

Suicidální chování v adolescentním věku

Diplomová práce

Kristýna Vrbová

3. LF UK Praha

Leden 2006

Vedoucí práce /školitel/:

MUDr. Lenka Lovasová

ANOTACE

Předkládaná diplomová práce si klade za cíl soustředit dostupné prameny odborné literatury týkající se suicidálního chování adolescentů, které by zároveň poskytl na tutu problematiku jistý ucelený pohled.

V úvodní části diplomová práce poukazuje na skutečnost, že suicidální chování je předmětem zkoumání zejména psychiatrických disciplin neboť u psychiatrických onemocnění je vysoké riziko sebevražedného jednání.

O závažnosti i aktuálnosti tohoto tématu svědčí uvedené statistické údaje jak domácí, tak i Světové zdravotnické organizace, o počtu sebevražedných pokusů a dokonaných sebevražd. Jsou zde uvedeny též vývojové trendy za jednu dekádu pro Českou republiku (od r. 1990).

V další části diplomové práce jsou prezentovány různé formy suicidálního jednání s uvedením obvyklé motivace. Jsou zde i kvantitativní údaje o nejužívanějších způsobech sebevražd u nás i v zahraničí.

V souvislosti se studiem suicidálního chování adolescentů jsou paralelně zkoumány též projevy sebepoškození s uvedením charakteristických odlišností.

Následně jsou analyzovány rizikové faktory suicidálního chování dětí a dospívajících. Zvláštní pozornost je věnována zejména vlivu rodiny, školnímu prostředí, roli vlastního zdravotního stavu, náboženství, sociální situaci ap. Samostatně jsou rozebírány negativní dopady drogové závislosti.

Pozornost je soustředěna též na klinický obraz suicidálního jednání a zejména na jeho diagnostiku – psychodiagnostické metody (škály pro hodnocení deprese).

V oblasti léčby je zřetelně odlišena prvotní fáze „první pomoci“ při suicidálních myšlenkách a suicidálním jednání od fáze následné, systematické léčby – psychoterapie a farmakoterapie.

Závěrečná část diplomové práce se věnuje otázkám prevence zaměřené na snížení výskytu klinické poruchy v populaci, na včasné její zachycení a léčbu, jakož i na zmírnění následků této klinické poruchy a zabránění jejímu opakování.

Kromě výčtu použité literatury, zahrnující též některé webové stránky, jsou na konci práce uvedeny dvě přílohy. Telefonní čísla na linky důvěry pro děti v České republice a Ukázky z „osvěty“ pro

dospělé, pracující s dětmi v USA. Oba materiály jsou určitém v
v té které společnosti.

2

OBSAH

Anotace	1
1 Úvod k problematice suicidálního chování.....	6
1.1 Transkulturální rozdíly	7
1.2 Sebevražedné jednání a psychiatrie.....	8
1.3 Některé mýty a skutečnosti o sebevražedném jednání.....	8
1.4 Obecné poznatky o sebevražedném chování	10
2 Epidemiologie suicidálního jednání.....	12
2.1 Epidemiologie suicidálních pokusů.....	12
2.2 Vývoj suicidality v dětství a adolescenci.....	13
3 Formy, způsoby a motivy suicidálního jednání.....	17
3.1 Formy suicidálního chování.....	17
3.1.1 Suicidální myšlenky.....	17
3.1.2 Suicidální pokus	17
3.1.3 Suicidium	19
3.2 Způsoby suicidálního jednání	21
3.3 Motivы suicidálního jednání	29
4 Rizikové faktory suicidálního chování dětí a dospívajících	31
4.1 Suicidální jednání a rodina	31

4.2	Školní neúspěch	32
4.3	Význam adekvátních vrstevnických vztahů	33
4.4	Zdravotní stav	33
4.5	Sociální situace.....	34
4.6	Náboženství.....	34
4.7	Další rizikové faktory	34
4.8	Vyvolávající faktory	35
5	Klinický obraz suicidálního jednání v dětství adolescenci	36
6	Problematika závislostí a suicidium	39
7	Sebepoškozování v adolescenci.....	42
7.1	Způsoby sebepoškozování	42
7.2	Výskyt.....	44
7.3	Klinické charakteristiky	44
7.4	Sebepoškozování a suicidální chování	45
7.5	Terapie	46
8	Diagnostika suicidálních dětí a adolescentů	48
8.1	Komplexní přístup v diagnostice.....	48
8.2	Možnosti posuzování suicidálního dítěte a adolescenta.....	49
8.3	Psychodiagnostické metody	52
8.4	Posuzování suicidálního úmyslu	53

8.5	Úloha rodičů a dalších osob při posuzování suicidálních projevů dítěte	54
9	Léčba suicidálních dětí a adolescentů.....	58
9.1	Terapeutický přístup.....	58
9.2	První pomoc při suicidálních myšlenkách a tendencích	58
9.3	První pomoc při akutně hrozícím suicidálním jednání	59
9.4	První pomoc po suicidálním pokusu	60
9.5	Krizová intervence.....	61
9.6	Systematická léčba suicidálních pacientů.....	62
9.6.1	Psychoterapie.....	63
9.6.2	Rodinná terapie.....	64
9.2.3	Ostatní psychoterapeutické přístupy.....	64
9.2.4	Farmakoterapie při sebevražedném jednání.....	65
10	Prevence suicidálního chování dětí a adolescentů.....	67
10.1	Preventivní přístup v oblasti suicidálního chování	67
10.2	Typy prevence.....	68
10.3	Rizikové a protektivní faktory ve vývoji dítěte	69
10.4	Preventivní programy a intervence	71
11	Literatura	74
	Příloha 1: Linky důvěry pro děti v České republice:.....	76
	Příloha 2: Ukázky z „osvěty“ pro dospělé pracující s dětmi v USA:.....	77

1 ÚVOD K PROBLEMATICE SUICIDÁLNÍHO CHOVÁNÍ

Suicidium i suicidální chování představuje závažný problém, který je v centru zájmu řady odborníků. Z hlediska lékařství je suicidální chování problematikou stojící na pomezí řady medicínských oborů. Při sebevražedném jednání často dochází k závažnému porušení zdraví, případně ke smrti. Zde zasahují kromě praktických lékařů a dětských praktických lékařů další odborníci z tzv. somatických oborů podle charakteru poranění nebo postižení zdravotního stavu. Při intoxikaci to jsou internisté, při různých poraněních chirurgové, traumatologové, ortopedi, ale též neurologové a další. V případě, že jsou ohroženy základní životní funkce postiženého, zasahují odborníci z oboru resuscitace a anesteziologie. Jakmile je zdravotní stav pacienta stabilizován a není bezprostředně ohrožen život, nastupují psychiatři a psychologové, aby posoudili psychický stav a navrhli další řešení a léčbu. Pokud ještě nedošlo k přímému poškození zdraví, ale je zřejmé nebezpečí sebevražedného chování, je prvotní role psychologů a psychiatrů. V situacích, kdy došlo k letálnímu završení sebevražedného jednání, tedy k dokonané sebevraždě, medicína již postiženému pomoci nemůže. Přesto by však mohla pomoci pozůstalým, ať již jeho rodině, nebo přátelům. Jde vždy o akt, který blízkým lidem něco vzkazuje, něco důležitého sděluje. Jde o tragický výkřik zoufalství, který vyvolává pocity viny, smutku a beznaděje. Asi každý pozůstalý přemýšlí, co mu člověk, který tímto způsobem odešel, hledá, co mohl udělat jinak, čím mu ublížil. V těchto případech se případná odborná pomoc jeví jako potřebná.

Stengel definuje sebevraždu jako "záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije". Tato definice pak v sobě obsahuje jak vědomý úmysl zemřít, tak vědomé či nevědomé ambivalence ke smrti, jakož i nejistotu ve výsledku tohoto aktu.

Sebevražedné jednání je považováno celosvětově za závažný zdravotní problém, kterému věnuje pozornost i Světová zdravotnická organizace. Podle její statistiky v roce 2000 zemřelo sebevraždou na světě asi 814 000 osob. Otázkou je, nakolik je toto číslo úplné. V každém případě však např. v evropských zemích představuje suicidium ve věkové kategorii od 15 do 34 let

po dopravních nehodách druhou nejčastější příčinu smrti. Sebevražedností v České republice se zabývá materiál ministerstva zdravotnictví ve svém programu "Zdraví pro všechny v 21. století", ve kterém v kapitole "Zlepšení duševního zdraví" vytyčuje ambiciózní cíl snížení počtu sebevražd alespoň o jednu třetinu.¹

¹ Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha, Portál 2003.

1.1 Transkulturní rozdíly

Ve výskytu suicidálního jednání mezi jednotlivými národy a kulturami existují značné rozdíly. Tradičně nejvyšší sebevraždnost má Evropa, zvláště Evropa západní a severní. Ze středoevropských států je tradičně vysoká suicidalita v Maďarsku. Nižší sebevraždnost je v jižní Evropě. V rámci ostatních částí světa je nízká sebevraždnost v Africe a Jižní Americe, naopak vyšší je v Severní Americe.

Ve Spojených státech se uplatňují rasové rozdíly, kdy na celkovém počtu sebevražd se nejvíce podílí bílé obyvatelstvo /Tab. 1/. Zajímavý je přístup k sebevraždnému jednání v Asii. Japonci často páchali v krizových situacích "harakiri". Po prohře ve druhé světové válce se objevila vlna sebevraždného jednání u japonských vojáků². Samostatnou kapitolu tvoří v současné době sebevraždní atentátníci na Blízkém Východě.

	NUMBER	PER DAY	RATE	% OF DEATHS
Nation	31,655	86.7	11.0	1.3
Males	25,409	69.6	17.9	2.1
Females	6,246	17.1	4.3	0.5
Whites	28,731	78.7	12.2	1.4
Nonwhites	2,924	8.0	5.5	0.9
Blacks	1,939	5.3	5.1	0.7
Elderly(65+ yrs.)	5,548	15.2	15.6	0.3
Young(15-24 yrs.)	4,010	11.0	9.9	12.1

GROUP (NUMBER OF SUL)	RATE
White Male (22,328)	19.9
White Female (5,382)	4.8
Nonwhite Male (2,344)	9.2
Nonwhite Female (568)	2.0
Black Male (1,627)	9.1
Black Female (330)	1.5
Hispanic (1850)	5.0

Tab. 1 U.S.A. SUICIDE: 2002 OFFICIAL FINAL DATA

² http://www.soulwork.net/sw_artic.....

1.2 Sebevražedné jednání a psychiatrie

Zde se dostáváme k otázce, zda každé sebevražedné jednání má psychopatologický charakter, či nikoliv. Například psychiatr Esquirol se domníval, že jakékoliv sebevražedné jednání představuje ve své podstatě duševní poruchu. Dnes připouštíme i suicidální jednání bez přítomné psychopatologie, tzv. bílé suicidium, případně bilanční suicidium. Sebevražda československých parašutistů, kteří spáchali atentát na Reinharda Heydricha, nepochybně nebyla projevem duševní poruchy, spíše naopak důkazem síly ducha. Takových příkladů je v dějinách lidstva více, avšak ve většině případů představuje suicidium spíše slabost, bezradnost, pocit bezvýchodnosti a utrpení. Sebevražedné jednání nepředstavuje v žádné své podobě samostatnou psychiatrickou nozologickou jednotku, a není proto ani uvedeno v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Na druhé straně je však třeba konstatovat, že u řady psychiatrických onemocnění je vysoké riziko sebevražedného jednání. Teprve podrobné psychiatrické a psychologické vyšetření může eventuální duševní poruchu rozpoznat. Správná diagnostika je pak důležitá pro léčbu a prevenci opakování tohoto jednání.

1.3 Některé mýty a skutečnosti o sebevražedném jednání

- 1. Představa:** *Když se někdo rozhodne, že spáchat sebevraždu, nikdo mu v tom nemůže zbránit.*
Skutečnost: Mnoho lidí, kteří se pokoušejí o sebevraždu, se pohybuje mezi touhou žít i zemřít. Jejich postoj k výsledku sebevražedného jednání je ambivalentní. Když se jim dostane včasné pomoci a přiměřené léčby, je možné je od sebevraždy odvrátit.
- 2. Představa:** *Kdo o sebevraždě mluví, ten ji nikdy nespáchá. Jde o velmi rozšířený a nepravdivý mýtus.*
Skutečnost: Opak je pravdou. To, že někdo o sebevraždě mluví, je důkazem, že sebevražda je obsahem jeho myšlenek. Je tedy určitě ve větším ohrožení než ten, kdo o ní nemluví.
- 3. Představa:** *Lidé, kteří se pokoušejí o sebevraždu, nehledají pomoc.*
Skutečnost: Je prokázáno, že většina lidí, kteří spáchali sebevraždu, hledala lékařskou pomoc v posledním půlroce před svým činem a rovněž dávala najevo své pocity před svým okolím. V každém suicidálním aktu je obsaženo volání o pomoc.
- 4. Představa:** *Sebevražda přichází bez varování.*
Skutečnost: U lidí, kteří jsou ohroženi suicidálním jednáním, můžeme pozorovat dosti dlouhou dobu různé známky psychického napětí, poruchy spánku, tělesné obtíže apod. Jde o tzv. presuicidální syndrom.

5. **Představa:** Každý, kdo se pokouší o sebevraždu, musí být šílený. **Skutečnost:** Mnoho lidí, kteří se pokoušejí o sebevraždu, netrpí šílenstvím, ale mohou být depresivní, mohou pociťovat bezvýchodnost a nevěří, že existuje jiná životní alternativa.
6. **Představa:** Když se někdo pokusí o sebevraždu, je ohrožen sebevražděným jednáním navždy. **Skutečnost:** Osoby, které se pokoušejí o sebevraždu, trpí tímto stavem pouze v určitých obdobích svého života.
7. **Představa:** Když se někoho zeptáme na sebevražedné myšlenky, můžeme mu tento nápad vnuknout. **Skutečnost:** Není žádný důvod se domnívat, že bychom hovorem o suicidiu mohli tento nápad vnuknout někomu, kdo suicidální není. Rozhovor o případných suicidálních myšlenkách může naopak pomoci a dovoluje posoudit suicidální riziko.
8. **Představa:** Děti se nedokážou zabít, je to věc až starších lidí. **Skutečnost:** Sebevraždu mohou spáchat i děti. Sebevražednost dětí a dospívajících se v současné době zvyšuje.
9. **Představa:** Sebevražda se vyskytuje nejvíce buď mezi velmi bohatými lidmi, nebo naopak mezi velmi chudými. **Skutečnost:** Sebevražednost se vyskytuje ve všech sociálních vrstvách, i když chudoba je jedním z rizikových faktorů.
10. **Představa:** Alkoholici se obvykle sebevraždu nedopouštějí. **Skutečnost:** Mezi alkoholismem a suicidálním chováním existuje velká korelace. Odhaduje se, že 1/5 všech alkoholiků ukončí svůj život sebevraždou.³

³ <http://friendsforsurvival.org/ne.....>

1. University a koleje.
2. Ve východní části města. Více průmyslu, méně obytné zástavby.
3. Sebevraždy jsou častější v místech nadměrně zatížených automobilovou dopravou.

90% suicidií se uskuteční doma.

1. Protože denní program všech členů domácnosti je důvěrně znám, je zde malá pravděpodobnost odhalení. Sebevražedný čin může být proveden v tajnosti.
2. Je zde také určité procento lidí, kteří chtějí žít a (nevědomě) doufají v záchranu.

Smrt sebevraždou je obecně méně pravděpodobná během prázdnin a dovolených.

Pocit sounáležitosti s rodinou je silný. Vynořují se vzpomínky na dřívější lepší časy, svítá naděje na lepší budoucnost.

...ale mnohem pravděpodobnější po dovolené.

Život rodiny se vrací do starých kolejí. Postižený jedinec se cítí znovu osamělý, riziko suicidia se opět zvyšují.

2 EPIDEMIOLOGIE SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ

Epidemiologie sebevražd sleduje výskyt tohoto jevu v různých státech a v různých věkových skupinách. K dispozici jsou většinou pouze statistiky dokonaných sebevražd, i ty však nelze považovat za zcela spolehlivé. Lze předpokládat, že řada sebevražd byla vykázána jako nešťastná náhoda, úraz, dopravní nehoda apod. Statistika suicidálních pokusů, která byla uváděna v České republice před rokem 1989, je pravděpodobně nepřesná, neboť odhady počtu sebevražedných pokusů v jiných státech jsou mnohonásobně vyšší.

Přes veškerou nepřesnost statistických čísel však lze vysledovat určité trendy ve vývoji suicidality.

2.1 Epidemiologie suicidálních pokusů

Statistika suicidálních pokusů je značně nepřesná a lze se opírat spíše jen o odhady. Statistické údaje Evropské unie říkají, že ročně ve státech EU zemře sebevraždou 43 000 osob, o suicidium se pokusí asi 700 000 osob. V tomto případě by na jednu sebevraždu připadalo více než 16 pokusů. Jiné odhady hovoří o dvacetinásobku počtu suicidálních pokusů oproti dokonaným suicidiím.

Podle průzkumu frekvence suicidálních pokusů, který prováděla Světová zdravotnická organizace v letech 1989-1992 v různých západoevropských městech, lze v celoevropském měřítku odhadnout počet sebevražedných pokusů na 150 na 100 000 obyvatel. Tento poměr by přibližně odpovídal desetinásobku oproti dokonaným sebevraždám. Rozdíly mezi jednotlivými městy jsou značné a v podstatě odpovídají rozdílnému výskytu sebevražd v rámci Evropy. Vysoký počet suicidálních pokusů je v severských městech, v Helsinkách, Stockholmu, ale také v Oxfordu a v maďarském Szegedu. Nízký počet vykazují města na jihu Evropy.

V bývalém Československu bylo povinností každého lékaře, který se setkal se suicidálním pokusem, odeslat tzv. suicidální hlášení. Z těchto hlášení pak vznikala statistika suicidálních pokusů, naposledy za rok 1989. Z této statistiky vyplývá, že na jednu sebevraždu připadají pouze dva pokusy. Je zřejmé, že tato statistika byla velmi nepřesná, většina suicidálních pokusů pravděpodobně nebyla hlášena, ať již z důvodu liknavosti lékařů, nebo utajováním ze strany pacientů. V každém případě však můžeme i z těchto nepřesných čísel vyčíst určité platné trendy. Vzhledem k počtu obyvatel byl rozdíl mezi sebevražedností v Čechách a na Slovensku. Na Slovensku se suicidální jednání, ať již ve formě suicidálního pokusu nebo dokonaného suicidia, vyskytovalo méně. Počet sebevražedných pokusů je rozhodně podstatně větší než sebevražd, v tom

se lze přidržit světových odhadů, které hovoří o dvacetinásobku. Nacházíme také podstatný rozdíl mezi jednotlivými pohlavími. Ženy mají mnohem více suicidálních pokusů a méně sebevražd než muži.⁵ U mužů samozřejmě rovněž převažují suicidální pokusy, poměr je však mnohem menší. Další podstatné rozdíly jsou mezi jednotlivými věkovými skupinami. Obecně lze říci, že suicidálních pokusů je nejvíce v mladších věkových skupinách a s věkem jejich počet klesá, u dokonaných suicidií je to naopak. Iěch se stoupajícím věkem na počet obyvatel jednotlivých věkových skupin přibývá.⁶

2.2 Vývoj suicidality v dětství a adolescenci

Vývoj suicidality v dětském a adolescentním věku vykazuje v posledních letech vzestupný trend. U dětí do 15 let je suicidální jednání s letálním koncem relativně vzácné.

V roce 1990 takto zemřely tři děti, z toho dva chlapci a jedna dívka. V roce 2000 to bylo deset dětí, z toho šest chlapců a čtyři dívky. K podstatnému nárůstu dochází v adolescentní věkové skupině, tedy v období mezi 15. a 19. rokem. V roce 1990 suicidovalo v České republice 48 adolescentů, z toho 31 pohlaví mužského a 17 pohlaví ženského. V roce 2000 to bylo 47 osob, z toho 37 chlapců a 10 dívek. Podstatný je přepočet na 100 000 obyvatel dané věkové kategorie. V roce 1990 uvedený počet představoval 2,7, v roce 2000 to bylo 6,8. Došlo totiž k podstatnému snížení celkového počtu adolescentů v naší zemi, přitom počet zemřelých tímto způsobem zůstal prakticky stejný. Je otázkou, čím lze tento relativní vzestup vysvětlit. Lze spekulovat např. o zvýšeném tlaku na úspěch

⁵ Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha, Portál 2003.

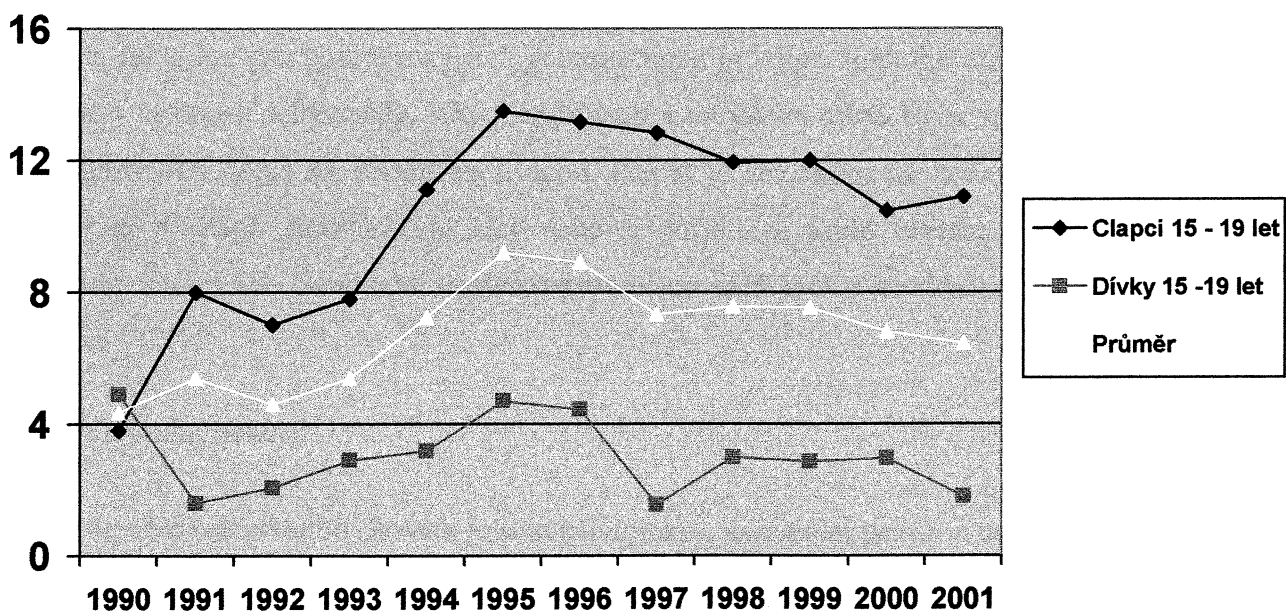
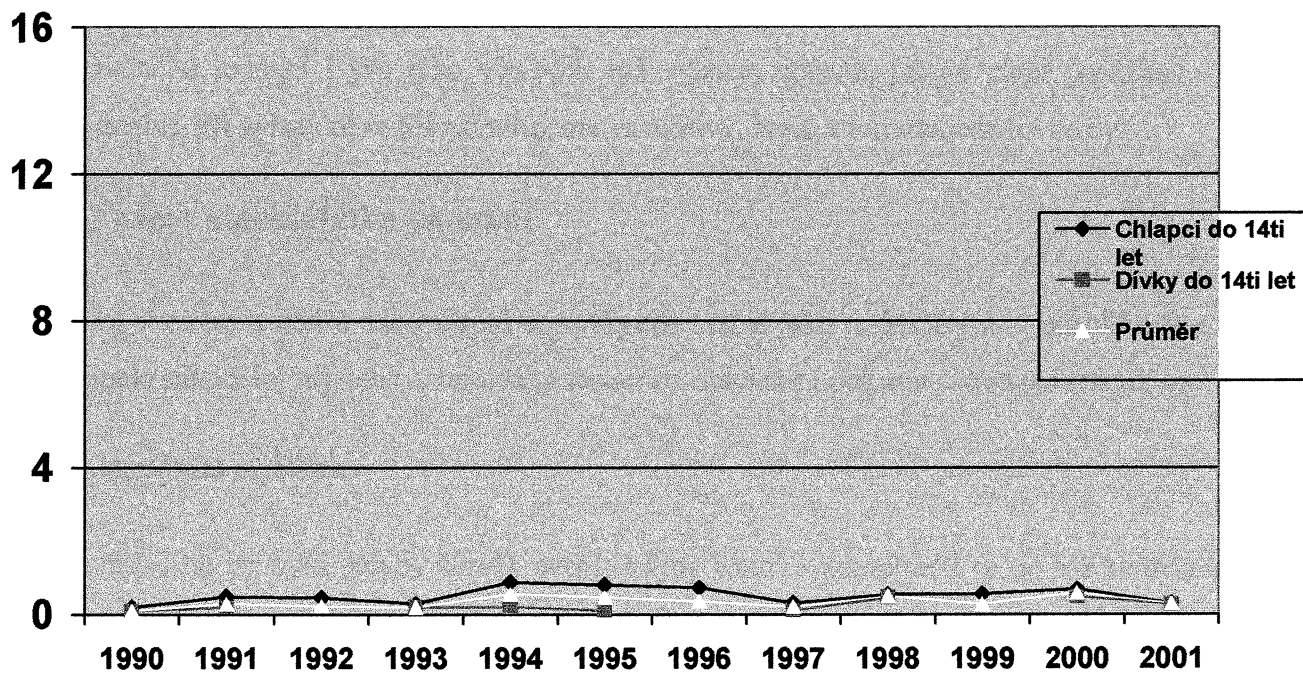
⁶ Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha, Portál 2000.

a školní výkon v posledních letech, či vliv stále se zvyšující stratifikace společnosti. Podstatný význam však pravděpodobně má rozšíření drog v posledních deseti letech.

Suicidální chování v adolescentním věku

ROK	CHLAPCI DO 14 LET	DÍVKY DO 14 LET	PRŮMĚR	CHLAPCI 15-19 LET	DÍVKY 15-19 LET	PRŮMĚR
1990	0,2	0,1	0,1	3,8	4,9	4,35
1991	0,5	0,2	0,3	8,0	1,6	5,4
1992	0,46	-	0,24	7,01	2,06	4,6
1993	0,3	0,2	0,2	7,8	2,9	5,4
1994	0,89	0,21	0,56	11,12	3,18	7,24
1995	0,81	0,11	0,47	13,5	4,7	9,2
1996	0,73	-	0,37	13,17	4,44	8,91
1997	0,32	0,11	0,22	12,84	1,55	7,33
1998	0,55	0,46	0,51	11,94	2,99	7,57
1999	0,56	-	0,29	12,0	2,86	7,54
2000	0,69	0,49	0,59	10,47	2,96	6,8
2001	0,31	0,27	0,30	10,89	1,80	6,45

Tab. 2 Počet dokonaných suicidií v ČR u dětí a adolescentů v letech 1990-2001 na 100 000 obyvatel daného věku



3 FORMY, ZPŮSOBY A MOTIVY SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ

U suicidálního chování a jednání rozlišujeme různé formy: od suicidálních myšlenek a tendencí přes suicidální pokus až po letálně končící dokonané suicidium. Pro posouzení nebezpečnosti sebevražedného jednání i pro jeho výsledek má význam způsob, jakým chtěl postižený svého úmyslu docílit. Při vyšetření se též zaměřujeme na motivy, které k tomuto jednání vedly.

3.1 Formy suicidálního chování

Suicidální chování u dětí a adolescentů se vyskytuje stejně jako u dospělých v několika formách. Rozlišujeme suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium.

3.1.1 Suicidální myšlenky

S myšlenkou, co by bylo, kdyby člověk nebyl, kdyby usnul a neprobudil se, je asi konfrontován téměř každý. Dosti typicky tyto myšlenky patří k dospívání. Jde však ve většině případů pouze o frustrní suicidální nápady, bez větší intenzity a zcela u nich chybí tendence k realizaci. Někdy mají spíše nutkavý charakter. Suicidální myšlenky jako forma suicidálního chování jsou intenzivní, dotýčný se jimi zabývá převážnou část svého času a myšlenky jsou obtížně odklonitelné. Někteří pacienti myšlenky na sebevraždu líčí jako egosyntonní, tj. myšlenky, které považovali za své, byli s nimi srozuměni a nepovažovali je za cosi cizorodého. Jiní však tyto myšlenky popisovali jako egodystonní, až nutkavé, které se vracely, ačkoliv je chtěl jejich nositel zaplašit.

Důležitým faktorem pro posouzení jejich nebezpečnosti je jejich konkrétnost, tj. nakolik je jasná představa o možnosti sebevraždy, jakým způsobem a na jakém místě by se měla odehrát, zda je např. připravován dopis na rozloučenou apod. Pokud je suicidium již konkrétně připravováno, postižený si již např. shromažďuje léky nebo si pořídil za tímto účelem zbraň, hovoříme o suicidálních tendencích. Suicidální tendence představují další krok v suicidálním chování směrem k suicidiu.

3.1.2 Suicidální pokus

Dalším stupněm suicidálního chování je suicidální pokus. Suicidální pokus je definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem. Je otázkou, zda suicidální pokus je pouze "nepodařená sebevražda", tedy rozdíl je pouze kvantitativní, nebo je kvalitativně odlišnou formou suicidálního jednání.

Mezi suicidiem a suicidálním pokusem jsou uváděny následující rozdíly:

1. U žen se vyskytuje častěji suicidální pokus, u mužů dokonané suicidium.⁷
2. Sebevražedný pokus u obou pohlaví dominuje především v první polovině života, zatímco dokonané suicidium v druhé polovině.
3. Při sebevražedných pokusech je častěji použita tzv. měkká metoda (např. intoxikace medikamenty), zatímco u dokonaných suicidií jsou voleny tzv. tvrdé metody (strangulace, střelná rána).
4. Motivy vedoucí k suicidálním pokusům jsou většinou z oblasti interpersonálních vztahů, zatímco u sebevraždy bývají motivy z oblasti intrapsychické a z problémů ohrožení.
5. K suicidálním pokusům dochází nejčastěji ze spontánního, málo promyšleného rozhodnutí, suicidium je naproti tomu výsledkem delšího plánování a příprav.

Mnozí autoři upozorňují na to, že úmysl zemřít nemusí být jednoznačný. Mohou být přítomny ambivalentní postoje ke smrti a suicidálním činem je vlastně dáván život v sázku. Postoje ke smrti mohou být vědomé i nevědomé a mohou být vyjádřeny charakterem, a tedy často i výsledkem suicidálního jednání. Nejednoznačnost postoje k přání zemřít je typická pro adolescentní věk. Řada pacientů v tomto věku i po somaticky závažném suicidálním pokusu sdělila, že "to jen zkoušeli; kdyby umřeli, bylo by to dobré; to, že přežili, je rovněž dobré". Tomuto jednání jsou nápadně podobné některé "adrenalinové sporty" adolescentů, jako je jízda na nárazníku metra nebo vjíždění plnou rychlostí do křižovatky z vedlejší silnice.

Zvláštním případem nedokonaného suicidálního jednání je **parasuicidium**. To je definováno jako suicidální pokus, u něhož není přítomen úmysl zemřít - jde tedy spíše o sebepoškození. I to však může nešťastnou náhodou či nesprávným odhadem např. toxicity léku skončit letálně.

⁷ National Institute of Mental Health (<http://www.nimh.nih.gov/>)

Můžeme se též setkat s přímou simulací suicidálního jednání, tedy jeho předstíráním. Toto jednání nebývá spojeno s autoagresivními projevy a jeho účelem je něčeho dosáhnout, případně se něčemu nepříjemnému vyhnout.

3.1.3 Suicidium

Dokonané suicidium je charakterizováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít. Tato definice naráží problém kombinace vědomé a nevědomé motivace a nejednoznačnosti úmyslu zemřít. Stengel proto navrhuje suicidium definovat jako každý záměrný sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije. Ačkoliv připouštíme nepochybně i složku nevědomé motivace, patří k sebevražednému aktu úmysl zemřít "zde a nyní". Jde též o časově ohraničený akt,

v průběhu jedné chvíle, několika minut či hodin, nanejvýše několika dnů. Můžeme se setkat například s **protrahovaným suicidálním jednáním**, kdy se dítě nebo adolescent intoxikuje medikamenty opakovaně v průběhu několika dnů. Často dochází k postupnému zvyšování dávky. Důvodem může být i to, že suicidant neodhadne potřebnou dávku vedoucí k letálnímu konci. Když zjistí, že jeho čin nevedl ke smrti, svůj pokus opakuje. Další příčinou bývá ambivalentní postoj ke smrti, který vede k tomu, že není použita letální dávka. V tomto případě lze samozřejmě též uvažovat o pevnosti jeho rozhodnutí, opět jde spíše o "dávání života v sázku" s větší možností přežít. Protrahované suicidální jednání může být prováděno různými způsoby, například pořezáním. Toto chování často hraničí se sebepoškozováním, u něhož však úmysl zemřít není přítomen.

Bilanční sebevražda je suicidium dokonané na základě předchozího bilancování, kdy postižený dojde k závěru, že jeho stávající situace je pro další život neúnosná. Jako bilanční sebevraždu bychom označili například čin nevléčitelně nemocného maligním onemocněním, sebezastřelení vojáků po prohrané bitvě apod. Tomu je blízká **biická sebevražda**, tedy sebevražda v normálním duševním stavu, na základě motivů vycházejících z reality. Při hodnocení těchto forem sebevraždy však musíme odlišovat motivy patologické. I u jednoznačně patických sebevražd, které mají původ v psychopatologickém obsahu a v patologické motivaci, nacházíme bilancování, hodnocení situace apod. V těchto případech je však hodnocení reálné situace chybné, vycházející z nemoci. Pacient v hluboké depresi hodnotí zcela mylně svou situaci jako beznadějnou, svá provinění, která nejsou vůbec reálná, jako odčinitelná pouze vlastní smrtí. Nemocný s kancerofobií se domnívá, že by mohl dostat nevléčitelnou nemoc, a proto raději zemře vlastní rukou.

Účelové suicidální jednání je charakterizováno jako jednání, jehož cílem není smrt, ale vyřešení jinak svízelné situace. Tomu je podobné **demonstrativní suicidální jednání**. Rozdíl je v tom, že při účelovém jednání je tento cíl sledován nevědomě, při demonstrativním vědomě. Je ovšem nutné zdůraznit, že i účelové nebo demonstrativní suicidální jednání může skončit letálně. Smrtí může nešťastnou náhodou skončit rovněž **simulace sebevražedného jednání**, která je často s demonstrativním či účelovým jednáním zaměňována. Na rozdíl od nich je však simulace vědomé předstírání, jehož účelem je vyhnouti se nějaké nepříjemné situaci, např. nástupu trestu.

Zkratkovité suicidální jednání je taková suicidální aktivita, při níž jedinec jedná zkratkovitě. Zkratkovité jednání je obecně charakterizováno jako takové jednání, které jde co nejrychleji ke stanovenému cíli, bez jakýchkoliv odboček, bez zamyšlení nad jinými možnostmi a výhodami či nevýhodami zvoleného řešení.

Za takové jednání můžeme považovat např. to, když školák dostane špatnou známku a zareaguje tak, že zahodí žákovskou knížku. Neuvědomí si v první chvíli, že tím situaci nejen nevyřeší, ale ještě ji zhorší. Suicidální jednání zkratkovitého charakteru probíhá stejným způsobem. Chlapec či dívka si přeje co nejrychleji vyřešit těžkou situaci, dostat se z ní, a snaží se tak učinit co nejrychleji a nejpříměji, i za cenu vlastního života.

Zvláštní formou suicidálního jednání je tzv. **suicidální dohoda**. Ta spočívá v tom, že se dva nebo více lidí dohodne, že společně spáchají sebevraždu. Často jeden z nich je induktorem tohoto jednání, který přesvědčí o nutnosti a vhodnosti zemřít toho druhého. Může nastat situace, kdy jeden z postižených je duševně nemocný a ten své symptomy přenesse na svého blízkého, který je pod jeho vlivem. Jde o zvláštní formu folie a deux. Jsou známy případy hromadných sebevražd náboženských sekt pod vlivem jednoho duševně vyšinutého jedince a jeho idejí. Je třeba uvést, že z hlediska trestněprávního je napomáhání k sebevraždě trestným činem.

Rozšířená sebevražda má jednoznačně patologický podklad. Jde o případ, kdy duševně nemocný pod vlivem depresivního prožívání či imperativních halucinací spáchá sebevraždu a vezme s sebou ještě někoho ze svých blízkých osob. Motivací může být nesnesitelnost života pro něj a v jeho představách i kupř. pro dítě. Tuto situaci je nutné z terapeutických i forenzních důvodů odlišit od situace, kdy není přítomna psychotická motivace. Příkladem může být rozvodová situace, v níž akcentovaná matka nejdříve zabije své dítě, často z pomstychtivosti k otci, a následně se pokusí či dokoná suicidium. V tomto případě však jde o vraždu a následnou sebevraždu.

Sebevražené jednání jako sebepoškozující jednání musíme odlišit od jiných forem autoagresivního chování. Takovým chováním je u adolescentů dosti časté **sebepoškozování**, například pořezání žiletkou na paži. V tomto případě však není přítomen úmysl zemřít. Jinými formami chování, které ohrožují život, jsou zneužívání drog a alkoholu nebo medikamentů, jídelní praktiky v rámci poruch příjmu potravy apod. U těchto aktivit, které v delším časovém horizontu ohrožují život, se předpokládá i složka autoagresivní suicidální motivace. Tato motivace je však nevědomá.

Zvláštní formou ke smrti vedoucího jednání je **sebeobětování**. Zde má smrt význam oběti ve prospěch jiných lidí, společnosti nebo idealistických cílů. Tuto formu jednání nelze chápat jako suicidální. U sebeobětování zcela chybí vědomá touha zemřít. S tímto jednáním je možné se setkat během válek, teroristických útoků apod.

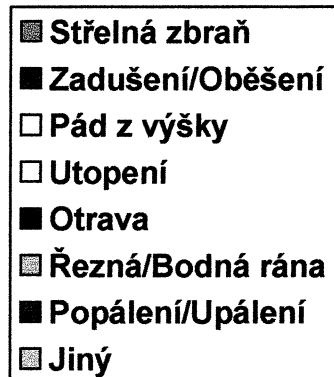
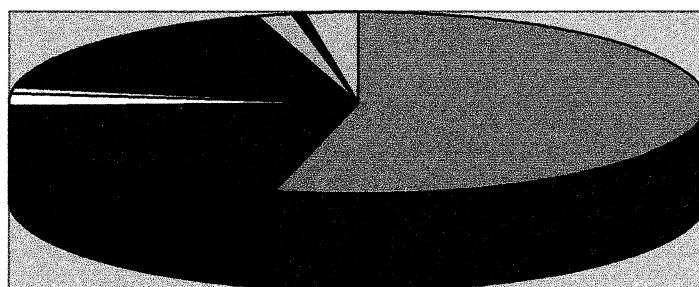
Jako sebevraždu nelze rovněž hodnotit **sebezabití**. Sebezabití sice rovněž vede k ukončení života, není však přítomna snaha zemřít nebo si uškodit. Jako sebezabití lze kvalifikovat například situaci, kdy nemocný při kvalitativní poruše vědomí uniká svým domnělým nepřátelům skokem z okna.

3.2 Způsoby suicidálního jednání

Způsob suicidálního jednání je důležitým faktorem pro výsledek každého sebevražedného pokusu. Suicidální metody v USA a jejich procentuální zastoupení ukazuje tabulka 3. Obsahem téměř veškerých suicidálních myšlenek bývá úvaha o tom, jakým způsobem lze ukončení života docílit. V těchto úvahách hraje významnou roli představa a fantazie o účinku jednotlivých metod, posouzení nebezpečnosti a jejich dostupnost. Při hodnocení nebezpečnosti použité metody však zejména u dětí a dospívajících musíme počítat s tím, že nebezpečnost nemusí být hodnocena reálně. Dítě může mít nerealistickou představu o účinku některých léků, vycházející například z varování rodičů. Děti pak mohou mít představu o velké nebezpečnosti několika tablet acylpyrinu a jejich úmysl zemřít může být přes somatickou nezávažnost intoxikace vážný. Na druhé straně dítě a dospívající nemusí docenit nebezpečnost intoxikace některými běžně dostupnými léky. Příkladem může být dosti častá intoxikace paracetamolem, která může být nebezpečná svou hepatotoxicitou. Přitom paracetamol je asi nejběžnější lék v domácnostech, po kterém ve zkratkovitém jednání dítě sáhne nejdříve. Přitom však úmysl zemřít nemusí být míněn zcela vážně.

Způsob suicida	Počet	Poměr %
Střelná zbraň	17 108	54.0
Zadušení/Oběšení	6 462	20.4
Otrava	5 486	17.3
Pád z výšky	740	2.3
Řezná/Bodná rána	566	1.8
Utopení	368	1.2
Popálení/Upálení	150	0.5
Jiný	792	2.5

Tab. 3 Způsob suicida:



V hrubých obrysech lze použité způsoby suicidálního jednání rozdělit na metody tzv. tvrdé a měkké.⁸ Mezi měkké metody patří ty, u nichž je nebezpečnost nižší a možnost záchrany života vyšší, tedy metody, které většinou nevedou okamžitě ke smrti. Mezi takové metody lze zařadit intoxikaci medikamenty, povrchní pořezání nebo skok z nízké výšky. U těchto metod zůstává naděje, že dotyčný bude včas nalezen a zachráněn. U jednotlivých typů suicidálního jednání pak lze uvažovat o vědomých nebo nevědomých tendencích přežít sebevražedný pokus. V adolescenci je dosti typický způsob "dát život v sázku", kdy suicidant počítá s oběma možnostmi: buď že zemře, nebo bude zachráněn. Oba výsledky jsou pro něj stejně přijatelné.

U dokonáných sebevražd samozřejmě převažuje použití tzv. tvrdých metod.

Trendy zůstávají v posledních letech stejné. Nejčastější metodou dokonáného suicidia je dlouhodobě strangulace, v roce 2000 tak zemřelo celkem 906 osob, tedy 55,7 % všech zemřelých dokonáným suicidiem. Na dalších místech stojí zastřelení, celkem 178 osob, tedy téměř 11 %, a skok z výšky 173 osob, což reprezentuje 10,6 % /Tab. 4/. Zajímavý je vzestup významu zastřelení v posledních letech /Tab.5/. V roce 1985 tak ukončilo život 3,8 %, v roce 1990 4,5 % a v roce 1995 10,2 % osob. Tento trend nepochybně souvisí s nárůstem střelných zbraní v držení obyvatelstva. Přes uvedenou "měkkost" metody suicidia intoxikací medikamenty patří sebeotrávení léky a podobnými látkami mezi významné příčiny úmrtí. V roce 2000 tak zemřelo celkem 118 osob, tedy 7,25 %. Při suicidálních pokusech jde však o zdaleka nejpoužívanější způsob.

⁸ Cantor and Baume, Changing methods in Youth 1974-1994, Archives of Suicide Research, 1998

SUICIDÁLNÍ METODA	POČET	% Z CELKOVÉHO POČTU ÚMRTÍ
Strangulace	906	55.7
Zastřelení	178	11
Skok z výšky	173	10.6
Jiná	369	22.7

Tab. 4 Metody suicidia v České republice v roce 2000

