

Marian Kopciuch¹, Andrzej Polewka²

Zaburzenia psychiczne i somatyczne osób, które dokonały samobójstwa w zakładach penitencjarnych w Polsce w latach 1995-1997

Mental or physical disorders of people who committed suicide in penitentiary institutions in Poland in the years 1995-1997

¹ Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Krakowie
Naczelny Lekarz kpt. dr n. med. Marian Kopciuch

² Klinika Toksykologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Janusz Pach

Jak wynika z opracowania, do głównych motywów zachowań samobójczych należą zaburzenia psychiczne, które bywają wyzwalane np. oddziaływaniem niekorzystnych czynników socjalnych. W badanym materiale 27,7% osób osadzonych było leczonych w oddziale psychiatrycznym i aż 31,07% było pacjentami Poradni Zdrowia Psychicznego. Stąd też wysoki procent, bo łącznie 58,4%, osób z zaburzeniami psychicznymi stanowiło grupę zwiększonego ryzyka reagowania autoagresją. Nie leczonych psychiatrycznie było 41,6%, były to osoby, które mimo odchyień od normy psychicznej nie korzystały czy też nie widziały potrzeby korzystania z porady psychiatrycznej.

Według klasyfikacji zaburzeń psychicznych ICD-10 najliczniejszą grupą wśród osadzonych, którzy dokonali skutecznego zamachu samobójczego, były osoby z zaburzeniami osobowości i zachowania (F60-F69). Stanowili oni 55,9% ogółu samobójców. Mniej liczną grupę – 26,7% ogółu samobójców – stanowili osadzeni reprezentujący zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane substancjami psychoaktywnymi (F10-F19). Trzecią grupę samobójców – 13,9% stanowiły osoby z organicznymi zaburzeniami psychicznymi, włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09). Te trzy grupy stanowiły 96,1% ogółu samobójców.

The study proves that mental disorders (mainly depression) rank among the main motives of suicidal behaviors, which

are triggered by, for example, disadvantageous social factors. In the material under study, 27,7% of the inmates were treated at a mental ward and as many as 31,07% constituted the patients of Outpatient Mental Health Clinic. Hence, the high percentage – a total of 58,4% of mentally disturbed individuals – constituted the group at an increased risk of autoaggressive reactions. The percentage of individuals outside the psychiatric treatment amounted to 41,6%, this being the people who, in spite of deviations from the mental norm, failed to visit or did not deem it necessary to consult the mental health clinic.

In the ICD-10 classification of mental disorders, the most numerous group among the inmates who committed a fatal suicidal attempt included individuals with behavior and personality disorders (F60-F69). These constituted 55.9% of the total number of suicides. The less numerous group (26.7%) consisted of the inmates with mental disorders and behavior deviations caused by psychoactive substances (F10-F19). The third group of suicides (13.9%) included individuals with organic mental disorders, including symptomatic syndromes (F00-F09). These three groups accounted for 96.1% of the total number of suicides.

Słowa kluczowe: samobójstwo, zaburzenia psychiczne i somatyczne, osadzeni

Key words: suicide, mental disease, physical disorders, inmates

WSTĘP

Samobójstwo jest często związane z występowaniem zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, zaburzenia lękowe, osobowość z pogranicza (*borderline*) czy schizofrenia [1, 2, 3]. Coraz częściej badania dostarczają danych dotyczących wzrostu liczby zachowań samobójczych wśród osób cierpiących na przewlekłe schorzenia somatyczne [4, 5] i alkoholizm [6]. Z analizy statystyki zamachów samobójczych wśród więźniów wynika, że stanowią one 30,3 % ogółu zgonów w zakładach penitencjarnych w Polsce [7].

MATERIAŁ I METODY

Dla rozpoznania problemu samobójstw dokonanych w zakładach penitencjarnych na terenie Polski wybrano do badań przypadki z lat 1995-1997. Wykorzystano w tym celu informacje i ustalenia z postępowań wyjaśniających, które są przeprowadzane w każdym takim przypadku, a także poddano analizie dane biograficzne zgromadzone w aktach osobowych, wyniki wyjaśnień funkcjonariuszy i osadzonych oraz dokumentację badań psychologicznych i lekarskich. Analizowano również opinie sądowo-psychiatryczne, protokoły sekcji zwłok, wyniki badania zawartości alkoholu oraz stężenia poziomu leków w krwi, protokoły oględzin miejsca znalezienia zwłok.

Na rekonstrukcję stanu zdrowia psychicznego i somatycznego samobójców pozwalały w szczególności takie dokumenty, jak: historie chorób z leczenia szpitalnego, poradni zdrowia psychicznego, zaświadczenia lekarskie, orzeczenia Komisji Lekarskich Więziennej Służby Zdrowia. Ważnym dokumentem była książeczka zdrowia skazanego oraz wywiady uzyskane od skazanego przez wychowawcę oraz uwagi psychologa i okresowe oceny Komisji penitencjarnej.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Związek między piciem napojów alkoholowych a przestępczością może być rozważany w różnych aspektach. Trzeba podkreślić, że znacząca część osadzonych, zwłaszcza recydywistów, to osoby w różnym stopniu dotknięte psychodegradacją w związku z przewlekłym nadużywaniem alkoholu [6]. Istotne znaczenie mają zdrowotne następstwa nadużywania alkoholu, oprócz znaczących aspektów psychicznych wiele jest konsekwencji somatycznych takich jak schorzenia systemu pokarmowego, układu krążenia, schorzenia nerek, wielu zaburzeń

systemu nerwowego zmiennym jest fakt, że dość często nadużywają alkoholu więźniowie będący na przepustce. Z publikacji ustalono, że wśród ogółu więźniów znajduje się co najmniej 30% uzależnionych od alkoholu a wśród recydywistów – 80% [7].

Nadrepresztacja uzależnionych od alkoholu i innych środków psychoaktywnych w jednostkach penitencjarnych jest zjawiskiem stwierdzonym w Polsce od dziesiątków lat. Osoby pozbawione wolności są przymusowymi abstynentami. Abstynencja tego typu nie uwalnia jednak od choroby alkoholowej bowiem choroba ta charakteryzuje się, obok uzależnienia somatycznego, bardzo silnym uzależnieniem psychicznym [6, 8].

W licznych badaniach katamnesticznych alkoholików wykazano, że około 10-15% pacjentów popełnia samobójstwo [9, 10].

Również w analizowanym materiale z wywiadu środowiskowego widać, że zaledwie 13% podjęło leczenie w poradni odwykowej a przeciwieście 16% z analizowanej grupy przebywało w izbie wytrzeźwień więcej niż 1 raz [11].

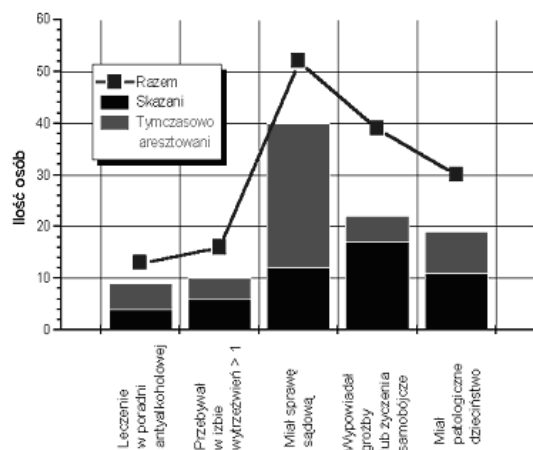
Z innych istotnych danych z wywiadu środowiskowego analizowanej grupy należy podkreślić wysoki procent, bo aż 33,8% tymczasowo aresztowanych oraz 38,6% osób skazanych, którzy dokonali skutecznego zamachu na swoje życie już wcześniej wypowiadało groźby lub życzenia samobójcze. Było to swoiste wołanie o pomoc.

Jest to problem bardzo istotny, ponieważ 20% osób ponawia groźby samobójcze przed upływem roku z czego 10% kończy się śmiercią [12, 13, 14]. Skłonność do zachowań autodestrukcyjnych jest znacznie częstsza u osób, które w dzieciństwie doznały urazów psychicznych, wynikających z rozbitcia rodziny i braku należytej opieki rodzicielskiej, a zwłaszcza gdy w rodzinie panował alkoholizm i warunki materialne rodziny były niezadowolające, a edukacja z dużymi kłopotami kończy się na szkole podstawowej [15, 16]. Negatywne czynniki związane z przebywaniem od dzieciństwa w rodzinie dotkniętej patologią społeczną w analizowanym materiale stwierdzono u 1/3 osób. Podobne obserwacje poczyniła Jarosz [6] w przeprowadzonych badaniach dokonanych samobójstw.

Nie bez znaczenia dla osadzonych są emocje, stan napięcia i stresu po odbytych rozprawach sądowych [17]. Niekorzystny przebieg rozprawy dla osadzonego, oczekiwanie na kolejne rozprawy, spodziewany z przebiegu rozprawy sądowej, długi okres pozbawienia wolności, wszystko to oddziałuje traumatyzująco na psychikę i może doprowadzić do działań samobójczych. W analizowanym materiale 61,5% tymczasowo aresztowanych i 33,3% już skazanych dokonało skutecznego zamachu samobójczego po rozprawach sądowych.

Ryc. 1. Dane uzyskane z wywiadu środowiskowego osób badanych w latach 1995-1997.

Fig. 1. Data obtained from environmental inquiry of people examined in the years 1995-1997.



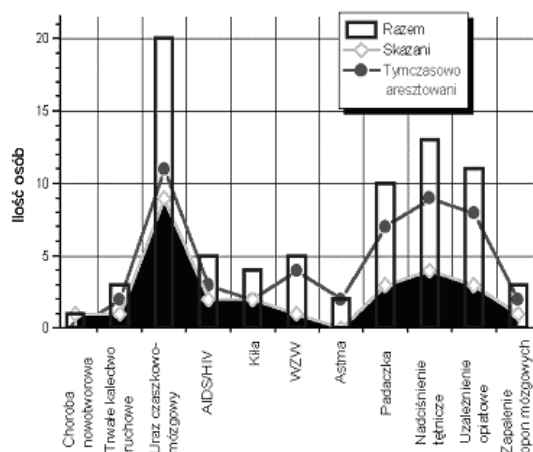
Pierwszy przypadek nosicielstwa HIV wśród osób pozbawionych wolności zanotowano w 1989 roku, w roku 1995 było 180 osób, w 1996 było 225 osób, 1997 było 225 osób.

W postępowaniu z tymi osobami nie stosuje się zasad odmiennych niż w stosunku do całej populacji [18].

Trzeba też podkreślić, że wiele osób w chwili przyjęcia do zakładu penitencjarnego znajduje się w bardzo złym stanie zdrowotnym [19, 20]. Są to niejednokrotnie osoby będące od wielu miesięcy w ciągu alkoholowym, zdarzają się osoby z wszawicą, świerzbem. Często dopiero w zakładzie penitencjarnym zostają zdiagnozowane niektóre ich choroby somatyczne.

Ryc. 2. Stan zdrowia somatycznego osób badanych w latach 1995-1997.

Fig. 2. Somatic health condition of people examined in the years 1995-1997.



Wyniki badań ukazują, że stan zdrowia przebywających w jednostkach penitencjarnych jest wypadkową oddziaływania dwóch podstawowych czynników: trybu życia jaki prowadzili oni przed uwięzieniem oraz wpływu warunków więziennych. Należy podkreślić negatywny wpływ, występującego stale, choć z niejednakowym nasileniem stresu spowodowanego izolacją. Nie można też pominąć negatywnego działania nałogowego palenia tytoniu, powyżej 80% całej populacji osadzonych. Jeżeli do tego dodać, że istnieje ścisły związek czasowy między ekspozycją na dym tytoniowy a pojawieniem się chorób takich jak: choroby serca, nowotwory (szczególnie rak płuca), choroby naczyń mózgowych i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – to mamy obraz stanu zdrowotnego osadzonych i ich stan zagrożenia dla zdrowia i w konsekwencji obciążenie ekonomiczne wynikające z potrzeby leczenia.

Tab. I. Dane dotyczące zdrowia psychicznego osób badanych.

Tab. I. Data concerning mental health of people under examination.

Zdrowie psychiczne	Tymczasowo aresztowani (ta)		Skazani (sk)		Razem tymczasowo aresztowani i skazani (ta+sk)	
	Liczba osób	%	Liczba osób	%	Liczba osób	%
Nie leczony psychiatrycznie	26	40,0	16	44,4	42	41,6
Leczony na oddziale psychiatrycznym	18	27,7	10	27,8	28	27,7
Leczony (tylko) w PZP	21	32,3	10	27,8	31	30,7
RAZEM	65	100,0	36	100,0	101	100,0

Nie ulega wątpliwości, iż następuje stały wzrost zaburzeń psychicznych w Polsce i jak wskazują przeprowadzone badania jest to wynikiem przede wszystkim nasilenia się deprywacji społecznej, bezrobocia, związane jest z cechami demograficznymi społeczeństwa itd. Samobójstwo jest wynikiem współwystępowania różnych przyczyn. Przyjmuje się, że czynnikami zwiększonego ryzyka samobójstwa są między innymi: zaburzenia psychiczne (depresje), stosunki rodzinne, poważne choroby somatyczne, czynniki neurobiologiczne, traumatyzujące przeżycia w dzieciństwie, obciążenie genetyczne.

W tabeli I zestawiono dane dotyczące zdrowia psychicznego samobójców. Jak wynika z danych

nie leczonych psychiatrycznie było 41,6%; były to osoby które mimo odchyień od normy psychicznej nie korzystały czy też nie widziały potrzeby korzystania z porady psychiatrycznej [21, 22, 23].

Jak wynika z publikacji Pużyńskiego [24] do głównych motywów zachowań samobójczych należą zaburzenia psychiczne (głównie depresja), które bywają wyzwalane np. oddziaływaniem niekorzystnych czynników socjalnych [25]. W badanym materiale 27,7% osób osadzonych było leczonych w oddziale psychiatrycznym i aż 31,07% było pacjentami Poradni Zdrowia Psychicznego. Stąd też wysoki procent, bo łącznie 58,4% osób niepełnosprawnych psychicznie stanowiło grupę zwiększonego ryzyka reagowania autoagresją. Zbliżone do prezentowanych wyników uzyskali inni liczni autorzy [25, 26].

Jak wynika z raportu Światowej Organizacji Zdrowia (w 1986 roku) odsetek osób z zaburzeniami psychicznymi wśród samobójców waha się w granicach 20-25 % [14, 23].

Tab. II. Klasyfikacja samobójców według chorób ICD-10.

Tab. II. Classification of suicides according to diseases ICD-10.

Klasyfikacja chorób wg ICD-10	Tymczasowo aresztowani (ta)		Skazani (sk)		Razem tymczasowo aresztowani i skazani (ta+sk)	
	Liczba osób	%	Liczba osób	%	Liczba osób	%
F00-F09	10	15,4	4	11,1	14	13,9
F10-F19	19	29,2	8	22,2	27	26,7
F20-F29	2	3,1	1	2,8	3	2,97
F60-F69	33	50,8	23	63,9	56	55,5
Inne zaburzenia psychiczne	1	1,5	–	–	1	0,99
RAZEM	65	100,0	36	100,0	101	100,0

W klasyfikacji zaburzeń psychicznych według ICD-10 (tabela II) najliczniejszą grupą wśród osadzonych, którzy dokonali skutecznego zamachu samobójczego, były osoby z zaburzeniami osobowości i zachowania (F60-F69). Stanowili oni 55,9% ogółu samobójców. Mniej liczną grupę – 26,7% ogółu samobójców stanowili osadzeni reprezentujący zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane substancjami psychoaktywnymi (F10-F19). Trzecią grupę samobójców – 13,9% stanowiły osoby z organicznymi zaburzeniami psychicznymi włącznie z zespołami objawowymi (F00-F09) [24]. Te trzy grupy stanowiły 96,1% ogółu samobójców. Uzyskane wyniki są bardzo zbliżone do prezentowanych przez innych autorów [27, 28].

Tak znaczący odsetek zaburzeń psychicznych u samobójców wskazuje, że próby zapobiegania samobójstwom muszą być naceLOWANE głównie na prawidłowe rozpoznanie i terapię zaburzeń psychicznych [29, 30].

WNIOSKI

1. Wśród osób pozbawionych wolności w badanej grupie, która dokonała skutecznego zamachu samobójczego, stwierdza się bardzo wysoki odsetek (96,1%) zaburzeń osobowości i zachowania zróżnicowanej etiopatogenezie.
2. Większość osób pozbawionych wolności, które popełniły samobójstwo jeszcze przed osadzeniem w zakładzie penitencjarnym wykazywało liczne nieprawidłowości związane z procesem przystosowania społecznego.
3. Przeprowadzone badania wykazują dobitnie na pilną potrzebę opracowania programu profilaktycznego mającego na celu zapobieganie zamachom samobójczym u osób zdradzających zaburzenia psychiczne przebywających w warunkach pozbawienia wolności.

PIŚMIENNICTWO

1. Manuzza S., Aronovitz B., Chapman T., Klein R. G., Bessler A.: Panic disorder and suicide attempts. *Journal of Anxiety Disorder* 1992; 6; 261-274.
2. Soloff P. H., Lis J. A., Kelly T., Cornelius J., Ulrich R.: Risk factors for suicidal behavior in Borderline Personality Disorder. *Am. J. Psych.* 1994; 151; 2; 53-63.
3. Coldwell C. B., Gottesman I.: Schizophrenia *Bulletin* 1990; 16; 571-589.
4. Hendin H.: Suicide, assisted suicide and medical illness. *J. Clin. Psychiatr.* 1999; 60 (supl. 2); 46-50.
5. Breitbart W., Rosenfeld B., Pessin H. i wsp.: Depression, hopelessness and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *J. Am. Med. Assoc.* 2000; 284: 2907-2911.
6. Jarosz M.: Społeczne skutki dezintegracji rodzin PAN 1980, s. 213.
7. Biuletyn Rzecznik Praw Obywatelskich: Stan i węzłowe problemy więziennictwa, część I, zeszyt nr 28, Warszawa 1995.
8. Florkowski A., Kocur J.: Socjodemograficzna i epidemiologiczna charakterystyka samobójstw

w wojsku, Materiały Konf. Nauk. Szkol. Samobójstwa w wojsku GZP WP, Warszawa 1984, s. 73-88.

9. Jarosz M.: Samoniszczenie, samobójstwo, alkoholizm. PWN, Warszawa 1980.

10. Jarosz M.: Samobójstwa. Ucieczka przegranych. PWN. Warszawa 2004.

11. Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich: Stan i węzłowe problemy więziennictwa, część III, Warszawa marzec 1998, s. 174-198, 199-244.

12. Polewka A., Chrostek-Maj J., Kamenczak A., Groszek B., Bolechała F.: Samobójstwa dokonane na tle historii występujących uprzednio prób samobójczych – badania prospektywne. Przegl. Lek. 2005; 6 (62): 419-421.

13. Sochańska A., Krysińska K.: Samobójstwo – perspektywa psychologiczna. Wydawnictwo PWSZ. Konin 2003.

14. MSD Manual – Zachowanie samobójcze, Wrocław 1995.

15. Pilecka B.: Wybrane problemy samobójstw młodzieży. Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz Szansę”, Lublin 1995.

16. Gmitrowicz A., Dubla W.: Zachowania samobójcze w reprezentatywnej grupie młodzieży z terenu Łodzi. Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży 2001; 3: 236 -243.

17. Ringel E.: Nerwica a samozniszczenie. Wydawnictwo Naukowe PWN s. 114, Warszawa 1992.

18. Janiszewski B.: HIV I AIDS w zakładach karnych. Problemy prawno-karne (w) AIDS i Prawo, Poznań 1999.

19. Haeyes L. M.: Prison suicide an overview and guide to prewention. Part 1, Crisis, 1994, 15, 4, 155-158.

20. Skrzypczak J.: Przegląd Więziennictwa Polskiego. Warszawa 1997 nr 16-17, s. 68-81.

21. Farmer K., Felhouse A. R., Holzer Ch. E.: Medically Serious Attempts in Jail with Suicide Prevention Program, J. Forensic Science, 1996, 3, 240- 246.

22. Jensen P., Fenger K., Bolwig T. G., Sorensen S. A.: Univ. Hosp. Copenhagen, Denmark. J. Neu-

rol. Psychiatri 1998; 65, 467-471. Crime In Huntington's disease: a study of registered offences among patients, relatives and controls.

23. WHO (2000). Mental and Behavioral Disorders. Figures and facts about suicide. WHO/MNH/MBD/99.1. Department of Mental Health, Social Change and Mental Health, World Health Organization, Genewa.

24. Pużyński S.: Samobójstwa i depresje. Lęk i depresja 1997; 3, 139.

25. Brodniak A.: Kontrowersje wokół socjologicznych koncepcji samobójstw. Suicydologia Tom 1, nr 1, 14-20.

26. Asberg M., Nordstrom P., Transkman-Bendz L.: Cerebrospinal fluid studies in suicide. An overview. Ann-NY Acad-Sci., 1986, 487: 243-255.

27. Marcus P., Alcabes P.: Characterictics of suicides by inmates in an urban jail, Hosp. Comm. Psychiatr., 1993, 44, 3, 256-261.

28. Pużyński S.: Uwarunkowania kliniczne, biologiczne i psychospołeczne chorób afektywnych w kontekście samobójstw. Suicydologia Tom 1, nr 1, 33-39.

29. Rosa K., Merecz D.: Międzynarodowy Program Badań nad Zachowaniami Samobójczymi – SUPRE-MISS. Suicydologia Tom 1, nr 1, 92-97.

30. Malec J.: Samoagresja osób pozbawionych wolności, Biuletyn RPO nr 32 Stan i węzłowe problemy polskiego więziennictwa cz. II s. 174-175.

Adres pierwszego autora:

Kpt. dr n. med. Marian Kopciuch

Naczelnny Lekarz

Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej

ul. Montelupich 7

31-155 Kraków

e-mail: ol_krakow@sw.gov.pl