

Agresivnost i suicidalnost u psihotičnim poremećajima

Aggression and Suicidality in Psychotic Disorders

DUNJA DEGMEČIĆ

Klinika za psihijatriju, KBC Osijek, Medicinski fakultet Osijek Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera

SAŽETAK — Agresivnost i suicidalnost ubrajaju se u hitna stanja u psihijatriji. Agresivno ponašanje može se javiti u sklopu brojnih različitih bolesnih stanja (psihoze, akutne intoksikacije, poremećaja ličnosti, organskih mentalnih poremećaja), a često se agresivnost može očitovati i posljedično u egzogenim frustrativnim situacijama. Zamjetan broj pacijenata s prvom psihotičnom epizodom uključen je u agresivne incidente. Studije pokazuju da oko 30 % bolesnika u prvoj psihotičnoj epizodi počini barem jedno nasilno djelo tijekom prve psihotične epizode. Agresivnost često dovodi do brojnih negativnih posljedica za bolesnika poput produženih hospitalizacija, socijalne izolacije ili pak uključivanja socijalne službe u daljnu skrb o bolesniku. Klinički rizični faktori za agresivno ili nasilno ponašanje psihotičnih bolesnika uključuju povijest o prethodno počinjenom nasilju, prisustvo maničnih simptoma, uporaba psihoaktivnih tvari, nesuradljivost u liječenju, uzbuđenje, impulzivnost, nedostatak uvida i pozitivne simptome. Suicidalnost u psihotičnim poremećajima izuzetno je važna tema. Naime, shizofrenija i drugi psihotični poremećaji prepoznati su kao nezavisan rizični faktor za suicidalne pokušaje i samoubojstvo, te suicidalnost u psihotičnih bolesnika predstavlja veliki izazov u kliničkoj praksi zbog nepredvidljivosti, naglosti postupka i brutalnih metoda koje mogu biti primijenjene. Životni rizik od počinjenja samoubojstva u shizofreniji i drugim psihotičnim poremećajima procijenjen je otprilike na 5–7 %, iako je prema nekim procjenama bliži 10 %. Najviši je rizik za počinjenje samoubojstva tijekom prve godine nakon početka bolesti kada bolesnici oboljeli od shizofrenije imaju 12 puta veći rizik za samoubojstvo u usporedbi s općom populacijom. U kliničkoj praksi važno je primijeniti adekvatne terapijske postupke pri liječenju agresivnih i suicidalnih simptoma u psihotičnih bolesnika. Terapijski postupci uključuju farmakološke i nefarmakološke postupke.

KLJUČNE RIJEČI: agresivnost, suicidalnost, psihotični poremećaj

SUMMARY — Aggression and suicidality are emergency states in psychiatric practice. Aggressive behaviour can appear in different mental disorders (psychosis, acute intoxications, personality disorders, organic mental disorders), and also after different frustrative situations. A noticeable number of patients with a first psychotic episode have aggressive incidents. Studies show that around 30 percent of patients in a first psychotic episode committed at least one violent act. Aggression often leads to several negative consequences such as prolonged hospitalisation, social isolation, or inclusion of social services. Clinical risk factors for violent or aggressive behaviour in psychotic patients include history of violent acts, existence of manic symptoms, use of psychoactive substances, uncooperativeness, excitement, impulsivity, lack of insight and positive symptoms. Suicidality in psychotic disorders is also an important topic considering the fact that schizophrenia and psychotic disorders are recognised as independent risk factors for suicide and suicidal behaviour. Life risk for suicide in schizophrenia and other psychotic disorders is estimated around 5–7 percent, and up to 10% according to some authors. The suicide risk is higher during the first psychotic episode in the first year of the disease when it is even twelve times higher compared with the general population. These two symptoms in psychotic patients are challenging in clinical practice where pharmacological and nonpharmacological treatment procedures should be applied as standard therapeutic procedures.

KEY WORDS: aggression, suicidality, psychosis



Uvod

Agresivnost i suicidalnost ubrajaju se u hitna stanja u psihijatriji. Hitna stanja po definiciji su stanja koja neposredno ugrožavaju biološki integritet bolesnika, narušavaju bolesnikovu psihosocijalnu egzistenciju te su opasni za bolesnika ili njegovu okolinu, stoga neminovno iziskuju brzu intervenciju (1). Hitna psihijatrijska stanja nalažu 24-satnu opservaciju bolesnika i mogućnost njegova fizičkog sputavanja i odvajanja (2).

Agresivnost

Agresivnost se definira kao ponašanje koje se očituje

neprijateljskom akcijom prema osobama i predmetima za razliku od stanja agitacije – psihomotornog nemira koji se ne može protumačiti vanjskim utjecajem. Agresivno ponašanje može se javiti u sklopu brojnih različitih bolesnih stanja (psihoze, akutne intoksikacije, poremećaja ličnosti, organskih mentalnih poremećaja), često se agresivnost može očitovati i posljedično egzogenim frustrativnim situacijama.

Agresivnost u psihotičnim poremećajima

Zamjetan broj pacijenata s prvom psihotičnom epizodom uključen je u agresivne incidente. Studije pokazuju da oko

30 % bolesnika u prvoj psihotičnoj epizodi počini barem jedno nasilno djelo tijekom prve psihotične epizode (3, 4).

Agresivnost često dovodi do brojnih negativnih posljedica za bolesnika poput produženih hospitalizacija, socijalne izolacije ili pak uključivanja socijalne službe u daljnju skrb o bolesniku (3, 4).

Liječniku psihijatru koji liječi pacijenta važno je imati uvid u informacije o faktorima koji su povezani s nasilnim ili agresivnim ponašanjem bolesnika što omogućava daljnju procjenu rizika i plan liječenja. Klinički rizični faktori za agresivno ili nasilno ponašanje psihotičnih bolesnika uključuju povijest o prethodno počinjenom nasilju, prisustvo maničnih simptoma, uporaba psihoaktivnih tvari, nesuradljivost u liječenju, uzbuđenje, impulzivnost, nedostatak uvida i pozitivne simptome (3, 5, 6).

Specifično za bolesnike s prvom psihotičnom epizodom u literaturi su opisani rizični faktori za bilo koji oblik nasilja koji uključuju mlađu dob, muški spol, uporabu psihoaktivnih tvari, manične simptome, niži stupanj edukacije i duže razdoblje neliječene psihoze (7).

Preciznije govoreći, određeni pozitivni simptomi poput sumanutih ideja i neuobičajenih uvjerenja bili su povezani s nasiljem u prvoj psihotičnoj epizodi. Također, prema dostupnim istraživanjima impulzivnost je povezana s nasilnim ponašanjem u ranoj psihozi (8, 9).

Nadalje, pozitivni simptomi opisani su u literaturi kao rizični faktor za agresivno ponašanje i u kroničnih psihotičnih bolesnika. Također, u bolesnika s kroničnim psihotičnim poremećajem nesuradljivost i uzbuđenje povezani su s nasilnim i agresivnim ponašanjem uz prisutnu impulzivnost (3).

Klinički rizični faktori poput deluzija, halucinacija, napetosti, neobičnog sadržaja mišljenja i nedostatka uvida izuzetno su važni za procjenu rizika i plana liječenja. Međutim, najznačajniji klinički rizični faktori u detektiranju i liječenju nasilnog i agresivnog ponašanja su loša kontrola impulsa, nesuradljivost i psihomotorno uzbuđenje zato što se te simptome može opservirati neposredno iz bolesnikova ponašanja što je od velike pomoći kliničarima u detekciji i liječenju hostilnog i nasilnog ponašanja u prvim psihotičnim epizodama.

Terapijski pristup u agresivnosti psihotičnih bolesnika

Agresivnost je heterogena i česta u bolesnika sa psihotičnim poremećajem. Rizik bi trebalo pažljivo procjenjivati, u procjenu rizika za daljnje agresivno ponašanje bilo bi dobro u skladu s mogućnostima uključiti uz bolesnika i članove njegove obitelji, te bi trebalo napraviti procjenu provocirajućih faktora i čimbenika, što uključuje povijest proživljene traume i/ili viktimizacije, dosadašnje impulzivno ponašanje, korištenje psihoaktivnih tvari, adherenciju pri uzimanju terapije, prisustvo poremećaja ponašanja.

Skrb za nasilnoga psihijatrijskog bolesnika veliki je izazov za kliničara. Takva situacija izaziva strah, probleme u kontratransferu te može dovesti i do pojave iscrpljenosti kod kliničara. Također, komplicira i povećava trud u skrbnika. Skrb o nasilnom rođaku emocionalno je iscrpljujuća, jasno je da je teško živjeti s osobom koja vas napada ili može napasti. Važno je napomenuti da nasilje utječe i na cijenu liječenja. Danas je nasilno ponašanje vodeći uzrok hospitalizacija te je često faktor koji dovodi i do produženog trajanja dužine bolničkog liječenja. Nasilni pacijenti zahtijevaju veći nadzor od strane osoblja, a često je nužno osigurati veći broj osoblja. Također, mora se uzeti u obzir i uključivanje drugih službi poput policije i socijalnih službi u slučaju iskazivanja nasilnih i agresivnih obrazaca ponašanja u zajednici i društvu.

Liječenje nasilnog ponašanja u shizofreniji

Atipični antipsihotici trenutno su osnovna preporuka za liječenje agresivnog ponašanja u shizofreniji.

Rađene su brojne studije o korištenju atipičnih antipsihotika u liječenju agresivnog ponašanja u psihotičnim poremećajima. Primjerice, aripiprazol je u metaanalizi pokazao značajnu superiornost u usporedbi s placebom, ali ne i u usporedbi s haloperidolom u smanjenju nasilnosti (5). Klozapin se pokazao u studijama (randomiziranim, duplo slijepim i kontroliranim kliničkim istraživanjima) kao najefikasniji u liječenju nasilnosti u bolesnika sa shizofrenijom. Potpuni učinak klozapina u kontroli nasilnosti u shizofrenih bolesnika zabilježen je značajno nakon 24 dana liječenja kada je dosegnuta i postignuta efikasna doza klozapina oko 500 mg dnevno (10 – 12). Također, brojne opservacijske studije i prikazi slučajeva ukazuju na superiorni učinak klozapina u kontroli agresivnosti u psihotičnih bolesnika (13).

Unatoč tome, klozapin nije prikladan izbor za sve kategorije bolesnika jer čak i do 50 % bolesnika ne pokaže pozitivan odgovor na primjenu klozapina u terapiji (13). Bolesnici sa psihozom koji nadalje ostaju agresivni unatoč primjeni klozapina najčešće su osobe s poviješću poremećaja u ponašanju ili komorbidnim poremećajem ličnosti (14). Također, pri primjeni klozapina važno je imati na umu rizik za pojavu agranulocitoze od oko 1 % kod bolesnika u prva tri mjeseca liječenja, što zahtijeva redovito praćenje krvne slike (leukociti – L, diferencijalna krvna slika – DKS) te to može biti jedan od razloga zbog kojih neki od bolesnika prekidaju uzimati klozapin uz ostale kontraindikacije i nuspojave.

Olanzapin se pokazao kao efikasan u kontroli nasilnog ponašanja i otvorene fizičke agresije (15) u kroničnih shizofrenih bolesnika.

Kvetiapin je pokazao antiagresivne efekte u usporedbi s placebom. Risperidon je također pokazao superiornost u usporedbi s placebom u smanjenju nasilnosti te u *posthoc* analizi i randomiziranoj duplo slijepoj studiji (15).

Ziprasidon prema rezultatima CATIE studije pokazuje antiagresivne učinke slične drugim atipičnim antipsihoticima (16, 17).

Zaključno možemo reći da je klopazin najefikasniji u smanjenju hostilnosti i agresije u bolesnika s dijagnosticiranom shizofrenijom ili shizoafektivnim poremećajem, no njegovo korištenje ograničeno je u kliničkom radu s obzirom na moguću pojavu agranulocitoze. Olanzapin je efikasniji u kontroli nasilnosti i agresivnosti u psihotičnih bolesnika u usporedbi s drugim atipičnim antipsihoticima koji se međusobno značajnije ne razlikuju u djelovanju na agresivno ponašanje u psihotičnih bolesnika. Prema studiji Krakowskog i suradnika (18), klopazin i olanzapin su efikasni za liječenje agresije u bolesnika sa shizofrenijom i imaju dobre antiagresivne efekte u bolesnika s komorbidnim poremećajem ponašanja.

Nefarmakološki pristupi liječenju agresivnog ponašanja u psihotičnim poremećajima poželjni su uz primjenu farmakoloških pristupa. Etiološka heterogenost u agresivnim oblicima ponašanja ima važnu ulogu u odgovoru na liječenje (19). Primjerice, povijest poremećaja u ponašanju i komorbiditet s poremećajem ličnosti, posebice antisocijalnim poremećajem ličnosti, zapravo je alternativni razlog za nastajanje agresivnog ponašanja u shizofreniji jer agresivno ponašanje u takvih bolesnika ne mora biti nužno vezano za psihozu niti mora pokazati adekvatan odgovor na primjenu antipsihotika. Bolesnicima je potrebno omogućiti i različite psihosocijalne programe koji uključuju kognitivne adaptivne terapije, kognitivno bihevioralne terapije, intervencije u prvim psihozama, intervencije zdravih stilova života, treninge socijalnih vještina, intervencije u prodromalnim stanjima i brojne druge (20). Najbolje rezultate pokazuje primjena kombiniranog pristupa farmakoterapije i nefarmakoloških oblika liječenja (20).

Pokazatelji povišenog rizika za agresivno ponašanje:

- prethodni agresivni postupci i ispadi
- povijest činjena kriminalnih radnji
- prekomjerna konzumacija alkohola i psihoaktivnih tvari
- postojanje halucinacija, posebice imperativnih slušnih halucinacija
- postojanje sumanutih misli
- razdražljivost i intenzivan nemir bolesnika očiti su znakovi neposredno prijeteće opasnosti od agresije.

Agitirano stanje

U kliničkoj praksi susrećemo se s osobama koje su u agitiranom stanju te svaka akutno nasilna i agresivna osoba nalaže neodgodivu intervenciju, a ako se ne radi o psihijatrijskom ili tjelesnom poremećaju, tada osoba spada u ovlast policije i pravosuđa.

Ipak, ako se radi o osobi koja boluje od psihičkog poremećaja ili tjelesne bolesti te iskazuje agitirano i/ili nasilno ponašanje, nužno je pružiti pomoć i intervenirati razgovorom, farmakološkom terapijom, a vrlo su često potrebni bolničko liječenje i fizičko sputavanje (21).

Pristup agitiranoj osobi uključuje procjenu potencijalne opasnosti za samog bolesnika te stupanj i neposrednu ugroženost osoba i okoline od bolesnika te utvrđivanje uzroka stanja psihomotornog nemira i agresivnosti. U pružanju pomoći agitiranoj i agresivnoj osobi preporuka je da sudjeluju djelatnici koji su prošli edukaciju u smislu potrebe fizičkog svladavanja bolesnika te primjene mjera prisile, izuzetno je važno imati na umu i poduzeti mjere kojima će se postići i osigurati sigurnost osoblja i osoba koje su u vezi s bolesnikom. Farmakoterapija se u takvim stanjima daje kako bi se u što kraćem vremenu bolesnik smirio i snizio rizik od ozljeđivanja i sebe i okoline.

Najčešće se primjenjuju kombinacije antipsihotika i benzodiazepina (22). Tehnika liječenja kojom se to postiže jest brza trankvilizacija. Od benzodiazepina moguće je dati diazepam ili lorazepam *per os* ili intravenski (iv.), no u slučaju iv. aplikacije potreban je dodatan oprez s obzirom na moguće neželjene komplikacije. Od antipsihotika u slučajevima blaže ili umjerene agitacije preporučuje se primjena olanzapina 5 – 10 mg *per os*, a u slučajevima intenzivne agitacije može se primijeniti haloperidol u dozi od 5 do 10 mg intramuskularno (im.), a doze se uz povećan oprez individualno prilagođavaju ovisno o intenzitetu simptoma i situaciji.

Posebnu pažnju potrebno je obratiti na mogući razvoj neželjenih učinaka ordiniranih psihofarmaka. Nakon smirivanja bolesnika doze se postupno snižavaju te se i cjelokupna terapija prilagođava kliničkoj slici i simptomima koje bolesnik kasnije pokazuje. Nakon trankvilizacije potrebno je pratiti tjelesne funkcije – disanje, puls, krvni tlak, tjelesnu temperaturu. Moguće komplikacije farmakoterapije hitnih stanja jesu: depresija disanja, kardiovaskularne komplikacije (produženje QTc-a, aritmije, hipokalemija, hipotenzija), ekstrapiramidne nuspojave, neuroleptički maligni sindrom, paradoksalne reakcije na benzodiazepine (1).

Suicidalno ponašanje

Samoubojstvo predstavlja veliki javnozdravstveni problem. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), u svijetu milijun ljudi na godinu počini samoubojstvo pri čemu globalna stopa iznosi 16/100 000. Drugim riječima, svakih 40 sekundi u svijetu počini se jedno samoubojstvo. Izvršena samoubojstva jedan su od vodećih uzroka smrti od ozljeda u Hrvatskoj. Uvidom u registar izvršenih samoubojstava u RH tijekom godina bilježe se oscilacije u broju izvršenih samoubojstava, kao i u broju izvršenih samoubojstava

prema broju stanovnika (stopa/100 000). Od 1999. prisutan je trend pada samoubojstava. U 1985. počinjeno je 1050 samoubojstava (stopa 21,5/100 000). Podjednak, a ujedno i najveći broj samoubojstava registriran je 1987. i 1992. (1153 slučajeve, stopa 24,1/100 000 i 1156 slučajeve, stopa 24,2/100 000). Najmanje izvršenih samoubojstava registrirano je 1995. (930 slučajeve, stopa 19,4/100 000) te u razdoblju 2000. – 2020. (926 slučajeve, stopa 20,9/100 000 2000.; 556 slučajeve, stopa 13,7/100 000 2020.). S obzirom na spol omjer samoubojstava muškaraca i žena kretao se u rasponu 2,2 – 3,85 : 1 (23).

Također, suicidalno ponašanje važan je psihopatološki fenomen koji se može javiti u različitim dijagnostičkim kategorijama te zahtijeva hitnu intervenciju. Procjena i tretman psihopatoloških stanja koja su vrlo često u podlozi suicidalnom ponašanju, kao i procjena prevencije istih obrazaca ponašanja uloga su i zadaća hitne psihijatrije. Potrebna je procjena niza čimbenika koji mogu utjecati na život pojedinca (24).

Prema podacima iz literature, faktori povezani s povišenim rizikom od samoubojstva jesu muški spol, dobna skupina iznad 45 godina, konzumiranje alkohola, sklonost nasilnom ponašanju te prethodni pokušaji i prethodne hospitalizacije zbog suicidalnog ponašanja. Gubitak važnih životnih funkcija i uloga povezani su sa stopom samoubojstava, primjerice, nezaposlenost, smanjenje pokretnosti, teške i neizlječive tjelesne bolesti. U podlozi počinjenih samoubojstava u gotovo 95 % slučajeva postojale su psihičke bolesti poput depresije, shizofrenije, demencije ili delirija, alkoholizma, zlouporabe psihoaktivnih tvari, a mogu nastati i nakon akutnoga stresnog događaja.

Suicidalnost u psihotičnim poremećajima

Suicidalnost u psihotičnim poremećajima izuzetno je važna tema. Naime, shizofrenija i drugi psihotični poremećaji prepoznati su kao nezavisan rizični faktor za suicidalne pokušaje i samoubojstvo, te suicidalnost u psihotičnih bolesnika predstavlja veliki izazov u kliničkoj praksi zbog nepredvidljivosti, naglosti postupka i brutalnih metoda koje mogu biti primijenjene (25).

U Republici Hrvatskoj ne postoji registar koji bi sustavno bilježio bolesnike koji su počinili samoubojstvo, a koji su bolovali od shizofrenije. Posljednji podaci koji se odnose na Hrvatsku objavljeni su 2000. te govore da se prevalencija samoubojstava u bolesnika sa shizofrenijom kreće oko 10 % (26).

Životni rizik od počinjenja samoubojstva u shizofreniji i drugim psihotičnim poremećajima procijenjen je otprilike na 5 – 7 %, iako je prema nekim procjenama bliži 10 %. Najviši je rizik za počinjenje samoubojstva tijekom prve godine nakon početka bolesti kada bolesnici oboljeli od shizofrenije imaju 12 puta veći rizik za samoubojstvo u usporedbi s

općom populacijom ili 60 % veći rizik u usporedbi s drugim bolesnicima u drugim stadijima psihoze, iako je rizik prisutan i tijekom sljedećih godina (27). Otprilike 30 % svih smrti u prvoj epizodi i ranoj psihozi rezultat je samoubojstva. Studije rađene na osobama s kliničkim visokim rizikom za psihozu ili s atenuiranim pozitivnim simptomima također pokazuju da je suicidalnost česta i problematična u tih bolesnika. Dakle, samoubojstvo u psihotičnim poremećajima posebice je ozbiljan problem (27).

Prema podacima iz literature, 20 – 40 % bolesnika oboljelih od shizofrenije tijekom života pokuša počiniti samoubojstvo s najvišim rizikom tijekom ranih faza poremećaja, a otprilike 5 % i uspije u svom naumu, čime je mortalitet oboljelih od shizofrenije osam puta veći od onoga u općoj populaciji (24, 28).

Većina shizofrenih bolesnika s pokušajem samoubojstva opisali su jedan ili više loših stresnih događaja koje su proživjeli, prisustvo komorbiditetne tjelesne bolesti, gubitak kontakta s važnim osobama, gubitak doma, netolerirajuće nuspojave lijekova. U većini slučajeva suicidalno ponašanje bila je kulminacija prolongirane patnje i suicidalnih namjera (29).

Studija Nantha i suradnika rađena u Indiji pokazuje da su prethodni suicidalni pokušaj, pozitivna obiteljska psihijatrijska anamneza i uporaba psihoaktivnih tvari bili statistički značajni prediktori suicidalnih ideja. Također, opisuje da su suicidalne ideje u shizofrenih bolesnika u značajnom odnosu sa shizofrenom psihopatologijom (pozitivnim, negativnim i anksioznim simptomima) i komorbidnom depresijom, što ukazuje na važnost holističkog pristupa u prevenciji fatalnog ishoda (30).

Depresija i internalizirana stigma opisani su u literaturi kao rizični faktori za samoubojstvo u shizofreniji (31).

Studija Wonga i suradnika ukazuje da je prisustvo imperativnih slušnih halucinacija, posebice, ali ne i slušnih halucinacija općenito, bilo povezano sa suicidalnim ponašanjem. Ti rezultati indiciraju da imperativne slušne halucinacije mogu služiti kao rizični faktor koji može identificirati psihotične bolesnike pod većim rizikom za suicidalno ponašanje (32).

Sveobuhvatno govoreći, prema podacima iz literature prethodni suicidalni pokušaji i suicidalne ideje i promišljanja, depresivni i psihotični simptomi, mlađa dob, duljina trajanja neliječene psihoze i upotreba psihoaktivnih tvari jače su povezani sa suicidalnim planovima i pokušajima, čak i godinu dana nakon početka liječenja (24). Jedan od najznačajnijih čimbenika za suicidalnost u oboljelih od shizofrenije je visok stupanj uvida, a rizik od samoubojstva naročito je visok na početku poremećaja – tijekom ili nakon prvih epizoda. Također, rizik od samoubojstva visok je kod bolesnika koji nemaju odgovarajuću obiteljsku i/ili društvenu podršku nakon završetka bolničkog liječenja.

Terapijski pristup

Prevenција samoubojstva u bolesnika s psihozom zahtijeva suosjećajnost, aktivno slušanje i odgovornost u dijelu brige bolesnika te razgovor sa bolesnikom o suicidalnim promišljanjima i namjerama. U svrhu sprječavanja samoubojstva potrebna je duga i brižna skrb i planiranje liječenja (29).

Pri procjeni najvažnije je prepoznati suicidalnost, procijeniti suicidalni rizik, postaviti kliničku dijagnozu, odabrati i provesti najadekvatniji tretman te isključiti tjelesne bolesti koje povisuju suicidalni rizik. Bolesnik kod kojeg se postavi sumnja na moguće suicidalno promišljanje i ponašanje treba liječenje u bolničkim uvjetima i tretman psihičkog poremećaja koji je u podlozi takvog ponašanja.

U kliničkoj praksi preporučuje se koristiti ljestvicom *The Columbia-Suicide Severity Rating Scale* za procjenu

razine suicidalnosti te se preporučuje nastavno praćenje visokorizičnih pacijenata i nakon otpusta s bolničkog liječenja. Izuzetno je važno pri dijagnosticiranju bolesnika uzeti u obzir prethodnu anamnezu, prisutnost rizičnih faktora, a važnu ulogu igraju i heteroanamnestički podaci koje daju članovi obitelji i osobe bliske bolesniku.

Terapijski pristup baziran na individualnom pristupu uključuje uvođenje farmakoterapije (primjerice, klopazin je antipsihotik koji je dokazano efikasan u smanjenju suicidalnog ponašanja u shizofreniji) (28), te uključuje primjenu nefarmakoloških tehnika, primjerice, bihevioralne terapije i drugih psihoterapijskih tehnika.

LITERATURA

1. Degmečić Dunja: Hitna stanja u psihijatriji, *Medicus* 2017;26(2):199-204. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/278595>. Datum pristupa: 26. 6. 2023.
2. Filaković P. Urgentna psihijatrija. U: Filaković P (ur.). *Psihijatrija*. Studio HS Internet, Osijek; 2014, str. 476–84.
3. Faay MDM, van Os J; Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators. Aggressive Behavior, Hostility, and Associated Care Needs in Patients With Psychotic Disorders: A 6-Year Follow-Up Study. *Front Psychiatry*. 2020 Jan 8;10:934. doi: 10.3389/fpsy.2019.00934.
4. Faay MDM, van Baal GCM, Arango C i sur. Hostility and aggressive behaviour in first episode psychosis: Results from the OP-TiMiSE trial. *Schizophr Res*. 2020 Sep;223:271-278. doi: 10.1016/j.schres.2020.08.021.
5. Volavka J, Van Dorn RA, Citrome L i sur. Hostility in schizophrenia: An integrated analysis of the combined Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) and the European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST) studies. *Eur Psychiatry*. 2016 Jan;31:13-9. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.10.003.
6. Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: a systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One*. 2013;8(2):e55942. doi: 10.1371/journal.pone.0055942. Erratum in: *PLoS One*. 2013;8(9). doi:10.1371/annotation/f4abfc20-5a38-4dec-aa46-7d28018bbe38.
7. Large MM, Nielsens O. Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2011 Feb;125(2-3):209-20. doi: 10.1016/j.schres.2010.11.026.
8. Moulin V, Baumann P, Gholamrezaee M i sur. Cannabis, a Significant Risk Factor for Violent Behavior in the Early Phase Psychosis. Two Patterns of Interaction of Factors Increase the Risk of Violent Behavior: Cannabis Use Disorder and Impulsivity; Cannabis Use Disorder, Lack of Insight and Treatment Adherence. *Front Psychiatry*. 2018 Jul 4;9:294. doi: 10.3389/fpsy.2018.00294.
9. Moulin V, Golay P, Palix J i sur. Impulsivity in early psychosis: A complex link with violent behaviour and a target for intervention. *Eur Psychiatry*. 2018 Mar;49:30-36. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.12.003.
10. Faay MDM, Czobor P, Sommer IEC. Efficacy of typical and atypical antipsychotic medication on hostility in patients with psychosis-spectrum disorders: a review and meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*. 2018 Nov;43(12):2340-2349. doi: 10.1038/s41386-018-0161-2.
11. Volavka J, Czobor P, Sheitman B i sur. Clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol in the treatment of patients with chronic schizophrenia and schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*. 2002 Feb;159(2):255-62. doi: 10.1176/appi.ajp.159.2.255. Erratum in: *Am J Psychiatry* 2002.
12. Citrome L, Volavka J, Czobor P i sur. Effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol on hostility among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2001 Nov;52(11):1510-4. doi: 10.1176/appi.ps.52.11.1510.
13. Lieberman JA, Safferman AZ, Pollack S i sur. Clinical effects of clozapine in chronic schizophrenia: response to treatment and predictors of outcome. *Am J Psychiatry*. 1994 Dec;151(12):1744-52. doi: 10.1176/ajp.151.12.1744.
14. Volavka J. Comorbid personality disorders and violent behavior in psychotic patients. *Psychiatr Q*. 2014 Mar;85(1):65-78. doi: 10.1007/s11126-013-9273-3.
15. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J i sur. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2019 Sep 14;394(10202):939-951. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31135-3. Erratum in: *Lancet*. 2019 Sep 14;394(10202):918.
16. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA i sur; CATIE investigators. Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2008 Jul;193(1):37-43. doi: 10.1192/bjp.bp.107.042630.
17. Volavka J, Czobor P, Citrome L, Van Dorn RA. Effectiveness of antipsychotic drugs against hostility in patients with schizophrenia in the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) study. *CNS Spectr*. 2014 Oct;19(5):374-81. doi: 10.1017/S1092852913000849. Erratum in: *CNS Spectr*. 2014 Oct;19(5):466.
18. Volavka J, Citrome L. Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophr Bull*. 2011 Sep;37(5):921-9. doi: 10.1093/schbul/sbr041.
19. Krakowski M, Tural U, Czobor P. The Importance of Conduct Disorder in the Treatment of Violence in Schizophrenia: Efficacy of Clo-

- zapine Compared With Olanzapine and Haloperidol. *Am J Psychiatry*. 2021 Mar 1;178(3):266-274. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20010052. Erratum in: *Am J Psychiatry*. 2021 Jul;178(7):671.
20. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:465-97. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.
 21. Arango C. Violence in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2000 Dec;2(4):392-3. doi: 10.31887/DCNS.2000.2.4/carango.
 22. Baranchik S, Stryjer R, Weizman A, Shelef A. Add-on benzodiazepines for psychosis-induced aggression. *Int Clin Psychopharmacol*. 2019 May;34(3):119-123. doi: 10.1097/YIC.0000000000000254.
 23. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj, 2021. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/izvrse-na-samoubojstva-u-hrvatskoj-2021/>. Datum pristupa: 26. 6. 2023.
 24. Brečić P. Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. *Medicus* 2017;26(2):173-183. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/278587>. Datum pristupa: 26. 6. 2023.
 25. Knorr R, Hoffmann K. Suizidalität bei schizophrenen Psychosen: eine aktuelle Übersicht [Suicidality in schizophrenic psychosis: a current overview]. *Nervenarzt*. 2021 Nov;92(11):1186-1195. German. doi: 10.1007/s00115-020-01028-2.
 26. Karlović, D. i sur. *Psihijatrija*. Naklada Slap, Zagreb, 2019.
 27. Girgis RR. The neurobiology of suicide in psychosis: A systematic review. *J Psychopharmacol*. 2020 Aug;34(8):811-819. doi: 10.1177/0269881120936919.
 28. Mamo DC. Managing suicidality in schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2007 Jun;52(6 Suppl 1):59S-70S.
 29. Stefenson A, Titelman D. Psychosis and Suicide. *Crisis*. 2016 May;37(3):224-31. doi: 10.1027/0227-5910/a000372.
 30. Nath S, Kalita KN, Baruah A, Saraf AS, Mukherjee D, Singh PK. Suicidal ideation in schizophrenia: A cross-sectional study in a tertiary mental hospital in North-East India. *Indian J Psychiatry*. 2021 Mar-Apr;63(2):179-183. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_130_19.
 31. Bilgin Koçak M, Rifat Şahin A, Güz H i sur. The Relationship Between Suicide Attempts and Ideation with Depression, Insight, and Internalized Stigmatization in Schizophrenia. *Alpha Psychiatry*. 2021 Dec 30;23(1):18-25. doi: 10.1530/alphapsychiatry.2021.212167.
 32. Wong Z, Öngür D, Cohen B i sur. Command hallucinations and clinical characteristics of suicidality in patients with psychotic spectrum disorders. *Compr Psychiatry*. 2013 Aug;54(6):611-7. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.12.022.

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

prof. prim. dr. sc. Dunja Degmečić, dr. med.
Klinika za psihijatriju, KBC Osijek
Medicinski fakultet Osijek
J. Huttlera 4, 31 000 Osijek
e-mail: ddegmecic@gmail.com

PRIMLJENO/RECEIVED:

6. lipnja 2023./June 6, 2023

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

26. lipnja 2023./June 26, 2023

