

Suicidální chování a sebepoškození u poruch příjmu potravy

doc. PhDr. Jana Kocourková, MUDr. Jiří Koutek, Ph.D.

Dětská psychiatrická klinika FN Motol a UK 2. LF Praha

U pacientů s poruchami příjmu potravy se ve významné míře vyskytuje suicidální chování. Suicidium je považováno za hlavní příčinu smrti u mentální anorexie, u mentální bulimie jsou častěji zastoupeny suicidální pokusy a sebepoškození. Za rizikové komorbidní faktory je považována zejména depresivní porucha, hraniční porucha osobnosti a užívání návykových látek. Posouzení suicidálního a sebepoškozujícího chování u pacientů s poruchou příjmu potravy by mělo být součástí základního vyšetření.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, suicidální chování, sebepoškození.

Suicidal behavior and self harming associated with eating disorders

Eating disorders are significantly associated with suicidal behavior. Anorexia nervosa has the highest rates of completed suicide, whereas suicide attempts and self harming behavior are easily found among patients with bulimia nervosa. Risk factors are associated with depression, borderline personality disorder and substance abuse. Patients with eating disorders should be obligatory assessed for suicidal ideation and self harming behavior.

Key words: eating disorders, suicidal behavior, self harming.

Psychiatr. prax; 2014; 15(3): e18–e20

Úvod

Autoři se zabývají tématem suicidálního chování u poruch příjmu potravy (1, 2, 3). Suicidálnímu chování u těchto poruch je třeba věnovat pozornost, stejně jako rizikovým faktorům, které suicidální riziko zvyšují, jako je například výrazná komorbidita depresivní poruchy (4). Rozdílnost výsledků řady studií je odvozena od rozdílných souborů pacientů s poruchami příjmu potravy, ať již z hlediska specifík poruchy (mentální anorexie, mentální bulimie), délky trvání poruchy, nebo související komorbidity s depresí, osobnostní problematikou či zneužíváním návykových látek. Soubory se mohou lišit skladbou věku nebo tím, zda jde o pacienty posuzované v průběhu hospitalizace nebo ambulantní léčby. Současné studie uvádějí vyšší výskyt suicidií u mentální anorexie (5). Výskyt suicidálních pokusů je u mentální anorexie zjišťován v rozmezí 3–20 %, u mentální bulimie 25–35 % (5). Některé studie uvádějí, že suicidální pokusy u mentálních anorexií jsou ale závažnější než v případech mentální bulimie. U poruch příjmu potravy bývá přítomen syndrom záměrného sebepoškození, ať již ve známé podobě pořezávání se, ale také ve způsobu předávkování se medikamenty, které bývá v první diagnostické linii často hodnoceno jako suicidální pokus, přitom ale nemusí jít o záměr (byť ambivalentní) zemřít, ale spíše o snahu převést psychický diskomfort do podoby somatické bolesti (6).

Psychodynamické souvislosti směřují k negativnímu a odmítavému postoji k vlastnímu

tělu, vůči němuž se primárně agrese obrací, ať již v podobě autodestruktivního chování v rámci poruchy příjmu potravy, nebo v podobě sebepoškození či suicidálního chování. Dochází k fenoménu psycho-somatické disociace, kdy jsou mysl a tělo prožívány jako oddělené entity (7, 8).

Sebepoškození (9, 10) se u pacientů s klinicky diagnostikovanými poruchami příjmu potravy vyskytuje relativně často (30–40 %). Navíc můžeme říci, že u sebepoškozujících se pacientů nacházíme ve vysokém procentu jídelní problémy alespoň v subklinické podobě (57–93 %). Při sebepoškození jde obvykle o formy, které jsou vědomé, záměrné a opakované, bez přímé suicidální motivace a závažného letálního dosahu. Bývají označovány jako „syndrom záměrného sebepoškození“, např. pořezávání se žiletkou, škrábání se ostrým předmětem, pálení cigaretou apod., ale též o formy méně zřetelné, které souvisí s patologií jídelní poruchy, např. studené sprchy, dosahování extrémní fyzické aktivity, stahování pasu, odebírání krve, polknutí předmětu. Z hlediska věku je nejčastější výskyt u adolescentních pacientek, lze pozorovat výskyt nápodoby chování, zejména v podmínkách lůžkové péče.

V rámci poruch příjmu potravy jsou popisovány dva způsoby sebepoškození, které jsou označovány jako impulzivní a kompulzivní. Pokud jde o impulzivní projevy sebepoškození, jde nejčastěji o pořezávání nebo pálení se. Tyto projevy bývají spojeny se suicidálním chováním a depresí, v anamnéze se často vyskytuje

fyzické nebo sexuální zneužití. Impulzivní sebepoškození se obvykle vyskytuje u mentální bulimie. Příkladem kompulzivního sebepoškození jsou podobné projevy jako např. onychofagie, je patrná vazba na obsedantní patologii, bývá častý defekt v uvědomování si vlastních emocí a pocitů. Kompulzivní sebepoškození je častější u mentální anorexie.

Psychodynamické mechanismy, které leží v pozadí sebepoškození, bývají spojovány s disociativními procesy a osobnostní patologií, zejména narcistickou a hraniční. Fungování osobnosti často vykazuje znaky křehké narcistické rovnováhy, přítomna bývá hostilní závislost ve vztahu k důležitým osobám, patologický vztah k tělu, agresivní postoj vůči tělesnému já. Vyskytuje se kombinace se suicidálním chováním, předstíranými poruchami, i prostou simulací patologických projevů. Údaje o častější korelaci sebepoškození s fyzickým nebo sexuálním zneužíváním v dětství jsou stále předmětem diskuzí.

V diagnostickém procesu je třeba posoudit základní psychopatologii pacientů včetně osobnostních poruch, rozlišit riziko spojené se sebepoškozením a případným suicidálním chováním a zhodnotit manipulativní aspekt těchto projevů a jejich souvislost s objektovými vazbami (k blízkým osobám, zdravotnickému personálu apod.).

Významnou okolností, která zasluhuje pozornost, je u suicidálních pacientů koncept smrti, který má nejen objektivní, na kognitivní vyspělosti závislou kvalitu, ale též subjektivní,

osobní význam. Postoje ke smrti u suicidálních adolescentů často obsahují fantazii, že self je ve vztahu k tělu odlišnou kvalitou, kterou je možno zničit, aniž by to poškodilo self. Tento způsob prožívání je výrazný zejména u pacientů s poruchou příjmu potravy, kteří racionálně připouštějí, že by v důsledku odmítání potravy mohli zemřít, ale emočně takovou možnost nepřijímají. Pro porozumění představ o smrti a posmrtném životě u suicidálních dětí a adolescentů (11) je zajímavý koncept rozlišující objektivní a subjektivní složku konceptu smrti. Za objektivní koncept smrti se považuje to, co se objevuje ve vývojových teoriích a je spojeno s kognitivní vyspělostí dítěte, to znamená objektivní pochopení, že smrt je nevratné ukončení života, univerzální pro všechno živé. Subjektivní koncept smrti vyjadřuje osobní jedinečnou kvalitu představy smrti, respektive představ, co bude po smrti. Objektivní koncept smrti se vytváří přibližně ve věku 8–10 roků, zatímco subjektivní koncept smrti se může vyvíjet nebo měnit v průběhu života. Je ovlivněn představami, které mají emoční význam, a tato subjektivita se může prosadit i tam, kde z hlediska kognitivních funkcí bylo objektivního konceptu smrti dosaženo. U suicidálních dětí a adolescentů nacházíme různé podoby subjektivního konceptu smrti, od vyjádření jednoznačné nevíry v posmrtný život, přes představu, že posmrtný život v „nějaké“ podobě existuje, až po propracované iracionální fantazie, například reinkarnačního charakteru. Specifickou, i když nepočetnou skupinou jsou suicidální pacienti, kteří jsou věřící a pro něž je představa suicidia spojena s těžkým proviněním.

V diagnostice pacientů s primární diagnózou poruchy příjmu potravy bývá suicidální riziko podhodnocováno. Většina autorů považuje za nezbytné v rámci diagnostického procesu věnovat pozornost aspektům, které suicidální riziko zvyšují, jako je komorbidita s afektivními poruchami, osobnostní problematikou (zejména hraniční poruchou osobnosti) a zneužívání návykových látek. Je třeba posoudit historii suicidálního chování, včetně suicidálních myšlenek a představ o smrti, suicidální pokusy či sebepoškození v anamnéze. U pacientů s poruchami příjmu potravy je třeba věnovat pozornost i méně nápadným autoagresivním projevům. Cílem je rozlišit různé způsoby autodestruktivního chování, sebepoškození, parasuicidálního chování a zejména závažné suicidální riziko. Tyto poznatky přispívají k upřesnění diagnózy i k vhodnému plánování terapeutických postupů (12, 13).

Kazuistické ukázky

I. Suicidium

18 roků a 6 měsíců stará dívka, studentka maturitního ročníku gymnázia, od svých 14 roků trpěla mentální anorexií. Pro toto onemocnění byla opakovaně hospitalizována na psychiatrii. Její rodinné prostředí bylo vcelku harmonické, v průběhu obtíží však došlo k narušení vztahu s rodiči. S nimi se dostávala do častých konfliktů kvůli odmítání jídla a hubnutí. Podobně jako ostatní pacientky s touto poruchou byla výborná studentka, ambiciózní, s perfekcionistickými rysy. Rodiče uváděli, že „neměla ani období prvního vzdoru“, ve všem vyhověla, odmítání jídla bylo jejím jediným vzdorováním. Opakovaně držela diety, hladověla, zneužívala laxativa. Z původní mírné nadváhy zhubla až na BMI 13,5, váha značně kolísala. Její náhled na jídelní obtíže byl minimální. Pro těžší depresivní syndrom byla dlouhodobě léčena antidepresivy. Do svých 18 roků byla léčena na dětské psychiatrické klinice, poté přešla do ambulantní péče pro dospělé. Pro opětovný výrazný pokles hmotnosti bylo indikováno plánované přijetí do psychiatrické léčebny. V noci před přijetím se dívka letálně intoxikovala medikamenty. O jejím motivu můžeme pouze spekulovat. Již v předchozí době se vyskytovaly výroky typu „když přiberu, nic nemá smysl, to ať raději nejsem“. Přítomna byla deprese a také těžké konflikty s rodiči, její napětí zvyšoval strach z maturity a obavy ze zameškání studia během hospitalizace. To vše se pravděpodobně na jejím dokonaném suicidiu podílelo.

II. Suicidální pokus

14 let stará dívka studující na prestižní škole s déle než rok trvajícím mentální anorexií byla přijata na dětskou psychiatrickou kliniku poté, kdy v souvislosti s konflikty v rodině kvůli jídlu a hmotnosti požila antidepresiva v suicidálním úmyslu a musela být hospitalizována. Hospitalizaci předcházela relativně krátká léčba ambulantního typu pro mentální anorexiu a depresivní poruchu. Pacientka pocházela z rodiny zdůrazňující potřebu vzdělání a ekonomického zabezpečení, sama byla snaživá a aspirativní, příliš si nerozuměla s vrstevníky a emočně kolísala mezi snahou být vzornou dcerou a mezi přáním být výjimečná, s postojem arogance a despektu vůči „normálním“ lidem. Suicidální pokus byl výrazem bezvýchodnosti související s rozhodováním o hospitalizaci na psychiatrickém oddělení, což prožívala jako nátlak na změnu patologického chování a prožívala strach z nátlaku na změnu jídelního chování a hmot-

nosti a pocity ponížení. Motivace k ukončení života byla ambivalentní, spojená s hostilními fantaziemi vůči osobám, které rozhodovaly o její psychiatrické hospitalizaci. Její představa o smrti byla vyjádřena fantazií, že se z lidí stávají andělé. Suicidální pokus měl emoční dopad na celou rodinu, rodiče měli pocity viny i vyčítavé postoje vůči dceři.

III. Suicidální myšlenky

16 let stará dívka studující na gymnáziu byla přijata na dětskou psychiatrickou kliniku v souvislosti se závažným poklesem hmotnosti v rámci dg. mentální anorexie, symptomatika trvala několik roků, se střídajícími se obdobími, kdy ambulantně navštěvovala psychiatra a psychoterapeuta, užívala antidepresiva. Suicidální myšlenky uváděla již z období před začátkem mentální anorexie, v době, kdy mezi rodiči probíhaly hádky a konflikty, které vyvrcholily rozvodem rodičů, dívka zůstala s matkou, s otcem se stýkala nepravidelně, měla výčitky svědomí, že zrazuje matku. Pocit, že „život nemá cenu“ se zmírnil v době, kdy začala omezovat a kontrolovat příjem potravy, cítila se aktivní, zvládala školní i domácí povinnosti, navštěvovala řadu kroužků. V té době suicidální myšlenky neměla, cítila se „nad věcí“. V dalším období výrazného zhubnutí se cítila unavená, nevykonná, myšlenky na sebevraždu se staly významným obsahem jejího duševního života, promýšlela způsoby suicidia, hledala návody na internetu, uvažovala o reakcích blízkých osob. Její představa o smrti byla vyjádřena přesvědčením o reinkarnaci. Hospitalizaci prožívala s ambivalencí, za pozitivní považovala to, že nemusí nic řešit, ani to, zda má žít či zemřít.

IV. Sebeпоškození

17 let stará dívka v učebním oboru, přijata na dětskou psychiatrickou kliniku pro dg. mentální bulimie. Jídelní potíže trvají několik roků, v jejich počátku byla dg. mentální anorexie. Zvracení v rámci bulimie zejména v počátku mělo násilný a rizikový charakter, dívka si srkala do krku různé předměty. Dívka vyrůstala v neúplně disharmonické rodině od útlého dětství, vůči otci, se kterým se prakticky nestýkala, měla opovrhlivý postoj. V dospívání konflikty s matkou, zajímala ji parta vrstevníků, měla několik partnerských vztahů s nechráněnými sexuálními styky a užíváním marihuany. Sebeпоškození se rozvíjelo postupně, pořezávala se žiletkou, zpočátku na zápěstí, posléze i na nohou a stehnech. Verbalizovala pocit úlevy spojený se sebeпоškozením, ale i obavy, jak bude její tělo

vypadat s jizvami od pořezávání se. Připadala si ošklivá, tlustá, neschopná, bylo zřejmé, že sebe-poškození obsahuje moment sebetrestání. Musela se „buď vyzvracet, nebo pořezat“. Matka výchovnou situaci nezvládala, začala sama navštěvovat psychiatra.

Závěr

Tematika suicidálního a sebe-poškozujícího se chování u pacientů s poruchami příjmu potravy je závažná, protože představuje kumulující se riziko psychopatologických projevů zejména u adolescentních dívek. V kazuistických případech jsme chtěli ukázat na riziko, které může vést až k závažnému suicidálnímu pokusu či dokonanému suicidii. Autodestruktivní chování může vycházet z různých motivačních zdrojů. V případě suicidální motivace bývá přítomna depresivní symptomatika, pocity beznaděje a bezvýchodnosti, kdy dívky navíc prožívají terapeutickou snahu jim pomoci jako nátlak a omezení. Fantazie o vlastní smrti jako o úlevném řešení situace je nebezpečná, zejména když je spojena s představami o tom, že život neskončí. V případě sebe-poškození jde spíše o návykové chování, v němž je snaha zbavit se psychické bolesti obrácením agrese proti vlastnímu tělu. Na kazuistických příkladech jsme popsali problémy spojené se suicidálním chováním a sebe-poškozením.

U pacientů s poruchami příjmu potravy je riziko suicidálního chování a sebe-poškození

zvýšeno. V klinické praxi je třeba rozlišit různé způsoby autodestruktivního chování, které vyplývá z poruchy příjmu potravy, a dále v rámci vyšetření je důležité věnovat pozornost suicidálním myšlenkám, předcházejícím suicidálním pokusům a sebe-poškození. Domníváme se, že sebe-poškozující chování v adolescenci zvyšuje riziko pro pozdější závažné suicidální chování. Včasná pozornost vůči těmto projevům u pacientů s poruchami příjmu potravy a vhodná psychoterapeutická intervence představuje součást dobré klinické praxe.

Literatura

1. Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, Halmi KA, Johnson C, Kaplan AS, Mitchell J, Nutzinger D, Strober M, Treasure J, Woodside DB, Berrettini WH, Kaye WH. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 2008; 70(3): 378–383.
2. Favaro A, Santonastaso P. Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95(6): 508–514.
3. Selby EA, Smith AR, Bulik CM, Olmsted MP, Thornton L, McFarlane TL, Berrettini WH, Brandt HA, Crawford S, Fichter MM, Halmi KA, Jacoby GE, Johnson CL, Jones I, Kaplan AS, Mitchell JE, Nutzinger DO, Strober M, Treasure J, Woodside DB, Kaye WH, Joiner TE. Habitual starvation and provocative behaviors: Two potential routes to extreme suicidal behavior in anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 2010; 48: 634–645.
4. Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nord J Psychiatry* 2010; 64(1): 32–39.
5. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 2006; 26(6): 769–782.
6. Kocourková J, Koutek J. Intoxikace medikamenty – suicidální nebo sebe-poškozující jednání? *Čes a slov Psychiat* 2013; 109(2): 81–83.

7. King RA, Apter A. *Suicide in Children and Adolescents*. Cambridge, Cambridge University Press 2003.
8. Koutek J, Kocourková J. Autodestruktivní chování v adolescenci. *Postgraduální medicína* 2013; 15(2): 223–227.
9. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-care versus self-harm: piercing, tattooing, and self-injuring in eating disorders. *European Eating Disorders Review* 2005; 13: 11–18.
10. Favaro A, Santonastaso P. Self-Injurious Behavior in Anorexia Nervosa. *Journal of Nervous & Mental Disease* 2000; 188(8): 537–542.
11. Gothelf D, Apter A, Brand-Gothelf A, Orfee N, Ofek H, Tyano F, Pfeffer CR. Death Concepts in Suicidal Adolescents. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 1279–1286.
12. Papežová H. (ed.): *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha, Grada 2010.
13. Maltzberger JT. Psychoanalytic perspectives on the treatment of an acute suicidal crisis. *Journal of clinical psychology* 2006; 62(2): 223–234.

Podpořeno Programem rozvoje vědních oblastí na UK Praha č. P 07 Psychosociální aspekty kvality lidského života a projektem MZd ČR koncepčního rozvoje výzkumné organizace 00064203 (Fakultní nemocnice v Motole).

*Článek je převzatý z
Psychiatr. praxi 2014; 15(2): 55–57*

doc. PhDr. Jana Kocourková

*Dětská psychiatrická klinika FN Motol a UK 2. LF Praha
Nad Královskou oborou 45, 170 00 Praha 7
jana.kocourkova@fmotol.cuni.cz*
