

Reakcje lekarzy psychiatrów na samobójstwo pacjenta – przegląd literatury

Psychiatrists' reactions to a patient's suicide – narrative review

Zuzanna Wingralek¹, Karol Kasprzak¹, Agnieszka Dyzma-Kasprzak¹,
Dariusz Juchnowicz², Hanna Karakuła-Juchnowicz³

¹ Studenckie Koło Naukowe przy I Klinice Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

² Zakład Psychiatrii i Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

³ I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska

Summary

Aim. The suicide of a patient can have a profound impact on the emotional state and professional practice of clinicians. The aim of the study was to: (1) determine the prevalence of the psychiatrists' experience of patient suicide; (2) compare doctors' responses to the patient's death conditioned by various causes; (3) identify the impact of patient suicide on the emotional state and professional practice of psychiatrists; (4) identify possible interventions and mental support for doctors.

Material and methods. A comprehensive review of literature in Polish and English was conducted, sourcing from PubMed and Google Scholar with keywords: "patient suicide", "psychiatrists' reactions" and "mental support" databases from 1983 to 7 March 2024. A total of 56 publications, including 41 original research papers and 15 review articles, were analysed using the SANRA scale to ensure the quality of the review.

Results. Between 38.8% and 91.5% of psychiatrists experienced patient suicide in their practice, which involved the following consequences: (1) a change in emotional state (the appearance of sadness, fear, disbelief, anger, grief, shame; less often stress reaction and the syndrome of post-traumatic stress disorder); (2) impact on professional practice (doubt in one's competence, fear of professional responsibility or criticism, increased number of consultations, excessive compliance with safety measures, too frequent hospitalisations of patients). Adequate mental support, including especially from more experienced colleagues and loved ones, significantly reduced the negative reactions of doctors.

Conclusions. It is important to recognise the problem of the enormous emotional burden of a patient suicide death on psychiatrists and the impact on their professional practice, as well as building among them an efficient training and mental support system.

Słowa kluczowe: samobójstwo pacjenta, reakcja psychiatrów, wsparcie psychiczne

Key words: patient suicide, psychiatrists' reactions, mental support

Wstęp

Szacuje się, że co roku na świecie 703 tysiące osób odbiera sobie życie [1]. Patogeneza samobójstwa jest często bardzo złożona – jest wypadkową zarówno czynników indywidualnych, chorób pacjenta, jak i zmiennych środowiskowych [2]. W literaturze przedmiotu często porusza się temat tragedii rodziny i przyjaciół po stracie bliskiej osoby, lecz stosunkowo mało jest danych o wpływie samobójstwa pacjenta na emocjonalne i zawodowe funkcjonowanie specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym [3]. Trzeba podkreślić, że samobójstwo pacjenta jest traktowane jako ryzyko zawodowe lekarzy [4], w tym także lekarzy psychiatrów [5–7]. Śmierć pacjenta z przyczyn odmiennych niż samobójstwo zdecydowanie rzutuje też na dobrostan lekarzy innych specjalności. Zatem czym się różni doświadczenie np.: kardiologia po uzyskaniu informacji o śmierci pacjenta z powodu zawału serca od przeżyć psychiatry po samobójstwie chorego? Wielu autorów zwraca uwagę na unikalny zestaw emocji towarzyszący psychiatrze związany z samobójczą śmiercią jego pacjenta [2, 8, 9]. Wynika on z poczucia wewnętrznej sprzeczności, ponieważ z jednej strony samobójstwo powszechnie postrzegane jest jako możliwe do uniknięcia, z drugiej strony lekarze psychiatry są świadomi ograniczeń dostępnych metod diagnostycznych i terapeutycznych oraz możliwości popełnienia błędu w swoim osądzie [2]. Przeżycia te mogą zostać spotęgowane w obliczu nasilonych cech indywidualnych lekarza związanych z potrzebą perfekcjonizmu, pełnego poświęcenia się pracy [10, 11], jak również ratowania życia za wszelką cenę w sytuacjach oczekiwanych przez społeczeństwo. Łączą się też one z powszechną kulturą winy „Zachodu” czy kulturą wstydu „Wschodu” [12].

Zachodnia kultura winy oparta jest na odpowiedzialności indywidualnej i wewnętrznym poczuciu winy. W społeczeństwach zachodnich, zamieszkujących Europę i Amerykę Północną, nacisk kładzie się głównie na osobistą odpowiedzialność za działania i ich konsekwencje. Moralność i etyka są często postrzegane przez pryzmat indywidualnego sumienia i osobistego poczucia dobra i zła. Dodatkowo mieszkańcy Stanów Zjednoczonych Ameryki mają tendencję do odczuwania bezradności i pomniejszania siebie w obliczu wstydu [12–14]. Natomiast w kulturach wschodnich, w tym w wielu społecznościach azjatyckich, większy nacisk kładzie się na wstyd i społeczne oczekiwania. Tutaj moralność i zachowanie są częściej regulowane przez zewnętrzne percepcje i oceny społeczne. Wstyd jest kluczowym czynnikiem w utrzymaniu porządku społecznego i zachęcaniu do przestrzegania norm społecznych. Mieszkańcy Chin częściej czują się zobowiązani do naprawienia haniebnego incydentu i doświadczają zastępczego wstydu lub poczucia winy, gdy ktoś, z kim są powiązani, popełnia haniebną czyn [13].

Samobójstwo pacjenta może zatem wpływać na lekarza psychiatrę w złożony sposób, który jest zdeterminowany przez wiele czynników indywidualnych i społecznych [2]. Zrozumienie mechanizmów i skutków tego procesu jest niezbędne do budowania systemu wsparcia specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, którzy doświadczali traumy w wyniku samobójstwa pacjenta [15].

1. Cel

Celem naszej pracy było: (1) określenie rozpowszechnienia w grupie lekarzy psychiatrów doświadczenia śmierci samobójczej pacjenta; (2) porównanie reakcji lekarzy na śmierć pacjenta uwarunkowaną różnymi przyczynami; (3) określenie wpływu samobójstwa pacjenta na stan emocjonalny i praktykę zawodową lekarzy psychiatrów; (4) wskazanie możliwych interwencji i form wsparcia psychicznego lekarzy.

2. Materiał i metody

Dokonano przeglądu literatury w języku polskim oraz angielskim, używając słów kluczy: „samobójstwo pacjenta”, „reakcja psychiatrów”, „wsparcie psychiczne” (ang.: *patient suicide, reaction of psychiatrists, mental support*), przeszukując bazy PubMed/MEDLINE oraz Google Scholar w okresie od 1983 roku do 7 marca 2024 roku. Analizie poddano łącznie 56 publikacji, w tym prace oryginalne, prace badawcze oraz prace przeglądowe. Wszystkie manuskrypty zostały poddane ocenie tytułów i streszczeń pod kątem ich zgodności z celami przeglądu; artykuły potencjalnie spełniające kryteria zostały pobrane do pełnotekstowej analizy. Przeglądano również listy referencyjne odpowiednich badań, aby zidentyfikować brakujące publikacje. Wykorzystano skalę SANRA oraz checkliście złożoną z 7 punktów do zapewnienia jakości przeglądu narracyjnego (*ANDJ Narrative Review Checklist*). Stosowanie skali SANRA umożliwia utrzymanie właściwej struktury artykułu, uwzględniając takie elementy jak: wyjaśnienie znaczenia przeglądu i określenie jego celów, opis wyszukiwania literatury, odniesienie do kluczowych stwierdzeń, rozumowanie naukowe oraz przedstawienie istotnych i adekwatnych danych dotyczących wniosków płynących z artykułu. Wykorzystanie siedmiopunktowej listy kontrolnej umożliwia ocenę artykułu jako przeglądu narracyjnego, a także identyfikację jego celu oraz implikacji dla przyszłych badań lub praktyki klinicznej. Dodatkowo pozwala na określenie kluczowych pytań odnośnie do pracy, procesu wyszukiwania literatury oraz jej jakości [16, 17].

3. Wyniki

3.1. Rozpowszechnienie w grupie lekarzy psychiatrów doświadczenia śmierci samobójczej pacjenta

Lekarze psychiatrzy zdecydowanie częściej mają styczność z samobójstwem pacjenta niż inni pracownicy ochrony zdrowia psychicznego, czyli np.: pielęgniarki, psychologowie, doradcy do spraw zdrowia psychicznego czy pracownicy socjalni. W retrospektywnym ankietowym badaniu internetowym przeprowadzonym wśród 2157 klinicystów w Nowym Jorku wykazano, że śmierci pacjenta doświadczyło aż 57% lekarzy psychiatrów oraz 36% pielęgniarek, 30% psychologów, 20% pracowników socjalnych oraz doradców ds. zdrowia psychicznego i 19% innych specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym [18]. Zgodnie z doniesieniami średnio około 50–60% psychiatrów doświadcza samobójstwa swojego pacjenta w trakcie praktyki

klinicznej [3, 19]. Jednak wyniki badania przeprowadzonego w Belgii wskazują, że rozpowszechnienie tego zjawiska może być znacznie wyższe i wynosić nawet do 91,5% [20]. Także aż 87,3% francuskich lekarzy psychiatrów oraz 70% szwajcarskich psychiatrów doświadczyło samobójstwa pacjenta [9, 21]. Wedle danych z innych rejonów świata samobójstwa pacjenta doświadczyło 68% australijskich i nowozelandzkich psychiatrów, 68% szkockich psychiatrów konsultantów, 56,28% tajlandzkich psychiatrów, 54% stażystów psychiatrii z Wielkiej Brytanii, 50,2% kanadyjskich psychiatrów oraz 38,8% lekarzy psychiatrów z Arabii Saudyjskiej [3, 22–26]. Według wiedzy autorów niniejszego przeglądu dotychczas nie przeprowadzono badania dotyczącego rozpowszechnienia doświadczenia śmierci samobójczej pacjenta wśród psychiatrów w Polsce.

Duża rozpiętość liczbowa, jeśli chodzi o rozpowszechnienie tego zjawiska, może wynikać z wielu przyczyn, między innymi z różnic we wskaźniku samobójstw w krajach, w których przeprowadzano badania, a wpływ na te ustalenia może też mieć miejsce zatrudnienia psychiatry czy środowisko pracy lekarza [19, 20, 23, 26–31]. Jednocześnie według badania ankietowego prowadzonego przez 15 lat w Toronto z udziałem 239 lekarzy rezydentów psychiatrii liczba ta może być niedoszacowana. Około 60% rezydentów na trzecim i czwartym roku specjalizacji nie wiedziało o śmierci swoich pacjentów. Przewiduje się, że stosunek samobójstw, o których psychiatrzy nie wiedzieli, do tych, o jakich zostali poinformowani, wynosi 12:1 [3].

Podsumowując, można stwierdzić, że wyniki badań zrealizowanych w ostatnim czasie wskazują, że doświadczenia samobójczej śmierci pacjenta może być udziałem większości praktykujących psychiatrów na świecie, choć rozpowszechnienie tego zjawiska może się znacznie różnić w poszczególnych krajach [3, 18, 20, 27–30, 32, 33].

3.2. Porównanie reakcji lekarzy na śmierć pacjenta uwarunkowaną różnymi przyczynami

Wyniki badania przeprowadzonego z udziałem 303 australijskich pracowników ochrony zdrowia w latach 2006–2008 ujawniają, że śmierć samobójcza pacjentów ma większy wpływ na funkcjonowanie w życiu codziennym pracowników ochrony zdrowia niż np. zgony nagłe w szpitalu. Śmierć samobójcza pacjenta rzutowała na życie prywatne 26,1% badanych, a zgony nagłe na 13% pracowników [33]. Może być to spowodowane tym, że leczenie psychiatryczne jest zazwyczaj długotrwałym procesem, w którym nawiązuje się relacja i pojawia się specyficzny rodzaj więzi między pacjentem i lekarzem. W badaniu obejmującym grupę szwajcarskich psychiatrów wykazano istotny związek między czasem trwania terapii i intensywnością relacji, a nasileniem przykrych odczuć po śmierci samobójczej pacjenta oraz gorszym funkcjonowaniem lekarzy po samobójstwie pacjenta [34].

Według badania przeprowadzonego w 2019 roku mniejszy wpływ na australijskich chirurgów miała śmierć spowodowana przewlekłymi chorobami somatycznymi, co mogło być spowodowane zaakceptowaniem śmierci jako nieuchronnej konsekwencji choroby [35]. W długotrwałej opiece paliatywnej lekarze doświadczają szeregu reakcji poznawczych i emocjonalnych związanych z odejściem pacjenta, lecz śmierć z po-

wodu ciężkich chorób somatycznych, np. nowotworów, często traktowana była jako naturalna kolej rzeczy, co zdecydowanie ułatwia pogodzenie się lekarza ze śmiercią pacjenta [36]. Śmierć samobójcza natomiast często postrzegana jest jako możliwa do uniknięcia, ponieważ nie jest konsekwencją niewydolności wielonarządowej. Z kolei możliwości organizacyjne, diagnostyczne i terapeutyczne, które miałyby pomóc w zapobiegnięciu samobójstwu pacjenta, są bardzo ograniczone. Dlatego też śmierć samobójcza pacjenta ma wyjątkowy wpływ na reakcje emocjonalne i funkcjonowanie lekarzy psychiatrów [2].

Ogólnie wyniki badań dowodzą, że śmierć samobójcza pacjenta o wiele silniej oddziałuje na lekarza niż śmierć wywołana innymi przyczynami [33], a im dłuższy był proces terapeutyczny pacjenta, który dokonał skutecznego samobójstwa, tym obserwuje się większy negatywny wpływ tego doświadczenia na lekarza [34, 36].

3.3. Wpływ samobójstwa pacjenta na stan emocjonalny lekarzy psychiatrów

Samobójstwo pacjenta może wywoływać u leczącego go psychiatry szereg trudnych emocji i zachowań, m.in. lęk, złość, poczucie winy, smutek, niedowierzanie, żal, wstyd, zażenowanie, zamartwianie się i zwątpienie we własne umiejętności, a także wyższy poziom stresu zawodowego [3, 8, 9, 15, 18, 37, 38]. W badaniu przeprowadzonym przez Chemtoba i wsp. [39] sugerowano, że psychiatrzy zgłaszali myśli samobójcze po samobójstwie pacjenta. Jednak nie potwierdzono tej obserwacji w innych badaniach [23, 40, 41]. W trzech badaniach przeprowadzonych w Niemczech w 2010, 2011 i 2013 roku badacze prosili o określenie natężenia odczuwanego smutku, poczucia winy, złości, ulgi, wstydu, szoku, poczucia zranienia, niedowierzania i niepokoju po samobójstwie pacjenta na 100-milimetrowej wizualnej skali analogowej. Ogólny poziom dystresu u badanych utrzymywał się na poziomie 62–63 punktów. Najsilniej odczuwane były smutek i szok [42–44]. W 2000 roku Alexander i wsp. [22] wśród objawów po śmierci samobójczej pacjenta wymieniali również problemy ze snem i większą drażliwość obserwowaną u konsultantów psychiatrów ze Szkocji. Badanie przeprowadzone z udziałem psychiatrów w Tajlandii w 2008 roku wykazało, że około połowy ankietowanych doznało wpływu samobójstwa pacjenta na ich samopoczucie. Ponad 31,17% lekarzy odczuwało smutek, 23,3% analizowało swoje poprzednie działania i zaniedbania, 19,48% wykorzystało doświadczenie po śmierci samobójczej pacjenta do pomocy innym pacjentom, 14,28% doznało poczucia winy, 12,98% uważało, że utracili poczucie kontroli, kolejne 12,98% obwiniło się, a 1,3% bało się procesu sądowego. Tylko 2,5% badanych nie odczuwało wpływu śmierci pacjenta na ich stan emocjonalny [23].

W ogólnokrajowym badaniu przeprowadzonym w 2020 roku w Arabii Saudyjskiej lekarze podkreślali doznawanie smutku (61,95%), szoku (48,91%) i poczucia winy (25%) [45]. Wśród badanych konsultantów psychiatrii w Irlandii styczność z samobójstwem pacjenta w ciągu 2 miesięcy obserwacji miało aż 80% z nich, przez co odczuwało smutek, obniżony nastrój oraz zwątpienie w swoje umiejętności diagnostyczno-terapeutyczne. Jednak tylko 27,5% z nich potwierdziło wpływ tego zdarzenia na ich życie prywatne. U większości badanych (63,6%) objawy ustąpiły po

tygodniu, a najdłużej obniżony nastrój utrzymywał się do 3 miesięcy [46]. Badanie przeprowadzone w 2011 roku wśród flamandzkich psychiatrów wykazało, że u 47% badanych występowały smutek, rozpacz i ból, niemoc lub bezsilność zaś odczuwało 26% specjalistów. Z kolei strach, lęk, niepokój i wątpliwości zgłaszało 24% psychiatrów, natomiast poczucie winy i obwinianie się dotyczyło około 20% badanych. Około 19% lekarzy nie dowierzało, że mogło dojść do takiego zdarzenia, lub było w szoku. Niemal 13% klinicystów odczuwało trudne emocje dłużej niż 6 miesięcy [20]. W ogólnokrajowym badaniu we Francji przeprowadzonym między wrześniem a grudniem 2019 roku wzięło udział 764 psychiatrów, z których 87,3% doświadczyło samobójstwa pacjenta. Silny wpływ emocjonalny zgłaszało 11,2% badanych, a 7,2% osób wykazywało objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD). Badani często raportowali także na występowanie takich emocji, jak smutek, szok i poczucie winy. Aż 15,1% rozważało tymczasową zmianę zawodu [9]. Podobne wyniki otrzymano w badaniu z 2020 roku obejmującym grupę lekarzy z Arabii Saudyjskiej – objawy PTSD po śmierci pacjenta występowały u 10,9% z nich [45].

Zaskakujące okazały się wyniki retrospektywnego badania Ruskina i wsp. [3] obejmującego okres od 1980 roku do 1995 roku. Stwierdzono bowiem, że po śmierci samobójczej pacjenta aż 22% kanadyjskich psychiatrów odczuwało objawy ostrej reakcji na stres, a 20% badanych prezentowało objawy PTSD. Dla porównania w populacji ogólnej PTSD rozwija się u 8% ludzi po przeżyciu traumatycznego wydarzenia [15]. Na podstawie tych danych można wnioskować, że śmierć samobójcza pacjenta może być czynnikiem wysoko traumatycznym, skutkującym rozwojem PTSD u lekarza [15, 47].

Pielęgniarki psychiatryczne należą do drugiej w kolejności grupy klinicystów najczęściej doświadczających śmierci samobójczej pacjenta, przy czym reakcje emocjonalne pielęgniarek są podobne jak u lekarzy psychiatrów, czyli nacechowane są dominującym smutkiem, bezradnością, poczuciem winy i szokiem [48]. Podobne wnioski wyciągnięto z badania przeprowadzonego w Chinach z udziałem pielęgniarek, które w ciągu ostatnich dwóch lat doświadczyły samobójstwa pacjenta. Badane najczęściej zgłaszały szok i panikę, strach przed odpowiedzialnością prawną oraz oceną ze strony rodziny pacjenta, przełożonego, a także poczucie winy i frustrację [49]. W kolejnym badaniu przeprowadzonym w Japonii w 2008 roku przebadano 531 japońskich pielęgniarek. Duże ryzyko rozwoju stresu pourazowego stwierdzono u 13,7% z nich [50]. W kontekście poruszanych we wstępie różnic kulturowych w przeżywaniu sytuacji związanych z odpowiedzialnością (kultura winy „Zachodu” czy kultura wstydu „Wschodu” [12–14]) można domniemywać, że w dobie globalizacji różnice między krajami w odniesieniu do doświadczenia samobójczej śmierci pacjenta powoli się zacierają. W przeglądzie literatury nie wykazano istotnych różnic kulturowych między odczuciami po takim zdarzeniu lekarzy psychiatrów pochodzących z różnych krajów [3, 9, 15, 18, 20, 22, 23, 44–46].

Podsumowując, śmierć samobójcza pacjenta może wywołać u lekarzy psychiatrów wiele trudnych emocji, które prowadzą do przeżywania wyższego poziomu stresu zawodowego [3, 8, 9, 15, 18, 20, 22, 23, 37, 38, 42–46]. Doświadczane emocje po stracie pacjenta bywają porównywalne do żałoby po utracie bliskiej osoby, u części

psychiatrów obserwowano występowanie myśli samobójczych po takim zdarzeniu, a także objawy PTSD [2, 3, 9, 15, 33, 45, 47].

3.4. Wpływ samobójstwa pacjenta na praktykę zawodową lekarzy psychiatrów

Szacunkowo 38% lekarzy psychiatrów po doświadczeniu samobójstwa pacjenta zaczyna wątpić w stosowane przez siebie metody terapeutyczne oraz obawia się odpowiedzialności prawnej. Opisywane są ponadto pojawienie się wątpliwości dotyczących trafności wyboru zawodu, obawa przed krytyką współpracowników oraz odmowa leczenia pacjentów z tendencjami samobójczym [32]. Badanie przeprowadzone w 2019 roku w Anglii przez Gibbonsa i wsp. [27] wykazało, że samobójstwo pacjenta wpływa też negatywnie na praktykę kliniczną lekarzy. Aż 39% ze 174 badanych psychiatrów rozważało zmianę specjalizacji, natomiast 27% lekarzy myślało o zmianie zawodu na inny. W ogólnokrajowym badaniu we Francji przeprowadzonym w 2019 roku aż 44,8% psychiatrów wykazało negatywny wpływ samobójstwa pacjenta na swoją pracę [9]. Poczucie bezsilności w podejmowaniu decyzji oraz lęk przed wypisem pacjenta ze szpitala wykazywało 32,5% przebadanych w 2004 roku konsultantów psychiatrii w Irlandii. Aż 60% badanych zmieniło sposoby terapeutyczne u pacjentów podwyższonego ryzyka samobójstwa. Dodatkowo 23% z nich myślało o pójściu na wcześniejszą emeryturę [46]. Zwątpienie w swoje umiejętności zawodowe, niepewność przy podejmowaniu decyzji i zwiększenie liczby konsultacji ze współpracownikami opisywali także Courtenay i Stephens w 2001 roku [25], Murphy i wsp. w 2022 roku [51] oraz Dewar i wsp. w 2000 roku [52]. Natomiast badanie przeprowadzone w Szwajcarii w 2014 roku obejmujące grupę 200 psychiatrów i 71 psychologów pozwoliło na wyłonienie negatywnych i pozytywnych skutków doświadczenia samobójstwa pacjenta na sposób działania obydwu grup w ich praktyce zawodowej. W ciągu pierwszego miesiąca po samobójstwie pacjenta psychiatrzy i psychologowie zgłaszali większy wpływ tego zdarzenia na ich pracę w porównaniu z późniejszym okresem. W obydwu badanych grupach wykazano wtedy nasilenie zainteresowania tematyką związaną z samobójstwem, poświęcanie dużej ilości czasu kwestiom prawnym oraz nasilenie rygorystyczności w przestrzeganiu środków bezpieczeństwa i wskazań do hospitalizacji pacjentów z tendencjami samobójczymi. Specjaliści konsultowali większą liczbę swoich decyzji ze współpracownikami i przełożonymi. W późniejszym okresie zauważono stopniowe zmniejszanie się wpływu samobójstwa pacjenta na praktykę zawodową badanych psychiatrów i psychologów, z wyjątkiem ciągłego i intensywnego zainteresowania tematyką samobójstwa wśród specjalistów pracujących prywatnie oraz uważności w kwestiach prawnych w obydwu grupach [34].

Również zgodnie z wynikami badania przeprowadzonego w 2020 roku w Arabii Saudyjskiej lekarze po doświadczeniach straty pacjenta w wyniku udanego zamachu samobójczego przejawiali większą tendencję do hospitalizacji chorych (12,5%), przywiązywania baczniejszej uwagi do aktów prawnych (17,15%) oraz identyfikacji sygnałów samobójczych (25,49%). Aż 71,7% specjalistów analizowało, czy mogłoby zapobiec samobójstwu pacjenta przez hospitalizację chorego lub zastosowanie innych metod terapeutycznych. Metody praktyki zawodowej zmieniło 91% badanych po

samobójstwie pacjenta [45]. Podobne wyniki uzyskano w wielu innych badaniach. Między innymi zauważono zmiany polegające na zwiększeniu czujności na sygnały, które mogłyby sugerować podwyższone ryzyko samobójcze [8, 53, 54], większej dbałości o szczegóły w prowadzeniu pacjentów z tendencjami samobójczymi i w dokumentowaniu przebiegu leczenia i na szybszym wydawaniu skierowań do szpitala psychiatrycznego [33, 55]. W badaniu przeprowadzonym w Tajlandii w 2008 roku wykazano, że aż 93,4% badanych zaczęło bardziej restrykcyjnie przestrzegać zasady dotyczącej oceny skłonności i zamiarów samobójczych u każdego leczonego pacjenta [23]. Część badaczy podkreśla możliwość wystąpienia nadmiernej ostrożności w prowadzeniu pacjenta i zbytniego analizowania aspektów prawnych. Może mieć to negatywne skutki zarówno dla pacjenta (przypisywanie zbyt wysokich dawek leków, zbędne przedłużanie czasu hospitalizacji), jak i dla instytucji zajmujących się zdrowiem psychicznym (wzrost kosztów leczenia) [22, 34, 45, 46, 53, 54, 56].

Z badania opublikowanego w 2022 roku, przeprowadzonego w USA z udziałem 2157 lekarzy psychiatrów, wynika, że większość negatywnych objawów po śmierci samobójczej pacjenta mija w ciągu 6 miesięcy. Natomiast 21% specjalistów zgłosiło problemy związane z wykonywaniem praktyki zawodowej w okresie od 6 miesięcy do 2 lat, a 13% mierzyło się z długotrwałymi, stałymi trudnościami w pracy [18]. Z kolei u niektórych klinicystów śmierć samobójcza pacjenta przyczyniła się do rozwoju po-traumatycznego, w którego trakcie lekarze nabierali realistycznego wglądu w swoje możliwości, ograniczenia i odpowiedzialność zawodową [15].

Śmierć samobójcza pacjenta wpływa również na praktykę zawodową pielęgniarzek psychiatrycznych. W badaniu przeprowadzonym w Chinach szczególnie podkreślano występujące rozkojarzenie i pobudzenie w pracy, nadmierną czujność w opiece nad pacjentami, nadwrażliwość na bodźce, np. słuchowe, oraz objawy wypalenia zawodowego [49]. Nie wykazano istotnych różnic kulturowych w zmianie funkcjonowania lekarzy psychiatrów po samobójczej śmierci pacjenta [9, 18, 23, 25, 34, 45, 51, 52].

Podsumowując, wyniki analizowanych badań wskazują, że śmierć samobójcza pacjenta ma zdecydowany wpływ na praktykę zawodową psychiatrów, powodując u nich zwątpienie w swoje umiejętności w zakresie stosowanych metod diagnostycznych i terapeutycznych, obawę przed odpowiedzialnością prawną, większą uwagę i nadmierną ostrożność w postępowaniu z pacjentami z myślami samobójczymi, rozważanie zmiany zawodu lub wcześniejszego przejścia na emeryturę [8, 9, 25, 27, 32–34, 45, 46, 51–55].

3.5. Wsparcie psychiczne lekarzy

Wykazano, że doświadczenie wsparcia psychicznego i społecznego zmniejsza krótkoterminowe oraz długoterminowe negatywne skutki funkcjonowania lekarzy psychiatrów po śmierci samobójczej pacjenta [3, 23, 34]. W badaniu przeprowadzonym w Szwajcarii w 2014 roku ujawniono, że jednym z silnych czynników prognostycznych zmniejszenia nasilenia trudnych emocji po śmierci samobójczej pacjenta była odpowiednio wcześnie otrzymana pomoc. Jednocześnie otrzymane profesjonalne wsparcie zarówno w pierwszym miesiącu, jak i w późniejszym okresie po samobój-

stwie pacjenta zredukowało negatywny wpływ śmierci pacjenta na praktykę zawodową specjalisty [34]. Niestety aż ⅔ lekarzy w retrospektywnym badaniu przeprowadzonym na Uniwersytecie w Toronto w latach 1980–1995 odizolowało się od współpracowników po doświadczeniu samobójstwa swojego pacjenta. W tym czasie ⅓ badanych ciągle analizowało minione wydarzenia poprzedzające samobójstwo, 25% badanych odczuwało dysfориę, ale nadal nie potrafiło poprosić o pomoc. Jednocześnie aż 71% lekarzy miało nadzieję, że zostanie im udzielone profesjonalne wsparcie [3].

Wśród przyczyn niezwracania się o pomoc wymienia się np. obawę przed krytyką, negatywnymi konsekwencjami zawodowymi i prawnymi oraz niewystarczające systemy wsparcia [57]. Wydaje się niezwykle istotne, by w trakcie ustalania przebiegu zdarzenia przez lekarzy orzeczników lub organy ścigania uwzględniono wszystkie czynniki indywidualne i środowiskowe, które mogły doprowadzić do samobójstwa pacjenta. Dobrze przeprowadzona analiza zdarzenia może poszerzyć wiedzę i kompetencje specjalistów, jednak narracja oskarżycielska może wywołać traumę wśród lekarzy i ich rodzin, co uniemożliwi im powrót do prawidłowego funkcjonowania [58]. Dlatego tak istotne jest zauważenie problemu obciążenia emocjonalnego psychiatrów, którzy traumatycznie przeżywają śmierć samobójczą swego pacjenta, oraz budowanie sprawnego systemu szkoleń i wsparcia psychicznego [2, 21, 37].

Kluczową rolę w tym procesie mogą odegrać współpracownicy o dłuższym stażu pracy. Dzieląc się swoim doświadczeniem, pokazują realny zakres możliwości psychiatrii, okazują emocjonalne wsparcie, redukują poczucie winy, przez co mogą przygotować młodych, niedoświadczonych lekarzy na możliwość śmierci samobójczej pacjenta [37]. W większości badań lekarze wskazują nieformalne wsparcie współpracowników i bliskich im osób jako najbardziej pomocne [3, 15, 22, 23, 31, 52, 59, 60]. Przykładowo aż 90% lekarzy psychiatrów w Tajlandii szybciej doszło do siebie po stracie pacjenta dzięki wsparciu kolegów z pracy. W badaniu przeprowadzonym w Irlandii z udziałem konsultantów psychiatrów aż 73% specjalistów uważało wsparcie współpracowników za „bardzo pomocne” lub „pomocne”, a interwencje rodziny było skuteczne w 85% przypadków [46].

W raporcie przygotowanym przez Royal College of Psychiatrists w 2022 roku zaproponowano rozbudowanie *buddy system*, tzn. systemu wsparcia oferowanego przez specjalistów do spraw zdrowia psychicznego oraz konsultantów, którzy również doświadczyli śmierci samobójczej pacjenta [58]. Zamieszczone na stronach internetowych np. Coalition of Clinician Survivors [61] opisy przeżyć lekarzy po samobójstwie pacjenta wraz z kontaktem mailowym do poszczególnych specjalistów [8] również mogą być pomocne. Royal College of Psychiatrists proponuje kilka formalnych programów, takich jak (nieдоступne w Polsce) *Schwartz Rounds* i Kręgi Zaufania czy też (dostępne w niektórych miejscach w Polsce) grupy Balinta [58]. W rozmowie zaś najważniejsze było okazanie zrozumienia i wsparcia bez narracji oskarżycielskich, empatyczne i realistyczne przeanalizowanie sytuacji, określenie ograniczeń lekarza psychiatrii oraz doskonalenie umiejętności udzielania skoordynowanej pomocy pacjentom z tendencjami samobójczymi [2].

Spośród formalnego wsparcia najbardziej doceniana była indywidualna superwizja [15]. W raporcie Royal College of Psychiatrists również podkreślano rolę formalnego wsparcia przełożonych i superwizji. Wśród pomocnych interwencji wymieniano nadzoro-

wanie opieki nad specjalistą, który doświadczył śmierci samobójczej pacjenta, odpowiednie przygotowanie lekarzy i przedstawienie realiów odejścia pacjenta, wspieranie zespołu lekarskiego oraz rodzin specjalistów w czasie formalnych procedur po samobójstwie pacjenta oraz zarządzanie możliwymi zasobami wsparcia dla lekarzy i ich rodzin [58].

Kolejnym przydatnym narzędziem mogą być szkolenia oraz warsztaty na temat przyczyn i skutków samobójstwa pacjentów oraz ich wpływu na funkcjonowanie klinicystów [8, 58]. Jednak dostępność i skuteczność szkoleń i spotkań zespołu była oceniana w sposób zróżnicowany [15, 58]. W pracach takich badaczy, jak Alexander i wsp. [22] (2000 rok), Courtenay i Stephens [25] (2001), Cotton i wsp. [59] (1983) oraz Pieters i wsp. [62] (2003) wykazano przydatność powyższych form, co stoi w opozycji do wyników uzyskanych przez takich autorów, jak Hendin i wsp. [63] (2000), Bowers i wsp. [64] (2006) oraz Gibbons i wsp. [27] (2019). W retrospektywnym badaniu opublikowanym w 2022 roku, przeprowadzonym z udziałem 2157 nowojorskich lekarzy, ujawniono, że około 10% badanych nie mogło liczyć na formalne wsparcie w miejscu zatrudnienia, 8% czuło się oceniane, a duża część lekarzy uważała szkolenie w zakresie zapobiegania samobójstwu za niewystarczający środek służący do tego celu [18]. W innym badaniu, z 2014 roku, aż 37,1% francuskich lekarzy było pozbawionych wsparcia, a 50,4% z nich zgłaszało brak możliwości spotkania zespołu po śmierci samobójczej pacjenta [9]. Około ¼ stażystów psychiatrii w Australii i Nowej Zelandii czuło się osamotnione i bez wsparcia po samobójstwie pacjenta, a większość programów szkoleniowych nie uwzględnia kwestii pomocy lekarzom po takim zdarzeniu [33]. Istnieje deficyt protokołów specjalistycznych interwencji dla lekarzy doświadczających traumy po śmierci samobójczej ich pacjenta [18].

Biorąc pod uwagę prawdopodobieństwo samobójstwa pacjenta w czasie praktyki zawodowej specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego, istnieje konieczność udoskonalenia metod formalnego wsparcia psychicznego oraz szkoleń z czynności prawnych po śmierci pacjenta. Klinicyści doceniają możliwość opisanego swojego cierpienia, refleksji nad swoją praktyką, otrzymania praktycznych wskazówek w postępowaniu z pacjentem o wysokim ryzyku samobójczym oraz przestrzegania klarownych i standaryzowanych procedur postępowania [40, 57]. Kluczowe jest, aby lekarz znał zarówno swoje możliwości, jak i ograniczenia diagnostyczne i terapeutyczne [8]. Istotne jest także, aby specjaliści mogli wybierać najbardziej odpowiednią formę wsparcia dla siebie w tak traumatycznej sytuacji [40, 57]. Wypracowanie klarownych i standaryzowanych procedur postępowania w wypadku zwiększonego ryzyka samobójczego, poprawienie systemu wsparcia psychicznego dla lekarzy psychiatrów oraz zwiększenie świadomości siły wsparcia koleżeńskigo to elementy, które mogą przyspieszyć powrót do równowagi emocjonalnej, poprawiając jakość pracy oraz usprawniając wydajność systemu ochrony zdrowia [15, 18, 57] (tab.).

4. Wnioski

Szacuje się, że od 38,8% do 91,5% psychiatrów doświadcza w trakcie swojej pracy zawodowej śmierci samobójczej pacjenta [9, 20, 27–30, 32, 40, 46], a zatem spotyka to tę grupę zawodową o wiele częściej niż pozostały personel medyczny [9, 18]. Śmierć

samobójcza pacjenta może wywołać u psychiatry wiele trudnych emocji, a najczęściej wskazywane są: lęk, złość, smutek, niedowierzanie, żal, wstyd, zażenowanie, zmartwienie się [3, 9, 15, 18, 37, 38, 42–44]. Obniżony nastrój może zmniejszać motywację do pracy, podobnie jak zwątpienie w metody terapeutyczne i we własne umiejętności oraz podwyższenie stresu zawodowego [3, 9, 15, 18, 32, 37, 38, 46]. Przewlekły lęk oraz odczuwana bezsilność mogą przyczynić się do nadmiernej dbałości o aspekty prawne i ostrożności podczas procesu terapeutycznego pacjentów o tendencjach samobójczych, np. przez przypisywanie zbyt wysokich dawek leków oraz zbędne przedłużanie czasu hospitalizacji [22, 34, 45, 46, 53, 54, 56]. Kolejne negatywne skutki to obawa przed krytyką współpracowników oraz odmowa leczenia pacjentów z tendencjami samobójczymi z powodu niepewności przy podejmowaniu decyzji i strachu przed odpowiedzialnością prawną [32], a także zmniejszenie decyzyjności klinicznej, zwątpienie w swoje kompetencje i zwiększenie liczby konsultacji [25, 51, 52]. Większość wyżej wymienionych czynników może spowodować zmianę zawodu lub wcześniejsze odejście na emeryturę niektórych lekarzy psychiatrów [2, 46]. Niestety aż 21% specjalistów zgłasza występowanie negatywnych skutków śmierci samobójczej pacjenta od 6 miesięcy do 2 lat od zdarzenia, a 13% mierzy się ze stałymi trudnościami [18].

Do czynników wzmacniających negatywne skutki samobójstwa należą czynniki kulturowe (kultura winy, kultura wstydu), indywidualne (np. potrzeba osiągnięcia perfekcji i pełnego poświęcenia się pracy) i społeczne (np. postrzeganie samobójstwa jako zawsze możliwego do uniknięcia) [2, 10, 12–14]. Należy podkreślić, że w dobie globalizacji zacierają się różnice kulturowe, dlatego wpływ samobójstwa pacjenta na reakcje emocjonalne i decyzje zawodowe lekarzy są zbliżone w krajach z kręgu kultury zachodniej i wschodniej [9, 18, 23, 25, 27, 34, 45, 49, 51, 52]. Większość psychiatrów na skutek świadomości zagrożeń wynikających z samobójstw pacjentów zaczyna bardziej restrykcyjne diagnozować skłonności i zamiary samobójcze u pacjentów [23]. Dzięki temu wykazują podwyższoną koncentrację na objawach samobójczych, a także większą dbałość o szczegóły w prowadzeniu pacjentów z tendencjami samobójczymi [33, 53–55]. Część lekarzy wykorzystała doświadczenie po śmierci samobójczej pacjenta do pomocy innym chorym [23]. Zdecydowana większość lekarzy zmienia metody praktyki zawodowej na skutek samobójstwa pacjenta, a u niektórych doszło do rozwoju realistycznego wglądu w swoje możliwości i ograniczenia [15, 45].

Odpowiednio wcześniej udzielona pomoc nieformalna (np. wsparcie bliskich) oraz formalna (np. superwizja), jak również spotkania zespołu, sprawozdania z incydentów krytycznych lub przeglądy przypadków, kontakt z anonimowym centrum pomocy, warsztaty dotyczące tematyki samobójstw mogą obniżyć dystres psychiatrów, poprawiając ich funkcjonowanie i zadowolenie z pracy zawodowej [3, 15, 22, 23, 25, 31, 34, 46, 52, 59, 60, 65]. Pomimo istnienia protokołów postępowania wobec lekarzy, którzy doświadczyli śmierci samobójczej pacjenta, w wielu placówkach pomoc formalna nie jest zapewniona bądź jest niewystarczająca, dlatego z jednej strony niezwykle istotne jest zbudowanie sprawnego systemu szkoleń i ścieżki wsparcia psychicznego psychiatrów, z drugiej – istnieje potrzeba poszerzania wiedzy i tworzenia nowych form wsparcia dla lekarzy psychiatrów borykających się z brzemieniem śmierci samobójczej pacjenta [2, 18, 21, 33, 37].

5. Ograniczenia

Badanie nie jest przeglądem systematycznym i nie dostarcza informacji ilościowych. Autorzy nie zastosowali ścisłych kryteriów włączenia i wykluczenia.

Tabela. Liczba i odsetek psychiatrów, którzy doświadczyli śmierci samobójczej pacjenta

Tytuł artykułu	Data badania	Kraj	Wielkość badanej grupy (liczba uczestników)	Liczba i odsetek psychiatrów, którzy doświadczyli śmierci samobójczej pacjenta
<i>Perceived impact of patients' suicide and serious suicidal attempts on their treating psychiatrists and trainees: A national cross-sectional study in Saudi Arabia. BMC Psychiatry</i> 2023; 23(1): 607 [45]	Od marca do sierpnia 2020	Arabia Saudyjska	178	69 (38,8%)
<i>Prevalence and impact of patient suicide in psychiatrists: Results from a national French web-based survey. Encephale</i> 2021; 47(6): 507–513 [9]	Od września do grudnia 2019	Francja	764	667 (87,3%)
<i>Effects of patient suicide on psychiatrists: survey of experiences and support required. BJPsych Bulletin</i> 2019; 43(5): 236–241 [27]	2019 (data publikacji)	Wielka Brytania (Anglia)	174	140 (80,45%)
<i>Patient suicide: The experience of Flemish psychiatrists. Suicide Life Threat. Behav.</i> 2013; 43(4): 379–394 [20]	Marzec 2011	Belgia	107	98 (91,6%)
<i>Impact of patient suicide on consultant psychiatrists in Ireland. Psychiatrist</i> 2010; 34(4): 136–140 [56]	2010 (data publikacji)	Irlandia	178	143 (80%)
<i>Impact of death by suicide of patients on Thai psychiatrists. Suicide Life Threat. Behav.</i> 2008; 38(6): 728–740 [23]	2008 (data publikacji)	Tajlandia	167	94 (56,28%)
<i>A study of consultant psychiatrists' response to patients' suicide. Ir. J. Psychol. Med.</i> 2011; 28(1): 35–37 [46]	Od września 2003 do lutego 2004	Irlandia	50	40 (80%)
<i>Encountering suicide: The experience of psychiatric residents. Acad. Psychiatry</i> 2003; 27(2): 93–99 [31]	2003 (data publikacji)	Kanada	197	121 (61,4%)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

<i>The experience of patient suicide among trainees in psychiatry. Psychiatr. Bull. 2001; 25(2): 51–52 [25]</i>	2001 (data publikacji)	Wielka Brytania (Anglia)	203	109 (54%)
<i>Frequency and impact of patient suicide on psychiatric trainees. Eur. Psychiatry 2003; 18(7): 345–349 [62]</i>	Od kwietnia do maja 2001	Belgia	114	50 (43,86%)
<i>Suicide by patients: Questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. BMJ 2000;320(7249): 1571–1574 [22]</i>	2000 (data publikacji)	Wielka Brytania (Szkocja)	247	167 (67,61%)
<i>Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide. Psychiatr. Bull. 2000; 24(1): 20–23 [52]</i>	2000 (data publikacji)	Wielka Brytania (Szkocja)	103	48 (46,60%)
<i>Patients' suicides: Frequency and impact on psychiatrists. Am. J. Psychiatry 1988;145(2): 224–228 [39]</i>	1988 (data publikacji)	Stany Zjednoczone Ameryki	259	131 (50,58%)
<i>Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees. Acad. Psychiatry 2004;28(2): 104–110 [3]</i>	1995–1996	Stany Zjednoczone Ameryki	239	120 (50%)

Piśmiennictwo

1. International Association for Suicide Prevention. *Global Suicide Statistics*. <https://www.iasp.info/wspd/references/> (dostęp: 2.01.2024).
2. The Lancet Psychiatry. *Suicide and the psychiatrist*. Lancet Psychiatry 2020; 7(12): 1001.
3. Ruskin R, Sakinofsky I, Bagby RM, Dickens S, Sousa G. *Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees*. Acad. Psychiatry 2004; 28(2): 104–110.
4. Vogel L. *Has suicide become an occupational hazard of practising medicine?* CMAJ 2018; 190(24): E752–E753.
5. Sterna AM, Sterna W. *Niewidzialne cierpienie – wpływ samobójstwa pacjenta na osoby leczące*. Psychiatria 2021; 18(4): 307–315.
6. Simon RI. *Assessing and managing suicide risk: Guidelines for clinically based risk management*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2004.
7. Chemtob CM, Bauer GB, Hamada RS, Pelowski SR, Muraoka MY. *Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists*. Prof. Psychol. Res. Pract. 1989; 20(5): 294–300.
8. Clay RA. *Coping with a patient's suicide*. Monitor on Psychology 2002; 53(6): 79.

9. Leaune E, Allali R, Rotgé JY, Simon L, Vieux M, Fossati P i wsp. *Prevalence and impact of patient suicide in psychiatrists: Results from a national French web-based survey*. Encephale. 2021; 47(6): 507–513.
10. Sachs CJ, Wheaton N. *Second victim syndrome*. StatPearls Publishing; 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572094/> (dostęp: 18.10.2023).
11. Woo KT. *Physician leadership*. Singapore Med. J. 2007; 48(12): 1069–1073.
12. Wong Y, Tsai J. *Cultural models of shame and guilt*. W: Tracy J, Robins R, Tangney JP. red. *The self-conscious emotions: Theory and research*. New York, NY: The Guilford Press; 2007. S. 209–223.
13. Stadter M, Jun G. *Shame East and West: Similarities, differences, culture, and self*. Psychoanal. Psychother. China. 2020; 3(1): 1–21.
14. Yarwood M. *Comparing Eastern and Western cultures*. <https://psu.pb.unizin.org/psych425/chapter/comparing-eastern-and-western-cultures/> (dostęp: 26.04.2024).
15. Sandford DM, Kirtley OJ, Thwaites R, O'Connor RC. *The impact on mental health practitioners of the death of a patient by suicide: A systematic review*. Clin. Psychol Psychother. 2021; 28(2): 261–294.
16. ANDJ Narrative Review Checklist. <https://www.scribd.com/document/434616519/ANDJ-Narrative-Review-Checklist> (dostęp: 16.07.2024).
17. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. *SANRA – A scale for the quality assessment of narrative review articles*. Res. Integr. Peer Rev. 2019; 4: 5.
18. Spruch-Feiner A, Labouliere CD, Brodsky B, Green KL, Brown GK, Vasan P i wsp. *Effects of patient suicide on professional practice among mental health providers*. J. Psychiatr. Pract. 2022; 28(3): 184–192.
19. Barman R, Kablinger A. *Prevalence of trauma – and stress-related symptoms in psychiatrists and trainees following patient suicide in the United States*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2021; 56(7): 1283–1288.
20. Rothes IA, Scheerder G, Van Audenhove C, Henriques MR. *Patient suicide: The experience of Flemish psychiatrists*. Suicide Life Threat. Behav. 2013; 43(4): 379–394.
21. Dransart DAC, Gutjahr E, Gulfi A, Didisheim NK, Séguin M. *Patient suicide in institutions: Emotional responses and traumatic impact on Swiss mental health professionals*. Death Stud. 2014; 38(5): 315–321.
22. Alexander DA, Klein S, Gray NM, Dewar IG, Eagles JM. *Suicide by patients: Questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists*. BMJ 2000; 320(7249): 1571–1574.
23. Thomyangkoon P, Leenaars A. *Impact of death by suicide of patients on Thai psychiatrists*. Suicide Life Threat. Behav. 2008; 38(6): 728–740.
24. Kozłowska K, Nunn K, Cousens P. *Adverse experiences in psychiatric training. Part 2*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 1997; 31(5): 641–652.
25. Courtenay K, Stephens J. *The experience of patient suicide among trainees in psychiatry*. Psychiatr. Bull. 2001; 25(2): 51–52.
26. Alawad MS, Alammari MA, Almanea MM, Alhumaid RS, Alkhalifah AS, Alosaimi FD. *Coping strategies of psychiatrists and psychiatry trainees following patient suicide and suicide attempt: A national cross-sectional study in Saudi Arabia*. PloS One 2024; 19(3): e0300004.
27. Gibbons R, Brand F, Carbonnier A, Croft A, Lascelles K, Wolfart G i wsp. *Effects of patient suicide on psychiatrists: Survey of experiences and support required*. BJPsych. Bull. 2019; 43(5): 236–241.

28. Dransart DAC, Treven M, Grad OT, Andriessen K. *Impact of client suicide on health and mental health professionals*. W: Andriessen K, Kryszyska K, Grad OT. red. *Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support*. Göttingen: Hogrefe; 2017. S. 245–254.
29. Séguin M, Bordeleau V, Drouin MS, Castelli-Dransart DA, Giasson F. *Professionals' reactions following a patient's suicide: Review and future investigation*. Arch. Suicide Res. Off. J. Int. Acad. Suicide Res. 2014; 18(4): 340–362.
30. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. *Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review*. Psychol. Med. 2003; 33(3): 395–405.
31. Pilkinton P, Etkin M. *Encountering suicide: The experience of psychiatric residents*. Acad. Psychiatry 2003; 27(2): 93–99.
32. Plakun EM, Tillman JG. *The impact of patient suicide on clinicians*. Psychiatric Times. 2016. <https://www.psychiatrictimes.com/view/impact-patient-suicide-clinicians> (dostęp: 18.10.2023).
33. Draper B, Kölves K, De Leo D, Snowdon J. *The impact of patient suicide and sudden death on health care professionals*. Gen. Hosp. Psychiatry 2014; 36(6): 721–725.
34. Gulfi A, Castelli Dransart DA, Heeb JL, Gutjahr E. *The impact of patient suicide on the professional practice of Swiss psychiatrists and psychologists*. Acad. Psychiatry 2016; 40(1): 13–22.
35. Joliat GR, Demartines N, Uldry E. *Systematic review of the impact of patient death on surgeons*. Br. J. Surg. 2019; 106(11): 1429–1432.
36. Fopka-Kowalczyk M. *Poczucie straty po śmierci pacjenta doświadczane przez pracowników opieki paliatywnej. Badania jakościowe*. Palliat. Med. Pract. 2014; 8(1): 23–28.
37. Hausman K. *Psychiatrists often overwhelmed by a patient's suicide*. Psychiatr. News. 2003. <https://psychnews.psychiatryonline.org/doi/10.1176/pn.38.13.0006> (dostęp: 11.12.2023).
38. Talseth AG, Gilje F. *Unburdening Suffering: Responses of psychiatrists to patients' suicide deaths*. Nurs. Ethics 2007; 14(5): 620–636.
39. Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, Kinney B, Torigoe RY. *Patients' suicides: Frequency and impact on psychiatrists*. Am. J. Psychiatry 1988; 145(2): 224–228.
40. Greenberg D, Shefler G. *Patient suicide*. Isr. J. Psychiatry Relat. Sci. 2014; 51(3): 193–198.
41. Yousaf F, Hawthorne M, Sedgwick P. *Impact of patient suicide on psychiatric trainees*. Psychiatr. Bull. 2002; 26(2): 53–55.
42. Wurst FM, Mueller S, Petitjean S, Euler S, Thon N, Wiesbeck G i wsp. *Patient suicide: A survey of therapists' reactions*. Suicide Life Threat. Behav. 2010; 40(4): 328–336.
43. Wurst FM, Kunz I, Skipper G, Wolfersdorf M, Beine KH, Thon N. *The therapist's reaction to a patient's suicide: Results of a survey and implications for health care professionals' well-being*. Crisis 2011; 32(2): 99–105.
44. Wurst FM, Kunz I, Skipper G, Wolfersdorf M, Beine KH, Vogel R i wsp. *How therapists react to patient's suicide: Findings and consequences for health care professionals' wellbeing*. Gen. Hosp. Psychiatry 2013; 35(5): 565–570.
45. Alshutwi M, Alawad M, Alammari M, Almanea M, Alhumaid R, Alkhalifah AS i wsp. *Perceived impact of patients' suicide and serious suicidal attempts on their treating psychiatrists and trainees: A national cross-sectional study in Saudi Arabia*. BMC Psychiatry 2023; 23(1): 607.
46. Kelleher E, Campbell A. *A study of consultant psychiatrists' response to patients' suicide*. Ir. J. Psychol. Med. 2011; 28(1): 35–37.
47. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. *National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria*. J. Trauma Stress. 2013; 26(5): 537–547.

48. Midence K, Gregory S, Stanley R. *The effects of patient suicide on nursing staff*. J. Clin. Nurs. 1996; 5(2): 115–120.
49. Wang S, Ding X, Hu D, Zhang K, Huang D. *A qualitative study on nurses' reactions to inpatient suicide in a general hospital*. Int. J. Nurs. Sci. 2016; 3(4): 354–361.
50. Takahashi C, Chida F, Nakamura H, Akasaka H, Yagi J, Koeda A i wsp. *The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support*. BMC Psychiatry 2011; 11(1): 38.
51. Murphy PT, Clogher L, Laar van A, O'Regan R, McManus S, McIntyre A i wsp. *The impact of service user's suicide on mental health professionals*. Ir. J. Psychol. Med. 2022; 39(1): 74–84.
52. Dewar I, Eagles J, Klein S, Gray N, Alexander D. *Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide*. Psychiatr. Bull. 2000; 24(1): 20–23.
53. Mc Adams III CR, Foster VA. *Client suicide: Its frequency and impact on counselors*. J. Ment. Health Couns. 2000; 22(2): 107–121.
54. Gulfi A, Castelli Dransart DA, Heeb JL, Gutjahr E. *The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers*. Crisis 2010; 31(4): 202–210.
55. Halligan P, Corcoran P. *The impact of patient suicide on rural general practitioners*. Br. J. Gen. Pract. 2001; 51(465): 295–296.
56. Landers A, O'Brien S, Phelan D. *Impact of patient suicide on consultant psychiatrists in Ireland*. The Psychiatrist 2010; 34(4): 136–140.
57. Croft A, Lascelles K, Brand F, Carbonnier A, Gibbons R, Wolfart G i wsp. *Effects of patient deaths by suicide on clinicians working in mental health: A survey*. Int. J. Ment. Health Nurs. 2023; 32(1): 245–276.
58. (dostęp: 3.01.2024).
59. Cotton PG, Drake RE, Whitaker A, Potter J. *Dealing with suicide on a psychiatric inpatient unit*. Hosp. Community Psychiatry 1983; 34(1): 55–59.
60. Grad OT, Zavasnik A, Groleger U. *Suicide of a patient: Gender differences in bereavement reactions of therapists*. Suicide Life Threat. Behav. 1997; 27(4): 379–386.
61. Coalition of Clinician-Survivors (CCS). <https://www.cliniciansurvivor.org> (dostęp: 3.01.2024).
62. Pieters G, De Gucht V, Joos G, De Heyn E. *Frequency and impact of patient suicide on psychiatric trainees*. Eur. Psychiatry 2003; 18(7): 345–349.
63. Hendin H, Lipschitz A, Maltsberger JT, Haas AP, Wyncoop S. *Therapists' reactions to patients' suicides*. Am. J. Psychiatry 2000; 157(12): 2022–2027.
64. Bowers L, Simpson A, Eyres S, Nijman H, Hall C, Grange A i wsp. *Serious untoward incidents and their aftermath in a acute inpatient psychiatry: The Tompkins Acute Ward Study*. Int. J. Ment. Health Nurs. 2006; 15(4): 226–234.
65. Rotar Pavlič D, Treven M, Maksuti A, Švab I, Grad O. *General practitioners' needs for support after the suicide of patient: A qualitative study*. Eur. J. Gen. Pract. 2018; 24(1): 177–182.

Adres: Zuzanna Wingralek
 e-mail: z.wingralek@gmail.com