

... żyć nie umierać!

Beata Ryszewska-Pokraśniewicz

Michał Czyżewski

SAMOBÓJSTWU MOŻNA ZAPOBIEC!

Od kilku lat, we wszystkich krajach rozwijających się, liczba osób z zaburzeniami depresyjnymi nieustannie rośnie. Coraz poważniejszym problemem staje się również śmiertelność związana z tą chorobą. Mimo postępu wiedzy na temat depresji i wprowadzenia nowoczesnych metod leczenia, wskaźniki te są wciąż alarmujące. Każdego roku na świecie, około 500 tys. osób odbiera sobie życie. W 2003 roku odnotowano w Europie 168 tys. zamachów samobójczych, w tym niemal 6 tys. w Polsce. Z badań epidemiologicznych wynika, że w populacji ludzi odbierających sobie życie, ponad połowa to chorzy z rozpoznaniem różnych zaburzeń psychicznych, w większości osoby cierpiące na depresję. W wielu przypadkach tragedii można zapobiec.

Co powoduje, że osoby cierpiące na depresję tak często próbują popełnić samobójstwo?

Depresja w początkowej fazie jest odbierana przez osobę chorą oraz jej rodzinę jako chwilowe obniżenie nastroju, chandra, ogólne pogorszenie samopoczucia. To powoduje, że chory nie od razu zostaje zdiagnozowany przez lekarza i najczęściej z opóźnieniem rozpoczyna leczenie. Tymczasem stopniowo rozwijają się objawy depresji: nasila się smutek i zniechęcenie, brak energii i niechęć do działania powodują zmniejszenie codziennej aktywności. Pojawiają się kłopoty z pamięcią, trudności w koncentracji, brak apetytu, zaburzenia snu (bezsenna lub nadmierna senność). Na to wszystko nakłada się uczucie wewnętrznego napięcia i niepokoju, nieuzasadnionego lęku, a także często różne dolegliwości bólowe. Chory doświadcza bezsilności, bezradności, braku nadziei. Dostrzega swój stan i myśli np.: „jestem złym pracownikiem, nie nadaję się, wyleją mnie, nie znajdę pracy, już nic nie osiągnę” albo „przestało mi zależeć na moich bliskich, to znaczy, że już ich nie kocham, jestem złą żoną, złym ojcem, zawodzę ich, to wszystko moja wina, lepiej żeby mnie nie było, przynajmniej ich odciążę”. Negatywne myślenie i obniżona samoocena - typowe dla depresji, mogą dotyczyć różnych

obszarów: relacji z bliskimi, aktywności w pracy, codziennego funkcjonowania czy duchowości. Ich rezultatem jest silne poczucie winy oraz utrata sensu życia, często prowadzące do myśli samobójczych.

Próby samobójcze, które nie zawsze doprowadzają do śmierci, są często formą wołania o pomoc, manifestacją bezradności pacjenta. Zdarzają się około 15 razy częściej niż akty dokonane /statystyka wg WHO/. Każda próba samobójcza wiąże się z dużym prawdopodobieństwem samobójstwa dokonanego. Nigdy nie należy jej lekceważyć. Nawet jeśli jest to zachowanie demonstracyjne – może zakończyć się śmiercią. Samobójstwa dokonane często wynikają z rezygnacji i głębokiego przekonania o znalezieniu się w beznadziejnej, nierozwiązywalnej sytuacji oraz niemożności uzyskania pomocy. W przypadku depresji często jest to akt planowany, dokładnie rozważany, przemyślany. Samobójstw dokonanych jest dwa razy więcej u mężczyzn niż u kobiet.

ZAGROŻENIE SAMOBÓJSTWEM.

Czynniki ryzyka.

Ryzyko samobójstwa zwiększa się wraz z występowaniem następujących objawów:

1. wysoki poziom lęku, zwłaszcza z niepokojem psychoruchowym;
2. uporczywe zaburzenia snu, zwłaszcza bezsenność, która powoduje narastanie rozważań o bezradności, poczucie bezsensu, osamotnienia;
3. poczucie beznadziejności, przekonania o obecności ciężkiej choroby, urojenia nihilistyczne, depresyjne, a czasem prześladowcze;
4. dolegliwości bólowe;
5. złe samopoczucie, poczucie dyskomfortu, rozdrażnienie (nastój dysforyczny), wahania nastrojów (labilność), a także nawracające uporczywe myśli samobójcze;
6. ryzyko samobójstwa w depresji jest tym większe im silniejszy jest niepokój i lęki.

Inne czynniki ryzyka samobójstwa w depresjach to:

1. Cechy demograficzne – wiek: powyżej 45 lat, płeć męska, wdowieństwo, rozwód, mieszkańcy wsi, emigracja;
2. Sytuacja socjalna – samotność, niepełnosprawność, izolacja, zła sytuacja materialna, ubóstwo, utrata pracy lub źródeł utrzymania, bezrobocie;
3. Dane z wywiadu – próby samobójcze w przeszłości, obciążenia rodzinne samobójstwem, urazy psychiczne w dzieciństwie, brak należytej opieki w dzieciństwie, silne stresujące przeżycie;

4. Inne cechy: nadużywanie alkoholu, alkoholizm lub inne uzależnienia, zaburzenia osobowości, przewlekłe choroby somatyczne (np. nowotwory, choroby serca, cukrzyca, itp.), przewlekłe dolegliwości bólowe, organiczne choroby mózgu (np. padaczka, otępienia);

Sygnaly i znaki ostrzegawcze.

W społeczeństwie stale funkcjonuje błędne przekonanie, że ludzie planujący samobójstwo nikomu o tym nie mówią, a ci którzy to nagłaśniają manipulują, by wpłynąć na otoczenie. **Ze statystyk wynika, że 80% samobójców mówi o swych planach osobom bliskim, a także lekarzom. Pozostali w różny sposób sygnalizują swe zamiary. W wielu przypadkach można to zauważyć i zapobiec tragedii.**

Do oznak zamiarów samobójczych należą: pozornie abstrakcyjne rozważania o bezsensie życia, sposobach pozbawienia siebie życia, rozważania o problematyce śmierci jako wyraz nowych zainteresowań czy przemyśleń. Jedni pacjenci mówią wprost o niechęci do życia i planach samobójczych, inni ujawniają swe zamiary pośrednio, zbierając leki czy przygotowując odpowiednie narzędzia. Zainteresowanie bliskich powinna wzbudzić nagła zmiana zachowania np. nieoczekiwana wizyta u lekarza, wizyty u rodziny, niezrozumiałe pożegnania lub wręcz przeciwnie np. nagle izolowanie się od wszystkiego. U części chorych, którzy przeżywają lęki i niepokój, zapowiedzią samobójstwa może być nagle uspokojenie, bez poprawy nastroju, co może świadczyć o podjęciu decyzji o samobójstwie, które w poczuciu chorego rozwiąże jego beznadziejną sytuację.

Liczba samobójstw jest znacząco większa w początkowej fazie depresji oraz w czasie jej ustępowania np. po wyjściu ze szpitala. Pod wpływem leków, w pierwszej kolejności poprawia się codzienne funkcjonowanie, chory ma więcej energii i sił do działania. Nadal jednak utrzymuje się lęk, obniżony nastrój i myśli samobójcze, co przy zwiększonej energii może prowadzić do prób samobójczych. Długa izolacja chorego od rzeczywistości, od codziennych problemów, ponowna konfrontacja z życiem, niemożność poradzenia sobie z nim, może powodować nawroty myśli i tendencji samobójczych. Przedłużające się stany depresji, nie osiągające zazwyczaj dużego nasilenia (subdepresja), mogą być złym czynnikiem prognostycznym. Długotrwały brak poprawy kształtuje przekonanie o niemożności uzyskania pomocy. Narastające trudności w wykonywaniu obowiązków zawodowych, rodzinnych i kłopoty materialne, prowadzą do skrajnie pesymistycznej oceny całego życia. Pacjenci tracą wiarę w możliwość uwolnienia się od choroby. Uciekają przed rzeczywistością w świat

wyobrażeniowo-marzeniowy, gdzie śmierć i samobójstwo jawią się jako sposoby rozwiązania trudnych sytuacji.

Poprawa samopoczucia u osób z depresją wcale nie świadczy o końcu ryzyka. Czasem jest ona tylko pozorna, a spokój wynika z przekonania, że już niedługo zakończą się męki i cierpienia, że znalazło się rozwiązanie, które wyzwoli z problemów. Zwykle rodzina, znajomi cieszą się wówczas tą poprawą, nie dostrzegają, nie wiedzą, nawet nie przypuszczają, że może zbliżyć się to nieoczekiwane, najbardziej dramatyczne rozwiązanie. Wiele osób powtarza próby samobójcze, a około 25% robi to w przeciągu roku od poprzedniej próby.

Skuteczna pomoc.

Depresja jest chorobą, którą można i należy leczyć. Myśli i tendencje samobójcze nie mogą być lekceważone. **W przypadku podejrzenia ryzyka samobójstwa, należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem psychiatrą, w najbardziej skrajnych przypadkach wezwać pomoc np. lekarza pogotowia ratunkowego.**

Myśli samobójcze są stanem nagłego zagrożenia życia. W wielu przypadkach, jeśli pojawiają się w przebiegu depresji, wymagają leczenia. Często jest to połączenie leczenia farmakologicznego i psychoterapii. Mylne jest przekonanie, że gdy samobójca chce odebrać sobie życie, jest to nieuniknione. W większości przypadków samobójstwo wynika z poczucia głębokiego kryzysu, który można zażegnać poprzez odpowiednie postępowanie lecznicze.

Czasem, ze względu na poważne zagrożenie życia, potrzebna jest hospitalizacja. Odpowiednio włączone leki antydepresyjne już po kilku tygodniach poprawiają samopoczucie chorych. Dzięki temu leczeniu w wielu przypadkach ustępują zagrażające życiu myśli i tendencje samobójcze, wyrównuje się nastrój. Objawy depresji stopniowo mijają. Najbardziej skutecznym rodzajem psychoterapii w depresjach, a tym samym zapobieganiu zachowaniom samobójczym, jest terapia poznawczo-behawioralna. W terapii ważną rolę odgrywa wsparcie, edukacja służąca zrozumieniu mechanizmów choroby oraz zmiana zniekształconego pod wpływem choroby spojrzenia na siebie i otaczającą rzeczywistość. Trudno jest zdrowieć w samotności, z wyolbrzymionym przez chorobę poczuciem winy i beznadziei. **Szczególnie ważna i bardzo skuteczna pomoc może pochodzić od rodziny, najbliższego otoczenia, przyjaciół, tych, którzy okazują sympatię, zrozumienie, współczucie i empatię.**

Wczesne rozpoznanie sygnałów, które wysyła osoba chora na depresję, szybka pomoc lekarska oraz wsparcie i akceptacja bliskich, ratują życie.

Chorzy oraz ich bliscy mogą uzyskać wsparcie i pomoc dzięki stale działającemu przy Fundacji ITAKA **Antydepresyjnemu Telefonowi Zaufania – 22 654 40 41**. W styczniu i marcu telefon działa dwa razy w tygodniu (w poniedziałki i czwartki, w godz. 17.00 – 20.00). W lutym będzie czynny codziennie od 15.00 do 21.00, a w dniach 23-25 lutego, **przez całą dobę**.