

Samobójstwo w chorobach neurologicznych

Irena Krupka-Matuszczyk, Krzysztof Krysta

Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii SUM w Katowicach



Cel

Omówienie problemu śmierci dobrowolnej, lecz gwałtownej jaką jest samobójstwo z podaniem niektórych danych epidemiologicznych i przedstawienie zagrożenia tym aktem u pacjentów z chorobami neurologicznymi.

Rozumienie samobójstwa w wymiarze prawnym przeczy jego istocie

- Samobójstwo to świadomy akt samouniwersowania (*Kokoszka*).
- Samobójstwo stanowi osobisty wybór pacjenta (*Combs, Romm*).

Dane epidemiologiczne

- Dane ONZ: 3000 osób dziennie na świecie odbiera sobie życie, rocznie ponad 1mln
- Polska ze wskaźnikiem 15/100tys. populacji plasuje się na 22 miejscu w statystyce światowej.
- 4087 (570 kobiet) samobójstw w Polsce w 2010r (GUS, Komenda Główna Policji)
- Najwyższe wskaźniki na 100tys. ludności zanotowano w woj.: dolnośląskim, zachodniopomorskim, lubuskim, najniższe: śląskim i świętokrzyskim.
- Dane demograficzne: wiek 35-55 lat, mężczyzna, od niedawna owdowiały lub rozwiedziony, mieszkaniec wsi lub małego miasteczka, pracujący fizycznie lub bezrobotny, student, uwięziony.
- Pora roku: wiosna, jesień, dzień tygodnia: poniedziałek lub wtorek.
- Metoda: powieszenie, rzucenie z wysokości, pocięcie, rzucenie się pod pojazd, użycie gazu lub/i leków.

Zachowanie samobójcze

- Intencja uczynienia sobie krzywdy
- Myśli samobójcze
- Gesty samobójcze
- Samouszkodzenia
- Próby samobójcze
- Samobójstwo



„Syndrom presuicydalny” (Ringel 1973)

Zawężenie

- sytuacyjne (utrata równowagi, warunki życia, a poczucie własnych możliwości)
- dynamiczne (szczyt w czasie samobójstwa, brak możliwości kontroli)
- zawężenie stosunków międzyludzkich, całkowita izolacja
- zawężenie świata wartości (własnej, dewaluacja, „mieć czy być”, większe znaczenie ocen subiektywnych)

Agresja hamowana i autoagresja

(celem są inni, ale jest skierowana do siebie)

Fantazje samobójcze

Samobójstwo

- Akt wyboru
- Akt woli
- Decyzja
- Lęk przed życiem
- Agresja
- Ucieczka
- Walka
- Pokonanie instynktu samozachowawczego



Ocena ryzyka samobójstwa MINI Podskala C

Ryzyko niskie

- Bierne pragnienie śmierci
- Myśli o autoagresji
- Próba S w wywiadzie

Ryzyko średnie

- Myśli o S
- Myśli o autoagresji i próba S w wywiadzie

Ryzyko wysokie

- Plany samobójstwa
- Stan po próbie S

Skala Depresji Hamiltona Pkt 3

0 - nie stwierdza się myśli S

1 - poczucie, że nie warto żyć, ale nie ma pragnienia śmierci

2 - pragnienia śmierci, np. droga naturalną, ale nie planuje odebrać sobie życie

3 - jest prawdopodobne, że pacjent planuje odebrać sobie życie

4 - w ciągu kilku dni przed badaniem pacjent próbował popełnić S lub jest pod specjalną obserwacją z powodu dużego zagrożenia

Samobójstwo – grupa podwyższonego ryzyka

- Współwystępowanie zaburzeń neurologicznych i psychicznych.
- Fantazje samobójcze.
- „Sztwność poznawcza” (mała elastyczność, myślenie dychotomiczne „albo – albo”).
- Informowanie o intencjach, szukanie pomocy medycznej, zagrożenie.
- Próby samobójcze.
- Samobójstwo w otoczeniu lub rodzinie.
- Konkretnie wyobrażenia o sposobach S.
- Sny autoagresywne, katastroficzne.

Cechy kliniczne zachowania samobójczego (czynniki ryzyka)

- Depresja
- Przewlekła choroba somatyczna i neurologiczna
- Uzależnienie od środków psychoaktywnych
- Zachowania antysocjalne
- Schizofrenia
- Zaburzenia osobowości
- Myśli samobójcze
- Molestowanie seksualne dzieci (ofiary i sprawcy)
- Próby samobójcze w przeszłości

Działania

- Konsultacja psychiatryczna.
- Hospitalizacja wbrew woli po stwierdzeniu choroby psychicznej i zagrożenia życia zgodnie z art. 23 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego w oddziale psychiatrycznym.
- Zastosowanie przymusu bezpośredniego zgodnie z art. 18 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego.
- Rodzaj leczenia z zależności od postawionego rozpoznania psychiatrycznego.

Wnioski

- Choć samobójstwa nie można przewidzieć to można mu zapobiegać.
- Sama diagnoza ma pośredni wpływ na ryzyko i skuteczność zapobiegania.
- Podstawowy środek zapobiegawczy to indywidualny kontakt, nadzór i obserwacja chorego.
- Powieszenie to najczęstszy sposób samobójstwa (eliminacja możliwości).

Samobójstwa w neurologii

- Samobójstwa w neurologii: 5-krotnie częściej niż w populacji ogólnej.
- Stwardnienie rozsiane: 2-7x częściej.
- Udar: 5-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej.
- Padaczka: 5-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej.
- Padaczka oporna na leczenie: 25-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej.
- Choroby rdzenia: 9-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej.

Predyktory samobójstwa w neurologii

- Depresja aktualna, w wywiadzie choroba afektywna
- Zaburzenia lękowe.
- Zaburzenia świadomości, zwłaszcza majaczenie.
- Zaburzenia osobowości ze zmianą zachowania i nastroju z działaniem impulsywnym.
- Obciążenie samobójstwem w rodzinie.
- Wcześniejsza próba samobójcza.
- Mężczyzna, samotny, dobrze wykształcony, za znaczną inwalidyzacją fizyczną