzys samobójczy, zachowanie samobójcze*, a także o ich społeczne postrzeganie. Choć kwestie poruszane przez moderatora wywiadu nakierowywały jego uczestników na tematykę samobójstw i ich prewencji, to swobodna forma dyskusji pozwoliła zaobserwować różnorodność używanych słów (synonimów, epitetów) i ich wydźwięku.

3. POSTRZEGANIE SAMOBÓJSTWA W GRUPACH NIEMEDYCZNYCH

Wywiady fokusowe w grupach studentów dziennikarstwa i młodych dziennikarzy stanowiły jedyne rozmowy z osobami niezwiązanymi z szeroko pojętą medycyną. Badani wykazali się zaskakująco dobrą umiejętnością definiowania podstawowych pojęć dotyczących samobójstwa, kryzysu, zachowania, próby samobójczej itp. Choć jednostkowe odpowiedzi były niepełne, to kolejne głosy w grupie pobudzały do dyskusji, co w konsekwencji prowadziło do ujawniania szerokiej wiedzy kolektywnej. Przykłady mogą stanowić rzeczowe rozmowy m.in. o różnicy między bezpośrednim a pośrednim zamiarem popełnienia samobójstwa, społecznej stygmatyzacji tego aktu czy kulturowym romantyzowaniu samobójstw, które grupy podejmowały z własnej inicjatywy. Ponadto znajomość przyczyn samobójstw i sygnałów ostrzegawczych wśród badanych wydaje się powierzchowna, acz wielopłaszczyznowa:

³ Przeprowadzono: 4 wywiady grupowe ze studentami kierunków medycznych w wieku od 22 do 27 lat, w których udział wzięło łącznie 31 osób, 5 wywiadów grupowych ze studentami dziennikarstwa w wieku od 23 do 27 lat, w których udział wzięły łącznie 33 osoby oraz 5 wywiadów grupowych ze specjalistami w wieku od 34 do 59 lat, w których udział wzięło łącznie 38 osób.

w ramach przykładów odwoływano się do sytuacji różnych państw (nawet tak odległych jak Japonia, Korea czy Grenlandia) oraz aktualnych danych statystycznych. W różnych grupach przywoływano kilka tych samych tekstów kultury: *Cierpienia młodego Wertera*, *Romeo i Julia*, serial *13 powodów* oraz polski film *Sala samobójców*. Przykłady te były rozważane jednocześnie jako pozytywne – ze względu na poruszanie tematu, którego zwykle brakuje w publicznej dyskusji – oraz negatywne – ze względu na fabułę, wykonanie i przekaz, które mogą ostatecznie „zachęcać do odbierania sobie życia”⁴.

Dyskusje między poszczególnymi uczestnikami wywiadu w tych grupach często prowadziły do tematu depresji (mimo braku pytania o nią ze strony moderatora), zwykle ujawniającego się jako nietrafny przykład zachowania samobójczego. Konkluzja zawsze była jednak taka, że depresja nie jest równoznaczna z samobójstwem. Często wskazywano także na niski poziom opieki specjalistycznej w Polsce, która (zdaniem badanych) jest zwykle nieskuteczna lub droga. Rozpoznanie pomocy instytucjonalnej w tej grupie należy określić jako bardzo słabe – brak znajomości nazw instytucji, numerów telefonów czy adresów miejsc, w których można byłoby szukać wsparcia. Wskazano jednak, że jest możliwość uzyskania pomocy w ramach uczelni, a o wsparciu dla osób spoza niej szukano by informacji w internecie.

Pod względem językowym dominowała forma eufemiczna *odebrać sobie życie*, np. w wypowiedziach: „Samobójstwo to jest celowe zazwyczaj albo też pod wpływem jakiś emocji, ale w każdym razie samemu odebranie sobie życia” czy „Odebranie sobie życia to jest samobójstwo, a próba odebrania sobie życia, to jest próba samobójcza”. Zaledwie kilkakrotnie w ciągu godzinnych rozmów użyto innych synonimów typu: *targnięcie się na swoje życie*, *śmierć samobójcza*, *impuls*, *tragedia* czy najbardziej ogólne – *zrobić to* (np. „powiedział, że to zrobi i zanim to zrobił, to oczywiście go uratowali. Parę lat później skutecznie to zrobił”). Obok *samobójstwa* pojawiały się słowa dotyczące:

- sprawczości – podkreślenia słów jak np. „samemu”, „z własnej woli”, „czy to zawsze jest uświadomione”, „nie do końca wiesz, nie panujesz nad tym”;
- przyczyny – tj. „wpływu jakiś emocji”, „osoba nie była zdecydowana”, „biorąc codziennie dawkę jakiegoś twardego narkotyku, jesteś w stanie przewidzieć, że może się to skończyć źle”;
- skutku – „skutecznie” lub „nieskutecznie”, czy czynność „dokonana” a „niedokonana”, który włączano w definicje prawie wyłącznie przy omawianiu próby

⁴ Cytaty pojawiające się w niniejszym artykule stanowią zapis wypowiedzi badanych ujęty w formie transkrypcji edytowanej (zapis wypowiedzi z pominięciem zbędnych elementów takich jak odgłosy, np. zająknięcia, westchnienia). Znaki interpunkcyjne pochodzą od osoby spisującej nagrania, odzwierciedlają słyszalne pauzy. Pozyskany w ten sposób materiał badawczy nie służył analizie interpunkcji, ortografii czy fonetyki – skupiono się na poruszanych wątkach, kontekście i intencji wypowiedzi badanych.

samobójczej, dla podkreślenia różnicy od czynu dokonanego, np. „Próba samobójcza to jak nie wyjdzie samobójstwo. Nie dojdzie do zgonu”, „instykt otrzymał od życia, że boi się, żeby po prostu przestał”, „osoba nie była zdecydowana albo jakiś moment zrozumiał”, „zazwyczaj przed samobójstwem są próby samobójcze, które są takim wołaniem, i krzykiem o to, że coś jest nie tak, potrzebuję pomocy”.

Połączenia wyrazowe ze słowem *samobójstwo* wystąpiły jedynie w odwołaniu do tematów społecznych i kulturowych; m.in. mówiono o: *skali samobójstw*, *masie samobójstw*, *misji samobójczej* (na tle wojska i historycznych wątków), *gloryfikacji samobójstwa* czy *romantyzowaniu samobójstwa* (w kontekście literatury i seriali), a także *scenie samobójstwa* (w kontekście filmu). Słowa dotyczące społecznego współczucia, akceptacji czy wręcz chwalenia samobójstwa pojawiały się nie tylko w związku z historią, wojskiem, literaturą czy kinematografią, lecz także gdy mówiono o widocznym powodzie do popełnienia samobójstwa. Jednak zaznaczano również, że samobójstwo bez zauważalnego powodu jest w społeczeństwie kojarzone z tchórzostwem, egoizmem i słabością. Badani nie utożsamiali się z takim postrzeganiem, ale uważali, że jest ono powszechne wśród osób starszych od nich, szczególnie pochodzących z małych miejscowości.

4. POSTRZEGANIE SAMOBÓJSTWA W STUDENCKICH GRUPACH MEDYCZNYCH

Analiza zogniskowanych wywiadów grupowych wśród studentów kierunków medycznych (tj. pielęgniarstwo, położnictwo i fizjoterapia, kierunek lekarski, ratownictwo medyczne) wskazuje na szereg wyraźnych różnic w porównaniu do grup niemedycznych. Dało się zauważyć, że grupy medyczne umiały nazwać opisywane zjawiska przy użyciu fachowych słów typu: *autoagresja*, *zaburzenia*, *okaleczanie*, *zagrożenie życia*, *czynnik spustowy*, *czynnik wyzwalający*, *prognostyk*, *metody strzału ostrzegawczego*, *wykładnik poprawy*, *objawy*, *sygnały*, *pomoc suicydalna*, *terapia*. Pojawiły się wątki eutanazji, samobójstwa wspomaganego oraz potrzeby pomocy rodzinie mierzącej się ze stratą. Mówiąc o społecznym postrzeganiu samobójstwa, zwracano uwagę, że osoby starsze mogą wykazywać się niezrozumieniem dla depresji i myśli samobójczych, szczególnie w odniesieniu do młodych pokoleń (np. „spotkałam się z wieloma opiniami starszych ludzi, którzy twierdzą, że »no chce się zabić, bo wydziwia, bo mu się nudzi w życiu, bo ma za dużo czasu«”). Podobieństwo poglądów w tych kwestiach mogło wynikać ze zbliżonego wieku badanych. Nie przywoływano kontekstów innych państw czy dzieł literackich.

Tak jak w fokusowych grupach niemedycznych, również tutaj pojawiały się wątki depresji, głównie w odniesieniu do jej wszechobecności w internecie. W tym kon-

tekście kilkakrotnie obwiniano media (tzw. tradycyjne oraz społecznościowe), które zdaniem badanych wypaczają obraz zadbanego wyglądu, sukcesu zawodowego czy szczęśliwego życia, prowadząc tym samym do niezadowolenia, kompleksów i stanów depresyjnych u odbiorców. Co więcej, podczas dwóch wywiadów postulowano ograniczenie dzieciom dostępu do platform społecznościowych. W każdej z grup fokusowych z osobami z kierunków medycznych wielokrotnie mówiono o potrzebie edukacji z zakresu zapobiegania samobójstwom nawet wśród uczniów szkół podstawowych, co wskazuje na większą świadomość konieczności działań prewencyjnych. Poruszając wątek społecznego postrzegania prób samobójczych, badani wskazywali, że większość osób traktuje je jako słabość i próbę zwrócenia na siebie uwagi. Wśród powodów niezgłaszania się po pomoc medyczną w sytuacji kryzysowej grupy nie-medyczne wymieniały niezadowalającą opiekę psychiatryczną w Polsce, podczas gdy grupy medyczne wskazywały na niezrozumiały (dla nich) wstyd, przez który niektóre osoby potrzebujące porady specjalisty wzbraniają się przed zasięgnięciem jej (np. „Ja też tego nie rozumiem dlatego to jest wstydliwe dla niektórych osób żeby iść do psychologa”). Rozpoznanie pomocy instytucjonalnej było szersze niż we wcześniej omawianych grupach. Wymieniano: infolinie, psychiatrów, psychologów, centra sytuacji kryzysowych, pomocowe organizacje na uczelniach. Jedynie w tym wywiadzie padły konkretne nazwy kilku podmiotów.

Grupy medyczne, mówiąc o samobójstwie, nigdy nie sięgały po eufemizmy, wyrażenia opisowe czy oceniające przymiotniki. Zawsze używano jedynie słowa *samobójstwo* lub (rzadko) *zgon*, a w przypadku potrzeby podania czasownika stosowano zwrot *popęłnić samobójstwo*. Przy definiowaniu samobójstwa i prób samobójczych zwracano uwagę tylko na dokonanie czynności, m.in.:

- „Samobójstwo to już jest ten aspekt dokonany, tak, czyli coś co osoba popęłniła z faktycznym realnym skutkiem. A próba samobójcza... no to jest jak sama nazwa wskazuje – próba dokonania tego aspektu”;
- „Samobójstwem można określić wszystkie te czynności, które człowiek zadał sobie tyle szkody, że już może umrzeć i nie jest ważne czy dało się kogoś uratować, czy doszło do zgonu to można to określić jako samobójstwo a nie próba, nawet jeżeli udało się go uratować. No a próba samobójcza to powiedziałabym, że takie czynności, które mogłyby prowadzić do samobójstwa, ale człowiek powstrzymał siebie sam”.

Połączenia wyrazowe ze słowem *samobójstwo* wystąpiły jedynie przy przytaczaniu określeń medycznych typu: *tendencje samobójcze*, *zagrożenie samobójstwa*, *myśli samobójcze*, *akty samobójcze*, *nieodwracalność samobójcza*, *kryzys samobójczy*, *samobójstwo wspomagane*, *samobójstwo rozszerzone*. Więcej różnorodnych wyrażeń pojawiło się przy opisie zachowania samobójczego: „realne zagrożenie życia”, „ta osoba może skrzywdzić samą siebie”, „dąży do tego, aby popęłnić samobójstwo”, „wszystkie zachowania, które prowadzą do tego samobójstwa”, „stan

umysłu, to jest takie poczucie tej osoby, że ona nie wie w którą stronę ma się odwrócić, żeby sobie pomóc. Ja bym to określiła jako taka klatka umysłowa”, „jest już jakiś krok do samobójstwa”. Zwroty i określenia stosowane przez studenckie grupy medyczne były precyzyjniejsze niż u grup niemedycznych, a także bezpośrednie i nieoceniające. Mówiąc natomiast o rozpoznaniu i zapobieganiu, przyjmowano schemat przyczynowo-skutkowy i, posługując się zwięzłymi wytycznymi, tworzone ścieżkę postępowania, np. „Na pewno być z nią. Trzeba usiąść i porozmawiać na spokojnie gdzieś. No i po pierwsze zapytać jaki problem, dlaczego w ogóle ta myśl przez tą osobę przyszła, czy to się już powtarzało kiedyś [...]”.

5. POSTRZEGANIE SAMOBÓJSTWA W MEDYCZNYCH GRUPACH SPECJALISTÓW

W grupach specjalistów (tj. pracownicy naukowcy, chirurdzy i inni lekarze szpitala klinicznego, położne i pielęgniarki, psychiatrzy i inni pracownicy szpitala psychiatrycznego) rozmowy sprowadzały się do praktycznego ujmowania tematu przez wzgląd na liczne sytuacje, z którymi badani spotkali się w swojej karierze zawodowej. Temat samobójstw rozszerzano o różnorodne wątki – w szczególności chorób, schorzeń, zaburzeń i sytuacji charakterystycznych dla konkretnego zawodu. W zależności od grupy zawodowej wskazywano m.in. na: choroby terminalne, choroby nowotworowe, depresje, depresje poporodowe, baby blues, psychozy, zaburzenia osobowości itp. W trakcie każdego wywiadu badani podkreślali, że te konkretne wątki znacząco różnią się od siebie, co uniemożliwia uogólnienia i standaryzacje. Psychiatrzy mówili ponadto o konieczności indywidualnego podejścia, m.in. „nie ma takiego schematu jednego”, „każdy przypadek jest indywidualny i wymaga różnorodności podejścia od nas”, „naprawdę ja nie miałam dwóch takich samych przypadków w swojej wieloletniej karierze żeby się wpisywało w taki sam [schemat]”.

Skupiano się głównie na ocenie sytuacji przez szerokie i złożone rozpoznanie problemów domnianego pacjenta lub problemów zauważonych w społeczeństwie. Nierzadko służyły temu liczne wyliczenia, takie jak: „trzeba pacjenta rozpoznać i jego ogólnie zasoby na przykład rodzina, ogólnie jego środowiska, jego intencje, możliwości [...] intelektualne. Wywiad po prostu zebrać”. Zwykle powracano do wątków odpowiedniego rozpoznawania zagrożenia, zwrócenia uwagi na potrzeby pacjenta, uczulania społeczeństwa na różne problemy czy nielekceważenia sygnałów ostrzegawczych. Często udzielano konkretnych wskazówek, które pomogłyby nieprofesjonalistom w kontakcie z osobą w kryzysie („jeżeli ktoś zwraca się do mnie czy do jakiejś osoby z problemem, że ma myśli samobójcze, to jest to już jakby [mówił] »Szukam u ciebie pomocy«”).

Podobnie jak studenckie grupy medyczne, specjaliści prawie zawsze posługiwali się jedynie słowem *samobójstwo*, a w przypadku potrzeby podania czasownika uży-

wano słowa *popętnić*. Próby definiowania różnych pojęć zostały zastąpione przez praktyczne wytyczne i opis różnych sytuacji, których rzeczywiście doświadczone. Dominowało cytowanie całych zdań, które badani usłyszeli od swoich pacjentów lub które potencjalnie mogliby od nich usłyszeć, jak np. „chętnie bym umarł”, „mam różne myśli”, „Ja się zabiję”, „Ja się powieszę”, „Nie chcę żyć”, „zabijcie mnie”, „niech mi pani coś wstrzyknie” itp. Bardzo często powracał temat myśli samobójczych, przy których mówiono o rozważaniu przez osobę w kryzysie zdań typu: „czy żyć czy umierać”, „wątek zakończenia życia”, „pożegnanie z życiem”. Nierzadko puentowano wypowiedzi konkretnymi wskazówkami, jak można by się zachować w rozmowie z osobą w kryzysie, np.: „Gdy ktoś [...] mówił »mam różne myśli« warto wtedy wejść i powiedzieć »jakie?« albo wprost zapytać: »czy myślałaś o samobójstwie, o odebraniu sobie życia?«”. Dobór eufemicznych i opisowych sformułowań występował w tej grupie jedynie w momencie naśladowania potencjalnej rozmowy z pacjentem.

Połączenia wyrazowe ze słowem *samobójstwo* występowały niezwykle rzadko – tylko jako precyzyjne terminy (np. *myśli samobójcze*, *ryzyko samobójcze*) lub w odniesieniu do prewencji (np. *zapobieganie samobójstwom*, *pomoc osobie po próbie samobójczej*) czy rzeczywistych intencji (np. „osoba, która faktycznie chciała popełnić samobójstwo”). Przy tym ostatnim wątku czasem podkreślano, że niektóre osoby symulują próby samobójcze, szantażując nimi innych, jednak i te przypadki należy traktować poważnie („musimy czujność zachować, bo to nigdy nie wiadomo kiedy demonstracja stanie się faktem, bo może się stać nawet nie chcąc”). Warto także zauważyć, że w całym badaniu jedynie w grupach specjalistów kilkakrotnie użyto słowa *samobójca*, a także podawano sposoby popełnienia samobójstw. Trudniejsze słowa starano się natomiast mimochodem tłumaczyć (np. „wyczulenie na symptomy, czyli co może świadczyć o tym, że ktoś ma takie myśli”). Dało się zauważyć, że grupy te starały się odpowiednio dobierać słownictwo, tak aby fachowa terminologia nie doprowadziła do niezrozumienia.

6. OD PODSUMOWANIA DO PREWENCJI

Dzięki możliwości obserwacji naturalnej interakcji społecznej między uczestnikami badań fokusowych udało się zrekonstruować głęboko zakorzenione sposoby myślenia i postrzegania zjawisk w kontrolowanych badawczo warunkach. Schemat niewymuszonej rozmowy (ale podtrzymywanej pytaniami moderatora) sprzyjał poznaniu społecznego i językowego obrazu samobójstwa oraz ujawnieniu emocji zawartych w poszczególnych zwrotach i doborze słów w ramach interstymulacji grupowej. Dobór słów i tematów oraz sposób definiowania samobójstwa i zagadnień z nim związanych odzwierciedlał stan wiedzy o suicydologii oraz ukrywane emocje i postawy.

Stosowanie licznych rozmywających znaczenie słów jako synonimów dla *samobójstwa* w grupach niemedycznych było najbliższe definiowaniu tego terminu we współczesnych słownikach (zob. *Słownik języka polskiego* 2024). Może to pośrednio wskazywać na społeczne tendencje do językowej neutralizacji słów stresujących, obciążonych dużym ładunkiem emocjonalnym. Dodatkowo warto zwrócić uwagę na rozwój wątków i ich dobór tematyczny w trakcie wywiadów: jedynie grupy niemedyczne szeroko odwoływały się do innych kultur, literatury, historii i kinematografii. Być może nie tylko było to związane ze studiowanym kierunkiem, lecz także pozwalało zrzucić emocjonalny ciężar aktu samobójczej śmierci poprzez jego zamianę na kulturowy motyw.

Ponadto wywiady z osobami niezwiązanymi z kierunkami medycznymi pokazały dużą chęć rozmów o samobójstwie, w szczególności o przyczynach i zapobieganiu, oraz zaskakująco dobrą kolektywną intuicję w definiowaniu nieznanych terminów suicydologicznych. Mimo że omawiane zjawisko spotkało się z dużym zrozumieniem, bez względu na przyczynę, płeć czy wiek, to odnotowano również użycie niewłaściwych i niezalecanych słów. Ze względu na brak znajomości terminów i procedur medycznych nagminnie stosowano słowa odnoszące się do skutku, np. mówiono, że próba samobójcza to nieskuteczne lub niedokonane samobójstwo. Używanie określeń typu *skuteczne/nieskuteczne, dokonane/niedokonane czy (nie) zakończone sukcesem* uważa się bowiem za niewłaściwe ze względu na ich antyprewencyjność. Mimo że kontekst rozmów ani razu na to nie wskazywał, to na poziomie językowym takie sformułowania niewłaściwie przedstawiają tragiczny akt śmierci jako osiągnięcie lub coś pozytywnego (CAMH 2023). Zamiast nich proponuje się stosowanie sformułowań typu: *śmiertelna lub niezakończona śmiercią próba samobójcza, zmarł(a) w wyniku samobójstwa lub przeżył(a) próbę samobójczą czy śmiertelne lub nieśmiertelne zachowanie samobójcze* (CAMH 2023).

Grupy medyczne, mówiąc o samobójstwach, nie stosowały prawie żadnych przymiotników czy określeń oceniających – zamiast nich posługiwały się precyzyjnymi terminami, m.in. z zakresu suicydologii. Pomimo tego, że badane grupy studentów kierunków medycznych zgodnie deklarowały, że samobójstwom poświęconych było maksymalnie kilka jednostek zajęć, śmiałość używania przez nich słowa *samobójstwo* wskazywała na większą gotowość do rozmowy o śmierci niż w przypadku studentów kierunków społecznych. Może to być wynikiem potrzeby uodpornienia na społecznie trudne tematy, potencjalnie wpisane w przyszłe zawody studentów kierunków medycznych. Nie szukali więc oni synonimów, zamienników, kilkakrotnie powtarzali w swoich wypowiedziach ten sam precyzyjny termin.

Specjaliści medyczni, zamiast podejmowania prób definicji, opierali swoje wypowiedzi na konkretnych przykładach, tzn. opowiadali zrozumiałym językiem o różnych sytuacjach, a nawet cytowali fragmenty rozmów z pacjentami. Możliwie często unikali fachowych zwrotów lub obrazowo je tłumaczyli. Wydaje się, że wynika to

z wieloletniej praktyki zawodowej, która pozwoliła badanym na swobodne dobieranie zrozumiałych słów, sformułowań, przykładów, wielu wtrąceń z mowy potocznej, tak by jak najefektywniej wytłumaczyć nieprofesjonalistom złożone zależności. Należy jednak wyraźnie podkreślić, że ze wszystkich trzech badanych grup to właśnie specjaliści używali najsilniej nacechowanych emocjonalnie przykładów i wyrażań. Przykładowo jedynie oni kilkakrotnie posłużyli się słowem *samobójca* oraz podawali sposoby popełnienia samobójstw, co może wynikać z trudnych sytuacji, których bezpośrednio lub pośrednio byli świadkami, a które pozwoliły im na swobodniejsze używanie takich wyrazów w języku mówionym.

Obie grupy medyczne, szukając czasownika do połączenia z *samobójstwem*, wybierały słowo *popęłnić*, które jest pozornie neutralne. Według wytycznych prewencyjnych nie powinno się go jednak używać, gdyż niewłaściwie kojarzy ono samobójstwo z grzechem (z ang. *commit a sin*) lub przestępstwem (z ang. *commit a crime, commit murder*), wzmacniając przekonanie, że jest to samolubny czyn o charakterze osobistego wyboru (CAMH 2023; Spencer-Thomas 2021). W języku polskim można je także niekorzystnie kojarzyć np. z błędem (*popęłnić błąd*). Zaleca się używanie zamiast niego określeń pomagających pozbyć się elementu wstydu czy winy, np.: *utracenie życia w wyniku samobójstwa, śmierć samobójcza, śmierć spowodowana samobójstwem* (CAMH 2023).

Wprowadzenie zaproponowanych powyżej określeń do niespecjalistycznego języka mówionego może jednak okazać się sporym wyzwaniem, zwłaszcza zważywszy na ich nieekonomiczną długość. Istnieje również ryzyko, że ewolucja języka w niedalekim czasie wyprze zaproponowane terminy na rzecz bardziej adekwatnych do nowej rzeczywistości. Niemniej warto podjąć ten trud, ponieważ stosowanie zalecanych zwrotów, przy jednoczesnym unikaniu tych niewłaściwych, wpływa na zmniejszanie się ryzyka samobójstwa (Spencer-Thomas 2021). Zgodnie bowiem z koncepcją językowego obrazu świata (zob. Bartmiński 2006; Piekot 2008) język nie tylko interpretuje rzeczywistość, lecz także ma moc wpływania na nasze zachowania wobec niej. Warto z tej mocy skorzystać, szczególnie, gdy może to zaważyć na ludzkim życiu.

Bibliografia

- Babbie, E. 2003. *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bartmiński, J. 2006. *Językowe podstawy obrazu świata*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Brudziak, K. 2019. *Samobójstwo w prawie polskim*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- CAMH. 2023. *Words matter. Learning how to talk about suicide in a hopeful, respectful way has the power to save lives*. Online: <https://www.camh.ca/-/media/files/words-matter-suicide-language-guide.pdf> [dostęp: 25.02.2024].

- Cekiera, C.M. 1975. *Etiologia i motywacja usiłowań samobójstw. Studium psychologiczne*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Doroszewski, W. red. 1996–1997. *Słownik języka polskiego*, t. 1–11. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dubisz, S. red. nauk. 2003. *Uniwersalny słownik języka polskiego*, t. 1–4. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dunaj, B. red. 2000–2004. *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 1–5. Kraków Wydawnictwo SMS.
- Helios, J. 2013. Prawo do śmierci – uwagi na kanwie rozważań o samobójstwie. *Wrocławskie Studia Erasmiana Wratislaviensia* 7, s. 13–33.
- Internetowa encyklopedia PWN*. Online: <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/samobojstwo;3971663.html> [dostęp: 25.02.2024].
- Karłowicz, J. i in. 1900–1927. *Słownik języka polskiego* (tzw. Słownik warszawski), t. 1–8. Warszawa: Nakł. prenumeratorów i Kasy im. Mianowskiego.
- Komenda Główna Policji 2024. Online: <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> [dostęp: 25.02.2024].
- Makara-Studzińska, M. 2001. Wybrane zagadnienia z problematyki suicydologii. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia* 17, s. 219–231.
- Morgan, D.L., Spanish, M.T. 1984. Focus Groups: A new Tool for Qualitative Research. *Qualitative Sociology* 7 (3), s. 253–270.
- Pawelec, R. 2022. Od tabu i prewencji do romantyzmu i permissywności – samobójstwo w historii języka polskiego i powieściach historycznych Henryka Sienkiewicza. *Przegląd Humanistyczny* 1 (476), s. 7–28.
- Piekot, T. 2008. *Język w grupie społecznej. Wprowadzenie do analizy socjolektu*. Wałbrzych: Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej.
- Pospiszyl, I. 2009. *Patologie społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Słownik języka polskiego PWN*. Online: <https://sjp.pwn.pl/sjp/samobojstwo;2519017.html> [dostęp: 25.02.2024].
- Spencer-Thomas, S. 2021. *Language Matters: Why We Don't Say "Committed Suicide"*. Online: <https://www.irmi.com/articles/expert-commentary/language-matters-why-we-dont-say-committed-suicide> [dostęp: 25.02.2024].
- Szymczak, M. red. 1978–1981. *Słownik języka polskiego*, t. 1–3. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Światowa Organizacja Zdrowia 2023. *Suicide*. Online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> [dostęp: 05.06.2024].
- Zdanowicz, A. i in. 1861. *Słownik języka polskiego* (tzw. Słownik wileński), cz. 1–2. Wilno: M. Orgelbrand.
- Zgółkowska, H. 1994–2005. *Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny*, t. 1–50. Poznań: Wydawnictwo Kurpisz.
- Żmigrodzki, P. red. 2007–. *Wielki słownik języka polskiego PAN*. Online: <https://wsjp.pl/> [dostęp: 25.02.2024].

***Defining suicide in medical and non-medical groups:
A report from focus group interviews***

Summary

Nowadays, the socio-cultural image of suicide indicates a greater acceptance of the act, as well as its linguistic neutralization. The discernible differences with respect to word-formation and definitions used in the spoken language seem to be particularly significant. The paper discusses this issue in relation to groups of students of medical studies (nursing, midwifery, medicine, emergency medical services), social studies (journalism) and specialists (academic employees, doctors, midwives and nurses, psychiatrists, psychiatric hospital employees). The analysis of attitudes towards suicide exhibited in spoken language was based on focus group interviews, which enabled the reconstruction of deeply rooted ways of thinking and perceiving phenomena in research-controlled conditions. The choice of words, topics, and the way of defining suicide, as well as related issues, reflected the state of knowledge about suicidology and (underlying) emotions or attitudes.

Keywords: prevention – suicide – suicide attempt – language – linguistic worldview – focus group interview.

Adj. Marta Falkowska