

Filip Bolechała, Marcin Strona, Tomasz Konopka, Krzysztof Woźniak,
Adam Gross, Jerzy Kunz

Zmiany chorobowe jako cel obrażeń w samobójstwach

Physical illness as an aim in suicidal mutilations

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ
Kierownik Katedry: prof. dr hab. Małgorzata Kłys
Kierownik Zakładu: dr hab. med. Jerzy Kunz

W pracy przedstawiono pięć przypadków samobójstw dokonanych, w których obrażenia ciała zlokalizowane były w miejscach chorobowo zmienionych lub bezpośrednio związanych ze schorzeniem somatycznym. Jak potwierdzają wielorakie badania choroba fizyczna lub tylko przekonanie o jej obecności jest istotnym czynnikiem ryzyka popełnienia samobójstwa. Pokazane przypadki posłużyły za ilustrację rzadko spotykanego zjawiska, kiedy umiejscowienie i rodzaj obrażeń samobójczych mogą być bezpośrednio związane z wyrażeniem dramatycznego sprzeciwu wobec własnej choroby. W takich sytuacjach ciało człowieka zostaje w sposób symboliczny zaangażowane w uzewnętrznienie wewnętrznych napięć i frustracji powodowanych chorobą. Autorzy omówili również powyższe zagadnienie w oparciu o wybrane pozycje światowego piśmiennictwa dotyczące tego tematu.

This study presents five cases of completed suicides in which injuries were situated in parts of the body changed by illness or in areas related to medical treatment. Following early research, physical illness has been identified as an important risk factor for suicide and for suicidal behavior. It is an unusual and seldom problem when opposition to somatic disease is signified by the localization and character of suicidal injuries. These cases illustrate such a phenomenon, where the body – in a symbolic way is engaged in expression of human stress and frustration. This is caused by the loss of the possibility to control ones own life. The authors also discussed this problem in the view of the literature.

Słowa kluczowe: samobójstwo, choroba, samo-
okaleczenie
Key words: suicide, illness, self-mutilation

WSTĘP

Zdrowie człowieka w sposób bardzo istotny wpływa na komfort jego codziennej egzystencji, a choroba często pozbawia go poczucia kontroli nad własnym życiem. Rodzi to nierzadko poczucie frustracji i beznadziejności a cierpienie, ból i ograniczenia związane z fizycznymi schorzeniami mogą stanowić przeszkodę trudną do przezwyciężenia. Prawie wszystkie badania nad zagadnieniem samobójstwa potwierdzają, że choroba somatyczna lub tylko przekonanie o jej obecności jest istotnym czynnikiem ryzyka popełnienia samobójstwa lub zachowań autodestrukcyjnych. W szczególności dotyczy to osób w wieku podeszłym oraz cierpiących na poważne i przewlekłe dolegliwości. Sposób odebrania sobie życia może symbolizować sprzeciw wobec własnej choroby poprzez bezpośrednie zaangażowanie ciała w ekspresję wewnętrznych napięć. Tak obrazowe przypadki, w których samobójca zadaje sobie obrażenia w miejsca chorobowo zmienione lub bezpośrednio związane z jego schorzeniem są jednak w codziennej praktyce sądowo-lekarskiej oraz w piśmiennictwie wyjątkowo rzadko spotykane. Jako ilustrację zagadnienia przedstawiono poniższe przykłady zaczerpnięte z materiału krakowskiego Zakładu Medycyny Sądowej.

PRZYPADKI

Przypadek 1 (s 521/98):

Mężczyzna liczący 67 lat został znaleziony martwy we własnym mieszkaniu. W pobliżu zwłok znajdowało się wiadro wypełnione krwią, gąbka, koce oraz szczyryki i żyłki. Cierpiał on na lewostronną przepuklinę pachwinową, przez wrota której do worka mosznowego przedostały się pętle jelita cienkiego. W trakcie sekcji zwłok stwierdzono rany cięte moszny oraz pętli jelita cienkiego i krezki jelit z następowym wytrzewieniem. Stwierdzono, że przyczyną zgonu było wykrwawienie. Badanie toksykologiczne krwi i moczu zmarłego nie wykazało obecności alkoholu etylowego. W ostatnim okresie czasu był dwukrotnie hospitalizowany w Oddziale Chorób Wewnętrznych z rozpoznaniem uogólnionej miażdżycy tętnic, choroby wieńcowej z następowym uszkodzeniem mięśnia sercowego, przewlekłym niezłym błony śluzowej oskrzeli, rozedmy płuc, zastażonej gruźlicy płuc, uszkodzenia wątroby oraz obocznej jaskry i ślepoty. Z informacji uzyskanych od rodziny zmarłego wynikało, że mężczyzna ten podejmował już liczne próby samobójcze. Mówił również, że chce sobie uciąć worek mosznowy z przepukliną gdyż bardzo mu przeszkadza. W przeszłości doznał poważnego urazu czaszkowo-mózgowego.

Ryc. 1. Rany cięte moszny w miejscu worka przepuklinowego.

Fig. 1. Incised wounds in the place of scrotum hernia.

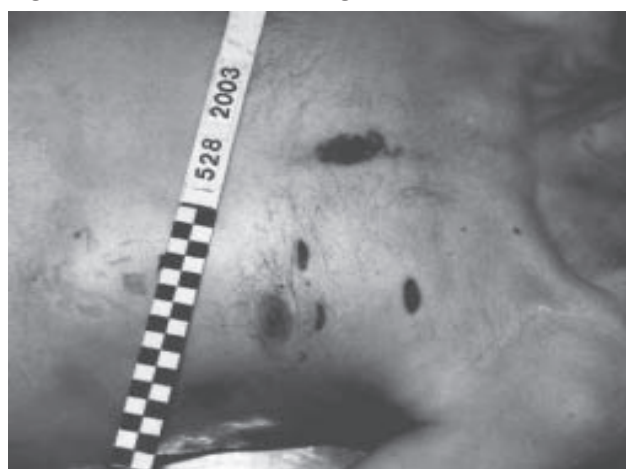
**Przypadek 2 (s 528/03):**

69-letni mężczyzna cierpiący na chorobę nowotworową płuc przebywał w jednym z krakowskich szpitali. W dniu, w którym miał zostać wypisany do domu dokonał samobójstwa przez zadanie sobie

trzech ran kłutych klatki piersiowej. W badaniu pośmiertnym stwierdzono, że kanały wszystkich ran przebijały rozległe, guzowate ognisko wychodzące z oskrzela płatowego górnego lewego płuca oraz naciekającego opłucną i worek osierdziowy. Badanie histopatologiczne wycinków z lewego płuca wykazało ogniska nowotworu złośliwego o typie raka.

Ryc. 2. Rany kłute klatki piersiowej przebijające ognisko nowotworowe.

Fig. 2. Chest wounds stabbing the cancer tumor.

**Przypadek 3 (s 725/03):**

Licząca 70 lat kobieta we własnym mieszkaniu zadała sobie cztery rany cięte na obu podudziach. Do tego celu użyła żyłki. Rany były zlokalizowane na przednich oraz przyśrodkowych powierzchniach obu kończyn i przecinały duże, żyłakowato zmienione naczynia. Obrażenia te doprowadziły do śmierci z wykrwawienia. W wyniku sekcji zwłok na obu kończynach dolnych stwierdzono liczne żyłaki. Badaniem toksykologicznym we krwi i w moczu zmarłej nie stwierdzono obecności alkoholu etylowego

Ryc. 3. Rana cięta żyłakowato zmienionego naczynia.

Fig. 3. Incised wound of a varicose vein.



Przypadek 4 (s 35/04):

W Domu Pomocy Społecznej w Krakowie ujawniono zwłoki 58-letniego pensjonariusza. Mężczyzna ten przeżył w przeszłości amputację obu kończyn dolnych oraz zabieg operacyjnego wszczepienia protez naczyniowych tętnic biodrowych z powodu bardzo nasilonych, uogólnionych zmian miażdżycowych. Przyczyną zgonu było wykrwawienie z ran kłutych lewej okolicy pachwinowej uszkadzających tętnicę udową w bezpośrednim sąsiedztwie protezy naczyniowej. We krwi zmarłego stwierdzono alkohol etylowy w stężeniu 0,5 ‰. Mężczyzna ten w przeszłości przeżył wylew krwi do mózgu.

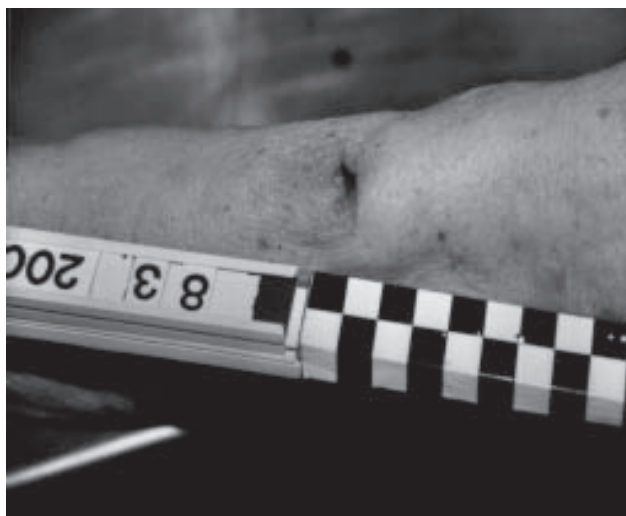
Ryc. 4. Rany kłute kikuta kończyny dolnej w sąsiedztwie protezy naczyniowej.

Fig. 4. Stab wounds of a femoral stump in the region of artificial arterial graft.

**Przypadek 5 (s 83/04):**

Mężczyzna w wieku 68 lat popełnił samobójstwo przez zadanie sobie pojedynczej rany ciętej przedramienia. Rana ta przecinała przetokę tętniczo-żylną wytworzoną w celu prowadzenia zabiegów hemodializy. Doprowadziło to do skutecznego zgonem wykrwawienia. Zmarły był przewlekłe dializowany po usunięciu w przeszłości obu nerek z powodu procesu nowotworowego. W badaniu sekcyjnym stwierdzono guz tarczycy o utkaniu raka jasnokomórkowego nerki oraz zmiany guzowate w płucach o typie przerzutów raka jasnokomórkowego. Na ciele zmarłego przyklejone były bardzo liczne plastry zawierające silny środek przeciwbólowy – fentanyl.

Ryc. 5. Rana cięta przetoki tętniczo-żylnnej do hemodializ. Fig. 5. Incised wound of a fistula for hemodialysis acces.

**DYSKUSJA**

Różnorodne praktyki związane z okaleczaniem lub samookaleczaniem ciała mające w swym zamyśle uwalnianie złych substancji, podbudowanie zdrowia i sił organizmu oraz uniknięcie postępu choroby spotykane są od zarania ludzkości. Trepanacje czaszki prowadzące do obniżenia ciśnienia śródczaszkowego lub usunięcia krwiaka w swoim pierwotnym zamyśle miały na celu uwalnianie złych duchów będących rzekomo przyczyną choroby. Obecna w Europie od II wieku n.e. i przetrwała w niektórych miejscach nawet do początku XX wieku tradycja puszczania krwi poprzez nacinanie żył, służyła usuwaniu z ciała złej krwi („mocy”, „humorów”), której obecność wiązano z chorobą. Wśród innych przykładów z przeszłości okaleczania ciała w celach zdrowotnych można przytoczyć usuwanie opuszków palców, tatuaż bliznowaty ciała, przekłuwanie napletka i zakładanie kłamy uniemożliwiającej erekcję oraz wytrysk (infabulacja) mające być lekarstwem na słabość i epilepsję lub wycinanie łechtaczki wyrastające z przekonania, że zabieg ten leczy wiele dolegliwości powodowanych masturbacją. Tego typu praktyki kulturowe są w pewnych miejscach świata po dzień dzisiejszy jako ważny element czynności leczniczych. W niektórych plemionach z rejonu Papui-Nowej Gwiney wierzy się, że przeprowadzanie silnie krwawiących okaleczeń nosa, języka i penisa uwalnia mężczyznę od złej krwi pochodzącej z łona jego matki. Z kolei na innych wyspach Pacyfiku nacina się ciało chorego w celu uwolnienia szkodników znajdujących się

w jego wnętrzu. Samookaleczenie w wielu kulturach uznawane było (i jest) również za podstawową metodę nabywania mocy uzdrawiających przez szamanów plemiennych, przewodników duchowych, uzdrowicieli. W kulturze Zachodu za przetrwałe odzwierciedlenie tych wierzeń uznaje się funkcjonujące przekonania o zbawiennym wpływie bezpośredniej ingerencji w ciało na uleczenie wewnętrzne napięcie, co może w pewnych przypadkach leżeć u podstaw aktów samouszkodzeń [1].

Choroba fizyczna prawie zawsze skutkuje poważnymi zmianami w postrzeganiu siebie samego, jak również w relacjach z rodziną, przyjaciółmi oraz w podejściu do życia codziennego. Wśród schorzeń zidentyfikowanych jako te, które najsilniej zwiększają ryzyko popełnienia samobójstwa wymienia się najczęściej: przewlekłą niewydolność nerek z koniecznością prowadzenia dializ, nowotwory głowy i szyi, AIDS, ciężkie choroby autoimmunologiczne, urazy rdzenia kręgowego, stwardnienie rozsiane [3, 6, 12]. Prowadzone badania nie wykazały szczególnej zależności między rodzajem choroby, a metodą dokonania samobójstwa [7]. Wśród osób dotkniętych poważnymi i przewlekłymi schorzeniami fizycznymi, nie rokującymi szans na poprawę lub wyzdrowienie, motywacja odebrania sobie życia często opiera się na decyzji ostatecznego rozwiązania swoich cierpień, ucieczki od nieznośnego bólu fizycznego lub wyzwolenia się z paraliżującego poczucia bezradności i beznadziejności [4]. Jest to wynikiem doświadczenia sytuacji, w której człowiek przekonuje się, że nie jest już w stanie w pełni panować nad swoim obecnym życiem, a jego działania nie mają wpływu na przyszłe rezultaty [11]. Poczucie to może nasilać się szczególnie w sytuacjach pogłębiania się choroby, złego rokowania co do jej przebiegu, nasilonego lub przewlekłego bólu, niepełnosprawności czy uwiązania do uciążliwej w swej istocie terapii [3, 7]. Najbardziej obrazowym wyrazem sprzeciwu wobec własnej choroby i wszystkiego, co ona ze sobą niesie mogą być rzadkie przykłady, gdy samobójstwo zostaje dokonane poprzez zadanie obrażeń w miejsca chorobowo zmienione lub bezpośrednio związane z jej przebiegiem czy też leczeniem. Do opisywanych w piśmiennictwie światowym należą przede wszystkim samodzielne usunięcia centralnych dostępow naczyniowych [2] oraz uszkodzenia przetok tętniczo-żylnych wytworzonych do celów hemodializy [8, 9]. Tego typu działania mogą przybrać formę symbolicznego zaangażowania ciała w uzewnętrznienie wewnętrznych przeżyć i emocji oraz nieświadomie nawiązywać do wiecznie żywej wiary w uwalnianie „złych mocy”. Co ciekawe przypadki samouszkodzeń ukierunkowanych na niesprawną kończynę były spoty-

kane u małych dzieci z okołoporodowym uszkodzeniem splotu barkowego [10]. Do grupy charakteryzującej się opisanymi powyżej cechami z całą pewnością można zaliczyć przedstawione przez nas przypadki: 1, 2, 4 i 5, w których podstawowym motywem działania była obecność i konsekwencje choroby somatycznej, a rodzaj i lokalizacja obrażeń samobójczych były z nią bezpośrednio związane. Zbieżny z nimi jest opisywany w literaturze przykład samobójczego postrzału z broni palnej w klatkę piersiową, w miejsce założonego dostępu naczyniowego [5]. Pewne wątpliwości może nasuwać przypadek 3, w którym nie został wyjaśniony związek pomiędzy chorobą fizyczną, a popełnionym samobójstwem. Nie można wykluczyć, że umiejscowienie obrażeń samobójczych było podyktowane ich wyglądem (żylaki są wyraźnie dostrzegalne pod skórą) i przekonaniem o skuteczności działania (silne krwawienie). Bezsprzecznie jednak przypadki tak obrazowe jak przedstawione w niniejszej pracy należą do wyjątkowych w praktyce sądowo-lekarskiej.

PIŚMIENNICTWO

1. Babiker G., Arnold L.: Autoagresja. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2003.
2. Bordier P., Robert F.: Suicide by self-removal of a pacemaker. *Am J Forensic Med Pathol.* 2004. 25: 78-79.
3. Henderson J., Ord R.: Suicide in head and neck cancer patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997. 55: 1217-1221.
4. Hendin H.: Suicide, assisted suicide and medical illness. *J Clin Psychiatry.* 1999. 60: 46-50.
5. Hochmeister M. N., Seifert D., Smetana R., Czernin J.: Suicide attempted by aiming slaughtering gun at pacemaker. *Am J Forensic Med Pathol.* 1989. 10: 268.
6. Hung C. I., Liu C. Y., Liao M. N., Chang Y. H., Yang Y. Y., Yeh E. K.: Self-destructive acts occurring during medical general hospitalization. *Gen Hosp Psychiatry.* 2000. 22: 115-121.
7. Juurlink D., Herrmann N., Szalai J., Kopp A., Redelmeier D.: Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Int Med.* 2004. 164: 1179-1185.
8. Kasi-Visweswaran R., Khan A. S., Narayan G., Singhal P. C., Chugh K.S.: Suicide by disconnect-