



Bartosz Łoza

*Kierownik Kliniki
Psychiatrii Oddziału
Fizjoterapii
II Wydziału Lekarskiego
Warszawskiego
Uniwersytetu
Medycznego. Kierownik
Klinicznego Centrum
Zdrowia Psychicznego
Warszawa-Ochota.
Prezes Polskiego
Towarzystwa
Neuropsychiatrycznego.
Zainteresowania: świat,
który wykracza poza
akumulację pierwotną.*

Skala Aktualnego Ryzyka Samobójczego (SARS)

Suicidal Acute Risk Scale (SARS)

Bartosz Łoza, Maja Polikowska

Klinika Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Kliniczne Centrum Zdrowia Psychicznego SZPZLO Warszawa-Ochota

STRESZCZENIE

Skala Aktualnego Ryzyka Samobójczego (SARS) powstała, by wspomagać lekarzy psychiatrów podejmujących medyczne i prawne decyzje w trakcie hospitalizacji psychiatrycznych. Umożliwia ona ocenę ryzyka wystąpienia zachowań samobójczych na dwa sposoby: ilościowy (określony sumą punktów) oraz jakościowy (określony kryteriami wysokiego ryzyka). Ustalenie kryteriów wysokiego ryzyka wspiera decyzję o konieczności leczenia i zachodzi w dwóch przypadkach: gdy spełnione jest kryterium A (niezależnie lub łącznie z B, C i D) lub gdy występuje triada kryteriów B, C i D. SARS ma zadowalające parametry psychometryczne, którymi można się posługiwać w praktyce klinicznej (Alfa Cronbacha 0,82, kappa 0,78).

Słowa kluczowe: samobójstwo, ryzyko samobójcze, Skala Aktualnego Ryzyka Samobójczego, SARS

ABSTRACT

The Suicidal Acute Risk Scale (SARS) was established to support psychiatrists making medical and legal decisions during psychiatric hospitalization. There are two ways to assess the risk of suicidal behavior with SARS: quantitative (total points) and qualitative (when mandatory treatment is recommended). The high risk criteria can be diagnosed, when the A criterion is met, regardless of B, C and D, or there is a triad of all three criteria B, C and D. The inter-rater reliability (kappa 0.78) and internal consistency (Cronbach's alpha 0.82) are both adequately high to administer the scale in clinical practice.

Key words: suicide, suicidal risk, Suicidal Acute Risk Scale, SARS

NAJWAŻNIEJSZE

Skala Aktualnego Ryzyka Samobójczego (SARS) wspomaga lekarzy psychiatrów podejmujących medyczne i prawne decyzje w trakcie hospitalizacji psychiatrycznych.

HIGHLIGHTS

Suicidal Acute Risk Scale (SARS) supports psychiatrists making medical and legal decisions during psychiatric hospitalization.

WSTĘP

Od roku 2013 nastąpił znaczący wzrost, o blisko połowę, częstości samobójstw w Polsce; od względnie stabilnej liczby ok. 4000 samobójstw rocznie – w dekadzie 2003–2012, do ok. 6000 samobójstw rocznie – w kolejnych latach [1]. W roku 2014, zgodnie ze statystyką prowadzoną od początku lat 70. XX w., wystąpiła historycznie największa w ogóle liczba samobójstw w Polsce (6165) [1].

Największa bezwzględnie liczba samobójstw występuje u osób w średnim wieku (mężczyzn i kobiet). Z kolei największa liczba samobójstw w odniesieniu do nadal żyjących dotyczy osób najstarszych. I odwrotnie – największa liczba prób samobójczych dotyczy osób młodych, nastolatków, ale rośnie też bezwzględna liczba samobójstw w tej grupie wiekowej. Stosunek samobójstw mężczyzn do kobiet w Polsce wynosi 5–6 do 1. Na świecie ta różnica jest zwykle dużo mniejsza. Najczęściej samobójstwa w Polsce dokonują samotni mężczyźni, po 50. r.ż., bez pracy, z substandardowym wykształceniem, mieszkający poza dużymi aglomeracjami, uzależnieni od alkoholu [1].

Przypuszczalnie na jedno samobójstwo przypada 20 prób samobójczych [2], a także 25–50 różnego rodzaju innych aktywnych zachowań samobójczych [3]. Na świecie z powodu samobójstw umiera ponad 800 000 osób rocznie [4]. Liczbę tę, biorąc pod uwagę niezarejestrowane samobójstwa, można estymować jako milion rocznie. Liczne samobójstwa w młodszych grupach wiekowych (nastolatków, młodych dorosłych, dorosłych w średnim wieku) stały się w wielu krajach główną przyczyną śmierci, przewyższając wypadki drogowe. Powolny trend do wzrostu liczby samobójstw na świecie występuje od zakończenia II wojny światowej. Dotyczy to również Polski. W naszym kraju ryzyko samobójstw malało w latach, w których przemiany polityczne dawały nadzieję na poprawę warunków życia, jak np. w roku 1989, po upadku komunizmu [1]. Z kolei niepokojące, a zarazem zastanawiające jest, że wzrost liczby samobójstw w Polsce od roku 2013 zbiegł się z okresem, w którym nasz kraj osiągał korzystniejsze wskaźniki makroekonomiczne niż inne kraje europejskie.

W Polsce nie ma medycznego systemu sprawozdawania i analizy samobójstw. Takie systemy funkcjonują w innych krajach, np. w Danii, i pozwalają na wypracowanie racjonalnych metod diagnozy [5]. W naszym kraju dane na temat samobójstw są gromadzone przez policję oraz Główny Urząd Statystyczny. Jednak dane policji uwzględniają nawet o ok. 1/3 mniej samobójstw niż dane GUS. Wynika to z faktu, że policja opiera się na systemie sprawozdawczym (Temida), który zbiera informacje wówczas, gdy istnieje podejrzenie przestępstwa. Z kolei system GUS opiera się na kartach zgonu i ma duże opóźnienie sprawozdawcze.

ZAGROŻENIA SAMOBÓJCZE NA ODDZIAŁACH PSYCHIATRYCZNYCH

Przyczyną wielu hospitalizacji psychiatrycznych jest przeciwdziałanie zagrożeniom samobójczym. Ryzyko zachowań samobójczych na oddziałach psychiatrycznych jest wysokie [5, 6], przy czym należy tu uwzględnić okres bezpośrednio przed hospitalizacją i po niej [6]. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r. nakazuje wprost ustalenie ryzyka samobójczego pacjentów i od tej diagnozy uzależnia dalsze postępowanie. Paradoksalnie jednak nie ma wskazanych narzędzi psychometrycznych wspomagających racjonalne postępowanie lekarzy. Istnieje tylko generalna możliwość sięgania po różnorodne skale i wywiady powstałe bez związku ze specyfiką hospitalizacji psychiatrycznych pacjentów.

Amerykańska klasyfikacja DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) z roku 2013 wprowadziła krótki kwestionariusz najważniejszych objawów (*Cross-Cutting Symptom Measure*), w którym „myśli samobójcze” znalazły się wśród 13 najbardziej podstawowych kwestii. Odpowiedź pozytywna, nawet na poziomie „łagodnym”, co do obecności myśli samobójczych wiąże się z koniecznością pogłębionego wywiadu. DSM-5 wprowadza zresztą projekt **nowego zaburzenia o nazwie „zachowanie samobójcze”** (*suicidal behavior disorder*; w ramach tzw. sekcji III DSM-5). Innowacyjne jest dostrzeżenie faktu, że zachowania samobójcze mają odrębną dynamikę, a nie tylko towarzyszą innym zaburzeniom, np. depresji. W celu ułatwienia różnicowania z faktycznym zagrożeniem samobójczym zaproponowano ponadto jeszcze jedno nowe rozpoznanie – „niesamobójcze samookaleczenia” (*non-suicidal self-injury*).

W systemie **klasyfikacji międzynarodowej (ICD-10)** istnieje rozbudowana struktura kodowania zachowań samobójczych (kody T, kody Z), jednak pozostają one „zewnątrzne” w stosunku do rozdziału F, poświęconego zaburzeniom psychicznym. Inaczej mówiąc, zagrożenia samobójcze nie są tak zintegrowane z kategoriami diagnostycznymi, jak w DSM-5, ani nie podjęto próby wyłonienia autonomicznego zespołu zaburzeń samobójczych.

Należy także podkreślić **niejednorodność zjawisk samobójczych, formalną (terminologiczną) i merytoryczną, co rzutuje na ich klasyfikację.** Ogół zjawisk, w tym psychopatologicznych, można dzielić według:

- stopnia zaawansowania zagrożenia: myśli rezygnacyjne, myśli samobójcze, ruminacje samobójcze, tendencje samobójcze, próby treningowe, próby samobójcze i samobójstwa
- metod samobójstwa: wiążące się z większą determinacją (np. broń palna, powieszenie, skok z okna)

Skala Aktualnego Ryzyka Samobójczego (SARS)

B. Łoza, M. Polikowska

- oraz mniejszą determinacją (np. zatrucie lekami, głódzenie)
- intencji odebrania sobie życia: rzeczywiste zachowania samobójcze vs próby manifestacyjne, manipulacyjne, symulacje, samookaleczenia
 - sposobu przejawiania się dążeń samobójczych, np. na podstawie popularnego w USA podziału na ideacje samobójcze (myśli) i zachowania samobójcze (działanie).

DIAGNOSTYKA ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

W sytuacji bezpośredniej diagnozy predyktory zachowań samobójczych, jak płeć męska czy wiek 50+, nie sprawdzają się, bowiem dotyczą raczej ryzyka długoterminowego [3]. Z kolei by ustalić ryzyko punktowe, nie wystarczy ocena stanu klinicznego, jak diagnoza depresji – niezbędne jest uwzględnienie ogółu uwarunkowań psychospołecznych. Ta dwoistość utrudnia podjęcie jednoznacznych i często pilnych decyzji w warunkach szpitalnych.

Różne narzędzia (skale, wywiady etc.) ułatwiają ocenę zagrożenia samobójczego. Zawierają niełatwe dla rozmówców pytania, tym niemniej kluczowe ustalenie jest takie, że nie zwiększają ryzyka samobójczego, a przeciwnie – redukują je [7].

Wywiad

Ponieważ wielu pacjentów z zagrożeniem samobójczym jest badanych przez lekarzy niepsychiatrów i w ogóle pracowników medycznych niebędących lekarzami, proponowane są zestawy pytań ułatwiających tego typu ocenę [8]:

1. Jak nasilone są myśli samobójcze?
2. Od kiedy występują myśli samobójcze?
3. Czy każde stresujące zdarzenie wywołuje myśli samobójcze?
4. Jak częste są myśli o samobójstwie? Czy czujesz, że życie jest ciężarem? Czy życie nie jest warte życia?
5. Co sprawia, że czujesz się lepiej (np. kontakt z rodziną, używki)?
6. Co sprawia, że czujesz się gorzej (np. samotność)?
7. Czy masz plan, aby zakończyć swoje życie?
8. Czy potrafisz kontrolować swoje myśli samobójcze? Czy potrafisz je opanować samemu, czy musisz do kogoś zadzwonić z prośbą o pomoc?
9. Co powstrzymuje cię przed samobójstwem (np. rodzina, przekonania religijne)?
10. Jaki masz plan popełnienia samobójstwa?
11. Czy masz dostęp do broni?
12. Czy masz dostęp do niebezpiecznych leków?
13. Czy wyobrażałeś sobie swój pogrzeb i jak ludzie będą reagować na twoją śmierć?

14. Czy „ćwiczyłeś” swoje samobójstwo?

15. Czy napisałeś testament, zawarłeś polisę ubezpieczeniową lub oddałeś komuś swoje rzeczy?

Skala Columbia

Skala Columbia (C-SSRS, *Columbia Suicide Severity Rating Scale*) jest narzędziem szczególnie rozpowszechnionym w badaniach naukowych i zalecanym w praktyce klinicznej USA [9]. Podstawowa wersja powstała na Uniwersytecie Columbia i pozwala na badanie pacjentów od 12. r.ż. Skala składa się z 6 kategorii, z których każda (po potwierdzeniu obecności w ostatnim miesiącu lub od ostatniej wizyty) wskazuje na istotne ryzyko zachowań samobójczych, wymagające pogłębionych badań:

1. Pragnienie śmierci.
2. Myśli samobójcze aktualnie (jeżeli TAK → punkty 3., 4., 5., 6.; jeżeli NIE → punkt 6.).
3. Myśli na temat metody samobójstwa.
4. Tendencje do działania samobójczego.
5. Gotowy do realizacji plan popełnienia samobójstwa.
6. Zachowania samobójcze w przeszłości.

Skala SAD PERSONS (Smutni Ludzie)

To jedno z najpopularniejszych narzędzi typu przesiewowego wykorzystywane w USA [10]. W mnemotechnicznym porządku (SAD PERSONS) odnosi się kolejno do 10 zagadnień. Po ich potwierdzeniu lub wykluczeniu ustala się całkowite ryzyko zamachu samobójczego: 0–4 – ryzyko małe, 5–6 – ryzyko średnie, 7–10 – ryzyko wysokie.

S	Sex	Płeć męska
A	Age	Starszy wiek
D	Depression	Depresja
P	Previous	Wcześniejsze próby samobójcze
E	Ethanol	Problemy alkoholowe
R	Rational	Brak racjonalności myślenia
S	Social	Brak społecznego wsparcia
O	Organized	Zorganizowany plan samobójstwa
N	No spouse	Brak partnera
S	Sickness	Poczucie ciężkości choroby, także somatycznej

Lista skal diagnostycznych jest oczywiście dłuższa, można wymienić np. *Beck Hopelessness Scale* (BHS), *Suicide Intent Scale* (SIS) czy *Scale for Suicide Ideation* (SSI). Możliwości psychometryczne ogółu tych skal nie mogą jednak zastąpić indywidualnej oceny klinicznej [11].

Czynniki cywilizacyjne

Wiemy, że ryzyko zachowań samobójczych się zmienia, również w Polsce. Wpływa na to wiele czynników cywilizacyjnych, które także należy uwzględnić:

- praca:
 - brak skutecznej ochrony praw pracowniczych
 - patologie na rynku pracy, jak upowszechnienie umów na czas określony – tzw. śmieciowych
 - nadmierna liczba godzin spędzanych w pracy, pracobolizm, wypalenie
- przemiany społeczno-kulturowe:
 - samotność
 - rozwody
 - ujemny przyrost naturalny
 - kryzys roli i pozycji mężczyzny
 - kryzys roli i pozycji kobiety
 - laicyzacja
 - regionalne różnice w Polsce, takie jak największa liczba samobójstw w najuboższych województwach – świętokrzyskim i łódzkim
 - kryzys autorytetów i przywództwa
- nieefektywność ochrony zdrowia:
 - wzrost częstości zaburzeń psychicznych
 - kryzys psychiatrii, niedostatek liczby psychiatrów, niedostępność do świadczeń psychiatrycznych w ogóle, w tym ukierunkowanych na pomoc w zagrożeniach samobójczych
- zmiana rozumienia i pozycji aksjologicznej samobójstw:
 - afirmujące przepisy i praktyki prawno-medyczne w Europie

- pośrednie propagowanie zachowań samobójczych w mediach.

Ta długa lista czynników cywilizacyjnych pokazuje, jak wielostronne jest zjawisko zagrożeń samobójczych. Konstrukcja narzędzi diagnostycznych, ukierunkowanych na ocenę ryzyka samobójczego, jest więc trudna merytorycznie i metodologicznie.

Skala Aktualnego Ryzyka Samobójczego (SARS)

Skala powstała w Klinice Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jej wstępna wersja została zaprezentowana w trakcie Zjazdu PTP w Lublinie w 2013 r. Podstawowym celem skonstruowania tego narzędzia była pomoc psychiatrom oraz innym profesjonalistom podejmującym medyczne i prawne decyzje w trakcie hospitalizacji psychiatrycznych.

Opis skali

Skala odnosi się wyłącznie do zjawisk **aktualnych** (które wystąpiły nie później niż w ciągu ostatnich 2 tygodni).

Jedynie myśli samobójcze i próby samobójcze występujące w przeszłości zostały uwzględnione ze względu na ich znaczący wpływ na bieżące zagrożenia. Aktualność zaburzeń może oznaczać zjawiska, które trwają 48–72 h (jak ostry stres) lub zaistniały w ciągu ostatnich 2 tygodni (np. poczucie, po wizycie u lekarza, nieskutecznego leczenia zagrożeń samobójczych).

Kryterium		Ocena	Punkcja
A	ZJAWISKA SAMOBÓJCZE		
A1	Myśli samobójcze (także ideaacje samobójcze, fantazje samobójcze, plany samobójcze)	SPEŁNIONE	10
A2	Zachowania samobójcze (także próby leczenia i przeciwdziałanie zagrożeniom)	SPEŁNIONE	14
B	BRAK NADZIEI		
B1	Brak planów życiowych, negatywna prognoza życia	SPEŁNIONE	8
B2	Niezdolność do rozwiązywania problemów, trudności w realizacji prostych i/lub rutynowych zadań	SPEŁNIONE	4
B3	Niewiara w leczenie, nieskuteczne próby leczenia, rezygnacja z leczenia (także innych chorób)	SPEŁNIONE	4

Skala Aktualnego Ryzyka Samobójczego (SARS)

B. Łoza, M. Polikowska

C	WYKLUCZENIE		
C1	Utrata podstaw funkcjonowania społecznego (także zapowiedź takiej sytuacji, zagrożenie nią, brak możliwości uniknięcia wykluczenia)	Utrata zatrudnienia bądź statusu ucznia/studenta Utrata pozycji społecznej, funkcji Utrata partnera, dzieci (także separacja, zdrada) Utrata podstaw materialnych funkcjonowania, zagrożenie finansowe Inne zagrożenia dla pozycji społecznej (np. kompromitacja, zawstydzenie, otrzymanie kary)	8
C2	Konflikt z osobą znaczącą (praca, dom, inne relacje), z prawdopodobnym dalszym pogorszeniem sytuacji	SPEŁNIONE	6
D	KLINIKA (OBRAZ PSYCHOPATOLOGICZNY)		
D1	Wcześniejsze myśli i/lub zachowania samobójcze	SPEŁNIONE	8
D2	Ostry stres, trwający nie dłużej niż 48–72 h, co najmniej umiarkowane nasilenie według ICD-10	SPEŁNIONE	8
D3	Zespół depresyjny, co najmniej umiarkowane nasilenie według ICD-10 (także w przebiegu chorób somatycznych)	SPEŁNIONE	6
D4	Stałe lub niemal stałe cierpienie prowadzące do niepełnosprawności (także inwalidyzujące choroby somatyczne)	SPEŁNIONE	4
D5	Spożywanie „problemowe”, „szkodliwe” lub uzależnienie od alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych	SPEŁNIONE	4
D6	Zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia cywilizacyjne, jak: pracoholizm, wypalenie, zespół przewlekłego zmęczenia, poczucie utraty sensu, poczucie nadmiernej odpowiedzialności	SPEŁNIONE	2
D7	Płeć męska	SPEŁNIONE	2
D8	Pierwsza hospitalizacja, pierwsze rozpoznanie (także brak zgody na rozpoznanie)	SPEŁNIONE	2
D9	Dysfunkcyjne zachowanie na oddziale, w tym: izolowanie się, brak współpracy, konflikty	SPEŁNIONE	2
D10	Żądanie wypisu z oddziału (także brak podania realistycznego powodu wypisu, niechęć do zawiadomienia bliskich)	SPEŁNIONE	2

Ocena ryzyka

Skala oferuje dwa sposoby oceny ryzyka wystąpienia zachowań samobójczych. Są to:

- ocena ilościowa (suma punktów)
- ocena jakościowa (ustalenie kryteriów wysokiego ryzyka).

1. Ocena ilościowa

Maksymalna liczba punktów SARS wynosi 92. W zależności od liczby punktów ryzyko wystąpienia zachowań samobójczych można sklasyfikować na czterech poziomach:

- ≤ 30 pkt – ryzyko niskie
- 31–50 pkt – ryzyko umiarkowane

- 51–70 pkt – ryzyko wysokie
- ≥ 71 pkt – ryzyko bardzo wysokie.

2. Ocena jakościowa

Można wyróżnić dwa sposoby oceny jakościowej ryzyka – potwierdzając lub wykluczając obecność **kryteriów wysokiego ryzyka**:

1. Spełnione kryterium A (niezależnie od obecności B, C i D), tzn. aktualnie występują myśli samobójcze i/lub zachowania samobójcze.
2. Spełnione kryteria B, C i D (bez A), tzn. obecne/potwierdzone są przynajmniej pojedyncze kategorie w ramach każdego z głównych kryteriów triady B, C i D (brak nadziei–wykluczenie–zaburzenia kliniczne).

Ocena jakościowa SARS służy przesiewowemu określeniu statusu medycznego pacjenta, a w szczególności ustaleniu, czy aktualnie istnieje bezpośrednie zagrożenie jego życia z powodu zachowań samobójczych. Tym samym ocena ta może stać się podstawą do decyzji o leczeniu bez zgody w oparciu o przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Koncepcja skali

Są trzy podejścia koncepcyjne do mechanizmu powstawania zagrożeń samobójczych:

1. Najbardziej klasyczne podejście zakładające każdorazowy udział **zaburzeń depresyjnych** w patomechanizmie zachowań samobójczych.
2. Podejście wiążące **niespecyficzn**e zachowania samobójcze z różnego rodzaju odmiennymi zaburzeniami psychicznymi (np. ze stresem, schizofrenią etc.).
3. Podejście wskazujące na **autonomię zachowań samobójczych** (jak w propozycji niezależnego rozpoznania – „zachowania samobójczego” w DSM-5).

Na autonomię zachowań samobójczych wskazuje wiele czynników:

1. Nie wszystkim samobójstwom można przypisać podstawę kliniczną [3].
2. I odwrotnie – samobójstw nie popełnia większość osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi [3].
3. Analiza przyczyn samobójstw w Polsce, publikowana przez policję [1], w większości nie uwzględnia czynników psychopatologicznych jako przyczyn samobójstw.

Nie jest problemem rozumienie zachowań samobójczych jako zjawiska autonomicznego, tak jak oczywiste są w psychiatrii współchorobowość czy dodawanie odpowiedniego specyfikatora (np. sezonowości zaburzeń afektywnych). W istocie nie ma więc sprzeczności między koncepcją autonomicznych zachowań samobójczych a tradycyjnym po-

glądem o powiązaniu ich z mechanizmami powstawania depresji. Można też spekulować o powtarzalnych, autonomicznych mechanizmach narastania ryzyka samobójczego, np. poprzez coraz bardziej konsekwentne ideaacje i coraz bardziej zdeterminowane działanie.

Autorzy SARS przyjęli w konstrukcji narzędzia pogląd o względnej autonomii zachowań samobójczych. W związku z tym, konstruuąc SARS, uwzględniano równocześnie różne diagnostycznie źródła zagrożeń.

Konstrukcja skali

Źródłowo w pracy wykorzystano archiwalną dokumentację medyczną dorosłych pacjentów, u których odnotowano jakąkolwiek formę zjawisk samobójczych. Łącznie do analizy wyselekcjonowano 286 historii chorób hospitalizowanych osób (F0 – 25, F1 – 37, F2 – 59, F3 – 33, F4 – 32, F5 – 22, F6 – 23, F7 – 45, F8 – 4, F9 – 6 według ICD-10).

W tak sklasyfikowanym zbiorze danych przeprowadzono analizę czynnikową i analizę wariacji:

1. Analiza czynnikowa (analiza głównych składników) wyodrębniła główne skupienia danych, które stały się podstawą wyróżnienia czterech kryteriów SARS, tj. A, B, C i D, tłumaczących – po przyjęciu modelu 4-czynnikowego – łącznie 72% wariacji wyników. Przy uproszczeniu (rotacji) macierzy możliwe było uzyskanie także prostszych (2-, 3-czynnikowych) i większych (5-, 6-czynnikowych) modeli oferujących łącznie podobny poziom statystycznego wyjaśnienia wariacji, jednak nie dość przejrzystych klinicznie, a więc i trudnych do zastosowania w praktyce.
2. Wyniki analizy wariacji pozwoliły na ustalenie wagi/punktacji kryteriów i ostatecznie – ustanowienie progów ilościowych skali, tj. proporcji czułości i specyficzności dla poszczególnych stopni zagrożenia. W analizie tej brano za podstawę kolejno: brak w ogóle spełnionego kryterium A, obecność kryterium A1, obecność kryterium A2, kumulację wszystkich kryteriów: A, B, C i D.

Analiza psychopatologiczna i demograficzna wyjściowej grupy oraz grupy uczestniczącej w walidacji, a także analiza statystyczna i wariantowe modele wynikające z analizy czynnikowej zostaną zaprezentowane w odrębnej publikacji.

Walidacja SARS

W celu zbadania wewnętrznej spójności skali posłużono się wskaźnikiem Alfa Cronbacha [12]. Wskaźnik ten jest standardem określającym, czy złożone narzędzie odzwierciedla w sposób spójny tę samą ideę. W badaniu uczestniczyło 170

Skala Aktualnego Ryzyka Samobójczego (SARS)

B. Łoza, M. Polikowska

osób, w tym 100 pacjentów i 70 osób zdrowych (kalkulacja dla 17-punktowej skali) [13]. Uzyskano wynik **α Cronbacha = 0,82** (łączny wynik grupy), co pozwala na posługiwanie się SARS w praktyce klinicznej z pełnym zaufaniem dla jej wewnętrznej spójności [13].

Rzetelność skali zweryfikowano pomiędzy dwoma badaczami, z wyliczeniem współczynnika kapp. SARS **kappa = 0,78** (dla tej samej grupy 170 uczestników badań walidacyjnych). Wynik należy uznać za potwierdzający znaczącą zgodność ocen [14], umożliwiającą stosowanie skali w praktyce.

PODSUMOWANIE

Należy jednoznacznie stwierdzić, że wszystkie narzędzia wykorzystywane w diagnostyce zagrożeń samobójczych – w tym zaprezentowana skala SARS – mają jedynie pomocniczy charakter. Tylko osobiste badanie pozwala na ustalenie specyficznego, indywidualnego ryzyka [11].

Jednak z drugiej strony narzędzia takie jak prezentowana SARS tworzą warunki do bardziej wszechstronnej, systematycznej oceny. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że przez większość czasu opiekę nad pacjentami na oddziałach psychiatrycznych sprawują młodzi lekarze, będący nadal w procesie zdobywania wiedzy i doświadczenia, wsparcie narzędziowe może się okazać kluczowe. SARS powstała z inspiracji Koleżanek i Kolegów, zobligowanych do podejmowania kategorycznych decyzji diagnostycznych, a równocześnie pozbawionych wsparcia narzędziowego.

Współcześnie występuje tendencja do skracania skal zagrożeń samobójczych [15]. Wyjaśnienie jest proste – chodzi o sprowadzenie narzędzi do rozmiarów użytecznych w praktyce klinicznej. Biorąc pod uwagę podobne przesłanki, założono w przypadku SARS stworzenie takiej skali, która dawałaby realne wsparcie dla praktyki diagnostycznej. Stąd możliwość szybkiej oceny jakościowej (kryteria wysokiego ryzyka, tj. A, B, C, D).

Psychometrycznie Skala Aktualnego Ryzyka Samobójczego prezentuje:

- wysoki poziom wyjaśnienia wariacji w modelu czteroczynnikowym – 72%
- wysoki poziom zgodności wewnętrznej Alfa Cronbacha = 0,82
- wysoki poziom stabilności bezwzględnej pomiędzy badaczami kappa = 0,78.

Konstrukcja skal oceniających ryzyko samobójcze jest trudna z wielu względów, zwłaszcza z powodu problemów me-

todologicznych w ustalaniu siły perspektywnego przewidywania zagrożeń [15]. Dlatego autorzy będą wdzięczni za wszelkie uwagi i pomoc w dalszym doskonaleniu SARS.

WNIOSKI

Kontrowersje wokół klasyfikacji zachowań samobójczych wywołują utrudnienia w praktycznej organizacji postępowania diagnostycznego. Brak formalnie zaakceptowanych i/lub powszechnie uznanych narzędzi wspomagających medyczne i prawne decyzje lekarzy psychiatrów odnośnie do pacjentów z zagrożeniem samobójczym hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych stanowi jedną z największych trudności stosowania ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r. Proponowane narzędzie – Skala Aktualnego Ryzyka Samobójczego (SARS) – w sposób znaczący może tę sytuację poprawić.

PIŚMIENNICTWO

1. KGP. Komenda Główna Policji [online: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/samobojstwa>] [dostęp: 30.11.2016].
2. Kupfer DJ. *DSM-5's New Approach to Suicide Risk, Behavior*. Huffpost Healthy Living [dostęp: 02.11.2015].
3. Oquendo MA, Baca-Garcia E. *Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations*. *World Psychiatry* 2014; 13(2): 128-130.
4. WHO. World Health Organization. *Suicide* [online: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>] [dostęp: 02.11.2015].
5. Nordentoft M. *Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups*. *Dan Med Bull* 2007; 54 (4): 306-369.
6. Olfson M, Wall M, Wang S et al. *Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge*. *JAMA Psychiatry* 2016; 73(11): 1119-1126.
7. Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. *Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence?* *Psychol Med* 2014; 44(16): 3361-3363.
8. Gliatto MF, Rai AK. *Evaluation and Treatment of Patients with Suicidal Ideation*. *Am Fam Physician* 1999; 59(6): 1500-1506.
9. C-SSRS [online: http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/Columbia_Suicide_Severity_Rating_Scale.pdf].
10. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. *Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale*. *Psychosomatics* 1983; 24(4): 343-345, 348-349.

11. Chan MK, Bhatti H, Meader N et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry* 2016; 209(4): 277-283.
12. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
13. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step guide: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed)*. Allyn and Bacon, Boston 2003.
14. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33(1): 159-174.
15. Stefansson J, Nordström P, Jokinen J. Suicide Intent Scale in the prediction of suicide. *J Affect Disord* 2012; 136(1-2): 167-171.

Adres do korespondencji:

Bartosz Łoza

Klinika Psychiatrii Oddziału Fizjoterapii

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

02-495 Warszawa, ul. Sosnkowskiego 18