

**uniwersytet swps**

---

**From the Selected Works of Malwina Bartosiak**

---

Spring June 15, 2015

# Praca z analizy literatury- psychologiakliniczna\_KZ.docx

Malwina Bartosiak, *uniwersytet swps*



Available at: <https://works.bepress.com/malwina-bartosiak/1/>

SZKOŁA WYŻSZA PSYCHOLOGII SPOŁECZNEJ  
WYDZIAŁ ZAMIEJSCOWY WE WROCŁAWIU

*Samobójstwo - częsty wynik choroby afektywnej  
dwubiegunowej*

---

Malwina Bartosiak 36817  
Katarzyna Świerczek 38560  
Anna Wojtyczka 36815

Wrocław 2015

## 1. Choroba afektywna dwubiegunowa

Duża ilość pacjentów szpitali psychiatrycznych oraz poradni zdrowia psychicznego to osoby, które cierpią na chorobę afektywną dwubiegunową. Przypadłość ta jest już znana od dawna, była opisywana przez Hipokratesa w IV w. p.n.e. Zgodnie z Międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 w Polsce obowiązującą nazwą tej choroby jest: zaburzenie afektywne dwubiegunowe (CHAD). Używa się również określenia: choroba maniakalno-depresyjna. Nazwa ta najlepiej ukazuje dynamikę zmienności nastrojów jaka towarzyszy większości chorych (Rybakowski, 2008).

CHAD charakteryzuje się „nawracającymi (co najmniej dwoma) wyraźnymi zaburzeniami nastroju i aktywności w postaci podwyższenia nastroju, wzmożonej energii i aktywności (hipomania, mania), następnie obniżenia nastroju, spadku energii i aktywności (depresja) lub odwrotnie. Symptomy zespołu maniakalnego pojawiają się nagle, szybko narastają, utrzymują się od 2 tygodni do 4-5 miesięcy; objawy depresji zaś trwają dłużej, średnio około jednego roku” (Cierpiałkowska, 2014, s. 247). Do rozpoznania choroby afektywnej dwubiegunowej konieczne jest stwierdzenie u pacjenta wystąpienia przynajmniej jednego epizodu maniakalnego i jednego epizodu depresji. W zaburzeniach tych charakterystyczny jest powrót do stanu zdrowia pomiędzy kolejnymi epizodami. U chorych na CHAD występują epizody manii, hipomanii, depresji lub epizody mieszane.

Epizod depresji jest stanem, w którym dominuje obniżony nastrój, spadek aktywności, spowolnienie myślenia. Typowe są zaburzenia snu, łaknienia. Często pojawiają się myśli rezygnacyjne, samobójcze.

Kryteria rozpoznawania epizodu dużej depresji wg DSM-IV-TR:

Co najmniej 5 z wymienionych objawów musi utrzymywać się niemal codziennie przez 2 tygodnie i wpływać na uprzednie funkcjonowanie, jednym z objawów musi być nastrój depresyjny albo utrata zainteresowań lub zadowolenia:

- obniżony nastrój utrzymujący się przez większość dnia relacjonowany przez pacjenta (np. czuje się smutny, przygnębiony, pusty) lub osoby z jego otoczenia (płaczliwy),
- obniżenie zainteresowań lub zadowolenia w wielu lub prawie wszystkich aktywnościach w ciągu dnia (albo odczuwane subiektywnie, a także obserwowane przez osoby drugie),
- istotna utrata masy ciała nie spowodowana dietą, lub przybór masy ciała (np. Zmiana o ponad 5% masy ciała w ciągu miesiąca) lub spadek albo wzrost łaknienia ,
- bezsenność lub nadmierna senność,
- pobudzenie psychoruchowe lub spowolnienie (obserwowane przez innych, a nie tylko subiektywne poczucie niepokoju lub spowolnienia),
- zmęczenie lub utrata energii,

- poczucie mniejszej wartości czy nadmiernej lub nieuzasadnionej winy (może być urojeniowe),
- obniżenie sprawności myślenia lub koncentracji lub niezdecydowania (wypowiadane subiektywnie lub zauważane przez otoczenie),
- nawracające myśli o śmierci (ale nie lęk przed śmiercią), nawracające myśli samobójcze, także bez tendencji lub dokonana próba albo plan dokonania samobójstwa.

Epizod manii jest przeciwieństwem depresji. Charakteryzuje go wzrost aktywności, podwyższony nastrój, przyśpieszenie myślenia. Występuje tendencja do nawiązywania przypadkowych znajomości, dokonywania nieprzemyślanych decyzji finansowych oraz ryzykownych działań.

Kryteria rozpoznawania epizodu manii wg DSM-IV-TR:

Utrzymywanie się nieprzerwanie co najmniej przez tydzień (lub dowolnie długo, jeśli konieczna jest hospitalizacja) nieprawidłowego, podwyższonego, ekspansywnego lub drażliwego nastroju.

W okresie zaburzenia nastroju stale obecne muszą być co najmniej trzy z następujących objawów (lub co najmniej cztery, gdy nastrój jest tylko drażliwy):

- wzmożona samoocena lub postawa wielkościowa,
- zmniejszona potrzeba snu (np. poczucie wypoczęcia tylko po 3 godzinach snu),
- większa niż zwykle rozmowność lub potrzeba ciągłego mówienia,
- gonitwa myśli lub subiektywne odczuwanie przyśpieszenia toku myślenia,
- odwracalność uwagi (m.in. przerzutność uwagi pod wpływem nieważnych lub niezwiązanych z tematem bodźców zewnętrznych),
- wzmożona aktywność (społeczna, w pracy lub szkole, seksualna) lub pobudzenie psychoruchowe,
- nadmierne zaangażowanie się w przyjemne lekkomyślne działania, potencjalnie grożące przykrymi konsekwencjami (np. nie powstrzymywane hulaszczę zakupy, nierozważne kontakty seksualne, nierozsądne inwestycje).

Epizod hipomanii jest to stan o łagodniejszym przebiegu od manii. Osoba sprawia wrażenie tryskającej energią. Nie występuje tu typowa dla manii chaotyczność podejmowanych działań

Kryteria rozpoznawania epizodu hipomanii wg DSM-IV-TR:

Wyraźnie odgraniczony w czasie okres trwającego co najmniej 4 dni stale podwyższonego nastroju, wyraźnie nieprawidłowego dla danej osoby.

W okresie zaburzeń nastroju co najmniej 3 z wymienionych cech (lub co najmniej 4 u osób z nastrojem drażliwym) i muszą być stale obecne i wyraźnie nasilone:

- wzmożona samoocena lub postawa wielkościowa,
- zmniejszona potrzeba snu (np. poczucie wypoczęcia po 3 godzinach snu),
- większa niż zwykle rozmowność lub potrzeba ciągłego mówienia,
- gonitwa myśli lub subiektywne odczuwane przyspieszenie toku myślenia,
- odwracalność uwagi (m.in. przerzutność uwagi pod wpływem nieważnych i niezwiązanych z tematem bodźców zewnętrznych),
- zwiększenie działalności celowej (społecznej, zawodowej, szkolnej lub seksualnej) lub pobudzenie psychoruchowe,
- nadmierne angażowanie się w przyjemne lekkomyślne działania potencjalnie grożące przykrymi konsekwencjami (np. niepowstrzymane hulaszcze zakupy, nierozważne kontakty seksualne, nierozsądne inwestycje).

Epizod mieszany to stan, w którym łączą się elementy manii i depresji, czyli gonitwa myśli, nadmiar energii, a z drugiej strony tendencje samobójcze.

Kryteria rozpoznawania epizodu mieszanego wg DSM-IV-TR:

Spełnione są kryteria zarówno epizodu manii, jak i dużej depresji (za wyjątkiem kryterium czasu trwania zaburzeń) niemal codziennie przez tydzień.

Zaburzenie nastroju

- jest tak nasilone, że powoduje znaczne upośledzenie funkcjonowania zawodowego, codziennej aktywności lub relacji z innymi ludźmi,
- powodują konieczność hospitalizacji aby zapobiec spowodowaniu szkód u osoby chorej lub u innych osób,
- występują objawy psychotyczne.

Istnieje kilka typów zaburzeń CHAD. Każdy rodzaj jest określony przez czas trwania, częstotliwość i wzór epizodów manii i depresji. Najbardziej powszechne są CHAD typu I i CHAD typu II. Chorobę afektywną dwubiegunową typu I uważa się za klasyczną postać choroby. Podczas jej trwania występuje jeden albo więcej epizodów maniakałnych i jeden lub większa liczba epizodów depresji. Stosunek liczby epizodów depresyjnych do maniakałnych u pacjentów z CHAD I wynosi 4:1. Występują tu również epizody mieszane. W chorobie afektywnej dwubiegunowej typu II występuje jeden lub więcej epizodów depresji i co najmniej jeden epizod hipomanii. Chory spędza w okresie depresji znacznie więcej czasu w okresie hipomanii. Stanowi to jeden z głównych czynników upośledzenia funkcjonowania (Jarema i Rabe-Jabłońska, 2011).

Na CHAD typu I choruje około 0,8% ludzi dorosłych (dane wahają się od 0,4% do 1,6%) natomiast CHAD typu II dotyczy około 0,5% populacji. Zaburzenia typu I dotyczą w równej mierze

obu płci natomiast zaburzenia typu II częściej występują u kobiet. Według danych epidemiologicznych ECA, średni wiek pojawienia się CHAD to 21 lat a najczęstszy wiek zachorowań mieści się w przedziale 15-19 lat i pomiędzy 20 a 24 rokiem życia. W poznaniu rzeczywistego wieku zachorowania chorego, we wczesnym okresie rozpoznania, pomocne mogą być badania rodziny osób z zaburzeniami dwubiegunowymi.

Wystąpienie manii po 60 roku życia częściej wiąże się z zaburzeniami somatycznymi, udarem i różnymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego niż z występowaniem w rodzinie chorego przypadków takiej choroby.

Dane z badań nad bliźniętami wystarczają by uznać, że w CHAD znaczącą rolę odgrywają czynniki genetyczne. Zgodność w zakresie występowania dwubiegunowego zaburzenia afektywnego u bliźniąt monozygotycznych (67%) jest znacząco wyższa niż u bliźniąt dyzygotycznych (20%). Także wśród krewnych pierwszego stopnia osób z CHAD aż 9% również cierpi na tą chorobę. Zatem ryzyko rodzinne ma prawdopodobnie podłoże genetyczne. Sposób dziedziczenia nie jest dokładnie poznany. Przypuszczalnie istnieje kilka lub kilkanaście genów biorących udział w genezie CHAD (Rzewuska i Zagórska, 2002).

W przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej zazwyczaj jako pierwszy pojawia się epizod maniackalny a nie depresyjny. Choroba ta jest zaburzeniem nawracającym oraz przewlekłym. Każdy z epizodów może trwać od kilku dni do kilku miesięcy ze średnią ich liczbą około 10, jednak rzadko zdarza się, by występowały one w regularnych cyklach. W CHAD typu II przeważają stany depresyjne. Często poszczególne epizody są przedzielone okresami częściowego lub całkowitego powrotu do zdrowia, jednak czas remisji może trwać różnie w zależności od stosowanego leczenia. U znacznej części chorych zaburzenia dwubiegunowe mają duży wpływ na wiele aspektów funkcjonowania. Skrajne przypadki manii, gdzie pojawia się nadmierna aktywność oraz dziwne zachowania i brak krytycyzmu są częstokroć przyczyną problemów w pracy i w domu. Chorzy tracą pracę, rozwodzą się (osoby z CHAD częściej rozchodzą się z partnerami niż osoby z depresją jednobiegunową). Warto również wspomnieć o konsekwencjach zdrowotnych. Wśród ludzi z chorobą afektywną dwubiegunową istnieje wysoki wskaźnik alkoholizmu. Im silniejszy jest epizod manii tym większe ryzyko popadnięcia w chorobę alkoholową. Trzeba podkreślić, że przygodne i niekontrolowane stosunki seksualne mogą mieć wysoce negatywny wpływ na zdrowie. Chroniczne pogarszanie poziomu funkcjonowania społecznego oraz zawodowego u chorych, w skrajnych przypadkach wymaga hospitalizacji, często w celu ochrony przed popełnieniem samobójstwa (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003).

Jak dotychczas nie jest znany sposób przyczynowego leczenia zaburzeń dwubiegunowych. Podstawą odpowiedniego leczenia choroby afektywnej dwubiegunowej jest jej właściwe rozpoznanie. Ułatwić je może użycie przesiewowego kwestionariusza. Takim kwestionariuszem

może być Kwestionariusz Zaburzeń Nastroju, który jest 13-punktową skalą samooceny. W przypadku rozpoznania CHAD konieczne jest prześledzenie dotychczasowego przebiegu choroby, postępowanie diagnostyczne dostarczające szczegółowych informacji o chorym wraz z poziomem jego funkcjonowania i bezpieczeństwa, co pozwoli dobrać odpowiedni sposób leczenia. Celem postępowania leczniczego, jest ustabilizowanie stanu chorego, niezależnie od obecnie występujących objawów (depresji, manii, stanu mieszanego czy hipomanii), zapobieganie nawrotom, usprawnienie funkcjonowania w okresie między fazami oraz doprowadzenie do remisji choroby. Decyzja o podjęciu sposobu leczenia musi uwzględniać preferencje pacjenta jak również powinny być brane pod uwagę korzyści i negatywne skutki działania dostępnych leków. Podstawowym celem terapii w stanach maniakalnych i mieszanych jest zahamowanie pobudzenia i nadpobudliwości, które jest niezbędne do zapewnienia choremu bezpieczeństwa, oraz przywrócenie go do przedchorobowego poziomu funkcjonowania społecznego. Naczelnym działaniem farmakologicznym w stanach manii jest podawanie litu, kwasu walproinowego i leków przeciw-psychotycznych. Często podczas pierwszego leczenia podaje się lit z neuroleptykiem. Przydatne może być także krótkotrwałe podawanie benzodiazepin, z kolei leki przeciwdepresyjne powinny być odstawione, ponieważ mogą nasilić stan manii lub stan mieszany. Możliwe jest też rozważenie zastosowania elektrowstrząsów u pacjentów ze znacznym nasileniem objawów lub u tych, na których nie działają żadne leki.

W leczeniu epizodu depresji nadrzędnym celem jest zniesienie objawów, uniknięcie nawrotu epizodu manii, redukcja ryzyka samobójstwa oraz przywrócenie pacjenta do normalnego poziomu funkcjonowania. Lekami jakie się podaje są lit oraz lamotrygina. W CHAD nie jest wskazane stosowanie monoterapii lekiem przeciwdepresyjnym, ponieważ wzrasta wtedy ryzyko zmiany fazy na manię. U pacjentów ze skłonnościami samobójczymi zaleca elektrowstrząsy.

Rozpoczęcie leczenia podtrzymującego jest szczególnie zalecane po wystąpieniu epizodu manii. Czasem, w którym następuje szczególne narażenie na nawrót choroby, jest okres sześciu miesięcy od chwili uzyskania poprawy. W leczeniu podtrzymującym szczególnie zalecane jest podawanie choremu litu i kwasu walproinowego. W tym czasie pożyteczne jest równoległe stosowanie psychoterapii i interwencji psychospołecznych, które odnoszą się do metod postępowania w chorobie (prawidłowe przyjmowanie leków, monitorowanie przejawów nawrotu, przestrzeganie regularnego trybu życia) oraz sposobów przewycięzania trudności w funkcjonowaniu interpersonalnym. Dodatkowo psychoedukacja grupowa koncentrująca się na akceptacji życia w przewlekłej chorobie, określaniu samooceny, prezentowaniu zalet długotrwałej farmakoterapii oraz sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych może być niezwykle pomocna. Takie spotkania sprzyjają wzajemnej wymianie doświadczeń pomiędzy chorymi i powodują wzrost poczucia własnej wartości oraz nastroju (Rzewuska i Zagórska, 2002).

Jedną z najbardziej efektywnych metod leczenia zaburzeń jedno i dwubiegunowych jest terapia poznawczo-behawioralna i interpersonalna. Są to terapie krótkoterminowe, ustrukturalizowane, koncentrujące się na aktualnie doznawanych przez pacjenta problemach. Ich głównym celem jest wypracowanie bardziej adaptacyjnych sposobów postępowania i zmiana błędnych przekonań (Cierpiałkowska, 2014).

## 2. Samobójstwa

Samobójstwo jest zjawiskiem niezwykle złożonym, które posiada wiele przyczyn, zarówno psychologicznych, społecznych jak i biologicznych. Stanowi poważny problem zdrowia publicznego a zapobieganie mu nie jest zadaniem łatwym, choć powinno być priorytetem służby zdrowia.

Emil Durkheim (2005) zwrócił uwagę na problem samobójstw jako przejawu patologii społecznej. Według niego „Samobójstwem nazywa się każdy przypadek śmierci, będący bezpośrednim lub pośrednim wynikiem działania lub zaniechania, przejawionego przez ofiarę zdającą sobie sprawę ze skutków swojego zachowania” (Durkheim, 2005). Wiązał on to zjawisko z zaburzeniami w funkcjonowaniu społecznym. Twórca suicydologii amerykańskiej, Edwin Shneidman (1994), który analizował samobójstwa pod kątem uwarunkowań psychicznych twierdził, że „samobójstwo to świadomy akt samounicestwienia; najlepiej rozumieć je jako wielowymiarowy stan złego samopoczucia u osoby o niezaspokojonych potrzebach, która samobójstwo uważa za najlepsze rozwiązanie jakiegoś ze swoich problemów. Samobójstwo to akt rozpacz psychiki udrczonej cierpieniem, które wydaje się nie do zniesienia i nie do rozwiązania” (Shneidman, 1994). Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia samobójstwo to akt umyślnego zabicia siebie. Czynniki ryzyka dla samobójstwa obejmują zaburzenie umysłowe (takie jak depresja, zaburzenia osobowości, uzależnienia, schizofrenia) oraz fizyczne choroby, jak zaburzenia neurologiczne, rak, zakażenie wirusem HIV.

Zróznicowanie form i odmian samobójstw przyczyniło się do chęci naukowego ich pogrupowania przez wyróżnienie ich istotnych typów. Emil Durkheim wyodrębnił trzy czynniki motywujące ten akt, powiązane ze sposobem widzenia przez jednostkę swojego miejsca w społeczeństwie. *Samobójstwo anomiczne*, które ujawnia się w nagłych sytuacjach kryzysowych, takich jak, zerwanie związków jednostki ze społeczeństwem. Do *samobójstwa egoistycznego* dochodzi, gdy jednostkę niewiele łączy z innymi ludźmi, odrzuca normy panujące w danym społeczeństwie. Natomiast *samobójstwo altruistyczne* to odebranie sobie życia w imię dobra społeczności, dla korzyści otoczenia (Pużyński, 2003).

Psychologia również dostarcza interesujących typów motywów popełniania samobójstw. Linda Davidof (1987) wskazuje na: *Samobójstwa „stanowiące ucieczkę”*, których powodem jest próba



ucieczki z trudnej niewygodnej sytuacji, której jednostka, doświadczająca lęku, poczucia winy i beznadziei nie jest w stanie dłużej tolerować. Do tej grupy najczęściej należą ludzie z depresją, starsi, alkoholicy. *Samobójstwa agresywne*, które głównie powodowane są zemstą a czasem w celu wzbudzenia w drugiej osobie poczucia winy, żalu. *Samobójstwa „polegające na poświęcaniu siebie”* będące poświęceniem swojego życia w wyższej ofierze, z miłości do ojczyzny, z powodów religijnych. *Samobójstwo przypadkowe, absurdalne*, które jest popełniane w sytuacji jakiejś gry, testu, zabawy w celu sprawdzenia swojej odwagi (Davidof, 1987).

Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że na świecie każdego dnia umiera 1300-1500 osób z powodu samobójstw. Wynika z tego, że rocznie około 500000 osób obiera sobie życie. Częstość zgonów samobójczych w poszczególnych krajach znacznie się różni. Wyznacznik rocznej liczby samobójstw waha się w granicach od 0,1, jak w Egipcie do ponad 40 (Węgry, Litwa) na 100000 mieszkańców. W Polsce wskaźnik samobójstw kształtuje się na poziomie 15 na 100000 mieszkańców, co daje Polsce pośrednie miejsce pomiędzy krajami o najwyższym i najniższym wskaźniku (Puzyński, 2003).

Ze skrzętnie zbieranych i analizowanych danych statystycznych wynika, że mężczyźni odbierają sobie życie trzykrotnie częściej niż kobiety i zwykle stosują gwałtowniejsze metody, jak użycie broni palnej, od kobiet, które preferują zażywanie dużej ilości leków. Ryzyko samobójstwa rośnie wraz z wiekiem. Wśród mężczyzn najwyższy wskaźnik rejestruje się po 45 roku życia, natomiast u kobiet po 65. Powyżej 75 roku życia liczba samobójstw rośnie u obu płci. Samobójstwo jest jedną z głównych przyczyn zgonów wśród osób w wieku 15-24 lat. Aż dwie trzecie samobójstw popełnianych jest przez białych mężczyzn, w porównaniu z innymi rasami. Obserwuje się także wyższy wskaźnik samobójstw wśród protestantów niż wśród katolików, muzułmanów czy Żydów. Samobójstwa są zjawiskiem częstszym pośród osób samotnych, owdowiałych i rozwiedzionych niż tych pozostających w związkach małżeńskich (Kaplan i Sadock, 2004).

Dostępna statystyka Komendy Głównej Policji w Polsce (2014) dotycząca samobójstw pokazuje, że w roku 2014 odnotowano 10207 zamachów samobójczych, z czego samobójstwa zakończone zgonem dokonało 6165 osób. Najwięcej osób odebrało sobie życie przez powieszenie oraz rzucenie się z wysokości. Głównymi przyczynami zamachów były nieporozumienia rodzinne i choroby psychiczne. Wśród samobójców przeważali ludzie z wykształceniem podstawowym. Analizując stan świadomości samobójców stwierdzono, że najwięcej osób było pod wpływem alkoholu w chwili samobójstwa. Źródłem utrzymania większości z nich była praca. Rozkład wieku osób podejmujących próby samobójcze pozwolił wyróżnić przedział wieku 20-24 lata, gdzie wystąpiło najwięcej prób samobójczych oraz przedział 30-43 lata, kiedy wystąpiło ich niewiele mniej.

Samobójstwa nie dyskryminują nikogo. Ludzie wszystkich płci, wieku i narodowości mogą być

narażeni na ryzyko samobójstwa, ale ci najbardziej narażeni posiadają pewne szczególne cechy. Osoby, które próbują popełnić samobójstwo, różnią się od innych w wielu aspektach; pod kątem tego jak myślą, reagują oraz jakie emocje odczuwają. Jednostki z tendencjami samobójczymi najprawdopodobniej cierpią na depresję lub inne zaburzenia afektywne albo cierpiał na nią ktoś z ich rodziny; miały już próby samobójcze; przeżyły samobójstwo w rodzinie lub kogoś z kim były emocjonalnie związane; doświadczały odrzucenia przez najbliższe osoby; cierpią na przewlekłe choroby somatyczne; są nietolerowane przez swoje środowisko; są uzależnione od alkoholu, narkotyków lub uzależnienie występowało w rodzinie; były w dzieciństwie wykorzystywane seksualnie; pochodzą z rodziny, gdzie dochodziło do samookaleczeń; są samotne i mają poczucie beznadziejności. Istotne czynniki przyczyniające się do wzrostu prawdopodobieństwa udanej próby samobójczej to: trudności w dostępności do leczenia psychiatrycznego, łatwy dostęp do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa, niechęć do poszukiwania pomocy związana ze stygmatyzacją dotyczącą chorób psychicznych, odosobnienie, percypowanie śmierci jako wybawienie od swojego cierpienia, brak wsparcia ze strony rodziny i bliskich, śmierć kogoś bliskiego, poważne zaburzenia snu (Meyer, 2003).

Samobójstwom można zapobiegać. Istnieje wiele środków ostrożności, podjęcie których może pomóc w przeciwdziałaniu samobójstwom i próbom samobójczym. Przede wszystkim należy zwracać uwagę na osoby mówiące na temat samobójstwa i wspominające o utracie wszelkiej nadziei, ponieważ w dwóch trzecich przypadków ludzie o intencjach samobójczych informowali o tym swoich bliskich i przyjaciół. Koniecznym jest, aby okazywać zainteresowanie jednostkom, które mają myśli samobójcze, pokazując im nowe rozwiązania ich problemów oraz wskazując możliwości uzyskania profesjonalnej pomocy lekarskiej. Istotne znaczenie mają telefony zaufania, które są często szansą uzyskania pomocy dla osób mających zamiar popełnienia samobójstwa. Najważniejszym zadaniem jest przekonanie takiej osoby, by rzeczywiście podjęła kroki, które pomogą ocalić jej życie. Rozpoczęcie leczenia farmakologicznego i terapii u osób z zaburzeniami psychicznymi oraz uzależnionymi, u których czynniki ryzyka wystąpienia samobójstwa są wyjątkowo wysokie, przynosi często oczekiwane efekty. Szczególnie polecana jest terapia poznawczo-behawioralna, która może pomóc ludziom nauczyć się nowych sposobów radzenia sobie ze stresującymi doświadczeniami ucząc ich rozważenia alternatywnych działań, gdy pojawiają się myśli samobójcze. W zapobieganiu samobójstwom użyteczna jest również interwencja psychospołeczna obejmująca poradnictwo w sytuacjach problemowych a także interwencje kryzysowa.

### **3. CHAD a ryzyko samobójstwa**

Samobójstwo jest istotnym problemem klinicznym dotyczącym wielu pacjentów z

zaburzeniami nastroju, a szczególne ryzyko dotyczy osób z diagnozą choroby afektywnej dwubiegunowej. W grupie osób z CHAD odsetek samobójstw wynosi od 10 do 15 %, najczęściej zamachów samobójczych popełnianych jest w epizodzie depresyjnym i mieszanym. Próby samobójcze w tej chorobie są także zjawiskiem częstym. Od 20 do 56% pacjentów ma za sobą próby otrucia się lub samookaleczenia. Wskaźnik prób samobójczych jest dwa razy większy w chorobie dwubiegunowej niż w jednobiegunowej (Hawton i in., 2005).

W 1990 Goodwin i Jamison zaprezentowali, wyniki z wyczerpującego przeglądu literatury, dotyczące związku choroby maniako-depresyjnej z samobójstwami. Wyniki, które zawierały dane z 30 raportów z lat 1936-1988, pokazały, że 19% z 9389 osób chorujących na zaburzenie dwubiegunowe, zginęło śmiercią samobójczą (Goodwin i Jamison, 1990).

Trwające 20 lat badania podłużne ujawniły, że pacjenci są znacznie dłużej w stanie depresji niż manii lub hipomanii. 14 pacjentów z CHAD typu I spędziło około 30 procent czasu w ciągu roku z symptomami depresji, a około 10 procent czasu w stanach podwyższonego nastroju. Natomiast pacjenci z CHAD typu II spędzili średnio 51,9 procent roku w epizodzie depresji i tylko 1,9 procenta w stanie hipomanii. Doprowadziło to do wniosków, że najpotężniejszym czynnikiem prognostycznym ryzyka samobójstwa może okazać się okres czasu jaki osoby spędzają w epizodzie depresji albo mieszanym w przebiegu swojej choroby (Rihmer i Kiss, 2002).

Aktywne nadużywanie alkoholu i narkotyków jest niezależnym czynnikiem ryzyka samobójstwa u pacjentów z CHAD. Osoby uzależnione mogą być szczególnie impulsywne i mieć bardziej upośledzoną ocenę sytuacji niż mieli by bez aktualnego nadużywania substancji psychoaktywnych. Dlatego tak ważną praktyką jest symultaniczne leczenie uzależnienia i choroby afektywnej. Z dużych prób klinicznych wynika, że około 70 % osób z diagnozą CHAD jest także uzależnionych (Goodwin i Jamison, 1990).

Nieprawidłowa diagnoza i niewłaściwe leczenie często znacznie zwiększają ryzyko zachowań samobójczych i samobójstw dokonanych. Średnio mija 10 lat, od pierwszego kontaktu z lekarzem, do postawienia prawidłowej diagnozy. W tym czasie u chorych może wzrosnąć poczucie beznadziei, choroba staje się poważniejsza, często istnieje narażenie chorych na przyjmowanie leków, które mogą pogłębić symptomy chorobowe. W konsekwencji w wyniku opóźnienia w postawieniu prawidłowej diagnozy, osoby z CHAD o wiele trudniej jest leczyć, niż w przypadku prawidłowego rozpoznania na samym początku (Dilsaver, 2007).

Według American Psychiatric Association (APA; 2000) charakterystycznymi czynnikami ryzyka samobójstwa w chorobie afektywnej dwubiegunowej są: obecność myśli samobójczych lub rozważań samobójczych, intencji i planów; dostęp do środków ułatwiających popełnienie samobójstwa; używanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych; przebyte próby samobójcze i związane z nimi ryzyko; próby samobójcze w rodzinie, wczesny okres choroby,

ograniczony dostęp do wsparcia i usług klinicznych.

Jak wynika z przytoczonych danych, CHAD znacząco zwiększa ryzyko zachowań samobójczych. Dlatego też rola klinicystów w zapobieganiu samobójstwom jest znaczna. Wczesne rozpoznanie oraz podjęcie odpowiedniego leczenia zaburzeń emocji i nastroju, występujących w przebiegu chorób afektywnych, może pomóc w obniżeniu liczby dokonywanych zamachów na swoje życie. Należy zawsze pytać pacjentów o rozważania na temat samobójstwa oraz zamiary samobójcze. Istotne są informacje od rodziny chorego. Powinno się również określić dostępność pacjenta do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa oraz ocenić wszystkie inne czynniki ryzyka samobójstwa, które są charakterystyczne dla CHAD. Osoby z tendencjami samobójczymi powinny być pod stałym nadzorem i z reguły wskazana jest hospitalizacja, jeżeli zachodzi podejrzenie, że mogą stanowić zagrożenie dla siebie lub innych. Obserwacje dotyczące podawania litu osobom z chorobą afektywną dwubiegunową, pokazały, że lek ten znacząco zmniejsza wskaźnik samobójstw wśród chorych, co wskazuje na jego skuteczność. W ciągu procesu leczenia należy stale monitorować stan chorych, aby móc wybrać optymalne warunki leczenia i korzyści z ewentualnie innego rodzaju opieki.

Biorąc pod uwagę silny związek pomiędzy CHAD a zachowaniami samobójczymi istnieje ciągła potrzeba dużych prospektywnych badań nad czynnikami ryzyka samobójstw a wzrastająca liczba dowodów na skuteczność litu powinna zachęcać do prowadzenia dalszych dociekań na temat jego działania.

## **Bibliografia:**

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (text revision)*. Washington, DC.

Cierpiałkowska, L. (2014). *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Davidof, L. (1987). *Introduction to Psychology*. New York-Toronto: McGraw-Hill Book Company.

- Dilsaver, S.C. (2007). *Suicide Attempts and Completions in Patients With Bipolar*. Psychiatric Times.
- Durkheim, É. (2005). *Suicide. A study in sociology*. London and New York: Taylor & Francis e-Library.
- Goodwin, F. K., Jamison, K. R. (1990). *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Harris, L. (2005). *Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors*. University of Oxford Department of Psychiatry, UK.
- Jarema, M., Rabe-Jabłońska, J. (2011). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kaplan, H. I, Sadock, B. J, Sadock, V. A. (2004). *Psychiatra Kliniczna*. Red. Sidorowicz K. Wrocław:Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Meyer, R. (2003). *Psychopatologia*. Gdańsk: Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pużyński, S. (2003). Samobójstwa i zaburzenia psychiczne (zwłaszcza depresje). W: A. Bilikiewicz.*Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Rihmer, Z, Kiss, K. (2002). Bipolar disorders and suicidal behavior. *J Clin Psychiatry*.
- Rybakowski, J. (2008). *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*. Poznań: Termedia.
- Rzewuska, M., Zagórska, A. (2002). Praktyczny przewodnik leczenia CHAD. *Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii, XVIII* (4), 351. Pozyskano dnia xx.xx.xxxx z:  
[http://fpn.ipin.edu.pl/archiwum/2002/04/FwPiN\\_4-2002-05.pdf](http://fpn.ipin.edu.pl/archiwum/2002/04/FwPiN_4-2002-05.pdf)
- Rzewuska, M., Zagórska, A. (2002). Praktyczny przewodnik leczenia CHAD. *Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii, XVIII* (4), 323-336. Pozyskano dni xx.xx.xxxx z:  
[http://fpn.ipin.edu.pl/archiwum/2002/04/FwPiN\\_4-2002-06.pdf](http://fpn.ipin.edu.pl/archiwum/2002/04/FwPiN_4-2002-06.pdf)
- Seligman, M., Walker, F., Rosenhan, D. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Shneidman, E. (1994). *Definition of suicide*. USA: Rowman and Littlefield Publishers, Inc.

Internet:

- <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa/110594,Samobojstwa-2014.html>  
<http://www.who.int/topics/suicide/en/>