

# SCHIZOFRENIE A SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ

souborný článek

Demetra Hadjipapanicolaou  
Lucie Kališová  
Petr Kozelek  
Ilja Žukov  
Tomáš Glaser

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN  
v Praze

## Kontaktní adresa:

MUDr. Demetra Hadjipapanicolaou  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN  
Ke Karlovu 11  
128 08 Praha 2  
e-mail:  
demetra.hadjipapanicolaou@vfn.cz

Práce byla podpořena výzkumnými  
projekty:  
MZ ČR – RVO VFN64165 a PRVOUK:  
P26/LF1/4 Neuropsychiatric aspects  
of neurodegenerative disorders.

## SOUHRN

**Hadjipapanicolaou D, Kališová L, Kozelek P, Žukov I, Glaser T. Schizofrenie a sebevražedné jednání**

U nemocných schizofrenií je sebevražda nejčastější příčinou předčasného úmrtí. Uvádí se, že až 60–80 % nemocných s psychotickou poruchou vykazuje přítomnost sebevražedných myšlenek, 20–40 % se o sebevraždu pokusí a 10 až 15 % sebevražedný pokus dokoná. Ze studií sledujících nemocné schizofrenií vyplývá, že riziko sebevražedného jednání je nejvyšší během časných období nemoci. Sociodemografické rizikové faktory spojené se suicidálním jednáním zahrnují mužské pohlaví, nezaměstnanost a komorbidní abúzus drog a alkoholu. Přítomnost depresivních příznaků a uvědomění si nemoci a jejích důsledků se u této skupiny nemocných řadí mezi nejsilnější predisponující faktory sebevražednosti. Z mnohých studií vyplynuly návrhy postupů směřujících ke snížení suicidálního jednání na primární, sekundární i terciární úrovni prevence. Suicidalita nemocných schizofrenií zůstává přesto palčivým problémem.

**Klíčová slova:** sebevražednost, schizofrenie, rizikové faktory, deprese, náhled nemoci.

## SUMMARY:

**Hadjipapanicolaou D, Kališová L, Kozelek P, Žukov I, Glaser T. Schizophrenia and suicidality**

In schizophrenia suicide has been consistently the most common cause of premature death. Approximately 60-80% of psychotic patients manifest suicidal ideation, 20-40% actively attempt suicide and 10-15% complete the act. According to studies involving individuals with schizophrenia the risk of suicide is influenced by the stage of the disease with the higher risk during the early phase of the disease. Many risk factors are associated with the suicidal behavior have been identified such as: male sex, unemployment, and drug and alcohol abuse. Among the illness related factors depression and awareness of the illness are considered to be the strongest predisposing factors for suicidal behavior in this population of patients and can occur in any time during the course of the disease. Despite the studies and indications on how to reduce suicidal behavior in schizophrenia on a primary, secondary and tertiary level of prevention, suicidal behavior remains a major health problem.

**Key words:** suicidality, schizophrenia, risk factors, depression, insight.

## ÚVOD

Sebevražedné jednání zůstává dlouhodobým a zásadním celosvětovým zdravotním problémem. Sebevražednost se řadí mezi prvních deset příčin úmrtí ve všech věkových kategoriích v mnoha zemích.<sup>1</sup> U nemocných schizofrenií je nejčastější příčinou předčasného úmrtí.<sup>2</sup> Podle Shneidmana jsou suicidální fantazie a suicidální jednání téměř ve všech případech snahou uniknout nebo zastavit bolest, která je v mysli přítomna.<sup>3</sup> Je nade vše pochybnost, že onemocnění závažnou duševní poruchou, jakou je schizofrenie, s sebou přináší řadu bolestných obtíží. Je s ní spojena jistá míra utrpení, a tak mohou nemocní pod vlivem rozličných okolností nahlédnout sebevraždu jako poslední možnost, jak se tohoto utrpení zbavit.<sup>4</sup>

## HISTORICKÉ SOUVISLOSTI

Na počátku 20. století vyslovil Kraepelin tvrzení, že sebevražda je zvláště v prvním období nemoci častá a vedou k ní nejzávažnější schizofrenní příznaky.<sup>5</sup> Bleuler rovněž spojoval schizofrenii s vyšší mortalitou (1,4 : 1), a to zejména vlivem rozličných nepřímých následků psychózy, jako je odmítání potravy, onemocnění tuberkulózou, přítomností záměrných či nezáměrných zranění včetně sebevražedného jednání.<sup>6</sup> Později, v polovině 20. století, varoval ve své práci Lipschutz, že nemocný se schizofrenií je potenciálně rizikový pro sebevražedné jednání, a diskutoval důležitost preventivních opatření.<sup>7</sup> Jedním z klíčových mezníků v rozvoji prevence suicidálního jednání u nemocných se schizofrenií bylo zřízení krizové telefonní linky Shneidmanem a Farberowem v USA v roce 1959. Dá se říci, že první vědeckou studii týkající se sebevražednosti předložili právě Shneidman s Farberowem na konci 50. let 20. století a tato studie pak představovala významný přínos pro vyhodnocování suicidálního rizika u schizofrenních pacientů.<sup>8</sup>

## MÍRA SEBEVRAŽEDNOSTI U NEMOCNÝCH SE SCHIZOFRENIÍ

Podle údajů Americké psychiatrické asociace z roku 1997 vyvine přibližně 60–80 % pacientů s psychózou suicidální ideace, 20–40 % pacientů s psychózou se o sebevraždu pokusí a přibližně 10–15 % sebevraždu dokončí.<sup>9</sup> Miles shrnul 34 studií s tématem schizofrenie a sebevražednosti a vyvodil závěr, že téměř 10 % nemocných s psychózou zemře v důsledku sebevražedného jednání.<sup>10</sup> Jeho závěry byly následně podpořeny Caldwellem a Gottesmanem, kteří na základě přehledu 14 studií týkajících se úmrtnosti u nemocných se schizofrenií shrnuli, že sebevražednost byla příčinou úmrtí u 2,4 až 12,5 % u mužů a 0,04 až 4,6 % u žen.<sup>11</sup> Palmerova metaanalýza z roku 2005 odhadla, že 4,9 % nemocných se schizofrenií se během svého života pokusí o sebevraždu.<sup>12</sup> Pompili revidoval literaturu týkající se sebevražednosti mezi pacienty hospitalizovanými pro schizofrenii a míra sebevražednosti v daném souboru nemocných, kteří byli sledováni 1–26 let po první atace schizofrenie (po první hospitalizaci pro schizofrenii), byla

6,8 %.<sup>13</sup> Výsledky obsáhlé studie týkající se sebevražednosti u duševně nemocných, která proběhla ve Velké Británii, naznačily, že 20 % všech sebevražedů bylo spojeno s diagnózou schizofrenie.<sup>14</sup>

Z právní definice vyplývá, že smrt v důsledku sebevraždy je nepřirozená a jedinec ji svým konáním způsobí úmyslně sám sobě.<sup>15</sup> K tomu, aby byla smrt vyhodnocena jako sebevražda, je nutné dokázat, že osoba měla úmysl akci provést, že daný jedinec chtěl zranit sám sebe, jeho cílem bylo zemřít, a to v době, kdy rozumí následkům činu. U psychóz je často obtížné dokázat, že autoagresivní akty vedoucí k úmrtí nejsou sebevraždou v pravém slova smyslu. Zdá se, že lékaři někdy nadměrně vyhodnocují úmrtí nemocného s psychózou jako sebevraždu, a to může vést k nadhodnoceným číselným údajům týkajícím se záměrných úmrtí u této nemoci.<sup>16</sup>

Studie sledující osoby se schizofrenií ukázaly, že riziko sebevraždy je ovlivněno stadiem nemoci a že je výrazně vyšší během časných fází nemoci. Podle Roye většina schizofrenních nemocných spáchá sebevraždu během prvních 10 let svého onemocnění a velká část těchto úmrtí se objeví brzy po odléčení nemoci a propuštění nemocného z nemocnice.<sup>17</sup> Další studie vyvodily, že dvě třetiny sebevražed se vyskytly v průběhu prvních 5 let od propuknutí nemoci.<sup>18,19</sup> Rossau a Mortensen zjistili, že nejvyšší riziko sebevraždy bylo v období po první hospitalizaci pro schizofrenii.<sup>20</sup> Calborg potvrdil tyto hypotézy závěrem, že nejvyšší suicidální riziko s sebou nese první rok nemoci.<sup>21</sup> Podle Browna je nejvyšší nárůst mortality během první epizody schizofrenie, případně v časných fázích nemoci.<sup>22</sup>

## PŘEHLED RIZIKOVÝCH FAKTORŮ SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ

V předchozích letech se podařilo identifikovat řadu faktorů, které mohou být spojeny se suicidálním chováním u nemocných se schizofrenií. Určené faktory lze následně u těchto nemocných využít k predikci a prevenci sebevražednosti. Systematický souhrn 29 kvalitních studií prokázal, že mnoho důležitých rizikových faktorů u schizofrenie, jako jsou poruchy nálady, užívání drog či přítomnost předchozího suicidálního jednání, je přítomno v obdobném rozsahu také u běžné populace.<sup>23</sup> Na druhé straně se zdá, že existují také některé faktory sebevražednosti pro schizofrenii specifické. Patří mezi ně vysoké IQ před propuknutím nemoci nebo nízká premorbidní úroveň fungování.<sup>24</sup>

**Sociodemografické rizikové faktory:** Výsledky studií hodnotících sociodemografické faktory ve vztahu k suicidalitě prokázaly, že se sebevražedné jednání vyskytuje častěji u mužů,<sup>25,26</sup> u osob žijících osaměle, bez partnerského vztahu,<sup>27,28</sup> u nezaměstnaných<sup>29</sup> a obecně u osob s nedostatečnou sociální podporou.<sup>30</sup> Některé další studie však tyto závěry nepotvrdily a nenalezly korelaci mužského pohlaví nebo přítomnosti partnerského vztahu se sebevražedným chováním.<sup>31</sup> U nemocných se schizofrenií v Číně jsou to například převážně ženy, které častěji sebevraždu uskuteční.<sup>32</sup>

**Rizikové faktory spojené s nemocí:** Užívání psychoaktivních látek včetně alkoholu zvyšuje riziko suicidia u obecné populace a toto riziko dále narůstá, pokud je

spojené s přítomností diagnózy schizofrenie.<sup>33</sup> Byla nalezena pozitivní korelace mezi vyšší inteligencí před propuknutím nemoci,<sup>34</sup> vyšším vzděláním<sup>35</sup> a mírou sebevražednosti. Lze předpokládat, že vyšší inteligence a vyšší vzdělání umožňují více si uvědomit nemoc se všemi jejími důsledky, což může vést k rozvoji deprese. Můžeme vyvodit, že vyšší vzdělání může být také spojeno s větší diskrepancí fungování před propuknutím nemoci a po jejím propuknutí, což může následně ovlivňovat sebedůvěru a vést k myšlenkám na ukončení života. Tyto hypotézy nejsou plně potvrzeny vědeckými daty.<sup>36</sup>

Většina provedených studií došla k závěru, že deprese, předchozí suicidální pokusy, pocity beznaděje a bezvýchodnosti a přítomnost náhledu onemocnění (nahlédnutí přítomnosti nemoci, potřeby léčby a uvědomění si možných důsledků nemoci) patří mezi nejsilnější prediktory sebevražednosti u schizofrenie.<sup>37</sup> Schwartz a Cohen naznačili, že přítomnost depresivních příznaků je nejpresvědčivějším prediktorem sebevražedného jednání.<sup>38</sup> Ke stejnému závěru došli také další empirické studie.<sup>39,40,41</sup> Schwartz a Smith sledovali 170 dospělých nemocných se schizofrenií, schizoafektivní poruchou a schizofreniformní poruchou a zjistili, že nárůst míry deprese je spojen se vzrůstem hladiny sebevražednosti. Zároveň byla s nárůstem autoagresivního jednání spojena také míra uvědomění si nemoci.<sup>42</sup> Podobné výsledky dalších studií vedly ke zformování teorie, dle které, pokud dojde u nemocného schizofrenií k uvědomění si nemoci a následně změně v pohledu na dosavadní život, rozvine se strach ze života v budoucnosti (tzv. teorie demoralizace).<sup>43</sup> Pacienti se schizofrenií, kteří nahlížejí přítomnost nemoci, rozvinou častěji depresi a následně sebevražedné příznaky a může u nich být přítomna omezená schopnost přizpůsobení se běžnému životu.<sup>44</sup> Dle Sirise by uvědomění si nemoci mělo být primárně posuzováno při určování rizikových faktorů psychózy.<sup>45</sup> Na druhé straně studie Bourgeoise et al. na vzorku 980 pacientů prokázala, že uvědomění si nemoci je spojeno s nárůstem hladiny suicidality jen za předpokladu, že náhled nemoci vede k pocitům beznaděje.<sup>46</sup>

Sebevražedné chování je také zmiňováno v souvislosti s psychomotorickou agitací a vnitřním neklidem. Hawton popsal, že jsou presuicidální schizofrenní pacienti v extrémním napětí, neklidní a impulzivní.<sup>47</sup> Pompili nicméně konstatoval, že spíše než agresivita může hrát důležitější roli v sebevražedném chování nemocných se schizofrenií impulzivita.<sup>48</sup> Také některé další studie prokázaly, že způsob sebevraždy a její dokonání jsou spojeny s přítomností impulzivity.<sup>49,50</sup>

Vliv přítomnosti pozitivních psychotických příznaků na sebevražedné jednání je nejasný. Caldwell a Gottesman naznačují, že populární přesvědčení, že nemocný se schizofrenií spáchá sebevraždu v důsledku sluchových či imperativních halucinací, je zřídka pravdivé.<sup>51</sup> Na druhou stranu množství retrospektivních studií spíše podporuje názor, že přetrvávající sluchové halucinace jsou se suicidálním chováním spojeny.<sup>52,53</sup> Nicméně, Roy také zjistil, že imperativní sluchové halucinace vyzývající k suicidálnímu jednání jsou u suicidálních pokusů i dokonaných suicidií vzácné.<sup>54</sup>

Zdá se, že míru suicidálního chování může ovlivňovat přítomnost současně se vyskytujících obsedantních příznaků<sup>55</sup> a také přítomnost komorbidní posttraumatické stresové poruchy.<sup>56</sup>

**Rizikové faktory spojené s léčbou:** Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů ovlivňujících suicidální jednání je akatizie. Studie Drakeho a Ehrlicha naznačuje, že impulsivní suicidální pokusy byly spojeny s nežádoucími účinky antipsychotické medikace, jako je akatizie.<sup>57</sup> Tento názor potvrdila také studie Cem Atbaşoglu et al., která poukázala na větší riziko suicidálního jednání u nemocných s akatizii ve srovnání s nemocnými bez akatizie.<sup>58</sup> Negativní postoj k medikaci a nespolupráce v léčbě jsou dalšími faktory, které mohou hrát v sebevražednosti nemocných s psychózou důležitou roli.<sup>59</sup> U nemocných schizofrenií, kteří se pokusili o sebevraždu, byl opakovaně potvrzen vyšší počet relapsů onemocnění a častější hospitalizace.<sup>60</sup> Dánská studie vycházející z registru sebevražd prokázala, že 37 % mužů a 57 % žen, kteří spáchali sebevraždu, bylo opakovaně hospitalizováno na psychiatrii.<sup>61</sup> Dalším ovlivňujícím faktorem může být traumatická zkušenost vztahující se k okolnostem přijetí na psychiatrii – negativní zkušenost s policií, s hostilním chováním personálu apod.<sup>62</sup>

## ROZVOJ DEPRESE BĚHEM ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENIÍ

Diagnostika přítomnosti deprese a její léčba u nemocných schizofrenií je stále klinicky náročným úkolem. Depresivní příznaky zůstávají nerozpoznány nebo přehlíženy a neléčeny. Zhodnocení přítomnosti deprese u schizofrenie není důležité pouze proto, že se spolupodílí na utrpení nemocných, ale je zároveň vážným rizikovým faktorem potenciálního sebevražedného jednání. Je mnoho diferenciálně diagnostických kategorií zahrnujících depresivní příznaky: schizoafektivní porucha, organická afektivní porucha, negativní příznaky schizofrenie a poruchy přizpůsobení se nemoci. Deprese se může vyskytnout kdykoliv v průběhu schizofrenie a její incidence je odhadována až na 65 %.<sup>62</sup> Podle Hertze a Melvilla se depresivní příznaky běžně vyskytují v prodromální fázi akutních psychotických epizod.<sup>63</sup> Knights s Hirschem stanovili, že depresivní příznaky se nejčastěji vyskytují v akutní fázi nemoci a objevují se v nadpoloviční většině prvních epizod nebo u neléčených pacientů.<sup>64,65</sup> Depresivní příznaky se objevují, ačkoliv v menší míře (4–25 %), také v pokročilejších fázích onemocnění.<sup>66</sup> Postpsychotickou depresi můžeme rozdělit na dva typy podle období, kdy se vyskytne. Časná postpsychotická deprese se může projevit jasnými depresivními příznaky v době probíhající akutní epizody, může být doprovázena psychotickými příznaky, které mohou zapadat do obrazu psychotické epizody. U pozdní postpsychotické deprese se příznaky deprese objeví až po zaléčení akutní psychotické epizody.<sup>67</sup> 10–15 % depresi podobných příznaků u nemocných se schizofrenií může spadat do kategorie tzv. akinetické deprese, kdy je u nemocných přítomna anergie a akineze, jež jsou někdy provázeny poklesem nálady a souvisí s užíváním antipsychotik.<sup>68</sup> Role medikace je tedy v etiologii rozvoje deprese u schizofrenie stále poněkud kontroverzní.<sup>69</sup>

## PODTYPY SEBEVRAŽEDNÝCH PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ

Hypotéza, že je přítomno několik podtypů suicidálních schizofrenních pacientů, byla opakovaně diskutována několika autory, ač není podložena klinickým testováním.<sup>70,71,72</sup> Pacienti spadající do jednotlivých podtypů se vyznačují rozdílnou motivací k sebevražednému jednání a odlišným profilem psychopatologie.<sup>73</sup> Rozdělení suicidálních nemocných se schizofrenií do podtypů se jeví jako důležitý nástroj, který nám může pomoci porozumět psychopatologii a motivaci nemocných, kteří se o sebevraždu pokusili.

### a) rozdělení podle fáze onemocnění:

Nemocní spadající do tzv. časného podtypu jednají sebevražedně v časných stádiích onemocnění a jsou nejčastěji motivováni k tomuto jednání pocity beznaděje, úzkosti a pocity odlišnosti. U nemocných, kteří se pokusí o sebevraždu v pozdním stadiu nemoci, je přítomna závažná forma onemocnění, špatná odpověď na léčbu a zhoršená sociální přizpůsobivost. Dle Nymana a Johnsona je sebevražedné jednání motivováno především osobní krizí, jako například emočními či hmotnými ztrátami.<sup>74</sup>

### b) rozdělení dle klinického diagnostického typu:

Suicidální riziko je vysoké u tzv. paranoidního subtypu nemoci, který je charakterizován bolestivým uvědoměním si nemoci, sníženým sebevědomím, beznadějí a zvýšeným výskytem psychotických příznaků. Tzv. neparanoidní typ je charakterizován přítomností negativních psychotických příznaků, nižším uvědoměním si nemoci, nižší pravděpodobností toho, že se u nemocných rozvine deprese nebo se pokusí o sebevraždu.<sup>75</sup>

### c) rozdělení podle postoje a projevů chování nemocného během hospitalizace:

K prvnímu typu můžeme řadit nemocné, kteří nepřijali své onemocnění, nemají náhled a odmítají hospitalizaci. Tito nemocní jsou často neklidní, impulzivní, útoční a nespokojení. Často si stěžují na tělesné příznaky, depresivní příznaky u nich nejsou většinou přítomny. Ke druhému typu patří spolupracující, závislí nemocní, kteří jsou spokojeni s péčí. Náhled onemocnění je u nich přítomen, jsou často spokojeni s hospitalizací a péčí, kterou dostávají. Ve stresu často rozvíjejí úzkost a depresivní příznaky včetně pocitů viny. Většinou se v průběhu hospitalizace jejich stav zlepšuje a v chráněném prostředí psychiatrického oddělení nejsou suicidální. Sebevražedné jednání se u nich může vyskytnout na propustce nebo po propuštění z nemocnice, kdy díky nízké frustrační toleranci nezvládnou stres a expozici běžným životním problémům. K poslednímu typu patří závislý, nespokojený pacient. Tito nemocní mají většinou vytvořen náhled nemoci, na počátku hospitalizace

vkládají do léčby velkou naději, nicméně po nějaké době dojdou k názoru, že jim hospitalizace nepřináší to, co potřebují. Roste u nich napětí, mají řadu požadavků, někdy mohou být nepřátelští až hostilní. Nemocní z této skupiny jsou často sebevražední během pobytu v nemocnici, nemají kam jít nebo nedokážou z nemocnice odejít, přestože víru v terapeutický potenciál hospitalizace ztratili.<sup>76</sup>

## MOŽNOSTI ZVLÁDÁNÍ SUICIDÁLNÍHO CHOVÁNÍ U NEMOCNÝCH SE SCHIZOFRENIÍ

Suicidální jednání u nemocných se schizofrenií je stále palčivým problémem, ač byla dosud uskutečněna řada studií na toto téma a byly navrženy možné způsoby redukce sebevražedného jednání u nemocných se schizofrenií. Je zřejmé, že máme možnost zasahovat na všech třech stupních prevence problému.<sup>77</sup> Primární prevence zahrnuje eliminaci rizikových faktorů. Zhodnocení suicidálního rizika patří mezi nejobtížnější úkoly v psychiatrické praxi, protože otázka posouzení života nebo možné smrti vzbuzuje v lékařích samotných strach z důsledku posuzování.<sup>78</sup> Nicméně zhodnocení suicidálního rizika s sebou nese nejlepší predikovatelnost a prevenci suicidálního jednání.<sup>79</sup> Doporučuje se nastavit si s nemocným vztah založený na důvěře, pokusit se získat co nejvíce anamnestických údajů týkajících se faktorů sebevražednosti, jako jsou pocity beznaděje, pozitivní psychotické příznaky, informace o přítomnosti suicidia v minulosti, o abúzu drog a alkoholu, a také zhodnotit přítomnost depresivních příznaků a pocitů beznaděje.

Sekundární prevence se zaměřuje na suicidalitu nemocných, u kterých jsou přítomny některé rizikové faktory, jako například deprese či sekundární abúzus alkoholu nebo drog. Rizikové faktory, jako je deprese či beznaděj, můžeme případnou terapeutickou intervencí ovlivnit, jiné faktory, jako pohlaví, věk či rasa, jsou neměnné. Depresivní příznaky lze někdy obtížně rozpoznat a oddělit od negativních příznaků schizofrenie, v jejich rozlišení nám může být nápomocna Calgarská škála deprese.<sup>80</sup>

Zvláštní pozornost bychom měli věnovat nemocným s exacerbací psychotických příznaků během první epizody nemoci, kdy je sebevražedné riziko vyšší, stejně jako nemocným s komorbiditou abúzu drog a alkoholu. Při podávání medikace, která způsobuje akatizii nebo dysforii, bychom měli zvažovat přidání anticholinergika. Klozapin zůstává jediným lékem, u něhož byl potvrzen pozitivní vliv na snížení suicidálního jednání.<sup>81</sup> K léčbě deprese u nemocných se schizofrenií je doporučeno používat SSRI, jejichž podávání se prokázalo u středně těžké a těžké deprese u schizofrenie jako účinné ve srovnání s placebem.<sup>82</sup> Data týkající se efektu stabilizátorů nálady jsou omezená. Zatímco byl dobře dokumentován efekt stabilizátorů nálady na redukci agresivního chování, hostility a impulsivity, efekt na sebevražednost nebyl systematicky zkoumán.<sup>83</sup>

Terciární prevence se zaměřuje individuálně na nemocné, kteří mají v anamnéze suicidální pokus nebo jsou suicidální. Měli bychom se snažit o snížení dopadu nemoci a jejich stigmatizujících důsledků.

Dle několika studií může stigmatizace vést k sebevražednému jednání.<sup>84</sup> Psychosociální programy individualizovaně zaměřené na snižování stigmatu by měly být začleněny do rehabilitačních programů po odléčení akutní fáze nemoci. Je prokázáno, že farmakologická léčba společně s psychosociálními intervencemi působí na snížení sebevražednosti pozitivně.<sup>85</sup> Lékaři by si měli všimnout, zda nemocný neztrácí naději, zda nemá obtíže v běžném životě, a měli by být nemocnému nápomocni ve vytyčení dosažitelných cílů a v jejich naplňování.<sup>86</sup> Sociální izolovanost a narušení schopnosti pracovat byly také jako rizikové faktory pro rozvoj suicidálního jednání zmíněny.<sup>87</sup> Intervence typu nácviku sociálních dovedností, programy pracovní rehabilitace nebo chráněná zaměstnání by měly být nedílnou součástí léčby nemocných se schizofrenií. Jako přínosné se jeví také podpůrné psychoterapeutické přístupy, kdy má nemocný možnost ventilovat a diskutovat své obtíže v denních aktivitách, sociálním zapojení, pocity vyčlenění ze společnosti či stigmatizace nemocí. Je také vhodné nezanedbávat důležitou roli fungujícího rodinného prostředí ve zvládnání života spojeného s onemocněním schizofrenií. Nemocní, jejichž rodinní přísluš-

níci jsou příliš kritičtí či hostilní, nebo vyjadřují přílišnou účast s nemocným, trpí častějšími relapsy onemocnění než nemocní, jejichž rodiny své emoce přehnaně neventilují. Rodinná psychoedukace může snížit stresový dopad nemoci a snížit riziko relapsu nemoci.<sup>88,89</sup>

## ZÁVĚR

Sebevražedné jednání u nemocných se schizofrenií je ovlivněno řadou stálých i proměnlivých faktorů. Je jednoznačně prokázáno, že pravidelné monitorování suicidality, eventuálně rozvoje deprese, by mělo být součástí pravidelných ambulantních kontrol. Mnoho preventivních intervencí může snížit riziko suicidálního jednání. Ke snížení rizika rozvoje sebevražedného jednání můžeme přispět podporou spolupráce v léčbě, výběrem vhodné medikace, psychoedukačními a individuálně cílenými destigmatizačními aktivitami i zapojením rodin nemocných do léčebného procesu. Přes tyto zmíněné možnosti však zůstává počet sebevražd mezi nemocnými se schizofrenií stále vysoký.<sup>90</sup>

## LITERATURA

- Diekstra RF. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 371: 9–20.
- Fenton WS. Depression, suicide and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide Life Threat* 2000; 30: 34–49.
- Shneidman ES. Further reflections on suicide and psychache. *Suicide Life Threat* 1998; 28 (3): 245–250.
- Schlimme JE. Zur Phanomenologie der Suizitalitat. *Phanomenol Forsch* 2005; 269–284.
- Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia*. Edinburgh: Livingstone; 1991.
- Bleuler E. *Dementia praecox or the group schizophrenias* (first published in German, 1911). New York: International University Press; 1950.
- Lipschutz LS. Some administrative aspects of suicides in the mental hospital. *Am J Psychiat* 1942; 99: 181–189.
- Shneidman ES, Farberow NL. Some comparisons between genuine and simulated suicide notes. *J Gen Psychol* 1957a; 56: 251–256.
- American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiat (Suppl.)* 1997; 154: 1–63.
- Miles CP. Condition predisposing to suicide: a review. *J Nerv Ment Dis* 1977; 164: 231–246.
- Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors of suicide. *Schizophrenia Bull* 1990; 16: 571–589.
- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: A reexamination. *Arch Gen Psychiat* 2005; 62: 247–253.
- Pompili M, Amador FX, Girardi P et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 6: 10.
- Raymont V. Suicide in Schizophrenia: How can research influence training and clinical practice? *Psychiatric Bulletin* 2001; 25(2): 46–50.
- O'Carroll P, Berman A, Maris M, Moscicki E, Tanney B, Silverman M. Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat* 1996: 237–252.
- French P, Smith J, Shiers D, Reed M, Rayne M. Promoting recovery in early psychosis. A Practice manual. Chichester, UK: Wiley Blackwell; 2010; 20: 181.
- Roy A. Suicide in chronic schizophrenia. *Brit J Psychiat* 1982; 141: 171–177.
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Brit J Psychiat* 1997; 170: 205–228.
- Copras JB, Robin A. Suicide in psychiatric inpatients. *Brit J Psychiat* 1982; 141: 511–530.
- Rossau CD, Mortensen PB. Risk factors of suicide in patients with schizophrenia: nested case control study. *Brit J Psychiat* 1997; 171: 355–359.
- Carlborg A, Winnerback K, Jonsson EG, Jokinen J, Nordstrom P. Suicide in Schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 2010; 10: 1153–1164.
- Brown S. Excess mortality in schizophrenia. A meta analysis. *Brit J Psychiat* 1997; 171: 502–508.
- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *Brit J Psychiatr* 2005; 187: 9–20.
- Carlborg A, Winnerback K, Jonsson EG, Jokinen J, Nordstrom P. Suicide in Schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 2010; 10: 1153–1164.
- Rossau CD, Mortensen PB. Risk factors of suicide in patients with schizophrenia: nested case control study. *Brit J Psychiat* 1997; 171: 355–359.
- Roy A. Suicide in chronic schizophrenia. *Brit J Psychiat* 1982; 141: 171–177.
- Allebeck P, Varla A, Kristjansson E, Wistedt B. Risk factors for suicide among patients with schizophrenia. *Acta Psychiat Scand* 1987; 76: 414–419.
- Roy A. Suicide in chronic schizophrenia. *Brit J Psychiat* 1982; 141: 171–177.
- Siris SG. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2001; 15: 127–135.

31. Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D et al. Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am J Psychiat* 1999; 157: 1276–1278.
32. Phillips MR, Yang G, Li S, Li Y. Suicide and the unique prevalence pattern of schizophrenia in mainland China: A retrospective observational study. *Lancet* 2004; 364: 1062–1068.
33. Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Tatarelli R. Preventing suicide in young schizophrenics who are drug abusers. *Subst Use Misuse* 2004; 39: 1437–1441.
34. De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia a long term follow up study. *Schizophr Res* 2001; 47 (2–3): 127–134.
35. Harkavy-Friedman J, Nelson E. Management of suicidal patients with schizophrenia. *Psychiatr Clin N Am* 1997; 20: 625–640.
36. Acosta JF, Aguilar JE, Cejas RM et al. Are there subtypes of Suicidal Schizophrenia? A prospective study. *Schizophr Res* 2006; 86: 215–220.
37. Pompili M, Amador FX, Girardi P et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 6: 10.
38. Schwartz RC, Cohen BN. Risk factors for suicidality among clients with schizophrenia. *J Couns Dev* 2001a; 79: 314–319.
39. Cohen S, Lavelle J, Rich CL, Bromet E. Rates and correlates of suicide attempts in first admission psychotic patients. *Acta Psychiat Scand* 1994; 90: 167–171.
40. Drake RE, Cotton PG. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Brit J Psychiat* 1986; 148: 554–559.
41. Milch WE. The change in symptomatology in hospitalized suicidal patients. *Crisis* 1990; 11: 44–51.
42. Schwartz RC, Smith DS. Suicidality and predictive potential of symptomatology and insight into illness. *J Psychiatr Res* 2004; 38: 185–191.
43. Schwartz RC, Petersen S. Insight and suicidality in Schizophrenia: a replication study. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 235–237.
44. Schwartz RC. Self awareness in schizophrenia: its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *J Ner Ment Dis* 2001; 189: 401–403.
45. Siris SG. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2001; 15: 127–135.
46. Bourgeois M, Swendsen J, Young F et al. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: Results of the international suicide prevention trial. *Am J Psychiat* 2004; 161: 1494–1496.
47. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *Brit J Psychiat* 2005; 187: 9–20.
48. Pompili M, Girardi P, Tatarelli R. Suicide and Schizophrenia. *Nova Biomedical Books* 2006; 3: 37.
49. Zouk H, Tousignant M, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioral and psychosocial dimensions. *J Affect Disorders* 2006; 92: 195–204.
50. Giegling I, Olgiati P, Hartmann AM, Calati R, Moller HJ et al. Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *J Psychiat Res* 2009; 43: 1262.
51. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors of suicide. *Schizophrenia Bull* 1990; 16: 571–589.
52. Gallagher AG, Dinan TG, Sheehy NP et al. Chronic auditory hallucinations and suicidal risk factors in schizophrenia. *Irish J Psychiat* 1997; 16: 345–355.
53. Brier A, Astrachan BM. Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *Am J Psychiat* 1984; 141: 206–209.
54. Roy A, Mazonson A, Pickar D. Attempted suicide in chronic schizophrenia. *Brit J Psychiat* 1984; 144: 303–306.
55. Sevincok L, Akoglu A, Kokcu F. Suicidality in schizophrenic patients with or without obsessive compulsive disorder. *Schizophr Res* 2007; 90 (1–3): 182–202.
56. Strauss JL, Calhoun PS, Marx CE et al. Comorbid posttraumatic stress disorder in association with suicidality in male veterans with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2006; 84(1): 165–169.
57. Drake RE, Ehrlich J. Suicide attempts associated with akathisia. *Am J Psychiat* 1985; 142: 499–501.
58. Cem Atbaşoğlu E, Schultz SK, Andreasen NC. The relationship of akathisia with suicidality and depersonalization among patients with schizophrenia. *J Neuropsych Clin N* 2001; 3: 336–341.
59. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *Brit J Psychiat* 2005; 187: 9–20.
60. De Hert M, McKenzie K, Peuskens J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia a long term follow up study. *Schizophr Res* 2001; 47 (2–3): 127–134.
61. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiat* 2005; 62: (4) 427–432.
62. Mohr P, Čermák. Deprese u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi* 2006; 7 (3): 133–136.
63. Hertz M, Melville C. Relapse in schizophrenia. *Am J Psychiat* 1980; 137: 801–805.
64. Knights A, Hirsch SR. Revealed depression and drug treatment for schizophrenia. *Arch Gen Psychiat* 1981; 38: 806–811.
65. Johnson DAW. Studies of depressive symptoms in schizophrenia: I. The prevalence of depression and its possible causes; II. A two year longitudinal study of symptoms; III. A double blind trial of orphenadrine against placebo; IV. A double blind trial of nortriptyline for depression in chronic schizophrenia. *Brit J Psychiat* 1981a; 139: 89–101.
66. Leff J. Depressive symptoms in the course of schizophrenia. In *Depression in schizophrenia* (Ed. L. E. De Lisi). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990.
67. Mulholland C, Cooper S. The symptoms of depression in schizophrenia and its management. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6: 169–177.
68. Johnson DAW. Depression in schizophrenia: Some observations on prevalence, aetiology and treatment. *Acta Psychiat Scand* 1981b; 63 (suppl. 291): 137–144.
69. Mulholland C and Cooper S. The symptoms of depression in schizophrenia and its management. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6: 169–177.
70. Fenton W, McGlashan T, Victor B, Blyler C. Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am J Psychiat* 1997; 154: 199–204.
71. Nyman A, Jonsson, H. Patterns of self-destructive behavior in schizophrenia. *Acta Psychiat Scand* 1986; 73: 252–262.
72. Nieto E, Vieta E, Gastó C, Vallejo J, Cirera E. Suicide attempts of high medical seriousness in schizophrenic patients. *Compr Psychiatr* 1992; 33: 384–387.
73. Aguilar EJ, Leal C, Acosta FJ et al. A psychopathological study of a group of schizophrenic patients after attempting suicide. Are there two different clinical subtypes? *Eur Psychiatry* 2003; 18: 190–192.
74. Nyman A, Jonsson, H. Patterns of self-destructive behavior in schizophrenia. *Acta Psychiat Scand* 1986; 73: 252–262.
75. Fenton WS. Depression, suicide and suicide prevention in schizophrenia. *Suicide Life Threat* 2000; 30: 34–49.

76. Farberow NL, Shneidman ES, Leonard CV. Suicide among schizophrenic mental hospital patients. In *The Cry for Help*. Edited by Farberow NL, Shneidman ES. New York – Toronto – London: McGraw-Hill; 1961: 78–97.
77. Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Tatarelli R. Preventing suicide in young schizophrenics who are drug abusers. *Subst Use Misuse* 2004; 39: 1437–1441.
78. Wasserman D. (eds.). *Suicide. An unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd; 2001.
79. Tatarelli R, Pompili M, Girardi P. *Suicide and Schizophrenia*. New York: Nova Biomedical Books; 2006: 1.
80. Kašpárek T. Suicidalita u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi* 2008; 9 (4): 166–167.
81. Meltzer HY, Alphas L, Green et al. Clozapin treatment for suicidality in schizophrenia: International Prevention Trial (InterSePt). *Arch Gen Psychiat* 2003; 60: 82–91.
82. Mulholland C, Lynch G, Cooper SJ et al. A double blind, placebo controlled trial of sertraline for depressive symptoms in stable, chronic schizophrenia. *Biol Psychiat* 1997; 42: 5.
83. Tatarelli R, Pompili M, Girardi P. *Suicide and Schizophrenia*. New York: Nova Biomedical Books 2006; 291.
84. Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R. Stigma as a cause of suicide. *Brit J Psychiat* 2003a; 183: 73–174.
85. Marder AR, Wirshing WC, Wirshing DA. New strategies with conventional antipsychotics. In: Bentliff s, de Souza, Rabson J (eds.) *Strategies for managing acute schizophrenia*. London: Ar-lond 2000; 211–214.
86. Drake RE, Bartels SJ, Torrey WC. Suicide in schizophrenia: Clinical approaches. In : William R, Dalby JT (eds.) *Depression in schizophrenics*. New York: Plenum publishing Corp; 1989; 171–183.
87. Cotton PG, Drake RE, Gates C. Critical treatment issues among schizophrenics. *Hosp Community Psych* 1985; 36: 534–536.
88. Tatarelli R, Pompili M, Girardi P. *Suicide and Schizophrenia. Psychosocial intervention for reducing risk in schizophrenia*. New York: Nova Biomedical Books 2006; 321.
89. Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ, Steiner D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 4.
90. Meltzer HY, Conley RR, De Leo D et al. Intervention strategies for suicidality. *J Clin Psychiat* 2003; 6: 1–16.

## referáty z literatury

**Demartini B, Camisasca M, Zuin M et al.**

### **A case of isoniazid-induced delirium**

(Případ deliria způsobeného isoniazidem)

*Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2013; 25 (2): E68–69

Jde o první zprávu o případu isoniazidem navozeného čistého deliria se všemi klinickými rysy podle kritérií DSM-IV.

Jednalo se o 56letého nemocného s dg. TBC pleuritis. Původně bylo delirium přisouzeno jaterní insuficienci, resp. jaterní encefalopatii v souvislosti se zneužíváním alkoholu. Italští autoři z lékařské fakulty univerzity v Miláně však potvrdili (po všech provedených vyšetřeních) úspěšné odeznění příznaků deliria teprve po přerušení léčby isoniazidem.

*MUDr. Jaroslav Veselý*

**Tomáš Petr, Eva Marková a kolektiv**

## **OŠETŘOVATELSTVÍ V PSYCHIATRII**



Publikace přináší komplexní obraz moderní psychiatrické ošetřovatel-ské péče. Cílem publikace je předat studentům oboru, vyučujícím a odborné veřejnosti informace o současných trendech v ošetřovatel-ské péči u nemocných v psychiatrii. Kniha přináší průřez psychiatrickou ošetřovatel-skou péčí od histo-

rie po současnost, přes problematiku duševního zdraví, současnou organizaci psychiatrické péče v České republice, symptomy duševních poruch, ošetřovatel-skou péči o osoby s duševními poruchami až po roli sestry na psychiatrii s jejími současnými kompetencemi. Publikace nahradí na trhu knihu *Psychiatrická ošetřovatel-ská péče*.

399 Kč, Grada Publishing, první vydání, 295 stran, černobíle, 165 x 240 mm, brožované

Objednávky: Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5, tel.: 257 326 178, e-mail: [objednavky@galen.cz](mailto:objednavky@galen.cz)  
Přímý prodej: Zdravotnická literatura, Lipová 6, 120 00 Praha 2, tel.: 224 923 115