
Rizikové faktory dětské a adolescentní suicidality

Kocourková J., Koutek J.

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha,
přednosta prof. MUDr. M. Hrdlička, CSc.

Souhrn

Autoři diskutují o problematice suicidálního chování v dětství a adolescenci a o rizikových faktorech, které jsou s tímto jevem spojeny. Popisují znaky suicidálního rizika, základní terapeutické modalit, specifické psychoterapeutické přístupy a otázky farmakoterapie. Zmiňují vlastní zkušenosti s hospitalizovanými suicidálními adolescenty a problematiku ilustrují kazuistickými ukázkami.

Klíčová slova: suicidality v dětství a adolescenci, rizikové faktory, terapie, specifické psychoterapeutické přístupy.

Summary

Kocourková J., Koutek J.: Risk Factors of Child and Adolescent Suicidality

Authors discuss problems of suicidal behavior in childhood and adolescence and risk factors connected with these issues. They describe signs of suicidal risk, basic therapeutical modality, specific psychotherapeutical approaches and questions of pharmacotherapy. They refer to their own experience with hospitalized suicidal adolescents and present clinical cases.

Key words: suicidality in childhood and adolescence, risk factors, therapy, specific psychotherapeutical approaches.

Čes. a slov. Psychiat., 102, 2006, No. 8, pp. 431–435.

ÚVOD

Suicidální chování dětí a adolescentů představuje závažný medicínský, psychologický i společenský problém [2, 5, 6, 7, 14]. Sebevraždy v adolescenci představují druhou nejčastější příčinu smrti v tomto věku. Postoje k tomuto tématu (odborné, společenské, osobní) jsou výrazně emočně zatíženy. Kolísají od obviňování prostředí (zejména rodičů) za to, že dítě má suicidální tendence, až po kritické, devalvující postoje vůči suicidálnímu jedinci (zejména dospívajícímu), kdy je jeho chování označováno jako demonstrativní, manipulativní, zaměřené na získání zájmu okolí. Predikce závažnosti takového jednání a jeho dopadů není snadná, hodnocení suicidálního rizika není plně spolehlivé a odpovědnost profesionálů je vysoká.

V dětské a adolescentní psychiatrii je navíc třeba pracovat s rodinou, na kterou dopadá zátěž spojená se suicidálním chováním dítěte či adolescenta. Terapeutická vodítka se musí přizpůsobit závažnosti suicidálního chování a specifickým potřebám věku, závažnosti psychopatologie a osobní situace pacientů. Zkušenost autorů je opřena

o práci s dětmi a adolescenty, hospitalizovanými na Dětské psychiatrické klinice FN Motol po suicidálním pokusu různé závažnosti.

VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

Soubor

Autoři vyšetřili 38 dětských a adolescentních pacientů po suicidálním pokusu, hospitalizovaných v roce 2004 na Dětské psychiatrické klinice FN Motol Praha.

V souboru bylo 7 chlapců a 31 dívek ve věku od 11 a půl roku do 18 roků. Na základě zjištěných anamnestických, testových a klinických dat byly kromě jiných sledovány kategorie přítomné psychopatologie, motivů a způsobů suicidálního chování, osobnostních charakteristik a fungování rodiny.

VÝSLEDKY

Výskyt psychopatologických symptomů

Nejčastěji zastoupenými příznaky je deprese (79 %) a poruchy chování (39 %). Dále byly přítom-

ny úzkostné poruchy (13 %), okrajově závislost na návykových látkách, poruchy příjmu potravy a schizofrenie.

Motivy suicidálního jednání

Nejčastěji uváděným motivem byl konflikt v rodině (55 %), v partnerském vztahu (29 %), ve školní oblasti (21 %), konflikty mezi vrstevníky (18 %), problémy spojené s policejním vyšetřováním (11 %). V některých případech se vyskytovalo více motivů zároveň.

Způsob suicidálního jednání

Ve způsobu suicidálního jednání převažovala intoxikace medikamenty (81 %), pořezání (13 %), výjimečně skok z výšky a použití elektrického proudu.

Osobnostní charakteristiky

Osobnost posuzovaných se většinou vyvíjela disharmonicky (89 %), ze specifických osobnostních rysů byla nejčastěji zjištěna impulzivita, senzitivita, úzkostné a vyhýbavé rysy.

Rodinné okolnosti

Pouze čtvrtinu rodin (24 %) bylo možné charakterizovat jako harmonickou rodinu, 44 % rodin fungovalo s konflikty, u 21 % šlo o dysfunkční rodinné prostředí a 11 % rodin vykazovalo těžké konflikty a patologické charakteristiky.

EXISTUJE TYPICKÝ SUICIDÁLNÍ ADOLESCENT?

Zjišťujeme, že většina klinických zkušeností se suicidálními adolescenty se odehrává v krizových centrech nebo na pedopsychiatrických odděleních. Typickým pacientem je 15-17letá dívka, která se předávkovala malým nebo středně závažným množstvím léků, které jí byly předepsány, byly běžně dostupné nebo patřily někomu z členů rodiny. Suicidální chování vykazuje často impulzivní charakteristiky a odehrává se v kontextu sporů v rodině a/nebo problémů v partnerských vztazích. Zajímavé je to, že téměř shodně charakterizují „typického“ suicidálního adolescenta i američtí autoři [13].

Přesto, že naše údaje vymezují určité znaky sui-

cidálního chování v dětství a adolescenci jako typické, musíme si být vědomi toho, že existují i pacienti, kteří jsou odlišní – z hlediska věku (mladší), pohlaví (chlapci), způsobu suicidálního jednání (jiné než předávkování medikamenty), osobnostní struktury (nemusí být disharmonická), další psychopatologie (může být přítomna psychotická porucha).

PRVNÍ KONTAKT – HOSPITALIZACE NEBO AMBULANTNÍ LÉČBA?

První kontakt se suicidálními dětmi a dospívajícími se uskutečňuje v krizových centrech, pedopsychiatrických nebo psychologických ordinacích či v jiném, většinou medicínském, někdy i školním prostředí. Hodnocení suicidálního rizika není jednoduché, neboť v něm kromě odborného posouzení hraje roli i řada osobních faktorů (pocit odpovědnosti, strach, ale i devalvace suicidálních výroků a gest) a rozhodování je také ovlivněno přístupem rodičů, kteří mohou hodnotit suicidální rizika svého dítěte pod vlivem emocí a předcházejících rodinných vztahů. Doporučení k hospitalizaci by nemělo mít význam trestu (což někdy hraje roli při rozhodování v případě „demonstrativního“ suicidálního pokusu), na druhé straně může být prospěšné pacientovi ukázat, že důsledkem suicidálního chování je hospitalizace a omezení, které nezbytně přináší. Je otázkou, jaký význam má dohoda („no – suicide contract“) o tom, že si pacient neublíží a sdělí dospělému, že má suicidální myšlenky. U dětí a adolescentů ji za spolehlivou považovat nemůžeme.

Součástí celkového klinického posouzení je hodnocení suicidálního rizika zejména ve vztahu k úvaze, zda má být pacient léčen na lůžku či ambulantně. Čím závažnější je provázející psychopatologie, čím výraznější je suicidální nastavení pacienta a čím méně konzistentní a podpurné rodinné prostředí, tím indikovanější je hospitalizace pacienta.

Posouzení suicidálního rizika je nezbytné

Tab. 1. Znaky suicidálního rizika, modifikováno podle C. R. Pfefferové [12].

	Vysoké riziko	Nízké riziko
předpověditelnost chování dítěte	nízká	vysoká
okolnosti suicidálního chování	dítě má promyšlený plán, je samo	dítě nemá plán, někdo je nablízku
letalita prostředí	vysoká	nízká
úmysl zemřít	výrazný	nejistý
psychopatologie	deprese, poruchy chování, závislost na návykových látkách	minimální
funkce já	slabý úsudek, impulzivita	dobrý úsudek, sebekontrola
emoční prožívání	bezmoc, beznaděj, vztek, vina, stud	mírné projevy těchto emocí
komunikace	nedostatečná, ambivalentní	dobrá
podpora rodiny	nedostateční, nekonzistentní	dobrá

při rozhodování o volbě adekvátní intervence a také rozhodnutí o ambulantní léčbě nebo hospitalizaci (tab. 1).

TERAPIE SUICIDÁLNÍCH DĚTÍ A ADOLESCENTŮ

Hospitalizace pacienta je cílena na zvládnutí suicidální krize, na terapeutické ovlivnění dalších psychopatologických problémů pacienta, na zlepšení rodinných vztahů a zajištění další potřebné terapie.

Terapeutické prostředí musí zajistit bezpečí pacienta a zároveň chránit jeho sebeúctu (což může představovat určité dilema, například při prohledání osobních věcí v případě rizika, že pacient má suicidální prostředek). Zkušenost terapeutické práce na pedopsychiatrickém oddělení s hospitalizovanými dětmi a adolescenty po suicidálním pokusu ukazuje potřebnost následujících kroků :

1. V rámci diagnostického posouzení je třeba zachytit nejen klasifikovatelnou klinickou diagnózu, ale též osobnost pacienta, psychosociální pozadí, v němž žije a charakter suicidální krize, kterou prožívá.

2. Uplatnění komplexního terapeutického programu s integrací farmakoterapeutického, psychoterapeutického a socioterapeutického přístupu.

3. Následná vhodná ambulantní péče, včetně preventivního přístupu.

Ambulantní léčba je individualizovanější, využívá systematičtěji specifické psychoterapeutické přístupy, využívá formy individuální, skupinové a rodinné terapie. Práce s rodinou je v dětském a adolescentním věku nezbytná.

SPECIFICKÉ PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY

Kognitivně behaviorální terapie byla modifikována pro práci se suicidálními adolescenty s ohledem na výraznou depresivní psychopatologii, která je u těchto pacientů přítomna. Brent a spolupracovníci [1] vytvořili edukativní manuál pro adolescenty i rodiče s tématy, která jsou diskutována na terapeutických sezeních. Tento přístup zdůrazňuje více asertivní a přímé způsoby komunikace, hledání alternativního řešení problémů a vyhýbání se pasivně vyhýbavým strategiím přizpůsobení, často přítomným u depresivních adolescentů.

Dialektická behaviorální terapie představuje modifikaci této terapeutické modality původně koncipované pro dospělé pacienty [9], zejména s hraniční poruchou osobnosti. Terapie probíhá

v individuálních i skupinových sezeních přibližně rok a je zaměřena zejména na zlepšení regulace emocí. Obsahuje trénink v sebeakceptaci, zlepšení interpersonální efektivity, trénink ve schopnosti vyhnout se situacím, které vyvolávají negativní emoce, zvýšení tolerance k zátěži.

Interpersonální terapie byla původně vyvinuta pro dospělé pacienty s velkou depresivní poruchou a dále modifikována pro depresivní adolescenty [10]. Probíhá jednou týdně a trvá přibližně 12 týdnů.

Psychoanalytická a psychodynamická psychoterapie představuje terapeutické přístupy, které vycházejí z klasické psychoanalytické teorie, v současnosti však zahrnují široké spektrum modelů současné psychoanalýzy [11]. Jde většinou o déledobější varianty terapie, které se snaží měnit osobnostní strukturu pacienta a pokoušejí se pomocí dítěti nebo adolescentovi najít optimálnější vyvážení mezi základními psychickými silami.

Rodinná terapie je doporučována v případech suicidálních pacientů, kde jsou přítomny problémy v rodinné komunikaci a často rodinné konflikty figurují v motivech dětských a mladistvých suicidantů [8,15]. Na druhou stranu je třeba říci, že suicidální motivace se může primárně rozvinout v důsledku základní psychopatologie a prožívání rodinných problémů může být subjektivní. Rodinná terapie je potřebná pro zvládnutí rodinné situace také po suicidálním pokusu, který dopadá na ostatní členy rodiny (rodiče, sourozence).

Skupinová psychoterapie je zejména u dětí zaměřená převážně na zvládnutí sociálních dovedností, řešení vnitřních konfliktů a posílení sebevědomí dětí, než na přímou a cílenou práci se suicidálními tématy. V mladším věku je třeba zacházet opatrně s ventilací suicidálních témat ve skupině, protože mohou být pro jiné dětské pacienty zúzkostňující a nesrozumitelné. V adolescenci je takové téma obvyklejší, avšak náročné na protipřenos terapeuta, který by neměl zaujímat odsuzující postoj, ale ani postoj nadměrné identifikace.

Podpůrné a doplňující terapeutické modality

Mezi podpůrné terapeutické modality patří zejména arteterapie [4] a muzikoterapie, stejně jako další techniky, které lze použít i pro ostatní pacienty. Neverbální techniky jsou velmi užitečné a mohou představovat určitý přechod ke zlepšení kontaktu s pacientem a otevřenější komunikaci o jeho problémech a důvodech suicidálního chování.

FARMAKOTERAPIE

Farmakoterapie představuje část komplexní

lěčby suicidálního pacienta, která je závislá na výsledku vyšetření a zjištěné psychopatologii [3]. Při volbě farmaka musíme brát ohled na dynamiku účinku a toxicitu léku, neboť nelze vyloučit opakování suicidálního jednání s použitím intoxikace medikamenty. Při diagnóze depresivní poruchy jsou indikována antidepresiva. V současné době používáme léky typu SSRI, případně další skupiny moderních antidepresiv, ne všechna jsou ale vyzkoušena v dětském a adolescentním věku. Nevýhodou dříve používaných tricyklických antidepresiv je zejména jejich toxicita. V poslední době je diskutována otázka účinku SSRI, kdy některé práce uvádějí zvýšené riziko suicidálního jednání při užívání SSRI u adolescentů, jiní autoři tuto souvislost nepotvrzují. Důležité je také to, že SSRI jsou málo toxická a v tomto smyslu relativně bezpečná. Při suicidálním jednání v rámci psychotické poruchy je nutné léčit antipsychotiky. Při akutní hrozbě suicidálního jednání je vhodné použít tlumivá neuroleptika, případně benzodiazepiny, zejména v souvislosti se zvládnutím krizové situace. Problémem bývá chronická suicidalita při poruchách osobnosti emočně nestabilního a hraničního typu. V některých případech je nutné přistoupit k medikaci lithiem, v takovém případě je však nutná opatrnost s ohledem na jeho toxicitu.

KLINICKÉ PŘÍKLADY

I. Typický příklad

Šestnáctiletá dívka z rozvedeného manželství již několik roků žije pouze s matkou a mladším bratrem. Její vztah s otcem je konfliktní, otec má tendenci ji vychovávat, kritizuje matku za problémy dcery. Pacientka je středoškolačka, opakuje ročník, je slabá studentka. Matka je v koalici s bratrem, kterého jí dává za příklad. V posledním roce začala pacientka odcházet z domova, odmítá společné rodinné aktivity. Má partu spíše starších lidí než je sama, orientovanou na techno hudbu, jezdí na koncerty, kde se kouří marihuana. Věří na reinkarnaci. Chodila s chlapcem, s nímž měla opakovaně nechráněný pohlavní styk. Když se s ní chlapec rozešel, přišla domů opilá, po konfliktu s matkou požila doma léky z domácí lékárničky. Na dětskou psychiatrii byla přeložena z ARO. Diagnostikována jako depresivní porucha, disharmonický vývoj osobnosti, riziko škodlivého užívání návykových látek. Byla zařazena do terapeutického režimu se skladbou individuální, skupinové a rodinné terapie, užívala antidepresiva. Terapeutická práce v průběhu hospitalizace byla zaměřena na zmírnění depresivní symptomatiky, zlepšení sebekontroly, uklidnění rodinných konfliktů. Po propuštění z kliniky ji byla doporučena terapie ambulantní formou, zaměřená zejména na osobnostní problematiku, adolescentní konflikty, rodinné vztahy.

II. Příklad pacientky mladšího věku, s převažující primární depresivní symptomatikou.

Desetiletá dívka je jedináček, žije v rodině s oběma rodiči s běžným sociálním zařazením, ve výchově uplatňují spíše mírnější přístupy, s akcentem na povinnost, školní úspěšnost, mimoškolní sportovní aktivity dcery. V rodině není nalezena psychiatrická zátěž. Dívka se vyvíjela neproblematicky, úspěšná ve školním zařazení, povahově s rysy introverze, ale sociálně a vztahově se uplatnila dobře. Nyní je v páté třídě, dobře se učí, nejsou přítomny problémy v chování. V posledním roce se změnila, je více uzavřená, smutná, skleslá, školní výsledky dosahuje s námahou, mimoškolní aktivity spíše odmítá. Stěžuje si na poruchy spánku a úzkostné sny. Má strach, že se na ni budou rodiče zlobit, má pocit, že udělala něco špatně, že nebyla hodná na vrstevníky. Připouští suicidální myšlenky, myslela na to, kolik léků by musela požít, aby umřela. Kdyby nežila, tak by se netrápila a rodiče by se netrápili s ní. Na dětskou psychiatrii přišla na doporučení dětského psychiatra. Byla u ní diagnostikována depresivní porucha s problémy v sebehodnocení. Byl indikován komplexní terapeutický program, individuální psychoterapie, pohovory s rodiči, farmakoterapie antidepresivy. Ambulantní terapie měla za cíl zejména podpořit a posílit protektivní vývojové faktory.

III. Adolescentní chlapec.

Sedmnáctiletý chlapec v učebním oboru, který vyrůstal s matkou a starší sestrou, otce prakticky neznal od raného věku. Otec měl v rodině pověst alkoholika, který se o děti nezajímal. Chlapec se v průběhu života vyvíjel přiměřeně věkové normě, byl však více uzavřený, neměl kamarády, bál se vrstevnických půtek. Kamarádil se převážně s dívkami, ve vztahu s chlapci měl pocity méněcennosti, zároveň viděl druhé chlapce jako hrubé a hloupé. Byl citově vázaný na matku a chtěl jí dělat radost. V adolescenci začal mít s matkou konflikty, měl pocit zklamání, že ho bere jako malého chlapce. Začal snít o tom, že někoho v životě potká, s kým si bude rozumět a takový vztah si ve své fantazii silně idealizoval. Začal chodit s dívkou, měl s ní sexuální styk jako s první partnerkou, byl šťastný, měl pocit, že se mu splnilo, co si přál, že si vynahradí, o co všechno přišel. Po rozchodu, kdy ho dívka opustila, začal být výrazně depresivní, uvažoval o sebevraždě, o kterou se pokusil a pouze náhodou tento pokus neskončil letálně. Byla u něj diagnostikována depresivní porucha a disharmonický vývoj osobnosti. V terapeutickém programu v průběhu hospitalizace byl léčen zejména psychoterapií a antidepresivní terapií. Po propuštění byla indikována pokračující ambulantní péče, zaměřená na osobnostní problematiku, interpersonální vztahy, vývojové problémy adolescence.

DISKUSE A ZÁVĚR

Cílem práce bylo ukázat některá specifika práce se suicidálními dětmi a dospívajícími. V klinické praxi se nejčastěji setkáváme s typickým suicidálním pacientem - dospívající dívkou, která se předává medikamenty v problematické osobní situaci, vykazuje znaky disharmonického osobnostního vývoje a žije v konfliktním rodinném prostředí. Přesto musíme udržet pozornost i pro pacienty s jinými charakteristikami, odlišné z hlediska věku, pohlaví, motivace, přítomnosti duševní poruchy, osobnosti i úrovně rodinného fungování. Za rizikové faktory považujeme zejména přítomnost psychopatologických projevů (deprese, závislost na návykových látkách, poruchy chování), disharmonický vývoj osobnosti, předcházející

suicidální nebo sebepoškozující chování, konflikty v rodině a v dalších blízkých vztazích, pocity bezmoci, beznaděje, vzteku, viny, zklamání. Za významnou okolnost lze považovat dostupnost adekvátní odborné intervence. V průběhu hospitalizace je potřebný komplexní terapeutický program, který integruje různé přístupy a metody, psychoterapii, farmakoterapii, případně sociální intervenci. V ambulantní péči je terapeutický program individualizovanější, v dětském a adolescentním věku zaměřený nejen na dítě, ale i jeho rodinu. Pro volbu terapeutického přístupu je potřebné zhodnocení osobnosti pacienta, jeho adaptivního potenciálu a dalších psychosociálních okolností jeho života.

Práce byla podpořena grantem IGA NR/7955-3.

LITERATURA

1. **Brent, D. A., Poling, A.:** Cognitive therapy manual for depressed and suicidal youth. University of Pittsburgh. Medical Center, Pittsburgh, 1989 (revised 1997).
2. **Greenwood, L.:** Violent adolescents. Understanding the destructive impulse. Karnac, London, 2005.
3. **Gunter, M.:** Pure gold of psychoanalysis or pure chemistry? How can we handle the counter – transference and the psychoanalyst's super-ego conflicts in combined treatment? *Psychoanalytic-Psychotherapy*, 19, 2005, 3, pp. 193-2004.
4. **Harnden, B., Rosales, A. B., Greenfield, B.:** Outpatient art therapy with a suicidal adolescent female. *Arts in Psychotherapy*, 31, 2004, 3, pp. 165-180.
5. **Holinger, P. C., Offer, D., Barter, J. T., Bel, C. C.:** Suicide and homicide among adolescents. The Guilford Press, New York, 1994.
6. **King, R. A., Apter, A.:** Suicide in children and adolescents. Cambridge University Press, Cambridge, 2003.
7. **Koutek, J., Kocourková, J.:** Sebevražedné chování. Portál, Praha, 2003.
8. **Londino, D. L., Mabe, P. A., Josephson, A. M.:** Child and adolescent psychiatric emergencies: family psychodynamic issues. *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 12, 2003, 4, pp. 629-647.
9. **Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M.:** Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Journal of Practical Psychology and Behavioral Health*, 3, 1997, pp. 78-86.
10. **Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., Garfinkel, L.:** Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 1999, pp. 573-579.
11. **Perelberg, R. J.:** Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide. Routledge, London, 1999.
12. **Pfeffer, C. R.:** Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management. In: Lewis, M. (ed): *Child and adolescent psychiatry*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1996.
13. **Shaffer, D., Pfeffer, C. R. et al.:** Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 40, 2001, 7, supplement, pp. 24-51.
14. **Shaffer, D., Greenberg, T.:** Suicide and suicidal behavior in children and adolescents. In: Shaffer, D., Waslick, B. D. (eds): *The many faces of depression in children and adolescents*. American Psychiatric Publishing, Washington, 2005.
15. **Spirito, A., Esposito-Smythers, C.:** Enhancing adaptive family factors in the treatment of adolescent suicide attempters. *Imago*, 11, 2004, 1, pp. 73-78.

Dodáno redakci: 7. 7. 2006

Po skončení recenzního řízení: 30. 8. 2006

Doc. PhDr. Jana Kocourková

Na Dlouhém lánu 15

160 00 Praha 6

e-mail: jana.kocourkova@lfmotol.cuni.cz