ních pacientů se jedná v letech před pandemií covidu-19 a v letech po pandemii. Dále nás zajímal profil hospitalizovaných pacientů a jeho prolínání se se známými rizikovými faktory, jako je psychiatrická komorbidita, psychoheredita, neúplná rodina, či somatické onemocnění.

Suicidální chování v dětském věku

Pojem suicidalita zahrnuje široké spektrum chování od neverbalizovaných a verbalizovaných myšlenek na sebevraždu, po dokonané suicidium. Zatímco dokonané suicidium zůstává v dětském a adolescentním věku naštěstí nadále poměrně vzácné (4), suicidální chování je celosvětově na výrazném vzestupu (5). Pro účely tohoto sdělení je nutné definovat, co suicidální chování znamená a zahrnuje. Dle kolektivu autorů k suicidálnímu chování patří verbalizované vážně míněné suicidální myšlenky (nezahrnujeme výroky typu „radši se zabiju/skočím z okna" vyřčené v afektu, které nevedou k suicidální akci a po zklidnění jedinec nevykazuje žádné suicidální ideace), suicidální jednání (hromadění léků, sezení v okně za úmyslem skočit, plánování suicidia, vyhledávání informací o suicidiu apod.) a neúspěšný suicidální pokus. Verbalizace suicidálních myšlenek se může objevit v různých situacích. Spontánně děti verbalizují suicidální myšlenky nejčastěji v momentu emočního rozrušení. Hloubka suicidálního uvažování je však různá. Často jde o konverzační zvrat, kterým se snaží ukončit hádku. Může však jít i o dlouhodobé suicidální ladění, které již má konkrétní obrysy a náhlé emoční vypětí vyprovokuje verbalizaci dlouho promýšleného suicidálního záměru. Suicidální myšlenky někdy děti verbalizují v důvěrném rozhovoru s přáteli, či jinými blízkými osobami. Není neobvyklé, že se svými sebevražednými úvahami podělí na sociálních sítích. Další možností verbalizace suicidálních myšlenek je během psychologického, či psychiatrického vyšetření, kdy se na jejich přítomnost vyšetřující přímo zeptá. Úkolem odborníka je pak vyhodnotit hloubku suicidálních myšlenek a suicidálního záměru.

Naše chápání suicidálního chování se shoduje s publikovanou literaturou, např. Nock et al., 2008 (6). I přesto, že u dětí a adolescentů je poměr dokonaných sebevražd k sebevražedným pokusům pouze 1 : 100 (2), jde o závažný medicínský problém a v USA je prokázáno, že ve věku mezi 10.–14. rokem je suicidium 2. nejčastější příčinou úmrtí (7).

Sebevražedné chování v dětství představuje významný rizikový faktor pro rozvoj psychiatrického onemocnění v dospělosti, a tedy je závažným markerem pro celoživotní psychickou vulnerabilitu jedince (8).

Kromě nárůstu suicidálního chování se u dětí a adolescentů potkáváme i se vzestupem sebepoškozování. Sebepoškozování je charakterizováno vědomým, záměrným, často opakovaným sebezraňováním bez vědomé suicidální motivace, v němž dochází k narušení tělesné integrity, bez závažného letálního dosahu (2). Sebepoškozování je vnímáno jako rizikový faktor rozvoje suicidálního chování (10) a v klinické praxi se často potkáváme s tím, že děti po suicidálním pokusu již mají za sebou různě dlouhou anamnézu sebepoškozování. Zdaleka však nelze říct, že sebepoškozování vede k suicidálnímu chování nebo že dítě, které se nesebepoškozuje, nemůže dospět k suicidálnímu rozhodnutí.

Z uvedeného vyplývá, že suicidalita u dětí se stává velmi závažným medicínským tématem, které vyžaduje bližší prozkoumání a hluboké porozumění, abychom mohli vyvinout nejen účinnou terapii pro již postižené jedince, ale abychom byli schopni nalézt možnosti primordiální prevence.

Rizikové faktory dětské suicidality

Dítě je nejvíce ovlivňováno prostředím, v kterém tráví nejvíce času, a tedy primárně rodinou a školou. Jako nejvýraznější rizikové faktory pro rozvoj suicidality jsou proto opakovaně pokazovány konflikty v rodině a šikana ve škole. Dalším závažným rizikovým faktorem je přítomnost psychopatologie u dítěte, která významně zvyšuje i závažnost suicidálního chování (větší riziko suicidálního pokusu, při výskytu suicidálních myšlenek). Mezi další rizikové faktory patří psychiatrické onemocnění v rodině (které působí jednak v rámci genetické zátěže, ale zároveň často vede k zvýšenému napětí v rodině, konfliktnímu prostředí a soustředí pozornost na již nemocného jedince v rodině), či přítomnost somatického onemocnění u jedince (zejména je prozkoumána souvislost s astma bronchiale). Byla prokázána i pozitivní korelace mezi množstvím času stráveného u obrazovek a vyšším výskytem suicidálního chování, s čím souvisí i větší riziko kyberšikany (9–12).

Protektivní faktory dětské suicidality

Tak jako rizikové faktory vycházejí zejména z rodinného a školního prostředí dítěte, je tomu i v případě faktorů protektivních. Jako nejdůležitější protektivní faktor je popisováno harmonické rodinné prostředí s pečujícími, avšak autoritativními rodiči, kteří vytvářejí dítěti bezpečné hranice a zároveň prostor pro osobnostní rozvoj. V rámci rodinného soužití vplývá na dítě velmi pozitivně zejména dostatek kvalitně stráveného společného času, třeba i pravidelné společné rodinné večeře. Dalším významným protektivním faktorem je přítomnost stabilního školního zázemí s dobrými vrstevnickými vztahy (10, 11, 13).

Dodržování pravidel zdravého životního stylu, předcházení dětské obezitě, přiměřené zapojení do zájmových činností, dobrá emoční inteligence, omezený čas trávený u obrazovek a na sociálních sítích, či dobré sebevědomí pak hrají také roli v snížení rizika suicidálního chování, avšak jsou základním dvěma protektivním faktorům spíše podřazené, doplňkové (10, 11).

Materiál a metody

Pro účely našeho průzkumu jsme zvolili věkovou hranici dětí 10–14 let. Věková hranice byla zvolena jednak z provozních důvodů oddělení, kde je 14 let limitem k přijetí, a zároveň jako výsledek rešeršního šetření.

Akcelerace suicidálního chování je prokazatelně vyšší právě ve věkové kategorii 10–14 let (14). Suicidální ideace zároveň nejsou před věkem 10 let časté (méně než 1 % populace) (15).

Jako inkluzivní kritéria pro zavzetí dětí do výzkumné kohorty jsme určili věk 10–14 let včetně, přítomnost suicidálních ideací, suicidálních tendencí a stav po suicidálním pokusu.

V rámci šetření, jsme pomocí nemocničního informačního systému odfiltrovali věkovou kategorii dětí 10–14 let v roce 2019 a v roce 2022. U každého z takto vyfiltrovaných dětí jsme pak na základě příjmového vyšetření prozkoumali důvody vedoucí k přijetí na oddělení. Děti jsme rozdělili do dvou skupin, dle roku hospitalizace: rok 2019 a rok 2022. U všech dětí, které splnili inkluzivní kritéria jsme zaznačili pohlaví a přítomnost suicidálního pokusu. U dětí hospitalizovaných v roce