

Analiza danych klinicznych trzech pacjentów, leczonych w Regionalnym Ośrodku Ostrych Zatruc w Sosnowcu z powodu podjętej próby samobójczej, ukierunkowana na odróżnienie uwarunkowań egzystencjalnych i społecznych od przyczyn wynikających z zaburzeń psychicznych

Analysis of clinical data of three patients treated at Regional Poison Control Center in Sosnowiec due to suicide attempt, aimed at differentiating existential and social determinants from causes resulting from mental disorders

Andrzej Brodziak, Tomasz Kłopotowski, Mariusz Kicka, Anna Bazylewicz, Beata Wroclawska-Konefal

STRESZCZENIE

Regionalny Ośrodek Ostrych Zatruc
z Oddziałem Toksykologii Klinicznej
Instytut Medycyny Pracy
i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu

W pracy poddano analizie przypadki trzech pacjentów leczonych w Regionalnym Ośrodku Ostrych Zatruc w Sosnowcu z powodu podjętych prób samobójczych, wynikających z odmiennych, lecz charakterystycznych przyczyn. U podłoża podjętych prób suicydalnych leżały: w pierwszym przypadku przyczyny bytowe, w drugim zespół zależności alkoholowej, a w trzecim zaburzenia psychiczne.

Źródłem informacji dotyczących przyczyn podjętych prób suicydalnych były dane anamnestyczne uzyskane przez lekarzy klinicystów uzupełnione przez konsultację psychiatryczną. Dodatkowo autorzy zastosowali opracowany przez nich „strukturalizowany, pogłębiony wywiad psychiatryczny i psychologiczny” oraz sformułowali tzw. ciąg niekorzystnych przemian i wydarzeń, które prowadziły do podjęcia próby samobójczej. Zaproponowali także sumaryczną ilustrację graficzną danych uzyskanych od prezentowanych pacjentów.

Autorzy dyskutują – na tle uzyskanych od pacjentów danych – czy istnieją obecnie wydolny aparat pojęciowy i efektywna teoria kompleksowo wyjaśniająca proces załamania się motywacji do życia i przemianę psychiczną, prowadzące do podjęcia próby samobójczej.

ADRES DO KORESPONDENCJI:

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Brodziak
Instytut Medycyny Pracy
i Zdrowia Środowiskowego
ul. Kościelna 13
41-200 Sosnowiec
tel. +48 32 266 08 85
e-mail: andrzejbrodziak@wp.pl

Ann. Acad. Med. Siles. 2013, 67, 5, 322–336
Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach
eISSN 1734-025X

SŁOWA KLUCZOWE

samobójstwo, ostre zatrucie, przyczyny próby samobójczej

ABSTRACT

The authors present detailed case studies of three patients treated at the Regional Poison Control Center in Sosnowiec due to a suicide attempt for different, but characteristic types of reasons. The first of these patients attempted suicide by reason of existential problems, the second one – alcoholism, and the third of the patients suffered from mental disorders.

The source of information concerning the causes of the suicide attempts was data from the patients' histories gained by toxicologists supplemented by psychiatric examination. Additionally, the authors applied their own in-depth, structured, psychiatric and psychological interview and formulated the so-called sequence of adverse events which led to the suicide attempt. They also suggested a graphical summary illustrating the data obtained from patients.

The authors discuss – on the background of these case reports – how far today an effective theory exists, which would be able to completely explain the process of collapse of the motivation for life and the mental transformation, manifested by an attempt of suicide.

KEY WORDS

suicide, acute poisoning, causes of suicide attempt

WSTĘP

Regionalne ośrodki ostrych zatruc są wyskospecjalistycznymi placówkami medycznymi zajmującymi się diagnostyką i leczeniem ostrych zatruc ksenobiotykami. Regionalny Ośrodek Ostrych Zatruc z Oddziałem Toksykologii Klinicznej w Sosnowcu swoim działaniem obejmuje obszar województw śląskiego, opolskiego i częściowo małopolskiego, na terenie których mieszka około 6 mln ludzi. Corocznie hospitalizowanych jest tutaj ok. 500 osób przyjmowanych z powodu zatruc samobójczych.

Wśród tych pacjentów można wyróżnić trzy grupy. Większość stanowią osoby ze zdiagnozowaną wcześniej depresją lub innym, poważnym zaburzeniem psychicznym. Dużą część stanowili pacjenci z objawami zespołu zależności alkoholowej. Około ¼ chorych podjęła próbę samobójczą z powodu trudnej sytuacji rodzinnej, bytowej i innych obciążeń egzystencjalnych, psychologicznych i socjalnych.

Po ustabilizowaniu stanu somatycznego chorych zatrutych, każdorazowo konieczne jest wyjaśnienie przyczyn próby samobójczej w celu ustalenia dalszego postępowania. Część chorych po wypisaniu z ośrodka toksykologicznego będzie wymagała dalszej diagnostyki i leczenia w warunkach oddziału psychiatrycznego, część może być objęta opieką ambulatoryjną (poradnie: zdrowia psychicznego, psychologiczne, terapii uzależnień, pedagogiczne – w przypadku dzieci i młodzieży). Decyzja o dalszym sposobie postępowania zależy zatem od prawidłowej oceny przyczyn próby samobójczej.

Z uwagi na fakt, że jedynie część chorych zatrutych leczonych jest w ośrodkach toksykologicznych, umiejętnością właściwej oceny przyczyn zatrucia powinni

wykazać się wszyscy lekarze sprawujący opiekę nad pacjentem po zatruciu samobójczym, aby w sposób prawidłowy ukierunkować dalszy tok postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Podkreślić ponadto należy, że również lekarze podstawowej opieki zdrowotnej powinni być wyczuleni na symptomy dużego ryzyka podjęcia próby samobójczej z różnych przyczyn.

Istnieją dane wskazujące, że na ewentualne obciążenia egzystencjalne nakładają się wpływy ogólnospołeczne. Intrygującym faktem są znaczne spadki częstości samobójstw w Polsce w latach 1980–1982 oraz 1988–1990, przy jednoczesnym wzroście liczby narodzin w latach 1978–1983, co opublikował Główny Urząd Statystyczny. Niektórzy badacze próbują interpretować te dane demograficzne „zmianami więzi społecznej” lub zmianami ogólnych wyznaczników nastrojów społecznych, a ściślej – poziomem szeroko pojmowanej „wizji przyszłości i oceny perspektyw”. Być może, placówki medyczne sprawujące opiekę nad chorymi po przebytym zatruciu samobójczym mogłyby być ośrodkami monitorowania zmian kondycji psychicznej lokalnych społeczności.

Ewentualne wykorzystywanie danych, pozyskiwanych od osób po próbie samobójczej z przyczyn egzystencjalnych, psychologicznych bądź socjalnych, do udzielenia im właściwej pomocy medycznej oraz szacowania kondycji psychicznej określonej społeczności wymaga opracowania precyzyjnej metody oceny przyczyn podjętej próby samobójczej. Dla osiągnięcia tego celu może być pomocna drobiazgowość prezentacji kazuistycznej trzech chorych, którzy podjęli próbę samobójczą z odmiennych przyczyn.

Cele pracy:

- przedstawienie przebiegu postępowania wobec trzech chorych leczonych w Regionalnym Ośrodku Ostrych Zatruc z Oddziałem Toksykologii Klinicz-

nej w Sosnowcu tak, aby uwypuklić konieczność odmiennych procedur diagnostycznych i terapeutycznych wobec pacjentów, którzy podjęli próbę samobójczą w przebiegu ciężkiego zaburzenia psychicznego, alkoholizmu bądź z przyczyn egzystencjalnych,

- zaproponowanie schematu „strukturalizowanego wywiadu”, który jest niezbędny do precyzyjnego i dogłębnego zapisu i analizy przyczyn podjęcia próby samobójczej,
- przeprowadzenie dyskusji na temat diagnostyki, leczenia i ukierunkowania dalszego postępowania wobec chorych po próbach suicydalnych podjętych z wymienionych trzech, różnych typów przyczyn, aby udoskonalić umiejętności sprawnej oceny tych odmienności przez lekarzy z korzyścią zarówno dla konkretnych chorych, jak i oceny kondycji psychicznej lokalnej społeczności.

PRZYPADEK 1

Wywiad lekarski

Pacjent P.P., lat 46, rencista, przyjęty do Regionalnego Ośrodka Ostroch Zatruc z szpitala terenowego z powodu samobójczego zatrucia lekami. W szpitalu kierującym chorego zaintubowano, rozpoczęto sztuczną wentylację i terapię objawową. Z wywiadu uzyskanego od żony pacjenta, a następnie uzupełnionego przez niego samego wynika, że od dzieciństwa chorował na padaczkę. Chory podjął próbę samobójczą zażywając dużą ilość leku tiagabiny. Z listu pożegnalnego chorego wynikało, iż jedyną przyczyną podjęcia próby samobójczej była niemożność uporania się ze znacznym zadłużeniem. Pacjent ma też dwoje dorosłych dzieci, wymagających pomocy finansowej.

Stan kliniczny

Przy przyjęciu do Regionalnego Ośrodka Ostroch Zatruc w Sosnowcu pacjent był w stanie ciężkim, z objawami obrzęku mózgu (dodatni objaw Babińskiego i stopotrząs – obustronnie), sztucznie wentylowany przy użyciu respiratora. Krążeniowo wydolny.

Przebieg leczenia

W zwiotczeniu Pancuronium kontynuowano sztuczną wentylację. Zastosowano: dożylnie infuzje płynów z suplementacją chlorku potasu, 8,4% roztwór wodorowęglanu sodu, 20% mannitol, dexametazon, cefotaxym, nadroparynę, omeprazol, diazepam, midazolam, ketoprofen, fenylobutazon, preparat fenbiferyny z metamizolem i pitofenonem, metamizol.

W 23 godzinie hospitalizacji zakończono wentylację mechaniczną, w drugiej dobie chorego rozintubowano. Nie obserwowano dalszych klinicznych następstw zatrucia. W trakcie hospitalizacji pacjent był w wy-

równanym nastroju, krytyczny wobec podjętej próby samobójczej, nie podtrzymywał myśli ani zamiarów suicydalnych. Hospitalizacja trwała 8 dni.

Konsultacja psychiatryczna

Pacjent zażył 70 tabletek tiagabiny i topiramatu w celach samobójczych. Jako powód podaje problemy finansowe utrzymujące się od dłuższego czasu, groźby ze strony windykatorów, możliwość utraty mieszkania. Chory nie był leczony wcześniej psychiatrycznie, ale przed 6 laty przechodził epizod depresyjny po śmierci matki. Był wtedy leczony przez neurologa. Użytki – neguje. Choroby współistniejące: padaczka od wielu lat, kamica dróg moczowych. Wywiad rodzinny: mieszka z żoną i synem. Nikt z rodziny nie był leczony psychiatrycznie.

Stan psychiczny: pacjent w logicznych kontaktach, w reaktywnie obniżonym nastroju, obecnie bez myśli samobójczych.

Dgn.: Reakcja sytuacyjna depresyjna z próbą samobójczą. Padaczka.

Nie wyraża zgody na hospitalizację na oddziale psychiatrycznym. Obecnie bez wskazań do leczenia wbrew woli. Celowe zgłoszenie się do Poradni Zdrowia Psychicznego.

Wyniki badań dodatkowych

RR 130/90 mmHg (9 pomiarów – wartości porównywalne)

OB 3; 6 mm po 1 godz.

Morfologia krwi:

RBC 5,18 ...4,83 T/l, HGB 15,9...14,7 g/dl, HCT 47,7...44,3% WBC 14,1...7,0 G/l PLT 211...226 G/l

Rozmaz krwi obwodowej: pałeczkowate 3%, podzielone 79%, limfocyty 18%

Badania biochemiczne

Glukoza 136...146...87 mg/dl;

Bilirubina 0,67...0,54 mg/dl; AspAT 20...23 U/l;

AlAT 29... 23 U/l; AP 102 U/l; GGTP 32 U/l; kreaty-

nina 0,8... 1,1 mg/dl; mocznik 20...29 mg/dl;

Na⁺ 143...139...139 mmol/l; K⁺ 4,24...4,3...3,86

mmol/l; Cl⁻ 109...109...103 mmol/l; Ca²⁺

1,17...1,19...1,22 mmol/l; Fe 61 µg/dl;

mleczany 12 mg/dl.

Badanie gazometryczne

pH	7,273	7,386	
pCO ₂	39,8	33,0	mmHg
BE	-8,0	-4,6	mmol/l
HCO ₃ ⁻	18,2	19,4	mmol/l
pO ₂	381,4	73,0	mmHg
O ₂ sat	99,9	94,0	%

Badania toksykologiczne

- pochodne benzodwazepiny (surowica) 1538,2 ng/ml;
- barbiturany (surowica) 0,18 µg/ml;
- salicylany, karbamazepina, trój cykliczne leki przeciwdepresyjne, kwas walproinowy (surowica) nieobecne;
- pochodne fenotiazyny (mocz) nieobecne;
- alkohol etylowy (krew) nieobecny;
- amfetamina, metamfetamina, kokaina, opiaty, MDMA, kannabinole (mocz) nieobecne.

Posiewy

Z wydzielin oskrzelowej wyhodowano: *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus epidermidis*

EKG

Sinistrogram. Rytm zatokowy, miarowy o częstości 70/min. Zaburzenia okresu repolaryzacji komór pod postacią spłaszczenia załamek T we wszystkich odprowadzeniach. Poza tym przebieg pobudzenia elektrycznego serca w granicach normy.

RTG klatki piersiowej

Przepona obustronnie wolna, prawidłowo ustawiona. Pola płucne o wzmożonym rysunku naczyniowym, bez zagęszczeń ogniskowych. Sylwetka serca miernie poprzecznie powiększona, duże naczynia w granicach normy.

Rozpoznanie kliniczne według karty wypisowej

Ostre zatrucie lekami – tiagabina. Próba samobójcza. Reakcja sytuacyjna depresyjna. Stan drgawkowy w przebiegu zatrucia. Ostra niewydolność oddechowa. Padaczka. Zapalenie żył powierzchownych przedramienia lewego. Kamica nerkowa lewostronnie w wywiadzie.

PRZYPADK 2

Wywiad lekarski

Pacjentka J.K. 54-letnia, według relacji lekarza pogotowia znaleziona nieprzytomna w domu. Przy niej puste opakowania po 60 tabl. promazyny i 20 tabl. zolpidemu. Wcześniej piła alkohol. Chorą zaintubowano i śmigłowcem przetransportowano do Regionalnego Ośrodka Ostrego Zatrucia w Sosnowcu.

Według informacji uzyskanych w okresie późniejszym: pacjentka mająca wykształcenie wyższe, pracująca w Powiatowym Urzędzie Pracy, od około 17 lat wykazuje objawy zespołu zależności alkoholowej, od 4 lat leczy się w Ośrodku Profilaktyki i Leczenia Uzależnień, mieszka z partnerem w wolnym związku, ma 30-letniego syna.

Stan kliniczny

Chora w chwili przyjęcia do Regionalnego Ośrodka Ostrego Zatrucia nieprzytomna, z nieukierunkowaną reakcją na ból, bez odruchów ścięgnistych z kończyn dolnych, bez objawów ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, wydolna krążeniowo, z objawami zalegania (zachłyśnięcia?) nad polami płucnymi. Badanie gazometryczne wykazało cechy częściowej niewydolności oddechowej.

Przebieg leczenia

Zastosowano: dożylnie infuzje płynów z roztworem chlorku potasu, cefotaxym, gentamycynę, metronidazol, preparat wziewny z fenterolem i bromkiem ipatropiny, teofilinę, ambroksol, hydrokortyzon, dexametazon, nadroparynę, omeprazol, diazepam, midanium, lewomepromazyne, hydroksyzynę, chlorek potasu, tlenoterapię bierną.

Pod koniec I doby hospitalizacji pacjentka odzyskała przytomność, została rozintubowana. Przejściowo prezentowała objawy pobudzenia psychoruchowego wymagające sedacji. Ilościowe zaburzenia świadomości wycofały się ostatecznie w III dobie hospitalizacji. Badanie RTG klatki piersiowej potwierdziło obecność zmian zapalnych płuca lewego, które uległy regresji w toku antybiotykoterapii. Badania laboratoryjne nie ujawniły powikłań narządowych zatrucia, poza cechami niewielkiej rbdmiolizy.

Konsultacja psychiatryczna

Według pacjentki, zażycie leków po alkoholu było aktem desperacji – demonstracją dla zwrócenia na siebie uwagi. Pacjentka zmagająca się wtedy z ciągiem alkoholowym partnera. Jak twierdzi, nagle załamała się i sama sięgnęła po alkohol po 4-letnim okresie abstynencji, ze złości na siebie zażyła leki. Chora od wielu lat leczy się psychiatrycznie z powodu uzależnienia od alkoholu i zaburzeń depresyjnych. Matka chorej była uzależniona od benzodiazepin.

Stan psychiczny: zorientowana, w kontakcie logicznym, bez objawów wytwórczych. Obecnie w wyrównanym nastroju i napędzie. Ma wgląd w problemy własnego uzależnienia. Obecnie bez myśli samobójczych.

Dgn.: Zespół zależności alkoholowej. Zaburzenie adaptacyjne z nadużyciem leków. Wskazane kontynuowanie ambulatoryjnego leczenia odwykowego. Nie stwierdza się wskazań do hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym.

Wyniki badań dodatkowych

RR 120/70, 105/65, 130/95 mmHg (12 pomiarów – wartości porównywalne)
OB 12; 10 mm po 1 godz.

Morfologia krwi:

RBC 4,68...4,57 T/l; HGB 14,0...14,9 g/dl; HCT 44...43%; WBC 12,6...8,0 G/l; PLT 240...216 G/l;
Rozmaz krwi obwodowej: pałeczkowate 2%, podzielone 78%, limfocyty 20%

Badania biochemiczne

Glukoza 141...114...122 mg/dl;
Bilirubina 1,17...0,78 mg/dl; AspAT 26...157...36 U/l; AlAT 23...73...70 U/l; AP 92 U/l; GGTP 38 U/l;
Kreatynina 0,47...0,45 mg/dl; mocznik 15 mg/dl,
Na⁺ 147...142...143 mmol/l; K⁺ 3,62...3,86...4,57 mmol/l; Cl⁻ 104...102...104 mmol/l; Ca²⁺ 1,17, 1,12, 1,17 mmol/l; Fe – 88 µg/dl;
Mleczany 41 mg/dl;
CPK 1625...783...197 U/l; mioglobina 216...65 ng/ml

Badanie gazometryczne

pH	7,35	7,43	
pCO ₂	39,2	35,3	mmHg
BE	-2,8	-0,8	mmol/l
HCO ₃ ⁻	22,1	22,9	mmol/l
pO ₂	63,0	68,9	mmHg
O ₂ sat	91,0	94,0	%

Badania toksykologiczne

- pochodne fenotiazyny (mocz) ++++;
- alkohol etylowy (krew) 0,96‰,
- pochodne benzodiazepiny (surowica) 15,0 ng/ml;
- trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (surowica) 283,18 ng/ml;
- barbiturany, salicylany, karbamazepina, kwas walproinowy (surowica) nieobecne;
- amfetamina, metamfetamina, MDMA, kokaina, kanabinole, opiaty (mocz) nieobecne.

Posiewy

wydzieliny oskrzelowej – wyhodowano: *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus epidermidis*, *Candida species*.

EKG

Normogram, położenie serca pośrednie. Rytm zatokowy, miarowy o częstości 130/min. Płaskie załamki T w odprowadzeniach I, avL, V₁–V₂.

RTG klatki piersiowej

Nadprzeponowo po stronie lewej, na obwodzie dobrze wysyczone i odgraniczone zagęszczenie smugowate. Serce z przewagą lewej komory. Łuk aorty uwypuklony.

Rozpoznanie kliniczne według karty wypisowej

Ostre mieszane zatrucie lekami – promazyna, zolpidem – w stanie upojenia alkoholowego. Próba samobójcza. Zespół zależności alkoholowej. Zaburzenie adaptacyjne. Zaburzenia depresyjne w wywiadzie. Zapalenie lewego płuca. Rabdomioliza. Otyłość. Nikotynizm.

PRZYPADEK 3**Wywiad lekarski**

Pacjent B.K., 25-letni, od około 6 lat leczony psychiatrycznie z powodu zaburzeń depresyjnych, zaburzeń snu, od kilku dni, po konflikcie z 17-letnią partnerką, ujawniający nasilenie zaburzeń depresyjnych, znaleziony nieprzytomny w domu. Przy nim puste opakowania po doksepynie, amitryptylinie, paracetamolu z kodeiną, hydroksyzynie, diazepamie. Drzwi do mieszkania wyważyła policja zawiadomiona przez siostrę chorego. Matka, z którą pacjent na stałe mieszka, wyjechała na kilka dni. Interwenujący lekarz pogotowia ratunkowego chorego zaintubował, po czym przewiózł do szpitala terenowego, gdzie wykonano płukanie żołądka, uzyskując resztkową masę tabletkową. Z uwagi na ciężki stan kliniczny, utrzymującą się śpiączkę, chorego przekazano do Regionalnego Ośrodka Ostkich Zatruc w Sosnowcu.

Stan kliniczny

Chory w chwili przyjęcia głęboko nieprzytomny, ze zniesioną reakcją na ból, bez odruchów miotatycznych, bez objawów oponowych i cech ogniskowego uszkodzenia OUN, wydolny krążeniowo i oddechowo. Na kończynach dolnych wieloogniskowe zmiany odleżynowe.

Przebieg leczenia

Zaś stosowano: dożylnie infuzje płynów z roztworem chlorku potasu, 1,4% roztwór wodorowęglanu sodu, nadroparynę, omeprazol, cefotaksym, preparaty wapnia. W 4 dobie leczenia chory odzyskał przytomność, został rozintubowany. W trakcie dalszego leczenia całkowicie ustąpiły ilościowe zaburzenia świadomości, stan somatyczny pozostawał dobry. W trakcie hospitalizacji utrzymywały się: obniżony nastrój, apatia, negacja, w rozmowach dominowała anhedonia, brak pozytywnych planów na przyszłość. Bezskrytyczny wobec podjętej próby samobójczej.

Konsultacja psychiatryczna

Pacjent przekazany ze szpitala terenowego na skutek zatrucia lekami (m.in. amitryptyliną, doksepina, dia-

zepamem). Była to kolejna próba samobójcza, do której, jak twierdzi, skłoniło go poczucie „braku sensu życia”. Leczony psychiatrycznie od 17 roku życia z powodu depresji i zaburzeń snu. Prawdopodobnie uzależniony od alkoholu. Twierdzi, że okresowo stosuje „psychodeliki”, „bo pomagają mu zwalczać depresję”. Choroby w rodzinie: ojciec leczony z powodu schizofrenii, matka leczy się z powodu zaburzeń depresyjnych w Poradni Zdrowia Psychicznego. Pacjent mieszka z matką, pracuje doraźnie w domu „na umowę zlecenie”, np. wykonuje strony internetowe, twierdzi że jest „dziennikarzem muzycznym”.

Stan psychiczny: Zorientowany co do własnej osoby i miejsca. Bez objawów wytwórczych. Nieco spowolniały tok wypowiedzi, nastrój znacznie obniżony, ahedonia. Myśli i tendencje samobójcze nadal obecne, negatywny ogląd świata, uczucie „pustki wewnętrznej”.

Dgn.: Nawracające zaburzenia depresyjne z próbą samobójczą. Nadużywanie różnych substancji psychoaktywnych z cechami uzależnienia. Zaburzenia osobowości wymagające dalszej diagnostyki. Konieczne przekazanie do szpitala psychiatrycznego. W razie braku zgody – hospitalizacja wbrew woli na mocy art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Wyniki badań dodatkowych

RR 115/70, 120/80 mmHg (7 pomiarów – wartości porównywalne)

OB 10; 45 mm po 1 godz.

Morfologia krwi:

RBC 4,19...4,14 T/l; HGB 14,0...13,7 g/dl; HCT 41...41%; WBC 8,7...7,5 G/l; PLT 167...153 G/l;

Rozmaz krwi obwodowej: pałeczkowate 4%, podzielone 87%, limfocyty 7%, monocyty 2%

Badania biochemiczne

Glukoza 124...64...87 mg/dl;

Bilirubina 0,51...0,48 mg/dl; AspAT 26...195...120 U/l; AlAT 18...56...130 U/l; AP 75 U/l; GGTP 15 U/l;

Kreatynina 0,57...0,48 mg/dl; mocznik 11 mg/dl;

Na⁺ 140...137...134 mmol/l, K⁺ 3,81...4,57...3,78 mmol/l; Cl⁻ 102...99...100 mmol/l; Ca²⁺ 1,17...1,13...1,13 mmol/l; Fe 63 µg/dl;

Mleczany 12 mg/dl; CPK 6670... 4928...780 U/l; mioglobina > 580 ng/ml

Badanie gazometryczne

pH	7,35	7,41	
pCO ₂	38,7	41,3	mmHg
BE	-3,9	1,5	mmol/l
HCO ₃	21,2	26,1	mmol/l
pO ₂	93,0	77,0	mmHg
O ₂ sat	96,7	95,0	%

Badania toksykologiczne

- pochodne fenotiazyny (mocz) ++++;
- karbamazepina (surowica) 34,68 µg/ml;
- trój cykliczne leki przeciwdepresyjne (surowica) 834,77 ng/ml;
- hydroksyzyna (mocz) TLC obecna;
- pochodne benzodwiazepiny (surowica) 180,7 ng/ml;
- barbiturany, salicylany, kwas walproinowy (surowica) nieobecne;
- alkohol etylowy (krew) nieobecny.

EKG

Normogram. Półpionowe położenie serca. Rytm zatokowy miarowy o częstotą 90/min. Przebieg pobudeń elektrycznych serca w granicach normy.

RTG klatki piersiowej

Przepona po stronie prawej utrzymana drobnym zrostem. Pola płucne bez zagęszczeń ogniskowych. Serce i duże naczynia w normie.

Rozpoznanie kliniczne według karty wypisowej

Ostre, mieszane zatrucie lekami – karbamazepina, trójcykliczne antydepresanty, neuroleptyki fenotiazynowe, pochodne benzodiazepiny, hydroksyzyna. Próba samobójcza. Nawracające zaburzenia depresyjne. Zaburzenia osobowości. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Rabdomioliza. Odleżyny.

Dodatkowe informacje uzyskane na podstawie wywiadu strukturalizowanego

W analizie omawianych przypadków chorych podejmujących próbę samobójczą zastosowany został „strukturalizowany wywiad” ukierunkowany na uzyskanie istotnych informacji, na podstawie których możliwe było ustalenie precyzyjnego i dogłębnego zapisu i analizy przyczyn podjęcia próby samobójczej i zastosowanie odmiennych dalszych procedur diagnostycznych i terapeutycznych (tab. I).

Tabela I. Wyniki wyspecjalizowanego, strukturalizowanego wywiadu, ułatwiającego analizę przyczyn podjęcia próby samobójczej
Table I. Results of specialized, structures interview, which facilitates the analysis of the motives of suicide attempt

	Analizowane informacje	Pacjenci:			
		P.P.	J.K.	B.K.	
(i) Zachowania auto-destrukcyjne	1	myśli i tendencje samobójcze	nie	nie	tak *1 √
	2	samookaleczenia – w wywiadzie	nie	nie	tak *2 √
	3	-zachowania o znacznym ryzyku doznania szkód fizycznych	nie	tak *1 √	±
	4	zażywanie „twardych” narkotyków	nie	nie	± *3
	5	nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu	nie	tak *2 √	tak *4 √
(ii) Inne zaburzenia zachowania	1	Zespół napadowych wybuchów emocjonalnych	nie	tak √	±
	2	zachowania buntownicze i prowokacyjne	nie	nie	± *5
	3	zaburzenia obyczajowe	nie	nie	nie
(iii) Specyficzne objawy	1	poczucie bezradności, wyczerpania	tak √	tak √	tak √
	2	poczucie braku nadziei	tak √	tak √	tak √
	3	poczucie cierpienia psychicznego	nie	tak √	±
(iv) Zaburzenia psychiczne w okresie ostatnich 12 miesięcy	1	napady lęku (lęk paniczny)	nie	nie	±
	2	agorafobia	nie	± *3	nie
	3	inne postacie fobii	nie	nie	nie
	4	fobie społeczne	nie	nie	nie
	5	ciężki epizod depresyjny	tak*1 √	tak*4 √	tak*6 √
	6	zespół nadpobudliwości psychoruchowej	nie	nie	nie
	7	schizofrenia	nie	nie	nie
(iv) Schorzenia somatyczne	1	schorzenie układu oddechowego	nie	tak*5 √	nie
	2	schorzenie układu krążenia	nie	nie	nie
	3	schorzenie przewodu pokarmowego	nie	nie	nie
	4	epilepsja lub inne choroby neurologiczne	tak √	nie	tak*7 √
	5	schorzenia układu moczowo- pęciowego	tak √	nie	nie
	6	schorzenia skóry, choroby alergiczne	nie	nie	nie
	7	schorzenia reumatologiczne	nie	nie	nie
	8	cukrzyca	nie	nie	nie
	9	inne schorzenia endokrynologiczne	nie	nie	nie
	10	schorzenia hematologiczne	nie	nie	nie
	11	AIDS i inne schorzenia immunologiczne	nie	nie	nie
	12	trwale kalectwo, stan po urazie, wypadku	nie	nie	nie
	13	inne przewlekłe schorzenia	nie	nie	nie

I. Samopoczucie, objawy, choroby i leczenie przed hospitalizacją (przed obecnym zachowaniem)

CHOROZY LECZENI Z POWODU ZATRUCIA

cd. tab. I

Analizowane informacje		Pacjenci:			
		P.P.	J.K.	B.K.	
II. Zaburzenia psychicznych u rodziców	<i>(j)</i> Schorzenia psychiatryczne u rodziców	1 schizofrenia	nie	nie	tak*8 √
		2 ciężkie zaburzenia depresyjne	nie	nie	tak*9 √
		3 zaburzenia lękowe	nie	nie	nie
		4 uzależnienie od alkoholu lub środków psychoaktywnych	tak*2 √	nie	nie
		5 Aspołeczne zaburzenia osobowości	nie	nie	± *10
III. Niekorzystne wydarzenia w dzieciństwie	<i>(j)</i> Niekorzystne zdarzenia w okresie dzieciństwa	1 śmierć jednego z rodziców	nie	tak*6 √	nie
		2 rozwód rodziców	nie	nie	tak*11 √
		3 utrata innej znaczącej osoby (np. babci – która wychowywała, brata, siostry)	tak*3 √	tak*7 √	nie
		4 przemoc w rodzinie (nadużycia fizyczne)	nie	tak*8 √	tak *12 √
		5 nadużycia seksualne w rodzinie	nie	nie	nie
		6 alkoholizm w rodzinie	tak *4 √	nie	nie
		7 zachowania kryminalne członków rodziny	nie	nie	± *13
		8 przebycie ciężkiej choroby w dzieciństwie	nie	nie	± *14
		9 brak wsparcia w rodzinie (brak przejawów miłości, odrzucanie)	tak*5 √	tak*9 √	tak *15 √
		10 złe wzorce wychowawcze, brak przykładu ze strony rodziców, brak wpajania elementarnych reguł postępowania	nie	tak*10 √	± *16
IV. Samotność – pełne zaangażowanie uczuciowe – partner	<i>(j)</i> Właściwy opis życia emocjonalnego pacjenta	1 jestem zupełnie sam, czuję się samotny, nie mam do kogo się odezwać			
		2 żyję z partnerem, ale ze względu na jego charakter czuję się bardzo ograniczona/ograniczony, często sterroryzowany			
		3 żyję z partnerem, ale ze względu na różnice charakterów czuję się samotna/samotny			
		4 jestem wdowcem/rozwiódłem się (jestem wdową/rozwiódłam się) – ale poszukuję osoby, która mogłaby być moim partnerem			
		5 wiodę żywot osoby samotnej, wolnej, mam tylko doraźne, luźne związki; sytuacja ta nie zadawała mnie, poszukuję osoby, która mogłaby być moim partnerem			*17 √
		6 jestem wdowcem/rozwiódłem się (jestem wdową/rozwiódłam się), mam tylko doraźne, luźne związki, ale sytuacja ta zadawała mnie			
		7 na przestrzeni ostatnich kilku lat miewam (miałam) trwające pewien czas związki (spotkania) z osobami, które traktowałam jako związki z partnerem, relacje te nie zadawały mnie, jakkolwiek taka sytuacja jest lepsza niż zupełny brak partnera			
		8 na przestrzeni ostatnich kilku lat miewam (miałam) trwające pewien czas związki (spotkania) z osobami, które traktowałam (-am) jako związki z partnerem, relacje te zadawały mnie		*11 √	

Analizowane informacje		Pacjenci:				
		P.P.	J.K.	B.K.		
		9	jestem zaangażowany(-a) emocjonalnie w udanym związku z osobą, która jest moim stałym partnerem, jakkolwiek nie jest ona osobą wolną, bez innych zobowiązań			
		10	jestem w pełni zaangażowany(-a) emocjonalnie w udanym związku z partnerem, a związek ten w pełni satysfakcjonuje mnie pod względem seksualnym, emocjonalnym, atrakcyjności życiowej	*6 √		
V. Istotne, negatywne wydarzenia egzystencjalne	(i) Niekorzystne wydarzenia w wywiadzie	1	problemy w szkole, na uczelni (np. powtarzanie roku, relegacja ze szkoły)	nie	nie	tak *18 √
		2	niepożądana ciąża	nie dot.	nie	nie dot.
		3	nieporozumienia, konflikty w rodzinie	tak *7 √	tak *12 √	tak √
		4	rozpad pożycia	nie	tak*13 √	nie
		5	separacja, rozwód	nie	tak*14 √	nie
		6	śmierć bliskiej osoby, owdowienie	nie	tak*15 √	nie
		7	popelnienie przestępstwa	nie	nie	nie
		8	nagła utrata źródeł utrzymania	±	nie	nie
		9	bezdomność	nie	nie	nie
		10	skrajne ubóstwo, zadłużenie, niestabilne warunki finansowe	tak *8 √	nie	± *19
VI. Nabyte własne kompetencje psychologiczne oraz cielesność, zmysłowość, libido	(i) Nabyte własne kompetencje psychologiczne	1	całkowicie przeżyty(-am) negatywne wpływy, które mogłyby powodować we mnie takie zaburzenia emocjonalne jak: depresja, długotrwały lęk, poczucie winy, poczucie krzywdy, żalu, upokorzenia, utraty godności, gniewu, nienawiści, chęci zemsty, odegrania się, itp.	nie *9 √	nie *16 √	nie *20 √
		2	wysoko oceniam swoją wartość, mam bardzo dobre mniemanie o sobie.	±	±	nie √
		3	niemal stale mam dobry nastrój	±	±	nie √
		4	jestem zazdrosny (a) (za „tak” – „-1”)	tak √	nie	nie
		5	wierzę w pewną formę „życia po życiu” (za „nie” – „-1”)	nie *10 √	±	±
		6	zazwyczaj odnoszę się do ludzi przyjaźnie (za „nie” – „-1”)	tak	tak	±
		7	jestem elastyczny (za „nie” – „-1”)	±	±	±
		8	unikam osądzania i krytykowania innych. (za „nie” – „-1”)	tak	tak	±
		9	realistycznie oceniam problemy (za „nie” – „-1”)	±	±	nie √
		10	na ogół mam zaufania do ludzi (za „nie” – „-1”)	tak	±	tak
	(ii) Cielesność, zmysłowość, libido	1	akceptuję w pełni swoje ciało (za „nie” – „-1”)	tak	±	±
		2	będąc kobietą – ubieram się tak, aby wyglądać seksownie, będąc mężczyzną przyznaję, iż zwracam uwagę na zmysłowość ubioru i wyglądu kobiet	±	tak	±

Analizowane informacje		Pacjenci:				
		P.P.	J.K.	B.K.		
3	życie erotyczne, seks zawsze był dla mnie ważny (za „nie” – „-1”)	tak	tak	nie √		
4	akceptuję zmysłowość, dostrzegam seksualność w sobie i innych osobach, a nawet w postaciach literackich, bohaterach filmów	±	tak	±		
5	lubię czytać artykuły dotyczące seksu oraz oglądać filmy erotyczne (za „nie” – „-1”)	nie √	±	nie √		
6	nie biorę do siebie rozmaitych zastrzeżeń – wygłaszanych wobec zmysłowości i seksu, pochodzących ze sfery religijnej, obyczajowej, moralnej, etycznej	nie	nie	±		
7	życie erotyczne traktuję jako nagrodę z wysilek i trud ponoszony w życiu codziennym	±	±	nie √		
8	sądzę, że moja zmysłowość jest większa niż przeciętnie	nie	nie	nie		
9	będąc kobietą zachowuję się tak, aby – w sposób dyskretny i elegancki wzbudzać u mężczyzn pożądanie; nie ubieram się dla koleżanek; będąc mężczyzną wiele czynię aby mieć – potencjalnie – większą szansę u kobiet	±	±	nie √		
10	bardzo często posługuję się wyobrażeniami dotyczącymi sfery cielesności i zmysłowości	nie √	±	nie		
VII. Koherencja, kreatywność, ciekawość, zaangażowanie zawodowe lub społeczne	(i) Koherencja w sensie Antonovsky (rozumienie świata, dostrzeganie sensu, zaradność)	1	na ogół mam poczucie, iż rozumiem to co się wokół mnie dzieje, jak i to co dzieje się na świecie (za „nie” – „-1”)	tak	± *17	tak
		2	moje życie jest sensowne i celowe (za „nie” – „-1”)	tak	tak	nie √
		3	na ogół ludzie rozumieją to co do nich mówię	tak	tak	±
		4	odnoszę zazwyczaj wrażenie, że znajdę wyjście z trudnej sytuacji	±	±	nie √
		5	zawsze w życiu dążyłem(-am) do jasno określonych celów	±	tak	±
		6	jestem przekonany(a), że na niektóre osoby mogę liczyć	±	tak	±
		7	jestem w stanie spokojnie przemyśleć sytuację, aby poszukiwać rozwiązania	nie √	nie √	nie √
		8	skutecznie radzę sobie z wyzwaniem,	nie √	nie √	nie √
		(ii) Ciekawość świata	1	na ogół sprawy, które toczą się wokół mnie bardzo mnie interesują	tak	tak
	2	życie jest ciekawe, a nawet ekscytujące	tak	tak	±	
(iii) Zaangażowania zawodowe, kreatywność	1	wykonywanie codziennych zajęć jest dla mnie, źródłem zadowolenia, a nawet przyjemności	tak	tak	±	
	2	mam ochotę do podejmowania różnych działań na polu zawodowym i osobistym	tak	tak	±	
	3	lubię udzielać się w niektórych akcjach społecznych, pozazawodowych	nie √	tak	± *22	

Objaśnienia do tabeli I

P.P.

- *1 5 lat temu, po śmierci matki, u pacjenta stwierdzono ciężki epizod depresyjny, który utrzymywał się przez 3 tygodnie, pacjent przyjmował leki;
- *2 ojciec pacjenta był uzależniony od alkoholu, leczony w ośrodku zamkniętym;
- *3 pacjent wychowywany od 6 roku życia przez babcię, która zmarła nagle gdy miał 16 lat;
- *4 alkoholizm ojca;

- *5 brak przejawów akceptacji, miłości ze strony ojca, przy pozytywnej postawie matki;
- *6 pacjent stwierdza, że żyje, co prawda, w związku małżeńskim, lecz stwierdzenia z punktu nr 10 są zbyt optymistyczne;
- *7 nieporozumienia rodzinne wynikające z problemów finansowych – zadłużenie;
- *8 wg oceny pacjenta, główną przyczyną podjęcia próby samobójczej było zadłużenie;
- *9 pacjent potwierdza utrzymywanie się znacznego poczucia winy;
- *10 pacjent pomimo deklaracji wiary katolickiej nie wierzy w żadną formę życia pozagrobowego.

J.K.

- *1 pacjentka deklaruje zachowania ryzykowne w stanie upojenia alkoholowego – jazda samochodem w stanie upojenia;
- *2 wieloletnie uzależnienie od alkoholu;
- *3 raczej klaustrofobia;
- *4 chora leczona psychiatrycznie z powodu zespołu zależności alkoholowej i nawracających epizodów depresyjnych;
- *5 skłonność do nawracających nieżytych górnych dróg oddechowych;
- *6 ojciec pacjentki zmarł gdy miała 3 lata;
- *7 pacjentka w dzieciństwie wychowywana przez kilka lat przez dalszego członka rodziny, śmierć tej osoby była istotnym czynnikiem negatywnym;
- *8 w przeszłości przemoc fizyczna ze strony starszej o kilka lat siostry (bicie pasem z kłami);
- *9 poczucie braku wsparcia, braku przejawów miłości, odrzucenie ze strony matki;
- *10 pacjentka ma poczucie hipokryzji ze strony matki faworyzującej starszą siostrę;
- *11 pacjentka żyje w wolnym związku z mężczyzną, alkoholiczkiem, podejmującym kilkakrotnie nieudane próby leczenia odwykowego; związek ten, wg oceny pacjentki, jest udany pod względem uczuciowym;
- *12 opisane powyżej konflikty z matką, siostrą, byłym mężem;
- *13 nieudane, zawarte w 23 roku życia małżeństwo, trwające 4 lata; z mężczyzną, wg pacjentki niedojrzałym emocjonalnie, małżeństwo przez większość czasu było niesatysfakcjonujące;
- *14 rozwód w 27 roku życia;
- *15 pacjentka w dzieciństwie wychowywana przez daleką krewną; śmierć tej osoby była czynnikiem negatywnym;
- *16 pacjentka leczy się z powodu nawracających zaburzeń depresyjnych; ma poczucie krzywdy, żalu, upokorzenia;
- *17 pacjenta stwierdza, że: „na ogół stara się zrozumieć sytuację, otoczenie, świat”.

B.K.

- *1 obecna próba samobójcza jest trzecią w życiu, poprzednie próby przed 5 laty i przed rokiem;
- *2 przed 10 laty samookaleczenia na przedramieniu;
- *3 pacjent wykazuje objawy uzależnienia od środków psychoaktywnych;
- *4 pacjent przyznaje się do nadużywania alkoholu – jak twierdzi, przez długie okresy czasu wypijał wieczorem kilka piw, aby zasnąć;
- *5 pacjent przejawia zachowania prowokacyjne;
- *6 pacjent leczony przez około 7 lat z powodu zaburzeń depresyjnych, które, jak twierdzi, rozpoczęły się wyprowadzenia się ojca z domu;
- *7 przed kilkoma miesiącami bóle głowy, anizokoria, jest pod opieką neurologa;
- *8 ojciec pacjenta choruje na schizofrenię, żyje; wyprowadził się z domu, gdy pacjent miał 15 lat;
- *9 matka pacjenta leczona jest z powodu zaburzeń depresyjnych w Poradni Zdrowia Psychicznego;
- *10 ojciec pacjenta choruje na schizofrenię, w przeszłości znęcał się nad członkami rodziny;
- *11 separacja i wyprowadzenie się ojca z domu z powodu schizofrenii;
- *12 wg pacjenta, głównie, agresja słowna, awantury, znęcanie się psychiczne;
- *13 zachowanie ojca miało charakter naruszania dóbr osobistych członków rodziny;
- *14 od dzieciństwa nawracające epizody depresyjne;
- *15 brak wsparcia ze strony znęcającego się nad rodziną ojca, schizofrenika i matki leczonej z powodu zaburzeń depresyjnych;
- *16 złe wzorce wychowawcze ze względu na schorzenie psychiatryczne i choroby rodziców;
- *17 w przeszłości kilkakrotne próby związania się emocjonalnego z kobietami, ostatnio związał się z 17 dziewczyną, związek ten był dla niego ważny, ale rozpadł się;
- *18 przerwa w nauce w trakcie uczęszczania do liceum, obecnie pacjent oczekuje na wyniki egzaminu maturalnego;
- *19 pacjent ma poczucie, że żyje w ubóstwie, otrzymuje alimenty i pracuje jedynie doraźnie;
- *20 wydarzenia z przeszłości mają negatywny wpływ na aktualny stan psychiczny;
- *21 sporadycznie wykazuje zainteresowanie otoczeniem ale ma poczucie wewnętrznej pustki;
- *22 pacjent twierdzi, że wielokrotnie zgłaszał się jako wolontariusz, „aby pomagać innym”.

Wpływy ogólnospołeczne, kulturowe

Siatka repertuarowa. Przekonania są wartościowane jako: {-1, 0, +1}. Brak zdania na dany temat lub zapatrywania, że „prawda leży po środku” jest zaznaczane przez wstawienie „0”

Tabela II. Siatka repertuarowa przedstawiająca doznawane wpływy ogólnospoleczne i kulturowe
Table II. Repertory grid presenting experienced social and cultural experiences

	Jeśli zgadzasz się z poniższą opinią, po lewej stronie to wstaw: -1	PP	JK	BK	Jeśli zgadzasz się z poniższą opinią po prawej stronie to wstaw: +1
1	Chyba nigdy, nawet na krótko nie byłem szczęśliwy	+1	+1	+1	W przeszłości przeżywałem/am czasami chwile szczęścia. Jest mi znane odczucie wspaniałego nastroju, jakie pojawiało się po niektórych wydarzeniach życiowych
2	Nigdy, nic nie wywiera na mnie takiego wrażenia, abym czuł(-a) się radośnie lub był w nastroju podniosłym	+1	+1	0	Czasami przeżywałem/-am podniosły, radosny, niemal euforyczny nastrój – po obejrzeniu filmu lub uczestniczeniu w imprezie lub spotkaniu towarzyskim
3	Słyszałem(-am) o czasach, gdy większość ludzi była pełna optymizmu, nadziei, sądząc iż rysują się wspaniałe perspektywy – ale ja sam nie przeżyłem(-am) takiego okresu.	0	+1	+1	Jest mi znany utrzymujący się długo, wspaniały stan ducha jaki wynika z dominującego wokół optymizmu, nadziei, wspaniałych perspektyw
4	W czasach nauki szkolnej – źle znosiłem(-am) egzekwowanie postępów w nauce. Czulem(-am) się stale zagrożony(-a), szykanowany(-a)	-1	+1	0	Przez większość czasu mojej nauki w szkole doznawałem(-am) przyjaznej atmosfery. Nie zmuszano mnie do nauki poprzez rygory, lecz raczej poprzez wzbudzenie zainteresowania. Odnosiłem(-am) wrażenie, że nauczyciele są moimi przyjaciółmi
5	W gronie moich kolegów i znajomych nie było dobrej atmosfery. Zachodziła rywalizacja, manipulacje i dokuczanie. Czulem(-am) się w tych grupach obco	-1	+1	0	W czasach mojej młodości grupa koleżeńska, zarówno w szkole, jak i w otoczeniu, w domu, w godzinach pozaszkolnych, była moim wsparciem. Miałem(-am) wśród tych osób przyjaciół. Czulem(-am) się w gronie moich kolegów i koleżanek wspaniale. Sposób spędzania czasu był atrakcyjny
6	Nie mam zdolności do wzbudzenia w sobie głębokich odczuć religijnych. Nie potrafię się włączyć i korzystać z wsparcia jakiejś wspólnoty ludzi wierzących	0	0	-1	Ze względu na moje skłonności i wychowanie potrafię doznawać głębokich treści religijnych. Podobne do mnie osoby z jakimi miałem(-am) kontakt na spotkaniach stanowiły dla mnie wsparcie i umożliwiały pozostawanie w podniosłej i przyjaznej atmosferze
7	W pracy (w większości moich miejsc pracy) panowała atmosfera rywalizacji, nieufności. Czulem(-am) się wielokrotnie lekceważony(-a), wykorzystywany(-a). Nie czulem(-am) się dobrze wśród współpracowników	0	+1	-1	Miałem(-am) szczęście, że w miejscu pracy (w większości moich miejsc pracy) atmosfera była dobra. Wymagania moich przełożonych były rozsądne i przedstawiane w sposób kulturalny. Większość moich współpracowników była przyjazna, tworzyliśmy zgrany kolektyw
8	Większość osób wokół mnie jest przygnębiona, pesymistyczna. Są nudni. Nie mówią o sprawach optymistycznych. Ponuro zapatrują się na to co przyniesie przyszłość	0	0	0	Treść rozmów, w których biorę (brałem(-am) udział – przez większość czasu – zarówno w pracy, w domu i na spotkaniach ze znajomymi, przyjaciółmi ma wydźwięk optymistyczny, podnoszący na duchu, intrygujący, budzący nadzieję, określający korzystne perspektywy – czasami wręcz sprawiający wrażenie, że świat jest na dobrej drodze, a ja znajduję się w jego właściwym miejscu
9	Często oglądam filmy lub czytam jakieś artykuły lub książki, które odmalowują negatywnie charaktery ludzkie. Nasza cywilizacja, kultura jawi się w tym co do mnie dociera jako ponura i przerażająca	0	+1	+1	Wiem, że wiele książek, powieści, filmów może intrygować, inspirować, podnosić na duchu. Na ogół staram się aby przyjmować do siebie tylko takie przekazy kulturowe, które są budujące, pozytywne. Inne staram się pomijać
10	Postrzegam świat w którym żyję jako nieprzyjazny, nudny, ponury bezwzględny. Nie widzę w nim żadnego sensu. Wysiłki ludzi ida na marne	0	+1	+1	Przyswajam sobie stale i pielęgnowuję optymistyczną filozofię życiową i ogląd całego świata. Postrzegam świat jako sensowny twór, który się rozwija i podąża do określonego celu. Jego rozwój zachodzi obecnie w dużej mierze dzięki wysiłkom ludzi. Sądzę więc, że należy się angażować w jego rozwój i pomyślność. Należy bronić prawidłowego rozwoju świata

Ciąg niekorzystnych wydarzeń, które doprowadziły do podjęcia próby samobójczej przez pacjenta P.P.

{1 – Napady padaczkowe już od dzieciństwa. 2 – Następstwa neurologiczne i psychiczne wieloletniej padaczki. 3 – Wychowywanie w dzieciństwie – nie przez rodziców, lecz przez babcię. 4 – Alkoholizm ojca. 5 – Wcześniejszy (przed 5 laty) epizod depresji. 6 – Relacja z żoną poprawna, lecz bez silnego zwią-

ku emocjonalnego. 7 – Niskie libido. 8 – Zadłużenie się. 9. Poczucie winy z powodu doprowadzenia do katastrofy ekonomicznej rodziny}

Ciąg niekorzystnych wydarzeń, które doprowadziły do podjęcia próby samobójczej przez pacjentkę J.K.

{1 – Śmierć ojca pacjentki gdy miała 3 lata. 2 – Wychowanie przez dalekiego członka rodziny. 3 – Prze-

moc fizyczna ze strony starszej siostry. 4 – Brak wsparcia, brak przejawów miłości, odrzucanie i hipokryzja ze strony matki faworyzującej siostrę pacjentki. 5 – Nieudane małżeństwo. 6 – Nawracające zaburzenia depresyjne. 7 – Związek z mężczyzną, alkoholiczkiem. 8 – Przejawy zaburzeń adaptacyjnych w przebiegu zespołu zależności alkoholowej. 9 – Zażycie leków po alkoholu z cechami podjęcia próby samobójczej (wg pacjentki jako akt desperacji)}

Ciąg niekorzystnych i wydarzeń, które doprowadziły do podjęcia do próby samobójczej przez pacjenta B.K.

{1 – Choroba psychiczna ojca pacjenta (schizofrenia). 2 – Zaburzenia depresyjne u matki pacjenta. 3 – Niekorzystne warunki domowe w okresie dzieciństwa (znęcanie się psychiczne przez ojca i brak wsparcia ze strony matki). 4 – Złe wzorce wychowawcze, trudności w szkole. 5 – Rozpad pożycia rodziców (ich separacja z powodu choroby ojca). 6 – Uzależnienie od środków psychoaktywnych, nadużywanie alkoholu. 7 – Ciemny autoportret. 8 – Zachowania autoagresywne (samookaleczenia). 9 – Wcześniejsze próby samobójcze. 10 – Ubóstwo (brak stałej pracy). 11 – Niesatysfakcjonujące relacje z osobami płci przeciwnej. 12 – Niskie libido. 13 – Poczucie „pustki i braku sensu”}

Sumaryczna ilustracja graficzna danych ustalonych na podstawie wywiadu strukturalizowanego

Przeprowadzenie wywiadu strukturalizowanego może stać się podstawą do graficznego zilustrowania uzyskanych danych, obrazujących stan psychiczny analizowanych pacjentów w chwili podjęcia próby samobójczej. W poprzedniej pracy przedstawiliśmy metodę graficznego ilustrowania wyników uzyskanych na podstawie przedstawionego tu wywiadu strukturalizowanego [1]. Metodyka ilustracji uwarunkowań

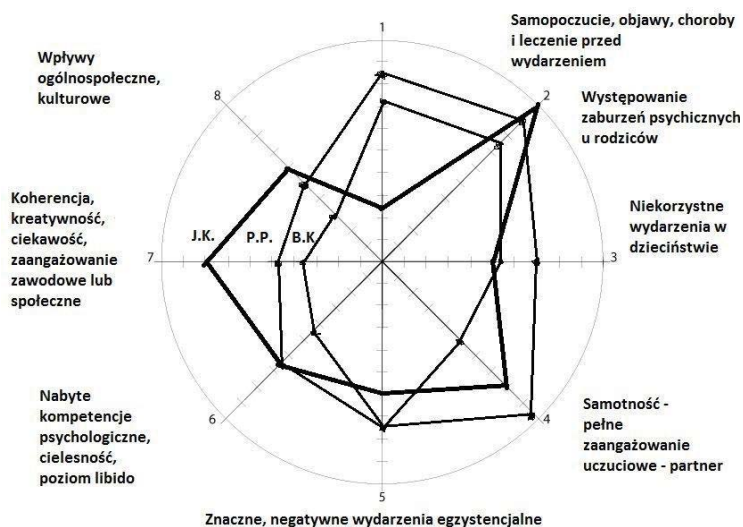
psychologicznych jest modyfikacją metody opracowanej przez autorów The World Justice Project [2]. Wykresy zamieszczone w witrynie projektu wyjaśniają w sposób intuicyjny zasady ich konstruowania, co opisaliśmy także w poprzedniej pracy [1].

Wykres obrazujący stan psychiczny badanych pacjentów obejmuje osiem skalowanych odciętych przedstawiających:

- 1) samopoczucie, objawy, choroby i leczenie przed zaistnieniem zatrucia,
- 2) obciążenia dziedziczne – zaburzenia psychiczne występujące u rodziców pacjenta,
- 3) niekorzystne wydarzenia w okresie dzieciństwa,
- 4) poczucie samotności – zaangażowanie i stopień satysfakcji w związkach partnerskich,
- 5) istotne, negatywne wydarzenia egzystencjalne,
- 6) nabyte kompetencje psychologiczne, cielesność, poziom libido,
- 7) koherencja, kreatywność, ciekawość, zaangażowanie zawodowe lub społeczne,
- 8) wpływy ogólnospołeczne, kulturowe.

Poszczególne odcięte, skalowane są w przedziale <1–10> krzyżują się w punkcie 0 i przystają ku obwodowi, tak aby czynniki pozytywne zajmowały punkty obwodowe, a czynniki negatywne punkty położone blisko centrum wykresu. Przy takim sposobie nanoszenia uzyskanych wyników na poszczególnych osiach wykresu, obwiednia wynikająca z połączenia określonych wyników badanych pacjentów obciążonych szeregiem niekorzystnych czynników obejmuje niewielki obszar wokół punktu centralnego, a w przypadku badanych o niewielkim stopniu obciążeń psychologicznych – większy obszar wokół punktu centralnego.

Rycina 1 jest wykresem opracowanym dla przedstawionych tu danych, uzyskanych od trzech chorych na podstawie opracowanego przez nas strukturalizowanego wywiadu, przygotowanego dla analizowanych przypadków pacjentów po podjęciu próby samobójczej.



Ryc. 1. Wykres ilustrujący wyniki uzyskane na podstawie strukturalizowanego wywiadu.
Fig. 1. Graph illustrating results obtained on basis of structured interview.

PODSUMOWANIE

W leczeniu pacjentów ze schorzeniami somatycznymi główną uwagę zwraca się na szerokie badania diagnostyczne, biochemiczne, obrazowe, które umożliwiają ustalenie właściwego rozpoznania i wprowadzenie odpowiednich, możliwie najskuteczniejszych metod terapeutycznych. Badania te mają ponadto ustalić patomechanizm i obecność czynników ryzyka rozwoju schorzeń somatycznych, dzięki czemu można wprowadzić działania profilaktyczne zapobiegające kolejnym zaostrzeniom. W przypadku osób podejmujących próby samobójcze, poza szerokimi badaniami diagnostycznymi niezbędnymi do ustalenia rozpoznania i właściwego leczenia, konieczne jest możliwe precyzyjne określenie przyczyn, które doprowadziły do podjęcia próby suicydalnej. Tym samym pacjenci „toksykologiczni”, po uzyskaniu stabilizacji stanu somatycznego, wymagają precyzyjnej oceny stanu psychicznego opartej na konsultacji psychologicznej i psychiatrycznej. Zakres konsultacji specjalistycznych i stosowane metody nie są jednoznacznie ustalone i prezentowane w literaturze medycznej.

W przedstawionej analizie trzech pacjentów leczonych w Regionalnym Ośrodku Ostrych Zatruc w Sosnowcu z powodu ostrego samobójczego zatrucia ksenobiotykami, do ustalenia przyczyn podjęcia próby samobójczej poza danymi uzyskanymi w trakcie badania podmiotowego i wynikami konsultacji psychiatrycznej zastosowano strukturalizowany wywiad psychiatryczny i psychologiczny oraz sformułowano tzw. {ciąg niekorzystnych przemian i wydarzeń}, które doprowadziły do próby suicydalnej. Opierając się na uzyskanych danych, zaproponowano także sumaryczną ilustrację graficzną, kompleksowo obrazującą uwarunkowania psychologiczne poszczególnych pacjentów, leżące u podstaw próby samobójczej.

Formułując propozycję strukturalizowanego wywiadu, uwzględniono dane literaturowe dotyczące czynników ryzyka podejmowania prób samobójczych [3,4,5,6,7] oraz warunkujących odporność psychiczną, czyli zdolność radzenia sobie z sytuacjami stresującymi, a także czynników wpływających korzystnie na ogólną kondycję psychiczną [7,8,9,10,11,12]. W opracowanym przez nas wywiadzie strukturalizowanym uwzględniliśmy także wpływy, znane jako czynniki ustanawiające pozytywną kondycję psychiczną, takie jak koherencja, ciekawość świata, zaangażowanie społeczne, poziom libido [11,12,13,14].

W cytowanej literaturze szczególną uwagę zwraca się na istnienie schorzeń psychiatrycznych zarówno u rodziców, jak i u samego pacjenta w okresie dzieciństwa oraz bezpośrednio przed podjęciem próby samobójczej. Istotnym elementem wpływającym na stan psychiczny pacjentów, będącym realnym czynnikiem ryzyka, są ponadto niekorzystne zdarzenia

w okresie dzieciństwa. Analizując przypadek pacjenta B.K. można przyjąć, że schorzenia psychiatryczne zarówno jego rodziców, jak i jego samego, są jednym ciągiem wydarzeń leżącym u podłoża podjętej próby suicydalnej.

Opracowany „strukturalizowany wywiad” poza wykryciem niekorzystnych przeszłych i aktualnych czynników wpływających na stan psychiczny pacjenta określa ponadto istnienie obciążeń egzystencjalnych mogących przyczynić się do podjęcia próby samobójczej.

Według oceny autorów, prezentowany strukturalizowany wywiad jest przydatny do analizy stanu psychicznego wszystkich pacjentów leczonych psychiatrycznie oraz chorych z objawami uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych, a jego wyniki mogą stanowić o stopniu ryzyka podjęcia próby suicydalnej. Dane uzyskane z wywiadu strukturalizowanego umożliwiają sformułowanie {ciągu niekorzystnych przemian i wydarzeń}, które doprowadziły do podjęcia próby samobójczej. Sformułowanie takiego {ciągu niekorzystnych wydarzeń} ujawnia, że zazwyczaj negatywne wpływy i ich negatywne psychologiczne następstwa, mają charakter procesu kumulacyjnego.

Negatywne czynniki wpływające na przekształcenia stanu psychicznego kumulują się stopniowo, niekiedy przez długi okres czasu, doprowadzając ostatecznie do przekroczenia progu „odporności psychicznej” (*resistance to stress, ability to cope, coping resources*) [7,8], co ostatecznie doprowadza do podjęcia próby samobójczej.

Na podkreślenie zasługuje jednak fakt, że w niektórych przypadkach, nawet po sformułowaniu {ciągu niekorzystnych przemian}, procesy psychologiczne, które doprowadzają do „katastrofy psychicznej” w postaci załamania się motywacji i chęci do życia, pozostają nadal niewyjaśnione. Z uwagi na ten fakt konieczne jest dalsze doskonalenie metod obrazujących {ciąg niekorzystnych przemian}.

Aktualny stan psychiczny pacjenta określony poprzez konsultację psychiatryczną i psychologiczną oraz strukturalizowany wywiad powinien każdorazowo być uwzględniany przy podejmowaniu decyzji o sposobie leczenia pacjenta po próbie suicydalnej.

WNIOSKI

1. Każdy pacjent podejmujący próbę samobójczą, po uzyskaniu stabilizacji stanu somatycznego, bezwzględnie wymaga kompleksowej oceny stanu psychicznego, uwzględniającej m.in. analizę przyczyn próby samobójczej. Wnikliwa analiza przyczyn podjęcia próby suicydalnej, aktualnego stanu psychicznego pacjenta powinna warunkować za-

- kres dalszego postępowania terapeutycznego i profilaktycznego.
2. Przydatnym elementem oceny zarówno stanu psychicznego, jak i stopnia ryzyka podjęcia próby samobójczej u pacjentów po takiej próbie oraz u wszystkich chorych leczonych psychiatrycznie i pacjentów uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych, jest zaproponowany w pracy wywiad strukturalizowany. Wyniki uzyskane na tej podstawie pozwalają ponadto sformułować tzw. {ciąg niekorzystnych przemian i wydarzeń}.
 3. Strukturalizowany wywiad powinna przeprowadzać osoba z odpowiednim przygotowaniem merytorycznym (psycholog kliniczny, psychiatra), która na podstawie posiadanych danych anamnestycznych i przebiegu badania może dodatkowo ocenić kondycję psychiczną osoby badanej.
 4. Obecnie brak odpowiedniego aparatu pojęciowego i efektywnej teorii kompleksowo wyjaśniającej proces załamania się motywacji do życia i przemian psychicznych przejawiających się podjęciem próby samobójczej.
 5. Poddanie dużej grupy osób badaniu opartemu na wywiadzie strukturalizowanym może stać się instrumentem oceny kondycji psychicznej lokalnej społeczności.

PIŚMIENNICTWO

1. Anczyk E., Brodziak A. Metoda oceny obciążeń egzystencjalnych i stanu psychicznego – wstępne badania osób, które targnęły się na życie przez przyjęcie substancji toksycznej. *Med. Śr.* 2012; 15: 79–91.
2. Agrast M., Botero J., Ponce A. The World Justice Project – rule of law index. Wydawnictwo WJP, Washington 2012. <http://worldjusticeproject.org/rule-of-law-index/>.
3. Borges G. i wsp. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J. Clin. Psychiatry* 2010; 71: 1617–1628.
4. Kirkcaldy B.D., Siefen G.R., Urkin J., Merrick J. Risk factors for suicidal behavior in adolescents. *Minerva Pediatr.* 2006; 58: 443–450.
5. Grzywa A., Kucmin A., Kucmin T. Suicide problems-epidemiology, factors, motives and prevention. Część I. *Pol. Merkuriusz Lek.* 2009; 27: 432–436.
6. Grzywa A., Kucmin A., Kucmin T. Suicide problems-epidemiology, factors, motives and prevention. Część II. *Pol. Merkur. Lekarski.* 2010; 28: 174–176.
7. Sher L. Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism. *Scientific World Journal* 2006; 6: 1405–1411.
8. Taylor S.E., Stanton A.L. Coping resources, coping processes, and mental health. *Ann. Rev. Clin. Psychol.* 2007; 3: 377–401.
9. Piotrowicz M., Cianciara D. Salutogenesis-new approach to health and disease. *Prz. Epidemiol.* 2011; 65: 521–527.
10. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Selby E.A., Joiner T.E. The interpersonal theory of suicide. *Psychol. Rev.* 2010; 117: 575–600.
11. Kagamimori S., Nasermoaddeli A., Wang H. Psychosocial stressors in inter-human relationships and health at each life stage: A review. *Environ. Health Prev. Med.* 2004; 9: 73–86.
12. Stansfeld S., Candy B. Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand. J. Work. Environ. Health.* 2006; 32: 443–462.
13. Jung C.G. *Psychology of the Unconscious: A Study of the Transformations and Symbolisms of the Libido, A Contribution to the History of the Evolution of Thought.* Forgotten books, Classic reprint series, Amazon, New York 2012.
14. Woertman L., van den Brink F. Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *J. Sex. Res.* 2012; 49: 184–211.