

Časná identifikace sebevražedného chování u dětí a spolupráce mezi pediatrem a psychiatrem

MUDr. Ing. Adam Žaludek, MBA, LL.M.^{1,2}, MUDr. Jan David, Ph.D.³, MUDr. David Marx, Ph.D.^{2,4}

¹Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

²Kabinet veřejného zdravotnictví 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Praha

³Pediatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Motole, Praha

⁴Klinika dětí a dorostu 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Péče o dětské pacienty se sebevražedným chováním vyžaduje mezioborovou spolupráci, a to nejčastěji mezi pediatrem a psychiatrem. I přes jejich nedostatek je právě činnost psychiatrů často ta stěžejní. Cílem článku je přiblížit čtenáři problematiku časně identifikace sebevražedného chování a aspekty spolupráce mezi pediatrem a psychiatrem u dětských pacientů.

Klíčová slova: sebevražda, identifikace, děti, spolupráce, pediatrie, psychiatrie.

The early identification of suicidal behaviour in children and cooperation between paediatricians and psychiatrists

The care of children with suicidal behaviour needs interdisciplinary cooperation, most often this includes paediatricians and psychiatrists. Psychiatry is ranked among the most crucial ones. The aim of this article is to present the aspects of early identification of suicidal behaviour in children and cooperation between paediatricians and psychiatrists.

Keywords: suicide, identification, children, cooperation, paediatrics, psychiatrics.

Úvod

Sebevraždu lze definovat jako vědomé a úmyslné ukončení života jedince vlastní rukou. Tento čin, oproti sebezabití, vyžaduje jasný, vědomý úmysl zemřít. Jedná se o závažnou intrapersonální poruchu pudu sebezáchovy vzniklou v důsledku různých traumatizujících vlivů. Presuicidální chování je spojeno s impulzivitou a iritabilitou, naopak ztráta posledních sociálních vazeb je pak často spouštěčem vlastního rozhodnutí k sebevražednému jednání (1). Faktorem zvýšeného rizika sebevraždy může být přítomnost sebevražedného jednání v rodinné anamnéze, psychiatrické onemocnění či jiná traumatizující událost. Přehled rizikových faktorů uvádí tabulka 1 (2, 3).

Samotný sebevražedný akt není jen jednorázová záležitost, ale dlouhodobý proces s určitým

vývojem – od sebevražedných myšlenek a tendencí, přes stanovení plánu až k samotnému rozhodnutí a vykonání. U dětí však striktní dělení úvahy a jednání nemá takový význam, proto je lepší používat souhrnný název sebevražedné chování (1). Sebevražedný pokus je pak jednou z významných forem sebevražedného chování. Jde o život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak bez letálního konce a často s celoživotními následky. Pro dětskou populaci je navíc příznačné riziko, které spočívá v mylném hodnocení letality ze zvolené sebevražedné metody (2).

Výskyt a specifika u dětí a dospívajících

Sebevraždy se řadí na druhé místo v příčinách úmrtí osob mezi 10.–19. rokem života (4). Například

v roce 2018 bylo v České republice evidováno 37 úmrtí ve věkové skupině 15–19 let v důsledku sebevražedného jednání (5). Mladiství tak představují specifickou rizikovou populaci – až 23 % úmrtí osob mezi 15–24 lety je spojeno se sebevražedným jednáním, 7–14 % mladistvých se sebezpoškozuje, 20–45 % přiznává sebevražedné úvahy (6). Naopak u prepubertálních dětí je sebevražedné jednání výjimečné, ale vyskytuje se také. Vývoj počtu sebevražd v celé české populaci ukazuje graf 1 (7).

Děti a mladiství v psychiatrické péči se od těch dospělých odlišují několika aspekty. Jednak nejsou často schopni dobře vyjádřit své pocity a potřeby. Významnější roli v rozvoji sebevražedných úvah hraje vliv rodiny a prostředí. Zejména u mladších dětí je pak nutno přihlídnout k vývojovému aspektu vnímání

smrti. V předškolním věku je obvykle smrt chápána jako reverzibilní fenomén, tedy odchod či usnutí člověka s možností návratu. Mezi šestým až osmým rokem života je pak personifikována a teprve kolem osmého až desátého roku je dítě jasně schopno vnímat její ireverzibilitu, všeobecnost a úplnost. Dalším aspektem je fakt, že informace ohledně stavu pacienta a jeho anamnézu je často nutno získávat z pozorování nonverbálního chování či z objektivních zpráv (například ze školy). V neposlední řadě je nutno zmínit, že některé nemoci manifestující se v pediatrickém věku jsou zatíženy horší prognózou (například psychotická onemocnění). Tabulka 2 shrnuje rozdíly faktorů asociovaných se sebevraždami dospělých a mladistvých (8).

Identifikace a hodnocení rizika sebevraždného chování

Cílem prevence sebevraždného jednání u dětí a mladistvých je nejenom včasná identifikace rizika, ale též snaha o eliminaci jednotlivých rizikových faktorů. V rámci primární prevence se jedná o obecnou podporu duševního zdraví, podporu rodinných vztahů a o dostatek kvalitních mimoškolních aktivit. Ne méně významná je existence různých podpůrných organizací, linek důvěry apod., stejně tak snaha o redukcii dostupnosti sebevraždných prostředků, tj. zejména léků a zbraní. Sekundární prevence spočívá v časném zachytu a léčbě klinických projevů. Pro terciární prevenci je pak charakteristické zmírnění následků již proběhlé sebevraždy a hlavně zabránění jejímu opakování (3).

S ohledem na to, že po sebevraždných pokusech jsou děti a mladiství často hospitalizováni na pediatrických pracovištích včetně jednotek intenzivní péče, je následný časný screening rizika sebevraždy velmi důležitý. Vytváří tak navíc první kontakt s psychiatrickou péčí nejen dítěte či mladistvého, nýbrž i s jeho blízkými (9). Zde rovněž probíhá nutná spolupráce mezi pediatrem a psychiatrem. Všichni pacienti v riziku sebevraždy (což jsou rovněž všichni po sebevraždném pokusu), by měli absolvovat zhodnocení míry tohoto rizika. Na základě odborného posouzení je pak potřeba navázat s multidisciplinární spoluprací, která kromě zdravotníků zahrnuje i pacienta a jeho blízké.

V neposlední řadě je potřeba zhodnotit samotnou závažnost sebevraždného pokusu – zejména pečlivost přípravy (plánovaný čin, dopis na rozloučenou) a další okolnosti (jedinec po

Tab. 1. Faktory zvýšeného rizika sebevraždného chování (upraveno dle 2, 3)

Faktor	Příklady
Hereditární zátěž	Sebevraždné jednání v rodinné anamnéze
Přítomnost či hrozba bolestivé emocionální situace	Úmrtí blízkého Rozvod rodičů Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
Porucha funkce rodiny	Neúplná či nefungující rodina
Psychiatrické onemocnění	Deprese Psychotická onemocnění
Somatický zdravotní stav	Chronická onemocnění
Temperament	Impulzivita
Nálada	Pocity ztráty naděje a bezradnosti
Ostatní	Podrobný plán sebevraždy Sepisování poslední vůle Dostupnost prostředků (zbraně, léky, návykové látky)

Tab. 2. Rozdíly faktorů asociovaných se sebevraždami dospělých a mladistvých (upraveno dle 8)

Kategorie faktorů	Rozdíl oproti sebevraždám dospělých
Rizikové faktory	Mladiství mají častěji sebevraždné myšlenky Častá impulzivita Častější sebevraždné pokusy Vyšší vliv skupiny a médií na mladistvé
Diagnózy	Méně psychotických poruch u mladistvých
Symptomy	Sebevraždné myšlenky jsou u mladistvých častější a zároveň jsou častěji popírány Časté podceňování letality pokusů u mladistvých
Léčba	Užívání jiných skupin léčiv oproti dospělým Zahrnutí rodiny do léčby (terapeutické i medikamentózní) je nezbytné
Právní problematika	Mladší adolescenti mohou mít menší kompetenci při rozhodování o léčbě Důležitá spolupráce s rodiči či institucemi

Tab. 3. Rizikové faktory dokonaných sebevražd u mladistvých (upraveno dle 8, 10)

Individuální a demografické faktory	Věk nad 14 let Muži Dítě z nechtěného těhotenství Předchozí sebevraždný pokus Otevřené sebevraždné prohlášení Přístup k vysoce letálním metodám
Faktory rodiny a prostředí	Sebevraždné jednání v rodině Duševní onemocnění či porucha osobnosti v rodině Rozpad či nefunkčnost rodiny Sexuální zneužívání či týrání v rodině Zanedbávání Ztráta blízkého v rodině (odchod či úmrtí) Trestná činnost a výkon trestu v rodině Zneužívání návykových látek v rodině
Faktory spojené s duševním stavem	Deprese Bipolární afektivní porucha Užívání návykových látek Psychózy Poruchy chování (zejména ve spojení s impulzivitou) Pocit bezradnosti, ztráta víry v možnosti změny v rodině, vztazích Konflikt se sexuální příslušností a rolí

činu neusiluje o pomoc, nadále si přeje zemřít, lituje, že se akt nepovedl). Je nutno však pomýšlet na fakt, že děti často nejsou schopny správně posoudit nebezpečnost použité metody (ať už ve smyslu přecenění nebo podcenění).

V současnosti neexistuje jednoznačná laboratorní metoda, zobrazovací vyšetření či

dotazník, které by byly schopny odhalit riziko sebevraždy dospělého jedince, natož dětského pacienta (6). Je proto důležité soustředit se na standardizované klinické posouzení. Jak bylo uvedeno, klíčové je posouzení rizika psychiatrem. Kromě cílených dotazů na sebevraždné myšlenky a zhodnocení rizikových fak-

torů (Tab. 3) je nezbytné získat informace od okolí nemocných, zejména pečujících osob, tj. rodičů, pěstounů, pracovníků výchovných ústavů a dalších (8, 10). Vhodné je doplnění takového hodnocení o některou ze škál, které jsou používány. K tomuto bodu je potřeba podotknout, že samotné využití dotazníku nenahradí vyšetření klinickým pracovníkem, ale může jej doplnit o další pohled a podpořit rozhodnutí v nejasném případě (11).

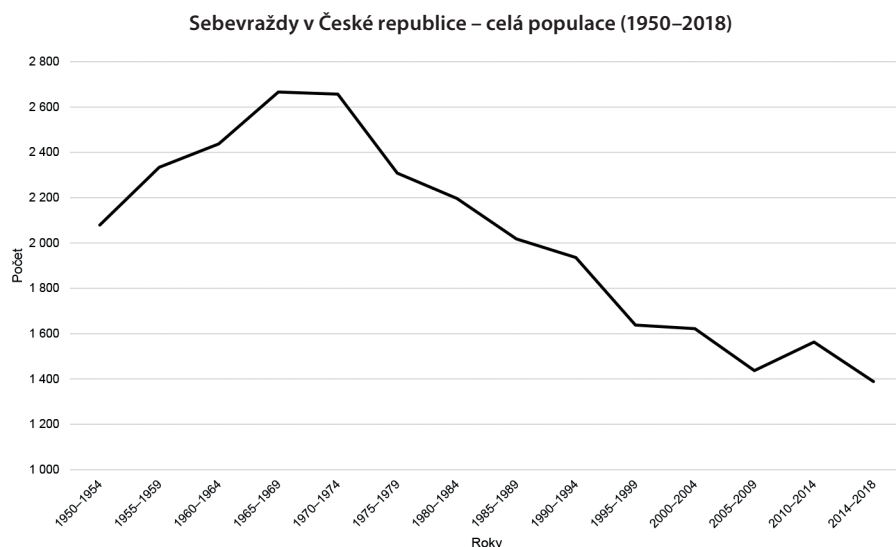
Jedním ze screeningových nástrojů, který se používá pro hodnocení pacientů ve věku od 10 do 21 let v prostředí akutní péče, je tzv. ASQ – The Ask Suicide Screening Questions (Tab. 4). Je to čtyřbodový nástroj pro screening rizika sebevraždy (12, 13) – dotazovaný odpovídá na jednoznačné škále ano/ne. Kladná odpověď na kteroukoli otázku je považována za pozitivní záchyt a je vhodné položit pátou otázku: „Přemýšlíš nad tím, že by ses chtěl/a v tuto chvíli zabít?“. Poté samozřejmě následuje další specializovaná péče. Výhodou tohoto dotazníkového nástroje je fakt, že škálu nemusí užívat pouze zdravotník s psychiatrickým vzděláním. Může být snadno užívána i pediatry či sestrami na pediatrickém oddělení. Další výhodou je, že se jedná se o pracovníky, které pacienti již znají a nevytváří se tak velké stigma, které může být naopak pocíťováno při styku s psychiatrem. Screeningový rozhovor by měl být též prováděn bez přítomnosti rodiče či doprovodu. ASQ je charakterizován senzitivitou 98 %, specifivitou 66 % a negativní prediktivní hodnotou 97 % (11).

Časná identifikace rizika sebevraždy je základem krokem úspěšného zvládnání tohoto fenoménu. Žádné výzkumy neprokázaly, že by přímé otázky týkající se sebevražednosti vedly ke zvýšenému riziku sebevražedného jednání. Neméně důležité je pak následné navázání terapeutického vztahu jak s pacientem, tak s jeho blízkými s tím, že další kroky pak závisí na individualizovaném léčebném plánu – od doporučení pro ambulantní péči přes hospitalizaci na dětském psychiatrickém oddělení. Rozsah

Tab. 4. ASQ – The Ask Suicide Screening Questions (volný překlad, upraveno dle 12,13)

Otázka	Ano/Ne
Přál/a sis v posledních několika týdnech umřít?	
Měl/a jsi v posledních několika týdnech pocit, že by pro tebe nebo tvoji rodinu bylo lepší, kdybys nežil/a?	
Měl/a jsi v minulém týdnu myšlenky na sebevraždu?	
Pokusil/a ses někdy v minulosti o sebevraždu?	

Graf 1. Sebevraždy v České republice



článku nedovoluje podrobnější rozvedení problematiky bezpečí prostředí, neboť i na uzavřených odděleních dochází k sebevražedným pokusům. Zásadní ovšem je, aby časná identifikace rizika sebevraždy byla standardizovaným krokem v komplexním klinickém hodnocení. Standardizace snižuje variabilitu ve výstupech z klinických procesů a přispívá tak vyšší míře kvality poskytovaných služeb (14).

Závěr

Znalost rizikových faktorů sebevražedného chování u dětí a mladistvých je zásadní pro primární prevenci. Již provedený sebevražedný pokus představuje významný rizikový faktor dokonané sebevraždy. K časně identifikaci a zhodnocení rizika sebevraždy existuje několik screeningových nástrojů. Dotazník ASQ je velmi jednoduchý, má vysokou detekční schopnost a v běžné praxi je snadno použitelný – dle názoru autorů bez větších úprav i pro české podmínky jako nástroj screeningový. Mezioborová spolupráce, zejména

mezi pediatrem a psychiatrem, však nadále zůstává tou stěžejní v rámci časně diagnostiky i terapie.

Stojí za zapamatování

- Sebevraždy se řadí na druhé místo v příčinách úmrtí osob mezi 10.–19. rokem života.
- Všichni pacienti v riziku sebevraždy, včetně těch po sebevražedném pokusu, by měli absolvovat zhodnocení míry tohoto rizika.
- ASQ (The Ask Suicide Screening Questions) je jednoduchý čtyřbodový nástroj pro screening sebevražedného rizika.
- Využití nástrojů hodnocení rizika sebevraždy musí být standardizovaným krokem v klinickém hodnocení, má-li přinést menší míru variability ve výstupech.
- Vždy je potřeba pamatovat na empatický, neostrakizující způsob jednání s pacienty i jejich blízkými. I přes to, že sebevražedné jednání může být „voláním o pomoc“ či manipulací, je významným signálem o tom, že pacient potřebuje podporu.

LITERATURA

1. Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Praha: Tigis, 2004: 883 s.
2. Koutek J, Kocourková J. Suicidální pokus u dětí a dospívajících – motivy a rizikové faktory. Psychiatr. pro Praxi, 2006; (3): 131–132.
3. Koutek J. Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence. Pediatr. Praxi, 2008; (5): 302–304.

4. High School Youth Risk Behavior Survey Data 1991–2015 [online]. Center for Disease Control and Prevention (CDC). 2016. [cit. 10–4–2020]. Dostupné z: <http://nccd.cdc.gov/youthonline>
5. Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech – 2009 až 2018 [online]. Praha: Český statistický úřad.

[cit. 10–4–2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2008-2017-b1c67xq334>

**Další literatura u autora
a na www.pediatricpropraxi.cz**