

Samobójstwo jest impulsem

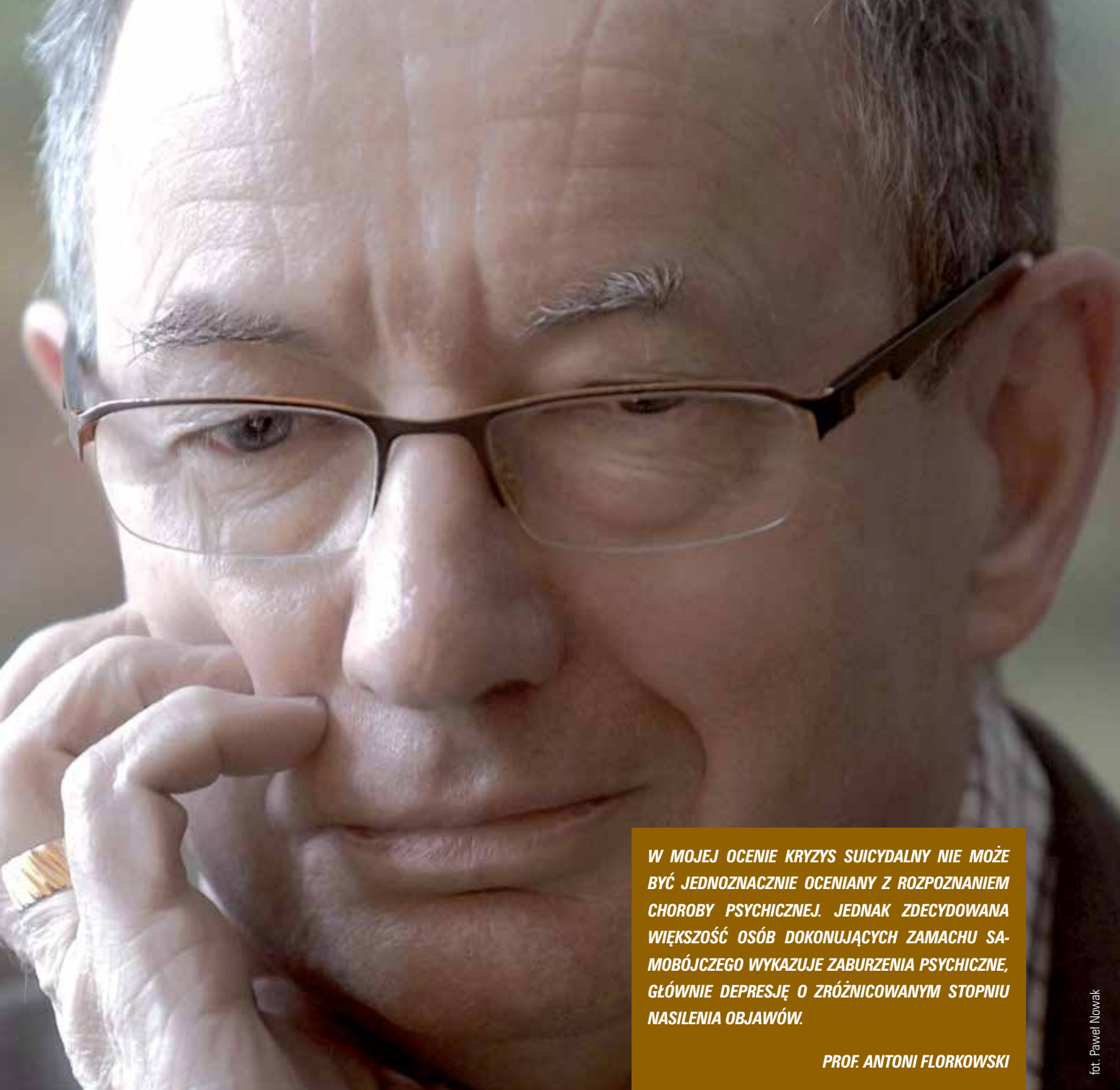
O motywach targnięcia się na życie i wysyłanych sygnałach rozmawiamy z prof. dr. hab. med. Antonim Florkowskim, kierownikiem Kliniki Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi

W Polsce popełnia samobójstwo około 5-6 tys. osób rocznie. Należymy tym samym, podobnie jak kraje Europy Zachodniej, do państw o średnim wskaźniku samobójstw, który wynosi około 15 osób na 100 tys. mieszkańców. Znacznie gorzej jest u naszych sąsiadów, między innymi na Litwie, gdzie wskaźnik ten jest najwyższy w Europie i wynosi 46 przypadków na 100 tys. Krajami o wysokim wskaźniku samobójstw są również Węgry i Finlandia, gdzie notuje się ponad trzydzieści samobójstw na 100 tys. mieszkańców. Wśród samobójców dominują mężczyźni. W Polsce ten stosunek wynosi 4:1. Kobiety natomiast częściej deklarują chęć targnięcia się na własne życie. Są to jednak zazwyczaj nieudane próby. Kobiety ze względów estetycznych wybierają mniej drastyczne metody, takie jak zatrucie gazem, lekami. Wśród mężczyzn dominuje powieszenie, rzucenie się pod pojazd, skok z wysokości, czyli metody znacznie bardziej skuteczne.

PspD: Coraz częściej lekarze spotykają się z groźbą samobójstwa.

PROF. ANTONI FLORKOWSKI: W świetle obowiązujących hipotez, założeń i teorii psychologicznych większość samobójstw jest popełniana przez osoby wykazujące różnorodne zaburzenia psychiczne, głównie depresję. Ocenia się, że 50-70 proc. osób chorujących na depresję popełnia samobójstwo lub usiłuje je popełnić. Groźne są stany depresyjne, ale niekoniecznie te ciężkie. Pacjent w ciężkiej depresji, zwłaszcza z zahamowaniem psychoruchowym, nie zawiąże pętli, żeby się powiesić, nie wejdzie na X piętro, żeby skoczyć. Najgorszy jest moment, kiedy w trakcie leczenia ambulatoryjnego pacjent zaczyna odzyskiwać energię. Wtedy, już silniejszy, ale nadal w depresji, może targnąć się na własne życie. Dlatego w tej sytuacji należy zachować daleko idącą ostrożność. Depresja nie jest jedyną chorobą zwiększającą ryzyko popełnienia samobójstwa. Należą do nich także uzależnienia i psychozy, głównie schizofrenia, w przebiegu której samobójstwo popełnia 10-12 proc. populacji chorych. Do prób samobójczych dochodzi także w następstwie doznań psychotycznych i w zaburzeniach osobowości oraz schorzeniach somatycznych przebiegających z nasilonymi dolegliwościami bólowymi, zwłaszcza w chorobach nowotworowych, kiedy chorzy cierpią, a także w sytuacji osób chorych na RZS, AIDS, bądź zakażonych HIV. Zagrożenie stanowi też moment, gdy pacjent słyszy taką diagnozę. Bardzo często spośród nich rekrutują się potencjalni samobójcy.

Z drugiej strony jednak należy zauważyć, że więcej niż połowa ludzi w każdej populacji nigdy w życiu nie rozważyła zamachu samobójczego jako sposobu na rozwiązanie swoich trudnych problemów. Osoby te funkcjonują w tym samym środowisku społecznym co samobójca, doświadczają podobnych urazów psychicznych czy znajdują się w sytuacji trudnej, jednak nie mają zamiaru rozwiązać swoich problemów przez popełnienie samobójstwa.



W MOJEJ OCENIE KRYZYS SUICYDALNY NIE MOŻE BYĆ JEDNOZNACZNIE OCENIANY Z ROZPOZNANIEM CHOROBY PSYCHICZNEJ. JEDNAK ZDECYDOWANA WIĘKSZOŚĆ OSÓB DOKONUJĄCYCH ZAMACHU SAMOBÓJCZEGO WYKAZUJE ZABURZENIA PSYCHICZNE, GŁÓWNIIE DEPRESJĘ O ZRÓŻNICOWANYM STOPNIU NASILENIA OBJAWÓW.

PROF. ANTONI FLORKOWSKI

foto. Paweł Nowak

PspD: Jakie są pana doświadczenia?

A.F.: Od ponad 40 lat zajmuję się problematyką samobójstw, badałem tysiące osób po nieudanych próbach samobójczych oraz zapoznałem się z kilkoma tysiącami akt prokuratorskich gromadzonych w sprawach dotyczących samobójstw. Mogę stanowczo stwierdzić, że niektórym osobom może się tylko wydawać, że w ciężkiej dla nich sytuacji życiowej jedynym rozwiązaniem problemu jest samobójstwo. W rzeczywistości tak nie jest i z każdej sytuacji można znaleźć wyjście. Jak wiemy, samobójstwo w chwili jego realizacji jest impulsem, który trwa kilka czy

kilkanaście sekund i ustępuje. Wielu moich pacjentów po nieudanej próbie samobójczej było niezmiernie wdzięcznych za uratowanie im życia. Z mojego doświadczenia wynika, że zdrowy psychicznie człowiek z zasady nigdy nie popełni samobójstwa.

Należy jednak stwierdzić, że pacjenci, którzy z natury zachowują się agresywnie i impulsywnie, dokonują zamachów samobójczych częściej niż ci, którzy takich cech w swoim codziennym życiu nie przejawiają. U tych pierwszych w sytuacji życiowej dla nich trudnej agresja zmienia kierunek w stronę zachowań autoagresywnych. Potencjalni suicydanci wykazują tendencję do stawiania wszystkiego

POSTĘPOWANIE PO PRÓBIE SAMOBÓJCZEJ

W stosunku do osoby po nieudanym samobójstwie należy zachować szacunek, cierpliwość i empatię. Dokładnie wysłuchać wypowiedzi i wczuć się w jej emocje oraz okazać troskę. Nigdy nie powinno się moralizować, potępiać, oceniać. W przypadku dużego zagrożenia samobójczego należy przez cały czas przebywać z tą osobą i nigdy nie pozostawiać jej samej. Okazać cierpliwość i brak pośpiechu oraz postępować łagodnie. Usunąć, jeżeli jest to możliwe, z jej zasięgu: sznur, broń palną, nóż, tabletki. Zapewnić pomoc drugiej osobie i wezwać pogotowie ratunkowe, wypisać skierowanie do szpitala psychiatrycznego, szczególnie w sytuacji, gdy stwierdzimy, że osoba ta jest chora psychicznie lub pod wpływem alkoholu albo narkotyków, w przeszłości już podejmowała próby samobójcze lub że w jej rodzinie miały miejsce przypadki samobójstw i chorób psychicznych czy uzależnienie od alkoholu.

Po wypisaniu ze szpitala należy pacjentów po próbie samobójczej kierować do dalszego leczenia ambulatoryjnego w PZP lub zapewnić im wsparcie psychoterapeutyczne. Wprowadzane obecnie zasady Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego będą stwarzały nowe możliwości w tym zakresie.

na jedną kartę i żyją w stałym napięciu emocjonalnym, często tłumionym, oraz w przewlekłym stresie i lęku przed utratą własnych wartości. W takiej sytuacji kolejna porażka to nierzadko dla nich koniec życia. Rzeczywistość postrzegają w czarnych lub białych barwach, bo nie wyróżniają stanów pośrednich. Z kolei osoby o ustabilizowanym stanie psychicznym są zdolne radzić sobie z mniejszymi czy większymi porażkami życiowymi bez poczucia utraty kontroli nad swoimi emocjami. Osoby przejawiające tendencje samobójcze w obliczu porażki mają wrażenie, że utraciły bezpowrotnie wszystko. W takiej sytuacji zaczyna się u nich rozwijać depresja, ze swoją dynamiką, pojawiają się myśli i tendencje samobójcze. Mogą jeszcze podejmować próbę przekonania siebie, że wszystko jest w porządku i pod kontrolą. Jednak nadchodzi taka chwila, że nie są już w stanie nadal się okłamywać i wówczas nawet jakiś błahy czynnik decyduje o realizacji zamachu samobójczego.

Wyższy wskaźnik samobójstw u mężczyzn może być wynikiem tego, że znacznie gorzej radzą sobie oni z trudnymi sytuacjami, szczególnie ci ambitni, którzy do tej pory odnosili sukcesy. Gdy pojawia się klęska, kryzys finansowy, krach na giełdzie czy upadek firmy, popadają w rozpacz. Nie myślą wtedy racjonalnie. Wierzą, że sobie poradzą i zamiast szukać pomocy u lekarza, często sięgają po alkohol. A to zaburza ich krytycyzm i ułatwia popełnienie samobójstwa. Zdarza się też, że problemy narastają powoli. Mężczyźni znacznie trudniej przyznają się do słabości, starają się zlekceważyć, ukryć pojawiające się objawy depresji. Nie szukają profesjonalnej pomocy, a tymczasem choroba się rozwija. I w końcu dochodzi do sytuacji, że już sobie nie radzą. Wtedy jedyne rozwiązanie widzą w zamachu na własne życie. Kobiety częściej chorują na depresję, zwłaszcza do piątej dekady życia. I pozostawione bez pomocy, też szukają radykalnych rozwiązań.

Jednak wbrew pozorom decyzja o odebraniu sobie życia nie zawsze jest taka prosta i wiele osób najpierw szuka pomocy wśród rodziny, bliskich, a także u lekarza. Z szacunkowych danych wiadomo, że na dziesięciu potencjalnych samobójców ośmiu odwiedza lekarza. I choć nie mówią wprost o planach targnięcia się na życie, sygnalizują ten fakt. Takie stwierdzenia jak: „Życie przestało dla mnie

mieć sens, już dalej nie potrafię dźwigać tego ciężaru”, stanowią sygnał. Pacjenci depresyjni mówią to, mając nadzieję, że lekarz zapyta o ich problemy, zbierze dokładny wywiad, sięgający ich najgłębiej skrywanych tajemnic. Zdarza się też, że pacjent takich sygnałów nie wysyła, ale lekarz podejrzewa, że ma do czynienia z zaburzeniami depresyjnymi. Można zacząć od pytań: „Czy nie ma pan poczucia, że życie dla pana straciło sens, stało się ciężarem, że jest pan zmęczony tym wszystkim?”. I dopiero gdy pacjent nabierze do lekarza zaufania, można zapytać wprost: „Czy nie planuje pan radykalnego rozwiązania, zamachu na własne życie?”. Lekarz nie powinien się obawiać zadania takiego pytania.

Należy wiedzieć, że niemal wszyscy, mimo że od pewnego czasu noszą się z zamiarem odebrania sobie życia, tak naprawdę nie chcą umierać. Oni po prostu nie potrafią żyć w sytuacji, w której się znaleźli. Samobójstwo jest impulsem, a impuls trwa krótką chwilę, kilka lub kilkanaście minut, i potem ustępuje.

PspD: Czy postępowanie powinno być takie samo w stosunku do osoby, która ma myśli samobójcze i pacjenta, który podjął próbę samobójczą?

A.F.: Każda próba samobójcza jest poważnym czynnikiem ryzyka podjęcia kolejnego zamachu. Dlatego w obu przypadkach trzeba zachować dużą ostrożność. W zależności od oceny istniejącego ryzyka samobójczego, pacjent powinien być poddany hospitalizacji lub skierowany na konsultację do psychologa przeszkolonego w technikach interwencji kryzysowych. Pacjent musi wyrazić zgodę na leczenie. Hospitalizacja wbrew woli chorego jest możliwa tylko wtedy, gdy lekarz psychiatra oceni, że stanowi on niebezpieczeństwo dla siebie lub otoczenia. Wówczas może być zatrzymany na oddziale psychiatrycznym na 72 godziny. W tym czasie lekarz musi zawiadomić sąd rodzinno-opiekunicy, który podejmie decyzję o konieczności przymusowej hospitalizacji pacjenta. Jeśli decyzja będzie negatywna, lekarz nie ma prawa zatrzymać pacjenta w szpitalu, nawet jeśli istnieją do tego przesłanki kliniczne.

Obserwacja psychiatryczna trwa zazwyczaj 4-6 tygodni, czasami krócej. Zależy to od tego, czy chory przeszedł chwilowe załamanie psychiczne, czy próba samobójcza została dokonana pod wpływem doznań urojeniowych w przebiegu schizofrenii lub psychozy. W czasie obserwacji od razu wdrażane jest leczenie oraz psychoterapia wzmacniająca te cechy osobowości, które pozwolą pacjentowi przezwyciężyć kolejny kryzys. Później chory powinien trafić pod stałą opiekę psychiatryczną. Niestety, zdarza się, że osoby wypisywane ze szpitala zaraz po wyjściu, jeszcze przed zalecaną kontrolą w poradni zdrowia psychicznego, popełniają samobójstwo. Jeśli nie mają wsparcia rodziny, bliskich, to ryzyko dokonania kolejnego zamachu na własne życie zdecydowanie wzrasta.

Na ogół jednak pacjent po próbie samobójczej trafia pod opiekę lekarza POZ, który powinien kontynuować leczenie ustalone przez psychiatrę. Zazwyczaj ci chorzy wymagają leczenia depresji, która jest najczęstszą przyczyną chęci odebrania sobie życia. Leczenie epizodu depresji, który pojawia się pierwszy raz w życiu, powinno trwać minimum 6 miesięcy.

PspD: Jaki odsetek osób zgłaszających próby samobójcze rzeczywiście podejmuje takie próby?

A.F.: Wskaźników liczbowych tu raczej nie ma, bo każdy przypadek jest traktowany indywidualnie. Nie wszyscy pacjenci chorzy na depresję mają tendencje samobójcze. Najczęściej to osoby, które doznały tragicznego zawodu miłosego lub innej klęski życiowej. Część z nich potrafi sobie poradzić, racjonalnie oceniając sytuację. Inni, głównie osoby bardzo wrażliwe, nadmiernie przeżywające niepowodzenia życiowe, czasem nieadekwatnie do sytuacji,

Największe znaczenie ma dokładnie przeprowadzone badanie psychiatryczne. Każdy lekarz czy psycholog, kiedy ma do czynienia z pacjentem zagrożonym samobójstwem, powinien oszacować następujące czynniki ryzyka:

- ocenić aktualny stan psychiczny pacjenta oraz stopień determinacji popełnienia samobójstwa,
- zapytać, czy dana osoba ma opracowany plan popełnienia samobójstwa i kiedy zamierza to zrobić,
- zorientować się, czy może ona obecnie liczyć na wsparcie rodziny, przyjaciół, znajomych.

Najlepszym sposobem, aby dowiedzieć się, czy pacjent wypowiadający myśli samobójcze ma zamiar odebrać sobie życie, jest zapytanie go o to wprost, wbrew fałszywym przekonaniom, że rozmawianie z osobą zagrożoną samobójstwem może ją skłonić do zamachu na własne życie. W rzeczywistości takie pytanie przynosi pacjentowi ulgę i jest on bardzo wdzięczny, że lekarz tak wnikliwie pyta o jego najbardziej skrywany plan oraz że może otwarcie porozmawiać o swoich aktualnych problemach i sprawach, z którymi obecnie się zmagają.

osoby z zaniżoną samooceną, osobowością typu *borderline*, często szukają rozwiązania w samobójstwie.

PspD: Czy stwierdzenie kryzysu suicydalnego musi być jednoznaczne z rozpoznaniem choroby psychicznej?

A.F.: W życiu każdego człowieka mają miejsce sytuacje psychologicznie trudne, bo funkcjonujemy w środowisku społecznym, które nie do końca jest stabilne i w którym obok sytuacji pozytywnych mogą występować też i negatywne, prowadzące do zakłócenia homeostazy.

WARTOŚĆ KLINICZNA SKAL BADAWCZYCH

Są to skale służące do oceny ryzyka zachowań samobójczych.

* SSI (Scale for Suicidal Ideation) wprowadzono do stosowania w 1979 roku; jest skalą 19-modułową z punktacją 0-2. Maksymalny wynik to 38.

* CSHF (Columbia Suicide History Form) i BSS (Beck Scale for Suicide Ideation).

Wymienione skale ułatwiają ocenę ryzyka samobójczego, jednak w piśmiennictwie jest niewiele danych potwierdzających ich wartość predykcyjną. Skale te cechuje dobra rzetelność, jednak w Polsce nie są powszechnie stosowane, bo nie są standaryzowane do naszych warunków.

W mojej ocenie kryzys suicydalny nie może być jednoznacznie oceniany z rozpoznaniem choroby psychicznej. Jednak zdecydowana większość osób dokonujących zamachu samobójczego wykazuje zaburzenia psychiczne, głównie depresję o zróżnicowanym stopniu nasilenia objawów.

PspD: Jakie są najczęstsze błędy w prowadzeniu pacjenta, który dokonuje samobójstwa?

A.F.: Jest ich coraz mniej, ale jednak się zdarzają. Jako przykład niech posłuży ten przypadek. Lekarz dyżurny izby przyjęć szpitala psychiatrycznego nie zdecydował się na hospitalizację pacjenta po nieudanej próbie samobójczej, ponieważ pacjent negował myśli samobójcze i nie wyrażał zgody na przyjęcie do szpitala. W tym samym dniu po powrocie do domu popełnił samobójstwo przez powieszenie. Uważam, że bardziej wnikliwe badanie psychiatryczne i przyjęcie w trybie art. 23 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego pozwoliłoby zapobiec tragedii. Należy pamiętać, że osoba, która podjęła już ostateczną decyzję o popełnieniu samobójstwa, może zachowywać się spokojnie i sprawiać wrażenie opanowanej. Jednak jej życie rodzinne czy zawodowe, albo jedno i drugie, załamało się w drastyczny sposób i w tej sytuacji osoba ta nie jest zdolna nadal realizować swoich celów życiowych. Dlatego uważam, że lepiej pomylić się na swoją niekorzyść, niż dopuścić do realizacji samobójstwa.

Rozmawiał lek. med. Paweł Traczewski