

Ryzyko samobójstwa szacowane na podstawie skal oceny stanu psychicznego. Przegląd ważniejszych narzędzi badawczych

Anita Młodożeniec,^{1,2} Marek Jarema¹

Streszczenie:

Zaburzenia psychiczne są jednym z najpoważniejszych czynników ryzyka samobójstwa. Szczególnie wysoki odsetek zachowań autoagresywnych występuje u hospitalizowanych chorych. Do grupy wysokiego ryzyka zalicza się chorych na schizofrenię, osoby z zaburzeniami depresyjnymi oraz zaburzeniami osobowości. Ocena ryzyka samobójstwa podczas badania psychiatrycznego musi być często podjęta na podstawie skąpych danych i w krótkim czasie. Dlatego potrzebne są ustrukturalizowane narzędzia ułatwiające podejmowanie decyzji o sposobie interwencji oraz wykazujące skuteczność oddziaływań terapeutycznych. Poniżej przedstawiono przegląd ważniejszych narzędzi badawczych stosowanych do oceny ryzyka samobójstwa. Ze względu na rozpowszechnienie zachowań samobójczych wśród chorych na schizofrenię i szczególne trudności badawcze w tej grupie w poniższym przeglądzie zwrócono szczególną uwagę na skale stosowane w tej grupie chorych. Mimo różnych ograniczeń dostępnych narzędzi psychometrycznych zastosowanie skali może pomóc w szybkim oszacowaniu zagrożenia samobójstwem, zwiększa porównywalność wyników badań dokonywanych w różnym czasie, daje możliwość oceny wpływu na myśli samobójcze zastosowanych interwencji i leczenia, może być pomocnym narzędziem dla osób bez odpowiedniego doświadczenia.

Zaburzenia psychiczne są jednym z głównych czynników ryzyka samobójstwa dokonanego i prób samobójczych. Do grupy wysokiego ryzyka zalicza się szczególnie chorych, których stan zdrowia wymaga leczenia w warunkach szpitalnych. Szacuje się, że ich przypadku ryzyko jest 10-krotnie większe niż w populacji ogólnej.^{1,2} Ocenia się, że na 100 000 osób przyjętych do szpitala w ciągu roku zdarza się 100-400 samobójstw. Z kolei współczynniki określające liczbę prób samobójczych są około pięciokrotnie wyższe.^{3,5} Dlatego identyfikacja wysokiego ryzyka samobójstwa stanowi jeden z priorytetów badania psychiatrycznego.

Ze względu na specyfikę zjawiska samobójstwa szacowanie zagrożenia opiera się na pośrednich czynnikach ryzyka, jak myśli i tendencje samobójcze. W licznych opracowaniach starano się wyodrębnić zarówno czynniki ryzyka samobójstwa wspólne dla populacji ogólnej, jak i swoiste dla danego zaburzenia psychicznego. Jest to zadanie szczególnie trudne ze względu na relatywnie małą częstość samobójstw dokonanych w porównaniu do grupy badanej, jak również z powodu trudności z powiązaniem poszczególnych zdarzeń i objawów z danym zachowaniem samobójczym. W tym procesie istotne jest również wieloczynnikowe uwarunkowanie zachowań autoagresywnych i ich

wzajemne powiązanie skomplikowanymi zależnościami. Wykorzystanie w praktyce klinicznej tych informacji utrudnia dodatkowo to, że poszczególne czynniki ryzyka występują prawie u większości badanych rutynowo pacjentów. Rzadko można jednoznacznie określić ich znaczenie w zagrożeniu dokonaniem samobójstwa, co ogranicza podejmowanie konkretnych decyzji terapeutycznych.

Powszechnie wiadomo, że chorzy na schizofrenię, z zaburzeniami afektywnymi, uzależnieniami i zaburzeniami osobowości są grupą szczególnie zagrożoną samobójstwem. W jednej z analiz rutynowo zbieranych danych pacjentów hospitalizowanych w Niemczech w latach 1994-2004 stwierdzono jednak, że chociaż rozpoznanie schizofrenii jest nadal najczęstsze wśród ofiar samobójstw, to jej procentowy udział jest mniejszy niż w przeprowadzonych wcześniej analogicznych badaniach. Może to wskazywać na to, że spektrum samobójstw w szpitalach obejmuje w coraz większej proporcji chorych z zaburzeniami depresyjnymi, zaburzeniami osobowości i zaburzeniami adaptacyjnymi i staje się przez to coraz bardziej heterogenne. Z kolei stabilniejsze w czasie dekad okazało się rozpowszechnienie poszczególnych zaburzeń psychicznych wśród osób hospitalizowanych podejmujących próby sa-

mobójcze. Zwiększone ryzyko stwierdzano u podobnego odsetka u pacjentów z zaburzeniami osobowości, zaburzeniami afektywnymi i schizofrenią.⁵

Często zwraca się uwagę na to, że grupę szczególnie dużego ryzyka stanowią chorzy, u których aktualnie lub w przeszłości występowały zachowani samobójcze. W analizie Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego ryzyko samobójstwa w ciągu życia wśród chorych z zaburzeniami depresyjnymi szacowane było na 14,6%, a wśród osób z próbami samobójczymi w wywiadzie sięgało aż 27,5%.⁶ Jest więc to jeden z najważniejszych czynników ryzyka samobójstwa, który powinien być brany poważnie pod uwagę w ocenie zagrożenia. Na pewno identyfikacja tego czynnika byłaby łatwiejsza, gdyby świadomość konieczności rutynowego wpisywania tych danych do historii choroby pacjenta i kodowania prób samobójczych i samouszkodzeń według klasyfikacji ICD-10 była większa. Pacjent podczas późniejszych rozmów z lekarzami może te informacje pomijać lub bagatelizować. W Instytucie Psychiatrii i Neurologii wprowadzono pilotażowe badanie monitorujące zachowania samobójcze pacjentów przyjmowanych na oddziały psychiatryczne na podstawie kilkupunktowego kwestionariusza (tab. 1). W badaniu potwierdzono znaczne rozpo-

¹III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

²Pracownia Suicydologiczna, Zakład Organizacji i Ochrony Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
e-mail; gruszcz@ipin.edu.pl

wszechnienie zachowań samobójczych w tej grupie chorych, jak również wskazano na duże zapotrzebowanie na tego typu informacje przejrzyste zgromadzone w jednym miejscu.

Informacja o wcześniejszych zachowaniach samobójczych informuje o pewnej podatności danej osoby na działania autoagresywne, które stają się bardziej akceptowane i dostępne. Należy pamiętać również o tym, że istotny czynnik ryzyka stanowią również zamierzone samouszkodzenia. Obejmują one akty autoagresji z towarzyszącą intencją śmierci lub bez niej. Zalicza się do nich cięcie skóry, połykanie substancji niejadalnych i przedmiotów, stosowanie leków w dawkach przekraczających terapeutyczne itp.⁷⁻⁸ Zwłaszcza tego typu zachowaniom nie przypisuje się należytej wagi, nie postrzegając w nich wyrazu zaburzenia mechanizmów adaptacyjnych mogących prowadzić do aktów poważnej autoagresji.

W piśmiennictwie często przedstawiane są omówienia różnych czynników ryzyka i ich znaczenie dla prawdopodobieństwa dokonania samobójstwa, dlatego zagadnienie to nie będzie w tym artykule przedstawiane. Ryzyko samobójstwa omawia się również w kontekście modeli, ponieważ analiza zależności między poszczególnymi czynnikami jest bardziej kompleksowa niż wnioski wyciągane na podstawie pojedynczych czynników. Żaden z nich samodzielnie nie był wystarczająco czuły do oceny ryzyka samobójstwa (odsetek prób dodatnich według stanu faktycznego wykrywanych przez test) i nie miał dodatniej zdolności predykcyjnej.⁹ Związane jest to prawdopodobnie z dużą heterogenicznością zjawiska samobójstwa. Jak trudna jest ocena ryzyka krótkoterminowego, pokazuje jedno z badań czynników ryzyka wśród pacjentów hospitalizowanych.⁵ Na podstawie modeli regresji stwierdzono, że czułość rutynowo zbieranych danych w oszacowaniu ryzyka samobójstw była mała i wynosiła tylko 3%, co oznacza, że tylko 3% pacjentów, którzy podjęli próbę samobójczą, było zaliczanych do grupy takiego ryzyka. Stwierdzano również małą zdolność predykcyjną wynoszącą 30%, co oznacza, że tylko 30% osób identyfikowanych jako grupa ryzyka podjęło w rzeczywistości próbę samobójczą.

Wszystkie powyższe trudności leżą również u podstaw prób skonstruowania skali, która mogłaby być przydatna w procesie ewaluacji ryzyka samobójstwa. Niewiele jest badań potwierdzających ich kliniczną użyteczność, wartość predykcyjną, jak również rzadko uwzględniają specyfikę poszczególnych zaburzeń psychicznych. Idealne narzędzie psychometryczne, które byłoby użyteczne klinicznie, powinno spełniać kilka warunków. Skala powinna być krótka (mała

liczba punktów), a jednocześnie obejmować wszystkie najważniejsze wymiary zjawiska samobójstwa. Wynik ogólnej skali powinien odzwierciedlać nasilenie zagrożenia autoagresją. Skale oceny ryzyka samobójstwa opierają się najczęściej na danych demograficznych (wiek, płeć), obecności zaburzeń psychicznych, obecności zachowań samobójczych w wywiadzie, dostępności wsparcia społecznego, stanie zdrowia fizycznego i obecności istotnych stresorów. Do narzędzi, które zawierają większość z tych wymia-

rów można zaliczyć: Skalę do oceny ryzyka samobójstwa (Risk Estimator for Suicide),¹⁰ Skalę do oceny ryzyka po próbie samobójczej (Post-Attempt Risk Assessment Scale),¹¹ Skalę ryzyka powtórzenia zamachu samobójczego (Risk of Repetition Scale).¹²

Skala ryzyka powtórzenia zamachu samobójczego składa się z sześciu punktów: stres powodowany u innych osób, nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu, ambulatoryjne leczenie psychiatryczne, hospitalizacja psychiatryczna, próba samobójcza wymaga-

TABELA 1
Monitorowanie zachowań samobójczych

Proszę wypełnić przy przyjęciu pacjenta do szpitala, wstawiając X w odpowiednią kratkę lub wpisując liczbę:

1. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni pacjent miał MYŚLI SAMOBÓJCZE?

- TAK
 NIE

2. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni pacjent miał PLANY SAMOBÓJCZE?

- TAK
 NIE

4. Czy w ciągu całego życia pacjent podejmował PRÓBY SAMOBÓJCZE?

- TAK (LICZBA)
 NIE

JEŻELI TAK:

5. Kiedy była ostatnia PRÓBA SAMOBÓJCZA (liczba dni, tygodni, miesięcy, lat od daty badania)

6. Zagrożenie życia podczas ostatniej PRÓBY SAMOBÓJCZEJ

- brak znaczących szkód fizycznych
 znaczące szkody ale bez zagrożenia życia
 życie było zagrożone

7. Czy po ostatniej próbie samobójczej była INTERWENCJA OGÓLNOMEDYCZNA?

- TAK
 NIE

Opracowanie: Pracownia Suicydologiczna Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

TABELA 2
Punkty skali do oceny ryzyka po próbie samobójczej (Post-Attempt Risk Assessment Scale) i przypisane im wartości w oszacowaniu zagrożenia samobójstwem

		Wynik
1. Wiek	Poniżej 44 r.ż.	0,12
	45 lat i więcej	5,0
2. Płeć	Mężczyźni	6,41
	Kobiety	5,0
3. Status społeczny	Wysoki	6,64
	Niski	5,0
4. Praca	Bezrobotny	2,65
	Czynny zawodowo	2,4
5. Zamieszkiwanie	Samotne	5,84
	Z innymi	5,0
6. Komunikowanie zamiarów samobójczych w ciągu ostatniego roku	Tak	7,5
	Nie	5,0

Modyfikacja Pallis i wsp.¹¹

jąca przyjęcia do szpitala, samotne zamieszkiwanie. Każdemu punktowi przypisano wartość: 0 – nie występuje lub 1 – występuje. Im wyższy wynik na skali tym większe ryzyko samobójstwa.

W skali do oceny ryzyka po próbie samobójczej czynnikiem przypisano różną wagę dla oceny ryzyka samobójstwa (tab. 2).

W rutynowym badaniu osób po próbie samobójczej zaleca się jednocześnie badanie Skalą do oceny ryzyka po próbie samobójczej i Skalą intencji samobójczych (Suicide Intent Scale [SIS]).¹³

W praktyce klinicznej najczęściej wykorzystuje się pojedyncze punkty skal oceniających objawy depresyjne lub ogólną psychopatologię. Do takich narzędzi można zaliczyć podskale C z MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview).¹³ Skala ta obejmuje pytania o różne fazy procesu samobójczego, również o zachowania samobójcze w przeszłości. Do grupy największego ryzyka zostały zakwalifikowane osoby z planami samobójstwa, po próbie samobójczej oraz osoby z próbą samobójczą w przeszłości, u których stwierdza się aktualne myśli samobójcze (tab. 3).

Inną skalą często stosowaną w badaniach klinicznych wśród chorych na depresję jest skala depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale).^{13,14} Punkt 3 tej skali oceniający myśli i tendencje samobójcze ma czterostopniowe nasilenie (tab. 4). Wynik 3 punkty i powyżej jest podstawą do wykluczenia pacjenta z badania z zastoso-

owaniem placebo z powodu znacznego ryzyka samobójstwa.

Bardziej kompleksowymi narzędziami do oceny ryzyka są: Skala samobójczych ideacji (Scale for Suicidal Ideation [SSI])¹⁵ oraz Skala samobójczych ideacji Becka (Beck Scale for Suicide Ideation [BSS]). Skale te mogą być używane w leczeniu ambulatoryjnym, szpitalnym, w warunkach ostrego dyżuru i opiece pozapsychiatrycznej. Skala SSI (wypełniana przez lekarza) była podstawą stworzenia skali BSS (kwestionariusz samooceny). Obie zawierają te same 21 punktów ocenianych w skali Likerta (0 – brak, 2 – maksymalne nasilenie). Wywiad jest prowadzony do końca, jeżeli jest obecny chociaż jeden z punktów od 1 do 5. W innym przypadku jest przerywany. Rzetelność i trafność w ocenie zagrożenia samobójstwem tych skal wykazano w wielu badaniach.¹⁶⁻¹⁸ Nasilenie myśli i tendencji samobójczych jest szacowane przez sumowanie poszczególnych punktów skali. Nie ma wyznaczonych punktów odjęcia, im wyższy wynik w skali, tym większe ryzyko samobójstwa. Może on mieścić się w przedziale 0-38 punktów. Wyższa punktacja odzwierciedla większe nasilenie tendencji samobójczych, jednak każda odpowiedź inna niż 0 powinna być brana pod uwagę. Skala ocenia nasilenie myśli i tendencji samobójczych (myśli, plany, przekonania dotyczące życia i śmierci) w ciągu ostatniego tygodnia.

Pinninti i wsp.¹⁸ ocenili skalę w formie kwestionariusza samooceny BSS. Wśród 130 pacjentów, którzy wypełnili skalę, u 41%

występowały zaburzenia schizofektywne, u 28% schizofrenia, a u pozostałych zaburzenie afektywne dwubiegunowe. Z początkowej grupy 142 osób 6% nie zgodziło się na badanie, a 3% nie było w stanie wykonać zadania. Nie kontrolowano rodzaju stosowanej u badanych farmakoterapii. Przeważająca większość chorych była hospitalizowana bez zgody, co uniemożliwiło ocenę związku między samobójczymi. W tym badaniu nie kontrolowano również obecności i nasilenia objawów depresyjnych i poczucia braku nadziei. Ograniczeniem badania był wybór do grupy tylko chorych hospitalizowanych. W badaniu wykazano dużą spójność wewnętrzną skali BSS i stabilność testu po upływie tygodnia. Badanie potwierdziło użyteczność skali samooceny wśród chorych na schizofrenię i zaburzenia schizofektywne.

Na bazie skali powstała również zmodyfikowana wersja Skali samobójczych ideacji Becka pod nazwą Modified Scale for Suicidal Ideation (MSSI),¹⁹ która może być używana nie tylko przez pracowników ochrony zdrowia.

Jedną z częściej używanych skal do oceny ryzyka samobójstwa jest Skala braku nadziei Becka.¹⁵ Jest to kwestionariusz samooceny składający się z 20 pytań. Odpowiadając „prawda” lub „fałsz” maksymalnie można osiągnąć wynik na poziomie 20 punktów, przy czym już wyniki powyżej 10 punktów wiążą się z wysokim ryzykiem samobójstwa. Niestety przy punktacji powyżej 17 pojawia się dużo wyników fałszywie dodatnich. Wartością tej skali jest między innymi to, że zawiera również pytania oceniające pozytywne i negatywne style radzenia sobie.

Szerzej wiedzy dostarcza Skala ogólnego wrażenia klinicznego, wersja do oceny zagrożenia samobójstwem – Clinical Global Impression Scale for Severity of Suicidality (CGI-SS).²⁰ Powstała ona na podstawie Skali ogólnego wrażenia klinicznego. Skala CGI jest używana w różnych zaburzeniach psychicznych między innymi w zaburzeniach depresyjnych, chorobie afektywnej dwubiegunowej, otępieniu. Ocena ogólne nasilenie objawów chorobowych i stopień poprawy. Zmodyfikowana wersja CGI do oceny zagrożenia samobójstwem po raz pierwszy została użyta w badaniu oceniającym skuteczność klopazyny w redukcji zachowań samobójczych.²⁰ Obejmuje ona następujące punkty: 1) brak zagrożenia samobójstwem, 2) łagodne ryzyko, 3) średnie ryzyko, 4) nasilone ryzyko, 5) próba samobójcza.

Jedną ze skal polecaną w przeglądach narzędzi badawczych jest skala Harkavy Asnis do badania ryzyka samobójstwa (Harkavy Asnis Suicide Survey [HASS]).¹³ Skala ta ocenia bieżące i przeszłe myśli samobójcze. Może być używana w leczeniu szpital-

TABELA 3
Ocena ryzyka samobójstwa na podstawie ustrukturalizowanego narzędzia MINI. badającego główne zaburzenia psychiczne z osi I w DSM-IV i w ICD-10

Stopień ryzyka	Stwierdzenie jednego z poniższych:
Ryzyko niskie	Bierne pragnienie śmierci Myśli o autoagresji (samouszkodzeniu) Próba samobójcza w wywiadzie
Ryzyko średnie	Myśli o samobójstwie Myśli o autoagresji (samouszkodzeniu) i próba samobójcza w wywiadzie
Ryzyko wysokie	Plany samobójstwa Stan po próbie samobójczej

Myśli samobójcze i próba samobójcza w wywiadzie. Na podstawie *Mini International Neuropsychiatric Interview*, Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC, 1998)¹³

TABELA 4
Punkt 3 skali depresji Hamiltona. Ocena myśli i tendencji samobójczych u chorych na depresję

0 – nie stwierdza się myśli samobójczych
1 – poczucie, że nie warto żyć ale nie ma pragnienia śmierci
2 – pragnienie (życzenie) śmierci, np. drogą naturalną ale pacjent nie planuje odebrać sobie życia
3 – jest prawdopodobne, że pacjent rozważa odebranie sobie życia
4 – w ciągu kilku dni przed badaniem pacjent próbował popełnić samobójstwo lub jest pod specjalną obserwacją z powodu dużego ryzyka samobójstwa

Hamilton Depression Rating Scale, Bech i wsp. 1986¹³

nym i ambulatoryjnym. Składa się z dwóch części HASS I i II będących 21-punktowymi skalami samooceny. Część pierwsza bada stan w ciągu ostatnich 2 tygodni, część druga ocenia myśli samobójcze występujące przed tym okresem. Taki podział wiąże się z tym, że myśli samobójcze często mają zmienny przebieg i brak takich zachowań w ciągu ostatnich 2 tygodni według autorów nie oznacza braku ryzyka. Każdy z punktów skali ma 5 poziomów nasilenia. Część trzecia HASS-Demo jest ustrukturyzowanym kwestionariuszem wypełnianym przez badającego. Zawiera szczegółowe informacje z wywiadu dotyczące prób i myśli samobójczych (intencja śmierci, stopień śmiertelności wybranej metody, udzielona pomoc medyczna, leczenie psychiatryczne). Badania chorych na schizofrenię skalą HASS wykazały wysoką czułość (67%), swoistość (67%) i dodatnią wartość predykcyjną (67%) w ocenie ryzyka próby samobójczej.

Skalą wykorzystującą 10 najczęściej spotykanych w piśmiennictwie czynników ryzyka jest SAD PERSONS Score [SPS].²¹ Nazwa wersji angielskiej ułatwia zapamiętywanie najważniejszych w badaniu wymiarów (skrót mnemotechniczny). Część pytań dotyczy danych demograficznych, obiektywnych, natomiast pozostałe zależą od oceny badającego (tab. 5).

Maksymalna liczba punktów uzyskana na skali wynosi 10. Autorzy w zależności od uzyskanego wyniku proponują określone postępowanie z pacjentem:

- 1-2 punkty – odesłanie pacjenta do domu i wyznaczenie wizyty kontrolnej,
- 3-4 punkty – wyznaczenie wizyty kontrolnej w najbliższym terminie,
- 5-6 punktów – poważne rozważenie hospitalizacji,
- 7-10 punktów – wskazana hospitalizacja.

W przypadku punktacji wskazującej na potrzebę hospitalizacji stwierdzano czułość na poziomie 94% i swoistość 74%.¹⁴

Niestety mało jest badań oceniających kliniczną użyteczność tych narzędzi badawczych. W jednej z prac porównano z niezależną oceną psychiatryczną i decyzją o hospitalizacji mającej zapobiec samobójstwu ryzyko szacowane na podstawie następujących skal: zmodyfikowanej skali SAD PERSONS Score (MSPS), skali oceny samobójczych ideacji Becka, Inwentarza depresji Becka (Beck Depression Inventory), Inwentarza objawów lękowych Becka (Beck Anxiety Inventory) Skali braku nadziei Becka (Beck Hopelessness Scale), High-Risk Construct Scale.²² Zastosowane skale miały bardzo wysoką czułość (92-100%) i ujemną wartość predykcyjną (96-100%), ale małą swoistość (38-90%) i dodatnią wartość predykcyjną (28-71%). Dlatego oceniane na ich podstawie ryzyko często było przeszacowane. Skala oceny samobójczych ideacji Becka

osiągnęła najwyższą swoistość (90%) i dodatnią wartość predykcyjną (71%). Wynik tej skali wiązał się również z decyzją o przyjęciu lub wypisie ze szpitala. Przeszkodą w jej szerokim zastosowaniu może być forma kwestionariusza samooceny. Część pacjentów może odmawiać samodzielnego wypełnienia, jak również jakość danych może być niezadowolająca. Często też sama rozmowa z pacjentem ma wartość terapeutyczną, zmniejszając napięcie i budując współpracę. Zadowolającą wartość predykcyjną i swoistość miało również poczucie braku nadziei oceniane w Skali braku nadziei Becka, ale autorzy podkreślają, że jest to raczej czynnik służący do oceny długoterminowego, a nie ostrego ryzyka.²³

Niewiele jest skal oceniających ryzyko samobójstwa w schizofrenii. Większość z nich nie jest przeznaczona tylko do badania osób z zaburzeniami psychotycznymi. Wśród stosowanych skal wymienia się: Skalę samobójczych ideacji,¹⁵ Skalę ogólnego wrażenia klinicznego, wersja do oceny zagrożenia samobójstwem,²⁰ zmodyfikowaną skalę SAD PERSONS Score. Najczęściej korzysta się jednak z pojedynczych punktów dotyczących myśli i tendencji samobójczych zawartych w ogólnej ocenie stanu psychicznego: Skali depresji Calgary, Krótkiej psychiatrycznej skali oceny (Expanded UCLA version of the Brief Psychiatric Rating Scale).

Jeszcze trudniejsza jest skonstruowanie skali do oceny ryzyka samobójstwa swoistej dla schizofrenii. Narzędzia nie są zazwyczaj tworzone z uwzględnieniem danego zaburzenia psychicznego. Trudności związane z konstruowaniem takiej skali mogą wynikać między innymi z tego, że ryzyko samobójstwa może różnić się w zależności od fazy leczenia i choroby.²⁴ Innym problemem jest to, że trudno na podstawie ogólnego wyniku skali dokładnie przewidzieć, którzy pacjenci popełnią samobójstwa.²⁵ Te same zmienne mogą wskazywać na różny poziom ryzyka w zależności od rodzaju towarzyszących objawów

psychicznych. Dlatego tak ważne jest uwzględnienie specyfiki symptomatologii i przebiegu zaburzeń psychicznych.

Stosowane do tej pory wśród chorych na schizofrenię skale w większości były przystosowane do badania chorych z afektywnymi zaburzeniami nastroju i nie uwzględniały np. wpływu omamów słuchowych i urojeń autoagresywnych. Obecnie dostępne są dwa narzędzia badawcze skonstruowane specjalnie dla chorych na schizofrenię. Wielu autorów podkreśla jednak, że stworzenie skali o dobrych parametrach psychometrycznych jest zadaniem szczególnie trudnym. Przekonanie takie wynika między innymi z małej liczby wymiernych i użytecznych klinicznie czynników ryzyka samobójstwa, których ocena byłaby swoista dla schizofrenii. Inną sprawą są trudności diagnostyczne dotyczące samej schizofrenii i wynikająca z tego duża heterogenność grupy, co stwarza możliwość odmiennych reakcji na te same stresory. Większość skal ocenia ryzyko długoterminowe i wyniki w ograniczonym zakresie przekładają się na natężenie bieżących myśli samobójczych i są mało czułe w ocenie wpływu leczenia.²⁶ Ograniczenia wiążą się również z tym, że niektóre narzędzia zawierają zbyt wiele punktów, co uniemożliwia ich kliniczne zastosowanie. Dla chorych na schizofrenię wydaje się istotne również to, czy skale mają formę kwestionariusza samooceny, czy też oparte są na częściowo ustrukturyzowanym wywiadzie. Ten drugi sposób wypełniania skali ma kilka zalet. Między innymi uwzględnia doświadczenie badającej osoby, zmniejsza ryzyko fałszywych odpowiedzi i może mieć dodatkowe działanie terapeutyczne. Obecnie dostępne są dwie skale przystosowane do badania chorych na schizofrenię: skala oceny ryzyka samobójstwa w schizofrenii (Schizophrenia Suicide Risk Scale [SSRS])²⁶ i Skala oceny nasilenia myśli i tendencji samobójczych w schizofrenii (InterSePT Scale for Suicidal Thinking [ISST]).²⁰

TABELA 5
Punkty skali SAD PERSONS Score (SPS)

Płeć (męska)	(0-1)
Wiek (mniej niż 20 lub więcej niż 45 lat)	(0-1)
Objawy depresyjne	(0-1)
Poprzednie próby samobójcze	(0-1)
Uzależnienie od alkoholu	(0-1)
Utrata racjonalnego myślenia (np., schizofrenia, zaburzenia afektywne, zaburzenia organiczne)	(0-1)
Brak wsparcia społecznego	(0-1)
Brak bliskich i życie w samotności	(0-1)
Choroba, zły stan zdrowia somatycznego	(0-1)
Wynik ogólny	

SAD PERSONS Score (SPS) (Patterson i wsp. 1983)²¹

Taiminen i wsp. – autorzy Skali oceny ryzyka samobójstwa w schizofrenii²⁶ – jako pierwsi podjęli się skonstruowania narzędzia do oceny ryzyka samobójstwa w schizofrenii. Pierwszym krokiem była przeprowadzona na podstawie piśmiennictwa identyfikacja istotnych czynników ryzyka. Ze względu na różną potencjalną wartość predykcyjną czynników przypisano im różną punktację. Największą wagę na tej skali ma punkt 8 odnoszący się do prób samobójczych w wywiadzie. Niektóre z czynników ryzyka zostały pominięte ze względu na niejednoznaczne wyniki poprzednich badań. Skala SSRS zawiera 25 punktów i składa się z dwóch części. Pierwsza dotyczy danych z wywiadu (punkty 1-13) wypełnianych na podstawie danych z historii choroby, informacji od personelu medycznego, część druga (punkty 14-25) oceniająca aktualny stan składa się głównie ze skali depresji Calgary.²⁷ Maksymalna liczba punktów w pierwszej części wynosi 50 a w drugiej 40. Skala SSRS służy do oceny ryzyka krótkoterminowego (około miesiąca po badaniu), ale znaczna część z punktów zawartych w tej skali odnosi się do stanu długoterminowego. Ocenę tej skali przeprowadzono w dwóch grupach. W pierwszej znajdowali się chorzy ($n=69$) na schizofrenię (LS) (DSM-IV) rekrutowani z trzech form opieki psychiatrycznej: ambulatoryjnej, oddziałów rehabilitacyjnych i oddziałów leczenia ostrej fazy. Drugą porównawczą ($n=69$) stanowili chorzy na schizofrenię, którzy popełnili samobójstwo (SS). Zostali oni ocenieni metodą autopsji psychologicznej w badaniu Heila i wsp.²⁸ i dobrani do obecnego badania pod względem wieku i miejsca leczenia. Niestety, w tej grupie dane często były niekompletne (22%), co ograniczało możliwość i dokładność porównania.

Przez porównanie tych dwóch grup wyszczególniono punkty o najwyższej wartości predykcyjnej: wyrażanie zamiarów samobójczych, próby samobójcze, utrata pracy, depresja obserwowana, plany samobójcze. Powyżej odcięcia na poziomie 36 punktów swoistość skali była wysoka, natomiast czułość spadła poniżej 32%. Skala nie może więc służyć w praktyce klinicznej do oceny tego, którzy pacjenci popełnią samobójstwo. Jednak ze względu na zadowalającą swoistość na podstawie skali można identyfikować osoby obciążone wysokim ryzykiem samobójstwa. Dla SSRS wykazano również niewielką spójność wewnętrzną. Według autorów może wynikać to z tego, że samobójstwo w schizofrenii ma podłoże wieloczynnikowe i niekoniecznie poszczególne czynniki wiążą się ze sobą. Ograniczeniem badania jest między innymi to, że bazuje ono na wielu metodologicznie odmiennych analizach czynników ryzyka. Trudno wtedy porównać wagę i wartość predykcyjną tych czynników między sobą. Zwraca

uwagę również zbyt mała liczba zbadanych osób w porównaniu do liczby punktów skali.²⁹ Wyniki tego badania potwierdzają stawianą przez innych autorów hipotezę, że trudno jest stworzyć skalę do oceny ryzyka samobójstwa w schizofrenii o jednakowo wysokiej czułości i swoistości. Jednocześnie podkreśla się, że takie skale mogą ułatwiać przeprowadzenie oceny oraz mogą być pomocne dla osób z małym doświadczeniem klinicznym.²²

Skala oceny nasilenia myśli samobójczych w schizofrenii (ISST)²⁰ została skonstruowana do badania chorych na schizofrenię i zaburzenia schizoafektywne. Uwzględnia między innymi wpływ omamów słuchowych (w tym imperatywnych) oraz urojeń autoagresywnych na ryzyko samobójstwa. ISST jest stosowana do oceny bieżącego nasilenia myśli samobójczych, co może wiązać się z oceną krótkoterminowego ryzyka. Według jej autorów wykorzystanie oceny bieżących myśli samobójczych ma przewagę nad skalami, które zawierają demograficzne, konstytutywne czynniki ryzyka. Czynniki takie najczęściej mówią o możliwości samobójstwa w wymiarze długoterminowym i o przynależności do grupy ryzyka. Natomiast ocena bieżącego nasilenia myśli samobójczych pozwala oszacować ryzyko krótkoterminowe i podjąć decyzję o interwencji medycznej. Istotna jest również jej przydatność w monitorowaniu skuteczności terapii. Skala zawiera 12 punktów opracowanych na podstawie Skali samobójczych ideacji, której rzetelność i trafność w ocenie zamiarów samobójczych potwierdzono w grupie pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi.¹⁸ Ocenia ona różne wymiary myśli i tendencji samobójczych i opiera się na częściowo ustrukturyzowanym wywiadzie trwającym około 20-30 minut. ISST została wprowadzona i wstępnie oceniona podczas badania skuteczności olanzapiny i klozapiny w prewencji zachowań samobójczych u chorych na schizofrenię i zaburzenia schizoafektywne (InterSePT).³⁰ Wybrana grupa cechowała się wysokim ryzykiem, ponieważ rekrutowano osoby z bieżącymi lub przeszłymi zachowaniami samobójczymi. Właściwości psychometryczne tej skali oceniane były w dwóch badaniach. W czasie pierwszej części 22 hospitalizowanych chorych na schizofrenię i zaburzenia schizoafektywne, u których występowały myśli samobójcze lub mieli za sobą próbę samobójczą w ciągu ostatnich ośmiu tygodni, zostało zbadanych skalą ISST. Przebieg badania został zarejestrowany na wideo. Na podstawie tego zapisu trzech innych badaczy wypełniło skalę ISST. Było to podstawą analizy rzetelności skali. Do drugiego badania rekrutowano 980 chorych na schizofrenię i zaburzenia schizoafektywne, którzy przeżyli próby samobójcze lub hospitalizacje im zapobiega-

jące w przeciągu ostatnich 36 miesięcy lub występowały u nich nasilone myśli samobójcze lub omamy autoagresywne w ciągu tygodnia przed badaniem. Jednocześnie kontrolowano stopień zagrożenia samobójstwem na podstawie skali CGI-SS, objawy depresyjne, pozytywne i negatywne objawy schizofrenii, poziom funkcjonowania i objawy pozapiramidowe. Wyniki badania InterSePT wykazały zgodność między badającymi liczoną metodą korelacyjną ICC na poziomie 0,90 a spójność wewnętrzną (Cronbach alpha) wahała się od 0,86 do 0,89 dla poszczególnych punktów, współczynnik dla wszystkich punktów wyniósł 0,88. Dla punktu 9 (powody rozważania czynu) wykazano najmniejszą korelację z innymi punktami skali. Całkowita punktacja skali ISST wysoko korelowała z wynikami w skali CGI-SS ($r=0,61$, $p < 0,0001$) oraz z punktem do oceny myśli samobójczych skali depresji Calgary i punktami do oceny objawów depresyjnych w skali PANSS. Poziomą punktację uzyskany w skali ISST dobrze odzwierciedlał poziom nasilenia myśli samobójczych w skali CGI-SS.²⁰ Silną stroną tej analizy jest duża liczebność grupy, jej profil i wielośrodkowość badania (68 ośrodków z 11 krajów). Za dyskusyjne uważa się połączenie w jednej grupie chorych po próbach samobójczych i tylko z myślami samobójczymi, ponieważ wielu badaczy postuluje rozdzielne traktowanie i ocenianie różnych zachowań samobójczych. Innym ograniczeniem może być przypisanie poszczególnym punktom skali zbyt małej liczby poziomów nasilenia (0, 1, 2).

Skala ISST była również podstawą do oceny innych narzędzi badawczych. Larsen i Kingdon porównali w grupie 40 chorych skalę ISST z używanymi często skalami oceniającymi ogólną psychopatologię. Była to wszechstronna Skala oceny psychiatrycznej (Comprehensive Psychopathological Rating Scale, CPRS) i skala Nation Outcome Scale (HoNOS). Stwierdzili istotny statystycznie związek między skalą ISST a punktami do oceny zagrożenia samobójstwem z tych narzędzi badawczych.³¹

Mimo opisywanych powyżej ograniczeń skala ISST pozostaje obecnie najbardziej rzetelnym, trafnym i swoistym dla schizofrenii instrumentem do oceny nasilenia myśli samobójczych. Powstała również polska wersja skali, której rzetelność i trafność potwierdzono w badaniu 218 chorych na schizofrenię i zaburzenia schizoafektywne.³²⁻³³

Ten krótki przegląd skal używanych do oceny ryzyka samobójstwa wskazuje na to, że mogą one być pomocne w praktyce klinicznej. Większość z nich ocenia takie wymiary jak: wcześniejsze zachowania samobójcze, czynniki demograficzne, wsparcie społeczne i bieżącą psychopatologię (myśli

samobójcze, objawy depresyjne, poczucie braku nadziei). Krytyka tych skal wiązała się najczęściej z brakiem pytań dotyczących wymiaru duchowego (religijności), który ma istotne znaczenie podczas interwencji kryzysowej i pracy terapeutycznej z osobą zagrożoną samobójstwem. Często również ogólny wynik skali charakteryzował się wysoką czułością i niską swoistością. Mimo tych ograniczeń zastosowanie skali może pomóc w szybkim oszacowaniu zagrożenia samobójstwem, zwiększa porównywalność wyników uzyskiwanych w badaniu pacjenta w różnym czasie choroby i terapii, daje możliwość oceny wpływu na myśli samobójcze zastosowanych interwencji i leczenia, może stanowić pomocne narzędzie u osób bez odpowiedniego doświadczenia.

Piśmiennictwo

- Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. 1999;175:322-326.
- Mortensen P, Agerbo E, Erikson T, et al. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet*. 2000;355:9-12.
- Dong J Y, Ho T, Kan C. A case-control study 92 cases of in-patient suicides. *Journal of Affective Disorders*. 2005;87:91-99.
- Powell J, Geddes J, Deeks J, et al. Suicide in psychiatric hospital in-patients. Risk factor and their predictive power. *British Journal of Psychiatry*. 2000;176:266-272.
- Neuner T, Schmid R, Wolfersdorf M, Spießl H. Predicting inpatient suicides and suicide attempts by using clinical routine data? 2008;30:324-330.
- American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behavior. *The American Journal of Psychiatry*. 2003;160(11):3-60.
- Haw C, Sutton L, Sinclair J, Deeks J. Schizophrenia and Deliberate self-harm: a systematic review of risk factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005; 35(1):50-62.
- De Leo D, Heller TS. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *MJA*. 2004;181:140-144.
- Simon R. Imminent suicide: The illusion of short-term prediction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2006;36:296-301.
- Motto J, Heilbron D. Development and validation of scales for estimation of suicidal risk in: *Suicidology, contemporary developments*. New York: Grune and Stratton 1976:169-199.
- Pallis D, Gibbons J, Pierce D. Estimating suicide risk among attempted suicides. Efficiency of predictive scales after the attempt. *British Journal of Psychiatry*. 1984;144:139-148.
- Buglass D, Horton J. A scale for predicting subsequent suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry*. 1974;124:573-578.
- Rush AJ, First MB, Blacker D. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc. 2008.
- Wasserman D. *Suicide an Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz 2001.
- Beck A, Steer R, Ranieri W. Scale for Suicide Ideation: Psychometric properties of self report version. *Journal of Clinical Psychology*. 1988;44:499-505.
- Bedrosian R, Beck A. Cognitive aspects of suicidal behavior. *Suicide and Life - Threatening Behavior*. 1979; 9(2):87-96.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979;47 (2):343-352.
- Pinninti N, Steer R, Rissmiller D, et al. Use of the Beck Scale for Suicide Ideation with psychiatric inpatients diagnosed with schizophrenia, schizoaffective, or bipolar disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2002;40:1071-1079.
- Miller IW, Norman WH, Bishop SB, et al. The Modified Scale for Suicidal Ideation: reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986;54(5):724-725.
- Lindenmayer J, Czobor P, Alphs L, et al. The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity. *Schizophrenia Research*. 2003;63(1-2): 161-170.
- Patterson W, Dohn H, Bird J, Patterson G. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS score. *Psychosomatics*. 1983;24:343-349.
- Cochrane-Brink K, Lofchy J S, Sakinofsky I. Clinical Rating Scale in Suicide Risk Assessment. *General Hospital Psychiatry*. 2000;22:445-451.
- Schnyder U, Valach L, Bichsel K, Michel K. Attempted suicide: do we understand the patients reasons? *General Hospital Psychiatry*. 1999;1:62-69.
- Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, et al. Suicide victims with schizophrenia in different treatment phases and adequacy of antipsychotic medication. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1999;60:200-208.
- Pokorny A. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Archives of General Psychiatry*. 1983;40(3):249-257.
- Taiminen T, Huttunen J, Heilä H, et al. The Schizophrenia Suicide Risk Scale (SSRS): development and initial validation. *Schizophrenia Research*. 2001; 47(2-3):199-213.
- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 1993;22:39-44.
- Heila H, Isometsa ET, Henriksson MM, et al. Suicide and schizophrenia: A Nationwide Psychological Autopsy Study an age and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1997;154:1235-1242.
- Preston E, Hansen L. A systematic review of suicide rating scales in schizophrenia. *Crisis*. 2005;26(4):170-180.
- Meltzer H. Suicide and schizophrenia: clozapine and the InterSePT study. International Clozaril/Leponex Suicide Prevention Trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1999;60 Suppl 12:47-50.
- Larsen E, Gerlach J. Subjective treatment, side-effects, mental state and quality of life in chronic schizophrenic out-patients treated with depot neuroleptics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996;93:381-388.
- Młodożeniec A. *Uwarunkowania kliniczne obecności i nasilenia myśli i tendencji samobójczych u chorych leczonych z powodu schizofrenii paranoidalnej*. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii 2008.
- Młodożeniec A, Jarema M, Szafrński T. Polska wersja skali do oceny obecności i nasilenia myśli i tendencji samobójczych u chorych na schizofrenię. *Suicydologia*. 2010; tom V-VI:15-29.