

Agnieszka Gmitrowicz¹, Agata Orzechowska², Monika Talarowska², Antoni Florkowski²

¹Klinika Psychiatrii Młodzieżowej I Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Samobójstwa pacjentów w szpitalach psychiatrycznych — badania wstępne

Suicides of patients at psychiatric hospitals — preliminary studies

Praca finansowana z grantu NCN: 5156/B/P01/2010/40.

Abstract

Introduction. *Suicides in psychiatrically treated patients are also recorded while patients are hospitalised or immediately after discharge. Some of the patients deny any suicidal thoughts before committing suicide, justifying the necessity to study risk factors, which may lead to suicide in hospitalised, psychiatrically treated patients. The aim of the study was a demographic characteristic of psychiatrically hospitalised patients, who had committed suicide, either during hospitalisation or within a week from discharge. An attempted analysis aimed at determining the circumstances of committed suicide, the prevalence of suicide methods, selected by the patients, the relationship of committed suicide with earlier psychiatric diagnosis and previous suicidal behaviours, as well as with the duration of psychic disorders and the number of hospitalisations.*

Material and methods. *Retrospective studies were carried out. The analysis comprised 23 medical records of patients from two large psychiatric hospitals (Lodz, Poland). The selected medical records concerned the patients, who either died by suicide during hospitalisation or within one week from discharge. A questionnaire with selected variables was filled up for each of the patients.*

Results. *Women prevailed (56%) among the suicidal cases, analysed over the period from 1988 up to 2011. Each 5th victim of suicide was below 20 and each 4th was below 60 years old. Most of the victims had completed primary education and had been receiving either retirement or disablement benefit. Almost each 3rd patient committed suicide while being on a pass. Hanging was the most frequent method of suicide. Suicidal thoughts before suicide commitment were confirmed by almost 40%, while suicidal attempts were confirmed in two patients only. Psychotic disorders were most frequently diagnosed, followed by depressive disorders. In the majority of the suicidal victims, two or more hospitalisations were recorded with disease duration above one year.*

Conclusions. *The high-risk group of suicide includes psychiatrically hospitalised patients below 20 years of age, with psychotic disorders, repeatedly hospitalised. The procedures at psychiatric hospitals should include recording of suicidal behaviours, suicide risk assessments and a strict compliance to the principles of treating a patient in suicidal crisis, with a special emphasis on eliminating any availability of suicide methods, as suicide prevention.*

Psychiatry 2013; 10, 2: 84–90

key words: *suicide, patient, psychiatric hospitalization*

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. prof. nadzw. Agnieszka Gmitrowicz
Klinika Psychiatrii Młodzieżowej I Katedry Psychiatrii
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Czechosłowacka 8/10, 92–216 Łódź
tel./faks: 48 426 757 716
e-mail: agnieszka.gmitrowicz@umed.lodz.pl

Wstęp

W 2010 roku w Polsce samobójstwo było przyczyną aż 18,2% zgonów w grupie wiekowej 15–19 lat, a w populacji ogólnej — 1,7% zgonów (dane Głównego Urzędu Statystycznego, 2012). W populacji ogólnej zare-

jestrowano łącznie 6342 zgonów z powodu samobójstw (kobiety/mężczyźni = 1/6), w tym 16 przypadków samobójstw w grupie wiekowej 10–14 lat (10 — mężczyźni) i 196 (174 — mężczyźni) w grupie 15–19 lat.

Mimo wykazanego silnego związku między zachowaniami samobójczymi (S) — myślami S, próbami S i dokonanym samobójstwem a występowaniem zaburzeń psychicznych, brak w Polsce standardów postępowania z pacjentem po próbie S na oddziałach psychiatrycznych [1–5].

Z piśmiennictwa wiadomo, że obecność w wywiadzie zamierzonych samouszkodzeń oraz próby samobójczej stanowi czynnik wysokiego ryzyka, które zwiększa się wraz z liczbą kolejno podejmowanych prób S [6]. Warunkiem koniecznym dla wdrożenia profilaktyki samobójstw są dane epidemiologiczne na temat występowania poszczególnych zachowań samobójczych. Pozwalają one na ewaluację skuteczności planowanych działań profilaktycznych [7–10].

Stosowany w Stanach Zjednoczonych algorytm do oceny samobójstwa (C-CASA, *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment*) wyodrębnia 8 kategorii różniących zdarzenia samobójcze (S) od niesamobójczych, które przyporządkowane są do trzech grup:

- zachowania samobójcze, w tym dokonane samobójstwa, próby S, przygotowania do próby S (zawierające udaremnione lub przerwane próby S), myśli S;
- zachowania niesamobójcze: samouszkodzenia bez intencji samobójstwa i inne, jak wypadki;
- zachowania potencjalnie samobójcze, czyli zamierzone samouszkodzenia o nieustalonej intencji S oraz brak wystarczających informacji do uznania samobójstwa.

Do oceny zagrożenia samobójstwem stosuje się narzędzie badawcze *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS), które posiada akceptację Amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków [11].

W Polsce nie ma obowiązku rejestrowania prób S dokonywanych przez pacjentów leczonych psychiatrycznie. Nie ma także dokładnego rozeznania na temat liczby samobójstw dokonanych przez pacjentów na terenie stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych lub tuż po wypisie ze szpitala [1]. W efekcie dane na temat liczby samobójstw w Polsce, które podaje Główny Urząd Statystyczny dotyczą przypadków zgłoszonych w kartach zgonów, z podziałem na przyczynę wyjściową albo zewnętrzną urazu lub zatrucia według *International Classification of Diseases 10* (ICD-10) [12]. Dodatkowe kryteria podziału to: grupy wiekowe, płeć, miejsce zamieszkania oraz miejsce zgonu, z uwzględnieniem 4 pozycji: szpital (bez podania jaki), inny zakład służby zdrowia, dom, inne.

W celu rejestracji zachowań samobójczych niezbędne jest precyzyjne zdefiniowanie zjawiska, jak również opracowanie procedur postępowania w przypadku ich stwierdzenia [13–15].

W klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 [12] samobójstwo opisano w rozdziale XX „Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu” przy kodzie X60-X84, który obejmuje „celowo podejmowane przeciwko sobie zatrucia lub urazy, samobójstwo”, przy czym od X60 do X69 wyszczególnione są różne rodzaje zamierzonych zatruc, a od X70 do X84 — zamierzone samouszkodzenie przez: powieszenie, zadzierzgnięcie lub zadławienie, skok z wysokości, wskoczenie lub położenie się przed poruszający się przedmiot, zmiżdżenie przez pojazd mechaniczny, zanurzenie lub utopienie, postrzał z broni krótkiej i innej oraz przy użyciu: narzędzia ostrego, tępego, materiału wybuchowego, dymu, ognia, płomieni, pary, gorących oparów.

W najnowszym trzatomowym podręczniku psychiatrii [16] cytowana jest definicja samobójstwa według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organisation*) z 2007 roku: „samobójstwo jest aktem umyślnie zainicjowanym i przygotowanym przez osobę w pełni zorientowaną i antycypującą jego skutek”. Uwzględnienie tylko tej definicji mogłoby wykluczyć te przypadki samobójstw, które były podejmowane na przykład w stanie upojenia alkoholowego. Wiadomo, że osoby z przewlekłymi tendencjami samobójczymi często sięgają po alkohol przed aktem samobójstwa, co wpływa niewątpliwie na poziom ich orientacji. Stwierdzono nawet, że spożycie alkoholu zwiększa śmiertelność związaną z podejmowaniem prób S [17]. Należy przyjąć, że nie ma definicji, która byłaby uniwersalna [13, 18]. Według jednej z pierwszych definicji, podanej przez Durkheima (w „Le suicide” 1897), „samobójstwem nazywa się każdy przypadek śmierci, będący bezpośrednim lub pośrednim wynikiem działania lub zaniechania, przejawianego przez ofiarę zdającą sobie sprawę ze skutków swego zachowania” [13, 14]. Na potrzeby tej pracy przyjęto, że samobójstwo to zamierzone działanie zagrażające życiu (jednostki), podjęte samodzielnie, którego następstwem jest śmierć [1].

Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że wśród pacjentów leczonych psychiatrycznie do samobójstwa dochodzi także podczas hospitalizacji lub wkrótce po wypisie ze szpitala psychiatrycznego [19]. Ustalono, że życie odbiera sobie 0,1–0,4% hospitalizowanych z powodów psychiatrycznych. Wykazano, że ryzyko samobójstwa ma związek z okresem hospitalizacji i jest najwyższe w pierwszym tygodniu po przyjęciu do szpitala oraz krótko po wypisie [20–22]. Ponadto na ryzyko samobójstwa

(RS) wpływała długość hospitalizacji (mierzona medianą), wcześniejsze hospitalizacje z powodu zamierzonych samouszkodzeń (RS około 40 razy większe, tj. tzw. ryzyko względne = iloraz szans oznaczony też jako RR (*relative risk*) [23], przebywanie poza oddziałem psychiatrycznym, współwystępowanie chorób somatycznych u starszych osób oraz poczucie beznadziejności i bezradności [22]. Warty podkreślenia jest fakt, że ponad 70% pacjentów, którzy zginęli śmiercią samobójczą zaprzeczało przed aktem samobójczym występowaniu u nich myśli S [19]. To uzasadnia konieczność ciągłych badań nad czynnikami ryzyka samobójstwa u pacjentów leczonych w szpitalach psychiatrycznych.

Celem pracy była charakterystyka demograficzna pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie, którzy dokonali samobójstwa w trakcie pobytu w szpitalu lub tydzień po wypisie oraz ustalenie okoliczności samobójstwa, częstości wybranych przez pacjentów metod samobójstwa, związku samobójstwa z diagnozą psychiatryczną i wcześniejszymi zachowaniami samobójczymi, a także z czasem trwania zaburzeń psychicznych i liczbą hospitalizacji.

Materiał i metody

W przeprowadzonych badaniach retrospektywnych analizie poddano historie chorób 23 pacjentów dwóch dużych szpitali psychiatrycznych, którzy zginęli śmiercią samobójczą w trakcie hospitalizacji lub w pierwszym tygodniu po wypisie ze szpitala, w okresie ostatnich 30 lat.

Historie chorób zostały wyłonione na podstawie księgi zgonów wybranych szpitali psychiatrycznych (zlokalizowanych w Łodzi) i/lub wywiadów od personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek) z długim stażem pracy w tych szpitalach. Na podstawie dostępnej dokumentacji medycznej zbierano dane każdego pacjenta według sporządzonej ankiety. Ankieta ta zawierała zmienne wybrane z przeglądu piśmiennictwa, które zostały uznane za istotne dla oceny samobójstw w placówkach psychiatrycznych. Były to: dane personalne (wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, zatrudnienie), okoliczności popełnienia samobójstwa (data, miejsce dokonania samobójstwa), występowanie myśli samobójczych, wcześniejszych prób samobójczych, przyczyny i ewentualne uwarunkowania samobójstwa (objawy psychotyczne, depresja, dekompenzacja zaburzeń osobowości i inne), rozpoznanie kliniczne (według ICD-9 lub ICD-10), czas trwania zaburzeń psychicznych, liczbę hospitalizacji psychiatrycznych, metodę popełnienia samobójstwa.

Z analizy wyłączono te zmienne, które nie występowały w większości analizowanych historii chorób. Dotyczyły one: pory dnia lub nocy, samobójstw w rodzinie, wcześniejszego leczenia ambulatoryjnego.

Wyniki

Na podstawie ksiąg zgonów i relacji personelu wykryto 23 przypadki samobójstw wśród pacjentów leczonych w szpitalach psychiatrycznych w ciągu ostatnich 25 lat (tab. 1). Pierwsze zarejestrowane samobójstwo miało miejsce w 1988 roku, ostatnie w 2011. Historie chorób z wcześniejszych lat nie udało się odnaleźć. Odstąpiono od określenia częstości występowania samobójstw w populacji wszystkich pacjentów hospitalizowanych w wybranych szpitalach, ponieważ nie było dostępu do wszystkich rejestrów chorych z poszczególnych lat. Wśród analizowanych 23 przypadków samobójstw 13 to kobiety (56%). Spośród badanych 21,7% ofiar (n = 5) miało poniżej 20 lat, natomiast 26% (n = 6) stanowili pacjenci powyżej 60. roku życia (w tym jedna osoba powyżej 70 lat). W badanej grupie 9 osób (39%) przed popełnieniem samobójstwa było w związku małżeńskim, tyle samo było stanu wolnego, 4 osoby (17,3%) były owdowiałe, jedna rozwiedziona. Tylko dwie osoby miały wykształcenie wyższe, 5 — średnie, 4 — zawodowe, reszta — podstawowe (n = 12; 52,2%). Szesnaście osób było na rencie chorobowej/emeryturze (69,6%), dwie osoby były zatrudnione, dwie były na utrzymaniu rodziny, a jedna była bezrobotna.

Analiza okoliczności samobójstwa wykazała, że 7 osób (30,4%) dokonało zamachu będąc na przepustce szpitalnej, a 4 (17,4%) w pierwszym tygodniu po wypisie ze szpitala. Najczęstszą metodą samobójstwa było powieszenie (u ponad 50%), następnie skok z wysokości lub przed pojazd (tab. 1).

Myśli samobójcze przed zamachem S potwierdzono u 9 osób (39,1%), a udokumentowane próby samobójcze stwierdzono tylko u dwóch osób (8,7%). W 11 przypadkach była informacja o braku wcześniejszych prób S (47,8%), a w 8 historiach chorób (34,7%) nie było żadnych informacji na ten temat.

Spośród rozpoznań psychiatrycznych (tab. 1) najczęściej występowała diagnoza zaburzeń psychotycznych (paranoidalnych i schizofrenii u 35%), w drugiej kolejności zaburzeń depresyjnych (30%), a następnie zaburzeń osobowości i innych.

Większość badanych ofiar samobójstw (n = 15; 65,2%) była hospitalizowana więcej niż jeden raz (u 17% [por. tab 1.] osób był to pierwszy pobyt), a czas trwania choroby u ponad połowy osób przekraczał rok (tab. 1).

Dyskusja

W analizowanych księgach zgonów szpitali psychiatrycznych znaleziono tylko pojedyncze wpisy, podające jako przyczynę zgonu samobójstwo. Wynika to prawdopodobnie między innymi z faktu, że po podjęciu przez pacjenta próby samobójczej na oddziale (czy to przez powieszenie

Tabela 1. Występowanie udokumentowanych w historiach chorób zmiennych dotyczących choroby i metod samobójstwa wśród pacjentów, którzy dokonali samobójstwa w związku z hospitalizacją psychiatryczną

Table 1. The occurrence of documented (in medical files) variables related to the disorder and methods of suicide among patients who committed suicide in relation to psychiatric hospitalization

Zmienna	Liczba pacjentów	Zmienna	Liczba pacjentów
Rozpoznanie psychiatryczne		Czas trwania choroby	
Zespół paranoidalny	8 (34,8%)	Poniżej 6 miesięcy	4 (17,4%)
Zaburzenia depresyjne	6 (26%)	6–12 miesięcy	5 (21,7%)
Zaburzenia organiczne	2 (8,7%)	Powyżej roku	12 (52,2%)
Inne pojedyncze rozpoznania (anoreksja, zaburzenia nerwicowe, obserwacja, brak danych)	7 (× 4,3%)	Brak danych	2 (8,7%)
Metoda samobójstwa		Liczba hospitalizacji	
Powieszenie	12 (52,2%)	1	7 (30,4%)
Skok z wysokości lub przed pojazd	3 (13%)	2–5	7 (30,4%)
Zatrucie	2 (8,7%)	6–10	4 (17,4%)
Rany cięte	1 (4,3%)	11–25	4 (17,4%)
Brak danych	5 (21,7%)	Brak danych	1 (4,3%)

— najczęściej czy przyjęcie leków) mogły być podejmowane przez personel medyczny czynności ratujące życie, a jako bezpośrednią przyczynę podawano na przykład niewydolność krążeniowo-oddechową, ewentualnie przewożono pacjenta do innych oddziałów szpitalnych: toksykologicznych czy intensywnej terapii, gdzie dochodziło do zgonu pacjenta. Ponadto z badanej grupy 23 pacjentów blisko połowa dokonała samobójstwa będąc na przepustce lub w pierwszym tygodniu po wypisie, co potwierdza dane z innych badań. Wykazano, że przebywanie poza oddziałem psychiatrycznym, szczególnie samowolne, stanowi o wysokim ryzyku samobójstwa [19–21]. Przeprowadzone badania nie potwierdziły przypadków samowolnego opuszczenia przez pacjenta szpitala, być może sytuacje te nie były dawniej odnotowywane.

Istotne są dane mówiące o tym, że wkrótce przed samobójstwem ryzyko samobójstwa oceniane przez personel było określone jako niskie, a 2/3 ofiar zaprzęcało wcześniej myślom S [19]. W omawianym badaniu ponad 1/3 ofiar samobójstwa potwierdzała wcześniej myśli S. Podobnie jak w innych badaniach wykazano, że najczęstszą metodą samobójstwa było powieszenie.

Jest to ważna informacja w planowaniu bezpieczeństwa pacjentów w okresie zaostrzenia zaburzeń psychicznych przez ograniczanie dostępu do metod.

Można przyjąć, że prawdopodobna liczba samobójstw w objętych badaniem szpitalach psychiatrycznych w okresie 25 lat była wyższa. W przeprowadzonych badaniach są luki w analizach, co wynika z długiego okresu zmian w psychiatrii polskiej. Badacze nie mieli w ogóle dostępu do niektórych danych, jak na przykład pora dnia lub dzień tygodnia, kiedy dokonano zamachu samobójczego czy występowanie prób S w rodzinie [9]. Poza tym w analizowanych przypadkach stwierdzono bardziej istotne braki w informacjach, dotyczące występowania głównych czynników ryzyka samobójstwa typu wcześniejsze próby S czy zamierzone samouszkodzenia. Liczni autorzy uznali, że zachowania samobójcze są najsilniejszymi predyktorami dokonanego samobójstwa [13, 23, 24]. Wskazuje to na pilną potrzebę opracowania w Polsce standardów postępowania w ocenie zagrożenia samobójstwem, mając za wzór na przykład amerykańskie wytyczne [2] oraz wprowadzenie do sprawozdawczości szpitali informacji na temat zachowań samobójczych aktualnych i w wywiadzie.

Dane z piśmiennictwa określają współczynnik samobójstw w szpitalach psychiatrycznych na poziomie 100–400/100 000 przyjęć, co przy polskim współczynniku samobójstw w populacji ogólnej na poziomie około 15/100 000 wskazuje jak poważny jest to problem [19]. W populacji szpitalnej jest kumulacja pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, w tym depresyjnymi, schizofrenią, uzależnieniem od substancji psychoaktywnych, u których występuje wysokie ryzyko samobójstwa [5]. Zamachy samobójcze w grupach osób z tymi zaburzeniami psychicznymi występują istotnie częściej niż w populacji ogólnej [1, 5]. Wykazano, że wśród osób uzależnionych od alkoholu zamachy samobójcze są 5 razy częstsze niż w grupie pacjentów bez uzależnienia [17, 25]. Z analizowanej dokumentacji wynika, że najczęstszym rozpoznaniem u ofiar samobójstw były zespoły paranoidalne i depresyjne (u ponad 60%), potwierdzają to liczne dane z piśmiennictwa [1, 3, 5, 10, 13, 18]. W przeprowadzonej analizie, ze względu na brak danych, nie uwzględniono innych ważnych czynników ryzyka, jak poczucie beznadziejności i bezradności [6, 26]. Te objawy często nasilają się pod wpływem informacji o wypisie ze szpitala, który daje poczucie bezpieczeństwa, stąd wzrost liczby samobójstw tuż po otrzymaniu informacji o wypisie [21]. Przeprowadzone badania potwierdziły wyniki uzyskane przez innych autorów, że u pacjentów wielokrotnie hospitalizowanych i z długim okresem trwania choroby psychicznej występuje większe zagrożenie zamachem samobójczym [20]. Wynika to między innymi z mniejszych możliwości pacjentów radzenia sobie w zmiennych sytuacjach społecznych, częstszego pozostawiania w izolacji czy ich trudnej sytuacji ekonomicznej. Spośród analizowanych przypadków znaczna część pacjentów była na rencie lub emeryturze (26%). Należy przyjąć, że emerytura (występująca w dokumentacji łącznie z rentą) w większości przypadków nie może być brana pod uwagę w analizie. Co piąty pacjent miał mniej niż 20 lat, co potwierdza dane z literatury na temat wysokiej umieralności nieletnich z powodu samobójstwa. Należy podkreślić, że pacjenci poniżej 20. roku życia stanowili niewielki odsetek całej uwzględnionej w badaniu populacji pacjentów, tym samym ich liczebność wśród ofiar samobójstw nabiera innej rangi.

Dane dotyczące rozkładu płci w ocenianej populacji ofiar samobójstw (kobiety/mężczyźni — 1.18:1) wskazują na inną tendencję niż w populacji ogólnej, w której mężczyźni giną nawet 6 razy częściej z powodu samobójstw. Wy tłumaczeniem może być częstsze występowanie u kobiet zaburzeń depresyjnych, które jak wiadomo łączą się z wysokim ryzykiem samobójstwa [3].

Podsumowując, działania profilaktyczne dotyczące samobójstw w placówkach psychiatrycznych powinny

uwzględniać aktualne wyniki badań naukowych w zakresie epidemiologii zachowań samobójczych i czynników ryzyka samobójstwa, aby chronić pacjenta przed tragicznymi konsekwencjami kryzysu samobójczego. W przypadku jego wystąpienia personel medyczny powinien być wyposażony w narzędzia do oceny ryzyka samobójczego oraz standardy postępowania z pacjentem psychiatrycznym zagrożonym samobójstwem, szczególnie gdy jest on obciążony wcześniejszymi zachowaniami samobójczymi.

Czasami mimo spełnienia w szpitalu wszystkich warunków bezpieczeństwa i ścisłego trzymania się procedur może dojść do samobójstwa pacjenta. Jest to sytuacja, w której personel medyczny powinien przestrzegać standardu postępowania. Obecnie postępowanie w przypadku zaistnienia samobójstwa pacjenta w polskim szpitalu psychiatrycznym określone jest procedurą (np. w Systemie Zarządzania Jakością ISO). Po stwierdzeniu takiego zdarzenia do obowiązku personelu medycznego należy powiadomienie właściwego prokuratora w celu podjęcia dalszych kroków (umożliwienie oględzin w miejscu zdarzenia, decyzja o sekcji prokuratorskiej, ewentualne przekazanie zwłok do Zakładu Medycyny Sądowej). W dalszej kolejności istotne jest zabezpieczenie miejsca zdarzenia i pozostawienie zmarłej osoby w pozycji, w której została znaleziona, do czasu przybycia przedstawicieli prokuratury. Następnie z prokuratorem uzgadnia się niezbędną do przekazania dokumentację medyczną. Pielęgniarka ma obowiązek odnotowania zdarzenia w oddziałowej księdze zgonów (co lekarz potwierdza pisemnie), a pracownik sekcji dokumentacji medycznej — w księdze rejestracji kart zgonów. Rejestrowanie zachowań samobójczych — myśli S, prób S i dokonanych samobójstw jest podstawą oceny skuteczności podejmowanych działań profilaktycznych, a wdrożenie właściwych programów zapobiegania samobójstwom w różnych placówkach medycznych, w tym szpitalach psychiatrycznych, może znacząco zwiększyć bezpieczeństwo pacjentów, u których występuje ryzyko samobójstwa. Dane z piśmiennictwa jednoznacznie wykazują, że ścisłe przestrzeganie zasad postępowania z pacjentem zagrożonym samobójstwem w placówkach psychiatrycznych może zdecydowanie obniżyć ryzyko tragicznej śmierci pacjenta oraz traumy wśród personelu [1, 10, 13].

Wnioski

W objętych badaniem szpitalach psychiatrycznych z powodu samobójstwa częściej ginęły kobiety (odwrotnie niż w populacji ogólnej).

Do grup wysokiego ryzyka samobójstwa wśród osób hospitalizowanych psychiatrycznie należą pacjenci po-

nijżej 20. roku życia, z zaburzeniami psychicznymi, wielokrotnie hospitalizowani. W szpitalach psychiatrycznych konieczne jest rejestrowanie zachowań samobójczych, szacowanie ryzyka

samobójstwa oraz ścisłe przestrzeganie zasad postępowania z pacjentem w kryzysie samobójczym, szczególnie uniemożliwienie dostępu do metod w celu prewencji samobójstw.

Streszczenie

Wstęp. U osób leczonych psychiatrycznie do samobójstwa dochodzi także podczas hospitalizacji lub wkrótce po wypisie ze szpitala. Część pacjentów przed samobójstwem zaprzecza występowaniu myśli samobójczych. Uzasadnia to konieczność badań nad czynnikami ryzyka samobójstwa u hospitalizowanych pacjentów leczonych psychiatrycznie. Celem pracy była charakterystyka demograficzna pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie, którzy dokonali samobójstwa w trakcie pobytu w szpitalu lub tydzień po wypisie oraz ustalenie okoliczności samobójstwa, częstości występowania wybranych przez pacjentów metod samobójstwa, związku samobójstwa z diagnozą psychiatryczną i wcześniejszymi zachowaniami samobójczymi (S), a także z czasem trwania zaburzeń psychicznych i liczbą hospitalizacji.

Materiał i metody. W przeprowadzonych badaniach retrospektywnych analizie poddano historie chorób 23 pacjentów dwóch dużych szpitali psychiatrycznych (z terenu Łodzi), którzy zginęli śmiercią samobójczą w trakcie hospitalizacji lub w pierwszym tygodniu po wypisie ze szpitala. Dla każdego pacjenta wypełniano ankietę, która zawierała wybrane zmienne.

Wyniki. Wśród analizowanych przypadków samobójstw (1988–2011) przeważały kobiety (56%). Co piąta ofiara samobójstwa miała poniżej 20 lat, a co czwarta powyżej 60. Większość ofiar miała wykształcenie podstawowe oraz była na rencie chorobowej/emeryturze. Blisko co trzeci pacjent dokonał zamachu S będąc na przepustce. Najczęstszą metodą samobójstwa było powieszenie. Myśli samobójcze przed targnięciem się na życie potwierdzono u blisko 40% pacjentów, a próby samobójcze stwierdzono tylko u dwóch osób. Najczęstsza diagnoza to zaburzenia psychiczne, a także depresyjne. Większość ofiar była hospitalizowana dwa lub więcej razy, a czas trwania choroby przekraczał rok.

Wnioski. Do grupy wysokiego ryzyka samobójstwa należą pacjenci hospitalizowani psychiatrycznie poniżej 20. roku życia, z zaburzeniami psychicznymi, wielokrotnie hospitalizowani. Konieczne jest rejestrowanie wszystkich zachowań samobójczych w szpitalach psychiatrycznych.

Psychiatria 2013; 10, 2: 84–90

słowa kluczowe: samobójstwo, pacjent, hospitalizacja psychiatryczna

Piśmiennictwo

- Gmitrowicz A. Problematyka samobójstw. W: Jarema M., Rabe-Jabłońska J. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 197–220.
- Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Ocena ryzyka i leczenie osób zagrożonych samobójstwem. Krótkie wytyczne postępowania (tłum.). Suicydologia 2007; 3: 40–48.
- Hawton K., Sutton L., Haw C. i wsp. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. J. Clin. Psychiatry 2005; 66: 693–704.
- Khouzam H.R., Tan D.T., Gill T.S. Handbook of emergency psychiatry. Mosby Elsevier 2007; 121–141.
- Brodniak W.A. Ocena ryzyka zachowań samobójczych wśród osób z zaburzeniami psychicznymi. Analiza porównawcza wybranych badań z lat 2000–2006. Suicydologia 2007; 3: 83–87.
- Kutcher S., Chehil S. Suicide risk management. A manual for health professional. Blackwell Publishing, Massachusetts 2007.
- Brent D.A. Preventing youth suicide: time to ask how. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2011; 8: 738–740.
- Chambers D. Reach out „Podaj pomocną dłoń. Narodowa strategia działania na rzecz Zapobiegania Samobójstwom w Irlandii” (tłum.). Suicydologia 2007; 3: 5–11.
- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Zapobieganie samobójstwom. Poradnik dla lekarzy pierwszego kontaktu. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Genewa-Warszawa 2003.
- Wasserman D., Wasserman C. (red.). Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. Oxford University Press, New York 2009.
- Posner K., Brown G.K., Stanley B. i wsp. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am. J. Psychiatry 2011; 168: 1266–1277.
- ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne, wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” IPIN, Kraków-Warszawa 1997.
- Grzywa A., Kucmin A., Kucmin T. Samobójstwa — epidemiologia, czynniki, motywy i zapobieganie. Część I. Pol. Merkuriusz Lek. 2009; XXVII, 161: 432–436.
- Hołyst B. Suicydologia. Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2002.
- Dervic K., Brent D.A., Oquendo A. Completed suicide in childhood. Psychiatr. Clin. North Am. 2008; 31: 271–291.
- Wciórka J., Pużyński S., Rybakowski J. (red.). Psychiatria. Tom III. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne. Wydanie II. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.

17. Sołtys W., Kozak M., Kocur R. i wsp. Deklaracje suicydalne pod wpływem alkoholu — postępowanie w warunkach izby przyjęć. Doniesienie wstępne. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2012; 12: 34–39.
18. Hawton K., van Heeringen K. (red.). *The international handbook of suicide and attempted suicide.* John Wiley & Sons Ltd, Chichester 2000.
19. Combs H., Romm S. Psychiatric inpatient suicide: a literature review. *Prim. Psychiatry* 2007; 14: 67–74.
20. Qin P., Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch. Gen. Psychiatry* 2005; 62: 427–432.
21. Pirkola S., Sohlman B., Wahlbeck K. The characteristics of suicides within a week of discharge after psychiatric hospitalisation a nationwide register study. *BMC Psychiatry* 2005; 5: 32.
22. Erlangsen A., Zarit S.H., Tu X., Conwell Y. Suicide among older psychiatric inpatients: an evidence-based study of a high-risk group. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2006; 14: 734–741.
23. Zamboni F., Laflamme L., Spolaore P., Visentin C., Hasselberg M. Youth suicide: an insight into previous hospitalisation for injury and sociodemographic conditions from a nationwide cohort study. *Inj. Prev.* 2011; 17: 176–181.
24. Młodożeniec A., Jarema M., Szafranski T. Polska wersja skali do oceny obecności i nasilenia myśli i tendencji samobójczych u chorych na schizofrenię. *Suicydologia* 2009–2010; 5–6: 15–28.
25. Florkowski A., Zboralski K., Talarowska M. i wsp. Zamachy samobójcze — możliwości psychoprofilaktyki. *Pol. Merkuriusz Lek.* 2008; 25: 291–293.
26. Jobes D.A. *Managing suicidal risk. A collaborative approach.* The Guilford Press, New York 2006.