

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, důležitý je zdravotní stav psychický i somatický. S rizikem suicidálního jednání je spojena řada duševních poruch. V adolescenci zátěž představuje těž 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 dokonaných 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 50násobek dokonaných 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 přirozeně nejprve nutné 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 podpůrné 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. Další 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 zahlcující úzkosti, těžkou ztrátu zájmů

Tabulka 1. Znamky suicidálního rizika (16)

	Vysoké riziko	Nízké riziko
předpověditelnost chování adolescenta	nízká	vysoká
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	vysoká	nízká
úmysl zemřít	výrazný	nejistý
přítomná psychopatologie	závažná deprese, poruchy chování, zneužívání návykových látek	minimální
coping mechanismy	slabý úsudek, impulzivní projevy	dobry úsudek, dobrá sebekontrola
emoční prožívání	výrazné 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	vysoký	nízký

a příjemných aktivit, těžší depresivní symptomatiku.

Rizikové faktory suicidality v adolescenci

Familiární souvislosti suicidálního jednání

V popředí zájmu při sledování familiárních souvislostí suicidálního jednání stojí jednak faktory hereditární a genetické, jednak psychologické. Některé studie prokazují nespécifickou vulnerabilitu pro suicidální jednání, nezávisle na psychiatrické diagnóze. Neplatí představa, že suicidální chování, zejména pak v dětství a adolescenci, představuje jen komplikaci depresivní poruchy. Toto jednání může být spojeno s řadou psychiatrických poruch, pro které můžeme v jednotlivých rodinách najít citlivost a zvýšený výskyt. V dánské studii, která se zabývala konkordancí suicidálního jednání u dvojčat, zjistil Haberlandt tuto konkordanci u 18% jednovaječných dvojčat, zatímco u dvojjaječných byla nulová. Šlo o dvojčata, která byla vychovávána adoptivními rodiči. U jednovaječných párů dvojčat, u nichž se suicidium vyskytlo, v devíti případech suicidovali oba sourozenci. U čtyř párů byla zjištěna afektivní porucha, zatímco u ostatních nebylo diagnostikováno žádné psychiatrické onemocnění. Význam má též 82% diskordance. Ta svědčí o tom, že suicidální jednání je velmi komplexní a je ovlivňováno řadou dalších faktorů (6). Další studie zjišťovala výskyt suicidálního jednání u biologických a adoptivních příbuzných, kteří dokonale suicidovali. I zde byl nalezen důkaz o významu hereditu (4).

V souboru 39 pacientů hospitalizovaných na Dětské psychiatrické klinice FN Motol v letech 1982–1986 po suicidálním pokusu bylo suicidální jednání v rodině zjištěno ve 23%, mezi 127 dětmi a adolescenty hospitalizovanými ze stejného důvodu v letech 1995–1999 ve 20%.

Význam sebevražděného jednání v rodině je samozřejmě též psychologický. Výskyt suicidia v rodině může být určitým návodem a modelem řešení krizové situace. Má svůj význam dokonce i v rodinách, kde je tato anamnéza tabuizována.

Rizikovým faktorem je dlouhodobé konfliktní prostředí v rodině, konflikty mezi dospívajícím a rodiči, rozvodová situace.

Podle Pffeferové je riziko suicidálního jednání spojeno se separací rodiny, rozvodem rodičů, rodičovským alkoholizmem, sexuálním zneužíváním, depresí a suicidálním chováním u rodičů (16). Zdůrazňuje pět charakteristik pro rodiny suicidálního adolescenta: nedostatečné mezigenerační hranice, velmi konfliktní vztahy mezi rodiči, projíkování pocitů rodiče do dítěte, symbiotickou vazbu dítěte-rodiče a rigidní rodinný systém.

Význam rodinného prostředí je důležitý i v případě již proběhlého suicidálního pokusu. Rodiče často reagují strachem a tím se zvyšuje napětí v rodině, které může přispět k opakování autodestruktivního jednání.

Duševní onemocnění

Řada psychiatrických onemocnění je spojena s rizikem suicidálního jednání. Nejčastěji se ve spojitosti se suicidiem hovoří o depresi. Odhaduje se, že deprese se podílí na 70–80% všech dokonaných sebevražd, 15% pacientů s depresí suiciduje (5). Rovněž u pacientů po suicidálním pokusu zjišťujeme jak zpětně, tak při následném vyšetření depresivní symptomy. Depresivní symptomatiku v psychopatologické intenzitě je nutné odlišit od běžné rozlady, které adolescenti s oblibou říkají „depka“. Na druhé straně však může suicidální jednání adolescenta jeho okolí překvapit. Často bývá neočekávaný suicidální pokus prvním zjevným příznakem závažné afektivní poruchy. Riziko suicidálního jednání u deprese v adolescenci je asi 20x vyšší oproti zdravým vrstevníkům. U dystymie je pak v adolescentním věku uváděno dokonce 30x vyšší riziko (5).

Další závažnou duševní poruchou spojenou se suicidálním rizikem je schizofrenie. Riziko suicidia u tohoto onemocnění je 10–20x vyšší oproti ostatní populaci, přitom asi 10% všech onemocnění se projeví v období dospívání (10). U asi 60% schizofreniků se projevují v menší nebo větší míře i depresivní symptomy, dle různých studií 2–13% nemocných dokonale suiciduje (15).

Velmi úzká je též souvislost mezi suicidálním jednáním a závislostí. Vpád drog do České republiky v období začátku 90. let je dáván do souvislosti se zvýšením suicidality v adolescentním období. Drogová závislost a následný abstinční syndrom představuje významný rizikový faktor. Podle některých odhadů 18% závislých na drogách zemře sebevraždou (13). Rovněž abúzus alkoholu je závažným rizikovým faktorem. S rizikovou konzumací alkoholu se setkáváme již ve věku dospívání, v ojedinělých případech může dojít k rozvoji závislosti. Nezřídka je alkohol požit před suicidálním pokusem, aby „dodal odvahy“. Jindy je použit jako toxická látka, případně spolu s intoxikací jinou látkou, např. medikamenty. Rovněž závislost na hrách, tedy gemblerství, se podílí na suicidalitě adolescentů.

Další poruchou spojenou se suicidálním jednáním je porucha příjmu potravy. Mentální anorexie je spojena s depresivním syndromem, suicidality se odhaduje na 2%. Nezřídka je suicidální jednání reakcí na nucení do jídla nebo do terapie. U mentální bulimie dochází ke ztrátě kontroly příjmu jídla, přejevení je provázeno pocitem viny a selhání a může být spouštěčem sebevražděného jednání (8).

Zejména v adolescentním věku se na suicidalitě může podílet disharmonický osobnostní vývoj, spojený s emoční labilitou a impulzivitou. V tomto věku se na suicidálním jednání může podílet kombinace depresivního prožívání a agresivních popudů (7).

Suicidálním jednáním může adolescent reagovat i na rozvoj neurotické poruchy nebo posttraumatické stresové poruchy.

Somatický zdravotní stav

Somatické zdravotní problémy představují významný rizikový faktor pro suicidální jednání v celé populaci. V době dospívání má vliv závažné chronické onemocnění, zejména to, které je spojené s omezením životního stylu. Dospívající může tyto obtíže intenzivně prožívat, reagovat depresí, poruchou přizpůsobení. Příkladem může být diabetes mellitus, u kterého se můžeme setkat se suicidálním chováním od suicidálních ideací až po dokonanou sebevraždu. Při suicidálním jednání bývá v tomto případě využíván často inzulin.

Význam vrstevnických a partnerských vztahů a školního nebo pracovního neúspěchu

Vrstevnický kolektiv a zapojení v něm je pro dospívajícího velmi důležitý. Negativním faktorem jsou neuspokojivé vrstevnické vztahy, pocity nedostatečnosti a vyčlenění. V období adolescence narůstá význam partnerských a sexuálních vztahů. Nešťastná láska bývá často uváděna jako motiv suicidálního jednání. Důležitým problémem bývá obava z homosexuální orientace a z jejího odhalení mezi vrstevníky (12). Suicidální jednání se někdy může objevit jako důsledek podobného jednání u kamaráda (1). Vliv má i určitá nápodoba, sebevražděného chování se může objevit i v sérii.

Studijní neúspěch, problémy v práci nebo nezaměstnanost jsou rovněž uváděnými rizikovými faktory. Je však nutné si uvědomit, že různé rizikové faktory nepůsobí na jedince samostatně, záleží na jejich interakci a též na přítomných protektivních faktorech. Studijní problémy pak lépe zvládne chlapec či dívka, kteří mají dobré rodinné zázemí, zatímco ti, kteří k nesnázím při studiu ještě žijí v konfliktním rodinném prostředí a nerozumí si s rodiči, jsou ohroženi mnohem více.

Další rizikové faktory

V období adolescence je pro dokonání suicidiumu rizikovým faktorem mužské pohlaví, pro suicidální pokus naopak pohlaví ženské (11). Důležité riziko představuje předcházející suicidální pokus. Podle některých studií asi 25% adolescentů svůj suicidální pokus opakuje, podle švédské studie 4,3% mladistvých po suicidálním pokusu nakonec sebevraždou zemře (10% chlapců

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 suicidalitu (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. Fleischman 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.

PŘIPRAVUJEME

- **Prevence a léčba herpesvirových infekcí v dětském věku**
- **Terapie růstovým hormonem a její vliv na složení těla u dětí a adolescentů**
- **Tonzilitis chronica a tonzilektomie**
- **Nejčastější kožní choroby v dětském věku a jejich léčba**
- **Intimní hygiena u dětí**
- **Zácpa u dětí**
- **Negativní důsledky abúzu marihuany/abúzu drog**
- **Sebepoškozování u adolescentů**
- **Excesivní pláč kojenců**