

Bartosz Bohaterewicz

Katedra Psychologii Różnic Indywidualnych
Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS
w Warszawie

Aleksandra Jabłońska

Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS
w Warszawie

Prof. Agata Szulc

Klinika Psychiatryczna Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny

MYŚLI I ZACHOWANIA SAMOBÓJCZE I ICH ZWIĄZEK Z OBJAWAMI PSYCHOPATOLOGICZNYMI W GRUPIE PACJENTÓW Z DIAGNOZĄ SCHIZOFRENII HOSPITALIZOWANYCH NA ODDZIAŁACH CAŁODOBOWYCH

Jedną z grup posiadającą najwyższy wskaźnik samobójstw stanowią pacjenci z diagnozą schizofrenii. Ryzyko popełnienia samobójstwa w skali całego życia szacuje się w tej grupie pacjentów na 5–10%. Celem niniejszej pracy było oszacowanie związku pomiędzy objawami psychopatologicznymi i ryzykiem samobójstwa na grupie pacjentów z diagnozą schizofrenii hospitalizowanych na całodobowych oddziałach psychiatrycznych. Badanie przeprowadzone zostało na grupie 53 pacjentów z diagnozą schizofrenii, hospitalizowanych na całodobowych oddziałach szpitalnych. Ryzyko samobójstwa oszacowane zostało przy użyciu modułu diagnostycznego wywiadu M.I.N.I 5.0, w celu określenia nasilenia objawów psychopatologicznych posłużono się kwestionariuszem SCL27 PLUS.

Uzyskane wyniki wskazały, iż nasilenie objawów depresji, agorafobii oraz fobii społecznej okazały się być istotnie ($p < 0.05$) zależne od ryzyka popełnienia samobójstwa oraz istotnie ($p < 0.05$) wyższe u pacjentów posiadających próbę samobójczą w przeszłości, w porównaniu do pacjentów bez próby samobójczej w przeszłości. Dodatkowo, pacjenci posiadający aktualne myśli samobójcze uzyskali wyższe nasilenie wszystkich wskaźników psychopatologicznych w porównaniu do pacjentów bez aktualnych **myśli samobójczych**. Uzyskane wyniki pozwalają wnioskować na temat związku objawów psychopatologicznych z ryzykiem samobójstwa w grupie pacjentów z diagnozą schizofrenii, stanowiąc dowód na konieczność kontroli objawów psychopatologicznych w tej grupie.

Słowa kluczowe: schizofrenia, samobójstwo, objawy psychopatologiczne, depresja

39	WSTĘP	i piętnastą ogółemna świecie (WHO, 2014).	39
40		WHO grupuje działania zapobiegania samo-	40
41	Według WHO każdego roku ponad 800 tys.	bójstwu według uniwersalnych czynników	41
42	osób umiera śmiercią samobójczą, co czyni	ryzyka, opracowanych pod kątem stosowania	42
43	samobójstwo drugą najważniejszą przyczy-	w całości populacji, oraz selektywnych czynni-	43
44	ną śmierci osób w grupie wiekowej 19–25	ków ryzyka, ukierunkowanych na najbardziej	44

1 narażone grupy. Wśród tych drugich szczegól- 1
2 ne znaczenie wydają się mieć zaburzenia psy- 2
3 chiczne. Metaanaliza przeprowadzona przez 3
4 Bertoletę'a i Fleischmann (2002) wykazała, że 4
5 90% osób zmarłych śmiercią samobójczą mia- 5
6 ło w momencie śmierci postawioną diagnozę 6
7 psychiatryczną. Pacjenci psychiatryczni stano- 7
8 wią specyficzną grupę ryzyka, gdyż społeczna 8
9 stygmatyzacja problemów związanych ze 9
10 zdrowiem psychicznym może stanowić istotną 10
11 barierę w poszukiwaniu pomocy w przypadku 11
12 tendencji samobójczych (Niederkrötenhaler, 12
13 Reidenberg, Till i Gould, 2012). Dlatego tak 13
14 duże znaczenie ma badanie ryzyka samobój- 14
15 stwa oraz wdrażanie skutecznych strategii zapo- 15
16 biegania samobójstwom w tej wyjątkowo 16
17 narażonej grupie. 17

18 Według Bertolte'a i Fleischmann (2002) 18
19 schizofrenia jest drugą najczęstszą diagnozą 19
20 stawianą pacjentom placówek psychiatrycz- 20
21 nych (19,9%). Badania wskazują, że dla pa- 21
22 cjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią ob- 22
23 jawy takie jak depresja, lęk i związane z nimi 23
24 objawy somatyczne mogą stanowić istotny 24
25 predyktor zachowań samobójczych (Fuller- 25
26 -Thomson i Hollister, 2016). Szacuje się, 26
27 że objawy depresji mogą współwystępować 27
28 nawet u 50% pacjentów ze zdiagnozowaną 28
29 schizofrenią, stanowiąc kluczowy czynnik 29
30 ryzyka samobójstwa w tej grupie pacjentów 30
31 (Hor i Taylor, 2010; Kocatürk, Eşsizoglu, 31
32 Askaray, Akarsu i Musmul, 2015). W nie- 32
33 dawnym przekrojowym badaniu pilotażo- 33
34 wym, które objęło 160 pacjentów ze zdiag- 34
35 nowaną schizofrenią, zaobserwowano 35
36 interesujący ujemny związek pomiędzy auto- 36
37 stygmatyzacją, jakością życia i zgłaszanymi 37
38 negatywnymi objawami somatycznymi (Lin 38
39 i in., 2016). Ponadto autostygmatyzacja nasi- 39
40 la się, począwszy od jednego roku po pierw- 40
41 szej diagnozie, prawdopodobnie w wyniku 41
42 uzyskiwania coraz lepszego wglądu w cho- 42
43 robę (Lin et al., 2016). Badania Casper i in. 43
44 (1985) sugerują, iż nasilenie depresji jest 44

związane ze wzrostem występowania obja- 1
wów somatycznych obserwowanych u pa- 2
cjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią. Co 3
więcej, metaanaliza Stubbs i in. (2014) do- 4
tyczająca występowania bólu somatycznego 5
u osób ze schizofrenią wskazuje, że łączna 6
częstość występowania różnych typów bólu 7
w grupach pacjentów z diagnozą schizofrenii 8
wyniosła 34,7%. Na podstawie powyższych 9
obserwacji można spodziewać się nasilonych 10
objawów depresji i objawów somatycznych 11
u pacjentów o wyższym ryzyku samobójstwa. 12

13 Wiadomo, że współwystępowanie obja- 13
14 wów lękowych jest większe u pacjentów 14
15 ze zdiagnozowaną schizofrenią niż w po- 15
16 pulacji ogólnej i waha się w granicach od 16
17 20–40% (Argyle, 1990; Cassano, Pini, Saet- 17
18 toni, Rucciand i Dell'Oosso, 1998) do nawet 18
19 45% (Goodwin, Lyons and McNally, 2002). 19
20 Najczęstszym typem zaburzenia lękowego 20
21 współwystępującego ze schizofrenią jest ze- 21
22 spół lęku napadowego, występujący nawet 22
23 u ok. 20% pacjentów ze zdiagnozowaną schi- 23
24 zofrenią (Kiran i Chaudhury, 2016). Istnieją 24
25 doniesienia dotyczące większych objawów 25
26 lękowych w odniesieniu do wskaźnika samo- 26
27 bójstw. Na przykład badanie przeprowadzone 27
28 przez Pallantiego, Quercioli i Hollandera 28
29 (2014) wskazało, że pacjentów ze zdiagnozo- 29
30 waną schizofrenią i współwystępującą fobią 30
31 społeczną, cechował większy wskaźnik prób 31
32 samobójczych w ciągu życia, a ich próby sa- 32
33 mobójcze częściej kończyły się śmiercią. 33

34 Jedną z największych trudności w ocenie 34
35 ryzyka samobójstwa sprawia fakt, iż – jak 35
36 wynika z prac Bakst, Rabinowitza i Bromet 36
37 (2009) – pacjenci ze zdiagnozowaną schi- 37
38 zofrenią często nie zgłaszają myśli samo- 38
39 bójczych, stanowiących jeden z powszech- 39
40 nych czynników ryzyka dla większości 40
41 pozostałych zaburzeń psychicznych (Hawton 41
42 i in., 2009za: Lopez-Morinigo i in., 2014). 42
43 Jak zauważają Lopez-Morinigo i in. (2014), 43
44 w przypadku pacjentów ze zdiagnozowaną 44

1 schizofrenią, klasyczny model zapobiegania
2 samobójstwom jest mniej skuteczny i mniej
3 przydatny niż w przypadku pacjentów z in-
4 nymi zaburzeniami psychicznymi.

5 W oparciu o powyższe można stwierdzić,
6 iż opracowanie wiarygodnych i łatwych
7 w stosowaniu metod oceny ryzyka związa-
8 nego z tendencjami samobójczymi ma klu-
9 czowe znaczenie dla zapobiegania zachowa-
10 niom samobójczym u pacjentów z diagnozą
11 schizofrenii. Według danych epidemiologicz-
12 nych na rok 2014 w Polsce 5237 mężczyzn
13 oraz 928 kobiet zmarło śmiercią samobójczą.
14 Wiadomym jest, że ok. 10% samobójstw jest
15 popełnianych przez pacjentów ze zdiagno-
16 zowaną schizofrenią (Muller-Oerlinghausen
17 i Berghofer, 1999). Oznacza to, iż – bazując
18 jedynie na powyższych danych – należy spo-
19 dziewać się przynajmniej 600 samobójstw
20 pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią
21 w samej tylko Polsce.

22 Celem niniejszego badania było określe-
23 nie występowania bieżących i przeszłych
24 myśli i zachowań samobójczych wśród pa-
25 cjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią
26 hospitalizowanych na oddziałach całodo-
27 bowych, oraz oszacowanie potencjalnego
28 związku pomiędzy ryzykiem samobójstwa
29 a objawami psychopatologicznymi.

30 Grupa stabilnych pacjentów w relatyw-
31 nie dobrym stanie została dobrana celowo,
32 ponieważ w przypadku takich pacjentów
33 prawdopodobieństwo wypisania z placówki
34 jest większe a – jak wskazują badania prze-
35 prowadzone przez Ho (2003) oraz Hunt i in.
36 (2009) – w pierwszych tygodniach po wypi-
37 sie ryzyko samobójstwa jest większe.

38 W tym celu zweryfikowano następujące
39 hipotezy:

40 1. U pacjentów z objawami depresji o wyso-
41 kim nasileniu, obserwowany będzie wyższy
42 wskaźnik ryzyka samobójstwa niż u pacjentów
43 niewykazujących objawów depresyjnych.
44

2. U pacjentów z objawami somatycznymi
o wysokim nasileniu, obserwowany będzie
wyższy wskaźnik ryzyka samobójstwa niż u pa-
cjentów niewykazujących takich objawów.

3. U pacjentów z objawami fobii społecznej
o wysokim nasileniu, obserwowany będzie
wyższy wskaźnik ryzyka samobójstwa niż u pa-
cjentów nie wykazujących takich objawów.

MATERIAŁY I METODY

Badanie objęło łącznie 60 pacjentów ze zdiag-
nozowaną schizofrenią (wiek 18–60; M wie-
ku = 36,30; SD = 12,10) hospitalizowanych
na oddziałach całodobowych przez okres
co najmniej 2 tygodni. Dalsze analizy zosta-
ły przeprowadzone z wykorzystaniem da-
nych uzyskanych od 53 pacjentów (16 kobiet
i 37 mężczyzn), w tym 7 przypadków odmowy
(11%). Schizofrenia została zdiagnozowana
u pacjentów przez lekarza psychiatrę w opar-
ciu o kryteria ICD-10 (WHO, 1993). Pacjenci
byli w stabilnym stanie co najmniej od 7 dni,
bez nasilonych objawów psychotycznych.
Wszyscy przebadani pacjenci zostali ocenieni
przez lekarza prowadzącego na podstawie Cli-
nical Global Impressions Scale, z użyciem
komponentu CGI-Severity (Guy, 1976). Kry-
terium włączenia stanowiło uzyskanie przez
pacjenta wyniku 3punktów, co przekładało
się na: „jasno ustalone objawy z najwyżej mi-
nimalnym dystresem lub trudnościami w za-
kresie funkcji społecznych lub zawodowych”.
Clinical Global Impressions Scale (CGI) to
niezależne narzędzie opisowe służące do oce-
ny ogólnego funkcjonowania pacjentów na
podstawie oceny klinicysty zaznajomionego
z przebiegiem leczenia. Pacjenci zostali oce-
nieni na podstawie pierwszego modułu skali
CGI-Severity, umożliwiającego ocenę cho-
roby w ciągu ostatnich 7 dni na 7-punktowej
skali. Ryzyko samobójstwa zmierzone zostało

1 przy pomocy modułu diagnostycznego „C”
2 M.I.N.I. 5.0 (Mini International Neuropsychi-
3 chiatric Interview) w polskim opracowaniu
4 Masiaka i Przychody (1998). Wywiad ten,
5 jest strukturyzowanym narzędziem diagno-
6 stycznym służącym do rozpoznawania zabu-
7 rzeń psychicznych zdefiniowanych w DSM-IV
8 i ICD-10. Moduł diagnostyczny obejmował
9 5 pytań o myśli i zachowania samobójcze na
10 przestrzeni ostatniego miesiąca, oraz pyta-
11 nie o próbę samobójczą w przeszłości, przy
12 czym każdemu pytaniu przypisano wartość
13 punktową, a maksymalny wynik wynosił 29
14 punktów. Pacjenci byli przypisywani do gru-
15 py niskiego, umiarkowanego lub wysokiego
16 ryzyka samobójstwa zgodnie z rekomenda-
17 cjami zawartymi w M.I.N.I.: brak ryzyka <1
18 punkt, niskie ryzyko 1–5 punktów, umiarko-
19 wane ryzyko 6–9 punktów oraz wysokie ryzy-
20 ko samobójstwa >10 punktów. Polska wersja
21 kwestionariusza Symptom Checklist-27-plus
22 Questionnaire (SCL27 PLUS) opracowana
23 przez Hardt (2008), i zastosowana do określe-
24 nia objawów psychopatologicznych, a także
25 jako narzędzie pomocnicze do pomiaru bie-
26 żących myśli samobójczych i prób samobój-
27 czych w przeszłości. Polską adaptację kwestio-
28 nariusza (Kuncewicz, Dragan i Hardt, 2014)
29 charakteryzują dobre właściwości psychome-
30 tryczne (CFI >0,90). Kwestionariusz umożli-
31 wia pomiar objawów w oparciu o 5 podskal,
32 określając następujące wartości: objawy depre-
33 syjne, objawy wegetatywne, objawy agorafobii,
34 objawy fobii społecznej i objawy bólu; każda
35 podskala składa się z 4–6 punktów.

36 PROCEDURA

37
38
39
40 Pacjenci zostali zrekrutowani na całodobo-
41 wych ogólnych oddziałach psychiatrycznych
42 Mazowieckiego Specjalistycznego Centrum
43 Zdrowia im. Profesora Jana Mazurkiewicza
44 w Pruszkowie oraz Instytutu Psychiatrii i Neu-

1 rologii w Warszawie. Wywiady były przeprowa- 1
2 dzane w cichym i neutralnym miejscu. Przed 2
3 wywiadem uczestnicy otrzymywali pisemny 3
4 opis badania zawierający informacje o celu, 4
5 procedurze oraz prawach pacjentów. Następnie 5
6 uczestnicy proszeni byli o podpisanie formula- 6
7 rza świadomej zgody na udział w badaniu. Po 7
8 dopełnieniu tej procedury gromadzone były 8
9 oceny klinicystów dokonane w oparciu o CGI; 9
10 następnie osoby przeprowadzające badanie 10
11 zadawały pięć pytań modułu „C” wywiadu 11
12 M.I.N.I. 5.0; w końcowej fazie badania popro- 12
13 szono pacjentów o wypełnienie kwestionariu- 13
14 sza Symptom Checklist 27 PLUS. Badanie zo- 14
15 stało zatwierdzone przez Komisję Bioetyczną 15
16 Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. 16

17 WYNIKI

18 **Nasilenie objawów psychopatologicznych**

19 **w stosunku do ryzyka samobójstwa**

20 Pacjenci zostali podzieleni na cztery podgrupy 20
21 na podstawie poziomu ryzyka samobójstwa we- 21
22 dług modułu diagnostycznego M.I.N.I. Utwo- 22
23 rzone zostały następujące podgrupy: „brak ryzy- 23
24 ka samobójstwa”, „niskie ryzyko samobójstwa”, 24
25 „umiarkowane ryzyko samobójstwa”, „wysokie 25
26 ryzyko samobójstwa”. Liczebność grup wynio- 26
27 sła: brak ryzyka samobójstwa (N = 3), niskie 27
28 ryzyko samobójstwa (N = 20), umiarkowane 28
29 ryzyko samobójstwa (N = 14), wysokie ryzyko 29
30 samobójstwa (N = 16). Grupa „brak ryzyka sa- 30
31 mobójstwa” została wyłączona z dalszych analiz 31
32 z uwagi na niską reprezentatywność. 32

33 Założenia testu ANOVA zostały speł- 33
34 nione: porównywane grupy były równych 34
35 rozmiarów, co potwierdził nieistotny wynik 35
36 testu Chi² test (N = 53) = .007; p = 11,981, 36
37 a rozkład zmiennych zależnych w porówny- 37
38 wanych grupach stanowił rozkład normalny. 38

39 Dane na temat objawów psychopatolo- 39
40 gicznych zostały uzyskane w oparciu o pięć 40
41 podskal SCL 27 PLUS. 41
42
43
44

Tabela 1. Objawy psychopatologiczne w stosunku do ryzyka samobójstwa

Źródło	Zmienna zależna	df	f	p	Częstkowe Eta kwadrat
Ryzyko samobójstwa	Objawy depresyjne	2	6,297	,004	,211
	Objawy wegetatywne	2	2,355	,106	,091
	Objawy agorafobii	2	13,481	,000	,365
	Objawy fobii społecznej	2	5,679	,006	,195
	Objawy bólowe	2	1,034	,364	,042

Analiza wykazała istotny efekt główny czynnika „ryzyko samobójstwa” dla skal: objawów depresyjnych $F(2;47) = 6,30$, $p < .05$; objawów agorafobii $F(2;47) = 13,48$, $p < .001$ oraz objawów fobii społecznej $F(2;47) = 5,68$, $p < .05$.

Główny efekt zmiennej „ryzyko samobójstwa” nie wystąpił w przypadku dwóch skal: objawów wegetatywnych $F(2;47) = 2,36$, $p = .106$ oraz objawów bólowych $F(2;47) = 1,03$, $p = .364$.

pacjenci z niskim ryzykiem samobójstwa ($M = 6$; $SD = 1,71$). Ponadto zaobserwowano istotną ($p = .043$) różnicę między pacjentami z niskim ryzykiem samobójstwa a umiarkowanym ryzykiem samobójstwa ($M = 10,28$; $SD = 5,8$). Nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy grupami ryzyka umiarkowanego i wysokiego.

FOBIA SPOŁECZNA

Jeśli chodzi o skalę fobii społecznej, istotne ($p = .005$) różnice odnotowano pomiędzy pacjentami z wysokim ryzykiem samobójstwa ($M = 15,87$; $SD = 5,53$) a pacjentami z niskim ryzykiem samobójstwa ($M = 10,35$; $SD = 3,24$). Istotnych różnic nie odnotowano pomiędzy pacjentami z wysokim ryzykiem samobójstwa a pacjentami z umiarkowanym ryzykiem samobójstwa.

Depresja, lęk, objawy somatyczne i bólowe w stosunku do próby samobójczej w przeszłości

Wyniki okazały się być istotne w przypadku skali: objawów depresyjnych $t(51) = 4,25$; $p < .001$; objawów agorafobii $t(51) = 4,06$; $p < .001$ oraz objawów fobii społecznej $t(51) = 3,50$; $p < .001$. Wyniki przedstawiono szczegółowo w Tabeli 2.

OBJAWY DEPRESYJNE

W skali objawów depresyjnych analiza post-hoc ujawniła jedną istotną różnicę. Pacjenci z wysokim ryzykiem samobójstwa ($M = 15$; $SD = 4,96$) mieli istotnie ($p = .003$) większe nasilenie objawów depresyjnych niż pacjenci z niskim ryzykiem samobójstwa ($M = 9,6$; $SD = 3,86$). Ponadto pacjenci z umiarkowanym ryzykiem samobójstwa ($M = 11,57$; $SD = 5$) nie różnili się istotnie od pacjentów z niskim i wysokim ryzykiem samobójstwa.

AGORAFOBIA

Pacjenci z wysokim ryzykiem samobójstwa mieli istotnie ($p < .001$) większe nasilenie objawów agorafobii ($M = 13,12$; $SD = 4,58$) niż

Tabela 2. Objawy psychopatologiczne w stosunku do próby samobójczej w przeszłości

	<i>Próba samobójcza</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Wariancja</i>	<i>Test T studenta</i>	<i>df</i>	<i>p</i>																																															
Objawy depresyjne	TAK	27	13,63	5,39	Nierówna	2,80	45,37	,007																																															
	NIE	26	10,12	3,58					Objawy wegetatywne	TAK	27	12,56	4,15	Równa	1,62	51	,113	NIE	26	10,92	3,11	Objawy agorafobii	TAK	27	11,81	5,33	Nierówna	4,29	40,83	,000	NIE	26	6,77	2,94	Objawy fobii społecznej	TAK	27	14,44	5,96	Nierówna	2,43	43,60	,019	NIE	26	11,15	3,68	Objawy bólowe	TAK	27	14,93	5,88	Nierówna	1,75	39,20
Objawy wegetatywne	TAK	27	12,56	4,15	Równa	1,62	51	,113																																															
	NIE	26	10,92	3,11																																																			
Objawy agorafobii	TAK	27	11,81	5,33	Nierówna	4,29	40,83	,000																																															
	NIE	26	6,77	2,94																																																			
Objawy fobii społecznej	TAK	27	14,44	5,96	Nierówna	2,43	43,60	,019																																															
	NIE	26	11,15	3,68																																																			
Objawy bólowe	TAK	27	14,93	5,88	Nierówna	1,75	39,20	,088																																															
	NIE	26	12,69	3,03																																																			

Objawy psychopatologiczne w stosunku do bieżących myśli samobójczych

Porównanie nasilenia objawów psychopatologicznych w odniesieniu do bieżących myśli samobójczych (na podstawie punktu 27d kwestionariusza SCL-27 PLUS) wykonano z wykorzystaniem testu U Manna-Whitneya, ponieważ porównywane grupy różniły się istotnie pod względem liczebności.

Wszystkie objawy psychopatologiczne uzyskane z SCL-27 PLUS okazały się być istotnie wyższe u pacjentów z bieżącymi myślami samobójczymi, co potwierdziły wyższe średnie ocenyw tej grupie. Wyniki przedstawiono szczegółowo w Tabeli 3.

Tabela 3. Objawy psychopatologiczne w stosunku do aktualnych myśli samobójczych

	<i>Myśli samobójcze</i>	<i>N</i>	<i>Średnia ocena</i>	<i>Test U Manna-Whitneya</i>	<i>P</i>
Objawy depresyjne	Tak	6	45,67	29,00	,001
	Nie	47	24,62		
Objawy wegetatywne	Tak	6	42,83	46,00	,006
	Nie	47	24,98		
Objawy agorafobii	Tak	6	46,00	27,00	,000
	Nie	47	24,57		
Objawy fobii społecznej	Tak	6	43,75	40,50	,003
	Nie	47	24,86		
Objawy bólowe	Tak	6	39,75	64,50	,029
	Nie	47	25,37		

DYSKUSJA

Badanie wykazało istotnie większe nasilenie objawów depresji, agorafobii i fobii społecznej u pacjentów w związku z wyższym ryzykiem samobójstwa.

Podobieństwo kliniczne objawów depresyjnych i negatywnych objawów schizofrenii może sprawiać problemy w kontekście diagnozy. Jednakże, jak sugerują niektórzy badacze, obecność negatywnych objawów u pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią nie stanowi istotnego czynnika ryzyka zachowań samobójczych (Jones i in., 1994; Nordentoft i in., 2002; Tarrier i in., 2007).

Międzynarodowa klasyfikacja chorób ICD-10 umieszcza fobię społeczną oraz agorafobię w grupie fobii, w których uczucie strachu wiąże się z dokładnie określonymi sytuacjami. W przypadku fobii społecznej – ekspozycją społeczną, a w przypadku agorafobii – strachem przed opuszczeniem bezpiecznej przestrzeni (WHO, 2007). Identyczne (związane z fobią) podłoża obu czynników pozwalają na wspólne potraktowanie fobii społecznej i agorafobii jako grupy objawów związanych z ryzykiem popełnienia samobójstwa.

Co więcej, lęk przed opuszczeniem bezpiecznej przestrzeni lub znalezienia się w sytuacji ekspozycji społecznej powodujący istotny uszczerbek dla funkcjonowania społecznego i w relacjach, dodatkowo wzmocniony przez stygmatyzację społeczną w połączeniu z diagnozą schizofrenii, może prowadzić do długotrwałego dystresu, unikania kontaktów i wycofania się z codziennych czynności (Pallanti, Quercio-li i Hollander, 2004). Wszystkie te czynniki przyczyniają się gorszej jakości życia i przystosowania społecznego u pacjentów z objawami lękowymi niż u pacjentów bez nich (Pallanti, 2014).

Jak wynika z metaanalizy przeprowadzonej przez Achim i in. (2011), fobia społeczna może współwystępować w przebiegu schizofrenii aż u 14,9% pacjentów. Tutaj problemy metodologiczne mogą wynikać z braku jasnego rozróżnienia i z podobieństw pomiędzy negatywnymi objawami schizofrenii a fobii społecznej (Sutliff, Roy i Achim, 2015). Niemożność jasnego określenia podłoża lęku wykazywanego przez pacjentów może uzasadniać wniosek z analizy Bentley i in. (2016), w której wskazano, że zaburzenia lękowe i objawy lękowe same w sobie stanowiły istotny, choć słaby wskaźnik myśli i zachowań samobójczych.

Związek pomiędzy poziomem lęku a zwiększonym ryzykiem popełnienia samobójstwa przez pacjentów może być wyjaśniony przez odniesienie do teorii przedstawiających próby samobójcze jako następstwo niemożności poradzenia sobie z nieznośnym dystresem o różnych przyczynach (Allan i in., 2015). Z drugiej strony, jak wskazali Sinyor, Schaffer i Remington (2015), jedynie nieco ponad jedna czwarta pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią, którzy popełnili samobójstwo, doświadczała jasnego stresora w ciągu ostatniego roku. Istotnie większe nasilenie objawów fobii społecznej i agorafobii u pacjentów z wysokim ryzykiem samobójstwa zaobserwowane w niniejszym badaniu sugeruje, że tych pacjentów może charakteryzować wyższy poziom lęku i gorsze funkcjonowanie społeczne.

Wyniki naszego badania wskazują, że pacjenci z próbą samobójczą w przeszłości w porównaniu z pacjentami bez takiej próby charakteryzowali się istotnie wyższymi wskaźnikami, charakterystycznymi również dla pacjentów z bieżącym wysokim ryzykiem samobójstwa (fobia społeczna, agorafobia i depresja). Ta analogia może wynikać z faktu, że próba samobójcza

1 w przeszłości ma kluczowe znaczenie dla
2 oceny bieżącego ryzyka samobójstwa (Hor
3 i Taylor, 2010).

4 Dalsze analizy wskazały, że pacjenci
5 z bieżącymi myślami samobójczymi w po-
6 równaniu z pacjentami bez bieżących myśli
7 cierpieli z powodu bardziej nasilonych ob-
8 jawów wszystkich rodzajów: depresyjnych,
9 agorafobii, wegetatywnych, objawów fobii
10 społecznej i objawów bólowych. Wyjaśnien-
11 niem tego wyniku może być fakt, że wystę-
12 powanie myśli samobójczych jest związane,
13 między innymi, z deprecjonowaniem sie-
14 bie, poczuciem winy i depresją, które mogą
15 przyczyniać się do społecznego wykluczenia
16 (Kontaxakisi in., 2004).

17 Interesującym rezultatem niniejszego
18 badania jest stwierdzenie braku istotnego
19 związku pomiędzy objawami somatycznymi
20 i bólowymi a próbą samobójczą w prze-
21 szłości. Według Bonnota i Tordjman (2009)
22 pacjenci z diagnozą schizofrenią charaktery-
23 zują się mniejszą behawioralną odpowiedzią
24 na ból somatyczny, a także mniejszą ilością
25 opisywanych przez pacjentów doświadczeń
26 związanych z bólem. Ponieważ nie istnie-
27 ją przekonujące dane psychofizjologiczne
28 na ten temat, można postawić pytanie, czy
29 długotrwała ekspozycja na leczenie, wyklu-
30 czenie społeczne i dystres emocjonalny po-
31 wodują subiektywnie zmniejszone odpowie-
32 dzi na ból u pacjentów, czy przyczyna leży
33 głębiej, w neurobiologicznych aspektach sa-
34 mego zaburzenia. Ponadto według interper-
35 sonalnej teorii samobójstwa Joinera (2005)
36 osoby zdolne do samobójstwa charakteryzu-
37 je zwiększona tolerancja na ból somatyczny,
38 wynikająca z długotrwałej ekspozycji na
39 doświadczenia związane z bólem i cierpie-
40 niem. Powyższy wniosek może stanowić
41 potencjalne wyjaśnienie braku związku mię-
42 dzy objawami bólowymi a ryzykiem samo-
43 bójstwa lub próbą samobójczą w przeszłości
44 (Van Orden i in., 2010).

Istotnie wyższe nasilenie objawów psy-
chopatologicznych u pacjentów z wysokim
ryzykiem samobójstwa wskazuje na zwią-
zek pomiędzy objawami psychopatologicz-
nymi a ryzykiem popełnienia samobójstwa.
Badanie wykazało także, iż większe nasile-
nie objawów psychopatologicznych może
być charakterystyczne dla pacjentów z bie-
żącymi myślami samobójczymi i próbą sa-
mobójczą w przeszłości. Dane pozyskane
w niniejszym badaniu sugerują, że konieczne
jest ściśle obserwowanie i leczenie obja-
wów psychopatologicznych u pacjentów ze
zdiagnozowaną schizofrenią, w szczególno-
ści tych znajdujących się w grupie większo-
nego ryzyka.

OGRANICZENIA

W związku z faktem, iż obecność bieżących
myśli samobójczych była stwierdzana na pod-
stawie jedynie jednej pozycji kwestionariusza
SCL-27 PLUS, istotnie wyższe wskaźniki na
obu skalach, u pacjentów z bieżącymi myślami
samobójczymi mogą być wyjaśnione niską
wartością diagnostyczną pytań dotyczących
myśli samobójczych w polskiej adaptacji kwe-
stionariusza SCL-27 PLUS.

W związku z charakterystyką badania:
ściśle określoną grupą pacjentów, brakiem
grupy kontrolnej, przeprowadzeniem wy-
wiadów jedynie na oddziałach całodobowych –
przedstawione wyniki odnoszą się
jedynie do pacjentów spełniających kryteria
włączenia do niniejszego badania.

BIBLIOGRAFIA

- Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, É., Olivier, D.,
Mérette, C., & Roy, M. A. (2011). How prevalent are
anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analy-
sis and critical review on a significant association.

- Schizophrenia Bulletin, 37 (4), 811-821. doi: 10.1093/schbul/sbp148.
- Allan, N. P., Norr, A. M., Boffa, J. W., Durmaz, D., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2015). Examining the unique relations between anxiety sensitivity factors and suicidal ideation and past suicide attempts. *Psychiatry research*, 228(3), 441-447. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.066.
- Argyle, N. (1990). Panic attacks in chronic schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 157(3), 430-433. doi:10.1192/bjp.157.3.430.
- Bakst, S., Rabinowitz, J., & Bromet, E. J. (2009). Antecedents and patterns of suicide behavior in first-admission psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 36(4), 880-889.
- Bentley, K. H., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Fox, K. R., & Nock, M. K. (2016). Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviours: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 43, 30-46. doi:10.1016/j.cpr.2015.11.008
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1(3), 181-185.
- Bonnot, O., & Tordjman, S. (2008). Schizophrenia and pain reactivity. *Presse medicale (Paris, France: 1983)*, 37(11), 1561-1568.
- Brown, S. (1997). Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 171(6), 502-508. doi:10.1192/bjp.171.6.502.
- Bulbena, A., Anguiano, B., Gago, J., Basterreche, E., Ballesteros, J., Eguiluz, I., Gonzáles Torres, D.P., Reddy, J.D., Coplan, G.E., & Berrios, G. E. (2005). Panic/phobic anxiety in schizophrenia: a positive association with joint hypermobility syndrome. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 12(2), 95-100.
- Casper, R. C., Redmond, D. E., Katz, M. M., Schaffer, C. B., Davis, J. M., & Koslow, S. H. (1985). Somatic symptoms in primary affective disorder: presence and relationship to the classification of depression. *Archives of General Psychiatry*, 42(11), 1098-1104. doi:10.1001/archpsyc.1985.01790340082012.
- Cassano, G. B., Pini, S., Sacttoni, M., & Dell'Osso, L. (1998). Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 59(2), 1-478. doi:10.4088/jcp.v59n0204.
- Fuller-Thomson, E., & Hollister, B. (2016). Schizophrenia and Suicide Attempts: Findings from a Representative Community-Based Canadian Sample. *Schizophrenia research and treatment*, 2016. doi:10.1155/2016/3165243.
- Goodwin, R., Lyons, J. S., & McNally, R. J. (2002). Panic attacks in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 58(2), 213-220. doi:10.1016/s0920-9964(01)00373-5.
- Hardt, J. (2008). The symptom checklist-27-plus (SCL-27-plus): a modern conceptualization of a traditional screening instrument. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 5.
- Ho, T. P. (2003). The suicide risk of discharged psychiatric patients. *The Journal of clinical psychiatry*, 64(6), 702-707. doi:10.4088/jcp.v64n0613.
- Hor, K., & Taylor, M. (2010). Review: Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of psychopharmacology*, 24(4_suppl), 81-90. doi: 10.1177/1359786810385490.
- Hunt, I. M., Kapur, N., Webb, R., Robinson, J., Burns, J., Shaw, J., & Appleby, L. (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychological medicine*, 39(3), 443-449.
- Joiner, T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jones, J. S., Stein, D. J., Stanley, B., Guido, J. R., Winchel, R., & Stanley, M. (1994). Negative and depressive symptoms in suicidal schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(2), 81-87. doi:10.1111/j.1600-0447.1994.tb01491.x.
- Kasckow, J., Felmet, K., & Zisook, S. (2011). Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS drugs*, 25(2), 129-143 doi: 10.2165/11586450-000000000-00000.
- Kiran, C., & Chaudhury, S. (2016). Prevalence of comorbid anxiety disorders in schizophrenia. *Industrial psychiatry journal*, 25(1), 35.
- Kocaturk, B. K., Essizoglu, A., Aksaray, G., Akarsu, F. O., & Musmul, A. (2015). Relationship Suicide, Cognitive Functions, and Depression in Patients with Schizophrenia. *Noro Psikiyatri Arsi*, 52(2), 169-173. doi:10.5152/npa.2015.7506.
- Kontaxakis, V., Havaki-Kontaxaki, B., Margariti, M., Stamouli, S., Kollias, C., & Christodoulou, G. (2004). Suicidal ideation in inpatients with acute schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(7), 476-479.

- Koreen, A. R., Siris, S. G., Chakos, M., Alvir, J., Mayerhoff, D., & Lieberman, J. (1993). Depression in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1643-1643. doi:10.1176/ajp.150.11.1643.
- Kunczewicz, D., Dragan, M., & Hardt, J. (2014). Walidacja polskiej wersji kwestionariusza The Symptom Checklist-27-plus. *Psychiatr. Pol.*, 48(2), 345-358.
- Liczba zamachów samobójczych zakończonych zgonem (2016) . Retrieved January 1, 2017, from <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>.
- Lin, C. Y., Chang, C. C., Wu, T. H., & Wang, J. D. (2016). Dynamic changes of self-stigma, quality of life, somatic complaints, and depression among people with schizophrenia: A pilot study applying kernel smoothers. *Stigma and Health*, 1(1), 29.
- Lopez-Morinigo, J. D., Fernandes, A. C., Chang, C. K., Hayes, R. D., Broadbent, M., Stewart, R., David, A. S., & Dutta, R. (2014). Suicide completion in secondary mental healthcare: a comparison study between schizophrenia spectrum disorders and all other diagnoses. *BMC psychiatry*, 14(1), 213.
- Martins, M. J., Moura, B. L., Martins, I. P., Figueira, M. L., & Prkachin, K. M. (2011). Sensitivity to expressions of pain in schizophrenia patients. *Psychiatry research*, 189(2), 180-184. doi:10.1016/j.psychres.2011.03.007.
- Masiak, M., & Przychoda, J. (1998). MINI Mini International Neuropsychiatric Interview. Polish Version 5.0. 0.
- Müller-Oerlinghausen, B., & Berghöfer, A. (1999). Antidepressants and suicidal risk. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 94-99.
- Niederkrötenhaler, T., Reidenberg, D. J., Till, B., & Gould, M. S. (2014). Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: The role of mass media. *American journal of preventive medicine*, 47(3), S235-S243.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Abel, M., Kasso, P., Petersen, L., Thorup, A., Krarup, G., Hemmingsen, P., & Jørgensen, P. (2002). OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 181 (43), 98-106. doi:10.1192/bjp.181.43.s98.
- Pallanti, S., Quercioli, L., & Hollander, E. (2004). Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *American Journal of Psychiatry*, 161(1), 53-58. doi:10.1176/appi.ajp.161.1.53.
- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. (2005) The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 62: 247–253.
- Policja Polska, Komenda Główna. Dane Statystyczne 2016; www.policja.pl.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*.
- Sinyor, M., Schaffer, A., & Remington, G. (2015). Suicide in schizophrenia: an observational study of coroner records in Toronto. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(1), 1-478. doi:10.4088/jcp.14m09047.
- Stubbs, B., Mitchell, A. J., De Hert, M., Correll, C. U., Soundy, A., Stroobants, M., & Vancampfort, D. (2014). The prevalence and moderators of clinical pain in people with schizophrenia: a systematic review and large scale meta-analysis. *Schizophrenia research*, 160(1), 1-8. doi:10.1016/j.schres.2014.10.017.
- Sutliff, S., Roy, M. A., & Achim, A. M. (2015). Social anxiety disorder in recent onset schizophrenia spectrum disorders: The relation with symptomatology, anxiety, and social rank. *Psychiatry research*, 227(1), 39-45. doi:10.1016/j.psychres.2015.02.017.
- Tarrier, N., Gooding, P., Gregg, L., Johnson, J., Drake, R., & Socrates Trial Group. (2007). Suicide schema in schizophrenia: The effect of emotional reactivity, negative symptoms and schema elaboration. *Behaviour research and therapy*, 45(9), 2090-2097. doi:10.1016/j.brat.2007.03.007.
- Urban-Kowalczyk, M., Pigońska, J., & Śmigieński, J. (2015). Pain perception in schizophrenia: influence of neuropeptides, cognitive disorders, and negative symptoms. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 2023.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575.

World Health Organization. (2007). International statistical classification of diseases and related health problems

World Health Organization. World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014.

Bartosz Bohaterewicz

SWPS University of Social Sciences
and Humanities

Aleksandra Jabłońska

SWPS University of Social Sciences
and Humanities

Agata Szulc

Warsaw Medical University

SUICIDAL THOUGHTS AND BEHAVIOURS AND THEIR COMORBIDITY
WITH PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS AMONG PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA
HOSPITALIZED AT LONG TERM WARD.

ABSTRACT

Schizophrenia is related with one of the highest risk of suicide, studies indicate that lifetime suicide risk in schizophrenia varies from 5% - 10%. The aim of the work was to establish the relationship between psychopathological symptoms, and the risk of committing suicide, in the group of schizophrenia patients hospitalized at long term care facility.

Study was conducted on total of 52 patients with schizophrenia hospitalized at long term psychiatric ward in Poland. The risk of suicide was measured using diagnostic module of M.I.N.I neuropsychiatric interview, psychopathological symptoms was determined by SCL27 PLUS questionnaire. Severity of depressive symptoms, agoraphobia and social phobia was significantly ($p < 0.05$), different depending on the risk level of committing suicide, and significantly ($p < 0.05$) higher in patients with a suicidal attempt in the interview. In addition, severity of all psychopathological symptoms was related to current suicidal thoughts occurring in patients.

Our results indicate a significant relationship between the severities of psychopathological symptoms with the risk of committing suicide, providing a proof of necessity to control psychopathological symptoms among group of patients with schizophrenia.

Key words: schizophrenia, suicide, psychopathological symptoms, depression