

SEBEVRAŽEDNOST A ÚZKOSTNÉ PORUCHY

souborný článek

Dana Kamarádová
Ján Praško
Klára Látalová

Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta
University Palackého a Fakultní
nemocnice Olomouc

Kontaktní adresa:

MUDr. Dana Kamarádová, Ph.D.
Klinika psychiatrie FN Olomouc
I. P. Pavlova 6
779 00 Olomouc
e-mail: dana.kamaradova@fnol.cz

SOUHRN

**Kamarádová D, Praško J, Látalová K.
Sebevražednost a úzkostné poruchy**

Suicidalita je považována za závažný celospolečenský problém. Nejčastěji se vyskytuje v souvislosti s depresí a abúzem alkoholu, nicméně toto téma se týká i části pacientů trpících úzkostnými poruchami. Úzkostné poruchy jsou souborem heterogenních poruch, z nichž se každá jinak na suicidalitě podílí. Zdá se, že úzkostné poruchy mohou vést k suicidálnímu jednání buďto samostatně, nebo být faktorem přispívajícím k rozvoji závislosti na psychoaktivních látkách a podílet se na suicidalitě nepřímo. Pomocí informací z citačních a bibliografických databází Pubmed a Web of Science byl vytvořen souhrnný článek. Zahrnuty byly články zveřejněné mezi lety 2000 a 2013. Studie ukazují, že suicidální riziko u úzkostných pacientů zvyšuje anamnéza předchozích suicidálních pokusů a přítomnost suicidálních ideací. Toto riziko dále zvyšuje přítomnost komorbidní deprese, panické poruchy nebo posttraumatické stresové poruchy. Dalším významným faktorem se ukázala být komorbidita se zneužíváním alkoholu. Část pacientů trpících úzkostných poruchami vykazuje zvýšené riziko suicidálního jednání. Skupině těchto pacientů by měla být věnována náležitá pozornost.

Klíčová slova: Suicidalita, úzkostné poruchy, komorbidita.

SUMMARY

**Kamarádová D, Praško J, Látalová K.
Suicidality and anxiety disorder**

Suicidality is considered to be a serious social problem. The most frequent is its connection with depression or alcohol abuse, but it is also an important issue in patients suffering from anxiety disorders. Anxiety disorders are a heterogeneous group of disorders each of which participate on the suicidality in a different way. It is supposed, that anxiety disorders themselves can result in suicidal behavior or can be a contributing factor to development of psychoactive substance dependence and participate on suicidality indirectly. This is a review article. Studies were identified through databases PubMed and Web of Science. We used articles published between 2000 and 2013. Studies show that in anxious patients is suicidal risk increased by anamnesis of previous suicidal attempts and presence of suicidal ideations. This risk is further increased presence of comorbid depression, panic disorder or posttraumatic stress disorder. Another studies have proved comorbid alcohol abuse to be an important factor. The group of patients suffering from anxiety disorders showed increased risk of suicidal behavior and therefore more attention should be paid to this issue.

Key words: suicidality, anxiety disorders, comorbidity.

ÚVOD

Suicidalita je závažný celospolečenský problém. Smrt následkem sebevražedného jednání tvoří v Evropské unii 24,4 % ze všech úmrtí způsobených externími faktory. Navzdory tomu, že prevalence sebevražedného chování se snižuje, stále v Evropě následkem sebevraždy umírá přibližně 10 až 15 ze 100 000 obyvatel ročně.¹ Ve východní Evropě je míra sebevražednosti až dvakrát vyšší.² Pacienti po suicidálním jednání tvoří část pacientů přijatých k hospitalizaci na psychiatrická oddělení a přibližně ke 3 až 3,5 % sebevražd dochází přímo na psychiatrických odděleních.³ To, že suicidalita znamená problém převážně psychiatrický, dokazuje fakt, že 80 až 90 % suicidálních pacientů splňuje kritéria psychického onemocnění.^{4,5} I když se největší pozornost věnuje komorbidní depresi, popř. abúzu alkoholu, existují důkazy o tom, že i úzkost a agitovanost zvyšují riziko suicidálního jednání.⁵ Je důležité, aby byla suicidálnímu chování u pacientů trpících úzkostnými poruchami věnována náležitá pozornost, protože jeho nedostatečná detekce a léčba může vést ke zbytečným ztrátám na životech, případně při neúspěšných pokusech vést ke zvýšené sebestigmatizaci i stigmatizaci.

METODA

Pro tento přehled byly použity články uvedené v databázích PubMed a Web of Science. Klíčovými slovy byly: „suicide“, „anxiety“, a spojení klíčových slov s názvy úzkostných poruch: „panic disorder“, „generalized anxiety disorder“, „social phobia“, „obsessive compulsive disorder“, „adjustment disorder“ a „posttraumatic stress disorder“. Do vyhledávání byly zařazeny články bez ohledu na jazyk, v němž byly publikovány. Další stěžejní publikace byly získány procházením citovaných prací u relevantních článků. V PubMed bylo touto cestou nalezeno celkem 85 článků a ve Web of Science 108 článků. Z těchto textů bylo 59 vyhodnoceno jako dostatečně relevantních pro účely naší práce. Kritérii relevance byly dospělý věk probandů, články publikované v českém nebo anglickém jazyce, nebyly zahrnuty kazuistiky ani soubory kazuistik.

EPIDEMIOLOGIE

Vztah mezi úzkostnými poruchami, suicidálním chováním a ideacemi sledovala řada studií. Jejich výsledky se liší nejen podle toho, jaká diagnostická kritéria byla použita, ale i podle místa provádění studie. V primární péči je přítomnost suicidálních ideací u pacientů trpících úzkostnou poruchou poměrně běžným fenoménem.⁶ Z úzkostných poruch je zvýšený výskyt suicidálních ideací a jednání s velkou jistotou prokázán jen u PTSD.^{4,7-9} U dalších úzkostných poruch (sociální fobie, panická porucha, agorafobie, GAD, specifická fobie a PTSD) jsou nálezy nejednoznačné, některé označují přítomnost úzkostné poruchy za rizikový faktor, jiné ne.^{7,9,10} Úzkostné poruchy významně zvyšují výskyt suicidálního jednání u pacientů s poruchami nálady.¹⁰

V replikaci Národní studie komorbidity (National Comorbidity Survey-Replication) zkoumali Cougle et al.¹¹ spojení mezi úzkostnými poruchami a suicidalitou ve velkém národním vzorku v USA. Mnohočetná analýza, která jako kovarianty užíla psychiatrickou komorbiditu a demografické proměnné, zjistila, že sociální fobie, PTSD, GAD a panická porucha jsou jednoznačnými prediktory suicidální ideace, ale pouze sociální fobie, PTSD a GAD také predikují suicidální pokusy. Při analýze pohlavních rozdílů se v této studii ukázalo, že každá z těchto čtyř poruch predikovala suicidální ideaci a suicidální pokusy u žen, zatímco pouze PTSD a panická porucha byly rizikovým faktorem u mužů.

Lze tedy říci, že ze skupiny úzkostných poruch je se suicidálním jednáním a ideacemi nejvíce spojena posttraumatická stresová porucha (PTSD). U dalších úzkostných poruch jsou nálezy nejednoznačné, liší se dle množství pacientů, času a místa provádění studie. Ve srovnání s poruchami nálady se tedy zdá být výskyt suicidálního chování u úzkostných pacientů menším problémem.^{4,6,7,9,10} Tato otázka je zásadní vzhledem k vysokému výskytu úzkostných poruch v populaci a negativním ovlivněním suicidality u depresivních pacientů.

JEDNOTLIVÉ PORUCHY

Panická porucha a agorafobie

Panická porucha s agorafobií nebo bez ní je relativně častá psychiatrická porucha, kterou trpí přibližně 4,8 % populace.¹² Pacienti zažívají náhlé záchvaty silné úzkosti až hrůzy, které přicházejí nečekaně a jsou doprovázeny řadou nepříjemných tělesných příznaků, jako jsou palpitace, závratě, pocity dušení, svírání hrdla, návaly zimy nebo horka, pocity na omdlení, nebo psychickými příznaky, kde se kromě úzkosti může objevit bezmoc nebo pocity derealizace a depersonalizace.¹³ Protože panické záchvaty zpravidla přicházejí bez varování a mohou být spojeny s katastrofickými myšlenkami a představami, kdy se dotyčný obává, že umírá, zbláznil se nebo ztratil kontrolu, velmi často se objevuje strach z dalšího záchvatu. Funkční postižení pacientů s panickou poruchou dosahuje, a v řadě případů i přesahuje, míru postižení při chronickém tělesném onemocnění.¹⁴⁻¹⁶ Nezřídka je to příčinou konfliktů a rozchodů, což pacienta může vrhnout do beznaděje.¹⁷ Hlavním zdravotním rizikem agorafobie je rozvoj depresivních epizod a závislosti na návykových látkách, což obojí výrazně zvyšuje riziko suicidia. Suicidální ideace se vyskytují až u 24 % pacientů s agorafobií.¹⁸

Suicidální rozlady bývají u těchto pacientů spojeny s potřebou uniknout ze života plného strachu, kdy se další záchvat objeví, nebo se ztrátou naděje a smyslu života prostoupeného záchvatu hrůzy. Nejčastějším zdůvodněním suicidálního jednání je snaha uniknout úzkosti a dosažení klidu. Častým zdůvodněním je i ztráta naděje, že jim někdo může pomoci, bohužel někdy i informace od lékaře, že se nejedná o žádnou nemoc. Často jde „volání o pomoc“ a unik z nesnesitelného strachu z dalších záchvatů. Pacienti po suicidálním pokusu udávají, že přestali mít

schopnost se dále bránit a život pro ně ztratil smysl, při rozvoji agorafobie také to, že jsou všem jen na obtíž.¹⁷

Podle klinické zkušenosti suicidalitu (ideace) i suicidalní pokusy u pacientů s panickou poruchou zvyšuje komorbidní depresivní porucha, abúzus alkoholu a komorbidita s poruchami osobnosti.^{7,11,19} Vztah platí i obráceně, u pacientů trpících unipolární depresí zvyšují panické ataky, prožívané v posledním roce, riziko suicidalních pokusů u pacientů se suicidalními ideacemi.²⁰ Zdá se, že toto pravidlo platí i v případě bipolární afektivní poruchy.²¹ Panické ataky provázejí katastrofické myšlenky – strach ze smrti, ztráty kontroly anebo zbláznění se. Tyto myšlenky jsou u depresivních pacientů silněji a více specificky svázané se suicidalními pokusy. Zdá se tedy, že nezávislým rizikovým faktorem pro suicidalní pokusy u depresivních pacientů se suicidalní ideací nebo bez ní jsou panické ataky, zejména pokud jsou spojeny s převažujícími katastrofickými kognicemi, které pravděpodobně zprostředkují přechod od suicidalní ideace k suicidalním pokusům.

Riziko suicidia může narůstat zejména krátce po ujasnění si, že jde o psychickou poruchu, a to zejména u pacientů, kteří mají tendenci se odsuzovat za to, že mají psychickou poruchu nebo zažívají výrazné odsouzení či pohrdání ve svém sociálním prostředí.^{22,23} Riziko se rovněž zvyšuje u pacientů, kteří jsou dlouhodobě farmakorezistentní a ztratili už naději na vyléčení.²⁴

GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA

Generalizovaná úzkostná porucha se projevuje zejména nadměrnými obavami a starostmi, nad kterými postižený ztratil kontrolu.²⁵ Narušení života, problémy v práci, v rodině i omezení v prožívání kvalitního života jsou podobné jako u unipolární deprese.²⁶ Riziko suicidia u této poruchy narůstá v případě, že dojde k rozvinutí komorbidní depresivní poruchy (celoživotní prevalence 49–72 %),^{27–29} nebo při zneužívání návykových látek (celoživotní prevalence 30 %).^{30–32}

Rozsáhlé epidemiologické studie i pozorování z klinické praxe ukazují, že samostatná generalizovaná úzkostná porucha není významnějším rizikovým faktorem suicidalních pokusů, ale může být příčinou zvýšeného výskytu suicidalních ideací.^{9,11,29} Pouze jedna čínská studie prokázala u GAD vyšší výskyt suicidalních pokusů.³² V této studii se 37,6 % pacientů s dg. GAD pokusilo spáchat sebevraždu. Riziko se může objevit zejména u mladých lidí.³³ Sebestigmatizace je u této poruchy velmi častá, cítí se jako „slaboši“ nebo „blázni“ a mohou mít strach vrátit se po léčbě do práce, protože očekávají odmítání od okolí.²³ Obavy z přijetí ostatními, obavy ze ztráty zaměstnání, partnera, tělesného zdraví, finančního debaklu, to vše přispívá ke zvýšené suicidalitě a suicidalním pokusům této úzkostné poruchy.

SOCIÁLNÍ FOBIE

Sociální fobie je úzkostná porucha projevující se zahrnujícím studem a strachem ze ztrapnění, zesměšnění nebo

selhání v sociálních situacích, spojeným s vyhýbavým a zabezpečovacím chováním. Může vést k neschopnosti pracovat, vycházet mezi lidi, až k úplné sociální izolaci.³⁴ Omezení v sociální oblasti jsou tak výrazná, že trpící člověk může sáhnout po suicidii jako východiska z pro něj neřešitelné situace.²⁵ Nálezy studií hodnotících sociální fobii jako prediktor budoucího suicidalního jednání jsou nejednoznačné. Některé souvislost prokázaly,^{11,35} jiné ne.^{9,10,36} V komorbiditě s depresivní poruchou nebo závislostí na návykových látkách je však významným prediktorem jak suicidalních ideací, tak suicidalních pokusů.⁹ Nemocní se sociální fobií a dalšími přidruženými poruchami se pokusí o suicidium přibližně šestkrát častěji než zbytek populace. Nejzávažnější komorbiditou sociální fobie, která zvyšuje riziko suicidality, je závislost na alkoholu či marihuaně.³⁷

SPECIFICKÉ FOBIE

U specifických fobii zvýšené riziko suicidia popisované není. Nicméně u některých závažných projevů dochází ke zvýšení suicidalního rizika rovněž, zejména pokud je specifická fobie spojená s výrazným omezením života. Například u těžké klaustrofobie, která nedovoluje cestovat ani pobývat v jiných uzavřených prostorech než v domově, kde postižený necítí ohrožení, může dojít k pocitům nesmyslnosti takto omezeného života a k úvahám o ukončení života, řídké i k suicidalnímu pokusu nebo dokonalému suicidii.

OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA

Výskyt suicidalního jednání je u pacientů s OCD poměrně častý. Suicidální ideace se objevují až u 59 % pacientů.³⁸ O suicidalním chování u pacientů s OCD víme relativně málo, protože tato souvislost byla zjišťována jen v ojedinělých kontrolovaných studiích. Onemocnění často chronifikuje a často znamená zásadní zásah do života člověka. Progrese obsedantně-kompulzivní symptomatologie může postupně narůst natolik, že pacient není schopen pracovat ani fungovat v domácích rolích, volný čas prakticky ztrácí.³⁹ Vyšší tíže obsedantně-kompulzivní symptomatiky je spojena s vyšší mírou suicidality.⁴⁰ Dalšími faktory zvyšujícími výskyt suicidalních rozlad a pokusů je vysoká prevalence komorbidních poruch, různý stupeň odpovědi na léčbu a míra bezmoci.^{38,40} Stejně jako u dalších úzkostných poruch, i v případě OCD zvyšuje suicidalitu přítomnost deprese.³⁸ Při hodnocení a léčbě obsedantních pacientů je tedy potřeba věnovat pozornost nejen tíži obsedantních příznaků, ale i míře depresivity a beznaděje.

Rovněž mají pacienti s OCD tendenci k sebestigmatizaci, která může vést k demoralizaci a vzdávání se naděje na vyléčení a lepší život.⁴¹ Pacienti se velmi často stydí za své příznaky, mohou se obviňovat a odsuzovat (velmi často za agresivní obsese nebo rouhání), nebo být extrémně obviňováni okolím (za nadměrnou spotřebu vody, za zaklizení bytu apod.). V těchto situacích se často objevuje

suicidální ideace a suicidální pokusy.⁴² Význam stigmatizace u OCD potvrzuje i skutečnost, že suicidalitu nejvíce zvyšuje přítomnost sexuálních obsesí,⁴³ za které se většina pacientů stydí a o nichž se obává otevřeně mluvit.

Významnou roli v suicidálním jednání hraje i proces smíření se s diagnózou, obzvláště v případě agresivních obsesí. Pro pacienty bývá obtížné se s těmito obsesemi svěřit, což nadále zvyšuje jejich stres a oddaluje vyhledání léčby. Smířit se s nemocí může být náročné i pro rodinu pacienta, protože bývá často začleněna do rituálů. Situaci pacienta a rodiny komplikuje také skutečnost, že provádění rituálů bývá viditelné a pacienti je provádějí na veřejnosti. Rodina se tak může za pacienta stydět a sdělovat mu to, což zvyšuje jeho demoralizaci – a riziko suicidia narůstá.

AKUTNÍ STRESOVÁ REAKCE

Akutní reakce na stres je přechodná porucha, která vzniká u jedince bez jakékoli zjevné duševní poruchy jako odpověď na výjimečný fyzický nebo duševní stres a která obvykle odeznívá během několika hodin nebo dnů. Suicidální ideace nebo pokus se mohou někdy během akutní stresové reakce objevit, ale bývá to vzácně. Pravděpodobnost se však zvyšuje, když je stresor spojený se ztrátou blízké osoby nebo postižený událost zavinil, nebo došlo k náhlé ztrátě majetku či jiné významné hodnoty.⁴⁴

ADAPTAČNÍ PORUCHY (PORUCHY PŘÍZPŮSOBNÍ)

Kolem 10 % z těch, kteří spáchají suicidium, v době smrti nejeví žádné vážné psychiatrické příznaky. Do této skupiny patří zejména mladí muži, kteří mají pocit neúspěchu v životě, a staří lidé, v poslední době také krachující podnikatelé. Řada z nich patrně trpí adaptační poruchou, ale zpravidla nebyli diagnostikováni a ani o pomoc nežádali. Nedokonaným sebevraždám předcházejí u žen afektivní poruchy, následované poruchami adaptace, a u mužů afektivní poruchy, následované závislostí na návykových látkách a psychózami.⁴⁵ Poruchy přízpusobení, které se projevují zvýšenou suicidalitou, souvisí zejména se ztrátami v životě, změnami životní role, traumaty a chudými sociálními podmínkami. Příznaky mohou být různé a zahrnují zpravidla depresivní náladu, úzkost, obavy (nebo jejich kombinaci), pocit, že jedinec není schopen se vypořádat se současnou situací, plánovat ji dopředu nebo v ní pokračovat. Typické je určité zhoršení výkonu každodenní činnosti. Zřídka se objevují také sklony k dramatickému chování nebo prudkým výbuchům násilí. Poruchy chování (např. agresivní nebo disociální chování) však mohou být přidruženým rysem, zvláště u adolescentů. Porucha se objeví zpravidla do jednoho měsíce po výskytu se stresující události nebo životní změny a trvání příznaků zřídka překročí šest měsíců, s výjimkou protrahované depresivní reakce.

Suicidálním pokusům zpravidla dny až týdny předcházejí závažné životní události. Motivací k sebevražděmu

pokusu mohou být fantazie o stálém klidu, návratu, potrestání, znovuspojení se ztracenou osobou (zejména po ztrátě dítěte), snížení utrpení.⁴⁶ Rizikovým obdobím může být výročí ztráty, Vánoce, narozeniny ztracené osoby, ale i prázdniny, kdy se postižený zabývá ztrátou. Dalším spouštěčem mohou být výrazné změny v životě, problémy se zákonem (vězení) a normami (u mladých lidí), i strach z nadcházející změny v životě. Někteří suicidální lidé chodí častěji na pohotovost, protože hledají sociální podporu. Lékaře to však může dráždit. Neuvědomují si, že slouží jako podpora v situaci, kdy lidé ztratí práci, mají problémy v životě apod.

POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

PTSD často trpí vojáci, kteří si prošli válečnými konflikty. U nich se PTSD vyskytuje až v 73,6 %.⁴⁷ Přítomnost PTSD u nich asi pětkrát zvyšuje riziko suicidálního jednání.⁴⁸ PTSD je často doprovázena další duševní poruchou, zejména depresí.^{47,48} Je tedy diskutabilní, zda zvýšená sebevražednost je dána PTSD jako takovou, nebo vlivem komorbidních poruch.

Často se s PTSD pojí i všeobecná úzkostnost nebo depresivní nálady, či komplikace zneužívání alkoholu nebo jiných návykových látek nebo závislost na nich. Často se objevují myšlenky na nesmyslnost života, suicidální myšlenky či pokusy. Suicidální ideace bývají spojeny s představou klidu, úniku ze stálých trýznivých vzpomínek, vyrovnání se s pocitem viny, někdy pocitem, že člověk si zaslouží zemřít a tím odčiní svoji skutečnou nebo domnělou vinu, či se setká s lidmi, kteří při traumatické události zemřeli. PTSD nepostihuje jen toho, kdo touto poruchou trpí, ale často i celou rodinu. Minimálně tím, že se výrazně změní chování postiženého. To může hluboce zasáhnout vztahy mezi nejbližšími. Trauma může mít na vztahy devastující vliv. Dokonce i v dobře fungujících partnerských vztazích může vést k hluboké krizi, někdy k rozchodu. Tyto problémy ve vztazích mohou vést k druhotné traumatizaci postiženého. Pacienti sami popisují, že k suicidálním rozladám přispívá stále napětí, vyčerpávající ostražitost, nekonečné očekávání, že se opět něco strašného stane, nespavost, strach z dalších flashbacků, pocity viny, zhoršení vztahu s blízkými, neschopnost prožívat a ztráta smyslu dalšího života. Protože farmakoterapie u části pacientů ovlivňuje příznaky minimálně a častá je polypragmázie, pacient cítí bezmoc a nevěří, v úzdravu.

LÉČBA

Terapie suicidalitu u úzkostných poruch je doposud málo prozkoumaným tématem. Studie, které by zkoumaly přímo vliv farmakoterapie na míru suicidalitu u té dané úzkostné poruchy, chybějí. Při hledání vhodné léčby tedy můžeme spíše vycházet z klinických zkušeností a doporučení autorit.

Farmakoterapie

Podávání antidepresiv snižuje suicidalitu nepřímo, prostřednictvím snížením úzkostné a případné depresivní symptomatologie.¹⁷ Přímý antisuicidální efekt antidepresiv nebyl dosud prokázán. Užívání antidepresiv ze skupiny SSRI má však i svá úskalí. Tyto mohou přímo nebo nepřímo různými způsoby ovlivňovat sebevražedné chování pacientů, například prostřednictvím zvýšení intenzity již současných sebevražedných prediktorů, jako jsou dysforie, úzkost, impulzivita, agresivita, vznětlivost apod. V případě antipsychotik, užívaných k augmentaci farmakoterapie rezistentních pacientů,⁴⁹ je suicidalita zvyšována přítomností nežádoucích účinků. Mezi tyto nežádoucí účinky patří například dysforie a psychomotorický neklid.

Psychoterapie

V terapeutické intervenci suicidálních pacientů patří psychoterapie mezi základní přístupy.^{50–55} O účinnosti jednotlivých psychoterapeutických přístupů v léčbě suicidality u daných úzkostných poruch existuje jen málo důkazů. Víme však, že kognitivně-behaviorální terapie je účinná v léčbě deprese, úzkostných poruch i hraniční poruchy osobnosti a zlepšuje příznaky, jakými jsou bezmoc, bez-

naděj.^{56–59} V rámci KBT je suicidalita chápána jako jeden z příznaků komplexnější psychické poruchy, takže základní postupy se zaměřují především na léčbu hlavních příznaků. Nicméně pokud je pacient suicidální, je nutné prioritně pracovat s jeho suicidálními rozladami a suicidalita, podobně jako sebepoškozování, dostává přednost mezi řešenými problémy, protože ohrožuje život.

ZÁVĚR

Zdá se, že skupina úzkostných poruch vykazuje zvýšené riziko suicidální ideace a suicidálního chování, proto je důležité při diagnostice a léčbě těchto poruch na to pomyslet a suicidální riziko vyhodnocovat, podobně jako se tomu standardně děje u afektivních poruch. Vysoké suicidální riziko hrozí zejména pacientům s předchozími suicidálními pokusy nebo ideacemi, pacientům trpícím současně depresí a panickou poruchou, pacientům s posttraumatickou stresovou poruchou a pacientům komorbidně zneužívajícím alkohol. Do klinického interview by měly být zahrnuty cílené dotazy na suicidální rozvahy. Rozhovor o eventuálních suicidálních myšlenkách by měl být nedílnou součástí vyšetření i u pacientů s úzkostnou poruchou.

LITERATURA

- Chishti P, Stone DH, Corcoran P et al. Suicide mortality in the European Union. *European Journal of Public Health* 2003; 13: 108–114.
- Kölvés K, Milner A, Várnik P. Suicide rates and socioeconomic factors in Eastern European countries after the collapse of the Soviet Union: trends between 1990 and 2008. *Sociol Health Illn.* 2013; 35 (6): 956–970.
- Martelli C, Awad H, Hardy P. In-patients suicide: epidemiology and prevention. *Encephale* 2010; 36 (Suppl 2): 83–91.
- Nock MK, Hwang I, Sampson NA et al. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry* 2010; 15 (8): 868–876.
- Fawcett J. Suicide and anxiety in DSM-5. *Depression and Anxiety* 2013; 30 (10): 898–901
- Bomyea J, Lang AJ, Craske MG et al. Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders. *Psychiatry Res* 2013; 209 (1): 60–65.
- Sareen J, Houlihan T, Cox BJ et al. Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *The Journal of nervous and mental disease* 2005; 193 (7): 450–454.
- Nock MK, Hwang I, Sampson N, et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine* 2009; 6(8):e1000123. doi: 10.1371/journal.pmed.1000123.
- Uebelacker LA, Weisberg R, Millman M et al. Prospective study of risk factors for suicidal behavior in individuals with anxiety disorders. *Psychological medicine* 2013; 43(7): 1465–1474.
- Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62 (11): 1249–1257.
- Cogle JR, Keough ME, Riccardi CJ et al. Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *Journal of psychiatric research* 2009; 43 (9): 825–829.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry* 2005; 62: 593–602.
- Praško J, Diveky T, Grambal A et al. Agorafobie a její léčba. *Medicina pro praxi* 2012; 9 (3): 113–117.
- Kennedy BL, Lin Y, Schwab JJ. Work, social, and family disabilities of subjects with anxiety and depression. *Southern medical journal* 2002; 95: 1424–1427.
- Rodrigues BF, Brase SE, Pagano ME et al. Relationship among psychosocial functioning, diagnostic comorbidity, and the recurrence of generalized anxiety disorder, panic disorder, and major depression. *Journal of anxiety disorders* 2005; 19: 752–766.
- Kamarádová D, Praško J, Grambal A et al. Farmakorezistence u pacientů s panickou poruchou. *Psychiatrie* 2012a; 12 (3): 150–156.
- Praško J, Cinculová A, Sigmundová Z et al. Úzkostné poruchy. In: Praško J, Látalová K., Ticháčková A., Stárková L. (eds) *Klinická psychiatrie*. Praha, Tigis 2011; 289–315.
- Schmidt NB, Woolaway-Bickel K, Bates M. Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorder. *Behaviour research and therapy* 2001; 39 (6): 635–649.
- Inoue K, Tani H, Nishimura Y et al. Suicide in panic disorder. *International medical journal* 2007; 14 (3): 199–202
- Katz C, Yaseen ZS, Mojtabei R et al. Panic as an independent risk factor for suicide attempt in depressive illness: findings from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The Journal of clinical psychiatry* 2011; 72 (12): 1628–1635.

21. Kilbane EJ, Gokbayrak NS, Galynker I, et al. A review of panic and suicide in bipolar disorder: Does comorbidity increase risk? *Journal of affective disorders* 2009; 115 (1–2): 1–10.
22. Adamcová K, Praško J, Raszka M. Od-
dání psychiatrické léčby u pacientů
s panickou poruchou. *Česká a sloven-
ská Psychiatrie* 2010; 106: 145–149.
23. Ociskova M, Prasko J, Sedlackova Z. Stigma and self-stigma in patients with anxiety disorder. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2013; 55 (1–2): 12–18.
24. Kamarádová D, Grambal A, Látalová K et al. Panická porucha a farmakore-
sistence. *Postgraduální medicína* 2012; 15 (1): 103–109.
25. Praško J. *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál; 2005.
26. Simon NM. Generalized anxiety disorder and psychiatric comorbidities such as depression, bipolar disorder, and substance abuse. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2009; 70 (Suppl. 2): 10–14.
27. Moffitt TE, Harrington H, Caspi A et al. Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64 (6): 651–660.
28. Lawrence AE, Liverant GI, Rosellini AJ et al. Generalized anxiety disorder within the course of major depressive disorder: examining the utility of the DSM-IV hierarchy rule. *Depression and anxiety* 2009; 26 (10): 909–916.
29. Thibodeau MA, Welch PG, Sareen J et al. Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: propensity score matching in two epidemiological samples. *Depression and anxiety* 2013; 30 (10): 947–954.
30. Brady KT, Haynes LF, Hartwell KJ et al. Substance use disorders and anxiety: a treatment challenge for social workers. *Social work in public health* 2013; 28 (3–4): 407–423.
31. Goodwin RD, Stein DJ. Anxiety disorders and drug dependence: evidence on sequence and specificity among adults. *Psychiatry and clinical neurosciences* 2013; 67 (3): 167–173.
32. Ma X, Xiang YT, Cai ZJ et al. Generalized Anxiety Disorder in China: Prevalence, Sociodemographic Correlates, Comorbidity, and Suicide Attempts. *Perspectives in Psychiatric Care* 2009; 45 (2): 119–127.
33. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold Depression in Adolescence and Mental Health Outcomes in Adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (1): 66–72.
34. Vyskocilova J, Prasko J, Novak T et al. Is there any influence of personality disorder on the short term intensive group cognitive behavioral therapy of social phobia? *Biomedical Papers* 2010; 155 (1): 84–95.
35. Karam EG, Salamoun MM, Mneimneh ZN et al. War and first onset of suicidality: the role of mental disorders. *Psychological medicine* 2012; 42 (10): 2109–21018.
36. Naragon-Gainey K, Watson D. The anxiety disorders and suicidal ideation: accounting for co-morbidity via underlying personality traits. *Psychological medicine* 2011; 41 (7): 1437–1447.
37. Buckner JD, Joiner TE Jr, Schmidt NB et al. Daily marijuana use and suicidality: the unique impact of social anxiety. *Addictive behaviors* 2012; 37 (4): 387–392.
38. Kamath P, Reddy YC, Kandavel T. Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2007; 68 (11): 1741–1750.
39. Černá M, Grambal A, Vyskočilová J et al. Obsedantně kompulzivní porucha, její léčba a farmakoresistence. *Postgraduální medicína* 2012; 15 (1): 96–103.
40. Dhyani M, Trivedi JK, Nischal A et al. Suicidal behaviour of Indian patients with obsessive compulsive disorder. *Indian journal of psychiatry* 2013; 55 (2): 161–166.
41. Ociskova M, Prasko J, Cerna M, Jelena D, Kamaradova D, Latalova K, Sedlackova Z. Obsessive compulsive disorder and stigmatization. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2013; 55 (1–2): 19–26.
42. Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S et al. Experiences of stigmatization by relatives of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of psychiatric nursing* 2004; 18 (3): 88–96.
43. Dell'Osso L, Casu G, Carlini M et al. Sexual obsessions and suicidal behaviors in patients with mood disorders, panic disorder and schizophrenia. *Annals of General Psychiatry* 2012; 11: 27.
44. Christodoulou GN, Christodoulou NG. The financial crisis and its impact on mental health. *Psychiatrikē = Psychiatriki* 2013; 24 (2): 95–98.
45. Flavio M, Martin E, Pascal B et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss medical weekly*. 2013;28:143:w13759. doi: 10.4414/smw.2013.13759.
46. Furst SS, Ostow M. v Hankoff LD, Einsidler B, Littleton MA. *The psychodynamics in Suicide. Suicide: Theory and Clinical Aspects*. PSG Publishing. 1979; 165–178.
47. Richardson JD, St Cyr KC, McIntyre-Smith AM et al. Examining the association between psychiatric illness and suicidal ideation in a sample of treatment-seeking Canadian peacekeeping and combat veterans with posttraumatic stress disorder PTSD. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie* 2012; 57 (8): 496–504.
48. Calabrese JR, Prescott M, Tamburrino M et al. PTSD comorbidity and suicidal ideation associated with PTSD within the Ohio Army National Guard. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2011; 72 (8): 1072–1078.
49. Prasko J, Látalová K, Grambal A, Kamarádová D. Off-Label Use of Second Generation Antipsychotics in Anxiety Disorders and Obsessive Compulsive Disorder. *Act Nerv Super Rediviva* 2010; 52 (4): 229–240.
50. American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (Suppl): 1–60.
51. Lönnquist J. Drug treatment of suicidal behavior – updated facts about effectiveness. AEP Congress, April 9th 2008, Nice, France.
52. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Org* 2008; 86: 703–709
53. Tarrrier N, Taylor K, Gooding P: Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavioral Modification* 2008; 32 (1): 77–108.
54. Luoma JB, Villatte J. Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Cogn Behav Pract* 2012; 19 (2): 265–276.
55. Goodman M, Roiff T, Oakes AH et al. Suicidal risk and management in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14 (1): 79–85.
56. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2000; 157 (April suppl): 1–45.
57. DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ et al. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1007–1013.
58. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M et al. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998; 49: 59–72.
59. Davidson K. *Cognitive therapy for personality disorder: A guide for clinicians*. 2nd ed. New York: Routledge, Taylor and Francis Group; 2008.