

# **Samobójstwo – przyczyny natury społecznej i aspekt psychologiczny**

**Autorzy:**

**Małgorzata Szymczak**

**Magdalena Tworek**

**Rafał Kędzierski**

**Marcin Krzyżaniak**

**Szymon Kandulski**

## **Samobójstwo – przyczyny natury społecznej i aspekt psychologiczny**

**„Samobójstwo nie jest kwestią wyboru, następuje, gdy cierpienie przekracza siły do walki z nim.”**

Samobójstwo – to rezygnacja człowieka z życia. To najtragiczniejszy przejaw dezintegracji społecznej i osobowościowej. Samobójstwo jest zjawiskiem budzącym wiele kontrowersji i emocji. Stanowi przedmiot zainteresowania pedagogów, psychologów, psychiatrów, lekarzy, kryminologów, socjologów, teologów oraz filozofów. Jest aktem woli sprzecznym z podstawowym, pierwszym prawem biologicznym, wynikającym z popędu samozachowawczego, czyli prawem zachowania życia. Decyzja o samobójstwie niezależnie czy wynika z trudnej sytuacji życiowej, czy z choroby psychicznej, jest aktem woli podejmowanym w ramach świadomości życia, a nie śmierci.

Motywację samobójstwa charakteryzuje świadomość i dobrowolność podjęcia decyzji pozbawienia się życia. Dobiera się wtedy takie środki i takie okoliczności, które warunkują powodzenie takiego czynu.

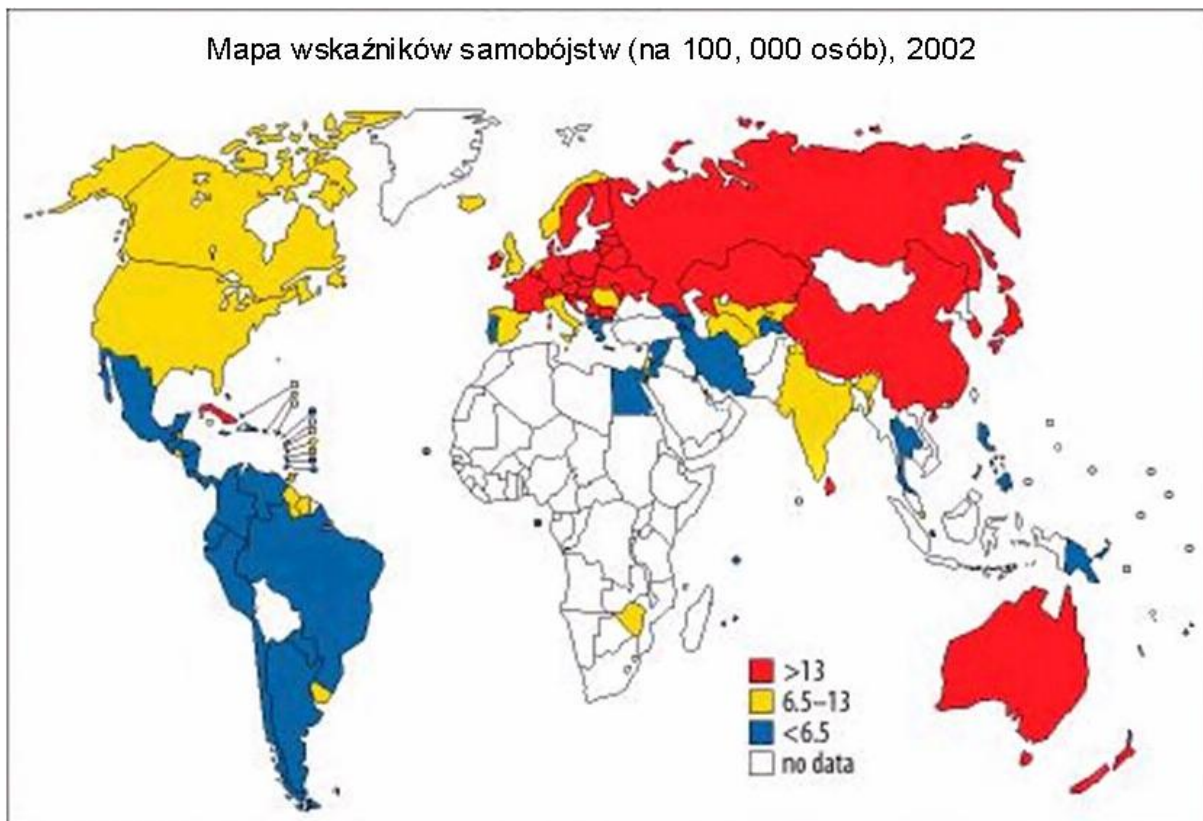
**„śmierć nie dotyka nas wcale, albowiem póki jesteśmy, nie ma śmierci, a odkąd jest śmierć, nie ma nas” Epikur**

Na przestrzeni wieków poglądy na samobójstwo były dosyć zróżnicowane. W społeczeństwach pierwotnych akt samobójczy dawał oskarżonemu człowiekowi możliwość rozwiązania swoich problemów i zarazem rehabilitacji. Arystoteles samobójstwo potępiał, Epikur twierdził, że "człowiek może podjąć decyzję ucieczki od życia, jeżeli przestało go ono cieszyć i interesować". Prawo greckie traktowało samobójstwo jako przestępstwo zagrożone sankcją prawną. W społeczeństwie rzymskim dopuszczano zachowania autodestrukcyjne w negatywnych sytuacjach jednostkowych. Św. Augustyn - rzecznik stanowiska Kościoła - potępiał samobójstw, ponieważ V przykazanie mówi: Nie zabijaj!, a zabić siebie, to zabić człowieka a zatem samobójstwo jest zabójstwem". Kościół katolicki zajmował stanowisko negatywne widząc w tym moralny upadek. W Indiach tradycją stał się rytuał samo spalenia wdowy na wspólnym stosie ze zwłokami męża znany pod nazwą SATI. W Japonii pojęcie honoru motywowało do podjęcia aktu zwanego SEPPUKU tj. harakiri polegającego na rozcięciu sobie brzucha.

To jedne z wielu przykładów historycznych myśli i czynów samobójczych. Istniało i istnieje nadal bardzo wiele przyczyn czynów autodestrukcyjnych ważne jest jednak, iż każde samobójstwo jest działaniem w ogromnym stopniu agresywnym. Agresja jako zachowanie jest wyuczona społecznie, może być wynikiem przykrych doświadczeń osoby lub przewidywanych korzyści. Współczesny człowiek żyje w warunkach sprzyjających stresom. Psychika osoby zagrożonej samobójstwem podobna jest do zbiornika przelewającego się z dwóch powodów, po pierwsze zbyt duży jest dopływ agresji, a po drugie nie ma swobodnego odpływu. Większość zamachów samobójczych to nieudane próby i duża część motywów ma wyraźnie manipulacyjny charakter w stosunku do otoczenia. Jednak, mimo, iż agresja samobójcy kieruje się przeciw niemu samemu to jej celem są inni ludzie. Związek agresji z samobójstwem przebiega w wielu płaszczyznach, decyduje tu wiele czynników takich jak uwarunkowania społeczne, kulturowe, cechy osobowościowe sprawców, sposób dokonania zamachu, ilość prób samobójczych.

Wyróżnia się cztery podstawowe rodzaje samobójstw:

1. samobójstwo egoistyczne – będące wynikiem zbyt słabej integracji jednostki z grupą i społecznością;
2. samobójstwo altruistyczne - będące skutkiem zbyt silnej integracji ze środowiskiem, zbyt silnej identyfikacji z celami, interesami i oczekiwaniami grupy, zbyt daleko posuniętej socjalizacji;
3. samobójstwo anomiczne – będące przejawem zakłócenia ładu społecznego, wskaźnikiem jego rozregulowania, sytuacji, w której zachowania jednostki są w zbyt małym stopniu kontrolowane i stymulowane przez społeczeństwo; sytuacja dezintegracji społecznej, której efektem, a tym samym wskaźnikiem, jest m.in. zwiększona liczba samobójstw;
4. samobójstwo fatalistyczne – związane z sytuacją jednostkową. Jest to samobójstwo jednostki, która znajduje się w sytuacji tragicznej (np. więźniowie obozów pracy podczas II wojny światowej)



## Aspekt psychologiczny samobójstw

### 1. Depresja

W dużym procencie samobójstwa są związane z zaburzeniami psychicznymi. Najczęściej popełniają samobójstwo osoby chore na depresję, schizofrenię i alkoholizm. Samobójstwo chorego z depresją wydaje się wydarzeniem, które zwłaszcza dla znającego chorobowe przeżycia pacjenta, w sposób oczywisty i zrozumiały wynika z faktu istnienia depresji. Takie przejawy depresyjnego obrazu myślenia, jak: pesymizm, negatywna ocena przyszłości, poczucie beznadziejności, winy,

przekonanie o istnieniu sytuacji bez wyjścia i niemożności uzyskania pomocy, wydają się dostatecznym motywem do wyboru samobójstwa jako sposobu rozwiązania beznadziejnej sytuacji. Przyczyny samobójstw chorych z depresją okazują się bardziej złożone, niż można sądzić na podstawie powierzchownej oceny.

Wykazano, że następujące elementy zespołu depresyjnego idą często w parze z silnie wyrażonymi tendencjami samobójczymi:

- duże nasilenie lęku, idące w parze z zaburzeniami snu, niekiedy całkowitą bezsennością,
- poczucie beznadziejności, sytuacji bez wyjścia, niemożności uzyskania pomocy ze strony najbliższych, przekonanie o nieuleczalności, obecności ciężkich chorób, urojenia nihilistyczne,
- poczucie winy, przekonanie o dopuszczeniu się ciężkich grzechów, przestępstw, dążenie do poniesienia kary,
- nastrój dysforyczny
- dolegliwości typu bólowego i przewlekłe schorzenia somatyczne,
- uporczywe zaburzenia snu.

Zaburzenia snu, zwłaszcza całkowita bezsenność i narastanie objawów psychopatologicznych w godzinach porannych (w tym lęku, niepokoju), są jedną z przyczyn dużej liczby samobójstw dokonywanych nocą oraz we wczesnych godzinach porannych.

Zdarza się, że chory decyduje się na poszerzenie liczby osób, w stosunku do których śmierć wydaje mu się jedynym i najlepszym rozwiązaniem. Dotyczy to zwykle osób najbliższych, z którymi pozostaje w bliskim związku emocjonalnym. Motywy takiego rozszerzonego samobójstwa wiążą się z dążeniem do uchronienia najbliższych przed nieszczęściem, cierpieniem i sytuacją bez wyjścia, w której - w ocenie pacjenta - znaleźli się najbliżsi.

Ponowna konfrontacja chorego ze środowiskiem i wszystkimi problemami życia codziennego, zwłaszcza gdy znajduje się wciąż w subdepresji, może być przyczyną nawrotu tendencji samobójczych. Okres poprawy lub remisji u niektórych osób może być więc etapem bardziej niebezpiecznym niż głęboka depresja. Również duże znaczenie w tym okresie mają, przetrwałe i przewlekłe utrzymujące się, niezbyt nasilone zaburzenia nastroju, napędu oraz snu. Stan taki wiąże się ze znacznymi zaburzeniami adaptacji do warunków środowiskowych i nieprawidłowymi reakcjami na stres. Narastające trudności w wykonywaniu obowiązków zawodowych, trudności materialne, konflikty w życiu rodzinnym mogą łatwo prowadzić do dekompensacji emocjonalnej i ujemnego bilansu.

W badaniach nad zaburzeniami psychicznymi wykorzystuje się skalę depresji Beck'a:

### Skala Depresji Becka (BDI)

Skala składa się z 21 punktów ocenianych, wg intensywności objawów, od 0 do 3. Z każdego punktu badany powinien wybrać jedną odpowiedź, która jego zdaniem, w najlepszy sposób opisuje jego stan we wskazanym okresie (zanim lekarz poprosi chorego o wypełnienie skali powinien sprecyzować, jakiego okresu mają dotyczyć odpowiedzi - miesiąca, tygodnia czy ostatniej doby). Wybranie odpowiedzi 0 - 0 punktów, odpowiedzi 1 - 1 punkt itd. Wyniki na dole strony.

*(Wypełnia pacjent)*

A. 0. Nie jestem smutny ani przygnębiony.

1. Odczuwam często smutek, przygnębienie.

2. Przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć.

3. Jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania.

B. 0. Nie przejmuję się zbyt przyszością.

1. Często martwię się o przyszość.
2. Obawiam się, że w przyszości nic dobrego mnie nie czeka.
3. Czuję, że przyszość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni.

C. 0. Sądę, że nie popełniam większych zaniedbań.

1. Sądę, że czynię więcej zaniedbań niż inni.
2. Kiedy spoglądam na to co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań.
3. Jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle.

D. 0. To co robię sprawia mi przyjemność.

1. Nie cieszy mnie to co robię.
2. Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia.
3. Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności i wszystko mnie nuży.

E. 0. Nie czuję się winnym ani wobec siebie, ani wobec innych.

1. Dość często miewam wyrzuty sumienia.
2. Często czuję, że zawiniłem.
3. Stale czuję się winnym.

F. 0. Sądę, że nie zasługuję na karę.

1. Sądę, że zasługuję na karę.
2. Spodziewam się ukarania.
3. Wiem, że jestem karany (lub ukarany).

G. 0. Jestem z siebie zadowolony.

1. Nie jestem z siebie zadowolony.
2. Czuję do siebie niechęć.
3. Nienawidzę siebie.

H. 0. Nie czuję się gorszy od innych ludzi.

1. Zarzucam sobie, że jestem nieudolny i popełniam błędy.
2. Stale potępiam siebie za popełnione błędy.
3. Winię siebie za wszystko zło, które istnieje.

I. 0. Nie myślę o odebraniu sobie życia.

1. Myślę o samobójstwie - ale nie mógłbym tego dokonać.
2. Pragnę odebrać sobie życie. .
3. Popełnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność.

J. 0. Nie płaczę częściej niż zwykle.

1. Płaczę częściej niż dawniej .
2. Ciągłe chce mi się płakać.
3. Chciałbym płakać, lecz nie jestem w stanie.

K. 0. Nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej.

1. Jestem bardziej nerwowy i przykry niż dawniej.
2. Jestem stale zdenerwowany lub rozdrażniony.
3. Wszystko co dawniej mnie drażniło, stało się obojętne.

L. 0. Ludzie interesują mnie jak dawniej.

1. Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej.
2. Utraciłem większość zainteresowań innymi ludźmi.
3. Utraciłem wszelkie zainteresowania innymi ludźmi.

M. 0. Decyzję podejmuję łatwo, tak jak dawniej.

1. Częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji.
2. Mam dużo trudności z podjęciem decyzji.
3. Nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji.

N. 0. Sądzę, że wyglądam nie gorzej niż dawniej.

1. Martwię się tym, że wyglądam staro i nie atrakcyjnie.
2. Czuję, że wyglądam coraz gorzej.
3. Jestem przekonany, że wyglądam okropnie i odpychająco.

O. 0. Mogę pracować jak dawniej.

1. Z trudem rozpoczynam każdą czynność.
2. Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek.
3. Nie jestem w stanie nic robić.

P. 0. Sypiam dobrze, jak zwykle.

1. Sypiam gorzej niż dawniej.
2. Rano budzę się 1-2 godzin za wcześnie i trudno jest mi ponownie usnąć.
3. Budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę usnąć.

Q. 0. Nie męczę się bardziej niż dawniej.

1. Męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio.
2. Męczę się wszystkim co robię.
3. Jestem zbyt zmęczony, aby cokolwiek robić.

R. 0. Mam apetyt nie gorszy niż dawniej .

1. Mam trochę gorszy apetyt.
2. Apetyt mam wyraźnie gorszy.
3. Nie mam w ogóle apetytu.

S. 0. Nie tracę na wadze ciała (w okresie ostatniego miesiąca).

1. Straciłem na wadze więcej niż 2 kg.
2. Straciłem na wadze więcej niż 4 kg.
3. Straciłem na wadze więcej niż 6 kg.

Jadam specjalnie mniej, aby stracić na wadze: a) tak, b) nie.

T. 0. Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze.

1. Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcie, bóle.
2. Stan mego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę.
3. Tak bardzo martwię się o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć.

U. 0. Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom.

1. Jestem mniej zainteresowany sprawami płci (seksu).
  2. Problemy płciowe wyraźnie mniej mnie interesują.
  3. Utraciłem wszelkie zainteresowania sprawami seksu.
-

**00 - 11** punktów - brak depresji lub obniżenie nastroju

**12 - 27** punktów - depresja umiarkowana

**28 i więcej** punktów - depresja ciężka

### **Cechy kliniczne towarzyszące zwiększonemu ryzyku samobójstwa w depresji:**

- duże nasilenie zaburzeń (szczególnie depresja psychotyczna)
- uporczywa bezsenność
- zaniedbanie w wyglądzie i higienie osobistej
- poczucie beznadziejności, sytuacji bez wyjścia, niemożność uzyskania pomocy
- poczucie winy, przekonanie o grzeszności, dążenie do poniesienia kary
- osłabienie pamięci
- nastrój dysforyczny
- wysoki poziom lęku – niepokój psychoruchowy, pobudzenie
- napady panicznego lęku
- dolegliwości typu bólowego

(Angst i wsp., 1999; Pużyński, 2004)

### **Sygnaly ostrzegawcze:**

- abstrakcyjne rozważania na temat śmierci, sposobach popełnienia samobójstwa, treść marzeń sennych
- nagła wizyta u lekarza (gromadzenie leków), wizyty u osób bliskich lub odwrotnie - izolowanie się od otoczenia
- u chorych przejawiających duży lęk i niepokój- nagła poprawa stanu klinicznego (podjęcie decyzji o samobójstwie)

(Pużyński, 2004)

## **2. Alkohol**

Alkohol jest ważnym czynnikiem ryzyka suicydalnego. Częstość samobójstw wśród osób uzależnionych od alkoholu jest kilkakrotnie wyższa niż przeciętna w populacji ogólnej.

Ocena znaczenia alkoholu w podjęciu decyzji samobójczej jest w wielu przypadkach bardzo trudna. Jedynie w sytuacji śmierci samobójczej alkoholika często może to być sposób ucieczki od choroby alkoholowej i związanych z tym problemów. Z reguły alkohol jest pity w celu ułatwienia podjęcia decyzji samobójczej. Najczęściej pod wpływem alkoholu samobójstwa popełniają kobiety w wieku 31–50 lat. Jest to okres największej aktywności zawodowej i rodzinnej. Często niemożność

zaspokojenia podstawowych potrzeb zdrowotnych, emocjonalnych i materialnych tych kobiet wpływa na podjęcie ostatecznej decyzji o odebraniu sobie życia. Kobiety aktywne zawodowo w spożywaniu alkoholu szukają ucieczki od stresu. Piją żeby rozluźnić się, wprowadzić się w dobry nastrój, poczuć pewność siebie, uśmierzyć cierpienie, uniknąć samotności.

Gospodynie domowe piją z powodu nudy, poczucia pustki, braku akceptacji przez partnera. Rosnące problemy w zakresie niedostosowania społecznego, bezrobocie, trudności ekonomiczne, rodzinne, zawiedziona miłość, zranione uczucia, zdrada partnera, problemy zdrowotne utrudniające lub uniemożliwiające zaspokojenie podstawowych potrzeb emocjonalnych i materialnych — wszystko to ma znaczenie w podjęciu ostatecznej decyzji, czyli samobójstwa pod wpływem alkoholu.

- **ok. jedna trzecia samobójców to osoby uzależnione od alkoholu**
- **ok. 5 - 10% ludzi uzależnionych od alkoholu kończy życie samobójstwem.**
- **wiele osób było pod wpływem alkoholu podczas popełniania aktu samobójstwa.**
  
- **Czynniki związane z podwyższonym ryzykiem samobójstwa wśród alkoholików:**
  - wczesny początek alkoholizmu,
  - długi okres picia,
  - głębokie uzależnienie,
  - obniżony nastrój,
  - zły stan somatyczny,
  - złe funkcjonowanie w pracy,
  - przypadki alkoholizmu w rodzinie,
  - zerwanie z bliską osobą lub poważne trudności w związku

### 3. Schizofrenia

Schizofrenia jest bardzo ciężką, przewlekłą chorobą, która zaburza pracę tego, co dla każdego stanowi istotę jego osobowości - funkcjonowania mózgu. Schizofrenik inaczej myśli i postrzega świat. Największą tragedią w tej chorobie jest zniszczenie więzi z innymi ludźmi i brak akceptacji otoczenia. Nie do końca wiadomo, co dzieje się w mózgach chorych na schizofrenię. Jakie zmiany – geny, środowisko, czynniki kulturowe - powodują, że człowiek nagle, zazwyczaj w wieku około dwudziestu kilku lat, zaczyna mieć halucynacje, urojenia, manie prześladowcze, nie potrafi logicznie ocenić rzeczywistości.



Schizofrenia dotyka około 1 proc. ludzi. Oznacza to, że jedna osoba na sto zanim osiągnie 45. rok życia, może wypaść poza nawias społeczny. Aż 10 proc. chorych popełnia samobójstwo. Panuje powszechne przekonanie, że schizofrenicy są niebezpieczni. Agresywni, zaniedbani, mówią coś do siebie. Ale w ogromnej większości osoby chore, które się leczą, nie stanowią najmniejszego zagrożenia dla kogokolwiek, a ich agresja podczas zaostrzeń choroby wynika ze skrajnego lęku i obawy przed tym, co się z nimi dzieje. Urojenia, słyszenie i widzenie rzeczy, których według innych nie ma, apatia, depresja, bezsenność, kłopoty z koncentracją, odrzucenie ze społeczeństwa może doprowadzić do próby samobójczej.

- **Częstość schizofrenii wśród ofiar**                      **2-12 %**
- **Zespół depresyjny**    **64%**
- **Alkoholizm (zwł. młodych mężczyzn)**                      **21%**
- **Wcześniejsza próba**    **71%**
- **Częsta przyczyna przedwczesnych zgonów** **10%**

#### 4. Impulsywność

Impulsywność może prowadzić do czynu autoagresji. Cechuje ją wielka niecierpliwość, potrzeba natychmiastowego działania i niemożność powstrzymania się od aktywności. Impulsywność jest najczęściej definiowana jako sposób zachowania, które nieodparcie zmierza do uzyskania poczucia satysfakcji i jest podjęte i kontynuowane z niedostatecznym, uwzględnieniem kontekstu sytuacji i oceny ryzyka (następstw). Impulsywność wyklucza możliwość przeciwstawienia się pokusom, sądom, podjęciu lub zaniechaniu aktywności szkodzącej samemu sobie lub innym. Towarzyszy jej wzrost napięcia i wzbudzenia przed podjęciem działania, które ustępują w czasie aktywności wraz z pojawieniem się poczucia przyjemności, ulgi lub satysfakcji. Impulsywność nie pozwala na refleksję, skonfrontowanie sytuacji z zapamiętanymi doświadczeniami ani na zdystansowanie się od zachowania. Zachowania impulsywne ujawniają się w stanach zaburzeń afektywnych, zwłaszcza w manii, w uzależnieniach, w psychozach, a także cechują osoby z impulsywnymi zaburzeniami osobowości. Czynny samobójczy są zawsze zachowaniem, które w chwili popełniania stanowią dla samobójcy jedyną, w ich ocenie sytuacji, możliwością. Impulsywność pojawia się także niezależnie od przyczyn poczucia beznadziejności sytuacji ani głębokości depresji. Skłonność do zachowań impulsywnych jest wiązana z wieloma czynnikami. Należą do nich:

- . czynniki genetyczne;
  - . okres dzieciństwa (słabsze hamowanie zachowań);
  - . patologia skroniowa (agresywność, kleptomania, piromania);
  - . czynniki związane z rozwojem: ekspozycja na leki w rozwoju płodowym
- wczesne urazy, nadużycie, przemoc;
- . czynniki środowiskowe (stres);
  - . zaburzenia nastroju (manie);
  - . deprivacja snu;
  - . leki aktywizujące (w tym nadmierna aktywacja układu adrenergicznego, np. alkohol, amfetamina, kokaina).

## Przyczyny społeczne

Kontekst społecznych uwarunkowań aktu samobójczego analizuje socjologia. Poszukuje motywacji aktu samobójczego w zaburzeniach funkcjonowania społecznego. Tłumaczy samobójstwo jednostki społecznym kontekstem. Jednostka pchana w kierunku samobójstwa nie widzi możliwości zaspokojenia swoich potrzeb. To patologia społeczna stwarza patologię jednostki. Twórcą tej dość uproszczonej koncepcji samobójstw był E. Durkheim. Stworzył on pojęcie "społeczeństwa suicydogennego". Oskarżał on wadliwie funkcjonujące społeczeństwo o stwarzanie warunków do realizacji dążeń autodestrukcyjnych.

Kontynuatorzy tych poglądów zwrócili uwagę na to, że agresja i autoagresja są wynikiem konfliktu ról pełnionych przez jednostkę (wiąże się to z dezintegracją takich czynników jak prestiż społeczny, status materialny, dostęp do różnych dóbr). Zauważono również związek pomiędzy agresywnością społeczeństwa, a ilością samobójstw. Według tych socjologów wysokie wskaźniki liczby samobójstw zmniejszają agresywność społeczną.

Inni socjologowie (np. E. Merton) doszukiwali się źródeł wszelkich patologii w wadliwie funkcjonującym społeczeństwie. Jeżeli jest zbyt duża rozbieżność między wyznaczonymi przez daną kulturą aspiracjami, a uwarunkowanymi społecznie możliwościami ich realizacji, to wtedy pojawia się więcej zachowań dewiacyjnych. Jednostka próbuje przystosować się do opisanej sytuacji poprzez: konformizm, innowacje, rytualizm, bunt lub wycofanie. Kiedy w danym społeczeństwie są wysokie jednostkowe aspiracje, a normy obowiązujące są silnie zinternalizowane i nie wchodzi w rachubę ich złamanie, to jednostka skazana jest na przeżywanie silnego konfliktu. Rozwiązanie konfliktu jest możliwe jedynie poprzez odrzucenie zarówno aspiracji jak i metod ich realizacji. Taka sytuacja prowadzi do utraty sensu życia i "odsłania" jedyną drogę samobójstwo. Kolejne teorie socjologiczne zwracają uwagę na to, że uwarunkowań samobójstw należy poszukiwać w dezintegracji środowisk miejskich, rozluźnieniu więzi rodzinnych i sąsiedzkich (teoria więzi społecznych) lub w niedostatecznej społecznej kontroli, która w ostatnich latach bardzo mocno się zdeformowała (szczególnie zauważalna jest różnica w społeczności wiejskiej).

### **Do czynników społecznych samobójstw zaliczamy m.in.:**

- Wiek,
- Płeć,
- Status materialny,
- Stan cywilny,
- Rodzina (rozluźnienie więzi, konflikty),
- Samobójstwo wśród osób bliskich,
- Miejsce zamieszkania,
- Poziom wykształcenia,

- Przewlekłe choroby (również somatyczne),
- Utrata pracy.

Wysoki wskaźnik utrzymuje się w grupie wiekowej 45-55 lat. Jak widać, problem samobójstw dotyczy głównie ludzi starszych i w średnim wieku. Jednakże, następuje stały przyrost zgonów samobójczych wśród ludzi młodych. Najmniej prób samobójczych odnotowano wśród dzieci w wieku poniżej 14 lat. Ale ich liczba, w przedziale 10-14 lat, wzrosła trzykrotnie w porównaniu z poprzednimi latami. Zanotowano też udane próby samobójcze wśród dzieci 5-9-letnich. Ponadto, gwałtownie wzrasta liczba samobójstw w grupie młodzieży między 15 a 19 rokiem życia. Targnięcie się na własne życie jest, obok wypadków, najczęstszą przyczyną zgonów ludzi młodych. Powody, dla których młodzież podejmuje decyzje o popełnieniu samobójstwa, są inne niż wśród dorosłych i dotyczą głównie dwóch sfer życia - złych relacji z rodzicami i problemów szkolnych. Wymienia się również utratę bliskich i odrzucenie.

Można mówić o kilku czynnikach, które zwiększają ryzyko podjęcia próby samobójczej przez młodego człowieka - czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym dotyczą środowiska szkolnego i rodzinnego dziecka, czy nastolatka. Dane zebrane w łódzkiej Klinice Ostrych Zatruc Instytutu Medycyny Pracy wykazują, że większość młodocianych niedoszłych samobójców wywodzi się z niepełnych lub rozbitych rodzin, w których występuje alkoholizm albo choroba psychiczna jednego lub obojga rodziców, albo dziecko było świadkiem udanej bądź nie próby samobójczej członka rodziny. Diagnostyczny jest także stan relacji rodzice-dziecko w przypadku występowania konfliktów, braku wsparcia i akceptacji, ograniczania autonomii dziecka.

Badacze są zgodni - przyczyną samobójstw dzieci i młodzieży nie jest stan materialnych zasobów rodziny, lecz przede wszystkim kłopoty w szkole - złe wyniki w nauce i wagary. Poza tym, bardzo często dzieci-samobójcy mają wyższy poziom agresji, lęku, depresji i zachowań aspołecznych niż ich rówieśnicy.

Dokładnych przyczyn samobójstwa wśród młodzieży i dzieci nie znamy. W obliczu rosnącego problemu warto zwrócić uwagę na podjęcie właściwych działań profilaktycznych - promować zdrowie psychiczne dziecka i rodziny, wzmacniać pozytywne cechy osobowości, uczyć rozpoznawania symptomów rezygnacji, radzenia sobie z nimi.

Osoby w wieku podeszłym wydają się być mniej narażone na ryzyko podejmowania prób samobójczych. Mimo, że społeczeństwo do złożonego problemu starości podchodzi negatywnie. Dane statystyczne potwierdzają przypuszczenie - ilość podejmowanych prób samobójczych maleje wraz z wiekiem; niestety, jednocześnie zwiększa się ilość samobójstw dokonanych. Ryzyko jest wyższe w przypadku osób starszych przewlekłe chorych, po rozwodzie lub śmierci współmałżonka. Nie mogą pełnić dotychczasowych ról społecznych i nie potrafią znaleźć sobie nowego miejsca wśród bliskich i w społeczeństwie. Szczególnie niebezpieczne jest wdowieństwo - najczęściej samobójstw ludzie starsi popełniają w okresie od pół do roku po śmierci małżonka. Dwukrotnie częściej są to mężczyźni.

Ważnymi czynnikami są także; gorsza sytuacja materialna związana z emeryturą, nowy status społeczny, gorsza pozycja w rodzinie, mniejsze poczucie własnej wartości, ujemny bilans życiowy.

Wchodzenie w nowej roli społeczne wymaga od ludzi starszych niemożliwego - elastyczności, samodzielności i odpowiedzialności za własne decyzje w nieznanym warunkach. W obliczu nowych wyzwań człowiek staje bezradny; stopniowe osłabianie się więzi z rodziną i sąsiadami, izolacja i dezintegracja osobowości nie sprzyjają zwycięskiemu wyjściu z tej próby.

Choroby wieku starczego takie, jak choroba Alzheimera, czy Parkinsona także zwiększają ryzyko samobójcze. Dodatkowo występująca depresja pogarsza stan psychiczny chorego. Niestety, starsze

osoby bardzo niechętnie ujawniają swoje problemy natury psychicznej, a głównym przedmiotem troski rodziny i zabiegów lekarskich są choroby somatyczne. Brak psychoterapii może prowadzić do wystąpienia myśli samobójczych, które w wieku podeszłym przejawiają się bezsennością, zmęczeniem, osłabieniem, dekoncentracją, apatią, społecznym izolowaniem się albo wręcz przeciwnie nagłym poszukiwaniem kontaktu z bliskimi. Według danych statystycznych, osoby cierpiące na depresję stanowią w tej grupie wiekowej procent dwa razy wyższy niż w innych. Bardzo często (zdaniem WHO 50%, zdaniem Hołysza 60% przypadków) ponawiają próbę samobójczą, jeżeli pierwsza była nieudana. Zazwyczaj, gdy decydują się na samobójstwo, sięgają po najskuteczniejsze środki.

Motywy samobójcze osób starszych mają charakter głównie ekonomiczny, zdrowotny, rodzinny lub społeczny. Ważniejszą od utraty zdrowia przyczyną jest jednak gwałtowna zamiana statusu osoby aktywnej zawodowo (i społecznie) na status emeryta. Jeżeli po jakimś czasie trafiają do domów pomocy społecznej, obca sytuacja wyzwała lub wzmacnia istniejące stany depresyjno-maniakalne. Społeczeństwo spycha osoby starsze na margines życia; postrzega je jako skrajnie niesamodzielne i niesprawne psychofizycznie jednostki. Odmawia im tym samym prawa do godnej starości i śmierci.

Izolowanie problemu samobójstwa we współczesnej społeczności sprzyja tworzeniu mitów związanych z tym problemem. Do najpopularniejszych należą:

- mit, że człowiek mówiący o samobójstwie, nie odbierze sobie życia - z badań wynika, że mniej więcej 80% samobójców wspominało w rozmowie o swoich planach.
- Samobójstwo nie jest wyrazem pragnienia śmierci, lecz próbą manipulowania otoczeniem - źle; jest to raczej wyraz prośby o pomoc, wsparcie, próba zwrócenia uwagi na swoje problemy.
- Poprawa nastroju po nieudanej próbie samobójczej jest równoznaczna z wyeliminowaniem zagrożenia - ale może to być poprawa rzekoma.
- Każdy samobójca jest chory psychicznie - z badań wynika, że niektórzy, ale nie wszyscy.

Czynniki społeczne i kulturowe nie wyjaśniają wprost okoliczności samobójstwa, jednak stwierdzono znaczący związek między ich występowaniem, a liczbą zamachów samobójczych. Są to:

- wzrost przemocy przy jednoczesnym spadku zainteresowania ludźmi
- rozpad małżeństw, powtórne małżeństwa i zmiany w strukturze rodziny
- niepewność, poprzez zmiany w zatrudnieniu i dostępie do edukacji
- zmiana ról społecznych mężczyzn i kobiet
- powstawanie coraz większych społeczności przy jednoczesnym osłabianiu więzi między ludźmi.

Jako jeden z najbardziej istotnych czynników występowania samobójstw podaje się więzi i sytuacje rodzinne jednostki popełniającej czyn autodestrukcyjny.

Rodzina. Istnieją różne sytuacje tłumiące radość życia już w dzieciństwie. Najczęstsze z nich to:

- Zbyt mało miłości.
- Niechciane lub odrzucane dzieci.
- Konflikty w domu, kłótnie rodziców, którzy bardzo często wykorzystują dzieci do rozładowania własnych napięć.

- Zaborcza miłość uznająca dziecko za składnik istnienia rodziców (za ich kontynuację), a nie samodzielną istotę.
- Poczucie izolacji i osamotnienia

## SAMOBÓJSTWO A CHOROBY SOMATYCZNE

- Choroby neurologiczne

Padaczka (zwiększona impulsywność, agresywność i przewlekła niepełnosprawność) 5 x wzrost ryzyka

- Stwardnienie rozsiane
- Uszkodzenia mózgu i rdzenia kręgowego

udar — szczególnie przy uszkodzeniach w tylnej części mózgu — 19% pacjentów: obniżony nastrój i tendencje samobójcze.

- Nowotwory

Ryzyko największe

- w okresie ustalania rozpoznania
- w ciągu pierwszych dwóch lat choroby
- ból

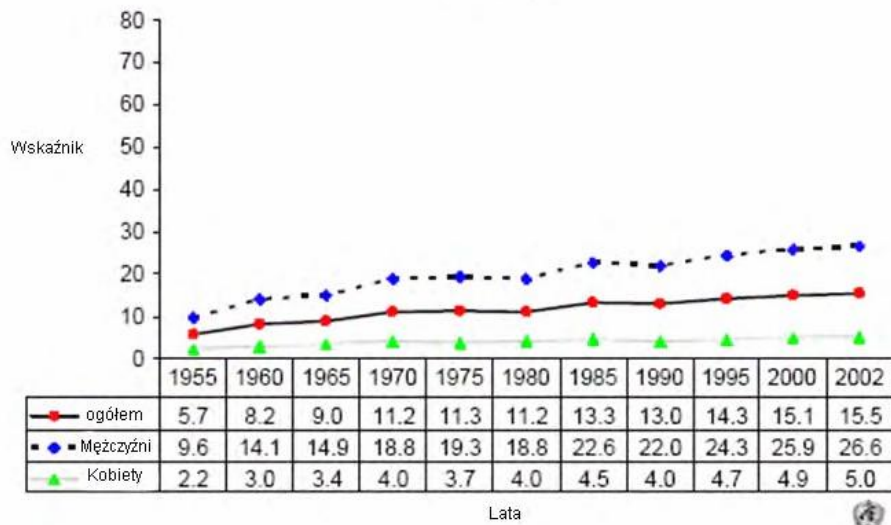
- HIV / AIDS
- Inne schorzenia przewlekłe

choroby nerek, wątroby, kości i stawów, sercowo-naczyniowe, żołądkowo-jelitowe, cukrzyca

- Upośledzenie sprawności lokomocyjnej, ślepotą i głuchotą

W Polsce na każde 100, 000 osób samobójstwo popełnia około piętnaście. Kobiety częściej próbują je popełnić, mężczyźni natomiast częściej je dokonują. Sposób popełniania samobójstwa różni się w zależności od płci. Kobiety wybierają bardziej „estetyczne” rodzaje śmierci (np. otrucie lekami, gazem), mężczyźni zaś bardziej gwałtowne, jak rzucenie się z dużej wysokości, czy pod koła pojazdu.

Skala samobójstw (na 100, 000 osób) jeżeli chodzi o płeć  
Polska, 2002



### Czynniki ryzyka samobójstw:

- młody wiek, płeć męska i brak zatrudnienia
- powtarzające się nawroty
- lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia, wysoki poziom intelektualny
- objawy pozytywne
- uwaga na omamy imperatywne
- objawy depresyjne

### Ryzyko samobójstwa jest najwyższe w następujących okresach:

- wczesne stadia choroby
- początkowy okres nawrotu choroby
- początki powrotu do zdrowia

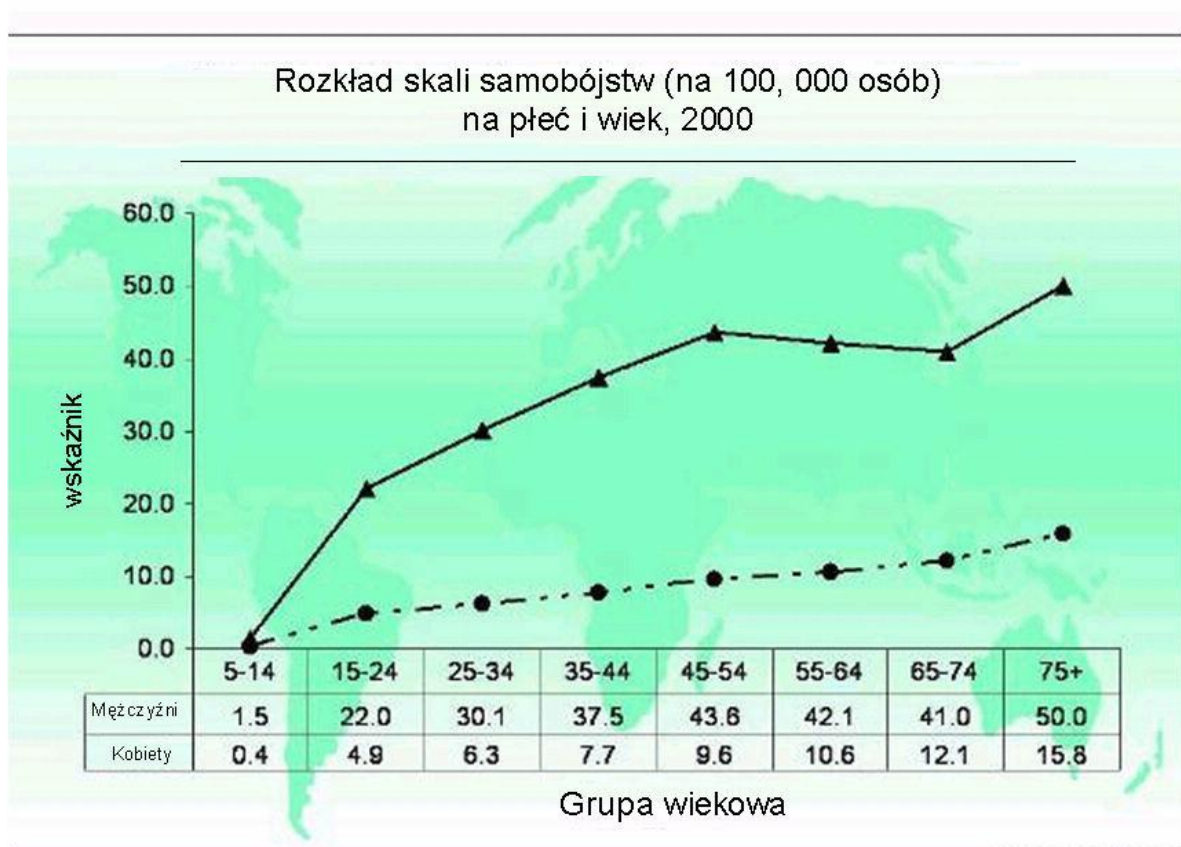
Ryzyko samobójstwa maleje w miarę zwiększania się czasu trwania choroby.

(Heila, 1997; Gupta i wsp., 1998)

### Sprzyjające cechy psychiczne:

- impulsywność i agresja
- Zaburzenia lękowe z napadami lęku (lęk paniczny)
- zaburzenie obsesyjno - kompulsyjne

- pod postacią somatyczną
- zaburzenia odżywiania się (anoreksja i bulimia)



Autorem jednej z najpełniejszych definicji zjawiska autodestrukcji jest Bruno Hołyst. Uważa on, iż: „samobójstwo nie jest jedynie przypadkiem samounicestwienia się, lecz trwającym niekiedy całymi latami ciągiem wzajemnie ze sobą powiązanych myśli i czynów(...)”. Wprowadził on także pojęcie „zachowania suicydalnego”, jest to: „ciąg reakcji, jakie wyzwolone zostają w człowieku z chwilą, gdy w jego świadomości samobójstwo pojawia się jako antycypowany, pożądany stan rzeczy, a więc jako cel.” Hołyst wyróżnia cztery jego rodzaje:

1. Samobójstwo wyobrażone (myśl),
2. upragnione (cel),
3. usiłowanie (próba samobójcza),
4. dokonane (udana próba samobójcza).

Podstawą analiz psychologicznych i socjologicznych są urzędowe dane statystyczne – dane ilościowe i demograficzne. W Polsce wskaźnik samobójstw utrzymuje się na średnim poziomie. Należy jednak uwzględnić fakt, że część przypadków śmierci samobójczej zostaje zatajana i nie trafia do oficjalnych statystyk. Druga połowa XIX wieku oraz wiek XX to okres

podejmowania badań nad samobójstwami, ich strukturą, dynamiką, a także uwarunkowaniami zachowań autodestrukcyjnych. Zainteresowania współczesnych badaczy fenomenem samobójstwa koncentrują się na rozmaitych jego aspektach. Sposób ujęcia problemu i metody badawcze uprawniające do formułowania wniosków uogólniających przesądzają o różnych podejściach poszczególnych szkół naukowych do motywów jednostkowych decyzji samobójczej jako przypadku klinicznego, problemu aksjologicznego, czy wreszcie jako zjawiska społecznego.

Metody badań nad samobójstwem:

1. statystyczno – socjologiczna analiza zasięgu struktury i trendów rozwojowych
2. uchwycenie indywidualnych przyczyn zamachów samobójczych, która polega na badaniach osobowości niedoszłych samobójców.

Czynniki ryzyka:

- Płeć: mężczyźni: zwł. gwałtowne próby samobójcze, kobiety: zwł. w wieku podeszłym
- Wiek: osoby młode (15-30) oraz w wieku podeszłym (powyżej 65r.ż.)
- Stan cywilny: osoby owdowiałe > rozwiedzione > w separacji > samotne
- Utrata pracy, bezrobocie, problemy socjalne, niski status socjo-ekonomiczny
- Migracja
- Izolacja społeczna, zab. adaptacyjne: wojsko, konflikty z prawem, więzienie
- Stan somatyczny: choroby nowotworowe, przewlekłe zespoły bólowe
- Choroby psychiczne, także wśród krewnych
- W niektórych grupach zawodowych, m.in. wśród weterynarzy, farmaceutów, dentystów, rolników i lekarzy
- Stresujące wydarzenia życiowe (odrzućenie, utrata, osierocenie, problemy finansowe)

**Metody samobójcze**

**(Heila, 1997; Henriksson, 2001; Weissman, 1999)**

- Intoksykacja lekami 37-64%
  - Leki p/bólowe
  - Benzodiazepiny i barbiturany 45%
  - Leki przeciwdepresyjne 16%
  - Neuroleptyki (głównie „słabe”) 26%
  - Leki nasercowe i hipotensyjne
- Utopienie 16%
- Inhalacja gazów (CO) 5%

Gwałtowne



- Powieszenie 21%
- Skoki z wysokości 10%
- Rzucenie się pod pojazd 4%
- Broń palna 3%
- Samookaleczenia i oparzenia 2%

## Statystyka - Samobójstwa w roku 2005

( CYFRY W NAWIASACH OZNACZAJĄ MĘŻCZYZN )

**W 2005 roku odnotowano 5625 (4596) zamachów samobójczych, z których 4621 (3885) zakończyło się zgonem.**

Sposób popełnienia zamachu:

otrucie gazem 43 (27)  
 zażycie trucizny 22 (15)  
 zażycie środków nasennych 188 (81)  
 uszkodzenie układu krwionośnego 108 (80)  
 inne samookaleczenie 136 (104)  
 rzucenie się z wysokości 400 (261)  
 utopienie się 97 (49)  
 powieszenie się 4221 (3690)  
 rzucenie się pod pojazd 128 (92)  
 zastrzelenie się 52 (49)  
 inny sposób 230 (148)

Źródło: KGP

**Ustalone przyczyny zamachów:**  
 (źródłem jednego zamachu może być więcej niż jedna przyczyna)

- w 861 (560) - zamachach przyczyną była choroba psychiczna
  - w 671 (561) - nieporozumienia rodzinne
  - w 346 (271) - przewlekła choroba
  - w 385 (326) - warunki ekonomiczne
  - w 268 (226) - zawód miłosny
  - w 118 (107) - nagła utrata źródeł utrzymania
  - w 92 (73) - śmierć bliskiej osoby
  - w 51 (29) - problemy szkolne
  - w 31 (24) - trwałe kalectwo
  - w 2 (1) - chory na AIDS
  - w 2 (0) - niepożądana ciąża
- Nie zawsze można ustalić przyczynę zamachu - tak było w 2677 (2304) zdarzeniach.

## **Źródło: KGP**

- Stan cywilny osób podejmujących zamachy samobójcze:

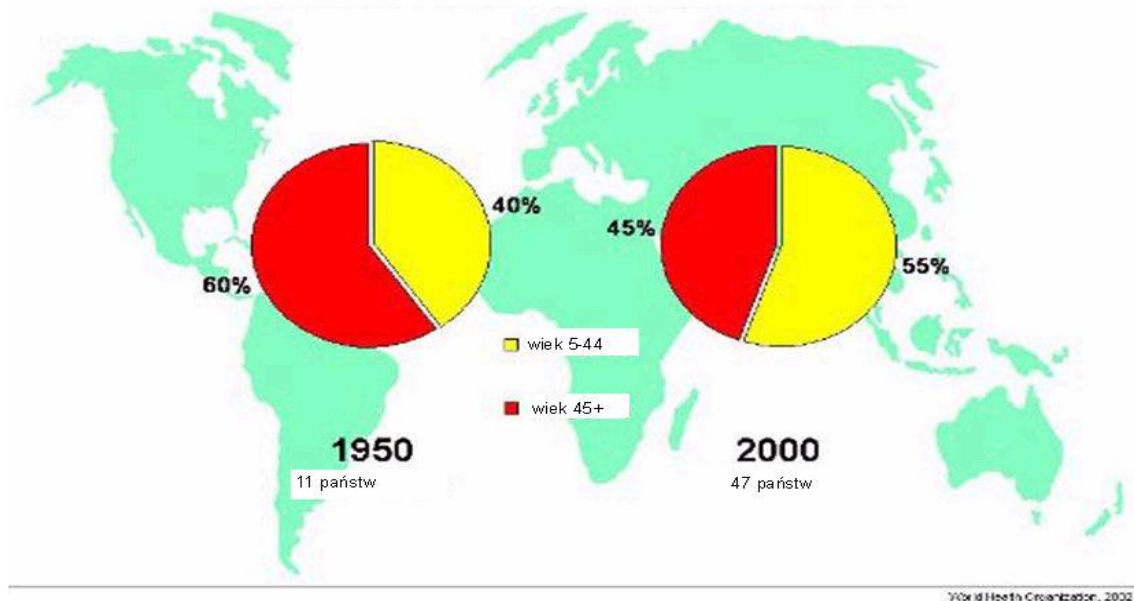
**kawaler, panna - 1802 (1550)**  
**żonaty, zamężna - 2460 (2048)**  
**konkubinat - 172 (131)**  
**wdowiec, wdowa - 352 (204)**  
**rozwódziony (a) - 348 (282)**  
**separacja - 66 (60)**  
**pozostałe zamachy - 425 (321)**

- Wykształcenie osób podejmujących zamachy:

**podstawowe niepełne - 124 (96)**  
**podstawowe - 1024 (821)**  
**zasadnicze zawodowe - 989 (915)**  
**średnie - 417 (311)**  
**wyższe - 121 (77)**  
**brak informacji o wykształceniu - 2950 (2376)**

- Źródło utrzymania osób podejmujących zamachy samobójcze:

**praca - 1181 (1032)**  
**na utrzymaniu innej osoby - 931 (709)**  
**renta, emerytura, alimenty - 1169 (864)**  
**zasilek dla bezrobotnych - 62 (57)**  
**bez stałego źródła utrzymania - 732 (684)**  
**brak danych - 1550 (1250)**



#### Bibliografia:

- 1) Hołyst B. (red.), tn Samobójstwa nieletnich i młodocianych. Rozmiary, uwarunkowania, profilaktyka, Warszawa – Kraków 1989.
- 2) Hołyst B., Samobójstwo – przypadek czy konieczność, PWN, Warszawa 1983.
- 3) Jarosz M., Samobójstwa – statystyczno – socjologiczna charakterystyka środowiska, PWN Warszawa 1980.
- 4) Radziwiłłowicz P., Samobójstwo i próba samobójcza – implikacje kliniczne i psychologiczne, „Psychologia Wychowawcza” 5/1998.
- 5) Rylke H., Pokolenie zmian. Czego boją się dorośli?, WsiP, Warszawa 1999.
- 6) Rysińska K., Dlaczego ludzie odbierają sobie życie?, „Charaktery” 9/1998.
- 7) Antonelli Ferruccio „Oblicza śmierci”, wyd. Diecezjalne Kraków 1995 r
- 8) Hillman James „Samobójstwa a przemiana psychiczna”, W-wa 1996
- 9) Jarosz Maria „Samobójstwo, samozniszczenie, alkoholizm, narkomania”, Wrocław 1980 r.
- 10) J.Morowski J.Moskalewicz „Trendy samobójstwa, a spożycie alkoholu w Polsce” W-wa 1991r.
- 11) Zimbardo Philip Floyd L.Ruch „Psychologia i życie” PWN W-wa
- 12) „Wprost” nr.18 1998r.