

Jak rozpoznat a řešit suicidální riziko

MUDr. Jiří Koutek

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

Suicidální jednání představuje přímé ohrožení života a zdraví pacienta. Je nutná mezioborová spolupráce. Při hrozící sebevraždě nebo již proběhlém sebevražedném pokusu je indikované psychiatrické vyšetření, které diagnostikuje případnou duševní poruchu a navrhne terapeutický postup. Důležité je zhodnocení rizika opakování sebevražedného chování.

Klíčová slova: suicidium, suicidální pokus, psychiatrické vyšetření, terapie.

How to identify and manage suicidal risk

Suicidal behaviour represents a direct threat to the life and health of the patient. Interdisciplinary collaboration is essential. In the case of impending suicide or attempted suicide, a psychiatric examination is indicated to diagnose a possible mental disorder and propose a therapeutic strategy. Assessment of the risk of repeat suicidal behaviour is important.

Key words: suicide, suicidal attempt, psychiatric examination, therapy.

Interní Med. 2010; 12(2): 109–110

Úvod

Suicidální jednání představuje důležitý mezioborový problém. S rizikem sebevražedného chování se může nejčastěji setkat praktický lékař nebo psychiatr, již proběhlý suicidální pokus pak řeší internista, chirurg, nebo lékař anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Suicidální jednání v žádné své formě (tj. suicidální myšlenky, tendence, suicidální pokus a dokonaná sebevražda) nepředstavuje samostatnou psychiatrickou diagnózu (1). Případnou duševní poruchu může odhalit psychiatrické vyšetření. Nejčastěji je však sebevražedné jednání spojeno s depresivní symptomatikou (2). V roce 2008 takto zemřelo v České republice 1 379 osob, z toho 1 123 mužů a 256 žen. Jde o podstatně více ztracených lidských životů než na silnicích při autonehodách. Suicidálních pokusů je ale více, dle odhadů asi 20–30x více, převažují ženy (3). Identifikace akutního suicidálního rizika a jeho řešení představuje důležitý faktor v prevenci.

Suicidální jednání jako multifaktoriální proces

Suicidální jednání je nejčastěji výsledkem multifaktoriálního procesu, na jehož průběhu i vyústění se podílí více vlivů (4). Důležitou roli hrají rizikové faktory, které představují určité pozadí, na němž se odehrávají aktuální stresové situace. Rizikové faktory jsou důležité i tam, kde proběhlé suicidální jednání hodnotíme zpětně jako zkratové. Aktuální stresová situace pak může představovat onu pověstnou „poslední kapku“, která vede k rozhodnutí odejít ze života.

Rizikové faktory mohou působit na úrovni biologické, psychologické či sociální, často se

ve svém působení potencují a kombinují. Dalším důležitým hlediskem je rozlišení vlivů dlouhodobých a aktuálních. Dlouhodobě působí například duševní porucha, ale i dlouhou dobu trvající neuspokojivé rodinné vztahy, nezaměstnanost, složitá sociální situace. Za aktuální rizikový faktor lze považovat stav paniky a vnitřního chaosu či úzkosti, pocitů beznaděje při těžší depresivní symptomatice, ale i rozchod s partnerem, náhlý výrazný konflikt s blízkou osobou, propuštění ze zaměstnání, neúspěch při studiu (5, 6).

V rozvoji suicidálního jednání se tedy uplatňují různé vlivy. Důležitou úlohu hrají primární psychiatrické poruchy, osobnostní rysy a způsoby reakce na stres. Na tyto okolnosti pak nasedají aktuální situační stresové zátěže a obtížné životní situace. Nesmíme též opomenout vliv primární podpůrné skupiny, nejčastěji rodiny, může však jít i o přátele, spolupracovníky. Tato skupina pak může působit jako podpůrná nebo naopak selhávající ve své podpoře.

Rizikové faktory suicidálního jednání

Vzhledem k tomu, že počet sebevražd na počet obyvatel stoupá s věkem, jedním z rizikových faktorů je věk. Častější je dokonaná sebevražda ve věkovém období 40–50 roků a starších lidí, nad 60–70 roků. Tím samozřejmě nelze zlehčovat nebezpečí dokonané sebevraždy u dospívajících (7). U suicidálních pokusů je vývoj opačný, nejčastěji se vyskytují v adolescenci a s věkem jejich četnost vztažená na počet obyvatel daného věku klesá. Více jsou dokonanou sebevraždou ohroženi muži, kteří častěji používají tzv. tvrdé metody, jako je strangulace, skok z výše a střelná zbraň.

U žen se naopak častěji setkáme se sebevražedným pokusem při použití tzv. měkké metody, nejčastěji intoxikace léky nebo pořezení. Nutno však upozornit, že i tyto metody představují nebezpečí, více než 7 % zemřelých sebevraždou se intoxikuje léky (8). Riziko zde představuje jejich snadná dostupnost. Dalšími důležitými rizikovými faktory jsou předchozí suicidální jednání, násilnost zvolené metody s malou možností záchrany, velká intenzita úmyslu zemřít, fantazie o posmrtném životě. Velmi důležitá je přítomnost duševní poruchy. Ohroženi jsou zejména lidé trpící depresivní poruchou, schizofrenií (9), závislostí na alkoholu a dalších návykových látkách (10). Suicidální jednání se též nezdá vyskytovat u poruch příjmu potravy a některých typů poruch osobnosti (11). Bizarnost metody sebevražedného jednání svědčí pro psychotickou motivaci. Velmi důležitý je rovněž somatický zdravotní stav. Ohrožující jsou zejména závažná chronická onemocnění, která jsou bolestivá a značně snižující kvalitu života, s nepříznivou prognózou (12). Významná je životní situace, kdy ohrožení jsou jedinci osamělí, rozvedení nebo ovdovělí, nezaměstnaní. Úlohu hraje rodinná situace, kdy riziko představují nefungující rodinné vztahy, ale i předchozí suicidální jednání v rodině (13). To má význam jak hereditární ve smyslu specifické vulnerability k sebevražednému chování, tak i význam psychologický (14). Je totiž možná i nápodoba a inspirace.

Pomoc při suicidálních myšlenkách a tendencích

Suicidální myšlenky a tendence jsou charakterizovány verbálními či neverbálními známkami

Tabulka 1. Zásady krizové intervence

- Je nutné navázat s postiženým kontaktem a ten dále rozvíjet.
- Je potřeba udržet komunikaci.
- Pomocí může náš navenek klidný postoj (ačkoliv uvnitř klidní nejsme) a určitá direktivnost při podpoře adaptivních strategií řešení životních problémů.
- Musíme dát pacientovi najevo empatii, neznamená to ovšem souhlas s jeho jednáním.
- Je nutné porozumět suicidálnímu jednání jako volání o pomoc.
- Je třeba společně hledání alternativního řešení problémů, jak aktuálně, tak i pro budoucnost.
- Při hrozícím opakování sebevražedného jednání je nutné zajištění následné péče.

toho, že jejich nositel se zabývá myšlenkami na sebevraždu. Mohou být přítomné skryté či otevřené suicidální výroky a výhrůžky. Někdy se můžeme setkat s tzv. presuicidálním syndromem, kdy dochází k omezení iniciativy, zájmů, přítomny jsou nihilistické ideace. Dotyčný nevyhledává ani dosud oblíbené situace, vyhýbá se osobním kontaktům, v ničem nenachází zdroj potěšení. Časté bývají somatické stesky a poruchy spánku. V této fázi je namístě psychiatrické vyšetření. To by mělo odpovědět na otázku, zda jsou suicidální ideace míněny vážně, jaký je jejich motiv, zda je přítomna psychiatrická porucha. Nejdůležitější je pak otázka, zda je možné zvládnout stav bez hospitalizace. Riziko sebevražedného jednání naplňuje kritéria nebezpečnosti vůči sobě pro pobyt ve zdravotnickém zařízení bez souhlasu nemocného.

Pomoc při akutně hrozícím suicidálním jednání

Neexistuje jednoduchý a jednoznačný návod, jak zasáhnout při akutně hrozícím suici-

dálním jednání. V každém případě je zapotřebí rychle zhodnotit situaci a navázat s postiženým kontaktem. Pokud nelze pomoci fyzickým omezením, je nutná psychoterapeutická krizová intervence. Zásady krizové intervence ukazuje tabulka 1.

Pomoc po suicidálním pokusu

Po každém sebevražedném pokusu je indikováno psychiatrické vyšetření, které by mělo zhodnotit jednak přítomnost duševní poruchy, aktuální stav a zejména nebezpečí opakování. Závažnost suicidálního pokusu je mnohdy dána způsobem tohoto jednání. Za alarmující lze považovat použití výše uvedené tzv. tvrdé metody, tj. např. strangulace, použití střelné zbraně. Významný je dopis na rozloučenou, sepsání závěti, provedení činu s omezením možnosti záchrany. Všechny tyto faktory je nutné hodnotit individuálně, i s ohledem na to, zda mohl postižený chápat nebezpečnost použité metody (15). Při hodnocení eventuality opakování sebevražedného jednání musíme počítat i s možností disimulace. Důležité mohou být údaje od příbuzných či známých. Při hrozícím riziku recidivy je indikována hospitalizace na psychiatrii, v některých případech může být vhodný pobyt v krizovém centru. V závislosti na výsledku vyšetření je pak nutné zahájit adekvátní psychiatrickou léčbu případné duševní poruchy.

Závěr

Sebevražedné jednání je významný mezioborový medicínský problém. Důležité je identifikovat suicidální riziko a přiměřeně je řešit. Potřebné je psychiatrické vyšetření, které doporučí další postup. Správné rozpoznání rizika

sebevraždy a jeho řešení může zachránit život a zdraví postiženého.

Literatura

1. Hawton K, van Heeringen K. The international Handbook of Suicide and attempted Suicide. New York, John Wiley and Sons, 2002.
2. Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E, a kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha, Portál, 2000.
3. WHO: Suicidal behavior in Europe. The situation in the 1990 s. 1998.
4. Koutek J, Kocourková J. Sebevražedné chování. Praha, Portál, 2003.
5. Bronisch T. Der Suizid. München, Verlag C. H. Beck, 1995.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Handbook of Clinical Psychiatry. Baltimore, Williams and Wilkins, 1996.
7. Fleischman AR, Barondess JA. Adolescent suicide: Vigilante and Action to reduce the toll. Contemporary pediatrics, 2004; 21(12).
8. Zdravotnická statistika: Sebevraždy 2003. Praha, ÚZIS, 2004.
9. Palmer BA, et al. The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia: A Reexamination. Arch Gen Psychiatry, 2005; 62: 247–253.
10. Ohberg A, Vuori E, Ojanpera I, Lonquist J. Alcohol and Drugs in Suicides. British Journal of Psychiatry, 1996; 169: 75–80.
11. 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.
12. Praško J. Péče o suicidálního pacienta. Psychiat. pro Praxi, 2006; 4: 191–195.
13. Pfeffer CR. Suicidal behavior in children and adolescents: Causes and Management, in Lewis M. (ed.): Child and Adolescent Psychiatry. Baltimore, Williams and Wilkins, 1996.
14. Brent DA. Familial Pathways to Early-Onset Suicide Attempt. Arch Gen Psychiatry, 2002; 59: 801–807.
15. Kocourková J, Koutek J. Psychodynamic aspects of suicidal risk in adolescence: two case studies. J Child Adolesc Ment Health, 2007; 18: 79–81.

MUDr. Jiří Koutek

Dětská psychiatrická klinika
FN Motol a UK 2. LF
V Úvalu 84, Praha 5
jiri.koutek@lfmotol.cuni.cz