

# Závažný suicidálny pokus adolescentnej pacientky s Aspergerovým syndrómom

MUDr. Anna Surovcová, doc. MUDr. Jana Trebatická, PhD., PhDr. Kristína Rybárová

Klinika detskej psychiatrie LFUK a NÚDCH, Bratislava

**Aspergerov syndróm je neurovývinová porucha, charakterizovaná deficitmi v sociálnej komunikácii a repetitívnymi, stereotypnými vzorcami správania. Porucha je nezriedka rozpoznaná až v období dospievania. Pacienti s Aspergerovým syndrómom sú najčastejšie ohrození afektívnymi poruchami, poruchami správania a zneužívaním psychoaktívnych látok. Doterajšie štúdie preukázali zvýšené riziko samovražedného správania u týchto pacientov.**

**Prezentovaná kazuistika ilustruje problematiku neočakávaného suicidálneho správania závažného charakteru u adolescentnej pacientky s poruchou autistického spektra. Zameriava sa na komplexnú psychiatrickú diagnostiku pacientky, ktorú dopĺňa o psychologický profil osobnosti.**

**Kľúčové slová:** Aspergerov syndróm, suicidálne správanie, adolescencia

## Serious suicide attempt in an adolescent with asperger syndrome: a case report

**Asperger syndrome is a neurodevelopmental disorder, characterized by impaired social communication and by repetitive, stereotyped patterns of behavior. The disorder is rarely recognized during adolescence. Patients with Asperger syndrome match a high-risk profile for affective disorders, conduct disorders and psychoactive substance abuse.**

**Previous studies have shown a high-risk of suicide in these patients. The presented case study illustrates the issue of unexpected suicide behaviour in patient with autism spectrum disorder. It is focused on a comprehensive psychiatric diagnostics and the psychological profile of personality.**

**Key words:** Asperger syndrome, suicidal behavior, adolescence

Psychiatr. prax, 2020;21(3):118-121

## Úvod

**Aspergerov syndróm (AS)** je pervazívna vývinová porucha, ktorá sa vyznačuje narušenou komunikáciou, sociálnou interakciou a nezvyčajne intenzívnymi, úzko špecifikovanými záujmami alebo obmedzenými, opakujúcimi sa, stereotypnými vzorcami správania a aktivitami (1). Odlišnosť od typického autizmu spočíva v chýbaní celkového oneskorenia vývinu reči a kognitívneho vývinu. Na Slovensku je stále platná Medzinárodná klasifikácia chorôb, 10. revízia (MKCH 10), kde je diagnóza AS definovaná pod samostatným kódom.

V aktuálnej klasifikácii chorôb Americkej psychiatrickej spoločnosti (DSM 5) sa AS zastrelil pod spoločnú skupinu diagnóz: Poruchy autistického spektra. Podľa DSM 5 sú diagnostické kritériá zredukované, sústreďujú sa na deficit v sociálnej komunikácii a interakcii a na opakujúce sa vzorce správania a aktivity. Porucha sa nemusí vyskytnúť do 3 rokov veku dieťaťa a diagnostické kritériá sa rozšírili o prítomnosť senzoričných abnormalít ako ľahostajnosť

k bolesti, teplote, citlivosť na zvuky, pachy, dotyk a podobne (2).

AS je charakterizovaný aspoň priemerným IQ, menej zreteľnou sociálnou izoláciou alebo pasívnym začlenením do kolektívu (3). Väčšina jedincov s AS nie je diagnostikovaná v mladšom školskom veku, priemerný vek pri stanovení diagnózy je 7,2 roka (1). Pacienti s AS sú však často chybné diagnostikovaní a následne terapeuticky vedení, najčastejšie pod diagnózami atypická schizofrénia, paranoidná porucha alebo obsedantno-kompulzívna porucha (4). Prevalencia AS je 20-30/ 10 000 detí, pomer chlapcov k dievčatám je podľa rôznych literárnych zdrojov od 4:1 až 10:1. V klinickom obraze dominujú abnormálne reakcie v sociálnej oblasti, rušivé správanie, narušenie verbálnej komunikácie, absencia empatie a schopnosti porozumieť duševným pochodom druhého. Narušenie rečových schopností sa prejavuje v ich pragmatickom využití (3).

Pacienti s AS sú zvyčajne motivovaní komunikovať s ostatnými, no vzhľadom k svojmu zvláštnemu štýlu

komunikácie sú spoločensky izolovaní. Komunikačný štýl je často veľmi formálny, môže mať podobu hlbokého monológu zameraného na osobitný záujem, bez ohľadu na to, či má poslucháč záujem alebo nie (5). Správajú sa formálne a udržiavajú si odstup od ostatných, vrátane členov rodiny. Pre deti s AS je veľmi ťažké nadviazať kontakt so svojimi rovesníkmi a nájsť si priateľa. Majú veľké problémy vcítiť sa do problémov druhých, chýba im empatia a pôsobia, že sú zamerané na seba. Schopnosť vyjadriť svoje emócie je obmedzená, majú tendenciu podceňovať sa, odsudzovať sa a hľadať osobné nedostatky. Naopak, iní prejavujú absolútny nedostatok kritiky voči sebe a zdorazňujú svoj nadpriemerný intelekt. Schopnosť kontrolovať svoje správanie je u jedincov s AS oslabená. Sú náchylní k výkyvom nálady, zažívajú ťažko zvládnuteľné záchvaty hnevu. Problematické správanie je výsledkom ich reakcie na zmeny v bežných činnostiach. Ritualizované správanie je zamerané na seba i na životné prostredie. Osobné záujmy sú úzko špecifikované. Obvykle si vytvoria špeciálne záľubu,

ktorá je netypická a súvisí s vecami, pri ktorých môžu sledovať určitý druh poriadku alebo opakujúce sa prvky (1).

Pri celkovom hodnotení diagnózy AS musíme brať do úvahy pridružené komorbídne stavy a zamerať sa na kvalitnú diferenciálnu diagnostiku. Klinické štúdie (6) preukázali vysokú mieru psychiatrickej komorbidity u pacientov s poruchou autistického spektra. Medzi časté psychiatrické komorbidity patrí porucha aktivity a pozornosti, poruchy nálady, úzkostné poruchy, obsedantno-kompulzívna porucha, poruchy správania, zneužívanie alkoholu a psychoaktívnych látok. Často sú prítomné suicidálne myšlienky a konanie. U adolescentov a dospelých s AS sa môže depresia rozvinúť ako dôsledok neschopnosti prekonať svoje sociálne ťažkosti. S nižším IQ stúpa výskyt sebaoškodzujúceho správania a agresivity (1,3).

**Samovražedné správanie** u detí a adolescentov predstavuje závažný medicínsky a psychosociálny problém. Obdobie dospievania je najväčším rizikovým faktorom. Samovražda je tretou najčastejšou príčinou smrti adolescentov (Kenny, 2001). Po každom suicidálnom pokuse hrozí riziko repetície tohto konania. Mnohé štúdie preukázali, že prítomnosť duševnej poruchy je jedným z najsilnejších rizikových faktorov pokusov o samovraždu a dokonaných samovražď (7). Samovražedné správanie nepredstavuje nezávislú psychiatrickú diagnózu, je spojené s radom psychických porúch. Najčastejšie je asociované s depresívnou poruchou. Predpokladá sa, že 70-80 % samovražď je dôsledkom afektívnej poruchy. Podľa niektorých štúdií sa odhaduje, že u osôb s poruchami nálady je životné riziko samovraždy 6-15 % (1). V porovnaní so zdravými rovesníkmi je samovražedné riziko u detí a adolescentov s depresívnou poruchou asi 20-krát vyššie. Ďalšou závažnou psychickou poruchou spojenou s rizikom samovraždy je schizofrénia. Medzi pacientmi so schizofréniou je samovražda najčastejšou príčinou predčasného úmrtia (1,7). Hlavné rizikové a protektívne faktory suicidálneho správania v období adolescencie sú uvedené v tabuľke 1.

Pri hodnotení samovražedného správania u adolescentov je dôležité po-

**Tabuľka 1.** Hlavné rizikové a protektívne faktory suicidálneho správania v adolescencii (upravené podľa 11)

	Komentáre
<b>Rizikové faktory</b>	
Psychopatológia	prítomná psychická porucha: poruchy nálady, poruchy správania, abúzus psychoaktívnych látok
	prítomnosť komorbidity (kombinácia afektívnej poruchy s poruchou správania a zneužívaním psychoaktívnych látok)
Predchádzajúci pokus	jeden z najsilnejších prediktorov samovraždy
	najvyššie riziko repetície 3-6 mesiacov po pokuse
	zvýšené riziko najmenej 2 roky
Porucha osobnosti	antisociálna, hraničná, histriónska, narcistická
<b>Psychologické faktory</b>	impulzívna agresivita, nízka sebaúcta, beznádej
<b>Rodinné faktory</b>	psychopatológia u rodičov
	samovražedný pokus v rodine
	smrť rodiča, rozvod rodičov
	narušený vzťah medzi rodičom a dieťaťom
	zlé zaobchádzanie s dieťaťom
<b>Protektívne faktory</b>	
Súdržnosť rodiny	harmonické vzťahy medzi členmi rodiny
Školské prostredie	akademický úspech
	dobré vzťahy so spolužiakmi

chopiť ich subjektívne poňatie smrti, ktoré je ovplyvnené ich spôsobmi myslenia a prežívania emócií. Musíme vyhodnotiť afektívny stav, kognitívne skreslenie, osobnostné črty, charakter a dôležitosť medziľudských vzťahov a skúsenosti so smrťou. Pokiaľ ide o pacientov s AS je kľúčové zistiť, aké spôsoby myslenia a prežívania ovplyvňujú koncept smrti a myšlienok na samovraždu. Toto zistenie je dôležité pri odhalení motivácie samovražedného správania pacienta a vyhodnotení rizika repetície samovražedného pokusu (1).

Abnormality v recipročnej sociálnej interakcii a sklon k impulzívnemu správaniu, ktoré sú charakteristické pre pacientov s pervazívnou vývinovou poruchou sú spojené so zvýšeným rizikom samovražedného správania v mladosti (6). Mayes a kol.(8) zistili, že medzi signifikantné prediktory samovražedného správania u detí s autizmom patrí depresia, poruchy spávania, šikanovanie zo strany rovesníkov, mužské pohlavie, vek starší ako 9 rokov. V štúdií so 42 dospelými pacientmi s AS autori preukázali, že 40 % respondentov uvažovalo o samovražde v minulosti a 15 % respondentov uviedlo, že sa minimálne jedenkrát pokúsilo o samovraždu (9). Shtayermman (10) opísal skupinu desiatich adolescentov a mladých do-

spelých, z ktorých polovica mala klinicky významnú mieru samovražedných myšlienok. V tejto štúdií bola zistená silná negatívna korelácia medzi mierou samovražedných myšlienok a závažnosťou symptomatiky AS. Prosociálne správanie bolo silne a negatívne korelované s vekom.

### Vlastný prípad

Ide o prvú psychiatrickú hospitalizáciu 17-ročnej pacientky, ktorá bola na pedopsychiatrické pracovisko preložená z detskej chirurgie po polytraume pádom z výšky približne 85 metrov v suicidálnom úmysle s viacpočetnými zlomeninami, stave po hemopneumothoraxe a kontúzii pľúc.

### Z anamnézy

Pacientka je študentkou 2. ročníka gymnázia s výborným školským prospechom. Pochádza z harmonického rodinného prostredia, rodičia sú vysokoškolsky vzdelaní, brat je vysokoškolský študent. Matkin bratranec má dg. detský autizmus, inak neuropsychiatrická záťaž v rodine nezistená. Pre-, peri- a postnatálna anamnéza bola bez pozoruhodností, raný psychomotorický vývin fyziologický. Pred hospitalizáciou nebola v sledovaní psychológa ani detského psychiatra. Je nefajčiarka, alkohol nepije, do

kontakt s návykovými látkami neprišla. V kolektíve detí je začlenená bez ťažkostí, má výborné študijné výsledky. Povahovo pacientku rodičia opísali ako starostlivú, nápomocnú (pomáha spolužiakom pri učení), zameranú na výkon, s vysokými cieľmi. Voči rodičom je však málo empatická, často pôsobí až zraňujúco k okoliu a sama nerozumie prečo. Medzi jej záujmy patrí hudba, sci-fi, chémia a najmä kybernetika.

### Terajšie ochorenie a priebeh

Pacientka bola pre početné zranenia po skoku (cca 85m) z veže mosta prijatá na anestéziologicko-intenzívne pracovisko za účelom stabilizácie vitálnych funkcií. Pri páde dopadla dorzálnou stranou tela na kapotu auta. Bezprostredne pri prijatí bola pacientka v ťažkej poruche vedomia, (GCS 3) s nevyhnutnosťou endotracheálnej intubácie. Komplexné vyšetrenia u pacientky preukázali viacpočetné fraktúry krčnej, hrudnej chrčtice, bez útlaku na miechový kanál, fraktúry lopatiek a päťových kostí bilaterálne. U pacientky bol zistený hemopneumothorax vľavo, kontúzia a hematóm pľúc. Vyšetrenie mozgu a brušných orgánov bolo bez patologického nálezu. Bezprostredne po prebudení pacientka ako dôvod svojho konania uviedla, že už žiadnu „inovatívnu“ metódu v robotike nedokáže vymyslieť, a preto sa rozhodla skočiť. Na pracovisku detskej chirurgie sa podrobila operačným zákrokom (revízia, osteosyntéza a iné). Neurologický nálež bol opakované v norme. V stabilizovanom somatickom stave bola preložená na pedopsychiatrické pracovisko za účelom komplexnej diagnostiky a celkového terapeutického doriešenia.

Rodičia pacientky, učiteľia, školský psychológ ani detský lekár nespozorovali abnormality v správaní a adaptácii dieťaťa. Nevšimli si zmeny správania ani bezprostredne pred udalosťou. Uďávali, že trávi veľa času s kamarátmi a novým priateľom a pripravuje sa na súťaž v robotike v zahraničí. Pacientka pri psychiatrickom vyšetrení uďávala, že už dlhšiu dobu cítila „niečo ako depresie“, mala pocit prázdnoty, bola demotivovaná, prestali ju baviť záujmy. Po tom, čo sa im v škole pokazil robot, pripravený

na robotickú súťaž, si uvedomila, že už nikdy nič veľké nedosiahne, že nie je výnimočná a že jej život tým pádom nemá zmysel. Rozhodla sa život ukončiť, napísala priateľom rozlúčkový list, rodičom ani bratovi nič nepovedala. Odcestovala do hlavného mesta, predtým si ešte zistila, že veža mostu je najvyššie miesto pre ukončenie života skokom z výšky. Vyliezla na vežu, necítila strach, rozhodla sa teda skočiť, na viac si nepamätá. Pacientka uďávala, že neľutuje čo sa stalo a to, že prežila, vníma „neutrálne“. Prekvapilo ju, aké bolo smutné jej okolie. Popisovala, že necíti emócie, že sa nikdy nehnevá a emócie nahrádza logikou. Bavi ju chémia, kybernetika, počítače, nemá rada športy. Má priateľa asi jeden mesiac, rada sa kontaktuje s priateľmi cez počítač, na počítači je asi šesť hodín denne. Pri realizovanom psychiatrickom vyšetrení akútne samovražedné myšlienky negovala, uďávala, že chce vedieť aké je mať 18 rokov. O suicidálnych úvahách hovorila racionálne bez sprievodu emócií ako o možnosti pri nenaplnení pracovných ambícií, ktoré plánovala bilancovať vo veku 30 a 40 rokov.

Klinická symptomatika počas hospitalizácie: pacientka eutýmna, bez tenzie, či anxiety, bez známok rozvoja posttraumatickej stresovej poruchy, vnímanie nenarušené, myslenie bez bludnej produkcie, prítomné pocity insuficencie, negatívna sebahodnota, bez rozvoja depresívnej symptomatiky. V klinickom obraze dominuje oploštená emotivita, znížená schopnosť introspekcie, v správaní egocentrizmus, absencia vyšších citov, oslabená empatizácia a sociálne zručnosti, vysoké ašpirácie, zameranie na výkon, perfekcionizmus. Dôvod suicidálneho pokusu - pocit nezmyselnosti života pre nedosahovanie nadpriemerných výsledkov a sebaopodceňovanie.

Na základe podrobných anamnestických údajov, aktuálneho klinického obrazu a pri hodnotení ťažko pochopiteľnej motivácie samovražedného pokusu sme vyslovili podozrenie na poruchu autistického spektra u pacientky- Aspergerov syndróm. Anamnestické údaje boli doplnené o dotazníkové škály (AQ test- Autism Spectrum Qvociant, CAST- Childhood Autism Spectrum Test).

Realizovali sme psychologické vyšetrenie, ktoré verifikovalo intelektový výkon do pásma nadpriemeru, poukázalo na známky poruchy autistického spektra- Aspergerovho syndrómu a na minimálnu mieru depresívnych symptómov. Z hodnotenia projektívnej metódy ROR (Rorschachova metóda) vyplynulo, že pacientka má tendenciu prehliadať jednoduché, avšak dôležité prvky skutočností, nedostatočne percipuje svoje potreby a emócie, taktiež emócie druhých. Emočným aspektom situácií slabo rozumie, vynecháva ich preto z procesu usudzovania, čo ju obvykle vedie k chybným záverom a menej adaptívnym formám správania. Ťažkosti u pacientky sú aj v interpersonálnej oblasti, kde pacientka očakáva súťaživosť, pričom vníma asertívne a agresívne formy správania ako bežné, čo jej taktiež môže spôsobovať komplikácie v každodenných situáciách. Sebahodnota pacientky je významne znížená, pacientka sa vníma negatívne. Kontakt s realitou je zachovaný, aktuálne nevykazuje známky emočnej poruchy.

Pacientku sme diagnosticky uzavreli ako Aspergerov syndróm a farmakoterapeuticky vzhľadom k sklonu k impulzívnemu konaniu, najmä v záťaži, nastavili na nízku dávku risperidónu (0,5mg/deň). Začalo sa intenzívne psychoterapeutické vedenie pacientky a rodiny s odporúčaním pokračovať v psychiatrickej a psychoterapeutickej starostlivosti aj po prepustení.

### Diskusia

V praxi detského psychiatra sa často stretávame s pacientmi po suicidálnom pokuse rôzneho charakteru a závažnosti. Suicidálne správanie je asociované prevažne s depresívnou poruchou (1). Ďalšími rizikovými faktormi sú poruchy vývoja osobnosti (disharmonický osobnostný vývin), často nasadajúci na hyperkinetickú poruchu správania, poruchy príjmu potravy a zneužívanie psychoaktívnych látok. Suicidálne správanie môže byť vyprovokované rodinnými konfliktmi, školskými problémami a šikanovaním zo strany spolužiakov (12).

Nezriedka však v klinickom obraze nezachytávame prítomnosť úzkosti ani depresivity, ani vedomé demonštra-

tívne správanie. Často ide o impulzívnych pacientov alebo o pacientov, ktorí pri pokuse konali skratovo. Diagnostika je obzvlášť náročná, keď u pacienta nejde ani o jeden z týchto prípadov.

Adolescenti s diagnostikovaným AS vykazujú vyššie riziko samovražedného správania, najmä pre ťažkosti v sociálnej komunikácii, pri dosahovaní rozvojových výsledkov, ako je dosiahnutie autonómie, integrácia s rovesníckou skupinou a vytvorenie intímneho vzťahu (1). Reportované prípadové štúdie uvádzajú, že stresové faktory u týchto pacientov sú asociované so samovražedným správaním. Títo jedinci majú tendenciu k prehnanej reakcii aj na bežné podnety. Ťažšie sa prispôbujú životným zmenám, ktoré im narúšajú každodennú rutinu, ktorá je intenzívne kontrolovaná (6). Napríklad v jednej prípadovej štúdií bol opísaný prípad muža, ktorý spáchal samovraždu skokom do rieky Temža, pretože cítil, že rozhodnutie vlády o zrušení letného času by jeho hodinky poškodilo, pretože by si ich musel prestavovať minimálne dvakrát ročne (9). V kazuistike od českých autorov Kocourková a kol. je opísaný prípad 16-ročného chlapca s AS, ktorý sa vážne intoxikoval tramadolom pre nešťastnú lásku. Podľa jeho slov dokázal vydržať, že si jeho dievča našlo iného chlapca, ale nedokázal prežiť skutočnosť, že jeho dievča bolo „obyčajné“ (1).

Obdobie adolescencie je spojené s intenzívnymi emočnými zážitkami, ktoré pacienti s AS nie sú schopní dostatočne spracovať. A práve závažné zlyhanie adaptácie u našej pacientky nastalo až počas dospievania, najmä v súvislosti s otáznou účasťou na robotičkej súťaži v zahraničí, ktorá bola centrom jej pozornosti posledné mesiace. Neschopnosť pacientky spracovať emócie spojené so súťažou a vyrovnáť sa s touto situáciou ju viedlo k extrémnemu riešeniu – závažnému suicidálnemu pokusu.

V uvedenom prípade bola diagnóza Aspergerovho syndrómu stanovená až

v dospievajúcom veku. Prípadové štúdie od Mikami a kol. (13) a Spencer a kol. (14) ukazujú, že poruchy autistického spektra môžeme diagnostikovať aj v dospelom veku. Najmä u dospievajúcich, kde je samovražedná motivácia ťažko pochopiteľná a hodnotiteľná, je dôležité v rámci diferenciálnej diagnostiky myslieť na prítomnosť doteraz neodhalených pervazívnej vývinovej poruchy.

V diferenciálnej diagnostike sme vylúčili komorbidnú depresívnu epizódu, konkrétne v obraze larvovanej, maskovanej depresie, ktorá predstavuje zvýšené riziko samovražedného správania najmä v období adolescencie. V prezentovanom prípade neboli manifestované funkčné telesné príznaky (stála bolesť, tlak na hrudníku, pocity ťažkých nôh), únava, podráždenosť, ktoré sú typické pre maskovanú depresiu (15,16).

### Zhrnutie a záver

Samovražda a samovražedné správanie predstavuje závažný medicínsky a psychosociálny problém. Samovražedné správanie u jedincov s Aspergerovým syndrómom zahŕňa špecifickú motiváciu, ktorá vyplýva z narušenej schopnosti adaptívne sa vysporiadať so vzťahmi a situáciami. Zťažujúce faktory ako je zmena každodennej rutiny, prenasledovanie, šikanovanie alebo sexuálne a fyzické zneužívanie sú častým hláseným dôvodom. Je preto veľmi dôležité týchto viktimizovaných jedincov vyhľadávať a poskytnúť im včasnú intervenciu. Posúdenie rizika samovražedného správania a výber účinných terapeutických prostriedkov sú súčasťou správnej klinickej praxe. Hodnotenie samovražedného rizika u pacientov s AS predstavuje zároveň veľkú výzvu vzhľadom k ich kvalitatívnym abnormalitám v komunikácii a oslabenej emocionálnej reciprocite (6).

Odporúčania, vyplývajúce z americkej štúdie Susan Mayes a kol. (8): U všetkých detí s poruchou autistického spektra, bez ohľadu na stupeň závažnosti

a IQ by malo byť realizované podrobné psychiatrické vyšetrenie a skrining zameraný na samovražedné správanie.

*Autori čestne vyhlasujú, že v súvislosti s článkom nemajú nijaký konflikt záujmov.*

### Literatúra

1. Kocourková J, Dudová I, Koutek I. Asperger syndrome related suicidal behavior: two case studies. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013; 9: 1815–1819.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Šuba J. Autizmus a poruchy autistického spektra z pohľadu pedopsychiatrie. *Pediatr. prax,* 2016; 17(4): 144–146.
4. Hrdlička M. Jiné pervazívny vývinové poruchy. Hort VI a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* 2. vydanie. Praha: Portál, 2008, s. 141. ISBN 978-80-7367-404-5
5. Woodbury-Smith MR, Volkmar FR. Asperger syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 18: 2-3.
6. Richa S, et al. Suicide in Autism Spectrum Disorders. *Arch Suicide Res.* 2014; 18(4): 327-39.
7. Nock MK, et al. Mental Disorders, Comorbidity and Suicidal Behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry.* 2010; 15(8):868-76.
8. Mayes SD, et al. Suicide ideation and attempts in children with Autism. *Research in Autism Spectrum Disorders.* 2013; 7(1):109-119.
9. Balfe M, Tantam D. A descriptive social and health profile of a community sample of adults and adolescents with Asperger Syndrome. *BMC Research Notes.* 2010; 3:300.
10. Shtayerman O. Peer victimization in adolescents and young adults diagnosed with Asperger's Syndrome: a link to depressive symptomatology, anxiety symptomatology and suicidal ideation. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 2007;30(3):87–107.
11. Mikami K, Onishi Y, Matsumoto H. Attempted suicide of an adolescent with autism spectrum disorder. *Int J Psychiatry Med.* 2014; 47(3):263-71.
12. Koutek J. Suicidalita v dětství a adolescenci. Hort VI a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* 2. vydanie. Praha: Portál, 2008, s. 408. ISBN 978-80-7367-404-5
13. Mikami K, et al. Attempted suicide of youth with Asperger's disorder. *Psychiatria et Neurologica Japonica.* 2006; 108(6): 587-596.
14. Spencer L, Lyketos CG, Samstad E, Dokey A, Rostov D, Chisolm MS. A suicidal adult in crisis: an unexpected diagnosis of autism spectrum disorder. *Am J Psychiatry.* 2011;168(9):890–892.
15. Marko P. Depresívne poruchy v praxi všeobecného lekára pre dospelých- I. časť. *Via practica,* 2009; 6 (10): 407–413.
16. Trebatická J. Depresívna porucha v detskom a adolescentnom veku. 1. vydanie. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2017, s. 30. ISBN 978-80-223-4428-9

### MUDr. Anna Surovcová

Klinika detskej psychiatrie LFUK a NÚDCH  
Limbova 1, Bratislava  
anicka.surovcova@gmail.com

