

Czy można ocenić ryzyko samobójstwa?

Are we able to evaluate suicide risk?

Marek Jarema

III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii

Summary

Suicide is not only a medical but also a social problem. It seems important to be able to evaluate the risk of suicide in order to introduce appropriate preventive actions. Several instruments (scales) for the evaluation of the suicide risk may be of a help to the physician, however, they do not allow for a more precise measurement of such a risk. For the evaluation of suicide risk the following factors seem to play important role: severe depressive symptoms coexisting with substance abuse, feeling that there is no escape (entrapment), more arguments for suicide than against it, earlier suicidal thoughts/tendencies/attempts, active preparations for a suicide.

Słowa kluczowe: ryzyko, samobójstwo, przewidywanie

Key words: risk, suicide, prediction

Samobójstwo jako problem medyczny

Samobójstwo jest problemem społecznym i medycznym. Według szacunku WHO rocznie samobójstwo popełnia 800 tys. ludzi, a liczba osób podejmujących próby samobójcze jest 20 razy większa. Ocenia się, że na świecie co 40 sekund ktoś odbiera sobie życie [1]. Na podstawie danych Banku Światowego szacuje się, że powszechne występowanie samobójstw wynosi 10,5/100 tys., zdecydowanie częściej dotyczy mężczyzn (16,3/100 tys.) niż kobiet (4,6/100 tys.). Zauważa się przewagę liczby samobójstw w krajach wysoko rozwiniętych – 11,64/100 tys. wobec 7,93/100 tys. w krajach średnio rozwiniętych [2].

Problematyka samobójstw nie dotyczy wyłącznie psychiatrii, ale jest z nią ściśle związana. Długoletnie doświadczenie kliniczne pozwala na krytyczne spojrzenie na wiele problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, które napotyka w swojej pracy lekarz psychiatra. Do takich problemów zalicza się przede wszystkim przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez wymaganej zgody, w tym ocenę zagrożenia dla siebie i otoczenia, jakie stwarza lub może stwarzać osoba z zaburzeniami psychicznymi.

Regulacje w tym zakresie zawiera Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 roku [3], jednak niektóre jej zapisy wprowadzają pewien element dowolności. Mowa jest tam bowiem o „zagrożeniu bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób” (art. 21.1) oraz o „osobie chorej psychicznie” (art. 23.1).

Z tym ostatnim określeniem starałem się swego czasu uporać [4]. Trudno mi ocenić, z jakim skutkiem, ponieważ im dłużej pracuję w tym zawodzie, tym większa jest we mnie tęsknota za konkretami, za doprecyzowaniem niektórych pojęć i terminów i tym większy sceptycyzm wobec tak często lansowanej przez niektóre Koleżanki i niektórych Kolegów tezy, że w psychiatrii wszystko być może, że nic nie jest pewne, wymierne i obiektywnie sprawdzalne. Patrząc na inne dyscypliny medyczne, jest w tym pewnie sporo racji, ale nie należy zapominać, że praktykując jako psychiatrzy, spotykamy się z sytuacjami, które wymagają od nas podjęcia decyzji, jej uzasadnienia i konfrontacji z jej następstwami. Musimy na przykład zdecydować, czy osoba przyjęta do szpitala psychiatrycznego spełnia kryteria „osoby chorej psychicznie” albo czy zagrożenie, jakie osoba z zaburzeniami psychicznymi stwarza dla siebie lub innych, jest „bezpośrednie”. Moim zdaniem im więcej twardych argumentów przemawia za naszą decyzją, tym ta decyzja jest bardziej wiarygodna także dla osób postronnych, w tym również dla sądu, który nasze postępowanie ocenia. Szanuję wszakże opinie tych Kolegów, którzy są odmiennego zdania.

W czasie swojej pracy spotykałem się wielokrotnie z potrzebą podjęcia decyzji albo oceny decyzji Koleżanki lub Kolegi w przedmiocie, który obejmował – ogólnie rzecz biorąc – ryzyko zagrożenia związane z zaburzeniami psychicznymi. Ostatnie wydarzenia, w które byłem bezpośrednio zaangażowany, skłoniły mnie do podjęcia próby zsumowania moich przemyśleń dotyczących realnych możliwości oceny ryzyka samobójstwa u pozostających pod naszą opieką pacjentów.

Opis przypadku

Najpierw krótka ilustracja problemu klinicznego, z jakim się niedawno spotkałem. Zaznaczam, że niektóre dane dotyczące pacjenta zostały zmienione, aby uniemożliwić jego identyfikację. Blisko 60-letni pacjent z wyższym wykształceniem, czynny zawodowo jako – nazwijmy to – wyższy urzędnik, żonaty, w ustabilizowanej sytuacji osobistej. Od lat leczony ambulatoryjnie oraz hospitalizowany w kilku ośrodkach akademickich w kraju z powodu choroby afektywnej dwubiegunowej. Leczony farmakologicznie kilkoma lekami normotymicznymi i przeciwdepresyjnymi w dawkach średnich. Przyjęty został na oddział psychiatryczny na własną prośbę z powodu odczuwanego ogólnego zniechęcenia, trudności ze snem, upośledzenia sprawności pamięci.

Przy przyjęciu stwierdzono nieznacznie obniżony nastrój pacjenta, bez objawów psychotycznych, bez myśli czy tendencji samobójczych. Napęd był dyskretnie obniżony, funkcje intelektualne niezaburzone. W początkowym okresie hospitalizacji był spokojny, dobrze zorientowany w otoczeniu, przestrzegał regulaminu oddziału, współpracował przy wykonywaniu badań. Leczony solami litu (1000 mg/dz.), kwasem walproinowym (600 mg/dz.) oraz klomipraminą (150 mg/dz.). Na oddziale nie sprawiał żadnych trudności, także w kontaktach z innymi pacjentami. Czas spędzał

na spacerach poza oddziałem, oglądał TV, czytał. Po pewnym czasie, w związku z dobrym stanem pacjenta, zaproponowano mu przepustkę, ale nie chciał z niej skorzystać.

Często odwiedzała go na oddziale rodzina, która w rozmowie z lekarzem podkreślała zły stan zdrowia pacjenta, domagała się przeprowadzania licznych badań dodatkowych, kwestionowała skuteczność prowadzonej farmakoterapii. Wykonano badanie TK głowy, badanie naczyń mózgowych metodą Dopplera, przeprowadzono konsultację neurologiczną – wszystkie wypadły prawidłowo. Ze względu na zgłaszane kłopoty z pamięcią wykonano badanie psychologiczne, w którym pacjent chętnie wziął udział. Badanie to nie wykazało żadnych deficytów poznawczych, co pacjent przyjął z ulgą, jakkolwiek zaznaczał, że ma wrażenie, iż kłopoty z pamięcią się utrzymują. Po około 2 tygodniach hospitalizacji zaczął się dopytywać o przewidywaną długość leczenia. Podobne pytania zadawała rodzina pacjenta, która ponadto twierdziła, że wypis ze szpitala nie jest możliwy w „takim stanie” i zarzucała lekarzom, że z niedostateczną troską opiekują się pacjentem. Interweniowała w tej sprawie u kierownika oddziału oraz u dyrektora szpitala. Domagała się m.in. zastosowania leczenia elektrowstrząsami, a gdy została poinformowana o braku jakichkolwiek wskazań do takiego leczenia, zarzucała personelowi nieudolność w leczeniu pacjenta.

Coraz bardziej uwidaczniała się rozbieżność pomiędzy stabilnym, dość dobrym stanem pacjenta a oceną tego stanu przez rodzinę, częściowo podzielaną także przez samego chorego. Pacjent dopominał się zwiększenia dawki klomipraminy, argumentując, że kiedyś był tym lekiem leczony, ale w dużych dawkach. Z oporami przyjmował informację lekarza, że nie ma podstaw do zwiększania dawki tego leku i że w tej kwestii wypowiedział się także internista, podkreślając ryzyko zwiększenia dawki tego leku. Gdy pacjent dowiedział się o wyniku badania psychologicznego, w rozmowie z psychologiem stwierdził, że „teraz to na pewno będzie wypisany”. Ponownie interweniowała w tej sprawie rodzina pacjenta. W tej sytuacji, biorąc pod uwagę dość dobry stan pacjenta (w ocenie lekarzy, psychologów oraz personelu oddziału), ustalone rozpoznanie oraz adekwatne do stanu pacjenta leczenie, wydało się oczywiste, że pacjent i jego rodzina chcą, aby hospitalizacja trwała jak najdłużej.

W tym czasie do oddziału nadeszło pismo z sądu z zapytaniem, jak długo będzie trwała hospitalizacja pacjenta i czy jego stan pozwala na uczestniczenie w czynnościach procesowych. Okazało się wówczas – czego pacjent ani jego rodzina nie ujawnili wcześniej – że toczy się sprawa sądowa przeciwko niemu. Pacjent poprosił o rozmowę z lekarzem i oznajmił, że czuje się bardzo źle i że ma myśli samobójcze. Pytany, czemu wcześniej tego nie zgłosił, odparł, że nie widział takiej potrzeby, ale myśli takie miał wcześniej i ma je teraz. Nic, poza tym oświadczeniem chorego, nie potwierdzało tych skarg. Natomiast rodzina pacjenta natychmiast interweniowała u dyrekcji szpitala, domagając się intensywnego leczenia pacjenta i zarzucając lekarzom, że chcą wypisać ze szpitala chorego z tendencjami samobójczymi. Obserwacje pacjenta i prowadzone z nim rozmowy nie uwidoczniły pogorszenia jego stanu psychicznego, niemniej twierdził on, że myśli samobójcze się utrzymują. Przyznał przy tym, że w jego trudnej sytuacji długi pobyt w szpitalu jest dla niego korzystny. Dopominał się nadal zwiększenia dawki klomipraminy.

W tej sytuacji przeprowadzono konsylium lekarskie z udziałem specjalistów psychiatrów oraz psychologów. Badanie to ujawniło dość dobry stan pacjenta, bez objawów psychotycznych, nastroj obojętny, afekt w miarę żywy, dostosowany, napęd w normie. W czasie badania pytany o myśli samobójcze przyznał, że miewa takie myśli, ale nie wie, czy ma zamiar je zrealizować. W konkluzji ustalono, że rozpoznanie choroby afektywnej dwubiegunowej z obecnym łagodnym epizodem depresji nie budzi zastrzeżeń, że leczenie farmakologiczne jest właściwe i pacjent może zostać wypisany ze szpitala. Zalecono, aby kontynuował leczenie farmakologiczne oraz korzystał z opieki psychiatrycznej w warunkach ambulatoryjnych. Pacjent przyjął tę decyzję spokojnie, ale rodzina zareagowała szeregiem zarzutów pod adresem personelu i zagroziła skargami do odpowiednich organów.

Przypadek ten ilustruje z jednej strony potrzebę w miarę dokładnej oceny ryzyka samobójstwa u osób z zaburzeniami psychicznymi, a z drugiej wskazuje, jak niekiedy niezbędne jest dokładne udokumentowanie decyzji dotyczącej diagnozy oraz konieczności hospitalizacji pacjenta znajdującego się w skomplikowanej sytuacji. Wiadomo, że po wypisie ze szpitala nie doszło do żadnego tragicznego epizodu, ale należy się zastanowić nad kryteriami, którymi się posłużono przy ocenie ryzyka samobójstwa w tym konkretnym przypadku.

Czynniki ryzyka samobójstwa

Myśli i tendencje samobójcze są warunkowane wieloma czynnikami: indywidualnymi, relacjami międzyludzkimi, także w środowisku, i społecznościami. Złożona współgra tych elementów sprawia, że przewidywanie ryzyka samobójstwa jest trudne [5, 6]. Pużyński [7] wymienia szereg czynników ryzyka ułożonych w grupy, i będą to: cechy zespołu depresyjnego, cechy demograficzne, sytuacja socjalna, dane z wywiadu, inne cechy (somatyczne, osobowościowe, nadużywanie alkoholu).

Za bliskie (krótkoterminowe) czynniki ryzyka samobójstwa Młodożeniec [8] uznała silne stresujące wydarzenia życiowe, poczucie braku nadziei i intoksykację, a spośród czynników środowiskowych samobójstwo bliskiej osoby, kłopoty w szkole, posiadanie broni palnej. Dalsze (długoterminowe) czynniki to zaburzenia psychiczne, szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych, współchorobowość, wcześniejsze próby samobójcze, molestowanie seksualne w wywiadzie, zachowania samobójcze w rodzinie, a spośród czynników środowiskowych dysfunkcyjna rodzina, łatwy dostęp do śmiertelnych narzędzi, stygmatyzacja z powodu choroby psychicznej, niedostateczna liczba środowiskowych czynników protekcyjnych.

W ocenie ryzyka samobójstwa przede wszystkim należy sobie zadać pytanie, czy werbalizacja myśli lub tendencji samobójczych oznacza bezpośrednio ryzyko samobójstwa, czy nie. Dalej: czy ryzyko to jest niskie, jeżeli pacjent samorzutnie nie zgłasza takich myśli/tendencji? Czy każdy pacjent zgłaszający myśli/tendencje samobójcze musi być hospitalizowany? Czy hospitalizacja zapobiega realizacji tendencji samobójczych? Jestem przekonany, że większość psychiatrów spotkała się nieraz z tym problemem, dlatego można podjąć próbę ustalenia, czy i jak można ocenić ryzyko samobójstwa u osób z zaburzeniami psychicznymi.

Rozpoznanie

Rozpoznanie zaburzeń afektywnych wiąże się z większym potencjalnym ryzykiem samobójstwa niż rozpoznanie innych zaburzeń psychicznych. Ale trzeba pamiętać, że w innych zaburzeniach psychicznych ryzyko to także istnieje, np. w schizofrenii wynosi ono od 9 do 13% [4]. Młodożeniec podaje [8], że rozpowszechnienie myśli samobójczych w schizofrenii szacuje się na 20–40% pacjentów. Ryzyko takie jest też stosunkowo wysokie w nasilonych zaburzeniach lękowych, w zaburzeniach związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Podobnie jest w zaburzeniach osobowości. Stąd wniosek, że rozpoznanie jest względnym wskaźnikiem ryzyka samobójstwa.

Obecny stan psychiczny

Niezależnie od rozpoznania zaburzeń, na które cierpi dany pacjent, ryzyko samobójstwa zależy od jego aktualnego stanu psychicznego. Niektóre objawy ryzyko to zwiększają. Do takich należy zaliczyć omamy słuchowe o imperatywnych treściach (tzw. głosy nakazujące), niepoddające się leczeniu omamy cenestetyczne dotyczące np. rozpadu ciała czy organów wewnętrznych, urojenia prześladowcze czy ksbne. Nasilone zaburzenia lękowe, w tym obsesje i kompulsje, napady paniki, fobie społeczne też mogą potęgować ryzyko samobójstwa. Ryzyko takie wzrasta, gdy obecne dolegliwości pacjenta są uporczywe, nie poddają się leczeniu albo leczeniu temu towarzyszą przykre objawy uboczne.

Choroby współistniejące

Współistnienie zaburzeń psychicznych i innych schorzeń, najczęściej ocenianych jako „ciężkie”, „poważne” lub „zagrożające”, zwiększa ryzyko samobójstwa. Oczywiście takie ryzyko różni się zależnie od rodzaju schorzenia i z pewnością największe jest w tych chorobach, które stanowią zagrożenie dla życia osoby chorej, czyli przede wszystkim w chorobach nowotworowych, chorobach układu krążenia, infekcjach HIV itp. Ale ryzyko takie jest też poważne w chorobach przewlekłych, inwalidyzujących osobę chorą, uzależniających ją od opieki innych itp. Najczęściej wymienianym czynnikiem powodującym wzrost ryzyka samobójstwa jest współchorobowość zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Szacuje się, że ryzyko samobójstwa wzrasta dwu-, a nawet trzykrotnie w takich przypadkach [9].

Czynniki demograficzne

Jakkolwiek depresja (najczęściej utożsamiana z ryzykiem samobójstwa) występuje najczęściej u kobiet w wieku średnim, błędem jest przyjęcie, że ryzyko samobójstwa wśród mężczyzn, osób młodych lub osób w podeszłym wieku jest niewysokie. Młodożeniec [8] podaje, że chociaż kobiety częściej chorują na depresję, to próby samobójcze częstsze są wśród mężczyzn. Potwierdzają to przytoczone wcześniej dane WHO [1]. Podejmowane kiedyś próby samobójcze lub myśli samobójcze w przeszłości podnoszą

ryzyko samobójstwa obecnie. Koincydencja z innymi czynnikami ryzyka z pewnością podnosi to ryzyko. Te inne czynniki to przede wszystkim sytuacja osobista (stabilna i satysfakcjonująca zmniejsza ryzyko), sytuacja zawodowa (bezrobocie, zagrożenie utratą pracy itp. zwiększa ryzyko), sytuacja społeczna. Przez tę ostatnią należy rozumieć wsparcie społeczne, którego doświadcza pacjent. Wyalienowanie ze środowiska, odmienne poglądy czy styl życia, przynależność do wąskiej, wybranej grupy społecznej itp. mogą być czynnikami obciążającymi, ale zależy to przede wszystkim od tego, czy pacjent czuje się w swoim środowisku akceptowany, czy też nie. Nie można wobec tego jednoznacznie stwierdzić, że np. przynależność do jakiejś wybranej społeczności stwarza ryzyko popełnienia samobójstwa.

Wydarzenia życiowe

To grupa poważnych czynników ryzyka samobójstwa. Niezależnie od rozpoznania i prowadzonego leczenia wystąpienie traumatyzującego wydarzenia życiowego jest sygnałem, że ryzyko samobójstwa wzrasta. Oczywiście zależy to w dużej mierze od tego, jak takie wydarzenie postrzega sam pacjent, na ile jest ono dla niego traumatyzujące w jego konkretnej sytuacji życiowej. Na przykład śmierć osoby bliskiej jest zawsze poważnym wydarzeniem traumatyzującym, ale nie oznacza automatycznego wzrostu ryzyka samobójstwa u konkretnej osoby. Ryzyko to zależy bowiem od tego, kim była ta zmarła osoba dla tego pacjenta, w jaki sposób śmierć osoby bliskiej zmienia sytuację życiową chorego oraz jak pacjent radzi sobie ze stratą osoby bliskiej. Możliwa jest także inna opcja: stosunkowo błahe (obiektywnie oceniając) wydarzenie może być postrzegane jako wybitnie traumatyzujące przez samego chorego i zwiększać ryzyko samobójstwa. Znam przykłady osób młodych, które podejmowały próby samobójcze z błahych – wydawałoby się – powodów. Spotkałem się z werbalizacją myśli samobójczych przez nastolatków pozbawionych możliwości ubierania się w aprobowane przez grupę rówieśniczą modne ubrania, albo z powodu odmowy przez rodziców zakupu modnego markowego smartfona, co w oczach młodego człowieka uchodzi za skrajny przykład nieprzystosowania do obowiązujących w grupie rówieśniczej standardów. Dlatego tak ważne jest, aby ocenić, czy dane wydarzenie życiowe jest istotne dla tego konkretnego pacjenta, a nie tylko dla nas jako osób prezentujących „obiektywną” ocenę tej sytuacji.

Werbalizacja

Jeśli chodzi o werbalizację myśli/tendencji samobójczych, należy ocenić, czy w przypadku gdy osoba z zaburzeniami psychicznymi zgłasza myśli lub tendencje samobójcze, zwiększa to ryzyko samobójstwa czy nie. Nigdy nie wolno lekceważyć zgłaszanych myśli czy tendencji samobójczych. Zawsze trzeba się dokładnie dowiedzieć o ich czasie wystąpienia, trwaniu (lub przemijaniu), intensywności, kontekście oraz zapytać o to, co sam pacjent o nich sądzi. Ważne jest, aby zgromadzić jak najwięcej informacji dotyczących tych myśli czy tendencji, aby jak najlepiej ocenić ryzyko samobójstwa. Czasami lekarze mają trudności z zadaniem pytania wprost, czy pacjent

ma myśli/tendencje samobójcze. Jest to zrozumiałe, gdyż pytanie takie może mieć określone, niekorzystne dla pacjenta konsekwencje (np. „Czy pan doktor sugeruje, że powinienem pomyśleć o samobójstwie?” albo „Czy to oznacza, że powinienem się zabić?”). Lepiej więc posłużyć się pytaniami w mniej bezpośredniej formie, np.: „Niektórzy ludzie myślą o tym, że dalsze życie nie ma sensu. Czy takie myśli miał/ma także pan?”, albo: „Czy kiedyś zdarzało się, że myślał pan, iż to wszystko nie ma sensu, że trzeba z tym skończyć?”. Praktyka dowodzi, że tak sformułowane pytania są łatwiej przyjmowane przez pacjentów. Galynker i wsp. [10], którzy uznali poczucie osaczenia (patrz dalej) za najistotniejszy predyktor zachowań samobójczych po wypisie ze szpitala, proponują następujące sformułowania: „Czy czujesz się osaczony w swojej życiowej sytuacji?”, „Czy widzisz możliwe rozwiązania swoich życiowych problemów?”, „Jak trudno jest ci przestać myśleć o tym, że jesteś osaczony?” (tzn. że twoja sytuacja jest bez wyjścia – przypis MJ).

Wnioskowanie pośrednie

Jeżeli pacjent nie werbalizuje myśli/tendencji samobójczych albo zaprzecza im wprost, nie oznacza to, że ryzyko samobójstwa jest równe zero. W takiej sytuacji o istnieniu takich myśli czy tendencji możemy wnioskować pośrednio. Oceniamy zachowanie pacjenta, takie bowiem wskaźniki jak izolowanie się od innych, odmowa uczestniczenia w zajęciach, spotkaniach, rozmowach, udzielanie skąpych odpowiedzi na pytanie o samopoczucie, unikanie odpowiedzi o plany życiowe, o sytuację osobistą czy rodzinną, odmowa przyjmowania posiłków albo zubożenie wobec odżywiania się, mogą sugerować istnienie ryzyka samobójstwa, choć oczywiście mogą być przejawem zupełnie innych problemów. Przygotowywanie próby samobójczej w postaci nieuzasadnionego okolicznościami porządkowania swoich spraw, sporządzania testamentu, nieuzasadnionego okolicznościami pozbywania się cennych rzeczy osobistych, pisania listów pożegnalnych (lub inne formy wymiany informacji, np. elektroniczne) do osób, z którymi pacjent utrzymuje ściśle kontakty albo rzadko się komunikował, wyboru i gromadzenia środków (np. leków) to także zachowania, które powinny budzić niepokój. W dobie internetu odwiedzanie stron udzielających wskazówek, jak radzić sobie w trudnej sytuacji życiowej, wyszukiwanie haseł typu „samobójstwo”, „śmierć” itp. to jawne sygnały zwiększonego ryzyka samobójstwa.

Narzędzia do oceny ryzyka samobójstwa i ich przydatność

Powyżej wymieniono te czynniki ryzyka samobójstwa, które wydają się stosunkowo najłatwiejsze do obiektywnej oceny. Mówię „stosunkowo”, gdyż mało spośród nich jest łatwych do zweryfikowania – poza wiekiem i płcią oczywiście. Wspominam o tym dlatego, że istnieją skale do oceny ryzyka samobójstwa, ale opierają się one także na kryteriach trudnych do obiektywnej weryfikacji.

Należy zaznaczyć, że jednym z najstarszych i najważniejszych narzędzi do oceny ryzyka samobójstwa, a dokładniej do „oceny nasilenia bieżących świadomych intencji samobójczych”, jest skala samobójstwa SSI Becka. Składa się ona z 19 punktów i każ-

dy oceniany jest w skali od 0 (nieobecny) do 2 (wyróżny, istotny). W sumie wartość punktowa zawiera się między 0 a 38 punktów. Beck i wsp. zaznaczają [11], że przy tworzeniu tej skali główną testowaną przez nich hipotezą było założenie, że poczucie beznadziei jest bardziej związane z nasileniem myśli samobójczych niż ocena depresji. Dlatego mimo że analiza psychometryczna dowiodła słabej mocy takich objawów, jak „tworzenie notatek dotyczących samobójstwa”, „przygotowania do samobójstwa” oraz „ukrywanie myśli samobójczych”, autorzy uznali, że są to zbyt ważne prognostycznie czynniki, aby je ze skali usunąć.

Skalą przeznaczoną do badania szczególnej populacji jest np. skala InterSePT [12], służąca do oceny ryzyka samobójstwa w schizofrenii. Zawiera 12 punktów o różnym stopniu możliwości weryfikacji i okazała się ważnym narzędziem klinicznym [8].

Przeprowadzony przez Kodakę i wsp. [13] systematyczny przegląd skal opracowanych do oceny postaw wobec samobójstwa, w którym uwzględniono ponad dwa tysiące publikacji naukowych, sugeruje, że wszystkie oceniane skale mają swoją charakterystykę i mogą być stosowane do celów badawczych, ale trzy skale zasługują na szczególną uwagę. Są to Kwestionariusz Opinii o Samobójstwie (*Suicide Opinion Questionnaire – SSQ*) [14], Kwestionariusz Postawa wobec Samobójstwa (*Suicide Attitude Questionnaire – SUIATT*) [15] oraz Postawy wobec Samobójstwa (*Attitudes Toward Suicide – ATTS*) [16]. Z kolei Kreuze i Lamis [5] dokonali także przeglądu narzędzi do oceny ryzyka samobójstwa i zidentyfikowali 16 skal o odpowiednich właściwościach psychometrycznych, przy czym nie oceniali, które z nich są bardziej lub mniej przydatne w praktyce. Uznali natomiast, że skoro 90% niezaplanowanych samobójstw i 60% pierwszych zaplanowanych prób samobójczych zdarza się w ciągu roku od wystąpienia myśli samobójczych, potrzeba stosowania rzetelnego narzędzia do oceny ryzyka samobójstwa jest istotna. Przy szacowaniu takiego ryzyka WHO [1] rekomenduje uwzględnienie takich czynników jak:

- ocena stanu emocjonalnego (distresu),
- wczesne wykrywanie zaburzeń psychicznych,
- nadużywanie alkoholu,
- dostęp do najczęściej używanych przy popełnianiu samobójstwa narzędzi.

National Guideline Clearinghouse, amerykańska instytucja zajmująca się przedstawianiem wskazówek wynikających z opartych na faktach praktyk klinicznych, do oceny ryzyka samobójstwa rekomenduje [6]:

- wywiad kliniczny,
- skale Becka: beznadziei, myśli samobójczych, tendencji samobójczych,
- skalę depresji Becka,
- skalę depresji Hamiltona.

Polscy autorzy podjęli się skonstruowania skali do oceny ryzyka samobójstwa u osób hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym. Skala ta jest krótka i może być przydatnym narzędziem w opiece psychiatrycznej [17]. T. Koweszko podkreśla

jednak, że tego rodzaju narzędzia służą bardziej do oceny postaw wobec samobójstwa, niż umożliwiają jego przewidzenie. Przydatnym narzędziem do oceny ryzyka samobójstwa u chorych wypisanych z oddziału psychiatrycznego okazała się skala do oceny i intensywności kryzysu samobójczego (*Suicidal Crisis Syndrome – SCI*) [10] – szczególnie w krótkim okresie po wypisie ze szpitala. Skala ta różni się więc od innych skal, które oceniają ryzyko w dłuższej perspektywie czasowej. Istotne są więc takie czynniki jak:

- próby samobójcze w przeszłości lub przy przyjęciu do szpitala,
- nasilenie myśli samobójczych przy przyjęciu,
- depresja przy przyjęciu,
- poczucie beznadziei,
- lęk jako stan i lęk jako cecha przy przyjęciu i wypisie,
- rozpoznanie,
- współwystępowanie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych,
- czynniki demograficzne: wiek, płeć, rasa, czynniki etniczne.

Silniej związane są z tego typu ryzykiem takie objawy jak nastrój depresyjny, myśli samobójcze oraz lęk jako stan i lęk jako cecha. Autorzy uznali SCI za narzędzie pozwalające przewidywać ryzyko samobójstwa, a najistotniejszym predykatorem okazała się podskala osaczenia (*entrapment subscale*; uważam, że można to także tłumaczyć jako „poczucie znalezienia się w sytuacji bez wyjścia”), silniejszym niż ruminacje samobójcze, lęk przed śmiercią, napady paniki lub zachowania dysocjacyjne [10].

Na uwagę zasługuje też Skala Oceny Samobójstwa z Uniwersytetu Columbia (*The Columbia-Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS*). Składa się z dwóch części zdefiniowanych jako „myśli samobójcze” oraz „zachowania samobójcze”. Posner i wsp. [18] piszą, że w badaniach nad adolescentami wysoka ocena myśli samobójczych w tej skali pozwalała na przewidzenie próby samobójczej.

Chan i wsp. [19] oceniali ryzyko samobójstwa u osób dokonujących samookaleczenia. Zidentyfikowali 4 czynniki takiego ryzyka:

- 1) uprzednie epizody samouszkodzenia,
- 2) intencje samobójcze,
- 3) problemy dotyczące zdrowia somatycznego,
- 4) płeć męska.

Autorzy ci uznali, że czynniki te nie mają większego znaczenia rokowniczego, gdyż występują w innych populacjach klinicznych. Piszą dalej, że żaden instrument (skala) w gruncie rzeczy nie nadaje się do oceny ryzyka. Co więcej, użycie skal może prowadzić do mylnych wniosków, a więc jest niebezpieczne. Najistotniejszą interwencją jest całościowa ocena psychospołecznych czynników dotyczących pacjenta [19].

W opinii psychiatrów [20] pytanych o problemy związane z oceną ryzyka samobójstwa najważniejsze w tej materii są 3 sfery:

- 1) zrozumienie trudnej sytuacji pacjenta,
- 2) zrozumienie własnych reakcji,
- 3) uświadomienie sobie, jak relacje lekarz–pacjent wpływają na ocenę ryzyka i podejmowanie decyzji.

Lekarze, którzy mają świadomość problemów związanych ze stosowaniem skal i czynników ryzyka przy próbach przewidywania możliwości popełnienia samobójstwa przez pacjenta, odwołują się do intuicji w ocenie tego ryzyka i przyznają, że próby oceny mogą wywoływać u pacjentów objawy lęku – zarówno emocjonalne, jak i fizyczne [20].

Postęp informatyczny pozwala także przypuszczać, że ryzyko samobójstwa i próby jego prewencji mogą być wspierane przez nowoczesne technologie (np. aplikacje na smartfony, technologie IT w uczeniu się – tzw. *machine learning*) [21].

Czy zachodzi potrzeba instrumentalnej oceny ryzyka samobójstwa?

Ponieważ celem niniejszego opracowania jest próba ustalenia, na ile możliwa jest w miarę obiektywna ocena ryzyka samobójstwa, staram się skupić na tych czynnikach, które w mniej lub bardziej trafny sposób można zweryfikować. Należy pamiętać, że pojawiają się głosy, aby całkiem zarzucić próby oceny ryzyka samobójstwa. Murray [22] sugeruje, że taka ocena powinna być zastąpiona wysiłkami zmierzającymi do poprawy dostępności świadczeń dla osób w kryzysie. Podkreśla, że termin „samobójstwo” powinien być stosowany wyłącznie w odniesieniu do osób, które chcą odebrać sobie życie. Natomiast większość pacjentów z myślami, uczuciami lub zachowaniami samobójczymi nie chce umierać, tylko pragnie zakończyć ból związany z kryzysem i problemami natury psychicznej. Murray przywołuje 4 czynniki, które przemawiają za rezygnacją z prób oceny ryzyka samobójstwa:

1. Samobójstwo jest zjawiskiem rzadkim nawet wśród pacjentów opieki psychiatrycznej.
2. Czynniki ryzyka samobójstwa nie mają wartości predykcyjnej.
3. Statystyczne oceny zachowań ludzkich są bardziej pomocne niż oceny kliniczne, te ostatnie bowiem – nawet dokonywane przez doświadczonych praktyków – są wiarygodne jedynie w warunkach w miarę uregulowanych.
4. Ustalenie, czy doszło do samobójstwa, wbrew pozorom nie jest łatwe i odpowiednie służby mogą nie potwierdzić podejrzenia, że śmierć nastąpiła w wyniku samobójstwa.

Tego rodzaju krytyczne podejście do możliwości przewidywania samobójstwa wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi znane jest od dawna. W latach 80. XX wieku Pokorny [23] ocenił ryzyko samobójstwa za pomocą różnych narzędzi u 4800 osób przyjętych do oddziałów psychiatrycznych. Okazało się, że niemożliwe jest wytypowanie poszczególnych osób z takim ryzykiem. Co więcej, badania te nie pozwoliły na przewidywanie samobójstwa: więcej niż połowa samobójstw dotyczyła grup niskiego ryzyka, ale liczba wyników fałszywie pozytywnych była ogromna: 96,3% [23, 24].

Niektórzy psychiatrzy podchodzą sceptycznie do posługiwania się narzędziami oceny ryzyka samobójstwa, podnosząc, że:

- są one niedokładne, a więc nieużyteczne,
- specyficzne terapie samobójstw nie istnieją albo nie ma dowodów na ich skuteczność,
- jeśli położy się nadmierny nacisk na problematykę samobójstw, może to prowadzić do medycyny zachowawczej [25].

Stosowanie programów nakierowanych na pomoc osobom zagrożonym samobójstwem, takich jak np. *The Collaborative Assessment and Management of Suicidality* (CAMS), pozwala na wzmocnienie relacji lekarz–pacjent, buduje motywację i stwarza szansę uniknięcia hospitalizacji. Inny program, *The Therapeutic Risk Management* (TRM), umożliwia wybór oceny ryzyka samobójstwa, ewaluację tego ryzyka (niskie, średnie, wysokie, bezpośrednie, przetrwałe) i wspólne rozwinięcie planu zaradzenia problemowi [25].

Podsumowanie

Ocena ryzyka samobójstwa u osób z zaburzeniami psychicznymi jest trudna i musi uwzględniać wiele czynników – nie tylko stan psychiczny pacjenta, ale też jego sytuację osobistą, wsparcie społeczne, współchorobowość itp. Jednym z ważniejszych czynników ryzyka samobójstwa jest poczucie pacjenta, że znalazł się w sytuacji bez wyjścia (osaczenia). Werbalizacja myśli lub tendencji samobójczych nie jest najbardziej istotnym czynnikiem ryzyka, jakkolwiek nie można jej lekceważyć. Zastosowanie narzędzi do oceny ryzyka samobójstwa może być pomocne dla klinicysty, ale żadna ze znanych skal do oceny ryzyka samobójstwa nie pozwala na jego wysoce prawdopodobne oszacowanie. Przy ocenie ryzyka samobójstwa niekwestionowana obecność przynajmniej jednego z poniższych czynników sprawia wszakże, że ryzyko to jest wysokie:

- nasilenie objawów depresji + używanie substancji psychoaktywnych,
- poczucie pacjenta, że znalazł się w sytuacji bez wyjścia (osaczenia),
- ustalenie, czy argumentacja za samobójstwem przeważa nad argumentacją przeciwko niemu,
- wcześniejsze myśli/tendencje/próby samobójcze,
- aktywne przygotowania do popełnienia samobójstwa.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva; 2014.
2. Khazaei S, Armanmehr V, Nematollahi S, Rezaeian S, Khazaei S. *Suicide rate in relation to the Human Development Index and Rother health related factors: A global ecological study from 91 countries*. J.Epidemiol. Glob. Health. 2017; 7(2): 131–134. Doi: 10.1016/j.jegh.2016.12.002.

3. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 r. Dz.U. Nr 111, poz. 535.
4. Jarema M. *Leksykon schizofrenii*. Poznań: Termedia; 2010, str. 116.
5. Kreuze E, Lamis DA. *A review of psychometrically tested instruments assessing suicide risk in adults*. OMEGA-J. Death Dying. 2017; 1–55. Doi: 10.1177/0030222816688151.
6. National Guideline Clearinghouse. *Clinical practice guideline for the prevention and treatment of suicidal behavior*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. www.guideline.gov/content.aspx?id=48046&search=suicide+ideation.
7. Pużyński S. *Choroby afektywne nawracające*. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. *Psychiatria*. Wrocław: Elsevier; 2011.
8. Młodożeniec A. *Uwarunkowania kliniczne obecności i nasilenia myśli i tendencji samobójczych u chorych leczonych z powodu schizofrenii paranoidalnej*. Rozprawa doktorska, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa; 2008.
9. Østergaard ML, Nordentoft M, Hjorthøj C. *Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: A Danish Nationwide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personality disorder*. Addiction 2017. Doi: 10.1111/add.13788.
10. Galynker I, Yaseen ZS, Cohen A, Benhamou O, Hawes M, Briggs J. *Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicide state: The suicide crisis inventory*. *Depress. Anxiety* 2017; 34: 147–158.
11. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. *Assessment of suicidal ideation: The Scale for Suicidal Ideation*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1979; 47(2): 343–352.
12. Lindenmayer J, Czobor P, Alphs L, Nathan A, Anand R, Islam Z i wsp. *The InterSePT scale for suicidal thinking, reliability and validity*. *Schizophr. Res.* 2003; 63(1–2): 161–170.
13. Kodaka M, Postuvan V, Inagaki M, Yamada M. *A systematic review of scales that measure attitudes toward suicide*. *Int. J. Soc. Psychiatry* 2011; 57(4): 338–361. Doi: 10.1177/0020764009357399.
14. Domino G. *Test-retest reliability of the Suicide Opinion Questionnaire*. *Psychol. Rep.* 1996; 78: 1001–1010.
15. Diekstra RFW, Kerkhof AJFM. *Attitudes toward suicide: The construction of a suicide-attitude questionnaire (SUIATT)*. Paper presented to the 13th International Congress on Suicide Prevention and Crisis intervention, Vienna, Austria; 1985.
16. Renberg RS, Jacobson L. *Development of a questionnaire on attitudes toward suicide (ATTS) and its application in a Swedish population*. *Suicide Life Threat. Behav.* 2003; 33(1): 52–64.
17. Koweszko T. *Metody diagnozy samobójstwa. Krokami syndromu presuicydalnego*. W: Szulc A, Koweszko T, Gałecki P. *Samobójstwo*. Warszawa: Wydawnictwo Medyk; 2016. S. 89–100.
18. Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown Giwsp. *Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS)*. The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. New York; 2008.
19. Chan MK, Bhatti H, Meader N, Stockton S, Evans J, O'Connor RC i wsp. *Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and risk scales*. *Br. J. Psychiatry* 2016; 209(4): 277–283.
20. Waern M, Kaiser N, Rendberg ES. *Psychiatrists' experiences of suicide assessment*. *BMC Psychiatry* 2016; 16:440.
21. Vahabzadeh A, Sahin N, Kalali A. *Digital suicide prevention: Can technology become a game-changer?* *Innov. Clin. Neurosci.* 2016; 13(5–6): 16–20.
22. Murray D. *Is it time to abandon suicide risk assessment?* *BJPsych. Open.* 2016; 2(1):e1–e2. Doi: 10.1192/bjpo.bb.115.002071.

23. Pokorny AD. *Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study.* Arch. Gen. Psychiatry 1983; 40(3): 249–257.
24. Nielssen O, Wallace D, Large M. *Pokorny's complaint: The insoluble problem of the overwhelming number of false positives generated by suicide risk assessment.* BJPsych. Bull. 2017; 41(1): 18–20.
25. Oquendo MA, Bernanke JA. *Suicide risk assessment: Tools and challenges.* World Psychiatry 2017; 16(1): 28–29.

Adres: Marek Jarema
III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 29.03.2017
Zrecenzowano: 19.05.2017
Otrzymano po poprawie: 26.05.2017
Przyjęto do druku: 29.05.2017