

ŠIZOFRENIA SERGANČIOS PACIENTĖS SAVIŽUDIŠKO ELGESIO RAIŠKA. ATVEJO ANALIZĖ

Indrė Daubarytė¹, Evelina Stukaitė¹, Aida Kunigėlienė²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos akademijos Medicinos fakultetas,

²Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Kauno ligoninės Psichiatrijos klinika

Raktažodžiai: šizofrenija, savižudybė, suicidinės mintys, suicidinis elgesys.

Santrauka

Straipsnyje aprašomas 30 metų moters, sergančios paranoistine šizofrenija ir turinčios polinkį į savižudišką elgesį, klinikinį atvejį. Elgesys pakito nuo 13 metų. Ji tapo agresyvi, demonstratyvi, konfliktiška, dažnai elgdavosi ekscentriškai, grasindavo nužudysianti. 15 metų pirmą kartą stacionarizuota į psichiatrijos ligoninę dėl savęs žalojimo ir suicidinių minčių. Nustatyta šizotipinio sutrikimo diagnozė, skirtas medikamentinis gydymas. Pablogėjus psichikos būsenai, atsiradus klausos ir regos haliucinacijų, pacientė į psichiatrijos kliniką stacionarizuota antrą kartą, nustatyta diagnozė – paranoistine šizofrenija. Dėl psichomotorinio sujaukinimo, elgesio neadekvatumo, nuotaikos nepastovumo bei suicidinių tendencijų psichiatrijos klinikoje daug kartų gydyta pakartotinai įvairiais vaistų deriniais. Dabartinė pacientės hospitalizacija – penkiolikta, indikacija – bandymas nusižudyti išgėrus didelį kiekį medikamentų.

Įvadas

Savižudybė - sąmoningas savo gyvybės nutraukimas, savižalos būdais siekiant savo mirties [1]. Tai viena iš pirmaujančių ankstyvos mirties priežasčių pasaulyje, kuri pasiglemžia daugiau nei 1 milijoną žmonių per metus [2]. Savižudybė negali būti paaiškinta nei viena diagnoze, nei vienu ar keliais psichosocialiniais veiksniais. Tai kompleksinis reiškinys, apimantis psichologinius, sociologinius, psichiatrinius aspektus [3]. Tyrimai Jungtinėse Amerikos Valstijose rodo, jog apie 90 proc. savižudiško elgesio aukų turėjo psichiatrinių sutrikimų [4]. Žinoma, jog savižudybės rizika ir savižudiško elgesio tendencijos ypač dažnai pasikartoja tarp pacientų, sergančių šizofrenija [1]. Lyginant su bendrąja populiacija, sergančiųjų šizofrenija išgyvenamumas yra 10–25 metais mažesnis [5], o savižudybė yra pagrindinė

ankstyvos mirties priežastis [1], todėl svarbu suprasti ir įvertinti šizofrenija sergančių pacientų savižudybės rizikos veiksnius bei savižudiško elgesio tendencijas.

Tyrimo tikslas – pristatyti jaunos pacientės, sergančios paranoistine šizofrenija ir turinčios polinkį į savižudišką elgesį, klinikinį atvejį ir, remiantis mokslinės literatūros šaltiniais, išsiaiškinti šizofrenijos įtaką savižudiškam elgesiui, jo apraiškas bei rizikos veiksnius tarp šizofrenija sergančių pacientų.

Klinikinis atvejis

30 metų moteris po suicidinio bandymo skubos tvarka stacionarizuota į psichiatrijos kliniką, siekiant atlikti psichiatrinį ištyrimą, patikslinti diagnozę ir parinkti tinkamą gydymą.

Pacientė gimusi ir augusi disfunkcinėje šeimoje, psichotraumuojančioje aplinkoje. Turi 5 brolius ir 5 seseris, yra septintas vaikas iš vienuolikos vaikų šeimos. Pacientės mama piktnaudžiavo alkoholiu, propagavo asocialų gyvenimo būdą. Tėvas, būdamas 48 m., mirė nuo miokardo infarkto. Nuo 7 metų pacientė kartu su broliais ir seserimis gyveno vaikų globos namuose. Darželio nelankė, mokėsi spec. mokykloje pagal individualią programą. Baigė 10 klasių.

Nuo 13 metų pakito pacientės elgesys – ji tapo agresyvi, demonstratyvi, konfliktiška, dažnai elgdavosi ekscentriškai, grasindavo nužudysianti. Pacientė blogai miegodavo naktimis, triukšmaudavo, trukdydavo miegoti kitiems. Sunkiai keldavosi ryte, teigdavo jaučianti energijos stygių, tapo labai netvarkinga, tingi. Dėl chuliganizmo ir pabėgimų iš vaikų globos namų buvo įrašyta į policijos įskaitą. Paauglystėje kelis kartus gydyta ligoninėje dėl apsinuodijimo vaistais ir alkoholiu.

15 metų pirmą kartą buvo stacionarizuota į psichiatrijos ligoninę dėl grasinimų, kad iššoks per langą bei savižalos požymių (braižėsi rankas). Nustatyta diagnozė – šizotipinis sutrikimas. Gydymo metu stebėta teigiama dinamika, skirtas ambulatorinis gydymas.

Po vienerių metų psichikos būklė vėl pradėjo blogėti, atsirado elgesio ir emocijų sutrikimų, pacientė į psichiatrijos ligoninę buvo hospitalizuota antrą kartą. Prieš hospitalizavimą dažnai būdavo psichomotoriškai sujaudinta, agresyviai nusiteikusi aplinkinių atžvilgiu (smaugdavo vaikus, apmėtydavo juos akmenimis, konfliktuodavo su personalu, grasindavo nužudysianti). Pacientė išsakė klausos (girdi moterišką balsą, kuris liepia „sumušti, nužudyti“) bei regos (mato tamsų siluetą su ilgu apsiaustu ir plačiu gobtuvu) haliucinacijas. Hospitalizacijos metu nustatyta diagnozė – paranoidinė šizofrenija. Medikamentinio gydymo metu stebėta teigiama dinamika (dingo balsai, stabilizavosi nuotaika, pagerėjo miegas), tad pacientė išleista gydytis ambulatoriškai.

Būdama 17 metų dėl smurto sesers atžvilgiu teismo nartimi apie 2 m. priverstinai gydyta psichiatrijos ligoninėje. Po išrašymo apgyvendinta pensionate.

Praėjus mėnesiui, po konflikto su viena pensionato gyventoja išsakė suicidalinius ketinimus (teigė iššoksianti per langą), tad dėl elgesio neadekvatumo buvo stacionarizuota į psichiatrijos ligoninę. Skirtas medikamentinis gydymas tiapridu iki 300 mg/p ir kvetiapinu iki 400 mg/p. Koregavusis elgesiui, nesant psichozės požymių bei suicidalinių minčių, pacientė išleista, skirtas ambulatorinis gydymas.

Po trijų mėnesių pacientė pakartotinai hospitalizuota į psichiatrijos kliniką po suicidalinio bandymo (rasta užlipusi ant balkono krašto). Gydyta tiapridu iki 300 mg/p, risperidonu iki 4 mg/p, triheksifenidiliu iki 4 mg/p ir lorazepamu iki 5 mg/p. Pagerėjus psichikos būsenai, nesant aktyvios psichoprodukcijos bei suicidalinių tendencijų, išleista gydytis ambulatoriškai.

Praėjus savaitei, po konflikto su pensionato darbuotoja tapo psichomotoriškai sujaudinta, su kortele žalojosi riešų srityje. Kviesta GMP, pacientė stacionarizuota į psichiatrijos kliniką. Taikytas medikamentinis gydymas diazepamu iki 10 mg/p, karbamazepinu iki 200 mg/p, tiapridu iki 200 mg/p, risperidonu iki 4 mg/p, triheksifenidiliu iki 4 mg/p. Gydymo metu stebėta teigiama dinamika (susilpnėjo nerimas, stabilizavosi nuotaika, išnyko suicidalinės ir savęs žalojimo mintys). Pacientė išleista iš ligoninės, rekomenduota gydymą tęsti ambulatoriškai.

Dėl psichomotorinio sujaudinimo, aktyvios psichoprodukcijos, elgesio neadekvatumo, nuotaikos nepastovumo bei suicidalinių tendencijų pacientė psichiatrijos klinikoje pakartotinai gydyta dar 7 kartus įvairiais vaistų deriniais. Pastaroji hospitalizacija – prieš pusmetį (dėl agresijos ir smurtinių veiksmų kito asmens atžvilgiu). Stacionare taikytas medikamentinis gydymas haloperidoliu iki 10 mg/, triheksifenidiliu iki 4 mg/p, kvetiapinu iki 200 mg/p ir diazepamu iki 20 mg/p. Išvyko pagerėjus būsenai – elgesys koregavosi, neliko agresijos, aktyvios psichoprodukcijos, pagerėjo nakties miego

kokybę, atsirado motyvacija tęsti gydymą ambulatoriškai.

Šiuo metu su vyru gyvena šeimos krizių centre, turi 4 mėn. sūnų. Tarpasmeniniai santykiai su vyru – problematiški. Žinoma, jog šių metų sausio mėn. pacientė po konflikto su vyru išgėrė didelį kiekį įvairių medikamentų (olanzapino, mirtazapino, karbamazepino). Skubiosios pagalbos skyriuje suteikta pirmoji pagalba, esant intoksikacijai. Stabilizavusis somatinei būklei, pacientė stacionarizuota į psichiatrijos kliniką. Psichikos būseną hospitalizuojant: sąmoninga, tinkamai orientuota savyje, vietoje ir laike. Prasmingam verbaliniam kontaktui prieinama, tačiau nelinkusi bendradarbiauti, gynybiška. Mąstymas konkretus, stokojantis nuoseklumo ir produktyvumo. Dėmesio koncentracija silpna. Suicidines mintis nei patvirtina, nei neigia. Aktyvios psychopatologinės simptomatikos nekonstatuota. Būklės atžvilgiu nekritiška, bet gydytis sutinka. Hospitalizacijos pradžioje psichofarmakoterapija netaikyta dėl intoksijos reiškinių. Esant stabiliai somatinei būklei, vertinant psichikos būklę, pradėtas pagrindinės ligos gydymas neuroleptikais.

Diskusija

Šizofrenija yra liga, kuri pažeidžia mąstymo, valios ir emocijų sferas, dėl to šių pacientų savižudiško elgesio rizika yra itin didelė. Maždaug apie 20-42 proc. sergančiųjų šizofrenija bando nusizudyti ir turi savižudiško elgesio epizodų, o 10-15 proc. tai įvykdo [6].

1911 m. psichiatras E. Bleuleris apibūdino potraukį savižudybei kaip vieną iš rimčiausių šizofrenijos simptomų [7]. Potraukis savižudybei nebūtinai ja baigiasi, tačiau šis simptomas skatina nuolat pasikartojantį savižudišką elgesį, kuris turi įtakos pacientų ligos eigai, gydymo ypatumams ir yra vienas pagrindinių savižudybę skatinančių rizikos veiksnių [8].

Aprašytuojų klinikinio atveju galime stebėti daug savižudiško elgesio epizodų, kurie nuolatos kartojasi, tačiau savižudybe nesibaigia. Literatūroje pagrindine šizofrenija sergančių pacientų problema nurodoma ne savižudybė, o nuolatinis potraukis į savižudišką elgesį. Potraukį į savižudybę sergant šizofrenija skatina daugelis kompleksinių reiškinių. Pagrindiniai rizikos veiksniai, skatinantys savižudišką elgesį, sergant šizofrenija, yra pasireiškiančių simptomų sunkumas bei socialiniai veiksniai. Moksliniuose straipsniuose išskiriami šie rizikos veiksniai: jaunas amžius, vyriška lytis, vienišumas, nedarbingumas, pasikartojantis savižudiškas elgesys anamnezėje, žemas išsilavinimo lygis, alkoholio, psichotropinių medžiagų vartojimas, dažnas stacionarizavimas ligoninėje dėl šizofrenijos gydymo. Žmogus, sergantis šizofrenija, taip pat patiria specifinius šios ligos simptomus, kurie gali stipriai prisidėti prie savižudiško elgesio atsirandimo. Tokių elgesį skatinantys simptomai: haliucinacijos, mąstymo sutrikimai,

emocinis nestabilumas veda prie vienišumo, socialinės atskirties, nevirties, įkalinimo savo ligoje jausmo, kas sukelia potraukį į savižudybę [8].

Išskiriami teoriniai savižudiško elgesio modeliai, kuriuos pasitelkus galima geriau suprasti šio elgesio tendencijas bei rizikos veiksnius. Buvo išskirti ir aprašyti 13 teorinių modelių, kurių pagrindą sudarė trys savižudiško elgesio fazės: 1) predisponuojantys veiksniai, 2) prisidedantys veiksniai bei 3) savižudišką elgesį provokuojantys veiksniai. Prie pirmosios, predisponuojančių veiksnių fazės, buvo priskirta ir šizofrenijos diagnozė [9]. Išskiriami ir keletas šizofrenija sergančių pacientų suicidinio elgesio modelių. Vienas jų – schematinis savižudybių vertinimo modelis (SAMS). Remiantis šiuo modeliu buvo nustatyta, jog didžiausia dalis pacientų patiria potraukį į savižudybę dėl psichologinių išgyvenimų, t.y. dėl to, jog jaučiasi nugalėti savo ligos ir joje įkalinti, todėl atsiranda pasikartojantis savižudiškas elgesys [10]. Šių psichologinių veiksnių atsiradimą ypač skatina pozityvūs šizofrenijos simptomai, tokie kaip haliucinacijos ir kliesėsiai. Keliose studijose buvo nustatyti du pagrindiniai veiksniai, kurie gali prognozuoti šizofrenija sergančių pacientų pasikartojantį savižudišką elgesį, tai psichoziniai epizodai anamnezėje bei depresijos diagnozė [11].

Pasikartojantis savižudiškas elgesys sergant šizofrenija gali pasireikšti įvairiais būdais. Labiausiai akcentuojama jo forma – potraukis į savižudybę, mintys apie ją, bei planas įvykdyti savižudybę – tai viena pagrindinių savižudiško elgesio apraiškų. 26 literatūros studijose, apėmusiose 5079 sergančiuosius šizofrenija, buvo nustatyta, jog 34,5 proc. sergančiųjų jaučia nuolatinį potraukį į savižudybę, o planą tai padaryti skaičius varijavo tarp 6,4-13 procentų [8]. Pastebėta, jog šizofrenija sergantys pacientai šias mintis bei potraukį į savižudybę dažnai išreiškia verbaliniu būdu – grasinimais, kalbėjimu apie mirtį. Savižudiškas elgesys pasireiškia savęs žalojimu, agresyviu elgesiu su aplinkiniais rizikingu gyvybei elgesiu, tokiu kaip psichotropinių medžiagų vartojimas [12], kuris atsispindi ir mūsų klinikinio atveju. 2022 m. atliktame tyrime Norvegijoje tiriant 654 sergančius šizofrenija pacientus, vartojančius psichotropines medžiagas, buvo nustatyta, jog 14,4 proc. tiriamųjų turi savižudiškų minčių. Nustatyta, jog pacientams, turintiems psichikos sutrikimų, alkoholio vartojimas gali sukelti ryškų serotonino apykaitos sutrikimą, kuris siejamas su dažnesniais depresijos epizodais bei padidėjusia savižudiško elgesio rizika [13].

Nagrinėjamu klinikinio atveju, kaip pastebima ir literatūroje, akcentuojama, jog agresyvus elgesys bei savižudiški ketinimai ypač dažni hospitalizacijos metu ar iškart po paciento išrašymo iš ligoninės [14]. Literatūroje aprašoma, jog stacionarizavus pacientą, suicidinio elgesio pasikartojimo riziką skatina izoliacija bei socialinė atskirtis, pasunkėję

šizofrenijos simptomai (dažniausiai pacientai stacionarizuojami dėl psichozės epizodų, haliucinacijų ar depresijos epizodų, kurie jau savaime yra savižudiško elgesio rizikos veiksniai), traumuojanti patirtis [15].

Kaip minėta, savižudybė yra kompleksinis reiškinys, apimantis tiek psichiatrinius, tiek psichologinius ir socialinius veiksnius, todėl vieno algoritmo kaip ją prognozuoti ar jos išvengti nėra, tačiau stacionarizuojant šizofrenija sergantį pacientą, kurio anamnezėje yra pasikartojančio savižudiško elgesio rizikos veiksniai, reikėtų atkreipti dėmesį ne tik į farmakologinį gydymą, bet ir į psichoterapijos bei neuro-moduliacijos galimą naudą pacientui. Reguliarus psichikos sveikatos specialistų pacientų tikrinimas dėl savižudiško elgesio epizodų kartojimosi, gali būti viena efektyviausių priemonių, mažinančių savižudiško elgesio apraiškas [16].

Išvados

1. Pagrindiniai rizikos veiksniai, kurie skatina savižudišką elgesį sergant šizofrenija, yra socialiniai veiksniai (žemas išsilavinimo lygis, nedarbingumas, dažnas gydymasis ligoninėje) ir pozityvūs šizofrenijos simptomai (haliucinacijos, kliesėsiai, elgesio sutrikimai), kurie lemia socialinės atskirties ir vienišumo jausmą.

2. Dažniausiai pasikartojančios šizofrenija sergančių pacientų savižudiško elgesio apraiškos yra polinkis į savižudybę, mintys apie ją bei planas savižudybę įvykdyti. Tai pasireiškia verbaliniu būdu (grasinimais, kalbėjimu apie mirtį), savęs žalojimu, agresyviu elgesiu su aplinkiniais ar rizikingu gyvybei elgesiu.

Literatūra

1. Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *The American Journal of Psychiatry* 1999;156:1590-1595. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1590>
2. Carlborg A, Winnerbäck K, Jönsson EG, Jokinen J, Nordström P. Suicide in schizophrenia. *Expert Rev. Neurother* 2010;10(7):1153-1164. <https://doi.org/10.1586/ern.10.82>
3. Sher L, Kahn RS. Suicide in schizophrenia: an educational overview. *Medicina* 2019;55(7):361. <https://doi.org/10.3390/medicina55070361>
4. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* 2002;136(4):302-11. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-4-200202190-00010>
5. Dickerson F, Stallings C, Origoni A, Schroeder J, Khushalani S, Yolken R. Mortality in schizophrenia: clinical and serological predictors. *Schizophr Bull* 2014;40(4):796-803. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt113>
6. Kao YC, Liu YP. Suicidal behavior and insight into illness among

- patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Q* 2011;82(3):207-20.
<https://doi.org/10.1007/s11126-010-9161-z>
7. Moskowitz A, Heim G. Eugen Bleuler's dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. *Schizophrenia Bulletin* 2011;37(3): 471-479.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbr016>
 8. Bai W, Liu ZH, Jiang YY, Zhang QE, Rao WW, Cheung T, Hall BJ, Xiang YT. Worldwide prevalence of suicidal ideation and suicide plan among people with schizophrenia: a meta-analysis and systematic review of epidemiological surveys. *Translational Psychiatry* 2021;11:552.
<https://doi.org/10.1038/s41398-021-01671-6>
 9. Oliván ID, Segovia AP, Barrigón ML, Muñoz LJ, García EB. Theoretical models of suicidal behaviour: a systematic review and narrative synthesis. *The European Journal of Psychiatry* 2021;35:181-192.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2021.02.002>
 10. Taylor PJ, Gooding PA, Wood AM, Johnson J, Pratt D, Tarrier N. Defeat and entrapment in schizophrenia: the relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry Research* 2010;178(2):244-248.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.10.015>
 11. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry* 2018;187(1):9-20.
<https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.9>
 12. Davis S, Patil J, Aziz S, Chaudhury S, Saldanha D. Suicidal behavior in schizophrenia: a case series. *Industrial Psychiatry Journal* 2021;30(1):230-234.
<https://doi.org/10.4103/0972-6748.328868>
 13. Andersson HW, Lilleeng SE, Ruud T, Ose SO. Suicidal ideation in patients with mental illness and concurrent substance use: analyses of national census data in Norway. *BMC Psychiatry* 2022;22:1.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03663-8>
 14. SanSegundo MS, Cascales RF, Bellido JH, Bravo MP, Cucarella JO, Kennedy HG. Prediction of violence, suicide behaviors and suicide ideation in a sample of institutionalized offenders with schizophrenia and other psychosis. *Frontiers in Psychology* 2018;9:1385.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01385>
 15. Wang W, Luo C, Aseltine RH, Wang F, Yan J, Chen K. Survival modeling of suicide risk with uncertain diagnoses and a cure fraction. *Statistics in Biosciences* 2023;40(3):320-363.
<https://doi.org/10.1007/s12561-023-09374-w>
 16. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 2016;387(10024):1227-39.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

EXPRESSIONS OF SUICIDAL BEHAVIOUR IN PATIENT WITH SCHIZOPHRENIA. CASE ANALYSIS

I. Daubarytė, E. Stukaitė, A. Kunigėlienė

Keywords: schizophrenia, suicide, suicidal ideation, suicidal behavior.

Summary

This article represents clinical case of a 30 year old women with paranoid schizophrenia who has tendency towards suicidal behaviour. Patient's behaviour changed at the age of 13 when she started showing signs of social isolation. Patient became aggressive, demonstrative, confrontational, frequently exhibited eccentric behaviour, and made threats of suicide. At the age of 15, she was first hospitalized in a psychiatric hospital due to self-harm and suicidal thoughts, and was diagnosed with schizotypal disorder, receiving medical treatment. As a consequence of worsening of her mental state and appearance of auditory and visual hallucinations, patient was hospitalized for the second time in a psychiatric clinic, and diagnosis was paranoid schizophrenia. Due to psychomotor agitation, inappropriate behaviour, mood instability and suicidal tendencies, the patient in psychiatry clinic has undergone multiple treatments with various combinations of medication. Current hospitalization is fifteenth for the patient, and indication for that is attempted suicide by consuming large amount of medication.

Correspondence to: evelin.stukaite@gmail.com

Gauta 2023-08-08