

## MANAGEMENTUL COMPLEX AL RISCULUI SUICIDAR ÎN SCHIZOFRENIE

Oleg ȚURCANU<sup>1</sup>, Gabriela MELNIC-ȚURCANU<sup>1</sup>,  
Oleg COBÎLEANCI<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie, or. Chișinău

<sup>2</sup>USMF Nicolae Testemițanu

### Summary

#### **Complex management of suicide risk in schizophrenia**

The study has summarized principles of support for suicide risk assessment of persons suffering from schizophrenia, stating that the detection and prevention of suicidal behavior in patients with this disease is as important as the analysis of many aspects of this phenomenon to set up guidelines of anticipation of dramatic events. Thus a careful study will seek existential context of these patients with major potentially destructive circumstances such as lack of support, social isolation, hospitalization, and deterioration of health after a steady period of work before illness occurrence, cases of rejection, low external support or complete lack of it, family stress or instability. In complex or individually, each situation mentioned above may become a risk factor for suicide in patients with schizophrenia.

**Key words:** suicidal behavior, risk factors, detection and prevention.

### Резюме

#### **Тактика действий при суицидальном риске у лиц, страдающих шизофренией**

В данном исследовании обобщены принципы оценки суицидального риска у лиц, страдающих шизофренией, подчеркивая, что своевременное выявление и предупреждение суицидального поведения у данной категории пациентов также важно, как и анализ многих аспектов этого феномена. Таким образом, тщательное исследование будет искать в экзистенциальном контексте этих больных обстоятельства, имеющие наиболее разрушающий эффект, такие как: социальная изоляция, госпитализация, ухудшение здоровья после повышенной активности до заболевания, низкая внешняя поддержка или полное её отсутствие, семейный стресс или нестабильность. В комплексе или индивидуально, каждая упомянутая выше ситуация может стать фактором риска суицида у пациентов с шизофренией.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, факторы риска, выявление и предупреждение.

În pofida eforturilor considerabile ale științelor medicale și a marilor progrese în farmacoterapia schizofreniei, rata de suicid în rândul pacienților cu schizofrenie rămâne alarmant de mare, astfel că preocuparea specialiștilor de a înțelege și a preveni comportamentul suicidar la pacienții marcați de această boală este la fel de importantă ca și analiza numeroaselor aspecte ale acestui fenomen din care să rezulte orientări clare de prevenire.

Pe parcursul timpului, au fost identificați mai mulți factori asociați cu suicidul în schizofrenie, dar tentativele de a identifica pacienții cu risc crescut până acum au produs prea multe rezultate fals-pozitive pentru a fi utile din punct de vedere clinic. Cu toate acestea, identificarea factorilor de risc este o tactică majoră pentru prezicerea și prevenirea suicidului.

Specialiștii au convenit unanim că pacientul cu schizofrenie care comite suicid este tânăr, de sex masculin, care niciodată nu a fost căsătorit, cu un premorbid bun, cu o depresie postpsihotică și un istoric de abuz de substanțe și tentative de suicid. În contextul existențial al acestor bolnavi se pot regăsi o serie de circumstanțe cu un înalt potențial distructiv: lipsa de speranță, izolarea socială, spitalizarea, deteriorarea sănătății după un nivel ridicat de funcționare înainte de îmbolnăvire, niște pierderi recente sau situații de respingere, sprijinul extern redus sau inexistent, stresul de familie sau de instabilitate. În complex sau în parte, fiecare dintre situațiile citate se pot manifesta ca factor de risc pentru suicid la pacienții cu schizofrenie. Sinucigașii schizofrenici, de obicei, au teamă de deteriorarea în continuare a sănătății mentale, au experiență fie de dependența excesivă față de tratament sau pierderea credinței în tratament.

O analiză recentă de sistematizare a factorilor de risc pentru schizofrenie și suicid [5] a identificat, în baza a 29 de studii relevante, 7 factori de risc înalt: tulburările depresive în antecedente (OR = 3.03, 95% CI = 2.06 - 4.46), tentativele anterioare de suicid (OR = 4.09, 95% CI = 2.79 - 6.01%), abuzul de droguri (OR = 3.21, 95% CI = 1.99 - 5.17), agitația sau neliniștea motorie (OR = 2.61, 95% CI = 1.54 - 4.41), teama de dezintegrare mentală (OR = 12.1, 95% CI = 1.89 - 81.3), tratamentul necorespunzător (OR = 3.75, 95% CI = 2.20 - 6.37), o pierdere recentă (OR = 4.03, 95% CI = 1.37 - 11.8).

Un risc redus de suicid s-a dedus pentru asocierea cu halucinații (OR = 0,5, 95% CI = 0.35-0.71), halucinațiile imperative nefiind un factor de risc independent, dar au crescut riscul la cei deja predispuși la suicid. În general, suicidul a fost mai puțin asociat cu simptomele de bază ale psihozei și mai mult cu simptome afective, agitație, precum și conștientizarea că boala a afectat funcția mentală.

## Evaluarea riscului suicidar va include deci următoarele momente de suport:

### a. Tulburările depresive anterioare și cele curente

Depresia, ca o stare sau un sindrom, este frecvent prezentă la persoanele cu schizofrenie, dar indiferent de aceste evidențe clinice inconfundabile, depresia este deseori subdiagnosticată și sub-tratată anume la pacientul schizofrenic. Cercetătorii au sugerat ca depresia poate servi atât ca un factor de stress, cât și ca unul de declanșare a comportamentului suicidar în rândul persoanelor cu schizofrenie [4]. Mai mult, depresia profundă, starea de spirit depresiv și lipsa de speranță sunt potențate de ideățiile suicidare specifice acestor bolnavi.

Ratele ridicate de tulburare depresivă majoră în rândul persoanelor cu schizofrenie au impus-o drept cerință pentru diagnosticul de tulburare schizoafectivă, mulți cercetători identificând dispoziția depresivă și disperarea drept componente importante ale comportamentului suicidar. Cele relevate au fost demonstrate prin faptul că preparatele antidepressive pot fi utilizate în mod eficient pentru tratarea depresiei, fără a produce o creștere a simptomelor psihotice [8], dar ele sunt încă subutilizate la acest contingent de risc. Un moment important este ca depresia, adesea mascată sau confundată cu simptomele negative sau efectele secundare ale medicamentelor, să fie identificată prin întrebări specifice.

Nu toate tentativele de suicid și suicidele în schizofrenie sunt declanșate de depresie, dar tratamentul psihologic și psihofarmacologic al depresiei joacă un rol important în prevenirea comportamentului suicidar în schizofrenie, de aceea evaluarea clinică pentru detecția semnelor și simptomelor de depresie este esențială. De altfel, depresia trebuie să fie tratată atât psihofarmacologic, cât și prin intervenții cognitive-comportamentale și psihosociale.

Aspectele legate de depresie în schizofrenie sunt, în general, diferențiate în funcție de momentul în care acestea apar în timpul episoadelor psihotice – simultan cu psihoza sau ca un fenomen „depresiv postpsihotic”. Acest din urmă sindrom a fost raportat ca fiind deosebit de relevant pentru riscul de suicid.

Corelarea clară a suicidului cu simptomatologia depresivă în schizofrenie a impus reconsiderarea acestui sindrom, care a devenit o țintă importantă a strategiilor terapeutice. Catamneza efectuată de Siris (1995) pe 30 de studii estimează rata depresiei ca fiind variabilă între 7% și 65%, cu o medie de 25%. Leff (1990) a considerat depresia din schizofrenie ca fiind de tip secundar, descriind 3 tipuri psihopatologice:

- reacție la ameliorarea simptomelor psihotice pozitive (conștientizarea bolii și, implicit, a gravității acesteia);
- pierderea capacității de comunicare, direct proporțională cu retracția autistă și pierderea independenței eului;
- simptomatologie acută și independentă, evoluând după episodul acut.

Plecând de la premisa că la aproximativ 2/3 din pacienții cu schizofrenie perioada prodromală conține depresie, au fost reconsiderate obiectivele terapeutice din episodul acut de schizofrenie, astfel că ameliorarea cogniției și conservarea afectivității ocupă un loc important, alături de simptomele pozitive.

Importanța depresiei în psihopatologia schizofreniei aduce la apel și o serie de elemente neurobiologice particulare, ce pot explica parțial și comportamentul de tip suicidar, acestea fiind încadrate în nivelele de vulnerabilitate ale bolnavilor predispuși să dezvolte schizofrenie.

Specialiștii anunță despre o **vulnerabilitate neurobiologică primară** [7], care include:

- anomalii ale sistemelor enzimatică presinaptice care determină un deficit de sinteză a dopaminei și/sau serotoninei, generând dezechilibre în DA/5-HT, obiectivate prin antecedente familiale pozitive pentru boala Parkinson, comportament violent sau autoagresiv și tendința spre adicție;
- deficitul transportorilor dopaminergici la nivelul striatumului și cortexului prefrontal, cunoscută fiind relația de modulare ierarhică între nivelul dopaminei din ganglionii bazali și cortexul frontal. Acest deficit la nivelul ganglionilor bazali deprivează de informație cortexul prefrontal, determinând sindrom hipometabolic frontal, acompaniat de depresie primară de tip frontal, acompaniată de simptome negative și cognitive și corelată semnificativ cu anomaliile de neurodezvoltare;
- scăderea semnificativă a nivelului de transmisie serotonergică, deficitul de serotonină fiind un marker important pentru comportamentul de tip suicidar;
- anomalii genetice receptorale dopaminergice, obiectivate parțial prin studii de farmacogenetică, ce antrenează efecte secundare importante ale medicației antipsihotice, cu reducerea semnificativă a complianței terapeutice.

Am punctat aceste detalii, deoarece evaluarea bolnavului schizofren se poate completa cu anumite teste specifice, ce se pot dovedi utile în aprecierea globală a unui asemenea bolnav. Perspectiva reperelor neurobiologice oferă o nouă abordare pentru înțelegerea comportamentului autodestructiv în rândul pacienților cu schizofrenie și oferă o bază pentru programele de screening, altele decât utilizând factorii de risc care sunt, de obicei, parte a evaluării clinice.

Spre exemplu, concentrațiile scăzute de serotonină metabolitului acidului

5-hidroxiindolacetic (5-HIAA) în lichidul cefalorahidian (LCR) sunt asociate cu un comportament suicidar la pacienții cu boli depresive și cu schizofrenie. Aceste constatări au furnizat dovezi pentru o asociere între funcția de serotonergică și suicid și a sugerat un rol în schizofrenie al medicamentelor cu efecte serotonergice.

### **b. Tentativele anterioare de suicid**

Aceste tentative sunt un **factor de risc semnificativ** pentru suicid și astfel se impune o maximă vigilență medicală în perioada imediat următoare extrinării din spital, deoarece pacienții cu schizofrenie, de obicei, au trecut printr-o stare de lipsă de speranță și o demoralizare în acest timp, iar externarea din spital de multe ori înseamnă pierderea mediului spitalicesc și oamenii care, într-un fel, au devenit un element central în viața lor. Numărul de spitalizări în psihiatrie, care sunt de obicei mai mari în rândul pacienților care au avut tentative de suicid, poate indica o boală severă recurentă și deci un risc înalt de suicid.

### **c. Conștientizarea maladiei și riscul de suicid**

Conceptul de *conștientizare* a fost întotdeauna un pilon în nomenclatura neuropsihiatrică, însă doar recent în definiția acestuia s-au regăsit cele trei aspecte componente: gradul de conștientizare a bolii, gradul de conștientizare a necesității tratamentului și, cel mai dramatic, conștientizarea consecințelor tulburărilor mintale instalate [1].

Nivelul gradului bazal de conștientizare a bolii, conform unor studii solide, a fost asociat cu un risc crescut de comportament suicidar, dar pe măsura îmbunătățirii în continuare a gradului de conștientizare în perioada de supraveghere riscul de comportament suicidar s-a diminuat, deoarece s-a ameliorat o altă componentă de esență – s-a redus sau a dispărut disperarea. Astfel, se poate spune cu certitudine că gradul de conștientizare a bolii este într-adevăr asociat cu un risc crescut de suicid în această categorie de bolnavi, dar numai în cazul în care conștientizarea degradează spre disperare generată de varia motive reale sau imaginare. De aceea, eforturile de recuperare prin psihoterapie, prin suportul medicației antidepressive au reale implicații pozitive în prognosticul bolnavului care atinge un grad înalt de conștientizare a bolii, dar care este ajutat să depășească disperarea cu privire la nivelul de funcționare premorbidă și amploarea declinului în funcționare în raport cu această capacitate premorbidă.

Implicațiile clinice ale acestor constatări trebuie să fie luate în calcul la evaluarea primară a bolnavului cu schizofrenie, precum trebuie să fie analizată cu atenție ideea suicidară și lipsa de speranță pe tot parcursul bolii lor, în special în cazul în care s-a reușit îmbunătățirea gradului de sensibilizare cu privire la orice aspect al bolii.

În plus, deși îmbunătățirile în perspectivă sunt adesea strâns legate de îmbunătățiri pe mai multe dimensiuni clinice, trebuie să lucrăm judicios atunci când ne străduim să creștem o perspectivă la pacienții cu alți factori de risc, cum ar fi vârsta tânără și un declin considerabil de la nivelul premorbid de funcționare. Există un interval extrem de dificil pe care persoanele diagnosticate cu schizofrenie trebuie să-l treacă până să ajungă la un acord cu ceea ce s-a pierdut odată cu debutul bolii lor. Magnitudinea sentimentului de

pierdere este determinată de mai mulți factori, dar urmărind și guvernând acest proces, putem evalua mai bine riscul relativ pentru acești pacienți și putem interveni categoric în prevenirea unor mari drame umane, care diferă mult de la caz la caz.

### **d. Formele și simptomele schizofreniei ca factori de risc**

Există simptome clinice sau subtipuri ale bolii, care sunt asociate cu suicid și care ar putea servi ca indicatori de pericol de suicid. O serie de simptome, în general, indică pericolul de suicid indiferent de diagnostic. Simptomele depresive au fost deja abordate, dar acestea coexistă frecvent cu simptome de anxietate. Anxietatea, precum s-a remarcat demult, contribuie la suicid în depresia postpsihotică, iar comorbiditatea cu atacuri de panică a fost asociată cu rate de suicid mai mare la pacienții cu schizofrenie. Suicidul s-a corelat frecvent cu agitația psihomotorie și neliniștea, teama de dezintegrare mintală care, dacă este prezentă, prezice suicidul cu un raport de cote de 12:1.

Schizofrenia este o boală de heterogenitate considerabilă, de aceea s-au realizat multiple încercări pentru a diferenția subtipuri. În ceea ce privește suicidul, subtipurile clasice de schizofrenie paranoidă, catonică, hebefrenică și nediferențiată nu par a fi de importanță. Andreasen și Olsen diferențiază schizofrenia pozitivă, negativă și mixtă, adunând chiar unele dovezi pentru o corelație slabă negativă între simptomele pozitive și, prin urmare, schizofrenia pozitivă și suicid. O altă tipologie a fost concepută de către Crow, care a diferențiat tipul I de sindroame în schizofrenie, echivalent cu schizofrenia acută, și tipul II, echivalent cu stările de defect. Dar nici unul dintre cele relevate nu se poate considera sindromul specific, în schimb evoluția bolii, recidivele frecvente, o mare severitate a bolii, o diminuare drastică în funcționarea socială și profesională și o conștientizare realistă a efectelor deteriorative ale bolii sunt factorii de risc suicidar specifici în schizofrenie [3].

Se instrumentează, de asemenea, mai multe moduri de a clasifica pacienții suicidari și multe dintre aceste tipologii sunt aplicabile în cazul acestora. De exemplu, o tipologie de diferențiere a fost propusă cu privire la metodele de suicid, „dură” și „moale”, apoi și o tipologie etică bazată pe rolul unui clinician în procesul suicidar, și o tipologie sociologică care să reflecte nivelul social al integrării sociale și reglare morală. Utilitatea clinică a tuturor acestor tipologii pentru estimarea riscului de suicid pare a fi limitată, același lucru este valabil pentru diferențierea dintre suicidul unic, suicidul extins și comportamentul suicidar.

### **e. Simptomele pozitive și cele negative ca factori de risc suicidar în schizofrenie**

Pentru înțelegerea tulburărilor psihice și a deosebirilor potențiale dintre diferitele tipuri de tulburări psihice, diferențierea în simptome pozitive și negative a devenit un factor-cheie. Simptomele pozitive

se referă la realitatea denaturării flagrante, cum ar fi psihoză (iluzii și/sau halucinații) și dezorganizarea/tulburarea de gândire formală. Simptomele negative se referă la sărăcia de exprimare și atenuarea afectului. Un al treilea tip de simptome grupate implică tulburări neurocognitive sau deficite cognitive (gândirea rigidă și lentoarea proceselor). Distincția dintre simptomele pozitive și negative a fost făcută inițial de către Hughlings Jackson, Kraepelin fiind cel care a formulat tulburarea pe care noi acum o numim „schizofrenie”, ca o demență precoce – debut marcat de o evoluție clinică deteriorată. În atenția cercetătorilor și clinicienilor s-au impus astfel simptomele cele mai flagrante și dramatic pozitive – halucinații, iluzii și dezorganizare/tulburare de gândire formală – ca principale componente ale schizofreniei.

Prin urmare, evaluarea riscului suicidar în cazul bolnavului cu schizofrenie trebuie să se efectueze sub diferite aspecte și să ia în calcul toate momentele relevante în cadrul acestei alocațiuni ca fiind factori sau circumstanțe ce pot sugera gradul de risc căruia se expune la moment sau care planează pentru viitorul apropiat sau mai îndepărtat al unui bolnav schizofrenic.

### Concluzii

1. În pofida progreselor esențiale ale terapiei complexe a bolnavilor cu schizofrenie, ratele de suicid în rândul acestui grav contingent rămân alarmant de mari peste tot în lume, indiferent de nivelul de dezvoltare a serviciilor specializate din diferite state.

2. Preocuparea specialiștilor de a înțelege și a preveni comportamentul suicidar la pacienții marcați de această boală este la fel de importantă ca și analiza numeroaselor aspecte ale acestui fenomen, din care să rezulte orientări clare de prevenire.

3. În contextul existențial al acestor bolnavi se pot regăsi o serie de circumstanțe cu un major potențial distructiv: lipsa de suport, izolarea socială, spitalizarea, deteriorarea sănătății după un nivel ridicat de funcționare înainte de îmbolnăvire, niște pierderi recente sau situații de respingere, sprijinul extern redus sau inexistent, stresul de familie sau de instabilitate. În complex sau în parte, fiecare dintre situațiile citate se pot manifesta pe poziția de factor de risc pentru suicid la pacienții cu schizofrenie.

4. În general, suicidul a fost mai puțin asociat cu simptomele de bază ale psihozei și mai mult cu simptome afective, agitație, precum și cu gradul de conștientizare a faptului că boala a afectat funcția mentală.

5. Evoluția bolii, recidivele frecvente, o mare severitate a bolii, o diminuare drastică în funcționarea socială și profesională și o conștientizare realistă a efectelor deteriorative ale bolii sunt factorii de risc suicidar, specifici schizofreniei.

### Bibliografie

1. Amador X.F., Kronengold, *Understanding and Assessing Insight*. In: *Insight and Psychosis*. 2nd edition. Edited by Amador X, David A. New York: Oxford University Press; 2004.
2. Correa H., Duval F., Mokrani M.C., Bailey P., Tremeau F., Staner L., Diep T.S., Crocq M.A., Macher J.P., *Serotonergic function and suicidal behavior in schizophrenia*, in: *Schizophr. Res.*, 2002, nr. 56, p. 75-85.
3. Drake R.E. *Suicide attempts and completed suicides among schizophrenia patients*, in: *Suicide in schizophrenia*. Edited by Tatarelli R., Pompili M., Girardi P., New York: Nova Science Publishers Inc, 2006: in press.
4. Harkavy-Friedman J.M., Nelson E.A., Venarde D.F., Mann J.J., *Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: Examining the Role of Depression*, in: *Suicide Life Threat Behav*, 2004, nr. 34, p. 66-76.
5. Hawton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J., Deeks J.J., *Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors*, in: *Br. J. Psychiatry* 2005, nr. 187, p. 9-20.
6. Kelly D.L., Shim J.C., Feldman S.M., Yu Y., Conley R.R., *Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death*, in: *J. Psychiatr. Res.* 2004, nr. 38, p. 531-356.
7. Marinescu D., Udristoiu T., Udristoiu I., *Pentru evaluarea riscului suicidar în schizofrenie*, în: *Jurnalul Român de Psihofarmacologie*, vol. 6, nr. 1, 2, p. 22-23.
8. Meltzer H.Y., *Suicidality in schizophrenia: pharmacologic treatment*, in: *Clin. Neuropsychiatry*, 2005, nr. 2, p. 76-83.
9. Meltzer H.Y., *Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options*, in: *Curr. Psychiatry Rep.*, 2002, nr. 4, p. 279-283.
10. Meltzer H.Y., Conley R.R., De Leo D., Green A.I., Kane J.M., Knesevich M.A., Lieberman J.A., Lindenmayer J.P., Potkin S.G., *Intervention strategies for suicidality*, in: *J. Clin. Psychiatry*.
11. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M., *The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination*, in: *Arch. Gen. Psychiatry*, 2005, nr. 62, p. 247-53.
12. Pompili M., *Suicide risk in schizophrenia*, in: *Suicide in schizophrenia*. Edited by Tatarelli R., Pompili M., Girardi P., New York: Nova Science Publishers Inc; 2006: in press.
13. Pompili M., Mancinelli I., Ruberto A., Kotzalidis G.D., Girardi P., Tatarelli R., *Where schizophrenic patients commit suicide: a review of suicide among inpatients and former inpatients*, in: *Int. J. Psychiatry Med.*, 2005, nr. 35, p. 171-190.

Prezentat la 17. 10. 2011

**Oleg Țurcanu**, doctorand

șef secție triaj,

IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie

or. Chișinău

tel.: 85-73-70

E-mail: oleg.turcanu@gmail.com