

ADOLESCENTNÍ ZDRAVÍ

Sebepoškozování a suicidalita v adolescenci

Self-harm and suicidal behavior in adolescence

Jiří Koutek, Jana Kocourková

Dětská psychiatrická klinika,
2. lékařská fakulta,
Univerzita Karlova a Fakultní
nemocnice Motol, Praha

SOUHRN

Koutek J, Kocourková J. Sebepoškozování a suicidalita v adolescenci

Sebepoškozování i sebevražedné chování patří do spektra autoagresivního jednání, které je zejména v období dospívání časté. Sebepoškozování samo o sobě nemá za cíl zemřít, je však významným rizikovým faktorem pro suicidální jednání. Představuje vědomé, záměrné, opakované sebezraňování bez vědomé suicidální motivace. Nejčastěji jde o řezná poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, škrábance, vyřezávání znaků do kůže. Do okruhu sebepoškozování bývá zahrnováno i předávkování léky, které je opakované a není u něj patrný přímý suicidální motiv. Výskyt sebepoškozování je častý zejména v adolescentní populaci, s převahou dívek. Bývá spojeno s osobnostní patologií, nejčastěji je diagnostikována hraniční porucha osobnosti s rysy emočně nestabilními, případně s rysy disociálními a histrionskými. Příčina může být též spojena s dětskými traumaty, uvažováno bývá emoční nebo i sexuální zneužívání v dětství. Sebevražedné chování zahrnuje široké spektrum autoagresivity od suicidálních ideací a tendencí přes sebevražedný pokus až po dokonané suicidium. Dokonaná sebevražda je definována jako vědomé a úmyslné ukončení života. Rozhodnutí zemřít nemusí být jednoznačné, mohou být ambivalentní postoje, typické zejména pro adolescentní věk. Suicidální chování je výsledkem multifaktoriálního procesu, na jehož průběhu i vyústění se podílí více vlivů. Důležitou úlohu hrají rizikové faktory, například problémy v rodinných a vrstevnických vztazích, přítomnost psychiatrické poruchy, vliv sociálních sítí. Sebevražednému jednání může předcházet presuicidální syndrom, jehož součástí bývají somatické obtíže. Důležitá je spolupráce pediatra s psychologem a pedopsychiatrem, kromě oblasti somatického stavu je nutné vyhodnocení suicidálního rizika a zajištění adekvátní péče. Nezastupitelná role praktického pediatra je v oblasti prevence.

Klíčová slova: sebepoškozování, suicidální chování, adolescence, suicidální riziko, prevence

SUMMARY

Koutek J, Kocourková J. Self-harm and suicidal behavior in adolescence

Self-harm and suicidal behavior fall within the spectrum of autoaggressive behavior, which is especially common during adolescence. Self-harm itself is not intended to lead to death, but it is a significant risk factor for suicidal behavior. It involves conscious, deliberate, repetitive self-injury without clear suicidal motivation. The most common forms of self-harm include cutting the skin (on the wrists, forearms, backs of hands), scratching, and carving symbols into the skin. Overdosing on medication, which is repetitive and without obvious suicidal intent, is often included in the category of self-harm. The occurrence of self-harm is particularly frequent among adolescents, with a higher prevalence among girls. It is often associated with personality pathology, with the most common diagnosis being borderline personality disorder, which is characterized by emotionally unstable traits, and possibly also dissocial and histrionic traits. The cause can also be linked to childhood trauma, such as emotional or sexual abuse. Suicidal behavior encompasses a wide range of autoaggressiveness, from suicidal ideations and tendencies to suicide attempts and completed suicides. A completed suicide is defined as the conscious and intentional ending of one's life. The decision to die may not be clear-cut, and ambivalence is typical, especially in adolescence. Suicidal behavior is the result of a multifactorial process, in which multiple factors contribute to its course and outcome. Risk factors play an important role, for example, problems in family and peer relationships, the presence of a psychiatric disorder, the influence of social media. Suicidal behavior may be preceded by a pre-suicidal syndrome, which often includes somatic symptoms. Collaboration between pediatricians, psychologists, and child psychiatrists is crucial. In addition to addressing the physical condition, suicidal risk assessment and appropriate care must be ensured. The indispensable role of the general pediatrician lies in prevention.

Key words: self-harm, suicidal behavior, adolescence, suicidal risk, prevention

Podpořeno interním grantem
č. 6030 v rámci projektu
(Ministerstva zdravotnictví)
konceptního rozvoje výzkumné
organizace 00064203
(FN Motol) a programem
Cooperatio Univerzity Karlovy
(oblast neurovědy).

Korespondující autor:

MUDr. Jiří Koutek, Ph.D.

Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol

V Úvalu 84

150 00 Praha 5

jiri.koutek@lfmotol.cuni.cz

ÚVOD

Sebepoškozování i sebevražedné chování patří do spektra autoagresivního jednání, které je zejména v období dospívání časté. Sebepoškozování samo o sobě nemá za cíl zemřít, je však významným rizikovým faktorem pro suicidální jednání ať již ve formě sebevražedného pokusu, nebo dokonané sebevraždy. Sebepoškozování ani suicidální jednání v současné době nepředstavuje samostatnou diagnostickou jednotku, v americké psychiatrické klasifikaci DSM-5 je však v kapitole Poruchy určené pro další zkoumání uvedena Porucha se suicidálním jednáním a Nesuicidální sebepoškozování.⁽¹⁾ Toto autodestruktivní chování bývá často spojeno s dalšími psychiatrickými poruchami, jako je deprese, porucha přizpůsobení, poruchy chování. Nezřídka je přítomen komplikovaný osobnostní vývoj, hraniční osobnostní rysy, emoční nestabilita.⁽²⁾ V obou případech jsou přítomny prožitky smutku, bezmoci, beznaděje, zároveň i studu a vzteku. Zvláště riziková je v dospívajícím věku kombinace deprese a agrese, kdy se kombinují pocity auto- i heteroagresivní. Rozdíl mezi oběma formami tohoto chování je v postoji ke smrti. Zatímco sebepoškozování je nejčastěji sebezraňování bez vědomé sebevražedné motivace,⁽³⁾ sebevražedné jednání je autoagresivní akt s úmyslem zemřít. V posledních letech se však stále častěji setkáváme s kombinací tohoto nebezpečného chování.

Autodestruktivní chování se může projevovat na jednom konci spektra jako způsob zacházení s hranicí rizika (rizikové sporty, nekontrolované chování ve vztahu k návykovým látkám, sexu apod.) přes zřetelněji vyjádřené nesuicidální sebepoškozování a suicidální pokusy až po konec spektra s dokonanou sebevraždou. Pro autoagresivní chování v adolescentním věku jsou též typické zcela rizikové a život ohrožující aktivity, jako je jízda na střechě metra či vlaku, jízda na nárazníku metra apod. Tyto aktivity již stojí blíže vyslovenému suicidálnímu jednání, kdy může dojít k reálnému ohrožení života.⁽⁴⁾

SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Sebepoškozování v dětském a adolescentním věku je fenomén, k jehož výraznému rozšíření došlo v posledních asi 10–15 letech. V předchozí době se tato symptomatika vyskytovala podstatně vzácněji, před lety se sebepoškozování objevovalo zejména u vězňů ve výkonu trestu. Madge et al. uvádějí výskyt sebepoškozování ve věkové skupině 14–17 roků 13,5 % u dívek a 4,3 % u chlapců,⁽⁵⁾ jiné studie popisují výskyt 13–23 % v adolescentní populaci.⁽⁶⁾ Je nepochybné, že frekvence tohoto jevu se dále zvyšuje, tento trend posílila ještě covidová pandemie a její důsledky. Sebepoškozování sice nemá primárně suicidální motivaci, je však významným rizikovým faktorem pro sebevraždu.⁽⁷⁾ V poslední době se setkáváme s prolínáním

tohoto autoagresivního chování, kdy je přítomno jak sebepoškozující, tak suicidální jednání. Sebepoškozování tohoto typu je potřeba odlišit od sebezraňování např. při psychotické poruše, pod vlivem bludu. Toto sebezraňování bývá bizarní a ve svých somatických důsledcích závažnější.

Sebepoškozování není dosud samostatnou nozologickou jednotkou, v 10. revizi MKN jsou různé způsoby záměrného sebepoškození uvedeny v kapitole Zevní příčiny nemoci a úmrtí.⁽⁸⁾ V DSM-5 je v kapitole Onemocnění určená k dalšímu zkoumání uvedena diagnóza Nesuicidální sebepoškozování.⁽¹⁾ Nesuicidální sebepoškozování se vyskytuje zejména při depresivní poruše, nevyváženém vývoji osobnosti s rysy emoční nestability, bývá součástí symptomatiky poruch příjmu potravy.⁽⁹⁾

Sebepoškozování je charakterizováno vědomým, záměrným, častým opakovaným sebezraňováním bez vědomé suicidální motivace, při němž dochází k narušení tělesné integrity bez závažného letálního dosahu. Nejčastěji jde o řezná poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, škrábanice, vyřezávání znaků do kůže. K sebepoškození bývají používány ostré předměty, např. žiletka, sklo, kus zrcadla. Další formou sebepoškození je popálení, např. cigaretou. Do okruhu sebepoškozování bývá zahrnováno i předávkování léky, které je opakované a není u něj patrný přímý suicidální motiv. Naši pacienti často hovoří o tom, že chtěli, „aby jim bylo jen špatně“. Afektivní projevy, které provázejí sebepoškození, mají specifickou dynamiku a průběh:

1. přítomnost události, která přináší vnitřní diskomfort (ztráta, konflikt, narcistické zranění);
2. zesílení pocitů dysforie, napětí, úzkosti, vzteku;
3. potřeba regulovat psychickou rovnováhu;
4. sebepoškození;
5. uvolnění napětí.

Motivy pro sebepoškození jsou rozličné, nejčastěji uváděným motivem bývá pocit vzteku na sebe, potřeba úlevy od napětí. Děti a dospívající, kteří se sebepoškozují, jako motiv často uvádějí, že fyzická bolest přehluší bolest psychickou. Někdy zmiňují potřebu trestu za své dle jejich představy nevhodné chování. Příkladem může být sebepoškozování anorektičky, která se trestá za příjem jídla.⁽¹⁰⁾

Diagnostika sebepoškozování se též odvíjí od somatického stavu. Zjišťujeme přítomnost jizev na kůži v různé fázi hojení, mohou být přítomny kruhovitě popáleniny od cigaret nebo jiná kožní poranění.

Sebepoškozování je třeba odlišit od suicidálního chování, s nímž bývá někdy i v medicínském prostředí zaměňováno. Situace je o to složitější, že zejména v poslední době nacházíme u našich pacientů zároveň sebepoškozování i sebevražedné chování.

Shodné charakteristiky nacházíme v tom, že sebepoškozující se i suicidální osoby prožívají depresi a pocity bezmoci

a beznaděje, obě skupiny mají suicidální myšlenky a fantazie, jsou více agresivní, afektivně nestabilní a projevují hraniční osobnostní rysy.

Otázkou je, jak a proč se sebepoškozování u daného dítěte či adolescenta rozvine. Je možné zvažovat předcházející symptomatiku, nejčastěji anxiózně-depresivní, ať již v rámci deprese, poruchy přizpůsobení, nebo jiné úzkostné neurotické poruchy. Zároveň se ve své praxi setkáváme s tím, že sebepoškozování není jen důsledkem psychopatologických projevů, ale může jim předcházet a být naopak jejich příčinou. Významným faktorem při rozvoji sebepoškozování je nápodoba. Toto jednání je svým způsobem „infekční“. Nežádka slyšíme od našich pacientek, že jim sebepoškozování poradila kamarádka jako prostředek, jak fyzickou bolestí přehlušit bolest psychickou. Sebepoškozování lze také charakterizovat jako návykové chování, na které se rozvine závislost.⁽¹¹⁾ Vzniklá závislost pak zpětně vede k emoční labilitě a zesiluje anxiózně-depresivní psychopatologii. Velmi důležitý je vliv internetu a sociálních sítí, kde se adolescenti tímto tématem zabývají. Často se v této souvislosti setkáváme také s návykem a závislostí na komunikaci na internetu.⁽¹²⁾

SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ

Sebevražedné chování zahrnuje široké spektrum autoagresivity od suicidálních ideací a tendencí přes sebevražedný pokus až po dokonané suicidium. Dokonaná sebevražda je definována jako vědomé a úmyslné ukončení života.⁽¹³⁾ Stengel definuje suicidium jako záměrný sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije. Tato definice vyjadřuje fakt, že rozhodnutí zemřít nemusí být jednoznačné, mohou být ambivalentní postoje.⁽¹⁴⁾ Zejména pro adolescentní věk je typické „dát život v sázku“. Naši pacienti nežádka po sebevražedném pokusu uvádějí, že počítali s oběma možnostmi vyústění svého jednání.

Dokonaná sebevražda v dětském věku je relativně vzácná, častější je pak ve věku dospívajícím, i když ani tam nedosahuje takového výskytu jako v celé populaci. U chlapců však představuje důležitou příčinu smrti. V posledních 10 letech se v dětském věku setkáváme opakovaně s tím, že převažují počty dívek nad chlapci. Jde pochopitelně o statistiku nízkých čísel, kde může hrát svou roli i náhoda, ale z klinické praxe víme, že v poslední době se kombinace suicidálního a sebepoškozujícího jednání vyskytuje výrazně více u dívek. V adolescentním věku pak je již jasná převaha chlapců, ale ani v této věkové kategorii nedosahuje takového poměru jako v dospělé populaci. V té je poměr mužů a žen zemřelých

sebevraždou vyšší než 4 : 1 (tab. 1).^(15,16) Existuje však pochybnost, zda jsou uvedená čísla správná, neboť Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (UZIS) zjistil, že jeho čísla počtu sebevražd jsou nižší než počty uváděné Policií ČR. V roce 2023 bylo dle Policie ČR v celé populaci 1535 sebevražd, dle UZIS to bylo 1249. Lze soudit, že dosud uváděná čísla jsou podhodnocená.⁽¹⁷⁾ Dle Policie ČR byl v roce 2024 počet sebevražd v Česku 1547, počty dětí a dospívajících nejsou dosud vyhodnoceny.

Pro adolescentní věk je typický suicidální pokus, kde výrazně převažují dívky. Přesnou statistiku suicidálních pokusů k dispozici nemáme, v celé populaci se odhaduje poměr k dokonaným sebevraždám asi 30 : 1, v adolescentním věku pak 100 : 1.⁽¹⁸⁾ Z klinické zkušenosti můžeme pozorovat vzestup tohoto typu suicidálního chování. To mohou dokládat i počty hospitalizovaných na Dětské psychiatrické klinice FN Motol po sebevražedném pokusu. Zatímco v devadesátých letech 20. století to bylo průměrně 25 dětí a dospívajících ročně, po roce 2010 již více než 40. Tento trend pokračoval i v dalších letech, dramatický nárůst pak nastal v letech covidové pandemie. V roce 2020 bylo přijato 79 pacientů, v roce 2021 131, v roce 2022 180, v dalších dvou letech došlo k poklesu na cca 140 pacientů ročně. Podobně registrujeme vzestup počtu sebepoškozujících se.

Suicidální chování je výsledkem multifaktoriálního procesu, na jehož průběhu i vyústění se podílí více vlivů. Uváděný motiv bývá spíše spouštěcím než příčinným faktorem, který vede k realizaci tohoto rizikového jednání. Důležitou úlohu hrají rizikové faktory, jako jsou primární psychiatrické poruchy, osobnostní rysy a aktuální situační zátěžové okolnosti a konflikty.⁽¹⁹⁾ Sebevraždou jsou ohroženi dospívající trpící zejména depresí,⁽²⁰⁾ poruchou příjmu potravy,⁽²¹⁾ sebevražedné jednání se často vyskytuje v případě disharmonického osobnostního vývoje.⁽²²⁾ Význam má podpora či selhávání primární podpůrné skupiny, v případě dospívajících nejčastěji rodiny.⁽²³⁾ Důležité jsou i vrstevnické vztahy.

V popředí zájmu při sledování familiárních souvislostí suicidálního jednání stojí faktory hereditární a genetické a psychologické. Hereditární vlivy se projevují svým významem při vzniku biologicky podmíněných duševních nemocí, jako je depresivní porucha nebo schizofrenie. Některé studie navíc prokazují nespecifickou vulnerabilitu pro suicidální jednání nezávisle na psychiatrické diagnóze.⁽²⁴⁾ Význam sebevražedného jednání v rodině je rovněž psychologický. Výskyt suicidia v rodině může být určitým návodem a modelem řešení krizové situace. Má svůj význam dokonce i v rodinách, kde je tato anamnéza tabuizována. Rizikovým faktorem je rovněž dlouhodobě konfliktní rodinné prostředí,

Tab. 1: Počty dokonaných sebevražd dětí a adolescentů v České republice dle ÚZIS

Věk	Pohlaví	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
0–14	Chlapci	3	5	1	2	0	3	1	3	3	7	1	5
0–14	Dívky	1	2	1	5	0	6	3	4	1	3	2	3
15–19	Chlapci	28	36	28	14	26	34	31	19	16	17	25	25
15–19	Dívky	4	5	6	7	11	18	6	11	8	8	14	15

Tab. 2: Fáze presuicidálního syndromu dle Ringela

1. fáze	omezení iniciativy, zájmů, nihilistické představy, „nic nemá smysl, budoucnost není žádná“, omezení osobních kontaktů, stažení do sebe, somatické obtíže
2. fáze	agresivní fantazie zaměřené vůči sobě, ale i ostatním osobám
3. fáze	přání smrti, konkretizované suicidální ideace

konflikty mezi dospívajícím a rodiči, ale i zhoršená adaptace v rámci vrstevnického prostředí, šikana, v současné době rozmáhající se kyberšikana. Důležitou emočně významnou oblastí jsou romantické vztahy v adolescenci, počínající sexuální zkušenosti a otázky vlastní identity. Nezřídka je přítomna tzv. genderová dysforie.

POSOUZENÍ SUICIDÁLNÍHO RIZIKA

Důležité pro záchranu života je posouzení rizika dokonané sebevraždy tam, kde identifikujeme nějakou formu suicidálního chování nebo sebepoškození. Přítomnost sebepoškození je významným rizikovým faktorem pro suicidální pokus i dokonané suicidium. Vlastnímu sebevražednému jednání často předchází suicidální ideace a tendence, které může dospívající verbalizovat, projevy psychického diskomfortu s úzkostně-depresivní symptomatikou a další příznaky počínajícího duševního onemocnění. Často se před vlastním autoagresivním aktem rozvíjí tzv. presuicidální syndrom, který popsal Ringel (tab. 2).⁽²⁵⁾ Součástí tohoto syndromu je kromě psychických obtíží určitý vzorec chování, omezení osobních kontaktů, stahování se do sebe, absence ve škole. Důležité mohou být somatické obtíže, pro které může adolescent navštívit svého praktického dětského lékaře. Ten pak může být prvním, který zachytí hrozící sebevražedné jednání. Lékař by měl zejména v případech ne zcela jasného somatického nálezu věnovat též pozornost psychickému stavu pacienta. Je důležité vyhodnotit rizikové a projektivní faktory a znaky suicidálního rizika (tab. 3).⁽²⁶⁾ Pomoci může též dotazník suicidálního rizika CASPI (Child-Adolescent Suicidal Potential Index), který je krátký a vyhodnocení nezabere mnoho času. Důležité je rovněž získání dalších anamnestických dat od rodičů.

Presuicidální syndrom tomuto jednání nepředchází tam, kde jde o impulzivní, tzv. zkratkové jednání, kdy adolescent okamžitě reaguje na nastalou situaci, např. neočekávaný skok z okna po konfliktu s rodiči. V klinické praxi se také můžeme setkat se situací, kdy po období psychických obtíží dojde k domnělému zlepšení duševního stavu, dívka či chlapec se uvolní a poté se dopustí sebevražedného jednání. Víme, že definitivní rozhodnutí o sebevraždě může přinést navenek uvolnění a celkové zklidnění, o kterém se okolí může domnívat, že došlo k úpravě psychických obtíží. Hrozící suicidální riziko je indikací pro psychiatrické vyšetření, případně psychiatrickou hospitalizaci. Platí, že pokud je dítě či adolescent v ohrožení tímto jednáním, je nutná hospitalizace i bez jeho souhlasu nebo souhlasu zákonného zástupce.

Tab. 3: Znaky suicidálního rizika dle Pfeffera

	Vysoké riziko	Nízké riziko
Předpověditelnost chování dítěte či adolescenta	Nízká	Vysoká
Okolnosti suicidálního chování	Dítě a dospívající je sám, má promyšlený plán, nelze předpokládat záchranu	Nabližku je jiná osoba, postižený nemá plán, lze předpokládat záchranu
Letalita způsobu suicidálního chování	Vysoká	Nízká
Úmysl zemřít	Výrazný	Nejistý
Přítomná psychopatologie	Závažná deprese, poruchy chování, zneužívání návykových látek	Minimální
Copingové mechanismy	Slabý úsudek, impulzivní projevy	Dobry úsudek, dobrá sebekontrola
Emoční prožívání	Výrazné pocity bezmoci, beznaděje, vzteku, viny a studu	Mírné projevy těchto emocí
Schopnost dítěte komunikovat	Nedostatečná, ambivalentní komunikace	Dobrá
Podpora rodiny	Nedostatečná, nekonzistentní	Dobrá
Psychosociální stres	Vysoký	Nízký

LÉČBA A PREVENCE

Terapie vychází z podrobného vyšetření dospívajícího. Při vyšetření je zapotřebí zaměřit se na okruhy problémů (tab. 4). Léčba je komplexní, často zahrnující přístupy psychofarmakologické i psychotherapeutické. Při zjištění depresivní poruchy jsou indikována antidepresiva. Pro dětský věk jsou schválena antidepresiva typu SSRI sertralin, fluvoxamin a fluoxetin. Nezřídka však použijeme i antidepresiva tzv. off-label, např. citalopram, escitalopram, mirtazapin, venlafaxin. Při zahájení léčby antidepresivy bývá zmiňováno zvýšené riziko sebevražedných ideací a chování, literární údaje nejsou jednoznačné. V každém případě je zejména v prvních týdnech léčby potřebný zvýšený dohled.^(27,28) Suicidální jednání může být i prvním příznakem psychotické poruchy, v tomto případě motivace i způsob provedení bývají bizarní.⁽²⁹⁾ Při zjištění schizofrenní poruchy jsou indikována antipsychotika.

Tab. 4: Okruhy, na které je nutno se zaměřit při vyšetření

- Události, které předcházely suicidálnímu aktu
- Důvody a motivy pro suicidální chování
- Problémy a konflikty, které dospívající projevuje
- Aktuální psychopatologické projevy
- Psychopatologické projevy v minulosti včetně předcházejícího suicidálního jednání
- Případná psychiatrická porucha
- Riziko autodestruktivního chování v současnosti
- Závažnost suicidálního úmyslu
- Protektivní a pozitivní vývojové faktory a okolnosti

Součástí léčby je psychoterapie, zejména v případě emočně nestabilních adolescentů je vhodná dialekticko-behaviorální terapie (DBT), která je zaměřená na kontrolu emočních výkyvů.⁽³⁰⁾ Nedílnou součástí léčby je práce s rodinou a rodinným prostředím, často formou rodinné terapie.

Důležitou součástí péče o dospívající ohrožené suicidálním jednáním je prevence.⁽³¹⁾ Primární prevence je zaměřená na snížení suicidálního rizika v populaci. Sem patří zejména podpora správného životního stylu, posilování protektivních faktorů a oslabování rizikových faktorů. Důležité jsou fungující rodinné vztahy, schopnost rodiny pomoci dospívajícímu v případě krizové situace, celkově podporující rodinné prostředí. Nezastupitelnou roli hrají i pozitivní vrstevnické vztahy, zapojení ve školním a studijním prostředí, zájmy a způsob strukturování volného času. Sekundární prevence je zaměřená na zachycení a terapii klinických projevů včetně krizové intervence tam, kde je možné identifikovat u adolescenta suicidální riziko. Terciární prevence se snaží mírnit

důsledky psychické poruchy a zabránit opakování autodestruktivního jednání.

ZÁVĚR

Sebeпоškozování a suicidální jednání ve formě suicidálního pokusu je v adolescentním věku relativně časté. Jeho výskyt se v posledních letech zvyšuje, podstatný nárůst jsme zaregistrovali během covidové pandemie.^(32,33) Jde však o trend, který již pandemii v určité míře předcházela. Toto závažné autodestruktivní jednání může ohrožovat zdraví a život, zároveň negativně ovlivňuje psychický vývoj včetně vývoje osobnosti. V rámci presuicidálního syndromu mohou být přítomny somatické obtíže. Významná je proto role praktických lékařů pro děti a dorost, kteří se s těmito psychickými obtížemi setkají. Důležité je identifikovat a vyhodnotit suicidální riziko a v případě potřeby zajistit následnou pedopsychiatrickou nebo psychologickou péči. |

LITERATURA

1. **DSM-5.** Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Praha: Hogrefe-Testcentrum 2015.
2. **Látalová K, Kamarádová D, Praško J.** Suicidalita u psychických poruch. Praha: Grada 2015.
3. **Skegg K.** Self-harm. *Lancet* 2005; 366: 1471–1483.
4. **Kabíček P, Csémy L, Hamanová J, et al.** Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví. Praha: Triton 2014.
5. **Madge N, Hewit A, Hawton K.** Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49(6): 667–677.
6. **Peterson J, Freedenthal S, Sheldon CH, Andersen R.** Nonsuicidal self injury in adolescents. *Psychiatry (Edgmont)* 2008; 5(11): 20–26.
7. **Pelkonen M, Marttunen M.** Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs* 2003; 5(4): 243–65.
8. **Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize.** Praha: Psychiatrické centrum 1992.
9. **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.
10. **Papežová H, et al.** Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Praha: Mladá fronta 2018.
11. **Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S.** Affect regulation and addictive aspects of repetitive self – injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(11): 1333–1341.
12. **Kolouch D, Kerner J, Hrdlička M.** Sociální sítě a jejich vliv na duševní zdraví mládeže. *Čes Slov Psychiatr* 2023; 119(5): 186–192.
13. **Žirková I.** Sebevražda. In: Hosák L, Hrdlička M, Libiger J, et al. (eds.). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum 2015.
14. **Liu RT, Walsh RFL, Sheehan AE, et al.** Prevalence and correlates of suicide and nonsuicidal self-injury in children, a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2022; 79(7): 718–726.
15. **Rýdlo O, Say N, Táborská R, et al.** Hledání světla v temnotě: Souhrnná zpráva o sebevraždném jednání a prevenci v České republice 2023/2024. Klecany: Národní ústav duševního zdraví 2025.
16. **ÚZIS ČR.** Praha 2024.
17. **Daňková Š.** Validace o sebevražednosti. Konference ČDS, České Budějovice, 5/2025.
18. **Gijzen MWM, Rasing SPA, Creemers DHM, et al.** Suicide ideation as a symptom of adolescent depression, a network analysis. *J Affect Disord* 2021; 278(1): 68–77.
19. **Brent DA.** The treatment of adolescent suicide attempters study (TASA): Predictors of suicidal events in an open treatment trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48: 987–996.
20. **Hrdlička M, Dudová I.** Deprese v dětství a adolescenci. In: Hosák L, Hrdlička M, Libiger J, et al. (eds.). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum 2015.
21. **Papežová H, Kocourková J, Koutek J.** Poruchy příjmu potravy. In: Raboch J, et al. Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP 2014.
22. **Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, Garny de la Riviere S.** Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther* 2018; (9): 199–210.
23. **Chau K, Gherdaoul H, Kabuth B, et al.** Associations between depressive symptoms with suicide behaviors and negativ relationships with mother and father in early adolescents: a population-based study. *Minerva Pediatr (Torino)* 2023.
24. **Grossber A, Rice T.** Depression and suicidal behavior in adolescents. *Med Clin North Am* 2023; 107(1): 169–182.
25. **Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P.** Kaplan-Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Wolters Kluwer 2017.
26. **Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T.** Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI): a screen for risk for early onset suicidal behavior. *Psychological Assessment* 2000; 12(3): 304–318.
27. **Soumerai SB, Koppel R, Naci H, et al.** Intended and unintended outcomes after FDA pediatric antidepressant warning: a systematic review *Health Affairs* 2024; 43(10).
28. **Lock J, Walker LR, Rickert VI, Katzman DK.** Suicidality in adolescents being treated with antidepressant medications and the black box label: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2005; 36(1): 92–3.
29. **Apter A, Gothelf D, Orbach I.** Correlation of suicidal and violent behaviour in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 912–18.
30. **Kocourková J, Koutek J, Strnadová T, Kantor K.** Emočně nestabilní adolescenti – diagnostika a terapie. *Psychiatr praxi* 2024; 25(3): 120.
31. **Chylová M, Pálová E, Kovaničková M, Breznoščíková.** Prieskum suicidálního správania v období dospievania. *Cesk Psychol* 2011; 55(4): 306–315.
32. **Lantos JD, Hung-Wen Y, Raza F, et al.** Suicide risk in adolescents during the covid-19 pandemic. *Pediatrics* 2022; 149(2).
33. **Danzo S, Kuklinski MR, Sterling SA, et al.** Anxiety, depression and suicidal ideation among early adolescents during the Covid-19 pandemic. *J Adolesc* 2024; 96(6): 1379–87.