

## Propozycja Procedury Oceny Ryzyka Samobójczego (PORS) – ochrona zdrowia i życia pacjentów w szpitalu psychiatrycznym

### Proposal for a Suicide Risk Assessment Protocol (Procedura Oceny Ryzyka Samobójczego, PORS) – protection of health and life of patients in psychiatric hospitals

<sup>1</sup> SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wrocław, Polska

<sup>2</sup> SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Katowice, Polska

Adres do korespondencji: Anna Lubas, Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, Oddział 18A, ul. Gliwicka 33, 44–200 Rybnik, e-mail: ankaa\_lubass@onet.pl

#### ORCID iDs

1. Anna Lubas <https://orcid.org/0000-0002-1409-4330>

2. Danuta Rode <https://orcid.org/0000-0001-5729-8168>

#### Streszczenie

Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia, samobójstwo – intencjonalny akt odebrania sobie życia – stanowi przyczynę około 1,4% wszystkich zgonów. Istnieją liczne koncepcje samobójstwa, oparte na teorii poznawczej (*suicidal cognitive mode theory*), teorii interpersonalnej (*interpersonal theory of suicide*) czy zintegrowanym modelu samobójstwa (*integrated motivational-volitional model of suicide*). Próby samobójcze mogą podejmować zarówno osoby chore psychicznie, jak i osoby w kryzysie (u których występują np. zaburzenia adaptacyjne). W polskich szpitalach psychiatrycznych problemem jest rzetelna i ujednoczona procedura oceny ryzyka suicydalnego, dlatego postanowiono stworzyć model oceny ryzyka zachowań samobójczych, który poprawi jakość pracy terapeutycznej oraz pozwoli zmaksymalizować ochronę zdrowia i życia pacjentów. Procedurę należy tu rozumieć jako zespół czynności, obejmujący przede wszystkim badanie psychologiczne i psychiatryczne. Brak procedur stosowanych przy ocenie czynników ryzyka i czynników chroniących zmobilizował zespół specjalistów z Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku do opracowania modelu Procedury Oceny Ryzyka Samobójczego (PORS) – propozycji zbierania danych, oceny oraz interwencji w przypadku pacjentów z ryzykiem samobójczym. Ocenę ryzyka suicydalnego można rozpocząć od stopnia nasilenia czynników zagrażających, do których zaliczają się zaburzenia psychiczne, nagłe czynniki sytuacyjne (w połączeniu z cechami osobowości) czy nadużywanie substancji psychoaktywnych. Początkowa i końcowa ocena zagrożenia pozwala nie tylko na stwierdzenie występowania predyktorów (czynników zwiększających skłonności suicydalne), ale również na określenie realnego ryzyka próby samobójczej. PORS to swoiste usystematyzowanie wiedzy i doświadczenia w pracy z pacjentem z myślami lub intencjami samobójczymi bądź po próbie samobójczej. Opis etapów działania psychologicznego i psychiatrycznego ujętych w PORS zawiera wskazówki i schematy postępowania uwzględniające indywidualne potrzeby jednostki zagrożonej samobójstwem.

**Słowa kluczowe:** samobójstwo, ocena ryzyka, procedura, pacjenci psychiatryczni

#### Abstract

As estimated by the World Health Organization, suicide, which defined as an act of intentionally taking one's own life, accounts for approximately 1.4% of all deaths worldwide. There are many concepts of suicide, including those based on the cognitive theory – suicidal cognitive mode theory, interpersonal theory of suicide, or on the integrated motivational-volitional model of suicide. Suicide attempts can be made by both mentally ill people and people in crisis (suffering from, for example, adjustment disorder). A reliable and standardised procedure of suicidal risk assessment for patients in Polish psychiatric hospitals is currently missing, hence it was decided to develop a suicidal behaviour risk assessment model that would improve the quality of therapeutic work and maximise the protection of health and life of psychiatric patients. The procedure is to be understood as a set of activities primarily involving psychological and psychiatric examination. The lack of psychological procedures for assessing risk factors and protective factors at the State Hospital for Mental Diseases in Rybnik mobilised a team of specialists to develop the PORS (Procedura Oceny Ryzyka Samobójczego – Suicide Risk Assessment Protocol) model as a proposal for data collection, assessment and intervention in patients with a suicidal risk. It was proposed to start the suicidal risk assessment with determining the severity of risk factors, which include, inter alia, mental disorders, sudden situational factors (in combination with personality traits) as well as substance abuse. The initial and final risk assessment allows to estimate not only the presence of predictors that increase suicidal tendencies, but also the actual risk of an intentional suicide

attempt. PORS is a kind of systematisation of knowledge and experience in working with a patient with suicidal thoughts, intentions, or after a suicide attempt. The individual stages of psychological and psychiatric procedures contain guidelines and schemes in relation to the individual needs of a patient at risk of suicide.

**Keywords:** suicide, risk assessment, procedure, psychiatric patients

## WPROWADZENIE

W ostatnich latach odnotowuje się coraz więcej prób samobójczych. Warto zaznaczyć, że w większości przypadków próbę poprzedzają myśli suicydalne, a 13% ludzi z takimi myślami podejmuje próbę samobójczą (Husky *et al.*, 2013). Znacznie częściej czynią to mężczyźni, również adoleścenci (Saxena *et al.*, 2014). Co ważne, u danej osoby nawet przez całe życie mogą występować myśli suicydalne (intencje śmierci), mimo że nigdy nie próbowała ona odebrać sobie życia (Cavanagh *et al.*, 2003). Dzieje się tak za sprawą czynników chroniących – zasobów, które powstrzymują jednostkę przed aktem samobójczym. Próby samobójcze niezakończone śmiercią zdarzają się stosunkowo częściej niż próby zakończone zgonem (Goldsmith *et al.*, 2002). Jak pokazały badania, około 4% pacjentów hospitalizowanych z powodu próby samobójczej podejmuje w ciągu 18 miesięcy po wypisie ze szpitala próbę zakończoną zgonem (Beautrais, 2004), a około 1% pacjentów może popełnić samobójstwo w ciągu roku od wypisu (Ho, 2003). W raporcie Agencji ds. Nadużywania Substancji i Opieki Psychiatrycznej (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) wskazano, że 80% osób z zaburzeniem osobowości typu borderline ujawnia zachowania samobójcze, a 5–10% popełnia samobójstwo (Gaur *et al.*, 2019). Prawie 95% ofiar samobójstw odwiedziło placówkę medyczną w ciągu roku przed podjęciem próby, z czego 60% wizyt odbyło się w ostatnim miesiącu przed samobójstwem. Pacjenci ci często opowiadają o dolegliwościach somatycznych, jeśli jednak nie zostaną bezpośrednio zapytani, zazwyczaj nie ujawniają objawów psychiatrycznych (Ahmedani *et al.*, 2014, 2015). W placówkach leczenia ambulatoryjnego lekarze spotykają się dziś nierzadko (również w związku z wydarzeniami na świecie, m.in. pandemią COVID-19) z osobami zgłaszającymi myśli samobójcze. W wielu przypadkach powstaje problem decyzyjny i dochodzi do przeszacowania lub niedoszacowania ryzyka. Często pacjent kierowany jest do szpitala psychiatrycznego w celu dalszego leczenia. Gdy trafia do szpitala, niezwykle ważne są określenie i monitorowanie zagrożenia samobójczego w trakcie pobytu. Po leczeniu zaś powinna zostać dokonana końcowa ocena ryzyka samobójczego – istotna w kontekście nie tylko ochrony zdrowia i życia pacjenta po hospitalizacji, ale też oceny efektów pracy terapeutycznej i wdrożenia dodatkowych zaleceń (także psychologicznych).

Osoby z wysokim ryzykiem samobójczym wymagają hospitalizacji psychiatrycznej w trybie nagłym oraz oceny

psychologicznej i psychiatrycznej w warunkach szpitalnych. Narzędzia służące do oceny ryzyka suicydalnego powinny uwzględniać współwystępowanie licznych czynników ryzyka. Należy wziąć pod uwagę dane pochodzące z wywiadu, dokumentacji medycznej, obserwacji oraz badania narzędziem do oceny myśli i zamiarów samobójczych (indywidualnych czynników ryzyka) (Jobes *et al.*, 2018). Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association, 2003) opublikowało wytyczne, które powstały na bazie danych empirycznych związanych z tendencjami samobójczymi. Zaleca się stosowanie wytycznych opartych na najlepszych praktykach. Rozpoznanie podwyższonego zagrożenia samobójczego powinno prowadzić do podjęcia działań zaradczych (Bryan i Rudd, 2006), a ocena powinna obejmować podłoże i predyktory ryzyka. Zachowanie (ryzyko) samobójcze jest zmienne w czasie i zależne od stanu psychicznego (Rudd, 2006). Jak już wspomniano, nie można mówić o pojedynczym czynniku, lecz o zespołach powiązanych ze sobą czynników zwiększających ryzyko samobójcze.

Specjaliści oceniają ryzyko samobójcze na skali od braku ryzyka, przez ryzyko niskie i umiarkowane, aż do wysokiego, które oznacza groźną zapowiedź i/lub usiłowanie podjęcia zachowań samobójczych. Trudno znaleźć definicję każdego z poziomów, a rozważania autorów różnych badań pokazują, że obecnie weryfikuje się dostępne narzędzia pod względem czułości i swoistości. Najważniejsza rzecz, na którą powinni zwracać uwagę klinicyści, to stopień ryzyka. Im jest on wyższy, tym bardziej zaawansowane procedury ochronne trzeba wdrożyć – wraz z odpowiednim leczeniem, dostosowanym do aktualnego stanu psychicznego i objawów chorobowych (Berman i Silverman, 2014). Pacjenci z wysokim ryzykiem samobójstwa, o silnych tendencjach do odebrania sobie życia, zwykle wymagają przyjęcia do oddziału psychiatrycznego.

Zgodnie z polskim prawem w przypadku stwierdzenia zagrożenia dla życia i zdrowia osoba może zostać przyjęta do szpitala psychiatrycznego za zgodą (art. 22 Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535) bądź bez zgody (na mocy art. 23 przywołanej ustawy, jeżeli stwierdza się chorobę psychiczną, lub art. 24, jeżeli konieczna jest obserwacja stanu psychicznego). Oszacowanie ryzyka samobójstwa powinno nastąpić już w toku pierwszej oceny stanu psychicznego (w ramach procedury przyjmowania do szpitala), której dokonują lekarz izby przyjęć lub psychiatra (w przypadku szpitali psychiatrycznych), następnie lekarz oddziału i psycholog. W trakcie pobytu monitoruje się stan psychiczny pacjenta, a w dniu wypisu ocenia się efekty leczenia i terapii

psychologicznej (aktualny stan psychiczny ze szczególnym uwzględnieniem bieżącego samopoczucia, posiadanych zasobów, realnych planów na przyszłość czy tendencji/intencji samobójczych).

### DOTYCHCZASOWY STAN WIEDZY I PRZEGLĄD METOD OCENY RYZYKA SUICYDALNEGO

Niejednokrotnie już podejmowano próby usystematyzowania wiedzy na temat oceny ryzyka samobójczego i zapobiegania nasilającym się zachowaniom samobójczym. Autorzy prac naukowych starali się dobrać narzędzia diagnostyczne, aby opracować najlepszy możliwy sposób identyfikacji czynników ryzyka zachowań samobójczych. Według badań (Brown, 2000; Brown *et al.*, 2021) pierwszym etapem identyfikacji problemu powinno być badanie psychiatryczne lub psychologiczne. Duży wkład w rozwój badań nad zachowaniami samobójczymi mieli Beck, Resnik i Lettieri (1974). Istnieje około 20 skal uznawanych za przydatne w ocenie ryzyka zachowań samobójczych, m.in. Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck i Steer, 1990), Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) (Posner *et al.*, 2011), Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) (Horowitz *et al.*, 2020), Beck Hopelessness Scale (BHS) (Beck *et al.*, 1974), High-Risk Construct Scale (NEW) (Shneidman, 1985). Poszukiwano rozwiązań pomocnych w identyfikacji czynników ryzyka zachowań samobójczych (Verona *et al.*, 2004). Próbowano również stworzyć wzór matematyczny, traktując ryzyko samobójcze jako sumę czynników osobistych i zewnętrznych oraz stanu psychicznego (Maltsberger, 1986). Badacze udowodnili, że istnieją zmienne, które można rozumieć jako czynniki zachowań samobójczych: wcześniejsze próby samobójcze, choroby i dysfunkcje o podłożu psychicznym, współwystępowanie i stopień zaawansowania chorób psychicznych, cechy osobowości (impulsywność, neurotyzm), markery genetyczne, lęk, zachowania agresywne, nadużywanie substancji psychoaktywnych czy zmienne demograficzne (Blasco-Fontecilla *et al.*, 2009; Harris i Barraclough, 1998; Nock i Banaji, 2007; Soloff i Fabio, 2008; Yen *et al.*, 2003).

Ocena ryzyka zachowań samobójczych jest istotna nie tylko ze względu na ochronę zdrowia i życia, ale również w kontekście wyboru właściwych oddziaływań terapeutycznych, aby zminimalizować ryzyko na przyszłość. Są to kwestie kluczowe dla ochrony jednostki i jej zdrowia psychicznego, a także – biorąc pod uwagę postwencję – dla zdrowia publicznego.

### PROCEDURA OCENY RYZYKA SAMOBÓJCZEGO (PORS)

Brak ujednoliconej i usystematyzowanej procedury oceny ryzyka samobójczego wśród pacjentów szpitali psychiatrycznych sprawiło, że postanowiono podjąć próbę opracowania jej w warunkach polskiego szpitala. Jak już wspomniano, osoba z bezpośrednim zagrożeniem życia

związanym z zachowaniem samobójczym powinna zostać przyjęta do oddziału psychiatrycznego w celu leczenia i dalszych oddziaływań terapeutycznych. Decyzja o przyjęciu (tak samo jak decyzja o wypisaniu) pacjenta ze skłonnością do samobójstwa ma kluczowe znaczenie. Psychiatrzy z dużym doświadczeniem oceniają ryzyko samobójcze na podstawie pełnego wywiadu, także rodzinnego i z osobami z otoczenia (włącznie z zespołem ratownictwa medycznego czy policją). W badaniu psychiatrycznym należy uwzględnić ustalone – indywidualne i demograficzne – czynniki ryzyka, jak również czynniki ochronne. Badanie powinno mieć charakter częściowo ustrukturalizowanego wywiadu, wspomaganego badaniem psychologicznym – zarówno w formie rozmowy indywidualnej, jak i ujednoliconych metod diagnostycznych. Dostępne dane pozwalają przypuszczać, że ocena ryzyka jest często przeszacowana lub niedoszacowana. Pomoc tu może ujednolicona procedura, przy czym badanie i oddziaływania powinny być indywidualnie dopasowane do pacjenta i kontekstu; wiąże się to głównie z czynnikami podmiotowymi, sytuacyjnymi i socjodemograficznymi. Procedurę trzeba poddawać okresowej ewaluacji – ze względu na zmienne czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, które mogą oddziaływać na jednostkę.

Procedura Oceny Ryzyka Samobójczego (PORS) powstała we współpracy ze specjalistami ze Szpitala dla Nerwów i Psychicznich Chorych w Rybniku. W ramach prac wyselekcjonowano metody przesiewowe i usystematyzowano obszary tematyczne badania psychologicznego dotyczącego czynników ryzyka zachowań suicydalnych.

Opis etapów tworzenia PORS prezentuje tab. 1. Etapy pierwszy i drugi obejmowały przygotowanie merytoryczne, analizę aktualnej wiedzy na temat zachowań samobójczych oraz przegląd i wybór narzędzi. Narzędzie przesiewowe Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) (Horowitz *et al.*, 2020) wybrano jako główne narzędzie oceny przy wypisie pacjenta (stosowane w celu potwierdzenia braku aktualnych myśli i zamiarów samobójczych oraz innych czynników ryzyka, takich jak poczucie bycia ciężarem dla otoczenia). Kolejne narzędzia to badanie psychologiczne w formie częściowo ustrukturalizowanego wywiadu psychologicznego (tab. 2) i narzędzie pomocnicze wykorzystywane w trakcie hospitalizacji – Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) (Posner *et al.*, 2011).

ASQ to czteropytaniowe narzędzie przesiewowe do oceny ryzyka samobójstwa, stosowane wśród dorosłych pacjentów placówek medycznych. Wszystkie pytania odnoszą się do głównych czynników ryzyka zachowań samobójczych, a trzy z nich dotyczą myśli samobójczych i pragnienia śmierci w ostatnim czasie. ASQ ma dobre właściwości psychometryczne, stwierdzono również wysoką trzymiesięczną wartość predykcyjną narzędzia w grupie osób przebywających w oddziale ratunkowym z powodu próby samobójczej (Horowitz *et al.*, 2020). Na każde z pytań pacjent odpowiada „tak” lub „nie”. W przypadku odpowiedzi twierdzącej na pytanie 4 należy zadać dodatkowe pytanie związane z aktualnymi myślami i zamiarami samobójczymi.

Etap	Opis etapu
1.	Metody dotychczas stosowane w oddziałach, elementy wywiadu psychologicznego i psychiatrycznego oraz weryfikacja wiedzy dotyczącej oceny ryzyka samobójczego, subiektywne zapotrzebowanie na ujedynoloną procedurę oceny ryzyka samobójczego
2.	Analiza dostępnych metod oceny ryzyka, analiza literatury, spotkanie klinicystów, próba wyboru metod diagnostycznych i ustrukturalizowania wywiadu psychologicznego
3.	Translacja kwestionariuszy – procedura tłumaczenia, uzyskanie ostatecznej wersji kwestionariuszy, niezależna praca sędziów kompetentnych nad stworzeniem częściowo ustrukturalizowanego badania psychologicznego
4.	Wprowadzenie procedury w oddziałach szpitalnych, szkolenie
5.	Weryfikacja efektów wykorzystania PORS – kilka miesięcy od pierwszego zastosowania procedury

Tab. 1. Etapy tworzenia PORS

Uzyskano zgodę autorów na tłumaczenie i użycie narzędzia. C-SSRS jest częściowo ustrukturyzowanym wywiadem, który służy do oceny myśli i zachowań samobójczych. Skala mierzy cztery konstrukty, każdy w osobnej podskali. W podskali nasilenia pacjent udziela odpowiedzi na pięciopunktowej skali porządkowej, gdzie 1 oznacza chęć śmierci, a 5 – zamiary samobójcze z planem. Druga podskala – intensywności – składa się z pięciu pozycji (częstotliwość, czas trwania, sterowalność, środki odstraszające i powód wyobrażenia), z których każda oceniana jest również w pięciopunktowej skali porządkowej. W podskali zachowania, dotyczącej przerwanych prób samobójczych, zachowań przygotowawczych i samookaleczeń, posłużono się skalą nominalną. Podskala śmiertelności ocenia – na sześciopunktowej skali porządkowej – próby podjęte przez badanego. Jeśli pacjent wskaże odpowiedź 0 (brak fizycznych uszkodzeń lub uszkodzenia minimalne), przechodzi do dodatkowego pytania o potencjalną śmiertelność prób, którą ocenia na trzypunktowej skali porządkowej. Uzyskano oryginalną polską wersję kwestionariusza i zgodę autorów na użycie narzędzia.

Na trzecim etapie procedury przystąpiono do tłumaczenia testu ASQ. Wersję oryginalną na język polski przełożyło dwóch niezależnych tłumaczy, następnie porównano

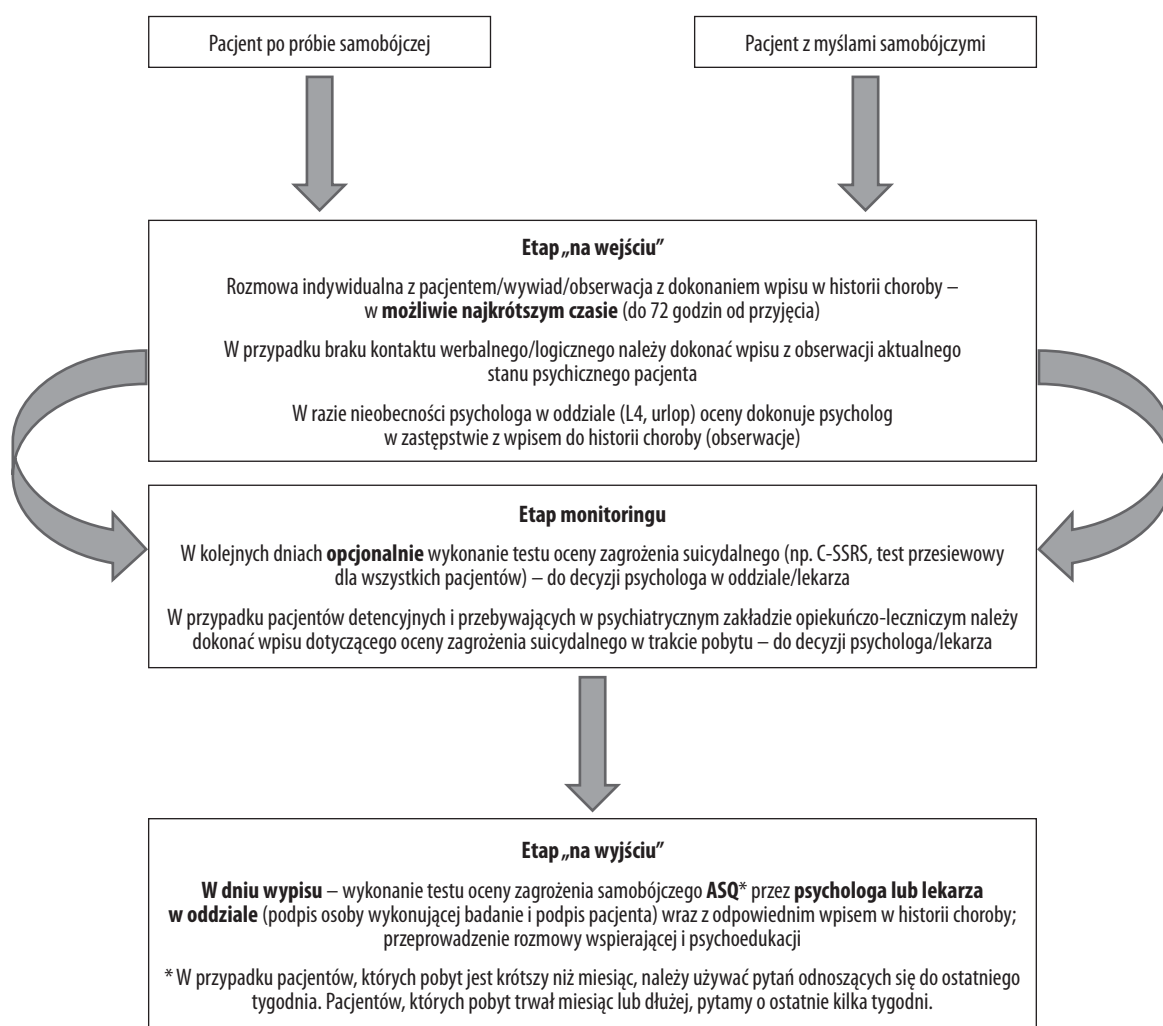
zgodność obu wersji. Przeprowadzono badania pilotażowe metodą test–retest ( $N = 30$ ,  $M = 37,7$  roku, odchylenie standardowe, *standard deviation*,  $SD = 12,56$ ), aby sprawdzić, czy poszczególne pozycje są zrozumiałe i jednoznaczne. Żadna z pozycji nie stanowiła problemu dla badanych. Zorganizowano też badania z udziałem osób dwujęzycznych ( $N = 10$ ,  $M = 37,2$  roku,  $SD = 15,65$ ), co miało na celu sprawdzenie równoważności językowej dwóch wersji kwestionariusza. Wyniki poddano analizie, korelując ze sobą wyniki pozycji obu wersji językowych. Po przeanalizowaniu rezultatów stwierdzono, że każda z pozycji była równoważna (współczynnik korelacji wahał się między 0,87 a 0,96). Narzędzie ASQ zostało zmodyfikowane leksykalnie i graficznie. Powstały dwie wersje testu: 1. z pytaniami odnoszącymi się do ostatniego tygodnia – dla osób hospitalizowanych krócej niż miesiąc, 2. z pytaniami odnoszącymi się do ostatnich kilku tygodni (jak w wersji oryginalnej) – dla osób przebywających w szpitalu dłużej niż miesiąc. Sposób zadawania pytań okazał się zrozumiały dla pacjentów, a wyniki uzyskane w badaniach pilotażowych – satysfakcjonujące. Ponadto do ASQ dodano miejsce na podpis pacjenta i lekarza/psychologa. Narzędzie stosowano w grupie pacjentów powyżej 18. roku życia (Horowitz *et al.*, 2020), a formę pytań zmieniono na grzecznościową („Czy Pan/Pani...”).

Czynniki ryzyka	Obszary pytań diagnostycznych
Predyspozycje do zachowań samobójczych	Wcześniejsze hospitalizacje psychiatryczne z powodu próby samobójczej (zwiększone ryzyko kolejnej próby), niedawne zakończenie ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego (zwiększone ryzyko do roku po zakończeniu leczenia), historia nadużyć, płęć męska
Czynniki sytuacyjne (straty w życiu) i stresory	Znacząca strata (finansowa, tożsamościowa, miłośnicza), ostre lub przewlekłe problemy zdrowotne, niestabilność w związku
Prezentowane objawy	Objawy depresyjne (anhedonia, niska samoocena, smutek, zmęczenie; zwiększone ryzyko w połączeniu z lękiem i nadużywaniem substancji psychoaktywnych), choroba afektywna dwubiegunowa (zwiększone ryzyko na początkowych etapach choroby), lęk (zwiększone ryzyko związane z lękiem rozumianym jako cecha), schizofrenia (zwiększone ryzyko po wystąpieniu objawów psychotycznych), zaburzenia osobowości typu borderline i osobowość antyspołeczna
Obecność poczucia beznadziejności	Poważne poczucie beznadziejności, czas trwania poczucia beznadziejności
Charakter myśli samobójczych	Częstotliwość, intensywność i czas trwania myśli, obecność planu samobójczego (zwiększone ryzyko), dostępność środków, aktywne zachowania samobójcze, wyraźne zamiary samobójcze
Wcześniejsze zachowania samobójcze	Częstotliwość i kontekst wcześniejszych zachowań samobójczych, postrzeganie śmierci i śmiertelności, szukanie pomocy, zachowania przygotowawcze
Impulsywność i samokontrola	Samokontrola subiektywna i kontrola obiektywna (np. agresja, nadużywanie substancji i zachowania impulsywne)
Pragnienie śmierci	Deklarowany brak strachu przed umieraniem, zwiększona tolerancja na ból fizyczny, determinacja w podjęciu próby samobójczej
Czynniki ochronne	Wsparcie społeczne, umiejętność rozwiązywania problemów, aktywny udział w leczeniu, obecność nadziei, posiadanie dzieci, ciąży, satysfakcja życiowa, strach przed dezaprobatą społeczną, wsparcie osób bliskich, poczucie zrozumienia, wysoka samoocena i poczucie własnej wartości, strach przed samobójstwem i śmiercią

Tab. 2. Kryteria i obszary pytań częściowo ustrukturalizowanego badania wstępnego. Opracowanie własne na podstawie: Bryan i Rudd, 2006

Poziom ryzyka samobójczego	Opis i charakterystyka
Niski	Nie ujawniono czynników ryzyka wymagających interwencji i nie ma obecnie zagrożenia samobójstwem. W przypadku wcześniej ujawnianych zachowań samobójczych niskie ryzyko oznacza, że nie pojawiły się nowe, znaczące czynniki ryzyka skłaniające do samobójstwa. Pacjent może wymagać dalszego monitorowania stanu klinicznego i ryzyka samobójstwa, jeśli pojawiają się zmiany w sytuacji życiowej i/lub stanie psychicznym, które mogą wpłynąć na to ryzyko
Umiarkowany	Ujawniono pewne czynniki ryzyka oraz istnieje konieczność opracowania planu, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia zachowań samobójczych. Wywiad wstępny, obserwacja stanu i analiza dokumentacji prowadzą do wniosku, że pacjent w części lub w większości obszarów diagnostycznych wykazuje aktywne czynniki ryzyka. Ryzyko samobójstwa jest obecne, ale można nim zarządzać przez bieżące wsparcie i trwającą opiekę kliniczną. Pacjent wymaga stałego monitorowania ryzyka samobójstwa, należy także wdrożyć następujące środki: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ryzyko samobójstwa jest oceniane na bieżąco, a wyniki oceny – odpowiednio dokumentowane</li> <li>• Plan monitorowania ryzyka samobójstwa i zarządzania ryzykiem jest opracowywany, dokumentowany, komunikowany i wdrażany, również w formie oddziaływań farmakologicznych</li> <li>• Zmiana statusu ryzyka samobójstwa i poziom ryzyka są dokumentowane i odpowiednio komunikowane</li> </ul>
Wysoki	Ujawniono wysokie (nadciągające) ryzyko popełnienia samobójstwa. Istnieje wiele czynników, które wskazują na wysoki stopień ryzyka i konieczność natychmiastowej interwencji lub monitoringu. Wywiad wstępny, obserwacja stanu i analiza dokumentacji prowadzą do wniosku, że pacjent we wszystkich lub prawie wszystkich obszarach diagnostycznych wykazuje aktywne czynniki ryzyka. Sytuacja wymaga wdrożenia następujących środków: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wysoki poziom ryzyka samobójstwa oraz plan monitorowania i działania powinny być odpowiednio dokumentowane i komunikowane personelowi medycznemu. Konieczne może być zastosowanie stałych, ścisłych lub innych ram monitorowania, określonych klinicznie</li> <li>• Odpowiedzialny klinicysta ustala miejsce opieki na podstawie swojej najlepszej oceny klinicznej</li> <li>• W zależności od potrzeb opieki klinicznej zespół terapeutyczny przeprowadza ciągłą formalną ocenę statusu ryzyka samobójstwa</li> </ul>

Tab. 3. Poziomy ryzyka zachowań samobójczych. Opracowanie własne na podstawie: Sadek et al., 2020



ASQ – Ask Suicide-Screening Questions; C-SSRS – Columbia-Suicide Severity Rating Scale.



Równoległa praca sędziów kompetentnych polegała na wyborze składników wywiadu w celu opracowania częściowo ustrukturalizowanego badania psychologicznego (tab. 2). Ponadto w trzecim etapie przeprowadzono badania pilotażowe, w których zweryfikowano efekty. W etapie czwartym wdrożono PORS w oddziałach szpitalnych i udostępniono materiały. Etap piąty – obecnie realizowany – polega na weryfikacji przydatności procedury, a także poziomu trudności i realności stosowania PORS w warunkach szpitalnych. Dotychczasowe dane wskazują na użyteczność narzędzi i zasadność wykorzystania PORS. Sędziowie kompetentni (psychologowie i psychiatry) zgodnie uznali, iż współwystępowanie opisanych czynników ryzyka zwiększa stopień zagrożenia samobójstwem. Im więcej czynników ryzyka (ujętych w tab. 2) oraz im mniej czynników ochronnych, tym wyższe ryzyko suicydalne. Wstępny wywiad psychologiczny, czyli rozmowa indywidualna wraz z oceną ryzyka, powinien zostać przeprowadzony przez psychologa oddziału w możliwie najkrótszym czasie od momentu przyjęcia do szpitala. PORS stosuje się u osób po próbie samobójczej podjętej przed aktualną hospitalizacją lub w przypadku ujawnienia zachowań autodestrukcyjnych z intencją śmierci w trakcie pobytu oraz u osób z myślami samobójczymi (będącymi pośrednią lub bezpośrednią przyczyną hospitalizacji). Stan pacjenta powinno się monitorować całą dobę, a jeśli występuje wysokie ryzyko samobójcze, należy wdrożyć dodatkową obserwację – zgodnie z przepisami oddziału. Przed upływem 72 godzin od przyjęcia, również ze względu na potencjalnie niekorzystny stan psychiczny osoby hospitalizowanej, trzeba przeprowadzić badanie psychologiczne w formie rozmowy indywidualnej. Służy to oszacowaniu czynników ryzyka zachowań samobójczych (etap „na wejściu”). Badanie psychologiczne następuje po badaniu psychiatrycznym, podczas którego lekarz ocenia ryzyko zachowań samobójczych, i powinno zakończyć się oceną ryzyka zachowań autodestrukcyjnych. Wyszczególniono trzy poziomy ryzyka: niski, umiarkowany i wysoki (tab. 3). Zaleca się, aby w kolejnych dniach monitorować stan pacjenta w oddziale pod względem myśli i zamiarów samobójczych (etap monitoringu). Ostatnią fazą procedury jest dokonanie oceny ryzyka suicydalnego narzędziem przesiewowym ASQ (etap „na wyjściu”). Służy to potwierdzeniu zasadności wypisu (ustalonej wcześniej w gronie specjalistów), braku myśli i zamiarów samobójczych i braku poczucia bycia ciężarem dla innych w ciągu ostatniego tygodnia/kilku tygodni. Uznano, iż na brak ryzyka zachowań samobójczych „na wyjściu” wskazuje – oprócz obiektywnych danych pochodzących od zespołu terapeutycznego – brak myśli i zamiarów samobójczych w ciągu tygodnia/kilku tygodni, a przede wszystkim brak aktywnych, aktualnych myśli samobójczych (pytanie 5 w ASQ). Ustabilizowanie stanu pacjenta w warunkach szpitalnych nie kończy procesu powracania do zdrowia psychicznego. Ważne jest, aby osoba opuszczająca szpital otrzymała zalecenia odnośnie do dalszego postępowania, kontaktu z psychologiem i psychiatrą (w zależności od indywidualnych potrzeb psychicznych). Istotna jest też psychoedukacja

z zakresu uważności, dotycząca mocnych i słabych stron pacjenta oraz objawów/sytuacji mogących wpływać na pojawienie się myśli i zamiarów samobójczych. Tematyka psychoedukacji powinna skupiać się na czynnikach ochronnych, sposobach ich dostrzegania i wzmacniania. Zalecenia psychologiczne należy przedstawić w sposób zrozumiały, a pacjent musi mieć możliwość zadawania pytań, wyrażania wątpliwości i obaw. Ponadto w miarę możliwości w proces powrotu do zdrowia powinno się włączyć rodzinę i najbliższych pacjenta (jako element wsparcia, który sprzyja poczuciu bezpieczeństwa). Dobrze opracowany plan bezpieczeństwa może zmniejszyć ryzyko nawrotu objawów chorobowych lub pojawienia się reakcji nieadaptacyjnych.

Ryc. 1 prezentuje ostateczną wersję PORS. Wdrożenie procedury wraz z przeprowadzeniem szkolenia dla psychologów szpitala zajęło kilka miesięcy (druga połowa 2021 roku). Proces wdrażania obejmował monitoring działań psychologicznych i psychiatrycznych związanych z PORS, efektów działań terapeutycznych i ponownych hospitalizacji pacjentów, a także ewaluację. Zaobserwowano pozytywne rezultaty stosowania PORS. Skupienie się na czynnikach zagrożających i ochronnych we wstępnym badaniu psychologicznym pozwoliło bardziej indywidualnie i szczegółowo interpretować stan psychiczny pacjentów. Kolejne oddziaływania terapeutyczne były zatem w większym stopniu specyficzne dla danej osoby, co niewątpliwie – jak wynika również z relacji pacjentów – korzystnie wpłynęło na cały proces terapeutyczny.

## PODSUMOWANIE

PORS powstała na bazie analizy literatury dotyczącej zachowań samobójczych i systematyzuje zarówno czynniki ryzyka, jak i sposób postępowania w przypadku zagrożenia związanego z próbą samobójczą. W warunkach polskich brakuje procedury (schematu) oceny ryzyka suicydalnego, która powinna obowiązywać w każdym szpitalu psychiatrycznym. Początkowa ocena – etap „na wejściu” – pozwala podjąć odpowiednie działania w oddziale, chociażby prowadzić rozmowy indywidualne, objąć pacjenta szczególną obserwacją czy wdrożyć farmakoterapię. Kolejna faza – etap monitoringu – służy weryfikacji efektów leczenia poprzez ocenę aktualnego stanu psychicznego (występowania i nasilenia czynników ryzyka, ewentualnego pojawienia się nowych, stosunku pacjenta do siebie i własnej perspektywy życiowej). Wszystko to powinno prowadzić do ponownej oceny myśli i zamiarów samobójczych. Etap ostatni – „na wyjściu” – to potwierdzenie zasadności wypisu. Istotne są tu zarówno specjalistyczna wiedza kliniczna, jak i praca w zespole terapeutycznym, zachowanie pacjenta w trakcie pobytu, efekty badań i rozmów psychologicznych. Dzięki narzędziu przesiewowemu ASQ można potwierdzić, że deklarowana przez badanego poprawa stanu psychicznego pozwala na stosunkowo bezpieczne funkcjonowanie poza szpitalem. Jest to wsparcie posiadanych już danych

o aktualnym stanie psychicznym, na których podstawie podjęto decyzję o wypisie.

Należy pamiętać, że nie istnieje idealne narzędzie, które jednoznacznie ocenia ryzyko samobójcze. Żadna metoda nie jest w stanie przewidzieć wystąpienia zachowań suicydalnych – może jedynie wskazać i opisać czynniki ryzyka, co wpływa na oszacowanie stopnia zagrożenia. Współpraca psychologiczno-psychiatryczna ma na celu zapobieganie próbom samobójczym przez minimalizację oddziaływania czynników opisywanych jako zagrażające zdrowiu i życiu pacjenta.

### Konflikt interesów

*Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

### Piśmiennictwo

- Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C et al.: Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med* 2014; 29: 870–877.
- Ahmedani BK, Stewart C, Simon GE et al.: Racial/ethnic differences in health care visits made before suicide attempt across the United States. *Med Care* 2015; 53: 430–435.
- American Psychiatric Association: Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (11 Suppl): 1–60.
- Beautrais AL: Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 1–11.
- Beck AT, Steer RA: Manual for Beck Anxiety Inventory. Psychological Corporation, San Antonio 1990.
- Beck AT, Resnik HL, Lettieri DJ (eds.): *The Prediction of Suicide*. The Charles Press, Bowie, Maryland 1974.
- Beck AT, Weissman A, Lester D et al.: The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 861–865.
- Berman AL, Silverman MM: Suicide risk assessment and risk formulation. Part II: Suicide risk formulation and the determination of levels of risk. *Suicide Life Threat Behav* 2014; 44: 432–443.
- Blasco-Fontecilla H, Baca-Garcia E, Dervic K et al.: Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 149–155.
- Brown GK: A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults. National Institute of Mental Health, Philadelphia 2000.
- Brown SL, Marshall AJ, Mitchell SM et al.: Suicide ideation and thwarted interpersonal needs among psychiatric inpatients: a network approach. *Clin Psychol Sci* 2021; 9: 1080–1094.
- Bryan CJ, Rudd MD: Advances in the assessment of suicide risk. *J Clin Psychol* 2006; 62: 185–200.

- Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M et al.: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33: 395–405.
- Gaur M, Alambo A, Sain JP et al.: Knowledge-aware assessment of severity of suicide risk for early intervention. In: *Companion Proceedings of The 2019 World Wide Web Conference*; 2019: 514–525.
- Harris EC, Barraclough B: Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 11–53.
- Ho TP: The suicide risk of discharged psychiatric patients. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 702–707.
- Horowitz LM, Snyder DJ, Boudreaux ED et al.: Validation of the ask suicide-screening questions for adult medical inpatients: a brief tool for all ages. *Psychosomatics* 2020; 61: 713–722.
- Husky MM, Guignard R, Beck F et al.: Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. *J Affect Disord* 2013; 151: 1059–1065.
- Institute of Medicine (US) Committee on Pathophysiology and Prevention of Adolescent and Adult Suicide; Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM et al. (eds.): *Reducing Suicide: A National Imperative*. National Academies Press, Washington, DC 2002.
- Jobes DA, Gregorian MJ, Colborn VA: A stepped care approach to clinical suicide prevention. *Psychol Serv* 2018; 15: 243–250.
- Maltsberger JT: *Suicide Risk: The Formulation of Clinical Judgment*. New York University Press, New York 1986.
- Nock MK, Banaji MR: Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75: 707–715.
- Posner K, Brown GK, Stanley B et al.: 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.
- Rudd MD: Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In: Ellis TE (ed.): *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy*. American Psychological Association, Washington, DC 2006: 355–368.
- Sadek J, Pyche M, Theriault S et al.: A new suicide risk assessment tool in Nova Scotia, Canada. *Clin Invest Med* 2020; 43: E30–E34.
- Saxena S, Krug E, Chestnov O; World Health Organization – Department of Mental Health and Substance Abuse: *Preventing Suicide. A Global Imperative*. World Health Organization, Geneva 2014.
- Shneidman E: *Definition of Suicide*. John Wiley and Sons, New York 1985.
- Soloff PH, Fabio A: Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. *J Pers Disord* 2008; 22: 123–134.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2020 poz. 685).
- Verona E, Sachs-Ericsson N, Joiner TE Jr: Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 444–451.
- Yen S, Shea MT, Pagano M et al.: Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Abnorm Psychol* 2003; 112: 375–381.