

---

# Sebevražedné chování v medicínské praxi

---

**Hort V., Kocourková J.**

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

---

## Souhrn

Práce charakterizuje problematiku suicidálního rizika ve vztahu k somatickým a duševním poruchám. Porovnává toto riziko mezi jednotlivými okruhy poruch a běžnou populací. Poukazuje, že při hodnocení suicidálního rizika je nutné citlivé a odpovědné nastavení ke kontaktu, posuzování a vyvozování závěrů, směřujících k adekvátní intervenci u osob se suicidálními projevy.

**Klíčová slova:** suicidální chování, medicínská praxe, adekvátní intervence.

## Summary

**Hort V., Kocourková J.: Suicidal Behavior in Medical Praxis**

The article discuss the incidence of suicidal behavior and gives comparision of suicidal risk among mental and somatic disorders. The authors present important psychosocial, psychopathological a nd somatic factors connected with suicidal behavior. It presents the experience from the emergwncy departments wards and point out the necessity of proper psychiatric and psychological intervention in people with suicidal behavior.

**Key words:** suicida, behavior, medical praxis proper intervention.

*Čes. a slov. Psychiat, 102, 2006, No. 4, pp. 201–203.*

---

---

## ÚVOD

Velká část těch, kteří chtějí předčasně ukončit život, se na cestě k nedosaženému cíli setká se zdravotní institucí a medicínskou, nakonec i psychiatrickou asistencí, řada z nich je umístěna do psychiatrického zařízení.

Lékař se může se suicidálním chováním setkat prakticky ve všech klinických odvětvích a zařízeních. Statistické údaje o počtu a charakteru takových kontaktů většinou chybí, popřípadě nejsou spolehlivé v důsledku místních i teritoriálních odlišností ve vykazování (u nás nejsou centrálně evidované). Literární údaje informují, že 1–2 % intervencí na odděleních urgentní péče proběhne v důsledku suicidálního jednání, toto jednání vede přibližně k 5% příjmů na JIP oddělení a asi v 10 % případů na jiná klinická oddělení.

Před lékařem, který je k člověku po sebevražedném pokusu povolán, leží vedle základní úlohy ohodnotit a zajistit somatický stav a jeho psychozenní následně i rozhodnutí o přivvání psychiatrického konzultanta. Ten opět na místě musí řešit otázku v jakém rozsahu, popřípadě kdy má převzít péči psychiatr. Psychiatr se v takové úloze dostává často do složitých situací a komplikovaných interakcí jak ve vztahu k postiženému (eventuálně i k osobám z jeho blízkého okruhu), tak i v prostředí, na oddělení, kde má intervenovat. Spektrum postojů personálu na odděleních, které poskytují prvotní

péči (JIP, chirurgie) může být rozličné, někdy je pacient litován, jindy v případě nepříjemného, „manipulujícího“ pacienta se může projevovat i hostilita spojená s postojem, že by bylo lépe, kdyby se postiženému jeho pokus „povedl“.

Rozhodování a formulování doporučení v takových úvodních podmínkách kontaktu s pacientem bývá náročnou pověřkou nejen profesionální kompetence psychiatra, ale i jeho osobnostní a komunikační zdatnosti. Jde většinou o podmínky, které poskytují jen limitovaný prostor pro důvěrnější kontakt jak z hlediska prostorových, tak i časových možností. Pro každého lékaře, který vstoupí do rozhodování o dalších opatřeních u člověka po sebevražedném pokusu, případně tam, kde takové jednání hrozí, zejména pak pro psychiatra, je podstatnou otázkou zhodnocení rizika takového jednání.

Bude záležet na jeho zkušenosti s tíživým prožíváním – svým i cizím, na schopnosti, respektive intuitivní úloze vstoupit do kontaktu a profilovat ho produktivním směrem.

*Kontakt s ohroženým by měl splňovat následující předpoklady :*

- měl by probíhat s respektem vůči pacientovi,
- měl by vyjadřovat nepředpojatý a nápomocný postoj,
- měl by umět číst v informacích z okolí pacienta.

**Závažnost suicidálního rizika** více než z hodnocení důvodů pro takové jednání vyplyne z citlivého zkoumání sebevražedných myšlenek.

*Je třeba zjišťovat:*

- genezi suicidálních myšlenek, jejich podobu a aktuální stav,
- propracovanost a detaily suicidálního plánu,
- vážnost suicidálního záměru v kontextu pacientovy situace,
- míru impulzivitu a deliberujících podmínek (např. abusus alkoholu, drog),
- posouzení přítomné psychopatologie a její souvislost se suicidálním chováním.

## **Psychosociální rizikové faktory**

U adolescentů a mladých lidí je to především riziková sociální izolace a konflikty, v dospělosti je častější suicidální jednání u opuštěných, rozvedených, ovdovělých, u těch, kteří ztratí milovanou osobu a nemají podpůrnou kompenzaci ve svém okolí. Kritické období u nich může trvat 4–5 let [6]. Členové mladých rodin s dětmi mají v tomto kontextu naopak riziko nejnižší. Očekávatelný nepříznivý vliv potvrzují statistiky nezaměstnaných, zejména mužů [1, 8], finanční a právní komplikace. U vězňů je suicidium vedoucí příčinou úmrtí [8].

Zřetelnou zátěž suicidálního rizika s sebou nesou patogenní rodinné poměry – abúzus všech typů, výskyt suicidií. Význam má také dosažitelnost suicidálního prostředku – podle odhadů mají adolescenti z rodin, kde je k dispozici střelná zbraň, 4–10krát vyšší sebevraždnost než adolescenti, kteří se zbraní doma nepřicházejí do styku [9]. Masivní zvýšení rizika, že jedinec zemře suicidiem ukazuje zejména anamnéza předchozího suicidálního pokusu. Představuje doklad, že do scénáře řešení osobních frustrací a krizí byla vložena i tato alternativa. Literatura [6] konstatuje hrozné, až 100násobně zvýšené riziko dokonané sebevraždy oproti běžné populaci v roce, který následuje po pokusu, pak klesá, ale zůstává zvýšené po dalších 8 let (u starších lidí predikce suicidia z předchozích suicidálních pokusů není spolehlivá – staří lidé mají méně pokusů než se jim sebevražda povede [8]. Celkem suicidiem zemře 10–20 % těch, kteří se minulostí o něj neúspěšně pokusili [10].

## **Vazba suicidálního rizika na psychopatologii**

Nejzávažnější riziko představuje psychiatrické onemocnění. Je nositelem předpokladů pro většinu případů suicidálního chování a stojí v pozadí až 90 % dokonaných sebevražd. Z povahy poruchy vyplývá, že jde především o afektivní poruchy (velkou depresi, bipolární poruchu). Riziko suicidálního jednání je oproti normální populaci až 30krát vyšší (údaje však vychází ze souboru hospitalizovaných pacientů). Riziko je vyšší na začátku epizody, v prvním týdnu hospitalizace a v prvním měsíci

po dimisi a časném období úpravy. Sledování [4] téměř 1000 pacientů po dobu 10 let přineslo zjištění, že ti, kteří suicidovali v prvním roce sledování po pokusu, spíše trpěli celkovou insomnií, těžší anhedonií, poruchou koncentrace, psychomotorickou agitací, anxiétou, abuzem alkoholu, zatímco ti, kteří suicidium uskutečnili až po roce sledování, měli spíše suicidální myšlenky, pocity beznaděje a sebevražedný pokus v anamnéze. Zde je vhodné upozornit na zkušenosti, že pocity beznaděje a pocit ztráty vyhlídek do budoucnosti může být silnější prediktor sebevraždy než depresivní porucha sama nebo vlastní sebevražedné myšlenky a může představovat jak krátkodobý tak i dlouhodobý prediktor dokonané sebevraždy u pacientů s velkou depresí [3].

Úzkostné poruchy, včetně panické poruchy, mohou být relativně často komplikované suicidálním jednáním. Některé práce [11] odhadují, že 15–20 % úzkostných poruch suiciduje a 20 % s úzkostnou poruchou se o to pokusí, avšak za přítomnosti další komorbidit (deprese, abusus návykových látek). Toto riziko je považováno za téměř stejné jako u velké deprese, zejména u žen s časným začátkem poruchy a abuzem alkoholu či drog [11].

V psychotických poruchách ve vztahu k suicidálně hraje dominantní úlohu schizofrenie. Okolo 10 % takto nemocných zemře tímto způsobem, většinou v období zlepšení po relapsu onemocnění nebo při depresivní komorbiditě [3]. Zvýšené nebezpečí suicidia je u mladých mužů čerstvě diagnostikovaných [2], u těch, kde nemoc probíhá chronicky a s početnými exacerbacemi a u těch, kteří jsou propouštěni se zřetelnější psychopatologií a funkčními důsledky, které ale dovolují realistický náhled na situaci a prožívání obav z budoucí další deteriorace [2]. Negativní úlohu zde hraje též akatizie a náhlé vysazení medikace. Nebezpečným faktorem jsou imperativní halucinace.

Alkoholová a drogová závislost jsou významnými přispěvateli do registru sebevražedných úmrtí, často je facilituje depresivní komorbidita a životní komplikace, 15–25 % takto postižených suiciduje [6]. Suicidální řešení přichází s léty proběhlého vývoje s kritickou dobou 9 let od dosažení stadia závislosti. Okolo 20 % postižených, kteří suicidují, je v okamžiku smrti intoxikovaných [1]).

Abnormální osobnosti jsou v suicidálním chování výrazně zastoupeny, nejčastěji v hraniční a antisociální kategorii specifických poruch osobnosti, opět zejména při komorbiditě (depresivní nebo při závislostech na návykových látkách).

## **Somatické onemocnění jako rizikový faktor**

Tělesné onemocnění, zejména vážné nebo chronické, může být důvodem pro sebevražedné ukončení života. V popředí stojí toto riziko u postižených AIDS. U postižených maligním onemocněním je asi 2krát vyšší než v obecné populaci. Zřetelně ho zvyšuje pokročilost a lokalizace (oropharyngeální, gast-

rointestinální, plicní, urogenitální, prsní). Pacienti s chronickou renální insuficiencí, kteří jsou na dialýze, ukončí život až v 5 % případů, spíše ti, kteří na dialýzu musejí dojíždět. Cushingova nemoc je velmi často provázená afektivní komorbiditou a suicidálním jednáním. Huntigtonova choroba pro svou hereditu může být příčinou suicidálních úvah i u nepostížených členů rodiny. Diagnóza roztroušené sklerózy je riziková pro suicidální jednání v době do 5 let od stanovení diagnózy a u lidí před 40. rokem věku. Zdá se, že nezanedbatelný počet těch, kteří suicidují, v měsíci před svou smrtí navštíví své ošetřující lékaře [3], svěřeni se suicidálními myšlenkami je však možné očekávat jen u malé části z nich. Ve studii [7] z 571 osob to učinilo jen 22 % - autoři v té souvislosti soudí, že suicidální myšlenkové obsahy se v takových situacích pacientům lépe otevírají s psychiatry než s nepsychiatry.

### Chorobné tělesné stavy s vyšším rizikem suicidia:

AIDS	Hypertenze
Maligní tumory	Kardiopulmonální onemocnění
Poranění hlavy	Ulcerózní onemocnění zažívací
Epilepsie	Chronické renální postižení
Roztroušená skleróza	Cushingova choroba
Huntingtonova chorea	Rheumatoidní arthritida

Organické mozkové syndromy  
Poranění míchy

Porphyrie

## ZÁVĚR

Sebevražedné jednání vyplývá z různých příčin, navíc zřejmě z jejich kombinace a ze situace, kde výsledná podoba činu není nesena určitou specifickou okolností či znakem. K předvídání suicidálního jednání, a tedy i k jeho prevenci, se můžeme jen přibližovat. Úspěšnost našeho poznání, že člověku hrozí sebevražda, bude záležet na tom, jak mu porozumíme a jak se budeme umět orientovat v jeho duševním stavu. Jen zčásti se přitom budeme moci opírat o profesní (odbornou) kvalifikaci a seětlost. K dispozici zde máme často jen rizikové znaky a jejich odpovědné vyhodnocení. Leckdy přesto neuspějeme a pak zbývá jen měřítko našeho svědomí, že jsme v daném případě fatálního konce postupovali svědomitě. Lidské činy zřejmě nejde spolehlivě predikovat jen podle metodik - vědecky formulovaných šablon a algoritmů. Dokládá to i práce [5], která během 14letého sledování 1906 pacientů s afektivní poruchou nedokázala při použití sofistikované metodiky se zohledněním všech rizikových ukazatelů identifikovat ani jednoho z těch 46 pacientů, kteří ze souboru v uvedené periodě ukončili život sebevraždou.

*Práce byla podpořena grantem IGA NR/7955-3.*

## LITERATURA

1. **Buzan, R. D., Weissberg, M. P.:** Suicide : risk factors and therapeutic considerations in emergency department. *J. Emerg. Med.*, 10, 1992, pp. 335-343.
2. **Caldwell, C. B., Gottesman, I. I. :** Schizophrenia – a high-risk factor for suicide : clues to risk reduction. *Suicide Life Threat. Behav.*, 22, 1992, pp. 479-493.
3. **Fawcett, J., Clark, D. C., Busch, K. A.:** Assessing and treating the patients at risk for suicide. *Psychiatry Ann.*, 23, 1993, pp. 244-255.
4. **Fawcett, J., Scheftner, W. A., Fogg, L. et al.:** Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am. J. Psychiatry*, 147, 1990, pp. 1189-1194.
5. **Goldstein, R. B., Black, D. W., Nasrallah, A. et al.:** The prediction of suicide : sensitivity, specificity and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, 1991, pp. 418-422.
6. **Hawton, K.:** Assessment of suicide risk. *Br. J. Psychiatry*, 150, 1987, pp. 145-153.
7. **Isometsa, E. T., Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J. et al.:** The last appointment before suicide : is suicide intent communicated? *Am. J. Psychiatry*, 152, 1995, pp. 919-922.
8. **Mans, R. W.:** Introduction. suicide life threat. *Behav.*, 21, 1991, pp. 1-17.
9. **Miller, M., Azrael, D., Hemenway, O.:** Firearm availability and unintentional firearm deaths, suicide and homicide among 5-14 year olds. *J. Trauma*, 52, 2002, pp. 267-274.
10. **Roy, A.:** Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 1982, pp. 1089-1095.
11. **Weissman, M. M., Klerman, G. L., Markowitz, J. S. et al.:** Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attack. *N. Engl. J. Med.*, 321, 1989, pp. 1209-1214.

*Dodáno redakci: 13. 12. 2005*

*Po skončení recenzního řízení: 7. 3. 2006*

*Doc. MUDr. Vladimír Hort, CSc.*

*Lomená 41*

*160 00 Praha 6*