

KS. WALDEMAR WOŹNIAK
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie

WALDEMAR PIEKARSKI
Zespół do Spraw Kierowania do Zakładów Poprawczych
Ministerstwo Sprawiedliwości

ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE NIELETNICH – OCENA ZAGROŻENIA, ODDZIAŁYWANIE TERAPEUTYCZNE

WSTĘP

W opracowaniu, z uwagi na przydatność tych zagadnień w resocjalizacji nieletnich, chcemy skoncentrować się na czynnikach ryzyka i ocenie możliwości dokonania samobójstwa przez nieletnich, a także na oddziaływaniu terapeutycznym.

Prezentujemy niniejszy artykuł, mając na myśli przede wszystkim nieletnich, aczkolwiek treści w nim zawarte mogą odnosić się także do osób dorosłych. Zachęcamy czytelników, aby w czasie studiowania artykułu pamiętali o ważnych problemach okresu pokwitania. Profesor Henryk Chmielewski z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w recenzji tego artykułu zwrócił szczególną uwagę na kilka problemów. Okres dojrzewania fizycznego i psychicznego wiąże się z „burzą hormonalną”. U dzieci i młodzieży duże znaczenie odgrywają problemy związane z seksualnością. W okresie pokwitania u znacznej grupy młodzieży występują tzw. „fizjologiczne zaburzenia psychiczne i zachowania”. Należą do nich zaburzenia nerwicowe, dysmorfofobia (związana najczęściej u chłopców z trądzikiem pospolitym), psychopatyczne zachowania itp. U sporej grupy młodzieży stwierdza się tzw. mikrouszkodzenia mózgu, najczęściej spowodowane urazami okołoporodowymi i okresem wczesnodziecięcym, co istotnie wpływa na zachowania samobójcze.

Okres dorastania (a także wczesnej młodości) ma w znacznym stopniu charakter konfliktowy¹. Pojawia się np. silny konflikt między potrzebą samodzielności a ograniczeniami narzucanymi przez rodziców i przedłużającą się zależnością materialną, co może być przyczyną buntu wobec dorosłych. Liczne są też konflikty wewnętrzne, np. między wizjami idealnymi a realnymi obrazami świata. W okresie tym pojawia się krytycyzm myślenia i indywidualizacja zachowania². Wszystko to może również w określonych okolicznościach łączyć się z zachowaniami suicydalnymi.

Jak podaje S. Pużyński³ według danych Światowej Organizacji Zdrowia, co dziennie na skutek zamachu samobójczego ginie na świecie ponad 1300 osób. Liczba prób samobójczych jest prawdopodobnie ok. 15 razy większa.

W Polsce w 1995 r. 458 osób do 20 roku życia popełniło samobójstwo; liczby te przedstawiają się następująco w kolejnych latach: 1996 r. – 336 osób, 1997 r. – 502 osoby, 1998 r. – 466 osób, 1999 r. – 423 osoby.

Przed 15. rokiem życia samobójstwa zdarzają się rzadziej; i tak np. w 1997 r. samobójstwo popełniły 72 osoby, a w 1999 r. – 43 osoby.

Przelotne myśli o śmierci i samobójstwie są prawdopodobnie powszechne, ale natrętne rozważania tej treści należą już do patologii. Zachowania suicydalne tworzące kontinuum obejmują myśli, groźby, gesty, usiłowania samobójcze oraz samobójstwa dokonane.

Jak pisze Z. Płużek myśli samobójcze to skierowanie świadomości na sprawy związane ze śmiercią, rozstaniem z bliskimi, obrachunkami z innymi itp. Tego typu myśli występują często i niekiedy tylko prowadzą do aktu samobójczego. Nasilenie sytuacji konfliktowych i uporczywe trwanie przy myśli o śmierci oraz planowanie zamachu samobójczego nazywa Płużek tendencją samobójczą⁴.

Na dziesięciu samobójców – ośmioro jasno mówiło o swoich zamiarach samobójczych. Wielu samobójców sygnalizowało również swój zamiar w różnorodny sposób⁵.

Obiegowa opinia o przyszłych samobójcach brzmi: „samobójca zawsze chce odebrać sobie życie”. Fakty są nieco inne – większość z nich oscyluje między pragnieniem śmierci a pragnieniem życia, pozostawiając innym zadanie ratowania ich.

Jeśli chodzi o osoby zniechęcone do życia, to tylko w pewnym okresie odczuwają one pragnienie samobójstwa. Ktoś błędnie sądziłby, że poprawa po kryzysie oznacza koniec ryzyka. Tymczasem okazuje się, że większość samobójstw zdarza się w okresie zaczynającej się poprawy, gdy pacjent odzyskuje już energię do zrealizowania swoich chorobliwych zamiarów (lepszą aktywność niż nastrój).

¹ A. Matczak, *Zarys psychologii rozwoju*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2003.

² Tamże.

³ *Zburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego*, red. S. Pużyński, IPiN, Warszawa 2000.

⁴ Za: B. Hołyst, *Na granicy życia i śmierci*, Agencja Wydawnicza „Cindrella Books”, Warszawa 1996.

⁵ J. Wciórka, *Psychiatria praktyczna dla lekarza rodzinnego*, IPiN, Warszawa 1992.

Niektórzy błędnie sądzą, że ludzie zamożni nie popełniają lub rzadko popełniają samobójstwa. Nie jest to prawda. Samobójstwo zdarza się we wszystkich warstwach społecznych. Z wielu badań wynika, że samobójca jest zawsze krańcowo nieszczęśliwy, lecz niekoniecznie chory psychicznie. W przypadku braku zaburzeń psychicznych samobójstwo może być dokonane np. w związku z naciskami innych osób, jako spełnienie rytuału, np. „religijnego” – złożenie ofiary.

Jednak zaburzenia psychiczne stanowią tło zachowań samobójczych w co najmniej 90% przypadków. Niektórzy powątpiewają – czy osoba zdrowa psychicznie może popełnić samobójstwo?

MOTYWY I UWARUNKOWANIA

Dominują dwa motywy zachowań samobójczych – pragnienie śmierci i pragnienie wywarcia wpływu na otoczenie. Pragnienie śmierci czasem wiąże się z chęcią uwolnienia świata od siebie (poczucie winy, małej wartości), czasem – z chęcią uwolnienia siebie od czegoś (np. cierpienia, poniżenia, katastrofy życiowej). Pragnienie wywarcia wpływu może być interpretowane jako chęć uzyskania czegoś od otoczenia (np. pomocy, opieki, zainteresowania) lub odwetu na nim. W typowych przypadkach motyw śmierci cechuje samobójstwa, a motyw wywierania wpływu – próby samobójcze.

Źródłem zachowań samobójczych są przede wszystkim stany depresyjne lub dysforyczne⁶, występujące na różnym podłożu, zwłaszcza w przebiegu chorób afektywnych⁷, schizofrenii, zaburzeń reaktywnych⁸ i zaburzeń osobowości, a poza tym organicznych. Mogą tu również odegrać rolę uzależnienia (np. związana z nimi depresja, urojenia itp.).

Jak podaje S. Pużyński⁹ następujące objawy zespołów depresyjnych często wiążą się z silnie wyrażanymi tendencjami samobójczymi: wysoki poziom lęku (przejawiający się niepokojem psychoruchowym, podnieceniem ruchowym, idący w parze z zaburzeniami snu, niekiedy z całkowitą bezsennością), poczucie bezradności (sytuacji bez wyjścia), poczucie niemożności uzyskania pomocy ze strony najbliższych lub personelu leczącego, przekonanie o nieuleczalności czy

⁶ Dysforia – to zaburzenia nastroju polegające na występowaniu złego samopoczucia, ciągłego niezadowolenia, poczucia dyskomfortu, rozdrażnienia, zrzędlności.

⁷ Termin „choroby afektywne” – odnosi się do grupy zaburzeń psychicznych o etiologii endogennej, w których przebiegu występują okresowo (niekiedy regularnie i cyklicznie) zaburzenia nastroju, emocji i afektywności w postaci zespołów depresyjnych, u części osób pojawiają się również zespoły maniakalne.

⁸ Wg A. Bilikiewicza, o stanach czy zaburzeniach reaktywnych mówimy tradycyjnie w przypadkach objawów wywoływanych przez uraz psychiczny.

⁹ S. Pużyński, *Depresje*, PZWL, Warszawa 1998.

obecności ciężkich chorób, urojenia nihilistyczne¹⁰, poczucie winy, przekonanie o dopuszczeniu się ciężkich grzechów czy przestępstw, dążenie do poniesienia kary, nastrojów dysforyczny, uporczywe zaburzenia snu, dolegliwości typu bólowego.

Ogólnie można stwierdzić, że ryzyko samobójstwa w depresji jest tym większe, im depresja jest bardziej psychotyczna (np. łączy się z występowaniem urojeń), im większy jest lęk i niepokój. Nie jest to jednak reguła. U części chorych o podjęciu decyzji o samobójstwie wydaje się decydować nie stopień niepokoju i lęku, lecz głębokość poczucia winy, poczucia sytuacji bez wyjścia, beznadziejności i osamotnienia.

Niektórzy chorzy z depresją skutecznie ukrywają swoje zamiary lub myśli o samobójstwie (dyssymulacja), przekonując o poprawie zdrowia, nalegają np. na wypisanie ze szpitala, udzielenie przepustki. Jednak znaczna część osób ujawnia swoje zamiary w różnej formie. Niektórzy czynią to wprost – mówiąc o niechęci do życia i zamiarze popełnienia samobójstwa. Inni ujawniają swoje zamiary poprzez podjęcie odpowiednich przygotowań, np. gromadzenie leków, zdobycie ostrego narzędzia, odpowiedniego sznura. Do oznak wskazujących na tendencje samobójcze należą pozornie abstrakcyjne rozważania o bezsensie życia, sposobach popełnienia samobójstwa, o problematyce śmierci. Pośrednim przejawem takich zamiarów jest niekiedy treść marzeń sennych (tematyka śmierci, egzekucji, pogrzebu). Informacją wskazującą na zamiary samobójcze bywa nagła wizyta chorego u lekarza (zwłaszcza, gdy unikał on dotychczas takich kontaktów), wizyty u osób bliskich, lub odwrotnie – nagłe izolowanie się od otoczenia. U części chorych, którzy przejawiają wysoki poziom lęku, niepokoju, zapowiedzią samobójstwa bywa nagła pozorna poprawa stanu klinicznego w postaci uspokojenia i niekiedy wyraźnej poprawy nastroju. Taki „złowieszczy spokój” wiąże się często z podjęciem decyzji o samobójstwie, które w odczuciu chorego rozwiąże jego problemy, i co za tym idzie – przyniesie uspokojenie.

Po opuszczeniu szpitala lub ośrodka przez pacjenta depresyjnego (który uzyskał poprawę stanu zdrowia psychicznego) ponowna konfrontacja ze środowiskiem i wszystkimi problemami życia codziennego, może być przyczyną nawrotu tendencji samobójczych. Duże znaczenie w tym okresie mogą mieć przetrwałe i przewlekłe, utrzymujące się, niezbyt nasilone zaburzenia nastroju, snu oraz napędu, np. spowolnienie psychiczne i ruchowe (napęd oznacza jedną z podstawowych cech temperamentu, którą można utożsamiać z aktywnością złożoną, spontanicznością, tempem procesów psychicznych i ruchowych).

Stan taki, nazywany subdepresją, może wiązać się ze znacznymi zaburzeniami adaptacji do warunków środowiskowych i nieprawidłowymi reakcjami na stres. Narastające trudności w nauce lub pracy zawodowej, trudności materialne,

¹⁰ Urojenia nihilistyczne – to urojenia o treści absurdałnej, chory wypowiada twierdzenia, że jego ciało ulega pomniejszeniu, zanikowi, a nawet, że jest martwy. Niekiedy sądy te odnoszą się do niektórych narządów.

konflikty w życiu rodzinnym – mogą łatwo prowadzić do dekompensacji emocjonalnej i ujemnego bilansu.

SZACOWANIE RYZYKA SAMOBÓJSTWA

W opracowaniu zamieszczamy inwentarz do szacowania ryzyka samobójstwa w depresjach – za prof. S. Pużyńskim¹¹. Ma on wartość orientacyjną pomiaru. Twórcy inwentarza przestrzegają przed nadawaniem szczególnej rangi pojedynczym czynnikom. Dopiero stopień kumulacji cech ryzyka pozwala na orientacyjny szacunek zagrożenia samobójstwem.

Czynniki ryzyka samobójstwa w depresjach (niektóre dotyczą tylko osób dorosłych)

Cechy zespołu depresyjnego

- depresja o dużym nasileniu
- poczucie winy
- poczucie beznadziejności
- niska samoocena
- anhedonia¹²
- lęk przewlekły, niepokój
- bezsenność
- ujawniane myśli lub zamiary samobójcze
- przewlekła subdepresja

Cechy demograficzne

- wiek > 45 r. ż.
- płeć: mężczyzna – owdowiały, rozwiedziony

Sytuacja socjalna

- samotność, niemożność liczenia na pomoc innych
- zła sytuacja materialna
- utrata pracy, źródeł utrzymania

Dane z wywiadu

- próby samobójcze w przeszłości
- samobójstwa osób bliskich (krewnych, osób znaczących dla pacjenta)
- okres żałoby

Inne cechy

- złe przystosowanie społeczne
- nadużywanie alkoholu
- zaburzenia osobowości (np. osobowość antysocjalna)

¹¹ Zaburzenia depresyjne...

¹² Anhedonia to brak lub utrata zdolności odczuwania przyjemności w sytuacjach, które przeważnie dostarczają takich emocjonalnie zabarwionych przeżyć.

- przewlekłe choroby somatyczne
- przewlekła bezsenność
- przewlekłe dolegliwości bólowe
- organiczne zespoły mózgowe (przewlekłe).

W zespołach schizofrenicznych, majaczeniu lub halucynozie, a także w zespołach urojeniowych o różnej etiologii (w których występują głównie urojenia), podwyższa się niebezpiecznie ryzyko podjęcia próby samobójczej czy popełnienia samobójstwa, zwłaszcza jeśli występują: • urojenia zabarwione depresyjnie, np. urojenia grzeszności i winy (czują się winni za grzechy całej ludzkości); • omamy imperatywne (pacjent słyszy głosy nakazujące mu popełnić samobójstwo).

Majaczenie – to jedna z psychoz z jakościowymi zaburzeniami świadomości, w której występują złudzenia, omamy, silny lęk, pobudzenie ruchowe, urojenia prześladowcze i innej treści, zaostrzenie się objawów nocą.

Halucynozą – to również jedna z psychoz, w której występują urojenia (np. o treści prześladowczej) oraz omamy.

Również stany dysforyczne u osób z zaburzeniami osobowości są często źródłem prób samobójczych, które nierzadko kończą się zgonem.

W osobowości chwiejnej emocjonalnie typu borderline (z pogranicza) mogą występować powtarzające się groźby lub działania samouszkodzające, a wśród cech osobowości dysocjalnej A. Jakubik m.in. wymienia: częste szantażowanie otoczenia samobójstwem oraz tendencję do dokonywania samouszkodzeń.

WSKAZANIA PREWENCYJNO-TERAPEUTYCZNE

Ponieważ nieletni mają trudności w porozumieniu się ze swoim otoczeniem, wielu z nich trafia do specjalisty nie przed, lecz po dokonaniu próby samobójczej.

W takich przypadkach na specjalistów spada zadanie oceny, w jakim zakresie zachowanie to miało istotnie na celu odebranie sobie życia oraz czy istnieje prawdopodobieństwo powtórzenia się takiego zachowania. Poniższe dane mogą być dla nas użyteczne¹³.

1. Zwrócenie uwagi na moment wystąpienia. Im bardziej nagły i nieoczekiwany był rozwój tego zachowania, tym istnieje większe prawdopodobieństwo, że dzięki pewnym wysiłkom zmierzającym do zmiany sytuacji nieletniego, poprzez krótkotrwałą psychoterapię lub pozytywne oddziaływanie środowiskowe, będzie zmniejszać się możliwość wystąpienia u niego w przyszłości zachowań samobójczych. Z drugiej strony, wielokrotne uprzednie występowanie aktów

¹³ I.B. Weiner, *Zaburzenia psychiczne w wieku dojrzewania*, PWN, Warszawa 1977; T.M. Anthony, *Dlaczego? Samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*. Oficyna Wydawnicza „Vocatio”, Warszawa 1994.

autodestrukcyjnych, zwłaszcza prób samobójczych, zwiększa ryzyko podejmowania dalszych prób.

2. Zwrócenie uwagi na sposób dokonania zamachu samobójczego. Ważne jest tu dokładne określenie, czy czyn stanowił duże niebezpieczeństwo dla życia i czy nieletni „dał powody” do odratowania go. Nieletni, który przeżył próbę samobójczą, nadal stwarza znacznie większe niebezpieczeństwo podejmowania dalszych prób samobójczych niż nieletni, który zażył kilka tabletek aspiryny lub powierzchownie skaleczył sobie rękę. Im nieletni wcześniej planował podjęcie próby samobójczej, wybierając określony czas, miejsce i sposób dokonania zamachu samobójczego, zmniejszając szansę odratowania – tym istnieje większe niebezpieczeństwo, że następna próba powiedzie się.

3. Zwrócenie uwagi na cele. Należy określić, w jakim zakresie próba ta miała charakter komunikacyjny lub manipulacyjny. Jeśli próba taka miała na celu wpływanie na innych lub wywołanie zmian w ich zachowaniu i w postawach, i im bardziej nieletni uświadamia sobie te komunikacyjne lub manipulacyjne cele, tym zachodzi mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia u niego dalszych, poważniejszych aktów samodestrukcyjnych. W przypadku, jeśli nieletni nie wiąże swojego zamachu samobójczego z relacjami z innymi osobami, a zwłaszcza (jak podkreślają zwolennicy teorii dynamicznych) nie dają się ujawnić nieświadome motywy komunikowania się z innymi osobami, niebezpieczeństwo wystąpienia dalszych i bardziej poważnych aktów destrukcyjnych wyraźnie wzrasta. Największy problem przedstawiałby nieletni, który popełniłby zamach samobójczy w całkowitej izolacji od otoczenia, świadomie pragnąc śmierci. Możliwość podjęcia przez nieletniego próby samobójczej, należy brać pod uwagę również w sytuacji, gdy zaczyna on manifestować izolację lub buntowniczość w stosunkach interpersonalnych, ogarnia go nastrój depresyjny, miewa zaburzenia snu, a także pogarsza się w nauce.

Należy zauważać znaki ostrzegawcze, a wśród nich – wzmianki o samobójstwie lub śmierci, np. pewien młody pacjent powiedział pięciorgu swoim kolegom, że myśli o samobójstwie, a dwojgu – jak to robi. Często jednak sami młodzi ludzie nie biorą poważnie wypowiedzi swoich kolegów, kiedy ci mówią o samobójstwie. Może to wynikać częściowo z faktu, że grupa ta potocznie używa różnych półżartem wypowiedzianych aluzji do samobójstwa, np. po przegranym meczu: „chyba się zabiję”, „mam wszystkiego dosyć” itp. Dlatego trudne może być rozróżnienie poważnych wyrazów zniechęcenia od powierzchownej „paplaniny”.

Niepokojące są np. takie oto wypowiedzi: „wolałbym nie żyć”, „mam ochotę się zabić”, „wolałbym nigdy się nie urodzić”, „nie mam już siły”. Takie właśnie wypowiedzi (i inne do nich podobne) powinny być traktowane jako poważne wołanie o pomoc (z czego pacjent nie musi sobie zdawać sprawy).

Stwierdzono również, że wszelkie obsesje na punkcie takich spraw jak śmierć, choroby śmiertelne, cmentarze, żałoba, a nawet tematów „religijnych”, jak koniec świata czy życie pozagrobowe (oczywiście nie można tego mylić z

naturalną tęsknotą chrześcijanina za spotkaniem z Chrystusem) – mogą (ale oczywiście nie muszą) wskazywać na zamiar samobójstwa.

Nie sposób podać dokładnych zasad postępowania z pacjentami z tendencjami samobójczymi, gdyż podejście terapeutyczne uzależnione jest od wielu czynników.

Każdego pacjenta z myślami samobójczymi (a szczególnie takiego, który ujawnia tendencje samobójcze) kierujemy możliwie szybko do lekarza psychiatry, który podejmuje odpowiednie działania diagnostyczne i terapeutyczne oraz opracowuje i nadzoruje zasady postępowania przez pielęgniarkę, psychologa, wychowawców i nauczycieli, np. na zlecenie lekarza psychiatry lub po uzgodnieniu z nim, wychowawcy-pedagodzy otaczają nieletniego intensywną, często nawet stałą opieką (m.in. „nie spuszczać go z oka” w okresie oczekiwania na umieszczenie w szpitalu).

Szczególnie ważne jest, aby każdą próbę samobójczą potraktować poważnie, gdyż nawet najmniej groźna próba ma także na celu zakomunikowanie czegoś ważnego osobom znaczącym w życiu nieletniego.

Nieudana próba zwrócenia uwagi innych na swoje zachowanie przez nieletniego z tendencjami samobójczymi, niemal nieuchronnie zapowiada, podejmowanie dalszych i często znacznie bardziej niebezpiecznych aktów autodestrukcyjnych.

Większość osób z tendencjami samobójczymi to pacjenci depresyjni. V.E. Frankl uważa, że w praktyce psychoterapeutycznej nie do pomyślenia jest postępowanie inne niż eklektyczne. Z tego też względu w leczeniu zespołów depresyjnych terapeuci wykorzystują elementy różnych metod i technik psychoterapeutycznych, mających swoje podstawy naukowe w różnych teoriach psychologicznych.

Przykładowo analiza egzystencjalna, stworzona przez Frankla, upatruje przyczyn depresji we frustracji egzystencjalnej powstałej na skutek braku lub utraty sensu swego istnienia. Proponowaną metodą leczenia depresji jest logoterapia. Jej celem jest uczynienie chorego na depresję zdolnym do znalezienia sensu istnienia poprzez rozszerzenie systemu wartości.

Nawiązując do podejścia terapeutycznego Frankla należy podkreślić¹⁴, że duże znaczenie w profilaktyce samobójstw u młodych osób, a także w psychokorekcji, ma kształtowanie i rozwijanie zainteresowań. Zainteresowania mają wymiar poznawczy, jak również – co jest szczególnie ważne – uczuciowy. Zaangażowanie emocjonalne w przedmiot zainteresowań wyzwala w człowieku pozytywną energię, stanowi bodziec i motywację do działania. Świat i życie mają wówczas wartość, a problemy i trudności życiowe łatwiej jest pokonywać. Nerwice egzystencjalne, o których mówi Frankl, przejawiają się w poczuciu bezsensu własnego istnienia, w uświadomieniu sobie „egzystencjalnej pustki”. Skutkiem tego może być zachowanie suicydalne.

¹⁴ B. Hołyst, dz.cyt.

Mamy nadzieję, że ten krótki artykuł będzie zachętą do pogłębionych poszukiwań w zakresie prewencji, psychoprofilaktyki i terapii – wobec zachowań suicydalnych. Mieliśmy trudności w wyszczególnieniu treści odnoszących się tylko do nieletnich – co może być mankamentem niniejszego artykułu.

SUSCIDAL BEHAVIOURS OF THE MINORS – ANALYSIS OF THE RISK

Summary

According to the data from the World Health Organisation (Pużyński S., 2000), over 1300 people in the world are killed every day as a result of attempted suicides. The number of suicidal attempts is probably about fifteen times higher.

There are two dominating motives of suicidal behaviours – a death wish and a wish of affecting the surrounding community. Inventories for suicide risk assessment are of particular use in diagnostic and therapeutic work.

With reference to Frankl's therapeutic approach, one ought to underline an important role of shaping and developing interests in the suicide prophylactics and in psychocorrection as well. The interests are of both cognitive as well as, what is particularly important, of affective character.

Słowa kluczowe: zachowanie samobójcze, motywy i uwarunkowania, szacowanie ryzyka samobójstwa, wskazania prewencyjno-terapeutyczne

