

PŘÍPAD INDUKOVANÉ SEBEVRAŽDY

MUDr. Richard Krombholz, MUDr. Hana Drástová

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha

Předkládáme kazuistické sdělení o případu manželského páru hospitalizovaného na gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice, který byl přijat po společném sebevražedném pokusu požitím kyanidu draselného. Při osobní znalosti případu a po následném podrobném studiu zdravotnické dokumentace jsme dospěli k závěru, že sebevražda byla ze strany manželky původně motivovaná psychoticky, ze strany manžela se jednalo o jednání v důsledku indukované poruchy (folie en deux). S podobným případem jsme se dosud ve své praxi ani v literatuře nesetkali.

Psychiat. pro Praxi; 2006; 4: 177–178

Úvod

Sebevražedné jednání bývá častým důvodem přijetí starších pacientů do psychiatrického zařízení. Pochopitelně výrazně převažují pacienti po sebevražedných pokusech přijatí z jiných zdravotnických zařízení. Problematika sebevražd má u našich pacientů svoje zvláštnosti. Na jednu stranu je sebevražedných pokusů méně než ve věku středním a v adolescenci, na druhou stranu přibývá sebevražd dokonaných. Nejvíce ohroženou skupinou jsou muži starší 70 let, často vdovci a rozvedení či osaměle žijící. V literatuře je uváděno, že oproti věkové skupině osob mezi 25–29 lety je „úspěšnost“ sebevražedného pokusu u věkové skupiny osob starších 65 let až 7× vyšší. Nejčastější příčinou sebevražedného chování u starších pacientů jsou deprese, sklon ke zneužívání alkoholu, závažné somatické choroby a u velké části případů sebevražedného chování nacházíme bilanční složku. Psychoticky motivovaných sebevražd je naopak méně. Mezi hlavními motivy bývají uváděny závažné nemoci, smrt partnera, osamění, ztráta smyslu života, nečinnost, obava z nemožnosti a závislosti na okolí.

Vlastní případ

V květnu loňského roku byl v rozmezí dvou dnů přijat překladem z interního oddělení nemocnice na gerontopsychiatrické oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice manželský pár. Příjmovou diagnózou byl v obou případech shodně proběhlý sebevražedný pokus otravou kyanidem draselným.

Jako první byl přijat pacient M. J., věk 80 let.

V rodinné anamnéze byl pacient bez psychiatrické zátěže.

V osobní anamnéze nacházíme řadu chronických somatických onemocnění: AS universalis, ICHS, chronická obstrukční choroba plicní, stp. operace tlustého střeva pro benigní tumor, stp. CHCE, stp. herniotomie inguinální, stp. operaci varixů na dolních končetinách, polyartróza nosných kloubů.

Abúzus návykových látek u pacienta nebyl zjištěn.

Ve farmakologické anamnéze bylo uvedeno, že užívá Deprex, který byl nasazen těsně před přijetím

do PL na interním oddělení, dále Anopyrin a Stugeron.

V sociální anamnéze bylo zjištěno, že se jedná o absolventa Vysoké školy chemicko-technologické, pracoval jako chemik, resp. samostatný výzkumný pracovník v oboru chemie, nyní již téměř 20 let v důchodu. Je jedenkrát ženatý a žije s manželkou již 40 let. Manželství je bezdětné a bližší příbuzné nemají. Na psychiatrii nebyl nikdy dříve léčen ani vyšetřován.

Na interně včetně JIP byl před překladem do PL hospitalizovaný 20 dnů.

Při prvním kontaktu je pacient při vědomí, plně orientovaný až na drobné nepřesnosti v čase, spolupracuje, artikulace jasná a srozumitelná, myšlení je koherentní, bez formálních či obsahových poruch, mírně naznačená zabíhavost, nálada subdepresivní, bez výraznější tenze či anxiety. Mnesticke funkce až na minimální poruchy v oblasti novopaměti zachovány, klinicky nezjištěn významnější kognitivní deficit. Okolnosti sebevraždy zpočátku bagatelizuje, posléze však o pokusu celkem ochotně hovoří.

Z rozhovoru s pacientem: „Otrávil se kyanidem, přiznává to, manželčin stav se velice zhoršil, trpí Parkinsonem, rakovinou, měla infarkt... on souhlasil s její sebevraždou. Není žádný schizofrenik, není milovník sebevraždy... berte to tak, že to bylo jednání na základě reálných představ... bylo to po dohodě s manželkou, nechce bez ní žít. Jako chemici udělali chybu, chtělo to začít s malými dávkami a pak pokračovat, byl to nesmysl začít s vysokou dávkou, manželka měla jinou reakci, on to vyvrátil. Když se nic nedělo, tak zavolał sanitku. Depresivní pocity nemá, to spíše manželka, vedla ho rozumná úvaha, že už ho nic dobrého nečeká, má taky rakovinu, manželka mu to řekla. Cyankali měl ve špajzu 20 let.“

Příjmovým lékařem byla stanovena diagnóza: reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, stp. bilančním sebevražedným pokusem rozšířeným na manželku, otrava kyanidem draselným.

Pacient podepsal dobrovolný vstup a byl přijat na uzavřené gerontopsychiatrické oddělení.

Bylo přistoupeno ke změně antidepressiva na citalopram v dávce 20 mg pro die a byly ponechány antiagregantia a nootropika. V celém průběhu hospitalizace byl pacient klidný, kooperující, bez výraznější depresivní symptomatiky. Již od 2. dne byl k sebevražednému pokusu vágně kritický, postupně bylo dosaženo plného náhledu. Vzhledem k zjištěné neurologické symptomatice (pareza N. VII v. s. staršího data) bylo provedeno za hospitalizace CT mozku, kde byl nalezen vzhledem k věku jen nevýrazný stupeň vaskulární encephalopatie s mírnou leukoaraiózou a s mírnou atrofií korovou.

Pacient byl propuštěn do ambulantní péče po 22 dnech spolu s manželkou, z psychofarmak užíval citalopram v dávce 20 mg pro die a nootropika.

Jako propouštěcí diagnóza ponechána porucha přizpůsobení, stp. otravě kyanidem draselným v sebevražedném úmyslu.

Pacientka V. J., 71 let byla přijata překladem z téhož zařízení 2 dny po manželovi. Dobrovolný vstup odmítla podepsat. Pacientka byla přeložena na doporučení psychiatrického konziliáře, který ji vyšetřil se závěrem: pokus o tentamen suicidii kyanidem draselným, organická depresivní porucha, organická intermitentní halucinatorní porucha při Morbus parkinsoni.

V rodinné anamnéze nebyla zjištěna u pacientky psychiatrická zátěž.

V osobní anamnéze hypertenze, asi 15 let léčená pro Parkinsonovu chorobu, před 5 lety ablace mammy vlevo s následnou aktinoterapií bez průkazu generalizace v současnosti, ICHS, stp. IM v 62 letech, v 70 letech provedena angioplastika pro nestabilní anginu pectoris.

Ve farmakologické anamnéze uvedena léčba antiparkinsoniky (levodopa+carbidopa v kombinaci s entacapone). Již na předchozím pracovišti nasazen citalopram 20 mg a quetiapin v dávce 50 mg pro die.

Na interně včetně JIP byla před překladem do PL hospitalizovaná 22 dnů, hospitalizace byla komplikována iatrogeně způsobeným pneumotoraxem při kanylaci vena subclavia.

V sociální anamnéze bylo zjištěno, že se jedná o vysokoškolsky vzdělanou ženu – inženýrku chemie. Pracovala jako chemička, později jako úřednice na ministerstvu průmyslu, nyní je přes 13 let v důchodu. Žije v bezdětném manželství se svým prvním manželem přes 40 let. Abúzus návykových látek nebyl zjištěn.

Nyní se jedná o první kontakt s psychiatrií.

Při přijetí do léčebny je pacientka při vědomí, orientovaná všemi kvalitami správně, živé mimiky, labilní emotivity s občasnou lakrimací. Mírně tenzní, nálady pokleslé, myšlení koherentní se suspektními bludnými obsahy, které však nelze při přijetí verifikovat. Pacientka uvádí vizuální halucinatorní či pseudohalucinatorní vjemy anamnesticky (viděla nezřetelné postavy v bytě zejména v nočních hodinách), při přijetí poruchy vnímání nezjištěny. Subjektivně uváděná dyssomnie. Kognitivní funkce včetně mnestických klinicky bez poruch. K suicidii nekritická, s hospitalizací nesouhlasí, nadále trvá přesvědčení o správnosti provedení sebevraždy. Přijata nedobrovolně, zahájeno detenční řízení.

Z rozhovoru s pacientkou: „Je jí 71 let a muži 80 let, ona se léčí 15 let na Parkinsona, který se stále stupňuje, také má rakovinu, je po amputaci prsu 5 let. Kromě toho má anginu pectoris. Manžel má taky rakovinu, ale sám tomu nevěří, brali mu kus střeva, určitě ji má. Manžel špatně chodí, ona mu pomáhá, zatím jí to její nemoc dovoluje. Oba jsou chemici, viděla několik otrav kyanidem a bylo to rychlé. Vzali si domů kyanid, když odcházeli do důchodu, a ten fakt jí pomáhal přežít 15 let Parkinsona. Nepodléhala depresím, ani když jí řekli, že má rakovinu a ostatní nemoci. Měla noční vidiny postav a ví, že je to jeden z posledních symptomů Parkinsonovy choroby. Viděla, že muži nebude moci pomáhat, že na ně nic dobrého nečeká, jen svízele. Byli spolu šťastni... Cítili, že se to blíží, vzali si kyanid, ale bohužel byl starý, zkušenosti s tím neměli, množství, které pozřeli, bylo asi nedostačující, byli jen poblouznění, hlavně ona. Manžel zavolal sanitu. Deprese nyní má. O tom nepochybuje, protože už 10 let nemůže spát. Kontakt s okolím moc nepěstují, znervozňují je ty návštěvy, protože jsou zdravější než oni.“

Následně pacientka líčí momenty z historie, kterými dokumentuje, kdy a jak se komu podařilo či nepodařilo zabít kyanidem.

Příjmovým lékařem byla stanovena diagnóza úmyslné sebeotrávení léčiv a biologickými látkami, dále organická depresivní porucha.

Pacientka byla umístěna nedobrovolně na uzavřené gerontopsychiatrické oddělení. Byla ponechána medikace antiparkinsoniky, navýšen quetiapin na 100 mg denně a citalopram na 30 mg denně a přidán oxazepam. Zpočátku hospitalizace byla pa-

cientka zcela nekritická, hospitalizaci zpracovávala paranoidně (dělají z ní i z manžela blázna, je to „sviňárna“, nic jí není). Dávka quetiapinu byla pozvolna navyšována až na 300 mg pro die. Po dvou týdnech pobytu dochází k ústupu psychopatologie, začíná verbalizovat náhled na sebevraždu, dochází ke zmírnění negativního náboje k hospitalizaci. Postupně pacientka souhlasí s tím, že v případě propuštění společně s manželem budou svoji situaci řešit snahou o umístění do ústavu sociální péče, kde by o ně bylo postaráno. K sebevraždě má pacientka před propuštěním ambivalentní postoj. Na jednu stranu lituje neúspěšnosti předcházejícího pokusu, na straně druhé jej nehodlá opakovat.

Propuštěna 20. den hospitalizace do ambulantní péče. Z psychofarmak byl ponechán quetiapin 300 mg, citalopram 30 mg a oxazepam 20 mg pro die. Jako závěrečná diagnóza stanovena: organická depresivní porucha, stp. tentamen suicidii kyanidem, osobnost praemorbidně akcentovaná.

Diskuze

Naše kauzistické sdělení se týká sebevražedného pokusu staršího manželského páru žijícího osaměle. O rozšířené sebevraždu se podle našeho názoru nejedná. Z definice pojmu rozšířené sebevraždy je nutné, aby byl úmysl ukončit život pouze u jednoho z aktérů, zatímco další zúčastnění jsou nedobrovolné oběti. V našem případě se jednalo o oboustranně souhlasné jednání. Iniciátorem byla jednoznačně manželka, u níž v předchorobí nacházíme zřetelné indicie svědčící pro praemorbidně anomální osobnost, která se v průběhu let dekompenzovala až do psychotické hloubky. Počátek tohoto procesu můžeme najít již hluboko v minulosti, kdy pacientka před téměř 20 lety manžela přiměla, aby vzal z práce kyanid pro případ, že by potřebovali ukončit život. Při pečlivém studiu dokumentace nacházíme u pacientky poměrně dobře definované obsahy myšlení, neodpovídající realitě, které splňují definici bludů – pacientka je přesvědčená, že trpí generalizovanou malignitou prsu, ač tomu tak objektivně není. Dále je např. přesvědčená, že manžel trpí rakovinou tlustého střeva, na kterou jistě zemře, což jim lékaři zatajili (přitom manželův operační náález byl benigní). V důsledku těchto konstrukcí docházelo k izolaci manželského páru, kdy jak pacientka sama říká, nepěstovali návštěvy, protože návštěvníci byli zdravější než oni a ona jim to záviděla.

V této sociálně patologické situaci mohla pacientka v každodenním kontaktu bez problémů manželovi ruminovat své katastrofické představy o jejich neradostné a bezvýchodné budoucnosti, až je nakonec sám přijal za své a na suicidii se aktivně a dobrovolně podílel. Svůj vliv na to jistě měla i zvý-

šená sugestibilita manžela v důsledku nastupujících organických změn CNS, které jsme prokázali za hospitalizace v léčebně (náález na CT mozku pacienta). Po rozdělení páru v prostředí uzavřeného psychiatrického oddělení u manžela psychopatologie rychle odezněla a k suicidii získal poměrně záhy náhled bez potřeby výraznější farmakologické intervence. U pacientky, která byla podle našeho názoru induktorkou poruchy u manžela, bylo zapotřebí nasadit léčbu antipsychotiky, díky které jsme dosáhli alespoň částečného náhledu, oslabení afektivního náboje a souhlasu k alternativnímu řešení jejich situace bez nutnosti ukončit život. Ačkoliv pacientka sama hovořila o své depresi, nebyla v popředí její psychopatologie depresivní nálada, ale bludná produkce s hypochondrickými a paranoidními obsahy. Vycházejíc z těchto bludných předpokladů, pacientka postupně dospěla k závěru, že jediným východiskem z jejich situace je společné ukončení života, o čemž přesvědčila i manžela.

Náš diagnostický závěr, že se ze strany manžela jednalo o poruchu indukovanou, se opírá o osobní znalost obou případů, současné studium obou chorobopisů a faktu, že po rozdělení páru se u manžela postoj k suicidii rychle změnil, zatímco u manželky přetrvával.

Závěr

Indukované psychické poruchy jsou v literatuře uváděny, i když v každodenní praxi se s nimi často nesetkáváme. Zpravidla bývají popisovány u pacientů trpících paranoidně perzekuční bludnou produkcí. Náš případ je atypický jednak vzhledem k věku pacientů, a hlavně tím, že indukovaná porucha vedla až ke společné realizaci sebevražedného pokusu. Aktéři naší indukované sebevraždy měli štěstí v neštěstí. Díky tomu, že u induktorky se porucha rozvíjela mnoho let, došlo k částečné degradaci připraveného jedu. Oba sebevraždu přežili, a pokud je nám známo, žijí dodnes.

Literatura u autorů

MUDr. Richard Krombholz
Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha
Ústavní 91, 181 02 Praha 8
e-mail: richard.krombholz@plbohnice.cz