

# Sebevražednost seniorů

Teze dizertační práce

PhDr. Olga Havránková

[olina.havrankova@seznam.cz](mailto:olina.havrankova@seznam.cz)

Katedra psychologie FF UK

Studijní program: psychologie

Obor: klinická

Forma studia: kombinovaná

Školitelka: PhDr. Katarína Loneková, PhD.

**Senioři jednají sebevražedně v důsledku psychické bolesti, která je potencovaná deficitem některé z jejich základních vývojových PBSP potřeb. Pokud by se podařilo tyto neuspokojené potřeby identifikovat a adekvátně se postarat o jejich dosycení, někteří ze sebevražedných starších lidí by nemuseli zemřít.**

## **CÍL PRÁCE**

Cílem této dizertační práce bylo blíže se zabývat sebevražedností seniorů. Snažila jsem se více pochopit jejich situaci a zkoumat jejich potřeby. Jsem přesvědčena, že tomuto tématu není věnována dostatečná pozornost, že pro sebevražedné seniory můžeme udělat více. Toto své přesvědčení opírám o letitou praktickou zkušenost s prací na multidisciplinárním poli. Pokud se starší člověk, který vyjadřuje sebevražedné myšlenky nebo tendence, případně má za sebou sebevražedný pokus, dostane do odborné psychologické nebo psychiatrické péče, je o něho nepochybně dobře postaráno. Tomu ale předchází řada kroků, které suicidálnímu seniorovi ne vždy pomáhají. Chtěla jsem přispět k zaměření pozornosti na oblast, kde zůstávají v reakcích na sebevražedné proklamace nebo tendence značné rezervy.

První, co mám na mysli, jsou sociální služby, ať už rezidenční zařízení, stacionáře pro seniory, nebo služby terénní. Ze supervizí pracovníků těchto zařízení se dozvídáme o jejich nejistotě, zmatku nebo panice, když jim některý klient řekne, že už nechce žít, že má chuť „to sám skončit“. Často reagují neproduktivně, bagatelizují, nebo moralizují a argumentují tím, jak by to ublížilo jeho dětem, nebo že by takový čin znamenal nevděčnost všem pečujícím. Ti, kteří tyto situace přinášejí do supervize jako téma, o tom přemýšlejí a hledají vhodnější způsoby odpovědí, jsou tedy nadějí pro změnu. Obávám se, že těch, kteří se k tomu nevracejí, je více.

Řada vedoucích rezidenčních zařízení, které jsem oslovila při hledání respondentů, negovala přítomnost sebevražedného tématu u jejich obyvatel. Někde jsem se setkala i s dotčeností vedoucích, kteří by sebevražedné uvažování svých klientů považovali za své selhání. Říkali, že „jejich“ senioři nemají k ničemu takovému důvod, protože dostávají dobrou péči.

Na krizových centrech i na linkách důvěry jsem se rovněž opakovaně setkávala se stesky lidí, kteří se snažili své sebevražedné myšlenky sdílet. Např. praktický lékař reagoval na výrok o ukončení života staršího pacienta rozzlobeně, že přece není důvod a ať se zamyslí, komu všemu chce ublížit. Farář zoufalému seniorovi, který se mu svěřil se svou beznadějí a myšlenkami na sebevraždu, a s tím, že je na světě úplně sám, protože už mu nenaslouchá ani Pán Bůh, řekl, ať se nediví, že ho Bůh opouští, když takhle přemýšlí. Pečovatelka, které se

svěřil s černými myšlenkami její klient, reagovala výčitkami, křikem a vyhrožováním, že ho nechá zavřít do blázince.

To jsou smutné příklady z praxe. Naštěstí jiný praktický lékař poskytne výbornou intervenci, stejně jako jiný farář. Jiná pečovatelka vyslechne a povzbudí.

Jsem přesvědčena, že každý malý krok má smysl. Proto připravuji manuál pro pracovníky v sociálních službách, který bude k dispozici i pro jiné pomáhající pracovníky, obsahující návod, jak na sebevražedné proklamace reagovat, co říkat a co neříkat, koho na pracovišti o těchto sděleních informovat, na kterého externího pracovníka se v případě potřeby obrátit. Ráda bych povzbudila zařízení sociálních služeb, aby do svých standardů zapsala postup, co dělat v případě, kdy jejich uživatel mluví o sebevraždě, aby se o tento postup mohli všichni pracovníci opřít. A v neposlední řadě, aby věděli, že má-li klient k nim tu důvěru, že se jim svěří se svými suicidálními úvahami, je to známkou dobrého vztahu, dobré kvality poskytované služby, nikoli selhání.

Výzkum, který byl uskutečněn v rámci této dizertační práce poslouží jako opora pro vytvoření tohoto manuálu. Jeho prostřednictvím jsem se přiblížila k pochopení toho, co sebevražední senioři prožívají a co potřebují.

## VYMEZENÍ TÉMATU

### Sebevražednost seniorů

Teoretický rámec této práce je dán relevantními studiemi sebevražednosti seniorů, eventuálně sebevražednosti obecně, PBSP potřebami a krizovou intervencí.

Sebevražda je příčinou smrti mnoha starých lidí, ale nevíme kolika. Sebevražednost seniorů je evidentně podhodnocená. Počty zemřelých, které nejsou zaznamenány ve statistice, nemohou upoutat dostatečnou pozornost ani zájem odborné veřejnosti zabývat se situací starších a starých lidí, jejich pocity beznaděje a ztrátou smyslu dalšího života.

Alarmující skutečností je, že suicidální senioři, zvláště ti starší, se na ukončení vlastního života pečlivě připravují, nic neponechávají náhodě. Vytvářejí si zásoby léků, pokud jich chtějí využít jako sebevražedného prostředku, ale stejně pečlivě si promýšlejí, odkud skočí apod. Mou pozornost k této tematice přitáhly rozhovory se seniory, které jsem zažila většinou na linkách důvěry. Tito lidé, kteří především potřebovali sdílet, jak jim je a co je trápí, často promýšleli, jak zahladit stopy, aby nikoho nenapadlo, že šlo o sebevraždu. Nechtěli přitahovat pozornost, způsobit skandál, ale ani ublížit. Nepřáli si vyvolat ve svých dětech nebo pečujících pocity viny za svou smrt.

Vlivem ageismu je posilována představa, že sebevražda ve vyšším věku je pečlivě promyšlená, že jsou u ní dobře zváženy důvody pro a proti, a tudíž je racionální, pochopitelná a přijatelná (De Leo a Marietta, 1997).

Granello a Granello (2007) tento předpoklad, že sebevražedné jednání seniorů má výhradně racionální důvody, uvádějí jako jeden z mýtů, zkreslujících pohled společnosti na suicidalitu starších lidí. Rozhodnutí ukončit vlastní život předcházejí narůstající psychické i tělesné problémy. Tito autoři upozorňují, že důvodem k sebevraždě nebývá racionální úvaha, ale deprese, kterou lze léčit. Dále uvádějí, že sebevraždami jsou nejvíce ohroženi starší lidé, zejména muži nad 65 let.

I v těch případech, kdy sebevrah zanechal vzkaz, že je na konci své cesty a nemá už proč žít, pochybujeme, že je jeho racionální a logické vysvětlení úplné. Napadá nás, že tito lidé možná potřebovali více podpory pro lepší zvládnutí deprese, fyzické nemoci nebo bolesti. U sebevražedného jednání některých starých lidí sehrál významnou roli abúzus alkoholu a léků, který je nepochybným rizikovým faktorem pro sebevražedné chování celé populace.

Dalším z uvedených mýtů, ovlivňujících postoje společnosti k suicidalitě seniorů, je mylný předpoklad, že senior, který v minulosti náročné situace zvládal, má dostatečnou kapacitu ustát své krize i nadále. Riziko sebevraždy je potencováno depresemi a sociální

izolací. Lidé, kteří ztratili svého životního partnera, jsou třikrát více ohroženi sebevraždou než osoby žijící v partnerství (Wasserman a Wasserman 2009).

Pedrosa a její spolupracovníci ve své studii potvrdili, že sebevražedné myšlenky jsou mezi staršími lidmi časté. Připomínají, že riziko sebevraždy je u lidí ve věku od 65 let v řadě zemí nejvyšší. S přibývajícím věkem narůstá letalita suicidálních pokusů a riziko, že sebevražedné úvahy vyústí v jednání. (Pedrosa, Duque a Martins, 2017).

V počtu dokonaných sebevražd právě v kategorii šedesát pět plus je v posledních letech zaznamenán nárůst. Senioři ve většině průmyslově vyspělých zemí vedou v počtech sebevražd (Draper, 2014). Vědci tak začali hovořit o epidemii sebevražd a upozorňují na nezbytnost tuto situaci reflektovat a řešit vzhledem k celosvětovému stárnutí populace.

Rizikovými faktory pro sebevraždu ve starším věku jsou demografické charakteristiky, psychopatie, osobnostní rysy, předchozí sebevražedné chování, tělesné nemoci a invalidita, životní události a přístup k smrtícím prostředkům (Heisel 2006). Sebevražedné rizikové faktory ve stáří se významně překrývají s ostatními věkovými skupinami, ale sebevražda na sklonku života se vyznačuje menší varovností, vyšší letalitou a větším výskytem depresí a tělesných nemocí (Wasserman a Wasserman 2009).

Shneidman (1998) říká, že sebevraždu není nutno chápat jako psychózu, neurózu nebo poruchu osobnosti. Postuluje, že sebevraždu lze přesněji považovat za více či méně přechodné psychologické zúžení, zahrnující emoce a intelekt člověka. Svou rozsáhlou výzkumnou činností i terapeutickou praxí dospěl k závěru, že sebevražda je způsobena určitým typem psychologické bolesti, kterou nazval psychache. Navíc toto psychache pochází ze zmařených či zdeformovaných psychologických potřeb. Sebevražda je podle něho především drama v mysli.

Přestože uznává, že každá smrt sebevraždou má mnoho fazet, že jsou vždy přítomny biologické, biochemické, sociologické, kulturní, mezilidské, intrapsychické, logické, filozofické, vědomé a nevědomé komponenty, tvrdí, že při správném oddestilování událostí je základní povaha sebevraždy psychologická. Z toho vyplývá, že nejúčinnější nástroje intervence jsou psychologické. Je to skutečný zájem, co toho člověka tíží, trápí, bolí a v čem mu můžeme pomoci (Shneidman 2001).

V průběhu času bylo pojmenováno i zkoumáno mnoho bio-psycho-ekologických souvislostí, spouštěčů či důvodů k sebevraždě. Přesto zůstávají nezodpovězené otázky a nejistoty, jak sebevražedným seniorům pomoci.

Jako koreláty dlouhověkosti a dobrého duševního zdraví byly u starší populace rozpoznány uspokojivé sociální vztahy, dobré fyzické zdraví a optimizmus, ale také

intelektuální podněty, zbožnost a dobré finanční zabezpečení, ale neexistuje dostatek studií týkajících se protektivních faktorů sebevražedných seniorů. (Wasserman and Wasserman 2009).

## **Starší věk**

Stáří je životním obdobím, v němž lidé zažívají úbytek fyzického zdraví, mnohdy i zhoršení psychické zdatnosti, ztrácejí míru samostatnosti a soběstačnosti, na niž byli zvyklí, mění se jejich sociální situace a potkávají je častější osobní ztráty. Senior přichází o své blízké. Tyto náročné situace, ačkoli jsou ve stáří běžné, má každý člověk jinou kapacitu zvládat. Někteří jedinci jsou schopni jít dál, někteří se vzdávají. Změny a ztráty, které senioři zažívají, jsou živnou půdou pro krize.

Počátek stáří pro tuto práci vymezujeme věkem 65 let, tedy tou věkovou hranicí, kterou považuje za počátek senia většina autorů. Opíráme se o rozdělení stáří, jak jej používají gerontologové: mladí senioři (65–74 let), staří senioři (74–85 let) a senioři dlouhověcí nebo velmi staří (nad 85 let) (Haber 2010, Haškovcová 2010).

## **Základní vývojové potřeby podle Alberta Pessa**

Sebevražednost starých jsem nazírala prizmatem základních vývojových potřeb podle Alberta Pessa.

Vývojový model Alberta Pessa a Diany Boyden, autorů psychomotorické terapie (PBSP), který se týká uspokojování, respektive neuspokojování pěti základních vývojových potřeb, umožňuje snadněji porozumět různým zvláštním projevům lidí. Prostřednictvím tohoto přístupu se můžeme novým způsobem dívat na jedince v akutní krizi, nebo v dlouhodobě těžké situaci, stejně jako na lidi traumatizované nebo sebevražedné (Crandell, Pessa 1991).

Jedná se o potřeby, jejichž uspokojení je pro zdravý vývoj každého jedince nezbytné a významné, nenasyčení kterékoli z těchto potřeb se v průběhu života projevuje specifickým způsobem. Každá z těchto pěti vývojových potřeb musí být nejprve uspokojována konkrétně, na úrovni tělového zážitku, později v rovině symbolické a metaforické, výsledkem dobrého vývoje pak je tato potřeba zvnitřněna a člověk je schopen si nadále danou potřebu uspokojovat v interakcích s druhými lidmi sám. V krizi nebo v náročné životní situaci se nedostatečně uspokojená potřeba vynořuje a domáhá se dodatečného dosycování.

Rozpoznání deficitu některé ze základních vývojových potřeb a následné kroky k jejímu uspokojování mohou výrazně usnadnit komunikaci, a tím celou spolupráci s klientem. Sebevražednost

starých lidí bych ráda nazírala prizmatem základních vývojových potřeb podle Alberta Pessa, což jsou potřeby místa, výživy, podpory, ochrany a limitů (Pesso, Boyden-Pesso, Vrtbovská 2009).

Tyto potřeby jsem se snažila reflektovat při práci se starým sebevražedným člověkem, aby bylo možné rozpoznat, co senior sebevražedně uvažující nebo jednající nejvíce potřebuje.

# METODOLOGIE DIZERTAČNÍ PRÁCE

## Výzkumný záměr

Záměrem této práce bylo studovat fenomén sebevraždy seniorů v kontextu PBSP potřeb. V první fázi výzkumu byli do výzkumného vzorku zařazeni respondenti vykazující jak verbální, tak behaviorální signály sebevraždy, které měly různou podobu i intenzitu. V této etapě se ukázalo, že vybraní respondenti v kontextu svého životního příběhu referovali o sebevraždě velmi rozmanitým způsobem. Získaná data nastínila nečekaně široký potenciál zkoumaného tématu, což vedlo k rozhodnutí rozšířit výzkumný vzorek o skupinu respondentů, kteří primárně žádné signály sebevraždy nevykazovali. Tímto krokem jsem zamýšlela vytvořit kontrolní skupinu. Takto byla zahájena druhá fáze výzkumu, byl započat sběr dat, který ukázal přítomnost studovaného fenoménu na rovinách, s nimiž výzkumný záměr původně nepracoval.

## Výzkumné otázky

Uvedené výzkumné otázky se v souladu se zvolenou metodologií ptají především na proces a specifika osobních postojů, méně pak na výsledky a příčiny reflektovaných událostí. Obě jsou záměrně formulovány otevřeně, aby poskytovaly dostatečně rozsáhlý prostor pro jedinečná vyjádření respondentů. Současně byly konstruovány s vědomím, že jejich znění bude průběžně ovlivňovat kontext jednotlivých rozhovorů, způsob mého vedení i nakládání s obsahem osnovy polostrukturovaného rozhovoru.

### VO 1

Jak lze popsat fenomén sebevraždy u seniorů?

### VO 2

Které PBSP potřeby jsou u seniorů ohrožených sebevraždou v největším deficitu?

## Výzkumné metody

### Interpretativní fenomenologická analýza (IPA)

IPA je jedním z moderních kvalitativních výzkumných přístupů. Tato výzkumná metoda je v současné vědě využívána především v oblasti psychologie, psychoterapie a společenských věd. Jejím klíčovým principem je zkoumání žité lidské zkušenosti a jejího individualizovaného smyslu. Je tedy vždy „uvnitř“ případu. Jedním ze základních cílů IPA je



detailní zkoumání procesu utváření individuální zkušenosti a jejích žitých významů prostřednictvím detailního studia jednotlivé události nebo procesu (Smith, Flowers, Larkin, 2009).

Data byla získávána pomocí polostrukturovaného rozhovoru se seniory, tedy lidmi nad 65 let.

V první fázi výzkumu proběhlo 25 rozhovorů, které v rámci výzkumu analyzuji a které byly uskutečněny s lidmi zažívajícími nejen sklíčenost a beznaděj, ale také jsem u každého z nich shledala nějakou míru sebevražednosti; byly přítomny suicidální ideace nebo tendence, někteří měli za sebou suicidální pokus či pokusy.

Druhá fáze výzkumu byla uskutečněna rozšířením výzkumného souboru o dalších 6 respondentů. Šlo o lidi, kteří žádné suicidální signály nevysílali a navzdory svému věku se ve svém životě plně realizovali a nevyjadřovali pocity ztráty smyslu života. Původně vznikl záměr vytvořit kontrolní skupinu. V souladu s principy IPA, především s cílem zkoumat a sledovat procesy utváření zkušenosti jsem upřednostnila rozšíření původního heterogenního výzkumného souboru o další podskupiny respondentů.

Zvolená metodologie se v průběhu výzkumné práce ukázala jako relevantní a umožnila mi plně zrealizovat výzkumný záměr v zamýšlené kvalitě. Za jeden z limitujících faktorů bývá u IPA považován narativní charakter sběru dat. Vzhledem ke specifickým cílové skupiny a uvedeným výzkumným otázkám se však právě prostor pro autentické sdílení životního příběhu ze strany respondenta a respekt výzkumníka k jeho individuálnímu potenciálu jevil z hlediska kvality získaných dat jako zcela zásadní.

Samotnému výzkumu předcházela jeho pilotní fáze, která byla realizovaná třemi diplomovými pracemi, jejichž výsledky potvrdily předpoklad, že sebevražednosti seniorů není věnována potřebná pozornost, že pomáhající profesionálové nejsou přiměřeně připraveni s tématem suicidality pracovat a že člověk v sebevražedné situaci mnohdy nedostává profesionální ani lidskou odezvu, která by mu pomohla žít.

## **Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor tvoří 31 respondentů ve věku 66–93 let, průměrný věk je 83 roky. Je zde zahrnuto 19 žen a 12 mužů. Devět z nich žilo samostatně ve vlastních domácnostech, 12 respondentů žilo v rezidenčních zařízeních a 10 jich bylo hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích. Do finálního výzkumného vzorku byli zařazeni respondenti z 8 krajů ČR.

Každý z oslovených seniorů byl s účelem rozhovoru seznámen a byl ujištěn, že v rámci našeho kontaktu budou dodrženy všechny etické zásady vedení rozhovoru a že má možnost odmítnout odpověď, kdykoli by odpovědět nechtěl. Každý z oslovených byl rovněž informován o tom, že veškeré osobní údaje budou pozměněny, aby nebylo možné kohokoliv identifikovat. Respondenty jsem požádala o souhlas z rozhovoru pořídit audionahrávku. Senioři, kteří se rozhodli rozhovor za daných podmínek poskytnout, podepsali informovaný souhlas, který byl v nemocnicích nebo rezidenčních zařízeních zařazen do jejich dokumentace.

## **Triangulace**

V souladu s metodou IPA bylo uskutečněno otevřené zúčastněné pozorování, prováděné během rozhovorů se seniory, dále je zde představena analýza expertních rozhovorů se čtyřmi odborníky pracujícími se sebevražděnými lidmi. Tyto postupy zde představují triangulaci výzkumu, která byla dále kotvena průběžnými konzultacemi s mou školitelkou, ale také s kolegy z oblasti krizové intervence, psychoterapie i psychiatrie. Rovněž k metodám využívaných v IPA i k tradici psychologického zkoumání patří případové studie, které jsou v této práci nabídnuty.

## **Výzkumná studie**

Výstupy této výzkumné studie naznačují, že sebevražednost seniorů je na mnoha polích podceňované téma a že je důležité nejen na tuto problematiku upozorňovat, ale také dát pracovníkům, zejména nemajícím psychologické vzdělání, praktický nástroj, který by jim umožnil cítit se v komunikaci se sebevražedně uvažujícím seniorem bezpečněji, nabídnout jim „něco do ruky“.

Ukázalo se, že sebevražedné myšlenky znají všichni dotázaní. Ne u všech však tyto myšlenky znamenaly touhu zemřít. Častěji má u nich sebevražda funkci nouzového východu. Kdyby bylo nejhůř, dalo by se odejít. Tito respondenti vyjadřují své suicidální myšlenky jako letmé, pouhé pomyšlení, ke kterému se nepotřebují vracet ani upínat, ale uklidňuje je, že mají tuto možnost.

Někteří participanti výzkumu hovořili o tom, že se k tématu sebevraždy opakovaně vracejí a že v jejich životě nastávají situace, v nichž se jim tato možnost jeví jako dobrá cesta.

U dalších dotazovaných šlo o suicidální tendence. Jejich suicidální fantazie byly naléhavější a vtáhly je do konkrétního přemýšlení, jak život ukončit. O tento krok bylo dál pět z našich respondentů. Tři z nich měli připravené medikamenty, které by si vzali, kdyby

usoudili, že nastala ta chvíle. Jeden z nich se chystal skočit z balkónu. Jenom se překloupit, jak říkal. A jeden přemýšlel, že skočí pod trambus na dálnici.

Sedm respondentů mělo za sebou suicidální pokus. Dvě ženy opakovaně. U nich byly způsoby různé. Jedna se pokusila o strangulaci, poté měla několik pokusů medikamenty a poslední případ byla kombinace léků a alkoholu. Druhá se opakovaně pokoušela zemřít s pomocí medikamentů, posledním pokusem byla také kombinace alkoholu a léků, a protože se „nic nedělo“, pořezala se pilkou na obou rukou, na levé ruce se pořezala až na kost, způsobila si vážné zranění s trvalými následky. Sedm respondentů mělo za sebou suicidální pokus. Dvě ženy opakovaně. Dva z nich tento pokus označují za nepochopitelný zkrat. Jedna žena to považuje za něco, co je za ní, čím už nemá důvod se zabývat. Pominula situace, která ji trápila. Ve dvou případech nelze přehlédnout zklamání, že pokus nevyšel. Oba zároveň říkají, že podruhé už nebudou mít k sebevražednému kroku odvalu.

Překvapením bylo rozšíření výzkumného vzorku o podskupinu seniorů, kteří nikdy o sebevraždě nemluvili. Někteří z nich se dosud realizují i profesně a všichni působí stabilně a vyrovnaně. Tři z těchto šesti mluvili o tom, že mají připravený plán, jak odejít ze života, až přijde čas. Ten čas byl většinou definován závislostí na někom, bezmocí a nemocí.

Téměř u všech dotazovaných seniorů (s výjimkou dvou) souvisí sebevražedné myšlení s jejich životní etapou. Myšlenky na ukončení života respondenti začali mít až v souvislosti s ubývajícimi silami, schopností se o sebe postarat, nebo se ztrátou smyslu dalšího života v osamělosti.

Tímto výzkumem se znovu potvrdilo, jak je pro lidi sebevražedně uvažující důležité mít možnost sdílení. Respondenti říkali, že se jim během rozhovoru ulevilo, což bylo patrné. Někteří z nich si postesklí, že nemají možnost s někým o svých úvahách mluvit. Sdílení sebevražedných myšlenek a vyjadřování souvisejících emocí stejně jako jiných závažných úvah člověka uklidňuje a stabilizuje.

Mým záměrem bylo podívat se na možnosti práce se sebevražednými seniory prizmatem PBSP potřeb. Dospěla jsme k tomu, že každou potřebu suicidálního seniora tímto systémem potřeb můžeme zachytit a jejím prostřednictvím lépe pochopit, o co jde. Navíc rozpoznáním potřeby získáváme návod, kterým směrem v práci s dotyčným jedincem pokračovat.

Ukázalo se, že u suicidálních seniorů je v největším deficitu jednoznačně potřeba místa. Z uskutečněných rozhovorů vyplývá, že řada oslovených zažívá pocit, že už do tohoto světa nepatří a že už ničemu nerozumí. Těmto lidem v současnosti nejvíce schází blízkost, cítí se osamělí. Někteří nemají vůbec nikoho, někteří pociťují stesk a velkou prázdnotu po smrti

manžela či manželky, někdo navíc intenzivně prožívá smrt dětí, případně zklamání a opuštění dospělým dítětem. Znejistění místa v životě mají někdy spojené se změnou rolí, např. se ztrátou profesního uplatnění, nebo ztrátou pozice v rodině, kde se člověk už nemůže rozhodovat a starat se o sebe i o druhé. Mnozí z respondentů postrádají naději a smysl života, který se jim vytratil, ať už smrtí blízkých, ztrátou domova (místo), nebo jsou unaveni a nevidí smysl svého dalšího života (limity). Člověk nemá sílu něco dělat, je slabý, připadá si na světě zbytečný. Prožitek marnosti života, jak se to u respondentů ukázalo, bývá hodně spojen se ztrátou toho nejbližšího, nejdůležitějšího člověka. Prázdnost, které vznikne ztrátou blízkého partnerského vztahu, kde ti dva o sobě navzájem vědí velmi mnoho a velmi detailně, nemůže vyplnit nikdo další. Stesky typu „nemám pro koho žít“ a „už mě to nebaví“ můžeme také chápat jako „nemá to smysl“.

Ztráta radosti a naděje často se ztrátou smyslu souvisí. Beznaděj jako úplná absence pozitivního vnímání budoucnosti je další destruktivní silou, která uzavírá možnosti dalšího života a někdy se prohlubuje do té míry, že ji člověk nemůže dál unést a jedná sebevražedně.

Je pravděpodobné, že beznaděj může stát za takovými úmrtími, která bychom pod pojem sebevražda zahrnout mohli jen stěží. Není to vůle ukončit vlastní život, ale ztráta vůle k životu. Člověk to vzdá. Obrazně řečeno, vypne své pojistky. Jaký podíl má v takových případech vědomé rozhodnutí a nevědomá touha zemřít, mít to za sebou, můžeme pouze spekulovat.

Velmi častou bolestí starších lidí je osamělost, která vzniká ovdověním, ztrátou vrstevníků, ale také zhoršenou pohyblivostí, nebo únavou a sníženou chutí do kontaktů vstupovat. Když zemrou všichni vrstevníci (partneři, sourozenci, spolužáci nebo přátelé) nemají s kým sdílet nejen vzpomínky, ale mnohdy ani starosti a pocity, které někdy v seniorech vyvolávají dojem, že jsou z jiné planety, že tohle už není jejich svět.

Jako další důležitá se ukázala potřeba limitů. Někteří respondenti říkají, že je všeho na ně moc. Moc ztrát, moc starostí, moc nároků každodenního života, ale také moc času. Rádi by „už šli“, život je už moc dlouhý. Někdo by se potřeboval zbavit bolesti, zejména psychické, pocitu, že je na obtíž, někdo postrádá zdraví.

Ukázalo se, že každou potřebu suicidálního seniora můžeme tímto systémem potřeb zachytit. Identifikace každé z PBSP potřeb zároveň poskytuje návod, na co se zaměřit, o co se postarat.

Každému člověku pomůže, když mu někdo s opravdovým zájmem naslouchá, oceňuje ho a podporuje, a navíc slyší právě to, co si dosycení žádá. Rozhovor sám o sobě slyší potřebu výživy. Je to přinejmenším sycení zájmem a pozorností, případně informacemi. Je to i místo

pro úvahy, emoce a vzpomínky, podpora síly, bezpečí pro všechna témata, rozhovor může dát limity těžkým prožitkům. I v průběhu tohoto výzkumu jsem viděla, že se lidé po rozhovoru cítí lépe. Na základě proběhlého výzkumu nemohu tvrdit, že se sycením PBSP potřeb daří zmírnit nebo zastavit sebevražedné úvahy, s odvoláním na svou praxi a zkušenosti svých kolegů bych se klonila k tomu, že to tak je. Samozřejmě se to nepodaří vždy, záleží na stavu suicidálního seniora, na přítomnosti rizikových faktorů, na jejich provázanosti, na situaci, na jeho podpůrné sociální síti atd.

Vliv sycení deficitních potřeb suicidálních seniorů na zmírnění či zastavení sebevražedných úvah by jistě stál za samostatný výzkum.

Smrt dětí tyto lidé označují za nejhorší, co je v životě potkalo. Říkávají, že není nic horšího než se dívat do hrobu vlastnímu dítěti. V našem výzkumném souboru je překvapivě mnoho respondentů, kteří ztratili své děti, někteří i více, dvěma z nich zemřel i vnuk. Dvě ženy pochovaly své děti v dětském věku (2 dny až 14 let, každá z nich dvě, jedné z nich později ještě zemřel dospělý syn). Dalším pěti participantům zemřelo dítě ve věku mladé dospělosti. Celkem 13 potomků zemřelo těmto 31 respondentům.

Všímal jsem si i předčasné smrti rodičů. Jednomu respondentovi zemřela v sedmi letech maminka, dalšímu zemřel otec, když mu byly 3 roky, další respondent přišel o otce ve věku 7 let. Z tohoto zjištění si nedovolím nic vyvozovat.

V této výzkumné studii se nemoci a bolesti neukázaly jako rozhodující faktory pro sebevražedné myšlení a jednání seniorů. Spíše to vypadalo, že staří lidé mají překvapivou kapacitu zvládat fyzické potíže, nemoci i bolesti, pokud je jejich míra únosná. Pouze ve dvou případech se vyskytlo suicidální jednání v souvislosti s fyzickou bolestí, jeden z těchto dvou dokonce jednal kvůli bolesti manželky. Nicméně nemoc a bolest hrají v suicidalitě svou roli (Juurlink 2004).

Jako onemocnění, které má u seniorů velkou váhu při rozhodování k sebevražednému kroku, jsme v souladu se zjištěními řady autorů (Češková 2007, Draper 1996, Granello a Granello 2007, Holmerová, Vaňková, Dragomirecká a kol. 2006, Turvey a kol. 2002) identifikovali depresi. Deprese zkresluje vnímání reality a vytváří dojem, že nic už nebude lepší a že to ani za to nestojí. Jak je uvedeno výše, problém depresí ve vyšším věku spočívá v tom, že mnohdy nejsou rozpoznány a léčeny, jejich projevy jsou chybně připisovány stáří.

Respondenti referovali o bolesti, která je neúnosná, o bolesti psychické. Někdy je součástí obrazu deprese, ale zažívají ji i lidé, u nichž deprese diagnostikovaná není. Je to psychické utrpení spojené s osamělostí, úzkostí a strachem z budoucnosti, ze stárnutí a z umírání. Tito lidé ji popisují jako nesnesitelnou silnou bolest na prsou nebo na srdci. O

tomto typu bolesti píše Shneidman (1987, 1993, 2001) a Baumaister (2001), kteří na ní staví své psychologické teorie sebevraždy.

Únava je rovněž často zmiňovaná jako důvod k úvahám, jestli má člověk ještě sílu, ale také chuť žít. Všechno, co člověk mohl a měl udělat, už se stalo. Už nemůže. Únava je vnímána jako signál k odpočinku. Nabízí se otázka vítězné medicíny, která se někdy pokouší léčit smrt. V naší společnosti jsou stále velké rezervy v respektu k možnosti starého člověka rozhodnout, že si další léčbu nepřeje. Že není povinen mít zapnutý kardiostimulátor, že nemusí užívat léky podporující činnost všemožných systémů v těle. Že má nárok ve svém čase v klidu umřít.

Nepřehlédnutelným rizikovým faktorem sebevraždy seniorů je jejich nízký socio-ekonomický status. V mém výzkumném vzorku se toto téma objevilo zcela okrajově. O finančních problémech mluvily dvě respondentky, jednou z nich je žena bez domova, druhou do dluhové situace dostal syn, za dva roky všechno splatila a je bez dluhů. Všichni ostatní respondenti jsou v oblasti materiálního zajištění spokojeni, nemají nedostatek. To, že tento často zmiňovaný rizikový faktor v mém výzkumu vyšel nevýznamně, je patrně dáno skladbou výzkumného souboru. Některé výsledky vznikly náhodně (po sebevražedném pokusu na psychiatrii jsem mohla v jinou dobu potkat jiné lidi, kteří mohli sebevražedně jednat třeba ze zoufalství dluhové pasti), navštívená rezidenční zařízení by si také nemohl každý senior dovolit a lidé, žijící ve vlastních domácnostech, kteří byli jako respondenti osloveni, nebyli průměrní.

Jsem si vědoma, že tento výsledek neodpovídá skutečné materiální situaci seniorů. Na řadu důchodů je uvalena exekuce, exekučních srážek z důchodů podle ČSÚ každoročně přibývá. Mnoho seniorů, zejména těch, kteří žijí sami, trpí nedostatkem, chudobou jsou ohroženy více ženy. Nepochybuji o tom, že finanční a materiální situace seniorů je horší, než se v tomto výzkumu ukázalo.

Další kategorií, kterou je třeba zmínit, jsou nezpracované krize. Ty se mohou stát jedním z oslabujících prožitků pootevřajícím dveře sebevražednému uvažování. „Zlé vzpomínky“, se mohou v nečekané intenzitě začít vynořovat třeba až po mnoha desetiletích. Tyto krize, které zažili respondenti většinou dávno, v dětství, se v náročných situacích vynořují a zpřítomňují pochybnosti o vlastní hodnotě, strach, smutek a další emoce, které nebyly ve svém čase adekvátně zpracovány. To, co bylo identifikováno u našich respondentů v souvislosti s dětstvím, byly zkušenosti týrání, sexuálního zneužívání, předčasná smrt rodičů, nepřijetí matkou, smrt sourozenců, bída a hlad, válka a traumata s ní spojená. Další životní etapy zahrnují totální nasazení za války, smrt dětí, vnuků, partnerů, domácí násilí, ztráta

hybnosti či soběstačnosti. Některé z těchto krizí jsou aktuální a stávají se spouštěčem sebevražedných úvah.

Dalším známým faktorem rizikovým pro suicidalitu seniorů jsou rodinné konflikty. V mém výzkumném souboru si pouze tři respondentky otevřeně stěžovaly na chování svých dětí. Ve dvou případech se objevilo domácí násilí, v obou případech šlo o psychické násilí ze strany syna. Je to však choulostivé téma a není obvyklé o něm mluvit na prvním setkání. Další respondentka se cítila svou rodinou zavržená. Není vyloučené, že při dalších rozhovorech by se ukázaly další těžkosti v rodinách.

Stesky na nezáměr širší rodiny nebo na podivné chování sourozence se mezi respondenty vyskytly, ale nevyvolávaly tak intenzivní emoce jako konflikt s vlastním dítětem, případně s jeho rodinou.

Závislosti jako rizikový faktor se v tomto výzkumu objevily. Pět respondentů mělo problém s alkoholem, v jednom případě šlo o kombinaci alkoholové a lékové závislosti. Respondentů s tímto problémem mohlo být i více, ne každý musel uznat za vhodné o nějakém problému s alkoholem nebo léky mluvit, a ne každý je schopen náhledu, co už problémem je.

Jako ochranné faktory se ukázaly dobré vztahy s rodinou, dobrá fyzická kondice, víra, zájmy a spokojenost.

Je nutné připomenout, že můj výzkumný soubor nebyl reprezentativní. Domnívám se, že došlo k určitému zkreslení výsledků i výběrem míst, kde se rozhovory uskutečnily. Zdravotnická i sociální zařízení, která byla ochotná ke spolupráci a byla otevřená možnosti výzkumu, byla to zřejmě ta, která se neměla za co stydět.

Při svých návštěvách psychiatrických zařízení jsem hovořila právě s těmi pacienty, kteří v tu chvíli byli hospitalizováni. Můžu tedy vycházet pouze a jedině z výpovědí těch deseti respondentů, s nimiž jsem vedla rozhovory a kteří sytili obsah tohoto výzkumu.

U rezidenčních zařízení pro seniory je zkreslení oproti běžné situaci ještě více posunuté. Nejenže jsem mluvila právě s těmi, kteří vysílali signály, že o sebevraždě přemýšlejí, a kteří byli schopni a ochotni k rozhovoru, ale už samotný výběr domovů mnohé ovlivnil. Tyto domovy byly mimořádné po všech stránkách, které bylo možné zahlédnout. Personál se o obyvatele těchto domovů skutečně zajímal, sociální pracovníce, s nimiž jsem mluvila, detailně své klienty znaly a referovaly o nich s velkým respektem.

Samostatně žijící respondenti, s nimiž jsem vedla rozhovory, byli všichni soběstační, inteligentní a všichni žili v dobrých podmínkách, což rovněž může naše výsledky zkreslovat.

Za škodu považuji, že se nepodařilo získat participanty z jiných zdravotnických zařízení než z psychiatrických. Předpokládám, že by se objevily další zdroje pocitů bezmoci,

vedoucí k suicidálním úvahám. Někteří respondenti s hrůzou vzpomínali na své pobyty zejména v léčebnách dlouhodobě nemocných, jeden doslova řekl, že dostat se tam ještě jednou, byla by to jeho smrt. V oslovených léčebnách dlouhodobě nemocných „nikdy neslyšeli“, že by někdo z pacientů mluvil o sebevraždě. Praktičtí lékaři, kterých jsem se ptala, říkali, že nevědí, jak by mohli sebevražednost u seniorů rozpoznat, chybí jim prý čas a nástroje.

Bylo by zajímavé oslovit občanské poradny, kam často přicházejí lidé vyššího věku, kteří řeší dluhy a exekuce. Předpokládám, že v této skupině by se objevily další podoby potřeby ochrany a jejího deficitu, zejména v definici vnějších hranic, v ochraně před manipulací a v symbolické ochraně legislativy. Bylo by však nutné pečlivě promyslet etickou stránku věci, jak člověka, který je ve vážných existenčních problémech, požádat o participaci na výzkumu.

Zřejmě by také stálo za to oslovit uživatele terénních sociálních služeb a ptát se na jejich potřeby. Z toho, co vím ze supervizí pracovníků těchto služeb, jsou starosti jejich uživatelů do značné míry podobné těm v seniorských domovech.

V případných navazujících výzkumných projektech by bylo užitečné zjistit např. to, jestli konkrétní práce s PBSP potřebami může skutečně zmírnit nebo zastavit sebevražedné myšlení seniorů. Také by bylo dobré ověřit tyto závěry kvantitativním výzkumem.

Cíle této práce bylo dle mého mínění dosaženo. Dozvěděla jsem se o různých podobách suicidálních úvah seniorů, zabývala jsem se jejich potřebami podle PBSP, snažila jsem se zjistit, jestli je možné prací s těmito potřebami lépe situaci sebevražedného seniora uchopit. Výzkumné otázky považuji za zodpovězené.

Závěry, k nimž tato výzkumná studie dospěla, nelze zobecňovat, jednak z toho důvodu, že se jedná o kvalitativní studii, jednak pro malý výzkumný soubor, který není reprezentativní. Přesto považuji zjištěné skutečnosti za zajímavé i užitečné.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY (TEZE)

BAUMEISTER, Roy F. Suicide as escape from self. *Psychol. Rev.* 1990, **97**(1), 90-113. ISSN 0033-295X.

CRANDELL, John S. a. PESSO, Albert. *Moving psychotherapy: theory and application of Pessó system/psychomotor therapy*. Cambridge (Mass.): Brookline Books, 1991. ISBN 978-0914797722.

DRAPER, Brian M. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*. 2014, **79**(2), 179-183. DOI: 10.1016/j.maturitas.2014.04.003.

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-815-9.

GRANELLO, Darcy Haag a. GRANELLO, Paul F. *Suicide: an Essential Guide for Helping Professionals and Educators*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon, 2007. ISBN 0-205-38673-3.

HABER, David. *Health Promotion and Aging: Practical Applications for Health Professionals*. 5th ed. New York: Springer, 2010. ISBN-10: 9780826105981.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2., podstatně přeprac. a dopl.vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HEISEL, Martin J. Suicide and Its Prevention Among Older Adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2006, **51**(3), 143-154. ISSN 0706-7437.

HOLMEROVÁ, Iva, VAŇKOVÁ, Hana, DRAGOMIRECKÁ, Eva, JANEČKOVÁ Hana a VELETA, Petr. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, **7**(4), 182-184. ISSN 1213-0508 (tisk).

KALVACH, Zdeněk, ZADÁK Zdeněk, JIRÁK Roman, ZAVÁZALOVÁ Helena, SUCHARDA, Petr a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KASTOVÁ, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-365-X.

KNOPPOVÁ, Daniela. *Telefonická krizová intervence: linka důvěry*. Praha: Remedium, 1997. ISBN 80-83385-60-00.

KOMADOVÁ, Katarína. *Suicidální proces v dospělé populaci*. Praha, 2009. Dizertační práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Doc. PhDr. Jiří Šípek, Csc., Ph.D.

KOUTEK, Jiří a KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.

LEO, Diego de a. MARIETTA, P. *Suicide: Determinism or Freedom? Dolentium Hominum* (Vatican). 1997, **34**(1), 148-54. ISSN 1022-8659.

LEO, Diego de a. POSTUVAN, Vita, eds. *Resources for Suicide Prevention: Bridging Research and Practice*. Boston: Hogrefe, 2017. ISBN-13: 9780889374546.

PEDROSA Bárbara, DUQUE Ricardo et Rui MARTINS. *PsiLogos*. 2017, **14**(1), pp. 50-56. ISSN 1646-091X.

PESSO, Albert, Diane BOYDEN-PESSO a Petra VRTBOVSKÁ. *Úvod do Pessa Boyden System Psychomotor: PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu*. Praha: SCAN, 2009. ISBN 80-86620-15-2.

SHNEIDMAN, Edwin S., ed. *The Suicidal mind*. New York: Oxford University Press. 1998. ISBN - 13 978-0-19-511801-8.

SHNEIDMAN, Edwin S. At the Point of No Return. *Psychology Today*. 1987, **21**(3), 55-58. ISSN 0033-3107.

SHNEIDMAN, Edwin S. *Comprehending Suicide*. Washington: American Psychological Association, 2001. ISBN-13: 978-1557987433.

SMITH, J. A., FLOWERS, P. a. LARKIN, M. *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications, 2009. ISBN 978-1-4129-0833-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozš. a přepr.vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie 2: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VODÁČKOVÁ, Daniela et al. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

WASSERMAN, Danuta a. WASSERMAN, Camilla, eds. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. New York: Oxford University Press 2009. ISBN 9780198570059.