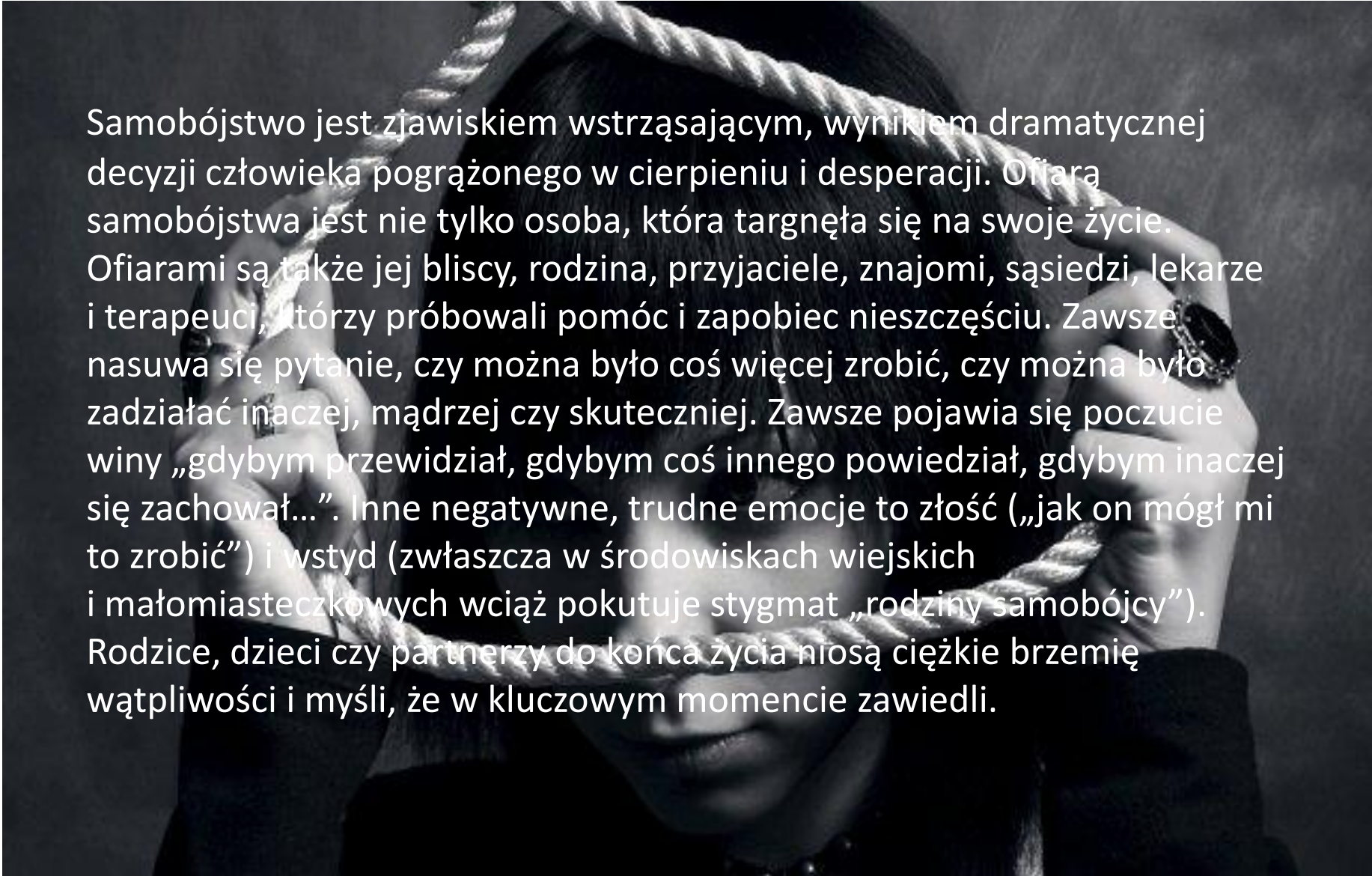




Samobójstwo



Psycholog – Konsultant dowódcy
ds. profilaktyki psychologicznej
Magdalena Michalak - Mierczak



Samobójstwo jest zjawiskiem wstrząsającym, wynikiem dramatycznej decyzji człowieka pogrążonego w cierpieniu i desperacji. Ofiarą samobójstwa jest nie tylko osoba, która targnęła się na swoje życie. Ofiarami są także jej bliscy, rodzina, przyjaciele, znajomi, sąsiedzi, lekarze i terapeuci, którzy próbowali pomóc i zapobiec nieszczęściu. Zawsze nasuwa się pytanie, czy można było coś więcej zrobić, czy można było zadziałać inaczej, mądrzej czy skuteczniej. Zawsze pojawia się poczucie winy „gdybym przewidział, gdybym coś innego powiedział, gdybym inaczej się zachował...”. Inne negatywne, trudne emocje to złość („jak on mógł mi to zrobić”) i wstyd (zwłaszcza w środowiskach wiejskich i małomiasteczkowych wciąż pokutuje stygmat „rodziny samobójcy”). Rodzice, dzieci czy partnerzy do końca życia niosą ciężkie brzemię wątpliwości i myśli, że w kluczowym momencie zawiedli.

- Z kolei nieudana próba samobójcza pozostawia bliskim brzemie lęku i odpowiedzialności, które może zaburzać komunikację pomiędzy osobą chorą a rodziną. Jednocześnie otoczenie osoby cierpiącej, będącej w kryzysie i zagrożonej samobójstwem, odgrywa kolosalną rolę w zapobieganiu nieszczęściu, w zapewnianiu wsparcia i niesieniu nadziei na przyszłość.
- Stąd wiedza na temat zachowań samobójczych jest istotna nie tylko dla profesjonalistów (lekarzy, psychologów, psychoterapeutów), ale i dla szerokiego grona osób wrażliwych na cudze problemy, gotowych nieść pomoc i wspierać w trudnych chwilach życia czy w końcu zmuszonych do konfrontowania się z depresją i poczuciem beznadziejności u kogoś bliskiego.

Co to są zachowania samobójcze?

- Dokonane samobójstwo jest skrajną formą szerokiej gamy zachowań o charakterze autodestrukcyjnym. Uważa się, że do tych ostatnich należą różne **pośrednie zachowania**, jak świadome i celowe narażanie się na niebezpieczeństwo i zagrożenie życia, samookaleczenia, „kpienie sobie” ze śmierci (np. niektóre sporty ekstremalne, zachowania ryzykowne). Na końcu **zachowań bezpośrednich** znajdują się **pośrednie myśli o śmierci** (np. rozważania na temat bezsensu życia, myśli rezygnacyjne, snucie marzeń o zachorowaniu na jakąś nieuleczalną chorobę czy o ulegnięciu wypadkowi). Kolejnym zjawiskiem są **myśli samobójcze**. Wiążą się one z planowaniem działań, rozważaniem odpowiedniego sposobu, fantazjowaniem na temat tego, co będzie „potem” (np. wyobrażenia pogrzebu, reakcji otoczenia, „życia po życiu” itp.). Myślom takim bliskie jest pojęcie **tendencji samobójczych**, kiedy to wyobrażenia są połączone z konkretnym planem ich realizacji, przygotowywane są narzędzia (np. zaopatrzenie się w mocny sznur, zbieranie leków i substancji toksycznych itp.). Tendencje samobójcze mogą i często prowadzą do **próby samobójczej**, która w tragicznych okolicznościach może zakończyć się **samobójstwem dokonanym**. Najbardziej dramatyczną formą zachowania samobójczego jest tzw. **samobójstwo rozszerzone**, kiedy to człowiek odbierając sobie życie, postanawia „zabrać ze sobą” osoby z otoczenia. Takie – na szczęście bardzo rzadkie – sytuacje są często wynikiem skrajnie chorobowo zmienionego myślenia (np. matka jest przekonana o ciężkiej chorobie dziecka, czekającym je cierpieniu, nędzy, katastrofie, uważa, że śmierć jest najlepszym rozwiązaniem i pomocą dla niego).
- Warto zwrócić uwagę, że droga od pośrednich myśli samobójczych do odebrania sobie życia nie jest drogą jednokierunkową, bez odwrotu. W każdym momencie można pomóc, można zmienić decyzję człowieka, można przywrócić mu chęć życia.

Próba samobójcza a samobójstwo

- Na szczęście próby samobójcze najczęściej nie kończą się śmiercią. Są wyrazem bezradności człowieka wobec problemów życiowych, wołaniem o pomoc – często nieświadomym. Czasem mają wstrząsnąć otoczeniem, spowodować zmianę czyjegoś zachowania, przynieść jakieś korzyści (nie wolno jednak zapominać, że tego typu próba samobójcza też może „pechowo” być skuteczna). Czasem desperacja i rzeczywista chęć odebrania sobie życia jest duża, ale wybrany sposób jest, szczęśliwie, mało skuteczny lub pomoc zjawia się wystarczająco wcześnie. Dlatego też próby samobójcze zdarzają się wielokrotnie częściej niż samobójstwa dokonane. Dane szacunkowe wskazują, że w populacji ogólnej jedna śmierć samobójcza przypada na **10–20** prób. Inaczej wygląda to wśród pacjentów z poważnymi chorobami psychicznymi. Tu stosunek prób samobójczych do samobójstwa dokonanego wynosi **3–5:1**, co świadczy o większej determinacji i wyborze skuteczniejszej metody. Okazuje się również, że ten stosunek jest mniej korzystny u mężczyzn niż u kobiet (kobiety znacznie częściej podejmują próby samobójcze, mężczyźni – częściej rzeczywiście odbierają sobie życie). Odgrywa tu rolę wybór sposobu. Mężczyźni w Polsce najczęściej usiłują się powiesić (w Stanach Zjednoczonych – używają broni palnej), kobiety natomiast próbują zażyć dużą ilość leków. Często są to leki nasenne i uspokajające (zgodnie z powszechnym przekonaniem, że „można po nich zasnąć i już się nie obudzić”), które tak naprawdę są stosunkowo mało toksyczne. Wiedzą o tym osoby mające odpowiednie wykształcenie. Na przykład lekarze, wśród których odsetek samobójstw jest stosunkowo duży, wybierają środki z innych grup, zatem ich próby samobójcze często kończą się zgonem. Podobnie często zgonem kończą się próby samobójcze u osób w wieku podeszłym. Wynika to zarówno z większej determinacji tych osób do zakończenia życia (jak pisał wybitny krakowski psychiatra prof. Antoni Kępiński: „u młodych samobójstwo jest wołaniem o pomoc, u starszych już tylko wołaniem o śmierć”), jak również z większego obciążenia osoby starszej innymi chorobami somatycznymi i większą trudnością odratowania w przypadku intoksykacji.
- Należy pamiętać, że wielu pacjentów ponawia próby samobójcze, a ok. 25% robi to w ciągu 1. roku od poprzedniego zamachu na swoje życie. Każda kolejna próba zwiększa ryzyko dokonania samobójstwa w przyszłości.

Samobójstwo a zaburzenia psychiczne

- Samobójstwo nie jest chorobą, nie jest to żadne medyczne rozpoznanie. Co więcej, samobójstwo nie musi być wynikiem zaburzeń psychicznych. Można sobie wyobrazić sytuację, w której zdrowy psychicznie człowiek popełnia samobójstwo (np. z pobudek ideologicznych, samobójstwo w czasie wojny, po aresztowaniu, z lęku, że tortury spowodują „sypanie” innych osób, czy samobójstwo człowieka, który wie o terminalnej chorobie i chce uniknąć cierpienia z nią związanego). W tym ostatnim przypadku decyzja o samobójstwie jest dość podobna do decyzji o eutanazji. Można mieć oczywiście różne zdanie na ten temat, zwykle uwarunkowane światopoglądowo, ale nie można zaprzeczyć, że zdrowy psychicznie człowiek ma psychologiczną możliwość podjąć decyzję o zakończeniu swojego życia w „optymalnym” dla siebie momencie.
- Z drugiej jednak strony zdecydowana większość, bo aż **80%** ofiar samobójstw, to osoby z zaburzeniami psychicznymi. Choroba psychiczna stanowi najistotniejszy czynnik ryzyka samobójstwa. Największym ryzykiem obarczeni są chorzy na **depresję** nawracającą i depresję w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej. Różne statystyki mówią o 15–20% ryzyku samobójstwa wśród chorych na depresję. W przypadku tych chorób samobójstwo zdarza się ponad dwudziestokrotnie częściej niż w populacji ogólnej. Zachowania samobójcze mogą się pojawić w przebiegu wielu innych zaburzeń psychicznych: w schizofrenii, w uzależnieniach od substancji psychoaktywnych, w ciężkich zaburzeniach osobowości, w ciężkich zaburzeniach lękowych, w organicznych chorobach mózgu (np. wczesny etap procesu otępiennego, choroba Huntingtona, różne stany pourazowe). Ryzyko znacznie się zwiększa w przypadku współistnienia kilku zaburzeń (np. u osoby chorującej na depresję i uzależnionej od alkoholu) i w przypadku współistnienia poważnej choroby somatycznej, zwłaszcza z towarzyszącym przewlekłym bólem.

Czynniki ryzyka samobójstwa i czynniki protekcyjne

- Istnieją specyficzne grupy ludzi, warunki, czynniki i sytuacje charakteryzujące się zwiększonym ryzykiem dokonania próby samobójczej.
- Należą do nich:
- zaburzenia psychiczne,
- czynniki socjoekonomiczne: żałoba, osierocenie, problemy małżeńskie (brak stabilności, poczucia bezpieczeństwa w związku, separacja czy rozwód), frustracje związane z pracą lub szkołą, bezrobocie, zadłużenie, konflikt z rodzicami lub dziećmi, problemy mieszkaniowe, długi, problemy prawne, izolacja społeczna, osamotnienie, bycie ofiarą przemocy, nadużycia, u młodych osób zawód miłośny, niemożność sprostania wymaganiom rodziców, niechciana ciąża,
- choroby somatyczne (zwłaszcza wczesny okres ciężkiej choroby, choroby przewlekłe, przebiegające z bólem, nowotwory, choroby upośledzające sprawność fizyczną, okaleczające, wiążące się z koniecznością przyjmowania dużej ilości leków),
- organiczne choroby mózgu (np. majaczenie, otępienie, padaczka skroniowa, choroba Huntingtona),
- traumatyczne wydarzenia – np. stanie się ofiarą wypadku, przemocy, zbrodni, utraty,
- płeć męska (samobójstwa dokonane); u kobiet częściej nieskuteczne próby samobójcze,
- wiek: osoby młode oraz okres między 65. a 80. rokiem życia; około 70% samobójstw przypada na okres po 40. roku życia,
- rasa biała,
- próby i zapowiedzi samobójcze w wywiadzie,
- samobójstwa wśród rodziców i krewnych lub innych osób ważnych dla pacjenta.

- Czynnikiem ryzyka jest również ograniczona dostępność do pomocy medycznej, niemożność skontaktowania się z lekarzem, niemożność kontynuowania leczenia (np. z powodu zbyt wysokiej ceny leków).
- Oceniając ryzyko samobójstwa, bierze się pod uwagę czynniki, które mogą chronić pacjenta przed autodestrukcją. Należy jednak pamiętać, że żaden z nich nie zapobiega samobójstwu w 100%, a obecność czynników protekcyjnych nie powinna uśpić czujności personelu medycznego i rodziny.

Czynniki protekcyjne

Wśród czynników protekcyjnych wymienia się:

- brak zaburzeń psychicznych,
- stabilne zatrudnienie,
- obecność dzieci w domu,
- poczucie odpowiedzialności za rodzinę,
- ciążę,
- głęboką wiarę, światopogląd religijny,
- wysoką satysfakcję życiową,
- umiejętności radzenia sobie i rozwiązywania problemów,
- wsparcie społeczne,
- dobrą relację terapeutyczną z lekarzem.

Sygnaty zagrożenia

- Zdecydowana większość osób, które popełniły samobójstwo, wcześniej komunikowała swój zamiar w pośredni lub bezpośredni sposób. Być może prawidłowe odczytanie takiego komunikatu pozwoliłoby zapobiec tragedii. Stąd warto być wyczulonym na różne sygnały zagrożenia.
- Takimi sygnałami mogą być:
- wypowiedzi typu: „lepiej byłoby wam beze mnie”, „lepiej byłoby ze sobą skończyć”,
- przygotowywanie środków (np. gromadzenie leków, zdobycie ostrych narzędzi, sznura),
- napisanie testamentu i/lub pożegnalnych listów,
- nieoczekiwane wizyty u bliskich osób sprawiające wrażenie żegnania się,
- nagłe izolowanie się od otoczenia,
- „filozoficzne” rozważania o śmierci,
- sny o tematyce śmierci, egzekucji, pogrzebu,
- rozważania o możliwości połączenia się z ukochanymi zmarłymi,
- przeglądanie stron internetowych dotyczących samobójstw, pisanie o tym na blogach, czytanie takich blogów itd.

Niepokojącym sygnałem może być również nagła, paradoksalna poprawa stanu psychicznego osoby, która do tej pory prezentowała nasilony smutek, lęk itp. Chory czuje się wtedy lepiej, ponieważ podjął już decyzję, która w jego mniemaniu rozwiąże dotychczasowe problemy. Podjęcie decyzji kończy okres niepewności i strachu.

Zespół presuicydalny

Znany austriacki psychiatra Erwin Ringel opisał zjawisko zwane **zespołem presuicydalnym**. Terminem tym określił on zbiór cech charakterystycznych dla osoby noszącej się z zamiarem popełnienia samobójstwa.

Do wymienionych cech należą:

1) Zwężenie

- sytuacyjne: charakteryzuje się utratą równowagi pomiędzy warunkami życia a poczuciem własnych możliwości; człowiek interpretuje swoją sytuację jako taką, z której nie ma wyjścia i wobec tego nie podejmuje żadnej aktywności w celu rozwiązania problemów; dominuje poczucie bezradności, bezsilności i braku własnych kompetencji,
- dynamiczne: w myśleniu przeważa pesymizm, poczucie utraty kontroli nad życiem, dominuje sfera emocjonalno-afektywna, natomiast sfera racjonalna jest spychana na dalszy plan,
- zawężenie relacji społecznych: izolacja społeczna (jak pisze Ringel „najtragiczniejszym tego przykładem są ludzie starzy, których śmierci często całymi dniami nikt nie zauważa, nikt nie odczuwa ich nieobecności, nikt się o nich nie troszczy”), redukcja liczby kontaktów, dewaluacja istniejących relacji, poczucie osamotnienia wśród ludzi; warto tu zacytować znamienne słowa Paula Valery’ego: „Dla samobójcy każdy inny człowiek oznacza jedynie nieobecność”,
- zawężenie świata wartości: rezygnacja z dotychczasowych zainteresowań, utrata poczucia własnej wartości, dewaluacja dotychczas ważnych dziedzin życia.

2) Wzrost agresji i napięcia: każde samobójstwo jest działaniem niezwykle agresywnym. Celem tej agresji jest pozornie tylko osoba odbierająca sobie życie, zwykle rzeczywistym celem stają się też inni ludzie. Czyn samobójczy związany jest często z narastającym rozgoryczeniem, złością, „bezsilną wściekłością”.

3) Fantazje samobójcze, fantastyczne wizje tego, co będzie się działo po śmierci. Tego typu fantazje mogą być wyrazem ucieczki od rzeczywistości i realnych problemów, mogą wypierać konstruktywne myślenie na temat poradzenia sobie z trudnościami.

Rozpoznanie, że bliska osoba znajduje się w opisanym powyżej stanie psychicznym, może skłonić do podjęcia leczenia czy zwrócenia się o inną formę pomocy.

Powszechne mity na temat samobójstwa

- W społecznej opinii pokutuje wiele nieprawdziwych przekonań na temat zachowań samobójczych. Przekonania te niejednokrotnie utrudniają niesienie pomocy, czy powodują stygmatyzację i dyskryminację osoby, która próbowała się zabić. Nieprawidłowe postawy osób z otoczenia prowadzą do dalszej izolacji czy alienacji, a to zwiększa ryzyko podjęcia lub ponowienia próby samobójczej. Warto zatem przyjrzeć się kilku powszechnym opiniom.

- Samobójstwo popełniają ludzie słabi, egoistyczni, którzy chcą tylko uciec od problemów. Nie wolno tłumaczyć zachowań samobójczych „złymi” cechami charakteru człowieka. Ludzi „silni” też miewają okresy załamania, bywają tak przytłoczeni problemami, czy po prostu chorobą, że tracą wszelką nadzieję i chęć życia. Mit o egoizmie i słabości powoduje, że osoby odratowane, które następnie są leczone z powodu, np. depresji, muszą zmagać się z poczuciem winy i wstydu za próbę samobójczą, co utrudnia im powrót do zdrowia.
- Osoba mądra, odnosząca sukcesy nie popełnia samobójstwa. Nieprawda – samobójstwo może dotyczyć każdego. Wiele osób sławnych, znanych i podziwianych odebrało sobie życie.
- Nikt, kogo znam, nie jest typem samobójcy. Nie ma czegoś takiego jak „typ samobójcy”. Zachowania samobójcze zdarzają się u bardzo różnych osób.
- Samobójstwo jest wynikiem nagłego impulsu, trudno je przewidzieć. Takie impulsywne akty samobójcze zdarzają się, jednak z reguły większość osób przed podjęciem próby samobójczej rozważa argumenty za i przeciw, boryka się z podjęciem ostatecznej decyzji, snuje plany.
- Samobójstwo jest „normalną” reakcją na skrajną traumę, przeciwności losu, utraty. Traumatyczne wydarzenia mogą wyzwać próby samobójcze, ale nie są ich powodem. Większość ludzi posiada odpowiednie zasoby, aby poradzić sobie ze stresem. Rolą otoczenia jest wzmocnienie i pokazanie tych zasobów.
- Pytanie o myśli samobójcze może sprowokować do takiego czynu. Otwarta rozmowa na ten temat jest wyrazem troski, pokazuje, że problemy bliskiej osoby traktowane są poważnie, pomaga odbarczyć się i przynosi ulgę psychiczną. Może być okazją dla osoby planującej samobójstwo do przemyślenia, a nawet zmiany decyzji. Daje również ważną informację, implikującą dalsze działania.
- Jeśli ktoś podjął decyzję o odebraniu sobie życia i tak nie można go powstrzymać. Wręcz przeciwnie, większość osób, **chce** zostać powstrzymana, poprzez próbę samobójczą woła o pomoc. Większość osób chce zakończyć problemy, ból, cierpienie, a nie życie.
- Osoba, która podejmuje próbę samobójczą, chce tylko zwrócić na siebie uwagę. Próba samobójcza może być wołaniem o pomoc. Ale nawet jeśli tak jest, gdy człowiek nie otrzyma tej pomocy, może ponowić próbę w bardziej skuteczny sposób. Należy pamiętać, że nawet najbardziej „demonstracyjne” zachowanie może zakończyć się tragicznie, nawet wbrew intencji ofiary.
- Ktoś, kto mówi o samobójstwie, nie robi tego naprawdę. Większość osób, które popełniły samobójstwo, komunikowała swój zamiar w bezpośredni lub pośredni sposób.

Zdarza się, że rzeczywistość nas przerasta, że tracimy nadzieję, że świat stawia zbyt wysokie wymagania, że ogarnia nas mrok i pustka. Zdarza się, że śmierć wydaje się wybawieniem od przytłaczającej codzienności. Lecz po jakimś czasie ktoś podaje nam rękę, ktoś zapala światło, znów widzimy barwy i czujemy smak życia. O ile wytrzymamy, o ile doczekamy... Zatem rezygnacja, odejście, zniszczenie siebie jest zawsze najgorszym, niepotrzebnym i pochopnym rozwiązaniem. Jak pisał John Donne, „żaden człowiek nie jest samoistną wyspą; każdy stanowi ułomek kontynentu, część lądu. Śmierć każdego człowieka umniejsza mnie, albowiem jestem zespolony z ludzkością (...)”.

Slajdy na podstawie tekstu prof. dr hab. med. Dominika Dudek
Klinika Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie