

Światowa Organizacja Zdrowia
Polskie Towarzystwo Suicydologiczne

ZAPOBIEGANIE SAMOBÓJSTWOM
PORADNIK DLA LEKARZY PIERWSZEGO
KONTAKTU

GENEWA-WARSZAWA
2003

- 1 -

Tytuł oryginału angielskiego:

PREVENTING SUICIDE A RESOURCE FOR GENERAL PHYSICIANS

Mental and Behavioural Disorders
Department of Mental Health
World Health Organization
Geneva 2000

Przekład z języka angielskiego:
Dr Barbara Mroziak

© Copyright: *Polskie Towarzystwo Suicydologiczne*

e-mail: brodniak@ipin.edu.pl
<http://www.ipin.edu.pl/towsuicyd>

Ten dokument jest jednym z serii poradników adresowanych do określonych grup zawodowych i społecznych, szczególnie ważnych dla zapobiegania samobójstwom.

Poradnik przygotowano w ramach realizowanego na całym świecie z inicjatywy WHO programu SUPRE, którego celem jest zapobieganie samobójstwom.

Słowa kluczowe: samobójstwo / zapobieganie / poradniki / lekarze pierwszego kontaktu / szkolenie / podstawowa opieka zdrowotna

ISBN 83-918777-1-X

Wydano za zgodą Światowej Organizacji Zdrowia:
TR/02/114-118 z dnia 3 lipca 2002 r.

Zakład Wydawniczo-Produkcyjny *FOLIA* 02-858 Warszawa, ul. Fanfarowa 25

Spis treści

Wstęp	5
Wstęp do wydania polskiego.....	7
Cel wydawnictwa.....	9
Koszty samobójstwa.....	9
Samobójstwo a zaburzenia psychiczne	9
Samobójstwo a choroby somatyczne	14
Samobójstwo a czynniki socjodemograficzne.....	15
Rozpoznawanie pacjentów zagrożonych zachowaniami samobójczymi.....	17
Postępowanie z pacjentami o skłonnościach samobójczych	20
Kierowanie do opieki specjalistycznej	22
Podsumowanie kolejnych kroków zapobiegania samobójstwu.....	23
Wykaz literatury w języku polskim.....	24

Wstęp

Samobójstwo jest złożonym zjawiskiem, które od stuleci przyciągało uwagę filozofów, teologów, lekarzy, socjologów i artystów. Francuski filozof, Albert Camus, w swoim *Micie Szyzyfa* uznał je za jedyny poważny problem filozoficzny.

Samobójstwami — jako poważnym problemem w dziedzinie zdrowia publicznego, trzeba się zająć, lecz zapobieganie im nie jest, niestety, łatwym zadaniem. Najnowsze badania wskazują, że zapobieganie samobójstwom jest wprawdzie możliwe, lecz wymaga całej serii działań, począwszy od zapewnienia jak najlepszych warunków wychowywania dzieci i młodzieży, poprzez skuteczne leczenie zaburzeń psychicznych, a skończywszy na kontrolowaniu czynników ryzyka w środowisku. Sukces programów zapobiegania samobójstwu zależy przede wszystkim od odpowiedniej popularyzacji informacji na ten temat oraz od pogłębienia świadomości.

W 1999 r. WHO rozpoczęło na całym świecie program zapobiegania samobójstwom — SUPRE. Ta broszura należy do serii poradników przygotowanych w ramach SUPRE i adresowanych do określonych grup społecznych, szczególnie ważnych dla zapobiegania samobójstwom. Jest ogniwem długiego i zróżnicowanego łańcucha, na który składa się wiele różnych osób i grup, m.in. pracownicy służby zdrowia, nauczyciele i pedagodzy, organizacje społeczne, rządy, legislatorzy, osoby zajmujące się zawodowo środkami przekazu i egzekwowaniem prawa, a także rodziny i społeczności.

Jesteśmy szczególnie wdzięczni profesorowi Diego de Leo z Griffith University w Brisbane, Queensland, w Australii, autorowi wcześniejszej wersji tej broszury. Jej tekst był następnie recenzowany przez następujące osoby z należącej do WHO Międzynarodowej Sieci Zapobiegania Samobójstwom, którym składamy podziękowanie:

Dr Sergio Pérez Barrero, *Hospital de Bayamo, Granma, Kuba,*

Dr Annette Beautrais, *Christchurch School of Medicine, Christchurch, Nowa Zelandia,*

Dr Ahmed Okasha, *Ain Shams University, Kair, Egipt,*

Profesor Lourens Schlebusch, *University of Natal, Durban, Afryka Południowa,*

Profesor Jean-Pierre Soubrier, *Groupe Hospitalitier Cochon, Paryż, Francja,*

Dr Airi Värnik, *Tartu University, Tallin, Estonia,*

Profesor Danuta Wasserman, *National Centre for Suicide Research and Control, Sztokholm, Szwecja,*

Dr Shutao Zhai, *Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, Chiny.*

Wyrazy wdzięczności składamy także dr Lakshmi Vijayakumar, *SNEHA, Chennai, Indie,* za pomoc w redakcji technicznej wcześniejszych wersji poradników.

Poradniki te są obecnie szeroko rozpowszechniane z nadzieją, że będą tłumaczone i adaptowane do warunków miejscowych — co jest niezbędne dla ich skuteczności. Chętnie udzielimy zgody na ich tłumaczenie i adaptację oraz oczekujemy na komentarze.

Dr J. M. Bertolote
Koordynator

*Zaburzenia Psychiczne
i Zaburzenia Zachowania
Departament Zdrowia Psychicznego*

Światowa Organizacja Zdrowia — WHO

Wstęp do wydania polskiego

Geneza samobójstw jest nader złożona, tradycyjnie rozpatrywana w kilku wymiarach: szeroko rozumianym — społecznym, psychologicznym, ale również jako dużej rangi problem dotyczący zdrowia (a ściślej niektórych grup schorzeń). W programach zapobiegania samobójstwom wszystkim trzem podejściom przypada istotne znaczenie, chociaż wciąż zdarza się, że w zależności od orientacji teoretycznej i doświadczenia autorów programów — w praktycznej działalności może dominować jeden określony kierunek aktywności (np. nastawiony na działania zmierzające do redukcji czynników społeczno-ekonomicznych)

Wśród działań związanych z poprawą stanu zdrowia — zaburzenia psychiczne utrwalone lub przemijające są przedmiotem coraz większego zainteresowania. Na znaczący „wkład” zaburzeń psychicznych w kształtowanie wskaźników samobójstw dokonanych wskazują wyniki licznych badań epidemiologiczno-klinicznych, z których jednoznacznie wynika, że kilkadziesiąt procent (zdaniem niektórych autorów nawet 80%) ludzi dokonujących skutecznego zamachu samobójczego to osoby przejawiające zaburzenia psychiczne, wśród których depresji przypada pierwsze miejsce. Również analiza przyczyn zgonu osób, z niektórymi formami zaburzeń psychicznych zgodnie wskazuje, że wśród osób z zaburzeniami afektywnymi, schizofrenii, uzależnień — samobójstwu przypada poczesne miejsce wśród tych przyczyn, samobójstwo jest traktowane jak najważniejsza przyczyna nadumieralności (ściślej — wczesnej umieralności) chorych z rozpoznaniem depresji. W sytuacji tej jest trudno zaakceptować programy prewencji samobójstwom, które pomijają udział zaburzeń psychicznych w tym dramatycznym i wielowymiarowym zjawisku, tym bardziej, że dysponujemy coraz licznymi danymi, które wskazują, że wczesne wykrywanie i skuteczne leczenie niektórych postaci zaburzeń psychicznych może przyczynić do wydatnego zmniejszenia wskaźnika samobójstw dokonanych. Spektakularnym przykładem takich działań jest wyraźna redukcja wskaźnika samobójstw wśród osób z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych skutecznie leczonych (w celach profilaktycznych) węglanem litu.

Udostępniany polskiemu czytelnikowi poradnik opracowany w Departamencie Zdrowia Psychicznego Światowej Organizacji Zdro-

wia zawiera podstawowe informacje z zakresu prewencji samobójstw niezbędne w pracy lekarza. Chociaż adresowany jest do lekarzy „pierwszego kontaktu”, lektura tego ważnego opracowania będzie przydatna dla ogółu lekarzy, niezależnie od ich specjalności.

Prof. dr hab. Stanisław Pużyński

Konsultant Krajowy
w Dziedzinie Psychiatrii

Cel wydawnictwa

Jedną z najgorszych rzeczy, jakie mogą spotkać lekarza, jest samobójstwo pacjenta. Do najczęstszych reakcji lekarzy po takim doświadczeniu należą: niedowierzanie, utrata pewności siebie, złość i wstyd. Samobójstwo pacjenta może wyzwolić poczucie niekompetencji zawodowej, wątplenie we własne umiejętności oraz lęk o reputację. Lekarz musi sobie także poradzić z niezwykle trudną sprawą, jaką są kontakty z rodziną i przyjaciółmi zmarłej osoby.

Poradnik ten, przeznaczony przede wszystkim dla lekarzy pierwszego kontaktu, ma na celu przedstawienie w zarysie głównych zaburzeń i innych czynników związanych z samobójstwem oraz pokazanie, jak rozpoznawać i prowadzić pacjentów ze skłonnościami samobójczymi.

KOSZTY SAMOBÓJSTWA

Według oszacowań WHO, w ciągu roku około milion osób popełnia samobójstwo. Samobójstwo jest jedną z dziesięciu najczęstszych przyczyn zgonów w każdym kraju, oraz jedną z trzech głównych przyczyn zgonów w grupie wiekowej od 15 do 35 lat.

Psychologiczny i społeczny wpływ samobójstwa na rodzinę i społeczeństwo jest niezmierny. Na ogół jedno samobójstwo jest ciosem dla co najmniej sześciu innych osób. Jeśli samobójstwo wydarzy się w szkole czy miejscu pracy, oddziałuje na setki ludzi.

Koszty samobójstwa można oszacować za pomocą wskaźnika liczby lat życia o obniżonej sprawności (*DALY — disability-adjusted life years*). Według tego wskaźnika, w roku 1998 na samobójstwa przypadało 1,8% ogólnego kosztu chorób na całym świecie, w granicach od 2,3% w krajach wysokorozwiniętych do 1,7% w krajach o niskich dochodach. Równa się to kosztom wynikającym z wojen i zabójstw, mniej więcej dwukrotnie przewyższa koszty cukrzycy, oraz dorównuje kosztom zamartwicy i urazów okołoporodowych.

SAMOBÓJSTWO A ZABURZENIA PSYCHICZNE

Samobójstwo uważa się obecnie za zjawisko wielowymiarowe, będące wynikiem złożonej interakcji czynników biologicznych, genetycznych, psychologicznych, socjologicznych i środowiskowych. Badania wykazały, że w ciągu miesiąca poprzedzającego samo-

bójstwo u lekarza było od 40 do 60% osób, które popełniają samobójstwo; znaczna większość z nich zgłosiła się do lekarza ogólnego (pierwszego kontaktu), a nie do psychiatry. W krajach, w których opieka w zakresie zdrowia psychicznego nie jest dobrze rozwinięta, stosunkowo więcej ludzi w kryzysie samobójczym zwraca się o pomoc do lekarza ogólnego.

Zidentyfikowanie, zdiagnozowanie i prowadzenie pacjentów o skłonnościach samobójczych jest ważnym zadaniem lekarza ogólnego, którego rola w zapobieganiu samobójstwom ma zasadnicze znaczenie.

Samobójstwo jako takie nie jest chorobą, nie musi też być przejawem choroby, lecz zaburzenia psychiczne są głównym czynnikiem związanym z samobójstwami.

Badania prowadzone w krajach zarówno rozwijających się, jak rozwiniętych wykazują, że jeśli chodzi o samobójstwa dokonane, w 80–100% przypadków osoby te miały zaburzenia psychiczne. Szacuje się, że ryzyko popełnienia samobójstwa w ciągu życia przez osoby z zaburzeniami nastroju (czyli głównie depresją) wynosi 6–15%, z alkoholizmem 7–15%, a ze schizofrenią 4–10%.

Duży procent osób, które popełniają samobójstwo, umiera jednak nie kontaktując się wcześniej z poradnią zdrowia psychicznego. Dlatego też zwiększenie wykrywalności zaburzeń psychicznych, częstsze kierowanie takich osób do specjalisty i leczenie zaburzeń psychicznych w podstawowej opiece zdrowotnej jest ważnym krokiem w zapobieganiu samobójstwom.

U osób popełniających samobójstwo zwykle stwierdza się więcej niż jedno zaburzenie. Zaburzeniami często współwystępującymi są alkoholizm i zaburzenia nastroju (tzn. depresja), oraz zaburzenia osobowości i inne zaburzenia psychiczne.

Współpraca z psychiatrą i zapewnienie właściwego i odpowiedniego leczenia pacjentowi o skłonnościach samobójczych jest podstawowym zadaniem lekarza ogólnego.

Zaburzenia nastroju

Różnego rodzaju zaburzenia nastroju mają związek z samobójstwem. Należą do nich: dwubiegunowa choroba afektywna, epizody depresji, nawracające zaburzenia depresyjne, oraz przewlekłe zaburzenia nastroju (np. cyklotymia i dystymia), odpowiadające kategoriom od F31 do F34 w ICD-10¹. Przy nierozpoznanej i nieleczonej depresji istnieje zatem duże ryzyko samobójstwa. Wskaźnik rozpowszechnienia depresji w populacji ogólnej jest wysoki, a wiele osób nie uważa jej za chorobę. Szacuje się, że 30% pacjentów przyjmowanych przez lekarza ogólnego cierpi na depresję. W przybliżeniu 60% osób zgłaszających się do leczenia najpierw idzie do lekarza pierwszego kontaktu. Dla lekarza ogólnego szczególnym wyzwaniem jest to, że musi się zająć równocześnie chorobą somatyczną i zaburzeniami psychicznymi. W wielu przypadkach depresja jest maskowana, a pacjenci zgłaszają tylko dolegliwości fizyczne.

W typowych epizodach depresyjnych pacjent ma zwykle następujące objawy:

- obniżony nastrój (smutek, przygnębienie)
- utrata zainteresowań i niezdolność do odczuwania radości
- spadek energii (męczliwość i zmniejszenie aktywności)

Najczęstsze objawy zgłaszane przez pacjentów w depresji:

- zmęczenie,
- przygnębienie,
- brak koncentracji,
- lęk, niepokój,
- drażliwość,
- zaburzenia snu,
- bóle w różnych częściach ciała.

Objawy te powinny nasunąć lekarzowi podejrzenie w kierunku obecności depresji i skłonić do oceny ryzyka samobójstwa. Do cech klinicznych towarzyszących zwiększonemu ryzyku samobójstwa w depresji należy:²

¹ WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1. Geneva, World Health Organization 1992.

² J. Angst, F. Angst, H. M. Stossen: Suicide risk in patients with major depressive disorders, *Journal of clinical psychiatry* 1999, 60, Suppl. 2: 57–62.

- uporczywa bezsenność,
- zaniedbanie w wyglądzie i higienie osobistej,
- duże nasilenie zaburzeń (szczególnie depresja psychotyczna),
- osłabienie pamięci,
- pobudzenie,
- napady panicznego lęku.

Następujące czynniki zwiększają ryzyko samobójstwa u osób z depresją:³

- wiek poniżej 25 lat u mężczyzn,
- wczesna faza choroby,
- nadużywanie alkoholu,
- faza depresyjna choroby dwubiegunowej,
- stan mieszany (maniakalno-depresyjny),
- mania psychotyczna.

Depresja jest istotnym czynnikiem ryzyka samobójstwa zarówno wśród dorastających, jak i osób w podeszłym wieku, lecz bardziej zagrożeni samobójstwem są ludzie, u których depresja wystąpiła późno.

Najnowsze postępy w leczeniu depresji mają duże znaczenie dla zapobiegania samobójstwom — przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Stwierdzono, że szkolenie lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie rozpoznawania i leczenia depresji spowodowało spadek liczby samobójstw w Szwecji⁴.

Dane epidemiologiczne wskazują, że leki przeciwdepresyjne zmniejszają ryzyko samobójstwa wśród osób z depresją. Leki przeciwdepresyjne trzeba podawać w pełnej dawce przez kilka miesięcy.

U osób starszych może się okazać, że leczenie trzeba kontynuować przez dwa lata po powrocie do zdrowia. Stwierdzono też, że ryzyko samobójstwa jest mniejsze u osób leczonych litem w celach profilaktycznych⁵.

³ S. G. Simpson, K. R. Jamison: The risk of suicide in patients with bipolar disorder, *Journal of clinical psychiatry* 1999, 60, Suppl. 2: 53–56.

⁴ W. Rutz, L. von Knorring, J. Walinder: Long-term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression, *Acta psychiatrica scandinavica* 1992, 85: 83–88.

⁵ M. Schou: The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour, *Journal of affective disorders* 1998, 50: 253–259.

Alkoholizm

Alkoholizm (zarówno nadużywanie, jak i uzależnienie od alkoholu) często rozpoznawano u osób, które popełniły samobójstwo, szczególnie u ludzi młodych. Na korelację między samobójstwem a alkoholizmem wskazują niektóre czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne.

Do specyficznych czynników związanych z podwyższonym ryzykiem samobójstwa wśród alkoholików należą:

- wczesny początek alkoholizmu,
- długi okres picia,
- głębokie uzależnienie,
- obniżony nastrój,
- zły stan somatyczny,
- złe funkcjonowanie w pracy,
- przypadki alkoholizmu w rodzinie,
- zerwanie z bliską osobą lub poważne trudności w związku.

Schizofrenia

Samobójstwo stanowi jedną z najczęstszych przyczyn przedwczesnych zgonów chorych na schizofrenię. Do specyficznych czynników ryzyka samobójstwa należą:⁶

- młody wiek, płeć męska i brak zatrudnienia,
- powtarzające się nawroty,
- lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia, szczególnie u osób o wysokim poziomie intelektualnym,
- objawy pozytywne: podejrzliwość i urojenia,
- objawy depresyjne.

Ryzyko samobójstwa jest najwyższe w następujących okresach:

- wczesne stadia choroby,
- początkowy okres nawrotu choroby,
- początki powrotu do zdrowia.

Ryzyko samobójstwa maleje w miarę zwiększania się czasu trwania choroby.

⁶ S. Gupta et al.: Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia, *Psychiatric services* 1998, 10: 1353–1355.

Zaburzenia osobowości

Niedawne badania młodych ludzi, które dokonały samobójstwa wykazały częste występowanie (20–50%) zaburzeń osobowości. Do zaburzeń osobowości częściej wiązanych z samobójstwem należy osobowość z pogranicza (*borderline*) oraz antyspołeczne zaburzenia osobowości⁷.

Inne zaburzenia osobowości, takie jak osobowość histrioniczna lub narcystyczna oraz pewne cechy psychiczne, takie, jak impulsywność i agresja, również wiążą się ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa.

Zaburzenia lękowe

Wśród zaburzeń lękowych, najczęściej wiążą się z samobójstwem napady panicznego lęku (paniczny lęk napadowy), a następnie zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Somatyzacja i zaburzenia odżywiania się (anoreksja i bulimia) również mają związek z zachowaniami samobójczymi.

SAMOBÓJSTWO A CHOROBY SOMATYCZNE (FIZYCZNE)

Ryzyko samobójstwa wzrasta w przewlekłych chorobach somatycznych⁸. Ponadto, u osób z chorobami somatycznymi częstość występowania zaburzeń psychicznych, a szczególnie depresji, jest podwyższona. Przewlekłość choroby, niepełnosprawność i niekorzystne rokowanie wykazują korelację z samobójstwem.

Choroby neurologiczne

Padaczka ma związek z większą częstością samobójstw. Zwiększony wskaźnik samobójstw przypisuje się zwiększonej impulsywności, agresywności i przewlekłej niepełnosprawności związanej z padaczką.

⁷ E. T. Isometsa et al.: Suicide among subjects with personality disorders, *American journal of psychiatry* 1996, 53: 667–673.

⁸ J. C. González Seijo et al.: Poblaciones específicas de alto riesgo [Population groups at high risk.] In: J. Bobes Garcia et al., eds. *Prevention de las conductas suicidas y parasuicidas* [Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours] Masson, Barcelona 1997, 69–77.

Uszkodzenia mózgu i rdzenia kręgowego również zwiększają ryzyko samobójstwa. W przeprowadzonych niedawno badaniach wykazano, że po udarze — szczególnie przy uszkodzeniach zlokalizowanych w tylnej części mózgu, powodujących większe upośledzenie funkcji poznawczych oraz sprawności ruchowej — 19% pacjentów ma obniżony nastrój i tendencje samobójcze.

Nowotwory

Ryzyko samobójstwa jest największe w okresie ustalania rozpoznania oraz w ciągu pierwszych dwóch lat choroby terminalnej i wzrasta w przypadkach postępującego zezłośliwienia nowotworu. Ból jest czynnikiem przyczyniającym się do wzrostu ryzyka samobójstwa.

HIV / AIDS

Zakażenie wirusem HIV oraz AIDS oznaczają wzrost ryzyka samobójstwa ludzi młodych, przy czym wskaźniki samobójstw popełnionych w tej grupie osób są wysokie. Ryzyko jest większe w momencie potwierdzenia rozpoznania i we wczesnych stadiach choroby. Narkomani przyjmujący narkotyki dożylnie należą do grupy jeszcze większego ryzyka.

Inne schorzenia

Inne przewlekłe schorzenia somatyczne, takie, jak przewlekłe choroby nerek, wątroby, kości i stawów, sercowo-naczyniowe oraz żołądkowo-jelitowe mają związek z samobójstwem. Upośledzenie sprawności lokomocyjnej (chodzenia), ślepotą i głuchotą również mogą być czynnikami prowadzącymi do samobójstwa.

W ostatnich latach eutanazja i samobójstwo wspomagane (w asyście lekarza) stały się problemem, który może stanąć przed lekarzem. Aktywna eutanazja jest nielegalna we wszystkich niemal systemach prawnych, zaś samobójstwo wspomagane budzi liczne kontrowersje moralne, etyczne i filozoficzne.

SAMOBÓJSTWO A CZYNNIKI SOCJODEMOGRAFICZNE

Samobójstwo jest aktem indywidualnym, występuje jednak w kontekście sytuacji w społeczeństwie i ma związek z pewnymi czynnikami socjodemograficznymi.

Płeć

W większości krajów samobójstwo popełnia więcej mężczyzn niż kobiet; proporcja liczby mężczyzn do liczby kobiet jest różna w różnych krajach. Chiny są jedynym krajem, w którym w rejonach wiejskich liczba samobójstw popełnionych przez kobiety jest większa od liczby samobójstw popełnionych przez mężczyzn, natomiast w miastach częstość samobójstw wśród kobiet i mężczyzn jest zbliżona.

Wiek

Ryzyko samobójstwa jest większe w dwóch grupach wiekowych: osób starszych (powyżej 65 roku życia) i młodych (15–30 lat). Najnowsze dane wskazują na wzrost wskaźnika samobójstw w grupie mężczyzn w średnim wieku.

Stan cywilny

Ryzyko samobójstwa jest większe wśród osób rozwiedzionych, owdowiałych i stanu wolnego. Wydaje się, że małżeństwo jest czynnikiem chroniącym przed samobójstwem wśród mężczyzn, natomiast u kobiet wpływ tego czynnika nie jest istotny statystycznie. Separacja małżeńska i życie samotne zwiększają ryzyko samobójstwa.

Zawód

W niektórych grupach zawodowych, m.in. wśród weterynarzy, farmaceutów, dentystów, rolników i lekarzy ryzyko samobójstwa jest zwiększone. Nie ma jakiegoś prostego wyjaśnienia tego zjawiska, chociaż przyczyn może być wiele, np. większy dostęp do środków umożliwiających popełnienie samobójstwa, obciążenie pracą, izolacja społeczna i trudności finansowe.

Bezrobocie

Związki między wskaźnikami bezrobocia a wskaźnikami samobójstw są dosyć silne, ale charakter tych związków jest złożony. Na skutki bezrobocia mają prawdopodobnie wpływ takie czynniki pośredniczące, jak ubóstwo, deprywacja społeczna, trudności w domu, i poczucie beznadziejności. Z drugiej strony, prawdopodobieństwo bezrobocia jest większe w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi.

nymi niż wśród osób zdrowych psychicznie. W każdym razie należy uwzględnić odmienny wpływ niedawnej utraty pracy i długotrwałego bezrobocia — większe ryzyko wiąże się z tą pierwszą sytuacją.

Miejsce zamieszkania: miasto/wieś

W niektórych krajach samobójstwa częściej zdarzają się w środowisku miejskim, podczas gdy w innych krajach — częściej na wsi. W Polsce częściej występują na wsi.

Migracja

Migracja — z towarzyszącymi jej problemami ubóstwa, złych warunków mieszkaniowych, braku wsparcia społecznego i niespełnionych oczekiwań — zwiększa ryzyko samobójstwa.

Inne

Niektóre czynniki społeczne, takie jak łatwość dostępu do środków ułatwiających popełnienie samobójstwa, czy stresujące zdarzenia życiowe odgrywają istotną rolę zwiększając ryzyko samobójstwa.

ROZPOZNAWANIE PACJENTÓW ZAGROŻONYCH ZACHOWANIAMI SAMOBÓJCZYMI

Szereg użytecznych dla klinicysty czynników indywidualnych i socjodemograficznych ma związek z samobójstwem⁹. Należą do nich:

- zaburzenia psychiczne (najczęściej depresja, alkoholizm i zaburzenia osobowości),
- choroba somatyczna (terminalna, bolesna, inwalidyzująca, aids),
- wcześniejsze próby samobójcze,
- przypadki samobójstwa, alkoholizmu i/lub innych zaburzeń psychicznych w rodzinie,
- stan cywilny: wdowieństwo, rozwód, stan wolny,
- osamotnienie (życie w izolacji społecznej),
- brak pracy lub przejście na emeryturę,
- utrata bliskich (osierocenie) w dzieciństwie.

⁹ D. Gunnell, S. Frankel: Prevention of suicide: aspirations and evidences, *British medical journal* 1999, 308: 1227–1233.

Jeśli pacjent jest leczony psychiatrycznie, wówczas ryzyko jest wyższe u osób, które:

- zostały niedawno wypisane ze szpitala,
- podejmowały już dawniej próby samobójcze.

Ponadto, z podwyższonym ryzykiem samobójstwa łączą się następujące niedawne stresujące wydarzenia życiowe:

- separacja małżeńska,
- śmierć bliskiej osoby,
- konflikty rodzinne,
- zmiana pracy albo sytuacji finansowej,
- odrzucenie przez osobę znaczącą,
- wstyd i poczucie zagrożenia z powodu wykrycia winy danej osoby.

W badaniach ankietowych stosowane są różne skale oceny ryzyka samobójstwa, lecz są one mniej przydatne niż dobre badanie kliniczne osoby, u której bezpośrednio ryzyko samobójstwa jest wysokie.

Lekarz może mieć do czynienia z różnymi schorzeniami i sytuacjami, które mają związek z samobójstwem. Starszy mężczyzna, niedawno owdowiały, leczony z powodu depresji, który mieszka sam i w przeszłości próbował już popełnić samobójstwo, oraz młoda dziewczyna z kilkoma zadrapaniami na przedramieniu, którą właśnie rzucił jej chłopak, to dwa skrajne przykłady. W rzeczywistości większość pacjentów mieści się między tymi dwiema skrajnościami i może przechodzić z jednej kategorii do drugiej.

Kiedy lekarze mają wiarygodne podstawy by sądzić, że dany pacjent ma skłonności samobójcze, powstaje dylemat, co robić dalej. Niektórzy lekarze czują się skrepowani przy pacjentach ze skłonnościami samobójczymi. Ważne jest aby zdawali sobie z tego sprawę. Kiedy zgłosił się taki pacjent, powinni zwrócić się o pomoc do kolegów, a także być może do specjalistów od zdrowia psychicznego. Najważniejsze, aby nie ignorować takiego ryzyka i nie zaprzeczać, że ono istnieje.

Jeśli lekarz zdecyduje się zająć takim pacjentem, to pierwszym krokiem, który trzeba natychmiast wykonać jest poświęcenie mu tyle czasu, ile potrzebuje, chociaż w kolejce przed gabinetem może czekać jeszcze wielu innych pacjentów. Okazując pacjentowi chęć zrozumienia, lekarz zaczyna nawiązywać z nim dobry kontakt, tworzyć pozytywną relację. Pytania zamknięte i sformułowane wprost nie są

wskazane na początku rozmowy. Bardziej celowe są uwagi typu: „Wygląda na to, że jest pan bardzo wytrącony z równowagi (zdenerwowany), proszę mi coś więcej o tym powiedzieć”. Samo słuchanie z empatią jest już dużym krokiem na drodze do zmniejszenia rozpacz samobójczej.

Mity	Rzeczywistość
Pacjenci, którzy mówią o samobójstwie rzadko popełniają samobójstwo.	Pacjenci, którzy popełniają samobójstwo zwykle przedtem dają jakiś sygnał ostrzegawczy. Groźby również należy traktować bardzo poważnie.
Pytanie pacjenta o samobójstwo może sprowokować działania samobójcze.	Pytanie pacjenta o samobójstwo często zmniejsza lęk i niepokój związany z tym tematem; pacjent może odczuć ulgę i poczuć, że się go lepiej rozumie.

Jak pytać?

Niełatwo pytać pacjenta o jego myśli samobójcze. Dobrze jest stopniowo naprowadzać go na ten temat. Pomocna byłaby sekwencja następujących pytań:

1. Czy czuje się pan nieszczęśliwy i bezradny?
2. Czy czuje się pan zrozpaczony?
3. Czy miewa pan poczucie, że już pan nie wytrzyma kolejnego nowego dnia?
4. Czy ma pan poczucie, że życie jest ciężarem?
5. Czy ma pan poczucie, że nie warto żyć?
6. Czy myśli pan czasem, żeby popełnić samobójstwo?

Kiedy pytać?

Ważne jest, aby zadawać te pytania:

- po nawiązaniu dobrego kontaktu z pacjentem,
- kiedy pacjent czuje, że bez skrępowania może wyrażać swoje uczucia,
- kiedy pacjent jest w trakcie wyrażania swoich uczuć negatywnych.

Dalsze pytania

Proces nie kończy się potwierdzeniem obecności myśli samobójczych. Niezbędne są dalsze pytania, aby ocenić częstość i nasilenie myśli samobójczych oraz ryzyko popełnienia samobójstwa. Trzeba się koniecznie dowiedzieć, czy pacjent ma jakieś plany postępowania i czy ma dostęp do środków umożliwiających popełnienie

samobójstwa. Jeśli pacjent wspomina, że planuje zastrzelenie się, ale nie ma dostępu do broni palnej, ryzyko jest mniejsze. Jeśli jednak pacjent zaplanował jakąś metodę i ma odpowiednie środki do jej realizacji (np. tabletki), albo też jeśli proponowane środki są łatwo dostępne, wówczas ryzyko samobójstwa jest większe. Zasadnicze znaczenie ma to, by pytania nie miały charakteru żądania czy zmuszania na siłę. Należy je zadawać w sposób ciepły, okazując pacjentowi, że lekarz wczuwa się w jego położenie. Przykłady takich pytań:

- Czy myślał(a) pan(i) o tym, żeby ze sobą skończyć?
- Jak chciał(a)by pan(i) to zrobić?
- Czy posiada pan(i) (tabletki/rewolwer/inne środki)?
- Czy zastanawiał(a) się pan(i), kiedy to zrobić?

Uwaga

- *Myląca lub pozorna poprawa.* Kiedy pobudzony pacjent nagle wydaje się spokojny, może to oznaczać, że zdecydował się popełnić samobójstwo i dlatego odczuwa spokój — po podjęciu decyzji.
- *Zaprzeczanie.* Pacjenci, którzy mają bardzo poważny zamiar odebrania sobie życia, mogą z rozmysłem zaprzeczać, jakoby mieli takie myśli.

POSTĘPOWANIE Z PACJENTAMI O SKŁONNOŚCIACH SAMOBÓJCZYCH

Jeśli pacjent jest w stanie zamętu emocjonalnego z niesprecyzowanymi myślami samobójczymi, sama sposobność do przewentylowania myśli i emocji w obecności lekarza może wystarczyć. Tym niemniej, pacjent powinien mieć możliwość dalszego kontaktu, szczególnie, jeśli ma niedostateczne wsparcie społeczne. Niezależnie od tego, jaki problem ma osoba o skłonnościach samobójczych, zwykle odczuwa triadę emocjonalną: połączenie bezradności, beznadziejności i rozpacz. Najczęstsze są trzy następujące stany:

1. Ambiwalencja. Większość pacjentów o skłonnościach samobójczych do samego końca odczuwa ambiwalencję. Toczy się nieustanna walka między pragnieniem życia i pragnieniem śmierci. Jeśli lekarz wykorzysta tę ambiwalencję aby wzmocnić pragnienie życia, ryzyko samobójstwa może się zmniejszyć.

2. Impulsywność. Samobójstwo jest zjawiskiem impulsywnym, zaś impuls z samej swej natury jest chwilowy, przemijający. Jeśli w chwili impulsu pacjent uzyska wsparcie, kryzys może zostać zażegnany.

3. Szywność. Dla osób o skłonnościach samobójczych charakterystyczne jest zawężenie myślenia, nastroju i działania, a ich rozumowanie ulega dychotomizacji w kategoriach albo/albo. Rozważając razem z pacjentem kilka możliwych rozwiązań innych niż śmierć lekarz łagodnie uświadamia pacjentowi, że istnieją inne wyjścia, nawet jeśli nie są one idealne.

Wezwanie na pomoc

Lekarz powinien ocenić dostępne systemy wsparcia, zidentyfikować osobę z rodziny pacjenta, przyjaciela, znajomego, czy kogoś jeszcze innego, kto mógłby dać oparcie pacjentowi, i poprosić tę osobę o pomoc.

Zawarcie kontraktu

W zapobieganiu samobójstwom przydatną techniką jest zawarcie kontraktu „żadnego samobójstwa”. W negocjowanie tego kontraktu można włączyć inne osoby bliskie pacjentowi. Negocjowanie kontraktu sprzyja omówieniu różnych zagadnień z tego kręgu. W większości przypadków pacjenci dotrzymują obietnicy złożonej lekarzowi. Zawieranie kontraktu jest techniką odpowiednią tylko dla pacjentów, którzy potrafią kontrolować swoje zachowanie.

Jeśli pacjent nie ma ciężkich zaburzeń psychicznych ani poważnych zamiarów samobójczych, lekarz może podjąć i prowadzić leczenie farmakologiczne, zazwyczaj lekami przeciwdepresyjnymi, a także zaproponować terapię psychologiczną (psychoterapię behawioralno-poznawczą). Ciągły kontakt z lekarzem pomaga większości pacjentów; spotkania te należy tak ustrukturalizować, by odpowiadały potrzebom pacjenta.

Oprócz sytuacji, kiedy zachodzi potrzeba leczenia chorób leżących u podłoża tendencji samobójczych, niewiele osób wymaga wspierania przez dłużej niż dwa do trzech miesięcy. Wspierając pacjenta powinno się podtrzymywać jego nadzieję, zachęcać do samodzielności, oraz pomóc mu nauczyć się różnych sposobów radzenia sobie ze stresującymi sytuacjami w życiu.

KIEROWANIE DO OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ

Kiedy kierować pacjenta?

Należy kierować pacjentów do psychiatrii wówczas, gdy:

- przejawiają zaburzenia psychiczne,
- podejmowali próbę samobójczą w przeszłości,
- występują przypadki samobójstw, alkoholizmu lub zaburzeń psychicznych w rodzinie,
- stan zdrowia fizycznego jest zły,
- brak im wsparcia społecznego.

Jak kierować?

Decydując się na skierowanie pacjenta do specjalisty, lekarz powinien:

- nie śpiesząc się wyjaśnić pacjentowi powód takiego skierowania,
- rozproszyć jego obawy dotyczące stygmatyzacji i stosowania leków psychotropowych,
- wyjaśnić pacjentowi, że leczenie farmakologiczne i terapia psychologiczna są skuteczne,
- podkreślić, że skierowanie do specjalisty nie oznacza „porzucenia i opuszczenia”,
- umówić pacjenta na wizytę u psychiatry,
- przeznaczyć czas dla pacjenta po jego wizycie u psychiatry,
- zapewnić kontynuację relacji terapeutycznej z pacjentem.

Kiedy hospitalizować pacjenta?

Poniżej — niektóre wskazania do natychmiastowej hospitalizacji:

- powracające myśli o samobójstwie,
- silny zamiar zakończenia życia w najbliższej przyszłości (w ciągu kilku najbliższych godzin lub dni),
- stan pobudzenia lub paniki,
- jest plan, by posłużyć się metodą gwałtowną i natychmiastową.

Jak hospitalizować pacjenta?

Trzeba:

- nie zostawiać pacjenta samego,
- załatwić przyjęcie do szpitala,
- zorganizować przewiezienie go do szpitala karetką lub radiowozem policyjnym,
- zawiadomić odnośne władze i rodzinę.

Jak hospitalizować pacjenta, który może bezpośrednio zagrażać swojemu życiu w świetle ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz. U. Nr 111, poz. 535)

1. Lekarz przeprowadzający badanie może kierować do szpitala psychiatrycznego w celu hospitalizacji osobę chorą psychicznie bez jej zgody, wtedy, gdy zachowanie tej osoby wskazuje na to, że z powodu tej choroby może ona zagrażać bezpośrednio swojemu życiu.

2. Lekarz przeprowadzający badanie może kierować do szpitala psychiatrycznego w celu obserwacji osobę z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody, wtedy gdy osoba ta może zagrażać bezpośrednio swojemu życiu i zachodzą wątpliwości, czy nie jest ona osobą psychicznie chorą.

PODSUMOWANIE KOLEJNYCH KROKÓW ZAPOBIEGANIA SAMOBÓJSTWU

Poniższa tabela podsumowuje najważniejsze kroki, jakie należy wykonać diagnozując i prowadząc pacjentów, u których lekarz podejrzewa lub rozpoznaje ryzyko samobójstwa.

Ryzyko samobójstwa: rozpoznawanie, ocena i plan działania

Ryzyko samo-bójstwa	Objaw	Ocena	Postępowanie
0	Brak cierpienia emocjonalnego	–	–
1	Zaburzenie emocjonalne	Zapytać o myśli samobójcze	Wysłuchać z empatią
2	Niesprecyzowane myśli o śmierci	Zapytać o myśli samobójcze	Wysłuchać z empatią
3	Niesprecyzowane myśli samobójcze	Ocenić zamiar (plan i metodę)	Zbadać możliwości Zidentyfikować wsparcie
4	Myśli samobójcze ale bez zaburzeń psychicznych	Ocenić zamiar (plan i metodę)	Zbadać możliwości Zidentyfikować wsparcie
5	Myśli samobójcze oraz zaburzenia psychiczne lub poważnie stresujące wydarzenia życiowe	Ocenić zamiar (plan i metodę) Zawrzeć kontrakt	Skierować do psychiatry
6	Myśli samobójcze oraz zaburzenia psychiczne albo poważnie stresujące wydarzenia życiowe albo pobudzenie oraz wcześniejsza próba samobójcza	Pozostać z pacjentem (aby nie dopuścić go do środków umożliwiających samobójstwo)	Hospitalizować

WYKAZ LITERATURY W JĘZYKU POLSKIM

Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): *Psychiatria*, t. I-III, Urban i Partner, Wrocław 2002, 2003.

Bilikiewicz A.: *Psychiatria*, podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.

Hołyst B.: *Suicydologia*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002.

Hołyst B., Staniaszek M., Binczycka-Anholcer M. (red.): *Samo-bójstwo*, PTHP, Warszawa 2002.

Pużyński S. (red.): *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.

Pużyński S.: *Depresje i zaburzenia afektywne*, III wyd., Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.