

Samobójstwa wśród chorych z zaburzeniami psychicznymi – opisy przypadków

Suicides among patients with mental disorders – case studies

Julia Sawicka¹, Agata Szulc², Hanna Bachórzewska-Gajewska^{1,3}

¹Zakład Medycyny Klinicznej UM w Białymstoku
Kierownik: prof. dr hab. n. med. H. Bachórzewska-Gajewska

²Klinika Psychiatrii UM w Białymstoku
Kierownik: dr hab. n. med. A. Szulc

³Klinika Kardiologii Inwazyjnej UM w Białymstoku
Kierownik: prof. dr hab. n. med. S. Dobrzycki

Summary

Introduction. Suicides around the world are a major public health problem. They are the most serious causes of death among patients with mental disorders. In many European countries, national programs and strategies for suicide prevention were developed. The progress of civilisation, changes in political and economic life, a too fast pace of life negatively affect human, causing the liberation of self-destructive behaviours.

Aim. The aim of this study, which was based on medical records, was to analyse the course of psychiatric disorders, that ended with suicide.

Material and methods. Descriptions of the course of mental disorders which ended with suicide and self-harm codes according to ICD-10 in randomly selected patients have been presented.

1. A 68 year old patient with schizophrenia – the intending self-harm by hanging (X70);
2. A 46 years old patient with a diagnosis of schizoaffective disorder – the intentional self-harm by drug poisoning (X61);
3. A 51 years old patient with a diagnosis of bipolar disorder – suicide death under the wheels of the train (X81).

Conclusions. Risk of suicide in mental disorders requires the implementation conduct standards in a suicide crisis. In each case, it is necessary to assess the risk on the basis of the identification of suicide risk factors. Evaluation of risk factors is the basis of therapeutic action and determines how to support patients with a risk of suicidal death. Despite advances in the treatment of mental disorders, in some cases, there is still limited effectiveness of suicide prevention.

Słowa kluczowe: samobójstwo, pacjent, zaburzenia psychiczne

Key words: suicide, patient, mental disorders

Wstęp

Samobójstwa na całym świecie stanowią poważny problem zdrowia publicznego. Według danych szacunkowych WHO codziennie ginie 1 300 osób w wyniku zamachu samobójczego. Co trzy sekundy dochodzi do próby samobójczej [1]. Samobójstwa są najpoważniejszą przyczyną zgonów wśród chorych z zaburzeniami psychicznymi. W wielu krajach europejskich zostały opracowane narodowe programy i strategie zapobiegania im. W wyniku ich wdrożenia w latach 90. XX wieku w Finlandii, Szwecji, Danii, Norwegii oraz na Węgrzech w ciągu 8–10 lat liczba samobójstw zmniejszyła się o 20–30% [2]. **Postęp cywilizacyjny, przemiany dokonujące się w życiu politycznym i gospodarczym, zbyt szybkie tempo życia negatywnie wpływają na człowieka, powodując wyzwolenie zachowań autodestrukcyjnych.** Samobójstwo jest złożonym, uwarunkowanym wieloczynnikowo zachowaniem ludzkim. Podłożem zachowań suicydalnych są czynniki biologiczne, psychologiczne oraz społeczne. Wśród czynników biologicznych u osób z kryzysem suicydalnym wymienia się niski poziom serotoniny, neuroprzekaźnika w ośrodkowym układzie nerwowym. Podkreśla się także rolę czynnika genetycznego w procesie suicydalnym. Ryzyko samobójstwa u dzieci rodziców, którzy dokonali samobójstwa, jest sześciokrotnie większe [3]. Znaczącą rolę w procesie suicydalnym odgrywa również osobowość człowieka: „Nieprawidłowo ukształtowane mechanizmy obronne oraz zaburzona struktura osobowości mogą prowadzić do dominacji instynktu śmierci nad instynktem samozachowawczym” [3]. Zachowania samobójcze mogą być również wynikiem dezintegracji życia społecznego, wyrażające się w postaci osłabienia więzi międzyludzkich oraz zmniejszenia kontaktów społecznych [4]. Samobójstwa powodują poważne konsekwencje emocjonalne szczególnie dla osób bliskich. Rodziny, w których miały miejsce próby samobójcze, obawiają się ponownego ich wystąpienia. Zachowanie ich jest przepełnione niepokojem i lękiem. Samobójstwa powodują także ogromne koszty ekonomiczne sięgające w skali całego świata miliardów dolarów [5].

Samobójstwa występują 12-krotnie częściej wśród osób z zaburzeniami psychicznymi niż w ogólnej populacji [6]. Przyjmuje się, że około 10% chorych z rozpoznaniem schizofrenii ginie w wyniku zamachów samobójczych, zaś nowsze wyniki badań wskazują niższe wartości (4,9%) [7], natomiast 20–45% z nich potwierdza w wywiadzie próby samobójcze. Około 30–57% zgłasza jako jeden z objawów myśli samobójcze, natomiast mniej niż 1/3 chorych ze schizofrenią nie doświadcza myśli i prób samobójczych [4]. Ryzyko samobójstwa kształtuje się na wysokim poziomie przez całe życie, jednak ponad 80% chorych ze schizofrenią podejmuje próbę samobójczą w ciągu pierwszych 5 lat trwania choroby [8]. Podkreśla się, że około 80% pacjentów, którzy dokonali samobójstwa, doświadczało objawów pozytywnych [9]. Szacuje się, że w związku z dużym ryzykiem zachowań samobójczych długość życia w grupie chorych ze schizofrenią jest krótsza o 10 lat [4]. Z powodu często występujących zaburzeń metabolicznych schizofrenię zalicza się do czynników ryzyka zespołu metabolicznego [10]. Zaburzenia te częściej występują w grupie chorych przewlekle przyjmujących neuroleptyki. Większość leków przeciwpsychotycznych powoduje przyrost masy ciała, nasila insulinooporność i hiperlipidemię, powodując wystąpienie cukrzycy oraz

zaburzeń sercowo-naczyniowych, co może wpływać na zwiększoną śmiertelność w tej grupie chorych [11]. Samobójstwo jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów chorych na depresję. Około 15% chorych w tej grupie popełnia samobójstwo [4, 12]. Samobójstwa wśród chorych z depresją korelują z jej objawami (lękiem, poczuciem winy, bezsensnością, poczuciem bezsensu życia, obniżeniem aktywności) [4, 12]. Myśli samobójcze występujące w depresji wskazują na jej krańcowe nasilenie. Najczęściej są poprzedzone myślami rezygnacyjnymi.

Cel

Celem pracy była analiza przebiegu zaburzeń psychicznych zakończonych samobójstwem na podstawie dokumentacji medycznej.

Opisy przypadków

Pacjent R.G., 68 lat, wykształcenie wyższe, rencista

Rozpoznanie: zaostrenie schizofrenii. Wielokrotnie hospitalizowany w Klinice Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Problemy ze zdrowiem psychicznym zaczęły się podczas studiów medycznych. W czasie pierwszego roku studiów pacjent zauważył, że reprezentuje słabsze przygotowanie niż jego koledzy. Pomimo intensywnej pracy osiągał gorsze wyniki. Przeważnie otrzymywał oceny dostateczne. Doszedł do wniosku, że reprezentuje niższy poziom intelektualny. U pacjenta wytworzyło się poczucie mniejszej własnej wartości. W związku z tym nie nawiązywał szerszych kontaktów z otoczeniem. Nie miał licznych przyjaciół. Problemy ze zdrowiem psychicznym ujawniły się w postaci bezsenności, halucynacji słuchowych. Pacjent twierdził, że jego myśli są nagrywane na taśmie magnetofonowej. Dostrzegał wrogie nastawienie otoczenia. W tym czasie rozpoznano zespół urojeniowy. Z relacji pacjenta wynikało, że doznawał urojeń ksbnych. Podawał, że był znanym dziennikarzem, innym razem fryzjerem. Przyczyną powtarzających się 74 hospitalizacji były przede wszystkim doznania pacjenta w postaci halucynacji słuchowych i wzrokowych. Wypowiadał nieusystematyzowane sądy urojeniowe. Często nie przyjmował leków, ponieważ przeczytał w ulotce, że obniżają sprawność motoryczną.

Podczas ostatniego pobytu (od 4 marca 1995 r. do 20 listopada 1996 r.) przy przyjęciu pacjent zachowywał się w sposób zdezorganizowany, w wypowiedziach był nedorzeczny, rozkojarzony, prezentował liczne ambiwalencje. Cechował się niedostosowaną mimiką. Potwierdzał obecność halucynacji słuchowych. Do kliniki zgłosił się sam. Podczas rozmowy z lekarzem twierdził, że zgrzeszył w życiu dlatego, że nie został psychiatrą. Podczas pobytu na oddziale kilkakrotnie przychodził do gabinetu lekarskiego na rozmowę. Podkreślał, że dobrze czuje się w szpitalu, „nie chce opuszczać szpitala, bo tu taki miły zespół lekarski”. Rozmowa z pacjentem była utrudniona. Chory wielokrotnie zmieniał temat rozmowy. Po pewnym czasie twierdził, że mógłby zdawać na studia jeszcze raz, jednak tym razem na stomatologię. Kolejnym podejmowanym tematem rozmowy było leczenie. Pacjent dziękował za leki, które otrzymywał podczas

pobytu w klinice. Sposób wypowiedzi pacjenta był mało zrozumiały, mowa miała charakter bełkotliwy. Pacjent był zorientowany auto- i allopsychicznie, pobudzony psychoruchowo, wielomówny, w zachowaniu dziwaczny. Tok myślenia chorego był przyspieszony, nastrój podwyższony. Pacjent był chętny do udzielenia pomocy przy wykonywaniu czynności porządkowych. Bardzo dużo czasu spędzał chodząc po korytarzu. Zachowywał się głośno, śpiewał piosenki, zaczepiał innych pacjentów. Opowiadał innym o sobie oraz o swoich osiągnięciach w zakresie medycyny. Chory uważał, że jest lekarzem i usiłował pomagać innym pacjentom. Po pewnym czasie stan psychiczny uległ pogorszeniu. Pacjent sam zgłaszał gorsze samopoczucie. Doznawał halucynacji, sprawiał wrażenie, że rozmawia z dwiema osobami. Z relacji pacjenta wynikało, że są to głosy niezbyt przyjemne. Często przebywał w stolówce, głośno z kimś rozmawiając. Uśmiechał się przy tym nieadekwatnie do sytuacji. Poproszony do gabinetu lekarskiego prosił nieistniejących rozmówców: „Poczekajcie tutaj na mnie, jak wrócę, to poczęstuję was papierosem”. Podczas rozmowy z lekarzem wykazywał zniecierpliwienie: „Ja bardzo panią przepraszam, ale tam w restauracji czekają na mnie koledzy, z którymi byłem razem w wojsku. Wrócę do pani później”. Wychodząc z gabinetu lekarskiego szybko nawiązywał rozmowę z „kolegami”, którzy na niego czekali. Wielokrotnie wypowiadał zdania, które pochodziły od nieistniejących kolegów. Twierdził, że lekarki noszą za długie spódnice. Natomiast głosy podpowiadały, że „tylko krótkie spódnice kuszą chłopców”. Stan pobudzenia psychoruchowego utrzymywał się przez dłuższy czas. Pacjent pokazywał swój dyplom ukończenia uczelni medycznej oraz świadectwo maturalne: „Niech pani zobaczy, jakim byłem dobrym uczniem i studentem”. Przez cały czas zaczepiał innych pacjentów, starając się im opowiadać o sobie. Po pewnym czasie stwierdził, że jego stan psychiczny uległ pogorszeniu: „Będę z panią rozmawiać za dwa tygodnie, bo inaczej zrobię pani krzywdę”. Sposób wypowiedzi pacjenta był chaotyczny, występował przyspieszony tok myślenia.

Po sześciu miesiącach ostatniej hospitalizacji nastrój pacjenta uległ obniżeniu. W dalszym ciągu chory był wielomówny, mowa była bełkotliwa, wypowiedzi nie miały ze sobą powiązania logicznego, były chaotyczne. Pacjent dużo czasu spędzał na głośnej modlitwie. Chwilami był bardzo drażliwy. Okazywał agresję słowną i fizyczną w stosunku do personelu medycznego. Doznawał halucynacji wzrokowych i słuchowych. Niechętnie rozmawiał z innymi pacjentami i personelem. Zachowywał się wulgarnie wobec innych pacjentów. Zachowanie takie miało miejsce szczególnie w godzinach wieczornych.

Podczas hospitalizacji od kwietnia 1995 r. do listopada 1996 r. dwa razy zastosowano przymus bezpośredni. Chory uważał, że wszyscy pacjenci znają jego myśli i plują na niego oraz mu dokuczają. Po kilku dniach stan psychiczny pacjenta uległ zmianie. Pacjent dużo czasu zaczął spędzać w łóżku. Przez cały czas utrzymywały się objawy wytwórcze, jednak nie zakłócał spokoju na oddziale. Był bardzo niechętny do rozmowy, nastrój był niewyrównany. Pacjent niekiedy miał skłonność do śmiechu, innym razem do smutku. W wypowiedziach w dalszym ciągu był bardzo niedorzeczny. Podczas trzech miesięcy poprzedzających samobójstwo w leczeniu pacjenta zastosowano: chlorpromazynę 700 mg/dobę, lewomepromazynę 200 mg/dobę, haloperidol

2 mg/dobę, nitrazepam 5mg, haloperidol decanoate 0,05 mg 2 amp. co trzy tygodnie, kłometiazol 0,6 mg/dobę.

Pacjent, przebywając w szpitalu z powodu zaostrzenia objawów schizofrenii, popełnił samobójstwo przez powieszenie.

Omówienie przypadku

Przedstawiony opis przypadku wskazuje, że samobójstwo jest nieprzewidywalne. Ocena ryzyka samobójstwa często jest trudna ze względu na ograniczoną liczbę danych. Istotną rolę w gromadzeniu danych do oceny ryzyka odgrywa rzetelnie przeprowadzony wywiad z pacjentem oraz identyfikacja czynników ryzyka, które umożliwią zaplanowanie strategii postępowania. Wśród czynników ryzyka w omawianym przypadku można wymienić: obecność zaburzenia psychicznego z towarzyszącymi objawami psychotycznymi, obniżenie nastroju pacjenta, płeć męską. Charakterystyczną cechą zaburzeń występujących u pacjenta R.G. były wyraźne halucynacje wzrokowe oraz słuchowe w postaci słyszanych przez niego głosów komentujących. Chory wypowiadał urojenia ksobne polegające na odnoszeniu do siebie niezwiązanych w rzeczywistości działań innych ludzi. Dostrzegał wrogie nastawienie otoczenia, uważał, że go nagrywają na taśmie magnetofonowej. Urojenia są wyrazem zaburzeń myślenia. Dominacja objawów wytwórczych jest charakterystyczna dla schizofrenii. Obecność urojeń, podejrzliwość mogą nasilać niepokój chorego i prowadzić do wystąpienia zachowań gwałtownych oraz zwiększać ryzyko samobójstwa.

Pacjentka E.B., 46 lat, wykształcenie wyższe, redaktor

Rozpoznanie: zaburzenia schizoafektywne. Pacjentka wielokrotnie hospitalizowana w Klinice Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Po raz pierwszy była hospitalizowana w wieku 37 lat. Zaburzenia psychiczne wystąpiły nagle. Przed hospitalizacją pojawiły się objawy zespołu paranoidalnego (urojenia o treści ksobnej oraz prześladowczej), a także omamy wzrokowe, węchowe, słuchowe. Tok myślenia był spowolniony, rozkojarzony z cechami ambiwalencji. Stan psychiczny pacjentki uległ zmianie podczas wycieczki zagranicznej. Z relacji chorej wynikało, że „coś jest nie tak, ktoś chce mi coś złego zrobić, ktoś się nami bawi” (urojenia prześladowcze). Nie potrafiła opisać, co się działo od momentu powrotu z wycieczki do hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym. Chora czuła się obserwowana, szukała pomocy u znajomych, bała się ludzi. Nocami śniła jej się, albo – jak twierdziła – wydawało jej się, że przychodzą do niej znajomi. Początkowo byli mili, ale potem zaczęli się naśmiewać i krytykować. Pacjentka odczuwała różne zapachy, m.in. gazu (omamy węchowe). Słyszała fragmenty rozmów o treści niekiedy komentującej (omamy słuchowe). Odnosiła się do nich krytycznie, twierdziła, że wie, że coś jest nie tak, że jest to „nierzeczywiste”. Jednocześnie odnosiła się niechętnie do otoczenia, które ją krytykowało. Uważała, że wszystko jest z góry wyreżyserowane według jakiegoś scenariusza: „Patrzę na napisy i tytuły na książkach, które układają się w jedną całość, coś znaczą”, „wszystko jest wyreżyserowane, nie wiedziałam, że moim życiem ktoś

kieruje, dopiero teraz się przekonałam” (urojenia oddziaływania). Chora odczuwała bardzo silny lęk. Patrząc na lekarza, na klamkę twierdziła, że wszystko jest jakieś dziwne, że widzi wszystko w jakiś inny sposób. Widziała przedmioty powiększone, które w rzeczywistości są małe (omamy wzrokowe). Przed hospitalizacją skontaktowała się z matką, prosząc o pomoc. Chora bała się, że zabiorą jej syna. Znajoma pacjentki przywiozła ją do Kliniki Psychiatrii. Pacjentka skarżyła się, że otrzymała wiadomość o śmierci syna. Twierdziła, że są sposoby na otrzymywanie takich informacji. Podczas pobytu na oddziale w jednej z pacjentek widziała swoją teściową. Kilka razy pytała: „Ale to chyba nie ona, prawda?”. Chora zachowywała się nieufnie, często sprawiała wrażenie zamyślonej. Podczas wstępnego badania lekarskiego dość chętnie odpowiadała na pytania, następnie zaczynała się izolować. Twierdziła, że „zamyka się w sobie, inni ludzie i świat jej nie interesuje”. Pacjentka skarżyła się na nieokreślony lęk. Orientacja auto- i allopsychiczna była zachowana. Wystąpiły niewielkie trudności z umiejscowieniem w czasie wydarzeń ostatnich dni. Pacjentka w chwili rozpoczęcia hospitalizacji była w nieco obniżonym nastroju. W zachowaniu chorej dominował lęk, sztywny afekt, uboga mimika. Okresowo można było zaobserwować pewne rozkojarzenie, spowolnienie myślenia.

Z wywiadu z matką pacjentki wynikało, że chora przed wystąpieniem choroby zawsze była nerwowa i wybuchowa. Woląла przebywać w domu niż spotykać się z koleżankami. Bardzo dużo czasu spędzała czytając książki. Nie poszła nawet na bal maturalny, ponieważ wolała zostać w domu i czytać. W wieku 29 lat wyszła za mąż. Małżeństwo było nieudane, ponieważ mąż pacjentki nadużywał alkoholu. Po upływie roku doszło do rozpadu małżeństwa. Pacjentka bardzo przeżyła rozwód, a do kolejnych znajomości z mężczyznami podchodziła z dystansem. Często skarżyła się na samotność, bardzo przeżywała wszelkie niepowodzenia w kontaktach z mężczyznami. Matka nigdy nie zauważyła niczego dziwnego w zachowaniu córki. Twierdziła, że reagowała często bardzo gwałtownie, ale szybko się uspokajała. Taka gwałtowna reakcja wystąpiła przed wyjazdem córki na wycieczkę, kiedy prosiła matkę o pieniądze na wyjazd. Na uwagi matki zareagowała bardzo gwałtownie. Płakała i krzyczała, uważała, że jest zawsze pokrzywdzona, że nic nie ma z życia. Z relacji matki wynikało, że córka jakoś dziwnie rozmawiała, jakby się żegnała. Obawiała się, że może popełnić samobójstwo. Podczas spotkania z matką opowiadała, że stało się coś dziwnego, że jest chora i musi się leczyć. Odczuwała lęk, skarżyła się na głuche telefony. Matka określiła stan córki jako „straszny”, twierdziła, że nie rozumiała jej zachowania i tego, co mówiła.

Ostatni pobyt pacjentki w klinice trwał od 15 lipca do 27 października 2004 r. Chora w dniu poprzedzającym przyjęcie do kliniki została wypisana z oddziału dziennego z powodu braku poprawy stanu psychicznego. Pacjentka zgłaszała problemy z pamięcią, snem, koncentracją uwagi, zaburzenia typu derealizacji i depersonalizacji. Uważała, że pogorszenie stanu psychicznego miało związek z sytuacją finansową i rodzinną.

Podczas przyjęcia chora była w obniżonym nastroju i napędzie, wypowiadała urojenia o treści ksobnej. W trakcie hospitalizacji zastosowane leczenie przyniosło poprawę stanu psychicznego, ustąpiły objawy wytwórcze. Nastrój i napęd chorej uległ wyrównaniu, poprawiła się koncentracja uwagi. Pacjentka została wypisana do domu z zaleceniem systematycznego leczenia w warunkach ambulatoryjnych. W dalszym

leczeniu pacjentki zalecono: perazynę 75 mg/dobę, klomipraminę 150 mg/dobę, kwas waloproinowy 600 mg/dobę.

Pacjentka w krótkim czasie po wypisaniu ze szpitala popełniła samobójstwo przez zatrucie lekami.

Omówienie przypadku

Podczas hospitalizacji poprzedzającej samobójstwo z pacjentką przeprowadzono szczegółowy wywiad. Nie stwierdzono występowania myśli samobójczych. Pacjentka doznawała urojeń o treści ksobnej oraz prześladowczej, a także omamów wzrokowych, węchowych oraz słuchowych. Słyszała głosy o treści komentującej. Chora odczuwała zapach gazu. Wystąpiły również objawy derealizacji, które cechują się zmianą sposobu odczuwania świata zewnętrznego. Z relacji pacjentki wynikało, że wszystko wokół zmienia się w jakiś dziwny sposób i jest z góry wyreżyserowane. Objawy depersonalizacji wyrażały się uogólnionymi zmianami poczucia siebie. Przeżywane przez pacjentkę stany emocjonalne, reakcje i odczucia były interpretowane jako nieprawdziwe, dziwne. Objawy afektywne występowały z typowymi objawami schizofrenicznymi, takimi jak urojenia prześladowcze, ksobne oraz głosy komentujące. W klasyfikacji ICD-10 takie zaburzenia określane są zaburzeniami schizoafektywnymi. O podjęciu decyzji o samobójstwie często decydują nie tylko występujące objawy choroby w postaci urojeń i halucynacji, ale także relacje z otoczeniem. Pacjentka odczuwała samotność z powodu utraty bliskiej osoby. Kumulacja negatywnych przeżyć może być jednym z czynników ryzyka samobójstwa. Podczas pobytu w szpitalu poprzedzającego samobójstwo pacjentce zapewniono indywidualne spotkania psychoterapeutyczne. Rozmowa miała znaczący wymiar terapeutyczny. Pacjentka zaprzeczała występowaniu myśli samobójczych, chętnie uczestniczyła w zajęciach terapeutycznych oraz opowiadała o swojej sytuacji życiowej. W wyniku zastosowanego leczenia farmakologicznego stan psychiczny pacjentki uległ poprawie.

Pacjentka H.Ch., 51 lat, wykształcenie zawodowe, rencistka

Rozpoznanie: zaburzenia afektywne dwubiegunowe, epizod depresji ciężki. Stan po próbie „s”. Pacjentka 20-krotnie hospitalizowana w szpitalu psychiatrycznym z powodu nawracających zaburzeń depresyjnych oraz uzależnienia od alkoholu, którego nadużywała od 20 roku życia. Wielokrotnie przyjmowane leki popijała alkoholem. Pogorszenie stanu zdrowia psychicznego wyrażało się zaburzeniami snu, wybudzaniem się, smutkiem, lękiem, niepokojem, drażliwością, niechęcią do pracy oraz jakiegokolwiek aktywności. Potwierdzała występowanie myśli suicydalnych oraz okresowo występujących omamów słuchowych. Podczas kolejnych hospitalizacji pacjentka wypowiadała treści depresyjne, włącznie z myślami suicydalnymi bez tendencji do ich realizacji, zaprzeczała występowaniu objawów wytwórczych.

Podczas ostatniej hospitalizacji od 6 czerwca do 2 lipca 2002 r. pacjentka próbowała popełnić próbę samobójczą, prawdopodobnie przyjęła nadmierną dawkę leków: 50 tabletek klorazepatu i 60 tabletek promazyny po 100 mg. Karetką reanimacyjną została

przewieziona na oddział ratunkowy. Po uzyskaniu poprawy stanu zdrowia pacjentka została przyjęta do Kliniki Psychiatrii. Chora była w dobrym kontakcie słownym, w obniżonym nastroju oraz z widocznym niepokojem psychoruchowym. Zorientowana była auto- i allopsychicznie. W trakcie pobytu uzyskano poprawę stanu psychicznego pacjentki. Nastąpiła normalizacja nastroju, zmniejszenie niepokoju, ustąpienie myśli suicydalnych. Została wypisana do domu z zaleceniem kontroli w poradni zdrowia psychicznego. W dalszym leczeniu pacjentki zalecono: paroksetynę 20 mg/dobę, kwas walproinowy 600 mg/dobę, olanzapinę 10 mg/dobę, klorazepat 5 mg/dobę, hydroksyzynę 75 mg/dobę,

Pacjentka po wypisaniu ze szpitala popełniła samobójstwo, rzucając się pod pociąg. Ryzyko samobójstwa jest najwyższe w pierwszym tygodniu po wypisie.

Omówienie przypadku

Depresja jest częstym powikłaniem uzależnienia od alkoholu. Może być także wynikiem niekorzystnej sytuacji życiowej lub odrębnej jednostki nozologicznej. Utrzymująca się depresja może zwiększać ryzyko samobójstwa. U pacjentki występował obniżony nastrój, niepokój, lęk, zaburzenia snu, niechęć do jakichkolwiek form aktywności. Objawom towarzyszyły myśli suicydalne. Nie zaobserwowano objawów psychotycznych. Podczas ostatniej hospitalizacji na przełomie czerwca i lipca 2002 r. pacjentka została poddana działaniom terapeutycznym. Do momentu wypisania u pacjentki codziennie monitorowano stan psychiczny. Oceniano jej uczestnictwo w zajęciach terapeutycznych, zachowanie w kontakcie z personelem medycznym, nastrój, zgłaszane skargi somatyczne oraz obserwowano pacjentkę w kierunku wystąpienia omamów i urojeń. Ocena ryzyka samobójstwa wiąże się z czynnikami działającymi w danej chwili, natomiast większość z nich może ulegać zmianie w czasie. Powoduje to w wielu przypadkach ograniczoną skuteczność w zapobieganiu samobójstwu.

Podsumowanie i dyskusja

Przedstawione opisy wskazują, że w wielu przypadkach pacjenci z zaburzeniami psychicznymi są zagrożeni samobójstwem. Wśród zaburzeń psychicznych predysponujących do wystąpienia próby samobójczej należą: depresja, schizofrenia, zaburzenia osobowości oraz uzależnienie od alkoholu i narkotyków [13]. Samobójstwa są częstą przyczyną zgonów wśród chorych na schizofrenię [14, 15]. Ryzyko próby samobójczej w tej grupie chorych kształtuje się na poziomie 80% w ciągu pierwszych pięciu lat choroby [16, 17]. W badaniach podkreśla się, że kobiety z rozpoznaniem schizofrenii częściej mogą podejmować próby samobójcze [18, 19]. Lester w swoich badaniach wykazał, że różnica samobójstw zakończonych zgonem pomiędzy mężczyznami a kobietami wśród chorych na schizofrenię wynosi ponad 10% [20]. W Polsce według danych Głównego Urzędu Statystycznego w ciągu ostatnich kilkunastu lat mężczyźni zdecydowanie częściej niż kobiety dokonywali zamachów samobójczych zakończonych zgonem. W 2009 roku wśród mężczyzn współczynnik samobójstw na 100 tys. mieszkańców wynosił 30,0, natomiast wśród kobiet 4,8. Ryzyko zagrożenia samobój-

stwem w schizofrenii może być uwarunkowane wiekiem chorego. Grupę zwiększonego ryzyka stanowią osoby młode w wieku od 25 do 30 lat [18]. Wiąże się to z wczesnym ujawnianiem się choroby oraz jej deterioracyjnym przebiegiem. Badania wskazują, że duży odsetek pacjentów popełniających samobójstwo doświadczało pozytywnych objawów schizofrenii [9]. W grupie pacjentów ze schizofrenią, w której zanotowano 92 przypadki samobójstw, 78% badanych wykazywało objawy pozytywne [9]. W innych badaniach obejmujących pacjentów, którzy popełnili samobójstwo, również zauważono występowanie typowych objawów psychotycznych [21]. Wykazano, że u pacjentów, którzy popełnili samobójstwo, było większe prawdopodobieństwo wystąpienia objawów psychotycznych w miesiącu poprzedzającym destrukcyjny czyn [22]. Wśród czynników wskazujących na wysokie ryzyko zagrożenia samobójstwem wymienia się również bezsenność, lęk, poczucie beznadziejności [23]. Około 18–50% pacjentów ze schizofrenią doznaje halucynacji słuchowych w postaci głosów nakazujących [24]. Podkreśla się ich wpływ na ryzyko podjęcia próby samobójczej. Analiza przypadków pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii oraz zaburzeń schizoafektywnych zakończonych zgonem z powodu samobójstwa potwierdza występowanie halucynacji słuchowych o charakterze komentującym. Objawy pozytywne występujące w schizofrenii powodują obniżone poczucie własnej wartości oraz poczucie beznadziejności, które są zaliczane do czynników ryzyka samobójstwa [25]. Przypadek pacjentki z zaburzeniami afektywnymi oraz współistniejącym uzależnieniem od alkoholu wskazuje, że alkohol może być czynnikiem ryzyka samobójstwa. Według doniesień rozpoznanie uzależnienia od alkoholu podczas pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej pokazuje, że to uzależnienie pięciokrotnie zwiększa ryzyko popełnienia samobójstwa w przyszłości [8]. Ryzyko częściej występujących zachowań suicydalnych wśród pacjentów uzależnionych od alkoholu zwiększają dodatkowo współistniejące zaburzenia depresyjne. Wobec osób dotkniętych kryzysem suicydalnym należy zastosować określone strategie interwencji kryzysowej. Określenie ryzyka samobójstwa powinno obejmować: stwierdzenie wcześniejszych zachowań samobójczych, ocenę czynników ryzyka samobójstwa, ocenę czynników protekcyjnych, ocenę aktualnego zagrożenia oraz plan interwencji z uwzględnieniem czynników ryzyka, które można modyfikować [26]. Z pacjentem zagrożonym samobójstwem należy dokładnie przeprowadzić wywiad na temat jego myśli o charakterze samobójczym oraz poddać działaniom terapeutycznym.

Wnioski

Zagrożenie samobójstwem w zaburzeniach psychicznych wymaga wdrożenia standardu postępowania w kryzysie suicydalnym. W każdym przypadku należy dokonać oceny zagrożenia samobójstwem na podstawie identyfikacji czynników ryzyka. Ocena czynników ryzyka jest podstawą podjęcia działań terapeutycznych oraz określenia sposobu wsparcia pacjentów zagrożonych samobójstwem. Mimo postępu w leczeniu zaburzeń psychicznych, w niektórych przypadkach występuje ograniczona skuteczność w zapobieganiu samobójstwom.

Самоубийства среди психически больных – описание наблюдений

Содержание

Вступление. Самоубийства во всем мире составляют важную проблему для психического здоровья и общественной среды и являются причиной смерти среди психически больных. Во многих европейских государствах были разработаны программы и стратегии профилактики суицидов. Цивилизационный прогресс, изменения, происходящие в политической и общественной жизни, слишком быстрый темп жизни отрицательно влияют на человека и приводят к проявлению автодеструктивных поведений.

Задание. Анализ, течение психических нарушений, оконченных самоубийством на основании медицинской документации.

Материал и методы. Представлены описание течения психических нарушений, которые окончились самоубийственной смертью, а также коды самоповреждений по классификации ИЦД-10 у случайно выбранных пациентов.

1. Пациент, 68 лет с диагностированной шизофренией – намеренное самоповреждение путем повешивания X70.

2. Пациентка, 46 лет с распознаванием шизоаффективных нарушений – намеренное самоповреждение отравления лекарствами X61.

3. Пациентка, 51 года с диагнозом двухполюсных аффективных нарушений – самоубийственная смерть под колесами поезда X81.

Выводы. Угроза самоубийства у психически больных требует введения стандарта воздействия в суицидальном кризисе. В каждом случае необходимо провести оценку угрозы самоубийства на основе идентификации факторов риска. Оценка факторов риска является основой предприятия терапевтических воздействий и определения способа помощи пациентам профилактики суицида. Несмотря на успехи в лечении больных с психическими нарушениями, в некоторых случаях и далее присутствует ограниченная эффективность предупреждения самоубийства.

Ключевые слова: самоубийство, пациент, психические нарушения

Suicide unter Kranken mit psychischen Störungen – Fallbeschreibungen

Zusammenfassung

Suicide sind weltweit ein großes Problem der öffentlichen Gesundheit, sie sind die wichtigste Todesursache unter den Kranken mit psychischen Störungen. In vielen europäischen Ländern wurden Nationalprogramme und Strategien der Suizid - Vorbeugung bearbeitet. Der Fortschritt der Zivilisation, die Veränderungen im politischen und wirtschaftlichen Leben, ein zu rasches Lebenstempo beeinflussen negativ den Menschen und machen autodestruktives Verhalten frei.

Ziel. Das Ziel der Studie war die Analyse der psychischen Störungen, die mit einem Suizid aufgrund der medizinischen Dokumentation dem Leben ein Ende setzten.

Material und Methoden. Es wurden die Beschreibungen der psychischen Störungen dargestellt, die an einen Tod durch Suizid starben und es wurde der Code der Selbstbeschädigungen nach der ICD-10 Klassifizierung bei den stichweise gewählten Patienten genannt.

1. der 68-jährige Patient mit der diagnostizierten Schizophrenie – vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Erhängen X 70

2. eine 46-jährige Patientin mit den diagnostizierten schizoaffektiven Störungen – vorsätzliche Selbstvergiftung durch Exposition gegenüber Medikamente X 61

3. eine 51-jährige Patientin mit den diagnostizierten bipolaren affektiven Störungen – vorsätzliche Selbstbeschädigung durch Sichwerfen oder Sichlegen vor einen sich bewegenden Zug

Schlussfolgerungen. Die Gefährdung mit einem Suizid in den psychischen Störungen bedarf der Anwendung des Verfahrens in der suizidalen Krise. Jedenfalls soll man die Suizidgefährdung einstufen.

Schlüsselwörter: Suizid, Patient, psychische Störung

Les suicides parmi les malades de troubles psychiques – études de cas

Résumé

Introduction. Partout au monde, les suicides représentent un grave problème de santé publique, ce sont les plus graves causes de décès parmi les patients atteints de troubles psychiques. Des programmes nationaux et des stratégies de prévention des suicides ont été élaborés dans plusieurs pays européens. Le progrès civilisateur, les transformations dans la vie politique et économique, le rythme de vie trop rapide ont une influence négative sur l'homme, provoquant la libération de comportements autodestructeurs.

Objectif. L'objectif de cette étude est une analyse de l'évolution des troubles psychiques aboutissant à un suicide, sur la base de la documentation médicale

Matériel et méthodes. Nous avons présenté des descriptions de l'évolution des troubles psychiques qui ont abouti au décès par suicide et les codes de l'automutilation selon la classification ICD-10 chez des patients sélectionnés au hasard.

1. patient de 68 ans schizophrène : automutilation intentionnelle par pendaison X70.
2. patiente de 46 ans avec troubles schizo-affectifs : automutilation intentionnelle par empoisonnement avec des médicaments X61 ;
3. patiente de 51 ans avec troubles schizo-affectifs bipolaires : décès par suicide sous les roues d'un train X81

Conclusions. Le risque de suicide dans les troubles psychiques exige l'application de la conduite standard utilisée dans la crise suicidaire. Dans tous les cas il est indispensable d'effectuer une évaluation du risque de suicide à la base d'une identification des facteurs de risque. L'évaluation des facteurs de risque est la base pour entreprendre des actions thérapeutiques et déterminer la manière de soutenir les patients menacés de suicide. Malgré les progrès dans le traitement des troubles psychiques, dans certains cas l'efficacité préventive du suicide reste encore limitée.

Mots-clés: suicide, patient, troubles psychiques

Piśmiennictwo

1. Światowa Organizacja Zdrowia i Polskie Towarzystwo Zapobiegania Samobójstwom. *Poradnik dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej*. Genewa–Warszawa; 2003.
2. Brodniak WA. *Czy samobójstwom można zapobiegać?* *Suicydologia* 2007; 3 (1): 1–4.
3. Florkowski A, Zboralski K, Talarowska M, Janiak M, Janiak A, Gałeczki P. *Zamachy samobójcze – możliwości psychoprofilaktyki*. *Pol. Merk. Lek.*, 2008; 25 (147): 291–293.
4. Grzywa A, Kucmin A, Kucmin T. *Samobójstwa – epidemiologia, czynniki, motywy i zapobieganie. Część I*. *Pol. Merk. Lek.* 2009; 27 (161): 432–436.
5. Mroziak B. *Światowy Dzień Zapobiegania Samobójstwom – 10 września*. *Suicydologia* 2006; 2(1): 120–124.
6. Harris EC, Barraclough B. *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*. *Brit. J. Psychiatry* 1997; 170: 205–228.
7. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. *The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination*. *Arch. Gen. Psychiatry* 2005; 62: 247–253.
8. Mochnacka J. *Samobójstwo – teorie etiologiczne, oceny ryzyka, zasady postępowania i prewencji*. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2005; 1: 51–57.
9. Heila H. *Suicide and schizophrenia; a nationwide psychological autopsy study of 92 suicide victims with schizophrenia*. *Am. J. Psychiatry* 1997; 154: 1235–1242.
10. Ryan MC, Collins P, Tahakore JH. *Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug-naive patients with schizophrenia*. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160: 284–289.
11. Rzewuska M. *Zaburzenia metaboliczne związane ze stosowaniem leków przeciwpsychotycznych u chorych na schizofrenię*. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41 (4): 457–472.

12. Pużyński S. *Uwarunkowania kliniczne, biologiczne i psychospołeczne chorób afektywnych w kontekście samobójstw*. Suicydologia 2005; 1 (1): 33–39.
13. Grzywa A, Kucmin A, Kucmin T. *Samobójstwa – epidemiologia, czynniki, motywy i zapobieganie. Część II*. Pol. Merk. Lek. 2010; 28 (164): 174–176.
14. Wciórka J. *Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*. W: Bilikiewicz A. red. *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner; 2002. s. 213–323.
15. Sartorius N, Jablensky A, Korten A. i in. *Early manifestations and first contact incidence of schizophrenia in different cultures*. Psychol. Med. 1986; 16: 909–928.
16. Hołyst B. *Suicydologia*. Warszawa: LexisNexis; 2002.
17. Stephens J. *Suicide in patients hospitalized for schizophrenia*. J. Neur. Ment. Disease 1999; 187: 10–14.
18. Schwartz RC, Cohen BN. *Psychosocial correlates of suicidal intent among patients with schizophrenia*. Compr. Psychiatry 2001; 42: 118–123.
19. Meder J, Sierosławska K. *Czynniki ryzyka samobójstwa w schizofrenii*. Post. Psych. Neurol. 2004; 13: 153–159.
20. Lester D. *Sex differences in completed suicide by schizophrenic patients: A meta-analysis*. Suicide Life Threat. Behav. 2006; 36: 50–56.
21. Hu WH, Sun CM, Lee CT, Peng SL, Lin SK, Shen WW. *A clinical study of schizophrenic suicides. 42 cases in Taiwan*. Schizophr. Res. 1991; 5: 43–50.
22. Korzeniowski L. *Psychiatryczne aspekty samobójstw*. Zdrow. Psych. 1972; 13: 124–133.
23. Czernikiewicz A, Ciupak A, Gajewski J, Łoza B, Perzyński J, Wójcicka A. *Samobójstwa chorych na schizofrenię hospitalizowanych w PS ZOZ Lublin w latach 1984-1993*. Lublin: IV Lubelskie Spotkania Naukowe; 1995.
24. Harkavy-Friedman JM, Kimhy D, Nelson EA, Venarde DF, Malaspina D, Mann JJ. *Suicide attempts in schizophrenia: the role of command auditory hallucinations for suicide*. J. Clin. Psychiatry 2003; 64: 871–874.
25. Makara-Studzińska M., Koślak A. *Wpływ objawów pozytywnych i negatywnych na zachowania samobójcze w schizofrenii. Przegląd aktualnej literatury*. Psychiatr. Pol. 2009; 43 (4): 411–420.
26. Młodożeniec A, Brodniak WA. *Ryzyko zachowań samobójczych w chorobach psychicznych*. Psychiatr. Prakt. Klin. 2008; 1 (2): 82–92.

Adres: Julia Sawicka
Zakład Medycyny Klinicznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
15-295 Białystok, ul. Szpitalna 37

Otrzymano: 22.09.2012
Zrecenzowano: 1.10.2012
Otrzymano po poprawie: 22.11.2012
Przyjęto do druku: 17.12.2012
Adiustacja: A. K.