

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. lékařská fakulta

Disertační práce:

SUICIDÁLNÍ JEDNÁNÍ V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI

MUDr. Jiří Koutek

Školitel: Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc

Obor: Lékařská psychologie a psychopatologie

PRAHA 2009

Děkuji těm, jejichž pomoc a inspirace přispěla k této práci:

Prof. MUDr. Michalu Hrdličkovi, CSc, mému školiteli, za laskavé a podnětné vedení při postgraduálním studiu,

Doc.PhDr. Janě Kocourkové za dlouholetou spolupráci, zejména na tématu suicidality v dětském a dorostovém věku,

Doc. MUDr. Vladimíru Hortovi, CSc, za velmi přínosné rady k výzkumnému tématu,

Doc. MUDr. Jitce Feberové, CSc a Mgr. Marii Hladíkové za statistické zpracování dat,

všem pacientům zařazeným do studie a jejich rodičům za ochotnou spolupráci.

Obsah:

Úvod.....	4
Komentář k článku Spektrum autodestruktivity v adolescenci – rizikové chování, sebepoškozování, suicidalita.....	5
Komentář k článku Diagnostika a terapie suicidálních dětí a adolescentů.....	8
Komentář k článku Sebepoškozování v adolescenci – narůstající problém ?.....	10
Komentář k článku Suicidální pokus u dětí a dospívajících – motivy a rizikové faktory.....	12
Komentář k článku Suicidalita u adolescentů -rizikové faktory a prevence.....	14
Komentář k článku Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentů.....	17
Komentář k článku Suicidální jednání u dětí a adolescentů : může anamnesa traumatu predikovat méně závažný suicidální pokus?.....	19
Komentář k článku Psychodynamické aspekty suicidálního rizika v adolescenci : dvě kazuistické studie.....	22
Příloha č. 1-8.....	24

Úvod

Tato doktorská disertační práce je postavena jako komentovaný soubor českých a mezinárodních prací, které byly na téma suicidality v dětství a adolescenci a souvisejících problémů publikovány disertantem v letech 2005 – 2009. Komentované publikace jsou seřazeny podle principu od obecného ke konkrétnímu; počínají obecnými teoretickými a přehledovými články (přílohy č. 1 – 5) a pokračují prezentací vlastních výzkumných dat a klinických pozorování (přílohy č. 6 – 8).

Soubor komentovaných prací se začíná obecnou definicí problému autodestruktivity – definuje a vymezuje rizikové chování, sebepoškozování a suicidalitu, obsahuje i kazuistické ukázky (příloha č.1). Dále je přiblížena diagnostika a terapie suicidality u dětí a adolescentů (příloha č.2). Vymezení a konceptu sebepoškozování se věnuje samostatná práce doplněná kazuistickou ukázkou (příloha 3). Další dvě publikace (přílohy č. 4 a 5) se zaměřují na motivy, rizikové faktory a prevenci suicidálního chování u dětí a dospívajících.

Práce v příloze č.6 prezentuje deskriptivní interim analýzu našeho souboru v polovině výzkumu, zahrnuje 38 pacientů a v bližším komentáři je doplněna celkovou deskriptivní analýzou celého souboru. Publikace v příloze č.7 představuje konečnou analýzu dat u našeho souboru 77 pacientů s anamnézou suicidálního pokusu a kromě některých deskriptivních prvků se zaměřuje na rizikové faktory a prediktory suicidálního chování. Poslední práce (příloha č. 8) se zabývá psychodynamickými aspekty suicidálního rizika v adolescenci a přináší podrobný rozbor dvou případů.

Spektrum autodestruktivity v adolescenci – rizikové chování, sebezpoškozování, suicidalita

Kocourková J, Koutek J (2005). Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 40:374-379. (príloha č. 1)

Článek mapuje různé formy autodestruktivního jednání ve věku dospívání. Adolescence je vývojové období, které patří k neobtížnějším v životě každého jedince. Jde o období přechodu mezi dětstvím a dospělostí. Toto období bývá popisováno jako období značně nevyvážené, se sníženou sebekontrolou a prudkými emocemi. Toto hodnocení však nesdílejí všichni autoři. V každém případě jde o období, které má své specifické úkoly. Jejich splnění není jednoduché. Tento úsek života by měl vést k získávání budoucí profesní kvalifikace, což mnohdy vede ke zvýšenému tlaku na studijní výkon. Pokud se někomu ve studiu nedaří, může to vést snadno k frustraci a pocitům neuspokojení a méněcennosti. Studijní problémy proto také představují častý motiv suicidálního jednání v tomto věku.

Velkým rozporem adolescentního období bývá již prakticky úplná biologická zralost, která se ostatně vlivem dobré výživy v posledním období urychluje, a na druhé straně značná psychická a zejména sociální nezralost. V praxi to znamená, že mladý člověk, který je plně schopen sexuálního života, je schopen zplodit dítě, zůstává ještě dlouhou dobu nesamostatný a plně závislý na svých rodičích. Přes určité změny v posledních 20 letech, jako je například možnost samostatného bydlení a práce na částečný úvazek, je tento rozpor největší u studentů vysoké školy. Uvedený nesoulad může přinášet nejrůznější konflikty vnitřní i vnější. Významným rizikovým faktorem jsou problémy v psychosexuálním vývoji. Nejistota kolem sexuální orientace, problémy v prvních partnerských vztazích a obtíže v iniciaci sexuálního života mohou nezdědka být motivem závažného autodestruktivního chování.

Rizikové chování v dospívajícím věku neznamena přirozeně jen přímé suicidální jednání, s úmyslem zemřít, představuje celou řadu forem. Na jednom pólu škály takového jednání je rizikové chování, jehož primárním cílem není si ublížit či narušit integritu vlastní osobnosti, nicméně představuje přesto značné riziko pro zdraví a mnohdy i život adolescenta. Mezi takové typy jednání lze zařadit provozování nebezpečných sportů či riskantní řízení motorových vozidel. Dalšími způsoby možného autodestruktivního jednání jsou činnosti, které již vysloveně překračují rámeček legality, jako je jízda na střeše metra nebo nárazníku vlaku.

Zneužívání návykových látek, které může vést rychle k úplné závislosti, typicky začíná v tomto věkovém období. Je spojeno s potřebou experimentovat, zkoušet vlastní hranice. K tomuto věku patří dosti typicky, zejména u některých jedinců, „dávat život v sázku“, prokázat sobě i ostatním vlastní odvalu.

Je nutné zdůraznit, že v tomto období bývají na jedné straně komplikované vztahy s rodiči, častý je pocit, že „rodiče mi vůbec nerozumí“, zároveň pocit, že je dospívající člověk „držen zkrátka“, „nic mi nepovolí, ostatní mají mnohem více volnosti“. Na straně rodičů pak situaci komplikuje jejich strach o syna či dceru, ve kterých vidí dosud „dítě“, a nereflektují jeho přirozené snahy o autonomii a osamostatnění se. To vede k častým konfliktům, které mohou vyvrcholit až odchodem či útekem mladého člověka z domova. Ve své klinické praxi jsme se setkali dokonce s tím, že dospívající s problémy v adaptaci byl z domova vyhozen. Jde ale i o období, v němž jsou velmi důležité vztahy s vrstevníky, a jejich mínění a hodnocení je pro mladého člověka to nejdůležitější.

Dalším důležitým autodestruktivním chováním je sebepoškozování. Důležité je, že na jedné straně nemá přímou suicidální motivaci, je však rizikovým faktorem pro sebevražedné jednání. Vyskytuje se více u dívek. Nepředstavuje žádnou samostatnou psychiatrickou diagnosu, jde o symptom, který se může

vyskytnout u řady psychiatrických poruch. Často bývá dáván do souvislosti s hraniční emočně nestabilní osobností, histrionskou osobností, dissociální osobností. Může být součástí poruchy přizpůsobení, deprese, nezřídká se vyskytuje u dívek s poruchou příjmu potravy. V poslední době jsme konfrontováni s významným nárůstem tohoto chování. Typická je pro ně možnost nápodoby, je možno se setkat s epidemiemi výrazného sebepoškození na psychiatrických odděleních, v diagnostických ústavech či školách. Zde je nutné zmínit i význam internetu, na jehož stránkách si adolescenti sdělují svoje zkušenosti a možnosti, jak se „nejlépe sebeškodit“. Sebeškození je též spojeno s některými životními styly (gothik).

Z hlediska psychiatrie důležitým typem autodestruktivního jednání je sebevražedné jednání. To v sobě obsahuje více forem, od sebevražedných nápadů a myšlenek, přes suicidální tendence a sebevražedný pokus, až po dokonanou sebevraždu. Pro adolescentní období je typický výrazný nárůst suicidálních pokusů, tedy jednání s úmyslem zemřít, nikoliv však s letálním koncem. Pokud posuzujeme výskyt na počet obyvatel daného věku, pak dokonaná sebevražda se v adolescentním období vyskytuje méně často. U chlapců však představuje třetí nejdůležitější příčinu smrti. V tomto vývojovém období jsou patrně ambivalence k úmyslu zemřít největší. To asi také vede k vysokému počtu sebevražedných pokusů a relativně nižšímu počtu dokonaných sebevražd. Chlapec či dívka v tomto věku opět nezřídká „dávají svůj život v sázku“, v motivaci zemřít jsou zřetelné ambivalence. Naši pacienti po suicidálním pokusu často o těchto ambivalencích mluví. Jeden náš pacient uvedl, že počítal s tím, že zemře, „to by bylo dobře“, ale též s tím, že může přežít, „to by bylo rovněž dobře“. Která strana nakonec převáží, bývá vyjádřeno ve volbě metody. Rozlišujeme metody tzv. měkké a tvrdé, i když při hodnocení suicidálního rizika musíme počítat s tím, že zejména u intoxikace nemusí dospívající míru toxicity oběma směry správně odhadnout.

V předkládaném článku jsou zmíněny rizikové faktory mající souvislost s autodestruktivním chování v dospívání. Text je doplněn kazuistickými ukázkami, reprezentujícími jednotlivé typy tohoto maladaptivního jednání.

Diagnostika a terapie suicidálních dětí a adolescentů

Koutek J, Kocourková J (2007). Postgraduální medicína. 9: 27-31. (příloha č. 2)

Článek se zabývá suicidalitou v dětském a dorostovém věku, její diagnostikou a možnostmi léčby. Jsou zde rozebrány jednotlivé formy sebevražedného jednání a diskutováno jejich hodnocení z hlediska suicidálního rizika. V této souvislosti jsou zmiňovány dva modely suicidálního spektra (viz obr.

Diskontinuální a kontinuální model jednotlivých forem suicidálního jednání).

Kontinuální model zdůrazňuje postupné narůstání suicidálního rizika od sebevražedných nápadů a myšlenek, přes sebevražedné tendence a sebevražedný pokus až k dokonané sebevraždě. Tento model chápe toto spektrum jako postupně narůstající intenzitu suicidálního chování, kdy rozdíly mezi jednotlivými formami jsou spíše kvantitativní než kvalitativní.

Diskontinuální model vidí mezi jednotlivými formami rozdíly kvalitativní.

Upozorňuje na podstatné difference mezi charakteristikou lidí, kteří se pokusí o sebevraždu a těch, kteří nakonec sebevraždu spáchají. Někteří autoři argumentují obvyklým věkem a pohlavím v jednotlivých skupinách, též motivací a závažností přítomné psychopatologie. Argumentem proti tomuto modelu je fakt, že proběhlý suicidální pokus je rizikovým faktorem pro jeho opakování i pro dokonané suicidium.

V článku jsou zmíněny psychiatrické poruchy nejčastěji spojené se suicidálním rizikem. I když nemusí být každé sebevražedné jednání spojeno

s psychiatrickým onemocněním, je zřejmé, že řada psychiatrických poruch je spojena se sebevražedným jednáním a též to, že přítomnost takové poruchy zvyšuje významně jeho rizikovost. Epidemiologické údaje viz tab. 1.

Důležitá je diagnostika suicidálního chování ve všech jeho formách. Je potřebné psychiatrické vyšetření, které by posoudilo jeho závažnost a doporučilo vhodná opatření. S některými formami suicidálního jednání se může setkat i praktický lékař pro děti a dorost, a je důležité, aby dokázal posoudit, nakolik jsou například suicidální výroky či proklamace závažné. Je nutné explorovat případné suicidální tendence, i když někdy mají pediatrii obavu, že by tímto dotazem mohli dítěti nebo dospívajícímu suicidální nápad „vnuknout“. Po každém suicidálním pokusu je indikováno psychiatrické vyšetření, které by mělo odhalit případnou psychiatrickou poruchu a zároveň navrhnout další opatření.

V článku je uvedena tabulka americké dětské psychiatricky C.R. Pfeffer, která se dlouhodobě zabývá suicidalitou v tomto věku. Tabulka uvádí rozdíly mezi vysokým a nízkým suicidálním rizikem, přičemž zdůrazňuje kromě okolností suicidálního jednání, rizikových faktorů a přítomné psychopatologie též osobnostní charakteristiky (viz tab. 2).

Zabýváme se též možností léčebného zásahu v případě suicidálního chování dítěte či dospívajícího. Terapeutická intervence musí být zaměřena na odvrácení suicidálního jednání v případě myšlenek či tendencí, na zabránění opakování v případě již proběhlého sebevražedného pokusu. Důležitá může být v první fázi krizová intervence, která může zachránit pacientovi život. Důležité a často nesnadné bývá rozhodování, zda pro řešení situace bude postačovat ambulantní péče, či zda je zapotřebí hospitalizace. Musíme v této souvislosti hodnotit intenzitu úmyslu zemřít, jednoznačnost rozhodnutí, ale též další okolnosti, jako je rodinná situace a zapojení mezi vrstevníky. Je nutné správné posouzení jak rizikových, tak i projektivních faktorů. Ačkoliv

může být hospitalizace spojena s diskomfortem pro pacienta, v případě rizika je nutné se pro ni rozhodnout a situaci nepodcenit.

V péči o suicidální děti a dospívající je často nutná práce s celou rodinou. Rodiče se někdy zdráhají přijmout závažnost sebevražedných myšlenek a neregistrují varovné příznaky. Mnohdy vysvětlují již závažné suicidální tendence dospíváním, „pubertou“, mají sklon k bagatelizaci těchto projevů. Na druhé straně po proběhlém suicidálním pokusu bývají rodiče šokováni, často reagují méně adaptivně, pod vlivem silných emocí. Bývají přítomny pocity viny a obavy z opakování suicidálního jednání. Je potřeba s těmito emocemi pracovat, neboť by mohly vést ke zvýšení napětí v rodině a tím by mohly skutečně přispívat k možnosti recidivy.

Sebepoškozování v adolescenci – narůstající problém ?

Kocourková J, Koutek J (2008). Československá psychologie. 52:609-614. IF 2008= 0,101. (příloha č.3)

Článek se zabývá problémem automutilace, jejíž frekvence nepochybně v posledních letech zejména u věkové kategorie adolescentů stoupá. Jde o autoagresivní chování, které však na rozdíl od suicidálního jednání nemá za cíl smrt postiženého. Vyskytuje se u řady psychiatrických onemocnění, samo o sobě nepředstavuje samostatnou psychiatrickou nosologickou jednotku. Typické pro ně je to, že může velmi dlouhou dobu probíhat skryto, utajeně, aniž si okolí nebo rodiče něčeho všimnou. Dalším významným faktorem je to, že vzniká velmi často formou nápodoby, kdy mohou vznikat přímo „epidemie“ ve školních a vrstevnických kolektivech. Často se s tímto jednáním můžeme u dospívajících setkat v prostředích, která jsou spojena s určitými deprivacními vlivy, jako jsou dětské a výchovné domovy,

diagnostické ústavy apod. Jak již bylo výše uvedeno, sebepoškozování může být spojeno s různými psychiatrickými poruchami. Důležitý bývá nevyvážený osobnostní vývoj, přičemž přítomny mohou být rysy emočně nestabilní, hraniční, histrionské, dissociální. Sebepoškozování se může vyskytnout v rámci depresivní či úzkostné poruchy. Relativně často se vyskytuje u poruchy příjmu potravy, zejména mentální bulimie, kde je snížena sebekontrola jak v příjmu potravy, tak i v dalším chování. Autoagresivní chování se může vyskytnout i u mentální retardace či vzácněji u poruchy autistického spektra. Jiný charakter má sebepoškozování v rámci psychotické poruchy schizofrenního spektra. Sebepoškozování bývá též spojeno s příslušností k určité společenské vrstvě, komunitě, sektě či partě. Může být spojeno s méně obvyklým životním stylem, např. gothik . Tyto životní styly jsou propagovány na webových stránkách internetu a tím dochází k rozšiřování tohoto sociálně nepříznivého jevu. U dospělých se sebepoškozování může vyskytnout zejména v populaci vězeňské či toxikomanické.

V etiologii bývá zmiňována specifická změna vnímání bolesti, která předpokládá určitou konstituční abnormitu endogenního opiátového systému. Další teorie vysvětluje vznik závislosti tím, že opakovaným sebepoškozováním je endogenní opiátový systém nadměrně stimulován. Naši pacienti často hovoří o tom, že jim sebepoškozování jako možnost uklidnění někdo z vrstevníků poradil, nebo se o něm doslechli. Zpočátku bolesti ze sebepoškození přehlušovali psychickou frustraci spojenou s napětím, psychickým diskomfortem, anxietou, depresivním prožíváním. Postupně přestali bolest cítit, po automutilaci však pocítili uvolnění a odpoutání od tíživého aktuálního prožívání. Jednání tak získává charakter závislosti. Důležitá je souvislost sebepoškozování a suicidálního jednání. Jak již bylo uvedeno, sebepoškozování samo o sobě nemá suicidální motiv, jeho cílem není tedy zemřít. Podobně jako u sebevražedného jednání však dochází

k porušení integrity lidského těla. Společné je také to, že agrese, která je u obou těchto projevů přítomna, je obrácena vůči sobě, vůči vlastnímu tělu. Zejména v adolescentním věku je přítomna kombinace agrese a deprese, která představuje velké riziko pro sebepoškozující či sebevražedné jednání. Mezi suicidálním a automutilačním chováním existuje významný vztah. Dle různých studií přibližně 55 – 85 % osob, které se sebepoškozují, uskuteční nejméně jeden suicidální pokus. Na druhé straně sebepoškozování, zejména ve své chronické podobě, představuje významný rizikový faktor pro sebevražedné jednání. V našem vzorku 77 pacientů léčených na Dětské psychiatrické klinice FN Motol po suicidálním pokusu se sebepoškozování v anamnése vyskytlo ve 32 %, zatímco jako aktuální psychopatologie se nevyskytlo vůbec. Lze uvažovat o tom, jak jeden typ tohoto maladaptivního jednání může alternovat v druhý a jak výskyt sebepoškozujícího jednání predikuje suicidální jednání v budoucnu. Na tuto možnost musíme u našich pacientů myslet.

Suicidální pokus u dětí a dospívajících – motivy a rizikové faktory

Koutek J, Kocourková J (2006). Psychiatrie pro praxi. 7:131- 132. (příloha č.4)

Článek je zaměřen na nejčastější formu suicidálního jednání u dětí a dospívajících, suicidální pokus. Dokonané suicidium u dětí do 14 roků je relativně vzácné, v České republice takto ročně zemře asi 5-10 dětí. Podobně jako u ostatní populace je velká převaha chlapců. Se suicidálním pokusem se v dětském věku můžeme setkat častěji. V našem souboru 11 dětí ve věku do 14 roků, což představuje asi 14 % celého vzorku. V adolescentním věku je již sebevražda častější, ročně v české republice zemře 40-50 osob dokonaným

suicidiem, opět s převahou chlapců. S ohledem na populaci staršího věku jde o suicidalitu relativně nízkou. Pro adolescentní období je typický zejména suicidální pokus. Těch v tomto věku přibývá a lze odhadnout, že na počet obyvatel daného věku je v tomto věkovém období nejčastější. U suicidálních pokusů převažují významně dívky nad chlapci, podobně jako v ostatní populaci.

Stejně jako u ostatních forem suicidálního chování lze hovořit o mlutfaktoriální etiologii suicidálních pokusů. Na jedné straně mluvíme o motivu, tj. důvodu tohoto chování, který nám uvede pacient po sebevražedném pokusu. Zjišťujeme však přítomnost dalších rizikových faktorů, které často působí v interakci a vzájemně se potencují. Uváděný motiv pak představuje pověstnou „poslední kapku“ k suicidálnímu činu, při dlouhodobém působení dalších pro dítě či adolescenta tíživých okolností. Při vyšetření pacienta po suicidálním pokusu explorujeme motiv tohoto jednání. Jeho zjištění je důležité pro prevenci opakování sebevražedného jednání. Musíme ale počítat i s tím, že dívka či chlapec v takové situaci může skutečný motiv tajit nebo si ho nemusí být jasně vědom. Nejčastěji uváděnými motivy jsou konflikty s rodiči, s vrstevníky, školní a studijní problémy, někdy nám pacient uvede i kombinaci několika důvodů k sebevraždě. Nezřídka má suicidální jednání charakter „volání o pomoc“, tedy jeho hlavním cílem je dostat se z nepříznivé situace, a získat pomoc ostatních při jejím řešení. V suicidálním jednání bývá též obsažena agrese vůči blízkým lidem, těm, kteří dítěti či dospívajícímu ublížili, ať již skutečně nebo domněle. Naši pacienti nám někdy vypráví o fantasii vlastního pohřbu, o tom, jak budou ostatní litovat, že jim ublížili.

Rizikové faktory lze rozdělit na biologické, psychologické a sociální. Mezi hlavní biologické rizikové faktory patří hereditární zátěž, biologicky podmíněné psychiatrické onemocnění, chronické somatické onemocnění. Psychologické faktory představují například nefungující rodinné vztahy,

konflikty v rodině, maladaptace mezi vrstevníky, školní neúspěch, šikana, partnerské problémy. Sociální rizikové faktory reprezentuje špatná sociální situace, nezaměstnanost v rodině, sociální problémy či nezaměstnanost pacienta, jeho bezdomovectví. Je zřejmé, že četné rizikové faktory se mohou vzájemně potencovat a jejich účinek se násobí, jiné pak působí ve více směrech. Příkladem může být závislost na návykových látkách, která působí jak na úrovni biologické, tak i psychologické a sociální.

Důležitá je rodina dítěte či adolescenta. Rodinné okolnosti mohou působit v mnoha rovinách. Význam mají jak již uvedené hereditární vlivy, tak i vlivy psychologické. Tyto faktory můžeme zvažovat při výskytu suicidálního jednání v rodině či příbuzenstvu. Ačkoliv nebyl zjištěn přímý gen pro sebevraždu, z adoptivních a dvojčecích studií je zřejmý význam heredity. Suicidium v rodině má však i velký význam psychologický. Může být vzorem pro řešení krizové situace. Nápodoba zde může hrát důležitou roli. Naši pacienti měli dokonce fantasii o setkání s blízkými, kteří odešli tímto způsobem. Někteří autoři uvádějí, že sebevražda v rodině má význam i v těch dosti častých případech, kde je tajena a tabuizována.

Správné zhodnocení přítomných rizikových faktorů je velice důležité pro hodnocení suicidálního rizika a pro prevenci sebevražedného jednání.

Suicidalita u adolescentů- rizikové faktory a prevence

Koutek J (2008). Pediatrie pro praxi. 9: 302-304. (příloha č.5)

Suicidalita v adolescentním věku představuje závažný medicínský mezioborový problém. V posledních 20 letech došlo k zvýšení sebevražednosti v této věkové kategorii, na rozdíl od ostatní populace. Ačkoliv se nevede statistika suicidálních pokusů, existují pouze odhady,

podle naší klinické zkušenosti i u této formy suicidálního jednání došlo velmi pravděpodobně k nárůstu. Přitom proběhlý suicidální pokus může ohrozit zdraví jedince, zároveň představuje rizikový faktor pro jeho opakování.

Z hlediska potřeby snižování sebevražednosti v adolescenci jsou důležité zejména preventivní přístupy.

Primární prevence je zaměřena na snížení suicidálního jednání v populaci. Je orientována na zmenšení a eliminaci příčinných a rizikových faktorů, které spolupodmiňují vznik tohoto jevu. Primární prevence je centrována na osoby, u nichž není ještě zachyceno nebezpečí rozvoje suicidálního jednání. Je proto důležité znát rizikové faktory a předcházet jejich působení. Důležitou součástí primární prevence je obecná podpora duševního zdraví a posílení protektivních faktorů. Identifikace těchto protektivních faktorů vychází ze zjištěných faktorů rizikových. Na straně rodiny jsou to dobře fungující rodinné vztahy, schopnost rodiny pomoci dospívajícímu v případě krizové situace, celkově podporující atmosféra rodinného prostředí. Protektivním faktorem jsou též fungující pozitivní vrstevnické vztahy, dobré zapojení ve školním prostředí. Důležité jsou zájmy adolescenta a způsob strukturování jeho volného času.

V prevenci suicidálního jednání je nezastupitelná úloha institucí, jako jsou orgány péče o děti, pedagogicko- psychologické poradny, ale i zdravotnická zařízení působící v oblasti duševního zdraví, dětské a dorostové psychiatrie a psychologové. Odborníci z oblasti sociální práce i duševního zdraví se musí zaměřovat na děti a dospívající, kteří jsou suicidálním jednáním více ohroženi. Rizikovými faktory v rodině bývají rozvod rodičů, dlouhotrvající porozvodové spory, násilí v rodině, psychiatrické onemocnění rodičů.

Důležité je odhalení a řešení případného týrání či sexuálního zneužívání.

Sekundární prevence se zaměřuje na včasné zachycení a pomoc při hrozícím suicidálním jednání. Znaky suicidálního rizika jsou shrnuty v tabulce č. 1. Je důležité, aby okolí dospívajícího zachytilo hrozící nebezpečí. V některých

případech může jít o jednání náhlé, zkratové, často však suicidálnímu jednání předchází různě dlouhou dobu tzv. presuicidální syndrom. V první fázi dochází k omezení iniciativy, zájmů, přítomny jsou nihilistické fantazie. Postižený nevyhledává ani dosud oblíbené situace, vyhýbá se osobním kontaktům, v ničem nenachází zdroj potěšení. Objevují se absence ve škole, často zdůvodňované somatickými obtížemi, které jsou v této fázi přítomny. V dalším období se objevují agresivní fantazie, které se mladistvý snaží zbrzdit. Konečně ve třetí fázi se objevuje přání smrti a sebevražedné myšlenky. Ty se postupně stávají konkrétnějšími, bývá plánován průběh suicidálního jednání. V některých případech může být konečné rozhodnutí o sebevraždě doprovázeno paradoxním uvolněním, které vede okolí k domněnce, že u dotyčného došlo ke zlepšení psychického stavu. Je prokázáno, že většina lidí, kteří spáchali sebevraždu, hledala v posledním půlroce před svým činem lékařskou pomoc a rovněž dávala své pocity najevo před okolím. V sekundární prevenci je proto důležitá úloha praktického lékaře pro děti a dospívající, který by měl hrozící nebezpečí identifikovat a zajistit adekvátní pomoc.

Terciární prevence se snaží zmírnit následky již proběhlého suicidálního jednání a zabránit jeho opakování. Sem patří správná léčba případně zjištěného psychiatrického onemocnění, práce s rodinou a prostředím adolescenta.

Prevence suicidálního jednání adolescentů by měla směřovat i do dalších oblastí, jako je regulace dostupnosti prostředků autoagresivního jednání, (například střelné zbraně nebo medikamenty), trénink osob, které se profesionálně zabývají dospívajícími (učitelé, vychovatelé, dětské lékaři).

Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentů

Koutek J, Kocourková J (2007). Československá psychologie. 51: 72-79. IF 2008=0,101. (příloha č.6)

Článek se zabývá charakteristikou suicidálního jednání u dětí a dospívajících. Rozebírá vzorek 38 pacientů, kteří byli hospitalizováni v roce 2004 po suicidálním pokusu na Dětské psychiatrické klinice FN Motol. V úvodu se zabývá významem suicidálního jednání v rámci psychiatrie, jsou uvedeny statistické údaje, včetně srovnání suicidalita s počtem úmrtí při autohaváriích. Pro mnohé odborníky je překvapením, že suicidalita stojí více životů, přitom bezpečnosti silničního provozu je nepochybně úřady věnována podstatně větší pozornost. Dále je rozebíráno srovnání mezi počtem dokonaných suicidií a odhady počtů sebevražedných pokusů v dětském a adolescentním věku. Autoři rozebírají vzorek pacientů z hlediska různých charakteristik a snaží se nalézt rizikové faktory, které mohou se suicidálním jednáním souviset. Rozbor vzorku pacientů uvádí věk, pohlaví a způsob suicidálního jednání. Převažují v něm zejména adolescentní dívky ve věku 14-17 roků. Převažující způsob suicidálního jednání je intoxikace medikamenty. Důležité je to, že 50 % pacientů již bylo v předchozí psychologické či psychiatrické péči, vykazovali tedy již v předchozí době určité psychologické problémy nebo se u nich objevila nějaká psychopatologie. Z rozboru vyplývá, že nejčastěji šlo o poruchy chování a deprese. Tyto poruchy byly též zjištěny jako nejčtenější aktuální psychopatologie. To by potvrdzovalo naši hypotézu, že kombinace agrese a deprese, kdy poruchy chování představují agresivní komponentu, je vysoce nebezpečná pro autodestruktivní chování tohoto typu. 12 pacientů užívalo v předchozí době psychofarmaka. Při volbě farmakoterapie u psychických poruch se musíme vždy zabývat případnými suicidálními tendencemi. Z klinické zkušenosti víme, a z výzkumu dospělých pacientů

hospitalizovaných na metabolické jednotce FN Motol po intoxikaci medikamenty v suicidálním úmyslu bylo potvrzeno, že u převážné většiny těchto intoxikací byly použity právě léky, které jim byly předepsány praktickým lékařem nebo psychiatrem. Při volbě medikace musíme proto zvažovat i dynamiku účinku léku a jeho toxicitu. Tam, kde existuje nebezpečí suicidálního jednání, je použití budivých a toxických léků kontraindikováno. V našem souboru jsme se zabývali též spouštěcím motivem suicidálního jednání, přičemž nejčtenější byly konflikty v rodině, v partnerském vztahu a ve studijní či pracovní oblasti. Uváděné motivy se vyskytly v kombinaci. Zmapována byla též rodinná situace. V souladu s očekáváním jsme našli u velké části našich pacientů výrazné rodinné problémy. Šlo o rozvod rodičů, suicidální jednání v rodině a blízkém příbuzenstvu, konfliktní rodinné prostředí, abusus alkoholu či užívání drog u rodičů. Nepřekvapuje proto, že jak zjištěný aktuální stres tak i spouštěcí motiv suicidálního jednání byl často nalezen v oblasti rodinných konfliktů.

Zajímavým nálezem byl nevyvážený vývoj osobnosti. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí u dětí a dospívajících ještě nehovoříme o specifické poruše osobnosti, neboť osobnost takto mladého člověka se dosud vyvíjí a zejména v adolescentním věku tento vývoj může probíhat s výkyvy. Neznamenaná to tedy, že by problémy ve vývoji osobnosti musely vždy směřovat k poruše osobnosti. V našem souboru jsme našli zejména rysy impulzivity, senzitivity, úzkostné a vyhýbavé rysy, schizoidní rysy a již formující se disociální rysy. Je zřejmé, že nevyváženost ve vývoji osobnosti je důležitým rizikovým faktorem při suicidálním jednání v tomto věkovém období.

Lze shrnout, že suicidálním jednáním v dětském a adolescentním věku jsou nejohroženější dospívající dívky ve věku 14-17 roků, které mají problematické rodinné zázemí. V minulosti i v době suicidálního jednání se u nich projevují poruchy chování v kombinaci s depresí, často předcházela psychologická nebo psychiatrická péče. Mají nejčastěji konflikty v rodině,

bývají však i přítomné partnerské problémy a konflikty. Přítomna je též osobnostní problematika ve smyslu nevyváženosti v osobnostním vývoji. Při srovnání souboru pacientů hospitalizovaných v roce 2004 a v roce 2005 a zpracování výsledků za oba roky zjišťujeme, že v obou sledovaných letech byl počet pacientů hospitalizovaných po suicidálním pokusu prakticky stejný (38 a 39). Obdobný zůstal poměr chlapců a dívek. Určitý rozdíl je zřejmý ve věkovém rozložení, kdy v roce 2005 stoupl podíl mladistvých ve věku 15 roků a starších. Významnější změnu jsme nezaregistrovali ve způsobu suicidálního jednání, kde převažovala výrazně intoxikace medikamenty, případně v kombinaci s další metodou. Prakticky stejný zůstal podíl opakovaných suicidálních pokusů, v obou sledovaných letech šlo o zhruba třetinu pacientů. Téměř stejná byla i spoluúčast požití alkoholu při intoxikaci. Větší změna nebyla zjištěna v charakteristice rodiny, kde pouze menšinu lze označit jako harmonickou a fungující. Podobně častý byl výskyt nadužívání alkoholu a užívání drog u rodičů, stejně jako psychiatrická morbidita v rodině. Podstatný vzestup byl zaznamenán v sebepoškození v anamneze, z 18 % v roce 2004 na 46 % v roce 2005.

Suicidální jednání u dětí a adolescentů : může anamnesa traumatu predikovat méně závažný suicidální pokus?

(Suicidal behavior in children and adolescents: Does a history of trauma predict less severe suicidal attempts ?)

Koutek J, Kocourková J, Hladíková M, Hrdlička M (2009).

Neuroendocrinology Letters. 30: 99-106. IF 2008= 1,359. (příloha č. 7)

Práce rozebírá vzorek 77 pacientů, 15 chlapců a 62 dívek ve věku od 10 do 18 roků, kteří byli hospitalizováni na Dětské psychiatrické klinice FN Motol

v letech 2004-2005. Studie se snaží zjistit zejména přítomnost rizikových faktorů, které souvisejí se somatickou závažností suicidálního pokusu a s intenzitou úmyslu zemřít. Tyto rizikové faktory se vztahují k přítomnosti duševních poruch, způsobu fungování rodiny, traumatické zkušenosti v anamnése a přítomnosti aktuálního stresu.

Vzorek pacientů byl vyšetřen formou strukturovaného interviu, zaměřeného na motivy suicidálního pokusu, psychopatologii v anamnése i v současné době, přítomnost dalších rizikových faktorů, jako je prožitý traumatický zážitek, rodinná situace, pozice pacienta mezi vrstevníky, jeho školní a studijní situace. Vyšetření bylo též zaměřeno na vážnost úmyslu zemřít a závažnost suicidálního pokusu z hlediska ohrožení somatického zdraví a života. Způsob posouzení těchto charakteristik je popsán v článku. Vyšetření bylo doplněno podrobným anamnestickým pohovorem s rodiči, ti též vyplnili dotazník zaměřený na školní adaptaci dítěte. Zjištěná data byla statisticky zpracována.

Z rozboru vzorku pacientů vyplývá, že jde převážně o dívky v adolescentním věku, jako způsob suicidálního jednání převažovala intoxikace medikamenty. Pouze menšina rodin pacientů byla hodnocena jako harmonická a fungující bez problémů, přitom aktuální stres z rodinné situace byl zjištěn jako pouze hraničně významný faktor asociovaný s intenzitou suicidálního úmyslu. V 6 případech došlo k úmrtí otce. Abusus alkoholu byl zjištěn u 26 % otců a 5 % matek. Psychiatrická léčba byla uvedena u 8 % otců a 25 % matek. Zajímavý je vysoký podíl nezaměstnaných rodičů v našem souboru, šlo o 21 % a 26 % matek. Tento údaj může být důležitý zejména nyní, v době celosvětových ekonomických problémů. U 35 % pacientů šlo o opakované suicidální jednání, u 32 % bylo zjištěno sebepoškozování v anamnése, nebylo však přítomno jako aktuální psychopatologie. Ve 30 % suicidálnímu jednání předcházelo požití alkoholu, v 1 % požití drogy. Alkohol mohl působit jako spouštěč odbrždující sebekontrolu a pocity strachu.

Zajímavým výsledkem bylo to, že pacienti s jakýmkoli psychologickým traumatem v anamneze měli tendenci k somaticky méně závažným pokusům ($p=0.050$). Intenzita úmyslu zemřít souvisela s anamnesou 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 zemřít ($p = 0.014$). Bylo tomu tak přesto, že děti a mnozí adolescenti nemusí být zcela informováni a toxicitě různých medikamentů. V jednotlivých případech jsme se setkali s tím, že pacient si způsobil závažnou intoxikaci, i když jeho úmysl nebyl vážný, a naopak. Jako prediktory somatické závažnosti s významností na úrovni trendu byly nalezeny jakékoli psychologické trauma v anamneze (přítomnost traumatu predikovala méně závažné suicidální jednání, $p = 0.053$) a aktuální stres v sexuální oblasti ($p = 0.067$). Hraničně významná byla též asociace somatické závažnosti a anamnesy šikany ($p = 0.08$) a aktuální závislosti a zneužívání návykových látek ($p = 0.08$). Byl nalezen jediný významný prediktor intenzity úmyslu zemřít, a to aktuální stres z působení duševní poruchy ($p = 0.017$).

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

Je zřejmé, že v našem souboru jsme našli řadu rizikových faktorů, které mohly souviset se suicidálním jednáním. Po statistickém zpracování bylo popsáno několik rizikových faktorů somatické závažnosti suicidálního chování a intenzity suicidálního úmyslu. Podstatným nálezem je zjištěná souvislost anamnesy prožitého psychotraumatu s tendencí k menší somatické závažnosti suicidálního jednání. Tato souvislost nebyla v našem ani světovém písemnictví dosud publikována a představuje prioritní výsledek našeho výzkumu. Výsledky jsou limitovány velikostí souboru, otevírají však další

otázky do diskuse o mechanismech suicidálního jednání u dětí a dospívajících.

Psychodynamické aspekty suicidálního rizika v adolescenci : dvě kazuistické studie

(Psychodynamic aspects of suicidal risk in adolescence : two case studies)

Kocourková J, Koutek J (2006). Journal of Child and Adolescent Mental Health. 18: 79-81. (příloha č. 8)

Autoři se ve svém článku zamýšlejí nad psychodynamickými aspekty suicidálního rizika v adolescenci. Tyto faktory bývají skryté, mnohdy nečitelné, ale podstatné pro diagnostiku, terapii i prevenci. Suicidální chování ve svých všech formách, tedy myšlenkách, tendencích, suicidálním pokusu i v dokonaném suicidiu, jsou výsledkem déledobějšího procesu, který je mnohočetně determinován. Souvislost suicidálního chování s depresivní poruchou viděl S.Freud v přemístění agresivních pohnutek vůči ambivalentně milovanému objektu proti sobě samému. Asch zdůrazňuje aspekt obviňování, který popisuje jako drama mezi sadistickým tyranem a týranou obětí. Tento mechanismus může fungovat nejen na intrapsychické úrovni, ale také na interpersonální úrovni jako obviňování a trápení druhých blízkých osob. Jinou psychodynamiku suicidálního jednání představuje přání po spojení a splynutí se ztracenou milovanou osobou. I v tomto případě jde často o vyjádření devalvace ostatním blízkým osobám, které by byly případně vztahově dostupné. U adolescentů nacházíme často agresivní pohnutky ve vztahu k blízkým osobám, které interagují s pocity zoufalství a beznaděje a s pocity viny. Vážnost suicidálního úmyslu může kolísat od rozhodného přání zemřít,

přes ambivalenci a „volání o pomoc“ k manipulativnímu předstírání suicidálního jednání.

Při posuzování suicidálního rizika musíme zhodnotit zejména kognitivní a emocionální zralost, osobnostní faktory, charakter emočního prožívání (deprese, agrese, bezmoc, beznaděj, vina, stud), schopnost adaptivního chování, včetně převažujících obranných mechanismů, interpersonální vztahy, psychosexuální zralost, předchozí traumatické zkušenosti, předchozí osobní zkušenost pacienta s nemocí a smrtí, fantazie o smrti. Hodnotíme a posuzujeme jak faktory rizikové, tak i projektivní, jako je dobře fungující rodina s kvalitními vztahy, dobré zapojení mezi vrstevnický kolektiv, úspěšnost dospívajícího v přípravě na povolání, přítomnost kvalitních zájmů a koníčků.

Studie je doplněna dvěma kasuistikami adolescentních chlapců léčených po suicidálním pokusu. Na těchto dvou případech jsou dokumentovány výše uvedené teoretické aspekty.

Seznam příloh:

Příloha č. 1:

Spektrum autodestruktivity v adolescenci – rizikové chování, sebepoškozování, suicidalita

Kocourková J, Koutek J (2005). Psychológia a patopsychológia dieťaťa. 40:374-379.

Příloha č. 2:

Diagnostika a terapie suicidálních dětí a adolescentů

Koutek J, Kocourková J (2007). Postgraduální medicína. 9: 27-31.

Příloha č. 3:

Sebepoškozování v adolescenci – narůstající problém ?

*Kocourková J, Koutek J (2008). Československá psychologie. 52: 609-614.
IF 2008= 0,101*

Příloha č. 4:

Suicidální pokus u dětí a dospívajících – motivy a rizikové faktory

Koutek J, Kocourková J (2006). Psychiatrie pro praxi. 7:131- 132.

Příloha č.5:

Suicidalita u adolescentů- rizikové faktory a prevence

Koutek J (2008). Pediatrie pro praxi 9: 302-304.

Příloha č.6:

Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentů

*Koutek J, Kocourková J (2007). Československá psychologie. 51: 72-79.
IF 2008=0,101*

Příloha č.7:

Suicidální jednání u dětí a adolescentů : může anamnesa traumatu predikovat méně závažný suicidální pokus?

(Suicidal behavior in children and adolescents: Does a history of trauma predict less severe suicidal attempts ?)

Koutek J, Kocourková J, Hladíková M, Hrdlička M (2009).

Neuroendocrinology Letters. 30: 99-106. IF 2008= 1,359

Příloha č.8:

Psychodynamické aspekty suicidálního rizika v adolescenci : dvě kazuistické studie

(Psychodynamic aspects of suicidal risk in adolescence : two case studies)

Kocourková J, Koutek J (2006). Journal of Child and Adolescent Mental Health. 18: 79-81. (příloha č. 8)

Příloha č 1.

SPEKTRUM AUTODESTRUKTIVITY V ADOLESCENCI – RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ, SEBEPOŠKOZOVÁNÍ, SUICIDALITA¹

JANA KOCOURKOVÁ – JIŘÍ KOUTEK

*Dětská psychiatrická klinika UK 2. lékařské fakulty a Fakultní
nemocnice Motol, Praha, ČR*

SELF-DESTRUCTIVENESS SPECTRUM IN ADOLESCENCE – RISK BEHAVIOR, SELF-MUTILATION, SUICIDAL ATTEMPTS

Abstract: The authors distribute adolescent self-destructiveness into the spectrum ranging from risk behavior (addictive substance abuse, unprotected sexuality, adrenaline “sports”) to self-mutilation and suicidal behavior. The risk factors that contribute to self-destructive behavior of adolescents are found in their personalities, in family characteristics, and in wider social settings.

Key words: self-destructiveness in adolescence, risk behavior, self-mutilation, suicidal attempts

Autodestruktivní chování v adolescenci bývá posuzováno dvěma způsoby. První přístup má tendenci k ostrému ohraničení normálních adolescentních projevů od psychopatie, druhý přístup chápe autodestruktivitu v adolescenci jako spektrum a různé formy pojímá jako část spektra autodestruktivního chování. Víme, že jednotlivé formy autodestruktivního chování se mohou vyskytovat souběžně nebo následně a výskyt mírnějších forem může představovat rizikový faktor pro závažnější projevy, například pro suicidální chování a jeho závažnost. Ve vztahu k závažnosti adolescentní autodestruktivity můžeme vidět spektrum i v rámci popisovaných kategorií jako je rizikové chování, sebepoškození a suicidální chování (King et al., 2003).

¹Podpořeno grantem IGA MZ ČR NR/7955-3.

Přišlo 2.2.2006. J.K., Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF a FN Motol, V úvalu 84, 150 00 Praha 5, e-mail: Jana.Kocourkova@lfmotol.cuni.cz

Spektrum autoagrese – rizikové chování, sebepoškození, suicidální chování

Rizikové chování v adolescenci

Hodnocení adolescence jako specifického vývojového období je rozsáhlým zdrojem kontroverzních debat (Feldman, Elliott, 1993). Klasicky bývá adolescence popisována jako období nevyvážené, se sníženou sebekontrolou a prudkými emocemi, existují však i práce, které nevyváženost adolescentního vývoje nevidí jako univerzální fenomén. Za rizikové chování můžeme považovat takové chování, které ohrozí zdraví či život adolescenta, ztíží nebo znemožní mu separovat se od rodičů normálním způsobem, zkomplikuje dokončení jeho profesní kvalifikace, negativně ovlivní jeho identifikaci se sexuální rolí, poškodí jeho sebehodnocení a sebecenění v budoucnosti. Rizikovým chováním je zneužívání návykových látek, sexuální promiskuita a nechráněný sex, nebezpečné řízení motorových vozidel, nebezpečné fyzické aktivity (riskování v oblasti sportu, v oblasti „adrenalinových“ aktivit, jízda na střeše vlaků v metru, provokování rvaček apod.). Rizikové chování se bude pravděpodobně spíše projevovat u jedinců s předcházejícím disharmonickým vývojem osobnosti, ale jeho výskyt není vyloučen ani u dospívajících, kteří se v průběhu předcházejícího vývoje projevovali adaptivně. Rizikové chování adolescentů mává mnohotvárnou motivaci, často spojenou s experimentováním, potřebou překračovat hranice, získat pozici toho, kdo se ničeho nebojí. Může jít o sdělení rodičům („sám se sebou si mohu dělat co chci“), které vyjadřuje obtíže v řešení separačního konfliktu adolescence nebo sdělení vrstevníkům („ničeho se nebojím“). Rizikové chování může předcházet suicidálnímu chování a blížit se suicidálnímu jednání ve spojení s představou „ať rozhodne osud“ (Scherzer, 2005).

Příklady

Čtrnáctiletá dívka, vyrůstala jako jedináček v úplně funkční rodině. Otec podnikatel, matka v domácnosti, úzkostná, náročná. Dívka je zdravá, dobře se učí, půjde studovat gymnázium. Má řadu zejména hudebních zájmů. Dříve byla výchovně neproblematická, ale vždy zvyklá prosazovat své zájmy. V poslední době, přes zákazy rodičů, chodí na hudební koncerty, vrací se pozdě, podnapilá, stalo se, že přišla domů ráno. Začala požívat alkohol a kouřit marihuanu, při jedné příležitosti odjela s neznámými muži, měla nechráněný sexuální styk. Její rizikové chování se opakovalo, věc vyšetřovala policie. Dívka se rodičů bála, začala mít suicidální výroky.

Patnáctiletý chlapec, vyrůstal sám s matkou, s otcem měl omezený a konfliktní kontakt. Byl v pedopsychiatrické péči pro nepřizpůsobení ve škole, míval špatný

prospěch a snížené známky z chování. Po ukončení ZŠ se nedostal na školu, o kterou měl zájem, musel do učebního oboru. Našel si partu s disociálními vrstevníky, opjeli se, zneužívali návykové látky, kradli auta. Při jedné takové situaci řídil v opilosti, havaroval a utrpěl zranění se závažnými následky.

Sebepoškozování

Sebepoškozování (self harming behavior) je specifické autodestruktivní chování, které začíná obvykle v adolescenci, je vědomé a není cíleno na závažnější sebepoškození, ani nemá suicidální cíl (Adshead, 1997). Nejčastěji jde o pořezávání se (nožem, žiletkou, sklem) většinou na zápěstí či předloktí, ale i na jiných částech těla, někdy též o pálení se (například cigaretou), někdy bývá uváděno i nekontrolované předávkování léky, u kterého není patrný přímý suicidální úmysl. Sebepoškozování je výrazně častější v psychiatrické populaci, často bývá zároveň přítomna anamnéza suicidálního chování. Vyskytuje se u osob s poruchami osobnosti, s disociativními poruchami, se závislostí na návykových látkách, a také u osob s poruchami příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie). Příčiny tohoto chování je obtížné specifikovat, většinou se uvádějí agresivní motivy, které se obracejí proti „já“, přítomna je potřeba sebepotrestání, sadomasochistické fantazie. Je obtížné rozlišit význam, který má pro vývoj sebepoškozování špatná raná dětská zkušenost a internalizace patologických vztahů, a význam, který je odvozen od návykového chování, jež je v sebepoškozování obsaženo (dynamika napětí – uvolnění). Někdy se sebepoškozování rozšiřuje v zařízeních jako jsou internáty, vězení, ale i psychiatrická oddělení nemocnic.

Příklady

Šestnáctiletá dívka, studentka gymnázia, léčena pro poruchu příjmu potravy (mentální bulimie). Mentální bulimii předcházela fáze anorexie, kdy dívka držela extrémní hladovky, cvičila a sprchovala se ledovou vodou. V době, kdy se začala objevovat bulimická symptomatika, cítila výrazný odpor k vlastnímu tělu, nenávisť, vztek. V té době se začala pořezávat na předloktí, nejčastěji žiletkou, někdy sklem, někdy se škrábala nožem nebo kružítkem. Měla konflikty s rodiči, pocity viny, perfekcionistické nároky na sebe. Při sebepoškození necítila bolest, prožívala úlevu při pohledu na tekoucí krev, za svoje chování se styděla.

Patnáctiletá dívka, středoškolačka, přijata po suicidálním pokusu medikamenty. Lékařce se svěřila, že měla sexuální kontakty s dospělým mužem ve sportovním oddílu, byla do něho zamilovaná. Měla pocity viny, zároveň jí to bylo příjemné. Před rodiči vše utajila. Po ukončení vztahu se cítila špatná, zároveň by si byla přála ve vztahu pokračovat. Začala se pořezávat na rukou a předloktí, cítila úlevu, když

se pořezala, svoje chování nedokázala změnit. Opakovaně se předávkovala antidepresivními léky, které užívala její matka.

Suicidální chování

Suicidální chování v adolescenci představuje závažné ohrožení vývoje, představuje druhou nejčastější příčinu smrti v tomto věku (Koutek, Kocourková, 2003; Shaffer, Greenberg, 2005). Ohrožuje značnou část adolescentů. Suicidální projevy zahrnují suicidální myšlenky, výroky, gesta, suicidální pokusy a dokonanou sebevraždu. Přechody mezi jednotlivými projevy jsou plynulé, suicidální chování menší závažností (pokus) představuje riziko pro dokonané suicidium. Rozlišujeme tzv. tvrdé metody (zastřelení se, strangulace, skok z výšky) a tzv. měkké metody (nejčastěji užití medikamentů). V adolescenci v kategorii dokonáných sebevražd převažují chlapci, v pokusech o sebevraždu dívky. Suicidální chování probíhá nejčastěji na pozadí disharmonického vývoje osobnosti a depresivního prožívání, častá je přítomnost zneužívání návykových látek. Motivy se většinou týkají problémů v rodinných vztazích, v partnerských vztazích a ve škole. Opakované suicidální chování je přítomno u osob s hraniční poruchou osobnosti, které tak reagují na partnerské krize v chaotických osobních vztazích, provázených úzkostí z opuštění. V psychodynamice suicidálního chování v adolescenci je přítomna interakce *deprese – agrese*, suicidální chování má apelovat na ostatní (rodiče či jiné významné blízké osoby). Užívaný pojem *demonstrativní suicidální pokus* je zavádějící, protože příliš zdůrazňuje manipulativnost chování, lepší je výraz „volání o pomoc“. Předstírané sebevražedné jednání nemá žádný suicidální cíl a je relativně kontrolováno, i když zejména u mladších pacientů může představovat závažné riziko. V dětství a adolescenci je třeba věnovat řádnou pozornost všem formám suicidálního chování (Koutek, Kocourková, 2003; Kocourková, Koutek, 2002).

Příklady

Sedmnáctiletá dívka asijského původu, která žila v ČR od předškolního věku, byla vychovávána pouze otcem, matka zůstala v původní zemi, dívka s ní měla minimální kontakt. Dobře se učila, pomáhala otcovi v podnikání. Poté, co zemřela rodinná přítelkyně (v určité míře nahrazující matku), začala se cítit špatně, byla depresivní. V suicidální motivaci skočila z okna, utrpěla závažné zlomeniny. Byla u ní diagnostikována depresivní symptomatika spojená s prožíváním ztráty, která se týkala jednak současné smrti blízké osoby, ale i komplikovaného vztahu s matkou, kterou psychologicky ztratila v důsledku imigrace z Asie do Evropy.

Sedmnáctiletý chlapec, v učebním oboru, vyrůstal pouze s matkou, otce vůbec neznal. Byl hůře adaptován na vrstevnický kolektiv, jeho školní výsledky byly slabší než osobní

aspirace. K matce měl ambivalentní vztah, byl na ni výrazně vázán, tuto vazbu však prožíval konfliktně, s pocity ponížení a vlastní méněcennosti v maskulinní identifikaci. Začal chodit s dívkou, středoškolačkou, do které se zamiloval, byla jeho první sexuální partnerkou. Vztah skončil tím, že ho dívka opustila. Pokusil se o sebevraždu, spolu s požitím alkoholu se závažným způsobem předávkoval léky. Byla diagnostikována depresivní symptomatika, nevyvážený vývoj osobnosti, komplikovaný adolescentní vývoj.

Rizikové faktory

Rizikové faktory autodestruktivního chování v adolescenci můžeme hledat na straně jedince, jeho rodiny i sociokulturního prostředí, ve kterém žije. Jejich vzájemná interakce může riziko adaptačních problémů posilovat.

Vývoj adaptačního chování dítěte závisí zejména na interakci vnitřních a vnějších faktorů a vlivů. Na straně osobnosti dítěte je to typ temperamentu, který činí dítě v průběhu vývoje méně přizpůsobivým, problematickým v kontextu přizpůsobení se autoritám i vrstevnickým skupinám. V průběhu vývoje ztěžují dítěti situaci specifické poruchy školních dovedností a různé somatické a psychické hendikepy. Zároveň hrají roli i vnitřní, prožitkové okolnosti a povahové rysy, jako je zvýšená senzitivita, narcistické problémy, nízká frustrační tolerance, snížená sebekontrola.

Na straně rodiny je rizikovým faktorem chaotické, deprivující rodinné prostředí, zneužívání, týrání dítěte. Jsou to rovněž charakteristiky jako je psychiatrická morbidita na straně rodičů, chudoba, časté stěhování, výrazně odlišný adaptační styl rodiny oproti rodinám vrstevníků dítěte. Neúplná rodina sama o sobě může být funkční, avšak taková rodina představuje větší riziko pro rozvoj konfliktů mezi rodiči do budoucna, například ve sporech o styky s dítětem po rozvodu.

Rizikové faktory na straně širšího sociálního prostředí představuje blízkost disociální party, nedostupnost podpůrných systémů (sociálních, školních i zdravotnických), negativní masmediální vlivy a vzory.

Rizikové faktory je třeba identifikovat a minimalizovat jejich negativní dopad.

Závěr

Autodestruktivní chování v adolescenci představuje riziko pro vývojový proces dospívání. Jde o spektrum projevů, které zahrnují zejména rizikové chování, sebepoškozování a suicidální chování. Každá z těchto kategorií obsahuje projevy různého stupně závažnosti, které se mohou vyskytovat současně. Obecně lze říci, že rizikové faktory se vztahují k osobnosti dospívajícího a jeho případné individuální psychopatologii, k dysfunkcím rodinného systému a k charakteristikám sociálního prostředí. Z hlediska osobnosti je závažný disharmonický vývoj, zejména směřuje-li k hraničně organizované osobnosti, dále pohotovost k depresivní psychopatologii a zneužívání

návykových látek. Z hlediska rodiny je závažné týrání a zneužívání dítěte, ale i méně čitelné patologické chování směřující zejména k psychickému trápení dítěte a jeho emoční deprivaci. Z hlediska sociálních rizik působí nevhodně špatné vzory (vrstevníci, masmédia), disociální party, dostupnost alkoholu a drog, ale i nedostatek podpůrných systémů. Autoagresivní chování v adolescenci představuje spektrum, jehož jednotlivé projevy působí ve vzájemné interakci. Naším úkolem je identifikovat a minimalizovat rizikové faktory, které k tomuto chování adolescentů vedou.

LITERATURA

- ADSHEAD, G. 1997. „Written on the Body“: Deliberate self-harm and violence. In: WELLDON, E. V.– van VELSEN, C. (Eds.): A practical guide to forensic psychotherapy. London : Jessica Kingsley.
- FELDMAN, S. S. – ELLIOTT, G. R. 1993. At the threshold. The developing adolescent. Cambridge : Harvard University.
- KING, R. A. – RUCHKIN, V. V. – SCHWAB-STONE, M. F. 2003. Suicide and the „continuum of adolescent self-destructiveness“: Is there a connection? In: KING, R. A. – APTER, A. (Eds.): Suicide in children and adolescents. Cambridge : Cambridge University.
- KOCOURKOVÁ, J. – KOUTEK, J. 2002. Posuzování suicidálního rizika u dětí a adolescentů. Čs. Psychologie, roč. 46, č. 2, s. 178-183.
- KOUTEK, J. – KOCOURKOVÁ, J. 2003. Sebevražedné chování. Praha : Portál.
- SCHERZER, A. L. 2005. Understanding self-destructive behaviour in adolescence. In: GREENWOOD, L. (Ed.) Violent adolescents. London : Karnac.
- SHAFFER, D. – GREENBERG, T. 2005. Suicide and suicidal behavior in children and adolescents. In: SHAFFER, D. – WASLICK, B. D. (Eds.): The many faces of depression in children and adolescents. Washington : American Psychiatric Publishing.

Souhrn: Autoři uvažují o rozložení adolescentní autodestruktivity do spektra od rizikového chování (zneužívání návykových látek, nechráněná sexualita, adrenalinové „sporty“), po sebepoškození a suicidální chování. Rizikové faktory, které přispívají k autodestrktivnímu chování adolescentů, hledají v jejich osobnosti, v rodinných charakteristikách i v širším sociálním prostředí.

Klíčová slova: autodestraktivita v adolescenci, rizikové chování, sebepoškození, suicidalita

Doc. PhDr. Jana KOCOURKOVÁ je docentkou lékařské psychologie na 2. lékařské fakultě UK Praha. Věnuje se zejména psychoterapii a psychoanalýze, suicidálnímu chování dospívajících, poruchám příjmu potravy. Je členkou České psychoanalytické společnosti a International Psychoanalytical Association.

MUDr. Jiří KOUTEK je primář Dětské psychiatrické kliniky FN Motol Praha. Odborně se zaměřuje na oblast suicidálního chování dětí a adolescentů, poruchy příjmu potravy, psychoterapii dospívajících.

Příloha č. 2

Diagnostika a terapie suicidálních dětí a adolescentů

MUDr. Jiří Koutek, doc. PhDr. Jana Kocourková

Univerzita Karlova v Praze, 2. LF UK a FN Motol, Dětská psychiatrická klinika

Souhrn

Suicidální chování a jednání se vyskytuje v několika formách, od prohavých suicidálních nápadů, přes kontinuální myšlenky, sebevražedné tendence, suicidální pokus až po dokonané suicidium. Toto jednání nepředstavuje samo o sobě psychiatrickou diagnózu, i když řada duševních poruch je spojena s rizikem suicidia. Zapotřebí je odborné vyšetření, které by případnou poruchu duševního zdraví diagnostikovalo. Zároveň je nutné posoudit rizikové faktory a celkové suicidální riziko jak v současnosti, tak i do budoucna. Na výsledku vyšetření závisí terapeutické zásahy.

Klíčová slova

suicidální chování • dítě • adolescent • rizikové faktory • diagnostika • terapie

Suicidální jednání u dětí a adolescentů představuje závažný medicínský problém, který přesahuje hranice psychiatrie a zasahuje i do dalších oborů. Tímto jednáním může být závažným způsobem ohrožen život pacienta a v případě přežití může způsobit závažné zdravotní komplikace, které mohou mít i trvalé následky. U dětí do 14 let se s tímto jednáním setkáváme zřídka, nikoliv však ojediněle.⁽¹⁾ U dospívajících pak sice v porovnání s ostatními věkovými kategoriemi je po-

čet dokonaných sebevražd na počet obyvatel daného věku nižší, ale v adolescenci představuje třetí nejčastější příčinu smrti. Toto věkové období napopak představuje největší riziko pro nedokonané suicidální jednání, tedy suicidální pokus.^(2, 3) Ten sice dospívající přežije, ale kromě možného poškození zdraví představuje riziko pro jeho opakování.⁽⁴⁾

Suicidální jednání v žádném ze svých forem nepředstavuje samostatnou diagnostickou psychiatrickou jednotku, jde spíše o syndrom, který může být spojen s více duševními poruchami. V případě sebevražedného pokusu je přirozené nejprve nutné zajistit přežití a zabývat se somatickým stavem pacienta. Následně je však nutné psychiatrické vyšetření, které je zaměřeno na závažnost proběhlého sebevražedného jednání, na přítomnost případné duševní poruchy a na riziko tohoto jednání do budoucna. Podle výsledku vyšetření je pak možné stanovit terapeutický plán a indikovat léčbu ambulantní nebo lůžkovou.⁽⁵⁾

Formy suicidálního chování

Suicidální chování se vyskytuje v různých formách, suicidálními nápady a myšlenkami počínaje přes suicidální tendence a sebevražedný pokus až po dokonanou sebevraždu.

Suicidální nápad a myšlenka, které jsou trvalejšího rázu, bývají definovány jako verbální a neverbální projevy toho, že se

jejich nositel zabývá myšlenkami na sebevraždu.

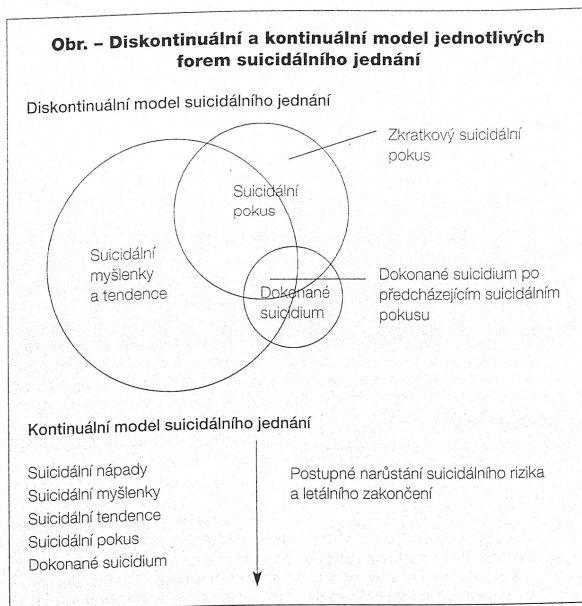
Suicidální tendence již často představují fázi přímé přípravy, kdy je již suicidium konkrétně plánováno a prakticky připravováno, například ohrožený sebevraždou píše dopis na rozloučenou, připravuje si konkrétní prostředky k ukončení života apod.

Suicidální pokus je dalším stupněm suicidálního chování. Je definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, ale nikoli s letálním koncem.

Dokonané suicidium je charakterizováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít. Úmysl zemřít však nemusí být jednoznačný. Mohou být přítomny ambivalentní postoje k přání zemřít, ty bývají velmi časté právě v adolescentním věku. Mnozí naši pacienti svůj postoj vyjádřili tak, že „to jen zkusím, kdyby zemřeli, bylo by to dobře, to, že přežili, je také dobré“. Stengel proto navrhuje suicidium definovat jako každý záměrný sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda ho přežije.⁽⁶⁾

Z hlediska charakteru a rizika jednotlivých forem suicidálního jednání bývají uváděny dva modely, kontinuální a diskontinuální.⁽⁷⁾ Kontinuální model předpokládá postupný nárůst rizika u jednotlivých forem, podle tohoto modelu je rozdíl pouze kvantitativní. Teorie diskontinuální uvažuje rozdíly mezi jednotlivými formami nejen

Obr. - Diskontinuální a kontinuální model jednotlivých forem suicidálního jednání



jako kvantitativní, ale i kvalitativní (Obr.). Suicidální pokus není podle této teorie jenom nepodařená sebevražda, ale mezi těmito dvěma formami existuje více rozdílů, kterými se od sebe podstatně liší.⁽⁸⁾

Epidemiologie

Jak již bylo výše uvedeno, dokonané suicidium u dětí do 14 roků se nevyskytuje často, ročně tak zemře okolo 10 dětí, s výraznou převahou chlapců. Suicidální pokus je přirozeně mnohem častější. U dospívajících se lze s dokonáním suicidiem setkat častěji, počet bývá asi 50 osob, opět s velkou převahou chlapců. V roce 2002 například dokonale suicidovalo 32 chlapců a 16 dívek ve věku od 15 do 19 roků. Ačkoliv jde v porovnání se suicidality v celé populaci obecně o nižší výskyt, představuje dokonaná suicidality v adolescenci významnou příčinu úmrtí.⁽⁹⁾ Znepokojivý je též nárůst suicidality v tomto věkovém období v posledních 15 letech (Tab.1). Přesný počet suicidálních pokusů nevíme, odhaduje se, že v běžné populaci činí 10–20 i vícenásobek dokonaných sebevražd. U adolescentů je tento poměr ještě mnohem vyšší, uváděn je poměr 1 : 100. U dospívajících je počet sui-

cidálních pokusů na počet obyvatel daného věku nejvyšší v celé populaci. Záměrně u dokonaných sebevražd převažují chlapci a v celé populaci muži, u suicidálních pokusů je výrazná převaha dívek a žen. Toto rozložení suicidálního jednání u mužů a žen platí v celém světě s výjimkou Číny, kde dokonale sebevraždou zemře více žen.⁽¹⁰⁾

Psychiatrické poruchy nejčastěji spojené se suicidálním jednáním

Suicidální jednání v některé ze svých forem může být spojeno s řadou psychiatrických poruch. Nejčastější bývá souvislost s depresí. Odhaduje se, že afektivní porucha se podílí na 70–80 % dokonaných sebevražd a že kolem 15 % pacientů s depresí končí sebevraždou. Rovněž u pacientů po suicidálním pokusu nacházíme velmi často depresivní symptomy. Riziko sebevraždy u depresí v dětství a adolescenci je asi 20krát vyšší oproti zdravým vrstevníkům. U depresivních syndromů, u nichž je převaha vlivů exogenních, je riziko sebevraždy nižší, i když ani v těchto případech je nelze vyloučit. U dystymií, které představují spíše osobnostní poruchu či vloh, je riziko sebe-

vraždy u adolescentů asi 30krát vyšší než v běžné populaci.⁽¹¹⁾

Další závažnou duševní poruchou spojenou se suicidálním rizikem je schizofrenie. Podle různých studií 2–12 % schizofreniků suiciduje a riziko sebevraždy je u této poruchy o 10–20 % vyšší než u běžné populace. I když se schizofrenie nejčastěji objeví až v mladém dospělém věku, do 15 roků bývá první ataka onemocnění u 4 % a mezi 15.–20. rokem u 10 % pacientů. Proto na možnost schizofrenie musíme myslet i u dospívajících pacientů.⁽¹¹⁾

Velmi úzká je rovněž problematika zneužívání alkoholu, užívání drog, případně závislosti a suicidálního jednání. Nezřídka se setkáváme s kombinovanou intoxikací alkoholem a medikamenty suicidálního charakteru, kde alkohol působí jako spouštěč, který svým účinkem sníží kritičnost a umožní suicidální jednání.⁽¹²⁾ Vstup počtu suicidií v adolescentním období bývá spojován s užíváním drog a jejich působením na psychiku i celkovou situaci adolescenta.

Suicidální jednání je též spojeno s poruchami příjmu potravy, kdy se podílí významnou měrou na mortalitě tohoto onemocnění. K mentální anorexii patří často depresivní syndrom, který může vyústit v suicidální pokus, případně v dokonanou sebevraždu. Podle některých autorů se suicidium podílí na průměrně uváděné mortalitě kolem 8 % dvěma procenty. Bulimie je pak často spojena se suicidálními pokusy, ani zde letální konec nelze vyloučit.⁽¹³⁾

U dospívajících po suicidálním pokusu často diagnostikujeme nevyvážený vývoj osobnosti, s rysy impulzivity, disociality, slabší sebekontroly. Jde o vývoj směřující k poruše osobnosti, tuto diagnózu však nelze do 16.–18. roků stanovit s ohledem na to, že vývoj osobnosti v tomto období ještě probíhá.⁽¹⁴⁾

Při vyšetřování pacienta po suicidálním pokusu musíme rovněž myslet na případné týraní, sexuální zneužívání nebo šikanu ve škole, event. jinou traumatizující událost, která může vést k posttraumatické stresové poruše. K suicidálnímu jednání může vést i některá z neurotických poruch, zde však bývá riziko dokonaného jednání nižší.

Diagnostika suicidálního chování

Při výskytu jakékoli formy suicidálního chování, tj. suicidálních myšlenek, tendencí či proběhlého suicidálního pokusu,

Tab. 1 – Suicidalita na 100 000 obyvatel v jednotlivých věkových kategoriích podle ÚZIS

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Do 14	0,1	0,3	0,24	0,2	0,56	0,47	0,37	0,22	0,51	0,29	0,59	0,3	0,25
15–19	2,7	5,4	4,6	5,4	7,24	9,2	8,91	7,33	7,57	7,54	6,8	6,45	7,17
Celková	13,3	13,0	13,8	13,6	14,7	14,6	14,1	14,5	14,3	15,3	15,8	16,2	14,5

Tab. 2 – Znaky suicidálního rizika

	Vysoké riziko	Nízké riziko
Předpověditelnost chování dítěte nebo adolescenta	nízká	vysoká
Okolnosti suicidálního chování	dítě a dospívající je sám, má promyšlený plán, nelze předpokládat záchranu	nablízku je jiná osoba, postižený nemá plán, lze předpokládat záchranu
Letalita způsobu suicidálního chování	vysoká	nízká
Úmysl zemřít	výrazný	něistý
Přítomná psychopatie	závažná deprese, poruchy chování, zneužívání návykových látek	minimální
Coping mechanismy	slabý úsudek, impulzivní projevy	dobrý úsudek, dobrá sebekontrola
Emoční prožívání	výrazné pocity beznaděje, vzteku, viny a studu	mně projevy těchto emocí
Schopnost dítěte komunikovat	nedostatečná, ambivalentní komunikace	dobrá
Podpora rodiny	nedostatečná, nekonzistentní	dobrá
Psychosociální stres	vysoký	nizký

(Modifikováno podle Pfeffer, CR., 1996)

je samozřejmě nutné psychiatrické vyšetření. Psychiatr by měl zhodnotit psychický stav postiženého, diagnostikovat případnou duševní poruchu a navrhnout další terapeutický postup.

Při zjištění suicidálních myšlenek a tendencí je nutné zvážit, zda je úvaha o sebevraždě míněna vážně, jaký je motiv těchto myšlenek a nakolik je možné stav zvládnout ambulantně, či zda je pro ochranu pacienta nutná hospitalizace v psychiatrickém zařízení.

Po proběhlém suicidálním pokusu se zaměřujeme na to, jak byl úmysl zemřít jednoznačný a jaké je nebezpečí opakování tohoto jednání. Diagnostické posouzení bazální psychopatie je podstatné pro terapii i další klinické intervence.

Při vlastním vyšetření explorujeme zejména přítomnost a závažnost suicidálního úmyslu. U dětí a mnohdy ani u dospívajících nelze spoléhat na korelaci mezi závažností současného suicidálního aktu z hlediska somatického ohrožení a vážnosti úmyslu zemřít. Platí to zejména o prepubertálních dětech, které nemusí mít jasnou představu o letalitě použitého prostředku. Typickým příkladem je suicidální užití medikamentů, kdy dítě na jedné straně může přísuzovat letální účinek několika tabletám vitamínů, na druhé straně užívá letální dávku medikamentů, aniž by přání zemřít bylo tak intenzivní a jednoznačné.

Pro posuzování suicidálního rizika je důležité rozumět motivaci dítěte a dospívajícího. Motivace může souviset s potřebou získat větší pozornost okolí, může vyjadřovat přání uniknout z neuspokojivého prostředí, spojit se se zemřelou osobou. V suicidálním jednání též může být kromě autoagresivního motivu přítomen motiv heteroagresivní, tj. snaha ublížit někomu, kdo mu ať skutečně nebo domněle ublížil. Suicidální motiv může také vycházet ze závažné psychopatie (schizofrenie, velké deprese) a může mít psychotický charakter.⁽¹⁵⁾

Při exploraci zjišťujeme další rizikové faktory, jako je rodinná situace, vztahy k nejbližším osobám, jak k rodinným příslušníkům, tak i vrstevníkům. I v dětském a zejména pak v dorostovém věku hrají důležitou roli počínající partnerské vztahy. V rozhovoru se zaměřujeme též na zneužívání alkoholu, drog, zjišťujeme též možnou šikanu ve škole. Při výskytu suicidálního jednání nesmíme též zapomenout na možnost týrání nebo sexuálního zneužívání.

Při celkovém zhodnocení zjišťujeme doprovodné klinické psychiatrické syndromy (např. deprese, poruchy chování), patologické osobnostní charakteristiky (např. senzitivní, sociálně vyhybavé projevy, emoční nestabilita, ale i disociální osobnostní rysy). Nesmíme zapomenout na zjištění předchozího suicidálního jednání.

Je známo, že proběhlý sebevražedný pokus představuje závažný rizikový faktor pro jeho opakování.

Při rozhovoru s dítětem a adolescentem vykazujícím suicidální chování zjišťujeme též představu pacienta o tom, co následuje po smrti. Z kognitivního hlediska předškolní děti posuzují smrt jako reverzibilní okolnost, děti v raném školním věku smrt personifikují. Teprve děti po devátém roce věku začínají prožívat smrt jako univerzální biologický proces, který vede u každé živé bytosti k nezvratnému ukončení jejího života. Znamená to, že až děti po devátém roce věku chápou smrt jako něco ireverzibilního. Přesto však děti a zejména dospívající mohou mít různé představy o tom, co po smrti následuje.

Nezřídka se setkáváme u našich pacientů s různými reinkarnačními teoriemi, představou pokračování života v jiné, lepší formě. Někdy je smrt spojena s představou setkání s blízkou, již zemřelou osobou.

Při hodnocení suicidálního rizika musíme vycházet nejen ze samotného vyšetření, ale i z dalších anamnestických údajů získaných od okolí pacienta, zejména od rodiny, případně školy. Tyto údaje mohou přinést objektivnější pohled na situaci a lépe posoudit nebezpečí sebevražedného jednání. Musíme také vzít v úvahu případné disimulační tendence vyšetřovaného dítěte či dospívajícího.

Samotné vyšetření dítěte a dospívajícího se opírá zejména o pozorování a rozhovor, užitečné je užití dotazníkových a projektivních metod. Z dotazníkových metod je možné použít například sebeposuzovací školy depresivity – CDI (Children Depression Inventory), Beckovu sebeposuzující stupnici deprese – BDI (Beck Depression Inventory). Pro posuzování stupně deprese u dětí a adolescentů druhými osobami lze použít např. revidovanou škálu Poznanské – CDRS-R – nebo Hamiltonovu stupnici pro posuzování deprese – HAMD. Z projektivních metod užíváme Rorschachův test, tematicko-apercepční test a jeho modifikace pro děti a další metody, jako jsou kresběné techniky nebo testy světa. Zejména u dětí se mnohdy dozvíme více např. z volné kresby, která může vyjadřovat motiv smrti. Nesmíme ale zapomenout na to, že v některých případech může naopak dojít po definitivním rozhodnutí spáchat sebevraždu k paradoxnímu uvolnění a navenek ke zlepšení nálady. Moderní přístup v dětské psychiatrii předstává vícenásobná diagnostika, která zahrnuje nejen posuzování klinických psychiatrických syndromů, ale také osobnostních a vývojových charakteristik, inteligence, fyzického zdraví a psychosociálních okolností a stresových faktorů, které se mohou na potížích dítěte a dospívajícího podílet. U dětí a dospívajících, kteří vykazují suicidální chování, může být zcela odlišná konfigurace těchto základních diagnostických charakteristik (Tab. 2).

Terapie suicidálního jednání

Terapeutické přístupy jsou závislé na tom, ve které fázi suicidálního jednání je terapie poskytována a na aktuálním psychickém stavu postiženého. Jiný léčebný přístup je zapotřebí v rámci poskytování první pomoci, jiný při komplexní léčbě suicidálního jednání. První pomoc bývá zaměřena na akutní zhodnocení situace a odvrácení buď hrozícího sebevražedného jednání, nebo jeho opakování. Cílem první pomoci je zamezení sebepoškozujícímu jednání a odvedení postiženého do bezpečí. Krizová intervence je kromě zvládnutí akutního stavu též charakterizována jako léčebný zásah zaměřený do budoucna. Krizová intervence v rámci suicidálního chování by měla zabránit akutně hrozícímu suicidálnímu jednání, objasnit konflikty a problémy, které motivují k tomuto

jednání, diagnostikovat případnou duševní poruchu a zajistit psychiatrickou nebo psychologickou péči.

Některé psychologické zásady krizové intervence jsou:

1. Je nutné navázat s postiženým kontaktem a ten dále rozvíjet.
2. Je zapotřebí s ním udržet komunikaci.
3. Musíme dát pacientovi najevo svou empatii, neznamená to ovšem souhlas s jeho jednáním.
4. Je nutné porozumět suicidálnímu jednání jako volání o pomoc.
5. Je třeba společně hledat alternativních řešení problémů.
6. Je nutné společně hledat alternativy i pro budoucnost, pro řešení budoucích krizí.

V případě duševní poruchy při hrozícím opakování sebevražedného jednání je nutné zajištění následné péče. Systematická léčba suicidálních pacientů je závislá na diagnóze a celkové aktuální situaci. K postupu patří kromě komplexního psychiatrického a psychologického vyšetření též posouzení rodinné a školní, případně pracovní situace dítěte a dospívajícího. Podle stavu se můžeme rozhodnout pro ambulantní péči nebo léčbu při hospitalizaci. Důležité jsou přístupy psychologické, obsahující například psychoterapii individuální a skupinovou nebo rodinnou terapii. Při terapeutickém zvládnutí hrozícího nebo již proběhlého sebevražedného jednání má svůj význam i medikamentózní léčba. V rámci první pomoci lze pro zklidnění použít benzodiazepiny a tlumivá neuroleptika. Antidepressiva se uplatní při léčbě deprese, neuroleptika pak zejména při terapii psychotických stavů. Tato léčba je však dlouhodobá a vyžaduje odbornou psychiatrickou péči.⁽¹⁷⁾

Prevence suicidálního jednání

Příčiny suicidálního chování dětí a adolescentů jsou multifaktoriální a jsou vázány na interakci řady rizikových faktorů. Snažíme se proto nalézt preventivní strategie, které by oslabily suicidální riziko.⁽¹⁷⁾ Primární prevence se zaměřuje na snížení výskytu duševních poruch v populaci. Je zaměřena na eliminaci příčinných a rizikových faktorů na jedné straně, a posilování faktorů protektivních na straně druhé. Na straně rizik představuje prevenci např. včasný záchyt, diagnostika a léčba duševních poruch u dětí, předcházení zneužívání drog, abúzu alkoholu. Na straně protektivních faktorů je to podpora ro-

dinného zázemí, zájmové činnosti, fungujícího vzdělávacího procesu apod. Primární prevence je orientována na osoby, u kterých dosud nemusí být patrné projevy klinické poruchy. Sekundární prevence je orientována načasné zachycení a léčbu hrozícího suicidálního jednání. Za součást sekundární prevence je považována krizová intervence. Součástí sekundární prevence je pečlivé zhodnocení a pomoc dětem a dospívajícím se suicidálními projevy.

Terciální prevence se snaží zmírnit následky již existujícího suicidálního chování a zabránit jejím opakování.

Preventivní intervence v krizových situacích může zamezit nebo zmírnit následky suicidálního chování. Tyto intervence poskytují ambulantní nebo lůžková dětská psychiatrická zařízení a psychologická ambulace. Důležitou součástí bývají krizová centra a linky důvěry pro děti, které jsou schopny poskytnout první pomoc při akutně hrozícím sebevražedném jednání.

Kazuistika I.

Jedenáctiletý chlapec žije spolu se starší sestrou po rozvodu rodičů u matky. Matka je hyperprotektivní, málo umožňující separaci. Chlapec se se svým otcem již několikrát nestýká. Od malička byl silně fixován na matku, hůře se adaptoval v předškolním zařízení, proto s ním nakonec matka zůstala doma. Do základní školy nastoupil po odkladu školní docházky. I zde se špatně adaptoval, byl izolovaný od vrstevníků. Ve škole měl časté absence kvůli opakovaným infekcím. V páté třídě onemocněl angínou, tři týdny nechodil do školy. Následně se již nedokázal do školy vrátit. Hovořil o tom, že spolužáci jsou na něj zlí, učitelé na něj křičí, má strach ze špatné známky. Večer si vždy připravil tašku, sliboval, že další den do školy určitě půjde, druhý den se mu však opět nepodařilo do školy dojít. Ráno měl somatické obtíže, zvýšenou teplotu, bolesti břicha, nauzeu, často zvracel. Po dvou týdnech neúspěšných pokusů o návrat do školy jej navštívila učitelka, které slíbil, že další den se do školy dostaví. Ráno se vzbudil kolem čtvrté hodiny, pociťoval úzkost, strach ze školy, měl pocity viny, že nedokáže splnit slib, který dal učitelce i matce. V sebevražedném úmyslu požil větší množství medikamentů, které našel doma. Při následném psychiatrickém vyšetření uvedl, že si nebyl jistý, zda zemře, chtěl vyřešit pro něj obtížnou situaci. Byla u něj diagnostikována separační úzkostná poru-

cha v dětství. Byl hospitalizován v psychiatrickém zařízení, kde se podařilo zlepšit jeho psychický stav. Důležitý faktor v léčbě představovalo zapojení otce po dlouhé době do výchovy. Po hospitalizaci se podařil návrat pacienta do běžné školy.

Kazuistika II.

Čtrnáctiletá dívka, vyrůstá v úplné rodině, mezi rodiči jsou však konflikty a hrozí jejich rozvod. Dívka má staršího dvacetiletého bratra, úspěšného studenta vysoké školy. Průběh těhotenství, perinatální anamnéza i raný psychomotorický vývoj byl bez nápadností. V předškolním zařízení se dobře zadaptovala, stejně jako ve škole. Na prvním stupni byla bez větších problémů, na druhém stupni však došlo ke zhoršení prospěchu. Kolem třináctého roku začala dívka více požívat alkoholu, kouřit, objevilo se i experimentování s marihuanou. Měla problémy v chování ve škole, doma s rodiči měla konflikty. Zejména nesnášela, když jí rodiče dávali za vzor úspěšného bratra. Konflikty se postupně vyhrocovaly, týkaly se mimo jiné též trávení volného času. Ten trávila v partě, kde si také našla chlapce. Po rozchodu s ním byla nešťastná, měla pocit, že nemá na světě nikoho blízkého, napadlo ji řešit situaci sebevraždou. Požila větší množství psychofarmak, která užívá její matka kvůli neurotickým obtížím. Při vyšetření sdělila, že chtěla skutečně zemřít, počítala s tím, že po smrti je ještě něco dalšího, lepšího. Při psychiatrickém

psychologickém vyšetření byl u ní zjištěn nevyvážený vývoj osobnosti a diagnostikována smíšená porucha chování a emocí. V rámci terapie získala dívka náhled na své problémy, podařilo se zlepšit vztahy v rodině. Dívka se naučila lépe zacházet se svými pocity, ať již pocity nešťastnosti, tak i agresivními popudy a s impulzivitou, ke které je osobnostně disponována.

Závěr

Suicidální chování u dětí a adolescentů je závažným problémem, jehož řešení vyžaduje spolupráci více lékařských oborů a psychologie. Při hrozcím nebo proběhlém suicidálním jednání je nutné psychiatrické vyšetření, jehož úkolem je posoudit míru sebevražedného rizika, diagnostikovat případnou duševní poruchu a doporučit další terapeutický postup. I pro lékaře jiných oborů, zejména pro praktické dětské lékaře, je důležité nepodcenit suicidální riziko a zajistit adekvátní péči. Velký význam mají též preventivní přístupy.

Literatura

1. HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000.
2. HORT, V., KOCOURKOVÁ, J. *Suicidální tematika v dětské a dorostové psychiatrii*. Praktický lékař, 2005, 85, č. 4, s. 240-242.
3. HAWTON, K., VAN HEERINGEN, K. *The International Handbook of Suicide and attempted Suicide*. New York: John Wiley & Sons, 2002.
4. REMSCHMIDT, H. *Psychiatrie der Adoleszenz*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1992.

5. KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Posuzování suicidálního rizika u dětí a adolescentů*. Československá psychologie, 2002, XLII, č. 2.
6. JACOBS, D., BROWN, H. *Suicide: understanding and responding*. Madison, International Universities Press, Inc., 1989.
7. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 2003.
8. KAPLAN, H., SADOCK, B.J. *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998.
9. *Zdravotnická statistika. Sebevraždy 1990-2002*. Praha: ÚZIS, 2003.
10. BRONISCH, T. *Der Suizid*. München: Verlag C.H. Beck, 1995.
11. MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing, 2005.
12. KOUTEK, J., LORENC, J. *Farmaka v suicidálním jednání dětí a adolescentů*. Česko-slovenská pediatrie, 2002, 57, č. 4, s. 168-171.
13. KENNY, C. *Suicidal Children and Adolescents*. Wiltshire, Mark Allen Publishing Group, 1999.
14. FLEISCHMAN, AR., BARONDESS, JA. *Adolescent suicide: Vigilante and Action to reduce the toll*. Contemporary pediatrics, 2004, 21, No. 12, p. 27-35.
15. KING, RA., APTER, A. *Suicide in Children and Adolescents*. Cambridge University Press, 2003.
16. MARIS, RW. *Assessment and Prediction of Suicide*. New York: The Guilford Press, 1992.
17. PFEFFER, CR. *Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management*. In LEWIS, M., (Ed.), *Child and adolescent psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.

Podpořeno grantem IGA MZ NR/7955-3.

e-mail: jiri.koutek@lfmotol.cuni.cz

Příloha č. 3

Z klinické praxe

SEBEPOŠKOZOVÁNÍ V ADOLESCENCI – NARŮSTAJÍCÍ PROBLÉM ?

JANA KOCOURKOVÁ, JIŘÍ KOUTEK
*Dětská psychiatrická klinika FN Motol
UK, 2. lékařská fakulta*

ABSTRACT

Self-injury in adolescence – a growing problem?

J. Kocourková, J. Koutek

Self-injury represents the behavior whose consequence is the damage of body integrity without conscious and goal-directed intention to die. It seems that in contemporary adolescents the occurrence of this type of behavior increases, self-injury represents the way of regulation of inner tension and becomes besides the food intake disorders and misusing the addictive substances the important problem of adolescence. The authors define namely the

basic characteristics of self-injury and the possibility of therapeutic affecting. The problem is illustrated by the casuistic note.

key words:

self-injury,
adolescence,
therapy

klíčová slova:

sebeпоškození,
adolescence,
terapie

ZPŮSOBY SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Sebeпоškození představuje kategorii chování, která má sociální kontext a sociokulturní pozadí. Zacházení s lidským tělem je determinováno sociálními okolnostmi a rituály, které mají kulturní a sociální význam a rozhodují o tom, které zásahy do lidského těla lze pokládat za konvenční normu (v naší kultuře např. tetování nebo „piercing“) a které již mají charakter sebeпоškození v patologickém slova smyslu.

V literatuře existuje řada pojmů, které popisují destruktivní chování vůči vlastnímu tělu různými termíny.

Automutilace („self-mutilation“) je pojmem nejčastěji popisujícím sebeпоškození, kde je přítomna motivace vyplývající z psychotické poruchy a sebeпоškození může mít symbolický význam v rámci psychotické motivace. Příkladem je automutilace zaměřená proti části těla (např. ruce, genitálie, oči, jazyk), symbolicky vyjadřující patologické pocity viny a sebeпоtrestání při těžké depresi, nebo bizarní

Došlo: 7. 12. 2007; J. K., J. K., Dětská psychiatrická klinika FN Motol, V úvalu 84, 150 06 Praha 5; e-mail: Jana.Kocourkova@lfmotol.cuni.cz

Z klinické praxe / 609

automutilace u pacientů trpících schizofrenním onemocněním. Automutilace se může ale také vyskytnout jako vedlejší produkt neobvyklých sexuálních praktik sadomasochistického charakteru.

Sebepoškozování („self-harm“, „self-injury“, „self-wounding“, „non-suicidal self-injury“, „deliberate self-harm“) je termín, který je nejčastěji spojován s vědomým, záměrným, často opakovaným sebepoškozováním (sebezraňováním) bez vědomé suicidální motivace, v němž dochází k narušení tělesné integrity, bez závažného letálního dosahu. Nejčastěji jde o řezná poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, škrábance, vyřezávání znaků do kůže. K sebepoškození bývají používány ostré předměty, např. žiletka, sklo, kus zrcadla. Další formou sebepoškození je popálení, např. cigaretou. Motivů pro sebepoškození jsou rozličné, nejčastěji uváděným motivem bývá pocit vzteku na sebe, potřeba trestu, potřeba úlevy od napětí. Sebepoškozování může být znakem hraniční poruchy osobnosti, ale někteří autoři zdůrazňují návykový charakter sebepoškozujícího chování (Nixon, Cloutier, Aggarwal, 2002). Do okruhu sebepoškozování bývá zahrnováno i předávkování léky, které je opakováno a není u něj patrný přímý suicidální motiv. Popisuje se, že afektivní projevy, které provázejí sebepoškození, mají specifickou dynamiku a průběh: prožívání události, která přináší vnitřní diskomfort (ztráta, konflikt, narcistické zranění) vede k zesílení pocitů dysforie a napětí, zvýší se potřeba regulovat psychickou rovnováhu, dojde k sebepoškození a uvolnění napětí.

Další pocity, které souvisejí se sebepoškozováním, mohou být odlišné, někteří pacienti s tendencí sebepoškozovat se bojují, následky sebepoškození tají, prožívají stud a vinu. Jiní se sebepoškozují demonstrativně, předvádějí jizvy, minimálně spolupracují v terapii.

Předávkování léky („self-poisoning“, „overdosing“) představuje neindikované, nepřiměřené nebo nadměrné užití dávky léků, bez zřetelného suicidálního úmyslu. Předávkování léky bývá často opakované. Může jít o léky, které byly pacientovi předepsány, léky, které patří jinému členu rodiny (většinou psychofarmaka), ale i léky náhodně vybrané.

Účelové sebepoškozování se může také objevit u osob s poruchami osobnosti v zátěžových situacích, jako je např. trestní stíhání, pobyt ve vězení, nedobrovolná hospitalizace, a může mít účelový charakter – získat pozornost či jiné výhody.

SEBEPŠKOZOVÁNÍ A SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ

Sebepoškozování je třeba odlišit od suicidálního chování, s nímž bývá někdy i v medicínském prostředí zaměňováno. Situace je o to složitější, že často nacházíme u pacienta zároveň sebepoškozování a suicidální chování. V případě sebepoškozování i suicidálního chování byla zjištěna tendence potlačit nechtěné myšlenky (Najmi, Wegner, Nock, 2007).

Shodné charakteristiky nacházíme u osob s projevy sebepoškozování i u osob se suicidálním chováním. Obě skupiny prožívají depresi a pocity bezmoci a beznaděje, mají suicidální myšlenky a fantazie, jsou agresivnější, afektivně nestabilní a projevují hraniční osobnostní patologii, podceňují riziko autodestruktivního chování, věří, že mohou být zachráněni a mají tendenci pojímat smrt méně definitivně.

Rozdílné znaky sebepoškozování a suicidálního chování jsou zejména v tom, že u sebepoškozování nenacházíme cíl zemřít a způsoby sebepoškození nemají letální důsledky. Sebepoškozování také vede k častému opakování (více než 60 % sebepoškozujících se osob opakuje toto chování ve vysokém počtu případů).

Víme, že sebepoškozování a suicidální chování jsou přinejmenším ve vzájemném

vztahu (např. u osob, které se sebepoškozuji, je větší riziko, že se pokusí o suicidium). Přibližně 55 % – 85 % osob, které se sebepoškozuji, uskuteční nejméně jeden suicidální pokus.

Při posuzování souvislostí sebepoškození a suicidálního chování hraje úlohu osobnost pacienta a typ osobnostní patologie, například zvýšený výskyt obou typů chování můžeme nalézt u pacientů s hraniční poruchou osobnosti.

VÝSKYT

Sebeškození je považováno za vážný problém, studie prevalence ukazují, že výskyt tohoto chování mezi mladými lidmi se zvyšuje (Cleaver, 2007; Jacobson, Gould, 2007). V západních zemích 5 – 9 % adolescentů uvádělo sebeškození v předcházejícím roce. Více než 5 % osob, které byly v nemocnici po sebeškození, suicidovalo v průběhu 9 let (Skegg, 2005).

Uvádí se, že kolem čtyř procent všech pacientů v psychiatrických nemocnicích se pořežává. Výskyt sebeškození u psychiatrických pacientů je 50x častější než v běžné populaci. Pacienti bývají nejčastěji starší adolescenti. Typickým příkladem jsou adolescentní dívky, i když některé práce uvádějí vyšší počet sebeškozujících se mužů, kteří se ale nedostanou do péče zdravotnických zařízení. Sebeškození má tendenci se opakovat a může probíhat po řadu roků. Většina sebeškozujících se osob se pořežává mírně („delicate self-harming“), nejčastěji pořežávanými částmi těla jsou zápěstí a paže, někdy i nohy; obličej, prsa a břicho jsou pořežávány výjimečně. Popálení, například cigaretou nebo zapalovačem nebývá tak časté jako pořežávání. U sebeškozujících se osob bývá častý výskyt poruch osobnosti a disociativní patologie.

Většina osob, které se pořežávají, necítí v průběhu sebeškození bolest (Adshead, 1997). Některé studie dovozují, že v pozadí nevnímání bolesti při sebeškození leží disociativní mechanismus zapříčiňující změny citění, pocity derealizace a depersonalizace.

Sebeškození se může rozšířit na psychiatrických odděleních, internátech, věznicích a podobných zařízeních, kde má podobu psychické nákazy.

Za rizikový faktor lze pokládat příslušnost ke specifickým adolescentním subkulturám, jako jsou „Gothové“ (Young, Sweeting, West, 2006). Lze říci, že snadnost internetového spojení může vést k povzbuzení sebeškozujícího chování (Whitlock, Powers, Eckenrode, 2006).

KLINICKÉ SOUVISLOSTI

Opakované sebeškození bývá spojováno s osobnostní patologií, nejčastěji s poruchou osobnosti hraničního typu (Tantam, Whittaker, 1992). Zmiňována bývá i disociální, histriónská a mnohočetná porucha osobnosti. Sebeškození se významně často vyskytuje současně u pacientů s poruchami příjmu potravy a u pacientů závislých na návykových látkách (Favaro, Ferrara, Santonastaso, 2007). Casillas a Clark (2002) spojují osobnostní charakteristiky závislosti, impulzivity s sebeškozením. Dle Olfsone et al. (2005) byla u 7 – 24 letých pacientů posuzovaných na nemocničním pohotovostním oddělení diagnostikována duševní porucha v 56 procentech.

Příčiny sebeškozujícího chování bývají dávány do souvislosti s dětskými traumaty (Adshead, 1997), hovoří se o emočním zneužívání (Croyle, Waltz, 2007) nebo sexuálním zneužíváním v dětství (Van der Kolk, Perry, Herman, 1991). Předpoklá-

dá se, že při nedostatečně dobré dětské zkušenosti s péčí blízké osoby se vytváří pohotovost obracet agresivní impulzy vůči vlastnímu tělu. Tato pohotovost se manifestuje zejména v období adolescence.

U osob s projevy sebepoškození hraje často důležitou úlohu precipitující událost (nejčastěji ztráta významné vazby), již nelze vyřešit adaptivním způsobem a která specificky stimuluje rozvoj pocitů bezmoci, lítosti, vzteku, křivdy a přání pomstít se. Agrese se obrací vůči vlastnímu tělu. Vznik a průběh aktu sebepoškození bývá provázen různými fantaziemi, které mohou mít i sexualizovaný charakter. Vzorec aktu sebepoškození má tendenci se opakovat podobně jako jiné návykové projevy (např. zneužívání návykových látek).

Favazza (1998) popisuje sebepoškození jako chorobnou snahu dosáhnout úlevy od pocitů depersonalizace, viny, odmítání a nudy.

TERAPIE

Terapie adolescentů, kteří se sebepoškožují, je obvykle komplexní a integruje psychosociální i biologické metody léčby. V rozhodování o hospitalizační léčbě záleží na dalších psychopatologických projevech a závažnosti sebepoškození. Hospitalizace je indikovaná tehdy, když pacient trpí další psychopatií (např. poruchy příjmu potravy, závislost na návykových látkách, deprese) a když jsou u pacienta přítomny zároveň projevy sebepoškozujícího se a suicidálního chování (Kocourková, 2003).

Hospitalizace vyžaduje práci se zkušeným týmem, neboť pacienti s tendencí k sebepoškození mají často „manipulativní“ projevy a pro zdravotnický personál je nesnadné tyto projevy zvládat. Sebepoškozující se pacienti vzbuzují v terapeutech obavy, pocity viny, zlost. Odborný tým potřebuje podporu, supervizi a dovednost v zacházení s protipřenosem.

V terapeutických přístupech bývá zdůrazňován význam psychoanalyticky orientovaného přístupu (Parfitt, 2005) i kognitivně behaviorální terapie (Portzky, van Heeringen, 2007). Zajímavý přístup popisuje Woods (2006), který preferuje terapeutický režim při hospitalizaci založený na psychoanalytických východiscích. V každém případě je nezbytné navázat vztah s pacientem, identifikovat problém, řešit krizi a léčit psychopatologické poruchy (Skegg, 2005). Podporu a pomoc potřebuje také rodina, někdy i další blízké osoby.

KAZUISTICKÁ UKÁZKA

Šestnáctiletá dívka byla přijata na dětskou psychiatrickou kliniku pro sebepoškození. Již téměř tři roky si způsobovala povrchové řezné rány na obou předloktích i stehnech. Dívka pochází z úplné rodiny. Má staršího úspěšného bratra, studenta vysoké školy, kterého jí rodiče často dávají za vzor. Oba rodiče jsou vysokoškoláci, ambiciózní a profesně úspěšní, podobné nároky mají i na děti. Manželství rodičů bylo v minulosti značně konfliktní, uvažovali i o rozvodu, v poslední době však došlo ke zklidnění. Způsob komunikace v rodině byl sofistikovaný, kontrolovaný až formální.

Dívka se narodila z druhého plánovaného těhotenství. Těhotenství, porod i raný psychomotorický vývoj proběhly fyziologicky. V dětství vážněji nestonala, prodělala pouze běžné dětské nemoci. V kolektivním zařízení se ve třech letech dobře zadaptovala, na základní škole byla na prvním stupni úspěšná, po absolvování šesté třídy přešla na víceleté gymnázium. Zde již měla s učením problémy, zhoršila se v prospěchu. Objevily se neurotické příznaky, tenze, anxieta, občasné depresivní rozlady, poruchy spánku. Pro tyto obtíže navštěvovala psychologku. Ve svých třinácti letech se v souvislosti s tím, že mezi rodiči byly konflikty, pokusila o suicidium, pořezala si zápěstí žiletkou. Na rodiče měla vztek, který nedokázala vyjádřit. Zpětně vzpomíná,

že rána jí bolela, nedokázala se říznout hlouběji, vzápětí však pocítila paradoxně úlevu. To byl začátek jejího sebepoškození. Od této doby se v situaci napětí pořezávala žiletkou. Takové chvíle byly například situace školního neúspěchu, konfliktu se spolužačkami, rozchodu s chlapcem. Spolu s kamarádkou se začala zajímat o punkovou subkulturu a způsoby sebepoškození prezentované na internetu. Sebepoškození pokračovalo i v době, kdy se situace mezi rodiči uklidnila. Lze říci, že se ze sebepoškození stal návyk, kterým dívka reagovala na jakoukoliv větší zátěž a napětí.

V rámci léčby na klinice byla prováděna léčba medikamentózní (antidepresivy) spolu s psychoterapií individuální a skupinovou. Důležitou součástí léčby bylo zapojení do režimu oddělení, včetně arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie a nácviku relaxačních technik. Významnou součástí léčby byla i rodinná terapie, ve které mohla dívka řešit svůj vztah k oběma rodičům i bratrovi. Postupně puzení k sebepoškození vymizelo, v současné době je pacientka v ambulantní péči, zvládá dobře studium, je běžným způsobem adaptovaná. Terapie byla zaměřena jak na symptom (sebepoškození), tak na osobnostní problematiku (vyjadřování emocí, adaptivnější zvládnání napětí) i na rodinné vztahy.

ZÁVĚR

Sebepoškození představuje závažné patologické chování zejména ve věku adolescence, kdy se nejčastěji objevuje, a jak ukazují současné práce, představuje vzrůstající problém. Bývá pozorováno převážně u dívek, ale některé studie tento závěr nepotvrzují a ukazují, že dívky pouze častěji než chlapci vyhledávají odbornou pomoc. Sebepoškození je namířeno proti vlastnímu tělu, nejčastěji má podobu pořezávání se. Ve vztahu k suicidálnímu chování sebepoškození nemá letální charakter a má tendenci k opakování návykového typu. U sebepoškozujících se pacientů je přítomno riziko suicidálního chování. Terapie je komplexní, integrující psychoterapeutické přístupy, rodinnou terapii a farmakoterapii. Je výhodou, když odborníci pracující s těmito adolescenty rozumí charakteru adolescentní subkultury, v níž se sebepoškození stává sdíleným způsobem chování.

LITERATURA

- Adshhead, G.: „Written on the body“: Deliberate self-harm and violence. In: Welldon, E. V., Van Velsen, C.: A Practical guide to forensic psychotherapy. London, Jessica Kingsley Publishers 1997.
- Casillas, A., Clark, L. A.: Dependency, impulsivity, and self-harm: traits hypothesized to underlie the association between cluster B personality and substance use disorders. *Journal of Personality Disorders* 16, 2002, 5, 424-436.
- Cleaver, K.: Characteristics and trends of self-harming behavior in young people. *British Journal of Nursing* 16, 2007, 3, 148-152.
- Croyle, K. L., Waltz, J.: Subclinical self-harm: range of behaviors, extent, and associated characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry* 77, 2007, 2, 332-342.
- Favaro, A., Ferrara, S., Santonastaso, P.: Self-injurious behavior in a community sample of young women: relationship with childhood abuse and other types of self-damaging behaviors. *Journal of Clinical Psychiatry* 68, 2007, 1, 122-131.
- Favazza, A. R.: The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186, 1998, 5, 259-268.
- Jacobson, C. M., Gould, M.: The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research* 11, 2007, 2, 129-147.
- Kocourková, J.: Sebepoškození v adolescenci. In: Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha, Portál 2003, 73-79.
- Najmi, S., Wegner, D. M., Nock, M. K.: Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour Research and Therapy* 45, 2007, 8, 1957-1965.
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., Aggarwal, S.: Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 2002, 11, 1333-1341.
- Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus,

- S. C., Greenberg, T., Shaffer, D.: Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Archives of General Psychiatry* 62, 2005, 10, 1122-1128.
- Parfitt, A.: On aggression turned against the self. *Psychoanalytic Psychotherapy* 19, 2005, 2, 160-173.
- Portzky, G., van Heeringen, K.: Deliberate self-harm in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry* 20, 2007, 4, 337-342.
- Skegg, K.: Self-harm. *Lancet* 366, 2005, 1471-1483.
- Tantam, D., Whittaker, J.: Personality disorder and self-wounding. *British Journal of Psychiatry* 161, 1992, 451-464.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., Herman, J. L.: Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry* 148, 1991, 12, 1665-1671.
- Whitlock, J. L., Powers, J. L., Eckenrode, J.: The virtual cutting edge: The internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology* 42, 2006, 3, 407-417.
- Woods, J.: The self-report of Andi. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 11, 2006, 2, 283-292.
- Young, R., Sweeting, H., West, P.: Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: Longitudinal cohort study. *BMJ* 2006, May 6, 332, 1058-1061.

SOUHRN

Sebepoškození představuje chování, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity bez vědomého a cíleného záměru zemřít. Zdá se, že u současných dospívajících výskyt tohoto typu chování vzrůstá, sebepoškození představuje způsob regulace vnitřní tenze a stává se vedle poruch příjmu potravy a zneužívání návykových látek závažným problémem adolescence. Autoři vymezují zejména základní charakteristiky sebepoškození a možnost terapeutického ovlivnění. Problematika je ilustrována kazuistickým sdělením.

Příloha č. 4

SUICIDÁLNÍ POKUS U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH – MOTIVY A RIZIKOVÉ FAKTORY

MUDr. Jiří Koutek, doc. PhDr. Jana Kocourková, CSc.

Dětská psychiatrická klinika FN Motol a UK 2. LF, Praha

Autoři se zabývají problematikou suicidálních pokusů u dětí a adolescentů, zejména z hlediska uváděných motivů a zjištěných rizikových faktorů. Častými motivy bývají problémy školní a partnerské, významné jsou konflikty rodinné. Rizikové faktory bývají v rodinné oblasti, přítomna může být maladaptace mezi vrstevníky, školní problémy, důležitý je zdravotní stav. Autoři uvádějí zjištěné motivace a rizikové faktory u vzorku 38 pacientů hospitalizovaných po suicidálním pokusu.

Klíčová slova: suicidální pokus, dítě, adolescent, motiv, rizikový faktor.

SUICIDAL ATTEMPT IN CHILDREN AND ADOLESCENT – MOTIVATION AND RISK FACTORS

Authors are addressing problems of suicidal attempts in children and adolescent, mainly from the point of view of declared motivation and detected risk factors. Problems at school, in relationship and family are frequent motives. Risk factors are usually within the family, maladaptation amongst peers, school problems and health status are have been shown to be important. Authors present detected motivation and risk factors in a sample of 38 patients hospitalised for a suicidal attempt.

Key words: suicidal attempt, child, adolescent, motive, risk factor.

Psychiat. pro Praxi; 2006; 3: 131–132

Suicidální pokus je jednou z významných forem suicidálního chování v dětském a adolescentním věku. Jeho význam je o to větší, že zejména v dospívání se vyskytuje nejčastěji (9). Jde sice o suicidální jednání bez letálního konce, avšak může způsobit poruchu zdraví, nežádka s celoživotními následky. Navíc představuje závažný rizikový faktor pro opakování tohoto život ohrožujícího jednání (14).

Suicidální pokus bývá definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem. V souvislosti s hodnocením rizika tohoto jednání se uvažuje o tom, zda suicidální pokus je pouze tzv. nepodařená sebevražda, nebo zda rozdíl mezi těmito dvěma formami suicidálního chování je větší než jen míra a účinnost autoagresivní aktivity. Mezi suicidiiem a suicidálním pokusem bývají uváděny tyto rozdíly:

- u žen se vyskytuje častěji suicidální pokus, u mužů dokonané suicidium
- sebevražedný pokus u obou pohlaví dominuje především v první polovině života, zatímco dokonané suicidium ve druhé polovině
- při sebevražedných pokusech je častěji použita tzv. měkká metoda (např. intoxikace medikamenty), zatímco u dokonaných suicidií jsou voleny tzv. tvrdé metody (strangulace, střelná rána)
- motivy vedoucí k suicidálním pokusům jsou většinou z oblasti interpersonálních vztahů, zatímco u sebevraždy bývají motivy z oblasti intrapsychické a z problémů ohrožení
- k suicidálním pokusům dochází nejčastěji ze spontánního, málo promyšleného rozhodnutí, suicidium je naproti tomu výsledkem delšího plánování a příprav.

Z klinické praxe je zřejmé, že úmysl zemřít nemusí být jednoznačný. Často jsou u pacientů přítom-

ny ambivalentní postoje a pocity, které mohou být vědomé i nevědomé. Ty pak mohou být vyjádřeny i suicidálním jednáním (8).

Epidemiologie suicidálních pokusů

Přesná statistika suicidálních pokusů neexistuje. Existují pouze velmi hrubé odhady, které uvádějí, že na jednu dokonanou sebevraždu připadá 10–20 suicidálních pokusů. Podle průzkumu, který prováděla WHO v letech 1989–1992 v různých evropských městech, lze v celoevropském měřítku odhadnout počet sebevražedných pokusů na 150 na 100 000 obyvatel (15). To by odpovídalo přibližně desetinásobku oproti dokonaným suicidiím. Rozdíly mezi jednotlivými městy jsou značné a odpovídají rozdílnému výskytu sebevražd v rámci Evropy. Vysoký počet suicidálních pokusů je například v severovýchodních městech, ale i v Oxfordu nebo maďarském Szegedu. Nizký počet vykazují města na jihu Evropy. V době před rokem 1989 byla povinnost každého lékaře, který se setkal s pacientem po suicidálním pokusu, poslat ke statistickému zpracování tzv. suicidální hlášení. Tato statistika však byla velmi nepřesná, protože počet suicidálních pokusů byl pouze dvojnásobný proti sebevražďám dokonaným. To je číslo velice podhodnocené. Je zřejmé, že řada suicidálních pokusů zůstává utajena. Uvedená statistika však poukazovala na určité trendy. Z nich je zřejmé, že u dětí do 14 roků je jakákoliv forma suicidálního chování relativně vzácná, veliký nárůst představuje adolescentní období (2). Právě v adolescentním období je výskyt suicidálních pokusů nejvyšší, odhaduje se až na 100násobek proti suicidiím, s věkem pak počet suicidálních pokusů klesá a naopak narůstá počet dokonaných suicidií (1). Statistika potvrzuje též to, že zatímco u dokonaných suicidií převažují muži, u suicidálních pokusů naopak významně ženy (17).

Specifika suicidálního jednání v dětství a adolescenci

Důležitým specifikem suicidálního jednání v tomto věku je vývojový aspekt. Je to dáno tím, že dítě a dospívající se vyvíjí, jeho osobnost se postupně formuje a tím se mění i vyzrálá koncept smrti (5). Přijetí smrti s její ireverzibilitou je dlouhodobý proces, který se završuje mezi 9.–11. rokem věku. Přesto však se suicidální pokusy objevují i v nižším věku. Významným faktorem při posuzování nebezpečnosti suicidálního jednání v dětství je to, že dítě často není přesně schopno posoudit nebezpečnost použité metody. Na jedné straně může přecenit nebezpečnost metody, na druhé straně ji nedocenit. V praxi se setkáváme se závažnými zdravotními následky po intoxikaci paracetamolem, u nichž se postižený domníval, „že mi bude jen špatně, jinak se mi nic nestane“.

K adolescentnímu období patří specifické přístupy k otázce smrti. Adolescenti často o smrti přemýšlejí, zamýšlejí se, co bude po ní. Snadněji než ostatní jsou ochotni riskovat život. Suicidální jednání v tomto věku má nežádka charakter tzv. ruské rulety, „dát život v sázku“. Jedna naše pacientka po závažném suicidálním pokusu uvedla: „Bylo mi jedno, jak to dopadne, když umřu, dobře, když mě zachrání, taky dobře.“

Motivy suicidálních pokusů

K vyšetření dítěte či adolescenta po suicidálním pokusu patří vždy zjišťování motivu tohoto nežádoucího jednání. Je to důležité jednak pro porozumění tomu, co se stalo, jednak pro terapeutickou intervenci směrem do budoucnosti. Přitom často narážíme na určité těžkosti. Při vyšetření se dozvídáme mnohdy pouze jednu z příčin. Příkladem může být dívka,

Příloha č. 5

SUICIDALITA U ADOLESCENTŮ – RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE

MUDr. Jiří Koutek

Dětská psychiatrická klinika FN Motol a UK 2. LF, Praha

Suicidální jednání u adolescentů představuje multifaktoriální proces, na němž se podílejí kromě aktuálního motivu i rizikové faktory. Rizikové faktory lze zjistit v oblasti rodinné, a to jak v oblasti hereditární, tak i psychologické, důležité je zdravotní stav psychický i somatický. S rizikem suicidálního jednání je spojena řada duševních poruch. V adolescenci zátěž představuje též školní neúspěch, konflikty s vrstevníky, partnerské a sexuální problémy. Prevence musí být zaměřena na podporu protektivních faktorů, léčbu duševních poruch, důležité je posouzení suicidálního rizika.

Klíčová slova: suicidální jednání, adolescent, rizikový faktor, prevence.

SUICIDALITY IN ADOLESCENTS – RISK FACTORS AND PREVENTION

Suicidal behavior in adolescents is a multifactor process induced not only by a certain motive but also by contribution of risk factors. Risk factors can be found in the family history in the hereditary area and psychological area. The psychological and somatic health state is very important. A number of mental health disorders are associated with suicidal behavior. In adolescence a stress associated with a school failure, peer conflicts, partnership and sexual problems play an important role. Prevention should target and support protective factors and treatment of mental health disorders. Evaluation of suicidal risk is indispensable.

Key words: suicidal behavior, adolescent, risk factor, prevention.

Pediatr. pro Praxi 2008; 9(5): 302–304

Suicidální jednání u adolescentů představuje významný medicínský problém, který přesahuje hranice psychiatrie a zasahuje i do dalších oborů. Tímto jednáním může být závažným způsobem ohrožen život pacienta a v případě přežití může způsobit těžké zdravotní komplikace, které mohou mít i trvalé následky. Suicidální jednání, nebo spíše obecněji chování, neznamená pouze dokonané suicidium. Má řadu forem, od suicidálních nápadů a myšlenek, přes suicidální tendence a suicidální pokus až k letálnímu konci, tedy k dokonané sebevraždě. U dětí do 14 roků se s tímto jednáním setkáváme zřídka, nikoliv však ojediněle. U dospívajících v porovnání s ostatními věkovými kategoriemi je počet dokončených sebevražd na počet obyvatel daného věku nižší, ale právě v adolescenci představuje třetí nejčastější příčinu smrti (3). Ročně takto zemře v České republice téměř 50 dospívajících, v souladu s trendem v celé populaci jde o velkou převahu chlapců (19). Toto věkové období naopak představuje největší riziko pro nedokonané suicidální jednání, tedy suicidální pokus (17). Ten sice dospívající přežije, ale kromě možného poškození zdraví existuje významné riziko jeho opakování.

Přesná statistika suicidálních pokusů neexistuje, lze však odhadnout, že počet suicidálních pokusů v adolescentním období představuje nejméně 50 násobek dokončených sebevražd. U této formy suicidálního jednání výrazně převažují dívky nad chlapci (18). Suicidální jednání v žádné ze svých forem nepředstavuje samostatnou diagnostickou psychiatrickou jednotku, jde spíše o syndrom, který může být spojen s více duševními poruchami. V případě sebevražedného pokusu je přirozené nejprve nutně zajis-

tit přežití a zabývat se somatickým stavem pacienta. Následně je však potřebné psychiatrické vyšetření, které je zaměřeno na závažnost proběhlého sebevražedného jednání, na přítomnost případné duševní poruchy a na riziko tohoto jednání do budoucna. Podle výsledku vyšetření je pak možné stanovit terapeutický plán a indikovat adekvátní léčbu.

Suicidalita jako multifaktoriální proces

Suicidální chování představuje často výsledek multifaktoriálního procesu, na jehož průběhu i vyústění se podílí více vlivů. Důležitou úlohu hrají rizikové faktory, které představují pozadí, na němž se odehrávají aktuální stresové situace. V tomto procesu hrají roli primární psychiatrické poruchy, osobnostní rysy a způsoby reakce na stres a aktuální situační

zátěžové okolnosti. Velký význam má podpora či selhávání primární podpurné skupiny, v případě dospívajících nejčastěji rodiny. Důležité jsou přirozené i vrstevnické vztahy.

Rizikové faktory můžeme podle různých hledisek dělit na ty, které působí více na úrovni biologické nebo psychologické, případně sociální. Toto dělení však není zcela jednoznačné, protože mnohé rizikové faktory a zátěže se mohou ve svém účinku vzájemně doplňovat a potencovat. Dalším dělením může být rozlišení vlivů dlouhodobě působících a aktuálních. Dlouhodobě působí například přítomnost duševního onemocnění, dlouhou dobu trvající traumatické životní okolnosti, zneužívání návykových látek a alkoholu. Za aktuální rizikové faktory lze považovat stavy paniky a vnitřního chaosu, pocity zahlcoující úzkosti, těžkou ztrátu zájmů

Tabulka 1. Znaky suicidálního rizika (16)

	Vysoké riziko	Nízké riziko
předpověditelnost chování adolescenta	nízká	vyšší
okolnosti suicidálního chování	dospívající je sám, má promyšlený plán, nelze předpokládat záchranu	nablízku je jiná osoba, postižený nemá plán, lze předpokládat záchranu
letalita způsobu suicidálního chování	vyšší	nízká
úmysl zemřít	výrazný	nejistý
přítomná psychopatologie	závažná deprese, poruchy chování, zneužívání návykových látek	minimální
coping mechanismy	slabý úsudek, impulzivní projevy	dobrý úsudek, dobrá sebekontrola
emoční prožívání	vyrazné pocity bezmoci, beznaděje, vzteku, viny a studu	mírné projevy těchto emocí
schopnost adolescenta komunikovat	nedostatečná, ambivalentní komunikace	dobrá
podpora rodiny	nedostatečná, nekonzistentní	dobrá
psychosociální stres	vyšší	nízký

a 2,9% dívek) (14). Hawton shrnuje následující rizika pro opakování suicidálního pokusu: mužské pohlaví, zvláště u starších adolescentů, psychické onemocnění, původ z velké rodiny, alkoholizmus v rodině, narušené rodinné vztahy, odloučení od rodiny, chronické problémy a poruchy v chování, zneužívání alkoholu a drog, sociální izolace, špatné školní výsledky, depresivní tendence (4).

Dalšími důležitými faktory jsou prožitá trauma, zážitek ztráty blízké osoby, fyzické či psychické týrání v anamnéze, sexuální zneužívání (2). Zajímavá je souvislost mezi sebepoškozováním a suicidálním jednáním. Na jedné straně u sebepoškozování není přímý sebevražedný úmysl, na straně druhé však přítomnost tohoto chování v anamnéze je rizikovým faktorem pro suicidální (9).

Prevence suicidálního jednání

Cílem prevence je snížit výskyt suicidálního chování v populaci. Obecně ji lze rozdělit na primární, sekundární a terciární. Primární prevence je

zaměřena na snížení významu či úplnou eliminaci rizikových faktorů, souvisejících s tímto neadaptivním chováním. Je orientovaná na osoby, u kterých nemusí být patrné známky duševní poruchy. Součástí primární prevence je obecně podpora duševního zdraví, posílení protektivních faktorů působících proti faktorům rizikovým. V případě adolescentní populace jde o podporu rodinných vztahů, význam má dostupnost dobrého vzdělání, případně zaměstnání, dostatek možností mimoškolních aktivit. Důležité jsou aktivity eliminující dostupnost drog. Sekundární prevence má za cíl včasné zachycení a léčbu klinických projevů. Sem můžeme zařadit krizovou intervenci a následnou léčbu zjištěné psychopatologie. Terciární prevence zahrnuje zmírnění následků již proběhlého suicidálního jednání a zabránění jeho opakování.

V rámci prevence suicidálního jednání u adolescentů je nutné zaměřit se mimo jiné na snížení dostupnosti prostředků suicidálního jednání. Je známo, že snadná dostupnost farmak nebo střelných

zbraní přispívá k tomuto jednání, zatímco například instalace zábran na známém Nuselském mostě v Praze vedla k eliminaci sebevražd tímto způsobem. Důležitou součástí je informovanost profesionálů pracujících s adolescenty jak v oblasti výchovy, vzdělávání, tak i psychoterapie při řešení krizových situací. Včasná identifikace nebezpečí a adekvátní pomoc může zachránit život.

Závěr

K suicidálnímu jednání dospívajících přispívá řada rizikových faktorů, které se ve svém účinku často doplňují a potencují. Znalost těchto faktorů a jejich eliminace spolu s podpořením protektivních faktorů představuje vhodný preventivní přístup k této závažné život ohrožující problematice.

MUDr. Jiří Koutek

Dětská psychiatrická klinika FN Motol a UK 2. LF
V úvalu 84, 150 00 Praha 5
e-mail: jiri.koutek@lfmotol.cuni.cz

Literatura

1. Bearman PS, Moody J. Suicide and friendships among American adolescents. *Am J Public Health*, 2004, 94: 89.
2. Brent, DA. Familial Pathways to Early-Onset Suicide Attempt. *Arch Gen Psychiatry*, 2002, 59, 801–807.
3. Flietschman AR, Barondess JA. Adolescent suicide: Vigilante and Action to reduce the toll. *Contemporary pediatrics*, 2004; 21(12).
4. Hawton K, van Heeringen K. *The international Handbook of Suicide and attempted Suicide*. New York, John Wiley a. Sons, 2002.
5. Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha, Portál, 2000.
6. Jacobs D, Brown H. *Suicide: understanding and responding*, Madison, International Universities Press, Inc. 1989.
7. King R, Apter A. *Suicide in children and adolescents*. Cambridge University Press, 2003.
8. Kocourková J, Koutek J. Posuzování suicidálního rizika u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*, ročník 2002; 47(2).
9. Koutek J, Kocourková J. *Sebevražedné chování*. Praha, Portál, 2003.
10. Malá E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha, Grada Publishing 2005.
11. Maris RW. et al. *Assessment and Prediction of Suicide*, New York, The Guilford Press, 1992.
12. McDaniel JS, Purcell DW, D'Augelli AR. The relationship between sexual orientation and the risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2001, 31(Suppl): 84.
13. Ohberg A, Vuori E, Ojanpera I, Lonquist J. Alcohol and Drugs in Suicides. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169; 75–80 s.
14. Otto K. Suicidal acts by children and adolescents. *Acta psychiat scan* 233, 1972.
15. Palmer BA. et al. The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia: A Reexamination. *Arch Gen Psychiatry*, 2005, 62: 247–253.
16. Pfeffer CR. Suicidal behavior in children and adolescents: Causes and Management, in Lewis M. (ed.): *Child and Adolescent Psychiatry*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1996.
17. Remschmidt H. *Psychiatrie der Adoleszenz*. Stuttgart-New York, Georg Thime Verlag, 1992.
18. WHO: *Suicidal behavior in Europe, The situation in the 1990's*, 1998.
19. *Zdravotnická statistika: Sebevraždy 2003*, Praha, ÚZIS, 2004.

Příloha č. 6

Z klinické praxe

NĚKTERÉ CHARAKTERISTIKY SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ U DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

JIŘÍ KOUTEK, JANA KOCOURKOVÁ

Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF Praha a FN Motol

ABSTRACT

Some characteristics of suicidal behaviour in children and adolescents

J. Koutek, J. Kocourková

The authors deal with suicidal behaviour in children and adolescents. They examined 38 patients (7 boys and 31 girls) hospitalised in 2004 after the suicidal attempt on Faculty Hospital Motol (Prague) children's psychiatric clinic. In mentioned sample, the way of accomplishment by intoxication by medicaments prevailed (31 persons, i.e. 81 %), the family conflicts were the frequent motive of suicidal behaviour, not seldom in combination with partner conflicts and peer conflicts. As current psychopathological manifestations, in 79 % the depressive symptomatic was found, and in 39 % the behavioural

disorders were found. Impulsivity and sensitivity were the predominating disharmonic personality traits. The risk factor of dysfunctional family is noticeable.

key words:

suicidal attempt, child, adolescent, psychopathology, personality

klíčová slova:

suicidální pokus, dítě, adolescent, psychopatologie, osobnost

ÚVOD

Suicidální jednání představuje jeden z důležitých medicínských mezioborových problémů. Jeho následky se zabývají praktičtí lékaři, pediatři, internisté, traumatologové, lékaři ARO, psychiatři a psychologové. Jde o problematiku, která představuje přímé ohrožení života pacientů. V první fázi je nutná záchrana života, následně je potřebné psychiatrické a psychologické vyšetření, které může odhalit případnou psychopatologickou poruchu, zhodnotit riziko opakování sebevražedného chování a doporučit potřebný léčebný postup.

Suicidální jednání v žádné své formě nepředstavuje samostatnou diagnózu a může být spojeno s řadou psychických poruch. Správná diagnostika je velmi důležitá, protože terapeutický přístup může být dosti odlišný (Jacobs, Brown, 1989). Se suicidálním jednáním jsou spojeny zejména depresivní porucha, schizofrenie, návykové nemoci a poruchy příjmu potravy (Hort et al., 2000; Papežová 2001; Malá, 2005).

Došlo: 5. 1. 2006; J. K., J. K., Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5; e-mail: Jana.Kocourkova@lfmotol.cuni.cz
Práce je podpořena grantem IGA MZ NR / 7955-3.

Sebevražedné chování představuje širokou škálu forem, suicidálními nápady a myšlenkami počínaje, přes sebevražedné tendence, suicidální pokus až po dokonané suicidium. Z hlediska charakteru a nebezpečnosti jednotlivých forem suicidálního jednání bývají uváděny dva modely. Kontinuální model předpokládá postupný nárůst rizika u jednotlivých forem, dle tohoto modelu je rozdíl pouze kvantitativní (Wolfersdorf, 1993). Teorie diskontinuální uvažuje rozdíly mezi jednotlivými formami nejen jako kvantitativní, ale i kvalitativní. Suicidální pokus není podle této teorie jenom nepodařená sebevražda, ale mezi těmito dvěma formami suicidálního jednání existuje více rozdílů, kterými se od sebe podstatně liší (Maris, 1992; Hawton, van Heeringen, 2002).

Dokonané suicidium je definováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým, s vědomým úmyslem zemřít. Suicidální pokus je každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak s nikoli letálním koncem. Suicidální nápady, myšlenky a tendence jsou charakterizovány verbálními nebo neverbálními projevy toho, že jejich nositel se zabývá myšlenkami na sebevraždu. Úmysl zemřít však nemusí být jednoznačný, mohou být přítomny ambivalentní postoje ke smrti, zejména pro adolescenci je typické „dát život v sázku“ (Pfeffer, 1996; Hort, Kocourková, 2005). Takto se můžeme setkat s tzv. demonstrativním suicidálním aktem, který sleduje jiný cíl než smrt, může se objevit i účelové suicidální jednání. Forma suicidálního jednání, kde není přítomen úmysl zemřít, se nazývá parasuicidium. Konečně se můžeme setkat i se simulací sebevražedného jednání.

Suicidalita v České republice v celé populaci činí asi 16 na 100 000 obyvatel ročně, což představuje zhruba evropský průměr. Ročně zemře u nás kolem 1 600 osob, což je více, než zahyne za rok na českých silnicích (v roce 2000 to bylo 1 649 dokonáných suicidií proti 1 572 zahynuvších při autohaváriích). Suicidalita v ČR dosáhla vrcholu začátkem 70. let, pravděpodobně také v souvislosti s tehdejší neradostnou situací ve společnosti, od té doby je zaznamenáván pokles, v současné době se suicidalita s menšími meziročními výkyvy stabilizovala (Koutek, Kocourková, 2003). U dětí je suicidální jednání relativně vzácné, v adolescentním věkovém období však došlo v posledních 15 letech k podstatnému nárůstu (2,7 na 100 000 obyvatel v roce 1990, oproti 6,8 v roce 2000). Obecně platí, že dokonaná suicidalita se zvyšuje s věkem, v adolescentním období však stojí na jednom z předních míst příčin úmrtí (Remschmidt, 1992; Steinhausen, 1993).

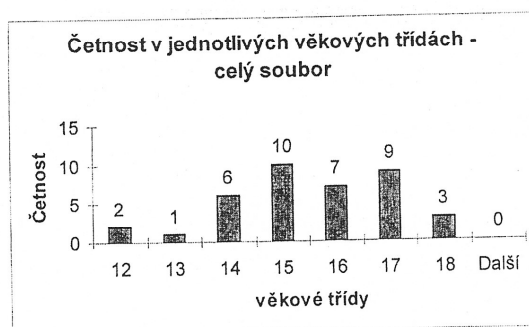
Suicidálních pokusů je podstatně více než dokonáných suicidií. V České republice byla do roku 1989 vedena statistika suicidálních pokusů, která uváděla poměr 1:2. Je zřejmé, že tento počet je silně podceněný, odhady hovoří o 10 až 20 násobku, v adolescentním období až o 100 násobku (King, Apter, 2003). Z hlediska porovnání pohlaví platí, že zatímco u dokonáných suicidií převažují ve všech věkových kategoriích muži, u suicidálních pokusů naopak výrazně ženy. Jedinou výjimkou je Čína, kde častěji dokonane suicidují ženy (Bronisch, 1995). Dalším charakteristickým rysem je, že suicidální pokus se nejvíce vyskytuje právě v období dospívání. Sebevražedný pokus může mít trvalé následky na zdravotní stav. Dalším důležitým faktorem je to, že předchozí suicidální pokus představuje závažný rizikový faktor pro jeho opakování s rizikem letálního zakončení (Kocourková, Koutek, 2002). Asi třetina mladistvých, kteří dokonane suicidují, měla v anamnéze alespoň jeden suicidální pokus (Fleischman, Barondess, 2004). Podle longitudinální švédské studie (Otto, 1972), která sledovala adolescenty po suicidálním pokusu, 4,3 % těch, kteří přežili suicidální pokus, nakonec dokonane suicidovali, 10 % chlapců a 2,9 % dívek.

METODA A SOUBOR

Autoři provedli psychiatrické a psychologické vyšetření pacientů hospitalizovaných na Dětské psychiatrické klinice FN Motol a 2. LF UK v roce 2004. Šlo celkem o 38 dětí a dospívajících, 7 chlapců a 31 dívek, průměrný věk byl 15 let a 3 měsíce, nejmladšímu bylo 11 let a 5 měsíců, nejstaršímu 18 let a 1 měsíc. Šlo o pacienty, kteří byli na Dětskou psychiatrickou kliniku FN Motol přeloženi z anesteziologicko-resuscitační kliniky, z pediatrické kliniky a z dalších oddělení FN Motol, případně z jiných nemocnic, výjimečně šlo o přijetí tzv. „z ulice“. Součástí vyšetření bylo strukturované interview, zaměřené na motivaci suicidálního jednání, další příčiny a faktory spolupodílející se na suicidálním pokusu. Zjišťovány byly psychopatologické symptomy jak aktuální, tak i v předchorobí. K vyšetření též patřil anamnestický rozhovor s rodiči a dotazník zaměřený na školní adaptaci dítěte.

VÝSLEDKY

Z celkových 38 pacientů bylo 31 dívek a 7 chlapců. U dětí ve věku do 14 let se suicidální jednání objevuje ojediněle, prudký nárůst přichází kolem 15. roku věku, největší výskyt suicidálního jednání je v našem vzorku mezi 14. a 17. rokem věku (graf 1).



Graf 1 Četnost pacientů dle věku

ZPŮSOB SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ

Z rozboru způsobu suicidálního jednání vyplývá, že převažující počet našich pacientů použil intoxikaci medikamenty, šlo o 31 osob. U 5 bylo zaznamenáno pořezání, u jedné dívky skok z výše a jeden chlapec použil elektrický proud. V intoxikaci medikamenty se uplatňovala často psychofarmaka a analgetika (po jedné třetině), nicméně ve většině intoxikací byla použita kombinace farmak.

Zajímavá byla spoluúčast alkoholu (ve 13 případech), v jednom případě šlo o kombinaci s drogou.

PŘEDCHOZÍ PÉČE V ANAMNÉZE

Polovina pacientů v době před sebevražedným pokusem byla v psychologické nebo psychiatrické péči. U 9 pacientů předcházela psychologická péče, u 10 péče psychiat-

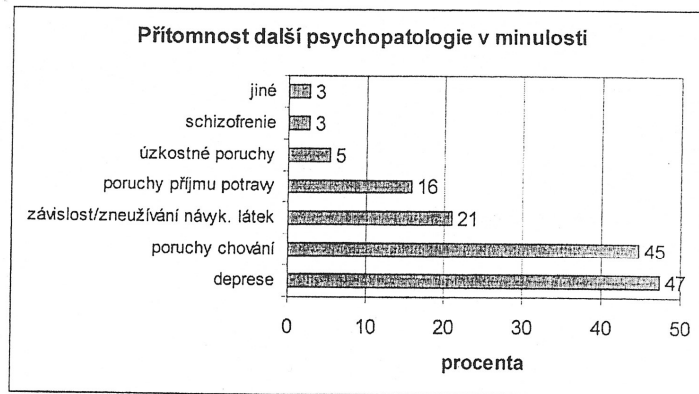
rická. 8 pacientů užívalo před suicidálním pokusem psychofarmaka, u 7 byla užitá psychoterapie, u 4 šlo o kombinaci terapeutických přístupů, včetně rodinné terapie.

V 10 případech šlo o opakovaný suicidální pokus, ve dvou případech předcházelo několikanásobné suicidální jednání.

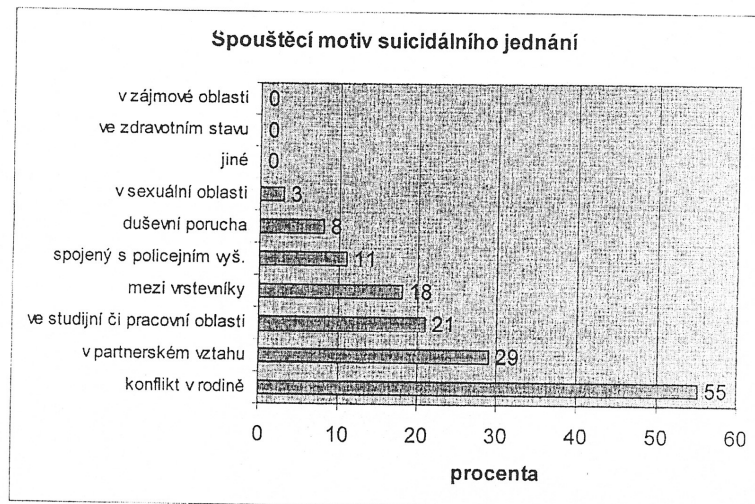
V 7 případech bylo anamnesticky zjištěno sebepoškození.

Celkem v 28 případech (74 %), bylo vyšetřením zjištěno, že dítě či dospívající zaregistroval ve svém okolí suicidální jednání někoho jiného. V 6 případech to byl případ publikovaný v masmédiích, v 9 případech v rodině a ve 13 případech mezi vrstevníky.

Z výsledků (graf 2) je zřejmé, že u pacientů převažovala nejvýrazněji depresivní porucha a poruchy chování. Časté bylo zneužívání návykových látek.



Graf 2 Zjištěná přítomnost různých psychopatologických syndromů v minulosti



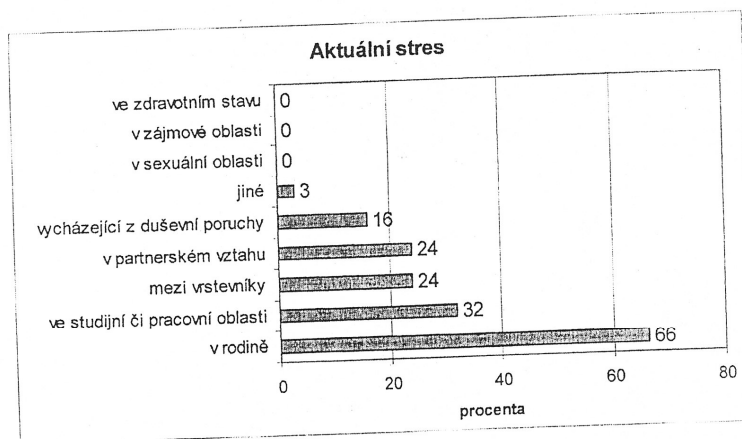
Graf 3 Motivy současného suicidálního jednání

TRAUMATICKÉ ZÁŽITKY V MINULOSTI

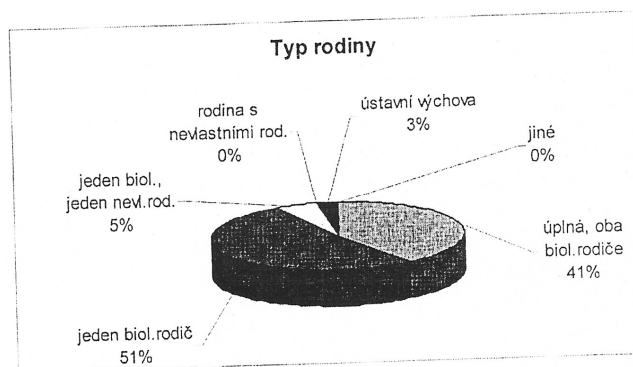
Vyšetřením jsme též zjišťovali traumatickou zkušenost pacientů v minulosti, která přímo nesouvisela s aktuálním sebevražedným jednáním. Tato traumatická zkušenost byla zjištěna v 21 případech, z toho sexuální zneužití ve 3 případech, šikana ve škole a mezi vrstevníky v 6 případech, úmrtí blízké osoby v 7 případech, jiné typy traumat v 5 případech.

Nejčastějším uváděným motivem suicidálního jednání byl konflikt v rodině, z grafu 3 je však zřejmé, že často šlo o kombinace více motivů. Podobně i vyšetřením zjištěný aktuální stres se často vyskytoval v kombinaci; ne vždy však představoval vlastní motiv sebevražedného jednání (graf 4).

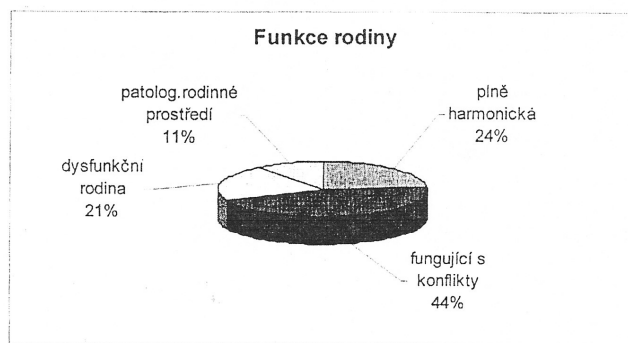
U dětí do patnácti let byl jako motiv uveden ve 4 případech konflikt s vrstevníky, z toho u dvou dětí v kombinaci se školními problémy, dále ve 3 případech konflikt s rodičem, opět ve dvou z nich spolu se školním neprospěchem. V jednom případě byl motivem právě probíhající rozvod rodičů, v jednom pak proběhlý rozchod s přítelem.



Graf 4 Zjištěný aktuální stres



Graf 5 Rodinná situace pacientů

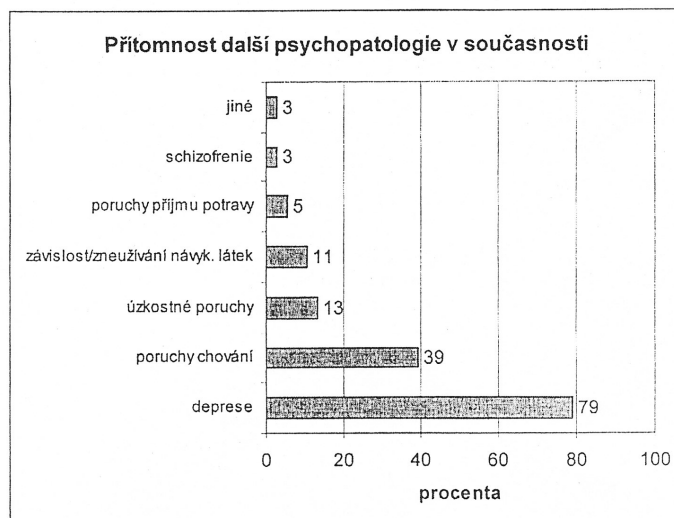


Graf 6 Funkčnost rodiny

Nejčastějším zjištěným aktuálním stresem byly rodinné problémy a konflikty, dále problémy ve studijní a pracovní oblasti, konflikty partnerské a vrstevnické. Uvedené stresové okolnosti se kombinovaly.

Rozvod rodičů zažilo 20 chlapců a dívek, tedy 53 %. V 10 případech byly zjištěna psychiatrická péče u jednoho z rodičů. Nadměrné požívání alkoholu u otce bylo zjištěno v 11 případech, ve 2 případech u matky, ve 2 případech bylo u otce zjištěno požívání drog. Suicidální jednání v rodině nebo příbuzenstvu bylo zjištěno v 9 případech, tedy ve 24 %. Typ rodiny a funkce rodiny uvádějí grafy 5 a 6.

Nejčastěji zastoupené jsou deprese a poruchy chování, často v kombinaci (graf 7). Nevyvážený vývoj osobnosti byl zjištěn v 34 případech, normální vývoj osobnosti byl zjištěn pouze ve 4 případech. Ze specifických osobnostních rysů byla nejčastěji zjištěna impulzivita (55%), senzitivita (32%), úzkostné a vyhybavé rysy (24%), schizoidní rysy (13%) a disociální rysy (5%).



Graf 7 Aktuálně zjištěná psychopatologie

DISKUSE

V souboru hospitalizovaných dětí a dospívajících na DPK FNM v roce 2004 převažovaly významně dívky nad chlapci, do věku 14 let šlo o ojedinělé případy, k prudkému nárůstu dochází v adolescentním období nad 14 let. Tato zjištění odpovídají dlouhodobě celosvětově uváděným statistickým údajům, podle kterých je u dívek nejrizikovějším obdobím pro suicidální pokus adolescence.

Nejčastěji použitý způsob suicidálního jednání byla intoxikace medikamenty, z nichž nejvíce byla použita psychofarmaka a analgetika. Tento způsob suicidálního jednání patří mezi tzv. měkké způsoby, tedy ty, u nichž je větší šance na přežití. Na druhé straně představuje intoxikace významný díl příčiny úmrtí u dokonaných suicidií, např. v roce 2002 takto zemřelo 8 % ze všech obětí sebevraždy v České republice, u žen to bylo dokonce 20 %. Významnou úlohu hraje zde pravděpodobně fakt, že farmaka jsou velmi snadno dostupná. Děti a dospívající nemusí vždy přesně odhadnout účinek medikamentu, ať již v přecenění toxicity, nebo naopak v jejím nedocenění. Typickým příkladem nebezpečných otrav bez jednoznačného úmyslu zemřít bývají intoxikace paracetamolem (Koutek, Lorenc, 2002).

Předchozí psychologická nebo psychiatrická péče byla zaznamenána v 50 %. Je známo, že vlastního suicidálního jednání předchází různě dlouhé období obtíží, sebevražedný pokus nebývá ve většině případů „blesk z čistého nebe“. Zpětně můžeme u našich pacientů zjistit různé psychopatologické příznaky, zejména depresivní symptomatiku a poruchy chování. Hovoříme o presuicidálním syndromu, který je charakterizován nejprve omezením zájmů, iniciativy, dysforickou náladou, časté jsou psychosomatické obtíže.

U 10 pacientů šlo o opakovaný suicidální pokus. Suicidální jednání v anamnéze představuje významný rizikový faktor pro opakování tohoto rizikového chování i pro dokonanou sebevraždu. U 7 pacientů bylo v předchorobí zaznamenáno sebepoškozování. Toto autoagresivní chování sice nemá za cíl zemřít, je však rizikovým faktorem pro další suicidální chování.

V 28 případech (74 %), bylo zjištěno, že naši pacienti vnímali suicidální chování jiných osob, včetně prezentace v masmédiích. Podle našich klinických zkušeností může být riziko suicidálního jednání potencováno nápodobou tohoto způsobu řešení problémových situací.

Nejčastějším motivem suicidálního jednání byl konflikt v rodině a v partnerských nebo studijních a vrstevnických vztazích. Uvedené faktory též představovaly zjištěný aktuální stres, i když nebyl uveden jako přímý motiv suicidálního jednání. Jako důležitý anamnestický údaj se jeví prožitý traumatický zážitek, který se vyskytl v 21 případech (55 %).

S výše uvedeným nejčastějším motivem, jakož i zjištěným aktuálním stresem nepochybně souvisí charakteristika rodin našich pacientů. Je zřejmé, že o fungující rodinu šlo v těchto případech pouze v menšině (24 %) případů, více než polovina dětí a dospívajících prožila rozvod rodičů, poměrně častá byla zjištěná suicidalita v rodině nebo příbuzenstvu, psychiatrická morbidita a abusus alkoholu či drog.

Z aktuální psychopatologie byla nejčastěji zjištěna depresivní symptomatika, poruchy chování, zneužívání návykových látek a úzkostné projevy. Osobnostní vývoj dětí a adolescentů po suicidálním pokusu byl velmi často nevyvážený (v téměř 90 %) s častými specifickými osobnostními rysy impulzivity a sensitivity.

ZÁVĚR

V souboru zkoumaných pacientů hospitalizovaných po suicidálním pokusu převažovaly dívky, motivem tohoto rizikového jednání byly konflikty v rodině, v partnerských a vrstevnických vztazích. Rizikovým faktorem byla předchozí psychiatrická morbidita, opakované suicidální pokusy a sebepoškozování, dysfunkční rodina. Dosti typicky se vyskytla afektivní porucha spolu s poruchami chování, které předcházely suicidálnímu jednání, z dynamického pohledu byla přítomna kombinace „deprese a agrese“. Převažovala osobnostní problematika ve smyslu nevyváženého vývoje osobností, přítomny byly rysy impulzivity a sensitivity.

LITERATURA

- Bronisch, T.: *Der Suizid*. München, Verlag C. H. Beck 1995.
- Fleischman, A. R., Barondess, J. A.: Adolescent suicide: Vigilante and Action to reduce the toll. *Contemporary pediatrics*, 21, 12, 2004.
- Hawton, K., van Heeringen, K.: *The international Handbook of Suicide and attempted Suicide*. New York, John Wiley and Sons 2002.
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol.: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha, Portál 2000.
- Hort, V., Kocourková, J.: Suicidální tematika v dětské a dorostové psychiatrii. *Praktický lékař*, 85, 4, 2005, 240-242.
- Jacobs, D., Brown, H.: *Suicide: understanding and responding*. Madison, International Universities Press, Inc. 1989.
- King, R., Apter, A.: *Suicide in children and adolescents*. Cambridge University Press, 2003.
- Kocourková, J., Koutek, J.: Posuzování suicidálního rizika u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*, 46, 2, 2002, 178-183.
- Koutek, J., Kocourková, J.: *Sebevražedné chování*. Praha, Portál 2003.
- Koutek, J., Lorenc, J.: Farmaka v suicidálním jednání dětí a adolescentů, *Čes.-slov. pediatrie*, 57, 4, 2002, 168-171.
- Malá, E.: *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha, Grada 2005.
- Maris, R. W. et al.: *Assessment and Prediction of Suicide*. New York, The Guilford Press 1992.
- Otto, K.: *Suicidal acts by children and adolescents*. *Acta Psychiat. Scan.*, 233, 1972.
- Papežová, H.: Poruchy příjmu potravy. In: Raboch, J., Zvolský, P. et al.: *Psychiatrie*. Praha, Galén 2001, 306-314.
- Pfeffer, C. R.: *Suicidal behavior in children and adolescents: Causes and Management*. In: Lewis, M. (Ed.): *Child and Adolescent Psychiatry*. Baltimore, Williams and Wilkins 1996.
- Remschmidt, H.: *Psychiatrie der Adoleszenz*. Stuttgart, New York, Georg Thime Verlag 1992.
- Steinhausen, H-Ch.: *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. München, Urban und Schwarzenberg 1993.
- Wolfersdorf, M.: *Therapie der Suizidalität*. In: Moller H. J. (Ed.): *Therapie psychiatrischer Erkrankungen* Stuttgart, Verlag Enke 1993.
- Zdravotnická statistika: *Sebevraždy 2000*, Praha, ÚZIS 2001.

SOUHRN

Autoři se zabývají suicidálním jednáním u dětí a adolescentů. Vyšetřili 38 pacientů (7 chlapců a 31 dívek) hospitalizovaných v roce 2004 po suicidálním pokusu na Dětské psychiatrické klinice FN Motol. V uvedeném souboru převažoval způsob provedení intoxikací medikamenty (31 osob, tj. 81 %), 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. Z disharmonických osobnostních rysů převažovala impulzivita a sensitivity. Patrný je rizikový faktor dysfunkční rodiny.

Příloha č. 7

Suicidal behavior in children and adolescents: Does a history of trauma predict less severe suicidal attempts?

Jiri KOUTEK¹, Jana KOCOURKOVA¹, Marie HLADIKOVA², Michal HRDLICKA^{1,3}

1. Department of Pediatric Psychiatry, Charles University, 2nd Faculty of Medicine, V Úvalu 84,
15006 Prague, Czech Republic

2. Department of Medical Informatics, Charles University, 2nd Faculty of Medicine, V Úvalu 84,
15006 Prague, Czech Republic

3. Charles University, 1st Medical Faculty, Katerinska 32, 12108 Prague, Czech Republic

Correspondence to: Jiri Koutek, M.D., Assistant Professor
Department of Pediatric Psychiatry, Charles University, 2nd Faculty of Medicine,
V Úvalu 84, 15006 Prague, Czech Republic
PHONE: +420 224 433 403; FAX: +420 224 433 420
EMAIL: jiri.koutek@lfmotol.cuni.cz

Submitted: 2008-12-16 *Accepted:* 2009-01-06 *Published online:* 2009-03-12

Key words: suicidal attempt; child; adolescent; risk factor; intensity of suicidal intent;
somatic severity

Neuroendocrinol Lett 2009;30(1):99-106 PMID: 19300381 NEL300109A10 ©2008 Neuroendocrinology Letters • www.nel.edu

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.

To cite this article: Neuroendocrinol Lett 2009;30(1):99-106

INTRODUCTION

Completed suicide in children and adolescents is observed less often than in other age categories. However, suicides are the third leading cause of death of adolescents (Fleischman & Barondess, 2004). In children and adolescents, suicidal attempts are seen much more frequently than completed suicides and their incidence culminates just in adolescence. Similarly to adults, suicidal attempts are observed more often in females (Schmidtke *et al.* 1996). Each suicidal attempt is a risk factor for a future completed suicide. Moreover, suicidal attempts are harmful to psychosocial development of an individual (Otto, 1972).

Today, suicidal behavior is less and less explained causally. Instead, many studies focus on identification of risk factors and their joint influence over the development of suicidal behavior. As suicidal behavior is a multi-causal phenomenon, the risk-factor-based approach usually focuses on the assessment of psychiatric morbidity, psychosocial stressors, cultural differences and triggering circumstances (Mann *et al.* 1999; Kocourková & Koutek, 2006), and identifies differences between risk factors of a completed suicide and suicidal attempt. Although there are no hard data strictly separating these two categories of suicidal behavior, suicidal attempts are often associated with childhood traumatization, a history of suicidal behavior in family and female sex (Roy & Janal, 2005). Other significant risk factors include problems in sexual development (McDaniel *et al.* 2001), sexual abuse in childhood, (Brodsky *et al.* 2001) or rape trauma suffered in childhood and adolescence (Ullman & Brecklin, 2002). Suicidal behavior of peers plays its role as well (Bearman & Moody, 2004). Assessment of suicidal attempts should take into account their severity, both from the perspective of intensity of suicidal intent and somatic consequences.

In this trial, children and adolescent hospitalized due to a suicidal attempt were studied in order to find out risk factors associated with severity of suicidal behavior, intensity of suicidal intent and somatic severity of suicidal attempts. These factors relate to the presence of mental disorders, ways of family functioning, a history of trauma and the level of the current stress. Identification of these parameters should make it possible to improve our prediction abilities when assessing severity of suicidal behavior in childhood and adolescence.

METHODS AND SAMPLE

All patients hospitalized due to a suicidal attempt in the Department of Pediatric Psychiatry, Charles University, 2nd Faculty of Medicine in 2004 and 2005 were consecutively examined during a prospective study. The study was approved by the Ethical Committee of the Motol University Hospital.

The study sample consisted of 77 patients (15 boys and 62 girls) aged 15.5 ± 1.6 years on average (ranging from 9.6 to 17.9 years). They were children and adolescents who were taken to the Department of Pediatric Psychiatry from the Department of Anesthesiology and Resuscitation, Department of Pediatrics or other departments of the Motol University Hospital or other hospitals. Only few patients were admitted directly without previous hospitalization in another department. The examination was based on a 1-hour structured interview designed by the authors of this study. The interview focused on motivation and form of suicidal behavior and other causes and factors participating in a suicidal attempt. Suicidal intent intensity and somatic severity of suicidal behavior were assessed and psychopathological symptoms, both acute and historical, were identified. Patients were examined by two of the authors within 48 hours after they were hospitalized. The results were evaluated consensually. The examination included an interview with parents on family history and a questionnaire focusing on child's school adaptation. The questionnaire, designed by the authors of the study, monitored adaptation to pre-school facilities, adaptation during the beginning of school attendance, school results, integration into a peer group, and relationships with teachers. A history of bullying and occurrence of suicidal behavior in the patient's close environment were identified as well.

The authors assessed four categories of somatic severity of a suicidal attempt. The first group contained patients with mild somatic severity (e.g. those who did not have to be hospitalized and were admitted directly, or those who were admitted after the examination in an outpatient department). The second group consisted of patients whose somatic condition required therapeutic intervention but their health was not significantly jeopardized (moderate suicidal attempt). The third group included patients who were in danger of health and their state required longer hospitalization in a somatic department (medium suicidal attempt). Patients who were in an imminently life threatening condition due to their suicidal behavior (in most cases they were hospitalized in the Department of Anesthesiology and Resuscitation) were assigned to the fourth group. For statistical purposes, the authors merged these groups into two final groups: (1) patients with mild and moderate suicidal attempt; and (2) patients with somatically medium or severe suicidal attempt.

During examination, the authors assessed also the intensity of a suicidal intent which they classified by means of the following four categories. Patients with an ambivalent attitude towards death were assigned to the first category (mild intensity). The second category included patients with suicidal ideation, though not significant (moderate intensity). Patients who apparently desired to die were assigned to the third category (medium intensity of a suicidal intent). Finally, patients who unequivocally wanted to die came under the

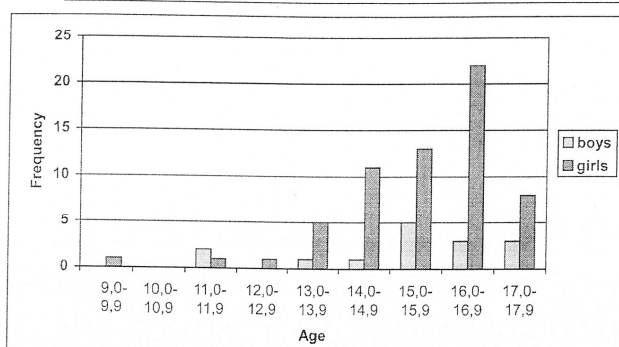


Figure 1: Incidence rate of suicidal attempts sorted by age and gender

fourth category (severe suicidal intent). For statistical purposes, these categories were merged into two final groups: (1) patients with mild and moderate suicidal intent; and (2) patients with medium or severe suicidal intent.

Statistical analysis was done using the Statistical Package for the Social Sciences software (SPSS, version 16.0). The sample was described by descriptive statistical methods. Associations between somatic severity / suicidal intent intensity and anamnestic data was identified by means of χ^2 test and Fisher's exact test. Predictors of somatic severity and suicidal intent intensity were analyzed by a logistic regression model.

RESULTS

Number of patients sorted by gender and age

Out of all 77 patients, girls were significantly superior in number (62:15). Suicidal behavior is rare in children under 14 years of age. However, its incidence rises sharply around 15 years of age (see Figure 1).

Family situation, hereditary predisposition and personal anamnesis factors

Family situation of our patients was complicated, as 60% of them had first-hand experience with the divorce of their parents. As far as family functioning is concerned, only 22% families were harmonious, whereas 49.4% families showed conflicts, 18.2% families were dysfunctional and 10.4% families showed evident signs of pathological environment. Six patients experienced father's death; none experienced mother's death. Eight percent (8%) of fathers and 25% of mothers underwent psychiatric therapy. Alcohol abuse was found in 26% of fathers and 5% of mothers, abuse of other addictive substances was observed in 4% of fathers and 1% of mothers. Twenty one percent (21%) of fathers and 26% of mothers of our patients were unemployed.

Previous trauma – namely bereavement, bullying, sexual abuse and assault – was found out in 45% of patients.

Sixty five percent (65%) of patients had their first suicidal attempt; 23% of patients were hospitalized for their second attempt, and 12% had multiple attempts.

Previous self-injuring behavior was noted in 32% of patients. No case of the current psychopathology was observed.

Form and severity of suicidal behavior

Intoxication was the most frequent form of suicidal behavior (69 cases, almost 90%). Intoxication combined with other forms such as cutting, jumping from a great height or strangulation was noted in 14 cases. Psychiatric drugs and analgesics were used most often in cases of intoxication; combination of drugs was frequent. Intoxication in combination with alcohol was observed in 23 cases and with other narcotic in 1 case. Somatic severity of a suicide attempt could be assessed only in 74 patients, as there were no valid data available in three patients. Group of somatically mild to moderate cases consisted of 47 patients; group of medium to severe cases included 27 patients. Mild or moderate intensity of suicidal intent was noted in 34 patients; medium and severe suicidal intent was observed in 43 cases.

Suicides were attempted most often at home (77%), school (5%) or in other places (18%), mostly outdoors. Suicidal behavior was not witnessed in 69% cases, or it was seen by parents (9%), siblings (5%), peers (6%), parents and siblings together (5%), or other persons (6%).

Relationship between somatic severity of suicidal behavior and anamnestic factors / current situation

The results are summarized in Table 1. A significant association between somatic severity of suicidal behavior and any previous trauma was observed ($p=0.050$). Surprisingly, somatic severity of suicidal attempts of

Table 1: Somatic severity of suicidal behavior and anamnestic factors

Factor	Factor present?	N = 74	Somatically severe or medium suicidal behavior (N; %)	Significance (chi ² or Fisher's exact test) *
HISTORY OF MENTAL DISORDERS				
Depression	Yes	45	17 (37.8%)	chi ² =0.083, p=0.77
	No	29	10 (24.5%)	
Schizophrenia	Yes	1	1 (100%)	Fisher's exact test p=0.37
	No	73	26 (35.6%)	
Anxiety disorders	Yes	8	3 (37.5%)	Fisher's exact test p=1.00
	No	66	24 (36.4%)	
Conduct disorders	Yes	30	9 (30.0%)	chi ² =0.92, p=0.34
	No	44	18 (40.9%)	
Addictive substances – addiction / abuse	Yes	17	4 (23.5%)	chi ² =1.6, p=0.2
	No	57	23 (40.4%)	
Self-injurious behavior	Yes	25	9 (36.0%)	chi ² =0.004, p=0.95
	No	49	18 (36.7%)	
Eating disorder	Yes	14	5 (35.7%)	chi ² =0.04, p=0.95
	No	60	22 (36.7%)	
TRAUMATIC EXPERIENCE				
Any trauma	Yes	33	8 (24.2%)	chi ² =3.85, p=0.050
	No	41	19 (46.3%)	
Bereavement	Yes	8	2 (25.0%)	Fisher's exact test P=0.46
	No	66	25 (37.9%)	
Sexual abuse	Yes	7	3 (42.9%)	Fisher's exact test P=0.7
	No	67	24 (35.8%)	
Bullying	Yes	5	0 (0.0%)	Fisher's exact test p=0.08
	No	69	27 (39.1%)	
CURRENT STRESS				
Family relationships	Yes	48	15 (31.3%)	chi ² =1.62, p=0.2
	No	26	12 (46.2%)	
Relationships with peers	Yes	8	2 (25.0%)	Fisher's exact test p=0.7
	No	66	25 (37.9%)	
Relationships with partner	Yes	25	10 (40.0%)	chi ² =0.2, p=0.65
	No	49	17 (34.7%)	
Sexual problems	Yes	5	4 (80%)	Fisher's exact test p=0.056
	No	69	23 (33.3%)	
Problems at school or work	Yes	20	5 (25.0%)	chi ² =1.56, p=0.21
	No	54	22 (40.7%)	
Associated with mental disorder	Yes	17	8 (47.1%)	chi ² =1.07, p=0.30
	No	57	19 (33.3%)	
CURRENT MENTAL DISORDER				
Depression	Yes	63	24 (38.1%)	Fisher's exact test p=0.74
	No	11	3 (27.3%)	
Schizophrenia	Yes	1	1 (100.0%)	Fisher's exact test p=0.37
	No	73	26 (35.6%)	
Anxiety disorders	Yes	13	4 (30.8%)	Fisher's exact test p=0.76
	No	61	23 (37.7%)	
Conduct disorders	Yes	23	8 (34.8%)	chi ² =0.042, p=0.84
	No	51	16 (37.3%)	
Addictive substances – addiction / abuse	Yes	13	2 (15.4%)	chi ² =3.03, p=0.08
	No	61	25 (41.0%)	
Self-injurious behavior	No			
Eating disorder	Yes	6	2 (33.3%)	Fisher's exact test p=1.00
	No	68	25 (36.8%)	
OTHER CHARACTERISTICS				
Sex	Female	59	22 (37.3%)	chi ² =0.08, p=0.78
	Male	15	5 (33.3%)	
Type of family	Both parents	28	12 (42.9%)	chi ² =0.79, p=0.37
	1 parent	42	15 (35.7%)	
	1 biol./1 step	2	0 (0%)	
	Institutional	2	0 (0%)	

N – Number of patients; * df=1;

Table 2: Intensity of suicidal intent and anamnestic factors

Factor	Factor present?	N = 77	Severe or medium suicidal intent (N; %)	Significance (chi ² or Fisher's exact test) *
HISTORY OF MENTAL DISORDERS				
Depression	Yes	46	30 (65.2%)	chi ² =4.071, p=0.044
	No	31	13 (41.9%)	
Schizophrenia	Yes	1	0 (0.0%)	Fisher's exact test p=0.442
	No	76	43 (56.6%)	
Anxiety disorders	Yes	9	9 (100.0%)	Fisher's exact test p=0.004
	No	68	34 (50.0%)	
Conduct disorders	Yes	31	18 (58.1%)	chi ² =0.104, p=0.747
	No	46	25 (54.3%)	
Addictive substances – addiction / abuse	Yes	18	7 (38.9%)	chi ² =2.739, p=0.098
	No	59	36 (61.0%)	
Self-injurious behavior	Yes	25	15 (60.0%)	chi ² =0.259, p=0.61
	No	52	28 (53.8%)	
Eating disorder	Yes	14	9 (64.3%)	chi ² =0.494, p=0.482
	No	63	34 (54.0%)	
TRAUMATIC EXPERIENCE				
Any trauma	Yes	35	19 (54.3%)	chi ² = 0.063, p=0.802
	No	42	24 (57.1%)	
Bereavement	Yes	10	6 (60.0%)	Fisher's exact test p=1.00
	No	67	37 (55.2%)	
Sexual abuse	Yes	7	3 (42.9%)	Fisher's exact test p=0.693
	No	70	40 (57.1%)	
Bullying	Yes	5	3 (60.0%)	Fisher's exact test p=1.00
	No	72	40 (55.6%)	
CURRENT STRESS				
Family relationships	Yes	48	23 (47.9%)	chi ² =3.248, p=0.072
	No	29	20 (69.0%)	
Relationships with peers	Yes	9	3 (33.3%)	Fisher's exact test p=0.172
	No	68	40 (58.8%)	
Relationships with partner	Yes	26	16 (61.5%)	chi ² =0.516, p=0.472
	No	51	27 (52.9%)	
Sexual problems	Yes	6	4 (66.7%)	Fisher's exact test p=0.689
	No	71	39 (54.9%)	
Problems in school or work	Yes	21	13 (61.9%)	chi ² =0.430, p=0.512
	No	56	30 (53.6%)	
Associated with mental disorder	Yes	17	14 (82.4%)	Fisher's exact test p=0.014
	No	60	29 (48.3%)	
CURRENT MENTAL DISORDER				
Depression	Yes	66	40 (80.6%)	Fisher's exact test p=0.052
	No	11	3 (27.3%)	
Schizophrenia	Yes	1	0 (0%)	Fisher's exact test p=0.442
	No	76	43 (56.6%)	
Anxiety disorders	Yes	13	8 (61.5%)	chi ² =0.206, p=0.650
	No	64	35 (54.7%)	
Conduct disorders	Yes	23	12 (52.2%)	chi ² =0.179, p=0.672
	No	54	31 (57.4%)	
Addictive substances – addiction / abuse	Yes	13	6 (46.2%)	chi ² =0.596, p=0.440
	No	64	37 (57.8%)	
Self-injurious behavior	No			
Eating disorder	Yes	6	4 (66.7%)	Fisher's exact test p=0.689
	No	71	39 (54.9%)	
OTHER CHARACTERISTICS				
Sex	Female	62	34 (54.8%)	chi ² =0.130, p=0.718
	Male	15	9 (60.0%)	
Type of family	Both parents	30	17 (56.7%)	chi ² =0.129, p=0.719
	1 parent	42	22 (52.4%)	
	1 biol./1 step	2	2 (100.0%)	
	Institutional	2	1 (50.0%)	

N – Number of patients; * df=1;

Table 3: Predictors of suicidal behavior

	Beta	S.E.	Wald	df	p	Exp (B)
Predictors of somatic severity						
Any trauma	-1.032	0.533	3.753	1	0.053	0.356
Stress from sexual problems	2.151	1.177	3.343	1	0.067	8.596
Predictors of suicidal intent intensity						
Current stress from mental disorder	1.705	0.712	5.726	1	0.017	5.5

patients with previous trauma was significantly lower than expected.

Associations between somatic severity and previous bullying ($p=0.08$), current stress associated with sexual problems ($p=0.056$) and current addiction and addictive substances abuse ($p=0.08$) were marginally significant (i.e. significance at the trend level $p<0.1$).

Relationship between suicidal intent intensity and anamnestic factors / current situation

The results are summarized in Table 2. A significant relationship between the intensity of suicidal intent and previous depression ($p=0.044$) or anxiety disorder ($p=0.004$) was found. Suicidal intent intensity was significantly affected by the stress generally associated with a mental disorder ($p=0.014$) being one of the current risk factors.

The relationship with previous addiction or addictive substances abuse ($p=0.098$), current depression ($p=0.052$) and current stress associated with family problems ($p=0.072$) was marginally significant (i.e. significance at the trend level $p<0.1$).

Relationship between somatic severity of suicidal behavior and suicidal intent intensity

A significant association between somatic severity of suicidal behavior and suicidal intent intensity was noted ($\chi^2=5.996$; $df=1$; $p=0.014$).

Predictors of severity of suicidal behavior

In the first step of logistic regression, significant and marginally significant values obtained from the above-mentioned analyses were entered as dependent variables. In the second step, a group of predictors with highest prognostic value were chosen, so adding other predictors would not improve the estimation (see Table 3).

Any previous trauma ($p=0.053$) and the current stress from sexual problems ($p=0.067$) were identified as marginally significant predictors of somatic severity of suicidality (the presence of trauma predicted less severe suicidal behavior).

The only predictor of suicidal intent intensity was the current stress associated with a mental disorder ($p=0.017$).

DISCUSSION

Girls were significantly superior in number in the sample of children and adolescents hospitalized in the Department of Pediatric Psychiatry, Charles University, 2nd Faculty of Medicine, in 2004 and 2005. The results indicate that the incidence of suicidal attempts grows sharply in adolescence, which corresponds with long-term global statistical data. Many studies report that the highest risk of suicidal attempts is observed in adolescent girls (Haberhauer, 1994; King, 2003; Koutek & Kocourková 2007).

The most frequent form of suicidal behavior was drug intoxication, most often with psychiatric drugs and analgesics. Psychiatric medications prescribed during previous therapy were used as well. Analgesics are very easily available at home. This form of suicidal behavior was preferred probably for its availability and painlessness. Drug intoxication is one of the "soft" forms that have higher chance of survival. On the other hand, it represents a significant percent of causes of death in completed suicides – for example in 2002, 8% of all victims of suicides in the Czech Republic died of intoxication, in females it was even 20%. Gibbons *et al.* (2005) reported positive correlation between suicide rate and the prescription of tricyclic antidepressants that are known for their high toxicity. Thirty percent (30%) of patients consumed alcohol and 1% of patients took narcotics before their suicidal behavior. Alcohol could be a trigger that numbed their self-control and fear. Ohberg *et al.* (1996) found alcohol in 36% of suicide victims, Haberbauer *et al.* (1994) reported alcohol abuse in 38% of patients with suicide attempts. Weilemann *et al.* (1996) reported that consumption of alcohol during suicidal behavior is observed more frequently in people who are not alcohol addicts than in alcoholics.

In this study, another marginally significant factor associated with the intensity of suicidal intent (see Table 2) was the current stress from family situation. Harmonious family relationships were observed only in 22% patients, whereas other families showed a certain degree of dysfunction (relationships in 10% families were even considered as pathologic). In the families of our patients, an increased percentage of parents in psychiatric treatment and alcohol abuse mainly among fathers were found out.

The problem of family transmission of suicidal behavior was studied by Brent *et al.* (2002). They reported increased risk of suicidal behavior of children whose parents suffered from affective disorders or attempted suicide themselves. Brent *et al.* found the correlation between suicidal behavior of children of parents with affective disorder and their impulsive aggressiveness, plus sexual abuse. The correlation between children's suicidal attempts and psychopathologies of parents was found by Krakowski & Czobor (2004).

Thirty-five percent (35%) of patients attempted suicide repeatedly. Many studies report that previous suicidal behavior is a risk factor for repeating such behavior or committing completed suicide. Self-injuring behavior without any suicidal features is another risk factor of suicidal behavior (Maris, 1992). The prevalence of self-injuring behavior has been growing significantly in young people (Cleaver, 2007; Jacobson & Gould, 2007). Skegg (2005) reports that 5% of persons hospitalized for self-injuring behavior commit suicide within 9 years after the hospitalization. This finding is also supported by the fact that 32% of patients from our study had a history of self-injuring behavior, whereas self-injuring behavior was not observed in them as current psychopathology. Obviously, autoaggressive inclinations of our patients were expressed by their suicidal behavior. Esposito *et al.* (2003) found other differences between the adolescents with single and multiple suicidal attempts. Adolescents with multiple suicidal attempts were more often diagnosed to have mood disorders, stronger depressive symptoms, more severe behavioral disorders, higher degree of affective dysregulation and more severe self-injuring behavior.

In our sample of patients, a surprising association between previous psychological trauma and somatic severity of suicidal behavior was found. Interestingly, the patients with previous trauma tended to have less somatically severe suicidal attempts. The relationship of previous trauma and suicidal behavior has been analyzed by many studies. Such traumas are often associated with the current suicidal behavior. Sarchiapone *et al.* (2007) observed significantly higher score of trauma in patients with depression after a suicidal attempt. Read *et al.* (2001) reports that sexual abuse in childhood is more important for prediction of suicidal behavior than currently diagnosed depression. The correlation between posttraumatic stress and suicide behavior in adolescents was found by Mazza (2000). He reports that the relationship between posttraumatic symptomatology and suicidal behavior in adolescent cannot be explained by means of depression or gender. Roy & Janal (2005) identified several risk factors of suicidal behavior such as female sex, trauma in childhood and suicidal behavior in family anamnesis. However, they did not confirm mutual interaction of these factors. The design of our study, nevertheless, does not allow us to describe the effect of previous psychological trauma on the incidence of suicidal behavior, but only

its severity. Unfortunately, we have found no adequate references to this topic.

The study results indicate that the risk factors concerning the intensity of suicidal intent is a history of depression, anxiety disorders and addictive substances abuse. The current stress resulting from a mental disorder and the current depression are important as well. Grunebaum *et al.* (2006) observed that depressive patients, who attempted suicide and, at the same time, experienced sexual abuse in childhood, were more aggressive, generally younger, and suffered from more severe personality and depressive disorders, as compared with patients who did not attempt suicide. Palmer *et al.* (2005) reported on the correlation between suicidal behavior and schizophrenia. However, there was only one schizophrenic patient in our sample.

CONCLUSION

In this study, several risk factors of somatic severity of suicidal behavior and intensity of suicidal intent were described. The most important finding of the study is the association between a history of psychological trauma and a tendency to have less somatically severe suicidal behavior. Although the results are limited by the sample volume, they open further discussion about mechanisms of suicidal behavior in children and adolescents.

Acknowledgements: The study was supported by grant MSM 0021620849.

REFERENCES

- 1 Bearman PS, Moody J (2004). Suicide and friendships among American adolescents. *Am J Public Health*. **94**: 89-95.
- 2 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.
- 3 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.
- 4 Cleaver K (2007). Characteristics and trends of self-harming behavior in young people. *Br J Nurs*. **16**: 148-152.
- 5 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.
- 6 Fleischman AR, Baroness JA (2004). Adolescent suicide: vigilante and action to reduce the toll. *Contempor Pediatrics* **21**: 27-35.
- 7 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.
- 8 Grunebaum DK, Burke AK, Mann JJ, Oquendo MA (2006). Protective factors against suicidal behavior in depressed adults reporting childhood abuse. *J Nerv Ment Dis* **194**: 971-974.
- 9 Haberhauer G, Fries W, Leitner A (1994). Beitrag zur Epidemiologie medikamentöser Suizidversuche in Wien. *Wien Klin Wochenschr* **106**: 69-74.
- 10 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.

- 11 King RA, Apter A, editors (2003). *Suicide in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 12 Kocourková J, Koutek J (2006). Psychodynamic aspects of suicidal risk in adolescence: two case studies. *J Child Adolesc Ment Health* **18**: 79–81.
- 13 Koutek J, Kocourková J (2007). Some characteristics of suicidal behavior in children and adolescents (in Czech). *Cesk Psychol* **51**: 72–79.
- 14 Krakowski MI, Czobor P (2004). Psychosocial risk factors associated with suicide attempts and violence among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* **55**: 1414–1419.
- 15 Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* **156**: 181–189.
- 16 Maris RW, Berman AL, Maltesberger JT, Yufit RI, editors (1992). *Assessment and prediction of suicide*. New York: The Guilford Press.
- 17 Mazza JJ (2000). The relationship between posttraumatic stress symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescents. *Suicide Life Threat Behav* **30**: 91–103.
- 18 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.
- 19 Ohberg A, Vuori E, Ojanpera I, Lonquist J (1996). Alcohol and drugs in suicides. *Br J Psychiatry* **169**: 75–80.
- 20 Otto U (1972). Suicidal acts by children and adolescents: a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* **233** (Suppl): 7–123.
- 21 Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* **62**: 247–253.
- 22 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.
- 23 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.
- 24 Sarchiapone M, Carli V, Cuomo C, Roy A (2007). Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. *Depress Anxiety* **24**: 268–272.
- 25 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.
- 26 Skegg K (2005). Self-harm. *Lancet* **366**: 1471–1483.
- 27 Ullman SE, Brecklin LR (2002). Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide Life Threat Behav* **32**: 117–130.
- 28 Weilemann L, Hilgers H, Reckmann A (1996). Aktuelle Aspekte parasuizidaler Intoxikationen. *Med Klin (Munich)* **91**: 355–358.

Příloha č. 8

Clinical Perspective

Psychodynamic aspects of suicidal risk in adolescence: two case studies

J Kocourková and J Koutek

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Second Faculty of Medicine, Charles University, V úvala 84, Prague, 5 150 00, Czech Republic

* Corresponding author, e-mail: Jana.Kocourkova@lfmotol.cuni.cz

Two cases of attempted suicide by adolescents, following the separation from an idealised first sexual partner, are presented to illustrate psychodynamic issues often overlooked in clinical assessment. Absent fathers and father figures and other psychodynamic issues are explored.

Introduction

Suicidal behaviour, including suicidal ideation and completed suicide, is the product of a long-term process that is multi-determined. The psychodynamics of suicide have been explored by several authors, who have postulated different interpretations of suicidal behaviour (Hendin 1991, King 2003). Freud (1917) saw the connection between depressive disorders and the re-direction towards the self of aggressive motives held against the ambivalently-loved object. Aspects of self-accusation, described by Asch (1980) as a drama between a sadistic tyrant and an abused victim, can be seen as significant psychodynamic issues. They can operate both at an intrapsychic level as self-accusation as well as on an interpersonal level as accusatory verbalisations toward other close persons. Other articles have accentuated the role of the father in object relations between children and adolescents (Campbell 1999).

The evaluation of suicidal risk is not always an easy task. The expression of suicidal intent may be interpreted variously as: a reflection of a determined decision to die; an indication of ambivalence; a 'cry for help'; or even as an attempt at manipulation. Risk factors are sometimes divided into those that are either long- or short-term (Clark and Fawcett 1992). Short-term risk factors include anxiety, alcohol abuse and depressive symptoms, especially anger, anhedonia, insomnia, a deterioration in concentration and fluctuations in mood. Long-term risk factors include feelings of despair, suicidal ideation and previous attempts at suicide. The risk is greater if the suicidal ideation is ego-syntonic and represents an acceptable solution to the patient's problems.

Psychodynamic aspects of suicidal behaviour in adolescence

Clinical examination following the attempted suicide should include an assessment of:

- cognitive and emotional maturity
- personality factors

- the presence of emotions and affects such as despair, helplessness, guilt, anger and shame
- adaptive behaviour, including prevalent defensive mechanisms
- interpersonal relations
- psychosexual development
- previous traumatic experiences
- the patient's personal experience with disease and death
- imaginative processing of death

In addition to having objective data, it is also necessary to understand the subjective circumstances of suicidal behaviour which, however, cannot be seen as fitting into one psychodynamic pattern (Huprich 2004). It is, rather, a mutual interaction of different influences such as the capacity of the personality, the specific developmental stage of the individual, and her/his existing relationships. Often, feelings of isolation, anxiety, devaluation and rejection can be found. The way the adolescent tries to cope with intolerable internal feelings fluctuates from escape, through withdrawal into his own inner world, to more externalised behaviour connected with a more direct expression of aggression (Weisbrot and Ettinger 2002).

Psychodynamic conceptualisations of adolescent suicidal behaviour emphasise those features that are connected with the regulation of aggression, depression, dysphoria and the ability to tolerate anxiety, adolescent losses and separation, including narcissistic injuries. Kjelsberg *et al.* (1991) described the suicidal act as an expression of a narcissistic crisis stemming from primary object loss.

In the development of suicidal behaviour in children and adolescents, there is an interaction between intrapsychic and interpersonal processes. This is often accompanied by feelings of fear, a lack of confidence in sources of help, or a belief that there are no possible solutions. Problems in social adaptation, which are crucial to separation processes in adults, are often present. The ways in which children and adolescents try to manage intolerable internal experiences

range from uncontrollable manifestations of hostility (externalisation), to escape and withdrawal into an imaginative world (internalisation). Defence mechanisms relieve feelings of dissatisfaction and mental pain but impact negatively on adaptation, as they result in a decreased ability for realistic evaluation and solution of individual situations. The child ceases to differentiate between the real and symbolic meaning of events. This can motivate her/him into auto-aggression or termination of her/his life. The individual also stops believing that somebody could help. The experience of loss, together with the feelings of hopelessness, despair and powerless anger, are some of the psychodynamically significant circumstances in the development of depression (Tomori 2000). The experienced meaning of loss does not have to be fully conscious and, moreover, especially in children, does not have to be sufficiently obvious. The character of loss can have both real and symbolic meaning. Even the loss of hope for realisation of the child's important fantasies can be traumatic. These losses could include the loss of a friendship or a domestic pet, humiliation amongst contemporaries, unbearable failure at school, or problems related to a first love (Baker 2001). Other losses may relate to the disruption of a relationship with an emotionally important person, deterioration in health, physical fitness or attractiveness, a decline in social position or a loss of a sense of self-worth.

A significant psychodynamic pre-condition motivating suicide is the interaction between depression and aggression, where the feelings of sorrow, despair and hopelessness, as well as hatred and anger, play a role (Perelberg 1999). In adolescents, the relationship between depression and aggression, mainly in connection with separation, has been extensively studied. In the complicated adolescent separation processes, a psychodynamic pattern of 'hostile dependence' forms, in which dependence, hostility and ambivalence are present. It manifests itself mainly in adolescents' relationships with their parents and with their first objects of love. Adolescents who are ambivalently attached to their families may have a propensity to turn to friends and romantic partners with particular intensity, in order to find a substitute for the parental ties (King 2003). There may be the fantasy in which the suicidal individual believes that the attack on their body will not end in death and that a part of the self will survive (Campbell 1995).

Case history 1

A 16-year-old high school student was admitted to a paediatric department of psychiatry after overdosing on her mother's antidepressant medication. She took the medication at home and her mother called the emergency services. The girl said that she did not know whether she had really intended to die, as she had considered the possibility of shooting herself but had then realised that it would have been the final solution. She had experienced sorrow, anger and hopelessness. The reason for her suicidal behaviour had been the break-up of her relationship with her boyfriend. He had been her first sexual partner. She had always considered herself to be unattractive. She admired her mother and thought that she would never look as pretty as her. In her relationship with the boyfriend, she seemed to have finally

found somebody who understood and loved her. She found sex with him pleasant. However, she wanted him to realise that he did not treat her properly. The family situation had been complicated by the dramatic divorce of her parents, as a result of which the girl had lost contact with her father, to the extent that they did not even greet each other when they met in the street. The girl preferred her mother and totally rejected her father. She identified herself with her mother in criticising her father and considered him possessive and jealous. She felt that he had rejected her as well as her mother, although in childhood their relationship had been a good one.

She had always had problems with being a 'nice little girl' and had boyish interests, such as martial arts. The clinical examination revealed her to be of above-average intelligence, although with an uncertain self-evaluation in the sphere of performance and with a fragile narcissistic balance in the way she experienced her own psychosexual role. Symptoms of depressive disorder were also found.

During childhood, the girl had strongly identified with her father, whom she preferred. She considered his departure as a betrayal and re-directed her parental preference towards her mother, whilst unknowingly still longing for her father. She imagined that she would find the lost object in a love relationship. Separation from her partner brought back these feelings, as well as sorrow and anger.

She was hospitalised for two weeks and was treated with antidepressants and psychotherapy. After hospitalisation, she was treated as an out-patient with psychotherapy and medication.

Case history 2

A 17-year-old high school student was admitted to a paediatric department of psychiatry after his hospitalisation for burns suffered in an attempt at electrocution. He had attempted suicide by shoving his hands into a street electricity transformer. He had wished to die and had experienced feelings of anger and guilt. The motive for his attempt was the break-up with his girlfriend, who had also been his first sexual partner. He had been in love with her, and believed that he had found the ideal girl, for whom he would do everything. He was shocked when she told him she would leave him, probably for another boy. Even in retrospect, he felt that there was something that he had failed to do. He lives only with his mother, as his parents were divorced when he was very young and his father had not been interested in maintaining contact with the boy. The mother had sued the father for alimony. The boy had visited his father a year before, but had been deeply disappointed by the interaction and had stopped seeing his father. He had to agree with his mother that his father was a really terrible person. The boy himself did not have any real friends and he did not trust anybody. He did martial arts, and was interested in electricity. He had shown suicidal tendencies previously, and had often asked himself whether anyone would care if he died. The clinical examination showed that the boy was of above-average intelligence, with an uncertain self-evaluation and a readiness to feel guilty. There were signs of a depressive disorder.

The boy had no awareness of the difficulties he was having as a result of his father's absence during his child-

hood, as he identified with his mother. In adolescence, he had started longing for his father and had demanded a meeting with him, only to be disappointed by the encounter. As a result of his rejection, he had experienced feelings of anger and humiliation. He had dreamt about meeting someone who would understand and love him. He idealised his girlfriend, and when they separated, his dream of finding an ideal object was shattered.

He was hospitalised for three weeks and was treated with psychotherapy and family therapy. Upon discharge, he continued to be treated with psychotherapy.

Conclusions and discussion

In our study, we show that in cases of adolescent suicidal behaviour, it is not enough to assess problems on the level of behaviour only. The thoughts, experiences and subjective meaning that the suicidal behaviour has for the patient need to be assessed. Therefore, we cannot be satisfied with universal psychodynamic explanations, but have to be able to detect various psychodynamic patterns in which there are mutually integrated feelings such as regret, grief, hopelessness, helplessness, anger, guilt and shame. A suicidal crisis is usually related to the collapse of a narcissistic balance and a regression in thinking. Patients also regress in the field of object relations, where they relate to their objects by denying separation and giving space to wishful thinking. In clinical work, it is necessary to investigate not only the psychopathological background of suicidal behaviour (typically depression, substance abuse and behavioural disorders), but also the functioning of the personality and the family relationships of children and adolescents. Therapy is aimed at the clinical disorder itself, personality regression and the narcissistic problems experienced by the adolescent.

Using the above case histories, we show some specific psychodynamic mechanisms found in suicidal behaviour. Both cases involved intelligent individuals with a good performance adaptation, but with an uncertain self-assessment and a fragile narcissistic balance. Both had a long-term interest in martial arts. Their family situations were similar, in terms of the absence of functioning fathers. The patients lived with their mothers, whom they idealised, while they

undervalued their fathers. Their first (sexual) relationships had been very intense, and they had experienced feelings of liberation in finding their ideal objects. By attempting suicide, they had tried to resolve the traumatic experience of separation, through intense dynamics of depression and aggression.

References

- 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(1): 55–73
- Campbell D (1999) The role of the father in a pre-suicidal state. In: Perelberg RJ (ed.), *Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide*. Routledge, London
- Clark DC and Fawcett J (1992) An empirically-based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder. In: Jacobs D (ed.), *Suicide and Clinical Practice*. American Psychiatric Press, Washington
- Freud S (1917) *Mourning and Melancholia*. Standard Edition, 14.
- Hendin H (1991) Psychodynamic of suicide, with particular reference to the youth. *American Journal of Psychiatry* 148: 1150–1158
- Huprich SK (2004) Psychodynamic conceptualization and treatment of suicidal patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 34(1): 23–39
- King RA (2003) Psychodynamic approaches to youth suicide. In: King RA and Apter A (ed.), *Suicide in Children and Adolescents*. Cambridge University Press, Cambridge
- Kjelsberg E, Ikeseth PH and Dahl AA (1991) Suicide in borderline patients — predictive factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84: 283–287
- Kocourková J and Koutek J (1996) Psychodynamické aspekty agrese suicidálního chování v adolescenci. s. psychologie XL 6: 534–537 [where cited?]
- Perelberg RJ (1999) *Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide*. Routledge, London
- Tomori M (2000) Self-destructive behavior in adolescents who have not completed a process of mourning: case study. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 37(4): 291–296 [Israeli?]
- Weisbrodt DM and Ettinger AB (2002) Aggression and violence in mood disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 11(3): 649–671