

Ryzyko samobójstwa

Monika Michalak

Częścią obrazu klinicznego zespołu depresyjnego mogą również być zachowania samobójcze, które zazwyczaj rozpoczynają się od pośrednich myśli o śmierci lub myśli samobójczych.

Pośrednie myśli samobójcze można zdefiniować jako rozważania na temat bezsensu życia czy myśli rezygnacyjne typu „lepiej byłoby, gdybym nie żył”. Myśli samobójcze zaś to planowanie działań, fantazje na temat samobójstwa i jego konsekwencji.

Na dalszym etapie, wyżej opisane stany mogą ewoluować w tendencje samobójcze, czyli wyobrażenia dotyczące samobójstwa połączone z konkretnym planem jego realizacji. Ich obecność wskazuje na wysokie ryzyko popełnienia samobójstwa. Na końcu kontinuum jest próba samobójcza, czyli działanie z intencją.

Ocena ryzyka samobójstwa

Ryzyko samobójstwa – według danych epidemiologicznych – u osób z rozpoznaniem różnorodnych zaburzeń depresyjnych jest ok. 13–26 razy wyższe niż w populacji ogólnej. Zaburzenia depresyjne są najsilniej skorelowane z prawdopodobieństwem podjęcia próby samobójczej. Szacuje się, że przyczyną zgonu ok. 15–25% chorych z tym rozpoznaniem jest właśnie zamach samobójczy.

Depresja u pacjentów, którzy popełnili samobójstwo, najczęściej przebiegała z bezsennością, pobudzeniem, niepokojem, redukcją masy ciała i spadkiem apetytu, silnym poczuciem winy, negatywną oceną przeszłości i własnej osoby oraz nadużywaniem alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych.

Czynnikami ryzyka podjęcia próby samobójczej są:

- » Określone cechy zespołu depresyjnego: depresja o dużym nasileniu, poczucie winy, niska samoocena, przewlekłość objawów.
- » Bezsenność.
- » Cechy demograficzne: samotny mężczyzna w wieku powyżej 45 lat.
- » Zła sytuacja materialna.
- » Zaburzenia osobowości: osobowość antyspołeczna, typu *borderline*.
- » Wcześniej podejmowane próby samobójcze oraz występowanie prób samobójczych w rodzinie lub wśród osób ważnych dla pacjenta (utrwalenie nieprawidłowego wzorca radzenia sobie z problemami).
- » Nadużywanie alkoholu, substancji psychoaktywnych.
- » Współwystępowanie chorób somatycznych (w tym np. stwardnienia rozsianego, płasawicy Huntingtona, padaczki, innego uszkodzenia mózgu lub rdzenia kręgowego, migreny, udaru mózgu, choroby nowotworowej, cukrzycy, infekcji HIV).

Istnieją również czynniki, które odgrywają rolę ochronną i mogą być stymulowane zarówno przez oddziaływania medyczne, jak i społeczne. Do głównych takich czynników (protekcyjnych, zmniejszających ryzyko samobójstwa) zaliczamy:

- » Umiejętność odnajdywania alternatywnych rozwiązań problemowych sytuacji życiowych.
- » Rozbudowaną sieć kontaktów społecznych.

- » Aдекватne poczucie własnej wartości.
- » Zaufanie do siebie.
- » Umiejętność szukania pomocy.

Niektórzy dodają również: praktykowanie religii, posiadanie dzieci.

Wzajemna interakcja między czynnikami ryzyka a czynnikami ochronnymi stanowi indywidualną podatność na podejmowanie zachowań samobójczych.

Ocena ryzyka podjęcia zachowań samobójczych

Opiera się ona głównie na wywiadzie klinicznym ukierunkowanym na występowanie czynników ryzyka i czynników ochronnych. Bardzo ważne są również: ocena aktualnego stanu psychicznego pacjenta oraz obecność wyrażanych w sposób jawny i niejawnie komunikatów

Tabela 6.1. Skala SAD PERSONS

Sex	Płeć	mężczyzna – 1 pkt kobieta – 0 pkt
Age	Wiek	< 19 lat lub > 45 lat – 1 pkt
Depression	Występowanie zaburzeń depresyjnych	tak – 1 pkt nie – 0 pkt
Previous attempts	Wcześniejsze próby samobójcze	tak – 1 pkt nie – 0 pkt
Ethanol abuse	Używanie alkoholu lub innych substancji	tak – 1 pkt nie – 0 pkt
Rational thinking loss	Psychoza	tak – 1 pkt nie – 0 pkt
Social supporting lacking	Utrata oparcia społecznego	tak – 1 pkt nie – 0 pkt
Organized plan	Obecny plan samobójstwa	tak – 1 pkt nie – 0 pkt
No spouse	Samotność	tak – 1 pkt nie – 0 pkt
Sickness	Choroba somatyczna	tak – 1 pkt nie – 0 pkt

samobójczych. Należy pytać wprost o występowanie myśli, tendencji samobójczych, opis planowanego samobójstwa, dostępność do metod, oraz oceniać ich letalność.

Przydatne w procesie oceny ryzyka mogą być skale psychometryczne. Jedną z nich jest prosta w użyciu, wystandaryzowana skala SAD PERSONS. Jej nazwę tworzą pierwsze litery nazw czynników ryzyka w języku angielskim (*sex, age, depression, previous attempts, ethanol abuse, rational thinking loss, social supporting lacking, organized plan for S, no spouse or not living with relation, sickness*).

Za obecność każdego z czynników ryzyka badany otrzymuje jeden punkt. Suma punktów pozwala ocenić poziom ryzyka podjęcia próby samobójczej.

Ocena ryzyka samobójstwa wg skali SAD PERSONS

- ryzyko niskie: 0–2 pkt
- średnie: 3–4 pkt – zalecana hospitalizacja
- > 4 pkt – hospitalizacja jest konieczna
- wysokie: 5–6 pkt
- bardzo wysokie: 7–10 pkt

Stwierdzenie zagrożenia popełnienia samobójstwa jest zawsze bezwzględnym wskazaniem do skierowania pacjenta do leczenia specjalistycznego (w zależności od nasilenia: w trybie ambulatoryjnym lub w przypadku znacznego ryzyka hospitalizacja psychiatryczna bez zgody na mocy Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego).

Piśmiennictwo

1. Bilikiewicz A. (red.). Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny (wyd. III). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
2. Jarema M. (red.). Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych (wyd. II). Via Medica, Gdańsk 2015.
3. Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (red.). Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
4. Pużyński S., Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Vesalius, Kraków–Warszawa 2000.