

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Η αυτοκτονία στις μη ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων

Η σωματική νοσηρότητα αυξάνει τον αυτοκτονικό κίνδυνο, κυρίως λόγω συννοσηρότητας με ψυχιατρικές διαταραχές. Περίπου 2% των αυτοκτονιών λαμβάνουν χώρα σε γενικά νοσοκομεία και 3–5,5% σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. Το προφίλ των θυμάτων αυτοκτονίας στις μη ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων είναι: άνδρες >50 ετών, σε ποσοστό περίπου 50% έγγαμοι, με οικονομικά προβλήματα, ασθενές ή ανύπαρκτο υποστηρικτικό περιβάλλον, χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό ή προηγούμενες απόπειρες. Κύρια σωματικά νοσήματα είναι τα κακοήγη νεοπλασμάτα (περίπου 30%), οι καρδιολογικές και οι νευρολογικές παθήσεις, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ενώ συνηθέστερες ψυχιατρικές διαταραχές είναι η κατάθλιψη και το οξύ συγχυτικό παραλήρημα (delirium). Η κατάθλιψη είναι ως επί το πλείστον «σιωπηλή», με απόσυρση, απομόνωση, απροθυμία επισκεπτηρίου, αρνητισμό. Ευοδωτικά επενεργούν ο ανεξέλεγκτος πόνος, η δύσπνοια, το έντονο άγχος, η ψυχοκινητική ανησυχία, οι οπτικές ψευδαισθήσεις. Κρίσιμες είναι οι περιόδους ανακοίνωσης της διάγνωσης ή/και της άσχημης πρόγνωσης και των σοβαρών/ανθιστάμενων στη θεραπεία υποτροπών. Οι συγκεκριμένοι αυτόχειρες σπάνια είχαν εκφράσει την αυτοκτονική τους πρόθεση. Συχνότερη μέθοδος αυτοκτονίας είναι η πτώση από ύψος, η οποία προτιμάται λόγω εύκολης «πρόσβασης» και υψηλής θνητότητας. Η προτίμησή της ενισχύει την υπόνοια παρορμητικότητας καθώς απαιτεί μικρή προετοιμασία. Η αυτοκτονία φαίνεται να είναι συχνότερη τις πρώτες 1–2 εβδομάδες νοσηλείας και να συμβαίνει ιδίως τις βραδινές ώρες, ενδεχομένως λόγω μειωμένης επίβλεψης. Συγκριτικά, οι αυτόχειρες των ψυχιατρικών κλινικών –αν και επίσης πρωτίστως άνδρες– είναι νεότεροι, κατά τα 2/3 άγαμοι, με ψυχιατρικό ιστορικό, έχουν συνήθως λεκτικά προειδοποιήσει, επιλέγουν απαγχονισμό, έχουν προβεί συχνότερα σε προηγούμενες απόπειρες και αυτοκτονούν αργότερα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Συμπερασματικά, η αυτοκτονία στις μη ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων φαίνεται να αφορά σε διαφορετικό πληθυσμό απ’ ό,τι η αντίστοιχη στις ψυχιατρικές κλινικές. Οι θεράποντες οφείλουν να είναι ευαισθητοποιημένοι στην ανίχνευση και την επισήμανση των ευάλωτων ασθενών, καθώς και στην έγκαιρη εμπλοκή της υπηρεσίας διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Θα ξεκινήσουμε με ορισμένες παραδοχές, οι οποίες στον χώρο της αυτοκτονολογίας (suicidology) έχουν πρακτικά καθολική αποδοχή: (α) Η σωματική νοσηρότητα αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας κατ’εκτίμηση 2–3 φορές, (β) στους ασθενείς με σωματικά νοσήματα (ειδικά με τα σοβαρότερα από αυτά) είναι πολύ υψηλό το ποσοστό συννοσηρότητας (52–88%) με ψυχιατρικές διαταραχές, (γ) οι νοσηλευόμενοι ασθενείς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να πεθάνουν αυτοκτονώντας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (και λόγω του ότι όσοι νοσηλεύονται έχουν συνήθως σοβαρότερα

νοσήματα) και (δ) μόνο το 40% των αυτοκτονικών ασθενών διεθνώς λαμβάνει κάποιας μορφής ψυχιατρική θεραπεία.^{1–4}

Η ενδονοσοκομειακή αυτοκτονία χαρακτηρίζεται στην αμερικανική βιβλιογραφία ως “sentinel event”. Τα “sentinel events” είναι γεγονότα που μπορεί να οδηγήσουν σε μόνιμη βλάβη έναν ασθενή ή σε προσωρινή βλάβη από την οποία κινδύνεψε η ζωή του (ή ακόμη και στον θάνατό του) και δεν σχετίζονται με τη «φυσική» πορεία της νόσου για την οποία νοσηλεύεται (π.χ. λάθος χειρουργημένη περιοχή, φαρμακευτικά σφάλματα, φόνος, μείζονα τραύματα, πυρκαγιές, απαγωγές).⁵ Συνιστούν «δείκτες» σοβαρής δυσλειτουργίας

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(5):612–617
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(5):612–617

A. Παρασχάκης

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
«Δαφνί», Αθήνα

Suicide in non-psychiatric
units of general hospitals

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Αυτοκτονία
Γενικό νοσοκομείο
Ενδονοσοκομειακή αυτοκτονία
Ψυχιατρική κλινική
Ψυχιατρικό νοσοκομείο

Υποβλήθηκε 1.10.2017
Εγκρίθηκε 9.10.2017

του νοσηλευτικού πλαισίου. Η διαπίστωση ενός τέτοιου συμβάντος οδηγεί σε αξιολόγησή του από εξειδικευμένες επιτροπές με σκοπό να γίνει κατανοητό τι ακριβώς συνέβη και πώς μπορεί να προληφθεί η επανάληψή του. Η αυτοκτονία θεωρείται το δεύτερο συχνότερο “sentinel event”, με ποσοστό 10,47%, μετά τη λάθος χειρουργημένη περιοχή ή όργανο.⁵

Το θέμα επομένως της ολοκληρωμένης αυτοκτονίας στις μη ψυχιατρικές (διαζευκτικά: παθολογικές-χειρουργικές) κλινικές των γενικών νοσοκομείων έχει ενδιαφέρον, με δεδομένη τη σοβαρότητά του, την ελάχιστη έως καθόλου εξοικείωση του πλαισίου με την αυτοκτονική συμπεριφορά και την πληθώρα μέσων και ευκαιριών για τέλεση αυτοκτονίας.⁵ Στην πραγματικότητα, όλοι οι ασθενείς των μη ψυχιατρικών τμημάτων είναι «αγνώστου αυτοκτονικού κινδύνου».⁵ Ως αποτέλεσμα, αν η αυτοκτονία συμβεί σε ένα τέτοιο περιβάλλον, η επίδρασή της είναι βαθιά.

Αρκετές μελέτες έχουν εστιάσει στην αυτοκτονία στις ψυχιατρικές κλινικές. Αντίθετα, η αντίστοιχη στα χειρουργικά-παθολογικά τμήματα έχει συγκεντρώσει μικρότερο ερευνητικό ενδιαφέρον.⁶ Εξάλλου, οι ευκαιρίες σχετικής ενημέρωσης των μη ψυχιάτρων είναι ελάχιστες, αν και μελέτες δείχνουν αύξηση του –σπάνιου ευτυχώς– φαινομένου, κυρίως λόγω πίεσης για γρήγορα εξιτηρία στο πλαίσιο προσπαθειών συγκράτησης της υγειονομικής δαπάνης.⁷

Σκοπός της εν λόγω βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η παρουσίαση –για πρώτη φορά στην Ελλάδα– του θέματος της αυτοκτονίας στις μη ψυχιατρικές κλινικές. Παράλληλα, στοχεύει στην ευαισθητοποίηση των μη ψυχιάτρων οι οποίοι εργάζονται στα γενικά νοσοκομεία και στη συνδρομή για την ανίχνευση της αυτοκτονικότητας μέσω πρακτικών συμβουλών. Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στη βάση δεδομένων PubMed, εστιάζοντας αποκλειστικά στις «ολοκληρωμένες» αυτοκτονίες (αυτές δηλαδή που οδήγησαν στον θάνατο, όχι απόπειρες ή άλλου τύπου αυτοτραυματιστική συμπεριφορά) ενηλίκων σε παθολογικά/χειρουργικά τμήματα γενικών νοσοκομείων.

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΥΤΟΧΕΙΡΩΝ(-ΙΩΝ) ΣΤΙΣ ΜΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Ποσοστό 5–6,5% του συνόλου των αυτοκτονιών λαμβάνουν χώρα σε νοσοκομεία: 2% σε γενικά νοσοκομεία και 3–5,5% σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.^{7,8} Περίπου 5–15 αυτοκτονίες συμβαίνουν ανά 100.000 εισαγωγές σε γενικά νοσοκομεία και 250–400 ανά 100.000 σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, συχνότητες αμφότερες αρκετά υψηλότερες απ’ ό,τι στον γενικό πληθυσμό.^{2,3,8} Πρώτα σε συχνότητα

έρχονται τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, έπονται οι ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων, ακολουθούν τα παθολογικά/χειρουργικά τμήματα και, τέλος, οι δομές μακράς παραμονής στην κοινότητα (μονάδες αποκατάστασης και χρονίως πασχόντων, οίκοι ευγηρίας).⁴

Οι αυτόχειρες στα παθολογικά/χειρουργικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων φαίνεται να είναι ως επί το πλείστον άνδρες ηλικίας >50 ετών, κατά το ήμισυ έγγαμοι, με οικονομικά προβλήματα ή/και πρόσφατη απώλεια εργασίας, ασθενές ή ανύπαρκτο υποστηρικτικό περιβάλλον και συγκρουσιακές ενδοοικογενειακές σχέσεις.⁵ Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν ανευρίσκεται ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό ή ιστορικό απόπειρας αυτοκαταστροφής.^{9,10}

Τα κύρια σωματικά νοσήματα είναι κακοήγη νεοπλάσμα (περίπου 30%), καρδιολογικά νοσήματα, νευρολογικές παθήσεις και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.^{1,11} Η πλέον συχνή ψυχιατρική διάγνωση είναι η κατάθλιψη (αδιάγνωστη, αθεράπευτη ή ατελώς θεραπευμένη, π.χ. με μονοθεραπεία με βενζοδιαζεπίνες) και έπεται το οξύ συγχυτικό παραλήρημα (delirium).¹ Η κατάχρηση οιοπνεύματος φαίνεται να μην είναι τόσο συχνή στον συγκεκριμένο πληθυσμό, ενδεχομένως και λόγω ανεπαρκούς διερεύνησης.^{1,12} Σημειώνεται βέβαια ότι σε ασθενή που αυτοκτόνησε χωρίς να έχει προηγηθεί ψυχιατρική εκτίμηση, η ακρίβεια της μετά θάνατον ψυχιατρικής διάγνωσης είναι μειωμένη.²

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι οι νευρολογικές κλινικές είναι πλαίσιο μάλλον «επίφοβο», καθώς «συγκεντρώνει» πληθώρα νοσημάτων/νεοπλασμάτων κακής πρόγνωσης και αυξημένη πιθανότητα οξέος συγχυτικού παραληρήματος λόγω εγκεφαλικής προσβολής. Μελέτη στο Hong-Kong κατατάσσει τις νευρολογικές κλινικές στην πρώτη θέση με 6,7 αυτοκτονίες ανά 100.000 εισαγωγές.¹³

Οι (μετέπειτα) αυτόχειρες των παθολογικών/χειρουργικών τμημάτων παρουσιάζουν συνήθως εικόνα απόσυρης, απομόνωσης, αλληλεπιδρούν ελάχιστα με συγγενείς, φιλικά πρόσωπα ή συνασθενείς τους, είναι συχνά αδιάφοροι για τη θεραπεία και, όχι σπάνια, ζητούν πρόωπο εξιτήριο.¹¹ Η σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό περιγράφεται «πτωχή».² Σπάνια είχαν προειδοποιήσει για την πρόθεσή τους. Αντίθετα, ως επί το πλείστον ήταν «σιωπηλοί», απρόσιτοι και, τελικά, απρόβλεπτοι.¹¹ Η αυτοκτονία λαμβάνει χώρα –σχεδόν αποκλειστικά– εντός του χώρου του νοσοκομείου.¹

Ο αυτοκτονικός κίνδυνος δεν είναι σταθερός στη διάρκεια της νοσηλείας αλλά κυμαίνεται. Αυξάνεται απότομα την περίοδο της ανακοίνωσης της (δυσμενούς) διάγνωσης ή/και της άσχημης πρόγνωσης και στις περιόδους των συχνών ή βαρέων υποτροπών, οπότε η πραγματικότητα μπορεί να υπερβεί κατά πολύ τις προσαρμοστικές ικανότητες του

ατόμου.⁶ Σε ποσοστό 40% των περιπτώσεων αυτοκτονιών σε παθολογικές/χειρουργικές κλινικές πριν από την αυτοκτονία είχε προηγηθεί επιδείνωση του σωματικού νοσήματος.⁶

Καίριο ρόλο στην κλιμάκωση του κινδύνου φαίνεται να διαδραματίζουν ορισμένα επί μέρους συμπτώματα ή συμπεριφορές. Τέτοιες είναι ο ανεξέλεγκτος πόνος, η δύσπνοια, οι οπτικές ψευδαισθήσεις (στο delirium), το ανυπόφορο stress, η ψυχοκινητική ανησυχία, η άρνηση σίτισης ή/και λήψης αγωγής.^{14–16}

Σημειώνεται ότι ορισμένα μη ψυχιατρικά φαρμακευτικά προϊόντα έχουν σχετιστεί με αύξηση του αυτοκτονικού κινδύνου, όπως η μεφλοκίνη (ανθελονοσιακό), η απρεμιλάστη (αντιψωριασικό), η ισοτρετινοΐνη (κατά της ακμής) και η βαρενικλίνη (χορηγείται στη διακοπή του καπνίσματος).⁵

Κύρια μέθοδος αυτοκτονίας στις παθολογικές/χειρουργικές κλινικές είναι η πτώση από ύψος και έπεται ο απαγχονισμός.^{12,15} Η πτώση από ύψος είναι εύκολα «προσβάσιμη» μέθοδος, η οποία απαιτεί μικρή έως καθόλου προετοιμασία, σε αντίθεση π.χ. με τον απαγχονισμό.¹⁷ Λόγω της ελάχιστης προετοιμασίας που απαιτεί, στην πτώση από ύψος θα μπορούσαν να αποδοθούν αρκετές παρορμητικού τύπου αυτοκτονίες, οι δυσκολότερες να προβλεφθούν και να αποτραπούν. Παρουσιάζει υψηλή θνητότητα, ειδικά αν είναι πάνω από τον 3ο όροφο επί σκληρής επιφάνειας (σε αυτό συμβάλλει η σωματική εξασθένηση των συγκεκριμένων ασθενών, καθώς και η ηλικία τους).^{11,15} Η δεύτερη σε συχνότητα μέθοδος, ο απαγχονισμός, συνήθως συμβαίνει στην τουαλέτα ή την ντουλάπα του θαλάμου, με αντικείμενο της κλινικής ως μέσο αιώρησης: Καλώδιο τηλεφώνου, πετσέτα, σεντόνι, κουρτίνα, επίδεσμο, σωληνάριο παροχής οξυγόνου (ενίοτε όμως και με τη ζώνη ή τα κορδόνια του θύματος).^{4,11} Όπως είναι ευνόητο, είναι πρακτικά αδύνατο να εφαρμοστεί περιορισμός διαθέσιμων «μέσων» σε τέτοια πλαίσια.¹¹

Μια «ειδική» ομάδα ασθενών είναι εκείνοι που νοσηλεύονται σε παθολογικά/χειρουργικά τμήματα λόγω απόπειρας αυτοκτονίας (π.χ. φαρμακευτική δηλητηρίαση, τομή φλεβών). Ωστόσο, φαίνεται ότι τα συγκεκριμένα άτομα πολύ σπάνια αυτοκτονούν ενώ νοσηλεύονται σε αυτά.^{11,15} Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι το συγγενικό περιβάλλον γρήγορα πλαισιώνει τέτοιους ασθενείς, ενώ και η απόπειρα ενίοτε μπορεί να έχει λειτουργήσει «εκτονωτικά» (“cathartic discharge”).¹⁵ Εξ άλλου, οι συγκεκριμένοι ασθενείς σύντομα αναγνωρίζονται (και) ως ψυχιατρικά πάσχοντες, εμπλέκονται γρήγορα οι ψυχίατροι στη φροντίδα τους και, στις σοβαρότερες περιπτώσεις, διακομίζονται στην ψυχιατρική κλινική μόλις καταστεί εφικτό.

Η αυτοκτονία στους νοσηλευόμενους σε μη ψυχιατρι-

κές κλινικές ως επί το πλείστον συμβαίνει τις πρώτες 1–2 εβδομάδες, συνήθως τις νυκτερινές ώρες (συχνά μετά τα μεσάνυκτα).^{11,13} Η μειωμένη επίβλεψη από το υγειονομικό προσωπικό θα μπορούσε ενδεχομένως να εξηγήσει την αυξημένη συχνότητα αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια της νύκτας.¹³

3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΥΤΟΧΕΙΡΩΝ (-ΙΩΝ) ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

Συγκριτικά με τα θύματα αυτοκτονίας των παθολογικών/χειρουργικών τμημάτων, οι αυτόχειρες των ψυχιατρικών κλινικών είναι νεότεροι, κατά τα 2/3 άγαμοι, 60% άνεργοι ή άεργοι, με θετικό ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό, έχουν συνήθως λεκτικά προειδοποιήσει για τις προθέσεις τους, προτιμούν τον απαγχονισμό (εξαιρετικά θανατηφόρα μέθοδος, αν και λιγότερο «βίαιη» από την πτώση εξ ύψους) και προβαίνουν στην πράξη αργότερα στην πορεία της νοσηλείας.^{1,2} Το τελευταίο μπορεί να οφείλεται σε ανθιστάμενη στη θεραπεία ψυχιατρική διαταραχή, η οποία παραμένει ενεργή παρά την παρατεταμένη νοσηλεία.⁷ Επιπρόσθετα, αν και η σοβαρή κατάθλιψη διαδραματίζει καίριο ρόλο (και) στις εν λόγω περιπτώσεις, ο ρόλος των διαταραχών προσωπικότητας και της σχιζοφρένειας φαίνεται σημαντικότερος σε σχέση με εκείνες των ψυχιατρικών τμημάτων. Ο πλέον επίφοβος συνδυασμός θεωρείται η συνύπαρξη μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου σε ασθενή με σχιζοφρένεια.^{7,18,19} Ρόλο διαδραματίζουν επίσης οι ανεπιθύμητες ενέργειες της αντιψυχωτικής αγωγής, όπως οι εξωπυραμιδικές και η ακαθυσία.²⁰ Η ύπαρξη θετικού οικογενειακού ψυχιατρικού ιστορικού και οικογενειακού ιστορικού αυτοκτονίας είναι συχνότερη στις περιπτώσεις αυτές.¹⁶ Τέλος, περίπου οι μισοί από τους αυτόχειρες των ψυχιατρικών κλινικών είχαν ιστορικό προηγούμενης απόπειρας σε σχέση με μόνο 12% των αυτόχειρων των μη ψυχιατρικών τμημάτων.⁶

Σε αυτό το σημείο είναι χρήσιμο να επισημανθεί ότι περίπου 60–75% όσων αυτοκτονούν, το «καταφέρνουν» με την πρώτη (στους ηλικιωμένους τα ποσοστά είναι υψηλότερα).^{17,21} Επομένως, αν και το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας είναι ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας για τέλεση αυτοκτονίας στο μέλλον, η σημασία του, χωρίς να υποτιμάται, δεν πρέπει να υπερτονίζεται.

4. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Παρατηρήσαμε ότι οι αυτόχειρες στις παθολογικές/χειρουργικές κλινικές και στα ψυχιατρικά τμήματα αποτελούν πληθυσμούς με διαφορετικά, ως επί το πλείστον, γνωρίσματα. Κατά συνέπεια, το προσωπικό (και) των πρώτων οφείλει να το γνωρίζει και να αποφεύγει ορισμένες «παγίδες».

Κατ' αρχάς, η απουσία ψυχιατρικού ιστορικού μπορεί να εφησυχάζει τους θεράποντες. Ενδεχομένως οδηγεί στο (λανθασμένο) συμπέρασμα ότι ο ασθενής μπορεί να αντεπεξέρχεται με πλήρη επάρκεια στα stress της ζωής του. Ωστόσο, δεν υπάρχει ανοσία στα ψυχιατρικά νοσήματα και προηγούμενες «επιτυχίες» προσαρμογής δεν εγγυώνται τις μελλοντικές. Αυτό ισχύει ειδικά αν τα stress είναι «πυκνά» και οξέα.¹⁶ Επιπρόσθετα, οι αυτοκτονικοί ασθενείς στις μη ψυχιατρικές κλινικές έχουν σπανιότερα επικοινωνήσει την πρόθεσή τους, σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει στα ψυχιατρικά τμήματα ή την κοινότητα.^{7,22,23} Ακόμη, το βραχύ χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο συνήθως αυτοκτονεί ένας ασθενής στις παθολογικές/χειρουργικές κλινικές (1–2 εβδομάδες) υποδηλώνει ότι ο χρόνος παρατήρησης και λήψης πρωτοβουλιών εκ μέρους των θεραπόντων δεν είναι μεγάλος. Τέλος, τα μέσα τα οποία έχει στη διάθεσή του ένας αυτοκτονικός ασθενής προκειμένου να θέσει τέλος στη ζωή του στα μη ψυχιατρικά τμήματα είναι ποικίλα, ενώ και οι ίδιες οι κλινικές δεν είναι σχεδιασμένες ώστε να καθιστούν δύσκολη ή ατελέσφορη την απόπειρα (π.χ. βρίσκονται σε όροφο και όχι στο ισόγειο, τα παράθυρα δεν είναι εφοδιασμένα με ειδικές κλειδαριές κ.ά.).¹

Όπως είναι γνωστό, δεν υπάρχει εργαστηριακός ή απεικονιστικός έλεγχος που να αποτυπώνει την αυτοκτονική πρόθεση. Οι θεράποντες ιατροί των μη ψυχιατρικών τμημάτων οφείλουν λοιπόν να διατηρούν έναν υψηλό δείκτη «υποψίας» σε ασθενείς που «ταιριάζουν» με το προφίλ των αυτόχειρων που περιγράφηκε προηγουμένως και να μην αποφεύγουν να τους ρωτούν αν «πιστεύουν ότι αξίζει να το παλέψουν», αν «αξίζει να ζουν», αν «σκέπτονται ότι ο θάνατος θα ήταν μια λύση», ή αν «εύχονταν να είχαν πεθάνει».¹⁵ Η συζήτηση πρέπει να γίνεται χωρίς την παρουσία οικείων προσώπων (ώστε ο ασθενής να μην αυτολογκρίνεται) και περιοδικά να επαναλαμβάνεται σε περιπτώσεις παρατεταμένης νοσηλείας. Ο μύθος ότι αν ένας ασθενής ρωτηθεί «θα του μπουν ιδέες» έχει απορριφθεί προ πολλού στην αυτοκτονολογία (αντίθετα, θα θεωρήσει ότι ο ιατρός του τον κατανοεί καλύτερα).¹⁵ Αν οι απαντήσεις είναι, ή κλίνουν, προς το θετικό, επιβάλλεται η άμεση αναζήτηση αρωγής από την ψυχιατρική διασυνδεδετική υπηρεσία του νοσοκομείου. Σε κάθε περίπτωση, η σημασία της παρατήρησης της συμπεριφοράς (ακρογωνιαίου λίθου της ψυχιατρικής κλινικής δεινότητας) και της άντλησης πληροφοριών από συγγενείς είναι αναντικατάστατη, καθώς πολλοί «αληθινά» αυτοκτονικοί ασθενείς δεν φαίνεται να έχουν κάποια επιθυμία να αποκαλύψουν την πρόθεσή τους σε κάποιον, ο οποίος, τελικά, μπορεί και να τους εμποδίσει.⁴ Άλλες φορές πάλι, οι ασθενείς μπορεί να προβούν σε παρορμητική αυτοκτονία λίγο μετά την αξιολόγησή τους ως «άνευ» ενεργού αυτοκτονικού ιδεασμού.⁴

Η απότομη «ρήξη» της σχέσης του ασθενούς με το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί ένα επιπρόσθετο «καμπανάκι» κινδύνου που δεν πρέπει να υποτιμάται.¹⁴

Ο θεράπων έχει χρέος να ενημερώσει τον ασθενή για τη σκοπιμότητα ψυχιατρικής εκτίμησης, εφόσον αυτή κριθεί αναγκαία. Θα πρέπει να εξηγήσει ότι μια διαταραχή της διάθεσης, όπως η κατάθλιψη, δεν αποτελεί φυσιολογική αντίδραση στη σωματική ασθένεια αλλά μια –ως επί το πλείστον– θεραπεύσιμη νόσο του εγκεφάλου.¹⁵

Οι πλέον «επίφοβοι» ασθενείς συνιστάται να μεταφέρονται σε δωμάτιο κοντά στη στάση των νοσηλευτών, μακριά από μπαλκόνι και παράθυρα και να επιτηρούνται συχνά, τουλάχιστον μέχρι να τύχουν ψυχιατρικής εκτίμησης.^{14,16} Αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι η συντροφιά οικείων προσώπων ή ειδικά εκπαιδευμένων εθελοντών (“sitters”) μπορεί να δράσει ευεργετικά, προσφέροντας και επιπρόσθετη επίβλεψη.⁵ Σε περίπτωση που ένας τέτοιος ασθενής απουσιάζει αδικαιολόγητα από τον θάλαμο ή την κλινική, δέον όπως αναζητείται άμεσα.^{2,11}

Το πλάνο ολοκληρωμένης αντιμετώπισης οφείλει να περιλαμβάνει και συγκροτημένο σχέδιο μετα-νοσοκομειακής παρακολούθησης, σε συνεργασία με την ομάδα της διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής και με την εμπλοκή του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς.¹⁵

Σε περίπτωση που το νοσοκομείο δεν διαθέτει υπηρεσία διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, απαιτούνται ειδικοί χειρισμοί. Θα μπορούσε να κληθεί εξωτερικός ψυχίατρος ή, αν η επικινδυνότητα είναι πολύ υψηλή και ο ασθενής θέλει να εγκαταλείψει το νοσοκομείο, να ζητηθεί ακούσια νοσηλεία.¹⁵

5. ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Λιγότερο από 1 στους 5 αυτόχειρες (16%) των παθολογικών/χειρουργικών τμημάτων φαίνεται ότι λάμβανε ψυχιατρική θεραπεία πριν θέσει τέλος στη ζωή του.^{1,6} Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι μόνο μια πολύ μικρή μειοψηφία «επίφοβων» ασθενών τελικά θα πεθάνει αυτοκτονώντας (υψηλός αριθμός «ψευδώς θετικών»), αλλά αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό της αυτοκτονίας (“low frequency-high impact event”).^{1,7}

Αν η αυτοκτονία λάβει χώρα, οφείλει να γίνει εις βάθος ανάλυσή της –με συμμετοχή ψυχιάτρου ως εξωτερικού συμβούλου– ώστε να αποσαφηνιστεί τι δεν πήγε σωστά και ποια θέματα θα μπορούσαν να είχαν αντιμετωπιστεί καλύτερα, χωρίς το πλαίσιο να αναλωθεί σε «κυνήγι ευθυνών»²⁴ (ενδελεχή προσέγγιση προσφέρει η συγκεκριμένη βιβλιογραφική παραπομπή). Δυστυχώς, σχετικές μελέτες επισημαίνουν ότι πολλά «σημάδια» αυξημένου αυτοκτο-

νικού κινδύνου συνυπήρχαν στους ασθενείς που έθεσαν τέλος στη ζωή τους ενώ νοσηλεύονταν σε παθολογικά/χειρουργικά τμήματα, αλλά διέδραμαν απαρατήρητα ή υποτιμήθηκαν.⁷ Πιθανά αίτια: έλλειψη εξοικείωσης του πλαισίου, ανεπαρκής εκπαίδευση, πίεση χρόνου, φόβος του θεράποντα ότι θα νιώσει «άβολα» θίγοντας ένα τόσο ευαίσθητο θέμα κ.ά.¹⁵

Δύο τελευταίες, πλην όμως σημαντικές, παρατηρήσεις για το θέμα των ενδονοσοκομειακών αυτοκτονιών γενικότερα. Αφ' ενός φαίνεται ότι όσοι επιχειρούν αυτοκτονία εντός του νοσοκομείου σπάνια «αποτυγχάνουν», αφ' ετέρου είναι πιο πιθανό οι συγγενείς να στραφούν με αγωγές εναντίον του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού στις περιπτώσεις ενδονοσοκομειακών αυτοκτονιών απ' ό,τι σε αντίστοιχες στην κοινότητα (1:2 έναντι 1:4) (θεωρείται ότι οι νοσοκομειακές μονάδες οφείλουν να παρέχουν μεγαλύτερα εχέγγυα προστασίας του ασθενούς, άρα έχουν και μεγαλύτερη ευθύνη στην πρόληψη της αυτοκτονίας).^{15,25}

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η βιβλιογραφία που αφορά στις αυτοκτονίες στα μη ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων είναι ισχνή και παλαιά συγκρινόμενη με εκείνη των αυτοκτονιών στις ψυχιατρικές κλινικές, που είναι πλουσιότερη και πιο πρόσφατη. Επομένως, υπάρχει ελεύθερο πεδίο για ανανέωση της γνώσης με νέες έρευνες. Παρ' όλα αυτά, τα στοιχεία επαρκούν για την κατάταξη των αυτόχειρων των δύο

πλαίσιων σε διακριτές κατηγορίες. Οι θεράποντες ιατροί των παθολογικών-χειρουργικών ειδικοτήτων οφείλουν να διατηρούν υψηλό δείκτη «υποψίας» σε ασθενείς με ιδιαίτερα γνωρίσματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η λήψη πρωτοβουλιών εκ μέρους τους –π.χ. απευθύνοντας συγκεκριμένες ερωτήσεις προς τον ασθενή– θεωρείται καίρια. Στην περίπτωση που η υποψία αποδειχθεί τελικά βάσιμη, η ταχεία εμπλοκή της υπηρεσίας διασυνδετικής Ψυχιατρικής κρίνεται επιβεβλημένη.

Το εγχείρημα δεν είναι εύκολο. Ένα πλαίσιο χωρίς εξοικείωση με τον αυτοκτονικό κίνδυνο, «δομικά» σχεδιασμένο ώστε να μην αποτρέπει την αυτοκτονία, πρέπει γοργά να ανιχνεύσει τον ασθενή που πρόκειται να θέσει τέλος στη ζωή του και ο οποίος δεν θα μιλήσει αυθόρμητα για τις προθέσεις του. Προκύπτει λοιπόν ότι είναι μάλλον δυσκολότερη η πρόληψη των αυτοκτονιών στις παθολογικές/χειρουργικές κλινικές απ' ό,τι στα ψυχιατρικά τμήματα.

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του μη ψυχιάτρου σχετικά με τον αυτοκτονικό κίνδυνο, καθώς και η εμφύσηση του μηνύματος ότι αρκετά πράγματα μπορούν να γίνουν ώστε να μειωθεί αυτό το –σπάνιο μεν, υπαρκτό δε– ενδεχόμενο (και) στα μη ψυχιατρικά τμήματα νοσηλείας. Άλλωστε, δεν πρέπει να λησμονείται ότι, όπως οι Friel και Frank ήδη από το 1958 είχαν επισημάνει: “A case of suicidal patient could fall into the hands of any physician, regardless of specialty or kind of practice”.²⁶

ABSTRACT

Suicide in non-psychiatric units of general hospitals

A. PARASCHAKIS

“Dafni” Psychiatric Hospital of Attica, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2018, 35(5):612–617

Physical illnesses increase the risk of suicide. Almost 2% of completed suicides take place in general hospitals, and 3–5.5% in psychiatric hospitals. The medical staff –other than mental health professionals– is generally unfamiliar with identifying and managing suicidal patients. Suicide victims in non-psychiatric units of general hospitals are usually men, aged over 50 years, and about 50% are married. They are often people with economic difficulties, a weak support system and/or family conflicts, but without a history of psychiatric disorder or prior suicide attempts. The diseases they are suffering from are most commonly malignant neoplasms (approximately 30%), cardiovascular and neurological diseases or chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The commonest psychiatric diagnoses are depression and delirium. Uncontrolled pain, dyspnea, visual hallucinations, excessive anxiety and psychomotor agitation may act as precipitating factors. The periods which are considered particularly risk are the time of announcement of the diagnosis (or of the grave prognosis), and the one of the occurrence of the frequent or severe relapses. The individuals who succeed in taking their lives were usually “silent”, withdrawn, apparently indifferent to treatment or prognosis, unwilling to be visited by relatives, and they may have asked for an early discharge; very rarely have

they expressed suicidal intentions. They usually die by jumping from a height. Suicide usually takes place within the first 1–2 weeks of hospitalization, mostly at night (probably due to reduced supervision). By comparison, suicide victims in psychiatric units are younger, 2/3 are single, and they more commonly have a positive personal/family psychiatric history and a history of prior attempts. They have usually communicated their intention, they act later during their hospitalization, and their predominant method is by hanging. In conclusion, suicide victims in non-psychiatric wards apparently constitute a distinct population from those who commit suicide in psychiatric units. The primary physician should be vigilant for such cases, and make an attempt to identify them early by asking direct questions about the patients' willingness to live (and fight) when confronted by the disease prognosis, and should swiftly ask for a psychiatric consultation when deemed necessary.

Key words: General hospital, Inpatient suicide, Psychiatric clinic, Psychiatric hospital, Suicide

Βιβλιογραφία

- BALLARD ED, PAO M, HENDERSON D, LEE LM, BOSTWICK JM, ROSENSTEIN DL. Suicide in the medical setting. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008, 34:474–481
- CHENG IC, HU FC, TSENG MC. Inpatient suicide in a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 2009, 31:110–115
- TSENG MC, CHENG IC, HU FC. Standardized mortality ratio of inpatient suicide in a general hospital. *J Formos Med Assoc* 2011, 110:267–269
- SAKINOFSKYI. Preventing suicide among inpatients. *Can J Psychiatry* 2014, 59:131–140
- THE JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. Sentinel event statistics. Available at: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>
- INOUE K, KAWANISHI C, OTSUKA K, CHO Y, SHIRAIMI M, ISHIT ET AL. A large-scale survey of inpatient suicides: Comparison between medical and psychiatric settings. *Psychiatry Res* 2017, 250:155–158
- PROULX F, LESAGE AD, GRUNBERG F. One hundred in-patient suicides. *Br J Psychiatry* 1997, 171:247–250
- MARTELLI C, AWAD H, HARDY P. In-patients suicide: Epidemiology and prevention. *Encephale* 2010, 36(Suppl 2):D83–D91
- BOSTWICK JM, RACKLEY SJ. Completed suicide in medical/surgical patients: Who is at risk? *Curr Psychiatry Rep* 2007, 9:242–246
- BOWERS L, BANDA T, NIJMAN H. Suicide inside: A systematic review of inpatient suicides. *J Nerv Ment Dis* 2010, 198:315–328
- HOTP, TAY MS. Suicides in general hospitals in Hong-Kong: Retrospective study. *Hong Kong Med J* 2004, 10:319–332
- SUOMINEN K, ISOMETSÄ E, HEILÄ H, LÖNNQVIST J, HENRIKSSON M. General hospital suicides – a psychological autopsy study in Finland. *Gen Hosp Psychiatry* 2002, 24:412–416
- HUNG CI, LIU CY, LIAO MN, CHANG YH, YANG YY, YEH EK. Self-destructive acts occurring during medical general hospitalization. *Gen Hosp Psychiatry* 2000, 22:115–121
- WHITE RT, GRIBBLE RJ, CORR MJ, LARGE MM. Jumping from a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 1995, 17:208–215
- WINT DP, AKIL M. Suicidality in the general hospitalized patient. *Hospital Physician* 2006, 42:13–18
- TISHLER CL, REISS NS. Inpatient suicide: Preventing a common sentinel event. *Gen Hosp Psychiatry* 2009, 31:103–109
- PARASCHAKIS A, MICHPOULOS I, DOUZENIS A, CHRISTODOULOU C, LYKOURAS L, KOUTSAFTIS E. Switching suicide methods in order to achieve lethality: A study of Greek suicide victims. *Death Stud* 2014, 38:438–442
- LARGE M, SMITH G, SHARMA S, NIELSSEN O, SINGH SP. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand* 2011, 124:18–29
- MADSEN T, AGERBO E, MORTENSEN PB, NORDENTOFT M. Predictors of psychiatric inpatient suicide: A national prospective register-based study. *J Clin Psychiatry* 2011, 73:144–151
- DONG JY, HOTP, KAN CK. A case-control study of 92 cases of inpatient suicides. *J Affect Disord* 2005, 87:91–99
- DeJONG TM, OVERHOLSER JC, STOCKMEIER CA. Apples to oranges? A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *J Affect Disord* 2009, 124:90–97
- ROBINS E, GASSNER S, KAYES J, WILKINSON RH Jr, MURPHY GE. The communication of suicidal intent: A study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry* 1959, 115:724–733
- PARASCHAKIS A, MICHPOULOS I, CHRISTODOULOU C, KOUTSAFTIS E, DOUZENIS A. Characteristics of suicide victims who had verbally communicated suicidal feelings to their family members. *Psychiatr Danub* 2015, 27:230–235
- GRAD OT. Therapists as survivors of suicide loss. In: Wasserman D, Wasserman C (eds) *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford University Press, New York, 2009:609–613
- KNOLL JL. Inpatient suicide: Identifying vulnerability in the hospital setting. *Psychiatric Times* 2012
- FRIEL PB, FRANK LM. The management of the suicidal patient. *Ann Intern Med* 1958, 49:632–641

Corresponding author:

A. Paraschakis, Dafni Psychiatric Hospital of Attica, 95 Ioanninon street, 166 74 Glyfada, Attica, Greece
e-mail: antparaschakis@yahoo.gr