

SUICIDALITA U SCHIZOFRENIE

MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Práce uvádí rozpoznané rizikové faktory suicidálního jednání u schizofrenie, jeho hlavní diferenciální diagnostiku a preventivní, resp. léčebné přístupy. Mezi hlavní rizikové faktory patří depresivní symptomatologie, pocity beznaděje, časná stadia onemocnění, anamnéza suicidálního jednání v minulosti, abúzus psychoaktivních látek. Je častější u mužů, u pacientů s relativně zachovanými kognitivními funkcemi a náhledem chorobnosti. V rámci prevence je třeba věnovat pozornost pacientům v počátku nemoci, období po propuštění z hospitalizace, zajištění kontinuity péče, edukaci, zvládání depresivní symptomatologie. Jediným psychofarmakem s prokázaným efektem na suicidální jednání u schizofrenie je klozapin.

Klíčová slova: suicidalita, schizofrenie, klozapin, rizikové faktory, prevence.

SUICIDALITY IN SCHIZOPHRENIA

We review the risk factors of suicidal behavior in schizophrenia, its differential diagnosis as well as treatment and prevention strategies. The main risk factors include depression, hopelessness, early stages of the illness, previous suicidal behavior, and substance abuse. It is more frequent in males, in patients with higher level of cognitive functions and insight. The prevention strategies should focus on the patients in the beginning of the illness, immediately after the discharge, continuity, education, depressive symptomatology. Clozapine is the only psychopharmacological approach with sufficient evidence for its antisuicidal effect.

Key words: schizophrenia, suicidal behavior, clozapine, risk factors, prevention.

Psychiat. pro Praxi, 2008; 9(4): 166–167

Úvod

Schizofrenie je jednou z častých příčin suicidálního jednání, zejména v mladém věku, zvýšené riziko však přetrvává po celý život. Suicidium je zároveň jednou z nejčastějších příčin úmrtí u pacientů trpících schizofrenií, přinejmenším v časných fázích nemoci, jak ukázalo 5leté sledování pacientů s první epizodou schizofrenie (23), s nejvyšším rizikem v prvním roce nemoci (16). Dřívější odhady celoživotního rizika suicidia u pacientů se schizofrenií dosahovaly 10 %, novější statistické přístupy naznačují, že pro pacienty přijímané pro první epizodu nemoci dosahuje celoživotní riziko suicidia 5,6 % (16). Co se týče suicidálních pokusů či myšlenek, dostupné výsledky nejsou dostatečně validní (díky zřejmým nepřesnostem daným (ne)dostupností dat), přesto z kohortových studií vyplývá, že suicidální myšlenky bývají přítomny až u 40–55 % pacientů, procento suicidálních pokusů se odhaduje na 20–50 % (22). Suicidální pokusy pacientů se schizofrenií přitom bývají závažnějšího charakteru (22).

Práce podává přehled studií, které mají praktické důsledky pro prevenci suicidálního jednání u pacientů trpících schizofrenií.

Rizikové faktory

Anamnestické a demografické údaje

Suicidální jednání je častější u mužů, jedinců pocházejících z vyšších socioekonomických poměrů, s vyšším intelektem, vyšším životním očekáváním, svobodných, s nedostatečnou sociální podporou (26). Suicidální pacienti se schizofrenií uvádějí větší podíl negativních životních zkušeností v anamnéze a zároveň tyto události hodnotí jako závažnější než pacienti bez suicidální symptomatologie (5).

Symptomatologie a komorbidita

Prospektivní studie, které přímo sledovaly suicidalitu, zjistily, že prediktivními faktory suicidálního jednání jsou pocity beznaděje, zachovaný náhled a kognitivní funkce, diagnóza schizoafektivní poruchy, abúzus alkoholu, nikotinu či jiných psychoaktivních látek, počet předchozích suicidálních pokusů a počet předchozích hospitalizací v rámci prevence suicidálního jednání, depresivní a úzkostná symptomatologie a závažnost extrapyramidových příznaků (11, 20). Dále zvyšuje riziko suicidality přítomnost obsedantních příznaků (24) či komorbidita s posttraumatickou stresovou poruchou (27). I průřezové studie pozorovaly u pacientů se suicidální symptomatologií relativně zachované kognitivní funkce – a to jak v případě exekutivních funkcí, tak pozornosti a verbální fluence – a náhled chorobnosti (11, 17).

Na zvýšení suicidality má podíl i abúzus některých psychoaktivních látek: byl popsán vliv inhalačních látek, LSD, alkoholu, methylen-dioxy-methylamfetaminu (25), ale i nikotinu (9).

Co se týče extrapyramidové symptomatologie, data jsou překvapivě nekonzistentní: některé studie podporují asociaci mezi akatizii či obecně parkinsonskou symptomatologií (2, 20), jiné ne (6).

Pacienti s anamnézou suicidálního jednání mají nižší kvalitu života v široké škále oblastí (19). Obdobně mají nižší kvalitu života starší pacienti s vyjádřenou suicidální symptomatologií; z logistické regresní analýzy pak přímo vyplynulo, že úroveň kvality života predikuje suicidální příznaky (10).

Kromě toho jednotlivé studie nalézají významný vztah mezi rizikem suicidálního jednání a vztahy mezi pacientem a personálem (1), délkou neléčené psychózy, beznadějí, negativním sebehodnocením

spojeným se zvýšenou mírou kritických postojů rodiny, sociální izolací pacientů (3).

Recentní metaanalýza rizikových faktorů pro suicidium u schizofrenie vychází z analýzy 29 studií (7) a doplňuje nálezy předchozích studií. Obecně lze říci, že suicidium je spojeno spíše s afektivní symptomatologií, agitací a uvědoměním si, že schizofrenie způsobuje poruchy duševních schopností, než s vlastními symptomy schizofrenie (tabulka 1). Např. přítomnost halucinací není spojena se zvýšeným rizikem suicidia, pokud však pacienti s imperativními sluchovými halucinacemi suicidují, je vyšší závažnost suicidálních pokusů.

Způsoby hodnocení a diferenciální diagnóza

Při hodnocení rizika suicidálního jednání u schizofrenie jde zejména o zhodnocení závažnosti a možností ovlivnění depresivní symptomatologie. Je třeba odlišit neuroleptické dysforické reakce, akatizii, prodromy relapsu, negativní příznaky schizofrenie. K přímému hodnocení suicidální symptomatologie je možné využít některou z mnoha škál. Systematické review literatury (21) však ukázalo, že pro populaci pacientů se schizofrenií t. č. existuje jediná škála, za-

Tabulka 1. Rizikové faktory suicidia u schizofrenie (7)

• strach z duševní dezintegrace, resp. uvědomění si možných důsledků schizofrenního onemocnění
• předchozí suicidální pokusy
• nedávná ztráta
• nedostatečná adherence k léčbě
• zneužívání psychoaktivních látek
• předchozí depresivní porucha
• agitace

Tabulka 2. Preventivní opatření

• nízkoprahová psychiatrická zařízení / dostupnost péče
• kontinuita péče
• pozornost při ukončování péče / propouštění z hospitalizace
• pozornost pacientům v počátku onemocnění
• edukace
• kvalita vztahu mezi personálem a nemocnými
• léčba komorbidní deprese a závislosti
• klopapin

ložená na adekvátní metodologii s dostatečnou klinickou relevancí: škála InterSePT (12). Jde o 12po-
ložkovou škálu s vysokou reliabilitou a prokázanou
validitou, se kterou hodnotí suicidální myšlenky.

Prevence a léčba

Na základě uvedených rizikových faktorů je
možné uvažovat o preventivních opatřeních zamě-
řených na redukcí rizika (tabulka 2).

Časná predikce suicidalitu u pacientů se schizo-
frenií je založena na zhodnocení přítomnosti depre-
sivní symptomatologie, pocitů beznaděje, zoufalství,
stejně jako na hodnocení přítomnosti a charakteru
psychotických příznaků (imeprativní halucinace...).

Zvláštní pozornost má být věnována pacientům
v počátku onemocnění, kdy je riziko suicidia zvláště
vysoké, a zejména u pacientů s relativně zachovalý-
mi kognitivními funkcemi, nízkou expresí negativních
příznaků a vyšším vzděláním. Zdá se být vhodné
budovat „nízkoprahová“ zařízení, tj. zajistit snadnou
dostupnost psychiatrické péče rizikovým jedincům,
diskutuje se možnost a vhodnost časně intervence
u vysoce rizikových jedinců pro rozvoj schizofrenie.

Existuje práce, která poukazuje na souvislost mezi
dostupností center časně detekce rizikových jedinců
a nižším výskytem suicidálního jednání (14).

Nepochybně na prvním místě je zde dobrý vztah
mezi pacientem a personálem – jde o zdánlivě sa-
mozřejmý požadavek, kvalitní vztah však může do
jisté míry kompenzovat nedostatky v dalších ob-
lastech. Důležitá je kontinuita péče, tj. je třeba vést
pacienty dlouhodobě i tehdy, pokud se zdá, že došlo
k údravě. Ukazuje se totiž, že výskyt suicidálního
jednání se kumuluje v období po ukončení péče.
Z tohoto pohledu je kritické období po propuštění
z hospitalizace, kromě návaznosti péče je vhodné
zajistit podporu obecně, tj. je třeba řešit vztahové,
rodinné, sociální potřeby.

Velký význam má edukace, ať již samotného pa-
cienta, tak jeho blízkých, vhodná je však širší infor-
movanost komunity, zejména těch osob, které pracují
se skupinami, v nichž mohou být riziková jedinci.

Z komorbidit je třeba věnovat pozornost de-
presivní symptomatologii a zneužívání psycho-
aktivních látek. U schizofrenie může být problém
rozeřít negativní příznaky od depresivních, pomoci
může speciální škála – CDSS (Calgary Depression
Scale for Schizophrenia). Doporučováno je ptát se
na 3 otázky, které mohou být zásadní v identifikaci
rizikových pacientů: Cítíte se špatně nebo depre-
sivní? Cítíte beznaděj? Pomýšlel jste na to ukončit
svůj život? Pokud jde o zneužívání psychoaktivních
látek, doporučuje se, aby se pacientům nabízely in-
teegrované terapeutické programy ve smyslu léčby
schizofrenie i závislosti na jednom místě (4). Tento
požadavek může být v našich podmínkách kompliková-
n stávajícím systémem specializací v psychiatrii.

Z terapeutických opatření se zdůrazňuje bez-
prostřední zajištění bezpečí, resp. zábrana v suici-
dálním konání, využívání psychosociálních přístupů
zaměřených na zvládání depresivní symptomatolo-
gie a psychosociálních stresorů, dále farmakologic-
ké intervence zaměřené na depresivní a psychotič-
kou produkci. Významné místo má pečlivé plánování
dimise pacienta (13).

Lék redukcující suicidální jednání u schizofrenie
by měl ovlivňovat hostilitu, impulzivitu, depresi a ne-
měl by vyvolávat extrapyramidové příznaky. Zatím
je takovýto lékem – u kterého existují dostatečné
důkazy pro specifický a významný vliv na suicidál-
ní jednání u schizofrenie – pouze klopapin. Jeho
užívání je oproti jiným psychofarmakům spojeno
s významnější (až 3x) redukcí suicidálního jednání
(8, 15). Takovýto efekt nebyl prokázán pro neurolep-
tika ani ostatní antipsychotika druhé generace.

Závěr

Suicidalita je u schizofrenie významný problém.
Přestože existuje jen jeden ověřený farmakologický
přístup k jejímu zvládání – klopapin – vyhledávání
rizikových jedinců na základě detekce faktorů spoje-
ných se suicidálním jednáním, spolu s komplexním
přístupem, jehož hlavní součástí je důraz na kvalitu
vztahu mezi pacientem a zdravotnickým personá-
lem, může významným způsobem pomoci s tímto
problémem bojovat.

MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.
Psychiatrická klinika LF MU a FN
Jihlavská 20, 625 00 Brno
e-mail: tkasperek@fnbrno.cz

Literatura

- Burgess P, Kirkis J, Morton J, Croke E. Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 1555–1560.
- Cem Atasoglu E, Schultz SK, Andreasen NC. The relationship of akathisia with suicidality and depersonalization among patients with schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001; 13(3): 336–341.
- Craig TJ, Van Natta P. Recognition of depressed affect in hospitalized psychiatric patients: staff and patient perception. *Dis Nerv Syst* 1976; 37: 561–566.
- Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull* 1998; 24: 589–608.
- Fennig S, Horesh N, Aloni D et al. Life events and suicidality in adolescents with schizophrenia. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14(8): 454–60.
- Hansen L, Jones RM, Kingdon D. No association between akathisia or parkinsonism and suicidality in treatment-resistant schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2004; 18(3): 384–387.
- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 9–20.
- Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2005; 73: 139–145.
- Iancu I, Sapir AP, Shaked G et al. Increased suicidal risk among smoking schizophrenia patients. *Clin Neuropsychopharmacol* 2006; 29(4): 230–237.
- Kasckow J, Montross L, Golshan S et al. Suicidality in middle aged and older patients with schizophrenia and depressive symptoms: relationship to functioning and quality of life. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22(12): 1223–1228.
- Kim CH, Jayatilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res* 2003; 60(1): 71–80.
- Lindenmayer JP, Czobor P, Alphas L et al. The InterSePT scale for suicidal thinking: reliability and validity. *Schizophr Res* 2003; 63(1–2): 161–70.
- Mamo DC. Managing suicidality in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2007; 52(6 Suppl 1): 59S–70S.

- Melle I, Johannesen JO, Friis S et al. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2006; 163(5): 800–804.
- Meltzer HY, Alphas L, Green AI et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 82–91.
- Mortensen PB, Juel K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 183–189.
- Nangle JM, Clarke S, Morris DW et al. Neurocognition and suicidal behavior in an Irish population with major psychotic disorder. *Schizophr Res* 2006; 85(1–3): 196–200.
- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 247–253.
- Ponizovsky AM, Grinshpoon A, Levav I et al. Life satisfaction and suicidal attempts among persons with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2003; 44(6): 442–447.
- Potkin SG, Alphas L, Hsu C et al. Predicting suicidal risk in schizophrenic and schizoaffective patients in a prospective two-year trial. *Biol Psychiatry* 2003; 54(4): 444–452.
- Preston E, Hansen L. A systematic review of suicide rating scales in schizophrenia. *Crisis* 2005; 26(4): 170–180.
- Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1590–1595.
- Sartorius N, Jablensky A, Korten A et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med* 1986; 16: 909–928.
- Sevincok L, Akoglu A, Kokcu F. Suicidality in schizophrenic patients with and without obsessive-compulsive disorder. *Schizophr Res* 2007; 90(1–3): 198–202.
- Shoval G, Sever J, Sher L et al. Substance use, suicidality, and adolescent-onset schizophrenia: an Israeli 10-year retrospective study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006; 16(6): 767–775.
- Siris SG. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2001; 15(2): 127–135.
- Strauss JL, Calhoun PS, Marx CE et al. Comorbid posttraumatic stress disorder is associated with suicidality in male veterans with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2006; 84(1): 165–169.