Deprese a suicidální jednání v dětství a adolescenci

MUDr. Jiří Koutek, Ph.D., doc. PhDr. Jana Kocourková

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

Suicidální jednání v dětství a adolescenci je často vázáno na depresivní prožívání, ať již v rámci depresivní fáze nebo dalších psychiatrických onemocnění. Dokonané suicidium v dětství je vzácné, určitý vzestup nastává v adolescentním vývojovém období, ke kterému patří zejména suicidální pokus. Při vyhodnocení hloubky deprese a suicidálního rizika musíme brát v úvahu vývojové hledisko. Významným rizikovým faktorem pro suicidální jednání je sebepoškozování. Problematika je ilustrována kazuistickými ukázkami.

Klíčová slova: suicidální jednání, deprese, sebepoškozování, dítě, adolescent.

Depression and suicidal behavior in childhood and adolescence

Suicidal behavior in childhood and adolescence is often linked to depressive mood, whether in the context of a depressive episode or other mental disorders. Completed suicide in childhood is rare, a certain increase in the incidence of suicidal behavior occurs in the adolescent development period, particularly growing is incidence of suicidal attempt. The developmental point of view has to be taken into account when assessing the depth of depression and the suicidal risk. An important risk factor for suicidal behavior is self-harm. The issue is illustrated by case reports.

Key words: suicidal behavior, depression, self-harm, child, adolescent.

Úvod

Souvislost mezi depresí a suicidálním jednáním je velmi úzká. Odhaduje se, že afektivní poruchy se podílejí asi na 70–80 % dokonaných suicidií, zároveň asi 15 % lidí s depresí dokonane suiciduje (1). Přesná statistika však neexistuje, protože není snadné zpětně u všech zemřelých sebevraždou vyhodnotit, nakolik trpěli depresí. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR již přestal vydávat před delší dobou rozboru suicidalitu v České republice, ale např. v roce 2001 podle údajů statistiky z celkem 1 664 takto zemřelých byla přítomna nějaká duševní porucha v 244 případech, ve 101 případech bylo uvedeno, že nešlo o psychickou alteraci, u 1 319 případů nebylo zjištěno, zda byla či nebyla přítomna psychická porucha. Afektivní porucha byla zjištěna ve 101 případech (2). Uvedená čísla

znamenají, že ve většině případů nelze jejich duševní stav zpětně vyhodnotit.

Deprese v dětském a adolescentním věku

Depresivní symptomatika se může vyskytnout v rámci více psychiatrických diagnóz. V dřívější klasifikaci MKN 9. revize byla rozlišována deprese exogenní a endogenní, případně neurotická (3). Rovněž v současné době platné 10. revizi MKN je uvedeno několik poruch, jejichž důležitou součástí jsou příznaky deprese (4). V klasifikaci je uvedena kapitola Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci. Platí však zásada, že pokud můžeme v dětském a dorostovém věku diagnostikovat poruchu ze všeobecné části MKN, dáváme jí přednost před poruchou specifickou pro dětský věk.

Pokud zvažujeme depresivní symptomatiku v dětství a adolescenci, pak musíme brát v úvahu vývojová hlediska. Je podstatný rozdíl mezi depresí dospělých, adolescentů a dětí. Děti a dospívající mohou být smutní, trpět nespavostí, mít suicidální ideace. Dítě však bývá často dysforické, reaguje podrážděně, mohou být přítomny somatizace a separační úzkost. Souvisí to s tím, že zejména mladší děti mají nižší schopnost introspekce, sebe-reflexe, úroveň jejich mentalizačních funkcí je nižší. To právě vede k častějším somatickým příznakům a rovněž se může deprese promítat do chování. Chování dětí může imponovat jako poruchy chování. Pro adolescentní věk bývá typická anhedonie, pocity beznaděje, ale i poruchy chování spojené např. s abúzem drog (5).

V rámci části pro dospělé je deprese součástí zejména kapitoly Poruchy nálady, ať již jako depresivní fáze v rámci bipolární poruchy, samostatná depresivní fáze nebo periodická depresivní porucha. Jsou též zmíněny trvalé poruchy nálady. Depresivní symptomatika se však může vyskytnout v rámci poruch vyvolaných stresem. Depresivní prožívání bývá přítomno při posttraumatické stresové poruše a zejména při poruše přizpůsobení, ať již jako krátkodobá depresivní reakce, protrahovaná depresivní reakce nebo smíšená úzkostná a depresivní reakce. Poruchy přizpůsobení jsou definovány jako stavy subjektivní tísně a emoční poruchy, které obvykle narušují sociální fungování a výkon a vznikají následkem stresové životní události. Záleží pochopitelně na individuální vulnerabilitě a schopnosti zvládat stres, nakolik se případná zátěž projeví v depresivních příznacích. Důležité jsou rovněž faktory protektivní. U dětí a dospívajících je velmi důležitá rodina a rodinné vztahy. Narušené rodinné vztahy mohou být právě takovým stresem, vedoucím k poruše přizpůsobení. Velmi negativně na děti působí nyní dosti časté protrahované porozvodové a porozchodové spory mezi rodiči. Naopak fungující rodina je významným protektivním faktorem v případě jiného stresoru, např. při těžkém chronickém somatickém onemocnění, šikaně ve škole apod. V oddílu poruch specifických pro dětský a dorostový věk se depresivní symptomatiky týká smíšená porucha chování a emocí, zejména diagnóza depresivní porucha chování. Tato porucha předpokládá kombinaci poruchy chování v dětství s trvalou a zřejmou depresivní náladou, která se projevuje smutkem, ztrátou zájmu a radosti z běžných činností, pocity viny a beznaděje, poruchami spánku a chuti k jídlu. Zároveň bývají přítomny poruchy chování, které jsou charakterizovány dle MKN 10 jako opakující se projevy dissociálního, agresivního a vzdorovitěho chování. Může jít o rvačky, tyranizování slabších, krádeže, žhářství, lhaní, záškoláctví, útoky z domova. Je pochopitelné, že takové chování může přinášet svému nositeli problémy, které zpětně mohou dále zhoršovat jeho náladu. Jde pak o bludný kruh poruch chování a depresivního prožívání.

Specifickou problematikou pro adolescentní věk je tzv. nevyvážený vývoj osobnosti.

Tab. 1. Výskyt suicidálního chování v dětském a adolescentním věku

Věk	Pohlaví	2012	2013	2014	2015	2016
0–14	Chlapci	3	5	1	2	0
0–14	Dívky	1	2	1	5	0
15–19	Chlapci	28	36	28	14	26
15–19	Dívky	4	5	6	7	11

Tab. 2. Diagnostická kritéria dle DSM 5

A.	Během posledních 24 měsíců spáchal jedinec sebevražedný pokus.
B.	Tento čin nesplňuje kritéria pro nesuicidální sebepoškození, tedy nezahrnuje povrchové poranění za účelem ulevit si od negativních emocí/myšlenek nebo docílit pozitivního emočního stavu.
C.	Tato diagnóza se nepoužívá pro sebevražedné myšlenky nebo přípravu sebevraždy.
D.	Sebevražedný pokus nebyl započat ve stavu deliria nebo zmatenosti.
E.	Sebevražedný pokus nebyl učiněn čistě z politických nebo náboženských důvodů.

V dětské psychiatrii jej diagnostikujeme relativně často, je vnímán jako jakýsi předstupeň poruchy osobnosti. Je přirozené, že některé projevy poruchy osobnosti se mohou vyskytovat již ve starším dětském a adolescentním věku. Mnozí naši pacienti vykazují již úplné charakteristiky poruchy osobnosti. Vývoj osobnosti dospívajícího však není ukončený, nelze jednoznačně predikovat, zda se specifická porucha osobnosti u něj v plné míře rozvine. Proto MKN 10 uvádí, že „je nepravděpodobné, že diagnóza poruchy osobnosti bude vhodná před věkem šestnáct nebo sedmáct let“. Souvislost s depresí pak má hlavně emočně nestabilní osobnost, kde může nálada kolísat až k výrazně depresivním prožitkům, zároveň přítomná impulzivita vede k riziku suicidálního jednání (6).

Depresivní porucha může být v dětském, ale hlavně v dospívajícím věku přítomna také jako komorbidní onemocnění. Tohoto věku se ještě příliš netýká deprese jako komorbidita závislosti na alkoholu, můžeme se ale setkat s depresivní symptomatikou při zneužívání drog a závislosti např. na počítačích. Důležitou nozologickou jednotkou, spojenou velmi často s depresí, je porucha příjmu potravy (7). V dětském věku se vyskytuje převážně ve formě mentální anorexie, ve věku adolescentním se již můžeme setkat s mentální bulimií (8). K obrazu mentální anorexie často patří smutná nálada, sociální stažení, suicidální ideace. V rámci mentální bulimie se pak přidávají pocity viny po přejedení. Tendence k impulzivnímu jednání pak může nezřídka vést k suicidálnímu jednání (9). Na depresi u poruch příjmu potravy se podílí jak biologické faktory ve smyslu hypotrofie, tak i psychologické faktory, např. chybný náhled nemoci při snahách okolí o léčbu a úpravu hmotnosti pacientky.

Suicidální chování v dětském a adolescentním věku

Suicidální chování není pouze dokonaná sebevražda. Do suicidálního chování lze zařadit sebevražedné myšlenky, tendence, suicidální pokus a konečně dokonané suicidium. Sebevražedné chování končí letálně je v dětském věku relativně vzácné. Nárůst nastává ve věku adolescentním, přesto ve srovnání s celou populací je jeho výskyt v tomto věku nižší (viz Tab. 1) (10). Zejména k adolescentnímu věku patří suicidální pokus, který sice nekončí smrtí, může však poškodit zdraví a ovlivňuje osobnostní vývoj adolescenta. Navíc představuje významný rizikový faktor pro opakování sebevražedného jednání včetně případné dokonané sebevraždy. Suicidálních pokusů je násobně více než dokonaných suicidií. Pro dětský a adolescentní věk platí stejně jako pro věk dospělý, že u dokonaných suicidií převažují výrazně chlapci nad dívkami, zatímco u suicidálních pokusů je tomu naopak (11). Zejména v dospívajícím věku u suicidálních pokusů převažují dívky nad chlapci. V celé populaci se poměr suicidálních pokusů odhaduje na 20–30:1, v adolescentním věku je odhad až 100:1. Přesná statistická data však neexistují. Do roku 1990 fungovalo v České republice povinné hlášení sebevražedných pokusů, podle tehdejší statistiky však poměr suicidálních pokusů a dokonaných suicidií byl asi 2:1. Je tedy zřejmé, že většina suicidálních pokusů hlášena nebyla.

Dokonaná sebevražda je definována jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít. Vzhledem k tomu, že úmysl zemřít nemusí být jednoznačný, bývá dokonaná sebevražda charakterizována jako záměrný sebepoškozující akt, při němž se osoba, kte-

Obr. 1. Kontinuální model suicidálního jednání

Obr. 2. Diskontinuální model jednotlivých forem suicidálního jednání

rá se ho dopouští, nemůže být jista, zda ho přežije. Suicidální pokus je pak definován jako život ohrožující akt s úmyslem zemřít, nikoli však s letálním koncem. Někteří autoři vidí suicidální chování a jednání jako kontinuální přímku, s postupným vzestupem suicidálního rizika od suicidálních nápadů a myšlenek až po dokonané suicidium (viz Obr. 1). Podle jiné teorie však suicidální pokus není jen nepodařená sebevražda, ale mezi oběma akty je kvalitativní rozdíl (viz Obr. 2). Bývají uváděny některé rozdíly, jako např. suicidálních pokusů se dopouštějí převážně ženy, zatímco u dokonaných suicidií převažují muži. Sebevražedný pokus patří spíše k mladšímu věku, je spíše používána tzv. měkká metoda, jako je intoxikace léky, motivy bývají v oblasti interpersonálních vztahů. K suicidálním pokusům dochází nejčastěji ze spontánního, málo promyšleného rozhodnutí, zatímco dokonané suicidium je častěji výsledkem delšího plánování a příprav. 25–30% těch, kteří se pokusí o sebevraždu, svůj pokus opakuje (6).

Suicidium, případně suicidální pokus, nepředstavuje samostatnou psychiatrickou diagnózu, může se vyskytnout v rámci řady psychiatrických diagnóz. Nejčastěji souvisí s depresí, časté bývá u schizofrenie, u závislostí, případně poruch příjmu potravy. Může se vyskytnout suicidální jednání bez zjištěné psychiatrické

diagnózy, tyto případy jsou však dosti vzácné. DSM 5 přichází s novým konceptem (12). V kapitole Onemocnění určená k dalšímu zkoumání uvádí jako diagnózu Porucha se suicidálním chováním. Navrhovaná diagnostická kritéria ukazuje Tab. 2. V popisu se uvádí, že uvedená porucha se často vyskytuje v komorbiditě s dalšími psychiatrickými poruchami. Z klinické zkušenosti lze soudit, že tato diagnóza se dobře hodí k opakovanému suicidálnímu jednání zejména v adolescentním věku (13).

Důležitá je souvislost mezi suicidálním jednáním a sebepoškozováním. Sebeпоškozování je fenomén, jehož výskyt v posledních letech zejména v dospívajícím věku dramaticky stoupá. Jde o specifické vědomé autoagresivní chování, které není primárně cíleno na závažnější sebezranění ani nemá sebevražedný cíl (14, 15). V západních zemích 5–9% adolescentů uvádělo sebeпоškození v předcházejícím roce. Sebeпоškozování představuje významný rizikový faktor pro suicidální jednání. 55–58% těch, kteří se sebeпоškozovali, uskutečnili nejméně jeden suicidální pokus. Více než 5% osob, které byly hospitalizovány pro sebeпоškozování, v dalším období dokonale suicidovalo (16). Vztah mezi sebeпоškozováním a suicidálním jednáním v adolescentním věku je významný (17). Při vzniku a udržování této psychopatologie se často uplatňuje nápodoba a závislosti na ní.

Kazuistická ukázka I.

Šestnáctiletá dívka, vyrůstající v úplné rodině, byla přijata po závažném suicidálním pokusu skokem z výše, byla přeložena na Dětskou psychiatrickou kliniku FNM z chirurgické kliniky po zvládnutí závažného poranění. V rodině se opakovaně vyskytly deprese, u babičky a strýce z matčiny strany. Dívka uvedla, že asi měsíc se necítila dobře, byla smutná, měla pocity beznaděje, méněcennosti, vyčítala si nejrůznější drobné prohřešky, kterých se dopustila. Hůře spala, v noci a k ránu se probouzela. Napadaly ji suicidální myšlenky, zpočátku prchavé, postupně se stávaly konkrétnějšími. Napsala dopis na rozloučenou a vyskočila z bytu ve třetím patře. Při vyšetření byla výrazně depresivní, přetrvávaly suicidální myšlenky, litovala, že se jí sebevražda nepovedla. Byla medikována antidepresivy typu SSRI, postupně deprese odezněla. Dg. závěr byl těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků.

Kazuistická ukázka II.

Téměř 19letá dívka, od 14 roků trpěla mentální anorexií, opakovaně byla hospitalizována pro pokles hmotnosti, nejnižší BMI byl 12,5. Vyrůstala v neúplné rodině, její rodiče se rozvedli, když jí bylo 12 roků, rozvod rodičů byl konfliktní. Byla v péči matky, s otcem se stýkala sporadicky. Byla úspěšnou studentkou střední školy. Byla zvýšeně dráždivá, měla výkyvy nálady, opakovaně trpěla depresemi. Objevovaly se záchvaty vzteku, zejména v situaci, kdy se jí někdo snažil přesvědčit o potřebě přibrat. Přítomna byla porucha tělového schématu, měla pocit i při velmi nízké hmotnosti, že má silná stehna a velký zadek. Několik let měla amenoreu, hormonální substituční léčbu doporučenou gynekologem odmítala. V ambulantní péči došlo opět k poklesu hmotnosti, byla doporučena hospitalizace v psychiatrické nemocnici. V noci před přijetím dívka dokonale suicidovala intoxikací medikamenty.

Závěr

Suicidální jednání v dětství a zejména v adolescenci je často spojeno s depresivní symptomatikou, ať již v rámci depresivní fáze, poruchy přizpůsobení či dalších psychiatrických poruch. Významný je podíl disharmonického vývoje osobnosti v adolescenci, kde se může kombinovat depresivní prožívání spolu

s agresivními tendencemi. Tato agrese bývá nezřídka obrácena vůči blízkým osobám, se kterými má dospívající konflikty. Při výskytu suicidálních výroků nebo sebepoškození je indikováno psychiatrické vyšetření, které by měl doporučit praktický lékař pro děti a dorost. Určitě neplatí mnohdy oblíbený mýtus, že „kdo o sebevraždě mluví, ten ji nikdy nespáchá“. Opak je pravdou, pokud někdo mluví o sebe-

vraždě, je zřejmé, že toto téma je obsahem jeho myšlenek. Proto může být suicidiem ohrožen. Při vyšetření pacienta ohroženého suicidálním jednáním se musíme zaměřit na vyhodnocení suicidálního rizika a stanovení případné psychiatrické diagnózy. Zvláště nebezpečné jsou přítomné pocity smutku, viny, studu, beznaděje, ale i agresivní popudy. Pokud je suicidální riziko vyhodnoceno jako podstatné, je nutná

hospitalizace. Léčba je pak závislá na výsledku vyšetření a odpovídá diagnostikované poruše.

Článek vznikl v rámci programu UK Progres č. Q15 s názvem „Životní dráhy, životní styly a kvalita života z pohledu individuální adaptace a vztahu aktérů a institucí“, byl podpořen projektem MZd ČR koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (Fakultní nemocnice v Motole).

LITERATURA

1. Látalová K, Kamarádová D, Praško J. Suicidalita u psychických poruch, Praha: Grada 2015.
2. Sebevraždy 2001, Zdravotnická statistika, Praha: ÚZIS 2001.
3. MKN 9. revize, Avicenum, Praha, 1978.
4. MKN 10. revize, Psychiatrické centrum, Praha, 1993.
5. Dudová I. Deprese v dětství a adolescenci, in Psychiatrie a pedopsychiatrie, ed. Hosák L, Hrdlička M, Libiger J, a kol, Karolinum, Praha, 2015.
6. Apter A, Gothelf D, Orbach I, et al. Correlation of suicidal and violent behaviour in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34: 912–918.
7. Fennig S, Hadas A. Suicidal behaviour and depression in adolescents with eating disorders. *Nord J Psychiatry*. 2010; 64(1): 32–39.
8. Papežová H, Kocourková J, Koutek J. Poruchy příjmu potravy, in Raboch J, et al: Doporučené postupy psychiatrické péče IV, Psychiatrická společnost ČLS JEP, Praha, 2014.
9. Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosom Med*. 2008; 70(3): 378–383.
10. Demografická ročenka České republiky, Český statistický úřad, Praha 2016.
11. Chylová M, Pálová E, Kovaničková M, Breznoščáková. Prieskum suicidálneho správania v období dospievania. *Česko-slovenská psychologie*. 2011; ročník LV, 4, 306–315.
12. DSM – 5. Hogrefe Testcentrum, Praha 2015.
13. Brent DA. Preventing Youth Suicide: Time to Ask How. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 50(8): 738–740.
14. Skegg K. Self-harm. *Lancet*. 2005; 366: 1471–1483.
15. Jacobson CM, Gould M. The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injurious Behavior Among Adolescents: A Critical Review of the literature. *Arch Suicide Res*. 2007; 11(2): 129–147.
16. Wilkinson PO. Nonsuicidal Self-Injury: A Clear Marker for Suicide Risk. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 50(8): 741–743.
17. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-care versus self-harm: piercing, tattooing, and self-injuring in eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2005; 13: 11–18.