

RIZIKO SUICIDÁLNÍHO CHOVÁNÍ V DĚTSKÉM A ADOLESCENTNÍM VĚKU

doc. PhDr. Jana Kocourková, MUDr. Jiří Koutek

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

Autoři popisují problematiku suicidálního chování v dětském a adolescentním věku, zejména se zaměřením na hodnocení suicidálního rizika. Vymezují suicidální chování jako multifaktoriálně podmíněný proces a charakterizují okolnosti, které se na tomto procesu podílejí. Zaměřují se zejména na hodnocení suicidálního rizika a svoje poznatky dokumentují na kazuistikách.

Klíčová slova: suicidální chování, dětství a adolescence, suicidální riziko.

THE RISK OF SUICIDIAL BEHAVIOUR IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Authors describe problematics of suicidal behaviour in childhood and adolescence, with the main focus on suicidal risk assessment. They state suicidal behaviour as a multifactorial based process and they define circumstances, which may contribute to this process. They focus mainly on the assessment of the suicidal risk and their knowledge document on case reports.

Key words: suicidal behaviour, childhood and adolescence, suicidal risk.

Úvod

Suicidální chování dětí a adolescentů představuje závažný problém, se kterým se setkávají lékaři, psychologové, pedagogové a další, kteří o děti pečují (5). Je třeba rozumět dynamice vzniku suicidálních myšlenek u dětí, výhrůžek, pokusů a v nejzávažnějším případě i dokončených sebevražd. Cílem našeho sdělení je přispět k poznání tohoto problému a tím také k zefektivnění všech intervencí, které v průběhu detekce, diagnostiky, terapie i prevence děláme (1, 4).

Suicidium představuje vědomé a úmyslné ukončení vlastního života. Širším pojmem je **suicidální chování**, zahrnující vedle dokončených suicidií i suicidální pokusy, záměry, myšlenky a fantazie. Přání zemřít nemusí být jednoznačné. Řada osob, které se pokusí o suicidium, má ambivalentní postoj k životu: chce zároveň žít i zemřít. Přání zemřít bývá spojeno s různými fantaziemi, depresivního i agresivního charakteru.

Důležitou okolností je volba způsobu suicidia. Rozlišujeme měkkí a tvrdší způsoby suicidálního jednání. Za první považujeme např. požití léků, což je způsob typický pro suicidální pokusy adolescentních dívek. Tvrdší způsob představuje oběšení, skok z výšky, užití střelné zbraně ap. Letalita suicidálního jednání je v některých případech výrazně závislá na prostředcích, které má mladistvý k dispozici.

U dětí do 14 let je suicidální jednání méně časté než v dospívání, kdy jeho výskyt výrazně roste. V roce 1986 (kdy byly ještě statisticky sledovány a zpracovávány kromě dokončených suicidií i suicidální pokusy) bylo u dětí do 14 let v České republice zaznamenáno celkem 42 pokusů a 5 dokončených suicidií. V adolescent-

ním věku mezi 15–19 lety bylo zachyceno 524 pokusů a 35 dokončených suicidií. V roce 1993 bylo evidováno 5 dokončených suicidií u dětí do 14 let a 49 ve věku 15–19 let. Protože byla zrušena povinnost tzv. suicidálního hlášení, nemáme již k dispozici přehled o všech pokusech. Uvádí se, že suicidální jednání je v období adolescence druhou nejčastější příčinou smrti. Nesmíme zapomenout ani na to, že některé tzv. nešťastné náhody, které souvisí s rizikovým chováním dětí a adolescentů, mohou být zastřeny formou suicidálního chování. Ve srovnání mezi chlapci a dívkami převažují dokončená suicidia u chlapců, zatímco u dívek převládají pokusy. Souvisí to s volbou tvrdšího nebo měkkého suicidálního prostředku: u dívek převažuje zejména otrava léky, u chlapců oběšení nebo zastřelení.

Příčiny suicidálního jednání mají multifaktoriální charakter. Významný vliv mají různé psychiatrické syndromy, zejména afektivní poruchy (může jít též o psychotické poruchy). Často se uvádí souvislost se specifickými poruchami osobnosti, jako je hraniční osobnost nebo osobnost s disociálními rysy. U dospívajících se nejčastěji zdůrazňuje souvislost s poruchami nálady, poruchami chování a hraniční osobností strukturou. Riziko suicidálního chování výrazně zvyšuje zneužívání alkoholu a drog, zejména krátce před suicidálním rozhodnutím. Opakované suicidální pokusy zvyšují riziko dokončeného suicidia. Další rizikové faktory zahrnují vliv primární rodiny, interpersonální vztahy, sexuální vztahy, pracovní a ekonomické problémy. Na suicidální řešení problémů dospívajících má vliv zkušenost se sebevražděným chováním (v rodině, mezi vrstevníky, v médiích) a identifikace s tímto způsobem řešení.

Nejvýznamnější faktory, které představují rizikové okolnosti suicidálního chování

- primární psychiatrické poruchy (zejména deprese, poruchy chování, závislost na návykových látkách)
- specifické osobnostní rysy a způsoby reakce na stres
- situační a stresové okolnosti a zátěže (závažné životní události)
- podpora či selhávání primární podpůrné skupiny (zejména rodiny)
- dostupnost adekvátní pomoci (odborné intervence)

Suicidální riziko můžeme posuzovat z hlediska následujících faktorů

- předpověditelnost chování dítěte či adolescenta
- okolnosti suicidálního chování
- míra letality uvažovaného způsobu suicidálního chování
- intenzita úmyslu zemřít a fantazie spojené se smrtí
- charakter přítomné psychopatologie (zejména deprese, poruchy chování, závislosti)
- aspekty emočního prožívání (zejména bezmoc, beznaděj, pocity viny, emoční zranění)
- stav ego funkce (úroveň úsudku, sebekontroly)
- schopnost dítěte komunikovat s druhými
- úloha rodiny, školy, vrstevníků

Aktuální rizikové faktory

- stavy paniky, úzkosti a pocity vnitřního chaosu
- depresivní příznaky s kolísáním ladění – deprese, vztek

- nespavost, zhoršení koncentrace
- významná ztráta zájmů a aktivit, které byly dříve příjemné
- zneužívání návykových látek (alkohol, drogy)

Déledobé rizikové faktory

- déletrvající depresivní patologie
- pocity bezmoci a beznaděje
- traumatické životní okolnosti
- přítomnost předchozího suicidálního pokusu
- přítomnost sebepoškozování
- pohotovost k fantaziím o suicidii
- ego-syntonní charakter suicidálních fantazií

Suicidální chování je tedy výsledkem vnitřních a vnějších vlivů, osobnostních charakteristik a vnějších zážitků, zejména různých stresujících okolností. U dětí a adolescentů často pozorujeme projevy vzteku na důležité osoby (zejména rodiče), zároveň s pocity zoufalství, viny a bezmoci (3). Suicidální chování v dětství a dospívání je často spíše výrazem volání o pomoc („cry for help“) než skutečného přání zemřít. Bylo by však zjednodušením posuzovat toto chování jako prostou manipulaci, jako „demonstrativní“ chování a je třeba zdůraznit, že i tyto formy mohou mít nebezpečné důsledky.

S rizikem suicidálního chování se setkávají zejména psychiatři a psychologové, ale i další odborníci, pediatři, pedagogové a další, kteří s dětmi pracují. Děti a adolescenti se suicidální problematikou (i skrytou) se mohou objevit na různých pohotovostech i nepsychiatrického charakteru, na krizových pracovištích, někdy na linkách důvěry. První posouzení je velmi důležité, protože rozhoduje o typu a adekvátnosti intervence. Potřeba umět položit validní otázky, které umožňují screening suicidality, vedla americké autory Lisu M. Horowitz a kol. (2) z Harvard Medical School k vytvoření dotazníku zaměřeného na suicidální riziko. Dotazník měl 14 otázek, které byly položeny 144 pacientům s průměrným věkem 13,6 let. Ukázalo se, že vysoká prediktivita suicidálního rizika byla spojena s následujícími okolnostmi: pacient přišel na pohotovost, protože si chtěl ublížit, v minulém týdnu myslel na to, že by se mohl zabít, v minulosti si zkoušel ublížit a v posledních několika týdnech prožíval stresující události.

Každé dítě i dospívající, u nichž došlo k suicidálnímu jednání, by měli být psychologicky a psychiatricky vyšetřeni. Cílem posouzení je zhodnocení současné psychopatologie dítěte, osobnostních a rodinných okolností a vlivů, důležitou okolností vyšetření je posouzení míry suicidálního rizika. Při vyšetření dítěte zjišťuje-

me jeho zkušenosti se suicidálním chováním jiné osoby, například z rodiny, okruhu vrstevníků, nebo někdy z médií. V osobní historii dítěte musíme zachytit traumatizující zážitky v životě, zážitky týrání, zneužívání, traumatické ztráty. Terapie je orientovaná jak na zvládnutí akutní suicidální krize, tak na oslabení tzv. suicidálního rizika do budoucna. Bývá nesnadné citlivě explarovat suicidální motivaci, kterou dítě ze strachu z rodičů nebo hospitalizace může popírat. Někdy se i odborníci obávají dítěte otevřeně ptát na pohnutky, přání či fantazie vztahující se k suicidii. Rozhovor s rodiči je nezbytný, má za cíl i psychotherapeutické působení a zmírnění pocitů strachu, vzteku, viny, nejistoty, které často rodiče vůči dítěti prožívají. Proto může být výhodná krátká hospitalizace dítěte, po níž by měla následovat psychotherapie a rodinná terapie. Farmakoterapie je indikována zejména při výraznější depresivní symptomatice.

Kazuistika I.

Patnáct a půl roku stará dívka byla přijata na dětskou psychiatrickou kliniku na doporučení dětské kliniky, kde byla krátce hospitalizována po požití léků. Dívka žila od předškolního věku po rozvodu rodičů sama s matkou, s otcem se vídala sporadicky, vztah mezi rodiči byl stále potenciálně konfliktní. Dívka měla v raném věku problémy ve školním zařazení, byla vyšetřována v pedagogicko-psychologické poradně pro specifické školní potíže (dyslexie, dysgrafie). Mívala konflikty se spolužačkami, které však nebyly nijak řešeny. V deváté třídě se začala stýkat více se staršími kamarády, kteří měli partu, začala kouřit, experimentovala s marihuanou, občas pila alkohol. Měla opakované sexuální zkušenosti. Zhoršil se její školní prospěch a na střední školu se dostala až po odvolání. O prázdninách řekla, že bude přes víkend u spolužačky, a byla s chlapcem. Poté, co se to dozvěděli rodiče a sáhli k represivním výchovným opatřením, snědla dívka večer, když byla v bytě přítomna i matka, několik tablet léků, které měli v domácí lékárně. Matka zavolala RZ a dívka byla odvezena do nemocnice. Uvedla, že nechtěla zemřít, ale spíše uniknout ze situace, kterou nedokázala řešit. Z vyšetření vyplynulo, že jde o dívku s průměrnou inteligencí, která by sice chtěla, ale nedokáže naplnit aspirace vysokoškolsky vzdělaných rodičů. V klinickém obraze byly patrné známky deprese. Její osobnost byla slabě strukturovaná, spíše závislá a hledající momentální splnění přání, vývojově hůře sociálně adaptovaná. Bylo přítomno experimentování s marihuanou. Na klinice byla zařazena do programu skupinové i individuální psychotherapie, probíhaly rozhovory s matkou, opakovaně byl pozván i otec. Dívka neužívala

žádné léky. Byla doporučena další terapie ambulantní formou.

Kazuistika II.

Sedmnáctiletý chlapec byl přeložen na dětskou psychiatrickou kliniku z oddělení ARO, kam byl převezen po požití většího množství medikamentů. Na psychiatrické oddělení šel nerad, zdůrazňoval od počátku, že „není blázen“. Chlapec pocházel z dysfunkční rodiny, kdy se rodiče opakovaně rozešli, matka byla léčena pro deprese, otec zvýšeně požíval alkohol. Chlapec byl jedináček. V raném i školním věku byl vcelku dobře adaptovaný, dobře se učil, neměl problémy v chování. Neměl žádné obtíže ve zdravotní oblasti. S nastupujícím dospíváním se objevily problémy v sociální oblasti, hůře vycházel s vrstevníky i autoritami, byl stále s něčím nespokojený. Jeho introvertní povahové zaměření se prohloubilo, cítil se „jakoby mimo“, měl pocit, že ho ostatní neberou, přehlížejí, nerespektují. Nekouřil, s drogami neměl zkušenost, občas vypil se spolužáky několik piv. V poslední době se seznámil se šestnáctiletou středoškolačkou, která ho chápala, navázal s ní intimní vztah. Měl pocit, že se změnil jeho život, cítil se šťastný, že má přítelkyni, trávili spolu prakticky všechny volný čas. Půjčil si peníze, dívka nakupovala různé věci. Po několika měsících se vztah začal kazit, dívka s ním nechtěla být sama, pak došlo k tomu, že se s ním chtěla rozejít. Prožil to jako šok, řekl, že se kvůli ní zabije, zdálo se mu, že to nebrala vážně. Chlapec řekl, že se zabít nechtěl, ale počítal s tím, že by se to mohlo stát. I nyní by si přál, aby se dívka vrátila. V průběhu hospitalizace bylo zpočátku obtížné navázat s ním kvalitní kontakt, postupně se spolupráce zlepšovala. Z vyšetření bylo patrné, že jde o nadprůměrně inteligentního, introvertovaného, dlouhodobě nespokojeného chlapce, který idealizoval svůj romantický vztah a traumaticky prožíval jeho ukončení. V klinickém obraze známky deprese spolu s pohotovostí k hostilním afektům, aktuálně pod vlivem traumatického zážitku. Vývoj osobnosti s problémy v sociální adaptaci. Byla indikována individuální psychotherapie a rodinná terapie, užíval antidepressiva SSRI. Po skončení hospitalizace byla doporučena ambulantní terapie.

Diskuze a závěr

Suicidální chování v dětském a adolescentním věku představuje závažnou komplikaci z hlediska zdravotního stavu i psychosociální adaptace. Naším úkolem je detekovat faktory, které zvyšují riziko suicidálního chování, a hledat adekvátní odborné intervence, které toto riziko snižují. Přestože suicidální chování může být výsledkem primární závažné psycho-

patologie (psychotické poruchy, afektivní poruchy), v adolescentní věku je nejčastěji výsledkem interakce rizikových faktorů, v nichž hrají největší roli osobnostní charakteristiky a psychosociální zátěž. Na uvedených kazuistikách jsme chtěli demonstrovat typické případy adolescentů, v jejichž osobnostním vývoji byly již dříve patrné obtíže s psychosociální adaptací a v době traumatizujících zážitků nebo kumulace zátěže realizovali suicidální pokus. Toto riziko je zvýšeno v případech, kdy jde o problémy v rodině. V obou uvedených případech šlo o dysfunkční rodinu, v jednom o rozvod rodičů, v druhém pak o dlouhodobé konflikty a hrozící rozvod. Taková situace samozřejmě působí na

dítě a dospívajícího negativně. Neposkytuje mu dostatečné zázemí pro řešení adolescentních vývojových úkolů a přispívá k rozvoji adolescentní krize při výskytu dalších problémů. Proto odborná intervence není zaměřena pouze na dětského a adolescentního pacienta, ale

i na jeho rodinu. Cílem není pouze zvládnout vlastní klinickou problematiku, ale posílit ty faktory, které mohou mít do budoucna protektivní význam.

*Publikace je podpořena grantem
IGA NR/7955-3.*

Literatura

1. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer DS. Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2003; 42, 4: 386–403.
2. Horowitz L M, et al. Detecting Suicide Risk in a Pediatric Emergency Department: Development of a Brief Screening Tool. *Pediatrics*, 2001; 107, 5: 1133–1137.
3. Kocourková J, Koutek J. Psychodynamické aspekty agrese suicidálního chování v adolescenci. *Čs. psychologie*, XL, 1996; 6: 534–537.
4. Koutek J, Kocourková J. Sebevražedné chování. Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících. Praha, Portál 2003.
5. Pfeffer CR. *The Suicidal child*. New York, The Guilford Press 1986.