

Rozpoznanie psychiatryczne u młodocianych po wielokrotnych i pojedynczych próbach samobójczych

Psychiatric diagnoses in adolescents after single and multiple attempted suicides

AGNIESZKA GMITROWICZ, JOLANTA RABE-JABŁOŃSKA,
DOROTA WARZOCHA

Z II Kliniki Psychiatrycznej Katedry Psychiatrii Akademii Medycznej w Łodzi

STRESZCZENIE. Autorzy ocenili i porównali grupę młodocianych leczonych psychiatrycznie, po wielokrotnych próbach samobójczych (grupa WPS, n=24), z grupą młodocianych konsultowanych psychiatrycznie z powodu pierwszej (poważnej) próby samobójczej (grupa PPS, n=20), pod kątem struktury rozpoznań, sytuacji rodzinnej i szkolnej oraz motywów towarzyszących próbom samobójczym (PS). W grupie WPS przeważało rozpoznanie schizofrenii, natomiast w grupie PPS – zaburzeń depresyjnych. Konflikty rodzinne były najczęstszym motywem towarzyszącym PS w obydwu grupach. W grupie WPS występowały ponadto inne, istotne motywy, tj. poczucie beznadziejności, brak akceptacji choroby oraz głosy nakazujące. Alkoholizm rodziców występował dwa razy częściej w grupie PPS, natomiast poważne trudności szkolne przeważały w grupie WPS.

SUMMARY. Two groups of adolescents were assessed and compared in terms of diagnoses structure, family and school situation, as well as motives accompanying the attempted suicide (AS). The first group consisted of adolescents in psychiatric treatment for multiple attempted suicides (MAS group, n=24), and the other – of those referred for a psychiatric consultation due to their first (serious) attempted suicide (FAS group, n=20). While in the MAS group the diagnosis of schizophrenia predominated, in the FAS group depressive disorders prevailed. Family conflicts were the most frequent motive associated with AS in both groups. Besides, in the MAS group also other significant motives were reported, such as e.g. feelings of hopelessness, non-acceptance of the illness, and commanding voices. Parental alcohol dependence was twice as frequent in the FAS group, while serious difficulties at school predominated in the MAS group.

Słowa kluczowe: próby samobójcze / młodzież / rozpoznanie / cechy kliniczne

Key words: attempted suicide / adolescents / diagnosis / clinical characteristics

Samobójstwa są od lat jedną z podstawowych przyczyn zgonów młodzieży [8, 17, 18, 22]. Szacuje się, że usiłowania samobójcze występują u młodocianych co najmniej 10 razy częściej niż samobójstwa dokonane [22, 27]. Zjawisko samobójczości w okresie rozwojowym ujmowane jest obecnie jako proces: od myśli, wyobrażeń, poprzez plan działania, do próby zamachu samobójczego. Dlatego w literaturze dotyczącej tego zagadnienia używa się coraz częściej terminu „zachowania samobójcze”, bez rozróżniania

ich rodzaju [24]. Taki zabieg jest uzasadniony, gdyż celem jego jest ustalenie częstości występowania zachowań, które potencjalnie niosą ze sobą ryzyko śmierci, ponieważ trudno ocenić do czego doprowadziłyby nasilone myśli samobójcze, gdyby nie włączono odpowiedniego leczenia lub jak wzrosła by liczba dokonanych samobójstw, gdyby nie przypadek, który je uniemożliwił. Z drugiej strony, nierozróżnianie przez wielu autorów rodzaju zachowań samobójczych utrudnia ich porównanie i ocenę.

Wśród wielu czynników ryzyka samobójstwa u młodzieży, większość autorów wymienia płeć, wiek, rasę, szeroko rozumianą patologię rodziny, szereg czynników środowiskowych. Do 13 r.ż. istotnie częściej dokonują prób samobójczych dziewczęta, natomiast po 13 r.ż. narasta liczba zachowań samobójczych u chłopców. W okresie późnej adolescencji wskaźnik zachowań samobójczych jest kilkakrotnie (nawet 5-krotnie) wyższy u chłopców [11, 14]. Jednocześnie wraz z wiekiem rośnie tendencja do występowania zachowań samobójczych u obydwu płci. Ustalono również, że zachowania te częściej dotyczą przedstawicieli rasy białej, osób zmieniających w sposób zdecydowany swe środowisko, np. imigrantów [13, 26]. Szeroko rozumiana patologia rodziny dotyczy poważnego odsetka młodzieży przejawiającej zachowania samobójcze (zaburzenia depresyjne u rodziców, próby samobójcze, nadużywanie środków uzależniających, gwałtowna śmierć jednego z rodziców).

Z licznych badań wynika, że obecność zaburzeń psychicznych istotnie podnosi ryzyko śmierci samobójczej osób w okresie rozwojowym. Różne zaburzenia psychiczne stwierdzano u około 90% młodocianych z wywiadem samobójczym [16, 25].

W badaniach Saffera i wsp. ustalono rozpoznania: zaburzeń nastroju u 2/3 młodocianych samobójców, zaburzeń zachowania u 1/2, nadużywanie substancji psychoaktywnych rozpoznano u 1/3, zaburzenia lękowe u ok. 1/3, natomiast schizofrenię tylko u 3% badanych [25]. W piśmiennictwie podkreśla się związek przede wszystkim pomiędzy występowaniem zachowań samobójczych a obecnością zaburzeń depresyjnych (wskaźnik samobójstw u młodocianych z tym rozpoznaniem jest nawet do 20 razy wyższy niż w populacji generalnej) oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych i zaburzeń zachowania [2, 5, 11, 19, 21, 25, 27]. Zdaniem niektórych autorów, szczególne ryzyko dotyczy osób z rozpoznaniem schizofrenii (ryzyko śmierci samobójczej w tej grupie szacują oni na 80-krotnie wyższe niż w populacji ogólnej) [12].

Niektóre badania dotyczące częstości występowania zachowań samobójczych u młodocianych pacjentów psychiatrycznych przyniosły istotnie różniące się dane, które mieszczą się w przedziale od 18% do 80% [6, 20, 21, 23]. W przypadku osób z rozpoznaniem schizofrenii zachowania samobójcze dotyczyły 20%–40% pacjentów, depresji – 40% pacjentów, zaburzeń osobowości typu *borderline* – ok. 25% pacjentów [3, 15, 19].

Badania porównawcze obrazu zachowań poprzedzających dokonane samobójstwa lub próbę samobójczą u osób z rozpoznaniem schizofrenii i depresji wykazały obecność podobnych objawów w obydwu grupach diagnostycznych: uczucia beznadziejności, ruminacji, społecznego wycofania i braku aktywności [2]. Przyjęto dla nich nazwę „zespołu suicydalnego”, który, zdaniem Ahrensa i wsp., powinien być rozpoznawany niezależnie od podstawowej diagnozy, ponieważ uczuła lekarzy i opiekunów na możliwość pojawienia się u pacjentów zachowań samobójczych.

Bardzo poważnym problemem, z którym stykają się lekarze psychiatry pracujący z osobami w okresie rozwojowym są wielokrotne próby samobójcze. Więcej niż 2 próby samobójcze zgłasza co trzeci, czwarty młodociany z zachowaniem samobójczym [24, 25]. Wyniki dotychczas przeprowadzonych badań wskazują, że wielokrotne próby samobójcze stwierdzano istotnie częściej w grupie młodocianych pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, depresji, zaburzeń typu *borderline* niż u osób z zaburzeniami zachowania czy z zaburzeniami przystosowania, choć obecność w wywiadzie wcześniejszych zachowań samobójczych istotnie zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się kolejnej takiej próby, bez względu na obecność lub rodzaj współistniejących zaburzeń psychicznych [24].

Z badań Aalsta i wsp. wynika, że wielokrotne próby samobójcze wiążą się wyraźnie z młodym wiekiem, historią samobójstw w rodzinie, obecnością objawów schizofrenii oraz z pobytem poza domem [1].

Wśród pacjentów oddziału młodzieżowego II Kliniki Psychiatrycznej AM w Łodzi odnotowano 4 przypadki dokonanych samobójstw w ciągu ostatnich 10 lat. Średnio rocznie przyjmowanych jest 150 pacjentów (w tym ok. 1/3 po raz pierwszy). Około 1/3 do 1/2 osób leczonych w ciągu roku ujawnia zachowania samobójcze. Jak wynika z naszych danych, corocznie około 5% pacjentów stanowią osoby, które podejmowały wielokrotne próby samobójcze, czasem związane z bardzo poważnym zagrożeniem życia. Ta grupa pacjentów oraz ich rodziny wymagają szczególnego postępowania terapeutycznego.

CEL BADANIA

Celem pracy była ocena rodzaju zaburzeń psychicznych u młodocianych leczonych psychiatrycznie, którzy podejmowali wielokrotne próby samobójcze (3 i więcej razy) oraz porównanie jej pod kątem struktury rozpoznań, sytuacji rodzinnej, szkolnej, zdarzeń bezpośrednio poprzedzających podjęcie próby samobójczej z młodzieżą nie leczoną dotąd psychiatrycznie, konsultowaną z powodu pojedynczych zachowań samobójczych.

PACJENCI I METODA BADANIA

Pierwszą grupę badawczą stanowiło 24 pacjentów oddziału młodzieżowego II Kliniki Psychiatrycznej AM w Łodzi, którzy podjęli wielokrotne próby samobójcze (3 i więcej) – grupa osób z WPS. Zostali oni wyłonieni na podstawie analizy dokumentacji szpitalnej, z populacji bieżącej wszystkich pacjentów leczonych na wspomnianym oddziale w latach 1987–1997. W grupie tej było 12 dziewcząt i 12 chłopców. Wiek pacjentów, ustalony wg roku ich pierwszej hospitalizacji, zawierał się w przedziale 14–18 lat (średnia wieku – 15,9). Wszystkie osoby z tej grupy były wielokrotnie, w ciągu 10 lat, hospitalizowane (średnia ilość rehospitalizacji na jednego pacjenta – 3,5). Wiek tych samych pacjentów oceniany w czasie ostat-

niej hospitalizacji zawierał się w przedziale 15–21 lat (średnia wieku 17,9). Maksymalna liczba wielokrotnych hospitalizacji w tej grupie pacjentów – 7.

Druga grupa badawcza składała się z 20 młodocianych pacjentów nieleczonych dotąd psychiatrycznie, przysłanych kolejno, w ciągu jednego roku kalendarzowego, na konsultacje psychiatryczną z powodu dokonania poważnej pojedynczej próby samobójczej, głównie z Kliniki Ostrych Zatruc IMP w Łodzi – grupa osób z PPS. W grupie tej było 18 dziewcząt i 12 chłopców, w wieku 14–21 lat (średnia wieku 16,9).

Analizy dokumentacji lekarskiej dokonano niezależnie dwóch doświadczonych psychiatrów, ocenę zebranych danych przeprowadził trzeci psychiatra. Diagnozę psychiatryczną weryfikowano kierując się kryteriami DSM-IV [7]. W przypadku stwierdzenia rozbieżności, ostateczną decyzję poprzedzało dyskusją.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Sytuacja rodzinna

W grupie osób z WPS, 10 badanych (41,6%) pochodziło z rodzin niepełnych, w grupie osób z PPS – 8 badanych (40%). W grupie osób z WPS 8 osób było jedynakami, a 7 pochodziło z rodzin wielodzietnych (29,1%), w grupie osób z PPS również 7 osób wychowywało się w rodzinach wielodzietnych (14%).

Rodzinne występowanie schizofrenii stwierdzono u 5 badanych z WPS i u 3 z PPS (20,8% i 15%), depresji u 2 badanych z WPS, w grupie PPS jej nie stwierdzono. Alkoholizm rozpoznano u rodziców (głównie u ojców) 5 badanych z WPS i u rodziców 8 osób z PPS (20,8% i 40%).

Podsumowując, schizofrenię u członków rodzin stwierdzono u 15–20% badanych z obydwu grup, zaburzenia depresyjne tylko u członków rodzin osób z WPS, uzależnienie od alkoholu 2-krotnie częściej u rodziców badanych z PPS. Podobny procent osób z obydwu grup wychowywał się w rodzinach

Tablica 1. Porównanie¹ częstości występowania rodzinnych i szkolnych czynników ryzyka u młodocianych po pojedynczych próbach samobójczych (PPS) i u młodocianych po wielokrotnych próbach samobójczych (WPS)

Czynniki ryzyka	Grupa WPS (n = 24)		Grupa PPS (n = 20)		Test chi ²	Istotność (p)
	n	%	n	%		
Wielodzietność (3 i więcej)	7	0,29	7	0,35	0,171	p > 0,05
Niepełna rodzina	10	0,41	8	0,40	0,013	p > 0,05
Schizofrenia u krewnych	5	0,20	3	0,15	0,250	p > 0,05
Depresja u krewnych	2	0,08	–	0,00	–	p = 0,29
Alkoholizm rodziców	5	0,20	8	0,40	1,925	p > 0,05
Trudności w nauce	18	0,75	13	0,65	0,524	p > 0,05
Powtarzanie klas/przerwa w nauce*	14	0,58	6	0,30	3,532	p > 0,05

¹ Wybór testu (chi² lub Fishera) zależny był od rozkładu liczebności grup

* Różnica bliska istotności statystycznej

niepełnych (ok. 40%) oraz posiadał liczne rodzeństwo (ok. 30%). Porównanie obciążeń rodzinnych wśród badanych przedstawia tabl. 1.

Sytuacja szkolna

W grupie WPS 18 osób (75%) zgłaszało poważne trudności w nauce, w grupie PPS – 13 (65%). W grupie WPS – 14 osób (58%) powtarzało co najmniej jedną klasę lub przerwało naukę, w grupie PPS – 6 osób (30%).

Tak więc, trudności w nauce zgłaszali podobnie często pacjenci z obydwu grup (ok. 70%) lecz poważniejsze problemy (powtarzanie klas, przerwanie nauki) dotyczyły 2-krotnie częściej badanych z WPS (tabl. 1).

Ocena prób samobójczych

Średni wiek pacjentów w chwili podejmowania pierwszej próby samobójczej wynosił w grupie WPS – 15 lat, w grupie PPS – 16,9 lat. Najmłodszą osobą, która dokonała próby samobójczej (skok z wysokości, podjęty po śmierci matki) był 9-letni chłopiec.

Wśród sposobów pierwszego targnięcia się na swoje życie dominowało w obu grupach zatrucie lekami (WPS – 17 osób – 70,8%, PPS – 19 osób – 95%), inne sposoby wykorzystywane były wielokrotnie rzadziej, np. skok z wysokości – 4 osoby (WPS), pod-

cięcie żył – 3 osoby (WPS), próba powieszenia się – 1 osoba (PPS).

W grupie WPS ok. 29% badanych zastosowało inne sposoby odebrania sobie życia niż zatrucie się lekami, podczas gdy w grupie PPS użyło ich tylko 5% badanych.

W ocenianym okresie czasu badani z WPS podjęli w sumie 90 poważnych prób samobójczych. Maksymalna ilość zarejestrowanych prób samobójczych u jednej osoby – 6, średnio na każdego badanego przypadają niespełna cztery (3,75) próby.

Motywy prób samobójczych

Podczas oceny osób z grupy WPS, nie w każdym przypadku można było ustalić (na podstawie analizy znajdującego się w dokumentacji medycznej wywiadu z badanymi, ich rodzinami lub opiekunami) zdarzenia bezpośrednio poprzedzające podjęcie próby samobójczej lub objawy, które miały z nią zdecydowany związek. Wielokrotnie badani nie potrafili jednoznacznie wyjaśnić przyczyn swej decyzji. Zestawienie i porównanie częstości występowania motywów PS w badanych grupach przedstawia tabl. 2 (grupę osób z WPS podzielono na osoby po pierwszej PS i po kolejnych PS). Ostatecznie wyodrębniono następujące zdarzenia lub objawy poprzedzające pierwszą próbę samobójczą w grupie osób z WPS:

Motywy pierwszej próby w grupie wielokrotnych zachowań samobójczych

● konflikt z rodzicami (ostrzy i przewlekły)	– 10 osób
● odrzucenie przez rówieśników	– 4 osoby
● śmierć osoby bliskiej	– 3 osoby
● nieakceptowanie siebie	– 2 osoby
● poczucie beznadziejności	– 2 osoby
● niepowodzenia szkolne	– 2 osoby
● poczucie winy (oskarżanie siebie)	– 1 osoba

Zgłaszane często przez badanych (65–75%) trudności szkolne tylko przez dwie osoby po pierwszej PS zostały uznane za przyczynę ich zachowań samobójczych.

W trakcie kolejnych prób samobójczych badani z WPS podawali następujące zdarzenia lub objawy bezpośrednio poprzedzające próbę samobójczą i mające związek z ich de-

cyzją (wybierano najczęściej powtarzające się stwierdzenia, maksymalnie 2 u jednej osoby):

Motywy kolejnych prób w grupie wielokrotnych zachowań samobójczych

● przewlekłe konflikty z rodzicami	– 9 osób
● poczucie beznadziejności	– 8 osób
● głosy nakazujące (omamy imperatywne)	– 5 osób
● nieakceptacja choroby	– 5 osób
● głosy oskarżające	– 3 osoby
● rozstanie z partnerem	– 2 osoby

Badani z grupy PPS podawali jako bezpośredni motyw poprzedzający PS:

Motywy pierwszego zachowania samobójczego

● konflikt lub liczne konflikty z rodzicami	– 8 osób
● poczucie beznadziejności	– 4 osoby

Tablica 2. Porównanie częstości motywów prób samobójczych u młodocianych po pojedynczych próbach samobójczych (PPS) i u młodocianych po wielokrotnych próbach samobójczych (WPS) z uwzględnieniem pierwszej próby samobójczej i kolejnych

Motywy towarzyszące próbom samobójczym	Grupa PPS (n = 20)		Grupa WPS (n = 24)			
			pierwsza PS		kolejne PS	
	n	%	n	%	n	%
Śmierć osoby bliskiej	2	0,10	3	0,13	–	0,00
Konflikty z rodzicami	8	0,40	10	0,42	9	0,38
Odrzucenie przez partnera/rówieśników	3	0,15	4	0,17	2	0,08
Choroba psychiczna rodzica	1	0,05	–	0,00	–	0,00
Niepowodzenia szkolne	2	0,10	2	0,08	–	0,00
Poczucie beznadziejności**/1	4	0,20	2	0,08	8	0,33
Nieakceptacja siebie	–	0,00	2	0,08	–	0,00
Poczucie winy	–	0,00	1	0,04	–	0,00
Nieakceptowanie choroby**/1,2	–	0,00	–	0,00	5	0,21
Głosy nakazujące**/1,2	–	0,00	–	0,00	5	0,21
Głosy oskarżające	–	0,00	–	0,00	3	0,13

** Różnica istotna statystycznie

/1 – dla grupy po WPS z uwzględnieniem I PS i kolejnych PS

/2 – dla grupy po PPS i grupy po WPS z uwzględnieniem kolejnych PS

– nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy częstością motywów w grupie po PPS i w grupie po WPS z uwzględnieniem I PS

- odrzucenie przez partnera – 3 osoby
- niepowodzenia szkolne – 2 osoby
- śmierć osoby bliskiej – 2 osoby
- choroba psychiczna matki – 1 osoba

Analiza danych zawartych w tabl. 2 pokazuje, że w obu grupach zdarzeniem związanym zarówno z pierwszą, jak i z kolejnymi próbami samobójczymi, był ostry lub przewlekły konflikt z rodzicami (42% i 38% oraz 40%). Konflikt z rodzicami był najczęściej wymienianą przyczyną podjęcia pierwszej PS. W kolejnych próbach samobójczych u osób z WPS pojawiały się motywy bezpośrednio lub pośrednio związane z chorobą (głosy oskarżające – 13% nakazujące – 21%, poczucie beznadziejności – 33%, nieakceptowanie choroby – 21%).

W zasadzie nie stwierdzono istotnych różnic między rodzajem i częstością występowania zdarzeń poprzedzających pierwszą próbę samobójczą u osób z WPS i u badanych z PPS, poza częściej przeżywanym przez osoby z WPS poczuciem beznadziejności (33% i 20%).

Samobójstwa skuteczne

W analizowanej populacji 4 osoby dokonały skutecznego samobójstwa (2 dziewczyny i 2 chłopców). Wszystkie te próby miały charakter gwałtowny (2 powieszenia się, 1 skok z wysokości, 1 skok pod pociąg). W 3 przypadkach postawiono rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej, w jednym – nawracających zaburzeń depresyjnych.

Z dokumentacji wynika, że u wszystkich tych osób w okresie poprzedzającym zamach samobójczy, najczęściej już na wiele miesięcy wcześniej pojawiły się wszystkie 4 podstawowe objawy zespołu suicydalnego: poczucie beznadziejności, ruminacje samobójcze, wycofanie społeczne oraz znacznie obniżona aktywność celowa.

Rozpoznanie psychiatryczne u badanych

W tabl. 3 zestawiono i porównano częstości występowania poszczególnych diag-

noz psychiatrycznych (wg DSM-IV) w obydwu badanych grupach (z oceną grupy WPS po pierwszej i po ostatniej hospitalizacji).

Diagnozy końcowe u 2/3 osób z grupy WPS (wielokrotnie hospitalizowanych) uległy poprzez lata zmianie, głównie ze względu na wyraźne ujawnienie się objawów schizofrenicznych lub trwanie objawów powyżej 6 miesięcy (wg DSM-IV). Zmiana dotyczyła przede wszystkim zwiększenia rozpoznania zaburzeń schizofrenicznych i schizoafektywnych (schizofrenia – początkowo u 17% – ostatecznie u 75%, zaburzenia schizoafektywne – początkowo u 4% – ostatecznie u 13%). Być może w okresie prodromalnym schizofrenii na pierwszym planie były objawy, które prowadziły do innej diagnozy. Zachowania samobójcze mogą również należeć do obrazu klinicznego okresu prodromalnego tych zaburzeń.

U osób z WPS, po ostatniej hospitalizacji, istotnie częściej niż u osób z PPS, stwierdzono nadużywanie substancji psychoaktywnych, natomiast istotnie rzadziej, lecz równie często, stwierdzano je u osób z PPS i u osób z WPS po pierwszej hospitalizacji. Być może uporczywe utrzymywanie się objawów psychotycznych i kolejne hospitalizacje sprzyjają sięganiu po środki uzależniające.

W grupie osób z PPS u ok. 40% pacjentów rozpoznawano zaburzenia adaptacyjne, u 25% zaburzenia schizofrenopodobne i u 25% zaburzenia depresyjne. W grupie tej, częściej niż u osób z WPS (zarówno po pierwszej, jak i po kolejnych próbach), rozpoznano duży zespół depresyjny, zaburzenia adaptacyjne przebiegające z nastrojem depresyjnym i zaburzenia zachowania). Należy dodać, że 10 osób z WPS (41,6%) miało co najmniej jedną dodatkową diagnozę z osi I lub III. W 6 przypadkach rozpoznano dodatkowo nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkohol, amfetamina, konopie indyjskie), a w 5 przypadkach – padaczkę objawową. W grupie osób z PPS dodatkowe diagnozy postawiono u 5 osób (25%), u 2 osób powyżej 18 r.ż. rozpoznano ponad-

Tablica 3. Porównanie częstości diagnoz psychiatrycznych (wg DSM-IV) u młodocianych po pojedynczych próbach samobójczych (PPS) i u młodocianych po wielokrotnych próbach samobójczych (WPS) z uwzględnieniem pierwszej próby samobójczej i kolejnych

Diagnoza psychiatryczna	Grupa PPS (n = 20)		Grupa WPS (n = 24)			
			pierwsza PS		kolejne PS	
	n	%	n	%	n	%
Zaburzenie** ^{1,2} schizofrenopodobne	5	0,25	6	0,25	–	0,00
Schizofrenia paranoidalna*** ¹	–	0,00	4	0,17	18	0,75
Zaburzenie schizoafektywne	–	0,00	1	0,04	3	0,13
Zaburzenie psychotyczne związane z używaniem substancji psychoaktywnych	–	0,00	1	0,04	–	0,00
Zaburzenie psychotyczne spowodowane ogólnym stanem medycznym	–	0,00	1	0,04	–	0,00
Duży zespół depresyjny	5	0,25	3	0,13	1	0,04
Zaburzenie adaptacyjne	8	0,40	4	0,17	1	0,04
Zaburzenie konwersyjne	–	0,00	1	0,04	–	0,00
Zaburzenie zachowania	2	0,10	–	0,00	–	0,00
Osobowość typu borderline	–	0,00	3	0,13	1	0,04
Używanie substancji psychoaktywnych	3	0,15	4	0,17	6	0,25

** Różnica istotna statystycznie $p < 0,01$

*** Różnica istotna statystycznie $p < 0,001$

¹ – dla grupy po WPS z uwzględnieniem I PS i kolejnych PS

² – dla grupy po PPS i grupy po WPS z uwzględnieniem kolejnych PS

– nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy częstością diagnoz w grupie po PPS i w grupie po WPS z uwzględnieniem I PS

to zaburzenia osobowości (typ narcystyczny i unikający – diagnoza z osi II), które towarzyszyły zaburzeniom adaptacyjnym, a u 3 osób stwierdzono nadużywanie środków psychoaktywnych (alkohol, konopie indyjskie – diagnoza z osi III). Podsumowując, około 40% badanych z WPS miało co najmniej 2 diagnozy psychiatryczne, istotnie częściej niż osoby z PPS (25%). Ustalono również, że u 6 osób z WPS występowały poważne powikłania ciąży lub porodu, u 8 osób – kliniczne objawy i cechy wskazujące na możliwość organicznego uszkodzenia o.u.n., a u 5 badanych – przewlekłe choroby somatyczne. W grupie osób z PPS poważne powikłania ciąży lub porodu występowały u 5 osób, klinicznie znaczące objawy i cechy organicznego uszkodzenia o.u.n. – u 2 osób. Chorób somatycznych w tej grupie badanych nie stwierdzono.

DYSKUSJA

W naszych badaniach odsetek osób po próbach samobójczych wynosił na przestrzeni 10 lat ok. 40% (n=200) populacji pacjentów przyjętych po raz pierwszy do naszej placówki (n=498). Z tej populacji – 24 osoby (5%) podejmowało wielokrotne próby samobójcze. Stanowiły one 12% osób z wywiadem samobójczym. W omawianej grupie pacjentów po WPS znalazły się 4 osoby, które zginęły śmiercią samobójczą. Zostały one włączone do grupy WPS, ponieważ samobójstwa dokonane były poprzedzone u wszystkich tych osób co najmniej 3 próbami samobójczymi, nieskutecznymi. Śmiertelność z powodu samobójstwa w ocenianej przez nas populacji psychiatrycznej wynosiła 6%, czyli nieznacznie mniej niż w prezentowanych wcześniej badaniach [9, 24].

W badanej przez nas grupie osób z WPS stosunek usiłowań samobójczych do samobójstw dokonanych wynosił 22:1. Przytoczone dane mieszczą się w przedziałach wyników otrzymanych w badaniach przeprowadzonych przez innych autorów [27].

Zarówno wśród osób, które zginęły śmiercią samobójczą, jak i wśród osób z WPS było tyle samo dziewcząt co chłopców, natomiast w grupie nieleczonych psychiatrycznie osób z PPS przeważały dziewczęta. Spostrzeżenie to nie pokrywa się z wynikami większości badań innych autorów, w których zdecydowanie przeważali chłopcy [11].

Porównanie różnych, związanych z rodziną czynników ryzyka w badanych przez nas grupach osób z zachowaniami samobójczymi wykazało, podobnie jak w badaniach Brenta i wsp., występowanie u członków rodzin badanych z obydwu grup schizofrenii (u 1/5), uzależnienia od środków psychoaktywnych (od alkoholu) u rodziców, przy czym zjawisko to stwierdzano 2-krotnie częściej u nieleczonych psychiatrycznie osób z PPS, natomiast depresja, inaczej niż w badaniach wspomnianych autorów, występowała tylko u pojedynczych członków rodzin osób z WPS [4]. Odmienne niż to wynika z badań Brenta i wsp., potwierdzono w obydwu badanych grupach, niezależnie od diagnozy psychiatrycznej i ilości prób samobójczych, istnienie poważnego konfliktu pomiędzy osobami z zachowaniami samobójczymi a ich rodzicami. W naszych badaniach nie stwierdzono również samobójczych zgonów wśród najbliższych krewnych badanych.

W zbliżonych badaniach Gisperta i wsp., porównujących grupę młodocianych po PPS z grupą osób po WPS, wykazano, że ci ostatni mieli, podobnie jak to stwierdzono w naszych badaniach (2-krotnie częściej), istotnie więcej poważnych niepowodzeń szkolnych i przewlekłych sytuacji stresowych [10].

Większość badań poświęconych diagnozom psychiatrycznym u młodocianych samobójców dotyczy populacji generalnej, a nie jak w naszych badaniach młodocianych z zaburzeniami psychicznymi. W pierw-

szym przypadku, u ok. 60% badanych rozpoznano zaburzenia nastroju, a następnie zaburzenia zachowania i nadużywanie substancji psychoaktywnych [13, 16, 25, 28]. Podobne dane charakteryzują badaną przez nas populację młodocianych z PPS nie leczonych psychiatrycznie, natomiast u osób leczonych psychiatrycznie z WPS aż u 75% postawiono ostatecznie rozpoznanie zaburzeń schizofrenicznych.

Z porównania grupy WPS z wydzieleniem okresu pierwszej próby samobójczej oraz grupy PPS wynika, że grupy te nie różniły się ani pod względem częstości towarzyszących próbom motywów, ani pod względem częstości występowania poszczególnych diagnoz psychiatrycznych. To pozwala postawić hipotezę, że z przebadanej grupy PPS znaczna część badanych ponowi swe próby. Pozostaje to w zgodzie z potwierdzoną w piśmiennictwie tezą o zwielokrotnianiu się wskaźnika ryzyka samobójstw u osób po pierwszej próbie samobójczej [23, 24].

W piśmiennictwie brak porównywalnych danych dotyczących rediagnozowania pacjentów po WPS. U 2/3 naszych badanych po WPS zmieniono po latach postawione po pierwszej hospitalizacji rozpoznanie. W grupie 4 osób, które zmarły w wyniku PS, aż u 3 rozpoznano schizofrenię. Podobne wyniki uzyskali w swoich badaniach niektórzy autorzy, np. Fenton, który ustalił, że samobójstwo jest najczęstszą przyczyną śmierci osób z rozpoznaniem schizofrenii, czy Harris i Barraclough, którzy wykazali, że współwystępowanie schizofrenii i wywiadu samobójczego podnosi ryzyko samobójstwa prawie 10-krotnie (w odniesieniu do populacji generalnej) [9, 12].

Interesujące wydaje się ustalenie związku między obecnością określonych objawów schizofrenii (omamy omperatywne, oskarżające) oraz oceny i przeżywania swej sytuacji w wyniku choroby (nieakceptacja choroby, poczucie beznadziejności) u wielu osób z WPS. Dane na ten temat zawarte w piśmiennictwie nie są jednoznaczne, np. Amador i wsp. stwierdzili, że u pacjentów z rozpozna-

niem schizofrenii i po próbach samobójczych dominują urojenia i objawy negatywne schizofrenii, a inni autorzy donoszą o obecności objawów pozytywnych [3].

Z naszych badań wynika również, że zachowania samobójcze mogą być obecne pośród innych objawów w okresie prodromalnym schizofrenii, dlatego też każdy młodociany po pierwszej próbie samobójczej wymaga pełnej diagnozy psychiatrycznej.

WNIOSKI

1. Wielokrotne próby samobójcze w badanej populacji młodocianych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi występowały przede wszystkim u osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej (u 3/4).
2. Obecność zaburzeń schizofrenicznych i wielokrotnych zachowań samobójczych znacząco zwiększa ryzyko dokonanego samobójstwa, szczególnie, gdy występują objawy zespołu suicydalnego (ruminacje samobójcze, wycofanie społeczne, obniżona aktywność złożona, poczucie beznadziejności).
3. Konflikty rodzinne charakteryzują poważny odsetek młodocianych po próbach samobójczych, zarówno leczonych, jak i nie leczonych psychiatrycznie.
4. U pacjentów z zaburzeniami psychicznymi podejmujących kolejne próby samobójcze stwierdzano częste występowanie omamów imperatywnych (głosów nakazujących odebranie sobie życia) i brak akceptacji choroby.

PIŚMIENICTWO

1. Aalst J.A., Shotts S.D., Vitsky J.L., Bass S.M., Miller R.S., Meador K.G., Morris J.A.: Long-term follow-up of unsuccessful violent suicide attempts: risk factors for subsequent attempts. *J. Trauma* 1992, 33, 457–464.
2. Ahrens B., Linden M.: Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder? Results of split half multiple regression analysis. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996, 94, 79–86.
3. Amador X.F., Friedman J.H., Kasapis Ch., Yale S.A., Flaum M., Gorman J.M.: Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am. J. Psychiatry* 1996, 153, 1185–1188.
4. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., Liotus L., Schweers J., Balach L., Roth C.: Familial risk factors for adolescent suicide: a case – control study. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89, 52–58.
5. Cheng A.T.A.: Mental illness and suicide. *Arch. Gen. Psychiatry* 1995, 52, 594–603.
6. Cohen S., Lavelle J., Rich C.L., Bromet E.: Rates and correlates of suicide attempts in first-admission psychotic patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 90, 167–171.
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington 1994.
8. Diekstra R.F.W.: The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr. Scand.* 1993, suppl. 371, 9–20.
9. Fenton W.S., Mc Glashan T.M., Victor B.J., Blyrer C.R.: Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am. J. Psychiatry* 1997, 154, 199–204.
10. Gispert M., Davis M.S., Marsh L., Wheeler K.: Predictive factors in repeated suicide attempts by adolescents. *Hosp. Community Psychiatry* 1987, 38/4, 390–393.
11. Gould M.S., Fisher P., Parides M., Flory M., Shaffer D.: Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch. Gen. Psychiatry* 1996, 53, 1155–1162.
12. Harris E.C., Barraclough B.: Suicide as an outcome for mental disorders. *Br. J. Psychiatry* 1997, 170, 205–228.
13. Hovey J.D., King C.A.: Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among immigrant and second-generation Latino adolescents. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1996, 35, 1183–1192.
14. Kjelsberg E., Neegaard E., Dahl A.A.: Suicide in adolescent psychiatric inpatients: incidence and predictive factors. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89, 235–241.
15. Knorrning A.L.: Depression in children and adolescents. *Nord Med.* 1996, 111, 271–274.
16. Lesage A.D., Boyer R., Grunberg F., Vanier C., Morissette R., Miftenard-Buteau C., Loyer M.: Suicide and mental disorders: Case – control study of young men. *Am. J. Psychiatry* 1994, 151, 1063–1068.

17. Low B.P., Andrews S.F.: Adolescent suicide. *Med. Clin. North Am.* 1990, 74, 5, 1251–1264.
18. Martin G., Rozanes P., Pearce C., Allison S.: Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr. Scand.* 1995, 92, 336–344.
19. Mehlum L., Friis S., Vaglum P., Karterud S.: The longitudinal pattern of suicidal behavior in borderline personality disorder: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 90, 124–130.
20. Milling L., Campbell N., Laughlin A., Bush E.: The prevalence of suicidal behavior among preadolescent children who are psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89, 225–229.
21. Myers R.M., Burke P., Mc Cauley E.: Suicidal behavior by hospitalized preadolescent children on psychiatric unit. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.* 1985, 24, 474–480.
22. Pearce C.M., Martin G.: Predicting suicide attempts among adolescents. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 90, 324–328.
23. Pfeffer C.R., Plutchik R., Mizruchi M.S., Faughnan L., Mintz M., Shindldecker R.: Changes in suicidal behavior in child psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1989, 79, 431–435.
24. Runeson B.S., Beskow J., Waern M.: The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996, 93, 35–42.
25. Shaffer D., Gould M.S., Fisher P., Trautman P., Moreau D., Kleinman M., Flory M.: Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch. Gen. Psychiatry* 1996, 53, 339–348.
26. Shaffer D., Gould M., Hicks R.C.: Worsening suicide rate in black teenagers. *Am. J. Psychiatry* 1994, 151, 1810–1812.
27. Suominen K., Henriksson M., Suokas J., Iso-metsä E., Ostamo A., Lönnqvist J.: Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996, 94, 234–240.
28. Swedo S.E., Rettew D.C., Kuppenheimer M., Lum D., Dolan S., Goldberger E.: Can adolescent suicide attempters be distinguished from at-risk adolescents? *Pediatrics* 1991, 88, 3, 620–629.

*Adres: Dr Agnieszka Gmitrowicz, II Klinika Psychiatryczna Katedry Psychiatrii AM,
ul. Czechosłowacka 8/10, 92–216 Łódź*