

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, nezřídka 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 suicidiem 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 dokonáných 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 dokonáným 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. Nízký 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 sebevraždám dokonáným. To je číslo velice podhodnocené. Je zřejmé, že řada suicidálních pokusů zůstává utajena. Uvedená statistika však poukázala 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 dokonáných suicidií (1). Statistika potvrzuje též to, že zatímco u dokonáných 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 vyvíjí 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 nedocení. 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 nezřídka 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 dozvíme mnohdy pouze jednu z příčin. Příkladem může být dívka,

kteřá jako motiv suicidálního jednání uvedla konflikt s vrstevníky. Při podrobnějším vyšetření jsme však zjistili, že má dlouhodobé problémy v prospěchu a chování ve škole, rodiče se rozvedli a nadále mezi nimi probíhá vleklý soudní spor. Hádky s kamarádkou byla sice spouštěčem suicidálního jednání, ale významnou roli hrály i ostatní okolnosti.

Statistika suicidálních pokusů v tehdejší Československu z roku 1989 uváděla, že u dětí do 14 roků byly jako motiv suicidálního jednání ve 46% zjištěny konflikty a problémy v rodině, problémy školní v 35%. U dospívajících do 19 roků byly problémy a konflikty v rodině zjištěny v 31%, dále problémy partnerské ve 25%, pracovní a školní problémy ve 20%.

Remschmidt a Schwab našli u 157 dětí a dospívajících hospitalizovaných na Dětské psychiatrické klinice v Marburgu (Německo) po suicidálním pokusu ve 32% rodinné problémy, v 16% partnerský konflikt, v 11,5% školní a pracovní problémy a v 7% sexuální problémy (13). V souboru 127 pacientů hospitalizovaných na Dětské psychiatrické klinice FN Motol v letech 1995–1999 jsme našli v 33% konflikt s rodiči, v 31% školní problémy, v 18% kombinaci obou těchto motivů, v 8% partnerský konflikt a v 5% somatické onemocnění.

Při posuzování motivů suicidálního jednání musíme počítat s tím, že kromě motivů vědomých existují i nevědomé, pacient může své skutečné motivy tajit, případně jiné zveličovat.

Rizikové faktory

Suicidální chování bývá spojeno s některými rizikovými faktory, které se vzájemně doplňují a potencují. Některé faktory působí více na úrovni biologické, jiné na úrovni psychologické či sociální (11). Velký význam v suicidálním jednání dětí a adolescentů má rodina. Důležité jsou vlivy hereditární a genetické, vedoucí k nespecifické vulnerabilitě pro suicidální jednání. V rámci rodiny též samozřejmě rizikově působí nefungující rodinné vztahy, ztráta blízké osoby, citová deprivace, dlouhodobé konflikty v rodině (12). Další rizikové faktory lze spatřovat v problémech školních a v problémech ve vrstevnických vztazích. Významnou roli hraje zdravotní stav, a to jak především psychický, tak somatický (3). Se suicidálním jednáním jsou spojeny zejména deprese, schizofrenie, závislosti, poruchy příjmu potravy, neurotické a úzkostné poruchy, posttraumatická stresová porucha, týrání a zneužívání (4, 10, 16). Specifický význam má zejména v adolescentním věku osobnostní problematika ve smyslu disharmonického vývoje osobnosti. Vliv má též sociální situace rodiny, nezaměstnanost rodičů. Ta se může týkat i adolescentů, stejně jako opuštění rodiny (6). Významná souvislost též existuje mezi chováním delikventním (až kriminálním) a suicidálním (7).

Tabulka č. 1.		
Uvedený motiv	Počet	%
Sexuální oblast	1	3
Duševní porucha	3	8
Policejní vyšetřování	4	11
Problém s vrstevníky	7	18
Studijní a pracovní problém	8	21
Partnerský konflikt	11	29
Konflikt v rodině	21	55

Naše klinická zkušenost

Na naší klinice bylo v roce 2004 hospitalizováno celkem 38 pacientů po suicidálním pokusu, z toho bylo 7 chlapců a 31 dívek ve věku od 11 roků a 5 měsíců do 18 roků a 1 měsíc. Uvedený motiv suicidálního jednání ukazuje tabulka č. 1, další zjištěné přítomné rizikové faktory jsou uvedeny v tabulce č. 2.

Z uvedeného vyplývá, že často šlo o kombinaci více motivů a dalších rizikových faktorů. Zjistili jsme, že rozvod rodičů zažilo 20 chlapců a dívek, tedy 53%. V 10 případech byla zjištěna psychiatrická péče jednoho z rodičů. Nadměrné požívání alkoholu u otce bylo zjištěno v 11 případech, ve 2 případech u matky, ve 2 případech bylo zjištěno u otce požívání drog. Suicidální jednání v rodině nebo přibuzenstvu bylo zjištěno v 9 případech, tedy ve 24%. Traumatická zkušenost byla zjištěna ve 21 případech, z toho sexuální zneužití ve 3 případech, šikana ve škole a mezi vrstevníky v 6 případech, úmrtí blízké osoby u 7 pacientů a jiné typy traumat v 5 případech. Je zřejmé, že aktuální životní problémy, přítomné rizikové faktory a prožitá traumata v minulosti se vzájemně ovlivňují a potencují a společně mohou za určitých okolností vést k suicidálnímu jednání.

Kazuistická ukázka

Sedmnáctiletý chlapec se pokusil o sebevraždu závažnou intoxikací medikamenty. Vyrůstal v úplně rodině, kde probíhaly dlouhodobé konflikty mezi rodiči, vyvrcholily rozvodovým řízením. V širším přibuzenstvu se vyskytlo několik dokonaných suicidií. Chlapec

Literatura

- Bronisch T, Der Suizid, München, Verlag CH Beck, 1995.
- Fleischman AR, Barondess JA, Adolescent suicide: Vigilante and Action to reduce the toll, Contemporary pediatrics, vol. 21, No 12, Dezember 2004.
- Hawton K, van Heeringen K, The international Handbook of Suicide and attempted Suicide, New York, 2002.
- Hort V, 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, s. 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, Čs. psychologie, ročník XLVI, č. 2., 2002.
- Koutek J, Kocourková J, Sebevražedné chování, Praha, Portál, 2003.
- Malá E, Schizofrenie v dětství a adolescenci, Praha, Grada, 2005.
- Maris RW et al., Assessment and Prediction of Suicide, New York, 1992.
- Pfeffer CR, 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 u. Schwarzenberg, 1993.
- WHO: Suicidal behavior in Europe, The situation in th 1990s., 1998.
- Wolferdsdorf M., Therapie der Suizidalität, ind: Moller HJ, Therapie psychiatrischer Erkrankungen, Stuttgart, Verlag Enke, 1993.
- Zdravotnická statistika: Sebevraždy 2000, Praha, ÚZIS, 2001.

Tabulka č. 2.		
Zjištěný rizikový faktor	Počet	%
Duševní porucha	6	16
Partnerské problémy	9	24
Vrstevnické vztahy	9	24
Studijní a pracovní oblast	12	32
V rodině	25	66
Jiné	1	3

po úspěšném zvládnutí základní školy studoval gymnázium, kde však měl velké studijní problémy. Jako motiv svého suicidálního jednání uvedl rozchod s dívkou, na kterou byl silně citově vázán. Asi měsíc se necítil dobře, byl depresivní, nesoustředil se na učení, měl pocit, že nic nemá smysl. Občasné myšlenky na sebevraždu vykrystalizovaly postupně do pevného rozhodnutí. Napsal dopis na rozloučenou a večer před ulehnutím požil větší množství medikamentů, včetně anti-depresiv, které užívala matka v rámci rozvodové situace. Ráno byl nalezen v bezvědomí, podařilo se jej však zachránit. Motivem suicidálního aktu byl sice rozchod s dívkou, podílely se však i další faktory, zejména rodinné konflikty, studijní problémy.

Závěr

Suicidální pokus v dětství a adolescenci je závažným autoagresivním aktem, na jehož vzniku se podílí více faktorů. Pacienty uváděný motiv bývá často jen určitým spouštěčem, zatímco jsou přítomny další závažné rizikové faktory, které se na suicidálním chování podílejí. Porozumění všem souvislostem je důležité pro primární prevenci suicidálního chování i pro prevenci jeho opakování. Již proběhlý suicidální pokus představuje závažný rizikový faktor pro jeho opakování, nežádka již s letálním koncem.

Práce je podpořena grantem IGA MZ NR / 7955-3

MUDr. Jiří Koutek
 Dětská psychiatrická klinika FN Motol a UK 2. LF
 V Úvalu 81, Praha
 e-mail: Jiri.Koutek@lfmotol.cuni.cz