

Psychospołeczne problemy samobójstw

(Psychosocial suicidal problems)

G Szymańczak¹, D Kozłowska¹, Y Lishchynskyy², Z Kopański^{1,3}, I Brukwicka⁴,
M Wojciechowska¹

Streszczenie - Autorzy dokonali przeglądu piśmiennictwa poddając analizie pojęcie i podział samobójstw, psychologiczne i kliniczno-psychiatryczne aspekty samobójstw oraz biologiczne markery samobójstw.

Słowa kluczowe - samobójstwa, aspekty psychologiczno-kliniczno-psychiatryczne.

Abstract – The authors have reviewed the literature on the subject, analyzing the concept of suicide and the division of its types as well as its psychological, clinical and psychiatric aspects and biological markers.

Key words - suicides, psychological, clinical and psychiatric aspects.

I. WSTĘP

Socjologiczny kierunek badań nad zachowaniami autodestrukcyjnymi przyjmuje za punkt wyjścia nie jednostkę, lecz społeczność. Analizuje akt samobójczy w kontekście społecznych uwarunkowań, oznacza to, że źródeł samobójstw należy szukać w patologii funkcjonowania tego społeczeństwa, z którego wywodzi się dany człowiek. Samobójstwa zajmują trwałe miejsce w literaturze i w badaniach socjologicznych, przede wszystkim ze względu na jego społeczne podłoże. Są one poważnym zagrożeniem dla współczesnej cywilizacji. Jest to zjawisko powszechne z tendencją do występowania częstszego wśród młodzieży i dzieci. Występuje w miastach i na wsi oraz we wszystkich przedziałach wiekowych, częściej wśród mężczyzn niż kobiet.

Afiliacja:

1. Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu (korespondencja; e-mail: zkopanski@o2.pl).
2. Lwowski Uniwersytet Narodowy im. Danyła Halyckiego.
3. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
4. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu.

Samobójstwa popełniają wyznawcy różnych religii. W ciągu ostatniego stulecia we wszystkich krajach świata odnotowano niepokojący wzrost liczby samobójstw, określony niekiedy mianem epidemii. [1,2]

II. POJĘCIE I PODZIAŁ SAMOBÓJSTW

Pomimo powstałych wielu różnych teorii na temat samobójstw nie ma jednoznacznej i wyczerpującej odpowiedzi czy definicji czym jest samobójstwo. Nadal są dyskusje specjalistów, zajmujących się tym zjawiskiem, na temat problemu, co należy uważać za akt samobójczy. Czy jest nim już skłonność do autodestrukcji, samouszkodzenie, samozniszczenie czy tylko wyraźny czyn powodujący śmierć? Czy też tylko zamiar pozbawienia się życia? Samobójstwo jest zjawiskiem złożonym w zamiarze, w uwarunkowaniach, w sposobie wykonywania oraz dynamice i motywacji. Dlatego też inaczej powinno być traktowane samobójstwo u ludzi zdrowych i chorych, inaczej, gdy jest podejmowane z pobudek egoistycznych, a inaczej gdy u jego podstaw leżą motywy altruistyczne. Stengel i Cook uznali, że każdy czyn samouszkodzenia podjęty z zamiarem pozbawienia się życia, należy uznać za czyn samobójczy. W zależności od tego czy próba samobójcza powoduje śmierć, czy nie, wyróżnia się samobójstwa dokonane lub samobójstwa usiłowane. [1,3,4]

Durkheim wyodrębnił 3 rodzaje samobójstw ze względu na motyw:

- samobójstwa altruistyczne – odebranie sobie życia dla dobra społeczności;
- samobójstwa egoistyczne- kierowanie się własnymi potrzebami i odrzucanie norm społecznych; [5,6]
- samobójstwa anomiczne- występują w sytuacji kryzysowej przy zaburzonych normach społecznych.

Dąbrowski dzieli przyczyny samobójstw na pośrednie i bezpośrednie. Przyczyny pośrednie to te, które stwarzają jedyną pre dyspozycję do wystąpienia zachowań suicydalnych, a bezpośrednie to takie, które mają podstawowe znaczenie w powstaniu tendencji samobójczych, są określone i nieokreślone. Do czynników bezpośrednich określonych autor zalicza

choroby psychiczne, choroby nieuleczalne, stosowanie używek, konflikty związane z honorem, polityką. [1,4,6]

Wśród nieokreślonych czynników samobójczych można zaliczyć poczucie niższości i związanego z nim zespołu uwarunkowań między jednostką, a otoczeniem. Hołyst podkreśla, że bardzo ważną rolę odgrywają również myśli i pragnienia prowadzące do samobójstwa, co może mieć bardzo duże znaczenie w profilaktyce i terapii wobec osoby planującej samobójstwo. Współczesna psychiatria w opisie i definiowaniu samobójstw wyraźnie rozgranicza samobójstwa na dokonane udane i na samobójstwa usiłowane zamachy. Z punktu widzenia psychiatrycznego, nieudanymi samobójstwami byłyby tylko te przypadki targnięcia się na własne życie, których intencją była śmierć, a jedynie splot nieprzewidzianych wydarzeń doprowadził do odratowania go. Natomiast próby samobójcze to takie czyny autoagresji, w których sprawca jako główny cel stawia sobie nawiązywanie kontaktu z otoczeniem, na przykład wymuszenie czegoś na otoczeniu w rozpaczliwy sposób. Samobójstwo wtedy jest przejawem chęci życia, zmagania się o lepszą jakość życia. Czasem samobójstwo ma charakter manipulowania otoczeniem, może być przejawem szantażu. W psychologii ten typ samobójstwa określa się jako samobójstwa demonstracyjne lub wołaniem o pomoc. [7,8]

III. PSYCHOLOGICZNE I KLINICZNO-PSYCHIATRYCZNE ASPEKTY SAMOBÓJSTW

Spośród czynników psychologicznych wykazano, że separacja partnerów i problemy zależności od dorosłych były istotnym powodem do podejmowania próby samobójczej.

Separacja odgrywa szczególną rolę w podjęciu decyzji o samobójstwie, gdy traci się kogoś bardzo bliskiego, ważnego i nikt go już nie zastąpi.

Ważnym motywem samobójstwa może być utrata jakiejś wartości, na przykład utrata pracy, która dawała stabilizację, bezpieczeństwo, możliwości podejmowania różnych decyzji. Innym przykładem może być utrata zdrowia, która odebrała człowiekowi możliwości dalszego rozwoju osobistego i szeroko rozumianej egzystencji. [1,9,10]

Szpecially dramatyczny wymiar mają samobójstwa wśród młodzieży, kiedy w najlepszym okresie swojego rozwoju, młody człowiek nie wytrzymuje pędu cywilizacyjnego i podejmuje decyzje unicestwienia siebie.

Zachowania samobójcze różnych grup społecznych wśród dzieci i młodzieży, więźniów, wojskowych i chorych psychicznie stanowią poważny problem nie tylko medyczny, lecz także psychologiczno-społeczny i cały czas są przedmiotem badań psychologicznych.

Problem samobójstw jest tak duży, że w niektórych krajach prowadzone są szerokie badania naukowe, powstają nowe teorie na temat samobójstw.

Powolywane są organizacje rządowe i poza rządowe zajmujące się samobójstwami w sytuacjach kryzysowych lub w środowisku wysokiego ryzyka zagrożenia i popełnienia samobójstwa.

W Polsce i na świecie problem samobójstw stał się tematem wielu konferencji naukowych organizowanych przez międzynarodowe towarzystwa suicydologiczne, na których omawia się tematy:

Dlaczego samobójstwo?

Co jest przyczyną podejmowania decyzji popełnienia samobójstwa?

Jakie są motywy czy motywacje samobójstw?

Czy to tylko domena wybranych grup? Określonych osób? Zawodów?

Badania dotyczące odróżnienia pacjentów, którzy podejmowali próbę samobójczą od pacjentów psychiatrycznych, którzy nie podejmowali próby samobójczej wykazały, że osoby z przebyłą próbą samobójczą zdiagnozowano, jako osoby przechodzące kryzys.

Diagnoza kryzysu obejmowała również ukryte, głębsze zaburzenia osobowości lub nerwicowy stan czy pogranicze charakteru. [3,11,12]

Natomiast u pacjentów psychiatrycznych bez przebytej próby samobójczej rozpoznano psychozy, schizofrenie, psychozy uczuciowo reaktywne, deliryjne, syndromy paranoidalne oraz inne stany psychotyczne.

Badania Wassermana wykazały, że nadużywanie alkoholu było znacznie częstsze wśród pacjentów z przebyłą próbą samobójczą.

IV. PSYCHOLOGICZNE I KLINICZNO-PSYCHIATRYCZNE ASPEKTY SAMOBÓJSTW

Predyspozycje do samobójstw mają podłoże genetyczne, ujawniły to badania nad rodzinami. Często osoby, które popełniły samobójstwo miały biologicznych krewnych, którzy targnęli się również na swoje życie.

Znanym przykładem jest rodzina Ernesta Hemingwaya, w której poza samym pisarzem, życie odebrali sobie też jego ojciec, brat, siostra i wnuczka. Ponieważ często w rodzinach ze skłonnościami samobójczymi nie było chorób psychicznych, może to wskazywać na istnienie genetycznej predyspozycji. [2, 13]

Duża współzależność występowania depresji i samobójstw utrudnia identyfikację markerów biologicznych suicydalności. Trudno jest oddzielić markery depresji od markerów suicydalności. Nie można też wykluczyć, że obie te sytuacje mają wspólne markery. Pionierką badań biologicznych markerów

suicydalnych była Marie Asberg, która wymienia 4 główne markery samobójstw. Są to:

- zmniejszona aktywność układu serotonergicznego, która doprowadzała do różnych anomalii neurochemicznych, powodując zaburzenia psychiczne. Badania wykazały niski poziom serotoniny w płynie mózgowo-rdzeniowym u osób, które popełniły samobójstwo, jak również u osób dokonujących aktów agresji;

- zwiększona produkcja kortyzolu– w badaniach sekcyjnych wykazano, że osoby zmarłe w wyniku samobójstwa miały większe nadnercza niż osoby zmarłe nagłą śmiercią, a stężenie kortyzolu było wyższe w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Objawy te wskazują na nadaktywność osi podwzgórze- przysadka- nadnercza, co z podwyższonym kortyzolem stanowi wiarygodny trwały marker suicydalności;

- szybka habituacja odruchu skórno-galwanicznego do nieoczekiwanych bodźców- wcześniejsze badania uznawały szybką habituację odruchu skórno-galwanicznego, jako dobrego markera, później stwierdzono jednak, że habituacja² występuje w depresji bez tendencji samobójczych i dlatego uznano, że nie można tego markera dalej wykorzystywać, jako przewidującego zachowania samobójcze;

- minimalne anomalie w badaniu EEG, wskazujące na minimalne zaburzenia pracy mózgu z wykluczeniem epilepsji lub innych oczywistych patologii– występuje u pacjentów suicydalnych i mogą wiązać się z deficytem transmisji serotoniner-gicznej. [5,7]

We wcześniejszych badaniach niedocenionym był jeszcze jeden z markerów suicydalnych- niskie stężenie cholesterolu w surowicy. Wielokrotnie potwierdzono, że wśród osób ze stężeniem cholesterolu poniżej 165mg/ml ryzyko popełnienia samobójstwa było ponad sześciokrotnie wyższe niż w grupie ze stężeniem powyżej 223mg/ml. Nie dotyczy to tylko rasy białej, na przykład badania koreańskie czy na Chorwacji potwierdziły zależność pomiędzy niskim stężeniem cholesterolu, a wysokim stężeniem kortyzolu w osoczu, a tendencjami samobójczymi. Cały czas trwają poszukiwania rzetelnych markerów suicydalności, ponieważ dzięki nim byłoby można precyzyjnie określać typy osobowości reagujących samobójstwem w sytuacjach zwiększonego ryzyka. Nadal nie ma jeszcze dobrych markerów genetycznych, chociaż poszukiwania trwają nadal, a jednocześnie depresja jest zjawiskiem bardzo złożonym. [5,6,7]

Zarówno czynniki biologiczne, środowiskowe, jak i społeczne oraz psychologiczne mogą w zasadniczy sposób wpływać na podatność na reakcje samobójcze. Dlatego też trudna

jest rola najempathyczniejszego psychiatry w zapobieganiu zachowaniom samobójczym.

V. PIŚMIENNICTWO

- [1] Bogdanowicz E, Kalinowski A, Pużyński St. Samobójstwo, jako przyczyna zgonu chorych z zaburzeniami afektywnymi typu endogennego. *Psychiatr Pol* 1980; 2:13-19.
- [2] Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. *Suicydologia III*. Warszawa; Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, 2007.
- [3] Aleksandrowicz J. *Zaburzenia Nerwicowe Zaburzenia Osobowości Zachowania Dorosłych (według ICD-10)* Kraków; Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1997.
- [4] Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. *Suicydologia*. Warszawa; Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, 2005.
- [5] Kępiński. *Schizofrenia*. Wrocław; Wydawnictwo Sagitarius, 2007.
- [6] Koszewska I, Habrat-Pragłowska E. *O depresji o manii o nawracających zaburzeniach nastroju*. Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2003.
- [7] Czabała J. *Zdrowie psychiczne zagrożenia i promocja*. Warszawa; Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000.
- [8] Namysłowska J. *Nerwice szkolne*. *Probl Op Wych*. 1998; 5:7-10.
- [9] Dąbrowska-Bąk M. *Przemoc w szkole*. Poznań; Ośrodek Wydawnictw Naukowych, 2001.
- [10] Dudek B, Waszkowska M, Hanke W. *Ochrona zdrowia pracowników przed skutkami stresu zawodowego*. Warszawa; Wyd. PZWL, 2001.
- [11] Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia, Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa; Fundacja IPiN, 2002.
- [12] Bańka A. *Psychopatologia pracy*. Poznań; Wydawnictwo Gemini S.C, 1992.
- [13] Chlewiński Ż, Grzywa A. *Urojeniowa wizja świata*. Warszawa; Wydawnictwo-Wiedza Powszechna, 1992.

² Habituacja– jedna z form nieasocjacyjnego uczenia się; proces poznawczy, polegający na stopniowym zanikaniu reakcji na powtarzający się bodziec, jeżeli nie niesie on żadnych istotnych zmian (informacji). (red.)