

*Kazuistika*

**Depresívna porucha a suicidalita**

Aneta Bednářová

**Súhrn**

**Úvod:** Prítomnosť depresívnej poruchy signifikantne zvyšuje riziko suicídia. Štúdie poukazujú na súvis depresívnej poruchy so suicidálnym konaním. **Ciele:** Kazuistika poukazuje na závažnosť suicidálneho konania pri neliečenej depresívnej poruche, ktorej riziko sa zvyšuje pri komorbidite s inými psychickými poruchami (syndróm závislosti od alkoholu a psychoaktívnych látok, drog, psychózy, poruchy osobnosti). **Diskusia a záver:** S mnohými našimi pacientmi sa stretávame počas konziliárnych vyšetrení a zvažujeme možnosti psychiatrickej liečby. Často ide o pacientov s depresívnou poruchou, teda o potencionálnych samovrahov, čo musíme mať na zreteli.

**Kľúčové slová:** depresívna porucha, suicídium, štandardizovaný index mortality, komorbidita.

**Summary**

**Background:** The depressive disorder significantly increases a risk of suicide. There are research studies, which correlate the depressive disorder with suicidal behaviour. **Aims:** The case study directs at severity of suicidal behaviour of non treated depressive disorder. The risk of suicidal behaviour is higher with comorbial depression together with other mental disorders e. g. alcohol and psychoactive drug abuse syndrome, psychosis, and personality disorder. **Discussion and Conclusion:** Many patients are examined during counsels (consilia) and options of psychiatric treatment are considered. Those patients suffer from the depressive disorder often, so they are prospective suicides.

**Key words:** depressive disorder, suicide, standard mortality ratio, comorbidity.

**Úvod**

Mnohé štúdie dokazujú, že prítomnosť depresívnej poruchy signifikantne zvyšuje riziko suicídia (tab. 1). Afektívne poruchy - v prvom rade depresívna porucha - sú diagnózou, ktorá je často spojená s dokonanou samovraždou (Henriksson et al., 1993; Barraclough et al., 1974; Conwell et al., 1996; Rich et al., 1986; Shahpeasandy et al., 2012). Pri bipolárnej poruche dochádza k suicidálnemu konaniu najmä v depresívnej epizóde. So zvýšeným rizikom samovražedného konania sú však spojené aj zmiešané epizódy (Isometsa et al., 1994; Tondo et al., 2003; Strakowski et al., 1996). Riziko samovraždy je u pacienta s dystýmiou 12-násobne vyššie, ako je to v zdravej populácii. Pri depresívnej poruche je toto riziko až 20-násobne vyššie ako u zdravých ľudí (pozri tab. 1) (Harris et al., 1997). Celoživotné suicidálne riziko u pacientov s bipolárnou poruchou je podobné ako pri unipolárnej depresii (Tondo et al., 2003; Jamison, 1998).

Obzvlášť u mladých pacientov sa suicidiá vyskytujú vo včasnom období ochorenia (Isometsa et al., 1994; Osby et al., 2001; Hoyer et al., 2000; Sharma et al., 1994). Riziko suicidálneho konania pretrváva počas celého života ako pri depresii, tak i pri bipolárnej poruche (Osby et al., 2001; Angst et al., 2002).

Medzi pacientmi s poruchou nálady je celoživotné riziko závislé od prítomnosti ďalších psychiatrických symptómov. Ak sa u pacientov s afektívnou poruchou objavia aj panické ataky, ťažké anxiózne stavy, insomnia, alkoholizmus, potom sa riziko zvyšuje (Fawcett et al., 1990). Ďalším rizikovým faktorom je prítomnosť beznádeje, skleslosti, čo je spojené so zvýšeným suicidálnym konaním (Brown et al., 2000). Suicidálne myšlienky a pokus o samovraždu v minulosti zvyšujú toto riziko (Angst et al., 2002). Samozrejme, pacienti s depresívnou poruchou s psychotickými príznakmi tvoria vysoko rizikovú skupinu pre suicidálnu aktivitu (Raddmsky et al., 1999; Westermeyer et al., 1991).

2. psychiatrická klinika LF UPJŠ v Košiciach

**Adresa pre korešpondenciu:** MUDr. Aneta Bednářová, 2. psychiatrická klinika LF UPJŠ, Rastislavova 43, 040 91 Košice, SR

**Tabuľka 1. Výskumné práce týkajúce sa depresívnej poruchy a suicidalít.**

(Robins et al., 1959)	Zo skupiny 134 zomrelých samovraždou bolo 98% psychiatricky liečených, hlavnými diagnózami boli depresívna porucha a chronický alkoholizmus.
(Barraclough et al., 1974)	Zistili, že zo 100 osôb, ktoré zomreli na suicídium, 93% trpelo na psychickú poruchu, 85% sa liečilo na depresívnu poruchu a alkoholizmus.
(Isometsa et al., 1994)	V skupine pacientov s bipolárnou afektívnou poruchou počas 12-mesačného sledovania suicidovalo 79% v depresívnej a 11% v zmiešanej epizóde bipolárnej afektívnej poruchy.
(Baldessarini et al., 1999)	Sledovali 300 pacientov, ktorí ukončili liečbu lítium. Veľa suicidálnych pokusov sa uskutočnilo v depresívnej fáze (73%) a počas dysforicko-zmiešanej epizódy (16%).
(Guze et al., 1970)	Analyzovali 17 štúdií z hľadiska rizika suicídia s primárnou afektívnou poruchou a vy rátali riziká. Riziko samovraždy bolo 15%.
(Clark et al., 1999)	Pre depresívnu poruchu ťažkého stupňa je suicidálna mortalita od 5-26% a zo štúdie dvojčiat sa zistilo, že je vyššia u mužov.
(Inskip et al., 1998)	Zistili, že celoživotné riziko pre suicídium je pri poruchách nálady 6%. U pacientov hospitalizovaných pre suicidálne konanie bola prevalencia suicídia 8,6% v porovnaní so životným rizikom 4% u pacientov hospitalizovaných z iných dôvodov.
(Angst et al., 2002)	Sledovali 406 hospitalizovaných pacientov s poruchou nálady (220 s bipolárnou afektívnou poruchou a 186 s unipolárnou depresívnu poruchou) 22 a viac rokov. Štandardizovaný index mortality bol 18,04 (porovnané boli zistenia v Švédsku a Dánsku). Suicidálna mortalita žien bola vyššia ako mužov (podobne Švédsko: 21,87 pre ženy v porovnaní 13,49 u mužov). V bežnej populácii vyšlo vyššie riziko suicidálneho konania u mužov.
(Tondo et al., 2000)	Pomer suicidálnych pokusov k smrti v dôsledku samovraždy je v priemere medzi 3:1 až 5:1 medzi pacientmi s poruchami nálady a ostatnou populáciou. Kým v bežnej populácii je pomer medzi počtom samovražedných pokusov a samovrážd 10:1 až 20:1 (v priemere 18:1).
(Perris et al., 1996) (Buchholtz-Hansen et al., 1993)	Použitím údajov z 23 štúdií zahrňujúcich 8000 pacientov, z ktorých 351 suicidovalo, bol vypočítaný štandardizovaný index mortality (SIM) 20,35 pre depresívnu poruchu, čo znamená 20-násobné zvýšenie rizika samovraždy. Pre bipolárnou afektívnu poruchu je SIM 15,05 a pre pacientov s dys-thýmiou 12,12.

## Kazuistika

*Kazuistika pojednáva o pacientke po pokuse o samovraždu z roku 2007 s doplnením katamnestickej údajov po preliečení depresívnej poruchy.*

*54-ročná pacientka bola hospitalizovaná na Jednotke intenzívnej starostlivosti IV. internej kliniky v Košiciach s kvantitatívnou poruchou vedomia – prekomatózny stav.*

*Rodinná anamnéza bola u pacientky negatívna. Zo somatických ochorení udávala arteriálnu hypertenziu a dispenzárnou starostlivosť u endokrinológa. Operácie a úrazy negovala. Psychiatricky liečená nikdy nebola. Pracovala ako učiteľka a zástupkyňa v ZŠ. Bola vydatá, mala 2 dospelých synov. Bývala s manželom a mladším synom v rodinnom dome, matrimónium bolo harmonické. Návyková anamnéza bola okrem príležitostného pitia vína negatívna.*

*Počas psychiatrického vyšetrenia pacientka udávala, že užila balenie Tisercinu, ktoré jej dala susedka na spanie. Posledné obdobie to už „prestala zvládať“. Matka jej umrela pred rokom, nedokázala sa s tým vyrovať. Celá situácia sa zhoršila, pretože jej bratovi hrozila amputácia dolnej končatiny kvôli cukrovke. Pacientka to veľmi ťažko znášala, lebo brat už „jednu nohu nemal“ a boli len dvaja súrodenci. V práci to bolo hrozné, riaditeľka mala „zvýšené nároky“. Pacientka udávala, že nezvládala ani prácu, ani domácnosť. V práci boli konflikty s nadriadenou. Zlyhávanie v domácich prácach trvalo asi rok, náladu mala horšiu, chudla, nechutilo jej jesť. Spánok bol prerušovaný, v noci sa budila, potom nedokázala zaspáť. Následne bola ráno unavená, ťažko sa jej vstávalo. Pacientka udávala, že „rána boli najhoršie“. Starosti jej robil aj mladší syn, ktorý žil v Anglicku. Druhý syn bol ženatý, mal dve deti. Ako sama udávala, radosť nepociťovala už ani pri vnúčatách. Všetko ju vyčerpávalo. „Celé to na mňa doľahlo, nezvládla som ten nápor a chcela som to už ukončiť.“*

*Zo somatických ťažkostí udávala bolesti hlavy v období posledných dvoch mesiacov. Diagnostikovala sa depresívna porucha u histriónskej osobnosti, stav po suicidálnom pokuse intoxikáciou antipsychotikami. Odporúčaná bola anti-depresívna terapia v kombinácii s benzodiazepínovým anxiolytikom, hypnotikom pri nespavosti, kontrola tyroidálnych hormónov a psychiatrická ambulatná starostlivosť.*

*Napriek suicidálnemu konaniu nebola pacientka hospitalizovaná na psychiatrickom oddelení. Bola vedená u ambulatného psychiatra s pravidelnými kontrolami za súčinnosti príbuzných. Stav pacientky bol komplexne riešený, okrem farmakoterapie bola zaradená do individuálnej kognitívne – behaviorálnej psychoterapie (KBT). Po 10 sedeniach KBT absolvovala zážitkovú relaxačno – symbolickú psychoterapiu so zameraním na spracovanie matkinej smrti v meditáciách.*

*Farmakoterapia: escitalopram á 10mg 1-0-0tbl., mirtazapin á 30mg 0-0-1tbl., alprazolam a zopiclon prvé 3 týždne.*

*Psychický stav pacientky sa stabilizoval, došlo k ústupu depresívnej symptomatiky. Katamnéza: Momentálne je pacientka 3 roky bez psychofarmakoterapie, poberá starobný dôchodok a venuje sa manželovi a vnúčatám, z ktorých má radosť. Pacientka udáva, že keby bola ako 54-ročná učiteľka hospitalizovaná na psychiatrickej klinike „po tej udalosť*

ti“, bola by označovaná, stigmatizovaná. Mala by strach, ako sa k tomu postaví ľudia a kolegovia v práci.

## Diskusia

Kazuistika poukazuje na suicidálne konanie pacientky s depresívnou poruchou. Pacientka bola po prepustení z internej kliniky ambulantne liečená psychiatrom. Väčšinou sa takýto pacienti prekladajú na psychiatrické kliniky a oddelenia. Ambulantnou liečbou sa predišlo stigmatizácii pacientky, na druhej strane sa psychiatier vystavil riziku samovražedného konania pacientky. Známe sú údaje o zvýšenom suicidálnom konaní prvé 3 mesiace po prepustení z psychiatrických oddelení a kliník. Benefit pre ďalší život pacientky je však evidentný, obdobie rokov 2007-2012 hodnotí ako „šťastné obdobie“, čo by sa narušilo v prípade „prevalencia sa psychiatrickej liečby“ v kolektíve učiteľov.

Tabuľka 2 znázorňuje *standardizovaný index mortality* (SIM - je pomer zistenej mortality k očakávanej mortalite a odhaduje riziko mortality na suicídium za prítomnosti určitej poruchy) pre vyššie uvedený prípad z praxe (SIM pre ostatné diagnostické jednotky kvôli prehľadnosti neuvádzam).

**Tabuľka 1. Standardizovaný index mortality pre psychopatologické rizikové faktory samovraždy (upravené podľa Harris, 1997) - podľa diagnóz z kazuistiky.**

Štandardizovaný index mortality pre psychopatologické rizikové faktory samovraždy.		
Rizikový faktor	Štandardizovaný index mortality (SIM)	Počet štúdií
Predchádzajúci suicidálny pokus	38,4	9
Depresívna porucha	20,4	23
Porucha osobnosti	7,1	5

## Záver

S mnohými našimi pacientmi sa stretávame počas konziálnych vyšetrení a zvažujeme možnosti psychiatrickej liečby. Často ide o pacientov trpiacich na poruchu nálady (depresívna porucha, bipolárna afektívna porucha), syndróm závislosti od alkoholu a psychoaktívnych látok, drog, psychózy, poruchy osobnosti (Lonnquist, 2009). Riziko samovraždy je u depresívnych pacientov až 20-krát vyššie ako v ostatnej populácii (Lonnquist, 2009). Toto riziko u pacientov so syndrómom závislosti a porúch osobnosti dosahuje 10-krát vyššiu hladinu ako v ostatnej zdravej populácii (Lonnquist, 2009). Suicidálny pokus v minulosti je dôležitým prediktorom zvýšeného suicidálneho rizika (Mann, 2003) a spoločne s duševnou poruchou patrí medzi rizikové predikčné faktory pre samovražedné konanie (Brent et al., 2005). Preto je dôležitá liečba a aj sledovanie pacienta v psychiatrickej ambulantnej starostlivosti. Zo začiatku sa odporúčajú častejšie kontroly. Je na zvážení každého psychiatra, či bude pacient hospitalizovaný alebo ambulantne liečený. Každý z nás nesie určité riziko, je dôležité ho minimalizovať, nakoľko sa jedná o trestnoprávnu otázku. Z okruhu bipolárnych porúch sa udáva, že asi 15% pacientov zomrie samovraždou, z toho asi 80% ju uskutoční práve

v depresívnej epizóde základného ochorenia. Pokiaľ sa jedná o pacienta s poruchou osobnosti a na to nasadajúcu depresiu, zvyšuje sa index mortality (Isometsa et al., 1996). Často sa u nich kombinuje niekoľko faktorov vonkajšieho prostredia so zvýšením rizika: napr. impulzivita, depresia, zvýšená intrapsychická tenzia (Praško, 2007), ako to bolo opísané aj u našej pacientky. Pokiaľ sa k tomu pridá aj - z psychoterapeutického hľadiska - prehlušujúca psychická bolesť a kognitívne zúženie, ktoré neumožňuje nájsť spôsob ako naložiť s prežívaním stresovej situácie, vidí človek samovraždu ako jediné riešenie (napr. nespracovanie smrti matky, nehody v zamestnaní u našej pacientky).

Celoživotný výskyt suicídia je u ambulantných pacientov 0,7% (pre tých, čo nemajú afektívnu poruchu oproti 2,2% ambulantne liečených s afektívnou poruchou). U hospitalizovaných je celoživotné riziko suicídia 4% - pokiaľ boli prijatí pre depresívnu symptomatiku bez suicidálneho správania, ale až 8,6% - ak boli prijatí pre suicidálne konanie (Bostwick et al., 2000). Závažnosť a stupeň ochorenia môžu byť ukazateľmi rizika pre suicidálny pokus (Hoyer et al., 2000; Brown et al., 2000). Na to by sme mali pamätať vo svojej klinickej praxi.\*

\*Publikované s podporou účelovej dotácie MZ SR „Duševné zdravie teoreticky i prakticky optikou odborného e-časopisu *Psychiatria – psychoterapia – psychosomatika*“.

## Literatúra

- Angst, F. et al.:** Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *J Affect Disord.* 2002, 68, s. 167–181.
- Asberg, M., Nordstrom, P., Traskman-Bendz, L.:** Cerebrospinal fluid studies of suicide. *NY Acad. Sci.* New York. 1986, 487(1), s. 243–255.
- Baldessarini, R.J., Tondo, L., Hennen, J.:** Effects of lithium treatment and its discontinuation on suicidal behavior in bipolar manic-depressive disorders. *J Clin Psychiatry.* 1999, 60(suppl2), s. 77–84.
- Barraclough, B. et al.:** A hundred cases of suicide: clinical aspects. *British Journal of Psychiatry.* 1974, 125, s. 355–373.
- Beck, A.T., Brown, G., Steer, R.A.:** Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *J Consult Clin Psychol.* 1989, 57, s. 309–310.
- Bostwick, J.M., Pankratz, V.S.:** Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry.* 2000, 157, s. 1925–1932.
- Brent, D.A., Mann, J.J.:** Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Human Genetics C Seminars in Medical Genetics,* 2005, 133, s. 13–24.
- Brown, G.K. et al.:** Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J. Consult Clin. Psychol.,* 2000, 68, s. 371–377.
- Buchholtz-Hansen, P.E., Wang, A.G., Kragh-Sorensen, P.:** Mortality in major affective disorder: relationship to subtype of depression. *The Danish University Antidepressant Group. Acta Psychiatr. Scand.,* 1993, 87, s. 329–335.

- Clark, D.C., Goebel-Fabbri, A.E.:** Lifetime risk of suicide in major affective disorders. [book auth.] Jacobs. DG. The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. San Francisco: Jossey-Bass, 1999, s. 270–286.
- Conwell, Y. et al.:** Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153, s. 1001–1008.
- Fawcett, J. et al.:** Timerelated predictors of suicide in major affective disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, s. 1189–1194.
- Guze, S.B., Robins, E.:** Suicide and primary affective disorders. *Br. J. Psychiatry*, 1970, s. 1.
- Harris, E.C., Barraclough, B.:** Suicide as an outcome fore mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 170, s. 205–228.
- Hawton, K.:** Suicide and attempted suicide. [book auth.] Paykel. ES. *Handbook of Affective Disorders*, 2nd Edition. New York: Guilford, 1992, s. 635–650.
- Henriksson, M.M. et al.:** Mental disorders and comorbidity in suicide. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150, s. 935–940.
- Hoyer, E.H., Mortensen, P.B., Olesen, A.V.:** Mortality and causes of death in a total national sample of patients with affective disorders admitted for the first time between 1973 and 1993. *Br. J. Psychiatry*, 2000, 176, s. 76–82.
- Inskip, H.M., Harris, E.C., Barraclough, B.:** Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 1998, 172, s. 35–37.
- Isometsa, E.T. et al.:** Suicide among subjects with personality disorders. *Am. J. Psychiatry*, 1996, 153, s. 667–673.
- Isometsa, E.T. et al.:** Suicide in bipolar disorder in Finland. *Am. J. Psychiatry*, 1994, 151, s. 1020–1024.
- Jamison, K.R.:** Suicide and manic-depressive illness: an overview and personal account. [book auth.] Jacobs. DG. The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention. San Francisco : Jossey-Bass, 1998, s. 251–269.
- Lonnquist, J.:** Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. [book auth.] D. Wasserman and Wasweman. C. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford: Oxford University Press, 2009, s. 275–286.
- Mann, J.J.:** Neurobiology of suicidal behaviour. *Neture Reviews Neuroscience*, 2003, 4, s. 819–828.
- Osby, U. et al.:** Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2001, 58, s. 844–850.
- Perris, C., d’Elia, G.:** A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses: X. mortality, suicide, and life-cycles. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1996, 194, s. 172–189.
- Praško, J.:** Suicidální pacient. [book auth.] E. Herman, J. Praško and D. Seifertová: *Konziliární psychiatrie*. Praha: Medical Tribune CZ, 2007, s. 213–230.
- Radomsky, E.D. et al.:** Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am. J. Psychiatry*, 1999, 156, s. 1590–1595.
- Rich, C.L., Young, D., Fowler, R.C.:** San Diego suicide study. I. young vs old subjects. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1986, 43, s. 577–582.
- Robins, E. et al.:** Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am. J. Public Health*, 1959, 49, s. 888–899.
- Shahpeasandy, H., Vančíková, J., Dóci, I.:** Zápálová hypotéza depresie - prehľad literatúry. *Slovak Journal of Health Sciences*, 3, 2012, 1.
- Sharma, R., Makar, H.R.:** Mortality in affective disorder. *J. Affect Disord.*, 1994, 31, s. 91–96.
- Schulsinger, R., Kety, S., Rosenthal, D.:** A family study of suicide. *Academic Press*. New York, 1979, s. 277–287.
- Strakowski, S.M. et al.:** Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder. *Am. J. Psychiatry*, 1996, 153, s. 674–676.
- Tondo, L., Baldessarini, R.J.:** Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment. *J. Clin. Psychiatry*, 2000, 61(suppl), s. 97–104.
- Tondo, L., Isacson, G., Baldessarini, R.J.:** Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs*. 2003, 17, s. 491–511.
- Westermeyer, J.F., Harrow, M., Marengo, J.T.:** Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and nonpsychotic disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1991, 179, s. 259–266.
- Wolfersdorf, M.:** Chronische Suizidalität – Versuch einer Begriffsbestimmung. *Krankenhauspsychiatrie*, 2000, 11, s. 110.

*Do redakcie došlo 1.12.2012.*