

Porovnanie výskytu suicídálnych myšlienok u ambulantných psychiatrických pacientov a pacientov bez psychiatrickej záťaže

MUDr. Dana Ignjatovičová¹, MUDr. Milan Ignjatovič¹,

Mgr. Michala Knišková¹, Silvia Beatriz Schweitzer²

¹Psychiatrické ambulancie, Psychomed Svätosávsky

²Psychiatric Clinic Buenos Aires, Argentina

Suicídálne fenomény predstavujú kontinuum od suicídálnych myšlienok cez suicídálne pokusy až po kompletne suicídium. Toto vysvetlenie je jednoduché, ale vyžaduje celkový obraz spektra suicídálnych kognícií a správania (Paykel, 1992). Príčiny suicídálnych myšlienok a suicídálneho konania sú rôzne a veľmi variabilné. Neuropsychologický deficit v kontexte psychiatrických porúch môže byť spojený so suicídálnym rizikom, najmä u depresívnych pacientov (Keilp et al., 2001) ale tiež u psychóz, závislostí a iných psychiatrických diagnóz (Mann, 1999). Suicídálne myšlienky sa môžu meniť v type a stupni, napríklad od krátkych myšlienok na svoju smrť cez aktívne plánovanie a seriózne suicídálny akt (Paykel, 1992, Hoschl, 2002). Vyššia suicídálna frekvencia bola zistená u mužov, u starších ľudí (nad 70 rokov), ale tiež u mladších jedincov, osamelých, ovdovelých, rozvedených. Rizikovými sa javia vysoko náročné povolania – doktori, právnici, zdravotné sestry, umelci (Hawton, 1988). Mnohé štúdie sa zaoberajú tým, ako psychiatri reagujú na pacientovo suicídium (Hendin, 2000, Marshall, 1980, Eagles, 2001). Ale menej pozornosti sa kladie na rolu psychiatra vo formovaní udalostí, ktoré vedú ku suicídiu pacienta (Campbell, 2002). Psychiater by sa nemal báť priamo sa pýtať pacienta na suicídálne myšlienky, lebo práve ich včasné odhalenie môže byť dôležité pre ďalší terapeutický postup. Okrem psychofarmakoterapie je dôležité vytvorenie jasne definovanej terapeutickej aliancie pacient-lekár v rámci psychodynamickkej psychoterapie (Plakun, 2001) alebo kognitívno-behaviorálnej psychoterapie (Praško, 2001). Do nášho prieskumu sme zaradili 40 náhodne vybraných psychiatrických pacientov liečených na dvoch psychiatrických ambulanciách (skupina A) a 20 pacientov náhodne vybraných na ambulancii praktického lekára, ktorí boli bez psychiatrickej záťaže (skupina B). V skupine A psychiatrických pacientov bol signifikantne vyšší výskyt suicídálnych myšlienok pri aktuálnom vyšetrení (15/40) oproti skupine B (1/20), pričom ale výskyt suicídálnych myšlienok v minulosti bol vyšší v skupine B pacientov bez psychiatrickej záťaže (10/20) oproti skupine A (15/40). Suicídálne tendencie v minulosti uvádzali 6 zo 40 pacientov v skupine A a 1 z 20 pacientov v skupine B. Priemerné skóre HAMD, HAMA, Beckovej škály pre úzkosť boli vyššie v skupine A psychiatricky liečených pacientov oproti kontrolnej skupine B bez psychiatrickej záťaže.

Úvod

Suicídium je definované ako vedomé a úmyselné ukončenie života (Höschl, 2002). Predstavuje tragickú udalosť pre pacienta aj pre samotného terapeuta (Marshall, 1980).

Suicídium obvykle predstavuje komplikáciu iných psychických porúch – depresia, schizofrénia, závislosť na psychoaktívnych látkach (Hoschl, 2002, Appleby, 1999).

Niektoré naturalistické štúdie a jedna kontrolovaná štúdia ukázali, že napríklad lítium má protektívny účinok na suicídálne myšlienky

a konanie (Muller-Oerlinghausen and Berghofer, 1999) a podobné výsledky sa ukázali pri použití klopazínu u schizofrénie (Meltzer, 1999).

Definovanie rizikových faktorov – prediktorov suicídálneho konania je veľmi zložitá. Väčšinou suicídálne myšlienky predchádzajú suicídálne konanie a sú charakteristické pre podskupinu pacientov s reálne vysokým rizikom pre eventuálne suicídium (Beck, 1999).

Taktiež psychiatrická krízová intervencia a periodické monitorovanie suicídálnych myšlienok vedú ku zníženiu realizácie suicídia (Beck, 1999).

Predvídanie suicídia je veľmi zložitá a takisto prevencia je veľmi problematická (Eagles, 2001).

Beck a kol. (1999) cielene identifikuje rizikové faktory suicídia u ambulantných pacientov s depresiou. Powell a kol. (2000) uzatvára, že len 2% pacientov so suicidálnym rizikom môžu byť správne identifikované pomocou prediktívnych faktorov. U psychiatrických pacientov sa zvyšuje riziko suicídia, pričom suicídium je relatívne zriedkavé a prediktívna schopnosť je veľmi limitovaná (Eagles, 2001).

Chemtomb a kol. (1988), Alexander a kol. (2000), Dewar a kol. (2000) robili prieskumy u psychiatrov a vplyve suicídia ich pacienta. Ukázal sa významný vplyv suicídia pacienta na ich profesionálny a osobný život.

Suicídium patrí medzi desať najčastejších príčin smrti. Odhaduje sa, že suicidálne pokusy sú 8X častejšie než seba vraždy a medzi jednotlivcami, ktorí spáchali suicidálny pokus sú určité demografické rozdiely (Hoschl, 2002).

Appleby a kol. (1999) sledoval príčiny smrti u ľudí, ktorí spáchali suicídium do roka od kontaktu so psychiatrickou starostlivosťou. K najčastejším príčinám smrti u mužov patrilo obesenie (500/1369), vyskočenie (186/1369) a otrava psychotropnými látkami (123/1369). U žien tiež prevažovalo obesenie (154/712), užitie psychotropných látok (119/712) a iné (116/712). Podobné príčiny smrti boli zistené aj v susednej Českej republike – obesenie, uškrtenie, udusenie.

Napriek množstvu rizikových faktorov vedúcich ku suicidálnemu pokusu je suicídium len veľmi ťažko predvídateľné (Höschl, 2002).

Nulová hypotéza

Výskyt suicidálnych myšlienok u liečených psychiatrických pacientov je nižší alebo porov-

nateľný s kontrolnou skupinou pacientov bez psychiatrickej záťaže

Zaťažovacie kritériá

- muži a ženy vo veku od 18 do 90 rokov náhodne vybraní na dvoch psychiatrických ambulanciách, liečených pre depresívnu symptomatiku a náhodne vybraní pacienti na ambulancii praktického lekára bez psychiatrickej záťaže.

Vylučovacie kritériá

- schizoafektívne poruchy
- schizofrénia a iné psychotické poruchy
- delírium
- závislosti
- gravidita
- závažné somatické choroby

Ciele štúdie

1. Porovnať výskyt:
 - A) suicidálnych myšlienok pri aktuálnom psychiatrickom vyšetrení v skupine A psychiatrických pacientov a skupine B pacientov bez psychiatrickej záťaže
 - B) suicidálnych myšlienok v minulosti v skupine A a B pacientov
 - C) suicidálnych tendencií v minulosti v skupine A a B pacientov
2. Porovnať hodnoty škál na sledovanie depresie a úzkosti / HAMA, HAMD, Beckova škála úzkosti / u oboch skupín pacientov
3. Uviesť prehľad diagnóz psychiatrických pacientov

Metodológia a súbor pacientov

Do sledovania sme zaradili 40 psychiatrických pacientov náhodne vybraných na dvoch

psychiatrických ambulanciách po dobu jedného mesiaca.

V ambulancii praktického lekára sme oslovili 20 náhodne vybraných pacientov bez psychiatrickej záťaže a bez doterajšieho kontaktu so psychiatrickou starostlivosťou.

U pacientov sme sledovali výskyt suicidálnych myšlienok pri aktuálnom vyšetrení, v minulosti a výskyt suicidálnych tendencií v minulosti.

Hodnotili sme výskyt úzkosti a depresie pomocou HAMA, HAMD a Beckovej škály úzkosti.

Výsledky

Skupinu A tvorilo 40 psychiatrických pacientov liečených na dvoch psychiatrických ambulanciách pre depresívnu symptomatiku, ich diagnózy udáva tabuľka 4. Priemerný vek pacientov bol 48,85 roka. Ženy tvorili väčšiu časť skupiny – 33 žien.

Skupinu B tvorilo 20 náhodne vybraných pacientov v ambulancii praktického lekára bez psychiatrickej záťaže a doterajšieho kontaktu so psychiatrickou starostlivosťou. Priemerný vek pacientov bol 30,75 roka, ženy = 16 (Tabuľka 1).

Priemerné skóre HAMA, HAMD, a Beckova škála úzkosti sú uvedené v tabuľke 2 u oboch skupín pacientov.

Výskyt suicidálnych myšlienok pri aktuálnom psychiatrickom vyšetrení, v minulosti a suicidálne tendencie v minulosti sú uvedené v tabuľke 3.

Diskusia

Suicídium a jeho prevencia sa stávajú prioritou v zdravotníckej starostlivosti mnohých krajín. Do roku 2010 by sa suicidalita v U.K. mala znížiť o 17% oproti roku 1996, pričom by sa mala zlepšiť kvalita psychiatrickej starostlivosti s fokusom na špecifické rizikové skupiny – mentálne chorých mladých ľudí (Catelle, 2000).

Výška suicidií sa zvyšuje najmä v industrializovaných krajinách, so zvyšujúcim sa vekom obyvateľstva a zvýšenými nárokmi na výkony v profesionálnom aj osobnom živote (Božin, 2001).

Tabuľka 1.

	Skupina A	Skupina B
Priemerný vek	48,82 (18–82)	30,75 (21–54)
Počet pacientov	40 (ženy N=33)	20 (ženy N=16)

*skupina A= pacienti liečení na psychiatrických ambulanciách

*skupina B= pacienti bez psychiatrickej záťaže

Tabuľka 2.

	Skupina A	Skupina B
HAMA	19,42 (3–43)	4,6 (1–15)
HAMD	18 (7–33)	3,6 (0–16)
Beckova škála úzkosti	18 (0–42)	6,95 (1–23)

Tabuľka 3.

	Skupina A	Skupina B
Prítomnosť suicidálnych myšlienok pri aktuálnom psychiatrickom vyšetrení	15/40	1/20
Prítomnosť suicidálnych myšlienok v minulosti	15/40	10/20
Suicidálne tendencie v minulosti	6/40	1/20

Tabuľka 4. Prehľad diagnóz u pacientov liečených na psychiatrických ambulanciách

Diagnóza	Počet pacientov
F.00.2 s depresívnou symptomatikou	1
F.06.3	7
F.32	10
F.33	1
F.40 v komorbidity s F.32	2
F.41.2	2
F.43	15
F.60 s depresívnou symptomatikou	1
F.70 s depresívnou symptomatikou	1

Epidemiologické, sociálne, neurobiologické, psychiatrické a fyzické predpoklady patria ku najčastejšie sledovaným (Catell, 2000).

Neuropsychologický deficit u depresívnych pacientov vedie ku suicidálnemu konaniu častejšie ovplyvnením exekutívneho fungovania pacientov s depresiou a tým je rizikovým faktorom pre suicidálne konanie (Keilp, 2001).

Väčšina štúdií sa venuje získavaniu informácií o reakcii terapeuta na suicídium pacienta v jeho starostlivosti (Hendin, 2000, Yusaf, 2002), vplyve na osobný a profesionálny život psychiatra (Chemtob, 1988) a tiež na kognitívne a emocionálne prežívanie terapeuta po suicídiu jeho pacienta (Horowitz, 1979).

Prevalencia psychiatrických porúch a kompletné suicídium boli porovnávané v troch veľkých retrospektívnych štúdiách – Rolins et al., 1959, Dorpat and Ripley, 1960, Barraclough et al., 1974 (Paykel, 1992).

Najväčšie zastúpenie v kompletnom suicídiu mali afektívne poruchy, alkoholizmus a schizofrénia a veľká prevalencia suicídia bola u pacientov bez psychiatrickej poruchy (Paykel, 1992).

Domnievame sa, že psychiatri majú a v budúcnosti budú zohrávať veľkú rolu pri „predvídaní, predpokladaní a prevencii“ suicídií (Cantor, 2001).

Ku prevencii suicídií patrí tiež dôkladná liečba psychických porúch, u ktorých sa suicídium vyskytuje ako najzávažnejšia komplikácia. Suicídium predstavuje násilné konanie nízkej frekvencie, ktoré je len ťažko predvídateľné, ak sa vôbec dá predvídať (Höschl, 2002).

Z ambulantnej psychiatrickej skúsenosti vyplýva, že žiadne dotazníky nenahradia kvalitné psychiatrické vyšetrenie a cielené otázky týkajúce sa suicidálnych myšlienok. Môžu byť veľmi nápomocné pri ďalšom terapeutickom postupe a tiež prevenciou pred suicídiom.

V našom prieskume sme sa zamerali na aktívne sledovanie výskytu suicidálnych myšlienok pri aktuálnom psychiatrickom vyšetrení, ako aj v minulosti a suicidálnych tendencií v minulosti u pacientov psychiatricky liečených pre depresívnu symptomatiku (skupina A) a u náhodne vybraných pacientov bez psychiatrickej záťaže a bez doterajšieho kontaktu so psychiatrickou starostlivosťou (skupina B) na ambulancii praktického lekára.

Všetci pacienti zo skupiny A boli liečení psychofarmakoterapeuticky, užívali antidepresíva zo skupiny SSRI a SNRI a NASSA.

U 15 sa vyskytli suicidálne myšlienky pri aktuálnom vyšetrení, 15 malo suicidálne myšlienky aj v minulosti a suicidálne tendencie sa vyskytli u 6 pacientov, čo svedčí o tom, že neuropsychologický deficit u depresíí je rizikovým faktorom pre suicídium (Keilp, 2001).

Zo skupiny B sa suicidálne myšlienky vyskytli aktuálne u 1 pacienta, ale v minulosti sa suicidálnymi myšlienkami zaoberalo 10 pacientov a 1 mal suicidálne tendencie, čo je podobné ako uvádza Paykel (1992), že bola veľká prevalencia suicídií u pacientov bez psychickej poruchy.

Zo skupiny A aj skupiny B žiaden z pacientov neukončil svoj život kompletným suicídiom.

Podobné sledovanie výskytu suicidálnych myšlienok a tendencií sme v literatúre nenašli.

Keilp a kol. (2001) sa zamerali na skúmanie veku, vzdelania, profesionálneho stupňa, premorbidnej inteligencie u 55 pacientov bez medikácie s diagnózou veľká depresia (bez suicidálneho pokusu a po suicidálnom pokuse v anamnéze) so záverom, že depresia vplyva na exekutívne fungovanie a teda je rizikovým faktorom suicidálneho konania.

V našom sledovaní by bolo vhodné doplniť tieto údaje, ktoré by mohli byť témou ďalšej práce.

Appleby a kol. (1999) odhaduje, že 24% všeobecnej populácie, ktorá suicidovala, boli v kontakte so psychiatrickou starostlivosťou jeden rok pred smrťou, 22% mali 2–3 suicidálne pokusy (Appleby, 2001).

Beck a kol. (1999) skúmali výskyt suicidálnych myšlienok ako prediktor eventuálneho suicídia u 3701 ambulantných psychiatrických pa-

cientov. Škála pre suicidálne myšlienky (SSI-C scales for suicide ideation) identifikovala podskupinu pacientov s relatívne vysokým rizikom možného suicídia (Beck, 1999). Čo je porovnateľné s našimi výsledkami, za nedostatok práce považujeme, že sme u pacientov nerobili škálu SSI-C, sledovali sme len výskyt suicidálnych myšlienok pri aktuálnom psychiatrickom vyšetrení a suicidálne tendencie v minulosti.

Periodické monitorovanie suicidálnych myšlienok vedie ku zníženiu realizácie suicídia (Beck, 1999), k čomu môže pomôcť aj náš prieskum.

Záver

Suicidálne myšlienky, suicidálny pokus a suicídium predstavujú významnú kapitolu psychiatrie.

Zrealizované suicídium predstavuje tragickú udalosť a má veľký vplyv na osobný aj profesionálny život psychiatra.

Predvídanie suicídia je problematické a pozornosť by mala byť venovaná nielen pacientom, ktorí sú vysoko riziková, ale aj pacientom bez psychiatrickej záťaže v ambulanciách praktických lekárov.

Hlavným úžitkom by mala byť lepšia všeobecná starostlivosť o vulnerabilných pacientov a tým aj redukcia suicidálneho rizika (Appleby, 2001).

Literatúra

- Alexander DA, Klein S, Gray NM, Dewar IG, and Eagles JM: Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists, *BMJ*, 2000; 320: 1571–1574.
- Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, Kiernan K, Davies S, Bickley H, Parsons R: Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey, *BMJ*, 1999; 318:1235–1239.
- Appleby L and Sherratt J: Good clinical practice on suicide and suicide prevention, *Psychiatric Bulletin*, 2001; 25: 41–42.
- Beck AT, Brown GR, Steer RA, Dahlsbaard KK, Griham JR: Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicidium in psychiatric outpatients, *Suicide Life Treat Behav.*, 1999; 29 (1): 1–9.
- Božin AA. Ličnosť i stres, osečaj koherentnosti i prevladavania stresu u uslovima društvene krize, 2001, Vršac, 251.
- Campbell C, and Fahy T. The role of the doctor when a patient commits suicide, *Psychiatric Bulletin*, 2002; 26: 44–49.
- Cantor C. General psychiatry and suicide prevention, *The British Journal of Psychiatry*, 2001; 179: 463–464.
- Cattell H. Suicide in elderly, *Advances in Psychiatric Treatment*, 2000; 6: 102–108.
- Eagles JM, Klein S, Gray NM, Dewar IG, and Alexander DA. Role of psychiatrist in the prediction and prevention of suicide: a perspective from north-east Scotland, *British Journal of Psychiatry*, 2001; 178: 494–496.
- Hawton K, Fagg J. Suicide and other causes of death following attempted suicide, *British Journal of Psychiatry*, 1988; 152: 359–366.
- Hendin H, Lipschitz A, Maltzberger JT, Haas AP, and Wyncoop S. Therapists = Reactions to Patients' Suicides, *Am J Psychiatry* 2000; 157: 2022–2027.
- Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie, 2002; 855: 160–170, 630–643.
- Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, Kinney B and Torigoe RY. Patients = suicides: frequency and impact on psychiatrists, *Am J Psychiatry*, 1988; 145: 224–228.
- Keilp JG, Sackeim HA, Brodsky BS, Oquendo MA, Malone KM, Mann JJ: Neuropsychological Dysfunction in Depressed Suicide Attempters, *Am J Psychiatry*, 2001; 158: 735–741.
- Linke S, Wojciak J, and Day S. The impact of suicide on community mental health teams: findings and recommendations, *Psychiatric Bulletin*, 2002; 26: 50–52.
- Marshall KA: When a patient commits suicide, *Suicide Life Threat Behav*, 1980; 10: 1: 29–40.
- Paykel ES: *Handbook of Affective Disorders*, Second Edition, 1992, 699: 635–650.
- Plakun EM: Making the Alliance and Taking the Transference in Work With Suicidal Patients, *The Journal of Psychotherapy and Practice and Research*, 2001; 10: 269–276.
- Mann JJ, Waternaux Ch, Hass GL, Malone KM. Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients, *Am J Psychiatry*, 1999; 2: 156.
- Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy, průvodce klasifikací, nástin nosologie a diagnostika, 1999; 487: 89–108.
- Filip V., a kol. Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic, Psychiatrické centrum Praha, Zprávy č. 130, 1997; 211: 95–97, 111–113.
- Yousaf F, Hawthorne M, and Sedgwick Ph. Impact of patient suicide on psychiatric trainees, *Psychiatric Bulletin*, 2002; 26: 53–55.