



Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Autoreferát disertační práce

Suicidální jednání v dětství a adolescenci

MUDr. Jiří Koutek

Praha 2009

Doktorské studijní programy v biomedicíně

*Univerzita Karlova v Praze
a Akademie věd České republiky*

Obor: Lékařská psychologie a psychopatologie

Předseda oborové rady: Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.

Školící pracoviště: Dětská psychiatrická klinika UK 2.LF a FN Motol

Autor: MUDr. Jiří Koutek

Školitel: Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc

Školitel konsultant (byl – li):

Oponenti:

.....
.....
.....

Autoreferát byl rozeslán dne:

Obhajoba se koná dne: 15.12.2009 v hod.

Psychiatrická klinika UK 1.LF
Ke Karlovu 11, Praha 2

S disertací je možno se seznámit na děkanátě
1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Obsah:

Souhrn v češtině.....	4
Souhrn v angličtině.....	5
Úvod.....	6
Metodika a soubor.....	7
Výsledky.....	9
Diskuse.....	12
Závěr.....	15
Literatura.....	16
Vlastní publikace k tématu.....	20
Abstrakta z vědeckých konferencí.....	21
Ostatní publikace.....	22

Souhrn:

Cíle: Cílem studie bylo zjistit rizikové faktory a možné prediktory závažnosti suicidálního jednání dětí a adolescentů.

Metody: Bylo vyšetřeno 77 pacientů (15 chlapců, 62 dívek) ve věku $15,5 \pm 1,6$ let, hospitalizovaných po suicidálním pokusu na Dětské psychiatrické klinice FN Motol. Bylo použité strukturované interview s pacientem a rodiči, zaměřené na klinické posouzení okolností suicidálního jednání, přítomných rizikových faktorů a závažnosti suicidálního chování.

Výsledky: Byla zjištěno, že pacienti s jakýmkoli psychologickým traumatem v anamnéze měli tendenci k somaticky méně závažným suicidálním pokusům ($p = 0.050$). Intenzita úmyslu zemřít souvisela s anamnézou deprese ($p = 0.014$) a úzkostné poruchy ($p = 0.004$) a s aktuálním stresem vyplývajícím z duševní poruchy ($p = 0.014$). Somatická závažnost suicidálního jednání byla významně asociována s intenzitou úmyslu zemřít ($p = 0.014$). Jako prediktory somatické závažnosti suicidality s významností na úrovni trendu byly nalezeny jakékoli psychologické trauma v anamnéze (přítomnost traumatu predikovala méně závažné suicidální jednání, $p=0.053$) a aktuální stres v sexuální oblasti ($p=0.067$). Byl nalezen jediný významný prediktor intenzity úmyslu zemřít, a to aktuální stres z působení duševní poruchy ($p=0.017$).

Závěr: Bylo popsáno několik rizikových faktorů a prediktorů somatické závažnosti suicidálního chování a intenzity suicidálního úmyslu.

Nejpodstatnějším nálezem studie je nalezená souvislost anamnézy prodělaného psychotraumatu s tendencí k menší somatické závažnosti suicidálního jednání.

Abstract

Objectives: The aim of this study was to identify risk factors and possible predictors of severity of suicidal behavior of children and adolescents.

Methods: Seventy-seven patients (15 boys and 62 girls) aged 15.5 ± 1.6 years on average, hospitalized due to a suicidal attempt in the department of pediatric psychiatry, were examined. Structured interviews with patients and their parents were used to clinically assess circumstances of suicidal behavior, relevant risk factors and severity of suicidal behavior.

Results: The results indicated that patients with any previous traumatic experience tended to have somatically less severe suicidal attempts ($p = 0.050$). Intensity of suicidal intent was associated with a history of depression ($p = 0.014$) and anxiety disorders ($p = 0.004$), and the current stress from a mental disorder ($p = 0.014$). Somatic severity of suicidal behavior was significantly associated with intensity of suicidal intent ($p = 0.014$). A history of any trauma (previous traumatic experience predicted less severe suicidal behavior, $p=0.053$) and the current stress from sexual problems ($p=0.067$) were identified as predictors of somatic severity of suicidality. These two predictors showed only a trend level of significance. The only significant predictor of intensity of suicidal intent was the current stress from a mental illness ($p=0.017$).

Conclusions: Several risk factors of somatic severity of suicidal behavior and intensity of suicidal intent were described. The most important finding of the study was the association between a history of psychological trauma and a tendency to have less somatically severe suicidal behavior.

Úvod

Dokonané suicidium u dětí a adolescentů je ve srovnání s jinými věkovými kategoriemi méně časté, nicméně sebevražda je třetí příčinou smrti v adolescenci. (Fleischman & Barondess, 2004) U dětí a adolescentů se setkáváme nejčastěji se suicidálními pokusy, které nad dokončeným suicidiem výrazně převažují a jejich četnost je zejména v adolescenci nejvyšší. Podobně jako v dospělém věku převažují suicidální pokusy u dívek. (Schmidtke et al. 1996). Proběhlý suicidální pokus představuje rizikový faktor pro dokonanou sebevraždu v budoucnosti a poškozuje psychosociální vývoj jedince. (Otto, 1972)

Současný způsob uvažování opouští představu kauzálního vysvětlení suicidálního chování, častým tématem studií je otázka rizikových faktorů a jejich spolupůsobení při vývoji suicidálního chování. Suicidální chování je multikauzální fenomén, téma rizikových faktorů se většinou vztahuje k hodnocení psychiatrické morbiditě, psychosociálních stresorů, kulturních odlišností a spouštěcích okolností (Mann et al. 1999; Kocourková & Koutek, 2006). Hledají se rozdíly mezi rizikovými faktory pro dokonané suicidium a suicidální pokus. Přestože spolehlivá data oddělující tyto kategorie suicidálního chování nemáme, se suicidálními pokusy bývají spojovány zejména faktory traumatizace v dětství, rodinná historie suicidálního chování a ženské pohlaví (Roy & Janal, 2005). Jako důležitý rizikový faktor se jeví problémy v sexuálním vývoji (McDaniel et al. 2001), sexuální zneužití v dětství, (Brodsky et al. 2001), případně trauma znásilnění v dětství a adolescenci (Ullman & Brecklin, 2002). Význam má ovlivnění suicidálním jednáním vrstevníků (Bearman & Moody, 2004). Při hodnocení suicidálních pokusů se ukazuje potřeba rozlišit závažnost sebevraženého pokusu, ať již z hlediska úmyslu zemřít, tak z hlediska jeho somatické závažnosti.

V naší studii hospitalizovaných dětí a adolescentů po suicidálním pokusu chceme zjistit zejména přítomnost rizikových faktorů, které souvisejí se

závažností suicidálního chování, s intenzitou suicidálního úmyslu a se somatickou závažností suicidálního pokusu. Tyto rizikové faktory se vztahují k přítomnosti duševních poruch, způsobu fungování rodiny, traumatické zkušenosti v anamnéze a přítomnosti aktuálního stresu. Zjištění těchto souvislostí nám může pomoci k lepší predikci při posuzování závažnosti suicidálního chování v dětství a adolescenci.

Metodika a soubor

V rámci prospektivní studie byli postupně vyšetřeni všichni pacienti, kteří byli hospitalizováni po suicidálním pokusu na Dětské psychiatrické klinice FN Motol a 2.LF UK v letech 2004-2005. Studie byla schválena etickou komisí FN Motol.

Soubor sestával ze 77 pacientů (15 chlapců, 62 dívek) o průměrném věku $15,5 \pm 1,6$ let (rozmezí 9,6 až 17,9 roků). Šlo o děti a adolescenty, kteří byli na Dětskou psychiatrickou kliniku přeloženi z anesteziologicko- resuscitační kliniky, z pediatrické kliniky a z dalších oddělení FN Motol, případně z jiných nemocnic. Jen výjimečně šlo o pacienty, kteří nebyli předtím hospitalizováni na jiném oddělení. Součástí vyšetření bylo autory vytvořené strukturované interview v délce 1 hodiny, zaměřené na motivaci a způsob suicidálního jednání, další příčiny a faktory spolupodílející se na suicidálním pokusu. Autoři posuzovali vážnost úmyslu zemřít a somatickou závažnost suicidálního jednání, zjišťovali psychopatologické symptomy jak aktuální, tak i v předchorobí. Vyšetření bylo provedeno do 48 hodin po přijetí pacienta prvními dvěma autory, přičemž výsledky byly hodnoceny konsensuálně. Součástí vyšetření byl anamnestický pohovor s rodiči a dotazník zaměřený na školní adaptaci dítěte, vypracovaný pro tento účel autory. Tento dotazník sledoval adaptaci v předškolním zařízení, adaptaci při vstupu do školy, prospěch dítěte, zapojení mezi vrstevníky a vztah s učiteli. Zjišťována byla též šikana v anamnéze a suicidální jednání v okolí pacienta.

Autoři posuzovali čtyři kategorie somatické závažnosti suicidálního pokusu. Do první skupiny byli zařazeni pacienti se somaticky nezávažným suicidálním pokusem (například ti, jejichž stav nevyžadoval hospitalizaci a byli přijati přímo nebo po ošetření na příjmovém oddělení nemocnice). Do druhé skupiny byli zařazeni ti, jejichž stav vyžadoval z hlediska somatického stavu terapeutický zásah, avšak nebylo významněji ohroženo jejich zdraví (lehká závažnost suicidálního pokusu). Ve třetí skupině byli ti pacienti, u nichž hrozilo nebezpečí závažnějšího poškození zdraví a jejich stav vyžadoval delší hospitalizaci na somatickém oddělení (středně závažný suicidální pokus). Do čtvrté skupiny (těžký suicidální pokus) byli zařazeni pacienti, u nichž byl suicidálním jednáním ohrožen život (většinou byli hospitalizováni na anesteziologické klinice). Pro účely statistického zpracování autoři sloučili posuzované do dvou skupin: (1) se somaticky nezávažným a lehkým suicidálním pokusem; a (2) se somaticky středně závažným nebo těžkým suicidálním pokusem.

Autoři při vyšetření též posuzovali intenzitu suicidálního úmyslu ve čtyřech kategoriích. V první kategorii hodnocené jako nezávažná byli zařazeni pacienti s ambivalentním postojem ke smrti. V druhé kategorii lehké závažnosti byli zařazeni pacienti, u nich byla sice přítomna myšlenka na smrt, nebyla však výrazná. Ve třetí kategorii byli pacienti, u nichž výrazně převažovala touha zemřít (hodnoceno jako střední intenzita suicidálního úmyslu) a ve čtvrté kategorii bylo přání zemřít jednoznačné (těžká intenzita úmyslu). Pro účely statistického zpracování autoři sloučili posuzované do dvou skupin: (1) s nezávažnou a lehkou intenzitou suicidálního úmyslu; a (2) se středně závažnou nebo těžkou intenzitou suicidálního úmyslu.

Statistická analýza byla provedena za užití programu the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, version 16.0). Pro popis souboru bylo použito metod deskriptivní statistiky. K zjištění vztahu somatické závažnosti a intenzity úmyslu k anamnestickým údajům bylo užito χ^2 testu a Fisher's exact testu.

K analýze prediktorů somatické závažnosti a intenzity suicidálního úmyslu byla zvolena logistická regrese.

Výsledky

Četnost pacientů dle pohlaví a věku

Mezi 77 pacienty významně převažovaly dívky nad chlapci, v poměru 62:15. U dětí do 14 roků se suicidální jednání objevuje ojediněle, prudký nárůst přichází kolem 15. roku.

Rodinná situace, hereditární zátěž a faktory z osobní anamnézy

Rodinná situace našich pacientů byla problematická. 60 % z nich zažilo rozvod rodičů. Z hlediska fungování rodiny lze za harmonickou rodinu označit pouze 22 %, 49,4 % bylo rodin fungujících s konflikty, v 18,2 % byla zjištěna dysfunkční rodina, vysloveně patologické rodinné prostředí bylo zjištěno v 10,4 %. V 6 případech došlo v rodině k úmrtí otce, úmrtí matky zaznamenáno nebylo. Psychiatrická léčba byla zjištěna u 8 % otců a 25 % matek. Abusus alkoholu byl zjištěn u 26 % otců a 5 % matek, užívání jiných návykových látek pak u 4 % otců a 1 % matek. Nezaměstnanost byla zjištěna u 21 % otců a 26 % matek našich pacientů.

Předcházející traumatická zkušenost byla zjištěna ve 45 % případů, ve formě úmrtí blízké osoby, šikany, sexuálního zneužití, znásilnění, případně napadení.

U 65 % pacientů šlo o první suicidální pokus, u 23 % druhý a vícenásobný u 12 %.

Sebepoškozování v anamneze se vyskytlo u 32 %, zatímco jako aktuální psychopatologie se nevyskytlo vůbec.

Způsob a závažnost suicidálního jednání

Převažující způsob suicidálního jednání byla intoxikace, v 69 případech, tj. téměř v 90 %, z toho ve 14 případech v kombinaci s jiným způsobem, jako je pořezání, skok z výše, strangulace. V intoxikaci medikamenty se nejvíce uplatňovala psychofarmaka a analgetika, častá byla kombinace léků. Ve 23 případech byla zjištěna spoluúčast alkoholu, pouze v jednom případě požití drogy. Somatická závažnost suicidálního pokusu byla hodnotitelná pouze u 74 pacientů, u tří chyběly validní údaje. Somaticky méně závažných případů bylo 47, 27 bylo ve skupině více závažných. Nezřetelná a lehká intenzita úmyslu zemřít byla zjištěna v 34 případech, u 43 případů byla zjištěna intenzita střední a vysoká.

V 77 % případů došlo k suicidálnímu jednání v domácím prostředí, v 5 % ve škole, v 18 % na jiném místě, většinou venku, v přírodě apod. V 69 % případů nebyl nikdo tomuto jednání přítomen, v ostatních případech šlo o rodiče (9%), sourozenci (5 %), vrstevníci (6 %), rodiče i sourozenci (5 %), nebo jiné osoby (6 %).

Vztah somatické závažnosti suicidálního jednání a anamnestických faktorů / současného stavu

Byla nalezena významná asociace somatické závažnosti suicidálního jednání a anamnézy jakéhokoli traumatu ($p=0.050$), překvapivě ovšem v opačném smyslu, než by bylo možné očekávat. Pacienti s anamnézou traumatu měli významnou tendenci k somaticky méně závažným suicidálním pokusům.

Hraničně významné byly asociace somatické závažnosti a anamnézy šikany ($p=0.08$), aktuálního stresu v sexuální oblasti ($p=0.056$) a aktuální závislosti a zneužívání návykových látek ($p=0.08$).

Vztah intenzity suicidálního úmyslu a anamnestických faktorů / současného stavu

Byl nalezen významný vztah intenzity suicidálního úmyslu a v minulosti prodělané deprese ($p=0.044$) nebo úzkostné poruchy ($p=0.004$). Z aktuálních faktorů ovlivňoval intenzitu suicidálního úmyslu významně stress vycházející obecně z duševní poruchy ($p=0.014$).

Hraničně významný byl vztah k anamnéze závislosti nebo zneužívání návykových látek ($p=0.098$), současné depresi ($p=0.052$) a k aktuálnímu stressu v rodině ($p=0.072$).

Vztah mezi somatickou závažností suicidálního jednání a vážností úmyslu zemřít

Byla nalezena významná asociace mezi somatickou závažností suicidálního jednání a vážností úmyslu zemřít ($\chi^2=5.996$; $df=1$; $p=0.014$).

Prediktory závažnosti suicidálního jednání

Do logistické regrese jsme v prvním kroku jako závislé proměnné zadali ty proměnné, které vyšly jako významné nebo hraničně významné ve výše uvedených analýzách. V druhém kroku byla vybrána skupina prediktorů s největší závažností, taková, že přidání dalších prediktorů by už dále nezlepšilo odhad (viz tabulka 1).

Jako prediktory somatické závažnosti suicidality s hraniční statistickou významností byly nalezeny jakékoli trauma v anamnéze (přítomnost traumatu predikovala méně závažné suicidální jednání, $p=0.053$) a aktuální stres v sexuální oblasti ($p=0.067$).

Byl nalezen jediný prediktor intenzity úmyslu zemřít, a to aktuální stres z působení duševní poruchy ($p=0.017$).

Diskuse

V souboru hospitalizovaných dětí a dospívajících na DPK FNM v letech 2004-2005 převažovaly významně dívky nad chlapci. Z výsledků je zřejmé, že k prudkému nárůstu dochází zejména v adolescentním věku, což odpovídá dlouhodobě uváděným světovým statistickým údajům. Podle literatury je nejrizikovější období pro suicidální pokus právě dospívání u dívek (Haberhauer, 1994; King, 2003; Koutek & Kocourková 2007).

Nejfrekventovanějším použitým způsobem suicidálního jednání byla intoxikace medikamenty, z nichž nejčastěji byla použita psychofarmaka a analgetika. Nezřídka byla použita psychofarmaka, která byla pacientovi předepsána v předchozí péči, analgetika pak jsou nejčastěji dostupné léky v domácnostech. Svou roli hraje pravděpodobně snadná dostupnost a zároveň nebolestivost tohoto způsobu. Intoxikace medikamenty patří mezi tzv. měkké, způsoby, tedy ty, u nichž je větší šance na přežití. Na druhé straně představuje intoxikace léky významný díl příčiny úmrtí u dokonaných sebevražd, např. v roce 2002 takto zemřelo 8 % ze všech obětí sebevraždy v České republice, u žen to bylo dokonce 20 %. Gibbons et al. (2005) zjistili pozitivní korelaci mezi mírou sebevražednosti a preskripcí tricyklických antidepresiv, pro které je typická vysoká toxicita. Ve 30 % suicidálnímu jednání předcházelo požití alkoholu, v 1 % požití drogy. Alkohol zde mohl sehrát roli spouštěče, který vedl k odbrždění sebekontroly a strachu. Ohberg et al. (1996) našli alkohol u 36 % obětí suicidia, Haberbauer et al. (1994) zjistili požití alkoholu u 38 % pacientů se suicidálním pokusem. Weilemann et al. (1996) uvádějí, že aktuální požití alkoholu při suicidálním jednání se vyskytuje více u nealkoholiků než u lidí na alkoholu závislých.

Aktuální stres z rodinné situace byl v naší studii také hraničně významným faktorem asociovaným s intenzitou suicidálního úmyslu (viz tabulka 2). Rodina byla harmonická pouze ve 22 %, zatímco u ostatních rodin byla přítomna menší či větší rodinná dysfunkce, v 10 % je rodinné prostředí hodnoceno jako

vysloveně patologické. V rodinách byla ve větší míře zaznamenána psychiatrická péče rodičů, abusus alkoholu zejména u otců.

Významem rodinné transmise suicidálního jednání se zabývali Brent et al. (2002), kteří zjistili zvýšené riziko suicidálního chování u potomků těch nemocných s afektivní poruchou, kteří se sami pokoušeli o suicidium. Autoři našli souvislost mezi suicidálním jednáním u potomků a výskytem impulsivní agresivity u nich, též pak sexuální zneužití. Vztah mezi suicidálními pokusy a psychopatologií u rodičů zjistili Krakowski & Czobor (2004).

U 35 % pacientů šlo o opakované suicidální jednání. Suicidální jednání v anamneze představuje dle literatury rizikový faktor pro jeho opakování i pro dokonané suicidium. Jako rizikový faktor je též uváděno sebepoškozování, které samo o sobě nemá suicidální charakter (Maris, 1992) . Jeho prevalence u mladých lidí však významně stoupá (Cleaver, 2007; Jacobson & Gould, 2007). Dle Skegga (2005), 5 % osob hospitalizovaných pro sebepoškozování během následujících 9 roků spáchá sebevraždu. Tomuto odpovídá i fakt, že v našem vzorku jsme našli ve 32 % sebepoškozování v anamneze, zatímco jako aktuální psychopatie přítomno nebylo. Je zřejmé, že autoagrese se vyjádřila u našich pacientů suicidálním jednáním. Esposito et al. (2003) našli další rozdíly mezi skupinou adolescentů s jedním nebo více suicidálními pokusy. Skupina s vícečetným suicidálním jednáním vykazovala častější diagnosu poruchy nálady, silnější depresivní příznaky, těžší poruchy chování, vyšší stupeň afektivní dysregulace a těžší sebepoškozování.

V našem souboru jsme našli překvapivou souvislost mezi prožitým psychologickým traumatem a somatickou závažností suicidálního jednání, kdy ti, kteří toto trauma prožili, měli tendenci k somaticky méně závažným suicidálním pokusům. Významem traumatu v anamneze suicidálního jednání se zabývá řada prací. Prožité trauma je často uváděno v souvislosti se suicidálním jednáním. Sarchiapone et al. (2007) našli signifikantně vyšší skóre traumatu u pacientů s depresí po suicidálním pokusu. Read et al. (2001) uvádějí, že

důležitějším faktorem pro predikci suicidálního jednání je sexuální zneužití v dětství než současná diagnosa deprese. Vztah mezi posttraumatickým stresem a suicidálním chováním adolescentů našel Mazza (2000). Uvádí, že mezi posttraumatickou symptomatologií a adolescentním suicidálním chováním je vztah, který nelze vysvětlit depresí nebo pohlavím. Roy & Janal (2005) zjistili jako rizikové faktory suicidálního jednání ženské pohlaví, dětské trauma a historii suicidálního chování v rodině, nepotvrdili však, že by se uvedené faktory interagovaly. Design naší studie se však neumožňuje vyjádřit k vlivu anamnézy psychotraumatu na frekvenci suicidálního jednání, ale pouze na jeho závažnost. K tomu jsme však v literatuře odpovídající práce nenalezli.

Z hlediska intensity úmyslu zemřít se jako rizikové faktory ukázaly deprese, úzkostné poruchy a zneužívání návykových látek v předchorobí. Význam má aktuální stres vycházející z duševní poruchy a aktuální přítomnost deprese. Grunebaum et al. (2006) našli u depresivních pacientů, kteří se pokusili o sebevraždu a referovali o zneužívání v dětství, vyšší agresivitu, mladší věk a výraznější depresivní poruchy sebehodnocení oproti těm, kteří se o suicidium nepokusili. Palmer et al. (2005) uvádějí souvislost se suicidálním jednáním a schizofrenií, ta se však v našem vzorku vyskytla pouze jednou.

Z rozboru vzorku pacientů hospitalizovaných v roce 2004 po suicidálním pokusu vyplynul stejně jako u celého vzorku za oba roky převažující způsob suicidálního jednání intoxikací medikamenty, častým motivem sebevražedného jednání byly konflikty rodinné, nezřídka v kombinaci s konflikty partnerskými a vrstevnickými. Jako aktuální psychopatologické projevy byla v 79 % zjištěna depresivní symptomatika a v 39 % poruchy chování. Byl zřejmý rizikový faktor dyfunkční rodiny. Určitý rozdíl ve srovnání obou roků byl zjištěn v e věkovém rozložení, kdy v roce 2005 stoupl podíl mladistvých oproti věkové skupině do 15 roků. Podstatný vzestup byl zaznamenán v sebepoškození v anamnése, z 18 % v roce 2004 na 46 % v roce 2005. Tento vývoj může odpovídat

významnému vzestupu této problematiky v populaci, jak jej sledujeme v klinické praxi.

Závěr:

V naší studii bylo popsáno několik rizikových faktorů somatické závažnosti suicidálního chování a intenzity suicidálního úmyslu. Nejpodstatnějším nálezem studie je nalezená souvislost anamnézy prodělaného psychotraumatu s tendencí k menší somatické závažnosti suicidálního jednání. Výsledky jsou limitovány velikostí souboru, otevírají však další otázky do diskuse o mechanismech suicidálního jednání u dětí a dospívajících.

Tabulka 1: Prediktory suicidálního jednání

	Beta	S.E.	Wald	Df	p	Exp (B)
Prediktory somatické závažnosti						
Trauma jakékoliv	-1.032	0.533	3.753	1	0.053	0.356
Stress v sexuální oblasti	2.151	1.177	3.343	1	0.067	8.596
Prediktory intenzity úmyslu						
Aktuální stres z duševní poruchy	1.705	0.712	5.726	1	0.017	5.5

Literatura:

Adshea G (1997). „Written on the Body“: Deliberate self-harm and violence. In: Wellton, E.V.-van Velsen, C. (Eds): A practical guide to forensic psychotherapy. London: Jessica Kohnsley.

Asch SS (1980). Suicide and the hidden executioner. *International Review of Psychoanalysis* 7:51-60.

Baker JE (2001). Mourning and the transformation of object relationship. *Psychoanalytic Psychology* 18: 55-73.

Bearman PS, Moody J (2004). Suicide and friendships among American adolescents. *Am J Public Health*. 94: 89-95.

Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt. *Arch Gen Psychiatry*. 59: 801-807.

Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry*. 158: 1871-1877.

Bronisch T (1995). *Der Suizid*. München: Verlag C.H.Beck.

Cleaver K (2007). Characteristics and trends of self-harming behavior in young people. *Br J Nurs*. 16: 148-152.

Černý L (1970). *Sebevražednost dětí a mladistvých*. Praha: Avicenum.

Esposito C, Spirito A, Boergers J, Donaldson D (2003). Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 33: 389-399.

Feldman SS., Elliott GR (1993). *As the threshold. The developing adolescent*. Cambridge: Harvard University.

Fleischman AR, Barondess JA (2004). Adolescent suicide : vigilante and action to reduce the toll. *Contempor Pediatrics* 21: 27-35.

Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ (2005). The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 62: 165-172.

Grunebaum DK, Burke AK, Mann JJ, Oguendo MA (2006). Protective factors against suicidal behavior in depressed adults reporting childhood abuse. *J Nerv Ment Dis* 194: 971-974.

Hawton K, Van Heeringen K (2002). *The international Handbook of Suicide and attempted Suicide*. New York: John Wiley and Sons.

Haberhauer G, Fries W, Leitner A (1994). Beitrag zur Epidemiologie medikamentöser Suizidversuche in Wien. *Wien Klin Wochenschr* 106:69-74.

Horažďovský V (1993). Sebevražednost v Československu v letech 1975-1990. *Česko- slovenská psychiatrie*, 89: 233-238.

Hort V, Kocourková J (2005). Suicidální tematika v dětské a dorostové psychiatrii. *Praktický lékař*, 85: 240-242.

Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.

Jacobson CM, Gould M (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self- injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res*. 11: 129-147.

King RA , Apter A, editors (2003). *Suicide in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.

Krakowski MI, Czobor P (2004). Psychosocial risk factors associated with suicide attempts and violence among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 55:1414-1419.

Malá E, (2005). *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada.

Mann JJ, Wateraux C, Haas GL, Malone KM (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 156: 181-189.

Maris RW, Berman AL, Maltesberger JT, Yufit RI, editors (1992). *Assessment and prediction of suicide*. New York: The Guilford Press.

Masaryk TG (1998). *Sebevražda*. Praha: Ústav T.G.Masaryka.

Mazza JJ (2000). The relationship between posttraumatic stress symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 30: 91-103.

McDaniel JS, Purcell DW, D'Augelli AR (2001). The relationship between sexual orientation and the risk for suicide : research findings and future directions for research and prevention. *Suicide Life Threat Behav.* 31(Suppl): 84-105.

Ohberg A, Vuori E, Ojanpera I, Lonquist J (1996). Alcohol and drugs in suicides. *Br J Psychiatry.* 169: 75-80.

Otto U (1972). Suicidal acts by children and adolescents: a follow-up study. *Acta Psychiat Scand.* 233 (Suppl): 7-123.

Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry.* 62: 247-253.

Papežová H (2001). Poruchy příjmu potravy. In: Raboch j, Zvolský P et al. *Psychiatrie.* Praha: Galén.

Pfeffer CR (1996). *Suicidal behavior in children and adolescent psychiatry.* Baltimore: Wiliams and Wilkins.

Pfeffer CR (1986). *The Suicidal Child.* New York: The Guilford Press.

Prokop J (1940). *O sebevraždě.* Praha: Bursík a Kohout.

Read J, Agar K, Barker-Collo S, Davies E, Moskowitz A (2001). Assessing suicidality in adults: integrating childhood trauma as a major risk factor. *Professional Psychology- Research and Practice* 32: 367-372.

Remschmidt H (1992). *Psychiatrie der Adoleszenz.* Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Roy A, Janal M (2005). Family history of suicide, female sex, and childhood trauma: separate or interacting risk factors for attempts at suicide? *Acta Psychiatr Scand.* 112: 367-371.

Sarchiapone M, Carli V, Cuomo C, Roy A (2007). Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. *Depress Anxiety* 24: 268-272.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the

WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand.* 93: 327-338.

Skegg K (2005). Self-harm. *Lancet.* 366: 1471-1483.

Steinhausen H-Ch (1992). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen.* München: Urban und Schwarzenberg.

Ullman SE, Brecklin LR (2002). Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide Life Threat Behav.* 32: 117-130.

Weilemann L, Hilgers H, Reckmann A (1996). Aktuelle Aspekte parasuizidaler Intoxikationen. *Med Klin (Munich)* 91: 355-358.

Weibrot DM, Ettinger AB (2002). Aggression and violence in mood disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* 11: 649-671.

Zdravotnická statistika . Sebevraždy 1990-2003. (2004) Praha: ÚZIS.

Vlastní publikace vztahující se k tématu:

1) s IF

Kocourková J, Koutek J (1996). Psychodynamické aspekty agrese suicidálního jednání v adolescenci. *Československá psychologie*. 40: 534-537. IF 2008 = 0,101

Kocourková J, Koutek J (2002). Posuzování suicidálního rizika u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*. 46: 178-183. IF 2008 = 0,101

Koutek J, Kocourková J (2007). Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*. 51: 72-79. IF 2008= 0,101

Kocourková J, Koutek J (2008). Sebepoškozování v adolescenci- narůstající problém? *Československá psychologie*. 52: 609-614. IF 2008= 0,101

Koutek J, Kocourková J, Hladíková M, Hrdlička M (2009). Suicidal behavior in children and adolescents: Does a history of trauma predict less severe suicidal attempts? *Neuroendocrinology Letters*. 30: 99-106. IF 2008 = 1,359

2) ostatní

Koutek J, Kocourková J (1996). Suicidální chování v adolescentním věku. *Praktický lékař*. 76: 228-229.

Koutek J (1998). Intoxikace psychofarmaky jako způsob suicidálního jednání. *Praktický lékař*. 78: 659-660.

Koutek J (1999). Suicidální pokus medikamenty-rozbor vzorku pacientů hospitalizovaných na metabolické jednotce FN Motol. *Česká a slovenská psychiatrie*. 95: 529-534.

Koutek J, Lorenc J (2002). Farmaka v suicidálním jednání dětí a adolescentů. *Česko-slovenská pediatrie*. 57:168-171.

Koutek J (2002). Suicidální chování v dětství a adolescenci. *Iatrike techné*. 1:68-70.

Koutek J (2002). První pomoc při suicidálním jednání z pohledu psychiatra. *Tempus medicorum*. 11: 26.

Koutek J, Kocourková J (2003). Sebevražedné chování. Praha: Portál.

Kocourková J, Koutek J (2004). Psychodynamické aspekty suicidálního rizika v adolescenci. Psychológia a patopsychológia dieťaťa. 39:86-91.

Kocourková J, Koutek J (2005). Spektrum autodestruktivity v adolescenci- rizikové chování, sebepoškozování, suicidalita. Psychológia a patopsychológia dieťaťa. 40: 374-379.

Koutek J (2005). Sebevraždy dospívajících- komentář k článku. Pediatrie po promoci. 2: 23-24.

Kocourková J, Koutek J (2006). Psychodynamic aspects of suicidal risk in adolescence : two case studies. Journal of Child and Adolescent Mental Health. 18: 79-81.

Kocourková J, Koutek J (2006). Rizikové faktory dětské a adolescentní suicidality. Česká a slovenská psychiatrie. 102: 431-435.

Koutek J, Kocourková J (2006). Suicidální pokus u dětí a dospívajících- motivy a rizikové faktory. Psychiatrie pro praxi. 7: 131-132.

Koutek J, Kocourková J (2007). Diagnostika a terapie suicidálních dětí a adolescentů. Postgraduální medicína. 9: 801-805.

Koutek J (2008). Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence. Pediatrie pro praxi. 9: 302-304.

Abstrakta z vědeckých konferencí:

Koutek J, Kocourková J (2005). Suicidalita v dětství a adolescenci- biologické a psychosociální souvislosti. Sborník 12.celostátní konference biologické psychiatrie s mezinárodní účastí. Luhačovice.

Kocourková J, Koutek J (2005). Úzkost z opuštění v rámci suicidální krize. Sborník pedopsychiatrické konference. Bratislava

Koutek J, Kocourková J (2005). Suicidální chování u pacientů s poruchou příjmu potravy. Sborník V. mezinárodní a mezioborové konference o poruchách příjmu potravy. Praha.

Kocourková J, Koutek J (2006). Risikoaspekte der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen, in: Wissenschaft Pflege- Pflege schaft Wissen. Sborník konference 3. Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie, Wien.

Koutek J, Kocourková J (2006). Rizikové faktory suicidálního chování v dětství a adolescenci, in: Nemocná duše- nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta. Sborník přednášek a abstrakt VI. sjezdu České psychiatrické společnosti s mezinárodní účastí. Špindlerův Mlýn.

Kocourková J, Koutek J (2006). Spektrum autodestruktivity v adolescenci. Sborník konference 22. duševní zdraví mládeže. Brno.

Koutek J, Kocourková J (2006). Suicidalita v dětství a adolescenci. Sborník Konference ambulantních psychiatrů. Olomouc.

Další důležitější publikace:

1) s IF

Kocourková J, Koutek J (1994). Psychoterapeutická skupinová práce s rodiči adolescentních pacientek s mentální anorexií. Československá psychologie., 6, IF 2008= 0,101

Krásničanová H, Veselá M, Vejvalka J, Koutek J (2007). Selected auxological aspects of anorexia nervosa- relations of body weight tu body height and menstrual cycle. Neuroendocrinology Letters. 28: 527-534. IF 2008 = 1,359

2) ostatní

Koutek J (1997). Farmakoterapie poruch příjmu potravy. Realimentace stavů kachexie u mentální anorexie. in J.Kocourková et al.: Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha: Galén.

Koutek J, Lorenc J (1997). Biologické aspekty léčby poruch příjmu potravy. In: Biologické podklady psychických poruch. Praha: Galén.

Kocourková J, Koutek J (1998). The child as a witness of extreme violence in the family. *The Journal of Forensic Psychiatry*. 9: 435-439.

Koutek J, Lorenc J (1999). Některé somatické aspekty terapie poruch příjmu potravy. *Česko-slovenská pediatrie*. 54: 93-96.

Koutek J (2000). Poruchy příjmu potravy. Neorganická enuréza a enkopréza. Suicidalita v dětství a adolescenci. In: Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.

Koutek J, Kocourková J, Papežová H (2000). Diabetes mellitus a poruchy příjmu potravy- problematická komorbidita. *Česká a slovenská psychiatrie*. 96:365-368.

Koutek J, Zámečníková R, Kocourková J (2002). Psychiatrická problematika dětských a dospívajících diabetiků. *Praktický lékař*. 82:134-136.

Kocourková J, Koutek J (2003). Eating Disorders in Childhood and Early Adolescence. In: Swain PI (Editor). *Focus on Eating Disorders Research*. New York : Nova Biomedical Books.

Koutek J, Zámečníková R, Kocourková J, Nesrstová M (2004). Některé charakteristiky pacientek s poruchou příjmu potravy s raným začátkem onemocnění. *Česko-slovenská pediatrie*. 59:410-414.

