

RIZIKO SUICIDIA U PACIENTŮ S PSYCHOTICKOU PORUCHOU JE MENŠÍ, NEŽ UDÁVÁ VĚTŠINA UČEBNIC – PRVNÍ ČÁST

souborný článek

Ester Ťupová¹
Jan Vevera^{1,2}

¹Psychiatrická klinika Fakultní
nemocnice Plzeň

²Psychiatrická klinika Lékařské
fakulty v Plzni, Univerzita Karlova,
Plzeň

Kontaktní adresa

MUDr. Ester Ťupová
Psychiatrická klinika FN Plzeň
alej Svobody 80
304 60 Plzeň
e-mail: tupovae@fnplzen.cz

SOUHRN

Ťupová E, Vevera J. Riziko suicidia u pacientů s psychotickou poruchou je menší, než udává většina učebnic – první část

Cíl: Suicidalita u pacientů s psychózou představuje závažný společenský problém. Ve většině psychiatrických učebnic užívaných v České republice je uváděno deseti-procentní riziko sebevraždy u nemocných s psychotickým onemocněním. Cílem této práce bylo přinést aktuální informace o rizicích sebevražd u pacientů trpících psychózou.

Materiály a metody: V databázích Web of Science, OVIDSp, Scopus a PubMed byl využit vyhledávací řetězec s klíčovými slovy (sebevražednost OR suic*) AND (psychóza OR psychosis OR psychotic*) AND (long-term OR dlouhodobé studie). Do výběru jsme zařadili jen studie zahrnující pacienty po první hospitalizaci pro psychotickou poruchu, protože tento přístup eliminuje zkreslení způsobené různou dobou sledování a trvání nemoci. Vyloučeny byly knihy, kapitoly z knih a disertační práce.

K datu 6. 1. 2020 bylo získáno 1081 studií. Po vyloučení duplicit, úvodníků, komentářů a souhrnných článků jsme našli od roku 1995 do roku 2020 5 retrospektivních a 10 prospektivních studií.

Výsledky: Od roku 1995 do roku 2020 jsme našli 5 retrospektivních a 10 prospektivních studií sledujících sebevražednost u pacientů s psychózou.

Studie s nejvyšší metodologickou kvalitou zahrnující několik tisíc pacientů

SUMMARY

Ťupová E, Vevera J. The risk of suicide in patients with psychotic disorder is less than textbooks indicate – part one

Objective: Suicidality in patients with psychosis is a serious social issue. In most psychiatric textbooks used in the Czech Republic, there is a ten percent risk of suicide in patients with a psychotic illness. The aim of this work was to bring up-to-date information about the risks of suicide in patients suffering from mental illness.

Methods: In the following databases, i.e. Web of Science, OVIDSp, Scopus, and PubMed, a search string containing the keywords (suicide OR suic*) AND (psychosis OR psychosis OR psychotic*) AND (long-term OR long-term study) was used. Only studies including patients after the first hospitalization for a psychotic disorder were included in the review as this approach eliminates any potential bias caused by different durations of the illness and its monitoring. Books, book chapters and dissertations were excluded from the review.

As of 6/1/2020, 1,081 studies were obtained. After having excluded duplicates, editorials, commentaries, and summary articles, 5 retrospective and 10 prospective studies from 1995 to 2020 were found.

Results: From 1995 to 2020, 5 retrospective and 10 prospective studies tracking suicide in patients with psychosis were found.

Studies of the highest methodological quality involving several thousand

po dobu sledování 2 až 10 let udávají, že 0,9 až 1,9% pacientů spáchalo sebevraždu. Studie sledující pacienty po výrazně delší dobu (follow-up 19 až 25 let) zjistily, že míra sebevražednosti se pohybuje mezi 6,4 a 8%. Tyto studie ale zahrnují jen nízké stovky pacientů a můžeme předpokládat větší vliv různých selekčních bias, které diskutujeme.

Závěr: Celoživotní riziko sebevraždy u pacientů s psychózou je nižší, než se udává ve většině učebnic. Není to častěji citované rozmezí 10 až 15%, ale spíše 5%. Tento rozdíl je důležitý, protože nadhodnocení rizika sebevraždy může přispívat k pesimistickým postojům vůči úzdravě jak u pacientů, tak z hlediska poskytovatelů péče.

Klíčová slova: dlouhodobé studie, první epizoda psychóz, sebevražda, schizofrenie, riziko sebevražednosti.

patients with a monitoring period of 2 to 10 years indicated that 0,9% to 1,9% of patients committed suicide. The studies focusing on monitoring patients for a significantly longer period (follow-up 19 to 25 years) revealed a high suicide rate, which ranged from 6,4% to 8%. However, these studies included only a few hundreds of patients and greater influence can be assumed of the various selection biases discussed.

Conclusion: The lifetime risk of suicide in patients with psychosis is lower than that reported in most textbooks. It is not the commonly quoted range of 10 to 15%, but rather more than 5%. This distinction is important as the overestimation of the suicide risk may contribute to pessimistic attitudes toward recovery, both among the patients and the caregivers.

Key words: first episode of psychosis, long-term studies, risks for suicide, schizophrenia, suicide, suicidality.

ÚVOD

Suicidalita (lat. sebevražedné jednání) představuje závažný společenský problém nejen v České republice, ale i v celé Evropě. Již filozof a státník Tomáš Garrigue Masaryk v díle *Der Selbstmord als soziale Massenerscheinung der Gegenwart* z roku 1878 (*Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty, český překlad 1904*)¹ analyzoval stoupající tendence k sebevraždám v moderní společnosti. Příčiny stále rostoucího trendu sebevražd se snažil nalézt v přírodních, geografických, hospodářských i sociálních faktorech, které na tehdejší společnost působily. Hlavní a nejsilnější důvod této „choroby“, jak ji Masaryk nazýval, však viděl v úpadku zbožnosti lidí v současné společnosti a v nedostatku mravních zákonů, kterými by se mohli řídit.

Zahraniční² i české studie^{3,4} ukazují, že duševní nemoc je ve všech diagnostických skupinách rizikovým faktorem pro suicidium (lat. sebevražda). Přítomnost duševního onemocnění v osobní anamnéze je jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů pro spáchání sebevraždy.⁵

Nejnámější údaj o celoživotním riziku sebevraždy u nemocných s psychózou vycházel z Milesova přehledového článku,⁶ který uváděl 10%. Tento údaj citovaly i mnohé moderní učebnice psychiatrie užívané v České republice.^{7–11}

Cílem této systematické rešerše odborné literatury bylo přinést aktuální informace o rizicích sebevražd u pacientů trpících psychózou.

MATERIÁLY A METODY

Tato přehledová práce vycházela ze systematické rešerše literatury publikované od 1. 1. 1995 do 6. 1. 2020. Vyhledávací řetězec obsahující klíčová slova příslušná ke zkoumání rizika sebevražednosti (sebevražednost OR suic*) AND (psychóza OR psychosis OR psychotic*) AND (long-term OR dlouhodobé studie) byl aplikován v databázích Web of Science, OVIDSp, Scopus a PubMed.

V databázích byla klíčová slova upravena podle specifického vyhledávacího systému. Vybrány byly pouze recenzované časopisy. Vyloučeny byly knihy, kapitoly z knih, komentáře, review a disertační práce (obr. 1).

Kritéria pro zařazení studií do rešerše byla stanovena takto:

- 1) diagnózy – schizofrenie, schizoafektivní porucha nebo další psychotické poruchy schizofrenního spektra (podle MKN-10 revize, F2X), které byly vybrány k omezení selekce studií používajících obecný pojem psychózy,
- 2) prvozáchyty psychóz (first episode of psychosis, FEP) definované prvním kontaktem v rámci léčby bez ohledu na trvání neléčené psychózy, do kterých byly započítány i časný nástup psychóz (early-onset psychosis, EOP), aby bylo eliminováno zkreslení způsobené různou dobou sledování a trváním nemoci,
- 3) dlouhodobé studie se sledovacím obdobím trvajícím minimálně 2 roky a více,
- 4) statistická analýza suicidality u psychóz v rámci klinické studie,
- 5) studie publikované v anglickém jazyce.

Tab. 1. Retrospektivní studie

Název studie, autor, rok	Místo	N = x (follow up)	Sebevražednost	Ostatní výsledky
Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. (Fenton et al., 1997) ¹²	Rockville, USA	295 pacientů 187 sch. dg. 87 SCHAP 15 Psychot. p. 33 Schizotyp. p. (18,8 roku)	Sebevražda u psychóz 19 (z 295) – 6,4 % M11/F8 u sch. dg 10 (z 174) – 6 %	40 % suic. ideace, 23 % suic. pokus sebevraždy u: SCHAP 7/78 – 9 % Psychot. p. 1/13 – 8 % Schizotyp. p. 1/30 – 3 %
Prevalence and predictors of suicide attempt in an incidence cohort of 661 young people with first-episode psychosis. (Robinson et al., 2009) ¹³	Australia	661 pacientů (2 roky)	Sebevraždu spáchalo 6 (z 661) pacientů – 0,9 % M5/F1	pokus o sebevraždu 93 (14,3 %), během léčby -57 (8,7 %), 1 pokus -48 (84,2 %), > 1 pokus -9 (15,8 %)
Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. (Dutta et al., 2010) ¹⁴	London, England	2723 pacientů (11,5 roku)	Sebevražda u 53 pacientů HMS = 53/2723 = – 1,9 %	Umřelo 444 pacientů, PMR proporcionální mortalita 53/444 11,9 % 40/13 M/F 169,7/100 000 osoboroků
Suicides in males after the first episode of schizophrenia. (Ceskova et al., 2011) ¹⁵	Czech Republic	162 M pacientů (10 let)	Sebevražda u 7 (ze 162) mužů – 4,3 %	–
Does duration of untreated psychosis predict very long term outcome of schizophrenic disorders? results of a retrospective study (Primavera et al., 2012) ¹⁶	Italy	80 pac. (původně 115 pac.) M 52 / F 28 (25,2 ± 8,68 roku)	35 pacientů bylo vyřaze- no pro úmrtí, přestěho- vání atd. (nelze vyloučit jiné příčiny než úmrtí na sebevraždu)	Bez signifikantního roz- dílu mezi „krátkým“ DUP (0,16 ± 0,77) a „dlouhým“ DUP (0,20 ± 0,53) ohledně průměrného počtu suic. pokusů

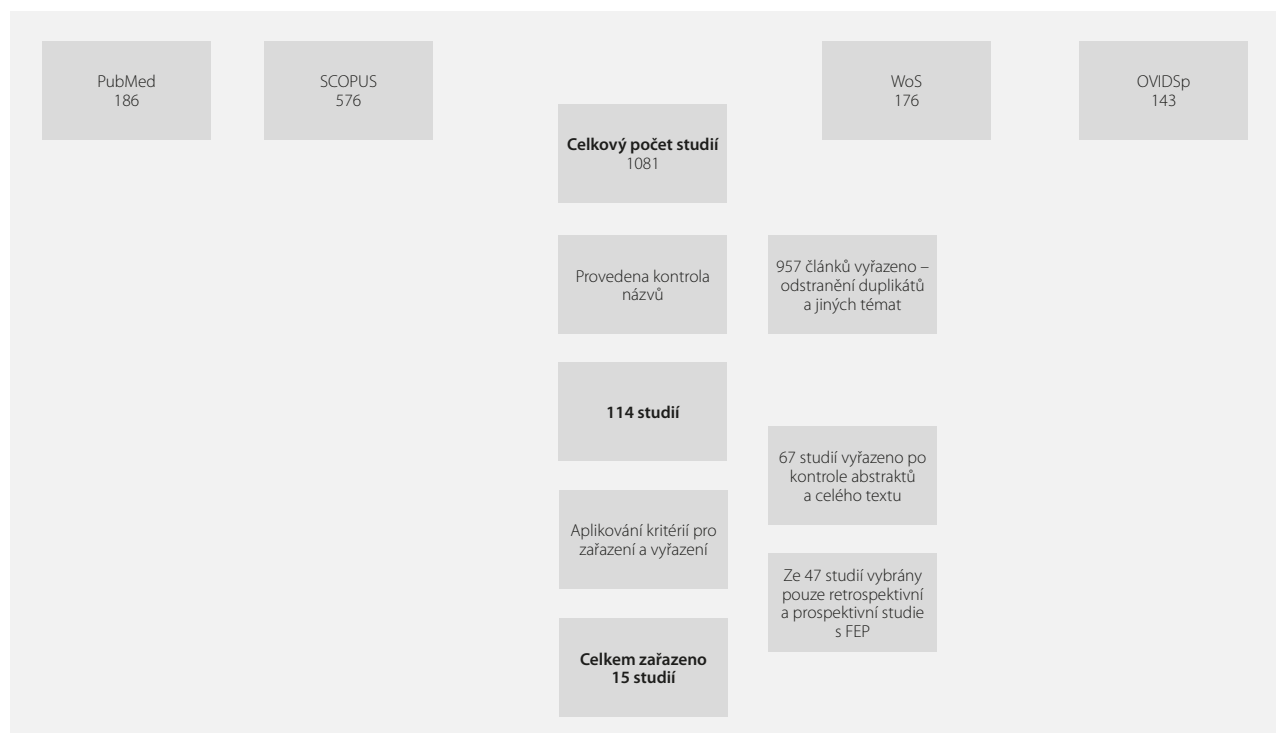
Pozn.: DUP – duration of untreated psychosis / trvání neléčené psychózy. HMS/CFR – Hrubá míra smrtnosti / Case Fatality Rate. PMR – Proportionate Mortality Ratio / Proporcio-
nální mortalita. M – male/muži. F – female/ženy. SCHAP – schizofektivní porucha.

Nebyla použita žádná omezení stran designu studií nebo stran metodologie a statistického zpracování sebevražednosti u psychóz.

Tímto postupem jsme získali 1081 studií, z toho 186 studií z PubMed, 576 ze SCOPUS, 176 z WoS a 143 z OVIDSp. Během kontroly názvů došlo k odstranění duplikátů a následně byly vyřazeny studie s jinými

hlavními tématy (např. farmakologické studie nebo studie zabývající se primárně psychotickými symptomy u deprese). Následovala kontrola abstraktů a plného znění studií. Došlo k redukci počtu studií na 15 studií (obr. 1).

Podle typu jsme studie rozdělili na 5 retrospektivních (tab. 1) a 10 prospektivních (tab. 2).



Obr. 1. Vývojový diagram

Tab. 2. **Prospektivní studie**

Název studie, autor, rok	Místo	N = x (follow-up)	Sebevražednost	Výsledek
ABC Schizophrenia Study: Depression in the long-term course of schizophrenia (an der Heiden et al., 2005) ¹⁸	Germany Denmark	232 FEP 107 pacientů (12 let)	Umřelo 24 (z 232) pacientů – 10,7 % (nelze vyloučit jiné příčiny než úmrtí na sebevraždu)	Depresivní symptomy: suic. ideace a pokusy u 99 pacientů do 1. roku 47 pac. po 1. roce 31 pac.
Suffolk County Mental Health Project: Long-term diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia (Bromet et al., 2005) ¹⁹ Mortality among first-admission patients with psychosis (Craig et al., 2005) ²⁰	United States	Z 567 pacientů: 235 sch. dg. 143 BAP 83 psychot. deprese. 100 jiná psychóza (10 let)	Celkově spáchalo sebevraždu 8 (z 567) pacientů – 1,4 % , 4 (z 235) pacienti se sch. dg 1,7 %	Sebevraždu spáchali: 2 pacienti s psychot. depresí (2/83) 2 pacienti s jinou psychózou (2/100) Absolutní mortalita všech skupin 2,8–6,7 %. 60 % nepřírozené úmrtí u sch. dg
Attempted suicide predicts suicide risk in schizophrenia spectrum psychosis (Carlborg et al., 2010) ²¹	Stockholm, Sweden	224 pacientů M 77 / F 147 (25 let)	Celkově spáchalo sebevraždu 18 (z 224) – 8 % , M 9/77 – 11,7 %, F 9/147 – 6,1 %	Pokusy o sebevraždu 82/224–37 %, M 32 %, F 39 %. Počet pac. – smrt z jiné příčiny 48/224–21 %
Suicide attempts at the time of first admission and during early course schizophrenia: A population based study (Levine et al., 2010) ²²	Israel	2293 pacientů (4–7 let)	Celkově zemřelo 85 (z 2293) pacientů – 3,7 % , počet suic. celkově neuveden	Riziko suic. pokusu 8,5 % (n = 196) v době 1. psychiatrické hospitalizace a po dimisi, 6,6 % (n = 151) během období sledování.
Suicide attempt in first-episode psychosis: a 7.4 year follow-up study. (Robinson et al., 2010) ²³	Melbourn, Australia	413 pacientů (7,4 roku)	Celkově spáchalo sebevraždu 12 (z 413) pac. – 2,91 %	61 suic. pokusů 12 dokonalejších sebevražed
Seventeen-year clinical outcome of schizophrenia in Bali (Kurihara et al., 2011) ²⁴	Bali, Indonesia	59 pacientů (17 let)	Sebevraždu spáchal 1 (z 59) pacient – 1,7 %	Celkově umřelo 15 pac. (F/M 11/4), prům. věk 35,7 roku – předčasná úmrtí, na somatickou příčinu 13 pac., 1× náhodné úmrtí. SMR 4,85
Depressive symptoms in first-episode psychosis: A 10-year follow-up study (Sönmez et al., 2016) ²⁵	Oslo, Norway	299 pacientů (10 let)	28 (z 299) pacientů umřelo během sledování – 9,3 % (nelze vyloučit jiné příčiny než úmrtí na sebevraždu)	Sebevražednost (hodnocení dle škály PAS – myšlenky, plány, pokusy) prům. skóre 1,58 (SD 0,83). Skupina pac. s FEP s perzistentními depresivními sympt. vykazovala vyšší riziko sebevraždy (CDSS-suicide 0,79 (0,740)) v následném období.
„Lundby study“: Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947–1997. (Holmstrand et al., 2016) ²⁶	Lund, Sweden	Z 3563 pacientů: 131 pac. s psychózou, 508 s depresí, 427 se závislostí na alkoholu 72/59 M/F psychózy (50 let)	9 pac. spáchalo suic. (7/2 M/F) Dlouhodobé riziko sebevražednosti u psychotické onemocnění bez komorbidit 3,1 % , s komorbiditami 10,4 % (deprese, abusus alkoholu)	Dlouhodobé riziko sebevražednosti u obecné populace bez psych. dg. 0,3 %, muži s depresí + závislostí na alkoholu 16,2 %, závislost na alko. 4,7 %, deprese 6 %
Schizophrenia in a high-security hospital: long-term forensic, clinical, administrative & social outcomes (Darjee et al., 2017) ²⁷	Edinburgh, Scotland	169 pacientů (10 let)	Sebevraždu spáchal 1 pacient (z 169) – 0,5 %	11 úmrtí z celku (6,5 %)

Pozn.: CDSS – Calgary Depression Scale for Schizophrenia. FEP – First Episode of Psychosis / prvozáchyty psychóz. SMR – *Standardized Mortality Rate* / Standardizovaná míra úmrtnosti. SD – Standard deviation / Směrodatná odchylka. M – male/muži. F – female/ženy.

VÝSLEDKY

Retrospektivní studie

V USA Fenton et al.¹² zkoumali vztah mezi pozitivními nebo negativními příznaky a sebevražedným chováním u pacientů se schizofrenií a poruchami schizofrenního spektra v kohortové studii s délkou follow-up v průměru 19 let. Z 295 pacientů s psychotickou poruchou 6,4 %

zemřelo sebevraždou, 23 % se o sebevraždu pokusilo a 40 % uvedlo sebevražedné myšlenky. U diagnostické skupiny schizofrenie spáchalo suicidium dokonce ještě méně pacientů – 10 ze 174, a to necelých 6 %.

Velká australská studie Robinsonové et al.¹³ sledovala sebevražednost a její prediktory u všech pacientů s FEP (N = 661), léčených v Melbourne mezi lety 1998 a 2000. Do studie byli zařazeni jak pacienti s diagnózami F2X, tak pacienti s afektivními poruchami s psychotickou produkci, kteří jsou v anglofonní literatuře označováni jako

pacienti s afektivní psychózou (affective psychosis). Silnou stránkou studie bylo, že se jednalo o kohortu, do které byli zařazeni všichni pacienti z Melbourne. Do studie se tak dostali i pacienti, kteří se běžně do klinických studií nedostanou. Jsou například léčeni ambulantně, nespolupracují na terapii nebo k ní mají obtížný přístup a zneužívají návykové látky. Autoři zjistili, že 0,9 % pacientů (pět mužů a jedna žena) zemřelo v důsledku sebevraždy během prvních dvou let léčby. O sebevražedný pokus se před léčbou pokusilo 14,3 % pacientů a 8,7 % tak učinilo během léčby, přičemž většina pacientů (84,2 %, 48/57 pacientů) spáchala jeden pokus, 9 pacientů (15,8 %) spáchala dva nebo více pokusů.¹³ I když předchozí suicidální pokus je silný prediktor suicidálního rizika a zvyšuje riziko dalšího suicidálního pokusu podle studie 45krát (poměr šancí, odds ratio, OR 45), méně než třetina (28 %) pacientů s anamnézou předchozího suicidia se pokusila o suicidium znovu během léčby. Dalšími významnými rizikovými faktory byly komorbidní zneužívání návykových látek (OR 13,6), sexuální zneužívání (OR 8,5) a také zlepšení náhledu na onemocnění.

Největší studie z tohoto přehledu byla práce Dutton et al.¹⁴ zahrnující podobně jako předchozí australská studie všechny pacienty z definovaných spádových území (catchment area) v Anglii a Skotsku, kterých bylo celkem 2723. Během 5 let zemřelo sebevraždou 1,9 % pacientů (N = 53). I když nejvyšší sebevražednost byla první rok od začátku onemocnění, riziko suicidia přetrvávalo i nadále s mediánem 5,6 roku. Sebevraždy se vyskytovaly 12krát častěji než v celkové populaci Anglie a Walesu. A to dokonce i deset let od začátku onemocnění, tedy v době, kdy je klinické sledování méně intenzivní, zůstávalo riziko sebevraždy téměř 4krát vyšší než v obecné populaci.

Z oblasti střední Evropy jsme našli pouze českou studii Čechové et al. z roku 2011.¹⁵ Autoři analyzovali rizikové faktory u 162 pacientů – mužů po první epizodě schizofrenie, hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení Fakultní nemocnice v Brně. Po 10letém sledování zemřelo 4,3 % mužů (N = 7) sebevraždou.

V italské studii Primavera et al.¹⁶ zkoumali u 80 pacientů, jaký vliv má trvání neléčené psychózy (Duration of Untreated Psychosis, DUP) na suicidalitu. Mezi tzv. „dlouhým“ DUP (trvání neléčené psychózy bylo více než jeden rok) a tzv. „krátkým“ DUP (trvání neléčené psychózy bylo rok nebo méně) nebyl zjištěn žádný signifikantní rozdíl, pokud šlo o průměrný počet pokusů o sebevraždu. Osoby s delším DUP ale měly celkově horší průběh onemocnění. Toto zjištění je opakovaně potvrzené i v naší souhrnné práci na téma dlouhodobého průběhu psychózy.¹⁷

Prospektivní studie

Prospektivních studií v rešerši bylo celkem 10 (tab. 2).

An der Heiden et al.¹⁸ v německo-dánské studii, „ABC Schizophrenia Study“, identifikovali 232 pacientů hospitalizovaných pro psychózu, z nichž pro první epizodu psychózy bylo hospitalizováno 107 pacientů. Primárním cílem studie založené v roce 1987 nebyla sebevražednost, ale objasnění věkových rozdílů mezi pohlavími při nástupu psychotické poruchy, studium časného nástupu psychózy a průběhu psychotického onemocnění. Autoři

potvrdili, že u žen dochází k propuknutí psychotických symptomů o 3 až 4 roky později. To se ale týkalo žen, v jejichž rodinách se nevyskytovala výrazná genetická zátěž. Čím větší byla genetická zátěž, tím časněji onemocnění propuklo. Autoři také sledovali průběh onemocnění, kdy zjistili, že po 12 letech zemřelo 24 osob, tedy 10,4 %. Příčiny smrti autoři neuvádějí. Je ale málo pravděpodobné, že by všechna úmrtí byla zapříčiněna sebevraždami. Spíše je možné, že některá z nich jsou důsledkem kardiovaskulárních nebo onkologických onemocnění, nebo dokonce důsledkem dopravních nehod, což odpovídá běžnému trendu v populaci. Hlavním cílem části studie, kterou publikovali autoři An der Heiden et al.,¹⁸ bylo zmapování výskytu depresivních symptomů (a to i suicidia) a jejich vlivu na průběh schizofrenie. Téměř každý ze 107 pacientů s FEP zažil depresivní symptomy (s výjimkou jednoho nemocného). U třetiny pacientů (30–35 %) se depresivní symptomy objevovaly v kterémkoli měsíci sledovaného období (12 let). Během psychotické epizody byly depresivní symptomy časté přibližně u 50 %. Studie potvrdila korelaci mezi množstvím depresivních příznaků během psychotické epizody a četností recidiv hospitalizace i její délkou.

Přelomovou studií v epidemiologii schizofrenie byla studie „Suffolk County Mental Health Project“, založená v r. 1989 Evelyn Brometovou a jejím týmem.^{19,20} Jedná se o observační studii pacientů přijatých k první psychiatrické hospitalizaci. Byla to první studie svého druhu v USA, která do tohoto sledování zapojila všech 12 existujících lůžkových programů v dané oblasti. Sebevraždou zemřelo v této studii po deseti letech 1,7 % pacientů se schizofrenií.

Ve švédské studii Calborga et al.²¹ zemřelo sebevraždou během 25letého sledování 8 % z 224 pacientů a pětina (21 %) zemřela z jiných příčin. Celková úmrtnost při sebevražedných pokusech byla u mužů 11,7 % (9/77) a u žen 6,1 % (9/147). Většina sebevražd (61 %) byla násilných (skoky, oběšení se, udušení se a vrhnutí se před vlak). 18 % osob, které se dříve pokusily o sebevraždu, zemřelo sebevraždou oproti 2 % osob bez sebevražedných pokusů. Autoři potvrdili, že předchozí sebevražedný pokus je důležitým rizikovým faktorem sebevraždy. Dále zjistili, že riziko dokonané sebevraždy bylo téměř třikrát vyšší u mužů než u žen s anamnézou suicidálního pokusu. V celém vzorku pacientů sebevražedný pokus v anamnéze zvedal poměr šancí dokonané sebevraždy 10krát. Na druhou stranu autoři připouštěli, že skutečnost, že pouze 18 % pacientů se sebevražedným pokusem nakonec sebevraždou zemřelo, snižuje praktickou klinickou užitečnost tohoto prediktoru.

Registrová studie Levina et al.²² zahrnující údaje o všech pacientech poprvé hospitalizovaných v Izraeli pro schizofrenii (N = 2293) byla primárně zaměřena na rizikové faktory sebevražedného pokusu. Autoři zjistili, že během první hospitalizace či po propuštění bylo riziko suicidálního pokusu 8,5 %. Během 4 až 7letého sledování toto riziko kleslo na 6,6 %. Téměř třetina (31,6 %) pacientů, kteří spáchali suicidální pokus při první hospitalizaci, tento pokus zopakovala. Nejsilnějšími prediktory suicidálního pokusu byly ženské pohlaví, univerzitní vzdělání a absence manželského svazku. Tato triáda zvyšovala

pravděpodobnost sebevražedného pokusu 13krát (OR 13,46). Ženské pohlaví je rizikovým faktorem pro sebevražedný pokus. Muži, včetně pacientů s psychózou, umírají sebevraždou častěji, protože sebevražedné pokusy u mužů častěji vedou ke smrti, a tudíž nejsou do studií prediktorů zařazeni. Počet sebevražd nebyl předmětem této studie, ale během sledování zemřelo 85 pacientů. Z registrových dat nebylo možné zjistit příčiny úmrtí, ale i kdyby všichni zemřeli sebevraždou, což je vrcholně nepravděpodobné, jednalo by se o 3,7 %.

V části shrnující retrospektivní studie jsme popsali výsledky Melbournské retrospektivní studie.¹³ Její autoři **Robinsonová et al.**²³ na stejném místě realizovali i velkou prospektivní studii, zahrnující 413 pacientů s průměrnou délkou sledování 7,4 roku. Zde zaznamenali 61 suicidálních pokusů a 12 dokončených sebevražd. Sebevražednost tedy byla 2,91 %.

V malé prospektivní studii **Kurihara et al.**,²⁴ která zahrnovala 59 pacientů z Bali při 17letém sledování, spáchal 1 pacient suicidium, 13 lidí zemřelo v důsledku somatické příčiny a 1krát bylo přítomno náhodné úmrtí. Průměrný věk pacientů při úmrtí byl 35,7 roku, což naznačovalo, že úmrtí byla předčasná. Delší DUP bylo spojeno s nadměrnou úmrtností. Autoři ovšem sdělují, že se do studie dostali pouze hospitalizovaní pacienti. A odhadují, že se asi polovina pacientů trpících schizofrenií k léčbě nedostala vůbec. Předpokládáme, že jejich prognóza, včetně suicidalidy, byla podstatně horší.

Norská práce, Sönmez et al.²⁵ zahrnující celkem 299 pacientů s FEP si pokládala otázku, zda tito pacienti náchylní k depresivním příznakům při první léčbě měli v následujících letech odlišnou prognózu. Skupina s perzistentními depresivními příznaky v prvním roce léčby vykazovala vyšší riziko sebevraždy v následném období, z čehož vyplynula důležitost včasné léčby depresivních symptomů.

Švédská „Lundby study“²⁶ má v psychiatrické epidemiologii jedinečné postavení. Jedná se o nejdelší komplexní prospektivní studii celé komunity. Sledovala všechny obyvatele města Lund a okolí od roku 1947 až do roku 1997, tedy 50 let. Jejím cílem bylo popsat prevalenci, incidenci, přirozený průběh a rizikové faktory duševních poruch. Původní diagnostický proces byl později srovnán s DSM-IV s uspokojivými výsledky. Mimo jiné autoři zkoumali i dlouhodobé sebevražedné riziko. U osob bez psychiatrické diagnózy bylo toto riziko 0,3 %, u pacientů s psychotickým onemocněním 3,1 %, u těch se závislostí na alkoholu 4,7 % a u pacientů s depresí 6,0 %.²⁶ Tyto výsledky se však týkaly pouze pacientů bez dalších komorbidit. Pokud ale pacienti s psychózou trpěli dvěma a více komorbiditami (např. depresí či závislostmi), bylo riziko suicidia 10,4 %. Nejsilnějším rizikovým faktorem byla ovšem komorbidita deprese a zneužívání alkoholu u mužů, která vedla ke zvýšení rizika sebevraždy na 16,2 %.

Skotská studie²⁷ sledovala 10 let 169 forenzních pacientů odsouzených za násilné činy. **Darjee et al.**²⁷ zaznamenali pouze jednu sebevraždu a 11 úmrtí z celku (6,5 %). Je zřejmé, že tato data nejsou přenositelná na běžnou populaci.

DISKUSE

Studie v našem výběru,^{14,15} metaanalýzy^{28,29} a přehledové články^{30,31} ukazují, že údaj 10% celoživotní míry sebevražednosti uváděný v mnoha učebnicích je nadhodnocený.

Metodicky nejkvalitnější studie se sledováním několika tisíc pacientů po dobu 2 až 11 let nalézají 0,9%¹³ až 1,9 %¹⁴ pacientů zemřelých sebevraždou. Studie sledující pacienty po výrazně delší dobu (follow-up 19 až 25 let) zjistily, že míra sebevražednosti se pohybuje mezi 6,4 %¹² a 8 %.²¹ Tyto studie ale zahrnují jen nízké stovky pacientů a můžeme předpokládat větší vliv různých zkreslení.

V druhé části tohoto textu pojednáme nejen o selekčních bias, ale budeme se rovněž detailněji zabývat metodologickými limitacemi studií sebevražednosti u pacientů s psychózou.

V naší přehledové práci byla „Lundby study“²⁶ studií s nejdelším sledováním – follow-up 50 let. Zjistila riziko sebevraždy 3,1 %. Pokud ale pacienti s psychózou trpěli dvěma a více komorbiditami (především depresemi a závislostmi), riziko vzrostlo na 10,4 %.²⁶

Tyto výsledky jsou v souladu s novějšími výzkumy, které celoživotní riziko sebevraždy odhadují na 5 %.^{31,32}

Nejvyšší riziko spáchání suicidia je v prvním roce onemocnění, ale riziko přetrvává i později. Britská studie¹⁴ zjistila, že riziko suicidia přetrvávalo s mediánem 5,6 roku. Toto riziko zůstávalo 4krát vyšší než u obecné populace, a to dokonce i 10 let po první manifestaci FEP, tedy v době, kdy klinické sledování rizika sebevraždy mohlo být méně intenzivní.

Důvody nadhodnocení rizika sebevraždy

Domníváme se, že **hlavním důvodem** může být fakt, že učebnice přejímají tradiční data. Desetiprocentní mortalita je uváděna u studií z počátku dvacátého století, například u klasické studie Manfreda Bleulera z Curychu³³ a rovněž ze Spojených států, z tehdy nově otevřených Phippsových klinik na Univerzitě Johnse Hopkinse (Phipps Clinic Johns Hopkins University).³⁴ Podobně vysoké riziko je rovněž u pacientů s chronickým průběhem psychózy.^{33,35,36} U těchto pacientů na rozdíl od pacientů s FEP lze očekávat kromě horšího průběhu základního onemocnění také opakované hospitalizace a více komorbidit na psychiatrickém lůžku, které podle zahraničních údajů zvyšují riziko suicidia.^{3,26} Winkler et al.³ potvrdili zvýšenou míru sebevražednosti v průběhu hospitalizace a v době krátce po jejím ukončení rovněž u českých pacientů.

Dalším důvodem je možná **záměna proporcionálního a celoživotního rizika**. Duttová et al.¹⁴ se domnívají, že nadhodnocení je způsobeno záměnou smrtnosti (letality) ve smyslu sebevražednosti (podíl pacientů, kteří zemřeli sebevraždou, z celého vzorku pacientů) za proporcionální mortalitu – sebevražednost. Hrubá míra smrtnosti HMS (CFR, case fatality rate, poměr počtu pacientů s psychotickou poruchou zemřelých sebevraždou s počtem všech pacientů s touto poruchou za určité období) v jejich studii byla u všech zkoumaných pacientů po pěti letech 1,9 % (53 z 2723). Naproti tomu proporcionální mortalita (PMR, proportionate mortality ratio, poměr počtu zemřelých sebevraždou u pacientů s psychózou ve srovnání s počtem

všech úmrtí u osob s diagnostikovanou chorobou za určité období) byla 11,9 % (53 z 444).¹⁴

Skutečnost, že nejvyšší riziko sebevraždy je právě v prvním roce onemocnění FEP,¹⁴ se může také podílet na nadhodnocení sebevražedného rizika. Nejvíce údajů je totiž právě z prvního roku sledování. Pokud se tato nejvyšší hodnota bere jako základ pro modely vypočítávající celoživotní riziko, může to vést k jeho nadhodnocení.

Změna diagnostických kritérií a diagnostického procesu v průběhu dekád psychiatrické péče byla v „Lundby study“²⁶ později srovnána s DSM-IV s uspokojivými výsledky. Tyto změny by tedy neměly mít vliv na nadhodnocení rizika sebevraždy.

Postupný vývoj psychofarmak, zejména antipsychotik, by mohl být příčinou pro nadhodnocené riziko zmiňované u Bleulera.³³ Milesův přehledový článek⁶ z r. 1977 již měl zahrnutý studie s pacienty léčenými psychofarmaky. Je však pravděpodobné, že kombinace novodobé farmakoterapie s psychosociálními intervencemi snižuje riziko suicidia, čemuž se budeme více věnovat v druhém díle článku.

Naše přehledová práce byla limitována tím, že se každá studie zaměřovala nejen na problematiku statistického údaje suicidalitu, ale i na rizikové faktory, popř. další komorbidity, a na porovnání s jinými duševními chorobami. Studie měly různou dobu sledování (follow-up 7,4 roku versus 50 let) a různé počty proměnných (např. počty vzorků – pacientů N = 59 versus N = 2723).

Náš přehled jsme začali připomenutím Masarykovy sociologické práce na téma sebevraždy,¹ kde autor toto chování označil za „chorobu“. Současná psychiatrie ale otevírá dveře pro **medicinalizaci mnoha sociálních problémů**.³⁷ To se týká i sebevražednosti. K prevenci sebevražednosti nestačí jen intervence zaměřené na duševní zdraví,

protože část sebevražd není způsobena jen zdravotními problémy.^{38,39} Nadměrná medicinalizace sebevražd navíc znamená, že větší pozornost je věnována zdravotnickým intervencím, čímž se zmenšuje význam souvisejících sociokulturních a ekonomických faktorů. Právě psychosociální intervence otevírají cestu ke zlepšení sebevražednosti.⁴⁰ Proto je částečně nutné zbavit suicidalitu nálepky „choroby“ a zaměřit se i na intervence cílené na **faktory psychosociální**. I tomu se budeme věnovat detailněji v druhém díle tohoto textu.

ZÁVĚR

Z psychiatrických učebnic užívaných v České republice bylo a stále je známo desetiprocentní riziko sebevraždy u nemocných s psychotickým onemocněním. Novější práce ale toto riziko redukovaly na polovinu, tj. na 5%.^{31,32} České výsledky jsou možná ještě optimističtější. Jediný údaj z ČR pocházel z mužské kohorty sledované Českovou et al.,¹⁵ ve které byla udávána míra sebevražednosti 4,3%. Podle zahraničních studií je potvrzeno, že u pacientů trpících schizofrenií je rizikovým faktorem pro spáchání sebevraždy mužské pohlaví. Pokud by tedy studie zahrnovala ženy, domníváme se, že by toto riziko bylo nižší. Přejímání zahraničních dat, která jsou kromě medicínských faktorů ovlivněna i faktory psychosociálními, s sebou nese velká rizika. Konkrétně nadhodnocení rizika sebevraždy může přispívat k další stigmatizaci, auto-stigmatizaci a k vyšší stresové zátěži pacientů a jejich rodin. Podrobně bude nutné prozkoumat i další údaje tradované v naší literatuře. Například uváděné 10 až 25% riziko sebevraždy u pacientů s bipolární afektivní poruchou⁷ naše pacienty a jejich rodiny možná zbytečně straší.

LITERATURA

- Masaryk TG. Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty (5). Praha: Masarykův ústav AV ČR 2002: 221.
- Mortensen PB, Agerbo E, Erikson T et al. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *The Lancet* 2000; 355 (9197): 9–12.
- Winkler P, Mladá K, Csémy L et al. Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: a nationwide case control study. *Journal of Affective Disorders* 2015; 184: 164–169.
- Dzúrová D, Vevera J, Motlová L et al. Analysis of Parasuicide, Psychiatric Care and Completed Suicides, Implications for Intervention Strategy (Czech Republic, 1996–2000). *International Journal of Public Health* 2008; 53: 139–149.
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *Ameta-analysis*. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170 (3): 205–228.
- Miles CP. Conditions predisposing to suicide: A review. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1977; 164: 231–246.
- Höschl C, Libiger J, Švestka J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis 2002: 895.
- Uhrová T, Roth J. *Neuropsychiatrie: klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi*. Praha: Maxdorf 2020: 965.
- Praško J. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis 2011: 514.
- Raboch J, Pavlovský P. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum 2012: 466.
- Papežová H. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. 2. vydání. Praha: Maxdorf 2023: 49.
- Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ et al. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *The American Journal of Psychiatry* 1997; 154 (2): 199–204.
- Robinson J, Cotton S, Conus P et al. Prevalence and predictors of suicide attempt in an incidence cohort of 661 young people with first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43 (2): 149–157.
- Dutta R, Murray RM, Hotopf M et al. Re-assessing the Long-term Risk of Suicide after a first episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67 (12): 1230–1237.
- Ceskova E, Prikryl R, Kasperek T. Suicides in males after the first episode of schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2011; 199 (1): 62–64.
- Primavera D, Bandecchi C, Lepori T et al. Does duration of untreated psychosis predict very long term outcome of schizophrenic disorders? Results of a retrospective study. *Annals of General Psychiatry* 2012; 11 (1): 1–6.
- Volavka J, Vevera J. Very long-term outcome of schizophrenia. *Int J Clin Pract* 2018; 72 (7): 13094.
- An der Heiden W, Könnecke R, Maurer K et al. Depression in the long-term course of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2001; 255 (3): 174–184.
- Bromet EJ, Naz B, Fochtmann LJ et al. Long-term diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005; 31 (3): 639–649.
- Craig TJ, Ye Q, Bromet EJ. Mortality among first-admission patients with psychosis. *Compr Psychiatry* 2006; 47 (4): 246–251.
- Carlborg A, Jokinen J, Nordström AL et al. Attempted suicide predicts suicide

- risk in schizophrenia spectrum psychosis. *Nord J Psychiatry* 2010; 64 (1): 68–72.
22. Levine SZ, Bakst S, Rabinowitz J. Suicide attempts at the time of first admission and during early course schizophrenia: a population based study. *Psychiatry Res* 2010; 177 (1–2): 55–59.
 23. Robinson J, Harris MG, Harrigan SM et al. Suicide attempt in first-episode psychosis: a 7.4 year follow-up study. *Schizophr Res* 2010; 116 (1): 1–8.
 24. Kurihara T, Kato M, Reverger R et al. Seventeen-year clinical outcome of schizophrenia in Bali. *Eur Psychiatry* 2011; 26 (5): 333–338.
 25. Sönmez N, Røssberg JI, Evensen J et al. Depressive symptoms in first-episode psychosis: a 10-year follow-up study. *Early Interv Psychiatry* 2016; 10 (3): 227–233.
 26. Holmstrand C, Bogren M, Mattisson C et al. Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947–1997. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 132 (6): 459–469.
 27. Darjee R, Øfstegaard M, Thomson L. Schizophrenia in a high-security hospital: long-term forensic, clinical, administrative & social outcomes. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2017; 28 (4): 525–547.
 28. McGinty J, Sayeed Haque M, Uptegrove R. Depression during first episode psychosis and subsequent suicide risk: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res* 2018; 195: 58–66.
 29. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D et al. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; 74 (7): 694–702.
 30. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups*. *Dan Med Bull* 2007; 54 (4): 306–369.
 31. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol* 2010; 24 (4): 81–90.
 32. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick, JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62: 247–253.
 33. Bleuler M. *The Schizophrenic Disorders: Long Term Patient and Family Studies*. SM New Haven: Conn Yale University Press 1978: 553.
 34. Stephens JH, Richard P, McHugh, PR. Long-term follow-up of patients hospitalized for schizophrenia, 1913 to 1940. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185 (12): 715–721.
 35. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull* 1990; 16: 571–588.
 36. Tsuang MT. Suicide in schizophrenics, manics, depressives, and surgical controls: a comparison with general population suicide mortality. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 153–155.
 37. Frances A. *Savingnormal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life*. *Psychotherapy in Australia* 2013; 19 (3): 14–18.
 38. Pridmore S. Medicalisation of suicide. *The Malaysian journal of medical sciences*. *MJMS* 2011; 18 (4): 78.
 39. Milner A, Sveticic J, De Leo D. Suicide in the absence of mental disorder? A review of psychological autopsy studies a cross countries. *International Journal of Social Psychiatry* 2013; 59 (6): 545–554.
 40. Nichtová A, Vevera J. Viktimizace pacientů s psychotickým onemocněním (I.). *Čes a slov Psychiat* 2024; 120 (2): 84–92.

referáty z literatury

Siah C-JR, Kua EH, Goh Y-SS

The impact of restorative green environment on mental health of big cities and the role of mental health professionals

(Vliv posilujícího zeleného prostředí na duševní zdraví ve velkých městech a role odborníků na duševní zdraví)
Curr Opin in Psychiatry 2022; 35 (3): 186–191

Cílem přehledné studie singapurských autorů z National University of Singapore bylo poskytnout nejnovější náhledy na účinnost zeleného prostředí (včetně lesa, lesoparku, apod., dále jen zelené prostředí) na duševní zdraví městského obyvatelstva. Pozornost byla též věnována roli odborníků na duševní zdraví v obhajování posilujících léčeb zelení.

Studie posuzované autory v tomto článku potvrdily benefity pro duševní zdraví u jedinců, kteří se šli se zeleným prostředím. Výsledky studií prokázaly, že účastníci

referovali významně vyšší pozitivní účinky. Se zájmem o globální oteplování klimatu v poslední době mají profesionálové na duševní zdraví rozhodující roli v ovlivnění městských plánovačů ohledně významu zeleného prostředí. V Singapuru jsou dva příklady, kdy experti na duševní zdraví spolupracují s vládními agenturami pro „Město v přírodě“: projekt „Léčebná zahrada“ a program „Léčebný deštný les“.

Benefity zeleného prostředí jsou zdůrazněny obzvláště na základě psychické pohody. Ve světle nebezpečí oteplování klimatu tento přehled autorů nahlíží potřebu pro městské plánovače spolupracovat s profesionály na duševní zdraví při utváření vysoce kvalitních zelených prostor, když plánují výstavbu budoucího města. Je naléhavá potřeba lepší konzultace mezi zdravotními agenturami a místní městskou správou při vytvoření žádoucího rozmanitého zeleného prostředí uvnitř města.

MUDr. Jaroslav Veselý