

List do redakcji

**Przesłanki do badania psychiatrycznego wykazującego
zamiar popełnienia samobójstwa**

**Letter to Editor. Prerequisites for psychiatric examination detecting
the intention to commit suicide**

Andrzej Brodziak

Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu
P.o. dyrektora IMPiZŚ, prokurent: mgr K. Kuźniewski

Summary

The recent plane crash caused by the pilot increased the interest in the possibility of medical examination, which would be able to detect the intention of committing suicide. The development of such a diagnostic procedure is not only important for the prevention of events in the civil and military aviation, but also due to increase in the incidence of various suicide terrorist acts.

The author expresses his opinion on the nature of such examination, due to his experience of working in Acute Poisoning Treatment Centre. The Centre admits about 1 000 patients per year, who have been rescued after suicide attempts made by the intake of a toxic substance. He discusses the developed scheme of structuralized interview, however, he believes that the ability to detect the existence of suicidal ideation was significantly improved as a result of the formulation of Interpersonal Theory of Suicide, which distinguishes four stages: 1) passive suicidal ideation, 2) suicidal desire, 3) suicidal intent, 4) lethal and near lethal suicide attempts. Next, the author presents his own prediction of the development of methods, enabling the objective detection of “suicidal intent” (plan). In his opinion, such an examination in the future, would be based on brain imaging techniques, which could detect the specific configuration of a person’s brain neural circuits representing the existing plan of suicide. The real ability to detect such a configuration of neural circuits can be predicted on the basis of new, quoted results of neurophysiological studies.

Słowa kluczowe: próba samobójcza, myśli samobójcze, badanie psychiatryczne, obrazowe badanie mózgu

Key words: suicide attempt, suicidal ideation, psychiatric examination, brain imaging study

Znana, niedawna katastrofa lotnicza spowodowała zwiększenie zainteresowania możliwościami badań, które byłyby w stanie wykryć zamiar popełnienia samobójstwa. Opracowanie zasad takiego badania jest ważne nie tylko dla zapobiegawczych badań pilotów cywilnych i wojskowych, znajomość takich zasad jest istotna także wobec narastającej częstości różnych aktów terroryzmu.

Ośmielam się przedstawić tutaj założenia takiego badania w związku z doświadczeniami lekarza klinicysty pracującego w Regionalnym Ośrodku Ostrych Zatruc, przyjmującym osoby, które targnęły się na życie przez przyjęcie substancji toksycznej. Niedawno opublikowaliśmy schemat strukturalizowanego wywiadu, jaki zastosowaliśmy wobec trzech kategorii osób odratowanych po próbie samobójczej [1, 2]. Konstruując schemat tego wywiadu, uwzględniliśmy całość ustaleń z zakresu obszernej już wiedzy z zakresu suicydologii.

Borges i wsp. [3], autorzy ogromnego, wielośrodkowego badania, pogrupowali czynniki ryzyka samobójstw według następującego schematu: a) czynniki socjologiczne i demograficzne, b) psychopatologia rodziców, c) niekorzystne wydarzenia w dzieciństwie, d) przeszłe zachowania autodestrukcyjne, e) występowanie zaburzeń psychicznych w niedawnej przeszłości.

Możliwość sprawdzenia trafności tego schematu poprzez rozmowy z osobami, które rzeczywiście targnęły się na życie, przyjmowanymi do naszego ośrodka leczenia zatruc (ok. 1000 osób na rok) jest możliwością unikalną.

Nasze doświadczenia prowadzą nas do sformułowania poniżej przedstawionych zaleceń dotyczących wykrywania zamiaru popełnienia samobójstwa.

Niezwykle istotne są dane o zaburzeniach psychicznych rodziców badanej osoby. Trzeba pytać, czy co najmniej jeden z rodziców miał objawy zaburzeń, takich jak depresja, lęki, uzależnienie od alkoholu, inne uzależnienia, niewłaściwe zachowania (aspołeczne zaburzenia osobowości). Konieczne są pytania o niekorzystne wydarzenia w dzieciństwie, takie jak śmierć jednego z rodziców, rozwód rodziców, utrata innej znaczącej osoby (np. babci, która wychowywała), przemoc w rodzinie (nadużycia fizyczne, seksualne), alkoholizm w rodzinie, zachowania kryminalne członków rodziny, przebycie ciężkiej choroby w dzieciństwie, brak wsparcia w rodzinie (brak przejawów miłości, odrzucanie) czy złe wzorce wychowawcze.

Pytamy, czy wystąpiły znaczne negatywne wydarzenia w młodości i życiu dorosłym, takie jak poważne problemy w szkole, na uczelni, niepożądana ciąża, nieporozumienia, konflikty w rodzinie, rozpad pożycia, separacja, rozwód, śmierć bliskiej osoby, owdowienie, długotrwała samotność, popełnienie przestępstwa, nagła utrata źródeł utrzymania, bezdomność, skrajne ubóstwo, zadłużenie, niestabilne warunki finansowe.

Wielu autorów, którzy analizują przyczyny samobójstw, kładzie nacisk nie tylko na czynniki wpływające negatywnie, ale także na czynniki, które ustanawiają pozytywną kondycję psychiczną, a więc takie, których brak pogarsza sytuację. Jednym z bardziej znanych tego typu czynników jest koherencja, zdefiniowana przez Aarona Antonovsky'ego.

Wydaje się nam jednak, że do tego obszaru przymiotów człowieka należą także jego wysokie libido, ciekawość świata, kreatywność i zaangażowanie zawodowe lub społeczne.

Wymienione wyżej liczne czynniki ryzyka zwiększają prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa, nie określają jednak sytuacji klinicznej, kiedy zaistniała rzeczywista chęć zakończenia swojego życia, a później konkretny zamiar odebrania go sobie. Znaczny postęp w zakresie zasad rozpoznawania takiego stanu powstał po sformułowaniu i udoskonaleniu tzw. Interpersonalnej Teorii Samobójstwa (ITS) [4, 5].

Van Orden i wsp. kończą swój znamienity artykuł cytatem z K. Levina, że „nie ma nic bardziej praktycznego jak dobra teoria” [4]. Sądzę, że rzeczywiście już sama znajomość założeń ITS ustanawia praktyczne narzędzie użyteczne dla każdego psychiatry i lekarza, który powinien być wyczulony na pojawienie się któregoś z czterech kolejnych etapów wiodących do samobójstwa, a mianowicie: bierne myśli samobójcze (passive suicidal ideation), chęć odebrania sobie życia (suicidal desire), zamiar samobójstwa (suicidal intent), śmiertelne lub niemal śmiertelne próby samobójcze (lethal and near lethal suicide attempts).

Interpersonalna Teoria Samobójstwa zakłada, że wiele z wymienionych wyżej czynników ryzyka jest jedynie tzw. jawnymi, obserwowalnymi czynnikami świadczącymi ewentualnie o istnieniu trzech „ukrytych”, lecz zasadniczych wyznaczników prób targnięcia się na życie. Owymi wyznacznikami uruchomienia ciągu wydarzeń wiodących do samobójstwa są:

1. Udaremnienie przynależności (Thwarted Belonging ~ odrzucenie + wykluczenie);
2. Doświadczenie zbędności (Perceived Burdensomeness ~ jestem zbędny, przeszkadzam);
3. Nabyta zdolność do zrealizowania próby samobójczej (Acquired Capability for Suicide),
na którą składa się
 - a) zmniejszenie strachu przed śmiercią (Lowered fear of death) i
 - b) podwyższenie progu tolerancji na ból (Elevated physical pain tolerance).

Zrozumienie istoty owej udaremnionej przynależności jest kluczowe dla umiejętności wykrywania stanu predysponującego do myśli samobójczych. Ten ukryty, nieobserwowalny czynnik to coś więcej niż samotność bądź izolacja społeczna. Van Orden i wsp. wywodzą istotę tego konstrukt z rozważań Baumeistera i Leary’ego [6], którzy są przekonani, że fundamentalną potrzebą ludzką jest poczucie przynależności, która przejawia się przez „częste, przyjemne i pozytywne emocjonalnie interakcje z pewną osobą lub osobami, w ramach długoterminowej, stabilnej opieki i troski”. Dodatkowo częścią tego konstruktu jest poczucie braku wzajemnych relacji opiekuńczych, tzn. braku osoby fizycznej lub osób, które starają się pomóc. Może być to wyrażane np. zdaniami: „Nie mam nikogo, na kogo – będąc w potrzebie – mógłbym liczyć” i „Nie jestem wsparciem dla nikogo, nikt mnie nie potrzebuje”.

W niniejszym tekście chcę jednak zwrócić głównie uwagę na możliwy kierunek dalszego rozwoju badań wykrywających zamiar samobójstwa. Mam tu na myśli nowe możliwości, które wynikają z badań neurofizjologicznych.

Powstaje bowiem pytanie, czy współcześnie uwzględniany przez ITS stan umysłu, nazwany wyżej powzięciem zamiaru samobójstwa, da się wykazać w sposób obiektywny. Otóż powzięcie takiego zamiaru musi powodować zestawienie obwodów neuronalnych reprezentujących taki obmyślony i ukonstytuowany plan wykonania pewnego ciągu działań. Istnieje już wiele prac, które dotyczą istoty wyobrażeń dotyczących przyszłej sytuacji. Dyskutuję o tych pracach w rozdziale zatytułowanym „Imagery of Novel Objects Not Yet Perceived, and Planned, and Anticipated Action” [7]. Zastosowanie technik obrazowania mózgu do wykrycia ustalonego zamiaru samobójstwa być może jest stosunkowo łatwe, gdyż obwody neuronalne stanowiące podstawę takiego wyobrażenia zapewne cechują się znacznym powiązaniem z „wyobrażeniem samego siebie”, co odbywa się poprzez ośrodki pamięci autobiograficznej (vide rozdział „Image of Oneself, Sense of Identity, Autobiographical Memory and Self-Awareness”) [7].

Opracowanie procedury badania obrazowego obwodów neuronalnych mózgu, wykrywającej zachodzenie pewnego konkretnego, intensywnego wyobrażenia, jest więc – o dziwo – w zasięgu współczesnych badaczy [7].

Piśmiennictwo

1. Anczyk E, Brodziak A. *Metoda oceny obciążeń egzystencjalnych i stanu zdrowia psychicznego – wstępne badania osób, które targnęły się na życie przez przyjęcie substancji toksycznej*. Med. Środ. 2012; 15: 79–91.
2. Brodziak A, Kłopotowski T, Kicka M, Bazylewicz A, Wrocławska-Konefał B. *Analiza danych klinicznych trzech pacjentów, leczonych w Regionalnym Ośrodku Ostrego Zatrucia w Sosnowcu z powodu podjętej próby samobójczej, ukierunkowana na odróżnienie uwarunkowań egzystencjalnych i społecznych od przyczyn wynikających z zaburzeń psychicznych*. Ann. Acad. Med. Siles. 2013; 67(5): 322–336.
3. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J i wsp. *Twelve-month prevalence of and risk factors, for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. J. Clin. Psychiatry. 2010; 71(12): 1617–1628.
4. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. *The interpersonal theory of suicide*. Psychol. Rev. 2010; 117(2): 575–600.
5. Van Orden KA, Cukrowicz KC, Witte TK, Joiner TE. *Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire*. Psychol. Assess. 2012; 24(1): 197–215.
6. Baumeister RF, Leary MR. *The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*. Psychol. Bull. 1995; 117(3): 497–529.
7. Brodziak A. *A current model of neural circuitry active in forming mental images*. Med. Sci. Monit. 2013; 19: 1146–1158.

Adres: Andrzej Brodziak
Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego
41-200 Sosnowiec, ul. Kościelna 13

Otrzymano: 19.04.2015
Przyjęto do druku: 3.05.2015