

Simulacija suicidalnosti kao manipulativno ponašanje uslijed iscrpljenja prilagodbenih sposobnosti

Simulation of suicidality as a manipulative behavior due to exhaustion of adaptive capacities

Vanja Đuričić, Valentin Kordić, Melita Jukić, Ivan Požgain*

Sažetak

Nesklad između anamnestičkih podataka, kliničke slike i dijagnostičkih rezultata uvijek upućuje na mogućnost simulacije. Simulacija poremećaja i bolesti može dovesti do značajnih teškoća u dijagnosticiranju i liječenju, te nepotrebnog trošenja društvenih resursa. Simulacija je otežavajuća pojava u psihijatriji i drugim granama medicine, ali posebno je ozbiljna kada se radi o suicidalnosti. Sama suicidalnost predstavlja ozbiljan, složen i terapijski zahtjevan klinički fenomen s opasnošću smrtnog ishoda. Simulacija suicidalnosti posebno je dijagnostički i terapijski zahtjevana zbog brojnih nedoumica u dijagnosticiranju, pravnom postupanju, te opasnosti od mogućeg lošeg ishoda.

U ovome radu prikazan je slučaj izuzetno ustrajne simulacije suicidalnosti s ciljem manipulacije sustavom zdravstva i socijalne skrbi. Nakon dulje opservacije, izuzetno opširne dijagnostičke obrade i tek drugog psihijatrijskog pregleda, posumnjalo se na mogućnost simulacije s čime je bolesnik i konfrontiran. Nakon konfrontacije bolesnik je reagirao nezrelim ponašanjem, a potom i priznanjem simulacije. Otklonjena je suicidalna opasnost, a ponašanje bolesnika je shvaćeno kao iscrpljenje prilagodbenih sposobnosti kod osobe s naglašenim histrionskim crtama ličnosti. Bolesnik je potaknut na razumijevanje i kritičnost prema vlastitim postupcima.

Cilj rada je naglasiti da u slučajevima moguće suicidalnosti i očitu simulaciju moramo shvatiti kao iscrpljenje prilagodbenih sposobnosti, te teatralni poziv u pomoć. Važan je razumijevajući i suportivan pristup bolesniku, kako bismo mu pomogli u stjecanju uvida u štetnost vlastitog ponašanja, te potrebu prihvaćanje zrelih obrazaca ponašanja.

Ključne riječi: konfrontacija; nezrelo ponašanje; simulacija; suicidalnost

Summary

The discrepancy between anamnestic data, clinical presentation, and diagnostic results always points to the possibility of simulation. Simulation of disorders and diseases can lead to significant difficulties in diagnosis, treatment, and unnecessary consumption of social resources. Simulation is an aggravating phenomenon in psychiatry and other branches of medicine, but it is especially serious when it comes to suicidality. Suicidality itself represents a serious, complex, and therapeutically demanding clinical phenomenon with the risk of death. Simulation of suicidality is particularly diagnostically and therapeutically demanding due to numerous doubts in diagnosis, legal treatment, and the risk of a possible bad outcome.

This paper presents a case of extremely persistent simulation of suicidality to manipulate the health and social care system. After longer observation, extremely extensive diagnostic work-up, and only the second psychiatric examination, the possibility of the simulation was suspected, and the patient was confronted

* Nacionalna memorijalna bolnica „Dr. Juraj Njavro“, Vukovar, Hrvatska (Vanja Đuričić, dr.med., doc.dr.sc. Melita Jukić, dr.med.); Klinički bolnički centar Osijek, Klinika za psihijatriju, Osijek, Hrvatska (Valentin Kordić, dr.med., prof.prim.dr.sc. Ivan Požgain, dr.med.)

Adresa za dopisivanje/Corresponding address: Vanja Đuričić, dr.med., Nacionalna memorijalna bolnica „Dr. Juraj Njavro“ Vukovar, Županijska 35, 32000 Vukovar E-mail: vanja-djuricic@hotmail.com

Primljeno/Received 2023-01-06; Ispravljeno/Revised 2023-03-01; Prihvaćeno/Accepted 2023-03-22

with this. After the confrontation, the patient reacted with immature behavior and then by admitting the simulation. The suicidal danger was removed, and the patient's behavior was understood as the exhaustion of adaptive abilities in a person with accentuated histrionic personality traits. The patient is encouraged to understand and be critical of his actions.

The paper aims to emphasize that in cases of possible suicidality, we must understand the obvious simulation as exhaustion of adaptive abilities and a theatrical call for help. An understanding and supportive approach to the patient is important to help him gain insight into the harmfulness of his behavior and the need to accept mature patterns of behavior.

Key words: confrontation; immature behavior; simulation; suicidality

Med Jad 2023;53(1):65-70

Uvod

Simulacija smetnji, poremećaja i bolesti stanje je u kojem bolesnik svjesno i namjerno izmišlja simptome. Nije specifična samo za psihičke bolesti, a može dovesti do kliničkih i dijagnostičkih nejasnoća, pravnih dvojbi, te nepotrebnog trošenja značajnih financijskih sredstava. Zbog ograničenosti dijagnostičkih alata, te važnosti subjektivnog opisa vlastitih tegoba u postavljanju dijagnoze, nerijetko je simulaciju psihičkih smetnji teško utvrditi.¹ Sama naznaka suicidalnosti uvijek izaziva posebnu pozornost jer se radi o opasnom fenomenu koji obuhvaća niz ponašanja s ciljem okončanja vlastitog života. Simulacija je i oblik teatralnosti kako bi se poslala poruka da se radi o pozivu u pomoć. I pri očitijoj simulaciji suicidalnosti trebamo biti svjesni mogućih suicidalnih promišljanja kao dijela neuspješnog razrješenja agresivnih poriva prema drugima i njihovog okretanje prema sebi.²

Važno je naglasiti razliku između nesuicidalnog samoozljeđivanja, te suicidalnog ponašanja, iako je i nesuicidalno samoozljeđivanje potencijalni suicidalni događaj. Postojanje namjere za okončanjem života osnovna je razlika između suicidalnog ponašanja i nesuicidalnog samoozljeđivanja. U suicidalnom ponašanju, odnosno u pokušaju suicida, pojedinac želi okončati svoju emocionalnu patnju počinjenjem samoubojstva, dok nesuicidalnim samoozljeđivanjem osoba pokušava ublažiti svoju emocionalnu patnju i spriječiti naviranje još težih emocija i situacija. Ponekad osobe koje se samoozljeđuju kažu da su to učinile kako bi izbjegle pokušaj suicida. Samoozljeđivanje se ponekad može javiti istovremeno sa suicidalnim idejama i porivima, a ako se ne shvati ozbiljno i ne započne liječenje, ono može dovesti do pokušaja suicida. Osobe sklone samoozljeđivanju često imaju nisko samopoštovanje, negativnu sliku o sebi, neadekvatne vještine za suočavanje sa stresnim situacijama i ograničene vještine verbalne komunikacije. Traumatska iskustva dodatno povećavaju vjerojatnost upuštanja u takvo ponašanje koje pruža samo trenutačno i privremeno olakšanje, dok uzroci problema ostaju neriješeni.

Nesuicidalna samoozljeđivanja, ako se dulje vremena nastave, mogu rezultirati težim oštećenjima, te značajno povećati rizik od suicida.³ Teatralni pokušaji suicida imaju osnovnu svrhu slanja poruke okolini u smislu poziva u pomoć kojem se pribjegava u krajnjoj nuždi, iako i takvi pokušaji mogu završiti tragično.⁴

Svaku naznaku suicidalnosti trebamo ozbiljno shvatiti, zbrinuti prijetnju mogućega narušavanja tjelesnog i psihičkog zdravlja, te otkloniti ugrozu života. U ovakvim stanjima potrebno je ponuditi adekvatno psihijatrijsko liječenje, a često i poduzeti prisilno hospitalno liječenje, ukoliko bolesnik nema adekvatan uvid i kritičnost prema vlastitom stanju. I pravno je određeno, prema *Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama*, da osoba koja ugrožava vlastiti život, zdravlje ili sigurnost, mora biti smještena u psihijatrijsku ustanovu putem prisilnog zadržavanja ili prisilnog smještaja.^{5,6}

Postoji niz nejasnoća u dijagnostici, liječenju i daljnjim terapijskim postupcima kod bolesnika sa simulacijom suicidalnosti. Upitna je i svijest medicinskog osoblja o mogućnosti simulacija pri uzimanju anamnestičkih podataka, a značajan problem može predstavljati i smanjeni uvid bolesnika prema mogućim štetnim posljedicama za zdravlje u slučaju dijagnosticiranja i liječenja na temelju lažnih podataka. Kršenje zakonskih i moralnih odgovornosti prilikom zlouporabe javnih službi i neodgovornog trošenja financijskih sredstava, također ostavlja mogućnost pravnog sankcioniranja ovakvog ponašanja.⁷

Prikaz slučaja

Bolesnik je doveden vozilom hitne medicinske pomoći na Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP), nakon što je pozvao hitnu medicinsku pomoć i rekao da je popio veću količinu dviju vrsta tableta iz vlastite, ranije propisane terapije, te da je učinio rezu ranu lijeve podlaktice u svrhu suicida. Bio je urednih vitalnih parametara; saturacija kisikom 99%, broj respiracija u minuti 12, puls 92/min, krvni tlak 130/80 mmHg, stanje svijesti je procijenjeno pomoću Glasgowske skale kome (eng. *Glasgow Coma Scale*,

GCS) i određeno kao GCS 15. Bolesnik je bio bez bolova. Upućen je u hitnu internističku ambulantu gdje je primljen pod radnim dijagnozama prema 10. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10): Z03-Medicinsko promatranje i praćenje (opservacija i evaluacija) zbog sumnje na bolest i bolesna stanja, X61.0 - Namjerno samootrovanje i izlaganje antiepilepticima, sedativima, hipnoticima, antiparkinsonicima i psihotropnim lijekovima, nesvrstanim drugamo. Pri prijemu bolesnik je rekao da je prije sat vremena popio veću količinu lijekova (13 tableta sertralina od 50 mg, dvadesetak tableta lorazepama od 2,5 mg), a potom nožem učinio rez na podlaktici lijeve ruke. Zbog navedenih anamnestičkih podataka odmah se pristupilo postavljanju nazogastrične sonde i ispiranju želuca tijekom kojeg je bolesnik kolabirao u trajanju nekoliko sekundi, a potom je odmah došao punoj svijesti. Prema podacima iz osobne anamneze do tada se liječio zbog anksioznih smetnji i poremećaja prilagodbe. U terapiji je imao lijekove za koje je pred dolazak naveo da ih je popio u svrhu suicida. Cijelo vrijeme bio je urednog somatskog statusa, od ozljeda je na ventralnoj strani lijeve podlaktice imao svježe ekzorijacije koje nisu krvarile. Konzultiran je Centar za kontrolu otrovanja iz kojeg je preporučeno „indicirati flumazenil ako dođe do poremećaja stanja svijesti ili depresije disanja“. Dobivena je i informacija da su toksične doze oba lijeka (sertralin, lorazepam) veće od 2 grama, te da je u ovome slučaju količina oba lijeka manja od toga. Preporučena je opservacija 12 sati zbog dugog poluvremena izlučivanja sertralina (26-60 sati), uz nadomjestak glukoze zbog rizika od moguće hipoglikemije. Bolesnik je monitoriran i bio je urednih vitalnih parametara. Napravljeni EKG bio je uredan, u sinus ritmu, frekvencije oko 85/min, urednog ST-T segmenta. U učinjenim laboratorijskim nalazima crvene i diferencijalne krvne slike, jetrenih i bubrežnih parametara, elektrolita, te fizikalno-biokemijskom nalazu urina, nije bilo odstupanja izvan okvira referentnih vrijednosti. Napravljen je i acidobazni status iz arterijske krvi, koji je također bio unutar urednih referentnih vrijednosti. U toksikološkim pretragama tražene su koncentracije alkohola, barbiturata, benzodiazepina, tricikličkih antidepresiva, amfetamina, metadona i opijata. Od traženih tvari registrirani su samo benzodiazepini i to u koncentracijama unutar terapijskog intervala. Radi praćenja diureze postavljen je urinarni kateter, a bolesnik je rehidriran infuzijskim otopinama 0.9% otopinom natrijeva klorida 1500 mL i 5% otopinom glukoze 1000 mL.

Tražen je konzilijarni pregled psihijatra koji je zaključio da se radi osobi srednje dobi, opterećene

nezaposlenošću i disfunkcionalnim obiteljskim odnosima s anamnezom anksioznih smetnji i poremećaja prilagodbe. Tijekom razgovora s psihijatrom bolesnik je bio miran, suradljiv, primjeren u kontaktu, s izrazitom željom za što ranijim otpustom, no i dalje je pristajao da mu se ordinira terapija u svrhu detoksikacije. Naveo je kako se već dulje vrijeme osjeća iscrpljenim zbog skrbi o bolesnom sinu, koji je po njegovim navodima dijete s posebnim potrebama. Na upit zašto si je htio nauditi, rekao je kako više nije vidio izlaza iz svoje situacije, te je i dalje uporno navodio suicidalne misli, ali daljnje porive je jasno negirao. U psihičkom statusu dominiralo je iscrpljenje prilagodbenih sposobnosti, te karakteristike ličnosti sklonije regresivnijim obrascima ponašanja. Psihijatar je preporučio opservaciju stanja svijesti, te detoksikaciju bolesnika po napatku iz Centra za kontrolu otrovanja, a po stabilizaciji somatskog stanja ponovni pregled u hitnoj psihijatrijskoj ambulanti.

Bolesnik je opserviran na OHPB-u tijekom 12 sati od prijama. Cijelo vrijeme opservacije hemodinamski i ritmološki bio je stabilan, respiratorno suficijentan, pri punoj svijesti, a sljedeći dan ponovno je upućen na pregled psihijatru. Pri dolasku u hitnu psihijatrijsku ambulantu naveo je da je popio veću količinu lijekova jer se osjećao napeto i uznemireno nakon što se sjetio djeteta koje je izdvojeno iz obitelji putem Centra za socijalnu skrb (CZSS). Nazvao je CZSS i rekao socijalnoj radnici da je popio tablete zbog osjećaja razočaranosti i nepravde. Iako je neko vrijeme odbijao priznati kako doista nije popio tablete, iz razgovora i opservacije moglo se zaključiti da se radi o manipulaciji prema CZSS, čijim djelatnicima je do sada više puta najavljivao samoozljeđivanje i suicid, ako se sporovi ne riješe u njegovu korist. Kada ga se konfrontiralo s mogućnošću simulacije, cijela situacija postala mu je smiješna, te se rugao i vrijeđao zdravstveno osoblje. Na kraju je ipak priznao da nije imao suicidalnih namjera, te da nije popio navedene lijekove. Kako je tijekom pregleda bio izrazito napet, iritabilan, naglašenog psihomotornog nemira i nedistanciranosti, bolesniku je intramuskularno ordiniran haloperidol 5 mg, nakon čega je bio mirniji i primjereniji u kontaktu. Preporučeno mu je hospitalno liječenje, na što nije pristao, a kako nije bilo indikacija za prisilnim liječenjem, udovoljeno mu je u zahtjevu za otpustom.

Rasprava

Odlučili smo prikazati slučaj simulacije suicidalnog ponašanja, te izuzetno opširnu dijagnostičku obradu, kako bismo ukazali na značajne

poteškoće prilikom simulacije ozbiljnih kliničkih fenomena poput suicidalnosti. Hitna medicinska pomoć intervenirala je na temelju anamnestičkih podataka o samootrovanju, ne dovodeći u pitanje istinitost anamnestičkih podataka, što je u skladu s radom hitne medicinske pomoći pri pružanju neodgodivog medicinskog postupanja. Zbog brzine postupanja tijekom hitnih intervencija, teško je očekivati od djelatnika hitne medicinske pomoći rješavanje nedoumica oko moguće simulacije. Pri dolasku na OHBP, unatoč urednim vitalnim parametrima, zbog mogućnosti odgođenog djelovanja lijekova, nije se uzela u obzir mogućnost simulacije, već se u skladu s uobičajenim postupanjem krenulo u ispiranje želuca i parenteralnu hidraciju u skladu s principima rada u hitnoj medicini (A,B,C,D,E pristup).⁸

U prikazanom slučaju očit je nedostatak uvida bolesnika u ozbiljnost ovih postupaka, te moguće štetne posljedice, kao što je eventualna aspiracija želučanog sadržaja pri postavljanju nazogastrične sonde i volumno opterećenje cirkulacije velikom nadoknadom tekućine.⁹ Mogućnost aspiracije je veća upravo zbog kratkotrajnog gubitka svijesti koji se dogodio pri postavljanju nazogastrične sonde. Kratkotrajni gubitak svijesti mogao je dovesti u zabludu liječnike koji se bave hitnim somatskim stanjima, kao mogući gubitak svijesti izazvan lijekovima. Također je moguće da se radilo o konverzivnoj reakciji kod bolesnika s histrijskim obilježjima ličnosti, jednako kao što i blage ekskorijacije na podlaktici, za koje je bolesnik rekao da su porezotine u svrhu suicida, mogu također biti dio ponašanja osoba ovakve strukture ličnosti. Tome u prilog ide i uvjerljivo simuliranje sediranosti, uz toksikološki nalaz u kojem su benzodiazepini unutar terapijskih vrijednosti.¹⁰

Unatoč urednim vrijednostima saturacije kisikom i frekvencije disanje, tražene su vrijednosti acidobaznog statusa iz arterijske krvi, pretpostavljamo, radi otkrivanja mogućeg metaboličkog poremećaja pri intoksikaciji lijekovima. Pri ovome postupku također primjećujemo bolesnikovu dosljednost u simulaciji, spremnost na podnošenje neugodnog uboda u radijalnu arteriju, ali i nedostatak uvida o mogućim oštećenjima i trombozi arterije pri izvođenju ovoga postupka.¹¹ Začuđujuća je dosljednost u simulaciji i prilikom dopuštenja postavljanja urinarnog katetera, što iz iskustava možemo reći da bolesnicima predstavlja izrazitu neugodu. Kako je bolesnik bio dosljedan u vlastitom ponašanju, prema medicinskoj dokumentaciji, čini se da medicinsko osoblje OHBP-a uopće nije posumnjalo u mogućnost simulacije. Ono se čvrsto držalo profesionalnog postupanja,

smatrajući da se radi o potpunoj istinitosti anamnestičkih podataka, što se uočava i u konzultaciji Centra za kontrolu otrovanja radi što preciznijih uputa o liječenju.

Prilikom prvog konzilijarnog pregleda psihijatra također nije uočena simulacija suicidalnosti, ali je uočeno iscrpljenje prilagodbenih sposobnosti, te sklonost regresivnim obrascima ponašanja. Tek nakon opservacije u trajanju od 12 sati na OHBP-u i ponovnog psihijatrijskog pregleda, uočeno je da se radi o simulaciji, s čime se bolesnika i konfrontiralo i time prekinulo njegov nezreli oblik komunikacije s okolinom. Bolesnik je nakon konfrontacije agresiju prema sebi okrenuo prema okolini u vidu prkosljivosti, ruganja i ismijavanja sustava zdravstva i socijalne skrbi. Iako potpuno nekritičan prema vlastitim postupcima, ipak je priznao da nije bilo stvarnih suicidalnih poriva, niti samootrovanja lijekovima.

Bolesniku je ordiniran haloperidol 5mg intramuskularno, kako bi bio primjereniji u iznošenju vlastitih tegoba i odlučivanja u vezi mogućeg daljnjeg liječenja. S obzirom na nezrelu strukturu ličnosti, opterećenost frustrirajućim okolnostima, sklonost ekscesivnim ponašanjima i ozbiljnost svake naznake suicidalnosti, iako u ovom slučaju očite simulacije, bolesniku je ponuđeno stacionarno liječenje. Unatoč razumijevanju medicinskog osoblja, te podržavajućem pristupu, bolesnik je odbio preporučeno bolničko liječenje.⁵

Iako se radilo o neistinitom iskazu prilikom poziva hitne medicinske službe, te mogućoj lažnoj uzbuni koja snosi i zakonsku odgovornost, ponašanje bolesnika nismo shvatili kao kršenja pravnih normi, razumijevajući njegovo psihičko stanje vezano za iscrpljenje prilagodbenih kapaciteta i nedostatak uvida prema ozbiljnosti i mogućim štetnim posljedicama ovakvog ponašanja.^{5,12} Zaključili smo da se radi o osobi koja po svojoj strukturi ne posjeduje adekvatne obrasce za suočavanje sa stresogenim situacijama, te da je njegovo ponašanje poziv za pomoć, bez namjere okončanja života. Pristup bolesniku bio je prvenstveno suportivan, kako bismo mu pomogli u stjecanju uvida u vlastito ponašanje i nužnost prihvatanja zrelih obrazaca ponašanja.¹³ Zdravstveno osoblje treba imati na umu mogućnost različitih načina izražavanja prilikom stresogenih situacija, kao što je bio ovaj teatralni poziv u pomoć koji je mogao imati i neželjene posljedice prilikom postupanja na OHBP-u, a svaki oblik samoozljeđivanja, bez obzira radi li se o neusuicidalnom ili suicidalnom ponašanju, oblik je agresije i mora se ozbiljno shvatiti.¹⁴

Zaključci

Simulacija predstavlja ozbiljan problem u postupanju s bolesnicima, kako s psihičkim, tako i sa somatskim bolestima. Iako se o simulaciji malo govori, kod nesklada dijagnostičkih rezultata s anamnestičkim podacima, važno je posumnjati i na tu mogućnost. Simulacija psihičke bolesti predstavlja poseban izazov zbog često ograničenih dijagnostičkih alata.

Svaku naznaku suicidalnosti potrebno je ozbiljno shvatiti, te otkloniti neposrednu autoagresivnu opasnost, a i sama simulacija takvog stanja mora se razumjeti kao iscrpljenje prilagodbenih kapaciteta i teatralni poziv u pomoć. Smatramo da pristup bolesniku u ovakvim situacijama mora imati za cilj razjasniti nesklad između anamnestičkih podataka i dijagnostičkih rezultata, a nakon konfrontacije potrebno je pojasniti štetnost simulacije kao nezrelog ponašanja i predložiti potrebu usvajanja zrelih obrazaca ponašanja.

Literatura

1. Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, et al. Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatry* 2019;76:642–51.
2. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kaunas)* 2019;55:223.
3. Ercegović N, Paradžik L, Boričević Maršanić V, Marčinko D. Nonsuicidal Self-Injury and Identity Development in Adolescents. *Soc Psihijatr* 2019;46:457–70.
4. Begić D. Psihopatologija, drugo, dopunjeno i obnovljeno izdanje. 2.izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
5. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Narodne novine*. 76/14.
6. Ekeberg Ø, Hem E. Chronically suicidal? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2017;137.
7. Matera E, Margari M, Serra M, et al. Non-Suicidal Self-Injury: An Observational Study in a Sample of Adolescents and Young Adults. *Brain Sci* 2021;11:974.
8. Olgers TJ, Dijkstra RS, Drost-de Klerck AM, Ter Maaten JC. The ABCDE primary assessment in the emergency department in medically ill patients: an observational pilot study. *Neth J Med* 2017;75:106–11.
9. Claire-Del Granado R, Mehta RL. Fluid overload in the ICU: evaluation and management. *BMC Nephrol* 2016;17:109.
10. French JH, Shrestha S. Histrionic Personality Disorder. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;2023
11. Alberti M, Bucca G, Somenzi A, et al. Radial artery occlusion after a radial access procedure: pilot study comparing eco Doppler and Inverse Barbeau Test assessments. *Assist Inferm Ric* 2021;40:213–20.
12. Kazneni zakon. *Narodne novine*. 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17.
13. Plakun EM. Psychodynamic Psychiatry, the Biopsychosocial Model, and the Difficult Patient. *Psychiatr Clin North Am* 2018;41:237–48.
14. Makaric P, Vidovic D, Celic I, Jendricko T, Brecic P. Suicide in Older Adults. *Soc Psihijatr* 2019;47:417–8.

