

OBSAH

ÚVOD	2
TEORETICKÁ ČASŤ	3
1. Suicidálne správanie, definícia pojmov	3
2. Prevalencia suicidálneho správania.....	19
3. Ponímanie samovraždy v histórii	28
4. Teórie suicidálneho správania.....	31
5. Vývojové aspekty suicidálneho správania.	54
6. Rizikové faktory samovražedného správania.....	73
7. Protektívne faktory.....	131
8. Intervencia a psychoterapeutické postupy u suicidálnych jedincov	145
EMPIRICKÁ ČASŤ	165
9. Ciele výskumu.....	165
10. Vymedzenie metodológie.....	166
11. Definícia základných pojmov	177
12. Kvalitatívna analýza dát.....	179
13. Kvantitatívny prístup.....	254
14. Intervenčné postupy	259
15. Diskusia.....	263
ZÁVER	273
LITERATÚRA.....	275
PRÍLOHY	308

ÚVOD

Táto práca sa venuje fenoménu suicidality a suicidálneho správania. Jedná sa o komplexný jav, vyskytujúci sa na rôznorodej škále od suicidálnych myšlienok až po dokonaný suicidálny akt. Suicidálne jednanie je život ohrozujúcim typom správania. Tým, že obsahuje možnosť definitívneho ukončenia života, predstavuje výrazný zásah do života jedinca i do života jeho blízkych ľudí a jeho okolia.

Napriek tomu, že v súčasnosti existuje množstvo výskumov, ktoré definujú rizikové faktory, sa miera suicidality výrazne neznižuje. Pozornosť je obrátená predovšetkým na zistenie rizikových faktorov, ktoré predchádzajú suicidálnemu aktu. Tieto výskumy sa väčšinou zameriavajú na určitý jav alebo rys, ktorý by mohol suicidálne jednanie predikovať. Predpokladám, že suicidálne jednanie je proces, a preto za dôležité považujem integráciu týchto rizikových faktorov, definíciu protektívnych faktorov a prepojenie a pochopenie ich možných súvislostí. Pochopenie týchto súvislostí môže pomôcť v intenzívnejšej prevencii suicidálneho správania, ako i intervencie v prípade výskytu suicidality u konkrétneho jedinca.

Keďže definícia suicidálneho správania ako jednotného fenoménu je pomerne rozličná, v prvej časti práce by som rada prispela k zhrnutiu a prepojeniu súčasných teórií suicidality, rizikových a protektívnych faktorov, ako i navrhovaných intervenčných postupov a psychoterapeutických možností a stratégií tak, ako ich môžeme nájsť v literatúre.

V empirickej časti sa budem venovať suicidálnemu procesu a jeho dôsledkov a možných zmien v živote človeka. Z otázok, ktoré si kladiem, je to predovšetkým dynamika tohto procesu, jeho možné typy a dopad na ďalší život človeka, ktorý do takéhoto správania vstúpi. Ďalším cieľom je vymedziť rizikové faktory suicidálneho jednania a popísať protektívne faktory, ktoré môžu v suicidálnom jednaní brániť i v prípade, že nad ním premýšľa. Posledným cieľom je prepojiť výsledky empirickej časti práce s už existujúcimi a navrhnúť možné spôsoby prevencie a intervencie v prípade výskytu suicidálneho rizika.

TEORETICKÁ ČASŤ

1. Suicidálne správanie, definícia pojmov

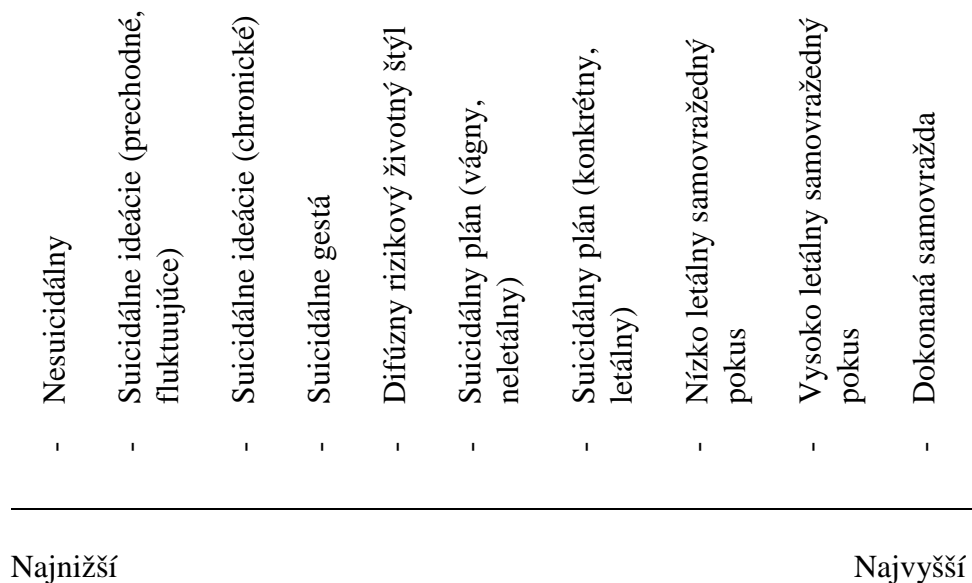
V definovaní a klasifikácii suicidálneho jednania panujú značné nezhody. Tieto odlišnosti môžu byť dané odlišným prístupom k skúmaniu fenoménu suicidality, a to sociologickým, filozofickým, medicínskym a psychologickým.

Slovo suicídium bolo zrejme po prvý krát použité okolo roku 1691 a pochádza z latinského sui (sebou) a cide alebo cidum (zabíjanie) (Maris, Berman, Silverman, 2000). Do tejto doby bola samovražda nazývaná skôr opisne. Napríklad v starovekom Grécku bol suicidálny akt opisovaný ako ukončenie života, vykonanie násilia na sebe, opustenie svetla, seba-zabíjanie (Jamison, 1999). V európskych krajinách boli aj neskôr (a stále sú) používané názvy ako je samovražda (napr. v nemčine Selbstmord) alebo spáchanie samovraždy, ktoré odrážajú spojitosť s vraždou. V slovenčine sú v odbornom jazyku používané pojmy suicídium, suicidálny pokus, suicidálne jednanie a podobne a alternatívnym pojmom k suicídiu je samovražda (v českom jazyku sebevražda).

Samovražedné správanie sa nevzťahuje len k dokonanému suicídiu, ale predstavuje širokú škálu správania a prežívania, na ktorej sa podieľajú behaviorálne, kognitívne, emocionálne a interpersonálne aspekty, pri ktorých sú prítomné vedomé a nevedomé motívy a súvislosti. Suicidálne správanie je teda širší pojem, ktorý zahŕňa nielen samotný akt samovraždy, ale i suicidálne nápady, myšlienky, výroky. V tomto chápaní o suicidálnom správaní hovoríme aj vtedy, ak k vlastnému suicidálnemu aktu nedôjde (Koutek, Kocourková, 2003). Koutek a Kocourková (2003) sa domnievajú, že je potrebné brať ohľad na nevedomé ambivalencie k smrti a neistotu výsledku aktu a zdôrazňujú, že osoba, ktorá sa dopúšťa suicidálneho jednania, si nemôže byť vedomá, či prežije alebo neprežije.

Súhrnne možno povedať, že suicidálne správanie je komplexný a rôznorodý fenomén, vyskytujúci sa na kontinuu (obr. 1.1) od prechodných suicidálnych ideácií až po dokonanú samovraždu (Maris, Berman, Silverman, 2000). Každý z týchto prejavov suicidality má rôzne úrovne vážnosti alebo letality (Maris, 2002).

Koutek a Kocourková (2003) zahrnujú do suicidálneho správania suicidálne myšlienky, suicidálne tendencie, suicidálny pokus a dokonané suicídium. Jednotlivé formy suicidálneho jednania budeme definovať v tomto kontexte.



Obr. 1.1 – Kontinuum suicidality (Maris, Berman, Silverman, 2000, s. 31)

Suicidálne myšlienky

Suicidálne myšlienky alebo ideácie sú myšlienky, v ktorých sa človek zaoberá sebadeštruktívnym správaním. Môžu sa pohybovať na škále od vágnych ideácií o možnosti ukončenia svojho života niekedy v budúcnosti až po premýšľanie nad aktuálnou samovraždou. Nezáväzná pohrávanie sa so suicidálnymi predstavami a fantáziami je pomerne rozšírené, vo väčšine prípadov sa jedná o neškodné suicidálne nápady bez väčšej intenzity a bez tendencie k ich realizácii (myšlienky typu – čo by bolo, keby som nebol/nebola).

Tieto myšlienky a predstavy sú typické pre obdobie dospievania a súvisia s hľadaním a vytváraním vlastnej identity a zmyslu života (Koutek, Kocourková, 2003).

Suicidálne myšlienky predstavujú formu suicidálneho správania a prvý stupeň vo vývoji suicidálneho jednania vtedy, ak sú charakteristické vysokou intenzitou (daný jedinec sa nimi zaoberá prevažnú časť času), ťažkou odkloniteľnosťou a vysokou konkrétnosťou (nejedná sa o vágne, neurčité predstavy bez konkrétneho plánu, ale o konkrétnu a jasnú predstavu samovražedného aktu).

Suicidálne ideácie môžu byť vyjadrené rôznymi spôsobmi a môžu odrážať mnoho odlišných intencií alebo tendencií jednat'. Môžu vyjadrovať nespokojnosť so súčasnými životnými podmienkami, môžu sa objaviť v situáciách, ktoré jedinec vníma ako vysoko

stresujúce. Môžu odrážať jedincovu percepciu ohrozenia jeho sebaúcty, predovšetkým u ľudí, ktorí sú narcistne zranení. Ich prítomnosť môže poukazovať na nízku a ľahko zraniteľnú sebaúctu, ktorá je manifestovaná prostredníctvom suicidálnych myšlienok v obdobiach interpersonálnych konfliktov (van Heeringen, 2002). Takéto fantázie často signalizujú závažné životné konflikty.

Počiatkové pohrávanie sa so suicidálnymi ideáciami ako spôsobom riešenia problému alebo úniku z nepríjemnej životnej situácie môže viesť k tomu, že suicidant si na myšlienku samovraždy ako možného spôsobu riešenia problémov postupne zvyká, začleňuje ju do hierarchie svojich hodnôt a v prípade nezmeneného stavu životnej situácie môže prejsť do ďalšieho štádia v suicidálnom vývoji. Súčasne ale pôsobia protichodné sebazáchovné mechanizmy a ak nedôjde k ďalšiemu posilňovaniu suicidálnej dominanty, zastaví sa potenciálny samovrah na stupni tendencií k suicidálnemu aktu (Viewegh, 1996).

Komunikácia suicidálnych myšlienok môže byť apelom pre sociálne okolie jedinca, môže viesť k zmobilizovaniu pomoci, a tým i napomôcť jedincovi v prekonaní emočných ťažkostí a riešení pre neho stresovej životnej situácie.

Z psychiatrických porúch sú samovražedné myšlienky typické predovšetkým pre depresívnu poruchu, vyskytujú sa ale i u niektorých porúch osobnosti (predovšetkým u emočne nestabilnej poruchy osobnosti), schizofrénie alebo závislosti na alkohole a nealkoholových drogách (bližšie o spojitosti suicidálneho správania a psychických porúch v kapitole o rizikových faktoroch).

Základnou charakteristikou suicidálnych ideácií je, že sú ambivalentné a premenlivé a že ich intenzita môže kolísať. Pre zhodnotenie suicidálneho rizika je dôležitá nielen ich aktuálna miera v danom momente, ale aj ich prítomnosť, častosť a intenzita v dlhodobej životnej histórii jedinca.

Suicidálne tendencie

O suicidálnych tendenciách hovoríme v prípade, že jedinec má presnú, konkrétnu predstavu samovražedného aktu a na základe tejto predstavy začína jednat' (Koutek, Kocourková, 2003). Napr. zhromažďovať lieky pre pripravovaný samovražedný akt, pripravovať list na rozlúčku a podobne. Suicidálne tendencie sú ďalším stupňom na škále závažnosti suicidálneho správania, a preto posúdenie ich prítomnosti patrí k

dôležitej súčasti zhodnotenia suicidálneho rizika. Vyskytujú sa predovšetkým u plánovaných samovrážd. U impulzívnych suicidálnych aktov často chýbajú.

Suicidálny pokus

V definovaní suicidálneho pokusu panuje značná nejasnosť. Už samotný názov tohto typu správania je rôznorodý. Vzhľadom k veľkej rozdielnosti suicidálnych pokusov a vzhľadom k pretrvávajúcej diskusii o tom, či je v samovražednom pokuse skutočne prítomný úmysel zámerne ukončiť svoj život, sa hľadali pojmy, ktoré by tento typ správania definovali presnejšie. V literatúre sa tak môžeme stretnúť s pojmami suicidálny pokus (attempted suicide, suicidal attempt), parasuicídium (parasuicide), nefatálne suicidálne správanie (nonfatal suicidal behavior) a zámerne sebapoškodzujúce/sebaublížujúce správanie (deliberate self-harm behavior), ktoré sa používajú ako ekvivalenty, avšak niektorí autori odmietajú ich podobnosť a vnímajú ich ako pojmy popisujúce odlišné správanie s odlišnou motiváciou a predpokladaným cieľom.

Suicidálny pokus je definovaný ako každý život ohrozujúci akt s vedomým úmyslom zomrieť, avšak bez letálneho konca (Koutek, Kocourková, 2003). Berman, Jobes a Silverman (2007) definujú suicidálny pokus ako nedokončený alebo neúplný akt. Podľa týchto autorov „...pravý suicidálny pokus obsahuje úmysel umrieť, ako aj dostatočnú letalitu v metódach, ktoré majú tento úmysel naplniť, ale ktorý buď zlyhá alebo je prekazený (napr. záchranou alebo intervenciou).“ (Berman, Jobes, Silverman, 2007, s. 95). Miller, Rathus a Linehan (2007) definujú suicidálny pokus ako sebapoškodzujúce správanie s ambivalentným alebo istým úmyslom umrieť. Úmysel podľa nich označuje mieru súhlasu s realizáciou suicidálneho plánu. Môže byť jasný a jednoznačný, u iných zase ambivalentný (to znamená, jedinec si praje umrieť aj žiť, nie je pre samotný suicidálny akt rozhodnutý).

Svetová zdravotnícka organizácia/EU Study of Suicidal Behaviour považuje pojmy pokus o samovraždu a parasuicídium za totožné a definuje ich ako: „Akt bez fatálnych dôsledkov, v ktorom jedinec zámerne iniciuje nehabituálne správanie, ktoré bez intervencie druhých vedie k sebapoškodeniu, alebo zámerne požije látku vo väčšom množstve než je predpísaná alebo všeobecne doporučená terapeutická dávka a ktoré je zacielené na vyvolanie zmien, ktoré si subjekt želá prostredníctvom aktuálnych alebo očakávaných fyzických dôsledkov.“ (Bille-Brahe et al., 1995, s. 74).

V jednej z najnovších definícií je suicidálny pokus zahrňovaný pod pojem nefatálne suicidálne správanie s alebo bez zranenia a definovaný ako: „*Nehabituálny akt s nefatálnym výsledkom, ktorý jedinec očakávajúci alebo riskujúci, že umrie alebo si spôsobí telesné poškodenie, inicioval a vykonal s úmyslom privodiť si očakávané zmeny.*“ (De Leo et al., 2006, s. 14).

Niektorí autori definíciu samovražedného pokusu ako zlyhanej samovraždy odmietajú a v suicidálnom pokuse nevidia vedomý úmysel a rozhodnutie umrieť, ale ambivalentné postoje k životu a smrti. Ambivalentné postoje k životu a smrti môžeme nájsť vo vyjadreniach niektorých jedincov, ktorí uvádzajú, že samovražedný pokus nemal byť ukončením života, ale že jeho motívom bolo pranie po klude a odpočinku a mal predstavovať východisko a únik z ťažkostí, stresu a problémov danej situácie. Suicidálny pokus býva niekedy spojovaný s tzv. volaním o pomoc, s upozornením okolia, že sa s človekom niečo deje.

Bancroft, Skrimshire a Simkin (1976) zisťovali príčiny predávkovania sa u 128 osôb. 44% osôb udávalo, že chceli ukončiť svoj život, 33% hľadalo pomoc, 42% chcelo uniknúť zo situácie, 52% chcelo dosiahnuť úľavu od zaťažujúceho stavu mysle, 19% sa suicidálnym pokusom pokúšalo niekoho ovplyvniť.

Berman, Jobes a Silverman (2007, s. 138) uvádzajú nasledovné príčiny samovražedného jednania:

- únik od bolesti – lepšie než nepríjemné pocity sú žiadne pocity
- odplata – agresia namierená voči osobe, u ktorej človek pociťoval na neho smerované agresívne správanie
- znovuzrodenie – magické myslenie vzťahujúce sa k presvedčeniu, že po smrti príde nový život a druhá šanca
- kontrola a moc – akt moci nahradzujúci pocit bezmocnosti
- znovuspojenie – so zomrelou osobou, nahradenie narušeného puta
- sebatrestanie – za pocity viny alebo hriechu

Hjelmeland et al. (2002) na základe rozhovorov s viac než 1600 pacientmi, ktorí sa pokúsili o samovraždu, kategorizovali úmysly, ktoré týchto jedincov viedli k suicidálnemu jednaniu. Hlavnými úmyslami boli tieto:

- hľadanie starostlivosti – „Chcel som mu ukázať, ako veľmi ho milujem.“, „Chcel som druhým ukázať, ako veľmi trpím.“, „Chcel som získať od druhých pomoc.“, „Chcel som vedieť, či a nakoľko sa o mňa druhí zaujímajú.“

- ovplyvnenie druhých (odplata, manipulácia a potrestanie) – „Chcel som, aby druhí zaplatili za to, ako sa ku mne správali.“, „Chcel som, aby sa niekto cítil vinný.“, „Chcel som niekoho dotlačiť k tomu, aby zmenil svoj názor.“
- prechodný únik – „Chcel som na chvíľku uniknúť z neakceptovateľnej situácie.“, „Chcel som na chvíľu spať.“
- konečný únik – „Situácia bola pre mňa tak neznesiteľná, že som nemohol myslieť na inú alternatívu.“, „Moje myšlienky boli tak neznesiteľné, že som ich nemohol dlhšie zniesť.“

Prvé dva typy úmyslov sú interpersonálne a inštrumentálne, kým druhé dva sa spájajú s únikom od bolesti.

Z uvedeného je zreteľné, že motívy k suicidálnemu pokusu sa znateľne rôznia a že tento pojem zahŕňa značnú škálu odlišných správania. Spoločnou charakteristikou týchto správania je spôsobenie si poškodenia, poranenia alebo otrávenie sa alebo pokus o toto, ale bez fatálneho výsledku. Ďalším spoločným znakom je, že sa vyskytujú v podmienkach emočného zmätku a nepokoja (van Heeringen, 2002).

Okrem rozdielov v motívoch suicidálnych aktov, je rozdiel aj medzi ich závažnosťou, v plánovaní a voľbe použitých prostriedkov. Niektoré pokusy sú starostlivo plánované, iné sú výsledkom impulzívneho jednania. Metódy, ktoré sú v rámci samovražedného pokusu používané, sú často nenásilné (nie je tomu tak ale vždy). Väčšinou sa jedná o predávkovanie liekmi. V štúdiu WHO/EU Multicentre Study použilo otrávenie ako samovražednú metódu 64% mužov a 80% žien, porezanie, predovšetkým zápästia použilo 17% mužov a 9% žien (Kerkhof, Arensman, 2002).

Rozlíšenie medzi skupinami ľudí, ktorých suicidálny pokus sa vyznačuje úmyslom ukončiť život a tých, ktorých suicidálny pokus je bez úmyslu ukončiť život, je možné podľa niektorých autorov prostredníctvom metódy alebo spôsobu prevedenia samovraždy (tzv. mäkké a tvrdé spôsoby suicidálneho aktu) (Gair, Camilleri, 2000). Tento spôsob diferenciacie ale taktiež nie je dostatočne validný, pretože napr. v dôsledku neznalosti účinku samovražedných metód sa môže stať, že človek s vážnym úmyslom ukončiť svoj život si spôsobí malé poškodenie a naopak, v dôsledku impulzívneho, neplánovaného aktu môže dôjsť k vážnym poškodeniam až k dokonanej samovražde.

Arensman a Kerkhof (1996) na základe štúdia literatúry rozlíšili 3 typy pokusov o samovraždu a/ alebo ľudí pokúšajúcich sa o samovraždu:

- Mierny typ (mild type) – väčšinou používajú relatívne nenásilné metódy vedúce k obmedzenému fyzickému poškodeniu. Základnými charakteristikami tohto typu sú mladý vek, spolužitie s niekým, malá prevencia (málo opatrení) na ochranu pred nájdením niekým, nízka úroveň zaoberania sa samovraždou, nízky suicidálny úmysel, interpersonálna motivácia suicidálneho aktu.
- Závažný typ (severe type) – použitie väčšinou vysoko letálnych a násilných prostriedkov samovraždy vedúcich k závažným fyzickým dôsledkom. Základnými charakteristikami sú starší vek (40 rokov a viac), žijúci osamote, mnoho opatrení chrániacich pred možnosťou nájdenia niekým, vysoká úroveň zaoberania sa samovraždou, vysoký suicidálny úmysel, na seba orientovaná motivácia, predchádzajúce suicidálne pokusy v anamnéze, prítomnosť depresie, drogovej závislosti a psychiatrickej liečby, vysoký stupeň všeobecného nefungovania a slabé fyzické zdravie. U tohto typu je prítomné vyššie riziko opakovania samovražedného pokusu, než je tomu u prechádzajúceho, mierneho typu.
- Zmiešaný typ (mixed type) – tento typ vykazuje zmiešané charakteristiky, a preto je ťažšie identifikovateľný v praxi.

V priebehu suicidálneho aktu môže dôjsť k zmene rozhodnutia o ukončení života. Chesley a Loring-McNulty (2003) oslovili prostredníctvom e-mailu osoby po suicidálnom pokuse o vyplnenie 10 položkového dotazníku. Celkový počet respondentov bol 50, pričom 14% z nich bolo mužov. Na otázku, čo vás zachránilo pred dokončením vášho suicidálneho pokusu, boli najčastejšími odpoveďami týchto osôb intervencia inej osoby (49%), najčastejšie člena rodiny a profesionálov, 22% osôb uvádzalo, že v priebehu suicidálneho aktu si svoj úmysel rozmysleli a sami vyhľadali pomoc a 18% osôb uviedlo ako príčinu nedokončenia suicidálneho aktu nedostatočnú dávku liekov. Napriek tomu, že najčastejšie prežívanými pocitmi v období následne po suicidálnom pokuse boli smútok, depresia, sklamanie a prázdnota, väčšina suicidantov (55%) uviedla, že sú radi alebo vďační za to, že suicidálny pokus prežili. Vzhľadom k tomu, že táto štúdia bola retrospektívna, je možné, že participanti si neboli schopní spomenúť na všetky pocity a dôvody, ktoré sa k suicidálnemu procesu viazali. Ďalšou nevýhodou je vek participantov, pretože osoby staršieho veku boli vo vzorke zastúpené nedostatočne.

WHO/EU Multicentre Study on Parasuicide (Kerkhof, Arensman, 2002) poukazuje na to, že jedným z centrálnych znakov suicidálnych pokusov je opakovanie sa. Podľa

výsledkov ich výskumu sa najmenej 54% osôb pokúsilo o samovraždu v minulosti, 30% ich má za sebou 2 alebo viac a 30% osôb vykonalo ďalší pokus počas následného ročného sledovania.

Opakovanie suicidálneho správania je typické predovšetkým v prvých týždňoch po predchádzajúcom suicidálnom akte, pričom tento následný pokus môže byť fatálny, zároveň sú predchádzajúce suicidálne pokusy dôležitým rizikovým faktorom suicidálneho správania (Hawton, 2002). Pri opakovaných suicidálnych aktoch je častá komorbidita psychiatrických a osobnostných porúch, predovšetkým preto, že motiváciou týchto suicidálnych aktov je skôr zníženie tenzie než skutočná túžba umrieť (Hawton, 2002).

10 – 15% osôb po samovražednom pokuse nakoniec spácha dokonanú samovraždu (Maris, 1992). K typickým rizikovým faktorom patrí alkoholová a drogová závislosť, psychiatrická porucha s komorbiditou, sociálna deteriorácia a samovražde predchádzajúci vysoko letálny, neimpulzívny suicidálny pokus (Kerkhof, Arensman, 2002).

Niektorí autori sa zamýšľali nad katartickým efektom suicidálneho pokusu. Sarfati, Bouchaud a Hardy-Baylé (2003) vyšetrili 39 osôb tesne po suicidálnom pokuse so zameraním na zhodnotenie 7 dní pred samovražedným pokusom a potom v priemere za 13,5 dňa po pokuse. Počas tejto doby došlo k zníženiu hodnôt v oblasti depresie, beznádejnosti a patologických osobnostných rysov, avšak k zvýšeniu kvality života nedošlo. Podľa týchto autorov to znamená, že osoby po suicidálnom pokuse sa zlepšili aj bez nejakej signifikantnej zmeny v ich živote, ktorá by bola merateľná pomocou dotazníku kvality života WHOQOL-BREF.

Walker, Joiner a Rudd (2001) taktiež zisťovali, nakoľko má suicidálny pokus katartický efekt. Skupinu osôb po suicidálnom pokuse sledovali tesne po tomto pokuse a ďalej s jednomesačným a 12 mesačným odstupom. Výsledky ich štúdie dokladajú zníženie suicidalitu nasledujúcu po suicidálnom pokuse, autori ju ale spájajú skôr so zvýšenou interpersonálnou podporou než s emocionálnou katarziou, pričom k redukcii suicidálnych symptómov došlo až po prebehnutí určitého času. V rámci 12 mesačného sledovania si osoby po jednom suicidálnom pokuse udržiavali nízku suicidalitu, zatiaľ čo osoby po opakovaných suicidálnych pokusoch vykazovali známky relapsu symptómov spojených so suicidálnym správaním. Ak sa teda dostavia reakcie podobné katarzii, sú v spojitosti s interpersonálnou podporou, a to u osôb po jednom suicidálnom pokuse, ako aj po mnohonásobných suicidálnych pokusoch. Z tohto dôvodu sa v čase

suicidálnej krízy javí byť významná aktivácia interpersonálnej podpory v okolí potenciálneho samovraha. V priebehu času ale môžu osoby s niekoľkými samovražednými pokusmi v anamnéze prestať benefitovať zo zvýšenej sociálnej podpory, a preto byť viac náchylní k opätovnému suicidálnemu správaniu.

Z uvedeného vyplýva, že samovražedné pokusy môžu byť zlyhanými samovraždami, avšak na druhej strane môžu odrážať úplne inú dynamiku, ktorá vychádza z charakteristík ich aktérov. Môžu byť vyjadrením volania o pomoc, snahy o únik z ťažkej a pre osobu neriešiteľnej situácie a snahou o hľadanie kľudu, odpočinku a vystúpenia zo záťažovej životnej situácie, pričom daná osoba nenachádza alebo nemá v repertoári svojho psychického vybavenia iné metódy, ktoré by jej k riešeniu tejto situácie napomohli. Pri prístupe k osobám po suicidálnom pokuse by sme ale nemali zabúdať na to, že medzi tými, ktorí sa o samovraždu pokúsia sú aj tí, ktorí ju nakoniec dokonajú (Berman, Jobes, Silverman, 2007).

Dokonané suicídium

Dokonané suicídium je samovražedné jednanie ukončené smrťou. Stanovuje ho súdny lekár, ktorý na základe dôkazov potvrdí zámernú, sebou spôsobenú smrť (Berman, Jobes, Silverman, 2007). Miller, Rathus a Linehan (2007) definujú suicídium ako zámernú, sebou spôsobenú smrť.

Viewegh (1996) definuje samovraždu ako vedomé a úmyselné ukončenie života. Jedná sa o taký spôsob sebadeštrukčného jednania, ktorý zreteľne vyjadruje úmysel dobrovoľne ukončiť svoj život a cieľavedomú snahu zvoliť k tomuto účelu prostriedky, u ktorých je možné predpokladať, že povedú k zániku života. Základnými znakmi samovraždy sú podľa Viewegha (1996) dobrovoľný úmysel ukončiť svoj život a cieľavedome zamerané jednanie vedúce k smrti.

Maris, Berman a Silverman (2000) vymedzujú tieto základné charakteristiky suicídia:

- samovražda je smrť
- samovražda je úmyselná
- samovražda je vykonaná sebou a na sebe
- samovražda môže byť aktívna alebo pasívna (napr. ak človek úmyselne neberie život udržiavajúce lieky alebo úmyselne neodstúpi z koľajšťa pri prechádzajúcom vlaku), pričom čím menej je samovražda aktívna, o to väčšia je pravdepodobnosť, že nebude klasifikovaná ako samovražda

Od samovraždy ešte odlišujeme **sebazabítie**, u ktorého chýba vedomý úmysel dobrovoľne zomrieť (napr. sebazabítie pod vplyvom halucinácií u psychotických porúch). Postihnutý v tomto prípade jedná v stave patologicky podmienenej zníženej kritickosti svojho jednania.

Suicídálny pokus versus dokonané suicídium

Beautrais (2001) porovnávala osoby po suicídálnom pokuse a po dokonanej samovražde. Zistila, že tieto dve skupiny sa nelíšili v prítomnosti poruchy nálady, predchádzajúcich suicídálnych pokusoch, predchádzajúcom psychiatrickom liečení, prijatí k psychiatrickej hospitalizácii predchádzajúcej suicídálnemu správaniu v predchádzajúcom roku, nízkom príjme, nedostatku formálnej vzdelanostnej kvalifikácie a vystaveniu súčasným stresujúcim interpersonálnym, právnym a s prácou spojených životných udalostí. Naopak, tieto dve skupiny sa vzájomne odlišovali v kategóriách pohlavia, veku, sociálnej izolovanosti a prítomnej diagnostickej kategórie. Kým osoby po suicídálnom pokuse boli častejšie sociálne izolované a diagnostikované úzkostnou poruchou, osoby po dokonanom suicídii boli častejšie muži, staršieho veku a častejšie bola u nich prítomná diagnostikovaná neafektívna psychóza. Podľa tejto autorky sú osoby po dokonanom suicídii a po vážnych suicídálnych pokusoch dve prekrývajúce sa populácie, ktoré zdieľajú podobné črty spadajúce do anamnestických dát týchto jedincov, avšak sú odlišiteľné podľa pohlavia a typu psychiatrickej poruchy. Van Heeringen (2002) prináša model tzv. suicídálnej pyramídy, v ktorom sa jednotlivé úrovne pyramídy vzťahujú k odlišnému výskytu suicídálnych ideácií, nefatálneho alebo fatálneho suicídálneho správania:

- Do najnižšej úrovne spadá väčšina populácie, pretože sa vzťahuje k osobám, ktoré udávajú prítomnosť suicídálnych myšlienok v nejakom období v priebehu života. Vágne myšlienky na samovraždu, bez tendencie k ich realizácii, sú považované za bežný spôsob reakcie na nepriaznivé životné udalosti, pretože pri nejakej situácii v priebehu života napadajú väčšinu ľudí (predovšetkým v období adolescencie).
- Nasledujúca úroveň zahŕňa jedincov, u ktorých sú samovražedné myšlienky opakujúce sa alebo majú formu konkrétnych suicídálnych plánov.
- Ďalšia úroveň pyramídy je tvorená osobami, ktoré sa jeden alebo viackrát pokúsia o nefatálny samovražedný pokus.

- Najvyššia úroveň pyramídy je potom tvorená jedincami, ktorí samovraždu dokonajú.

Z psychiatrického hľadiska je v súčasnej dobe suicidálne správanie zaraďované k symptómom depresívnej poruchy a emočne nestabilnej poruchy osobnosti. V poslednej dobe ale niektorí autori odporúčajú vytvoriť pre suicidálne správanie samostatnú kategóriu v rámci nového pripravovaného klasifikačného systému DSM-V, kde by bolo toto správanie hodnotené na ose VI. Podľa Oquendo et al. (2008) by toto nové diagnostické zaradenie oslovilo konceptuálne aj praktické otázky. Osa suicidálneho správania by podľa týchto autorov viedla k presnejšiemu zhodnoteniu suicidálneho rizika u jedincov vyšetrovaných v rámci psychiatrických podmienok a k jeho presnejšej dokumentácii a plánovania liečby u vulnerabilných jedincov.

Motívy, príčiny a úmysel suicidálneho jednania

Pod **motívom** suicidálneho správania rozumieme jedincove pravdepodobné príčiny k samovražednému aktu (napr. depresia, rozvod, terminálne somatické ochorenie, poníženie, vina, strata). *„Motív je teda to, čo vyprovokuje alebo stimuluje osobu (napr. depresívna porucha) k vykonaniu činu (napr. suicídiu) alebo k vytvoreniu výsledku.“* (Maris, Berman, Silverman, 2000, s. 37).

Viewegh (1996) rozlišuje medzi príčinami a motívmi suicidálneho správania. Príčiny definuje ako: *„... všetky vonkajšie a vnútorné nepriaznivé vplyvy (napr. nepriaznivé vplyvy sociálneho prostredia, choroby somatického a psychického rázu apod.). Príčiny nemusia byť samovrahom uvedomované, kladené do vzájomnej súvislosti s jeho suicidálnymi tendenciami alebo priamo samovražedným činom.“* (Viewegh, 1996, s. 79). Naproti tomu suicidálne motívy alebo suicidálne motivácia: *„... vyjadruje aktívnu a z hľadiska subjektu slobodnú voľbu medzi životom a smrťou, ide o vedomý postoj samovraha k vlastnému bytiu a nebytiu. Vedomý postoj a sloboda voľby sú podmienené hodnotovými dôvodmi a protidôvodmi (či ďalej žiť alebo zomrieť). V podstate je teda suicidálna motivácia diferencovaným výrazom hodnotového vedomia samovraha.“* (Viewegh, 1996, s. 79 – 80). Podľa Viewegha (1996) bývajú niekedy príčiny a motívy zjednodušované do kauzálneho vzorca príčina – následok. Príčiny alebo provokujúce faktory ale nespôsobujú samovražedné jednanie, sú len potenciálnym popudom k vytváraniu suicidálnej motivácie alebo záverečným spúšťacím faktorom. Jedná sa teda o proces, v ktorom hrá významnú úlohu možnosť slobodnej voľby a vlastného

aktívneho rozhodnutia (spôsob a smer postoja voči príčinám – túžba ostať nažive alebo túžba zomrieť). Z tohto dôvodu nám samotné príčiny nemôžu úplne objasniť samovražedné tendencie a jednanie, ale až prihliadnutie k motivácii, v ktorej je vyjadrená slobodná voľba a postoj k životu a k smrti vychádzajúci z pocitov a zážitkov daného človeka, nám umožní odhaliť spôsob, akým tento človek na príčinu reaguje a ktorú spracováva suicidálne.

Úmysel je cieľ, ktorý má osoba pri užití určitých prostriedkov (samovražda) k dosiahnutiu určitého výsledku (smrti) (Maris, Berman, Silverman, 2000). Pri suicidálnom úmysle je dôležité, že osoba rozumie fyzickej povahe a dôsledkom sebadeštruktívneho aktu. Úmysel suicidálneho správania je problematickým konceptom, pretože väčšina samovrahov je voči samovražednému aktu ambivalentná a ich úmysel umrieť nie je konštantný (Maris, Berman, Silverman, 2000). Postoje človeka, ktorý si praje umrieť, bývajú väčšinou ambivalentné, často si praje zomrieť a zároveň žiť. Ak prevládne orientácia na život, riziko suicidálneho jednania sa znižuje, avšak ak je túžba umrieť stredná alebo silná a túžba žiť nie je ani slabá, je riziko samovražedného správania vysoké. To znamená, že závažnosť a riziko suicidálneho jednania je vytvárané vzájomným pôsobením konfliktných motivácií (Brown et al., 2005). Tiež Kovacs a Beck (1977) uvádzajú, že aktuálna miera prania umrieť a prania žiť nie je v otázke suicidálneho úmyslu natoľko dôležitá, ako skôr stupeň kongruencie medzi nimi. Vo výskumnej vzorke osôb po suicidálnom pokuse zistili, že 50% z nich si prialo umrieť aj žiť v čase ich suicidálneho pokusu, 40% si prialo umrieť a 10% chcelo žiť.

Zistenie miery úmyslu je zložité. Ukázalo sa, že predovšetkým u adolescentov, ale aj v iných vekových kategóriách sa vhodnejším nástrojom na meranie úmyslu javí byť kvalitný semištrukturovaný rozhovor než sebaopisujúce dotazníky (Linehan, Heard, Armstrong, 1993).

O motívoch, úmysloch a príčinách dokonaných samovrážd sa môžeme skôr dohadovať, ako ich s úplnou presnosťou určiť. Najčastejším prostriedkom používaným k ich odhaleniu bývajú listy na rozlúčku a ich analýza alebo vyjadrenia pozostalých.

U suicidálnych pokusov je situácia trochu jednoduchšia, o motívoch suicidálneho aktu môžeme s daným jedincom hovoriť. Avšak ani tu si nemôžeme byť istí ich presnosťou, pretože ani jedinec sám si nemusí všetky dôvody uvedomovať. Často zmieňovaným motívom býva tzv. posledná kvapka alebo tzv. provokujúci, bezprostredný faktor, ktorý predchádzal suicidálnemu jednaniu a ktorý je v mnohých prípadoch iba jeho spúšťačom v už rozvinutom suicidálnom procese.

Suicidálna mentalita a suicidálny proces/vývoj

Viewegh (1996) definuje suicidálnu mentalitu ako dlhodobý vývoj suicidálnych tendencií a fantázií. Na začiatku vývoja suicidálnej mentality býva myšlienka na smrť ako úniku od problémov a ťažkostí, s ktorými sa daný jedinec nevie vysporiadať. Pohrávanie sa s týmito myšlienkami, ktoré sú spočiatku nezáväzné a pomerne rozšírené, u väčšiny jedincov ale k samotnému samovražednému aktu nevedie. Suicidálne ideácie často poukazujú na zásadné životné konflikty, pretože sa väčšinou objavujú v situácii životných kríz daného jedinca. U niektorých jedincov sa naopak môžu stať východiskom k zahájeniu suicidálneho vývoja. Jedinec si postupne na myšlienku dobrovoľnej smrti začne zvykať a začne ju začleňovať do systému a hierarchie svojich hodnôt. Súčasne sú ale prítomné protichodné sebazáchovné tendencie a v tejto fáze je potenciálny samovrah najviac prístupný intervencii. V prípade, že dochádza k ďalšiemu posilňovaniu suicidálnej dominanty, začína samovrah podnikáť konkrétne kroky k realizácii myšlienok. K samotnému samovražednému aktu dochádza, ak samovražedné myšlienky prevážia pud sebazáchovy (Viewegh, 1996).

Van Heeringen (2002) definuje suicidálny proces ako vývoj a progresiu suicidalitu u jedinca v interakcii s jeho okolím. Tento proces môže zahŕňať myšlienky na samovraždu, môže sa rozvíjať suicidálnymi pokusmi, ktoré sú často opakované so zvyšujúcou sa letalitou a suicidálnym úmyslom a ktoré môžu končiť dokonanou samovraždou.

Suicidálny proces tak môže začať najprv vágnymi myšlienkami na samovraždu ako možného spôsobu úniku zo situácie, ktorú daný človek prežíva ako neriešiteľnú a neznesiteľnú, postupne si na túto myšlienku začne zvykať a vnesie ju do svojho repertoáru reakcií v záťažových situáciách. V prípade, že nenachádza iné riešenie, začne vytvárať konkrétny plán samovraždy a ďalej pokračovať až k samovražednému aktu. V prípade, že nájde dočasné riešenie a k samovražednému aktu nedôjde, sa môže tento koncept opäť objaviť pri strete s iným stresorom a viesť k suicidálnemu aktu alebo k opakovaným suicidálnym aktom.

Kerkhof a Arensman (2002, s. 33 – 34), rozlišujú 4 základné typy suicidálneho vývoja. Títo autori predpokladajú, že suicidalita je charakteristikou suicidálnych jedincov a v priebehu života môže byť dlhodobo latentná a spúšťať sa predovšetkým v období životných kríz.

- Samovražda nasledujúca po mnohých rokoch trvalých suicidálnych myšlienok, plánovania a nefatálneho suicidálneho správania – tento model je relatívne častým typom suicidálneho vývoja. Vyskytuje sa predovšetkým u osôb s dlhodobým psychiatrickým ochorením, ako je napríklad ťažká depresia, schizofrénia, alkoholová alebo drogová závislosť a ťažké osobnostné poruchy. Život týchto osôb je mnohokrát poznamenaný traumatizáciou, dlhodobými vzťahovými problémami, psychiatrickou liečbou a niekoľkými suicidálnymi pokusmi. Tento model odzrkadľuje dlhodobú a trvalú vulnabilitu k samovražednému správaniu. Základom liečby týchto pacientov je dlhodobá liečba.
- Samovražda nasledujúca po obdobiach opakujúcich sa suicidálnych ideácií, plánovania a nefatálnych suicidálnych aktoch – u týchto osôb sa v prípade, že nie sú v strete s nepríjemnými udalosťami, stáva vulnabilita k suicidálnemu správaniu latentnou a podhraničnou. Opakované suicidálne plánovanie a pokusy bývajú spustené pri udalostiach, ktoré sú bežnou súčasťou života. Jedná sa napr. o nezamestnanosť, smrť blízkeho, neprítomnosť terapeuta. Základnými liečebnými prístupmi sú krízová intervencia, ako aj dobrá spolupráca s psychiatrom, psychológom alebo praktickým lekárom, ktorí môžu byť nápomocní pri monitorovaní zmien nálady u týchto vulnabilných osôb.
- Samovražda nasledujúca po jedinom období suicidálnych ideácií a plánovania – tento model je menej častý, vyskytuje sa u ľudí, u ktorých je vulnabilita k samovražednému správaniu počas väčšiny života latentná. Tieto osoby spravidla vedú pomerne spokojný a produktívny život, avšak pri ohrození životnej spokojnosti sa u nich rozvinie suicidálny proces, pre ich okolie často nečakane. Typickým ohrozením ich životnej spokojnosti sú rôzne typy strát, ako napr. strata partnera, dieťaťa, zamestnania, odchod do dôchodku. Tieto nepríjemné udalosti môžu predchádzať rozvoju psychiatrickej poruchy, ktorá by mala byť liečená.
- Samovražda, ktorej nepredchádzali suicidálne ideácie a plánovanie – zriedkavo sa môže samovražedný akt vyskytnúť aj bez predchádzajúcich signálov, ktorými sú suicidálne ideácie a plánovanie. Jedná sa hlavne o impulzívne samovraždy, ktoré sú náhle, neodkladné a impulz zabiť sa môže byť nekontrolovateľný. Týmto suicídiám zväčša predchádzajú udalosti, ktoré vážne

ohrožujú sebaúctu (napr. poníženie kvôli strate finančných prostriedkov). Pravdepodobnosť samovraždy môže byť ovplyvnená situačnými faktormi, kam patria dostupnosť letálnych prostriedkov. Preventívnym faktorom tu môže byť zamedzenie prístupu k týmto prostriedkom.

Suicidálna kríza

„Suicidálna kríza je časovo ohraničený jav signalizujúci bezprostredné nebezpečenstvo suicídia.“ (Hendin et al., 2001, s. 124). Naproti tomu, suicidálne riziko je širší pojem, zahŕňajúci faktory, ako sú napríklad vek, pohlavie a také vlastnosti a správania, ako sú impulzivita a abúzus alkoholu. Väčšina suicidálnych kríz je časovo ohraničená (24 – 48 hodín) a u väčšiny ľudí (hoci nie všetkých) prechádza do fázy emocionálneho vyčerpania (Granello, Granello, 2007). V menej intenzívnej kríze môže ale jedinec pretrvávajúť dlhšiu dobu. Suicidálna kríza je ďalej charakteristická tým, že jedinec má vytvorený samovražedný plán a bez adekvátnej intervencie je u neho vysoké riziko suicidálneho jednania.

Hendin et al. (2001) sa domnievajú, že k suicidálnej kríze môžu viesť intenzívne pocity zahŕňajúce zúfalstvo, poníženie, odmietnutie, vinu, hnev, zlosť a úzkosť. V mnohých prípadoch je to práve kombinácia týchto pocitov, ktoré môžeme nájsť v prežívaní osôb vyskytujúcich sa v suicidálnej kríze. Tieto pocity potom predstavujú bezprostredné ohrozenie takto prežívajúcej osoby.

Znaky suicidálnej krízy:

- Predchádzajúca udalosť – napr. strata významného vzťahu, zničenie kariéry, potenciálne fatálne ochorenie dieťaťa. V niektorých prípadoch môže takáto udalosť zintenzívniť už prítomný afektívny stav alebo afektívny stav môže zvýšiť dôležitosť takejto udalosti. Vo všeobecnosti suicidálni jedinci vzťahujú ich afektívny stav a správanie k takýmto udalostiam.
- Afektívny stav – depresívne ladenie, dlhodobý pocit odmietnutia, chronická beznádejnosť, osamotenosť, sebanenávisť, úzkosť, zlosť, vina, poníženie. Najviac asociovaným afektívnym stavom spojeným so suicídiom je zúfalstvo definované ako stav múk spojený so silnou potrebou úľavy.
- Behaviorálne manifestácie suicídia – poukazy na zvažovanie samovraždy v reči alebo v jednaní (napr. suicidálny pokus, zvyšujúce sa sebadeštruktívne a sebapoškodzujúce správanie, ťažké pitie, odchod zo zamestnania, absencie

v práci, zvýšená strata kontroly impulzov a výbuchy zlosti, sociálne stiahnutie sa a ukončovanie vzťahov).

- Ostatné indikátory suicidálneho rizika – predchádzajúci suicidálny pokus v anamnéze, impulzivita, zvýšený abúzus alkoholu.

2. Prevalencia suicidálneho správania.

Dokonané samovraždy

Suicidálne jednanie je závažným fenoménom, ktoré sa vyskytuje vo všetkých krajinách a kultúrach. Podľa štatistických údajov dochádza na svete ročne približne k 1 miliónu samovrážd, z ktorých každý má v priemere dopad na 6 – 7 pozostalých. To znamená, že za jeden rok stratí blízku osobu v dôsledku samovraždy okolo 6 miliónov ľudí.

Suicídium je najčastejšou príčinou smrti u mladých ľudí v Číne (jediná krajina s vyšším počtom samovrážd u žien než u mužov), Švédsku, Austrálii a na Novom Zélande. V USA je treťou najčastejšou príčinou smrti vo vekovej populácii od 15 do 34 rokov. V Európe patria ku krajinám s najvyšším počtom samovrážd Litva, Lotyšsko, Maďarsko a Estónsko. Naopak, Grécko, Portugalsko, Taliansko a Španielsko sú krajinami s najnižším počtom suicídií.

V objasňovaní a vysvetlení pomerne vysokých rozdielov medzi jednotlivými krajinami sú zvažované mnohé enviromentálne a sociálne faktory, zahŕňajúce vplyv podnebia, hustotu obyvateľstva, geografickú izolovanosť, etnické rozdiely, genetické faktory, náboženstvo, kultúrne špecifiká, mieru nezamestnanosti, ekonomický štandard a stabilitu, politický a sociálny systém, priemernú konzumáciu alkoholu atď. Výskumy, ktoré boli dodnes prevedené však nepoukazujú na jednoznačnú príčinu rozdielnosti počtu suicidálnych aktov v jednotlivých krajinách.

V Českej republike zomrie ročne v dôsledku samovraždy viac než 1500 ľudí (údaj za rok 2005 podľa WHO (2008)), Český statistický úrad (2006) uvádza 8023 dokonaných samovrážd za roky 2001 – 2005. Česká republika sa v celosvetovom meradle radí ku krajinám s vyšším počtom samovrážd, hoci od roku 1970 je prítomný klesajúci trend, ktorý je vysvetľovaný meniacimi sa životnými podmienkami v spoločnosti, napr. častejšie vyhľadávanie psychiatrickej pomoci pri odstraňovaní a zmierňovaní psychických ťažkostí a kvalitnejšia antidepresívna liečba. Najnižším obdobím v počte samovrážd sú roky 1995 – 1999, pričom najnižší počet v tomto období bol v r. 1996 (Český statistický úrad, 2006).

Je treba mať na zreteli, že údaje týkajúce sa počtu samovrážd pravdepodobne ich počet podhodnocujú o jednu tretinu až polovicu. Podhodnocovanie dát je dané predovšetkým nepresnou klasifikáciou úmrtia (napr. mnohé nehody sú skrytými samovraždami). Porovnanie medzi jednotlivými štátmi je taktiež obtiažne, pretože spôsob klasifikácie je

kultúrne podmienený a i presnosť evidencie je v jednotlivých krajinách rozdielna. Celosvetovo napríklad takmer chýbajú údaje z afrických krajín.

Kasalová-Daňková (2006) uvádza, že medzi rokmi 1965 a 2000 bola v Českej republike nepresnosť vo vykazovaní suicidálnych štatistík pomerne významná, čo bolo dané aj tým, že do roku 2001 nebola dôsledne plnená ohlasovacia povinnosť zdravotníkov voči polícii. Od polovice 90. rokov sa ale výpovedná hodnota štatistiky dokonaných samovrážd zvyšuje a od roku 2001 korešpondujú dáta v štatistickej evidencii celoštátneho policajného útvaru v plnej miere s evidenciou ČSÚ. V roku 2003 bola ustanovená ohlasovacia povinnosť zasahujúcich lekárov voči polícii, ktorá sa prejavila v strmom náraste krivky počtu dokonaných samovrážd.

Suicidálne pokusy

Suicidálne pokusy prevažujú nad dokonanými samovraždami 10 – 20-krát (Mann et al., 1999). V 30 – 60% predchádzajú dokonanej samovražde a 10 – 15% osôb, ktorí sa o samovraždu pokúsia, neskôr spáchajú dokonanú samovraždu (Maris, 1992). 85 – 90% osôb, ktoré spáchajú neletálny samovražedný pokus, neumrie v dôsledku dokonanej samovráždy (Maris, 1992).

Dáta udávajúce počty suicidálnych pokusov sú ešte menej spoľahlivé ako u dokonaných suicídií, predpokladá sa, že ich počty sú oveľa vyššie, než sú uvedené v národných a medzinárodných štatistikách. Počty osôb liečených pre samovražedný pokus vo všeobecných nemocniciach adekvátne neodrážajú skutočnú šírku problému. V mnohých krajinách nie je návšteva pohotovosti po suicidálnom pokuse ani registrovaná (Kerkhof, Arensman, 2002). Rozdiely v definícii nefatálneho suicidálneho jednania taktiež vytvárajú ťažkosti v porovnaní výsledkov epidemiologických štúdií. Okrem toho, mnoho ľudí, ktorí sa o samovraždu pokúsia, žiadnu medicínsku pomoc nevyhládajú.

Frekvencia samovražedných pokusov, rovnako ako dokonaných samovrážd je nižšia v krajinách južnej Európy a najvyššia v krajinách severnej Európy (WHO, 2008). Rovnako ako u dokonaných samovrážd, sa aj u samovražedných pokusov častosť použitia danej metódy v rámci jednotlivých krajín líši, čo môže byť spôsobené napr. dostupnosťou určitej metódy v tejto krajine.

Muži páchajú dokonané samovraždy približne 3 – 4-krát častejšie než ženy, čo je vysoko pravdepodobne ovplyvnené predovšetkým užitím tzv. tvrdších (letálnejších) metód, ktoré častejšie vedú k smrti. U žien prevažujú suicidálne pokusy, ktoré sú

častejšie než u mužskej populácie, udávaný rozdiel je 1,5-krát častejšie pokusy u žien než u mužov (Kerkhof, Arensman, 2002). Výnimkou je Fínsko, kde sú častejšie suicidálne pokusy u mužov než u žien (Kerkhof, 2000). Samovražedné pokusy sú tiež častejšie u mladých ľudí než u staršej populácie, v ktorej dominujú viac letálne suicidálne pokusy. Zatiaľ čo u mladých ľudí prevažujú impulzívne samovraždy, u starších osôb sa častejšie jedná o premyslené, dlhodobejšie plánované suicídiá (Maris, 1992).

Najčastejšou skupinou osôb, ktoré páchajú samovražedné pokusy, sú ženy vo veku 15 – 24 rokov, slobodní alebo rozvedení, osoby s nízkym vzdelaním, nezamestnaní, s nízkou socioekonomickou úrovňou a s históriou psychiatrickej liečby v anamnéze. Osoby, ktoré opakujú samovražedné pokusy, mávajú vyššiu mieru depresie, beznádejnosti, častá je prítomnosť závislosti na psychoaktívnych látkach, psychiatrických porúch, porúch osobnosti, časté sú nestabilné životné podmienky, kriminálne priestupky a činy, traumatické životné udalosti zahŕňajúce narušené rodinné prostredie a násilie v rodine (Kerkhof, 2000).

Rozdiely v suicidálnom jednaní medzi pohlaviami

Vo väčšine západných krajín je vyššia prevalencia suicidálnych ideácií a správania u žien než u mužov, avšak muži v dôsledku samovražedného správania umierajú častejšie než ženy (Beautrais, 2006; Canetto, Sakinofsky, 1998). To znamená, že v mužskej populácii prevažujú dokonané samovraždy, muži umierajú v dôsledku samovražedného aktu 2 – 4-krát častejšie než ženy, a to napriek faktu, že ženy sa o samovraždu pokúšajú 2-krát častejšie než muži (Beautrais, 2006). Výnimkou je Čína, kde dokonané samovraždy dominujú v ženskej populácii (Canetto, 2008; Beautrais, 2006).

Počet samovrážd mužov v ČR bol v roku 2005 4,4 krát vyšší ako počet samovrážd žien. U žien je vyšší výskyt samovražedných pokusov (Český statistický úrad, 2006).

Canetto a Sakinofsky (1998) sa domnievajú, že prevalencia nefatálneho suicidálneho správania môže byť u mužskej populácie podhodnotená z dôvodu, že muži majú tendenciu menej často uvádzať suicidálne správanie než ženy kvôli obave zo sociálnej stigmatizácie. Okrem toho je možné, že podhodnotenie môže byť zapríčinené aj menšou citlivosťou výskumníkov k vnímateľnosti suicidálnych kľúčov v mužskej populácii. Ďalším vysvetlením môže byť, že muži sa môžu nefatálnemu suicidálnemu správaniu

vyhnúť kvôli stigmatu, ktoré je s ním spojené, kým u žien pohľad na nefatálne suicidálne správanie ako feminínny čin môže toto správanie umožniť.

Naopak, ženy suicidálne ideácie a suicidálne pokusy uvádzajú častejšie a tiež sú z dôvodu suicidálneho pokusu častejšie hospitalizované (Beautrais, 2006).

O vysvetlenie odlišnej prevalencie dokonaných suicídií a suicidálnych pokusov v ženskej a mužskej populácii sa snaží niekoľko teórií, ktoré sa opierajú o rôzne východiská a faktory (napr. odlišná psychopatológia a vulnabilita k nej, odlišná voľba samovražedných prostriedkov a metód suicidálneho aktu).

Podľa Beautrais (2006) vyššia náchylnosť žien k samovražednému správaniu môže byť pričítaná genderovej vulnabilite k psychopatológii a k psychosociálnym stresom. Depresia je najčastejšou psychopatologickou jednotkou spojovanou so suicidálnym správaním, pričom jej prevalencia je 2-krát vyššia u žien a jej nástup je u žien často v mladšom veku než u mužov (častejšie než u mužov nastupuje už v puberte). Ďalšou diagnostickou kategóriou, ktorá je u žien častejšia než u mužov a ktorá vysoko zvyšuje riziko suicidálneho správania sú poruchy príjmu potravy, a to anorexia aj bulímia. Maris, Berman a Silverman (2000) ale upozorňujú na to, že vyššia prevalencia psychopatologických fenoménov u žien môže byť spôsobená ich väčšou tendenciou v čase psychickej nepohody a psychických ťažkostí vyhľadať pomoc a akceptovať liečbu, čo má následne vplyv na nadhodnotenie štatistických dát. Dôležité je tiež pripomenúť, že u mužov je zas vyšší výskyt abúzu alkoholu než u žien (Kölves et al., 2006; Hawton et al., 2003; Haw et al., 2001b), ktorý patrí k významným rizikovým faktorom suicidálneho správania.

Okrem toho, muži volia k samovražednému činu tzv. tvrdšie, násilnejšie a okamžite pôsobiace prostriedky než ženy (Beautrais, 2006; Rich et al., 1988). Voľba týchto násilnejších prostriedkov (obesenie, samovražda strelnou zbraňou) je u mužov až 3-krát vyššia než u žien. U žien je naopak častejšie použitie menej násilných metód s nižšou letalitou (Beautrais, 2006), ako je napr. otrava liekmi. U žien je tiež menej častá intoxikácia alkoholom počas samovražedného aktu, čo opäť znižuje letálnosť suicídiá – alkoholická intoxikácia počas samovraždy znižuje pravdepodobnosť vyhľadania pomoci, napr. pri užití liekov môže zvýšiť ich sedatívny účinok a tým zniesť jedinca v aktívnom vyhľadaní pomoci. Je dôležité poznamenať, že medicínska závažnosť suicidálneho aktu nemusí korelovať so suicidálnym úmyslom (Canetto, Sakinofsky, 1998). Viaceré štúdie naznačujú, že ženy a muži sa v úmysle ukončiť svoj život nelíšia (Canetto, Sakinofsky, 1998).

Denning et al. (2000) porovnávali voľbu metódy samovraždy a suicidálny úmysel u mužov a u žien. Zo sociodemografických charakteristík zistili rozdiel v tom, že muži boli v dobe smrti mladší, väčšie percento z nich bolo slobodných, rozvedených alebo žilo odlúčene, a takmer tretina z nich žila v tejto dobe osamote. Viac žien než mužov bolo ovdovených. Ženy častejšie než muži používali nenásilné metódy suicidálneho aktu, hoci ich úmysel umrieť sa nezdal byť slabším. Autori na základe štúdia literatúry ponúkajú niekoľko vysvetlení tohto rozdielu v letálnosti použitej metódy pri porovnateľnom úmysle ukončiť svoj život. Prvým vysvetlením vzťahujúcim sa k odlišnej voľbe metódy je socializácia žien ako vzťahových bytostí. Vzťahovosť je podľa týchto teórií základom ženskej identity a samovražedné jednanie je pravým opakom k vzťahovým hodnotám. „Ženy ako vzťahové bytosti, ak sa rozhodnú spáchať samovraždu, sa môžu pokúšať o „peknú“ smrť, z hľadiska druhých.“ (Denning et al., 2000, s. 286).

To znamená, že ženy volia menej násilné metódy v snahe netraumatizovať tých, ktorí ich telá nájdu. Podľa ďalšej hypotézy sú ženy v rámci socializácie vedené k dôrazu na ich fyzickú atraktivitu a z tohto dôvodu pri voľbe samovražedného prostriedku častejšie siahajú po metódach, ktoré nenarušia ich fyzickú atraktivitu. Socializačné faktory môžu tiež viesť k rozdielnym úrovňam známosti tých ktorých metód. Kým muži sú od detského veku vedení k znalosti zbraní a aj ich hry sa týkajú väčšej prítomnosti násillia, u žien je tomu naopak. Je preto možné, že ženy sa menej často uchylujú k použitiu zbraní ako prostriedku samovraždy, pretože zbrane sú pre nich menej známe a taktiež je možné, že k nim majú menší prístup. Poslednou hypotézou genderového výberu metódy je neurobiologická podmienenosť agresivity, na ktorú poukazujú výskumy v tejto oblasti (Denning et al., 2000; Maris, Berman, Silverman, 2000).

Voľba samovražedného prostriedku u žien má zrejme v súčasnosti odlišný trend, pretože bol zistený rozdiel v užití strelnej zbrane medzi mladšími a staršími ženami. Staršie ženy považujú zastrelenie sa za mužský spôsob suicidálneho jednania, kým otravu vnímajú ako spôsob pre ženy typickejší. To vedie k hypotéze o vplyve vekovej kohorty na výber samovražedného prostriedku a zároveň môže vysvetľovať častejšie užitie strelnej zbrane u žien v súčasnosti pri porovnaní so staršími suicidálnymi štatistikami.

Z uvedeného je zrejme, že teórie zaoberajúce sa vysvetlením odlišnej voľby samovražedných prostriedkov u mužov a žien sa zameriavajú predovšetkým na rozdiely

v závažnosti úmyslu zomrieť, prístupe k samovražde, ďalej na rozdiely v emóciách, interpersonálnych vzťahoch, socializácii atď.

Predpokladá sa tiež, že za častejšími dokonanými samovraždami mužov a samovražednými pokusmi žien môže stáť sociálna a kultúrna podmienenosť vnímania ich rolí. Na mužov je vytváraný sociálny tlak v zmysle uspieť a zároveň na strane druhej je neschopnosť prijať svoju slabosť, vyhľadať pomoc a akceptovať beznádejno-závislú pozíciu vo vzťahu prinášajúcom pomoc. Zlyhanie v dosiahnutí tohto ideálu môže u nich vytvárať negatívny sebaobraz a zároveň majú tendenciu sa s ním vysporiadať sami, bez vyhľadania pomoci. Keď vyhľadávajú pomoc, často je to vo chvíli, keď sa cítia na pokraji svojich síl (Maris, Berman, Silverman, 2000). U žien sa zasa predpokladá, že jadrom ich sociálnej role a ženskej identity je vytváranie vzťahov a interakcia s druhými. Ženy sú potom ohrozené suicidálnym procesom v prípade, ak vnímajú, že ich možnosť rásť v rámci vzťahu je blokována alebo zničená (Maris, Berman, Silverman, 2000). Tým, že ženy majú väčšiu tendenciu prisudzovať vyššiu hodnotu vzájomným vzťahom, môžu viac zvažovať, ako ich akcie ovplyvnia iných (Canetto, 2008).

Canetto a Sakinofsky (Canetto, 2008; Canetto, Sakinofsky, 1998) tento jav nazývajú kultúrnym scenárom a domnievajú sa, že v suicidálnom správaní a v jeho genderových odlišnostiach hrá významnú rolu. Kultúrne scenáre sa týkajú kultúrne podmienených očakávaní vzťahujúcich sa k pohlaviu a k suicidálnemu správaniu. Jedná sa o kolektívne, implicitné presvedčenia o zmysle a prípustnosti suicidálneho správania. Jedinci sa k týmto scenárom vzťahujú ako k modelom suicidálneho správania a zároveň podľa nich interpretujú suicidálne správanie iných. Takýmto scenárom je, že v západných krajinách je suicidálny pokus častejší a zároveň aj považovaný za vhodnejší u žien, kým samovražda sa častejšie vyskytuje a zároveň je aj vnímaná ako prípustnejšia u mužov. „*V týchto krajinách je žena, ktorá sa zabije, považovaná najmä ako abnormálna, jej samovražda je nazieraná ako symptóm jej nefeminínnej povahy a neprirodzene maskulínny čin.*“ (Canetto, 2008, s. 263). V západných krajinách tak prevláda tendencia samovraždy žien interpretovať predovšetkým ako symptóm individuálnej psychopatológie. V iných krajinách, napríklad v Číne, je samovražda sociálne povoleným správaním u žien a suicidálne správanie žien je považované za normálnu odpoveď na vážny rodinný konflikt a zneužívanie (Canetto, 2008).

Týmto kultúrnym odlišnostiam vo vnímaní suicidality u oboch pohlaví zodpovedá aj rozloženie suicidálneho správania. Čína je jednou z mála krajín, kde prevažujú

dokonané suicídiá u žien nad suicídiami u mužov (WHO, 2008). Canetto a Sakinofsky (1998) uvádzajú, že fakt, že v niektorých krajinách je počet dokonaných samovrážd u žien nižší, môže byť podporovaný presvedčením o maskulinite suicídiá a môže pôsobiť ako sociálna norma a model v odradení žien od dokonanej samovraždy (Canetto, Sakinofsky, 1998). Uvedení autori vidia podporu existencie kultúrne podmienených scenárov suicidálneho správania v medzikultúrnych výskumoch a dátach pochádzajúcich z nich.

Z hľadiska genderových stereotypov je tiež dôležité, že ženy a muži sa líšia v copingových stratégiách. Ak sú ženy zaplavené problémami, majú tendenciu vyhľadať pomoc. Ženy sú od detstva vedené k tomu, že vzťahy by mali byť podporujúce a závislá pozícia je pre nich akceptovateľná. Z tohto dôvodu je teda pre nich akceptovateľné aj vyhľadanie pomoci. Pre mužov naopak nie je akceptovateľné si o pomoc druhých požiadať, vyhľadanie pomoci môžu považovať za vyjadrenie ich slabosti. Žiadosť o pomoc môže pre nich predstavovať obavu zo sociálneho odmietnutia, napriek tomu, že rovnako ako ženy prežívajú nepríjemné emócie. Muži sú v priebehu socializácie vedení k tomu, aby na zvládanie problémov používali agresívnejšie copingové stratégie. Je tiež typické, že okolie má tendenciu v čase suicidálnych kríz reagovať na mužov menej empaticky a s menšou akceptáciou (Canetto, 2008; Maris, Berman, Silverman, 2000).

Z ďalších genderových faktorov, ktoré vytvárajú zvýšené riziko suicidálneho správania u žien sa jedná o materstvo (ktoré na druhej strane patrí k protektívnym faktorom, rizikovým sa stáva ale pri úmrtí dieťaťa), manželstvo (ktoré je považované za protektívny faktor v mužskej populácii, ženy sú zrejme zvýšene citlivé na manželské konflikty a domáce nezhody), domáce násilie (pri ktorom sú ženy častejšie obeťami násilnejších činov než muži a v týchto prípadoch častejšie uvádzajú depresiu, úzkosť a suicidálne ideácie), sexuálne zneužívanie v detstve (ktorému sú častejšie vystavené ženy než muži a ktoré zvyšuje vulnabilitu k rôznym psychopatologickým fenoménom vrátane suicidálneho správania a nepriaznivých životných udalostí) (Beautrais, 2006).

Podľa Beautrais (2006) majú na tento jav tiež vplyv reprodukčné, hormonálne a iné faktory vzťahujúce sa k ženskému pohlaviu, ktoré môžu zvyšovať riziko suicidálneho správania u žien.

Na druhej strane, protektívne faktory sa taktiež vzťahujú k genderovým odlišnostiam. U žien patria medzi najvýznamnejšie protektívne faktory tehotenstvo, materstvo, lepšie sociálne a pomoc vyhľadávajúce schopnosti a sociálna zapojenosť. To znamená, že

ženy môžu byť pred samovraždou chránené prostredníctvom väčšej ochoty požiadať o pomoc pri emocionálnych problémoch a táto pomoc je im zrejme aj častejšie ponúknutá. Častejšie môžu mať vytvorenú sociálnu sieť, rodinnú podporu, disponovať dobrými sociálnymi schopnosťami a častejšie využívať pomoc krízových liniek alebo krízových centier, navštevovať lekárov, rozoberať ich problémy s ostatnými a mať lepšie možnosti prístupu k sociálnym a zdravotníckym službám. Pretože ženy majú tendenciu mať lepšie verbálne a sociálne zručnosti, môžu lepšie reagovať na psychoterapeutické intervencie (Maris, Berman, Silverman, 2000).

Rozdiel v suicidálnom správaní mužov a žien je tiež z hľadiska veku. Kým u mužov sa vyskytujú v suicidalite 2 vekové vrcholy, vo veku medzi 20 – 24 rokov a potom po 60. roku života, u žien je krivka samovražednosti pomerne vyrovnaná a pomaly stúpa, s jedným zvýšením vo vekovom období 50 – 54 rokov, po ktorom opäť v priebehu neskoršej dospelosti pomaly klesá (Canetto, Sakinofsky, 1998). Maris, Berman a Silverman (2000) ponúkajú vysvetlenie tohto faktu prostredníctvom biologických zmien sprevádzajúcich menopauzu, prežívania strát typických pre toto životné obdobie (napr. odchod detí z domova, tzv. prázdne hniezdo) alebo kombináciou oboch týchto faktorov.

Metódy samovraždy a voľba samovražedného prostriedku

Zvolená metóda má vplyv na pravdepodobnosť letality tohto činu, pretože rôzne metódy sa líšia v ich nebezpečnosti a pravdepodobnosti, že povedú k smrti – v ich letalite.

Podľa Maris, Berman a Silverman (2000) sa letalita vzťahuje k pravdepodobnosti, že jednanie, metóda alebo okolnosti budú viesť k fatálnym dôsledkom. Uvádzajú, že jedným z prvých, kto sa pokúšal merať letalitu, bol A. T. Beck a skóroval ju ako nulovú, nízku, strednú a vysokú. Táto jednoduchá škála letality sa používa dodnes. Niektorí autori sa ale domnievajú, že táto škála ako aj definícia jej stupňov je nedostatočná a navrhujú až 9-stupňovú škálu. Poukazujú na to, že iní autori doporučujú merať nielen rizikové faktory, ale aj záchranné faktory (Maris, Berman, Silverman, 2000).

Letalita môže odkazovať nielen na aktuálne riziko smrti zvolenej metódy, ale aj na budúce riziko smrti zapríčinennej samovraždou vyjadreným súčasným činom (McIntosh, 1992), pretože samovražedný pokus vysokej letality je často spojovaný s vyšším rizikom samovražedného jednania v budúcnosti.

Letalita určitého samovražedného prostriedku je daná dvomi základnými faktormi. Prvým faktorom je čas medzi začatím realizácie suicidálneho aktu a smrťou - čím dlhší čas, tým je pravdepodobnosť smrti nižšia, čo je dané jednak možnosťou odhalenia a následnej intervencie na záchranu jedinca, jednak možnosťou si svoje jednanie rozmyslieť a vyhľadať pomoc. Druhý faktor sa vzťahuje k možnosti poskytnutia lekárskej intervencie u danej metódy (McIntosh, 1992).

Voľba metódy, ktorú si jedinec zvolí ako prostriedok k realizácii samovraždy, je ovplyvnená viacerými faktormi. Maris, Berman a Silverman (2000) tieto faktory zhrňujú nasledovne:

- prístupnosť a dosiahnuteľnosť prostriedkov
- znalosť a predchádzajúca skúsenosť s prostriedkom
- význam, symbolizmus a kultúrna váha prostriedku
- sugescia, nákazlivosť a modelové faktory
- potenciálny stav mysle samovraha

Ďalšími faktormi, ktoré môžu voľbu prostriedku samovraždy ovplyvniť, sú vek, pohlavie, motivácia, úmysel umrieť, geografické a sociokultúrne prostredie.

Podľa údajov za Českú republiku v r. 2000 – 2004 je u oboch pohlaví dominujúcim spôsobom prevedenia samovražedného aktu obesenie, patriace už dlhodobo k najčastejšiemu spôsobu samovražedného jednania. Podiel mužov na tomto spôsobe samovraždy je vyšší (63%) než podiel ženskej populácie (44%). U mužov sú ďalšími najčastejšími spôsobmi použitie strelnej zbrane (13%) a skok z výšky (7%). U žien to je otrava liekmi (17%), ktorá je u mužskej populácie zastúpená v menšej miere a skok z výšky (16%).

3. Ponímanie samovraždy v histórii

Samovražda je známa z celej zaznamenatej histórie ľudstva. Prístupy k nej a názory na ňu sa počas vývoja ľudstva menili od jej odsudzovania a trestania až po snahu o pochopenie tohto fenoménu.

Staroveké kultúry

Západné kultúry vždy posudzovali samovraždu s opatrnosťou a obozretnosťou a menili mieru akceptácie alebo trestania tohto jednania.

V starovekom Grécku bola samovražda považovaná za priestupok voči štátu, bol zakázaný pohreb samovrahov na verejných miestach a niekedy dochádzalo k mrzačeniu ľudí, ktorí sa o samovraždu pokúsili. Niektoré skoré humanistické filozofické smery samovraždu akceptovali (stoici a epikurejci), iné ju odsudzovali ako priestupok proti spoločenskému zriadeniu a poriadku alebo proti bohom (Aristoteles a jeho stúpenci samovraždu jednoznačne odsúdili ako zbabelý čin proti cieľom štátu, a preto mal byť tento akt potrestaný). V strede medzi týmito dvomi opozičnými smermi stál napr. Plato, ktorý samovraždu považoval za priestupok voči spoločnosti, ale akceptoval možné výnimky zodpovedajúce ťažkým nepriaznivým udalostiam, ako napr. nevyliciteľná choroba (Minois, 1999).

V Ríme nebola samovražda zriedkavým javom a bola posudzovaná s úctou medzi občianskymi vodcami a intelektuálmi. Cicero samovraždu síce vo všeobecnosti zamietal, ale akceptoval ju ako akt hrdinstva, sebaobetovania alebo obranu cti. Mnoho kultúr, ktoré boli pod nadvládou Rímu sa uchýľovali k samovražde, aby unikli poníženiu alebo týraniam, niekedy dúfajúc v lepší život po smrti. Pod vládou Constantina I., sa stali zákony proti samovražde tvrdšie a prísnejšie, pretože úmrtie otroka alebo vojaka predstavovalo finančnú stratu alebo oslabenie vojska. Zákony tak začali obsahovať potrestanie, ktoré sa týkalo konfiškovania majetku ako náhrady straty občana štátu (Minois, 1999).

V 4. storočí sa začal rozvíjať silný protisuicidálny antagonizmus podporovaný kresťanskou cirkvou. Samovražda sa stala dôkazom, že jedincovi chýbala viera a odmietal Boha odmietaním života – daru, ktorý dostal od Boha. Samovražda sa v tomto období považovala za kriminálny čin. Koncil z Arles v r. 452 n.l. nariadil odobratie majetku a koncil v Brage v r. 563 n.l. vydal zákaz náboženských rituálov pre osoby, ktoré spáchajú samovraždu (Colucci, Martin, 2008).

Stredovek

V stredoveku sa názory na samovraždu líšili. Samovražda bola akceptovaná v prípade, ak jej dôvodom bol hrdinský čin alebo ak sa jednalo o vyhnutie sa násiliu, prevládal ale názor, že sa jedná o sebecký alebo kriminálny čin. Telá samovrahov boli zneuct'ované mrzačením, bol zakázaný pohreb, pochovanie muselo byť mimo cirkevnú pôdu (najčastejšie na križovatkách) alebo boli telá vystavované na verejných miestach. Majetok samovrahov bol skonfiškovaný štátom okrem prípadov, kedy bol dotýčny uznaný za choromyseľného alebo mentálne nekompetentného, čo bolo ale zriedkavým javom (Baldessarini, Tondo, 2001).

Renesancia priniesla prehodnotenie prístupu k samovražedným činom. So zlepšovaním vzdelania a vzrastom humanitárnych záujmov boli mnohé známe samovraždy z minulosti prekvalifikované ako vyjadrenia filozofických presvedčení. Ešte stále dochádzalo k odsúdeniam, ale diskusie na túto otázku mohli byť slobodnejšie (Baldessarini, Tondo, 2001). V tomto období tiež začína šírenie protestantskej viery, ktorá so sebou prináša posun od absolutizmu k osobnej zodpovednosti, od pevne formálne daných pravidiel a prikázaní k otázkam, pochybám a apelom.

17. – 19. storočie

Do 18. storočia bolo v Anglicku samovražedné jednanie častejšie zaznamenané u normálneho obyvateľstva než u aristokracie, pravdepodobne kvoli tomu, že súboje slúžili ako náhradný akt samovraždy a aristokrati považovali samovraždu za hanebný čin. V rámci cirkvi bola pravidelne skrývaná alebo občasne prisudzovaná choromyseľnosti. Medzi mníchmi sa mohla vyskytnúť ako výsledok nábožensky motivovaného sebavyhladovania.

V anglickej literatúre bola samovražda bežným a častým témom, väčšinou prezentovaná ako reakcia na vinu alebo dosledok lásky. Toto téma možme nájsť v niekoľkých Shakespearových drámach, v ktorých prevádza hĺbkové psychologické štúdie jeho postáv (napr. Hamlet, Lear). Známy anglický poet John Donne opodstatňoval samovraždu ako odozvu na neprirodzené podmienky civilizácie a ako chýbajúcu biblickú zábranu (Baldessarini, Tondo, 2001), Donnova práca patrí k jedným z prvých obhajob samovraždy v Anglicku.

Väčšina filozofov 17. a 18. storočia samovraždu zamietala, niektorí autori ale pripúšťali jej spojitosť s ťažkou formou depresie – melanchóliou alebo inými ťažkými

psychickými poruchami. Prvá moderná interpretácia samovraždy pochádza práve z tohto obdobia. Jej autorom je Robert Burton, ktorý v knihe „Anatomy of Melancholy“ popísal samovraždu ako formu melanchólie. V tomto období sa tiež zmiernili tresty.

Počas 18. storočia bola väčšina samovrážd prisudzovaná psychickým poruchám a tento trend prevažoval aj v 19. storočí. Dekriminalizácia tohto činu sa postupne šírila celou Európou. Koniec 18. storočia priniesol záujem vedcov o fenomén samovraždy a jeho ponímanie ako sociálneho a medicínskeho problému. K významným prácam z obdobia 18. storočia patrí dielo Davida Huma „Essay on Suicide“, v ktorom poukazuje na to, že samovražda nie je priestupkom voči Bohu, pretože Boh dal človeku moc jednať a ani voči sebe samému, pretože zdieľal presvedčenie, že človek nezhodí svoj život, kým má jeho život nejakú hodnotu (Minois, 1999). Z literárnych diel 18. storočia zaoberajúcich sa témom samovraždy je snáď najznámejšie Goetheho „Utrpenie mladého Werthera“, ktorého vydanie vyvolalo vlnu samovražedných aktov po celej Európe.

Začiatky epidemiologicko-štatistických analýz pochádzajú z 19. storočia. Významnými predstaviteľmi tohto nového smeru boli Enrico Morselli (*Il Suicidio: Saggio di Statistica Morale Comparata*) a Émile Durkheim (*Le Suicide: Un Étude Sociologique*) a jeho klasifikácia samovrážd (Baldessarini, Tondo, 2001). Durkheim hľadel na samovraždu ako na kolektívny fenomén, ktorý je ovplyvnený faktormi charakterizujúcimi danú spoločnosť, v ktorej sa toto jednanie vyskytne – kde je sociálna solidarita silná, je samovrážd menej než tam, kde je sociálna solidarita slabá. Z 19. storočia tiež pochádza známa esej Williama Jamesa „Is Life Worth Living?“, v ktorej tvrdí, že viera je to, čo pomáha človeku veriť, hoci aj v ťažkej depresii, že život je hodný žitia a tvrdenie Madam de Stael, že žitie v bolesti a kríze robí človeka lepšou osobou (Farberow in Waldström a kol., 1972), ktoré je zhodné s dnes používanou teóriou, že kríza môže v sebe niesť pozitívny potenciál zmeny (Kastová, 2000).

U nás patrí k významným dielam zaoberajúcim sa touto témou Masarykov spis o samovražde ako sociálnom fenoméne (*O sebevražde*).

4. Teórie suicidálneho správania

V priebehu štúdia suicidálneho správania bolo vytvorených mnoho teórií, ktoré sa snažia o popísanie suicidálneho procesu, to znamená, akým spôsobom vzniká a ako vyzerá jeho priebeh. Teoretické koncepty môžeme rozdeliť podľa hľadiska, z ktorého vychádzajú:

- sociologické teórie suicidálneho správania
- psychologické teórie suicidálneho správania
- neurobiologické a genetické teórie

Sociologické teórie

Sociológovia sa začali venovať štúdiu a vysvetleniu suicidálneho správania medzi prvými a zaslúžili sa o vznik jedných z prvých ucelenejších teórií suicidality a jej príčin. Pri vysvetľovaní tohto fenoménu vychádzajú predovšetkým zo sociálnych a spoločenských vplyvov na správanie jedinca a poukazujú na sociálne sily, ktoré súvisia so suicidalitou alebo k nej predisponujú. V hľadaní rizikových faktorov sa zameriavajú najmä na sociodemografické charakteristiky osôb vykazujúcich suicidálne prejavy.

V oblasti sociologického výskumu suicidálneho správania patrí k priekopníkom predovšetkým Emile Durkheim, ktorého teória výrazne ovplyvnila štúdium fenoménu samovraždy a patrí k historicky najznámejším.

Emile Durkheim predstavil model sociologickej štúdie samovraždy v jeho diele “Study in Sociology“, ktoré bolo vydané v roku 1897. Domnieval sa, že samovražda vychádza zo sily a stability jedincových pút a záväzkov k spoločnosti a že suicidálni jedinci sa líšia v stupni sociálnej integrácie do skupiny, ktorej sú členmi a v ktorej žijú. Rozlíšil štyri základné typy samovrážd, pričom jeho typológia diferencuje medzi príčinami samovraždy vytvorenými okolnosťami integrácie a regulácie v rámci spoločnosti.

Typy samovrážd:

- Egoistická – vychádza z jedincovej nedostatočnej integrácie do spoločnosti. Títo jedinci nie sú so spoločnosťou spojení, ani na nej závislí, stávajú sa izolovanými a sú charakterizovaní nadmernou individuáciou. Patria sem osoby, ktoré nie sú zapojené do spoločnosti a jej inštitúcií (napr. rodiny, náboženstva atď.), a preto nie sú obmedzované jej pravidlami. Namiesto toho majú svoje

vlastné pravidlá, podľa ktorých sa riadia a ktoré ovplyvňujú ich správanie a jednajú na základe svojho vlastného záujmu.

- Altruistická – vyplýva z nedostatočnej individuácie. To znamená, že jedinec je nadmerne integrovaný do skupiny, nadmerne sa identifikuje s jej normami a pravidlami, takže pociťuje, že neexistuje žiadna obeť, ktorá by pre skupinu bola príliš veľká. Samovraždu pácha v snahe vyhovieť a naplniť sociálne očakávania a splniť svojej povinnosti voči spoločnosti (napr. japonský kamikadze, samovražda v mene náboženského alebo politického presvedčenia, samovražední atentátnici).
- Anomická – vyplýva z nedostatočnej spoločenskej regulácie jedinca, jedincovi chýba normatívne správanie. Tento typ samovraždy vyplýva z dočasného, ale prudkého porušenia jedincovho inak prispôsobeného vzťahu k spoločnosti, ku ktorému dochádza pri nejakých sociálnych zmenách (napr. ekonomické zmeny, rozvod, ovdovenie). V takomto prípade sa jedinec ocitá bez sociálnych noriem, ktoré by viedli alebo regulovali jeho správanie.
- Fatalistická – jedná sa o samovraždu v krajných spoločenských zariadeniach, ktoré neumožňujú jedincovi jeho individuálnu slobodu. Jedinec zažíva v spoločnosti útlak, sociálna regulácia je príliš silná (napr. otroctvo, diktátorské režimy, politickí väzni). U jedinca potom môže vzniknúť pocit, že nemá žiadnu pre neho uspokojivú budúcnosť, ktorá by bola hodná ďalšieho života.

Tieto štyri typy odrážajú vzťah jedinca k spoločnosti. Prvé dva typy samovražedného správania sa vzťahujú k sociálnej integrácii, teda nakoľko je jedinec do spoločnosti a sociálnej siete integrovaný. Druhé dva typy samovražedného správania sa týkajú sociálnej regulácie, to znamená, do akej miery sú jedincove túžby a emócie regulované sociálnymi normami a pravidlami. V reálnom živote sa tieto typy často vyskytujú v zmiešaných formách (Durkheim, 2007).

U nás patrí k historicky najznámejším sociologickým spisom venujúcim sa tematike samovrážd Masarykov spis "Sebevražda" (Masaryk, 2002), v ktorom podáva analýzu sociálnych javov súvisiacich so samovražednosťou. Za rizikové faktory samovražedného jednania Masaryk považuje somatické ochorenia, výkon trestu, hospodárske pomery (neuspokojenie základných potrieb v dôsledku chudoby) a zmeny v socioekonomickom statuse. Za protektívne faktory považuje manželstvo a rodinný život. Výskyt samovrážd tiež hodnotí vo vzťahu k pohlaviu, zemepisnému rozdeleniu, z hľadiska ročného obdobia a dennej doby.

Neurobiologické a genetické teórie

Biologické teórie sa zameriavajú na úlohu genetických faktorov a dedičnosti a neurotransmitterovú dysfunkciu. Podľa týchto teórií zohráva v suicidálnom správaní dôležitú úlohu nízka hladina serotonínu, predovšetkým jeho metabolitu 5-HIAA v CNS (Maris, Berman, Silverman, 2000) (bližšie v kapitole o rizikových faktoroch).

Psychologické teórie

Psychologické teórie suicidálneho správania považujú za dôležité a podmieňujúce príčiny suicidálneho správania osobnostné vlastnosti, kognitívne procesy a zážitky z vývoja jedinca. Samovraždu považujú za deviáciu od normálneho správania a ukazovateľa psychologickéj dysfunkcie (Granello, Granello, 2007). Dôraz kladú na individuálne vnútorné charakteristiky a sily.

V nasledujúcom prehľade psychologických teórií uvedieme jednak ponímanie suicidality vo vybraných psychologických a psychoterapeutických školách (psychodynamický, kognitívne behaviorálny a existenciálny prístup), v ďalšej časti tejto kapitoly predstavíme špecifické teórie suicidálneho správania.

Psychodynamické pohľady na samovražedné správanie

Psychodynamické teórie považujú samovraždu za zlyhanie intrapsychického systému ega, id a superega vo vyrovnávaní sa a v zachovaní rovnováhy. Zlyhanie môže vyplývať zo zrútenia ego obranných mechanizmov, dominancie superega, fixácie na vývojovom stupni alebo rozšíreného intrapsychického konfliktu (Granello, Granello, 2007).

Sigmund Freud síce nikdy nenapísal dielo, v ktorom by sa špeciálne venoval teórii samovraždy, avšak v jeho prácach môžeme nájsť niekoľko teoretických myšlienok, ktoré môžu byť použité na vysvetlenie samovražedného správania. Celkovo Freud ponúkol niekoľko konceptov týkajúcich sa fenoménu samovraždy.

Freud chápal samovraždu v rámci základných ľudských inštinktov alebo tendencií voči agresii a deštrukcii, a preto samovraždu považoval za jednu z manifestácií inštinktov smrti (Thanatos), ktoré sú protikladom inštinktov života (Eros). Pri samovražde sa pudy živnej sily a pudy smrti dostanú do nerovnováhy a do popredia sa dostávajú pudy smrti, ktoré prevládnu nad pudmi života (McIntosh et al., 1994). Freud tak samovraždu chápal ako nerovnováhu medzi pudmi života a smrti a ako výsledok tohto intrapsychického zápasu.

Ďalšie Freudovo vysvetlenie suicidálneho správania je založené na predpoklade, že jedinec, ktorý spácha samovraždu, pociťuje agresiu voči iným, ale namiesto toho, aby uskutočnil nejaký zreteľný akt proti objektu agresie, vyjadrí agresiu proti sebe (McIntosh et al., 1994). Z tohto tvrdenia potom vychádza známy koncept samovraždy ako agresie obrátenej proti sebe alebo ako vraždy obrátenej o 180 stupňov.

V rámci pohľadu na psychodynamiku depresí, ktorý uverejnil v r. 1917 v diele Smútenie a melanchólia, spojil Freud samovraždu s neschopnosťou vyrovnáť sa so stratou blízkej osoby. Podľa Freuda sa väčšina jedincov vyrovnáva so stratou milovanej osoby prostredníctvom smútenia, avšak pre zvlášť zraniteľných jedincov je strata neznesiteľná, vyvoláva nadmerný hnev a pocity ambivalencie, ale jedinec si pomocou internalizácie zachováva obraz milovanej osoby, ktorý sa stáva súčasťou ega. Keďže nie je možné vyjadriť pocity hnevu proti stratenému objektu, tieto sú transformované do sebaczúry a priania ublížiť sebe samému. Keď tieto pocity dosiahnu kritický bod, vedú k okamžitému sebazničeniu (Williams, Pollock, 2000).

Karl Menninger rozšíril Freudov pohľad na samovraždu a vo svojom diele “Man against Himself“, ktoré bolo vydané v roku 1938, podal jeden z najdôležitejších a najpodrobnejších konceptov suicidálneho správania tej doby (Berman, Jobs, Silverman, 2007). Menninger (1996) predpokladal, že samovražda obsahuje 3 psychologické komponenty: prianie zabiť, prianie byť zabitý a prianie zomrieť. Na základe týchto 3 komponentov vysvetľoval psychodynamiku hostility a samovraždy. Domnieval sa, že v každej samovražde sú obsiahnuté všetky 3 komponenty, pričom jeden z nich dominuje nad ostatnými. Prianie zabiť zahŕňa Freudovu ideu primárnej agresivity a deštruktívnosti obrátenej dovnútra a tým dosiahnutie presunutej vraždy. Prianie byť zabitý sa vzťahuje k prianiu byť potrestaný alebo trpieť, ktoré vyplývajú z jedincových pocitov viny a pocitov reálnych alebo imaginárnych priestupkov a previnení rôzneho druhu. Prianie zomrieť je manifestáciou toho, že sa pud smrti stávajú dominantnými nad pudmi života (McIntosh et al., 1994).

Vývojové teórie

Vývojové teórie chápu samovraždu ako dôsledok zlyhania uspokojivého dosiahnutia úspechu v naplňovaní úloh spojených s vývojovými štádiami. Jedinci, ktorí pozitívne nenaplnia vývojové štádiá zažívajú nedôveru, vinu, hanbu, pocity menejcennosti, prelínanie rolí, stagnáciu, izoláciu a zúfalstvo. Tie vedú k neschopnosti zvládať a vyrovnávať sa s problémami (Granello, Granello, 2007).

Príkladom vývojového poňatia suicidálneho správania je koncept zvažovaný v kontexte celého životného cyklu, ktorého autormi sú Vaillant a Blumenthal. Podľa Vaillanta a Blumenthala (1990) sa vyskytujú v každom životnom období podobné rizikové faktory, avšak ich váha, akou k suicidálnemu procesu prispievajú, sa v jednotlivých životných etapách líši. Suicidálne správanie je výsledkom spolupôsobenia rizikových a protektívnych faktorov a vyskytuje sa vtedy, ak sa do popredia dostanú rizikové faktory a faktory protektívne chýbajú alebo sú nedostatočné.

Behaviorálne a kognitívne prístupy k suicidálnemu správaniu

Podľa **behaviorálnych teórií** je suicidálne správanie naučené imitáciou (modelovaním) alebo zažívaním neodvratiteľných dôsledkov, ktoré sú vnímané ako bolestivé alebo ako straty. Zážitok neodvratiteľnej straty potom môže viesť k naučenej bezmocnosti (Granello, Granello, 2007).

Kognitívne teórie zdôrazňujú beznádejnosť ako kľúčový faktor v rozvoji suicidálneho správania. Riziko pre rozvoj suicidálneho správania (ako aj pre depresiu) indikuje Beckova kognitívna triáda – negatívne myšlienky týkajúce sa seba, sveta a budúcnosti (Granello, Granello, 2007). V týchto prístupoch je suicidálne správanie asociované k rozvoju depresie. Autori tohto prístupu zdôrazňujú silný vzťah medzi suicidalitou a depresiou a za kritický rizikový faktor považujú beznádejnosť. Model suicidálneho správania je odvodený od kognitívneho modelu depresie, ktorého autorom je A. T. Beck. Suicidálne priania sú v rámci tohto prístupu nazerané ako „...*extrémny prejav túžby uniknúť tomu, čo sa javí byť neriešiteľný problém alebo neznesiteľná situácia.*“ (Rush, Beck, 1978, s. 202).

Kognitívny model depresie vychádza z troch špecifických pojmov, pomocou ktorých depresiu vysvetľuje: kognitívna triáda, kognitívne schémy a kognitívne chyby.

Kognitívna triáda pozostáva z troch hlavných kognitívnych vzorcov, ktoré ovplyvňujú to, ako človek posudzuje seba, svoje zážitky a svoju budúcnosť:

- Negatívny pohľad na seba – depresívny človek na seba nazerá ako na chybného, poškodeného, neadekvátneho alebo nehodnotného, má tendenciu prisudzovať nepríjemné zážitky „poškodeniam“ v ňom a verí, že nemá dostatok vlastností na získanie šťastia a spokojnosti.
- Tendencia interpretovať zážitky negatívnym spôsobom – depresívny jedinec na svet nazerá ako na kladúci na neho prehnané požiadavky a ako privádzajúci mu

nadmerné prekážky v dosahovaní jeho cieľov. Interakciu so svetom chybné interpretuje ako dôkaz svojej porážky.

- Negatívny pohľad na budúcnosť – depresívny človek očakáva, že jeho súčasné ťažkosti budú pretrvávať donekonečna, očakáva frustrácie, depriváciu, útrapy a zlyhanie.

Ostatné symptómy a znaky depresie sú podľa kognitívnej teórie dôsledkom aktivizácie uvedených negatívnych kognitívnych vzorcov.

Kognitívne schémy – sú stabilnými kognitívnymi vzorcami, ktoré sú aktivované vo chvíli, keď jedinec čelí situácii, ku ktorej sa schéma vzťahuje. Jedinec kategorizuje a hodnotí jeho zážitok prostredníctvom matice schém, ktoré sú vlastne negatívnymi konceptmi pochádzajúcimi z ranných zážitkov. Schéma môže byť v priebehu času neaktívna (latentná), ale môže byť aktivizovaná špecifickými podnetmi prostredia (analogickými so zážitkami zodpovednými za uloženie negatívneho postoja). Aktivizovaná schéma potom priamo ovplyvňuje, ako jedinec afektívne odpovedá na okolnosti. Čím je schéma aktívnejšia, tým evokuje viac podnetov, ktoré sa k nej logicky vzťahujú, jedinec stráca kontrolu nad svojimi myšlienkovými procesmi a je neschopný aktivovať iné, adaptívnejšie a vhodnejšie schémy. V štádiu miernej depresie je jedinec schopný na svoje negatívne myšlienky nazerať s nejakou objektivitou, ale ako sa jeho depresívne symptómy prehľbujú, negatívne myšlienky začnú v myslení dominovať, a to aj bez logických spojitostí medzi aktuálnou situáciou a negatívnymi interpretáciami. To vedie k distorziám reality a k systematickým chybám v jeho myslení.

Kognitívne chyby – patria sem selektívna abstrakcia, arbitrárne usudzovanie, nadmerné zovšeobecňovanie, nadhodnocovanie a podhodnocovanie a personalizácia (Rush, Beck, 1978).

Základným východiskom kognitívnej terapie je, že spôsob, akým jedinec interpretuje udalosti a zážitky, ovplyvňuje jeho prežívanie a správanie. Negatívne emócie tak vznikajú nie z nepríjemných udalostí, ale z ich iracionálnych hodnotení (Kienhorst, van Heeringen, 2002), to znamená, že naše emócie sú ovplyvnené tým, ako o udalostiach, s ktorými sa stretávame, premýšľame. Emocionálne poruchy sú potom z veľkej časti zapríčinené chybnými kognitívnymi procesmi (napr. chybná interpretácia udalostí, iracionálne presvedčenia a logické chyby) (Ellis, 1986). Určité štýly interpretácie, ktoré môžu byť skreslením reality, si jedinci vytvárajú v priebehu života a tieto kognitívne skreslenia (distorzie) potom môžu aktivovať maladaptívne copingové stratégie, medzi ktoré patrí aj suicidálne správanie. Príkladom kognitívneho skreslenia je dichotomické

myslenie, ktoré je úzko spojené so suicidálnym správaním. Distorzie sú udržiavané jedincovými základnými schémami o svete a o sebe (Heard, 2000).

V centre záujmu kognitívne orientovaných výskumov stojí vplyv týchto chybných kognitívnych procesov v rozvoji beznádejnosti ako hlavného mediátora medzi depresiou a suicidalitou.

Rudd (2000) vytvoril na základe Beckovej teórie depresie **kognitívne-behaviorálny model suicidálneho správania**, ktoré je charakterizované na 4 úrovniach – kognitívnej, afektívnej, behaviorálne-motivačnej a fyziologickej.

- Kognitívna rovina je charakterizovaná suicidálnym systémom presvedčení, ktoré zahŕňajú kognitívnu triádu, podmienené pravidlá a predpoklady a kompenzačné stratégie.
 - Komponenty kognitívnej triády – sú presvedčenia o sebe, iných alebo o budúcnosti, ktoré obsahujú kategórie jadrových presvedčení (nemilovanosť, bezmocnosť, nízku stresovú toleranciu). Jedinec vníma seba ako neadekvátneho, bezcenného, nekompetentného, bezmocného, nedokonalého, nemilovateľného a defektného. Iných vníma ako odmietajúcich, zle s ním zachádzajúcich, opúšťajúcich, hodnotiacich. Budúcnosť a potenciál pre zmenu vníma beznádejne.
 - Podmienené pravidlá a predpoklady – tzv. láska druhých a vzťah druhých k suicidantovi len za podmienok a splňovania pravidiel a predpokladov.
 - Kompenzačné stratégie – prekompenzácia, perfekcionizmus, podrobenie sa vo vzťahoch.
- Afektívna rovina – hlavným afektívnym stavom je dysfória, ktorá je súhrnom negatívnych emócií – smútku, hnevu, viny, úzkosti, depresie, podozrievavosti, pocitov ublíženia, tenzie, obáv, osamotení, hanby.
- Behaviorálne-motivačná rovina – patria sem správanie, ktoré sa vzťahuje k samovražde, ako je príprava samovraždy, plánovanie, pokusy.
- Fyziologická rovina – aktivácia, vyburcovanie (arousal), zameranie. Jedná sa o aktiváciu autonómneho, motorického a senzorického systému.

Humanistické a existenciálne prístupy

Humanisticko-existenciálne teórie chápu samovraždu ako vychádzajúcu zo zažívania nedostatočných podmienok pre rast a zrelosť. Tento deficit potom vedie k neschopnosti

naplnenia potrieb. Jedinec tak zažíva nedostatok zmyslu a cieľov v živote, ktorý môže viesť k suicidálnemu správaniu (Granello, Granello, 2007).

Predstavitelia existenciálnej psychoterapie sa domnievajú, že základom suicidálneho správania je absencia prežívania zmysluplnosti života. Yalom v knihe *Existential Psychotherapy* píše: „*Zdá sa, že ľudské bytie si vyžaduje zmysel. Žiť bez zmyslu, cieľov, hodnôt alebo ideálov zdá sa provokuje ... značný distress. V ťažkej forme môže viesť k rozhodnutiu ukončiť svoj život.*“ (Yalom, 1980, s. 422). V absencii zmyslu v živote, bezcieľnosti a v pocitoch nenaplnenosti zároveň existenciálni psychoterapeuti vidia korene rôznych psychopatologických fenoménov a tieto prejavy označujú ako existenciálnu neurózu. Hlavným komponentom je bezzmyselnosť alebo neschopnosť nájsť hodnotu a dôležitosť v žiadnej z oblastí, v ktorých je jedinec angažovaný, alebo ktoré si predstavuje, že vykonáva.

Frankl (1999), zakladateľ logoterapie a existenciálnej analýzy, vysvetľuje samovraždu ako fenomén, ktorý vzniká z nedostatočného alebo chýbajúceho pocitu zmysluplnosti života, z tzv. existenciálnej prázdnoty, ktorá tvorí základ existenciálnej frustrácie a z nej sa vyvíjajúcej existenciálnej (noogénnej) neurózy. Existenciálna frustrácia je charakterizovaná nudou, apatiou, nenaplnenosťou, vnútornou prázdnotou, nevrlosťou, chýbaním adekvátneho cieľa v živote a motivácie sa pre tento cieľ angažovať (Lukasová, 2006). Vôľa ku zmyslu je podľa Frankla základnou ľudskou motiváciou a potrebou. V prípade, že život nie je prežívaný ako zmysluplný, dochádza k rozvoju psychopatologických fenoménov, jedným z ktorých je práve i suicidálne správanie. Podľa Frankla (1999) je teda jedinec ohrozený samovraždou v prípade, ak nenachádza dôvody k životu a nie je schopný pozitívne odpovedať na otázku, prečo je jeho život hodný žitia.

Na význam absencie zmyslu v živote poukazuje aj Viewegh (1996). Človek má podľa neho tendenciu vkladať do svojho života a do svojho bytia zmysel a dobrovoľná smrť je reakciou na stratu zmyslu. „*Samovrah stráca život ... ako následok straty zmyslu (ktorá je podmienená nevierou, že je niekým milovaný, teda zhodnotený). Suicidant by väčšinou veľmi rád žil, ale s podmienkou, že život má zmysel, hodnotu.*“ (Viewegh, 1996, s. 67 – 68). Hodnotová oblasť podľa tohto autora predstavuje vstupnú bránu k psychologickému objasneniu samovraždy (Viewegh, 1996). Systém už vytvorených hodnôt sprostredkováva jedincovi dôvody, prečo žiť a prečo má jeho existencia zmysel.

Špecifické modely suicidálneho správania

Zaraďujeme sem teoretické koncepty, ktoré sa špecifickejšie venujú samotnému suicidálnemu rozvoju a snažia sa o vysvetlenie tohto procesu.

Presuicidálny syndróm (Erwin Ringel)

Podľa Erwina Ringela (1986) predchádza každému suicidálnemu aktu psychický stav nazývaný ako presuicidálny syndróm. Presuicidálny syndróm postupuje v troch fázach:

1. Zúženie – dochádza k zúženiu v štyroch oblastiach:
 - Situačné – jedná sa o zúženie vlastných možností. Situácia je prežívaná ako ohrozujúca, neohraničená, neovplyviteľná, kým vlastná osoba je prežívaná ako malá, bezmocná a bezradná. Dostavuje sa pocit, že nie je možné nič zmeniť, ktorý vedie k pocitu bezvýchodnosti, že z danej situácie nie je úniku, neexistuje viacero možností jej riešenia. Potenciálny samovrah vníma jediné východisko, ktorým je samovražda.
 - Dynamické – vzťahuje sa k apercpcii, asociáciám, afektom a k správaniu. Jedinec vníma realitu iba jednostranne, vníma len to, čo jeho hodnotu znižuje alebo naopak to, čo ho jednostranne idealizuje. Emócie sú zamerané jednosmerne, v prežívaní dominuje zúfalstvo, beznádej, úzkosť, strach a bezmocnosť, schopnosť regulácie emócií sa znižuje. Dynamické zúženie zahŕňa aj zúženie časové, napr. nikdy viac sa to už nezmení.
 - Vzťahové – dochádza k ochudobneniu medziľudských vzťahov, jedinec sa uzatvára, izoluje. Okrem sociálnej izolácie dochádza tiež k znehodnocovaniu vzťahov, tzn., že jedinec existujúce vzťahy znehodnocuje, prisudzuje im menší význam, prestáva vidieť ich hodnotu. V centre naoko fungujúcich vzťahov sa môže cítiť nepochopený a osamelý.
 - Hodnotové – sa týka zníženia pocitu vlastnej hodnoty, znehodnotenia mnohých oblastí života a pôvodne existujúcich hodnôt. Stráca sa hodnota života, jedinec ho považuje za bezcenný. Klesajúci pocit vlastnej hodnoty považuje Ringel za centrálny problém samovražedného ohrozenia. Čím menej podľa neho človek verí v jeho špecifické úlohy a v zmysel jeho bytia, tým viac bude mať v krízových situáciách predpoklady k tomu, aby prestal veriť v nutnosť svojho

života. Výsledkom chýbajúcich pocitov vlastnej hodnoty je, že človek prestáva veriť, že problémy zvládne, ustupuje im, vyhýba sa konfrontácii a v tomto vyhýbaní sa pociťuje úľavu. Mnohé oblasti svojho života znehodnocuje, odoberá im ich pôvodnú hodnotu a význam, čoho dôsledkom je, že sa v nich potom prestáva angažovať a tým prestáva prakticky naplňovať a uskutočňovať hodnoty. Ringel sa domnieva, že v tomto bode sa suicidálny kruh uzatvára, pretože pocit vlastnej hodnoty môžeme podľa neho dosiahnuť práve cez uskutočňovanie hodnôt. V prípade, že jedinec hodnoty nenaplní, nemá pozitívnu odpoveď na otázku *K čomu som potrebný?*, ktorú si často kladie. Zvlášť nebezpečnou formou zúženia hodnôt je podľa Ringela prepracovanie a reštrukturalizácia hodnotového systému jedinca (na čo poukazuje aj Viewegh (1996)) a vytrácanie pôvodných hodnôt.

2. Potlačená a proti vlastnej osobe zameraná agresia – u jedinca dochádza k nahromadeniu agresie a hnevu, ktoré obracia proti sebe. Na tomto základe vznikajú suicidálne fantázie.
3. Suicidálne fantázie – jedinec je nespokojný sám so sebou a so svojou situáciou a utieka sa do lepšieho sveta, ktorý mu sprostredkováva práve fantázia. Suicidálne fantázie často prinášajú pocit úľavy a oslobodenia, jedinec má pocit, že našiel uspokojivé riešenie, ktoré mu pomôže zbaviť sa utrpenia. *„Pre samovraha je vlastné, že prežíva svoje Ja ako mimoriadne nebezpečný, neistý a ohrozený zárodok jeho povahy, že sa javí ako nepretržite mimoriadne vystavený a ohrozený, tak akoby stál na najjužšom vrcholku skaly, kde najmenší náraz zvonku alebo nepatrná slabosť zvnútra stačí, aby spadol do priepasti ... samovražda je pre neho najpravdepodobnejším typom smrti, prinajmenšom v jeho vlastných predstavách. Tak, ako sa vyskytujú povahy, ktoré majú pri najmenšom ochorení sklon k horúčke, tak majú sklon tieto povahy, ktoré nazývame samovrahmi a ktoré sú neustále veľmi vnímavé a citlivé, pri najmenšom záchveve k tomu, aby sa intenzívne oddali svojim predstavám o samovražde.“* (Ringel, 1986, s. 73). Ringel sa domnieva, že útek do suicidálnych fantázií nesie tri základné riziká:
 - Jedinec sa prestane usilovať o zlepšenie reálnej situácie, pretože vo fantázii má vytvorenú inú, novú predstavu, v ktorej žije viac než v tej skutočnej.

- Tým, že prestáva investovať energiu do zlepšenia reálnej situácie, rozdiel medzi skutočnosťou a fantáziou sa neustále prehľbuje.
- Spustí sa dynamika zosilňujúca tendenciu k čoraz častejšiemu úniku do fantázie, jedinec prestáva byť v reálnom živote aktívny, pričom tento prechod od aktivity k pasivite vníma Ringel ako mimoriadne nebezpečný. Čím viac sa človek do suicidálnych myšlienok utieka, o to väčší priestor samovražda v jeho myslení i v jeho živote zaberá.

Samovražedné fantázie kratší alebo dlhší čas predchádzajú suicidálnemu jednaniu. Jedinec vo svojich predstavách zvažuje rôzne spôsoby prevedenia suicidálneho aktu a až keď nájde konkrétny spôsob, prichádza tlak k samotnému činu, ktorý je výsledkom fixovania sa na určitú metódu.

Ringel uvádza, že posúdením týchto 3 znakov je možné diagnosticky a prognosticky rozpoznať mieru suicidálneho ohrozenia daného jedinca. Za alarmujúci signál, že riziko suicídia je vysoké, považuje vykryštalizovanie konkrétneho spôsobu prevedenia suicidálneho aktu. Ringel tiež poukazuje na to, že v každom človeku, ktorý uvažuje o samovražde, bojujú dve sily – sebauchovávajúce a sebazničujúce. Pranie zostať nažive vedie k tomu, že úmysel spáchať samovraždu je okoliu komunikovaný, v nádeji upozorniť okolie na potrebu pomoci (Ringel, 1986).

Henselerov model vývoja samovražedného správania

Henseler doplnil teóriu presuicidálneho syndrómu o vysvetlenie vzniku a dynamiky suicidálnych fantázií. Vyšiel z predpokladu, že samovrahovia sú v dôsledku svojej životnej histórie veľmi zneistení vo vnímaní svojej sebahodnoty, veľmi labilní, často sa cítia ohrození a ľahko nadobúdajú dojem opustenosti, bezmocnosti a beznádeje. Ich život sa tak zužuje a k ďalšiemu zužovaniu dochádza vplyvom prípadných zlyhaní. Pri zranení, ktoré často súvisí s traumatickou udalosťou z ranného života, sa tento človek snaží uchovať sebavedomie popieraním reality a idealizáciou samého seba alebo okolitého sveta. Agresia nie je väčšinou ventilovaná, ale potlačovaná. Keď takéto potlačenie a idealizácia nestačia, nastupujú fantázie o tzv. vrátení sa do harmonického prapôvodného stavu.

Podľa Henselera sa často nejedná ani o fantázie smrti, ako skôr túžbu nechať všetko za sebou, aby mohol jedinec dospieť do kludu a bezpečia, ktoré suicidálnym jedincom práve chýbajú. Tieto fantázie kludu sú podľa neho iba málokedy spojované s uvedením si reálneho a definitívneho ukončenia života.

Henseler odporúča zamerať sa v terapii suicidálnych jedincov jednak na zrealnenie a uvedomenie si samovraždy ako definitívneho ukončenia života a identifikáciu dôležitých bolestných zranení, ktoré prežili (Kastová, 2000; Henseler, 2000).

Shneidmanov teoretický model samovraždy

„... samovražda je hlavne drámou v mysli.“ (Shneidman, 1996, s. 4).

Shneidman (1992) je považovaný za jedných z otcov súčasnej suicidológie. Počas jeho profesijnej kariéry sa venoval štúdiu samovražedného správania, a to predovšetkým výpovediam ľudí, ktorí sa o samovraždu pokúsili a analýze listov na rozlúčku osôb, ktorí suicídium dokonali. V rámci týchto analýz si napríklad povšimol, že posledné odkazy ľudí, ktorí suicidujú, často obsahujú extrémne vyjadrenia typu všetko alebo nič a poukázal na dichotomické myslenie týchto osôb. Teórii dichotomického myslenia sa ďalej venoval jeho spolupracovník Neuringer.

Shneidman (1992) vidí samovraždu ako zúfalý čin jedinca, ktorý je rozrušený, jeho myslenie je zúžené a trpí neznesiteľnou a nezrozumiteľnou bolesťou. Túto bolesť nazýva ako psychickú bolesť (psychache) alebo psychologickú bolesť (psychological pain). Psychická bolesť je tvorená negatívnymi emóciami vystupňovanými do určitého stupňa, ktoré sú potom nasledované zúfalosťou a rozrušením. Hlavný zdroj psychickej bolesti vidí v zablokovaní alebo nenaplnovaní psychologickkej potreby, ktorú suicidálny jedinec vníma ako nevyhnutnú pre svoje prežitie.

Potreby rozdeľuje Shneidman (1996) na modálne (modal) a vitálne (vital). Modálne potreby sú potreby, s ktorými jedinec žije, sú to potreby týkajúce sa jeho fungovania. Vitálne potreby sú tie, na ktoré sa jedinec zameriava, keď je pod tlakom, trpiaci zvýšenou vnútornou tenziou a je v psychickej bolesti. Sú to potreby, pre ktoré si jedinec praje umrieť. Jedinec sa stáva suicidálnym, keď sa vnútorná pozornosť obráti od modálnych potrieb k frustrovaným alebo zmareným potrebám, ktoré u neho vznikajú na základe vnímania ohrozenia, zlyhania, tlaku, bolesti a núdze – teda k psychologickým potrebám považovaným za vitálne pre pokračovanie života. Ich frustrácia môže viesť k zvažovaniu samovraždy. Celkový počet potrieb (základom ktorých je koncept, ktorý navrhol H. Murray) je 20, Shneidman sa ale domnieva, že väčšina samovrážd spadá do jedného z piatich klusterov psychologických potrieb. Každý kluster odráža iný druh psychologickkej bolesti:

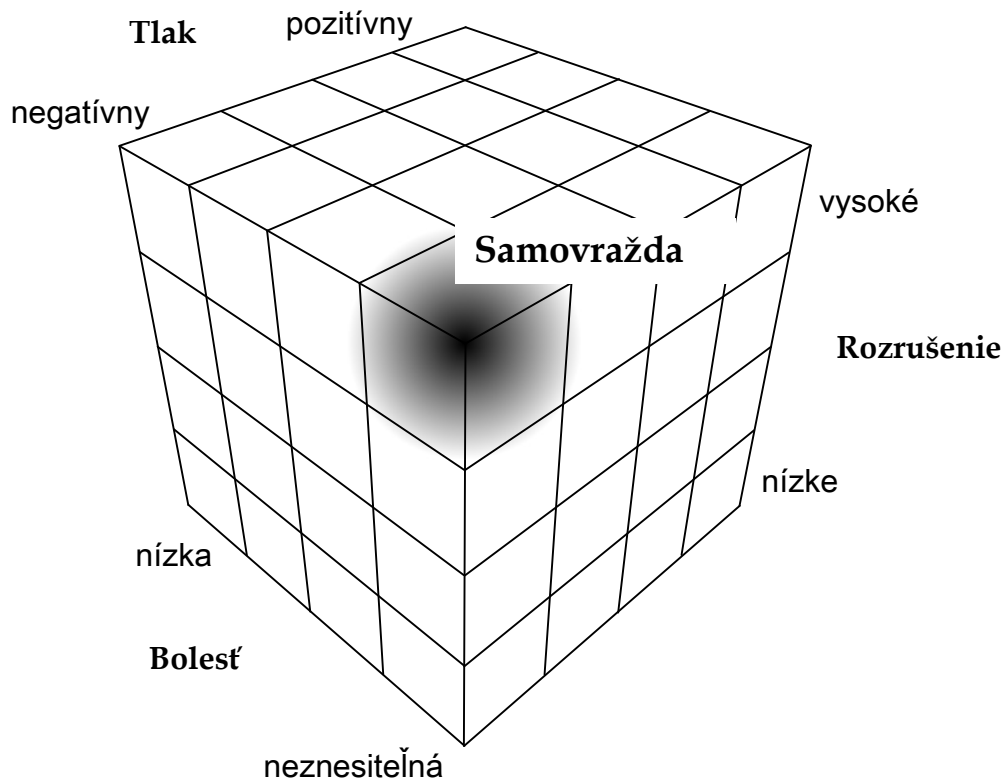
- zmarená láska, akceptácia a spolupatričnosť – vzťahuje sa k frustrovaným potrebám podpory a afiliácie
- narušená kontrola, predpovedateľnosť a štruktúra – vzťahujúce sa k frustrovaným potrebám autonómie, poriadku, porozumenia a dosiahnutia výsledkov
- napadnutý sebaobraz a vyhýbanie sa hanbe, porážke, poníženiu a potupe – vzťahujúce sa k frustrovaným potrebám afiliácie, ochrany a vyhnutiu sa hanbe
- narušené kľúčové vzťahy a prítomný zármutok – vzťahujúce sa k frustrovaným potrebám afiliácie a starostlivosti
- excesívny hnev, zlosť a hostilita – vzťahujúce sa k frustrovaným potrebám dominancie, agresie a protiakcie

(Shneidman, 1996, s. 25)

V stave psychickej bolesti potom daný jedinec vidí stratu života ako prijateľnejšiu možnosť, než trýzeň z nenaplnenia potreby, ktorú vidí ako nevyhnutnú pre prežitie. Samovražda je únikom od psychickej bolesti (Shneidman, 1992).

Shneidman vytvoril teoretický model samovraždy (obr. 4.1), ktorý vychádza z troch základných komponentov – bolesť, rozrušenie/zmätok a tlak.

- Bolesť – vzniká zo zmarených, nenaplnených psychologických potrieb jedinca.
- Rozrušenie, zmätok – vo vzťahu k samovražde zahŕňa percepčné zúženie a pripravenosť k sebaublíženiu, podobnú impulzivite (jedná sa o tendenciu k rýchlemu riešeniu, nízku trpezlivosť a toleranciu k stresujúcim situáciám, tendenciu rýchlo prechádzať k možnostiam najrýchlejšieho riešenia).
- Tlak – reprezentuje tie aspekty vnútorného a vonkajšieho sveta alebo prostredia, ktoré jedinca významne ovplyvňujú. Tlak môže byť negatívny alebo pozitívny a zahŕňa prítomné, ako aj minulé udalosti.



Obr. 4.1 – Teoretický kubický model samovraždy (Shneidman, 1992, s. 59)

K suicídiu dochádza v prípade, že všetky 3 komponenty dosiahnu svojho maxima a pretnú sa v 1 bode. O samovraždu sa tak pokúsia osoby s výraznou bolesťou, vo veľkom zmätku a na ktoré je vyvíjaný alebo sú pod vysokým tlakom. Samovražda je tak riešením psychickej bolesti a jej cieľom je pomocou nej prerušiť bolestivé vedomie. Okrem tohto teoretického modelu vymedzil Shneidman 10 charakteristík suicidálneho správania, ktoré nazýva psychologickou mapou suicidálneho terénu:

- Typickým podnetom je neznesiteľná psychická bolesť - život je ohrozovaný bolesťou a samovražda je spôsobom ako z tejto bolesti uniknúť. Je to nepríjemný stav, ktorý zahŕňa pocity hanby, viny, poníženia, osamotenía, strachu, hrozby, úzkosti atď.
- Typickým stresorom sú frustrované psychické potreby - potreba bezpečia, úspechu, dôvery a priateľstva tvorí značnú časť našej mapy vnútorného života. Tieto frustrované a nenaplnené potreby sú príčinou psychickej bolesti a posúvajú jedinca smerom k suicidálnemu aktu. Ak dôjde k rozpoznaní a dosycovaniu týchto potrieb, znižuje sa riziko samovraždy.

- Typickým účelom je nájsť riešenie, snaha vymaniť sa - samovražda je spôsob, ako sa zbaviť problému, uniknúť neznesiteľnej situácii. Nie je vykonaná bezúčelne, je to spôsob ako vyjsť z problematickej situácie. Stáva sa odpoveďou na otázku: Ako sa z toho dostanem?, Čo mám urobiť?
- Typickým cieľom samovraždy je snaha prerušiť, zastaviť vedomie - úsilie o ukončenie vedomia, uvedomovania si bolestnej existencie. V momente, keď si jedinec uvedomí možnosť zastavenia vedomia ako riešenia a cesty von, začína sa dávať do pohybu aktívny suicidálny scenár.
- Typickými emóciami sú bezmocnosť a beznádejnosť - pocity slabosti a bezmocnosti, ktoré spolu s bolesťou vedú k presvedčeniu, že okrem samovraždy neexistuje iné riešenie, a že nie je možné nič iné vykonať. Suicidálny jedinec sa domnieva, že neexistuje nič, čo môže urobiť (okrem samovraždy) a neexistuje nikto, kto by mu mohol pomôcť (s bolesťou, ktorou trpí).
- Typickým percepčným stavom je zúženie - suicidálni jedinci prestávajú vidieť rozmanité možnosti vyriešenia danej situácie a svojich problémov. Pohybujú sa medzi dvoma krajnými pólmi - absolútne vyriešenie alebo absolútne ukončenie, nič medzi tým pre nich neexistuje. Synonymom pre zúženie je tunelové vnímanie. V stave zúženia sa napríklad zodpovednosť k blízkym osobám, ktorá často pôsobí v krízových situáciách protektívne, stáva nielen irelevantnou, ale niekedy už do premýšľania nie je ani zahrnutá (človek už nad tým ani nepremýšľa). Jednou zo základných intervencií je preto suicidálnemu človeku otvoriť možnosti a rozšíriť jeho percepčné zúženie.
- Typickým kognitívnym stavom je ambivalencia - na jednej strane nesmierna túžba zomrieť, na druhej strane neustála viera v záchranu. Jedná sa teda o ambivalenciu medzi chuťou k životu a snahou po záchrane a chuťou to všetko nenávratne uzavrieť a skončiť.
- Typickým interpersonálnym aktom je oznamovanie svojho zámeru – okolo 80% ľudí uvažujúcich o samovražde naznačuje alebo priamo verbalizuje svoje suicidálne myšlienky a pohnútky, svoj zámer zabiť sa. Tým dávajú najavo svoju bezmocnosť a volajú po záchrane.
- Typickým činom je únik, vystúpenie – únik konečný, raz a navždy.

- Typický vzorec samovraždy je zhodný s celoživotnými modelmi zvládania - tendencia k spôsobom riešenia problémov a k mysleniu typu buď - alebo. Musíme sa pozrieť na predchádzajúce epizódy prežívania a riešenia negatívnych udalostí v živote a prostredníctvom nich zhodnotiť jedincovu kapacitu na zvládnutie psychologickéj bolesti. Opakovanie tendencie kapitulovať, uniknúť, utiecť je možno najlepším znakom, že jedinec je v suicidálnom ohrození.

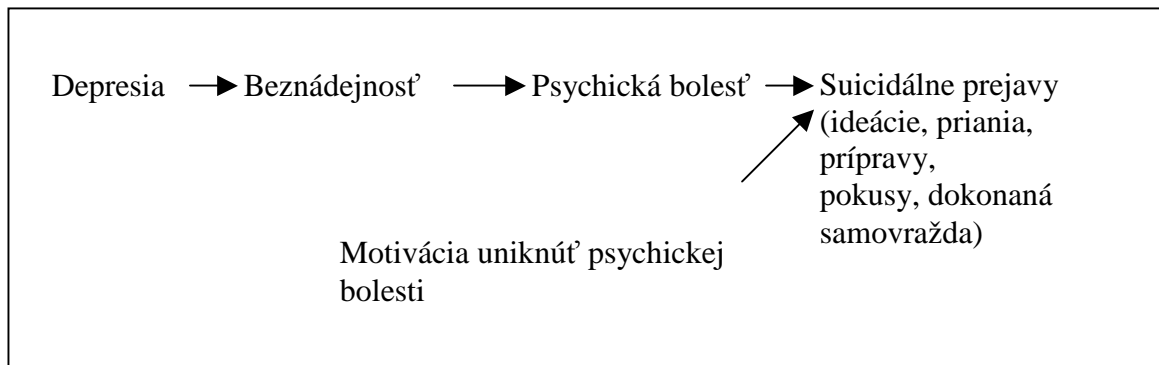
(Shneidman, 1996; Shneidman, 1992)

Shneidman (1992) sa domnieva, že ani jedna z týchto charakteristík nie je sama o sebe vedúca k samovražde, dôležitá je ich kombinácia. Všetky charakteristiky spolu vytvárajú tzv. smrteľnú kombináciu.

Psychická bolesť môže byť popisom emočného, fenomenologického stavu, ktorý vedie jedinca k vyhľadaniu smrti samovražedným jednaním, ktoré je vnímané ako únik z tohto stavu. Pompilli et al. (2008) uvádzajú, že osoby, ktoré boli posúdené ako ohrozené suicidálnym jednaním, udávali vyššiu úroveň psychickej bolesti než osoby, ktoré neboli posúdené ako suicidálne rizikové. Vo výskume, ktorý realizovali Kovacs, Beck a Weissman (1975) 56% suicidálnych osôb chcelo spáchať samovraždu kvôli tomu, aby unikli psychickej bolesti. Tí, ktorí udávali tento motív suicídia, zároveň vykazovali vysoký stupeň beznádejnosti. Naopak tí, ktorí psychickú bolesť ako dôvod samovraždy neuvádzali, boli častejšie motivovaní túžbou manipulovať a kontrolovať druhých a v menšej miere skórovali v beznádejnosti.

U hraničných porúch osobnosti môžu suicidálne pokusy často predstavovať stratégiu na reguláciu psychickej bolesti (Pellmar, Kleinman, Bunney, 2002).

Zistenia z výskumu, ktorý realizovali Holden et al. (2001) tiež podporujú Shneidmanov pohľad, že introspektívne prežívanie negatívnych emócií je nutnou podmienkou samovražedného jednania, a že vzťah medzi beznádejnosťou a manifestáciou suicidality je mediovaný psychologickou bolesťou, ktorá sa zdá byť intervenujúcim faktorom. Na základe týchto zistení navrhujú hypotetickú cestu k samovražde (obr. 4.2).



Obr. 4.2 – Psychická bolesť ako mediátor medzi beznádejnosťou a suicidálnymi prejavmi (Holden et al., 2001, s. 230)

Flamenbaum a Holden (2007) sa domnievajú, že psychologická bolesť je dôležitou premennou v štatistickej predikcii, liečbe a možnej prevencii samovražedného správania. Psychologická bolesť (ktorú chápú ako vysokú úroveň distresu) je vyvolávaná nenaplnenými potrebami a jej zvýšená úroveň potom zvyšuje sklon k suicidálnemu jednaniu.

Teória samovraždy ako úniku od seba

Únikovú teóriu pôvodne navrhol Baechler, ktorý samovraždu ponímal ako spôsob riešenia problémov. Rozhodnutie pre samovraždu nepovažoval za racionálne uvažovanie, ale terapiu suicidálnych jedincov videl ako nutne racionálny, na riešenie problémov zameraný prístup. Jeho koncept bol považovaný za dôležitý krok v chápaní samovraždy ako formy úniku, ale vzhľadom k jeho silne racionálnemu zameraniu, bol neskôr prepracovaný Baumeisterom. Samovražda je v tejto teórii chápaná ako únik z bolestivého sebauvedomenia určitých symbolických interpretácií a záverov o sebe (Baumeister, 1990).

Teória samovraždy ako úniku od seba zahŕňa 6 krokov, pričom samovražda je posledným krokom v sérii kauzálne sa vzťahujúcich udalostí:

4. Jedinec má pocit, že **súčasnú podmienky sú pod jeho štandardom**. Tento pocit je spôsobený nerealisticky vysokými očakávaniami alebo súčasnými problémami (stresujúcimi životnými udalosťami) a neúspechmi, alebo obomi. Všeobecné, situačné príčiny samovraždy ako úniku zahŕňajú kombináciu vysokých štandardov a očakávaní so súčasnými, špecifickými zlyhaniami, neúspechmi alebo stresujúcimi životnými udalosťami. Ak sú očakávania nízke, neúspechy a ťažkosti nemusia viesť k suicidálnemu vývoju, avšak vysoké

očakávania podporujú akútne sklamanie. Akútne sklamanie je pravdepodobne dôležitejšie než chronické, pretože emočná kríza sa v priebehu času, ako sa s ním jedinec vyrovnáva, rozptýli. Samovražedné správanie teda môže vzniknúť z vysokých, nerealistických očakávaní a štandardov jedinca alebo v prípade jeho stretu s neobvykle nepriaznivými udalosťami. Dôležitú úlohu tu hrajú práve vysoké a nerealistické očakávania, pretože jedinec, ktorý má očakávania nízke, sa pravdepodobne, v prípade stretnutia so životnými stresmi, nebude chovať suicidálne (Baumeister, 1990).

5. V dôsledku neschopnosti uspokojiť svoje vysoké očakávania, si jedinec vytvára **negatívne vnútorné atribúcie**, za sklamáajúce výsledky **obviňuje seba** a vytvára si **negatívne závery o sebe**, ktorých príkladom je nízka sebaúcta. Ak človek posudzuje problémy ako vonkajšie, suicidálne správanie sa nemusí objaviť, naopak, cestou k samovražednému vývoji sú nepriaznivé sebaatribúcie týkajúce sa vnímania seba ako osoby so stabilnými, nežiadúcimi kvalitami, a to predovšetkým takými, ktoré môžu byť predpokladom pre ďalšie ťažkosti v budúcnosti (Baumeister, 1990). Výskumy poukazujú na to, že jedinci, ktorí pripisujú výskyt negatívnych životných udalostí vlastnej vnútornej, stabilnej a generalizovanej nekompetencii, majú vyššiu pravdepodobnosť rozvinutia depresívnej symptomatiky, beznádeje a suicidálnych ideácií než osoby, ktoré výskyt negatívnych životných udalostí sebe nepripisujú (Priester, Clum, 1992).
6. Z porovnania seba s percipovanými alebo na seba kladenými štandardmi vychádza **averzívny stav vysokého sebauvedomenia** (v spojitosti so sebaobviňovaním za súčasné sklamanie). Jedinec sa tak vníma ako neadekvátny, nekompetentný, neatraktívny a vinný. Ako nevyhovujúce neposudzuje len udalosti, ale aj sám seba prežíva ako nedosahujúceho svoje štandardy alebo štandardy, ktoré od neho očakávajú ostatní. Vníma sa ako nekompetentný, neadekvátny, vinný, nehodný lásky alebo inak zlý (Baumeister, 1990). S tým je spojený perfekcionizmus (Dean, Range, 1999). Na vzťah perfekcionalizmu ako vlastnosti zohrávajúcej úlohu v etiológii psychologického distresu poukazujú napr. Hewitt et al. (2003), jeho vzťah k depresii referujú napr. Sherry et al. (2003) a viaceré výskumy potvrdzujú jeho spojitosť aj so suicidálnym správaním (napr. Flamenbaum, Holden, 2007; O'Connor, 2007; Blatt, 1995; Hewitt, Flett, Weber, 1994). Blatt (1995) uvádza, že k depresii, nízkej sebaúcte a suicidálnym ideáciám sa viažu dva typy perfekcionizmu, a to

sociálne predpísaný a na seba orientovaný perfekcionizmus. Na spojitosť medzi týmito dvoma typmi perfekcionizmu a suicidálnych ideácií poukazujú aj Flamenbaum a Holden (2007).

7. Z nepriaznivého porovnávania sa s percipovanými alebo na seba kladenými nerealistickými štandardmi sa vytvára **negatívna afektivita** (ako je depresia a úzkosť). Negatívna afektivita sa týka depresívneho a úzkostného prežívania. Depresia a pocity sklúčenosti sa vzťahujú k nazeraniu na seba ako na nesplňujúceho vlastné ideály, kým anxieta a pocity viny súvisia s agitačnými emóciami, ktoré sú vyvolané nazeraním na seba ako na neschopného splniť povinnosti, záväzky a morálne štandardy. Pri depresii aj úzkosti sa jedná o akútne a veľmi nepríjemný stav, a preto je typické, že ho chce človek ukončiť tak rýchlo, ako je to možné. Jedinec dúfa, že sa bude cítiť lepšie, ak zastaví svoje prežívanie, sebaobviňovanie alebo zastaví uvedomovanie si seba (Baumeister, 1990).
8. Jedinec na tento nepriaznivý stav odpovedá pokusom uniknúť do relatívne otupeného stavu **kognitívnej dekonštrukcie**. Tento únik ale nie je dostatočne úspešný, a preto jedinec hľadá stále silnejšie spôsoby ukončenia týchto nepríjemných myšlienok a pocitov. Kognitívna dekonštrukcia je odpoveďou na psychologicky nepríjemný stav vychádzajúci z negatívnej afektivity. Má tri komponenty: malú časovú perspektívu (tzn. jedinec je zameraný iba na prítomnosť), jednanie zamerané skôr na okamžité, krátkodobé než dlhodobé ciele a zameranie viac na okamžité pocity než na dlhobojšie emócie a idey (Baumeister, 1990). Komponentom dekonštrukcie je beznádejnosť, ktorá je úzko spojená so suicidálnym jednaním (Dean a Range, 1999).
9. Dôsledky tohto dekonštruktívneho psychického stavu zahŕňajú **redukciu vnútorných zábran**, ktorá môže prispieť k zvýšenému prianiu pokúsiť sa o samovraždu. Znakmi kognitívnej dekonštrukcie sú zúžená časová perspektíva, presun dlhodobých cieľov na ciele krátkodobé a zameranie sa skôr na aktuálnu dynamiku, pocity a dojmy než na širšie idey a emócie. Samovražda sa tak objavuje ako eskalácia jedincovho priania uniknúť z významného uvedomenia si súčasných životných problémov a ich dôsledkov pre neho (Baumeister, 1990). Dôsledkami dekonštrukcie sú disinhibícia, pasivita, absencia emócií a iracionálne kognície. Disinhibícia sa týka toho, že väčšina ľudí má silné vnútorné zábrany voči suicidálnemu jednaniu, naopak u suicidálnych osôb boli

zistené slabšie dôvody prečo žiť, a tým i menšie zábrany voči samovražde (Dean, Range, 1999). Jedinec sa stáva pasívnym voči dôležitým, zmysluplným aktivitám a jeho aktivita môže byť náhodná, bezcieľna, impulzívna (Baumeister, 1990). Suicidálny pokus býva tiež často impulzívnym činom. Emócie absentujú, jedinec sa môže cítiť prázdne, nešťastne, ale intenzívne emócie v tomto štádiu chýbajú. Dôsledkom dekonštrukcie sú tiež iracionálne myšlienky alebo fantázie, ktoré suicidálnemu človeku umožňujú vzdialiť sa od prítomnosti do bezpečnejšej oblasti. Samovražda sa stáva výzvou vtedy, keď sú myšlienky a pocity uzavreté kognitívnou dekonštrukciou, ktorá sťažuje až znemožňuje racionálne zhodnotenie dôsledkov suicidálneho jednania, pretože myslenie je v tomto štádiu iracionálne, pretože jedinec je zameraný skôr na okamžité pocity a ciele než na dlhodobé dôsledky a tiež preto, že jedincove zábrany sú disinhibované. Smrť sa tak javí byť efektívnejším riešením než dlhodobé čakanie na úľavu (Baumeister, 1990).

Dean a Range (1999) overovali túto teóriu na vzorke jedincov vulnerabilných k suicidálnym ideáciám. Zistili významný vzťah medzi depresiou, beznádejnosťou a slabými dôvodmi prečo žiť a suicidálnymi ideáciami. Nepotvrdili ale úlohu závažných životných udalostí, na seba orientovaného a sociálne predpísaného perfekcionizmu, čo vysvetľujú tým, že špecifické každodenné stresy sa môžu vzťahovať k depresii viac než závažné životné udalosti. V zhode s inými zisteniami (napr. Mann et al., 1999) sa zdá, že samotné množstvo závažných životných udalostí nevytvára vulnerabilitu k suicidálnemu jednaniu, ale že táto vulnerabilita je daná skôr tým, ako sú tieto životné udalosti interpretované. Sociálne predpísaný perfekcionizmus sa síce nevzťahoval k suicidálnym ideáciám, ale signifikantne sa vzťahoval k depresii. Rizikovou skupinou k rozvoju suicidálnych ideácií sa tak javia osoby, ktoré sú depresívne, beznádejné a vnímajú málo dôvodov, prečo žiť.

Teória suicidálneho správania ako výkriku bolesti

Williams a Pollock (2000) chápu suicidálne správanie, či už je jeho výsledkom ukončenie života alebo nie, ako "výkrik bolesti". Na suicidálne správanie nazerá ako na pokus o únik z pasce, ako na pocit zmaru a porážky vznikajúci z pocitu uzavretia v danej situácii a pocitu chytenia do pasce.

Pocit porážky môže vznikáť a vyplývať z vonkajších okolností a podmienok (napr. neuspokojivé vzťahy, nezamestnanosť, stres v práci) alebo z nekontrolovateľného

vnútorného nepokoja a zmätku. Dôležitým aspektom takéhoto stresu je, že signalizuje, že jedinec prežíva pocit zmaru a porážky v niektorom z dôležitých aspektov jeho života. Na to, aby sa rozvinula úplná “odpoveď porážky”, aby sa jedinec rozhodol “to vzdať”, musí byť navyše prítomný pocit, že je chytený v pasci danej situácie. To znamená, že jedinec očakáva, že nemôže urobiť nič preto, aby unikol z tejto situácie, od toho, čo ho rozrušuje a znepokojuje. Okrem toho, jedinec je presvedčený, že je len malá pravdepodobnosť, že by mohol byť zachránený z tejto situácie niekým iným alebo nejakými okolnosťami.

Suicidálne správanie je v tejto teórii chápané ako výkrik bolesti, ktorý vychádza z kombinácie okolností, v ktorých sa jedinec vníma ako porazený, z ktorých nevníma žiadnu možnosť úniku alebo záchrany a v ktorej sú prostriedky na to, aby si ublížil, dostupné. Samovražedné správanie je teda reaktívne, je odpoveďou (výkrikom) na situáciu, ktorá má tri základné komponenty – porážku, nemožnosť úniku a nemožnosť záchrany.

Ak jedinec vníma únik ako blokovaný, dochádza k určitému správaniu, pričom jedným z druhov správania v takýchto situáciách je suicidálne jednanie. V úseku, kedy je možnosť úniku potenciálne ohrozená, ale nie je ešte eliminovaná, sú pokusy o únik charakterizované vysokou úrovňou aktivity, hnevu a protestu. Menej závažné suicidálne pokusy predstavujú pokus o znovuvytvorenie ciest úniku v dôsledku popretia alebo potlačenia. Letálne suicidálne pokusy a dokonané samovraždy predstavujú výkrik bolesti človeka, ktorý sa cíti kompletne porazený, bez únikových ciest a nevidí žiadnu možnosť záchrany. Ľudia s perfekcionistickými štandardami sa môžu priamo posunúť do tejto druhej fázy a ich prvé pokusy môžu byť veľmi nebezpečné a viesť k smrti (Williams, Pollock, 2000).

Tento model kladie dôraz skôr na reaktívny prvok suicidálneho správania (prítomnosť určitej kombinácie okolností) než na jeho komunikačný prvok (výkrik o pomoc). Výkrik o pomoc je chápaný až ako druhotný, hoci môže byť dôležitým dôsledkom tohto jednania, ktoré ale nie je ním motivované. (Williams, Pollock, 2000).

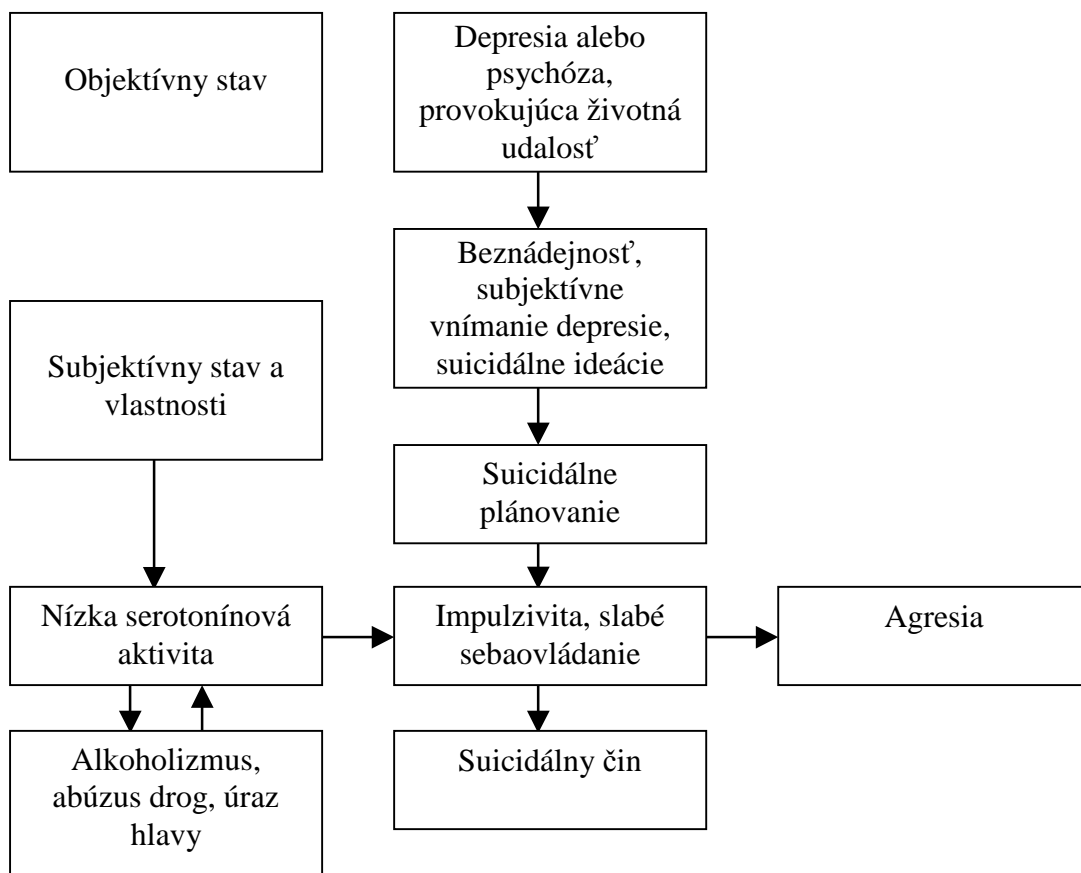
O overenie tejto teórie sa pokúsil O'Connor (2003). Porovnával suicidálne osoby s kontrolnou skupinou a zistil, že osoby so suicidálnymi charakteristikami udávali signifikantne vyššiu úroveň porážky, nižšiu úroveň potenciálu úniku a nižšiu úroveň možnosti záchrany (sociálna podpora) než osoby kontrolnej skupiny. Sociálna podpora sa javila byť zábranou v suicidálnom riziku. Ďalej zistil, že k suicidálnemu riziku sa vzťahovali intruzívne myšlienky, ktoré považuje za predchádzajúce stresory. Hypotéza,

že kombinácia pocitu chytenia do pasce s absenciou možnosti záchrany sú silnými faktormi v suicidálnom procese, sa potvrdila (O'Connor, 2003).

Stress-diathesis model

Mann et al. (1999) navrhujú tzv. stress-diathesis model, podľa ktorého je suicidálne správanie založené na spolupôsobení rizikových faktorov (obr. 4.3).

Podľa tohto modelu sa samovražedné jednanie vyskytuje v kontexte depresie, stresu, beznádeje a suicidálnych ideácií. Za významný stresor sú považované akútna psychiatrická porucha a provokujúca udalosť. Ďalším významným faktorom je subjektívny stav jedinca - nedostatok príčin k životu, subjektívne vnímanie závažnosti depresie a prítomnosť suicidálnych ideácií. Táto spojitosť vedie k suicidálnemu plánovaniu. Ak sa k tejto kombinácii pripoja osobnostné vlastnosti (predispozičné charakteristiky), impulzivita a slabé ovládanie, je riziko samovražedného jednania vysoké. Narušená serotonergická transmisia (nízka serotonínová aktivita) vo ventrálnom prefrontálnom kortexe môže byť príčinou zvýšenej impulzivity a slabého ovládania a predisponuje tak niektoré osoby k impulzívnemu agresívnemu jednaniu na základe suicidálnych ideácií. Stres vedie k vyčerpaniu norepinefrínu a môže vysvetľovať výraznú beznádejnosť.



Obr. 4.3 – Model suicidálneho správania (Mann et al., 1999, s. 185)

5. Vývojové aspekty suicidálneho správania.

Dokonaná samovražda je zriedkavosťou v detskom veku do 12 rokov, častejšou sa stáva po puberte, stúpa v adolescentnom veku a svoj vrchol dosahuje v mladosti vo veku okolo 23 rokov. Druhým a zároveň najvyšším vrcholom v počte samovrážd z hľadiska funkcie veku je starší vek. Vo všeobecnosti, prevalencia suicídií u mužov i u žien narastá od stredného veku (45 – 54 rokov), pričom u mužov má naďalej stúpajúcu tendenciu a u žien dochádza po tomto životnom období k opätovnému pomalému klesaniu počtu samovrážd (Maris, Berman, Silverman, 2000).

Z vývojového hľadiska môžeme uvažovať, že prevalencia samovražednosti môže narastať v čase vývojových prechodov (z adolescencie do obdobia mladej dospelosti alebo z dospelosti do staršieho veku), a to predovšetkým vtedy, ak dochádza k vývojovej stagnácii, nenaplneniu základných vývojových úloh, akumulácii vývojových zlyhaní a nevydarenému prechodu z jedného vývojového obdobia do druhého. S vekom sa tiež zhoršuje zdravie, narastá prevalencia depresívnej poruchy, pribúdajú sociálne a interpersonálne straty (napr. smrť životného partnera alebo rozvod), alkoholové závislosti sa stávajú terminálnymi a spolu s tým môže extrémne stúpnúť pocit beznádejnosti, ktorý sa z hľadiska suicidálneho správania javí byť kľúčový (Maris et al., 2000).

O vývojový pohľad na suicidalitu sa opiera teoretický koncept životného cyklu, ktorého autormi sú Vaillant a Blumenthal (1990). Podľa tejto teórie je samovražedné správanie kontinuálne, každé životné obdobie prináša mnohé rizikové a protektívne faktory. Niektoré z nich sú špecifické pre určité životné štádium, iné sú prítomné počas celého životného cyklu (predispozičné faktory), ale líši sa ich váha. V dynamike suicidálneho vývoja záleží na spolupôsobení predispozičných a bezprostredných rizikových faktorov, ako aj na prítomnosti alebo naopak neprítomnosti protektívnych faktorov.

Rich et al. (1991) skúmali vzťah životných stresorov a suicidality v súvislosti so životným cyklom. Zistili, že pre jednotlivé vývojové obdobia sú rizikovejšími iné životné udalosti. Ich rozloženie zodpovedalo vývojovej teórii, podľa ktorej existujú kritické obdobia vzťahujúce sa k veku, ktoré môžu vyústiť do vyššej vulnerability k určitým stresorom. Pre adolescenciu a ranú dospelosť sú typickými kritickými udalosťami interpersonálne konflikty, separácia a odmietnutie. V strednom veku (40 – 49 rokov) sa hlavnými záťažovými udalosťami javili byť ekonomické problémy, pričom tieto boli typickejšie pre mužov než pre ženy (v pomere 2:1). Prítomnosť zdravotných

problémov a somatických ochorení ako životného stresoru narastá s vekom, a to od stredného veku po starší vek, pre ktorý je prítomnosť týchto stresorov najtypickejšia. V staršej populácii sa vlastná smrteľnosť a fyzické obmedzenia môžu stať zreteľnejšími v spojitosti s úmrtiami blízkych, i keď v tejto štúdii sa smrť blízkej osoby v tomto veku nejavila byť charakteristickým spúšťačom suicidálnej krízy.

Detský vek

Zaoberanie sa smrťou nie je pre detský vek typické, smrť vzbudzuje u detí vysokú úzkosť, a preto majú tendenciu sa týmto témam vyhýbať. K premýšľaniu o smrti v detskom veku dochádza väčšinou v prípade reálneho stretnutia sa s ťažkým ochorením alebo smrťou blízkeho alebo v prípade, že dieťa sa stane svedkom umierania a smrti inej osoby. Aj z tohto dôvodu nie je samovražedné správanie pre detský vek (5 – 14 rokov) typické. Počty dokonaných suicídií a suicidálnych pokusov sú v porovnaní s ostatnými vekovými obdobiami v tejto vekovej kategórii najnižšie, ich počet je uvádzaný okolo 1% zo všetkých dokonaných samovrážd (predpokladá sa ale vyššia nepresnosť štatistických údajov, pretože sú často vedené ako nehody) (Granello, Granello, 2007). K nízkej suicidalite tohto vývojového obdobia môže prispievať jednak kognitívna nezrelosť a s ňou spojená malá schopnosť plánovania, nízka incidencia depresie a zneužívania psychoaktívnych látok a vyššia prítomnosť rodinnej podpory než v iných vekových obdobiach, ako aj menší prístup k letálnym prostriedkom, ktoré môžu pôsobiť protektívne a chrániť dieťa pred vstupom do suicidálneho jednania (Maris et al., 2000). Z hľadiska prevalencie je ešte dôležité nezabúdať na to, že štatistiky suicidálneho správania sú v každom vekovom období nižšie, než je reálny počet suicídií a pre toto vekové obdobie to platí obzvlášť. Mnoho rodín utajuje suicidálne správanie ich detí z obavy zo sociálnej stigmatizácie. Tendencia popierať suicidálne správanie je zvlášť vysoká v prípade, že sa jedná o dieťa. U dokonaných samovrážd, je často uvádzanou príčinou smrti namiesto samovraždy nehoda.

Podľa údajov WHO (2008) zomrelo v dôsledku samovraždy v roku 2005 v ČR celkom 6 detí (z toho 4 chlapci a 2 dievčatá) vo veku od 5 do 14 rokov, ČSÚ uvádza dokonanú samovraždu u 4 detí vo veku 10 – 14 rokov v roku 2005, pričom v predchádzajúcich vekových kategóriách sa dokonané suicídium nevyskytovalo. Ako uvádza Pfeffer (2000) suicidálne správanie u detí má v posledných rokoch stúpajúci trend.

Z vývojového hľadiska je v suicidálnom jednaní a vôbec v pochopení samovraždy dôležitým faktorom tzv. koncept smrti – pochopenie smrti ako ireverzibilnej udalosti. Vytvorenie konceptu smrti je dlhodobý proces s postupným vývojom. Býva zavŕšený približne okolo 9 – 11-teho roku života (Koutek, Kocourková, 2003). V tomto veku už deti chápu aj pojem samovraždy (Mishara, 1999).

Pred 9 – 11-tym rokom býva smrť chápaná ako niečo, čo je zvrätané, čo nie je definitívne a je možné vrátiť. Ako uvádzajú Koutek a Kocourková (2003), poňatie smrti ako reverzibilnej udalosti je časté napr. v rozprávkach (princ prebudí bozkom Snehulienku, mŕtveho stačí pokropiť živou vodou, ktorá mu vráti život). Okrem rozprávok majú v dnešnej dobe na chápanie smrti zrejme vplyv aj mnohé seriály a počítačové hry, kde je smrť taktiež podávaná ako reverzibilná udalosť. Deti, ktorých koncept smrti je nezrelý a ktoré smrť chápu ako zvrätanú udalosť, môžu na samovraždu nazerať ako na uspokojivé riešenie ich aktuálnych problémov a deti, ktoré chápu abstraktnú povahu finality smrti, zas môžu v prípade, že sú suicidálne, regredovať do konkrétneho typu myslenia a na smrť nazerať ako na prechodnú udalosť (Granello, Granello, 2007).

Vývoj konceptu smrti je ovplyvnený viacerými faktormi. Záleží predovšetkým na kognitívnej a emocionálnej vyspelosti dieťaťa. Ďalšími dôležitými faktormi sú vlastná skúsenosť so smrťou a chorobou (smrť alebo vážna choroba príbuzného alebo inej blízkej osoby), copingové mechanizmy, vývojové a osobnostné poruchy, spôsob fantazijného spracovania smrti, vplyv rodiny, výklad smrti v rodine a širšom sociálnom okolí, pôsobenie masmédií (Koutek, Kocourková, 2003). Mishara (1999) uvádza, že deti sa dnes o samovražde učia z televízie, z diskusií s inými deťmi (ale len zriedkavo o tejto téme hovoria s dospelými) a z priameho kontaktu so suicidálnym jednaním člena rodiny alebo inej blízkej osoby (o ktorom počuli z konverzácie dospelých a tieto informácie ďalej preberajú so svojimi rovesníkmi). Podľa Mishara (1999) sa ale koncept samovraždy javí byť skôr faktorom zrelosti než konkrétnych skúseností.

Z hľadiska pohlavia, na rozdiel od dospelaj populácie, je suicidálne správanie, či už sa jedná o suicidálne pokusy alebo o dokonané suicídiá, typickejšie a častejšie u chlapcov než u dievčat (v dospelaj populácii prevažujú dokonané samovraždy u mužov a suicidálne pokusy u žien).

Rizikovými faktormi charakteristickými v predpubertálnom veku sú prítomnosť psychiatrických symptómov, problémy v rodinnom prostredí a prítomnosť psychopatológie v rodine (Granello, Granello, 2007; Pfeffer, 2000). Miera zaoberania sa smrťou, aktuálne prítomné agresívne pocity a predchádzajúce stresujúce životné

udalosti (napr. strata) sa javia byť signifikantne spojené so suicidálnym správaním u detí (Koutek, Kocourková, 2003).

Koutek a Kocourková (2003) uvádzajú tiež pocit strachu, nedôveru v pomoc a možnosť riešenia. V rozvoji depresie je podľa týchto autorov významný zážitok straty, pričom tento nemusí byť plne uvedomovaný a jeho závažnosť dospelým plne čitateľná. *„Charakter straty môže mať reálny i symbolický význam ... traumatizujúcu stratu môže predstavovať i strata nádeje na uskutočnenie dôležitej fantázie. U detí môže predstavovať takýto traumatizujúci zážitok strata domáceho zvieratka, konflikt medzi vrstovníkmi, pocity školskej nedostatočnosti a podobne.“* (Koutek, Kocourková, 2003).

Rovnako ako v iných vekových kategóriách je najčastejším rizikovým faktorom z psychických porúch depresia, ale beznádejnosť je ešte silnejším prediktorom suicidálneho správania než samotná depresívna porucha. Deti, ktoré sú nešťastné, majú nízku sebaúctu a sú depresívne, môžu byť rizikovými pre spáchanie samovraždy, avšak ak sa ešte k tomu navyše pridá beznádejnosť ohľadne budúcnosti, závažnosť suicidálneho rizika ešte stúpa (Granello, Granello, 2007). Suicidálne deti často uvádzajú, že sa cítia smutné, beznádejné a bezcenné (Pfeffer, 1986).

Z psychiatrických porúch je ďalšou rizikovou kategóriou ADHD, kde sa riziko suicidálneho jednania spája s vyššou impulzivitou, problematickým zachádzaním s hnevom a hostilitou a slabšími schopnosťami riešiť problémy (Granello, Granello, 2007).

Impulzivita je zo všetkých vekových kategórií najčastejšie spojovaná s detskými samovraždami, pretože detské samovraždy sa zdajú byť viac impulzívne podmienené a často sa vyskytujú bez predchádzajúceho plánovania (Granello, Granello, 2007).

Z kognitívnych faktorov je to predovšetkým rigidné myslenie, ktoré vedie k dichotomickému mysleniu a bráni deťom v generovaní iných riešení problému (Granello, Granello, 2007). Suicidálne deti, v porovnaní s deťmi nesuicidálnymi, sa zdajú byť menej schopné generovať aktívne copingové stratégie pri strete so stresujúcimi životnými udalosťami (Weishaar, Beck, 1990).

Hlavným enviromentálnym rizikovým faktorom suicidálnych myšlienok a jednania je rodičovská absencia a rodinná dysfunkcia, zahŕňajúce konflikty medzi rodičmi, násilie v rodine, abúzus návykových látok u rodičov, fyzické násilie, neflexibilitu v rodine a uzavretosť voči zmenám, nejasné hranice a nejasnú definíciu rolí (Granello, Granello, 2007). Suicidálne správanie sa typicky objavuje v kontexte stresujúcich, chaotických a nepredvídateľných rodinných situácií a v prípade, že sa dieťa cíti neschopné mať na

tieto udalosti vplyv, môže sa uchýliť k samovražde ako k zúfalému, poslednému pokusu ovplyvniť alebo prinútiť tých, ktorí ohrozujú jeho pohodu, k zmene (Cohen-Sandler, Berman, King, 1982). V niektorých prípadoch pácha dieťa samovraždu v predstave, že jeho smrť nebude pre nikoho významná a že samovraždou uľaví svojmu okoliu od záťaže jeho existencie. V pozadí takto motivovaných suicídií stojí komunikovanie dospelých dieťaťu, že je rozprínajúce sa a ich správanie sa k dieťaťu je charakteristické malým osobným zaujatím, hostilitou, chýbajúcou láskou a náklonnosťou. K silným rizikovým faktorom patrí sexuálne zneužívanie (Granello, Granello, 2007), ktoré, ak je prítomné v anamnéze, zvyšuje pravdepodobnosť suicidálneho správania aj neskôr v dospelosti (Mann et al., 1999). V neposlednej rade, k riziku suicídia, môžu prispievať tiež šikana a viktimizácia dieťaťa v detskom kolektíve (Granello, Granello, 2007).

Všeobecne sa predpokladá, že rané stresové životné udalosti zvyšujú suicidálne riziko v neskorších životných obdobiach a že suicidálne správanie v detstve zvyšuje pravdepodobnosť tohto správania v adolescencii. Jednou z hypotéz je ovplyvnenie vývoja mozgu v kritických životných obdobiach, táto hypotéza ešte ale nie je dostatočne potvrdená (Pfeffer, 2000).

Adolescencia

Adolescencia je považovaná za 1. vrchol na krivke samovražednosti. Evans et al. (2005) uvádzajú na základe systematického prehľadu medzinárodnej literatúry prevalenciu suicidálnych pokusov v tomto veku 9,7% a prítomnosť suicidálnych ideácií u 29,9% adolescentov. Podľa týchto autorov je samovražedné správanie typickejšie pre americkú než európsku populáciu adolescentov a najmenej časté sú samovraždy v ázijských krajinách.

Suicidalita adolescentov má zrejme stúpajúci trend. Koutek a Kocourková (2003) uvádzajú, že v roku 1990 suicidovalo v Českej republike 48 adolescentov, v roku 2000 to bolo 47 adolescentov, avšak vzhľadom k zníženiu populácie adolescentov v ČR v roku 2000, ukazuje prepočet na 100 000 obyvateľov danej vekovej kategórie, že suicidálne správanie v týchto rokoch vzrástlo z 2,7 na 6,8 osôb. Autori pri snahe o vysvetlenie tohto rozdielu uvažujú o zvýšenom tlaku na úspech a školský výkon, avšak ako viac pravdepodobné vidia rozšírenie abúzu drog. Štatistické údaje WHO (2008) z roku 2005 uvádzajú 101 dokonaných suicídií vo vekovej kategórii 15 – 24

rokov, Český statistický úřad (2006) uvádza 29 dokonaných samovrážd vo vekovej kategórii 15 – 19 rokov za rok 2008 (pomer chlapcov ku dievčatám je približne 2:1).

Adolescencia je obdobím zmätku, zmien a prechodu. Je to obdobie hľadania vlastnej identity, hľadania svojho miesta v živote, zmyslu života. Patria k nemu pochybnosti o sebe, o svojej úlohe vo svete a o svete všeobecne. Hlavnou životnou úlohou tohto vekového obdobia je podľa Eriksona formovanie a vytvorenie vlastnej identity. V tomto procese môže dochádzať k prežívaniu konfúzie (zmätenosti) identity. Adolescenti sú často „... vo veľmi konfliktnnej situácii...*Chcú spraviť dôležité rozhodnutia, ale necítia sa byť na ne pripravení. Chcú sa zúčastniť na živote spoločnosti, ale súčasne sa boja, že spravia chybu alebo sa dopustia omylu. Sú sebavedomí, ale často sú aj v rozpakoch, takže ich správanie je nekonzistentné. V jednom momente sa stiahnu zo strachu z odmietnutia a rozčarovania, v nasledujúcej minúte sa môžu oddať intímnemu vzťahu.*“ (Hall, Lindzey, 1997).

V súvislosti s vytváraním vlastnej identity a hľadania zmyslu života sa adolescenti otázkou života a smrti často zaoberajú, premýšľajú, čo nastane po smrti – pre toto vývojové obdobie sú typické suicidálne ideácie a fantázie, ktoré sú ale zväčša prechodné a bez tendencie k realizácii. Avšak v prípade, že sa pridružia rizikové faktory, môže dôjsť k adolescentnej kríze, kedy je riziko samovražedného jednania vysoké. Toto riziko sa ďalej násobí zvýšenou impulzivitou, ktorá je jedným zo znakov dospievania. Adolescent k suicidálnemu činu často pristúpi pomerne impulzívne. Suicidálne ideácie v adolescencii tak môžu byť na jednej strane spojené s vyvíjajúcim sa konceptom vlastnej smrteľnosti, avšak na druhej strane tiež môžu odrážať a indikovať závažný distress a ukazovať na vysoké riziko suicidálneho jednania.

Pre toto obdobie je tiež typické rizikové správanie súvisiace s najnižším rešpektom k životu v porovnaní s inými vývojovými obdobiami – suicidálne správanie tohto obdobia má často charakter tzv. ruskej rulety. Je zvýšený sklon k abúzu alkoholu, drog, vyskytujú sa riskantné jazdy autom, rôzne experimenty, pohlavná promiskuita.

Fluidná identita adolescentov zvyšuje ich náchylnosť a ovplyvniteľnosť k tzv. „nákazlivým“ alebo „romantickým“ samovraždam. Adolescenti sa často identifikujú s postavami a hrdinami, ktorí im prepožičiavajú určitý druh kolektívnej identity a v ktorých stereotypizujú sami seba, svoje ideály a hodnoty. Táto identifikácia predstavuje proces hľadania a pochopenia seba samého a je dôležitým faktorom vo vytváraní hierarchie hodnôt. Zvýšená identifikácia sa s hrdinami a davmi môže viesť ku konfúzii a strate identity. Tento mechanizmus projekcie jedinca do difúzneho a prelínajúceho sa

ego obrazu na inú postavu sa môže podpísať na imitatívnej alebo skupinovej samovražde (Vaillant, Blumenthal, 1990). Typickým príkladom tohto fenoménu je vlna imitačných samovrážd, ktorá v Európe nasledovala po vydaní Goetheho románu Utrpenie mladého Werthera.

Pre adolescenciu sú typickými kritickými udalosťami interpersonálne konflikty, separácia a odmietnutie a tieto pretrvávajú ako hlavné rizikové faktory aj v mladšej dospelosti (Rich et al., 1991). Adolescenti usilujú o vytvorenie vlastnej identity a separácie od rodičov. Taktiež sú zvlášť citliví na odmietnutie ich vrstovníckou skupinou (Rich et al., 1991). Zároveň je v tomto období riziko rýchlej straty blízkej a dôležitej osoby veľmi vysoké (rovnako ako v staršom veku). Rich, Sherman a Fowler (1990) zistili, že vo výskumnej vzorke adolescentov, ktorí spáchali samovraždu, nezávisle na psychiatrickej diagnóze, mali všetci dlhodobé adaptačné ťažkosti prejavujúce sa častými suicidálnymi hrozbami, útekmi, napadnutím, podpaľačstvom alebo krádežou. Okolím boli často popisovaní ako „zvláštni“, „impulzívni“, „samotáři“ alebo „neustále nešťastní“. Najčastejším typom stresoru predchádzajúceho suicídiu boli odmietnutie, hnev alebo sklamanie. Väčšina z týchto stresorov sa zdala byť typická a častá pre adolescentný vek (konflikty s partnerom/partnerkou, s rodičmi), pravdepodobne vyvolávajúca pocity odmietnutia, poníženia, hnevu alebo márnosti. Autori ale vidia ako nejasné, nakoľko sú tieto problémy zapríčinené alebo nakoľko sú výsledkom psychických problémov a nakoľko sa v tejto populácii vyskytujú častejšie alebo v rovnakej miere ako v ostatnej adolescentnej populácii. Rich, Sherman a Fowler (1990) ďalej zistili, že napriek vysokej frekvencii behaviorálnych ťažkostí, depresívnej symptomatológie a abúzu psychoaktívnych látok, iba malá časť z týchto osôb bola v liečbe, v liečbe boli väčšinou tí, ktorí už mali v anamnéze predchádzajúce suicidálne pokusy, hoci nie všetky osoby po predchádzajúcom suicidálnom pokuse boli v liečbe.

Berman, Jobes a Silverman (2007) uvádzajú, že záťažovými a stresujúcimi udalosťami, ktoré môžu samovražednému správaniu adolescentov predchádzať, sú:

- strata hodnotných a želaných vzťahov (pocity opustenia a odmietnutia)
- náhle sklamanie
- uväznenie alebo právne ťažkosti
- zahanbenie, rozpaky, poníženie alebo ohrozenie statusu

Koutek a Kocourková (2006) uvádzajú ako zistené motívy suicidálneho pokusu v súbore 37 osôb po pokuse o samovraždu vo veku 11 – 18 rokov konflikt v rodine

(55%), partnerský konflikt (29%), študijný a pracovný problém (21%), problém s vrstovníkmi (18%), policajné vyšetrovanie (11%), duševnú poruchu (8%) a problém zo sexuálnej oblasti (3%). Často sa jedná o kombináciu viacerých motívov a ďalších rizikových faktorov a uvádzaný motív býva často iba spúšťačom suicidálneho jednania, na ktorom sa podieľajú aj ďalšie rizikové faktory, ktorými môžu byť dlhodobé neurovnané problémy v rodine, rozvod rodičov, dlhodobejšie problémy v kolektíve vrstovníkov, závažné ochorenie atď. Autori ďalej uvádzajú, že z psychiatrických diagnóz býva u suicidálneho správania najčastejšie prítomná depresia a u adolescentov je tiež často zistený nerovnomerný vývin osobnosti, ktorý môže v neskoršom veku viesť až k poruche osobnosti.

V adolescencii je veľmi časté užitie alkoholu pred suicidálnym aktom (Brady, 2006). Rich, Sherman a Fowler (1990) zistili prítomnosť užitia alkoholu pred samovražedným aktom u 21% adolescentných osôb, ktorí spáchali dokonanú samovraždu. V rovnakej miere bolo prítomné aj užitie marihuany, čo poukazuje na fakt, že skoro polovica adolescentov bola v dobe suicidálneho aktu pod vplyvom intoxikácie.

Podľa Vaillant a Blumenthal (1990) môžu k riziku samovražedného jednania prispieť taktiež obranné mechanizmy typické pre vek adolescencie, ako sú projekcia, agovanie, obracanie agresie proti sebe a pasívna agresia.

Berman, Jobes a Silverman (2007, s. 128) zhrňujú rizikové skupiny adolescentov nasledovne:

- depresívny adolescent s jasne diagnostikovanou depresiou
- adolescent závislý na návykových látkach, ktorý môže alkohol alebo ostatné drogy používať na „liečbu“ depresie
- adolescent s hraničnými alebo schizotypálnymi rysmi, s impulzivitou, interpersonálnou nestabilitou a záchvatmi hnevu v anamnéze
- adolescent s antisociálnymi rysmi, správaním acting-out alebo s poruchami správania, ktorého správanie poukazuje na nedostatok vzťahu alebo oddanosti k zdravým osobám alebo systému
- osamotený adolescent, ktorý sa nachádza na okraji vrstovníckej skupiny alebo v skupine ostatných okrajových vrstovníkov
- adolescent s rigidnými a perfekcionistickými rysmi, ktorý reaguje depresívne, ak je ohrozený nedosiahnutím sebou alebo inými požadovaných úrovní výkonu

- adolescent s psychotickou poruchou, ktorého správanie je pod vplyvom halucinácií alebo ktorý zažíva intenzívnu paniku v očakávaní dekompenzácie
- adolescent, ktorý sa nachádza v kríze, ktorého správanie vyprovokované stresom je hnané impulzivitou a iracionalitou

Hjelmeland a Grøholt (2005) porovnávali adolescentné a dospelé osoby, ktoré sa pokúsili o samovraždu a došli k záverom, že medzi týmito skupinami nie sú rozdiely v miere suicidálneho úmyslu, depresie a beznádejnosti. Dospelí udávali iné úmysly než adolescentné osoby, jednalo sa predovšetkým o pranie uniknúť neznesiteľným myšlienkam alebo situácii alebo získať starostlivosť a pozornosť, čo môže byť vyjadrením prežívanej bezmocnosti. Zároveň udávali väčší počet predchádzajúcich záťažových udalostí. Dospelé osoby tiež častejšie trpeli psychiatrickými a závislostnými problémami, kým adolescenti vykazovali mierne vyšší stupeň impulzivity. Rozdiely v miere depresie a beznádejnosti neboli preukázané, dospelé osoby ale psychiatrické problémy považovali za väčší problém, čo môže byť spojené s dĺžkou trvania ťažkostí a s väčšou stabilitou depresívnej afektivity. Adolescenti skórovali vyššie v impulzivite (čo potvrdzuje ich impulzívnejšie samovražedné akty). Nízka sebaúcta sa v skupine dospelých osôb javila byť nezávislá na udalostiach predchádzajúcich suicidálnemu pokusu, čo poukazuje na jej väčšiu stabilitu v tejto vekovej kategórii. Súhrnne je možné povedať, že negatívne pocity v adolescentnej populácii sa javia byť viac prechodné. Vyššia impulzivita adolescentov, kognitívna nezrelosť a pokles sebaúcty pri problematických udalostiach vytvára nižšiu toleranciu pre pretrvávajúce problémy a suicidálne jednanie sa môže v čase stresu objaviť aj pri nižšej záťaži a pri menšom množstve predchádzajúcich stresových udalostí.

Adolescencia je náročným životným obdobím plným zmien a vývojových úloh, s pomerne častými stresujúcimi životnými udalosťami, s ktorými sa mladý človek stretáva a ktoré potrebuje zvládnuť. Zároveň je to obdobie nesmierne citlivé na rozvoj psychopatologických problémov. V súčinnosti týchto všetkých faktorov potom vzniká zvýšené riziko suicidálneho správania. Varovnými signálmi samovražedného vývoja v tomto období sú predovšetkým zmeny správania, ako sú ťažkosti v škole a izolácia od vrstovníkov. Samovraždy mladistvých často nesú komunikačný signál, že sa s mladým človekom niečo deje.

Medzi protektívne faktory, ktoré môžu suicidálny vývoj v tomto vývojovom období brzdiť, patria dobré vzťahy v rodine a podpora v rodine, dobré sociálne schopnosti, sebadôvera, správanie smerujúce k vyhľadaniu pomoci v prípade objavenia sa

problémov, dobrá sociálna integrácia (zapojenosť do rôznych voľnočasových aktivít), dobré vzťahy so spolužiakmi a vrstovníkmi, ako aj s dospelými.

Dospelosť

Obdobie dospelosti je pomerne rôznorodým životným obdobím s rozličnými životnými úlohami, v ktorom sa protektívne a rizikové faktory suicidálneho správania môžu meniť. Toto obdobie rozdelíme do dvoch celkov, a to na obdobie mladej dospelosti a na obdobie stredného veku.

Obdobie mladej dospelosti

Obdobie mladej dospelosti (20 – 34 rokov) je životným obdobím, v ktorom sú základnými vývojovými potrebami nájdenie a vytvorenie intimity a potreba nájdenia životnej kariéry alebo zamestnania. Typickými životnými úlohami tohto vývojového štádia sú nájdenie životného partnera, naučenie sa spoločnému životu, zaobstaranie si ekonomického zabezpečenia prostredníctvom práce, vytvorenie si domova, založenie rodiny a vychovávanie detí a vytvorenie a napĺňovanie pracovných cieľov a aspirácií.

V prípade, že sa mladému dospelému darí tieto životné úlohy napĺňovať, dochádza k dozretiu a utvoreniu vlastnej identity, pocitu pevnejšieho miesta v živote. S vývojom od adolescencie do strednej dospelosti sa zvyšuje trpezlivosť a tolerancia hostility a smutných pocitov. Obranné mechanizmy charakteristické pre adolescenciu môžu byť vystriedané potlačením, altruizmom, empatiou, sublimáciou a humorom (Vaillant, Blumenthal, 1990). Silným protektívnym faktorom, predovšetkým v období mladšej dospelosti, je starostlivosť o nedospelé deti.

Na druhej strane, vzhľadom k veľkému množstvu životných úloh, ktoré musí mladý dospelý naplniť a zvládnuť, môžu niektorí mladí ľudia prežívať vysoký stres v porovnaní seba s ostatnými v dosahovaní a v napĺňovaní týchto cieľov (Granello, Granello, 2007). Môžu prechádzať rôznymi krízami, či už tranzitórnymi alebo traumatickými, ktoré môžu mať suicidálny vývoj. Najčastejšími rizikovými faktormi suicidálneho jednania tohto obdobia sú predovšetkým interpersonálne ťažkosti a straty, ako sú partnerské konflikty, rozchody, manželské problémy, rozvod alebo separácia (Granello, Granello, 2007; Rich et al., 1991) a ťažkosti v pracovnej a ekonomickej oblasti - neschopnosť sa zamestnať a strata zamestnania a k tomu pridružené finančné ťažkosti (Rich et al., 1991). V skorej dospelosti sa znižuje

podpora školy a adolescentných vrstovníckych skupín a v prípade, že si mladý dospelý nevytvorí pretrvávajúci intímny vzťah, vzniká riziko izolácie (Rich et al., 1991).

K rizikovým faktorom patrí ďalej depresia (ktorá je rizikovým faktorom vo všetkých vekových kategóriách). U schizofrénie je pravdepodobnosť spáchania samovraždy najvyššia práve v tomto vekovom období, pretože samovraždy u osôb so schizofrénnym ochorením sa objavujú predovšetkým v prvých rokoch po nástupe ochorenia (Harkavy-Friedman et al., 1999; Radomsky et al., 1999), kedy môžu vznikajú pocity beznádeje a neadekvátnosti, strach z dezintegrácie a uvedomenia si, že mnohé z očakávaní sa postihnutej osobe nenaplnia. To môže viesť ďalej k rozvoju depresívnych symptómov, pocitom beznádejnosti a negatívnym očakávaniam do budúcnosti.

Čo sa týka prevalencie suicidálneho správania v tomto vekovom období podľa dát Svetovej zdravotníckej organizácie, bolo v r. 2005 spáchaných 240 samovrážd (z toho sú vo výraznej prevahe suicídiá mužov – 207 oproti 33 suicídiám žien) u osôb vo veku od 25 do 34 rokov. V porovnaní s ostatnými vekovými kategóriami je prevalencia suicídií v tejto vekovej skupine 3. najvyššia (WHO, 2008).

Stredný vek

Do životného obdobia stredného veku zaradujeme obdobie strednej dospelosti (35 – 54 rokov) a obdobie staršej dospelosti (55 – 64 rokov), ktoré sú z hľadiska vývojových úloh charakterizované tvorivosťou versus stagnáciou (Erikson, 1999). Je to životné štádium spojené s potrebou vytvárania (detí, ideí, produktov), ktoré vedú ku generativite. „Širšie povedané, generativita obsahuje produktivitu aj tvorivosť.“ (Hall, Lindzey, 1997, s. 75). Životnými úlohami sú výchova detí a vytváranie hodnôt prostredníctvom práce a zamestnania. Ak sa táto potreba nenaplní, môže dochádzať ku stagnácii a ochudobneniu.

Zvyšovanie trpezlivosti, tolerancie hostility a smutných pocitov, rozvoj altruizmu a zvýšenie sebakontroly, ktorá býva práve vo vekovom období 30. – 50. rokov najvyššia (Vaillant, Blumenthal, 1990), môže vytvárať protektívne faktory voči suicidálnym myšlienkam a suicidálnemu jednaniu.

Vo veku okolo 40 rokov dochádza k životnému predelu, ktorý bol po prvýkrát pomenovaný C. G. Jungom ako kríza životného streda, ktorá je charakteristická otázkami po zmysle života (Říčan, 1990). Je to obdobie intenzívnych premien osobnosti, prehodnocovania svojich hlavných cieľov a preformulovania svojho miesta a úlohy v živote a vedie k intenzívnemu hľadaniu zmyslu života (Halama, 2007). Vo

veku 40 – 45 rokov potrebuje človek zmeniť svoje životné plány, zhodnotiť minulosť, zbaviť sa ilúzií, prispôbiť sa životným zmenám, obrátiť sa viac dovnútra a zaoberať sa menej vonkajším okolím (Maris, 1995). Obdobie staršej dospelosti je časom zmien (odchod detí z domova, zmena náplne voľného času, možná je nutnosť zmeniť zamestnanie, nástup niektorých somatických ochorení), časom bilancovania a opúšťania niektorých plánov, ktoré už nebude možné uskutočniť, a naopak, potreby vytvorenia nových.

Maris (1995) chápe samovraždu ako dôsledok stagnácie vo vývoji. Domnieva sa, že základom suicidálneho jednania tohto vekového obdobia je, že niektoré osoby v strednom veku „... *jednoducho nedokážu prekonať prechod stredu života. To znamená, že nedokážu prežiť svoj rozvod(y), nemôžu už nájsť potešenie v práci, nedokážu sa vzdať svojej mladosti – hlavne ak majú fyzické ochorenie, opakujúce sa afektívne poruchy, problémy s alkoholovou závislosťou a nízke ekonomické, emocionálne alebo duchovné zdroje. Stredný vek často znamená, že človek musí pokračovať v živote bez pomoci alkoholu, pracovných postupov, alebo sexuálneho vybitia. Ďalšie osoby stredného veku sa zabíjajú čiastočne preto, že jednoducho neveria, že je možné zmeniť ich mladistvé životné štýly a stať sa životaschopnými ľuďmi stredného veku.*“ (Maris, 1995, s. 172). „*Samovražda v strednom veku je výsledkom naakumulovaných vývojových dlhov ...*“ (Maris, 1995, s. 173).

Podľa Marisovho konceptu suicidálnej kariéry je typickým samovrahom muž stredného veku, ktorý je depresívny, závislý na alkohole, žijúci sám alebo sociálne izolovaný, so sexuálnymi a manželskými ťažkosťami, nezamestnaný alebo s problémami v zamestnaní, s väčším počtom prežitých závažných životných udalostí, s možným somatickým ochorením a vnímajúci samovraždu ako jediné trvalé východisko z pretrvávajúcich životných problémov (1981 podľa Maris et al., 2000).

Maris odporúča pri zhodnotení suicidálneho rizika u osôb stredného veku nezabúdať na to, že najrizikovejším suicidálnym potenciálom je to, že tento potenciál má tendenciu byť neviditeľným. Ľudia v strednom veku nie sú natoľko v centre pozornosti ako napríklad mladí ľudia alebo staršie osoby, pretože nie sú v škole ani v iných inštitúciách, kde by zmeny ich správania mohli byť postrehnuteľné v zmysle navrhnutia pomoci. Keď sa osoby stredného veku dostanú do ťažkostí, väčšinou to nikto neočakáva (Maris, 1995).

Podľa Granello a Granello (2007) sa v dnešnej dobe osoby spadajúce do vekovej kategórie staršej dospelosti medzi sebou značne líšia. „*Predchádzajúci vývojový*

výskum, ktorý sa snažil toto obdobie označiť termínmi širšej „generativity versus stagnácie“, už nemôže byť dlhšie univerzálne aplikovaný. Ľudia v tejto vekovej kategórii sa môžu starať o deti alebo o vnúčatá. Môžu sa vrátiť do školy, chodiť na partnerské schôdzky alebo začať podnikáť. Baby Boom generácia dosiahla vyšší materiálny úspech než tie pred ňou, ale zároveň má vyšší počet depresí než generácie predchádzajúce. Niektorí odborníci si povšimli, že s vysokým výkonom prichádza vysoký stres a stres môže byť vzťahovaný k depresii.“ (Granello, Granello, 2007, s. 54).

Hlavnými životnými stresormi v tomto období môžu byť strata práce s pridruženými finančnými ťažkosťami a problémom sa znovuzamestnať, ako aj znížené kariérne príležitosti. Ako významné sa javia tiež interpersonálne konflikty a straty (rozvedení a osamelí sú z hľadiska suicidality ohrozenejšou skupinou než ľudia žijúci v harmonickom partnerskom zväzku a s pevným rodinným zázemím). Od staršej dospelosti sa pridávajú tiež somatické ochorenia. Podľa Rich et al. (1991) sa v strednom veku (40 – 49 rokov) hlavnými záťažovými udalosťami javia byť ekonomické problémy, pričom tieto boli typickejšie pre mužov než pre ženy (v pomere 2:1). Od stredného veku tiež narastá prítomnosť zdravotných problémov a somatických ochorení ako životného stresoru, ktoré kumulujú a stávajú sa hlavným rizikovým faktorom suicidálneho jednanie v období staršieho veku.

Tieto životné udalosti patria k normálnemu priebehu života, u suicidálnych osôb sa ale ich kvantita javí byť zvýšená. Suicidálne správanie v dospelosti je spojené predovšetkým s kumuláciou negatívnych životných udalostí (Hawton, 2002; Paykel, Prusoff, Myers, 1975). Suicidálne správanie môže byť výsledkom toho, aké copingové stratégie si jedinec v priebehu života vytvoril. U suicidálnej osoby v tomto veku je pravdepodobnejšie, že zažije viac negatívnych udalostí v priebehu kratšej doby. V prípade, že dôjde k akcelerácii takýchto udalostí, môže sa jedinec cítiť zavalený nešťastím a pohromami a môže si začať myslieť, že stratil kontrolu nad svojím životom. Samovraždu môže potom považovať za jediný spôsob, akým získa kontrolu nad svojím životom (Maris et al., 2000).

Ďalším významným problémom stredného veku môže byť izolácia, pravdepodobne v spojitosti s veľkými pracovnými požiadavkami. Osoby v tomto veku často potrebujú nájsť nové blízke osoby a niekedy tiež znovunájsť alebo nájsť náboženstvo. „V strednom veku objavujeme (ako sme si mali uvedomiť už predtým), že práca nás nezachráni.“ (Maris et al., 2000, s. 135).

Z psychických porúch je hlavným rizikovým faktorom depresia a abúzus návykových látok (v mladšom dospelom veku je to schizofrénna porucha), čo môže byť spôsobené tým, že od stredného veku sa zvyšuje prevalencia depresií a nastupujú negatívne dôsledky dlhodobého užívania alkoholu. Abúzus alkoholu je častým komplikujúcim faktorom v samovraždách osôb stredného veku, predovšetkým mužov. Z biologického hľadiska dochádza k ubúdaniu fyzickej energie, zníženiu sexuálnej aktivity a ďalším problémom vzťahujúcim sa k starnutiu (Maris et al., 2000).

Zároveň môže dochádzať aj k znížovaniu sebakontroly (napriek tomu, že sme uviedli jej najvyššiu mieru v tomto období), a to v prípade nástupu somatických ochorení, v prípade hrozby smrti a straty dôležitých blízkych osôb.

Maris (1995) uvádza, že osoby po samovražde nad 30 rokov sa nelíšili od mladších v depresii, beznádejnosti, použití zbrane, sociálnej izolácii alebo v nazeraní na smrť ako na únik od životných problémov (obe vekové skupiny skórovali v týchto kategóriách vysoko). Takmer všetky ďalšie rizikové faktory vzťahujúce sa k suicidálnemu správaniu (okrem mužského pohlavia), ako sú nazeranie na smrť ako na pomstu, nezamestnanosť, prítomnosť suicídia v rodine a rozvodu rodičov, excesívna konzumácia alkoholu, nedosiahnutie hlavných životných cieľov, nespokojnosť, nízka sebaúcta a viaceré suicidálne pokusy v anamnéze, sa častejšie vyskytovali u osôb pod 30 rokov.

Najviac potvrdenými rizikovými faktormi dospelosti sú impulzivita, agresivita, beznádejnosť, depresia, úzkosť, sociálna nezapojenosť a nedostatok sociálnych kontaktov a sociálnej opory. Z životných udalostí sa ako významné javí nahromadenie životných stresov a ich vzájomná kombinácia. Harmonické manželstvo, pevné vzťahy v rodine, výchova detí a starostlivosť o ne, ako aj pocit zmysluplného životného naplnenia, sa javia byť hlavnými protektívnymi faktormi v období dospelosti.

Starší vek

V staršom veku je samovražedné správanie spojované s adaptáciou na starobu a životnú zmenu, ktorú toto životné štádium prináša (napr. odchod do dôchodku) a redukciou osobných možností: redukcia telesných možností (zhoršovanie onemocnení, úbytok fyzických síl a energie, znížená sebestačnosť), redukcia medziľudských vzťahov (menej sociálnych kontaktov, strata blízkych, znížená schopnosť nadväzovať nové vzťahy) a redukcia pocitov sebahodnoty (pocit nehodnoty v zmysle nevytvárania hodnôt v dôsledku nepodávania pracovného výkonu, pocity prázdnoty a bezobsažnosti života). U ľudí tejto vekovej kategórie sa častejšie ako so smútkom, že ich už nič nečaká,

stretávame so smútkom, že už nemajú čo ponúknuť. V starobe dochádza tiež k oslabeniu obranných mechanizmov, zhoršujú sa osobnostné poruchy, znižuje sa sociálna podpora a tým sa zvyšuje riziko suicídia (Vaillant, Blumenthal, 1990).

Zároveň je to opäť čas bilancovania. Podľa Eriksona (1999) je hlavnou vývojovou úlohou integrita, ktorá odráža to, čím človek je a bol, čo urobil a čo dosiahol. Pri úvahách o životných úspechoch a neúspechoch s vedomím posledného štádia života môže človek prežívať zúfalstvo. Môže dospieť k pocitu, že jeho život nemal zmysel a že už nie je čas na nový začiatok, že mnohé z jeho snov a plánov zostanú nenaplnené. Pre toto vývojové obdobie sú typickejšie bilančné než impulzívne samovraždy, ktoré bývajú práve výsledkom týchto úvah a životného bilancovania. Tiež je typická voľba tzv. tvrdších, letálnejších samovražedných prostriedkov a dlhodobejšie zvažovanie samovražedného aktu ako aj menšie fyzické rezervy na jeho prežitie, v dôsledku osamelosti menšia sociálna podpora a sociálna izolovanosť vytvárajúce menšie riziko záchran, s čím súvisí vyšší počet dokonaných samovrážd v porovnaní s inými životnými štádiami.

Okrem toho, starší ľudia menej priamo komunikujú ich suicidálne úmysly. V prípade, že svoju beznádejnosť okoliu vyjadrujú, ich okolie tieto nepriame znamenia často nepostrehne, pretože starší ľudia sa otázkami smrti a umierania často zaoberajú. Častým presvedčením v bežnej populácii je, že malá nádej a depresia k starnutiu a terminálnym ochoreniam patria, čo ešte zvyšuje riziko nerozpoznania suicidálneho úmyslu.

Vývojové obdobie staroby patrí k druhému vrcholu samovražednosti. Najviac ohrozené sú osoby nad 75 rokov (Harwood, Jacoby, 2002). Barnow a Linden (2000) uvádzajú, že až u 20% osôb v tomto vekovom období sa vyskytovalo prianie umrieť alebo vykazovali suicidálne ideácie a gestá. Riziko samovraždy v staršom veku zvyšuje depresia a somatické ochorenia, strata blízkej osoby sa javí byť rizikovou v prípade rozvoja komplikovaného trúchlenia s pridruženou depresiou.

Suicidálne ideácie sú vo väčšine prípadov spojené s psychickým ochorením (McLaren et al., 2007; Waern, Rubenowitz, Wilhelmson, 2003; Beautrais, 2002; Barnow, Linden, 2000; Szanto et al., 1997), a i keď sa niekedy môžu vyskytnúť bez jeho prítomnosti, je to skôr zriedkavé (Barnow, Linden, 2000). Erlangsen et al. (2006) uvádzajú, že v prípade prítomnosti psychického ochorenia je riziko samovražednosti u tejto vekovej kategórie až 29 – 35-krát vyššie. K najčastejším psychiatrickým diagnózam staršieho veku patrí depresia, ktorá aj v tomto vekovom období hrá významnú úlohu vo vývoji suicidálneho správania. Barnow a Linden (2000) uvádzajú depresiou ako najčastejšiu

psychickú poruchu zvyšujúcu riziko suicidálnych ideácií v tomto veku, pričom riziko suicidálnych znakov je pri depresii až 40-krát zvýšené. Waern, Rubenowitz a Wilhelmson (2003) udávajú prítomnosť depresie u suicidálnych osôb vo vekovej kategórii nad 75 rokov v 42% a vo vekovej skupine 65 – 74 rokov bola depresia prítomná takmer u polovice osôb, pričom prediktorom suicidálneho správania boli nielen závažné formy depresie, ale aj miernejšie depresie. Podľa týchto autorov ale bola depresia u vekovej skupiny nad 75 rokov menej často liečená.

Conwell (2001) spolu s ďalšími autormi (napr. Erlangsen et al., 2006; Beautrais, 2002) zdôrazňuje dôležitosť liečby depresívnych príznakov a odporúča zameranie sa na suicidálne myšlienky a zistenie postoja k životu u každého staršieho človeka so symptómami depresie. *„Rozpoznanie a optimálna liečba klinickej depresívnej poruchy u starších ľudí, predovšetkým v primárnej starostlivosti, musí ostať oblasťou so špecifickým dôrazom.“* (Conwell, 2001, s. 41), pričom *„...predpojaté postoje voči starnutiu, deficit v znalostiach o depresii a samovražde na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a ich starších pacientov a systematické prekážky v prístupe k psychickej starostlivosti vytvárajú prevenciu v tejto populácii zložitejšou než v iných vekových skupinách.“* (Conwell, 2001, s. 43).

Somatické ochorenie je so suicidalitou staršieho vekového obdobia veľmi často spojované. Patrí k významným prediktorom suicidálneho správania v populácii nad 75 rokov a riziko suicidality zvyšuje viac než 3-krát (Waern, Rubenowitz, Wilhelmson, 2003), u osôb vo veku 65 – 74 rokov sa ale jeho spojitosť so suicidálnym správaním nejaví byť natoľko významná (Waern, Rubenowitz, Wilhelmson, 2003; Beautrais, 2002). Harwood et al. (2006a) uvádzajú, že zo somatických ochorení sa ako významné javili aj ochorenia typické pre tento vek (osteoartritída, poškodenie zraku a chronické dýchacie ochorenia), bolesť bola najčastejším špecifickým symptómom identifikovaným ako prispievajúcim k suicidálnemu riziku (u ¼ vzorky). Obvyklým faktorom bolo tiež funkčné obmedzenie. 60% osôb, u ktorých bolo problémom somatické ochorenie v poslednom roku pred smrťou, bola v poslednom mesiaci pred suicídiom prítomná aj depresia, čo opätovne poukazuje, že spojitosť medzi somatickým ochorením a samovraždou môže byť mediovaná depesiou.

Hlavnými príčinami suicidality starších osôb so somatickým ochorením môžu byť bolesť, anticipačná úzkosť vzťahujúca sa k progresii ochorenia a strach zo závislosti a zaťažovania rodiny. Prevalencia suicídií u terminálnych ochorení je 2 – 4%, avšak aj u

terminálne chorých sú suicidálne myšlienky a úmysly pri neprítomnosti depresie zriedkavé (Pellmar, Kleinman, Bunney, 2002).

Strata blízkej a dôležitej osoby je typickou životnou udalosťou, s ktorou sa starnúci človek stretáva. Táto strata môže viesť k rozvoju suicidálnych ideácií a samovražedných aktov v prípade, že sa u pozostalého rozvinie komplikované trúchlenie a depresia. Szanto et al. (1997) uvádzajú, že aktívne alebo pasívne suicidálne ideácie sa vyskytovali u 75% pozostalých s komplikovaným trúchlením vo veku 50 – 85 rokov, avšak suicidálne ideácie sa zriedkavo vyskytujú pri absencii depresívnej symptomatológie a ich výskyt je pravdepodobnejší pri prítomnosti psychopatologických fenoménov v anamnéze trúchliaceho jedinca. Osoby s aktívnymi suicidálnymi ideáciami, na rozdiel od osôb s pasívnymi suicidálnymi ideáciami, mali skôr vyššiu mieru subjektívnej než objektívnej depresie, vyššiu mieru komplikovaného trúchlenia, nižšiu sebaúctu a častejšie vyjadrovali sklamanie zo seba a sebanenávisť. Harwood et al. (2006b) potvrdzujú, že silnejším rizikovým faktorom suicidálneho správania sa javí byť dlhodobé komplikované trúchlenie (strata viac než pred rokom) než trúchlenie všeobecne.

V populácii ľudí nad 80 rokov je strata partnera rizikovejšia pre rozvoj suicidálnych ideácií u mužov než u žien a je tiež rizikovejšia než u mužov mladšej populácie. Okrem toho, muži v tomto veku sa so smrťou partnerky vyrovnávajú dlhšie než ženy so stratou partnera alebo mladšie vekové kategórie (Erlangsen et al., 2004).

Harwood et al. (2006b) zistili, že okrem najčastejšie uvádzaných rizikových faktorov tohto životného obdobia (somatické ochorenie, trúchlenie a interpersonálne ťažkosti), môžu riziko zvyšovať tiež finančné problémy, problémy s prispôbením, odchod do dôchodku. Problémy s prispôbením sa javili ako faktor prispievajúci k zvýšenému suicidálnemu jednaniu, strach z blížiaceho sa sťahovania do domovov dôchodcov z dôvodu zvyšujúcej sa fyzickej závislosti sa javil byť jedným z hlavných problémov. Ťažkosti s vyrovnávaním sa s dôchodkom, strata sebahodnoty nasledujúca po odchode do dôchodku a finančné ťažkosti (predovšetkým dlhy) boli častejšie v skupine osôb po samovražde než v kontrolnej skupine. Zdá sa tak, že finančné ťažkosti môžu byť aj v tejto skupine dôležitým rizikovým faktorom, a to hlavne v mladšej skupine staršej populácie.

Zaujímavé výsledky priniesla štúdia, ktorú realizovali Haight a Hendrix (1998). Autorky porovnávali životné príbehy starších žien so suicidálnymi ideáciami so životnými príbehmi žien bez suicidálnych ideácií, ktoré udávali spokojnosť so svojím

životom. Na základe kvalitatívnej analýzy ich životných príbehov dospeli k nasledujúcim výsledkom. Ženy so suicidálnymi ideáciami popisovali svoje detstvo ako nešťastné, s chýbajúcim pocitom lásky a bezpečia. Svoje pôvodné rodiny vnímali ako dysfunkčné, neposkytujúce lásku a starostlivosť a bez kvalitných rolových modelov. V pôvodných rodinách týchto žien sa vyskytovali tragické smrti a samovraždy. Taktiež ich manželstvá sa javili byť nefunkčnými a pocit izolácie a osamotenía sa javil byť pretrvávajúcím počas celého života (tieto ženy udávali, že si nikdy v živote nevytvorili dôverný vzťah). V detstve i v ďalšom živote spokojných starnúcich žien sa taktiež vyskytovali negatívne a ťažké udalosti, avšak proti týmto zážitkom stáli silné sociálne siete, dôverné vzťahy (v pôvodnej rodine i neskôr v živote) a optimistický pohľad. Zdá sa, že tieto ženy dokázali tragické udalosti akceptovať, preniesť sa cez ne a posunúť sa v živote ďalej. Základným rozdielom tak bol skôr odlišný pohľad na životné udalosti, ktorý bol u suicidálnych žien pesimistický, naopak u spokojných žien optimistický. Suicidálne ženy svoj život prežívali ako ťažký a nešťastný a tešili sa na smrť, zatiaľ čo spokojné ženy prežívali svoj život radostne, užívali si prítomnosti, netešili sa na smrť, ale boli ju schopné realisticky akceptovať. Takýto životný postoj zodpovedá Eriksonovmu popisu zvládnutej vývojovej úlohy staršieho veku a adaptívnemu procesu starnutia.

Na pocit spolupatričnosti ako protektívny faktor v tomto životnom období poukazuje tiež McLaren et al. (2007). Ak starší človek vie, že ho druhí oceňujú a vážia si ho a že je integrovaný do spoločenstva, znižuje sa riziko rozvoja suicidálnych ideácií (McLaren et al., 2007).

Je dôležité ešte zmieniť nepriame sebadeštruktívne správanie, ktoré je charakteristickejšie pre toto životné obdobie než pre ostatné vývojové štádiá a jeho frekvencia je tu v porovnaní s ostatnými vyššia. K tomuto typu správania patrí napr. odmietanie jedla alebo tekutín, nespolupráca pri liečbe alebo extrémne zanedbanie. Harwood a Jacoby (2002) uvádzajú, že napríklad Farberow používal pri poukazovaní na nepriame sebadeštruktívne správanie, ktoré môže viesť k smrti, termín “sub-intencionálna samovražda” a že iní autori tento spôsob samovražedného správania nazývajú ako “tichá samovražda”, “úmyselné život ohrozujúce správanie”, “nepriame sebadeštruktívne správanie”. Toto správanie býva časté napríklad v domovoch dôchodcov, kde sú mnohé bezprostredné spôsoby samovraždy obmedzené alebo sa môže vyskytovať u ľudí, ktorým samovraždu zakazuje náboženstvo. Takýto typ správania tiež často odráža prítomnosť depresívnych symptómov.

Súhrnne je možné povedať, že hlavným rizikovým faktorom suicidality v staršej vekovej kategórii je depresia, ktorá zohráva dôležitú úlohu v rozvoji suicidálneho procesu pri strete so závažnými životnými udalosťami, ako sú napríklad somatické ochorenie alebo strata životného partnera. Depresia sa tak aj v týchto prípadoch javí byť mediujúcim faktorom medzi životnými udalosťami a samovraždovým správaním. Naopak, protektívnymi faktormi tohto životného obdobia sa zdajú byť pocit spolupatričnosti, existencia blízkych a dôverných vzťahov, spokojnosť so svojím súčasným a predchádzajúcim životom, aktívny postoj k životu a optimistický, ale zároveň realistický pohľad.

6. Rizikové faktory samovražedného správania

Samovražedné správanie je komplexným javom. Neexistuje len jedna príčina, ktorá by samotná viedla k suicidálnemu jednaniu. Aby došlo k priamemu suicidálnemu aktu, je nutné spolupôsobenie viacerých rizikových faktorov.

Rizikové faktory samovražedného správania sú charakteristiky, ktoré sa vyskytujú opakovane vo veľkej vzorke ľudí, ktorí sa pokúsili o samovraždu (Shea, 2002). Sú to charakteristiky, ktoré vytvárajú väčšiu náchylnosť jedinca k samovražde (Hendin et al., 2001). Rizikové faktory môžu vychádzať z jedincových predispozičných charakteristík (osobnostné vlastnosti, biologické predispozície), psychosociálnych faktorov, enviromentálnych faktorov atď.

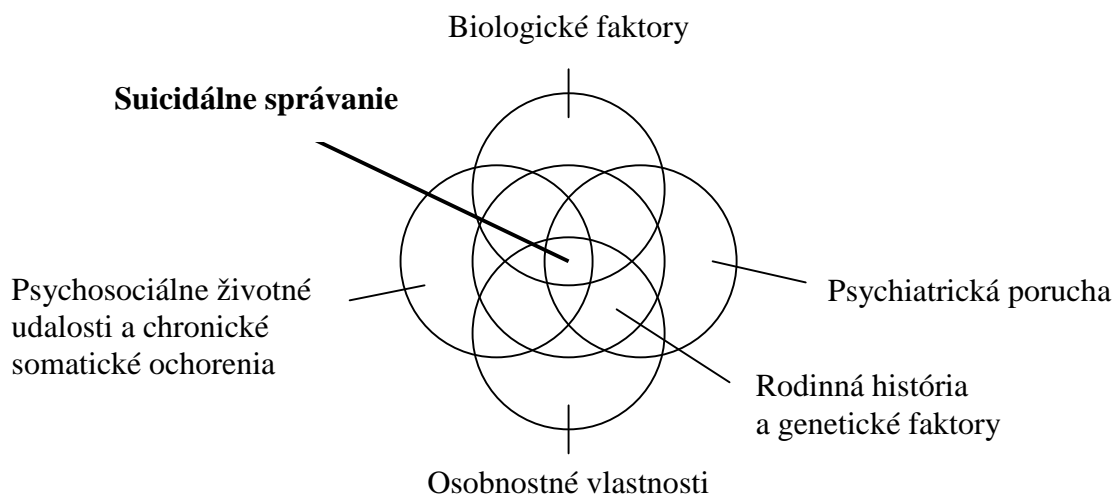
U jedinca môžu byť prítomné jeden alebo viac rizikových faktorov, a napriek tomu nemusí byť suicidálny. Samovražedné správanie je dynamický proces. K samotnému samovražednému jednaniu dochádza až v prípade interakcie jednotlivých rizikových faktorov s provokujúcou udalosťou pri súčasnej absencii protektívnych faktorov.

Podľa Moscicki (1995) môžeme rizikové faktory suicidálneho správania rozdeliť na vzdialené (distal) a bezprostredné (proximal). Vzdialené rizikové faktory predstavujú základ, na ktorom sa suicidálne správanie vytvára. Môžeme hovoriť o vulnerabilite jedinca, ktorá zvyšuje riziko, že jedinec bude v prípade stretu s bezprostrednými rizikovými faktormi reagovať suicidálne. Vzťah vzdialených rizikových faktorov k suicidalite je nepriamy, sú ale nutným základom, na ktorom sa suicidálny proces rozvíja. Naopak, bezprostredné rizikové faktory sú so samotným suicidálnym správaním užšie spojené a môžu pôsobiť ako spúšťače suicidálneho procesu, pretože suicidálnemu správaniu predchádzajú. Mnoho situačných faktorov je bezprostredných, na druhej strane, väčšina psychických porúch je považovaná za vzdialený rizikový faktor, vytvárajúci vulnerabilitu jedinca. Životné udalosti zaraďuje Moscicki do kategórie proximálnych rizikových faktorov.

Vaillant a Blumenthal (1990) rozdeľujú rizikové faktory do nasledujúcich kategórií :

- biologická vulnerabilita
- psychiatrická porucha
- rodinná história a genetické faktory
- osobnostné charakteristiky
- psychosociálne životné udalosti a chronické somatické ochorenie

Tieto kategórie sa vzájomne prekrývajú a suicidálne správanie vzniká v ich v prieniku, to znamená pri spoluúčinnosti viacerých faktorov (obr. 6.1).



Obr. 6.1 – Prekrývajúci sa model rizikových faktorov suicidálneho správania
(Blumenthal, 1990, s. 693)

Maris, autor konceptu suicidálnej kariéry, sa domnieva, že samovraždy sa iba zriedkavo vyskytujú ako výsledok neznesiteľných náhlych stresorov, ale odohrávajú sa na pozadí biopsychosociálnej životnej histórie, ktorá vytvára vulnabilitu k vzniku suicidálnych kríz (Maris, Berman a Silverman, 2000). „Koncept suicidálnych kríz je centrálny ... Nikto nesuiciduje v biografickom vákuu, životné histórie sú vždy relevantné ku konečnému aktu samovraždy. Suicidálne rozhodnutia sa vyvíjajú v priebehu času a na pozadí určitých sociálnych, psychologických a genetických (alebo biologických) horizontov, nikdy nie sú celkovo vysvetliteľné náhlymi, situačnými faktormi.” (Maris, Berman a Silverman, 2000, s. 38).

Podľa Van Heeringen (2002) existuje trvalá vulnabilita k suicidálnemu správaniu, ktorá môže byť definovaná v pojmoch biologických alebo psychologických charakteristík a ktoré sa môžu objaviť pri existencii a vplyve špecifických stresorov, pričom samovražedné správanie sa len zriedkavo vyskytuje bez kontextu psychiatrických alebo psychologických problémov. Suicidálne správanie je potom dôsledkom interakcie medzi stresujúcimi faktormi a predispozíciou (diatézou) k suicidálnemu správaniu. Predispozícia môže mať základ jednak v genetickej výbave

ako i v skorých raných zážitkoch. Predispozícia nemusí byť ale stabilná a pretrvávajúca počas všetkých období životného cyklu, ani sa nemusí manifestovať predpovedateľným spôsobom. Jej úroveň sa mení v čase, v závislosti na priebehu života a subjektívneho prekročenia frustračnej tolerancie. Toto prekročenie môže predstavovať prekročenie subjektívneho štandardu kvality života, ktorá je podmienená psychosociálnymi podmienkami, osobnými vzťahmi, ambíciami, hodnotami a sprievodnými faktormi pôsobiacimi ako protektívne faktory. Prekročenie tejto pomyselnéj hranice sa môže v priebehu života meniť (Kerkhof, Arensman, 2002).

Opakované vystavovanie sa stresujúcim faktorom môže hrať významnú úlohu v suicidálnom správaní, a to tak, že má nepriaznivý účinok na existujúcu predispozíciu. Na druhej strane, táto dispozícia môže byť v kladnom zmysle ovplyvnená efektívnymi liečebnými intervenciami a postupmi. Vulnerabilita k suicidálnemu správaniu sa tiež môže meniť napr. s vekom (zníženie impulzivity a tým impulzívnych riešení a reakcií, akým suicidálne jednanie v mnohých prípadoch je).

Van Heeringen (2002) uvádza, že na prítomnosť vulnerability k suicidálnemu správaniu môže poukazovať to, že niektorí ľudia uvažujú nad samovraždou alebo sa o ňu dokonca pokúsia aj pri strete so stresovými situáciami pomerne nízkej intenzity, naopak iní sú voči samovražde „odolní“ aj pri kumulácii závažných životných udalostí.

Vo výskume rizikových faktorov suicidálneho správania sa pozornosť spočiatku sústredila na sociodemografické faktory a prítomnosť psychickej poruchy u osôb po samovražednom pokuse alebo po dokonanej samovražde. Neskôr sa záujem výskumu obrátil smerom k psychologickým korelátom suicidálneho jednania. Kým sociodemografické faktory umožňujú identifikovať skupiny populácie ohrozené rizikom samovraždy a tým presnejšie zacieliť ohnisko prevencie na určitú časť populácie (napr. adolescentná populácia, nezamestnaní), rozpoznanie psychologických faktorov môže pomôcť pri odvrátení rizika suicídia v jednotlivých prípadoch.

V tejto práci sme rozdelili rizikové faktory do nasledujúcich kategórií a ďalej sa budeme venovať každej z nich podrobnejšie:

- sociodemografické faktory
- biologické faktory
- genetické faktory a rodinná záťaž
- psychická porucha
- psychologické faktory
- provokujúce faktory - provokujúca udalosť

Sociodemografické faktory

Vek

Dokonaná samovražda s vedomím ukončenia života je zriedkavým javom u detí do 12. roku života. Stáva sa častejšou v období puberty a stúpa v období adolescencie, s typickým vrcholom okolo 23. roku života. Po tomto 1. vrchole počet samovrážd klesá a druhého vrcholu dosahuje v staršom veku (Vaillant, Blumenthal, 1990). Krivka počtu samovrážd vzhľadom k veku má teda tvar U, pričom najviac ohrozené sú 2 vekové skupiny – adolescenti a veková kategória nad 60 rokov. Brown et al. (2000) uvádzajú vzostupnú tendenciu rizika samovražedného správania spolu s vekom. Rizikovou populáciou sú podľa nich osoby nad 48 rokov. Jednotlivým vekovým kategóriám sme sa bližšie venovali v predchádzajúcej kapitole.

Pohlavie

Dokonaná samovražda je častejšia u mužov, u žien dominuje suicidálny pokus. Vysoko pravdepodobne tento rozdiel súvisí so spôsobom prevedenia samovraždy a s voľbou prostriedku, ktorý je k samovražde použitý. Muži častejšie volia tzv. tvrdé spôsoby samovraždy, u nás na prvom mieste stojí obesenie, za ním nasleduje skok z výšky a na treťom mieste je použitie strelnej zbrane (v USA je najčastejšie použitá strelná zbraň). U žien je najčastejšou formou suicidálneho jednania predávkovanie liekmi, ktoré sa radí k tzv. mäkkým spôsobom.

Rodinný stav

Vplyv rodinného stavu na riziko suicidálneho jednania sa rôzni podľa pohlavia, kultúry a v priebehu životného cyklu. Vo všeobecnosti môžeme povedať, že osoby rozvedené,

ovdovené, bez partnerského zväzku a žijúce sami sú samovraždou ohrozené signifikantne viac než ľudia v harmonickom partnerskom vzťahu (Duberstein et al., 2004; Maris, Berman, Silverman, 2000; Slater, Depue, 1981).

Rizikovosť suicidálneho správania z hľadiska funkcie rodinného stavu postupuje od najvyššieho rizika po najnižšie nasledovne: ovdovení, rozvedení, slobodní, v manželskom zväzku a v manželskom zväzku s deťmi (Bongar et al., 2000). Život bez manželského partnera sa javí byť rizikovejším pre mužskú populáciu viac než pre ženy (Maris, Berman, Silverman, 2000). V adolescentnej populácii je to naopak, manželstvo je skôr rizikovým faktorom, pretože môže byť spojené s nechceným tehotenstvom, rodinnými konfliktami a zvýšeným stresom (Bongar et al., 2000).

Rodinné nehody sa javia byť rizikovým faktorom suicidálneho správania (Maris, 2002). Rozvod, ovdovenie, rodinné problémy, konflikty a nehody v manželstve, domáce násilie a ďalšie negatívne faktory znižujúce kvalitu súžitia manželov, zvyšujú riziko rozvoja suicidálnych ideácií u vulnerabilného jedinca. Manželské problémy a konflikty zvyšujú riziko suicidálneho správania tiež u detí a adolescentov, ktoré v týchto rodinách vyrastajú.

Nedostatok sociálnej opory, izolácia, osamelosť

Samovražedné správanie sa častejšie vyskytuje u ľudí osamotených, izolovaných, bez blízkych medziľudských vzťahov, nemajúcich podporu rodiny a priateľov.

Sociálna izolácia môže byť jedným z primárnych faktorov samovražedného správania, zároveň môže byť faktorom sekundárnym, následkom suicidálneho vývoja (viz. Ringelov presuicidálny syndróm, kde sociálna izolácia alebo sociálne stiahnutie sa – postupné uzatváranie sa do seba a obmedzovanie kontaktov s druhými, sú jedným zo stupňov suicidálneho vývoja). Osamotenie je rizikovým faktorom pre rozvoj suicidálnych ideácií ako aj pre pokusy o samovraždu, pričom myšlienky na samovraždu sa pri osamotení (či už objektívnom alebo subjektívnom pociťovaní osamotenosti) ešte zvyšujú pri výskyte ťažkého distressu (Stravynski, Boyer, 2001). Osamelý jedinec si môže pripadať zbytočný, v krízovom období bez sociálnej opory a povzbudenia. Zapojenie do sociálneho okolia naopak významne znižuje riziko samovražedného jednania.

Viacere výskumy poukazujú na to, že sociálna izolácia a negatívny sociálny kontakt s inými ľuďmi je bežným vzorcom medzi suicidálnymi jedincami (Stravynski, Boyer, 2001; Slater, Depue, 1981). Duberstein et al. (2004) zistili vo vzorke osôb nad 50 rokov,

že tí, ktorí spáchali samovraždu vykazovali menšiu sociálnu integráciu, to znamená, že boli v menšej interakcii so sociálnou sieťou, menej často navštevovali alebo boli menej aktívne zaangažovaní do sociálnej alebo pracovnej skupiny, seniorských centier, svojpomocných skupín, charity alebo komunitných skupín.

Maris uvádza, že výsledky jednej štúdie ukázali na to, že až 50% osôb, ktorí spáchali samovraždu nemali blízkych priateľov. Zdôrazňuje, že byť osamoteným je iné, než mať aspoň jednu osobu, ktorá je v jedincovom živote dôležitá, preto v suicidálnej prevencii môže byť prítomnosť terapeuta, partnera alebo inej blízkej osoby kľúčová a rozhodujúca (Maris, Berman a Silverman, 2000).

Predchádzajúci suicidálny pokus

Predchádzajúce suicidálne správanie a predchádzajúci suicidálny pokus patrí k jedným z najlepších indikátorov budúceho pokusu (Oquendo et al., 2004; Hawton et al., 2003; Brown et al., 2000). Hawton et al. (2003) uvádzajú, že 65% osôb po samovražednom pokuse malo v anamnéze predchádzajúci suicidálny pokus. Podľa Oquendo et al. (2004) zvyšuje predchádzajúci suicidálny pokus riziko opätovného suicidálneho jednania 4-krát.

Biologické faktory

Výskum biologických faktorov suicidálneho správania sa zameriava na viacero oblastí, a to od štúdií neurotransmitterov po výskum agresie, genetických faktorov, rodinnej anamnézy, sociobiológie, alkoholizmu, užívania návykových látok, biologických markerov, somatických ochorení, zobrazovacích a rádiologických techník, postmortem štúdií mozgu atď. (Maris, 2002).

V spojitosti so suicidálnym správaním je serotonín najviac študovaným neurotransmitterom, hoci skúmaný bol tiež dopamín a norepinefrín (Maris, 2002). Štúdie neurotransmitterovej dysfunkcie poukazujú na spojitosť serotonínu a suicidalít, predovšetkým na nízke hladiny metabolitu serotonínu 5-HIAA v CNS, pričom serotonergické korelácie so suicidalitou sa zdajú byť silne nezávislé na psychiatrickom ochorení (Joiner, Brown, Wingate, 2005; Maris, 2002; Maris, Berman, Silverman, 2000). Mann et al. (1999) uvádzajú zníženie serotonínu vo ventrálnom prefrontálnom kortexe. Biochemická spojitosť bola zistená medzi agresiou, impulzivitou a redukciou serotonergného pôsobenia a tiež bola preukázaná spojitosť deficitu serotonínu

a depresie. Predpokladá sa, že podobný vzťah existuje aj so suicidálnym správaním (Maris, Berman, Silverman, 2000; van Praag, 2000).

Súčasný neurobiologický výskum poukazuje na to, že u suicidálnych jedincov v porovnaní s ostatnými sú prítomné serotonergické rozdiely. Tieto rozdiely sa zdajú byť špecifické pre serotonín a nemusia zahŕňať ostatné neurotransmitery. U jedincov po suicidálnom pokuse a u osôb po dokonanej samovražde bola zistená znížená serotonergická funkcia, pričom poukazuje na to, že impulzivita, agresia a letalita sú ovplyvňované touto serotonínovou hypoaktivitou (Joiner, Brown, Wingate, 2005).

Vďaka rozvoju zobrazovacích metód serotonergických funkcií in vivo a identifikácii génov spojených s produkciou serotonínu, máme prostriedky na rozvoj neurobiologických testov, ktoré by mohli byť nápomocné pri detekcii osôb vo vysokom riziku suicidálneho správania. Takéto testy môžu umožniť testovanie liečebných intervencií a mať vplyv na redukciiu prevalence samovražednosti pomocou skorej identifikácie a intervencie u osôb ohrozených samovražedným správaním (Maris, Berman, Silverman, 2000).

Rodinná história a genetické faktory

Otázku úlohy genetických faktorov a dedičnosti v suicidálnom správaní sa výskumníkom doteraz nepodarilo jednoznačne zodpovedať. Na to, že prítomnosť suicidálneho správania v rodine alebo psychickej poruchy, prípadne oboch, patrí k rizikovým faktorom suicidálneho jednania, poukazuje Maris (2002). Murphy a Wetzel (1982) uvádzajú, že 6 – 8% osôb, ktoré sa pokúsia o samovraždu majú v rodinnej anamnéze suicídium. Výskum, ktorý previedol Roy (1983), ukazoval na to, že takmer polovica osôb s výskytom samovraždy v rodine sa pokúsila o samovražedný pokus. Samovražda v rodine sa v tomto výskume ukázala ako signifikantne zvyšujúca riziko samovražedného pokusu u osôb s širokou škálou psychických porúch.

Podľa Roy et al. (2000) klinické dáta zo štúdií rodín, dvojčiat a adopcií ukazujú na existenciu genetickej náchylnosti k samovražde. Táto náchylnosť sa ale prejavuje iba v období závažného stresu alebo v spojitosti s psychiatrickou poruchou.

Otázkou ale ostáva, nakoľko je tento fakt založený na dedičnosti náchylnosti k afektívnym poruchám alebo k samotnému samovražednému správaniu. Ako uvádza Moscicki (1995), je viac pravdepodobné, že neexistuje „suicidálny gén“, ale skôr

dedičná náchylnosť k afektívnym poruchám, ktorá je základom potenciálu k suicidálnemu správaniu.

Psychiatrické faktory

Psychické poruchy sú považované za centrálné rizikové faktory samovraždy a suicidálneho správania. Výskumy poukazujú na to, že až približne 90% samovrážd je spojených s psychickým ochorením a len u 10% suicídií nebolo psychické ochorenie preukázané (Hawton et al., 2003). Tento fakt sa vzťahuje k dokonaným samovraždám ako aj k suicidálnym pokusom. Riziko suicidálneho správania je u osôb s psychickou poruchou 7 až 10-krát vyššie než u normálnej populácie (Tanney, 2000) a u osôb trpiacich psychickou poruchou sa zvyšuje spolu s chronicitou ochorenia (Brown et al., 2000) a tiež s komorbiditou psychických porúch. K psychickým poruchám, ktoré sú najčastejšie spojované so suicidálnym jednaním patria:

- na ose I - depresia, závislosť na alkohole, schizofrénia
- na ose II - poruchy osobnosti (predovšetkým emočne nestabilná a antisociálna porucha osobnosti)

Depresia

Depresia je najčastejšou psychickou poruchou prítomnou v rozvoji suicidálneho správania. Predstavuje najväčšiu samostatnú diagnostickú jednotku medzi osobami po suicidálnom jednaní a zároveň je suicidalita jedným zo symptómov depresívnej poruchy (ako aj emočne nestabilnej poruchy osobnosti). Prevalencia depresie u suicidálnych osôb je vysoká a je udávaná v rozmedzí od 29 až po približne 88% (Lönnqvist, 2000). Haw et al. (2001a) uvádzajú 72% prítomnosť depresie u suicidálnych osôb (pričom depresívna symptomatika bola prítomná u 78% osôb, ak sa vzali v úvahu tiež ďalšie psychické ochorenia, u ktorých sú tieto symptómy dominantné, napr. dystýmia, úzkostne-depresívna porucha atď.), Beautrais et al. (1996) uvádzajú prítomnosť depresie 61,9% (u všetkých typov porúch nálady bola prevalencia 80%). Samovražda je hlavnou jednotlivou príčinou zvýšenej mortality u depresie (Lönnqvist, 2000).

Viac než polovica depresívnych pacientov má myšlienky na samovraždu. Závažnosť týchto myšlienok, plánov a tendencií narastá spolu so závažnosťou ochorenia (Joiner, Voelz, Rudd, 2001; Lönnqvist, 2000). Riziko suicidálneho správania v priebehu depresívneho ochorenia fluktuuje (Lönnqvist, 2000). Priame suicidálne jednanie je častejšie pri ústupe depresie a zlepšovaní stavu (pretrvávajúca smutná nálada, avšak

narastajúca energia – jedinec v stave smútku získa energiu na vykonanie samovražedného činu), než v stave ťažkej depresie, ktorá je sprevádzaná nedostatkom energie a výraznou apatiou. Joiner, Pettit a Rudd (2004) uvádzajú, že u 7% pacientov, ktorí zažívali nárast energie pri inak pretrvávajúcej depresii, bolo suicidálne riziko vysoké a domnievajú sa, že tento vzorec je znakom nekompletnej remisie.

Mnohé zo symptómov depresie sa jasne prekrývajú s rizikovými faktormi suicidálneho správania. Okrem toho, že suicidálne myšlienky sú jedným zo symptómov depresie, k suicidálnemu jednaniu sa môžu vzťahovať aj ďalšie z depresívnych symptómov. Beznádejnosť, pocity viny, apatia a strata záujmu aj o bežné aktivity, prežívanie nízkej zmysluplnosti života, nízka sebaúcta, dichotomické myslenie a ďalšie kognitívne distorzie sú klasickými symptómami depresie a zároveň ich môžeme nájsť aj ako významné rizikové faktory rozvoja suicidálneho procesu.

V rozvoji suicidálnych úmyslov sa subjektívne vnímanie depresie javí byť dôležitejším faktorom než objektívna hĺbka depresívnej symptomatiky. Mann et al. (1999) porovnávali skupinu depresívnych pacientov so suicidálnymi ideáciami so skupinou depresívnych pacientov bez suicidálnych myšlienok a dospeli k záveru, že sa významne nelíšili v stupni objektívnej depresie, ale práve v miere subjektívneho vnímania depresie. Malone et al. (2000) a Oquendo et al. (2004) zhodne uvádzajú, že subjektívne hodnotenie depresie a distressu lepšie predikuje samovražedné správanie než objektívna miera depresie. Podľa Oquendo et al. (2004) sa klinicky meraná miera psychopatológie nevzťahuje k budúcemu suicidálnemu správaniu, ale *„Zhodnotenie kognitívnych alebo subjektívnych posúdení závažnosti depresie, beznádejnosti a vnímaných dôvodov k životu môže klinikom poskytnúť spoľahlivejšie indikovanie miery rizika suicidálneho správania.“* (Oquendo et al., 2004, s. 1437).

Hoci sa depresia z hľadiska veku javí byť jedným z hlavných rizikových faktorov suicidálneho procesu vo všetkých vekových kategóriách, spojitosť medzi suicidálnym správaním a poruchami nálady s vekom rastie (Beautris uvádza obdobie po 30-tom roku života) (Beautrais et al., 1996). Depresívna porucha je často menovaným rizikovým faktorom u žien (u mužov sa predpokladá vyššia prítomnosť abúzu alkoholu), Haw et al. (2001a) ale nenašli rozdiely v prevalencii a závažnosti depresívnych porúch medzi mužmi a ženami.

Dôležité je tiež to, že depresia a depresívne symptómy sú v častej komorbidite s inými psychickými poruchami, ako je schizofrénia, úzkostné poruchy, závislosť na alkohole alebo poruchy osobnosti a vyskytovať sa môže tiež u niektorých somatických ochorení.

Riziko, že depresívny človek bude jednať suicidálne, je pri komorbidite depresie s inými poruchami oveľa vyššie (napr. Hawton et al., 2003; Beautrais, et al., 1996; Isometsä et al., 1994). Isometsä et al. (1994) uvádzajú až 80% komorbiditu depresívnej poruchy s inými poruchami u suicidálnych jedincov, pričom prevalencia a forma komorbidity variuje v závislosti na pohlaví a veku. Títo autori uvádzajú, že prítomnosť komorbidnej závislosti na psychoaktívnych látkach je výrazne vyššia u mužov než u žien, poruchy osobnosti sú častejšie u mladšej populácie a fyzické ochorenie sa častejšie vyskytuje u starších osôb.

Súhrnne môžeme povedať, že hlavnými rizikovými faktormi suicidálneho správania u depresie sú:

- beznádejnosť
- pesimizmus
- subjektívne hodnotenie depresie a distresu ako závažného (silnejší prediktor než objektívna miera depresie)
- sebanenávisť a nízka sebaúcta
- pocity viny
- komorbidita s inými psychickými ochoreniami

Schizofrénia

Typickým obdobím nástupu schizofrénneho ochorenia je neskorá adolescencia, ktorá je kritickým obdobím pre rozvoj sociálnych vzťahov, partnerských vzťahov, sexuálneho dozrievania, obdobím ukončovania štúdia, plánovania ďalšej kariéry a životného smerovania. Schizofrénne ochorenie má tendenciu k chronicite a prináša poškodenie emočného, afektívneho, vzťahového a psychosociálneho fungovania. Tieto deficity sa môžu objaviť už pri nástupe ochorenia.

Celková prevalencia samovražedného jednania u schizofrénie je okolo 10%, riziko suicidálneho jednania je v tejto populácii 30 - 40-krát vyššie v porovnaní s bežnou populáciou (De Hert, Peuskens, 2000) a samovražda je zároveň najčastejšou príčinou predčasnej smrti u osôb so schizofrénnou poruchou.

Suicidálne správanie sa objavuje predovšetkým v prvých rokoch po nástupe ochorenia (Harkavy-Friedman et al., 1999; Radomsky et al., 1999) a pri ústupe akútnej fázy poruchy, kedy dochádza k zmierneniu symptómov schizofrénneho ochorenia. V tejto fáze sa môžu pridružiť symptómy depresie, beznádej, bezmocnosť, uvedomovanie si negatívnych faktorov ochorenia, ktoré môžu byť ďalej nasledované suicidálnymi

úvahami. Aj v tejto populácii sa depresia javí byť významným rizikovým faktorom suicidálneho správania (Hawton et al., 2005; Schwartz, Cohen, 2001; Fenton, 2000).

Za najviac ohrozenú skupinu osôb so schizofrénym ochorením sú považované osoby s vyšším vzdelaním a dobrou premorbídnou úrovňou fungovania (Fenton, 2000), ktorá je síce spájaná s nižšou morbiditou ochorenia, ale môže viesť k väčšiemu uvedomovaniu si rizika možného rozvoja patológie. V takom prípade môžu vznikáť pocity beznádeje a neadekvátnosti, strach z dezintegrácie a uvedomenia si, že mnohé z očakávaní sa postihnutej osobe nenaplnia. To môže viesť ďalej k rozvoju depresívnych symptómov, pocitom beznádejnosti a negatívnym očakávaniam do budúcnosti (tzv. postpsychotická depresia). Pompilli et al. (2004) sa ale na základe výsledkov analýzy štúdií zameraných na posúdenie uvedomovania si ochorenia ako rizikového faktoru zvyšujúceho pravdepodobnosť suicidálneho jednania schizofrénnych osôb domnievajú, že uvedomovanie si ochorenia môže na jednej strane riziko zvyšovať prostredníctvom beznádejnosti a zúfalstva, vznikajúcich z uvedomenia si nutnosti celoživotnej medicíny a sociálnych dôsledkov ochorenia, ale na druhej strane môže náhľad zlepšovať spoluprácu pacienta v liečbe, ktorá by ho mala chrániť pred relapsami.

Naopak, chronický priebeh ochorenia, s mnohými relapsmi a častými hospitalizáciami sa javí byť jedným z rizikových faktorov (De Hert, Peuskens, 2000), pretože mnohí pacienti páchajú samovraždu z dôvodu prania uniknúť stresujúcim a obťažujúcim symptómom, i keď samovražedné pokusy v dôsledku auditívnych direktívnych halucinácií sú menej časté (Harkavy-Friedman et al., 1999).

Významným rizikovým faktorom sa javí byť negatívny postoj k liečbe, ktorý môže indikovať, že pacient popiera ochorenie alebo liečbu (dôvodom odmietania sú často nepriaznivé vedľajšie účinky liekov). Nespolupráca pri liečbe (nedodržiavanie farmakologickej liečby, úteky z liečby, opustenie liečby napriek odporúčaniam atď.) môže následne viesť k zhoršovaniu príznakov, častejším relapsom a hospitalizáciám a k rýchlejšej chronicite ochorenia (De Hert, Peuskens, 2000).

Hawton et al. (2005) analyzovali výsledky štúdií zameraných na zistenie rizikových faktorov samovražedného správania u schizofrénnych pacientov. Výsledky poukazujú na to, že suicidálne riziko u pacientov so schizofréniou sa menej vzťahuje k psychotickým symptómom poruchy a viac k afektívnym symptómom, pocitom bezcennosti, beznádejnosti a depresii, agitácii alebo motorickému nepokoju a k uvedomovaniu si, že ochorenie ovplyvňuje mentálne fungovanie (celkovo ale náhľad ochorenia riziko suicídia nezvyšoval). Silným rizikovým faktorom je

predchádzajúce suicidálne správanie. Hoci alkoholová závislosť je rizikovým faktorom suicidálneho správania v celkovej populácii, u schizofrénnych pacientov sa tento faktor ako rizikový nepreukázal. Na druhej strane sa ale ako rizikové javí zneužívanie a závislosť na ostatných návykových látkach. Ako dôležitá sa vo vzťahu k suicidálnemu správaniu ukazuje spolupráca pri liečbe. Pozitívne príznaky schizofrénie, ako halucinácie a bludy sa nejavili byť dôležité pre zvyšovanie rizika a zdá sa, že halucinácie majú dokonca voči suicidálnemu jednaniu protektívnu funkciu. Zo sociodemografických faktorov sa ako zvyšujúce riziko nepreukázali faktory súvisiace s manželským statusom (slobodní a rozvedení sa nejavia byť vo väčšom suicidálnom ohrození), zamestnanosťou, nízkym vzdelaním. Vyššie vzdelanie sa vzťahovalo k zvýšenému riziku, táto však nebola významná. Naopak, rizikovým faktorom je bývanie osamote a aktuálne udalosti spojené so stratou. Samovraždy sú aj v tejto populácii častejšie u mužov než u žien.

Osoby so schizofrénou poruchou menej často komunikujú suicidálne úvahy sociálnemu okoliu, ich samovraždy sú preto ťažšie predikovateľné. Častejšie pristupujú k letálnejším spôsobom vedúcim k suicídiu, pričom voľba letálnejších prostriedkov samovraždy pravdepodobne odráža ich silnú determináciu ukončiť život (Radomsky et al., 1999; Harkavy-Friedman et al., 1999).

Hlavné rizikové faktory u schizofrénie môžeme zhrnúť nasledovne:

- afektívne symptómy alebo syndrómy, depresia
- pocity beznádejnosti a bezcennosti
- suicidálne myšlienky, hrozby alebo správanie (predchádzajúci suicidálny pokus)
- obavy z dopadu ochorenia na mentálne fungovanie
- slabá spolupráca pri liečbe
- zneužívanie drog
- dobrá premorbídna úroveň fungovania
- menej negatívnych príznakov

Protektívne faktory voči suicidálnemu jednaniu u osôb so schizofrénou poruchou sú neprítomnosť symptómov, prítomnosť užitočných aktivít a zapojenia sa do komunity, ambulantná liečba (De Hert, Peuskens, 2000). Priebeh ochorenia so skorým nástupom postpsychotického deficitu je negatívnym dôsledkom schizofrénie, avšak vedie k nižšiemu riziku suicidálneho jednania, čo môže byť spôsobené tým, že títo pacienti sú

si menej vedomí negatívnych dôsledkov ochorenia, ako aj tým, že kognitívny deficit poškodzuje mentálne procesy, ktoré sú potrebné pre plánovanie a vykonanie suicidálneho aktu (Fenton, 2000; Kaplan, Harrow, 1996).

Abúzus alkoholu a závislosť na alkohole

Podľa Berloteho (2004) sú abúzus alkoholu, alkoholová závislosť a závislosť na ostatných psychoaktívnych látkach po depresii druhou najčastejšou psychiatrickou diagnózou prítomnou u suicidálneho správania. Kølves et al. (2006) zistili prevalenciu abúzu alkoholu u 10% osôb po dokonanej samovražde a závislosť na alkohole u 51% osôb, pričom najčastejšou vekovou skupinou boli muži vo veku 35 – 59 rokov (83,9%). Murphy (2000) uvádza prítomnosť abúzu alkoholu, alkoholovej závislosti a závislosti na ostatných psychoaktívnych látkach u 25 – 55% samovrážd.

Z hľadiska veku sa samovražda pri závislosti na alkohole, na rozdiel od schizofrénie, často vyskytuje v neskorších fázach závislosti (a teda aj v neskoršom vekovom období). V mladších vekových kategóriách môžeme spojitosť suicidálneho správania a alkoholu nájsť predovšetkým v impulzívnych samovražedných aktoch, u ktorých požitie alkoholu často predchádza samovražednému aktu.

Suicidalita je u abúzu alkoholu a alkoholovej závislosti častejšie spojená s mužskou než s ženskou populáciou. Kølves et al. (2006) uvádzajú výskyt abúzu a závislosti na alkohole u 68% mužov a u 29% žien, ktorí spáchali dokonanú samovraždu. Haw et al. (2001b) zistili tiež prevažujúcu prevalenciu mužského pohlavia u osôb po úmyselnom sebapoškodení, pričom ďalšími dominantnými sociodemografickými charakteristikami týchto osôb bol starší vek, častejšie boli rozvedení alebo ovdovelí, nezamestnaní, somaticky chorí alebo zneschopnení. Z osobnostných charakteristík v tejto vzorke prevažovali impulzivita a viac agresívnych jednaní v priebehu života.

Podľa Rossow, Romelsjö a Leifman (1999) má alkohol zrejme silnejšiu spojitosť so suicidálnymi pokusmi než s dokonanou samovraždou, a to cez možný dopad intoxikácie a impulzivity na úmyselné sebapoškodenie. Vo výskumnej vzorke osôb so závislosťou na alkohole zistili častejšiu prítomnosť samovražedných pokusov (33,3%) než dokonaných suicídií (10%). Komorbidita s inou psychickou poruchou zvyšovala predovšetkým riziko suicidálneho pokusu (38,3% proti 3,7% u dokonaných samovrážd). Závislosť na alkohole a iných návykových látkach vedie k narušeniu afektívnej rovnováhy, ktorej dôsledkom je pridružená depresia. V bežnom živote dochádza vplyvom chronického užívania k narušeniu interpersonálnych vzťahov a

k interpersonálnym konfliktom, čo následne vedie k zužovaniu sociálneho okolia a sociálnej opory a k zvyšovaniu sociálnej izolácie. Interpresonálne straty alebo ich očakávanie sú u tejto časti populácie častou stratou predchádzajúcou samovražednému správaniu (Murphy, 2000). Zvyčajne je narušená aj oblasť práce a pracovného výkonu, čo môže viesť k nezamestnanosti a finančným ťažkostiam. Vnímanie zmysluplnosti života sa často postupne znižuje. Pridružená je impulzivita a rizikové správanie, ktoré spoločne s vyššou afektívnou labilitou zvyšujú vstupovanie do impulzívnych samovražedných aktov. Okrem toho, alkoholizmus a dlhodobé nadužívanie môže viesť k poškodeniu a deficitu kognitívnych funkcií, často dochádza k osobnostným zmenám, k zanedbaniu zdravotnej starostlivosti a pridruženým somatickým ochoreniam. Samovražedné správanie v tejto populácii často vzniká ako reakcia na neutešené životné podmienky, ako reakcia na prebiehajúce alebo očakávané životné udalosti spojené so stratou (napr. rozvod, strata zamestnania, sociálna izolácia v dôsledku narušenia interpersonálnych vzťahov) alebo následkom rozvoja depresívnej symptomatiky.

Murphy (2000) uvádza ako ďalšie rizikové faktory kontinuálny ťažký abúzus, bývanie osamote, slabú sociálnu podporu, suicidálny pokus v anamnéze a komunikáciu suicidálnych ideácií a hrozieb.

Predpokladá sa, že nadužívanie alkoholu predisponuje k suicidálnemu správaniu prostredníctvom jeho depresogénnych účinkov, a tiež, že nadužívanie alkoholu vedie k vyššiemu výskytu negatívnych životných udalostí. Dlhodobé účinky abúzu alkoholu sú pravdepodobne mediované cez vplyvy na náladu a sociálne procesy. Alkohol je známy tým, že má vážny dopad na serotonergický systém. Je potvrdené, že narušený serotonergický systém je predisponujúcim faktorom tiež k impulzivite a k agresii, a preto niektorí autori predpokladajú, že alkoholizmus a suicidálne správanie by mohli mať rovnakú genetickú predispozíciu (Brady, 2006).

Ďalším faktorom, ktorý zvyšuje riziko samovraždy v populácii závislých na alkohole je vysoká komorbidity s inou psychiatrickou poruchou, napríklad Haw et al. (2001b) udávajú 93% komorbidity. Častá je komorbidity s depresiou (Bertolote et al., 2004; Hawton et al., 2003; Haw et al., 2001b) a s poruchami osobnosti (Hawton et al., 2003; Haw et al., 2001b). Depresia môže alkoholovej závislosti predchádzať, alebo naopak, byť jej dôsledkom, na čo poukazuje fakt, že u časti osôb sa už počas niekoľkých týždňov abstinencie depresívne symptómy výrazne zmiernia, u iných ale môžu mať pretrvávajúci charakter (Flavin, Franklin, Frances, 1990). Haw et al. (2001b) uvádzajú komorbidity alkoholovej závislosti a depresie približne u 75% osôb a alkoholovej

závislosti a poruchy osobnosti u viac než polovice osôb, ktorí sa úmyselne sebapoškodili.

Alkohol hrá významnú úlohu nielen v rozvoji závislosti ako rizikového faktoru v suicidálnom procese, ale je považovaný aj za priamy predchádzajúci rizikový faktor. Akútne účinky alkoholu boli potvrdené v suicidálnom správaní rovnako ako chronické účinky abúzu alkoholu. Užitie alkoholu sa môže podieľať na suicidálnom správaní cez vyvolanie negatívnych afektov a narušenie schopností riešenia problémov, ako aj cez agraváciu impulzívnych osobnostných rysov, pravdepodobne prostredníctvom vplyvu na serotonergickú neurotransmisiu (Brady, 2006). Užitie alkoholu je pred samotným samovražedným aktom pomerne časté. Borges et al. (2004) uvádzajú, že užitie alkoholu 6 hodín pred samovražedným pokusom sa vyskytovalo približne u tretiny osôb, Powell et al. (2001) uvádzajú užitie alkoholu 3 hodiny pred pokusom u 26% osôb. K suicidálnemu jednaniu spojovanému s alkoholom sú náchylní hlavne mladí ľudia (Brady, 2006), ale vyskytuje sa pomerne často aj v iných vekových kategóriách.

Rizikové faktory suicidálneho správania u osôb s abúzom alkoholu a závislosti na alkohole môžeme zhrnúť nasledovne:

- komorbidná psychická porucha, predovšetkým depresia
- aktuálne alebo očakávané životné udalosti spojené so stratou (odlúčenie, rozvod, strata práce, narušenie interpersonálnych kontaktov)
- nedostatok sociálnej podpory
- nezamestnanosť
- vážne somatické ťažkosti
- ťažký abúzus v súčasnosti
- bývanie osamote
- komunikácia suicidálnych ideácií a hrozieb

V rozvoji suicidálneho procesu je dôležitá kumulácia týchto faktorov.

Spojitosť alkoholu a samovražedného správania, či už abúzu, závislosti alebo užitia pred suicidálnym aktom, je vysoká. Z hľadiska prevencie sa ako významná javí správna diagnostika, a to nielen závislosti, ale aj uvedených rizikových faktorov suicidálneho správania a zváženie prítomnosti komorbidných psychických porúch, ktoré môžu liečbu komplikovať. Ako uvádzajú Kőlves et al. (2006) na základe štúdie dokonaných samovrážd, je nadužívanie alkoholu všeobecne poddiagnostikované. Môžeme tak predpokladať, že správna diagnostika a následne vhodne zacielená intervencia tak zníži

riziko suicidálneho jednanja v tejto populácii. Protektívnymi faktormi, ktoré môžu pomáhať v prevencii suicidálneho správania u osôb závislých na alkohole, sú efektívna liečba psychických porúch aj somatických ochorení, podpora vo vyhľadani pomoci a vytvorenie sociálnej podpory.

Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti tvoria významnú skupinu v populácii osôb, ktoré sa v priebehu života pokúsia o samovraždu alebo ju dokonajú. Suicidálne jednanie je v tejto skupine osôb časté. Hawton et al. (2003) udávajú prevalenciu osobnostných porúch u suicidálneho správania v 45,9%, Schneider et al. (2008) uvádzajú, že prítomnosť poruchy osobnosti zvyšuje riziko suicidálneho správania približne 7-krát. V štúdiu, ktorú realizovali Yen et al. (2003) sa suicidálny pokus počas 2-ročného následného sledovania vyskytol u 9% osôb s poruchou osobnosti. Isometsä et al. (1996) zistili, že v randomizovanej vzorke osôb, ktoré dokonali samovraždu, bolo 31% diagnostikovaných poruchou osobnosti. Celkovo je prevalencia porúch osobnosti u dokonaných samovrážd uvádzaná medzi 31 až 57% (Tanney, 2000).

Dominantným clusterom porúch osobnosti v suicidalite je cluster B (Tanney, 2000), kam diagnosticky spadajú emočne nestabilná a antisociálna porucha osobnosti, u ktorých je suicidálne správanie najčastejšie. Prevalencia dokonaných samovrážd clusteru B je uvádzaná od 11 do 41% (Tanney, 2000). Vulnerabilitu k suicidálnemu správaniu tu môžu vyvírať charakteristiky clusteru B, ako sú impulzivita a nezdržanlivé správanie a dramatická a excesívna emotivita. Zdokumentovaná je aj zvýšená prevalencia suicidálnych pokusov u porúch osobnosti clusteru C, Tanney (2000) uvádza u clusteru C rozmedzie pre dokonané samovraždy od 10 do 28%. Vyššie riziko suicidálneho správania sa môže vyskytovať u osôb s narcistickými rysmi, vyhýbavými rysmi osobnosti alebo s depresívnou štruktúrou osobnosti (Apter, Ofek, 2002).

Riziko suicidálneho jednanja významne zvyšuje komorbidita poruchy osobnosti s poruchami osy I, ktorá je častá. Najviac zastúpená je komorbidita poruchy osobnosti a depresie, závislosti na alkohole alebo ostatných psychoaktívnych látkach a úzkostných porúch. Komorbidita zhoršuje príznaky, priebeh a liečbu porúch osy I a v dôsledku toho následne významne narastá i riziko suicidálneho správania (Schneider, et al., 2008; Hawton et al., 2003; Yen et al., 2003; Isometsä et al., 1996). Isometsä et al. (1996) uvádzajú až 95% komorbiditu s depresívnym syndrómom, abúzom psychoaktívnych látok alebo obidvoch u osôb po dokonanej samovražde, pričom dôležitejšou

determinantou než depresia bol abúzus psychoaktívnych látok. Hawton et al. (2003) uvádza 44% komorbiditu porúch osy I a osy II u osôb po suicidálnom pokuse, najčastejšie s depresiou, ďalej s neurotickými poruchami a alkoholovou závislosťou a abúzom. Osoby s komorbidnými poruchami osy I a osy II majú väčšiu tendenciu k opakovaným suicidálnym pokusom (Hawton et al., 2003).

Počet samovrážd so vzrastajúcim vekom v tejto populácii klesá (Linehan et al., 2000), čo môže byť dôsledkom všeobecného znižovania impulzivity s vekom, ktorá je typickou charakteristikou osôb s emočne nestabilnou (hraničnou) a antisociálnou poruchou osobnosti, alebo to môže byť dôsledkom vyššej prevalencie afektívnych porúch v staršom veku. Podľa Paris (2004) sa fungovanie emočne nestabilných osôb s pribúdajúcim vekom zlepšuje a menšie percento osôb pôvodne diagnostikovaných touto poruchou osobnosti tieto kritériá vo veku 40 alebo 50 rokov spĺňa. Napriek tomu ale u nich pretrváva riziko dekompenzácie, ktoré môže prichádzať spolu so závažnými životnými situáciami.

Emočne nestabilná porucha osobnosti

Vzťah emočne nestabilnej poruchy osobnosti a suicidálneho správania je zo všetkých porúch osobnosti najčastejším predmetom výskumných štúdií. Prítomnosť dokonaných samovrážd u tohto typu poruchy osobnosti je uvádzaná od 3 do 9% (Tanney, 2000). Dôvodom k vysokému výskytu samovražedného správania je predovšetkým emočná nestabilita a vysoká impulzivita, tendencia k dichotomickému mysleniu a kognitívnej distorzii (myslenie typu všetko alebo nič), časté pocity nudy, prázdnoty a bezmyseľnosti, nestálosť, problém s kontrolou agresívnych impulzov, sebapoškodzujúce správanie, častý abúzus alkoholu a iných drog. Nefatálne suicidálne správanie (suicidálne hrozby a gestá a sebapoškodzujúce správanie) vychádzajúce z nízkej schopnosti tolerovať nepríjemné pocity, je jedným zo symptómov emočne nestabilnej poruchy osobnosti. Vysoké percento sebapoškodenia bez suicidálneho úmyslu, ako aj vysoký počet suicidálnych pokusov a dokonaných samovrážd, sú charakteristické pre tento typ poruchy osobnosti.

Impulzivita sa javí byť jedným z najdôležitejších rizikových faktorov suicidálneho správania u osôb s emočne nestabilnou poruchou osobnosti. „*Impulzivita zvyšuje riziko suicidálneho správania pri prítomnosti akútnych stresorov, ako sú epizódy afektívnej poruchy, interpersonálne krízy alebo abúzus návykových látok*“ (Soloff et al., 2000, s. 606). Niektorí autori ju považujú za vlastnosť osobnosti, vytvárajúcu temperamentovú

vulnerabilitu k suicidálnemu správaniu (Soloff et al., 2000; Brodsky et al., 1997). Podľa Brodsky et al. (1997) je impulzivita asociovaná so suicidálnym správáním vo vyššej miere než celková závažnosť tejto poruchy osobnosti a je spojená s častejšími suicidálnymi pokusmi a ako uvádzajú Soloff et al. (2000) je táto temperamentová vulnerabilita nezávislá na prítomnosti poruchy osy I. Naopak, Kjellander, Bongar a King (1998) sa domnievajú, že symptómy hraničnej poruchy osobnosti, ako sú impulzivita, výbuchy hnevu, nestabilné vzťahy a suicidalita, môžu vychádzať skôr z atypickej formy depresie než z osobnostných črt týchto jedincov.

Riziko suicídia je tu ďalej zvyšované zneužívaním v detstve, ktoré sa často vyskytuje v anamnéze týchto jedincov (Soloff, Feske, Fabio, 2008; Mann et al., 1999; Brodsky et al., 1997). Brodsky et al. (1997) sa domnievajú, že telesné trauma (fyzické alebo sexuálne zneužívanie) v detstve môže byť spojené s telesným sebapoškodzovaním v dospelosti, ktoré je pre túto kategóriu osobnostnej poruchy typické.

Nedostatočné sociálne prispôsobenie a narušené psychosociálne fungovanie v oblasti rodinných vzťahov, v pracovnej a sociálnej oblasti ako aj v oblasti voľného času vytvára dlhodobé, pretrvávajúce riziko suicidálneho jednania (Soloff, Fabio, 2008).

Soloff et al. (2000) uvádzajú, že suicidálne správanie osôb s emočne nestabilnou poruchou osobnosti sa významne nelíši od suicidálneho správania osôb s depresívnou poruchou. Pri rovnakej miere subjektívneho hodnotenia depresívnych symptómov u oboch skupín, vykazujú osoby s emočne nestabilnou poruchou osobnosti nižšie skóre pozorovateľnej závažnosti symptómov, čo môže poukazovať na vysokú mieru prežívaného subjektívneho distressu a subjektívne prežívanie depresie ako intenzívnejšej a závažnejšej. Podľa týchto autorov sa osoby s hraničnou poruchou osobnosti a s depresívnou poruchou nelíšia v závažnosti subjektívneho úmyslu umrieť, stupni objektívneho plánovania, násilnosti zvolenej metódy alebo v miere somatického poškodenia, mávajú však vyšší počet suicidálnych pokusov v anamnéze a suicidálne správanie u nich začína v skoršom veku.

Rovnako ako u iných psychických ochorení, beznádejnosť je aj v tejto diagnostickej kategórii úzko spojená so suicidálnym jednaním a vytvára riziko častejších a letálnejších suicidálnych pokusov (Soloff et al., 2000).

Komorbidity emočne nestabilnej poruchy osobnosti a afektívnej poruchy je považovaná za veľmi rizikóvu, literatúra uvádza 65% komorbiditu s depresívnou poruchou (Soloff et al., 1994), ktorá je považovaná za najsilnejší priamy prediktor suicidálneho správania (Soloff, Fabio, 2008) a významne zvyšuje počet a závažnosť suicidálnych pokusov

(Soloff et al., 2000). Viacnásobná komorbidita s depresívnou poruchou, antisociálnou poruchou osobnosti a prítomnosťou abúzu návykových látok v rodinnej anamnéze zvyšuje riziko dokonaných samovrážd (Soloff et al., 2005).

Antisociálna porucha osobnosti

Hoci je antisociálna porucha osobnosti častejšie spojovaná s násilím smerovaným navonok, je suicidálne správanie u tejto poruchy osobnosti zvýšené a je zrejme podmienené impulzivitou, agresivitou a neurobiologickými abnormalitami (Martens, 2001).

Prevalencia dokonaných samovrážd je uvádzaná u približne 5% osôb s antisociálnou poruchou osobnosti a je spojená s častejšou komorbiditou s inými poruchami osobnosti alebo s poruchami osy I, prevažne s afektívnou poruchou a abúzom psychoaktívnych látok, ktoré zvyšujú riziko dokonanej samovraždy (Goldsmith, Fyer, Frances, 1990).

Suicidálne správanie týchto osôb je vo všeobecnosti charakterizované suicidálnymi pokusmi, ktoré nad dokonanými samovraždami prevažujú. Samovražedné pokusy sa vyskytujú predovšetkým v období interpersonálnych konfliktov, predchádza im hnev a frustrácia, majú prevažne impulzívny ráz, tendenciu opakovať sa a bývajú v nich užívané menej letálne spôsoby. Komorbidita antisociálnej poruchy osobnosti s inými poruchami ale môže zmeniť charakter suicidálneho jednanja (Goldsmith, Fyer, Frances, 1990).

Zvýšené riziko k deštruktívnym a sebadeštruktívnym aktom týchto osôb sa nevzťahuje k afektívnym a interpersonálnym charakteristikám antisociálnej poruchy, ale môže byť spojené s behaviorálnymi antisociálnymi tendenciami, predovšetkým s impulzivitou, nízkym obmedzovaním sa, tendenciou k vyhľadávaniu vzrušenia a agresivitou (Douglas et al., 2006; Verona, Hicks, Patrick, 2005). Suicidálny čin je potom skôr výsledkom impulzívneho jednanja, pretože nedostatok emocionálnej hĺbky pravdepodobne vedie k obmedzenej kapacite prežívať emocionálnu bolesť, ktorá obyčajne poháňa suicidálne správanie a vedie k riziku suicidálneho jednanja (Douglas et al., 2006).

U osôb s externalizovanými (impulzivita a deviantné správanie) oproti internalizovaným symptómom (napr. depresia a beznádejnosť) je mechanizmus suicidálneho procesu zrejme rozdielny, avšak prevalencia samovražedných pokusov sa zdá byť u oboch skupín rovnaká. U osôb s externalizovanými ťažkosťami je vzťah medzi históriou suicidálneho správania a históriou impulzívneho, deviantného (externalizovaného) správania nezávislý na internalizovaných symptómoch a nezávislý

na komorbidite internalizovaných a externalizovaných symptómov (Verona, Sachs-Ericsson, Joiner, 2004).

Apter et al. (1991) porovnávali dve skupiny osôb – osoby s násilným správaním v anamnéze (kriminalita alebo nezvládateľné násilné správanie) a psychiatrických pacientov bez anamnézy násilného správania. U oboch skupín boli podobné vzorce signifikantných a pozitívnych korelácií medzi impulzivitou, hnevom, úzkosťou, strachom, podozrievavosťou a rebelantstvom a rizikom samovraždy. Rozdiel bol ale v tom, že u násilných pacientov (ale iba s forenznými problémami) bola vysoká korelácia medzi hnevom a rizikom samovraždy, u nenásilných osôb bola zas zistená signifikantná korelácia medzi smútkom a rizikom suicídia, táto korelácia ale nebola prítomná u násilných osôb. Jedným z možných vysvetlení tohto rozdielu je nízka prevalencia afektívnych porúch u násilnej skupiny. Je tiež možné, že tieto osoby majú tendenciu vysporiadavať sa so smutnými pocitmi cez násilné jednanie, ktoré môže mať podobu sebapoškodenia alebo agresie voči druhým. Autori sa domnievajú, že terapia a ovplyvnenie suicidálnych prejavov u týchto dvoch skupín by mala byť rozdielna. U depresívnych osôb by mala byť liečba zameraná na depresívnu symptomatiku (antidepresívna medikácia a psychoterapia depresívnych symptómov), naopak u pacientov so zvýšenou agresiou by malo byť cieľom ovplyvnenie impulzivity (stabilizátory nálady a behaviorálne techniky zvládania impulzivity).

Douglas et al. (2006) predpokladajú, že v tejto skupine môžu byť typickejšie suicidálne ideácie než priame suicidálne pokusy. „... čím vyššie je jedincovo skóre v akomkoľvek meraní psychopatie kvôli symptómom APD-typu (antisociálnej poruchy osobnosti), tým väčšia je pravdepodobnosť, že bude častejšie premýšľať o samovražde kvôli jeho náchylnosti k iritabilite, depresívnym stavom a hostilite (to je negatívnej emocionalite) ... klinici môžu chápať prítomnosť behaviorálnych rysov psychopatie ako potenciálne ľahko zvýšeného rizika k suicidálnemu správaniu, avšak prítomnosť afektívnych/interpersonálnych rysov by nemala viesť k zamietnutiu možnosti suicidálneho rizika.“ (Douglas et al., 2006, s. 110 - 111). Autori pri prítomnosti behaviorálnych rysov psychopatie odporúčajú, aby klinici dbali na to, či sú prítomné iné, ďalšie suicidálne rizikové faktory (t.j. suicidalita v anamnéze a suicidálne ideácie, problémy s abúzom návykových látok, depresívne symptómy, borderline rysy).

Medzi najčastejšie uvádzané rizikové faktory suicidálneho správania u osôb s poruchou osobnosti patria:

- porucha osobnosti cluster B, vyššie riziko je aj u clusteru C

- impulzivita
- emočná nestabilita
- komorbidita s poruchami osy I, predovšetkým s depresiou, závislosťou na alkohole a ostatných psychoaktívnych látkach a s úzkostnými poruchami
- nedostatočné sociálne prispôsobenie a narušené psychosociálne fungovanie v oblasti rodinných vzťahov, v pracovnej a sociálnej oblasti a v oblasti voľného času
- obdobie interpersonálnych konfliktov

Komorbidita psychiatrických porúch

Vzhľadom k prítomnosti a letálnosti suicidálnych aktov sa komorbidita viacerých psychických porúch zdá byť vysoko riziková. Niektoré zdroje uvádzajú až 95% komorbiditu u dokonaných samovrážd (Tanney, 2000). Beautrais et al. (1996) zistili komorbiditu viacerých psychických ochorení u 56,6% osôb po suicidálnom pokuse a riziko samovraždy u tých, ktorí trpia dvomi alebo viacerými psychickými ochoreniami je až 89,7 krát vyššie než u osôb bez psychickej poruchy. Za najletálnejšiu kombináciu je považovaná komorbidita depresie a abúzu psychoaktívnych látok (Tanney, 2000). Zdá sa, že depresia v komorbidite s akoukoľvek z psychických porúch zvyšuje riziko suicidálneho správania. Depresia môže byť základným alebo tzv. vzdialeným (distal) faktorom, kým abúzus a prežívanie distresu môžu byť tzv. bezprostredným (proximal) faktorom (tamtiež).

Podľa Tanney (2000) sú v zhodnocovaní dopadu komorbidity na suicidálne riziko dva problematické okruhy. Prvým je potvrdenie nezávislého podielu rizika každou poruchou zvlášť (A,B). Druhým problémom je potvrdenie veľkosti dopadu. To znamená, či sa jedná o kumulatívny (A+B) alebo potenciálne interaktívny (AxB) dopad.

Kumulatívny alebo interaktívny účinok môže komplikovať vzorce a časové vzťahy medzi jednotlivými poruchami a tým zvyšovať riziko suicidálneho správania (Tanney, 2000). Je známe, že komorbidita môže byť v niektorých prípadoch prekážkou alebo brzdiacim faktorom v liečbe. Veľmi častou je komorbidita závislosti na alkohole a depresívnej poruchy, pričom môže komplikovať a predlžovať liečbu oboch porúch. Prítomnosť poruchy osobnosti môže zvyšovať vulnerabilitu k poruchám osy I a tiež narušovať adaptívne kapacity v ich zvládnutí.

Možné spojitosti medzi psychickou poruchou a suicidálnym správaním

Existuje niekoľko hypotéz, ktoré sa vzťahujú k možnej spojitosti medzi suicidálnym správaním a psychickou poruchou, a ktoré sa snažia o vysvetlenie vysokého výskytu samovrážd alebo samovražedných aktov v populácii osôb s psychickou poruchou. Tanney (2000) zhrňuje vysvetlenia vzťahu medzi psychiatrickými poruchami a suicidálnym správaním nasledovne:

- priamy dopad psychického ochorenia
- nepriamy dopad psychickej poruchy
- iatrogénny efekt psychickej poruchy, adaptácia na ochorenie
- spoluvýskyt

Psychická porucha môže mať *priamy dopad* (príčina–dôsledok) na pravdepodobnosť samovražedného správania, to znamená, že charakter a symptómy psychickej poruchy môžu samé o sebe viesť k suicidálnemu správaniu. Príkladom je predĺžené vnímanie beznádejnosti a dysregulácia afektov u depresie, apatia a nízka zmysluplnosť ako symptómy depresívnej poruchy alebo impulzivita u emočne nestabilnej a antisociálnej poruchy osobnosti. Zvýšené riziko samovražedného správania u ľudí s psychickou poruchou „... môže byť behaviorálnym výsledkom biologicky podmienenej genetickej alebo biochemickej etiológie.“ (Granello, Granello, 2007, s. 107).

Nepriamy dôsledok sa týka komorbidity psychických porúch, kedy napríklad prítomnosť poruchy osobnosti môže zvýšiť vulnérabilitu k poruchám osy I a tým i následne zvýšiť suicidálne riziko, keďže riziko suicidálneho jednania je u komorbidných porúch vyššie.

Ďalším vysvetlením sú komplikácie, ktoré psychické poruchy prinášajú – tzv. *iatrogénny efekt, adaptácia na ochorenie*. Podľa tejto hypotézy riziko suicidálneho správania nezvyšujú symptómy psychickej poruchy, ale sociálne dôsledky (napr. sociálne stigma, nedostatok sociálnej podpory, osamotenosť) a príčiny spojené s liečbou (napr. neadekvátna liečba) alebo sa môže jednať o zhoršenú adaptáciu na ochorenie, kedy sa samovražda zdá byť „racionálnym“ riešením chronického ochorenia.

Ďalej sa môže jednať o *spoluvýskyt*, ktorý môže mať *spoločný základ*, môže byť *ekvivalentom suicidálneho správania* (napr. abúzus psychoaktívnych látok chápaný ako jedna z foriem sebadeštruktívneho jednania) alebo sa môže jednať o *nezávislý výskyt*.

Súhrnne môžeme povedať, že jednotlivé psychické poruchy vytvárajú rôzne riziko rozvoja suicidálneho procesu, najčastejšie sa suicidálne správanie vyskytuje u depresie,

abúzu psychoaktívnych látok, schizofrénie a porúch osobnosti, hlavne clusteru B. Za najrizikovejšiu sa považuje komorbidita psychických porúch, ktorá môže mať kumulatívny alebo interaktívny dopad na tieto poruchy, ako aj na suicidálne správanie. Medzi psychickou poruchou a suicidálnym správaním ale zrejme nie je priama úmera, pretože nie u každého jedinca ňou trpiaceho dôjde k rozvoju suicidálneho procesu. Významnú úlohu zohrávajú aj ďalšie rizikové faktory, ktoré nespadajú do okruhu psychiatrických ochorení (napr. slabé copingové mechanizmy, sociálna izolácia a nedostatok sociálnej opory, straty a konflikty) a protektívne faktory, ktoré môžu vytvárať bariéru pri prekročení pomyselnej hranice a prístúpenia k suicidálnemu aktu. K protektívnym faktorom patrí predovšetkým kvalitná sociálna sieť a fungujúca sociálna opora, starostlivosť o deti a zodpovednosť voči nim, angažovanosť v naplňujúcich a pre jedinca zmysluplných aktivitách, pocit vlastnej hodnoty a hodnoty svojho života, presvedčenia a postoje odporujúce samovražde a dostupnosť krízovej pomoci.

Psychické poruchy vytvárajú vulnerabilitu k suicidálnemu správaniu, či ale k samotnému suicidálnemu aktu jedinec pristúpi, záleží na spolupôsobení viacerých rizikových faktorov pri súčasnej absencii protektívnych faktorov. Vzhľadom k tejto vulnerabilite je možné očakávať, že správna diagnostika a adekvátne liečba psychických porúch môže mať priamy dopad na zníženie prevalencie suicidálneho správania. Taktiež dobrá dostupnosť krízovej pomoci a informovanosť verejnosti v oblasti psychických ochorení môže mať významný vplyv na zníženie samovražednosti, a to z dôvodu menších zábran vo vyhľadani adekvátnej pomoci pri rozvoji psychických ťažkostí.

Psychologické faktory

Hoci sa suicidálne správanie väčšinou vyskytuje v kontexte psychiatrických porúch, hlavne depresie, väčšina depresívnych osôb sa o samovraždu nepokúsi. Preto sa ohnisko výskumu obrátilo k ďalším rizikovým faktorom umožňujúcim predikciu suicidálnych myšlienok a správania a ktoré sú psychologickéj povahy.

Psychologické faktory pomáhajú identifikovať suicidálne riziko prevažne u jednotlivcov. *„Dôležitosť psychologických vulnerabilit spočíva v pravdepodobnosti, že vyvolávajú alebo zvyšujú iné psychiatrické a sociálne rizikové faktory pri vytváraní individuálneho jedinečného rizikového profilu.“* (Conner et al., 2001). Ich identifikácia

u konkrétneho jedinca môže pomôcť v klinickom rozhodovaní a v presnejšej voľbe a zacielení psychoterapeutickej intervencie.

Početné výskumy poukazujú na prítomnosť predovšetkým týchto psychologických charakteristík u suicidálnych jedincov: zvýšená agresivita, hostilita a impulzivita, nízka sebaúcta a sebadôvera, perfekcionizmus, beznádejnosť a bezmocnosť, rigidný kognitívny štýl, dichotomické myslenie, zovšeobecňujúca autobiografická pamäť, dysfunkčné postoje a dysfunkčný atribučný štýl, externý lokus kontroly, slabé copingové mechanizmy a slabé schopnosti riešiť problémy.

Beznádej a bezmocnosť

Beznádejnosť a bezmocnosť sa týkajú negatívnych očakávaní vzťahujúcich sa k sebe a k budúcnosti. Jediniec si myslí, že je neschopný a očakáva, že pre neho neexistuje pomoc a že aktuálna záťažová situácia sa v budúcnosti nezmení. Suicidálne myšlienky sa potom vzťahujú k tomu, že jediniec vníma svoju situáciu ako neznesiteľnú, neudržateľnú alebo beznádejnú. Svoje zážitky negatívne interpretuje a zároveň očakáva negatívne dôsledky jeho aktuálnej situácie. Pocit beznádejnosti vedie suicidálneho človeka k tomu, že si najskôr vymyslí a potom začne veriť tomu, že samovražda je jediným možným riešením, ako jeho zdanlivo neriešiteľné problémy zvládnuť.

Vzťah beznádejnosti a samovražedného správania sa skúma už viac než 30 rokov. Beznádejnosť je dôležitým komponentom depresie a tiež suicidálneho správania (MacLeod, Rose, Williams, 1993) a patrí k jedným z najlepších prediktorov suicidálneho správania (napr. Beevers, Miller, 2004; Brown et al., 2000; Sidley et al., 1999; Dixon, Heppner, Rudd, 1994; Beck, Brown, Steer, 1989; Holden, Serin, Mendonca, 1989; Petrie, Chamberlain, Clarke, 1988; Schotte, Clum, 1987). Osoby, ktoré zvýšene skórujú v beznádejnosti, majú až 4-krát väčšiu pravdepodobnosť spáchať samovraždu v priebehu nasledujúceho roku (Brown et al., 2000). Jedincov beznádejný pohľad na budúcnosť sa dokonca javí byť silnejším prediktorom suicidálneho správania než miera depresie, pretože beznádejnosť užšie koreluje so suicidálnym pokusom než depresia (napr. Salter, Platt, 1990; Schotte a Clum, 1982). Malone et al. (2000) zistili, že u depresívnych pacientov po samovražednom pokuse je miera beznádejnosti vyššia než u depresívnych pacientov bez suicidálneho pokusu v anamnéze a že po odoznení depresívnej fázy ostáva u osôb po suicidálnom pokuse vyššia miera beznádejnosti. Taktiež Soloff et al. (2000) zistili, že beznádejnosť významne zvyšovala riziko suicidálneho správania u depresívnych pacientov a u pacientov s hraničnou poruchou osobnosti.

Petrie, Chamberlain a Clarke (1988) uvádzajú, že beznádej moderuje vzťah medzi depresiou a suicidálnym pokusom a že pravdepodobnosť suicidálneho pokusu u osôb so závažnou depresiou sa vzťahoval skôr k ich pocitom beznádejnosti než k ich depresívnym pocitom.

Pre suicidálnych jedincov je charakteristický deficit v schopnosti premýšľať nad budúcimi pozitívnymi udalosťami, ktoré sa týkajú krátkodobej ako aj dlhodobej budúcnosti, a v očakávaní budúcich príjemných udalostí. V premýšľaní o budúcich negatívnych udalostiach rozdiely nevykazujú (MacLeod et al., 2005; Conaghan, Davidson, 2002; MacLeod et al., 1998; MacLeod, Rose, Williams, 1993), skôr ťažšie nachádzajú vysvetlenia, prečo by sa negatívna udalosť nemala v budúcnosti vyskytnúť, než prečo by sa vyskytnúť mala (MacLeod, Rose, Williams, 1993).

Suicidálni jedinci majú ciele a plány do budúcnosti, ale chýba im pocit, že ich môžu dosiahnuť. Tento pocit vyplýva z ich menšej schopnosti o plánoch premýšľať. Ich plány, ako ciele dosiahnuť, sú menej konkrétne, premýšľajú viac nad prekážkami brániacimi v dosahovaní týchto cieľov, majú pocit menšej kontroly nad ich dosahovaním a vidia menšiu pravdepodobnosť, že ciele nakoniec dosiahnu. To zodpovedá jednej z teórií beznádejnosti, podľa ktorej beznádejný človek síce plány do budúcnosti má, ale má pocit, že tieto ciele sú nedosiahnuteľné a zároveň nie je schopný sa týmto cieľom vzdať (Vincent, Boddana, MacLeod, 2004). Zároveň to zodpovedá výskumom Schotte a Clum (1987), podľa ktorých majú suicidálni jedinci problém v hľadaní alternatív riešenia problému a v ich dosahovaní, pretože nachádzajú viac prekážok, ktoré budú do realizácie riešenia zasahovať. Podľa Dixon, Heppner a Rudd (1994) sa beznádejnosť vytvára v závislosti na schopnosti posúdiť riešenie problému. Podľa týchto autorov sa človek stáva beznádejným, ak si myslí, že sa nedokáže vysporiadať so svojimi životnými problémami.

Na neschopnosť konkrétneho plánovania môže mať vplyv nadmerne zovšeobecňujúca autobiografická pamäť, ako aj prežívanie silných distresujúcich emócií, ktoré interferujú s kognitívnymi schopnosťami. Schopnosť plánovania ďalej súvisí so schopnosťou očakávať pozitívne budúce zážitky, ktoré sú zas spojené so spokojnosťou (Vincent, Boddana, MacLeod, 2004).

Podľa Beckovej teórie majú suicidálni jedinci vytvorený systém kognitívnych schém charakterizovaný negatívnym očakávaním, ktoré anticipuje negatívny výsledok akéhokoľvek pokusu dosiahnuť hlavné životné ciele. Suicidálna beznádejnosť zahŕňa neschopnosť vnímať iné perspektívy okrem samovraždy, rigidné myslenie alebo tzv.

tunelový pohľad. Pretrvávajúci pocit beznádeje a bezmocnosti je výsledkom kognitívnej distorzie a copingového štýlu, nízkej sebaúcty kombinovanej s interpersonálnymi stratami a nedostatku sebadôvery v schopnosť regulovať náladu alebo vyriešiť osobné problémy.

Je pravdepodobné, že ľudia, ktorí na osobnú krízu odpovedajú beznádejnosťou, budú v ďalšej kríze reagovať podobným spôsobom. Niektorí jedinci zažívajú chronické pocity beznádejnosti, nezávisle na tom, či sú depresívni a tiahnu k suicidálnym prianiam alebo myšlienkam či správaniu kontinuálne (Beck et al., 1990).

Beznádejnosť ako stav je súborom presvedčení, ktorý môže byť v terapii pomerne rýchlo oslovený a modifikovaný (Brown et al., 2000; MacLeod et al., 1998; Beck, Brown, Steer, 1989), avšak ak sa stane trvalým presvedčením, môže obsahovať negatívne očakávania rezistentné na zmenu (Beck et al., 1990).

Kognitívne distorzie

Kognitívne distorzie pramenia zo špecifických, habituálnych chýb v myslení a týkajú sa extrémnych, jednostranných, absolutistických a globálnych názorov, ktoré vedú k aktivácii špecifických schém. Tieto schémy sú potom testované s realitou, opravené a redefinované, avšak pri psychopatologických odchýlkach sú korektívne funkcie narušené (Weishaar, Beck, 1990). Kognitívne skreslenie zahrnujúce ovládanie myšlienok nerealisticky negatívnym spôsobom môže byť jednou z príčin vzťahu medzi beznádejnosťou a suicidálnymi ideáciami (Beevers, Miller, 2004).

Weishaar a Beck (1990) zaraďujú medzi špecifické kognitívne deficity suicidálnych jedincov predovšetkým dysfunkčné predpoklady a postoje, dichotomické myslenie, kognitívnu rigiditu a deficity v riešení problémov. Títo autori sa domnievajú, že v prípade, že suicidálny jedinec zlyhá v riešení situácie a nie je schopný vytvoriť alternatívne riešenie problému, volí samovraždu ako únik z takejto situácie.

Kognitívna rigidita

Kognitívna rigidita, v zmysle neschopnosti predstaviť si iné možnosti riešenia problému než suicidálne jednanie, môže byť dôležitou časťou presuicidálneho psychologického obrazu. Výskum kognitívnej rigidity u suicidálnych jedincov sa z veľkej časti opiera o závery z prác Neuringera (1964, 1961), podľa ktorého je kognitívna rigidita jedným zo znakov suicidálnych jedincov. Tieto závery neskôr potvrdili aj Patsiokas, Clum a Luscomb (1979). Podľa týchto autorov kognitívne rigidní jedinci majú ťažkosti pri

vymýšľaní nových typov správania a jednania a môžu mať ťažkosti odvieť svoju pozornosť od premýšľania nad stresovou situáciou k čomukoľvek inému. Suicídálny pokus sa potom pre takýchto ľudí môže stať jediným východiskom ako sa vyrovnat' s emocionálnymi problémami a limitovanými kognitívnymi zdrojmi. Na to, že kognitívne rigidní jedinci pri strete s prirodzenými interpersonálnymi životnými stresormi bývajú menej schopní si vytvoriť a predstaviť iné alternatívne riešenia poukazujú aj Schotte a Clum (1982). Následkom toho inklinujú k rozvoji pocitov bezmocnosti a beznádeje, ktoré, ako bolo uvedené predtým, zvyšujú riziko suicídálneho jednania. Naopak, Petrie, Chamberlain a Clarke (1988) sa domnievajú, že kognitívna rigidita je skôr odrazom ich depresívneho ladenia než unikátneho suicídálneho vzorca myslenia.

Dichotomické myslenie

Dichotomické myslenie je formou kognitívnej rigidity. Narušuje schopnosť rozpoznať kompromisy alebo alternatívy, hľadať a rozpoznať alternatívne riešenia problémov, jedná sa o pohľad všetko alebo nič, o tzv. čierno-biele myslenie, ktoré spolu so slabou sebadôverou, prílišnou generalizáciou a katastrofickým myslením, bývajú spojované so samovraždou. Jedinec si myslí, že nie je schopný urobiť zmenu (slabá sebadôvera) alebo nájsť riešenie jeho krízy (katastrofické myslenie), takže jedinými dvoma možnosťami (dichotomické myslenie) sú celoživotná bolesť a utrpenie (prílišné zovšeobecňovanie) alebo samovražda. Podľa Neuringera (1961, 1964), ktorý patrí k významným predstaviteľom vo výskume týchto dimenzií u suicídálnych jedincov, je myslenie samovrahov viac rigidné a extrémne, menej flexibilné a sú menej schopní hľadania alternatív alebo kompromisov. To znamená, že ak čelia problematickej situácii, majú tendenciu ju vnímať v extrémnych dôsledkoch, nie sú schopní vnímať kompromisy a dokážu si predstaviť menej možností vedúcich k úľave alebo k zmene.

Petrie, Chamberlain a Clarke (1988) na základe ich výskumu ale vidia kognitívnu rigiditu skôr ako funkciu depresie než osobitný vzorec suicídálneho myslenia.

Ringel (1986) udáva postupujúce kognitívne zužovanie (distorziu) ako jeden zo stupňov v suicídálnom vývoji. Ako pravdepodobné sa javí vysvetlenie, že u jedincov s tendenciou k dichotomickému mysleniu sa v priebehu suicídálneho vývoja kognitívna distorzia zvyšuje.

Dysfunkčné postoje, dysfunkčný atribučný štýl, lokus kontroly

Vysvetľujúci alebo atribučný prisudzovací štýl popisuje, akým spôsobom ľudia prisudzujú zmysel negatívnym a pozitívnym životným udalostiam, či im prisudzujú stabilné (dlhotrvajúce), globálne a vnútorné dôsledky alebo nestabilné, špecifické a externé dôsledky.

Jack a Williams (1991) zistili, že u suicidálnych pacientov boli zvýšené dysfunkčné atribúcie. Títo pacienti vykazovali signifikantne viac stabilných, globálnych a negatívnych atribúcií než kontrolná skupina pacientov bez suicidálneho správania a kontrolná skupina zložená z normálnej populácie. Tento kognitívny štýl zodpovedá Seligmanovej naučenej bezmocnosti.

Osoby, ktoré prisudzujú príčinu ich beznádejnosti stabilným a globálnym faktorom, potom zažívajú kognitívne, afektívne a motivačné deficity, ktoré vychádzajú z ich negatívnych očakávaní. Dysfunkčné atribúcie pri strete s nepríjemnými udalosťami vytvárajú pocity beznádejnosti a deficity v copingových schopnostiach, ktoré sú charakteristické pre suicidálnych jedincov. Ak sú dysfunkčné atribúcie skombinované s vysokou úrovňou porúch nálady, môžu vytvárať riziko ďalšieho sebaublíženia.

Prisudzovanie negatívnych životných udalostí interným, stabilným a globálnym dôsledkom (interné, stabilné a globálne atribúcie príčin neúspechu, napr. prisudzovanie neúspechu nedostatku schopností) a naopak vysvetľovanie pozitívnych životných udalostí prostredníctvom externých, nestabilných a špecifických dôsledkov býva typické pre depresiu, beznádejnosť a suicidalitu (Pellmar, Kleinman, Bunney, 2002).

Zovšeobecňujúca autobiografická pamäť

Spojitosť medzi deficitmi v riešení problémov a autobiografickou pamäťou skúmali Williams a Pollock (Williams, Pollock, 2000). Zamerali sa predovšetkým na kvalitu autobiografickej pamäte, na to, ako je ovplyvňovaná náladou a na jej vzťah k suicidálnemu správaniu. Poukázali na to, že u depresívnych a suicidálnych jedincov je problematické vybavovanie si špecifických konkrétnych udalostí, a že majú tendenciu si vybavovať udalosti v sumarizovanej a zovšeobecňujúcej forme. Napríklad, pri otázke na špecifickú udalosť vzťahujúcu sa k slovu „šťastný“, suicidálny človek odpovedá zovšeobecňujúcim spôsobom, napríklad „Keď som chodieval/chodievala na dlhé prechádzky.“ (príkladom špecifickej, konkrétnej odpovede je: „Keď som bol minulú nedeľu na prechádzke s mojou priateľkou v parku pri našom dome.“). Táto nešpecifickosť vybavovaných spomienok je typická predovšetkým pre pozitívne

spomienky (Rasmussen, O'Connor, Brodie, 2008; Williams, Broadbent, 1986), avšak vybavovanie si negatívnych spomienok nie je nadmerne zovšeobecňujúce (Rasmussen, O'Connor, Brodie, 2008). Rasmussen, O'Connor a Brodie (2008) ďalej zistili, že zovšeobecňujúci spôsob vybavovania si pozitívnych spomienok je signifikantne typickejší pre osoby s opakovaným suicidálnym jednaním, než u osôb po prvom suicidálnom pokuse. Nedostatok špecifickosti vo vybavovaní si pozitívnych spomienok môže byť jedným z rizikových faktorov pre opakovanie samovražedného jednania.

U osôb s hraničnou poruchou osobnosti sa ale zdá, že nadmerne zovšeobecňujúca pamäť má protektívny účinok na opakované suicidálne správanie. Startup et al. (2001) uvádzajú, že tendencia produkovať nadmerne zovšeobecňujúce spomienky sa u osôb s hraničnou poruchou osobnosti spojuje skôr s menej častými suicidálnymi pokusmi než s viac opakovanými pokusmi. Nadmerne zovšeobecňujúce vybavovanie môže mať, aspoň pre niektorých pacientov s hraničnou poruchou osobnosti, adaptívnu funkciu chrániacu ich pred vybavovaním si takých myšlienok, spomienok a pocitov, ktoré sú stresujúce a zapríčiňujú sebapoškodzovanie (Startup et al., 2001). Tieto výsledky zodpovedajú klinickej skúsenosti, ktorá poukazuje na to, že opakované vystavovanie osôb s hraničnou poruchou osobnosti špecifickým detailom ich traumatických zážitkov vedie často k extrémnemu vystupňovaniu suicidálnych prejavov a suicidálneho správania (v prípade, že sa predtým nenaučili spôsobom, ako týmto suicidálnym a sebapoškodzujúcim krízam čeliť a ako ich zvládať).

Prevaha zovšeobecňujúcej pamäte má negatívny vplyv na efektívne riešenie problémov (Williams, Broadbent, 1986). Ukazuje sa, že tento zovšeobecňujúci charakter pamäte nie je len dočasným symptómom, ale javí sa byť trvalým kognitívnym štýlom. Úspešné riešenie problému v značnej miere závislé na kvalite typu spomienok, ktoré je jedinec schopný si vybaviť. Depresívni a suicidálni jedinci sú v riešení problémov menej efektívni a úspešní, pretože nie sú schopní si úspešne vybaviť špecifické a konkrétne spomienky, ktoré sú užitočným zdrojom pri riešení problémov, keďže sú detailné a ponúkajú veľké množstvo kľúčov, z ktorých je možné generovať potenciálne riešenia (Williams, Pollock, 2000; Goddard, Dritschel, Burton, 1996; Marx, Claridge, Williams, 1992) – suicidálny jedinec nie je schopný sa detailne rozpomenúť na situácie, ktoré by mohli ponúkať podobný spôsob riešenia, ako je potrebný v danej situácii.

Copingové stratégie a schopnosť riešenia problému

Aktívny copingový štýl, ako je plánovanie, angažovanie sa v riešení problémov, vyhľadanie sociálnej opory a kognitívna reinterpretácia (nájdenie zmyslu a osohu z nepriaznivých udalostí) pozitívne ovplyvňuje fyzické a psychické zdravie (Pellmar, Kleinman, Bunney, 2002). Naopak, maladaptívne copingové mechanizmy a oslabená schopnosť riešiť problémy sú všeobecne spojené s psychickými problémami a s psychopatológiou (napr. Cassidy, Long, 1996; Dixon, Heppner, Rudd, 1994; Schotte, Clum, 1987; Folkman et al., 1986b). Mnohé výskumy poukazujú na zníženie týchto schopností u depresie (Williams et al., 2005; Marx, Claridge, Williams, 1992; Coyne, Lazarus, Aldwin, 1981).

Coping je definovaný ako „... *jedincovo kognitívne a behaviorálne úsilie zvládnuť (redukovať, minimalizovať, prekonať alebo tolerovať) interné alebo externé požiadavky vychádzajúce z transakcie osoba-prostredie, ktoré jedinec hodnotí ako preťažujúce alebo prekračujúce jeho zdroje.*“ (Folkman et al., 1986b, s. 572). Coping má dve základné funkcie, a to regulovanie stresujúcich emócií, tzn. zníženie emočného distresu spojeného so stresujúcou situáciou (na emócie zameraný coping) a zvládnutie problému spôsobujúceho jedincovi distres, tzn. snahu o riešenie problému alebo vykonanie niečoho na zmenu zdroja stresu (coping zameraný na problém) (Folkman et al., 1986a; Folkman et al., 1986b).

Štýl copingu a emočnej regulácie sa vzťahuje k tomu, akým spôsobom jedinec zvláda a vyrovnáva sa so stresujúcimi podmienkami alebo udalosťami (aktívnym alebo pasívnym spôsobom) a akým spôsobom reguluje vlastné emočné, fyziologické, behaviorálne a kognitívne reakcie na stres (Coyne, Lazarus, Aldwin, 1981). Optimálnou copingovou stratégiou je využitie rôznych spôsobov copingu, tzn. copingu zameraného na reguláciu emócií i copingu zameraného na riešenie problému.

Väčšina výskumov realizovaných v rámci suicidálnej populácie bola zacielená na problém zameraný coping a súhrne poukazujú na to, že osoby so suicidálnym správaním majú v riešení problémov ťažkosti a že ich copingové stratégie sú maladaptívne.

Podľa modelu, ktorého autormi sú D'Zurilla a Goldfried (1971), sa deficit v riešení problému môžu týkať:

- všeobecného nastavenia alebo orientácie na problémy
- identifikácie problémov a ich špecifikácie
- vytvárania potenciálnych alternatív riešenia
- zhodnotenia a selekcie vytvorených alternatív
- implementácie alebo verifikácie vybraných alternatív (alebo oboch)

Schotte a Clum (1987) navrhli tzv. diatéza-stres-beznádejnosť model, pomocou ktorého vysvetľujú suicidálne správanie ako odpoveď na neznesiteľnú situáciu spojenú so stresujúcimi životnými udalosťami. Základnými charakteristikami vstupujúcimi do tohto modelu sú stresová (problematická) situácia, kognitívna rigidita, deficit v riešení interpersonálnych problémov a beznádejnosť. Pri výskumnom overovaní modelu autori zistili, že suicidálne osoby udávali signifikantne vyššiu úroveň negatívneho životného stresu, ktorý pozitívne koreloval so stupňom beznádejnosti a s úrovňou suicidálneho úmyslu, čo znamená, že so zvyšovaním sa počtu problémov, ktorým jedinec musí čeliť, klesá jeho dôvera vo vlastné schopnosti problém zvládnuť. Suicidálni jedinci ďalej vykazovali vyššiu kognitívnu rigiditu, ktorá sa prejavovala v tom, že boli schopní generovať menej než polovicu možných riešení interpersonálnych problémov vybraných z ich života, v porovnaní s podobne depresívnymi, ale nesuicidálnymi osobami. Zároveň mali tendenciu sa zamerať na väčší rozsah potenciálnych negatívnych vedľajších účinkov realizácie vytvorených riešení (postoj "áno, ale..."), hoci svoje riešenia hodnotili ako možné a efektívne. Boli tak nielen schopní vytvárať menej alternatív riešenia, ale mali tiež väčšie ťažkosti a zábrany tieto alternatívy realizovať. Celkovo výsledky tejto štúdie potvrdzujú mnohonásobné deficit v schopnostiach riešiť abstraktné a interpersonálne problémy u suicidálnych osôb, ktoré môžu byť zhrnuté ako neadekvátna všeobecná orientácia alebo nastavenie voči problémom, ťažkosti vo vytváraní potenciálnych alternatívnych riešení problémov v prípade, že sú identifikované, tendencia zamerať sa na potenciálne negatívne dôsledky realizácie vytvorených alternatív a nedostatočná realizácia životaschopných alternatív (Schotte, Clum, 1987).

Podľa viacerých autorov (Williams, Pollock, 2000; Goddard, Dritschel, Burton, 1996; Marx, Claridge, Williams, 1992) je schopnosť generovať potenciálne alternatívne riešenia problému suicidálnych osôb negatívne ovplyvnená zovšeobecňujúcim typom

autobiografickej pamäte. Kým konkrétne a špecifické spomienky ponúkajú množstvo kľúčov, z ktorých je možné v danej situácii generovať potenciálne riešenia, zovšeobecňujúce spomienky takéto konkrétne kľúče neposkytujú. Vzhľadom k tomu, že úspešné a efektívne riešenie problému závisí na generovaní vhodných alternatív riešenia, sú suicidálni jedinci v riešení problémov menej úspešní.

Horesh et al. (1999) zistili, že samovražední jedinci používajú menej aktívne copingové stratégie a viac pasívnych, vyhýbavých copingových stratégií a že z obranných mechanizmov používajú najmä potlačenie, obviňovanie a substitúciu. To znamená, že problému sa väčšinou vyhýbajú, obviňujú druhých alebo sa zamestnávajú inými aktivitami, ktoré znižujú tenziu.

Schopnosť riešenia problémov sa vzťahuje k suicidálnym ideáciám v súvislosti s beznádejnosťou (Dixon et al., 1994; Rudd, Rajab, Dahm, 1994). Ak si ľudia myslia, že nie sú schopní zvládnuť životné problémy, majú tendenciu prežívať beznádejnosť ohľadne budúcnosti. Táto beznádejnosť potom môže vytvárať riziko suicidálnych ideácií. Na zníženie pocitov beznádejnosti sa ako viac efektívne javia copingové stratégie zamerané na riešenie problému. Vo výskume Elliott a Frude (2001) ľudia, ktorí udávali využívanie copingových stratégií zameraných na riešenie problému (aktívne kroky v odstránení stresoru alebo v znížení jeho dopadov, vyhľadanie pomoci alebo informácií, vyčkание na príležitosť a plánovanie, ako so stresorom naložiť) vykazovali menšiu úroveň beznádejnosti. Naopak, stratégie ako sú popretie, obrátenie sa k náboženstvu, prijatie emocionálnej podpory a pochopenia a akceptovanie stresoru ako reality, neboli spojené s nižšími úrovňami beznádejnosti.

Na deficit v riešení problémov môže mať vplyv aj postoj k samovražde. Tolerantnejšie postoje k samovražde, ktoré zaujímali osoby so suicidálnymi myšlienkami, ukazujú na to, že samovraždu považujú za možný spôsob riešenia problémov, pričom tieto osoby mali zároveň slabšie schopnosti riešiť problémy (McAuliffe et al., 2003).

Súhrnne je teda možné povedať, že maladaptívne copingové štýly sú charakteristickým znakom suicidálnych jedincov (Yufit, Bongar, 1992; Weishaar, Beck, 1990) a že deficit v schopnostiach riešiť problémy sa týkajú predovšetkým oblastí orientácie a nastavenia voči problémom, vytvárania možných alternatív riešenia a ich nedostatočnej realizácie (Schotte, Clum, 1987). Tieto deficity sú pravdepodobne spôsobené kognitívnou rigiditou a menšou flexibilitou (Schotte, Clum, 1987), zovšeobecňujúcim typom autobiografickej pamäte (Williams, Pollock, 2000; Goddard, Dritschel, Burton, 1996; Marx, Claridge, Williams, 1992), ako aj tolerantným postojom

k samovražednému správaniu, ktorý umožňuje vnímať samovraždu ako možný spôsob riešenia problematickej situácie (McAuliffe et al., 2003). Z copingových stratégií prevládajú pasívne a vyhýbavé stratégie (Horesh et al., 1999), v problematickej situácii suicidálne osoby vnímajú menšiu možnosť vlastnej kontroly, sú pesimistickí ohľadne vyriešenia ich problémov a majú tendenciu vyhľadávať dôvody, prečo realizácia danej alternatívy nebude úspešná (Schotte, Clum, 1987). Deficity v schopnosti riešiť problémy a maladaptívne copingové štýly môžu byť výrazom depresívnej epizódy (Williams et al., 2005; Weishaar, Beck, 1990; Schotte, Cools, Payvar, 1990), u osôb s poruchou osobnosti alebo so závislosťou na alkohole sa ale javia byť skôr dlhodobější osobnostnou charakteristikou (Miller, Rathaus, Linehan, 2007; Weishaar, Beck, 1990).

Osobnostné a temperamentové charakteristiky

Výskumné štúdie poukazujú na to, že psychické zdravie a prežívanie stresu je ovplyvňované temperamentom a osobnostnými charakteristikami. Psychológovia sa preto už dlhú dobu snažia o nájdenie takých osobnostných vlastností, ktoré by boli typické pre suicidálnu populáciu a ktoré by mohli napomôcť predikcii suicidálneho správania. Snahy o vymedzenie nejakej konkrétnej črty sa ale dlhodobo javia byť neúspešné. Zdá sa, že pre suicidálnych jedincov je typický skôr určitý trs (cluster) osobnostných vlastností, ktorý ale samotný tiež nie je pre predikciu samovražedného jednania dostatočný. Je pravdepodobné, že jedinci s určitými osobnostnými konšteláciami majú väčšiu náchylnosť v určitých životných situáciách k rozvoju suicidálneho procesu, avšak to, či k nemu dôjde alebo nie, je dané interakciou určitej osobnostnej štruktúry s ostatnými rizikovými faktormi (napr. prítomnosť psychiatrického ochorenia, prítomnosť rizikových sociodemografických faktorov, neprítomnosť sociálnej podpory) a s výskytom stresovej životnej situácie, ktorú tento jedinec vníma ako neúnosnú a neriešiteľnú.

V tejto časti by sme sa najskôr zamerali na zistené osobnostné cluster, ktoré so suicidálnym správaním korelovali a následne sa budeme venovať jednotlivým osobnostným charakteristikám, ktorých signifikancia pre suicidalitu bola výskumne overovaná.

Rudd et al. (2000) pomocou clusterovej analýzy skôr z MCMI-II suicidálnych psychiatrických pacientov rozlíšili tri osobnostné cluster, ktoré umožňovali popísať 97% týchto osôb:

10. negativistický, vyhýbavý, schizoidný

11. negativistický, vyhýbavý, závislý

12. negativistický, vyhýbavý, antisociálny

Z uvedeného vyplýva, že hlavnými vlastnosťami, ktoré boli pre všetky tieto tri skupiny typické, sú negativizmus a vyhýbavosť. Pre suicidálne jednanie sa ako najzávažnejší javí cluster 2, charakterizovaný negativizmom, vyhýbavosťou a závislosťou (tab. 6.1).

Kategória	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
Hlavné vlastnosti	<i>Negativistický Vyhýbavý Schizoidný</i>	<i>Negativistický Vyhýbavý Závislý</i>	<i>Negativistický Vyhýbavý Antisociálny</i>
Schéma sebaobrazu	<i>Defektné</i>	<i>Defektné</i>	<i>Defektné</i>
Iné schéma	<i>Nepripútaný- nedôverujúci</i>	<i>Príliš pripútaný- overujúci</i>	<i>Nepripútaný- využívajúci</i>
Emočná regulácia	<i>Nedostatočná sebakontrola</i>	<i>Nedostatočná sebakontrola</i>	<i>Nedostatočná sebakontrola</i>
Bežná diagnóza	<i>Depresia, úzkosť, zneužívanie alkoholu</i>	<i>Depresia, úzkosť, zneužívanie alkoholu</i>	<i>Depresia, úzkosť, zneužívanie alkoholu</i>
Závažnosť symptómov	<i>Mierna</i>	<i>Závažná</i>	<i>Mierna</i>
Depresia	<i>Mierna</i>	<i>Závažná</i>	<i>Mierna</i>
Beznádejnosť	<i>Mierna</i>	<i>Závažná</i>	<i>Mierna</i>
Úzkosť	<i>Mierna</i>	<i>Závažná</i>	<i>Mierna</i>
Suicidálne ideácie	<i>Mierne</i>	<i>Závažné</i>	<i>Mierne</i>
Životný stres	<i>Mierny</i>	<i>Závažný</i>	<i>Mierny</i>
Závažné vlastnosti	<i>Schizotypálne Hraničné</i>	<i>Žiadne</i>	<i>Hraničné</i>

Tab. 6.1 – Popis clusterov (Rudd et al., 2000, s. 208)

Autori (Rudd et al., 2000) odporúčajú zväziť tieto osobnostné kategórie pri terapii, pretože predpokladajú, že osoby spadajúce do iných kategórií budú iným spôsobom nadväzovať terapeutický vzťah a že taktiež budú v rámci terapie vykazovať odlišné potreby.

Rudd, Joiner a Rajab (1995) porovnávali 2 skupiny pacientov po suicidálnej kríze, a to tých, ktorí úspešne ukončili liečbu a tých, ktorí ju ukončili predčasne. Hlavné a potenciálne maladaptívne osobnostné vlastnosti boli medzi oboma skupinami podobné. V MCMI bol dominantný profil 2-8, ktorý sa týka prevažne vyhýbavých, negativistických a pasívne-agresívnych vlastností. Ďalej je charakterizovaný

interpersonálnou hypersenzitivitou, prežívaním interpersonálnych situácií, v ktorých je možné poníženie a emocionálne zranenie, ako rizikových (vyhýbavosť môže súvisieť s hypersenzitivitou na interpersonálne odmietnutie). Iných vidia ako studených a neprístupných, pričom ich pravdepodobná sociálna izolácia a limitované sociálne interakcie môžu tieto ich očakávania ešte podporovať a zvyšovať. Pravdepodobný je tiež chronicky narušený sebaobraz, v ktorom dominujú pocity všeobecnej neschopnosti. Je pravdepodobná náladovosť a negatívna emocionalita (čo môžeme charakterizovať ako neuroticizmus). Ich interpersonálne vzťahy sú pravdepodobne konfliktné a kolísavé a ťažko si v nich vytvárajú dôveru, istotu a pocit intimity, čo sa môže odraziť aj pri vytváraní terapeutického vzťahu.

Tieto osobnostné charakteristiky v súhrne svedčia pre vyhýbavé a negativistické rysy, pričom vyhýbavosť ako štýl riešenia problémov bol potvrdený viacerými výskumami. Neuroticizmus sa tiež preukázal ako korelujúci s rizikom suicidálneho správania. Konflikty v interpersonálnych vzťahoch sa ukazujú byť častým spúšťačom suicidálneho procesu.

Apter a Ofek (2002) vymedzili tri skupiny osobnostných konštelácií rizikových pre suicidálne jednanie:

- Narcisticko-perfekcionistická konštelácia s neschopnosťou tolerovať zlyhania a nedokonalosti, v kombinácii so schizoidnou osobnostnou štruktúrou, ktorá nedovoľuje jedincovi požiadať o pomoc a odopiera mu uspokojenie intimity. (Perfekcionizmu, ako osobnostnej charakteristike sa budeme venovať nižšie.)
- Impulzívne-agresívna konštelácia v kombinácii s hypersenzitivitou na zjavne malé životné udalosti, ktorá vedie k úzkostným a zlostným reakciám a môže vyústiť do sekundárnej depresie. Osoby s týmto typom konštelácie majú tendenciu používať obranné mechanizmy ako regresiu, splitting, disociáciu a presunutie. Často majú v anamnéze traumatické zážitky z detstva, ako sú sexuálne a fyzické zneužívanie. Často majú problémy s abúzm alkoholu a ďalších návykových látok. Okrem toho sa ako pravdepodobná javí spojitosť s narušením serotonínového metabolizmu, ktoré môže byť geneticky podmienené. Tejto osobnostnej konštelácii sa budeme venovať tiež nižšie.
- Beznádejno-depresívna konštelácia, u ktorej je suicidálne jednanie podmienené beznádejnosťou často sa vzťahujúcou k depresii.

Impulzívne a/alebo agresívne tendencie

Keďže samovražda je násilným činom, vyžaduje aspoň minimálnu agresívnu energiu. Vzhľadom k tomu, že suicidálne pokusy majú často charakter impulzívneho aktu, sa impulzivita ako osobnostná vlastnosť javí byť vo výskume a predikcii samovražedného správania dôležitá. Williams a Pollock (2000) uvádzajú, že viac než 50% osôb po suicidálnom pokuse udávalo, že o jeho realizácii neuvažovali viac než hodinu pred jeho uskutočnením.

Na spojitosť impulzivity a suicidálneho jednania bolo zameraných mnoho psychologických štúdií a ich výsledky túto spojitosť potvrdzujú (napr. Dumais et al., 2005; Oquendo et al., 2004; Conner et al., 2001; Soloff et al., 2000; Mann et al., 1999). Jedinci so suicidálnym pokusom v anamnéze vykazujú vyššiu agresiu a impulzivitu v priebehu života než osoby bez suicidálneho pokusu v anamnéze, a to aj vtedy, ak trpia rovnakou psychiatrickou poruchou (Mann et al., 1999). Mann et al. (1999) agresivitu a impulzivitu uvádzajú ako jeden z faktorov v ich modeli suicidálneho správania (stress-diathesis model), v ktorom obe tieto osobnostné charakteristiky spolu s genetickými predispozíciami vytvárajú vulnerabilitu (diathesis) jedinca k riziku, že v prípade stresovej životnej situácie bude jednať suicidálne.

Výsledky neurobiologického výskumu impulzivity a agresivity ako dimenzií osobnosti u suicidálnych a násilných jedincov poukazujú na to, že násilná impulzivita je biologicky mediovaná prostredníctvom serotonínového systému a že je dôležitým komponentom vysoko letálnych suicidálnych pokusov (Mann et al., 1999).

Z hľadiska veku sú impulzívne samovraždy a samovraždy s podtextom pomsty typickejšie pre adolescentnú populáciu a mladšie vekové skupiny (18 – 40 rokov) (Dumais et al., 2005), pričom agresia je tu obrátená smerom k interpersonálnej rovine (Maris, 1992). V staršej populácii sú impulzívne samovraždy menej časté, hnev a nespokojnosť sú častejšie obrátené voči životu a životným podmienkam, než voči konkrétnym jedincom (Maris, 1992).

U porúch osobnosti sa suicidálne jednanie najčastejšie vyskytuje u antisociálnej a emočne nestabilnej osobnosti, ktorých základnými charakteristikami sú afektívna nestabilita a impulzivita, problematická schopnosť plánovať, neadekvátne zachádzanie s hnevom, hostilita a nízka frustračná tolerancia. Emočne nestabilná aj antisociálna porucha osobnosti spadajú do osobnostného clusteru B, ktorý vykazuje najvyššie korelácie so suicidálnym jednaním (Mann et al., 1999). Miera impulzivity v tejto kategórii psychických porúch (ale aj u depresie) ďalej zvyšuje riziko samovraždy

(Soloff et al., 2000). Spojitosť suicidálneho správania s faktorom agresie a impulzivity alebo s hraničnou poruchou osobnosti môže byť vysvetlená genetickými alebo rodinnými faktormi (ako sú rané zážitky, sexuálne alebo fyzické zneužívanie) (Mann et al., 1999). Vysokej prevalencii suicidálneho správania u porúch osobnosti sme sa podrobnejšie venovali v časti o rizikových faktoroch u psychiatrických porúch.

Je pravdepodobné, že mechanizmus suicidálneho procesu je u osôb s externalizovanými symptómami (impulzivita a deviantné správanie) odlišný od mechanizmu u osôb s internalizovanými symptómami (napr. depresia a beznádejnosť), pričom ale prevalencia samovražedných pokusov sa zdá byť u oboch skupín rovnaká. U osôb s externalizovanými ťažkosťami je vzťah medzi históriou suicidálneho správania a históriou impulzívneho, deviantného (externalizovaného) správania nezávislý na internalizovaných symptómoch a nezávislý na komorbidite internalizovaných a externalizovaných symptómov (Verona, Sachs-Ericsson, Joiner, 2004). Samovražedné správanie žien s externalizovanými symptómami sa môže vzťahovať ku kombinácii emočnej nestability a nebrzdenosti v správaní, ktoré pripomínajú rysy emočne nestabilnej osobnosti, ktorá je zas spojená so sebapoškodzovaním žien.

K tomu, že u osôb s externalizovanými a internalizovanými symptómami je mechanizmus suicidálneho procesu zrejme rozdielny, sa prikláňajú aj Apter et al. (1991), ktorí porovnávali dve skupiny osôb, osoby s násilným správaním v anamnéze (spáchaná kriminalita alebo nezvládateľné násilné správanie) a psychiatrických pacientov bez anamnézy násilného správania. U oboch skupín boli podobné vzorce signifikantných a pozitívnych korelácií medzi impulzivitou, hnevom, úzkosťou, strachom, podozrievavosťou a rebelantsvom a rizikom samovraždy. Rozdiel bol ale v tom, že u násilných pacientov (ale iba s foreznými problémami) bola vysoká korelácia medzi hnevom a rizikom samovraždy, u nenásilných osôb bola zas zistená signifikantná korelácia medzi smútkom a rizikom samovraždy, táto korelácia ale nebola prítomná u násilných osôb. Jedným z možných vysvetlení tohto rozdielu je nízka prevalencia afektívnych porúch u násilnej skupiny. Je tiež možné, že tieto osoby majú tendenciu vysporiadávať sa so smutnými pocitmi cez násilné jednanie, ktoré môže mať podobu sebapoškodenia alebo agresie voči druhým. Autori sa domnievajú, že terapia a ovplyvnenie suicidálnych prejavov u týchto dvoch skupín by mala byť rozdielna. U depresívnych osôb by mala byť liečba zameraná na depresívnu symptomatiku (antidepresívna medikácia a psychoterapia depresívnych symptómov), naopak

u pacientov so zvýšenou agresiou na ovplyvnenie impulzivita (stabilizátory nálady a behaviorálne techniky manažmentu impulzivita).

Väčšia impulzivita alebo narušené rozhodovanie môže predstavovať základ všeobecného sklonu k samovražedným alebo agresívnym aktom (Mann et al., 1999).

Impulzivita zrejme zvyšuje pravdepodobnosť suicidálneho jednania, na druhej strane ale znižuje jeho plánovanie, čím znižuje riziko letality týchto aktov (Oquendo et al., 2004).

Neuroticizmus

Neuroticizmus sa vzťahuje k labilnej afektivite, negatívnej emocionalite, ľahkej rozrušiteľnosti. Jedinci s vyššou mierou emocionality ako faktoru neuroticizmu charakterizovaného labilnou emotivitou, majú tendenciu udávať aj vyššiu mieru každodenných drobných starostí a vyšší počet životných udalostí, ktoré sa javia ako negatívne vplyvajúce na mentálne zdravie. Osoby s labilnejšou emocionalitou, ak sú pod tlakom, vykazujú tiež zvýšený výskyt a mieru psychických symptómov (Aldwin et al., 1989).

Zvýšená miera neuroticizmu je síce u suicidálnych jedincov prítomná, avšak tieto osobnostné charakteristiky sa u nich javia byť skôr zvýraznené, než že by ich odlišovali od ostatných klinických podskupín (Useda et al., 2007; Mehrabian, Weinstein, 1985). Neuroticizmus sa javí byť skôr významnejší v spojitosti so suicidálnymi ideáciami než s aktuálnym samovražedným pokusom (Cox, Enns, Clara, 2004).

To poukazuje na to, že neuroticizmus sa môže vzťahovať k zvýšenej emočnej labilitate a precitlivenosti aj na drobnejšie podnety, a tým predisponovať k pohrávaniu sa so suicidálnymi ideáciami, avšak ako predispozícia k suicidálnemu jednaniu sa javí byť nedostačujúcim faktorom. K tomu, aby osoba so zvýšeným neuroticizmom jednala suicidálne, sú zrejme potrebné ďalšie rizikové charakteristiky a faktory, ktoré potom v kombinácii so životným stresom môžu vyústiť do suicidálneho jednania.

Perfekcionizmus

Dimenzie perfekcionizmu sa javia byť jedným z prediktorov suicidálneho správania a môžu k nemu vytvárať vulnerabilitu (Beevers, Miller, 2004; Hewitt, Flett, Weber, 1994). Perfekcionizmus je „... *mnohodimenzionálnou entitou, ktorá je vsadená do sociálneho kontextu a vyjadrená v termínoch na seba sa vzťahujúcich aj sociálne založených postojoch, kogníciách, správaniach a motiváciách.*“ (Sherry et al., 2003, s. 384). Na seba orientovaný perfekcionizmus zahŕňa extrémne vysoké a nerealistické

nároky na seba, normy a očakávania, silnú sebakritiku a neschopnosť akceptovať svoje chyby a zlyhania. Na druhých orientovaný perfekcionizmus sa týka požiadaviek, aby druhí splňovali nadmerné nároky a normy. Sociálne predpísaný perfekcionizmus sa vzťahuje k presvedčeniu, že ostatní majú na jedinca vysoké a nerealistické očakávania, ktoré sú ťažko splniteľné, ale jedinec ich musí splniť, ak chce byť druhými prijímaný (Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, 1992). Na seba orientovaný a sociálne predpísaný perfekcionizmus vedú k neustálej kontrole správania a rozdielom medzi správaním a očakávanou normou.

So suicidálnymi ideáciami a samovražedným správaním sú spojené na seba orientovaný a sociálne predpísaný perfekcionizmus, a to i pri zväžení iných psychologických faktorov ako depresia a beznádejnosť (Hewitt, Flett, Weber, 1994). Riziko samovraždy zvyšuje, že osoby majú tendenciu rýchlo interpretovať stresy ako svoje zlyhania (Hewitt, Flett, 1993), majú pochybnosti o jednaní, nadmerne sa zaoberajú chybami a sú zvýšene sebakritickí (O'Connor, 2007).

Jedna z príčin, prečo sa na seba orientovaný perfekcionizmus môže vzťahovať k suicidálnemu správaniu je, že títo jedinci majú tendenciu prežívať viac udalostí ako stresujúcich, nastavovať si nerealistické štandardy, majú striktné kritériá týkajúce sa úspechu a majú taký štýl myslenia, ktorý im umožňuje vidieť ako výsledok iba úplný úspech alebo totálne zlyhanie (Hewitt, Flett, 1993; Hewitt, Flett, 1991). Vnímané zlyhanie môže byť pre týchto ľudí pripomenutím ich nedokonalostí, môže byť nimi interpretované ako neschopnosť kontrolovať výsledky snaženia, a tým dlhodobo negatívne vplývať na ich sebaúctu a sebahodnotenie (Hewitt, Flett, 1993; Hewitt, Flett, 1991). Takto vnímané zlyhania iniciujú suicidálny proces (Baumeister, 1990), pričom na seba orientovaný perfekcionizmus sa javí byť osobnostnou vlastnosťou a môže tak vytvárať trvalú vulnerabilitu k suicidálnemu správaniu.

V situáciách stresu preto zvýšené úrovne na seba orientovaného perfekcionizmu môžu vytvárať vulnerabilitu k rôznym problémom, ako aj k samovražde (Hewitt, Flett, 1993; Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, 1992; Hewitt, Flett, 1991). Na seba orientovaný perfekcionizmus ale koreluje s pozitívnymi myšlienkami do budúcnosti, čo autori vysvetľujú tým, že tento typ perfekcionizmu vedie k väčšej kontrole a môže hnať k väčšej aktivite v dosahovaní cieľov (O'Connor, 2007; Hunter, O'Connor, 2003). Pozitívny vzťah medzi na seba orientovaným perfekcionizmom a suicidálnym rizikom nebol preukázaný ani v ďalšom výskume (Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, 1992). Títo autori sa domnievajú, že rozvoj depresívnej problematiky a rizika suicidálneho

správania je u na seba orientovaného perfekcionizmu podmienený prítomnosťou mediujúcich psychologických premenných, ako sú životné stresy, interný atribučný štýl a na emócie zameraný coping. Pri spojení týchto rozdielnych výsledkov sa môžeme domnievať, že tieto osoby nie sú síce pesimistické do budúcnosti, ale že v prítomnosti aktuálnych životných stresov a v prípade, že u nich zároveň prevažuje interný atribučný štýl, môžu mať tendenciu negatívne interpretovať aktuálne stresové situácie ako svoje zlyhanie.

Sociálne predpísaný perfekcionizmus sa ukázal byť spojený s maladjustáciou a vyšším psychologickým distresom (zahrnujúcim komponenty anxiety, depresie, suicidalitu, insomnie a somatických symptómov) v klinickej aj normálnej populácii (Flamenbaum, Holden, 2007; O'Connor, O'Connor, 2003; Chang, Rand, 2000; Hewitt, Flett, 1991) a s naučenou bezmocnosťou, ktorá môže vytvárať nazeranie na samovraždu ako na jednu z možností (Hewitt, Flett, 1991). To, že sociálne predpísaný perfekcionizmus diferencuje suicidálne osoby od osôb nesuicidálnych potvrdzujú viaceré štúdie (O'Connor, 2007; Hunter, O'Connor, 2003; Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, 1992) a že predikuje riziko suicidálneho správania aj po odstránení takých premenných, ako sú depresia alebo beznádejnosť, ktoré hrajú významnú úlohu v rozvoji suicidálneho procesu (O'Connor, 2003; Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, 1992).

Podľa Williamsa a Pollocka (2000) a ich teórie suicidálneho správania ako výkriku bolesti, tí, ktorí sú presvedčení, že druhí majú na nich vysoké požiadavky, majú väčšiu tendenciu interpretovať negatívne životné udalosti ako porážku a zlyhanie. Sociálne predpísaný perfekcionizmus koreluje s beznádejnosťou (Chang, Rand, 2000; Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan, 1992), ktorá patrí k jedným z najlepších prediktorov suicidálneho správania. Rozvoj psychologického distresu závisí od toho, či je sociálne predpísaný perfekcionizmus spojený s vyhýbavým copingom ako odpoveďou na stresujúcu úlohu a v prípade, že je táto spojitosť u človeka prítomná, vzniká vyššie riziko prežívania beznádejnosti, ktorá je opäť spojená so suicidalitou (O'Connor, O'Connor, 2003).

Naopak, na iných orientovaný perfekcionizmus sa javí byť protektívnym faktorom voči samovražednému správaniu, pretože tento typ perfekcionizmu sa spojuje s pozitívnym myslením do budúcnosti a negatívne s beznádejnosťou, čo poukazuje na to, že tieto osoby zrejme v stresovej situácii nezažívajú redukciu pozitívneho myslenia (Hunter, O'Connor, 2003; O'Connor, O'Connor, 2003; Chang, Rand, 2000). Naopak, jedinci,

ktorí majú nízku úroveň na iných orientovaného perfekcionizmu, majú väčšiu pravdepodobnosť k prežívaniu beznádejnosti (O'Connor, O'Connor, 2003).

Sociálne predpísaný a na seba orientovaný perfekcionizmus sa teda javia ako jeden z rizikových faktorov psychologického distresu a maladjustácie. Ukazujú sa tiež byť významným prediktorom suicidálneho správania, pretože perfekcionistické správanie predisponuje jedinca k interpretácii stresov ako zlyhaní, čo môže aktivovať suicidálne správanie. Ich predikčná schopnosť je ale ďalej ovplyvnená typom copingových mechanizmov, ktoré jedinec pri strete s dennými stresmi alebo negatívnymi udalosťami používa a typom atribučného štýlu jedinca.

Perfekcionizmus je jedným z hlavných prediktorov pre rozvoj suicidálneho správania v teórii Baumeistera (viz. kapitola Psychologické modely samovražedného správania).

Sebakritickosť

Ľudia so zvýšenou sebakritickosťou majú tendenciu sa v porovnaní s druhými hodnotiť horšie a cítiť sa voči druhým menejcenní. Často majú tendenciu cítiť sa ako chytení do pasce vlastných myšlienok a pocitov, neschopní im uniknúť, nezávisle na tom, ako sa v tej chvíli cítia. Pocit chytenia do pasce vyplýva z toho, že únik od ich vnútorného kriticizmu je pre nich ťažký alebo nemožný. Toto môže zapríčiniť zvýšenú suicidalitu vysoko sebakritických osôb, ktoré na základe pocitu chytenia do pasce môžu začať samovraždu považovať za jedinou možnú formu úniku (Sturman, Mongrain, 2005). Podľa Cox, Enns a Clara (2004) môžu mať osoby so zvýšenou sebakritikou až 4-krát väčšiu pravdepodobnosť suicidálnych pokusov v minulosti. Sebakritika môže viesť k vnímaniu seba ako zlyhávajúceho v naplňovaní požiadaviek a očakávaní a želaných štandardov. Pri takomto scenári môže byť pre jedinca zložitým opodstatniť si pokračovanie svojej existencie a jeho deštrukcia sa mu môže zdať ako prijateľná a vhodná možnosť.

Fazaa a Page (2003) sa domnievajú, že vysoko sebakritické osoby vstupujú do suicidálneho správania následne po osobnom alebo intrapsychickom stresore a ich suicidálne pokusy sú motivované potrebou úniku. V porovnaní so závislými osobami, sú ich suicidálne pokusy charakteristické silnejším úmyslom ukončiť svoj život, vykazujú vyššie skóre letality a majú tendenciu vytvárať také suicidálne situácie, v ktorých je menšia možnosť záchrany. Vysoko sebakritické osoby tak vykazujú vyššie riziko úspešných samovrážd než závislí jedinca. Tento vzorec samovražedného správania je častejší u mužov než u žien, ktoré zároveň skórujú vyššie v kategórii

závislosti, čo môže byť jedným z vysvetlení zvýšeného počtu dokonaných samovrážd u mužov než u žien.

Nízka sebaúcta a sebadôvera

Nízka sebaúcta a sebadôvera sa vzťahujú k tomu, ako sa jedinec vyrovnáva s ťažkosťami a problémami. Zdá sa, že vyššia sebadôvera chráni sebaobraz suicidálneho jedinca pred stresormi, ktoré vedú k otázkam o vlastnej sebahodnote a môže tiež zvyšovať pozitívne postoje o jedincových schopnostiach čeliť problémom (Petrie, Chamberlain, Clarke, 1988). Naopak, nízka sebaúcta vedie k negatívnemu sebaobrazu a nízka sebadôvera k presvedčeniu, že jedinec nie je schopný danú situáciu vyriešiť a nie je schopný čeliť problémom. Podľa týchto autorov nízka sebaúcta odráža to, ako sa suicidálny jedinec bude vyrovnávať s ťažkosťami po ukončení hospitalizácie. Cox, Enns a Clara (2004) sa domnievajú, že suicidalita sa stáva zjavnou ani nie tak pri absencii vysokej sebaúcty, ale skôr pri prítomnosti veľmi nízkej úrovne sebaúcty.

Vyhýbanie sa poškodeniu, ublíženiu

U suicidálnych pacientov bolo pri porovnaní s kontrolnou skupinou zistené vyššie skóre vo vyhýbaní sa ublíženiu, čo indikuje tendenciu k behaviorálnej inhibícii pri konfrontácii so stresovými stimulmi, čo môže zodpovedať tzv. únikovému mechanizmu popísanému v teoretickom modeli tzv. „výkriku bolesti“ (Williams, Pollock, 2002).

Temperament je pomerne stabilnou charakteristikou osobnosti, prejavuje sa už v ranom detstve a ostáva pomerne stabilný v priebehu života. Už od raného veku interaguje so sociálnym prostredím jedinca, u dieťaťa vyvoláva rozdielny temperament rozdielne reakcie starajúcich sa osôb, čím si dieťa vytvára pozitívne alebo negatívne sociálne zážitky.

Temperamentové charakteristiky úzko súvisia s odolnosťou voči stresu a ovplyvňujú copingové mechanizmy osobnosti. Napriek pomerne vysokej stabilite je ich vplyv na psychické zdravie človeka a zvládanie stresových situácií sprostredkovaný tiež kognitívnymi mechanizmami a tzv. vysvetľujúcim štýlom, ktoré sa javia byť terapeuticky ovplyvniteľné (Linehan et al., 1991).

Životné udalosti

Životné udalosti sú zmeny, ktoré v signifikantnom smere pôsobia na život človeka. Sú to skutočnosti, ktoré často prinášajú zmenu a vyžadujú od jedinca prispôbenie sa,

reštrukturalizáciu súčasnej životnej situácie a zmenu navyknutého životného štýlu. Na ich zvládnutie je potrebné, aby jedinec zaktivizoval svoje copingové mechanizmy.

Životné udalosti môžeme rozdeliť na jednorazové a chronické, na kontrolovateľné a nekontrolovateľné, na udalosti týkajúce sa ústupu alebo vstupu zo alebo do sociálneho poľa a na tie, ktoré prinášajú zisk alebo stratu.

Záťažové životné udalosti, ktoré predchádzajú rozvoju suicidálneho procesu, označujeme ako provokujúci faktor alebo provokujúce udalosti. Tieto udalosti môžu predchádzať a byť tzv. spúšťačím faktorom u rôznych psychiatrických porúch, ich vplyv sa ale javí byť najsilnejší u depresie a suicidálneho správania (Paykel, 2003).

Suicidálne jednanie sa často vyskytuje v nadväznosti na také životné udalosti, ktoré daný jedinec vníma ako pre neho negatívne a ktoré sa objavia na pozadí dlhodobějších životných problémov. Tieto udalosti bývajú rôzneho druhu, častá je kombinácia viacerých udalostí. Samovražedné správanie je potom bezprostrednou reakciou na akútnu alebo chronickú frustráciu pri čelení zdanlivo neriešiteľnej situácii (Hawton, 2002).

Paykel, Prusoff a Myers (1975) porovnávali počet životných udalostí prežitých 6 mesiacov pred samovražedným pokusom so životnými udalosťami 2 kontrolných skupín. Dospeli k záveru, že ľudia po samovražednom pokuse udávali až 4-krát väčší počet stresujúcich životných udalostí než osoby z kontrolnej skupiny normálnej populácie a 2-krát viac než osoby depresívne bez suicidálneho pokusu v anamnéze. Výrazné vyvrcholenie udalostí sa vyskytlo mesiac pred suicidálnym pokusom. Na prítomnosť životných udalostí pred suicidálnym pokusom poukazujú aj ďalší autori, napr. Weyrauch et al. (2001), Yen et al. (2005). Maltsberger et al. a Hendin et al. (Maltsberger et al., 2003; Hendin et al., 2001) zistili, že u väčšiny osôb, ktorí samovraždu dokonali, bola pred suicidálnym aktom prítomná životná udalosť, ktorá mu predchádzala. U niektorých osôb počiatočná udalosť spustila suicidálne správanie vedúce ďalej k ďalším udalostiam, ktoré situáciu ešte zhoršovali. So stúpajúcou mierou negatívneho životného stresu stúpa aj beznádejnosť a suicidálny úmysel (Schotte, Clum, 1987).

Vzťah medzi životnými udalosťami a suicidálnym správaním sa nejaví byť priamy, ale mediovaný cez prežívanie beznádejnosti (Elliott, Frude, 2001; Rudd, Rajab, Dahm, 1994; Dixon et al., 1992). Elliott a Frude (2001) uvádzajú, že ľudia, ktorí udávajú vyšší počet životných udalostí, tiež udávajú, že prežívajú vyššiu mieru beznádejnosti. Podľa Rudd, Rajab a Dahm (1994) majú životné udalosti významný vplyv na

sebapodhodnotenie a na ďalšie kognitívne premenné, akou je beznádejnosť. Tento vzťah je ďalej sprostredkovaný prídavnými symptómami, ako sú úzkosť a depresia. Stresové životné udalosti sú dôležitým prediktorom rozvoja pocitov beznádejnosti a až cez beznádejnosť potom predikujú suicidálne správanie (Dixon et al., 1992). To znamená, že pri absencii beznádejnosti, stres k suicidálnemu správaniu nevedie.

Vzťah medzi negatívnymi životnými udalosťami a suicidálnym úmyslom sa v priebehu suicidálneho procesu znižuje (Crane, Williams, Hawton, 2007; Neeleman, De Graaf, Volleberg, 2004; Joiner, Rudd, 2000). Prvotné epizódy samovražedného správania sa môžu vyskytovať ako odpoveď na vonkajšie stresy spôsobené negatívnymi životnými udalosťami a problémami, avšak ďalšie epizódy môžu byť ľahšie spustené relatívne malými každodennými stresmi a/alebo endogénnymi kognitívnymi a afektívnymi zmenami zvyšujúcimi kapacitu k reaktívnym suicidálnym ideáciám a dobrovoľnému sebaublíženiu. Tento proces potom vedie k vymiznutiu spojitosti medzi hlavnými životnými udalosťami a suicidálnym vývojom. To znamená, že u osoby, ktorá v minulosti reagovala na závažnú životnú situáciu suicidálne, je vyššia pravdepodobnosť, že na menšie životné stresy bude opäť reagovať suicidálne, pričom sa nebude musieť jednať o závažnú životnú udalosť. K rovnakým výsledkom tiež dospeli Neeleman, De Graaf a Volleberg (2004). Zistili, že negatívne životné udalosti mali bližšiu spojitosť s výskytom suicidality u jedincov bez predchádzajúceho suicidálneho správania v anamnéze. Podľa týchto autorov muži postupujú týmto procesom rýchlejšie než ženy, i keď, ako poukazuje Crane, Williams a Hawton (2007), ženy prechádzajú procesom postupného znižovania významnosti životných udalostí na rozvoj suicidálnych prejavov tiež. V ich výskumnom súbore ženy, ktoré boli po prvom pokuse o samovraždu, vykazovali signifikantne vyššiu pozitívnu koreláciu medzi životnými udalosťami a suicidálnym úmyslom, kým u žien po opakovanom suicidálnom pokuse bola táto korelácia signifikantne negatívna. Domnievajú sa zároveň, že rozdielne podskupiny osôb po suicidálnom pokuse budú vykazovať rozdielne vzorce zmeny v spojitosti medzi životnými udalosťami a suicidálnym úmyslom v priebehu epizód.

Súhrnne tak môžeme povedať, že životné udalosti často suicidálnemu správaniu predchádzajú, ich vplyv je ale najsilnejší na začiatku suicidálneho procesu a v priebehu tohto procesu sa ich vplyv znižuje (suicidálne správanie je postupne na výskyt životných udalostí menej závislé). K tomu, aby jedinec jednal suicidálne, ale samotná prítomnosť závažných životných udalostí nestačí. Suicidálne správanie sa vyskytuje iba vtedy, ak jedinec zároveň prežíva pocity beznádejnosti a ak je ohrozený aj ďalšími

rizikovými faktormi. To znamená, že životná udalosť môže pôsobiť ako spúšťací faktor suicidálneho procesu u vulnerabilného jedinca.

Holmes a Rahe zostavili zoznam záťažových situácií podľa ich závažnosti a náročnosti na vyrovnanie sa s nimi. Desiatimi najviac zaťažujúcimi udalosťami sú smrť manželského partnera, rozvod, rozvrat manželstva (rozchod manželov), výkon trestu, úmrtie blízkeho člena rodiny, úraz alebo vážna choroba, svadba, strata zamestnania, prebudovanie manželského vzťahu (zmierenie manželov) a odchod do dôchodku (Holmes, Rahe, 1967). Tieto udalosti predstavujú straty alebo náhle životné zmeny, ktoré môžu pôsobiť na jedinca destabilizujúco a viesť k suicidálnym úvahám. Nakoľko sa suicidálne úvahy rozvinú, závisí ďalej od osobnostných charakteristík jedinca a jeho copingových mechanizmov.

Hoci životné udalosti nie sú pre jednotlivé typy ochorení špecifické, u depresie sa ako najčastejšie javia byť udalosti týkajúce sa interpersonálnej straty a straty sebaúcty alebo situácie spojenej s ponížením (Paykel, 2003). U suicidálneho správania sa typ záťažovej udalosti javí byť podobný ako u depresie. K častým stresorom vzťahujúcim sa k rozvoju suicidálneho správania u dospelaj populácie patria predovšetkým interpersonálne a pracovné ťažkosti a straty, rodinné problémy a zložité rodinné vzťahy, strata blízkej osoby, ekonomické problémy. Weyrauch et al. (2001) zistili prevahu interpersonálnych konfliktov a strát, ktoré suicidálnemu pokusu predchádzali. Ďalšími uvádzanými zdrojmi stresu boli finančné starosti, nasledovali nezamestnanosť, somatické ochorenie a presťahovanie. Finančné starosti, nezamestnanosť a iné boli typickejšie pre obdobie posledného týždňa, naopak sťahovanie, somatické ochorenie a psychiatrické liečba boli typickejšie pre obdobie posledného roku, avšak ani jeden z týchto faktorov nebol natoľko signifikantný vo vzťahu k predikcii impulzívneho suicidálneho aktu ako interpersonálna strata alebo interpersonálne konflikty. Yen et al. (2005) udávajú u osôb po suicidálnom pokuse tiež prevahu životných udalostí spojených s láskou a manželstvom, ktoré predchádzali ich samovražednému jednaniu, zároveň ale žiadna konkrétna udalosť nebola signifikantne spojená so suicidálnym pokusom. Vysvetlením môže byť to, že každá udalosť nesie individuálne iný emočný náboj a že každý jedinec ju môže vnímať inak. Napr. rozvod alebo rozchod s partnerom, ktoré patria medzi závažné životné udalosti, môžu mať pozitívny náboj v prípade, že prinášajú ukončenie dlhodobo nefunkčného a emočne náročného vzťahu. To znamená, že dôležitejší než samotný výskyt tej ktorej udalosti je spôsob, akým afektívne ovplyvní jedinca a aký význam pre neho táto udalosť má. Výsledky tejto štúdie poukazujú na signifikantný

význam životných udalostí ako prediktorov suicidálneho správania u osôb s poruchou osobnosti.

Pre rozvoj pocitov beznádejnosti a následne suicidálnych ideácií sa ako dôležité javia nielen závažné životné udalosti, ale aj každodenné drobné stresy (v angličtine hassless). Je pravdepodobné, že výskyt negatívnych životných udalostí, ako je napr. strata práce môže viesť k nárastu každodenných starostí, ako sú napríklad finančné ťažkosti a naopak, vysoká miera každodenných starostí môže viesť napr. k narušeniu partnerského vzťahu, ktoré vyústi do závažnej životnej udalosti, akou je rozvod (Dixon et al., 1992).

Rich et al. (1991) skúmali vzťah životných stresorov a suicidality v súvislosti so životným cyklom. Zistili, že pre jednotlivé vývojové obdobia sú rizikovejšími iné životné udalosti. Ich rozloženie zodpovedalo vývojovej teórii, podľa ktorej existujú kritické obdobia vzťahujúce sa k veku, ktoré môžu vyústiť do vyššej vulnerability k určitým stresorom. Pre adolescenciu a ranú dospelosť sú typickými kritickými udalosťami interpersonálne konflikty, separácia a odmietnutie. V strednom veku (40 – 49 rokov) sa ako hlavnými záťažovými udalosťami javili byť ekonomické problémy, pričom tieto boli typickejšie pre mužov než pre ženy (v pomere 2:1). Prítomnosť zdravotných problémov a somatických ochorení ako životného stresoru narastá s vekom, a to od stredného veku po starší vek, pre ktorý je prítomnosť týchto stresorov najtypickejšia. V staršej populácii sa vlastná smrteľnosť a fyzické obmedzenia môžu stať zreteľnejšími v spojitosti s úmrtiami blízkych, i keď v tejto štúdii sa smrť blízkej osoby v tomto veku nejavila byť charakteristickým spúšťáčom suicidálnej krízy.

Interpersonálne problémy

Interpersonálne problémy sú najčastejšie uvádzanou kategóriou životných udalostí, ktoré predchádzajú rozvoju suicidálneho procesu. Výskumy boli zamerané na interpersonálne ťažkosti vzťahujúce sa k interpersonálnym konfliktom alebo k interpersonálnym stratám.

V štúdii Linehan et al. (1986) 60% ľudí po suicidálnom pokuse udávalo interpersonálne problémy ako ich aktuálny problém, osoby so suicidálnymi úvahami a nesuicidálne osoby udávali menej než 30% takýchto problémov, čo naznačuje, že medzi závažnými interpersonálnymi ťažkosťami a suicidálnymi pokusmi existuje spojitosť a že nie sú len vedľajším produktom suicidálneho správania.

Narušené interpersonálne vzťahy v priebehu posledného roku boli významným prediktorom aj v štúdiu, ktorú realizovali Weyrauch et al. (2001). Najčastejším typom interpersonálnej udalosti bol interpersonálny konflikt s partnerom alebo partnerkou. V 77% prípadov došlo k interpersonálnemu konfliktu v priebehu 1 – 7 dní pred pokusom, pričom rozdiely sa nevyskytli ani medzi pohlaviami, ani neboli spojené s prítomnosťou porúch osy I. Straty boli typickejšie pre dlhšie časové obdobie, tzn., že straty a narušenie vzťahu boli typickejším dlhodobým faktorom než konflikty, ktoré prevažovali v poslednom týždni pred pokusom.

Podľa Joiner a Rudd (1995) sa efekt interpersonálnych udalostí ako prediktora suicidálnych ideácií zvyšuje v spojitosti s negatívnym atribučným štýlom, pretože atribúcie môžu vytvárať základ, z ktorého sa vyvíja schopnosť riešenia problému. Napríklad, ak je závažné interpersonálne narušenie prisudzované stabilným a globálnym faktorom, jedincovo posúdenie potenciálu riešenia problému môže byť pesimistické, viesť k inhibícii v riešení a v niektorých prípadoch k suicidálnym myšlienkam a aktom ako spôsobu riešenia. Na druhej strane, odhad riešenia problému môže riadiť atribučný proces. Napr. jedinec môže zhodnotiť, že príčiny negatívnej udalosti sú stabilné a globálne, pretože on nemá nevyhnutné prostriedky k tomu, aby situáciu zvládol.

U osôb s hraničnou poruchou osobnosti tiež prevažujú interpersonálne spúšťače, týkajúce sa manželských a ďalších vzťahov, čo podporuje klinické pozorovanie, že tieto osoby pravdepodobnejšie pri strete s interpersonálnymi konfliktami alebo sklamaniami zareagujú sebadeštruktívne (Brodsky et al., 2006; Brown, Comtois, Linehan, 2002). Brown, Comtois a Linehan (2002) vnímajú dôvod suicidálneho správania ako reakcie na interpersonálny problém v tom, že samovražda (už či to je alebo nie je úmyslom samovraha) je aktom, ktorý presunie pozornosť okolia k samovrahovi a môže byť tak spôsobom riešenia interpersonálneho problému.

K interpersonálnym udalostiam patrí aj smrť blízkej osoby, ktorá je považovaná za jednu z najnáročnejších životných udalostí. Predstavuje výrazný zásah do života človeka, do jeho sebavnímania, identity a integrity, kladie na človeka požiadavku na reštrukturalizáciu jeho života a vybudovanie si vlastnej identity, nezávislej na osobe zomrelého (Kubíčková, 2001). Suicidálne správanie môže byť jedným z prejavov a dôsledkov komplikovaného trúchlenia.

Osoby s komplikovaným trúchlením vykazujú vysoké suicidálne riziko, ktoré ako významné ostáva aj po kontrole depresie a posttraumatickej stresovej poruchy. Komplikované trúchlenie sa tak javí byť významným a na psychiatrickom ochorení

nezávislým suicidálnym faktorom. Smrť blízkeho je udalosťou, ktorá zapríčiňuje vysokú hladinu distresu u osôb s aj bez psychiatrickej poruchy v anamnéze (Latham, Prigerson, 2004).

Stroebe, Stroebe a Abakoumkin (2005) taktiež poukazujú na pomerne vysoké riziko vzniku suicidálnych ideácií, predovšetkým u trúchliacich žien. Toto riziko je spojené so závažnou depresívnou symptomatikou. Dopad trúchlenia na suicidálne ideácie spájajú autori s intenzívnou emocionálnou osamelosťou, ktorú tieto ženy prežívajú. Suicidálne ideácie sú podľa tejto štúdie v populácii osôb v strednom veku (priemerný vek 53 rokov) častejšie u žien než u mužov, naopak, ako poukazuje výskum Erlangsen et al. (2004), sú suicidálne ideácie po strate životného partnera v populácii osôb starších než 80 rokov častejšie u mužov než u žien. Na rozvoj depresívnych symptómov alebo suicidálnych ideácií po smrti blízkej osoby majú vplyv predovšetkým nízka sebaúcta a závislostné charakteristiky vo vzťahu so zomrelým (Johnson, Zhang, Prigerson, 2008), ktoré môžeme nájsť medzi rizikovými faktormi komplikovaného trúchlenia.

Strata zamestnania, nezamestnanosť

Okrem zhoršenia ekonomickej situácie a zmeny životného štýlu, strata zamestnania so sebou často prináša pocity neschopnosti, zníženej sebahodnoty a zlyhania. Môže tiež viesť k oslabeniu sociálnych vzťahov a až k sociálnej izolácii. Ak je pridružená neschopnosť sa znovuzamestnať, tieto pocity sa môžu prehĺbovať a viesť k pocitom vlastnej bezcennosti, strate zmyslu života, k beznádeji a rezignácii. Sonneck (2000) prirovnáva stratu zamestnania k strate blízkej osoby, rozdiel ale vidí v množstve sociálnej podpory, ktorá sa postihnutej osobe dostáva. Kým pozostalý dostáva sociálnu oporu a účasť, nezamestnaný musí často čeliť diskriminácii okolia.

Haatainen et al. (2003) zistili, že beznádejnosť je stabilnou charakteristikou nezamestnaných (predovšetkým mužov) v rámci celkovej populácie (jeden z faktorov, ktoré najlepšie predikujú suicidálne správanie). Maris (1992) uvádza, že približne 1/3 suicidantov je v čase spáchania samovraždy nezamestnaná. Zamestnanosť tak považuje za jeden z dôležitých protektívnych faktorov voči samovražde. Podľa Hall, Platt a Hall (1999) je neschopnosť sa znovuzamestnať jedným zo silných prediktorov suicidálneho správania. Nezamestnanosť považujú za rizikový faktor tiež Brown et al. (2000), naopak podľa Beautrais, Joyce a Mulder (1998) vzťah medzi nezamestnanosťou a rizikom suicidálneho pokusu skôr vychádza z korelácií existujúcich medzi nezamestnanosťou a psychiatrickou poruchou. Psychiatrické problémy môžu ovplyvniť

jedincovu schopnosť požadovaného fungovania v práci, čo môže ďalej viesť k zvýšenému stresu v zamestnaní až k strate práce a s tým súvisiacimi negatívnymi dopadmi na životnú úroveň jedinca, ako aj na pocit spolupatričnosti a sebahodnotenia. Otázkou teda ostáva, akú úlohu zastáva prítomnosť psychiatrickej poruchy v rozvoji suicidálneho procesu v nezamestnanej populácii. Jednou z hypotéz môže byť, že je v tomto procese mediujúcou premennou.

Z hľadiska pohlavia, je riziko samovražedného správania v nezamestnanej populácii vyššie u mužov než u žien, čo je vysvetľované tradičnými genderovými stereotypmi, podľa ktorých sú muži pod väčším tlakom byť živiteľmi rodiny, a preto môže nezamestnanosť pre nich predstavovať väčšie sociálne stigma (Weyrauch et al., 2001; Stack, 2000).

Závažné somatické ochorenie

Vážny úraz alebo závažné somatické ochorenie predstavujú výrazný zásah do života človeka. Často so sebou prinášajú náhlu potrebu zmeny životného štýlu a životných plánov. Naraz to, čo človek mohol, čo mu prinášalo radosť a uspokojenie, sa stáva nereálnym a jeho možnosti sa stávajú limitovanými. K samovražednému správaniu vedie závažné somatické ochorenie alebo vážny úraz prinášajúci zneschopnenie v určitej oblasti fungovania väčšinou v prípade, ak sú sprevádzané dlhodobou ťažko znášanou bolesťou, negatívnou prognózou ochorenia, rozvojom depresie a beznádeje.

Riziko suicidality, a to nielen suicidálnych ideácií, ale aj suicidálnych pokusov sa u osôb so somatickým ochorením javí byť zvýšené (Druss, Pincus, 2000). Vyšší počet somatických ochorení u daného jedinca zvyšuje prítomnosť suicidálnych ideácií a riziko samovraždy (Goodwin, Marusic, Hoven, 2003; Druss, Pincus, 2000).

Kritickým momentom v rozvoji suicidality u osôb so somatickým ochorením sa zdá byť ich psychologická reakcia na oznámenie medicínskej diagnózy a schopnosť prispôsobenia sa novým životným podmienkam (Granello, Granello, 2007). K samovražednému aktu dochádza často v období krátko po oznámení diagnózy, najviac ohrozené sú teda osoby v prvotných štádiách prispôsobovania sa a zžívania sa s ochorením alebo osoby, ktoré trpia dlhodobou bolesťou.

Samotná prítomnosť závažného somatického ochorenia je z hľadiska predikcie samovraždy zväčša nedostatočná, pretože sa v spojitosti so suicídiom zriedkavo vyskytuje bez súčasnej prítomnosti psychiatrického ochorenia. Baldessarini a Tondo (2001) uvádzajú, že prítomnosť symptómov depresie u somatických ochorení je veľmi

častá. Depresia u somaticky nemocných býva často nediagnostikovaná a neliečená, čo suicidálne riziko zvyšuje. U väčšiny pacientov by mohla toto riziko znížiť vhodná antidepresívna liečba a psychická podpora.

Najčastejšie uvádzanými somatickými ochoreniami, ktoré zvyšujú samovražedné správanie, sú rakovina, HIV/AIDS a neurologické ochorenia, ktoré sú spojené s psychickou, emočnou a fyzickou dezintegráciou, ako aj s beznádejnosťou (Hughes, Kleespies, 2001). Okrem toho, tieto ochorenia môžu mať vplyv na centrálny nervový systém, negatívne ovplyvňovať kontrolu impulzov a viesť k disinhibícii správania, a tým prispievať k zvyšovaniu potenciálu suicidálneho rizika (Hughes, Kleespies, 2001). Rakovina a AIDS zvyšujú riziko suicidálneho jednania približne 20-krát oproti normálnej populácii (Harris, Barraclough, 1997). Rakovina ako ochorenie je obávanou nemocou a je silne spojená s bolesťou, utrpením a neliečiteľnosťou. Negatívnu konotáciu má aj liečba rakoviny, ktorá vyvoláva obavy a predstavu utrpenia. HIV/AIDS je okrem ďalších negatívnych faktorov spojený so sociálnou stigmatizáciou, a tým aj s menšou sociálnou podporou, ktorá patrí medzi silné protektívne faktory, ktoré znižujú riziko suicidálneho správania.

So zvýšeným suicidálnym rizikom u somaticky chorých sú spojené skôr maladaptívne (vyhýbanie a na emócie zamerané copingové štýly) než adaptívne (racionálne) copingové štýly. *„Jedinci so špecifickými typmi copingových štýlov môžu byť náchylnejší k zvažovaniu samovraždy ako uskutočniteľnej možnosti, keď trpia bolesťou alebo inými problémami vzťahujúcimi sa k fyzickému zdraviu.“* (Marusic, Goodwin, 2006, s. 3). Vo výskume realizovanom týmito autormi prevažoval na emócie zameraný coping nad racionálnym copingom iba u osôb s pasívnymi suicidálnymi myšlienkami. Vyhýbavý copingový štýl bol zistený častejšie u osôb, ktoré si dobrovoľne sebaublížili. Sebaublíženie tak môže byť prejavom snahy vyhnúť sa problému, ktorému jedinec čelí. Suicidálni jedinci nemusia byť schopní znížiť dôležitosť vnímaného problému alebo zdroja stresu a tiež mať nedostatok schopností získať nové informácie, ktoré sú potrebné na jeho vyriešenie (Marusic, Goodwin, 2006).

Životné udalosti ako prediktor suicidálneho správania u depresie a schizofrénie

Depresívna porucha patrí k najčastejším prediktorom suicidálneho správania. Spojitosť medzi životnými udalosťami a depresívnou epizódou bola predmetom viacerých štúdií. Na zistenie vplyvu životných udalostí na suicidálne správanie sa zamerali napr. Slater

a Depue (1981). Zistili, že výskyt závažných suicidálnych pokusov u primárne depresívnych osôb je v silnej spojitosti so zvýšeným počtom nezávislých udalostí vyskytujúcich sa v priebehu roku predchádzajúceho samovražednému pokusu. Pravdepodobnosť pokusu môže byť zvýšená predovšetkým vysokým počtom týchto udalostí v období medzi nástupom epizódy a pokusom. Udalosti spojené s odchodom zo sociálneho poľa (smrť, rozvod, odlúčenie, odchod člena rodiny z domova a strata dôležitej osoby mimo rodinný kruh) tvorili viac než tretinu všetkých sledovaných udalostí udávaných osobami po suicidálnom pokuse, kým u kontrolnej skupiny (depresívni pacienti bez suicidálneho pokusu) tvorili len štvrtinu z udávaných udalostí. Rozdiel bol tiež v tom, že iba osoby po suicidálnom pokuse udávali prítomnosť týchto udalostí po nástupe epizódy. Dôležitosť tohto typu udalostí je v tom, že pre jedinca znamenajú stratu dôležitej dôvernej sociálnej podpory. Až 75% osôb po suicidálnom pokuse nemalo dôvernú podporu práve v dôsledku jej straty prostredníctvom niektorej z uvedených udalostí (kým v kontrolnej skupine to bolo iba 25% osôb). Okrem toho, signifikantne vyššie percento osôb po suicidálnom pokuse než osôb kontrolnej skupiny žilo samo alebo len s malými deťmi. Absencia sociálnej podpory, hlavne ak je prežívaná ako udalosť straty, môže výrazne prispievať k jedincovmu pocitu beznádejnosti a môže prevládnuť nad jeho copingovými zdrojmi, hlavne ak tieto sú už oslabené depresívnou epizódou. Interpersonálne straty považuje za hlavné spúšťače suicidálneho správania u depresívnych pacientov aj Paykel (2003).

Samovražda u osôb so schizofréniou je v menšej spojitosti s aktuálnymi životnými udalosťami než u osôb bez schizofrénneho ochorenia, čo sa zdá byť čiastočne podmienené menšími sociálnymi kontaktmi, zriedkavejšou zamestnanosťou a menším zneužívaním alkoholu u schizofrénnych osôb. Tento rozdiel bol najpriekaznejší u závislých životných udalostí. U nezávislých životných udalostí, ako je napr. smrť blízkej osoby alebo ochorenie v rodine, sa významnosť týchto udalostí javila byť u ľudí trpiacich schizofréniou rovnaká ako u ostatnej populácie. To znamená, že nezávislé životné udalosti sú rizikovým faktorom suicidálneho správania aj u schizofrénnej populácie. Vplyv životných udalostí sa u jednotlivých skupín schizofrénnych osôb líšil. Samovražďám prepustených pacientov, predovšetkým u pacientov s reziduálnym a stabilným priebehom ochorenia pravidelne užívajúcich neuroleptiká, častejšie predchádzala životná udalosť. U tejto skupiny tak prítomnosť životnej udalosti môže zvyšovať suicidálne riziko (Heila et al., 1999).

Závažné životné udalosti sú súčasťou života každého človeka, avšak vo všeobecnosti nevyvolávajú tak extrémnu odpoveď, akou je suicidálne správanie. Ak ale k rozvoju suicidálneho procesu dôjde, je veľmi pravdepodobné, že sa tak stane u jedinca, ktorý je k nemu vulnérabilný alebo na základe opakovaných udalostí, ktoré posunú človeka za určitú hranicu. Podľa subjektívnej teórie životných udalostí (Folkman et al., 1986a; Folkman et al., 1986b) nie je stres zapríčinený samotnou životnou udalosťou, ale spôsobom, akým jedinec vníma jej dôsledky na jeho postoje, ciele, záväzky a tiež jedincovou schopnosťou vyrovnáť sa so zmenou, ktorú životná udalosť prináša. Udalosti, ktoré sú vnímané ako intenzívnejšie, sú tiež vnímané ako ťažšie na zvládnutie, vedúce k poklesu jedincovho pocitu kontroly. Podľa Malone et al. (2000) nie je pri rozvoji suicidálneho správania dôležitá objektívna kvantita životných udalostí, ale skôr ich subjektívna percepcia. Kľúčovú úlohu v suicidálnom správaní jedinca hrajú jeho postoje týkajúce sa jeho schopností vyrovnáť sa so stresujúcou udalosťou.

V závere teda môžeme povedať, že životné udalosti nie sú priamou príčinou suicidálneho správania, ale ich význam sa v suicidálnom procese môže vzťahovať skôr k subjektívnemu vnímaniu ich dopadu na život jedinca. V prípade, že ich jedinec vníma ako ohrozujúce, neprekonateľné a narúšajúceho jeho predstavy a ciele, vzniká riziko rozvoja beznádejnosti, ktorá patrí k najsilnejším prediktorom suicidálneho správania. Zároveň úzko súvisia s copingovými mechanizmami a štýlmi riešenia problému, ktoré, ak sú neadekvátne alebo nedostatočné, opäť vytvárajú riziko rozvoja beznádejného pohľadu na možnosť ich vyriešenia a zvládnutia. Suicidálny jedinec potom nevníma východisko z krízovej životnej situácie a samovražda môže byť pre neho v tejto chvíli jedinou možnou alternatívou.

V terapii suicidálnych osôb sa preto javí ako významné zameranie na predchádzajúce životné udalosti a straty a ich začlenenie do života suicidálneho jedinca, ako aj zameranie na posilnenie copingových mechanizmov a naučenie takých stratégií riešenia problémov, ktoré človeku umožnia sa s krízovými spôsobmi vyrovnáť adekvátnejším spôsobom.

Detské trauma

Detské trauma, predovšetkým sexuálne zneužívanie v detstve, patrí k závažným rizikovým faktorom suicidálneho správania. S dlhým procesom dozrievania u ľudí ide ruku v ruku aj predĺžená perióda zraniteľnosti na vývojové trauma. Udalosti vyskytujúce sa počas vývoja môžu mať vážny a pretrvávajúci vplyv na fungovanie

jedinca. Detské trauma sa môže dostať do vzťahu so suicidalitou cez jeho vplyv na výskyt a závažnosť psychických poškodení a porúch, ktoré potom zvyšujú suicidálne riziko a cez jeho priamy vplyv na suicidálne správanie.

Trauma počas detstva môže narušiť psychologický a biologický vývoj a v dôsledku toho pôsobiť na biologické, psychologické a sociálne fungovanie dieťaťa. Vplyv traumy môže zapríčiniť vyššiu zraniteľnosť dieťaťa k neskorším záťažovým životným udalostiam a vzniku psychopatológie. Detské trauma tiež môže viesť k skoršiemu nástupu psychopatológie a suicidality a k ďalším životným udalostiam, z ktorých každá môže následne zvyšovať riziko suicidálneho správania. Pellmar, Kleinman a Bunney (2002) uvádzajú, že vystavenie sa traumatickým udalostiam v detstve môže ovplyvniť vývoj mozgu s potenciálnymi dlhodobými zmenami vo fyziologickom systéme odpovede na stres, narušiť kognitívny vývoj, mať psychologické a behaviorálne dôsledky, ktoré sa týkajú nízkej sebaúcty, slabého pripútania sa k osobám poskytujúcim starostlivosť, užívania návykových látok, pričom všetky tieto dôsledky sa spájajú s psychopatológiou.

Typy detského traumatu:

- fyzické násilie (spôsobené dospelými alebo vrstovníkmi)
- sexuálne zneužívanie (dospelými alebo vrstovníkmi)
- zanedbávanie
- psychické týranie
- byť svedkom násilia, predovšetkým násilia na matke
- zneužívanie alkoholu a psychoaktívnych látok, psychická porucha, či suicidalita v rodine
- uväznenie člena rodiny
- strata alebo separácia od rodičov
- socioekonomické nevýhody v detstve

(Pellmar, Kleinman, Bunney, 2002)

Najsilnejší vzťah k suicidálnemu správaniu majú sexuálne zneužívanie a fyzické týranie. Fergusson, Boden a Horwood (2008) skúmali vzťah medzi sexuálnym zneužívaním a fyzickým trestaním a týraním v detstve a otázkami psychického zdravia v skorej dospelosti. Zistili, že vystavenie sa sexuálnemu zneužívaniu sa spája s trvalým zvýšením rizika neskorších psychických problémov, kým fyzické násilie na dieťaťati má slabší a menej pretrvávajúci dopad na psychické zdravie.

V súhrne 20-tich štúdií, ktoré boli publikované medzi rokom 1988 a 1998, skúmali Santa Mina a Gallop (1998) údaje fyzického alebo sexuálneho zneužívania vo vzťahu k suicidálnym pokusom. Výsledkom tejto súhrnnej štúdie bolo, napriek metodologickým limitom, že dospelí s anamnézou zneužívania v minulosti boli 25-krát náchylnejší k pokusu o samovraždu než dospelá populácia bez tejto anamnézy.

Tiež ďalšie štúdie zistili signifikantný vzťah, s pravdepodobnostným pomerom od približne 2 do 10. Tento pravdepodobnostný pomer bol odvodený od prevalence približne 21 – 34% účastníkov majúcich v anamnéze zneužitie alebo týranie proti približne 4 – 9% účastníkov bez zneužitia alebo týrania, v anamnéze po suicidálnom pokuse (Fergusson, Woodward, Horwood, 2000; Brown et al., 1999).

Okrem týrania boli vo vzťahu k suicidalite skúmané aj iné negatívne udalosti z detského veku, ale ich spojitosti nie sú až tak silné. Signifikantné spojitosti skúmané pomocou populačne založených štúdií boli zistené u rodičovskej psychopatológie (hlavne depresie) alebo u závislostí, samovraždy rodičov a rodinnej socioekonomickej nedostatočnosti (Fergusson, Woodward, Horwood, 2000). Ostatné rodinné faktory, síce tiež signifikantne spojované so suicidálnymi pokusmi, neboli zistené ako nezávislé prediktory – zneužívanie alkoholu u rodičov a ich alkoholové problémy, zmeny vedúce k rozvodu alebo separácii rodičov, smrť, opätovná svadba alebo znovuzmierenie rodičov, zneužívanie drog (rodičov), a kriminálna história rodičov (Fergusson, Woodward, Horwood, 2000). Napriek tomu, že tieto typy tráum pochádzajúcich z málo harmonického rodinného prostredia majú kumulatívny efekt, sú v nezávislom vzťahu k psychopatológii.

Sexuálne zneužívanie detí je v porovnaní s ostatnými typmi detského zanedbávania vo vzťahu k samovražde najzávažnejším rizikovým faktorom, a je závažnejším rizikovým faktorom než fyzické alebo psychické týranie (Fergusson, Woodward, Horwood, 2000; Brown et al., 1999). Sexuálne zneužívanie tiež nesie extrémne riziko u opakovaných suicidálnych pokusov v adolescentnej populácii (Brown et al., 1999), tieto závery ale nepotvrdzujú Andover, Zlotnick, Miller (2007). V štúdii, ktorú realizovali u osôb s depresívnou poruchou vo veku 18 – 65 rokov, dospeli k záverom, že osoby so suicidálnym pokusom v anamnéze častejšie uvádzali fyzické a sexuálne zneužívanie v detstve, ale nezistili rozdiel medzi osobami s jedným a opakovanými suicidálnymi pokusmi (Andover, Zlotnick, Miller, 2007). Nezávisle na psychopatológii a iných známych rizikových faktoroch, sexuálne zneužívanie v detskom veku sa podieľa na 9 – 20% suicidálnych pokusoch v dospelosti (Pellmar, Kleinman, Bunney, 2002).

Štúdie zamerané na vplyv vekového obdobia sexuálneho zneužívania udávajú rozporuplné výsledky, a tak nie je možné sa s určitosťou vyjadriť k tomuto faktoru (Pellmar, Kleinman, Bunney, 2002). Tieto rozpory sú veľmi pravdepodobne dané aj tým, že rané obdobia zneužívania bývajú často obeťami popreté.

Sexuálne zneužívanie môže mať na suicidalitu dlhodobý vplyv. Talbot et al. (2004) skúmali vzťah medzi sexuálnym zneužívaním v detstve a suicidálnymi myšlienkami u depresívnych žien vo veku 50 rokov a viac. Výsledky ich štúdie naznačujú, že vzťah medzi sexuálnym zneužívaním v detstve a suicidálnym správaním pretrváva od detstva cez adolescenciu až do staršej dospelosti. Títo autori tiež potvrdzujú, že sexuálne zneužívanie v detstve má vzťah k opakovaným suicidálnym pokusom a uvažujú nad tým, že: „*Možno sexuálne zneužívanie zosilňuje riziko trvalej túžby uniknúť a zastaviť psychickú bolesť pokračujúcu až do stredného veku a staršej dospelosti, poznačenú históriou chronických suicidálnych ideácií a mnohonásobných suicidálnych pokusov.*“ (Talbot et al., 2004).

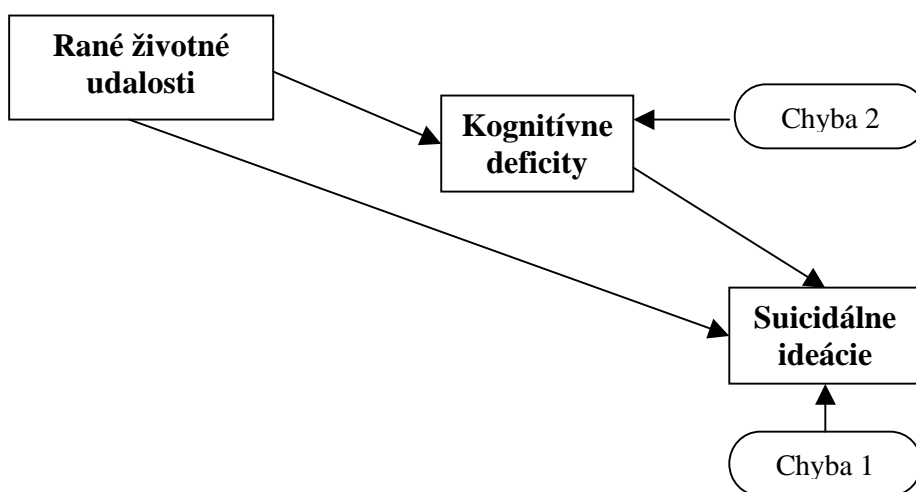
Zdá sa, že čím je sexuálne zneužívanie v detstve závažnejšie, z hľadiska jeho dĺžky, vzťahu obeť a páchatel'a, miery násilia a počtu takýchto udalostí, o to väčší je jeho dopad a spojitosť s pravdepodobnosťou rozvoja samovražedného procesu (Pellmar, Kleinman, Bunney, 2002).

Detské trauma spôsobuje bezprostredné biologické, psychologické a sociálne dôsledky, pričom niektoré z nich môžu pretrvávajú dlhé obdobia. Tieto dôsledky sa môžu spájať do diagnostikovateľných psychických porúch, suicidálnych ideácií adolescencie a mladej dospelosti (Pellmar, Kleinman, Bunney, 2002), a ako sme zmienili už predtým, dôsledky sexuálneho zneužívania môžu pokračovať až do staršej dospelosti (Talbot et al., 2004).

V modeli spojitosti detskej traumy a suicidalitu, ktorý predstavuje Fergusson, Woodward, Horwood (2000), začína kauzálny reťazec závažnými udalosťami v detstve, ktoré zvyšujú riziko suicidálneho správania zvýšením vulnerability mladého človeka k neskorším psychickým problémom a stresujúcim životným udalostiam. Dopad detskej traumy je podľa tohto modelu mediován psychickou poruchou a vystavením stresujúcim životným udalostiam.

Kognitívny model, ktorý vytvorili Yang a Clum (2000, 1996), vychádza z kognitívnych dôsledkov detskej traumy, kognitívnych rizikových faktorov a ich spojitosti. Títo autori skúmali dopad detského týrania (zlého zaobchádzania), rodinnej nestability a slabého rodinného prostredia ako negatívnych životných udalostí v detskom veku na suicidalitu

a kognitívne faktory (sebadôveru, lokus kontroly, beznádejnosť a deficity v riešení problémov). Autori dospeli k záverom, že negatívne životné udalosti majú mierny dopad na suicidálne správanie, ale majú silnejší dopad na kognitívne deficity, ktoré potom majú silný vplyv na suicidálne správanie (obr. 6.2). Dopad raných životných udalostí sa javí byť dlhodobý, a to prostredníctvom ich vplyvu na kognitívne fungovanie. Rané stresory vytvárajú stabilné deficity v kognitívnom fungovaní alebo zvyšujú pravdepodobnosť, že vplyvom určitých, zatiaľ nezistených podmienok, sa vyvinú kognitívne deficity. Yang a Clum sa domnievajú, že jednou z možností je to, „... že vysoké úrovne stresu interferujú s rozvojom efektívnych stratégií riešenia problémov. Tento deficit potom znižuje percepciu osobnej efektivity, zvyšuje percepciu, že udalosti sú mimo jedincovu kontrolu a zvyšuje beznádejnosť.“ (Yang, Clum, 2000, s. 194).



Obr. 6.2 – Spojitosť medzi ranými životnými udalosťami, kognitívnymi deficitmi a suicidálnymi ideáciami v dospelosti (Yang, Clum, 2000, s. 192)

Yang a Clum (2000) sa ďalej zamerali na vplyv sociálnej podpory v detstve na kognitívne fungovanie. Výsledky štúdie poukazujú na to, že raná sociálna podpora ovplyvňuje suicidálne správanie niekoľkými spôsobmi:

- raná sociálna podpora môže znížiť dopad raných stresorov poskytnutím alternatívneho podporujúceho okolia
- raná sociálna podpora môže prostredníctvom poskytnutia ochrany a bezpečia zvýšiť pravdepodobnosť, že jedinec si vytvorí efektívne kognitívne schopnosti a viesť tak k efektívnemu kognitívnemu fungovaniu

- raná sociálna podpora môže viesť k zvýšeniu pravdepodobnosti neskoršej podpory tým, že zvýši dôveru jedinca vo vzťahy a tým, že podporí raný rozvoj zručností v interpersonálnom správaní

Mann et al. (2005) poukazujú na to, že osoby, ktoré boli zneužívané, vykazovali vyššiu pravdepodobnosť, že sa pokúsili o samovraždu a vyššie skórovali v impulzivite a agresii. Výsledky regresných modelov naznačujú, že úloha agresie v rodinnom spojení suicidality môže byť mediovaná zneužívaním v detstve.

Prežitie viac než jedného typu zneužitia a násilia má vzťah k menej zdravým postojom voči životu a smrti a k vyšším úrovniam suicidálnych ideácií u mladých žien. Zážitky, ktoré ohrozujú jedincov pocit bezpečnosti a poňatie smrteľnosti, sa zdajú byť významné v ovplyvňovaní postojov a myšlienok týkajúcich sa sebapoškodenia. Negatívne životné udalosti sa vzťahujú k dlhodobým zmenám v spôsobe, ako jedinec premýšľa o živote a smrti. U mladých žien, ktoré prežili zneužívanie, sa častejšie vyskytoval pocit, že smrť nie je niečo, čoho je potreba sa obávať a že život je nepríjemný. Čím vyššiu mieru násilia tieto ženy prežili, o to častejšie vyjadrovali suicidálne ideácie a nezdravé postoje k životu a smrti (Gutierrez, Thakkar, Kuczen, 2000).

1.	Sociodemografické faktory	Vek – adolescencia, nad 60 rokov Pohlavie – muži páchajú dokonané samovraždy, u žien prevláda suicidálny pokus Rodinný stav – ovdovení, bez partnerského zväzku, žijúci osamote Predchádzajúci suicidálny pokus Sociálna izolácia, nedostatok sociálnej opory Ľahká dostupnosť k letálnym prostriedkom
2.	Biologické faktory	Deficit serotonínu vo ventrálnom prefrontálnom kortexe
3.	Rodinná história, genetická záťaž	Suicidálny pokus v rodinnej histórii Prítomnosť psychického ochorenia v rodine
4.	Psychiatrické faktory	Depresia Schizofrénia Závislosť na alkohole a iných psychoaktívnych látkach Poruchy osobnosti, predovšetkým emočne nestabilná a antisociálna porucha osobnosti Predchádzajúci suicidálny pokus
5.	Psychologické faktory	Zvýšená agresivita a hostilita, agresia obrátená dovnútra Impulzivita Nízka sebaúcta a sebadôvera Perfekcionizmus Beznádejnosť a bezmocnosť Rigidný kognitívny štýl, kognitívna distorzia, dichotomické myslenie Dysfunkčné postoje a dysfunkčný atribučný štýl Zovšeobecňujúca autobiografická pamäť Externý lokus kontroly Slabé copingové mechanizmy a schopnosť riešiť problémy
6.	Provokujúca udalosť	Straty a konflikty

Tab. 6.2 – Prehľad rizikových faktorov samovražedného správania

Z uvedeného vyplýva, že suicidálne správanie je komplexný fenomén, vyplývajúci z kumulácie a vzájomného pôsobenia viacerých rizikových faktorov (tab. 6.2).

Znalosť a pochopenie rizikových faktorov suicidálneho správania je nevyhnutné pre zhodnotenie rizika samovraždy, včasnú a adekvátnu intervenciu a vhodne zacielenú prevenciu.

7. Protektívne faktory

Dôležitou otázkou nie je iba to, čo vedie človeka k samovražde a prečo chce svoj život dobrovoľne ukončiť, ale aj prečo chce žiť a z akých dôvodov sa o samovraždu nepokúsi. Vo vývoji suicidálnej dynamiky je preto potrebné okrem poznania a uvedomenia si rizikových faktorov, venovať pozornosť aj tzv. protektívnym faktorom.

Protektívne faktory pôsobia inhibične a zabraňujú jedincovi v suicidálnom jednaní. Samovražda je výsledkom spolupôsobenia viacnásobných predispozičných a aktuálnych rizikových faktorov, ktorých prítomnosť musí byť v danom čase doplnená absenciou viacerých protektívnych faktorov. Jediniec sa môže v priebehu života pohybovať do a zo suicidálnych kríz na základe rozkolu rovnováhy medzi rizikovými a protektívnymi faktormi (Blumenthal, 1990). V prípade, že rizikové a protektívne faktory sú v rovnováhe, k samovražednému jednaniu nedôjde, naopak, pri narušení tejto homeostázy sa významne zvyšuje riziko, že jedinec bude jednať sebadeštrukčne.

Malone et al. (2000) porovnávali skupinu depresívnych pacientov bez a po suicidálnom pokuse a zistili, že depresívni pacienti bez suicidálneho pokusu vyjadrovali väčší pocit zodpovednosti voči rodine, viac strachu zo sociálneho odmietnutia, viac morálnych prekážok voči samovražde, lepšie copingové schopnosti a väčší strach zo samovraždy než depresívni pacienti, ktorí sa o samovraždu pokúsili.

Nesuicidálni ľudia bývajú mladí, ženy, majú zdravé a široké sociálne kontakty, nedržia doma zbrane, majú prístup k efektívnej liečbe, netrpia psychickou poruchou. Vo väčšine náboženstiev nie je samovražda akceptovaná ako spôsob riešenia životných problémov. Na úrovni prevencie zahŕňajú protektívne faktory redukciu životnej núdze, negramotnosti, prevalencie rozvodov, násilia (predovšetkým v rodinách) a podporu fyzického zdravia (Maris, 2002). „*V prípade, že sa jedinec stane suicidálnym, hlavnými protektívnymi faktormi sú pravdepodobne presná, skorá diagnostika a efektívna liečba psychiatrických porúch.*“ (Maris, 2002, s. 321).

Maris (2002) uvádza ako protektívne faktory dobré copingové schopnosti, kognitívnu flexibilitu, nádej, neporušené manželstvo, výchovu detí, sociálnu podporu, fyzické zdravie, liečbu a medikáciu.

Podľa Linehan et al. (1983) môžu byť pri zvažovaní suicidálneho správania významnými dôvodmi dôležitosť rodiny a detí, náboženské postoje, postoje týkajúce sa jedincových schopností a hodnoty života, ako aj obavy, ako by druhí takéto správanie posudzovali a obavy z bolesti suicidálneho aktu. Zistenia týchto autorov ukazujú na to,

že sa osoby suicidálne a nesuicidálne, v celkovej populácii aj v populácii psychiatrických pacientov, líšia v stupni dôležitosti, ktorý prikladajú týmto postojom. Suicidálne jednanie tak môže byť podľa autorov znížené prostredníctvom zamerania sa na tieto faktory a ich význam v rámci terapie.

Súhrn protektívnych faktorov uvádzame v tabuľke 7.1.

1.	Sociodemografické faktory	Harmonický partnerský vzťah, manželstvo Tehotenstvo Rodina s nedospelými deťmi, výchova detí Príslušnosť k náboženskej viere Zamestnanosť Dobré sociálne vzťahy, fungujúca sociálna podpora
2.	Psychiatrické faktory	Neprítomnosť psychického ochorenia, dobrý duševný stav Neprítomnosť suicidálneho pokusu v anamnéze
3.	Psychologické faktory	Pozitívny pohľad na svet Vnímanie zmysluplnosti života, dôvody prečo žiť, plány do budúcnosti Morálne presvedčenia a postoje odporujúce samovražde Zodpovednosť voči rodine Zapojenosť, angažovanosť Dobré copingové stratégie Pocit vlastnej zdatnosti a užitočnosti
4.	Spoločenské faktory	Dobrá dostupnosť sociálnej a klinickej intervencie Dobrá informovanosť širokej verejnosti, pôsobenie médií

Tab. 7.1 – Súhrn protektívnych faktorov samovražedného správania

Manželstvo, rodina, tehotenstvo

Suicidálne jednanie je častejšie u ľudí slobodných, ovdovelých a rozvedených (napr. Slater, Depue, 1981). To poukazuje na to, že pevný partnerský vzťah je silným protektívnym faktorom. U ľudí žijúcich v manželstve bol zistený nižší počet samovrážd a riziko suicidálneho jednania má klesajúci trend v spojitosti s vyšším počtom závislých nedospelých detí, čo je pravdepodobne zapríčinené zvýšeným pocitom zodpovednosti (Tondo, Baldessarini, 2001; Blumenthal, 1990). Z hľadiska pohlavia, sa manželstvo javí byť protektívnym faktorom u mužov, kým u žien nie (Canetto, 2008). V otázke manželského stavu hrá najdôležitejšiu úlohu kvalita manželského zväzku.

Byť rodičom, hlavne matkou, sa javí byť faktorom, ktorý výrazne znižuje riziko suicidálneho jednania. Duberstein et al. (2004) zistili, že osoby po samovražde majú menej často deti a ak ich majú, tak majú menej často viac než jedno dieťa. Ako dôležitý sa javí byť tiež vek dieťaťa, čím je dieťa menšie, o to nižšia je pravdepodobnosť, že žena bude jednat' suicidálne. Zodpovednosť voči rodine, ako ukazujú výskumy (napr.

Malone et al., 2000) je silným ochranným a brzdiacim faktorom voči suicidálnemu správaniu. Materstvo je síce považované za faktor znižujúci riziko rozvoja suicidality u žien, nie je tomu ale tak vo všetkých krajinách. Môžeme uvažovať nad tým, že tento faktor je kultúrne podmienený. Kým v západných krajinách je materstvo protektívnym faktorom, v iných krajinách, napríklad v Číne a v Indii, je materstvo protektívnym faktorom iba v tom prípade, že žena má deti mužského pohlavia. To poukazuje na to, že to, čo u materstva pôsobí protektívne, nie sú biologické procesy spojené s materstvom, ale jeho sociálny význam (Canetto, 2008). U žien pod 20 rokov sa materstvo nejaví byť pôsobiacie protektívne, ale môže byť významným rizikovým faktorom rozvoja suicidálneho procesu, a to predovšetkým vtedy, ak sa jedná o nechcené tehotenstvo. Pre niektoré mladé ženy je potrat traumatickou udalosťou, ktorá tiež môže zvyšovať vulnabilitu k suicidálnemu správaniu.

Nielen výchova a starosť o narodené deti, ale už samotné tehotenstvo je významným protektívnym faktorom, pretože je spojené s 3 – 8-krát nižším počtom samovrážd (Hughes, Kleespies, 2001). Lindahl, Pearson a Colpe (2005) na základe súhrnu štúdií týkajúcich sa prevalencie suicidálneho správania u tehotných žien dospeli k záveru, že v porovnaní s celkovou ženskou populáciou je prevalencia suicídií u tehotných žien nižšia, ako aj počet suicidálnych pokusov, avšak suicidálne ideácie nie sú v tehotenstve netypické (okolo 14%). Autori sa domnievajú, že tento fakt nie je možné vysvetliť iba na základe rozdielu v stupni depresie. K zníženiu rizika suicídia môžu spoločne prispievať zvýšená sociálna podpora, starosť o nenarodené dieťa a viac kontaktov s lekármi. Ak sa samovražda u tehotných žien vyskytne, použitie násilných metód môže naznačovať vysokú úroveň úmyslu a môže sa vzťahovať k vyššej miere psychopatológie týchto žien. Rovnako ako v tehotenstve, aj v postpartum sú samovráždy menej časté. Prevalencia samovrážd v tomto období sa javí byť nižšia v krajinách Európy a Severnej Ameriky než v Južnej Amerike a Ázii, čo môže byť ovplyvnené kultúrnymi a sociálnymi vplyvmi. Suicidálne správanie je zvýšené u žien s psychiatrickou poruchou a u adolescentných matiek. Suicidálne metódy bývajú násilné a indikujú vysoký úmysel umrieť, rovnako ako je tomu v období tehotenstva.

Newport et al. (2007) taktiež zistili v súbore tehotných žien s neuropsychiatrickým ochorením v anamnéze, že suicidálne ideácie sú v tejto populácii v porovnaní s celkovou populáciou pomerne vysoké (16,7 – 27,8% proti 5 – 7%), avšak prevalencia suicidálnych pokusov sa zdá byť v tejto populácii nižšia. Ženy, ktoré uvádzali suicidálne myšlienky, boli častejšie tie, ktorých tehotenstvo bolo neplánované, boli

v súčasnej dobe depresívne a ktoré trpeli komorbidnou úzkostnou poruchou. Výsledky ďalej naznačili, že slobodné ženy s nižším vzdelaním môžu byť vulnereabilnejšie k suicidálnym ideáciám v priebehu tehotenstva.

Sociálna podpora

Potreba spolupatričnosti a súdržnosti je základnou a silnou motiváciou človeka. Človek má silnú motiváciu vytvárať a udržiavať prinajmenšom minimum trvajúcich, pozitívnych a významných interpersonálnych vzťahov, ktoré sú základom sociálnej podpory. Mnohé výskumy poukazujú na to, že ľudia ktorí nemajú adekvátne podporujúce vzťahy, zažívajú väčší stres. To, že človek má osobu, ktorá mu môže poskytnúť podporu, môže zvýšiť coping a vytvoriť pomyselný nárazník proti stresu. Deprivácia stabilných, dobrých vzťahov a nedostatok súdržnosti je primárnou príčinou mnohých problémov a môže sa vzťahovať k rôznym patologickým dôsledkom. Ľudia, ktorí zažívajú nedostatok spolupatričnosti a súdržnosti, trpia vo vyššej miere psychickými a fyzickými ochoreniami a sú relatívne vysoko ohrození širokým spektrom behaviorálnych problémov, a teda aj suicidalitou (Baumeister, Leary, 1995).

Kvalitné psychosociálne prostredie, tzn. kvalitné sociálne vzťahy nielen v rodine, ale aj v ďalšom interpersonálnom okruhu, sa javia byť v prevencii samovražedného správania významné. Ich funkcia sa uplatňuje predovšetkým vo význame stabilnej a dostupnej opory a podpory v období životných kríz. Prítomnosť kvalitných interpersonálnych vzťahov zároveň zvyšuje pravdepodobnosť záchranu suicidálneho jedinca aj v priebehu samotného suicidálneho aktu. Naopak v prípade, že sú sociálne väzby nepevné a osoby v sociálnom okruhu potenciálneho samovraha sa od neho vzdávajú, sa riziko suicídia zvyšuje. Absencia dôvernej sociálnej podpory je významným rozdielom medzi depresívnymi osobami s a bez prejavov suicidálneho správania, čo poukazuje na to, že *„... prítomnosť sociálnej podpory môže tmiť vplyv ohrozujúcich životných udalostí a pomáhať znižovať jedincovu vulnereabilitu k samovražde.“* (Slater, Depue, 1981, s. 283).

Silné sociálne väzby sú spojené s nižším rizikom suicidálneho správania pravdepodobne preto, že tieto väzby zadržávajú ľudí pred tým, aby svoj život ukončili (Baumeister, Leary, 1995). Vnímanie, že jedinec je efektívnym a hodnotným členom spoločnosti môže podporovať pozitívne emócie. Tieto pozitívne emócie môžu fungovať ako základ, na ktorý sa napojujú kognície a správanie, ktoré znižujú suicidalitu a riziko suicidálneho

jednania. Pocity vlastnej zdatnosti a užitočnosti môžu slúžiť ako protektívny faktor pred suicidálnym pokusom alebo dokonanou samovraždou (Wingate et al., 2006).

Význam sociálnej opory nie je len v tom, že poskytuje emocionálnu podporu, ale že poskytuje aj podporu informačnú. Možnosť mať niekoho, s kým môže jedinec v krízovej situácii prebrať potenciálne spôsoby riešenia jeho problému a na koho sa v čase krízy môže obrátiť s prosbou o pomoc a radu, môže významne znižovať riziko suicidálneho jednania (O'Connor, 2003).

Ľudia, ktorí sú zapojení v blízkych vzťahoch s druhými, sa lepšie vyrovnávajú a lepšie zvládajú rôzne stresujúce a traumatické udalosti, ako je napríklad úmrtie blízkej osoby, strata práce, fyzická choroba, násilie a tešia sa lepšiemu psychickému a fyzickému zdraviu. Efekt sociálnej opory funguje na viacerých úrovniach. Jeho protektívny význam je v tom, že zvyšuje sebadôveru a tým významne znižuje riziko suicidálneho jednania. Ďalej znižuje mieru psychického stresu. V nepriaznivých a záťažových životných situáciách prináša rýchlejšiu možnosť a vyššiu pravdepodobnosť pomoci. Taktiež liečba suicidalít, či už medicínska alebo psychosociálna, predstavuje formu sociálnej opory, ktorá v krízových situáciách môže zohrávať kľúčovú úlohu.

Náboženstvo

Náboženstvo a príslušnosť k nemu býva často zmieňovaným protektívnym faktorom brániacim rozvoju suicidálneho správania. Výskumy poukazujú na to, že samovraždy častejšie páchajú ľudia bez náboženského vyznania, pričom tento fakt bol zistený aj u depresívnych osôb (Dervic et al. 2004).

Hoci sa takmer všetky náboženstvá stavajú proti samovražde, suicidálne akty sa medzi jednotlivými typmi náboženstiev a medzi oblasťami s prevládajúcim náboženstvom líšia. Osoby katolíckeho vyznania pristupujú k samovražde menej často než protestanti. To môže byť dané tým, že v protestantskej viere sa kladie väčší dôraz na individuálnu zodpovednosť za rozhodnutia, katolíci môžu byť viac chránení rituálmi a pohľadom, že samovražda je činom proti Bohu a teda hriechom (Maris, Berman, Silverman, 2000). Každoročný priemerný počet samovrážd je v súčasnosti v Európe nižší v katolíckych krajinách (v priemere 12,5 na 100 000 obyvateľov) než v krajinách protestantských (v priemere 17,6 na 100 000 obyvateľov). Zároveň sa iba samotná príslušnosť k určitému náboženstvu nejaví byť dostatočným protektívnym faktorom. K tomu, aby sa riziko samovražedného správania znížilo, je potrebné predovšetkým aktívna účasť a

praktikovanie náboženskej viery. Aktívne náboženstvo vytvára ochranu pred suicídiom v čase záťaže prostredníctvom dôvodov prečo žiť (Malone et al., 2000).

Dervic et al. (2004) zistili, že väčšie morálne prekážky k samovražde, ktoré môžu predstavovať tradičné náboženské presvedčenia, mediovali protektívny efekt náboženského zapojenia voči suicidálnemu správaniu v klinickej vzorke depresívnych osôb. Jedinci s náboženským zapojením udávali menej suicidálnych ideácií napriek podobnej závažnosti depresívnych symptómov, počtu nepríjemných životných udalostí a závažnosti beznádejnosti. „*Náboženstvo môže preto poskytovať pozitívnu silu, ktorá pôsobí proti suicidálnym ideáciám navzdory depresii, beznádejnosti a stresujúcim udalostiam.*” (Dervic et al., 2004, s. 2306). Tieto výsledky poukazujú na to, že zhodnotenie prítomnosti alebo absencie náboženského zapojenia, nezávisle na type náboženského presvedčenia, môže byť užitočné. Autori ďalej zistili, že agresia a morálne prekážky voči samovražde boli nezávisle spojené so suicidálnym správaním, a preto sa domnievajú, že náboženské zapojenie môže ovplyvniť suicidálne správanie znížením miery agresie a nezávisle prostredníctvom morálnych prekážok voči samovražde. Podporujúce náboženské presvedčenia, ktoré jedinec vníma ako užitočné vo vyrovnávaní sa so stresom a ktoré môžu tiež znižovať hnev, môžu byť užitočným a prídavným zdrojom v terapeutickom procese, ktorý je zameraný na zvládnutie suicidálnej krízy. Osoby, ktoré sú ambivalentné v ich náboženských presvedčeniach, môžu získať v rámci terapie podporu v ich postojoch a morálnych prekážkach voči samovražde. Väzba na súbor osobných náboženských presvedčení sa zdá byť dôležitým protektívnym faktorom, pretože silnejšie pocity zodpovednosti voči rodine boli častejšie prítomné u osôb s náboženským vierovyznaním. Tieto osoby tiež častejšie žili v manželskom zväzku a mali deti. „*Zdá sa, že konštelácia náboženských presvedčení a nižšia úroveň agresie, spolu s vyšším prahom pre suicidálne myšlienky u depresívnych osôb s náboženským vierovyznaním, znižuje riziko suicidálnych aktov.*“ (Dervic et al., 2004, s. 2307).

Colucci a Martin (2008) sa pokúsili systematizovať existujúcu literatúru skúmajúcu vzťah medzi religiozitou/spiritualitou a samovraždou. Zistili, že náboženské faktory sú spojované s menším počtom suicidálnych ideácií/plánov a s negatívnejšími postojmi voči samovražde. Iba málo výskumov bolo venovaných nenáboženským formám spirituality a zmyslu v živote alebo vzťahu religiozity/spirituality s etno-kultúrnym kontextom. Hoci niektoré štúdie poukazujú, že osoby s náboženským vierovyznaním alebo spirituálnym presvedčením vykazujú nižšiu suicidalitu, ďalšie túto spojitosť

nepotvrádzujú. Dôležité je tiež zmieniť, že efekt náboženského vierovyznania nemá vždy protektívnu funkciu. Príslušnosť k náboženstvu, predovšetkým, ak sa jedná o fundamentalizmus (dogmatický systém sústredený na niekoľko absolutistických presvedčení) alebo sekty, môže riziko suicidálneho správania zvyšovať. Príkladom môžu byť suicidálne akty z náboženského presvedčenia alebo hromadné samovraždy, ktorých príčinou je príslušnosť k nejakej sekte. Náboženské presvedčenia môžu byť rizikové aj v tom prípade, ak má jedinec silné presvedčenie o posmrtnom živote a spôsobí si smrť, aby urýchlil svoj vstup do tohto posmrtného života. Výskum ďalej poukazuje na to, že protektívne voči suicidálnemu správaniu zrejme pôsobia iba určité aspekty príslušenstva k náboženskému vierovyznaniu, ako sú subjektívna dôležitosť a hodnota náboženstva a účasť na bohoslužbách, alebo niektoré spirituálne premenné, ako je napríklad pocit koherencie či zapojenia.

Duberstein et al. (2004) dospeli vo vzorke osôb nad 50 rokov k záverom, že osoby, ktoré spáchali samovraždu, menej často praktikovali náboženstvo. V prípade, že náboženstvo praktikovali, menej často preberali aktívnu rolu v ich spoločenstve.

Ochrana, ktorú náboženstvo pred suicidálnym jednaním prináša, môže zahŕňať niekoľko komponentov. Aktívna účasť v náboženstve môže poskytovať systém sociálnej opory prostredníctvom sociálnej siete, ktorá patrí k protektívnym faktorom suicidálneho správania. Suicidálne riziko môže byť tiež znižované v dôsledku zákazu tohto aktu náboženským vyznaním a náboženské a spirituálne postoje a presvedčenia môžu na individuálnej rovine slúžiť ako copingové mechanizmy prostredníctvom vytvorenia pocitu zmyslu, cieľa a viery. Náboženské postoje tiež môžu posilniť jedinca pri strete so stresujúcimi životnými udalosťami. Na to, aby túto funkciu splňovali, sa ako významné javí aktívne náboženské praktikovanie a morálne prekážky, ktoré náboženstvo vytvára (Colucci, Martin, 2008).

Protektívny vplyv náboženstva a aktívnej účasti na jeho praktikovaní voči suicidálnemu správaniu môžeme vzťahovať jednak k tomu, že vytvára morálne prekážky voči suicidálnemu aktu a tiež k tomu, že aktívna participácia v náboženstve vytvára pocit spolupatričnosti a zvyšuje možnosť sociálnej podpory v čase záťažových a stresujúcich situácií.

Adaptívne copingové stratégie, postoje a morálne prekážky voči samovražde

Adaptívne copingové postoje a stratégie, ako sú riešenie problémov, reinterpretácia negatívnych udalostí a vyhľadanie sociálnej pomoci, sa vo všeobecnosti spájajú s psychickým zdravím, a preto môžeme predpokladať, že môžu zároveň vytvárať i pomyselnú brzdu pred rozvojom suicidálneho procesu. Životná spokojnosť, existenciálna a spirituálna pohoda a postoje, že jedinec môže prežiť a zvládnuť bolesť bez uvažovania a uchýľovania sa k samovražde, ho môžu chrániť pred suicidálnym správaním (Malone et al., 2000).

Linehan et al. (1983) zistili, že suicidálne osoby sa od nesuicidálnych líšia v stupni, v ktorom súhlasia a prikladajú význam súboru na život orientovaných presvedčení a očakávaní. Autori na základe faktorovej analýzy stanovili týchto 6 okruhov vzťahujúcich sa k príčinám prečo žiť:

- prežitie a coping
- zodpovednosť za rodinu
- starosť o deti
- obava zo samovraždy
- obava zo sociálneho odmietnutia
- morálne prekážky

Príčiny týkajúce sa prežitia a copingu sa týkajú presvedčení o živote a žití, pozitívnych očakávaní do budúcnosti, ako aj presvedčení, že jedinec je schopný zvládnuť a vyrovnáť sa s čímkoľvek, čo ho v živote stretne. Zdá sa, že tieto presvedčenia sa silne vzťahujú k predchádzajúcemu aj súčasnému suicidálnemu správaniu. Suicidálnym jedincom v porovnaní s nesuicidálnymi osobami, chýbajú pozitívne presvedčenia, ktoré sa vzťahujú k prežitiu a copingu s životom a ktoré zdieľa veľká časť populácie. *„Zdá sa nám možné, ... že pre mnohých jedincov môže byť dôležitým dôsledkom parasuicidálneho správania vzkriesenie aspoň nejakých nádejných presvedčení.“* (Linehan et al., 1983, s. 284).

Význam presvedčení o jedincovej zodpovednosti voči rodine a starostlivosti o deti, sa významne vzťahujú k tomu, či jedinec uvádza predchádzajúci suicidálny pokus alebo aktuálne vstupuje do samovražedného správania. Prikladanie vyššej dôležitosti starostlivosti o deti odlišuje osoby, ktoré v súčasnosti o suicídium premýšľajú od osôb, ktoré sú po suicidálnom pokuse. Jedinci, ktorí možnosť suicídia nikdy nezvažovali,

majú tendenciu pripisovať väčšiu dôležitosť rodine aj obavám o deti. „*Dôležitosť rodiny a detí sa negatívne vzťahuje k uvádzaným suicidálnym ideáciám v poslednom roku, predikcii pravdepodobnosti budúceho suicídia a klasifikovaniu samovraždy ako riešenia životných problémov.*“ (Linehan et al., 1983, s. 285).

Nesuicidálne osoby vyjadrujú väčšie obavy za samovražedného aktu a jeho realizácie, ako i viac morálnych prekážok voči samovražde. Osoby, ktoré aktuálne nie sú suicidálne, prikladajú tiež väčšiu dôležitosť obavám zo sociálneho odmietnutia než osoby aktuálne premýšľajúce o samovražednom správaní a osoby, ktoré sa o samovraždu pokúsili. Psychiatrickí pacienti pripisujúci väčší význam očakávaniam sociálneho odmietnutia menej pravdepodobne komunikujú suicidálne ideácie iným ľuďom. Vysoké obavy zo sociálneho odmietnutia tak môžu byť užitočným varovným signálom indikujúcim, že klient nebude spontánne hovoriť o jeho suicidálnych ideáciách (Linehan et al., 1983).

Malone et al. (2000) realizovali štúdiu s 84 osobami trpiacimi depresiou. Podľa týchto autorov depresívne osoby, ktoré sa nepokúsili o samovraždu, vyjadrovali viac dôvodov k životu, viac pocitov zodpovednosti voči svojej rodine, menej strachu zo sociálneho nesúhlasu, viac morálneho odporu voči samovražde, lepšie copingové schopnosti a väčší strach zo samovraždy než depresívne osoby bez pokusu o samovraždu. K rovnakým záverom dospeli aj Mann et al. (1999), ktorí porovnávali osoby v rámci psychiatrickej populácie, ktoré sa pokúsili o samovraždu s osobami, ktoré sa o samovraždu nepokúsili. Malone et al. (2000) odporúčajú, aby bolo zhodnotenie dôvodov k životu zaradené do klinického posúdenia suicidálnych pacientov.

Dervic et al. (2006) tiež dospeli k záverom, že prítomnosť morálnych prekážok, ako aj náboženských presvedčení môže byť protektívnym faktorom, a to nielen u depresívnych pacientov, ale aj u osôb s diagnostikovanou hraničnou poruchou osobnosti a komorbidnou depresívnou poruchou, u ktorých je frekvencia a závažnosť suicidálnych aktov vysoká. Morálne presvedčenia a prekážky voči suicidálnemu jednaniu sa tak javia byť jedným z ohnísk terapeutickkej stratégie u tohto typu klientov. Podľa Malone et al. (2000) je protektívna funkcia morálnych prekážok prítomná aj v prípade, že k suicidálnemu pokusu dôjde, pretože tieto prekážky majú tendenciu znižovať jeho letalitu.

Zdá sa, že na postojovej rovine, presvedčenia o normalite suicidálneho správania môžu byť dôležitejšie v determinácii toho, či jedinec niekedy vôbec začne nad samovraždou uvažovať a že postoje o spojitosti psychickej poruchy a suicidálneho úmyslu so

suicidálnym správaním môžu mať signifikantnejší vzťah so závažnosťou suicidálnych ideácií. Výsledky tohto výskumu poukazujú na to, že osoby so suicidálnymi myšlienkami majú odlišný profil postojov a schopností riešiť problémy než osoby nesuicidálne a že osoby so závažnejšími suicidálnymi myšlienkami majú tolerantnejší postoj k samovražde a slabšie schopnosti riešiť problémy (McAuliffe et al., 2003).

Gibb, Andover a Beach (2006) skúmali úlohu postojov voči samovražde vo vzťahu medzi suicidálnymi myšlienkami, beznádejnosťou a depresiou. Zistili, že miera beznádejnosti a depresie bola v korelácii so suicidálnymi ideáciami u osôb s relatívne pozitívnymi postojmi voči samovražde. Tento vzťah sa preukázal ale iba u mužov, u žien sa postoje voči samovražde a beznádejnosť zdali byť nezávislými prediktormi suicidálnych myšlienok. To znamená, že muži, ktorí viac samovraždu akceptujú, ju vnímajú ako potenciálne efektívnu možnosť riešenia problémov.

Negatívny postoj k samovražednému správaniu môže znižovať riziko, že človek bude nad samovraždou uvažovať aj v populácii mladých ľudí. Adolescenti a mladí dospelí, ktorí silne veria, že ukončiť život je akceptovateľné, majú 14-krát vyššiu pravdepodobnosť, že budú nad samovraždou premýšľať a že si vytvoria suicidálny plán než tí, ktorí tieto presvedčenia nemajú. Vplyv postojov bol najsilnejší predovšetkým u tých mladých osôb, ktoré v poslednom roku prežívali beznádejnosť a takmer polovica z tých, ktorí akceptovali samovraždu, ju pravdepodobne aj plánovala (Joe, Romer, Jamieson, 2007).

Pozitívna orientácia na budúcnosť sa javí byť dôležitou kognitívnou premennou, ktorá je spojená so zníženým suicidálnym rizikom a rozlišuje medzi osobami po suicidálnom pokuse a bez samovražedného správania v populácii nad 50 rokov (Hirsch et al., 2006). Viaceré výskumy ale poukazujú na to, že osoby po suicidálnom pokuse sú schopné premýšľať nad pozitívnymi cieľmi do budúcnosti a mávajú skôr problém s premýšľaním nad tým, ako tieto ciele dosiahnuť. Nelíšia sa v počte cieľov, ale v ich kvalite. Ciele osôb po pokuse o samovraždu bývajú menej špecifické než u osôb bez suicidálneho správania. Jedinci po samovražednom pokuse premýšľajú o väčšom počte prekážok, ktoré sa môžu pri dosahovaní ich cieľov vyskytnúť a prisudzujú menšiu možnosť kontroly a pravdepodobnosti dosiahnutia týchto cieľov (Vincent, Boddana, MacLeod, 2004). Niektorí autori spájajú aktivitu v riešení problémov s optimizmom a pesimizmom. Optimista vstúpi do situácie s väčšou sebaistotou a vynaloží väčšie úsilie na získanie výsledku, ktorý sa viac vzťahuje k cieľu. Naopak, pesimista bude vnímať, že požadovaný výsledok je nedosiahnuteľný a preto nevynaloží žiadne úsilie na jeho

dosiahnutie. Optimista tak bude mať viac sebaistoty a viac motivácie na dosiahnutie cieľa. Pozitívne emócie vznikajú, ak jedinec vníma svoje správanie ako úspešné v súvislosti s jeho cieľmi a aktuálnou situáciou. Optimista tak bude mať vyššiu pravdepodobnosť pozitívnych afektov (Wingate et al., 2006).

Optimistický vysvetľujúci štýl znižuje vzťah medzi beznádejnosťou a suicidálnymi ideáciami, úloha dispozičného optimizmu ako moderátora vzťahu medzi beznádejnosťou a suicidálnymi ideáciami potvrdená nebola (Hirsch, Conner, 2006). Keďže v otázke suicidálneho procesu sa ako významnejší javí optimistický vysvetľujúci štýl, ktorý je skôr výsledkom učenia než dispozií jedinca, môžeme usudzovať na to, že deti i dospelí sa môžu naučiť pozitívnym nádejným vzorcom myslenia, ktoré môžu pomáhať pri znížení dopadu psychosociálneho stresu a zaujatí adaptívnejších, nádejných postojov v krízových životných situáciách. Tie potom môžu redukovať riziko vzniku suicidálnych ideácií. Naopak, negatívny vysvetľujúci štýl v interakcii so záťažovými životnými udalosťami predikuje beznádejnosť a suicidalitu u adolescentov a mladých dospelých (Yang, Clum, 2000). Nádej ako protiklad beznádejnosti vytvára ochranný faktor voči suicidalite (Malone et al., 2000).

Pozitívny pohľad na svet znižuje beznádejnosť, a tým náchylnosť k samovražednému správaniu aj u depresívnych pacientov, pretože dôležitejšie než prítomnosť závažných a stresujúcich životných udalostí pred nástupom depresie sa javí byť spôsob subjektívneho vnímania týchto udalostí (Malone et al., 2000).

Presvedčenia o vlastnej účinnosti (self-efficacy) sa týkajú presvedčenia, že jedinec je schopný zvládnuť alebo mať kontrolu nad vonkajšími alebo vnútornými ohrozeniami a predstavujú tak protiklad k beznádejnosti. Tým môžu chrániť jedinca pred suicidálnym jednaním (Wingate et al., 2006; Malone et al., 2000).

Optimizmus, adaptívne kognitívne štýly a copingové schopnosti zvyšujú psychické aj fyzické zdravie. Výskumy poukazujú na to, že oboje je možné sa v priebehu života naučiť a prostredníctvom ich modifikácie tak vytvoriť odolnosť jedinca voči negatívnym dopadom stresu a stresových situácií.

Zmysluplnosť života

Samovražedné jednanie úzko súvisí so svetom ľudských hodnôt, hlavne postojom človeka k životu a smrti. Podľa mnohých autorov (napr. Jung, Frankl, Maddi) niektoré typy psychopatológie vyplývajú z neúspechu v nachádzaní životného zmyslu a naopak,

vedomie zmyslu v živote je pre psychiku uzdravujúce (Yalom, 1980). Z tohto pohľadu sa zmeny v životnom zmysle zdajú byť predchodcom zmien v psychickom fungovaní a môžu ovplyvniť túto zmenu ako v pozitívnom, tak aj v negatívnom smere. Medzi zmyslom v živote a psychologickým zdravím existuje trvalý vzťah. U ľudí, ktorí zažívajú nedostatok zmyslu v živote, sa prejavujú jeho škodlivé dôsledky vo všetkých oblastiach ich psychologického fungovania (Zika, Chamberlain, 1992). Debats (1996) poukazuje na úlohu jednotlivých komponentov zmysluplnosti. Subjektívny pocit zmysluplnosti v živote je dôležitejšou determinantou psychologického zdravia, než samotná prítomnosť životných cieľov alebo zmyslu existencie. To znamená, že mať iba rámeček bez pocitu naplnenia, môže byť stresujúce a môže negatívne ovplyvniť psychologické zdravie.

Frankl (1999), predstaviteľ logoterapie a existenciálnej analýzy, vidí (spolu s ďalšími existenciálne orientovanými psychoterapeutmi) nenaplnenosť potreby zmyslu v živote a existenciálnu frustráciu ako príčinu zvažovania ukončenia života.

Vzťahom medzi zmyslom v živote a suicidálnym správaním sa zaoberalo niekoľko štúdií. Výsledky týchto štúdií poukazujú na to, že zmysel v živote sa silne viaže k suicidálnemu správaniu.

Lester a Badro (1992) zistili, že u študentov sa znížené skóre v zmysluplnosti života spojovalo s predchádzajúcimi suicidálnymi pokusmi, predchádzajúcimi suicidálnymi ideáciami a súčasnými suicidálnymi ideáciami.

Heisel a Flett (2004) skúmali vo vzorke psychiatricky liečených osôb úlohu zmyslu v živote a spokojnosť so životom ako protektívnych faktorov voči suicidálnym ideáciám. Zistili, že zmysel v živote mediuje vzťah medzi životnou spokojnosťou a suicidálnymi ideáciami a moderuje vzťah medzi depresiou a suicidálnymi ideáciami.

Orbach et al. (2003) sa zamerali na spojitosť medzi psychickou bolesťou, suicidálnym správaním a zmyslom v živote. Zistili, že suicidálne osoby skórovali vyššie v psychickej bolesti a nižšie v životnom zmysle. Ďalej zistili signifikantne negatívne korelácie medzi životným zmyslom na jednej strane a psychickou bolesťou a suicidálnym správaním na strane druhej.

Orbach et al. (2003) uvádzajú, že na základe ich skúsenosti so suicidálnymi jedincami, prevažne mladistvými, zistili, že sťažnosti na to, že život nemá zmysel, naznačujú vnútorný stav bolestných emócií, ktoré sú uvádzané ako nedostatok prežívania emócií a chybné označované ako prežívanie prázdnoty.

Petrie a Brook (1992) zisťovali vzťah medzi pocitom koherencie a suicidálnymi ideáciami, depresiou a beznádejnosťou. Zistili, že vzťah všetkých 3 komponentov koherencie (zrozumiteľnosť, zvládnuteľnosť a zmyslupnosť) boli asociované s depresiou, beznádejnosťou a suicidálnymi ideáciami, ale komponent zmyslupnosti mal vyššie korelácie vo všetkých z týchto premenných.

Edwards a Holden (2001) skúmali vzťah medzi zmyslupnosťou na jednej strane a beznádejnosťou, copingom, suicidálnymi ideáciami, minulými suicidálnymi pokusmi a pravdepodobnosťou suicidálneho správania v budúcnosti (tak, ako túto pravdepodobnosť ohodnotili výskumné osoby sami) na strane druhej. Zistili, že pocit koherencie bol nižší u osôb po suicidálnom pokuse než u osôb bez suicidálneho pokusu v anamnéze. To poukazuje na to, že pocit koherencie a pocit zmyslupnosti, ako jeho najdôležitejší komponent, môžu hrať významnú rolu v protektívite suicidálneho správania. U žien vytvárala interakcia pocitu koherencie a emočne orientovaného copingu jedinečný, signifikantný podiel na štatistickej predikcii všetkých premenných vzťahujúcich sa k suicidalite. U mužov sa interakcia medzi pocitom koherencie a emočne orientovaného copingu signifikantne podieľala na štatistickej predikcii suicidálnych ideácií. Ellis a Smith (1991) uvádzajú, že medzi adaptívnymi copingovými postojmi, ktoré ľudia udávajú ako dôvody, prečo by neuvažovali nad samovraždou a existenciálnymi postojmi, je silný vzťah.

Domnievame sa, že mnohé pokusy o samovraždu môžu byť spojené s existenciálnym vákuom, bezcieľnosťou života, neschopnosťou nájsť v ňom konkrétny, špecifický zmysel pre daného jednotlivca. Naopak, schopnosť vidieť životnú perspektívu, životné smerovanie a cieľ, mať realistické plány do budúcnosti a poznať dôvody “prečo žiť” často tvoria oporu aj v kritických a náročných situáciách jedinca.

Dostupnosť klinickej a sociálnej intervencie

K nemálo dôležitým faktorom, ktoré pôsobia preventívne na fenomén suicidalít, patrí dobrá dostupnosť aktívnej klinickej a sociálnej intervencie. Vplyv má tiež prezentácia psychických porúch v médiách, ktorá zabezpečuje informovanosť širokej verejnosti o ich priebehu a nutnosti liečby. Čím je verejnosť viac a lepšie informovaná a čím dostupnejšie sú služby krízovej intervencie, tým sa znižuje riziko rozvoja psychických porúch a zaručuje sa včasnejšia intervencia. Keďže prítomnosť psychickej poruchy je

rizikovým faktorom suicidálneho správania, môžeme predpokladať, že včasná intervencia môže zabrániť nielen rozvoju onemocnenia, ale aj suicidálnemu aktu.

8. Intervencia a psychoterapeutické postupy u suicidálnych jedincov

„Efektívna liečba suicidálnych jedincov je kľúčovým prvkom v prevencii suicidality.“ (Hawton, 2002, s. 212).

Intervencia a psychoterapia suicidálnych jedincov závisí od psychického stavu, v akom sa momentálne suicidálny jedinec nachádza. Rozlišujeme krízovú intervenciu, ktorá slúži k odstráneniu aktuálneho rizika suicidálneho jednania a psychoterapiu, ktorá nasleduje po odznení stavu krízy. Obe môžu prebiehať v podmienkach ambulantnej alebo ústavnej liečby.

Krízová intervencia

Krízová intervencia by mala byť vytvorená tak, aby zaistila jedincovi bezpečnosť, pokiaľ nie je krízová situácia vyriešená a zvládnutá a pokiaľ nie je dosiahnutá rovnováha, v ktorej sa osoba pred začiatkom krízy nachádzala.

Krízová intervencia vychádza z predpokladu, že suicidálna kríza nemusí byť fatálna, ak je úspešne vedená. Väčšina jedincov, ktorí sa nachádzajú v suicidálnej kríze, zažíva ambivalenciu ohľadne suicidálneho správania, to znamená, že si súčasne prajú umrieť aj žiť. Rozpoznanie povahy ambivalencie, pomoc klientovi túto ambivalenciu si uvedomiť a nájdenie iných spôsobov, ako vyjadriť podstatu a význam ich suicidality (komunikácia, kontrola, vyhnutie sa) sú základnými prvkami krízovej intervencie u suicidálnych jedincov. Krízová intervencia je krátkodobou stabilizáciou, ktorá by mala pomôcť klientovi v rozhodnutí sa pre život pred rozhodnutím sa pre smrť a mala by byť nasledovaná dlhodobejšou liečbou, ktorá by mala osloviť tie rizikové faktory, na základe ktorých jedinec začal o samovražednom akte uvažovať. Primárnym cieľom je teda previesť klienta súčasnou krízou, aby mohol začať pracovať na základnej príčine jeho suicidality (Granello, Granello, 2007).

Základnými krokmi krízovej intervencie tak, ako ich popisujú Berman, Jobes a Silverman (2007) sú:

- Zamedzenie prístupu k letálnym prostriedkom
- Zníženie izolácie jedinca
- Zníženie anxiety, agitácie, nespavosti (medikáciou alebo tréningom relaxačných techník)

- Zvýšenie dostupnosti pomoci (prostredníctvom telefonickej dostupnosti) a frekvencie kontaktu (zvýšený počet návštev)
- Vytvorenie spolupracujúceho, na riešenie problémov zameraného spôsobu liečby a podporovanie jedincových schopností riešiť problémy
- Presunutie zo záťažového a stresujúceho prostredia (napríklad pomocou hospitalizácie)
- Systémové intervencie na zmenu dynamiky (napríklad rodinnej)
- Vyjednanie bezpečnostných podmienok a príprava rizikového plánu

Kleespies et al. (1999) odporúčajú rozlíšenie medzi stavom krízy a stavom núdze (pohotovosti). „*Kríza je vážne narušenie jedincovej základnej úrovne fungovania tak, že jeho obvyklé copingové mechanizmy sú neadekvátne na obnovenie rovnováhy. Je to emočne významná udalosť, v ktorej môže byť bod zvratu k lepšiemu alebo k horšiemu. Nutne nepredpokladá riziko vážneho fyzického poškodenia ale život ohrozujúceho nebezpečenstva. Kríza často prispieva k alebo predchádza rozvoju pohotovosti, ale nemala by byť považovaná za dostatočnú na vysvetlenie pohotovosti. Pri vytvorení pohotovosti je zahrnutých obyčajne viacero faktorov.*“ (Kleespies et al., 1999, s. 454).

V zhode s týmito autormi popisujú Granello a Granello (2007) 3 možné trajektórie krízovej situácie:

13. Jedinec sa nikdy z krízy úplne „neuzdraví“ a zostáva v nízkej úrovni fungovania aj po odznení krízovej situácie.
14. Jedinec úspešne riadi svoju krízovú situáciu a vráti sa do predchádzajúcej úrovne fungovania.
15. Jedinec sa z krízy poučí a vytvorí si nové schopnosti copingu a obnoví si prostredníctvom tejto skúsenosti pocit sebaúčinnosti. Z krízovej situácie tak vystúpi s vyššou úrovňou fungovania než bola tá, ktorá sa vyskytovala pred krízou.

Pohotovosť k suicidálnemu jednaniu nastáva, ak sa jedinec dostane do stavu, v ktorom je bezprostredne hrozí riziko, že urobí niečo (alebo i neurobí niečo), čo vyústi do vážneho ublíženia alebo spôsobí smrť jemu alebo iných, a to v prípade, že mu nie je prítomná okamžitá intervencia. Takúto pohotovosť k ohrozeniu na živote vytvárajú práve vysoko rizikové suicidálne stavy (Kleespies et al., 1999).

V čase krízovej situácie sa jedinec cíti zaplavený, sklúčený, ohrozený, vystrašený a vyčerpaný. Jeho úroveň fungovania klesá a v prípade suicidálnej krízy je zvýšené riziko

sebaublíženia. Väčšina suicidálnych kríz je časovo ohraničená a po 24 – 48 hodinách väčšina ľudí (hoci nie všetci) prechádza do fázy emocionálneho vyčerpania (Granello, Granello, 2007). Jedinec môže ďalej pretrvávať v nižšej miere krízy počas dlhšej doby. Jedinci, ktorí sa nachádzajú v extrémnej suicidálnej kríze, sú prevažne tí, ktorí majú vytvorený samovražedný plán a u ktorých je bez poskytnutia adekvátnej intervencie vysoké riziko suicidálneho jednania.

Ambulantná liečba

Prvou úlohou v ambulantnej liečbe je zhodnotenie suicidálneho rizika a rozhodnutie, či je alebo nie je nutná hospitalizácia osoby ohrozenej samovražedným správaním.

Základnými charakteristikami ambulantnej liečby sú:

- Časté kontakty s odborníkom, zvýšený počet terapeutických sedení, možnosť telefonickkej komunikácie v čase krízy
- Zváženie potreby farmakologickej liečby
- Zaistenie zníženia dostupnosti letálnych prostriedkov (napr. odovzdanie väčšieho množstva liekov)
- Kontakt so sociálnym okolím, ktoré môže zaistiť zvýšenú pozornosť a podporu v prípade potreby

Kleespies et al. (1999) uvádzajú, že ambulantná liečba je vhodná pre osoby, ktoré sú v nízkom alebo strednom riziku suicidálneho jednania. Suicidalita by u nich mala byť opakovane zhodnocovaná a sledovaná. Prístup ku klientovi by mal byť zacielený na adaptívny coping a riešenie problémov. V zhode s ďalšími autormi (napr. Bongar, 2002) považujú za nevyhnutné zvýšiť častosť sedení na každodenné, zaistiť telefonické kontroly klienta a zapojiť informácie a podporu dôležitých osôb z klientovho okolia, ktorých skontaktuje.

Bongar (2002) uvádza, že ak je klientovi doporučená farmakologická liečba, mala by byť starostlivo sledovaná. Odporúča získať prísľub klienta, že bude kontrolovať svoje suicidálne impulzy alebo pred pokusom o samovraždu zavolá psychológovi. Psychológ by sa mal ďalej uistiť, že klient nevlastní žiadne letálne prostriedky. Základom je kvalitná terapeutická spolupráca a kvalitný terapeutický vzťah. V čase suicidálneho rizika by terapia mala mať formu krízovej intervencie a mala by byť centrovaná na akútnu potrebu udržať klienta na živu.

V prípade, že riziko suicídia je vysoké, mala by byť zväžená nutnosť hospitalizácie klienta. Kleespies et al. (1999) uvádzajú, že ústavná liečba je nutná v prípade, ak vytvorenie liečebnej spolupráce a krízovej intervencie zlyhá, ak jedinec ostáva aktuálne suicidálny a hrozí riziko suicidálneho jednania. Rozhodnutie k hospitalizácii, či už dobrovoľnej alebo nedobrovoľnej, je založené na odhadnutí pomeru rizika a prospechu.

Ako poukazujú Hendin et al. (2006), rozhodnutie ohľadne hospitalizácie patrí k najťažším, ale základným aspektom práce so suicidálnymi jedincami. Prezentáciu hospitalizácie ako nevyhnutnej v prevencii samovraždy môže uvítať jedinec, ktorý hľadá úľavu od suicidálnych pocitov, avšak takýto návrh nie je často zdieľaný osobami o samovraždu usilujúcimi. V prípade, že terapeut osloví klientovo zúfalstvo a ďalšie intenzívne pocity, ktoré sú základom jeho túžby život ukončiť, môže mu napomôcť v akceptácii hospitalizácie ako prostriedku získania krátkodobej úľavy bez toho, že by klient mal pocit, že sa vzdáva kontroly nad voľbou, či bude ďalej žiť alebo nie. Ak terapeut čelí pacientovi bezprostredne ohrozenému samovražedným jednaním, ktorý hospitalizáciu odmieta, preferovanejšou je nútená hospitalizácia než nechať takéhoto človeka odísť domov s tým, aby o tom ešte popremýšľal. Človeka, ktorý je v suicidálnej kríze, môže predstava stratenej kontroly nad voľbou, či bude žiť, postrčiť k suicidálnemu jednaniu, ak k tomuto jednaniu nemá zamedzený prístup.

Hospitalizácia

Hospitalizácia má tri primárne ciele: zaistenie bezpečnosti, zníženie alebo elimináciu suicidálneho úmyslu v priebehu liečby základného onemocnenia a zlepšenie copingových schopností a odolnosti (Bongar, 2002). V rámci hospitalizácie by mala byť jedincovi poskytnutá pomoc pri riešení problémov, ktoré predchádzali suicidálnemu správaniu (Kleespies et al., 1999). Liečebným výsledkom by mala byť absencia rizika suicidálneho jednania.

Vo fáze najvyššieho akútneho rizika, je suicidálny jedinec konfrontovaný s prostredím psychiatrického oddelenia, ktoré by malo poskytovať ochranu a bezpečie pred suicidálnym jednaním. Je mu odoprený prístup k okamžite dostupným spôsobom samovraždy. Zároveň je ale potrebné si uvedomiť, že žiadne psychiatrické oddelenie nie je úplne zabezpečené proti suicidálnemu jednaniu a z tohto dôvodu sa suicidálne pokusy a suicídiá môžu vyskytnúť aj tu.

Vysoko kvalitná liečba v rámci hospitalizácie vyžaduje „... *intenzívny multidisciplinárny a multimodálny prístup... má zhrňať somatické, kognitívno-behaviorálne, psychodynamické, skupinové a rodinné terapie, ako aj formálne zahrnutie interpersonálnej matice a pokračujúceho zhodnotenia úrovne psychosociálnej podpory...*“ (Bongar, 2002, s. 211).

Liečba by mala byť ukončená vtedy, keď nie je jedinec v akútnom ohrození samovraždou, je schopný fungovať mimo chránený priestor psychiatrického oddelenia, je schopný vyhľadať pomoc v prípade, že by sa suicidálne riziko opätovne zvýšilo a jeho ďalšie psychické potreby môžu byť ošetrené v rámci ambulantnej starostlivosti (Bongar, 2002).

Zváženie vhodnej liečby u osôb po suicidálnom pokuse

Ak sa jedinec o samovraždu pokúsi, môže nastať niekoľko variant ďalšieho vývoja situácie. V prípade, že pri suicidálnom pokuse nedôjde k somatickému poškodeniu, môže tento pokus ostať nerozpoznaný a jedinec nepríde do styku s odbornou pomocou (či už v rámci somatických oddelení alebo psychiatrickej a psychologickej starostlivosti). V prípade, že k somatickému poškodeniu dôjde, sa suicidálny jedinec dostáva do starostlivosti lekárov, kde sa ďalej uvažuje o následnej psychiatrickej a psychologickej starostlivosti. Jedinec môže byť po kompenzácii stavu zo všeobecnej nemocnice prepustený (a môže mu byť doporučená psychiatrická liečba) alebo odoslaný k psychiatrickej hospitalizácii. Zváženie, nakoľko je ďalšia liečba potrebná, záleží predovšetkým od miery jedincovho úmyslu a rizika možného opakovania suicidálneho aktu. Hawton (2002) odporúča pri tomto zvažovaní zhodnotiť suicidálne riziko podľa niekoľkých kritérií:

- životné udalosti predchádzajúce pokusu
- motívy suicidálneho aktu, suicidálny úmysel a ďalšie príčiny
- problémy, ktorým jedinec čelí
- psychiatrická porucha
- osobnostné vlastnosti a porucha
- abúzus alkoholu a drog
- rodinná a osobná anamnéza
- súčasné okolnosti (sociálne, domáce, zamestnanie)
- psychiatrická anamnéza, vrátane predchádzajúceho suicidálneho pokusu

- riziko ďalšieho pokusu
- riziko dokonanej samovraždy
- zdroje copingu a podpora
- vhodná liečba k jedincovým potrebám
- motivácia jedinca k liečbe

(Hawton, 2002, s. 522)

Tieto kritériá sú zároveň rizikovými faktormi samovražedného správania a ich zhodnotenie udáva smer v rozhodovaní o ďalšej liečbe jedinca.

Hawton (2002) považuje hospitalizáciu za nevyhnutnú u osôb po suicidálnom pokuse, u ktorých je prítomné ťažšie psychiatrické ochorenie a u ktorých hrozí riziko opakovaného suicidálneho správania. Krátkodobá hospitalizáciu môže tiež pomôcť osobám, ktoré sa nachádzajú v stave krízy (Hawton, 2002). Zváženie k hospitalizácii by malo byť tiež u osôb so suicidálnym správaním v anamnéze, a u tých, u ktorých úmysel ukončiť svoj život pretrváva aj po suicidálnom pokuse.

Psychoterapeutické smery

Psychoanalýza a dynamické smery

Psychoanalytické smery vychádzajú pri terapii suicidálnych osôb z psychodynamickej teórie depresie, v ktorej sú suicidálne impulzy nazerané v kontexte niekoľkých možných motivačných síl (hostilita smerovaná proti introjektovanému objektu lásky, agresívne impulzy obrátené proti sebe alebo prianie potrestať signifikantných druhých) (Ellis, 1986). Cieľom liečby je vytvorenie náhľadu do nevedomých konfliktov vedúcich k depresii a k sebadeštruktívnym motívom. To znamená, že terapeut pomáha klientovi preniesť do vedomia to, čo je nevedomé za účelom odstránenia psychickej bolesti, nenávisť voči sebe, atď. (Berman, Jobs, Silverman, 2007).

Psychodynamické intervencie zahŕňajú napríklad analýzu prenosu, preskúvanie intrapsychickej bolesti a negatívnych ranných zážitkov, identifikáciu bolestivých afektívnych stavov, interpretáciu obrán a motívov, ktoré môžu udržiavať sebadevalváciu, venovanie pozornosti otázkam individuácie. Centrálnu úlohu v terapeutickom procese zaujíma terapeutický vzťah. Terapeut má úlohu rodiča, vytvára self-objekt prenosy, ktoré poskytujú akceptáciu a potvrdenie, chráni pred dezintegráciou/anihiláciou bolestných afektov, interpretuje prenosové impulzy a pod. (Berman, Jobs, Silverman, 2007).

Kognitívne a kognitívno-behaviorálne terapie

Kognitívna terapia suicidálneho správania je primárne odvodená od kognitívnych terapií pôvodne určených k liečbe depresie a vychádza z modelu suicidálneho správania odvodeného od kognitívneho modelu depresie. Suicidálne priania sú nazerané ako „... extrémny prejav túžby uniknúť tomu, čo sa javí byť neriešiteľný problém alebo neznesiteľná situácia.“ (Rush, Beck, 1978, s. 202).

Základným východiskom kognitívnej terapie je, že spôsob, akým jedinec interpretuje udalosti a zážitky, ovplyvňuje jeho prežívanie a správanie. Negatívne emócie tak vznikajú nie z nepríjemných udalostí, ale z iracionálnych hodnotení o nich (Kienhorst, van Heeringen, 2002), to znamená, že naše emócie sú ovplyvnené tým, ako o udalostiach, s ktorými sa stretávame, premýšľame. Emocionálne poruchy sú potom z veľkej časti zapríčinené chybnými kognitívnymi procesmi (napr. chybná interpretácia udalostí, iracionálne presvedčenia a logické chyby) (Ellis, 1986). Určité štýly interpretácie, ktoré môžu byť skreslením reality, si jedinci vytvárajú v priebehu života a tieto kognitívne skreslenia (distorzie) potom môžu aktivovať maladaptívne copingové stratégie, medzi ktoré patrí aj suicidálne správanie. Príkladom kognitívneho skreslenia je napr. dichotomické myslenie, ktoré je úzko spojované so samovražedným správaním. Distorzie sú udržiavané jedincovými základnými schémami o svete a o sebe (Heard, 2000).

V centre záujmu kognitívne orientovaných výskumov stojí vplyv týchto chybných kognitívnych procesov v rozvoji beznádejnosti ako hlavného mediátora medzi depresiou a suicidalitou. „Kognitívna terapia je veľmi aktívnou, štruktúrovanou, na problém orientovanou formou terapie, v ktorej terapeut a pacient spolupracujú na preskúšaní ako jedincove postoje a presvedčenia prispievajú k distresu. Používa verbálne postupy aj behaviorálne techniky na zmenu maladaptívnych predpokladov a správania kongruentných alebo konzistentných s nimi. Tento typ terapie sa ukázal byť efektívnym v liečbe depresívnych aj suicidálnych pacientov.“ (Weishaar, Beck, 1990, s. 484). Tento typ terapie zdôrazňuje, že modifikácia beznádejnosti, ktorá je základom suicidálnych prianí, zníži riziko samovraždy a riešenie problémov zvýši pacientovu schopnosť vyrovnania sa so stresormi (Weishaar, Beck, 1990).

Cieľom kognitívnych terapeutov je zmeniť pacientovo suicidálne správanie a s ním spojené prežívanie pomocou zamerania pozornosti na zmenu jeho kognitívnych štýlov

(obsahov a procesu myslenia) (Heard, 2000). K tomu využívajú špeciálne techniky (napr. edukácia, senzitivizácia, reformulácia dysfunkčných kognitívnych schém), ktoré sú často doplnené o techniky behaviorálne (návrikové a tréningové stratégie). Terapia je podobná terapii depresíí, predovšetkým v identifikácii a korekcii chýb, ako sú nadmerné zovšeobecňovanie, dichotomické myslenie, iracionálne presvedčenia alebo kognitívna rigidita.

Pri práci so suicidálnym jedincom je terapeut aktívnejší, direktívnejší a v počiatkových sedeniach sa zameriava na zníženie rizika suicidálneho jednania. Sústreďuje sa na distorzie, ktoré vytvárajú beznádejný pohľad na situáciu a na ponúknutie riešení, ktoré pacient nie je kvôli apatii, nedostatku informácií, rigidnému mysleniu a zníženej schopnosti koncentrácie a pamäte, schopný si vytvoriť. Cieľmi intervencie pri liečbe suicidálnych jedincov sú deficity v oblasti riešenia problémov, ako sú kognitívna rigidita, dichotomické myslenie, zlyhanie pri anticipácii dôsledkov alebo pri realizácii riešení a nazeranie na samovraždu ako na vhodné riešenie. Terapeut má pomôcť klientovi zmeniť jeho presvedčenie, že samovraždou dosiahne želaný cieľ bez zapríčinenia ďalších komplikácií. Pacientove príčiny ale nie sú minimalizované alebo prehliadané, miesto toho je na ne apelované logickým spôsobom, čo by mu malo pomôcť k zvýšeniu objektivity, zváženiu krátkodobých aj dlhodobých dôsledkov samovraždy a identifikácii iných riešení (Weishaar, Beck, 1990).

Edukácia a senzitivizácia môžu byť dôležité pri ovplyvňovaní kognitívnej rigidity, pretože nevedomovanie si tejto tendencie môže vytvárať zlyhanie v hľadaní alternatív pacientovej percepcie reality. Ďalšími technikami, ktoré je možné na zmenu kognitívnej rigidity využiť sú riadené imaginácie, hranie rolí a výmena rolí a iné úlohy zamerané na generovanie iných alternatív. Dichotomické myslenie môže byť ovplyvňované hľadaním tzv. šedých zón, čím je jedinec nútený odstúpiť od čierneho-bielych, extrémnych pólov myslenia. Ďalšou súčasťou terapie býva zameranie na odstránenie neefektívnych spôsobov riešenia problémov a na učenie sa novým, efektívnejším stratégiám. Pacienti sú učení presnejšej identifikácii a pomenovaniu problému, hľadaniu a i testovaniu iných možností riešenia problémov. Tieto stratégie majú vplyv jednak na zlepšenie týchto schopností, ale zároveň pozitívne ovplyvňujú i kognitívnu rigiditu. K neefektívnym stratégiám riešenia problémov sa vzťahuje tiež nazeranie na samovraždu ako na vhodné riešenie. Pacienti sú v tomto smere povzbudzovaní k systematickému a objektívnemu zhodnoteniu výhod a nevýhod samovraždy, jednak pre nich samotných, ako aj pre ich okolie (Ellis, 1986).

Z kognitívnych smerov vychádza **Mindfulness-based terapia** (Terapia založená na všímavosti). Je zacielená na jednu z jadrových dysfunkčných kognitívnych charakteristík suicidálnych jedincov, a to zovšeobecňujúcu pamäť. Techniky používané v tomto terapeutickom prístupe sú zamerané na zvýšenie uvedomenia si prítomnosti. Základnou technikou je obrátenie pozornosti k prítomnosti, pomocou sústredenia sa na dýchanie. Táto technika je kombinovaná s ďalšími technikami vychádzajúcimi z kognitívnej terapie (Kienhorst, van Heeringen, 2002).

Dialekticko-behaviorálna terapia, ktorej autorkou je Marsha M. Linehan, vychádza tiež z kognitívnej terapie, je ale ďalej doplnená o špecifické techniky a prístupy. Tento program je zameraný na zvýšenie tolerancie distresu a na vytvorenie zdrojov na zníženie dôsledkov stresu, na učenie sa afektívnej regulácie, sebaovládania, schopností riešenia interpersonálnych problémov a rozvoj sociálnej podpory (Linehan, Heard, Armstrong, 1993).

Hoci Linehan program pôvodne zostavila pre osoby s hraničnou poruchou osobnosti, u ktorých je častým javom sebapoškodzovanie, javí sa byť efektívnym aj pri znižovaní rizika opakovania impulzívnych samovrážd (ktoré môžu byť často dôsledkom nahromadenia negatívnych emócií a prekročenia frustračnej tolerancie, patriacim k častým motívom k sebapoškodzujúcemu správaniu). Z tohto dôvodu ho ďalej rozšírila aj na suicidálne prejavy a spôsoby správania. V tomto poňatí je dialekticko-behaviorálna terapia zacielená na špecifické kategórie suicidálneho správania, ktoré zahŕňajú zrejme aj ambivalentné suicidálne pokusy, nesuicidálne sebapoškodzujúce správanie, suicidálne ideácie a komunikácie alebo iné kognície a emócie, ktoré sa k samovražednému správaniu vzťahujú (Miller, Rathus, Linehan, 2007).

Linehan vníma suicidálne správanie ako dôsledok averzívnych afektívnych stavov, ktoré môžu byť zapríčinené negatívnymi udalosťami, dysfunkčnými vzorcami správania a deficitov v tolerancii distresu a zdrojov slúžiacich k jeho redukcii. Suicidálne správanie chápe ako spôsob riešenia problémov. Prvoradým cieľom v tomto terapeutickom prístupe je redukcia suicidálnych spôsobov správania, ich nahradenie efektívnejšími interpersonálnymi reakciami, adekvátna regulácia emócií, lepšia tolerancia distresu a zvýšenie kvality života ako možnej príčiny objavenia sa suicidálnych ideácií (Linehan, Heard, Armstrong, 1993).

Terapeutický program obsahuje individuálne a skupinové psychoedukačné tréningové terapie, ako aj dostupnosť terapeuta v krízových situáciách. Individuálna terapia je zameraná predovšetkým na motivačné otázky, zahrňujúc motiváciu ostať nažive, a na

problematické prejavy správania. Skupinová terapia učí sebaregulácii a je zacielená na zmenu interpersonálnych a sebaregulačných zručností, schopností akceptovať seba a ostatných (tolerancia distresu a schopnosť všímavosti). Dialekticko-behaviorálna terapia tak spojuje stratégie podobné na klienta centrovaných, východných a zenových terapií a psychodynamických prístupov, s kognitívne-behaviorálnou terapiou (zahŕňajúc techniky riešenia problémov, kognitívnej modifikácie, techniky založené na expozícii a tréning zručností) (Linehan et al., 1994). Stratégie, ktoré DBT využíva na oslovenie k suicidálite sa vzťahujúcim správaniu sú dialektické stratégie, validizačné stratégie, stratégie riešenia problémov, štylistické stratégie a stratégie case manažmentu (Miller, Rathus, Linehan, 2007).

Ako u jednej z mála terapií bol skúmaný jej efekt v liečbe samovražedného správania, pričom štúdie poukazujú na efektivitu tohto prístupu (Comtois, Linehan, 2006; Linehan et al., 2006; Linehan et al., 1994; Shearin, Linehan, 1992). Príkladom takejto štúdie je porovnanie účinkov dialekticko-behaviorálnej terapie s účinnosťou ne-behaviorálneho typu terapie, vedenej expertmi, ktorej sa zúčastnilo 101 žien s diagnózou hraničnej poruchy osobnosti udávajúcich aktuálne prítomné prejavy suicidálneho správania a sebapoškodzovania. Obe skupiny podstúpili ročnú terapiu, a to buď dialekticko-behaviorálnu terapiu alebo komunitnú liečbu expertmi. Terapeuti boli vyrovnaní z hľadiska pohlavia, dostupnosti, odbornej znalosti, lojálnosti, tréningu, skúseností, konzultačnej dostupnosti a inštitucionálnej prestíže. Výsledkom tejto štúdie bolo, že osoby, ktoré podstúpili dialekticko-behaviorálnu terapiu vyžadovali menej hospitalizácií kvôli suicidálnym ideáciám a mali nižšiu pravdepodobnosť opakovania suicidálneho pokusu. Ďalej boli tieto osoby menej náchylné ukončiť liečbu a mali menej psychiatrických hospitalizácií v ročnom následnom sledovaní. Tieto výsledky potvrdzujú účinnosť dialekticko-behaviorálnej terapie (Linehan et al., 2006).

Terapia zameraná na riešenie problémov

Maladaptívne správanie sa podľa teórie tohto terapeutického prístupu vyskytuje vtedy, ak má jedinec nedostatok psychologických zdrojov k vyriešeniu jeho problémov iným spôsobom (Heard, 2000). Suicidálne správanie je tak ponímané ako dôsledok nedostatočných schopností alebo zručností suicidálneho jedinca v riešení problémov a využívania neefektívnych stratégií riešenia problémov. Mnohé výskumy poukazujú na to, že suicidálni jedinci zažívajú výrazné ťažkosti v riešení problémov a že dominantnou

tendenciou je u týchto osôb pasívny prístup k riešeniu problémov (Williams, Pollock, 2000).

Tento terapeutický prístup v liečbe suicidálnych osôb si kladie za prvoradý cieľ rozšíriť ich repertoár efektívnych stratégií riešenia problémov. Zníženie suicidálneho rizika je podľa tohto prístupu možné pomocou naučenia rizikových osôb novým, úspešnejším spôsobom zvládania a riešenia problematických situácií.

Prvotným cieľom v tomto type terapie je dôkladné vyšetrenie, analýza a definovanie pacientových problematických oblastí a problémov (s presnou identifikáciou udalostí, myšlienok, emócií a typov jednania, ktoré vedú k identifikovanému maladaptívnemu správaniu), s následným rozhodnutím sa, ktoré nástroje by mali byť použité a vytvorením krokov, ktoré by mali pomôcť v dosiahnutí stanovených cieľov. Terapeut tak pomáha pacientovi v hľadaní a vo vytváraní iných a alternatívnych spôsobov správania a riešenia problematických situácií, a tým tiež rozširuje jeho repertoár v oblasti schopností a zručností a učí ho hľadať najefektívnejšie postupy a stratégie. V ďalšej časti terapie klient postupuje po stanovených krokoch, pri ktorých naplňuje stanovené úlohy, aby sa posúval smerom k jeho cieľom (Hawton, 2002, Heard, 2000).

V procese terapie môžu zo strany suicidálneho jedinca ako problematické vystupovať jeho nedostatok schopností vedúcich k riešeniu, kognitívne distorzie, očakávanie alebo prežívanie extrémnych emócií a očakávanie, že okolie bude trestajúce alebo neprijme adaptívne riešenia, čo môže byť odstránené tým, že terapeut naučí pacienta novým zručnostiam, bude apelovať na jeho myšlienky a štýl myslenia, vystaví ho podnetom, ktoré u neho vyvolajú obávané emócie a pomôže mu v získaní odmeny za uskutočnené riešenia (Heard, 2000).

Tento prístup by nemal jedincovi pomôcť vyriešiť iba súčasné problémy, ale mal by ho tiež naučiť efektívnejším stratégiám v riešení problémov. Zameranie pozornosti na konkrétne úlohy mu môže napomáhať zmeniť jeho tendenciu k zovšeobecňujúcemu spôsobu myslenia. Využitie tohto typu terapeutických intervencií sa u osôb po suicidálnom jednaní javí byť ako efektívne, avšak nie pre každého z nich (Hawton, 2002, s. 219).

Na účinnosť na riešenie problémov orientovanej psychoterapie poukazujú viaceré výskumy, napr. Joiner, Voelz a Rudd (2001), Hawton et al. (1998), Patsiokas a Clum (1985).

Joiner, Voelz a Rudd (2001) porovnávali účinnosť na riešenie problémov zameranej terapie s obvyklou terapiou u osôb po suicidálnom pokuse, osôb so suicidálnymi

ideáciami, s poruchou nálady alebo poruchou prispôsobenia so zmiešanou depresívne úzkostnou symptomatikou a osôb so suicidálnymi ideáciami s epizodickým abúзом alkoholu. Na riešenie problému orientovaná terapia bola prevádzaná ako intenzívna, štruktúrovaná a časovo limitovaná skupinová terapia, so zameraním na rozvoj interpersonálnych zručností a adaptívneho copingu. Terapia bola poskytovaná v rámci ambulantnej starostlivosti, v časovom ohraničení 10 dní (9hod/deň) a okrem skupinovej práce zameranej na zorientovanie sa v probléme, identifikácii problému, stanovení cieľov, vytvorení alternatív, ich zhodnotenia, následnej realizácie a zhodnotenia výsledkov, obsahovala psychoedukačné stretnutia zamerané na komunikáciu, impulzivitu, kontrolu hnevu, reguláciu emócií, zvládanie stresu a relaxáciu. Poslednú časť tvoril zážitkovo-afektívny aspekt a zahrňoval diskusiu o vzťahu medzi symptómami a minulými a súčasnými zážitkami a pocitmi. Počas obdobia sledovania nebola pacientom poskytnutá následná starostlivosť, avšak v prípade potreby ju mohli sami vyhľadať. Výsledky tejto štúdie poukázali na to, že terapia orientovaná na riešenie problémov bola všeobecne úspešnejšia než obvyklá terapia, a to ako v redukcii symptomatológie, tak i suicidálnych ideácií. Na základe týchto výsledkov autori odporúčajú zvážiť indikáciu na riešenie problému orientovanej terapie u osôb so suicidálnym rizikom. Hlavným aspektom liečby bolo naučenie praktikovanie šiestich komponentov riešenia problémov, ktoré autori považujú za jednoducho adaptovateľné v ambulantnej liečbe.

Terapeutické stratégie vzťahujúce sa k zlepšeniu zručností riešiť problémy u suicidálnych pacientov sú súčasťou aj kognitívno-behaviorálnych psychoterapeutických smerov, napr. dialekticko-behaviorálnej terapie.

Posudzovanie riešenia problémov môže mať nepriamy dopad na suicidálne ideácie, avšak predovšetkým zručnosti riešenia problémov môžu byť menej ovplyvniteľné krátkodobými intervenciami kvôli tomu, že sa javia byť skôr vlastnostnými kvalitami, a preto autori odporúčajú na ich ovplyvnenie skôr dlhodobjšie terapeutické intervencie. Autori na základe týchto výsledkov vidia zameranie sa na získavanie schopností riešiť problémy ako žiadúcu súčasť terapie suicidálnych jedincov, pretože tieto intervencie sa javia byť ako užitočné predovšetkým v znížení šance jedinca stať sa beznádejným, čo následne vedie k zníženiu pravdepodobnosti rizika suicidálneho jednania. Vzhľadom k individuálnej rozdielnosti odporúčajú u niektorých klientov predovšetkým tréning schopností riešiť problémy, u iných zas zameranie sa na posudzovací aspekt riešenia

problémov a u ďalšej skupiny vidia ako dôležité zacielenie na oba aspekty (Dixon, Heppner, Rudd, 1994).

Psychologická liečba, ktorá sa zameriava na nápravu behaviorálnych deficitov môže byť obtiažna jednak z dôvodu ťažkosti zapojiť suicidálne osoby do liečby po odznení krízy, ale aj preto, že ich schopnosť riešenia problémov, ktorá stojí v centre mnohých psychoterapeutických prístupov, sa vráti do normálnej alebo do takmer normálnej úrovne. Schopnosť riešenia problémov môže byť narušená nielen vtedy, ak jedinec čelí skutočnému každodennému problému, ale aj keď je jeho nálada z nejakej príčiny narušená. To znamená, že klinici by mali brať ohľad na endogénne zmeny (ako je napr. narušenie spánku), ktoré nemusia byť dôsledkom životných udalostí, ale ktoré môžu zhoršiť náladu a viesť k narušeniu schopnosti riešiť problémy, predovšetkým u osôb, ktoré boli predtým, počas epizódy depresie, suicidálne (Williams et al., 2005).

Dixon, Heppner a Rudd (1994) v liečbe intervencie zameranej na beznádejnosť, predovšetkým v akútnych krízových situáciách, nielen kvôli sprostredkujúcej úlohe beznádejnosti, ale aj kvôli tomu, že pocity beznádejnosti môžu byť prechodné a tým sa môžu stať predmetom krátkodobej intervencie.

Formy terapie

Rodinná terapia

Rodinná terapia má za cieľ pokúsiť sa o zmenu systémovej dynamiky a zlepšiť fungovanie rodiny. Je indikovaná v prípade, že suicidálne správanie je nazerané ako výraz rodinnej dysfunkcie a ťažkostí. Intervencie sú zamerané na podporu väčšej individuácie, zvýšenie tolerancie a flexibility, identifikáciu a vyriešenie rodinných komunikačných problémov, vyjasnenie dysfunkčných spojenectiev, odstránenie udržiavaných tajomstiev, zníženie punitívnych reakcií medzi členmi rodiny, zvýšenie vzájomne užitočných a odmeňujúcich správaní medzi členmi rodiny, edukáciu, pochopenie a monitorovanie suicidálnych rizikových faktorov u suicidálneho člena atď. (Berman, Jobes, Silverman, 2007).

U detí a adolescentov je považovaná za jednu z najdôležitejších intervencií, paralelne s individuálnou terapiou dieťaťa, pretože rodinné problémy často predchádzajú suicidálnemu správaniu mladistvých.

Slater a Depue (1981) považujú za dôležitú súčasť terapie suicidálnych jedincov s depresívnou poruchou a bez sociálnej podpory krátkodobú podpornú terapiu alebo

párovú terapiu pre tých pacientov, ktorí sa nachádzajú v krehkom a narušenom vzťahu. Toto odporúčanie vyplýva z ich zistení, že depresívne osoby po suicidálnom pokuse udávali nízku alebo chýbajúcu dôvernú sociálnu podporu, ktorá môže prispievať k rozvoju pocitu beznádejnosti a vytvárať tak väčšie riziko pre rozvoj suicidálneho správania.

Skupinová terapia

Tento typ terapie sa javí byť ako veľmi vhodný pre osoby s ťažkosťami v interpersonálnych vzťahoch, pretože tieto môžu byť v rámci skupinového kontextu priamo oslovené (Hawton, 2002), to znamená pozorované, pochopené a rozvíjané priamo prostredníctvom skupinovej dynamiky a interakcie jednotlivých členov.

Okrem toho, skupinová terapia pomáha suicidálnym jedincom získať a udržať si sieť sociálnej podpory. Interpersonálne učenie a podpora sa rozvíjajú prostredníctvom zdieľania problémov, vnímaných spoločných znakov, charakteristík a zážitkov medzi jednotlivými členmi skupiny a posilnených spätnou väzbou od ostatných členov a terapeutov. Terapeuti môžu byť tiež nápomocní pri explorácii patologických obrán, kognitívnych distorzií a učení špecifických schopností (Berman, Jobes, Silverman, 2007).

Výskumné projekty v oblasti psychoterapie suicidálneho správania

Ako uvádzajú Comtois a Linehan (2006), v liečbe suicidálnych prejavov sa ako efektívne javia nasledovné terapie: kognitívna terapia, dialekticko-behaviorálna terapia, terapia zameraná na riešenie problémov a interpersonálna psychoterapia. Efektívnosť terapie zameranej na riešenie problému uvádzajú tiež Hawton et al. (1998), ktorí zároveň poukazujú na dobré výsledky liečby pri použití tzv. krízových kartičiek umožňujúcich pacientom krízový kontakt a dlhodobú psychoterapiu u osôb s hraničnou poruchou osobnosti a opakovaným sebaškodovaním.

Patsiokas a Clum (1985) porovnávali 3 terapeutické prístupy v liečbe osôb po suicidálnom pokuse – kognitívnu reštrukturalizáciu, riešenie problémov a nedirektívny prístup. Prístup zacielený na kognitívnu reštrukturalizáciu bol zameraný na samovražedné ideácie a používanie stratégií, ako je identifikácia automatických myšlienok a predstáv, identifikáciu distorzií (napr. nadmerné zovšeobecňovanie a

zveličovanie) a diskusia platnosti základných predpokladov, presvedčení a postojov, ktoré sa vyťahovali k suicidálnemu správaniu. V prístupe zameranom na riešenie problémov bol základným cieľom tréning a osvojenie si takých zručností, ktoré by im umožňovali vytvoriť a vybrať riešenia problémov. Liečba mala 5 stupňov: všeobecná orientácia, definovanie a formulovanie problému, vytvorenie alternatív, rozhodovanie a verifikácia. Nedirektívny prístup bol zostavený z individuálnych sedení, v ktorých sa otvorene diskutovalo o suicidálnom správaní, problémoch a bežnom živote daných osôb. Základným cieľom bolo porozumenie a prekonanie suicidálneho správania a lepšie poznanie seba. Typickou používanou technikou bola reflexia, terapeut sa nepokúšal o štruktúrovanie obsahu sedení a ani nepoužívala techniky spojené s hypotetickými faktormi suicidálneho správania, ako sú napr. chybná kognícia, deficientné riešenie problémov. Výsledky tejto štúdie poukázali na zmeny v beznádejnosti a suicidálnych úmysloch vo všetkých troch liečebných podmienkach, pričom sa nenašli významné rozdiely medzi jednotlivými skupinami. Autori štúdie uvádzajú, že je možné uvažovať nad tým, že suicidálny úmysel je najsilnejší pred a po pokuse, ale v následnom čase v podporujúcom, terapeutickom prostredí, sa tento úmysel môže oslabiť. Ďalšou možnosťou je, že všeobecný terapeutický efekt, ktorý je bežný pre všetky liečby, vytvára významné oslabenie úmyslu umrieť. Zníženie beznádejnosti bolo prítomné len v dvoch prístupoch, a to v prístupe zameranom na riešenie problémov a nedirektívnom prístupe. Prístup na riešenie problémov poskytuje jedincom nástroj na vyrovnávanie sa s problémami v budúcnosti, a tým môže vyústiť do optimistickejšieho posudzovania budúcnosti. To, že prístup zameraný na kognitívnu reštrukturalizáciu nepreukázal zmeny v beznádejnosti môže byť dané malou vzorkou účastníkov. Prístup zameraný na riešenie problémov tiež efektívnejšie zosilnil interpersonálne riešenie problémov než kognitívna reštrukturalizácia a nedirektívny prístup. Na základe týchto výsledkov je podľa autorov možné predpokladať, že prístup orientovaný na riešenie problémov môže tým, že redukuje beznádejnosť a zlepšuje schopnosť riešiť interpersonálne problémy, ktoré sú jedným z rizikových faktorov samovražedného správania, redukovať frekvenciu suicidálnych pokusov. U liečby, ktorá zdokonaľuje schopnosti riešiť interpersonálne problémy autori predpokladajú zníženie beznádejnosti, ktoré má ďalej redukujúci vplyv na suicidálne správanie (Patsiokas, Clum, 1985).

Hawton et al. (1998) sa pokúsili identifikovať a syntetizovať zistenia zo všetkých výskumov tvorených na základe náhodných kontrolovaných výberov, ktoré skúmali efektívnosť liečby pacientov, ktorí si úmyselne ublížili. Na základe porovnaní

jednotlivých štúdií dospeli k nasledovným výsledkom: Signifikantne sa znížilo opakovanie sebaublíženia u pacientov, ktorí podstúpili dialekticko-behaviorálnu terapiu oproti kontrolnej skupine so štandardnou starostlivosťou. K zníženiu sebaublížujúceho správania došlo i u osôb, ktoré podstúpili terapiu zameranú na riešenie problémov, avšak toto zníženie nebolo signifikantné oproti kontrolnej skupine, ktorá podstúpila štandardnú starostlivosť. Na zníženie redukcie sebaublížujúceho správania poukazujú i štúdie skúmajúce efekt používania krízových kariet, opäť ale bez signifikantných rozdielov. Štúdie zamerané na intenzívnu intervenciu doplnenú o presahujúce intervencie nepodávajú konzistentné výsledky. Štúdie porovnávajúce dlhodobú a krátkodobú terapiu nepoukazujú na to, že by dlhodobá liečba bola v prevencii opakovania sebaublížujúceho správania efektívnejšia než liečba krátkodobá. Hawton et al. (1998) toto porovnanie uzatvárajú s tým, že v súčasnosti nie je možné jasné odporúčanie najefektívnejších metód a prístupov v liečbe pacientov, ktorí si dobrovoľne ublížili.

Dôvodmi k týmto nejasným záverom môže byť nekonzistentnosť výskumných vzoriek, malý počet participantov, ako aj celkovo nízky počet výskumov orientovaných na zistenie efektívnosti terapeutického prístupu a terapeutickú stratégiu. Posúdenie efektivity psychoterapeutickej liečby je náročné aj z toho dôvodu, že do hry tu môže vstupovať nielen použitý psychoterapeutický prístup alebo konkrétna technika, ale aj terapeutický vzťah, možnosť sa o svoje problémy s niekým podeliť a niekomu ich vyrozprávať. Nemôžeme zabúdať ani na možnosť spontánnej remisie a na zmeny v klientovom okolí, ktoré sa dejú mimo terapeutický setting a ktoré tak následne môžu klientovi poskytnúť riešenie v jeho nazeraní predtým neriešiteľnej situácie. Okrem toho, každý klient je individualitou, a to, čo pomôže jednému, nemusí byť nápomocné a liečebné pre druhého. Preto je ťažko predstaviteľné vytvoriť jeden konkrétny návod slúžiaci k redukcii suicidálneho správania.

Ako vhodné sa javí, aby sme sa v prvom rade mali snažiť predovšetkým o to, aby sme pochopili, prečo tá konkrétna osoba reagovala suicidálne. Diagnóza depresie, hraničnej poruchy osobnosti alebo inej osoby nám túto odpoveď neposkytne. Kľúčom, prečo osoba reaguje suicidálne, je jej príbeh, ktorý nám o sebe rozpráva, jej motívy a jej život. Mali by sme preto pátrať po takých charakteristikách, ktoré v konkrétnom prípade danej osoby môžu podporovať jej suicidálne správanie. Týmto charakteristikami môžu byť nedostatočné schopnosti riešiť problémy, nevyriešené traumatické zážitky, nedávne straty, odmietavé prostredie, impulzivita, pocity zahnaní do kúta, nízka frustračná

tolerancia, kognitívna rigidita, sebaobránné vzorce správania alebo fyzické ochorenie (Kienhorst, van Heeringen, 2002, s. 283).

Odporúčania pre terapiu suicidálnych jedincov

Shneidman (1996) odporúča ako najdôležitejšie kroky v terapii suicidálnych jedincov zníženie psychickej bolesti, rozšírenie zúženej percepcie, ktorá je pre suicidálny stav typická a zmenšenie tlaku. Domnieva sa, že ak oslovíme jedincove rozrušenie, tak sa zníži jeho letalita (tlak, že jedinec sa musí dostať zo situácie prostredníctvom suicidálneho aktu), ktorá potom zníži pociťované rozrušenie. To je základným cieľom terapie. Terapeut by mal použiť čokoľvek, u čoho si je vedomý, že zaberie, či už sa jedná o predpísanie medikácie alebo hospitalizáciu klienta na zabezpečenie jeho ochrany.

Odporúča hovoriť o alternatívach k samovražde, pretože tie vedú k rozšíreniu zúženej percepcie. K tomu môžu pomôcť otázky: Kde vás to bolí? Čo sa deje? Čo si myslíte, že musíte vyriešiť alebo z čoho sa potrebuje dostať? Čo by sa malo zmeniť, aby ste ostal na živé? Bol ste niekedy v podobnej situácii ako je táto? Čo vám pomohlo sa z nej dostať a vyriešiť ju? Terapeut by mal premýšľať nad tým, ako suicidálnej osobe pomôcť, vytvárať alternatívy k samovražde, najprv prehodnotením a preformulovaním problému a potom nahliadnutím na iné možné spôsoby jednania. Nové konceptualizácie nemusia úplne problém vyriešiť v spôsobe, akým bol formulovaný, ale môžu človeku ponúknuť iné, nesuicidálne možnosti ako problém vyriešiť a poskytnúť mu tak riešenie, s ktorým by mohol žiť. Potrebné je prispôsobenie alebo vedenie terapie tak, aby zodpovedala jedincovm osobným dispozíciám jeho psychologických potrieb a následne ohodnotiť a zmeniť život ohrozujúce potreby.

U chronicky suicidálnych jedincov je podľa Shneidmana (1996) okrem zníženia psychickej bolesti, dôležitá aj zmena jedincovh pohľadu na seba, jeho pocitu identity, predovšetkým ideálneho self a ideálnej identity, a to tak, aby sa naučil pripustiť, že jeho bolesť, síce pre neho jedinečná, nie je radikálne odlišná od bolesti, ktorú zažívajú aj iní a že jeho osobnosť je v základoch podobná osobnostiam iných. Je to dôležité z toho dôvodu, že suicidálni jedinci sa často domnievajú, že ich bolesť je nejakým spôsobom špeciálna a väčšia, než bolesť druhých. To môže byť zapríčinené tým, že suicidálne osoby majú tendenciu sa odstrihnúť od okolitého sveta a stiahnuť sa z medziľudských vzťahov.

Rudd (1998) vytvoril koncept rámca pre liečbu suicidálneho správania, ktorý je nezávislý na terapeutickom prístupe. Jeho cieľom bolo vytvoriť koncept, ktorý poskytne klinicky prístupný obsah liečebných úloh (obsahu liečby a vyšetrenia) a jednotnosť, zosumarizuje klinické dôsledky relevantných premenných terapeutického procesu, ako aj komplikovanú úlohu dĺžky a chronicity vo vyšetrení a liečbe a zdôrazní premenlivé role, úlohy, požiadavky a limitácie v psychoterapii suicidálnych osôb.

Rudd (1998) rozdelil liečebný proces do 3 fáz – kríza, vytváranie zručností a osobnostný rozvoj. Každá fáza má identifikovateľný, dominantný liečebný plán, špecifické liečebné ciele a úlohy a súvisiace ciele, špecifické terapeutické zameranie a príslušné terapeutické techniky. Osoby pravdepodobne do týchto fáz vstupujú opakovane, už aj z toho dôvodu, že u mnohých z nich sa dá očakávať opakovanie suicidálnych kríz počas liečby.

Krízová fáza – identifikovateľnými úrovňami tejto fázy sú stabilizácia krízy, krízový sebamanažment a zúžitkovanie krízy. Stabilizácia krízy je charakterizovaná potrebou vonkajšej stabilizácie, to znamená priamou intervenciou zo strany terapeuta. Môže sa jednať o intervencie po telefóne, krízové sedenia alebo hospitalizáciu. Krízový sebamanažment sa opiera o zlepšené zručnosti jedinca, takže priame intervencie už nie sú potrebné, jedinec je schopný krízy efektívne zvládnuť sám, okrem akútneho emočného rozrušenia a dysfórie. Poslednou úrovňou je zúžitkovanie krízy, ktoré sa týka nielen úspešného zvládnutia krízy, ale aj jej využitia pre osobnostný rast a zmenu. Jedinec je schopný poznatky zo zvládnutia krízovej situácie preniesť aj na iné stresory a okolnosti, čo poukazuje na zmenu v jeho zručnostiach a osobnostnú zmenu. V tejto fáze je väčšina času venovaná úlohám krízovej intervencie, v závislosti na jedincových každodenných stresoroch, závažnosti symptómov a úrovni jeho zručností. Tým ostáva menej priestoru pre vytváranie špecifických schopností a oslovenie sebaobrazu, interpersonálneho fungovania a vývojovú traumu. Cieľmi tejto fázy sú vyriešenie aktuálnej krízy (finančné ťažkosti, manželská disharmónia, partnerské rozchody,...), redukcia suicidalít (redukcia vo frekvencii, intenzite a trvaní suicidálnych ideácií, eliminácia zneužívania alkoholu a drog, odstránenie samovražedných prostriedkov alebo zamedzenie k ich prístupu), zníženie základnej symptomatiky (napr. nespavosti, úzkosti, depresie atď.) a vytvorenie pocitu nádeje. Väčšia časť terapie je zameraná na minulosť, pretože pozornosť je venovaná minulým alebo nedávnym emočne bolestivým oblastiam (napr. ukončenie vzťahu, strata práce).

Fáza vytvárania zručností – jedinec postupuje od získavania špecifických zručností cez ich naplňovanie až k ich zovšeobecňovaniu, to znamená, že je schopný ich používať v rôznych situáciách a podmienkach. Pozornosť je teda v tejto časti venovaná hlavne deficitom v špecifických schopnostiach. Jedná sa o zručnosti v oblasti riešenia problémov, regulácie emócií, sebakontroly, tolerancie stresu, interpersonálnych zručností a zvládania hnevu. Pozornosť je venovaná súčasnému fungovaniu a väčšina času je venovaná aktuálnemu vytváraniu zručností.

Fáza osobnostnej stabilizácie – je charakterizovaná získaním zručností a krízového manažmentu, ktoré prinesú jedincovi zlepšenú úroveň každodenného fungovania, s elimináciou samovražedného a deštruktívneho správania, spolu s rozpoznateľnou remisiou symptómov. V tejto fáze sa jedná o identifikáciu a špecifické zacielenie na maladaptívne vlastnosti (napr. pasívna agresia, vyhýbavosť), pričom jedinec sa pokúša zjemňovať zručnosti a zapojuje sa do sebamanažmentu kríz. Cieľom v tejto fáze terapie je predovšetkým zlepšenie sebaobrazu, vyriešenie vnútorných konfliktov a súvisiacej vývojovej traumy, zlepšenie v interpersonálnom, sociálnom a rodinnom fungovaní. Len málo času je tu venované krízovej intervencii. Pozornosť je obrátená na budúce ciele, integráciu vývojovej traumy a predchádzajúcich interpersonálnych konfliktov.

Celkovým výsledkom je zníženie frekvencie a závažnosti kríz a súvisiacej symptomatológie a zlepšené každodenné fungovanie. Každá fáza si vyžaduje zmenu terapeuta v jeho roli, v cieľoch a náplni sedení. Kým v krízovej fáze terapeut častejšie využíva direktívny prístup a intervencie, vo fáze vytvárania zručností je jeho prístup spolupracujúci a vo fáze osobnostnej stabilizácie je prevažne reflektujúci a podporujúci, hoci aktívna spolupráca pokračuje i naďalej. Terapeut by mal rozpoznať, v ktorom štádiu sa klient nachádza, a podľa toho zvoliť vhodné terapeutické intervencie a stratégie. V priebehu liečby by mal priebežne hodnotiť riziko suicidálneho jednania.

Rudd et al. (1999) ďalej vytvorili na základe súhrnu 20 kontrolovaných alebo náhodných štúdií zacielených na liečbu suicidalít (za použitia databáz MEDLINE a PsycINFO) odporúčania pre krízovú intervenciu suicidálnych osôb. Týkajú sa vyššej frekvencie kontaktov, ktorá môže znížiť neskoršie pokusy u osôb s prvým suicidálnym pokusom a intenzívnej terapie u osôb po suicidálnom pokuse. Domnievajú sa, že zníženie suicidalít si vyžaduje nielen krátkodobú terapiu zameranú na riešenie problémov, ale dlhodobjšiu liečbu a také postupy, ktoré sú cieleňé na deficity špecifických zručností (regulácia emócií, nízka tolerancia distresu, impulzivita, zvládanie hnevu, asertivita), ako aj na dlhodobjšie problémy (v oblasti

interpersonálnych vzťahov a narušenom sebaobraz). U akútnych suicidálnych kríz sú vhodné relatívne krátkodobá psychoterapia, ktorá je direktívna a zameraná na krízovú intervenciu, s dôrazom na intervencie riešenia problémov a rozvoja schopností a zručností, ale i zníženie súvisiacej symptomatológie (depresia, beznádejnosť, úzkosť, hnev, atď.). U chronickej suicidalita by mala po odznení krízy dominovať v centre liečby relatívne dlhodobá psychoterapia, so zameraním na vzťahovú oblasť, interpersonálnu komunikáciu a sebaobraz. Terapeutický vzťah by mal byť v čase krízy by mal byť zdrojom podpory a bezpečia, znižujúci klientov pocit osamotenía.

EMPIRICKÁ ČASŤ

9. Ciele výskumu

Predmetom výskumu sú psychologické aspekty suicidálneho správania v dospeljej populácii a charakteristiky suicidálneho procesu v tejto populácii.

Cieľom výskumu je popísať suicidálny proces, proces nasledujúci po suicidálnom jednaní a definovať javy, ktoré jedincovi bránia v tom, aby opätovne reagoval suicidálne. Prácou by som chcela prispieť k objasneniu suicidalít z krátkodobého i dlhodobého hľadiska a napomôcť návrhom psychologických intervencií, ktoré by mohli pomôcť v prevencii suicidálneho správania.

Na základe týchto cieľov som si stanovila nasledujúce výskumné otázky:

- Ako prebieha suicidálny proces?
- Čo priebeh suicidálneho procesu ovplyvňuje? Aké sú rizikové faktory suicidálneho jednania? Aké sú protektívne faktory brániace jedincovi v realizácii suicidálneho aktu?
- Ako prebieha obdobie nasledujúce po suicidálnom jednaní?
- Čo ovplyvňuje priebeh obdobia nasledujúceho po suicidálnom jednaní?
- Aké sú protektívne faktory brániace jedincovi v opakovaní suicidálneho jednania?
- Aké sú rizikové faktory opakovania suicidálneho jednania?

Základným metodologickým prístupom bol kvalitatívny prístup. Výskumná otázka je v kvalitatívnom výskume definovaná pomerne široko, aby poskytovala dostatok voľnosti k podrobnému preskúmaniu skúmaného javu a v priebehu výskumu sa zväčša zužuje a zaostruje tým, že postupne objavujeme a odmietame pojmy a vzťahy medzi nimi (Strauss, Corbinová, 1999).

10. Vymedzenie metodológie

Prístup k výskumnému cieľu

Vzhľadom k tomu, že cieľom výskumu bolo zachytiť a popísať suicidálny proces v čase, som ako hlavný prístup k jeho naplneniu zvolila kvalitatívne metódy, ktoré umožňujú zachytenie študovaného javu v jeho hĺbke a dynamike a sú tiež vhodnými prostriedkami k tvorbe teórie. „Výhodou kvalitatívneho prístupu je získanie hĺbkového popisu prípadov. Nezostávame na ich povrchu, prevádzame podrobnú komparáciu prípadov, sledujeme ich vývoj a skúmame príslušné procesy.“ (Hendl, 2005, s. 53).

Kvalitatívny prístup som doplnila o prístup kvantitatívny, pričom kvantitatívny prístup bol použitý už vo fáze zberu dát. Švaříček, Šeďová et al. (2007) uvádzajú, že pre doplnenie rôznych aspektov vzťahujúcich sa k skúmanej problematike je možné použiť kombináciu oboch prístupov. Kvantitatívny prístup nebol zaradený v snahe o potvrdenie výsledkov kvalitatívneho prístupu, ale jeho cieľom bola možnosť pozrieť sa na skúmané aspekty danej problematiky z iného uhlu pohľadu.

Metódy zberu dát

Na získanie dát som z kvalitatívnych prístupov zvolila pološtrukturovaný hĺbkový rozhovor. Hĺbkový rozhovor môžeme definovať ako: „nešandardizované dopytovanie účastníka výskumu spravidla jedným bádateľom pomocou niekoľkých otvorených otázok.“ (Švaříček, Šeďová et al., 2007, s. 159). To znamená, že pred vstupom do samotného rozhovoru som mala dopredu definovanú schému a okruhy rozhovoru a pripravených niekoľko otvorených otázok (základné otázky), ktoré sa k týmto okruhom viazali. Na spresnenie informácií, spresnenie a vysvetlenie odpovedí účastníka som používala doplňujúce otázky. Doplnujúce otázky slúžili k overeniu správnosti pochopenia a rozpracovaniu témy do hĺbky. Otázky neboli kladené v presnom poradí, väčšinou som postupovala v časovom slede študovaného fenoménu, avšak pri objavení sa doplňujúcich informácií som sa v časovom slede vrátila a skôr som sa držala nadväznosti rozprávania účastníkov bez ich prerušovania. Poradie okruhov som tak menila podľa potreby, aby som maximalizovala výťažnosť rozhovoru.

V rozhovore som vymedzila tri základné okruhy, ktorým som sa chcela venovať a v každom z týchto okruhov som mala stanovené témy a základné otázky.

Základné okruhy:

- Obdobie pred suicidálnym jednaním
- Suicidálne jednanie
- Obdobie nasledujúce po suicidálnom jednaní

Keďže výskum prebiehal v českom jazyku, uvediem i tieto otázky v češtine:

Základné otázky:

Popište mi, jak se to stalo, že jste se pokusil/a vzít si váš život? alebo: Popište mi, jak se to stalo, že jste začal/a uvažovat nad tím, že si ukončíte váš život?

Jak by jste charakterizoval/a váš život v této době?

Co vás jako první napadlo, když jste zjistil, že jste váš pokus o ukončení života přežil?

Jaký byl váš první pocit?

Přemýšlel jste pak ještě nad ukončením života?

V jakých situacích vás to napadlo?

Co způsobilo, že jste to neudělal?

Jak se cítíte nyní?

Ďalšou metódu bola mnou pripravená technika, ktorú som pracovne nazvala čiara suicidálneho vývinu. Účastníci mali na tejto čiare vyznačiť bod vzťahujúci sa k ich suicidálnemu jednaniu a zaznamenať všetky udalosti, ktoré vnímajú ako dôležité v priebehu tohto životného obdobia a následne zaznamenať všetky udalosti, ktoré vnímajú ako dôležité z hľadiska suicidality po súčasnosť. Cieľom tejto techniky bolo rozšíriť a spresniť informácie týkajúce sa suicidálneho procesu a doplniť údaje, ktoré mohli byť v priebehu rozhovoru prehliadnuté.

Túto techniku som zadávala s nasledujúcou inštrukciou:

Nakreslete čáru, která se týká té části vašeho života, kterou považujete za významnou pro to, že jste se pokusil/chtěl váš život ukončit. Zaznamenejte na ní vše, co se podle vás týká vztahovalo k tomu, že jste se pokusil/chtěl/a váš život ukočit. Zaznamenejte na ní vše, co považujete za významné od té doby, co jste se pokusil/chěl/a váš život ukončit až do nynější doby.

Posledným zdrojom dát boli tri škály: Beckova sebaopisujúca škála depresie (BDI – II), Halamova Škála zmyslupnosti života a RFL-48 (Reasons for Living Inventory). Škálu zmyslupnosti života a RFL-48 som pre potreby výskumu preložila do českého jazyka. Tieto metódy boli zadané účastníkom výskumu s inštrukciou, aby ich vyplnili za obdobie predchádzajúce poslednému suicidálnemu jednaniu a nasledovne za obdobie, v ktorom sa nachádzajú teraz. Uvedomujem si, že spätný zber dát môže vykazovať

nižšiu validitu, a to predovšetkým skreslením, ktoré je zapríčinené časovým odstupom. Výskumná osoba nemusí byť schopná si presne spomenúť, ako sa v tejto dobe cítila alebo ako premýšľala. K zaradeniu týchto metód ma napriek možnosti uvedeného skreslenia viedla snaha zistiť subjektívne hodnotenie stavu pred suicidálnym jednaním a subjektívneho posunu a zmien osôb po suicidálnom jednaní. Osoby hodnotili obdobie 1 týždňa pred suicidálnym jednaním a obdobie, v ktorom bol realizovaný rozhovor.

Beckova sebaopisová škála depresie (BDI-II)

Beckova sebaopisová škála depresie slúži k subjektívnemu posúdeniu depresívnych symptómov. Zisťuje mieru subjektívneho hodnotenia týchto symptómov. Obsahuje 21 položiek, ktoré proband hodnotí na škále 0-3. Je jednou z najčastejšie používaných sebaopisujúcich škál vo výskume subjektívneho hodnotenia miery depresívnych príznakov.

RFL-48 (Reasons for Living Inventory)

RFL-48 je sebaopisová škála, ktorá zisťuje presvedčenia a očakávania pre nespáchanie samovraždy. Jej autormi sú Linehan, Goodstein, Nielsen a Chiles. Vychádza z kognitívno-behaviorálneho pohľadu na suicidálne správanie, podľa ktorého je jedným z faktorov odlišujúcich suicidálne osoby od nesuicidálnych obsah ich systému presvedčení (Linehan et al., 1983). Obsahuje 48 položiek, každá položka je skórovaná na šesť bodovej Likertovej škále. RFL pozostáva zo šiestich subškál a jednej celkovej škály, počet položiek pre každú škálu nie je rovnaký.

- prežitie a coping – týka sa presvedčení o živote, pozitívnych očakávaní do budúcnosti, presvedčení, že jedinec je schopný zvládnuť a vyrovnať sa s čímkoľvek, čo ho v živote stretne a považovaním života za hodnotný, obsahuje 24 položiek
- zodpovednosť za rodinu – týka sa presvedčení vzťahujúcich sa k rodine a zodpovednosti k nej, táto škála obsahuje 7 položiek
- starosť o deti – sa vzťahuje k presvedčeniam pre nespáchanie samovraždy kvôli deťom a jej možného vplyvy na ne, tvoria ju 3 položky
- obava zo samovraždy – týka sa obáv zo samotného suicidálneho aktu, je tvorená 7 položkami
- obava zo sociálneho odmietnutia – vzťahuje sa k obavám zo sociálneho odmietnutia v prípade spáchania suicidálneho aktu, obsahuje 3 položky

- morálne prekážky – týka sa morálnych a náboženských presvedčení odporujúcich suicidálnemu jednaniu, je tvorená 4 položkami

Dotazník má vysokú internú reliabilitu a dobrú test-retestovú reliabilitu. Interná reliabilita pre jednotlivé škály sa pohybuje od 0.72 do 0.89 (Linehan et al., 1983). Zdá sa byť užitočným nástrojom pre meranie zmien v presvedčeniach týkajúcich sa nespáchania samovraždy.

Škála zmyslupnosti života

Jedná sa o sebaopisujúcu škálu zmyslupnosti života, ktorej autorom je P. Halama. Je založená na trojdimenzionálnom chápaní zmyslu života a popisuje jeho tri komponenty tak, ako ich definovali Reker a Wong (Halama, 2002). Obsahuje 18 položiek, ktoré sú rovnomerne rozdelené do 3 škál, merajúcich tri dimenzie zmyslu života:

- Kognitívna dimenzia – je tvorená položkami týkajúcimi sa celkovej životnej filozofie, životného nasmerovania, pochopenia života alebo životného poslania.
- Motivačná dimenzia – obsahuje položky týkajúce sa plánov, cieľov, sily a vytrvalosti angažovania sa v nich.
- Afektívna dimenzia – je tvorená položkami, ktoré sa týkajú životnej spokojnosti, naplnenosti, optimizmu alebo naopak znechutenia, pocitov jednotvárnosti a pod.

(Halama, 2002)

Halama (2002) uvádza vnútornú konzistenciu celej škály 0,87 a pre jednotlivé škály v rozmedzí od 0,76 do 0,78.

Výskumný súbor

Pri výbere osôb do výskumného súboru som použila teoreticky zameraný výber. Teoreticky zameraný výber je hlavným postupom pri zbere dát v kvalitatívnom výskume (Hendl, 2005). Jeho cieľom nie je, aby reprezentoval určitú populáciu, ale aby reprezentoval určitý problém (Švaříček, Šed'ová et al., 2007). Charakteristikami teoretického výberu je, že základný súbor nie je definovaný, rozsah výberu ani znaky základného súboru nie sú dopredu známe, výber sa prevádza niekoľkokrát a je dokončený po dosiahnutí teoretickej saturácie (Hendl, 2005). Použila som metódu zámerného výberu, kde som vzhľadom k cieľom práce ako hlavné kritérium zvolila suicidálne správanie.

Do výskumného súboru boli zahrnuté dospelé osoby, ktoré realizovali suicidálny pokus, ale tiež osoby, ktoré k jeho realizácii pristúpili, ale prerušili ho a osoby, ktoré o suicidálnom jednaní uvažovali, ale nerealizovali ho. Osoby, ktoré k realizácii pristúpili, ale suicidálny akt prerušili a osoby, ktoré suicidálne jednanie zvažovali, ale nerealizovali, boli zaradené v snahe nájsť a popísať rôzne typy suicidálneho jednania v ich čo najväčšej šírke a rozmanitosti.

Ďalšími kritériami pri zostavovaní vzorky boli vek a pohlavie. Keďže je naša práca venovaná suicidálnemu procesu v dospeljej populácii, pri tvorbe vzorky som sa snažila o to, aby v nej boli zastúpené osoby mladšieho, stredného i staršieho veku a z dôvodu vyhnutia sa skresleniam vychádzajúcich z genderových stereotypov som vytvárala výskumnú vzorku tak, aby v nej boli zastúpené obe pohlavia.

Celkovo som previedla 31 rozhovorov. Do výskumného súboru bolo zaradených 29 osôb, jedna osoba nebola zahrnutá z dôvodu nekvality nahrávky, s jedným mužom bol rozhovor prevedený dvakrát, z dôvodu opakovaného suicidálneho jednania v priebehu realizácie výskumu.

Výskumná vzorka nie je reprezentatívna vzhľadom k populácii, ale vzhľadom k výskumnému problému. Nižší počet osôb je daný kritériom kvalitatívneho výskumu o saturácii dát.

Základné charakteristiky výskumného súboru

Osoby, ktoré sa výskumu zúčastnili, boli hospitalizované v psychiatrickej liečebni alebo v krízovom centre následne po suicidálnom jednaní alebo dochádzali do ambulantnej starostlivosti (poradňa pre medziľudské vzťahy, ambulancia klinického psychológa, ambulantná skupinová terapia). Vo vzorke sú tiež minulí klienti týchto zariadení, ktorí v čase výskumu neboli v psychologickej starostlivosti a osoby, ktoré boli aktuálne v tejto starostlivosti z iných dôvodov než je suicidálne správanie. Pochádzali z troch miest ČR. Osoby tvoriace výskumný súbor boli kontaktované buď autorkou alebo kontaktnou osobou zariadenia, ktoré bolo oslovené. Osoby boli autorkou alebo kontaktnou osobou zariadenia vyberané podľa hlavného kritéria, ktorým bolo suicidálne správanie, v neskorších fázach boli vyberané osoby tak, aby bola dosiahnutá variabilita dát (pohlavie, vek, typ suicidálneho správania, časový odstup od suicidálneho správania a pod.).

Z hľadiska pohlavia tvorilo výskumný súbor 9 mužov a 20 žien. Najnižší vek bol 19 rokov, najvyšší vek bol 62 rokov. Rozdelenie osôb podľa vekových kategórií a pohlavia uvádzam v tabuľke 10.1.

Vek	Muži	Ženy
19 - 30	3	6
31 - 45	2	9
46 - 62	4	5
spolu	9	20

Tab. 10.1 – Rozdelenie osôb podľa veku a pohlavia v čase výskumu

Celkový počet suicidálnych pokusov, ktoré osoby uvádzali bol približne 49. Započítala som sem tie suicidálne akty, u ktorých osoba jasne do suicidálneho aktu vstúpila a podnikla kroky k jeho realizácii*. Počet pokusov je približný, pretože tieto informácie boli dostupné iba na základe zdelenia osôb výskumnej vzorky. Z ústneho zdelenia som vychádzala z dôvodu, že neexistuje evidencia suicidálnych pokusov. Jedna osoba si celkový počet suicidálnych pokusov nepamätala, uvádzala ich 5 – 6 (do celkového počtu som započítala 5 pokusov). Rozdelenie uvádzam v tabuľke 10.2.

Počet pokusov	0	1	2 a viac
Počet osôb	1	17	11

Tab. 10.2 – Rozdelenie osôb podľa počtu suicidálnych aktov

Vzhľadom k tomu, že práca sa venuje aj procesu nastávajúcemu po suicidálnom jednaní, zaradila som do výskumnej vzorky osoby s rôznym časovým odstupom od suicidálnej epizódy (tab. 10.3), aby som tak zaručila čo najväčšiu rozmanitosť dát. Najkratší odstup od suicidálnej epizódy* bol 4 dni, najdlhší odstup bol 20 rokov (tab.). Odstup bol počítaný od suicidálneho aktu, ktorý jedinec realizoval a neprerušil ho alebo

* nezapočítavam zvažovanie skoku z výšky, skok pod dopravný prostriedok započítavam iba v jednom prípade

* pod suicidálnou epizódou rozumiem suicidálne hrozby, suicidálne tendencie alebo suicidálny akt

ho realizoval a prerušil ho. V prípade, že suicidálny akt realizoval, ale vyhľadal pomoc, započítala som odstup odo dňa vyhľadania pomoci.

Odstup od poslednej suicidálnej epizódy	Počet osôb****
do 7 dní	5
8 dní – 31 dní	7
32 dní – 3 mesiace	10
3 mesiace – 1 rok	2
1 rok a viac	6

Tab. 10.3 – Rozdelenie osôb podľa odstupu od poslednej suicidálnej epizódy v čase realizácie výskumu

Vzhľadom k tomu, že vek osoby v dobe realizácie výskumu nezodpovedal v každom prípade dobe suicidálneho jednania a vzhľadom k tomu, že niektoré osoby suicidálne jednali opakovane, rozdelila som všetky osoby podľa vekových kategórií podľa toho, v akom veku sa nachádzali v dobe prvého suicidálneho jednania a v dobe poslednej suicidálnej epizódy (tab. 10.4).

	Prvé suicidálne jednanie	Posledná suicidálna epizóda
do 18 rokov	6	0
19 – 30 rokov	8	11
31 – 45 rokov	7	10
46 – 62 rokov	7	8
spolu	28	29

Tab. 10.4 – Rozdelenie osôb podľa veku v dobe prvého a posledného suicidálneho aktu

** vzhľadom k tomu, že s jedným mužom bol rozhovor prevedený 2 krát, je zaradený do 2 odlišných kategórií časového odstupu, a preto je výsledný počet osôb uvedených v tab. ul'ke 30

V dobe prvého suicidálneho jednanja bolo v psychiatickej liečbe 11 osôb z 29. V dobe pred posledným suicidálnym jednaním bolo v psychiatickej liečbe 20 osôb z 29.

Postup zberu dát

Zber dát prebiehal od jesene 2007 do februára 2009. Bol rozdelený do 3 fáz:

- Rozhovor
- Čiara suicidálneho vývinu
- Dotazníkové metódy

S každým účastníkom bol najprv prevedený pološtrukturovaný hĺbkový rozhovor. Rozhovor som rozdelila do troch častí: úvodná, hlavná a záverečná časť. V úvodnej časti som účastníkovi stručne predstavila výskum, informovala ho o jeho možnosti v prípade zmeny názoru z výskumu odstúpiť (ani jedna osoba túto možnosť nevyužila). Účastníci následne podpísali informovaný súhlas. Ďalej nasledovala hlavná časť rozhovoru, ktorá slúžila k získaniu dát. Po tejto časti nasledovala technika čiary suicidálneho vývinu. Záverečná časť slúžila k doplneniu informácií a k uzavretiu rozhovoru.

Dĺžka rozhovoru nebola u všetkých účastníkov rovnaká, pohybovala sa približne od jednej hodiny do jeden a pol hodiny (mimo techniku čiary života). Ukončenie rozhovoru bolo dané vyčerpaním témy a tiež časovým obmedzením, ktorým bola doba jeden a pol hodiny.

Všetky rozhovory boli prevedené autorkou a nahrávané na diktafón. Rozhovory boli realizované v priestoroch pracovísk, prostredníctvom ktorých boli účastníci oslovení.

Po ukončení rozhovoru účastníci vyplnili dotazníkové metódy. Administrácia dotazníkových metód prebiehala buď v deň rozhovoru alebo v nasledujúci deň, väčší rozstup som nepovažovala za vhodný vzhľadom k nožnej dynamike skúmaného javu.

Analýza dát

Základné východisko pre prácu s dátami predstavovali postupy zakotvenej teórie, ktorej autormi sú Strauss a Corbinová. „*Zakotvená teória je induktívne odvodená zo skúmania javu, ktorý reprezentuje ... je odhalená, vytvorená a overená systematickým zhromažďovaním údajov o skúmanom jave a analýzou týchto údajov.*“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 14). Zakotvená teória je výskumná metóda, ktorá používa systematický súbor postupov. Výsledkom výskumu je skôr teoretické vyjadrenie

skúmanej reality než kvantifikácia údajov (Strauss, Corbinová, 1999). Jej užitie je vhodné v tých prípadoch, ak sa snažíme o popisanie nejakého procesu v jeho dynamike (Švaříček, Šed'ová et al., 2007; Strauss, Corbinová, 1999).

Rozhovory boli prepísané v ich plnom znení. Takto prepísané rozhovory boli najprv zbavené identifikačných údajov (mená, miesta a pod.) a následne niekoľkokrát prečítané a kódované pomocou otvoreného kódovania. Dáta (texty) som rozdelila na jednotky a prostredníctvom kladenia otázok a porovnávaní som údaje konceptualizovala (pomenovanie jednotiek analýzy) a kategorizovala (zoskupovanie pojmov). Stanovené kategórie som upresňovala a rozvíjala na základe ich vlastností a umiestnení vlastností na dimenzionálnej škále .

Na základe otvoreného kódovania som vytvorila kategórie, ktoré som v ďalšej fáze dávala do vzájomnej súvislosti pomocou zachytávania vzťahov medzi jednotlivými kategóriami. Jedná sa o axiálne kódovanie. K tomu mi opäť slúžilo kladenie si otázok a porovnávanie. Hypotetické vzťahy medzi jednotlivými kategóriami som overovala podľa dát a pokračovala som v hľadaní vlastností kategórií a ich umiestnení na dimenzionálnych škálach a skúmala variabilitu javu hľadaním pravidielností.

Prostredníctvom selektívneho kódovania som následne vytvorila kostru príbehu. Jednotlivé kategórie som vzťahovala k centrálnej kategórii, ktorou bolo suicidálne správanie. Vzťahy medzi kategóriami som overovala podľa údajov a v prípade potreby som jednotlivé kategórie upresňovala, doplňovala a ďalej rozvíjala. Selektívne kódovanie je podobným procesom ako axiálne kódovanie, ale na vyššej, abstraktnejšej úrovni (Strauss, Corbinová, 1999). Cieľom bolo zachytiť a popísať dynamiku a proces skúmaného javu.

Keďže zakotvená teória je cyklickým postupom, tento proces alebo jeho časti som niekoľkokrát opakovala.

Obmedzenia výskumu a kontrola validity

Kvalitatívny výskum poskytuje veľké množstvo údajov o malom počte jedincov. Je preto problematické generalizovať výsledky na celú populáciu, avšak slúži k špecifikácii podmienok, za ktorých sa jav vyskytuje, jednania alebo interakcie, ktoré s ním súvisia a s nimi spojené výsledky alebo následky (Strauss, Corbinová, 1999).

Pri použití metódy pološtruktúrovaného rozhovoru môže dochádzať k skresleniu, ktoré vzniká tým, že si skúmané osoby uvedomujú, že sú skúmané, a preto sa štylizujú do určitej role.

Triangulácia je v kvalitatívnom prístupe základným postupom na zaistenie validity. Mala by pomôcť vysvetliť ľudské jednanie z viac než jednej perspektívy (Švaříček, Šed'ová et al., 2007).

Validita bola zaisťovaná nasledujúcimi metódami:

- triangulácia vzorkou (zdrojom dát) – na zaistenie reprezentatívnosti problému boli dáta zozbierané od odlišných ľudí v odlišnom čase od suicidálneho jednania, v odlišnom veku, zastúpené sú obe pohlavia
- triangulácia metód získavania dát – boli použité viaceré metódy na zozbieranie dát, a to rozhovor, pozorovanie, anamnestické údaje a dotazníkové metódy
- kombinácia prístupov – v snahe o zachytenie študovaného javu z rôznych aspektov som použila kvalitatívny i kvantitatívny prístup
- spätná väzba poskytnutá odborníkmi – počas celej práce s dátami boli prevádzané konzultácie s odborníkmi, ktoré sa týkali kódovania aj interpretácie dát na zaistenie väčšej objektivity a zníženie dopadu subjektívneho hodnotenia
- literatúra – použitá k dodatočnej validizácii

Štruktúra výsledkov empirickej časti

V prvej časti uvádzam popis výskumu, výskumnej vzorky, použitej metodológie a použitých metód. Zmienila som sa o validite a kontrole validity našich zistení. Keďže pre získanie dát som použila metódy kvalitatívne i kvantitatívne, následne popíšem výsledky oboch metód najprv zvlášť a potom sa pokúsím o ich integráciu. Základným prístupom tohto výskumu bola kvalitatívna metodológia a pre výber osôb bolo základným kritériom výberu tzv. teoretické vzorkovanie (patrí k najtypickejším spôsobom tvorby vzorky v kvalitatívnom prístupe), výsledky tak nezaručujú reprezentatívnosť pre celú populáciu. Mojim cieľom bolo, aby boli reprezentatívne pre skúmaný problém (suicidálny proces v dospeljej populácii).

V kvalitatívnej časti sa opieram o priame výpovede účastníkov výskumu, ktoré do textu zaradujem pre presnejšie dokreslenie danej kategórie. Na to, aby boli zreteľne oddeliteľné od popisu výsledkov a interpretačných záverov, ich budem odlišovať typom písma – kurzívou a vždy ich uvádzam v úvodzovkách.

Pri zoraďovaní kapitol som sa snažila o to, aby ich následnosť čo najviac zodpovedala postupu suicidálneho procesu. Toto kritérium ale nebolo možné vždy dodržať, vzhľadom k tomu, že skúmané kategórie sa v rámci procesu prekrývajú a vyskytujú sa v čase zároveň.

V prípade, že sa definovaná kategória alebo subkategória zhodovala s už existujúcimi teóriami, som sa pri ich pomenovaní nechala týmito teóriami inšpirovať. Viedlo ma k tomu to, že pojmy, ktoré výstižne pomenávajú daný jav, považujem za zbytočne mäťúce premenovávať. Príkladom je pojem zúženie, ktorý používa napr. E. Ringel alebo E. Shneidman.

Prehľad kategórií uvádzam v prílohe.

11. Definícia základných pojmov

Základnú definíciu pojmov sme už síce priniesli v teoretickej časti práce, na tomto mieste by sme sa však pri nej chceli ešte raz zastaviť a zdefinovať pojmy tak, ako ich budeme v empirickej časti pri popise výsledkov a ich následnej interpretácii používať. Všetky pojmy sme potom pri popise a interpretácii výsledkov používali v zmysle takej definície, akú uvádzame na tomto mieste.

Suicidalita

Pod pojmom suicidalita rozumieme prítomnosť suicidálnych myšlienok alebo suicidálneho rizika u daného jedinca. V literatúre býva tiež označovaný ako samovražednosť. Od suicidálneho správania sa odlišuje tým, že suicidálne správanie sa týka konkrétnych foriem správania, zatiaľ čo suicidalita je výrazom suicidálneho ohrozenia.

Suicidálne jednanie

Suicidálne jednanie definujeme ako správanie, ktoré je charakteristické konkrétnymi krokmi v realizácii suicidálneho aktu. Suicidálne jednanie nemusí prejsť až v priamu realizáciu samovražedného aktu. Ako suicidálne jednanie teda označujeme aj také správanie, kedy jedinec urobí priame kroky pre vykonanie suicidálneho aktu, ale ho nakoniec nerealizuje a preruší. Napríklad, ak jedinec sadne do auta s úmyslom realizácie suicidálneho aktu, hovoríme o suicidálnom jednaní alebo ak je zvolenou metódou skok pod dopravný prostriedok a jedinec sa na dané miesto dostaví.

Suicidálne správanie

Suicidálne správanie považujem za širší pojem než suicidálne jednanie. Pod suicidálnym správaním myslím suicidálne myšlienky, nápady, plánovanie suicidálneho aktu a tiež samotné suicidálne jednanie. Suicidálne správanie tak považujem za pojem nadradený suicidálnemu jednaniu. Suicidálne správanie sa spravidla vyskytuje v dlhšom časovom období než suicidálne jednanie.

Suicidálny akt

Akt, v ktorom jedinec jedná suicidálne, to znamená akt konkrétneho prevedenia suicidálneho pokusu.

Kvantifikácia

Hlavným cieľom môjho výskumu nie je poukázať na častotť určitého javu, ale na to, že tento jav sa v súvislosti so skúmaným problémom vyskytovať môže. Tomu zodpovedá použitie metódy zakotvanej teórie, ktorej cieľom nie je kvantifikácia výsledkov (Strauss, Corbinová, 1999). Presné kvantitatívne vyjadrenie (to znamená koľko osôb dané tvrdenie a z akého počtu uviedlo), uvádzame tam, kde považujeme kvantifikáciu za významnú pre popis výsledkov. Kvantitatívne údaje môžu napomôcť k zhodnoteniu rozsahu problému.

Za dôležité považujem ešte zmieniť, že keďže vo výskumnej vzorke boli nielen jedinci s jedným suicidálnym jednaním v priebehu svojho života, ale i osoby, ktoré suicidálne jednali v priebehu života opakovane, zhodnotili sme suicidálnych jednaní viac, než je počet výskumných osôb. V miestach, kde sme pri kvantifikácii výsledkov vychádzali z väčšieho počtu než je počet osôb výskumnej vzorky, tento počet vždy uvádzame buď priamo v texte, v tabuľkách alebo pod čiarou.

V práci budeme používať pojmy ako väčšina, často, polovica, menšina, a preto považujeme za dôležité upresniť ich význam. Používame ich v tomto význame:

- Väčšina – viac než 75%
- Často – 50 – 75%
- Polovica – 50%
- Menšina – 25 – 50%
- Zriedkavo – menej než 25%

12. Kvalitatívna analýza dát

K skúmanému javu som pristúpila z hľadiska časovej perspektívy. Na jej základe som analyzovala suicidalitu z dlhodobej časovej perspektívy a z krátkodobej časovej perspektívy. Dlhodobá časová perspektíva sa týka výskytu suicidality v priebehu života. Krátkodobá časová perspektíva sa týka procesu vedúceho k suicidálnemu jednaniu a k procesu, ktorý nastáva v období po suicidálnom jednaní. Výsledky analýzy tak budem prezentovať v kontexte týchto dvoch perspektív a v závere podám ich syntézu.

Dlhodobá časová perspektíva – suicidalita v priebehu života

Z dlhodobého hľadiska môžeme suicidalitu rozdeliť do dvoch typov:

- Dlhodobá suicidalita
- Časovo ohraničená suicidalita

Dlhodobá suicidalita

Dlhodobá suicidalita sa vyznačuje kontinuálnou prítomnosťou suicidálnych myšlienok v priebehu väčšej časti dospelého života. Suicidálne myšlienky a často aj suicidálne pokusy sa objavujú už v detstve, väčšinou v období puberty a následne pokračujú v ďalších životných obdobiach. Môžu sa síce vyskytnúť obdobia bez suicidálnych myšlienok, ale suicidálne ideácie sú takmer kontinuálne. Počet suicidálnych pokusov sa javí byť vyšší.

„Já si myslím, že myšlenky na sebevraždu mě provází celý život.“ (13)

„Jakoby sebevraždou se zabývám možná od svých deseti let, jako kdy mně poprvý tyhleto myšlenky napadaly ... Tak ty trvají skoro neustále. Ty myšlenky na sebevraždu jsou něco, co vlastně jakoby ovlivňuje každodenní moje bytí ...“ (27)

„... já mívám období, kdy přemýšlím o sebevraždě ... napadlo mě to už i když mi bylo docela dobře nebo hodně dobře, ale spíš tak jako nápad jenom s takovou myšlenkou.“ (25)

Napriek tomu, že suicidalita sa javí byť ako neustále prítomná, k suicidálnemu aktu dochádza väčšinou na základe nejakého spúšťacieho podnetu, suicidálne jednanie je často impulzívne, náhle, bez jeho predchádzajúceho dlhodobjšieho zvažovania.

„Že když opravdu mi není dobře, jsem v nějaký depresi, přemýšlím, že by to bylo řešení, tak mě to posune od té fáze, že by to bylo řešení k akci, opravdu něco takovýdleho jako ta hádka s tím manželem nebo něco takovýho, co mě rozhodí ještě víc, tak věřím tomu, že se to klidně může opakovat.“ (25)

„... já mám spíš ty sebevraždy takový zkratový. Já jsem si nikdy sebevraždu neplánovala.“ (13)

Na základe porovnania s anamnestickými dátami sa tento typ suicidality vyskytoval predovšetkým v spojitosti s dlhodobou prítomnou psychickou poruchou, ako je napríklad periodická depresívna porucha, bipolárna afektívna porucha alebo porucha osobnosti (predovšetkým emočne nestabilná porucha osobnosti).

Suicidálne akty u osôb s nestabilnou emotivitou sú často popisované ako „náhle výbuchy“ naakumulovaných negatívnych emócií. Suicidálne ideácie a jednanie sa môžu objaviť i pri menších spúšťacích podnetoch, akými môže byť napríklad reakcia, ktorú jedinec interpretuje ako prejav odmietnutia. Zdá sa, že suicidálne ideácie a jednanie predstavuje spôsob zvládania negatívnej emocionality a môže byť formou neadaptívnej copingovej stratégie. Suicidálne akty môžu byť rýchlou, prvou možnosťou voľby, ako vyriešiť problém alebo ako uniknúť prázdnote, úzkosti, nahromadeným negatívnym emóciám. Samovraždu je väčšinou ponímaná ako možnosť úniku a je prítomných menej negatívnych postojov k suicidálnemu jednaniu. Taktiež presvedčenia odporujúce suicidálnemu jednaniu sú menej časté a vnímanie dopadu suicidálneho jednania na okolie je spajované s málo konkrétnou predstavou. Vplyv suicidálneho jednania na okolie je vyjadrovaný na všeobecnejšej rovine a je menej často spojený s konkrétnou predstavou.

Častým sprievodným javom pri popisovaní suicidálneho jednania býva spomínanie na minulé negatívne prežívané udalosti z detstva.

U bipolárnej poruchy a periodickej depresívnej poruchy sa suicidálne myšlienky javia byť spojené s epizódami depresie, i keď aj tu tieto osoby uvádzajú, že v stave depresie zväčša jednali suicidálne až po určitom spúšťacom podnete (bližšie v kapitole o provokujúcich faktoroch suicidálneho jednania) (uviedli 2 osoby z 3, ktoré považovali depresívnu epizódu za spúšťáč suicidálnych myšlienok). Suicidálne správanie môže byť tiež výrazom hĺbky depresie a miery beznádeje, ktorú tento človek prežíva alebo jednaním nasledujúcim po spúšťacom podnete na už predtým vulnérabilnom teréne. Ťažký depresívny stav (charakterizovaný diagnostickými kritériami podľa MKN-10,

F32), označujú tieto osoby za protektívny voči suicidálnemu jednaniu, pričom protektívne tu pôsobí nedostatok energie k plánovaniu a vykonaniu suicidálneho aktu. Suicidálne myšlienky sa môžu vyskytovať nielen vo fáze depresie, ale tiež v manických fázach (uviedla jedna osoba).

Časovo ohraničená suicidalita

Časovo ohraničená suicidalita je charakteristická tým, že sa v priebehu života vyskytne v určitých ohraničených fázach, to znamená, že suicidálne myšlienky nie sú kontinuálne, ale prítomné iba v určitom období.

V tomto type suicidality rozlišujeme dva subtypy:

16. Samovražedný pokus ako jediný v živote, bez vážnejších predchádzajúcich suicidálnych myšlienok v priebehu života. Život do tejto doby môže byť hodnotený ako spokojný, bez vyskytnutia sa závažnejších ťažkostí, ale môžu byť prítomné i závažnejšie životné udalosti, ktoré ale jedinec prekonal bez zvažovania suicidálnych ideácií. Dôležitým kritériom nie je prítomnosť alebo neprítomnosť životných udalostí, ale to, že sa nevyskytovali suicidálne myšlienky, ani suicidálne akty. V takomto prípade je suicidálne jednanie jednorazovým správaním, ktoré sa vyskytne v kontexte životnej krízy, ktorá pre človeka predstavuje výrazný zásah do jeho života a, alebo do jeho sebapoňatia. Suicidálne správanie nie je v tomto type suicidality naučeným spôsobom riešenia problému, ale výrazom nemohúcnosti vyrovať sa s udalosťou, ktorú jedinec negatívne interpretuje a prežíva.

„Já jsem do té doby žil maximálně spokojený život ... Tam prostě najednou se to zdrchlo, že je nějaká zoufalá situace ...“ (3)

17. Samovražedné myšlienky alebo jednania (to znamená akákoľvek forma suicidálneho správania) sa v predchádzajúcom živote vyskytovali, ale vzťahovali sa iba k určitým životným obdobiam a medzi nimi boli obdobia bez ich prítomnosti (obdobia bez suicidálnych myšlienok a aktov).

„... to jsem se poprvé rozhodla, že to skončím ... jsem si uvědomila, že to nejde, že tady musím být do té doby, než ta (dcera) vyroste ... to bylo asi za 2 roky po tom ... to jsem si říkala, tohleto je konečná, tohleto já už prostě nemůžu vydržet ... od té doby jsem takovýdle špatný myšlenky neměla ...“ (12)

Časovo ohraničená suicidalita často súvisí so životnými krízami, býva spúšťaná stratami alebo ohrozením stratou. Významnú rolu tu teda zohrávajú závažné životné udalosti, u ktorých ale môže tiež dochádzať k rozvoju úzkostno-depresívnej symptomatiky .

„Já jsem byl spokojený, já jsem měl v podstatě všechno, já jsem byl šťastný... mně nechybělo nic ... oni se vybourali v autě a já jsem vlastně ve zlomku vteřiny neměl ani jedno z toho a vlastně ztratil jsem úplně všechno co jsem měl ...” (26)

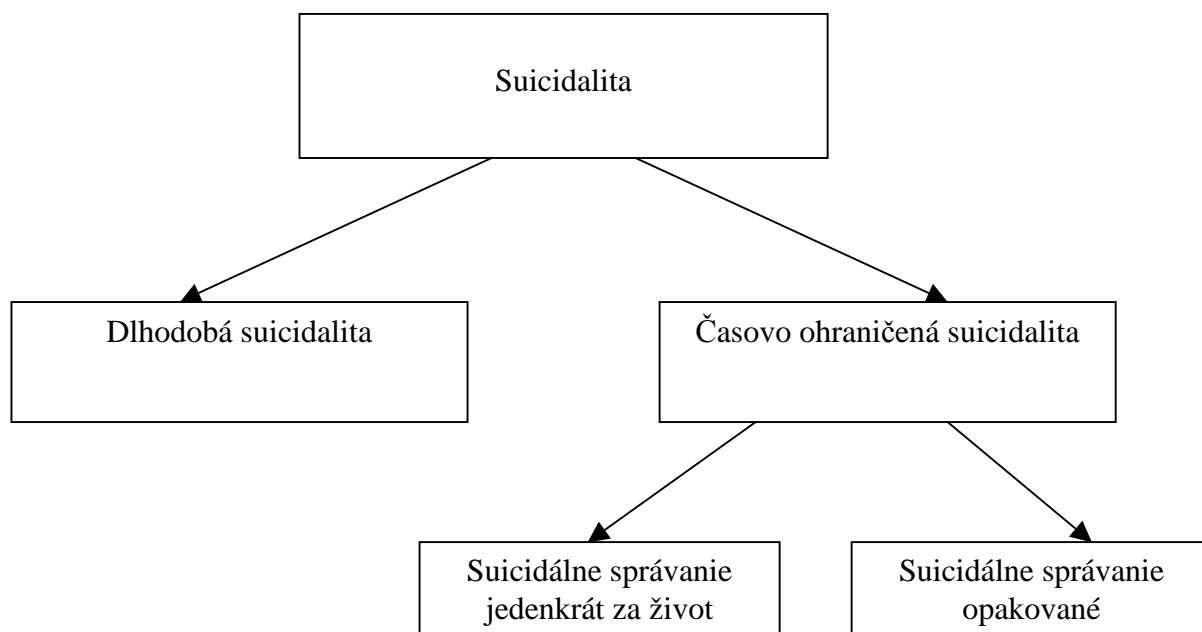
Jej koniec býva vo väčšinou daný nájdením východiska zo základného problému, ktorý predchádzal suicidálnemu správaniu alebo je spojený s odoznením alebo objektívnym či subjektívnym zmiernením životnej krízy.

To, či sa bude suicidálne jednanie v priebehu života opakovať, záleží od viacerých faktorov, ktorým sa budeme podrobnejšie venovať v nasledujúcich kapitolách.

Uvedené typy suicidality ilustruje obrázok 12.1.

Zvláštnym podtypom môže byť tzv. protrahované suicidálne obdobie, ktoré môžeme charakterizovať zhustením a dlhodobejším pretrvávaním suicidálneho jednania (či už vo forme myšlienok, ideácií alebo opakovaných pokusov) v rámci jedného životného obdobia. Kritériom vymedzujúcim tento typ suicidality a zároveň ho zaraďujúcim do tzv. časovo ohraničenej suicidality je neprítomnosť kontinuálnych suicidálnych myšlienok v priebehu života, ale iba v určitej životnej epizóde, pričom sa samozrejme môže v priebehu života opakovať.

„Řekla bych jsem, že tak 4 roky to jsou asi. To bylo určitý období, kdy to přetrvávalo nějak ... Takový ty nejintenzivnější asi ten rok. To bylo asi, to bylo takový, možná že ty dva roky, že bych k tomu, že možná ten rok další, že bych jsem k tomu asi neměla daleko jakoby znova to udělat.” (15)



Obr. 12.1 – Suicidalita z dlhodobej časovej perspektívy

Krátkodobá časová perspektíva

Provokujúci podnet vzniku suicidálnych myšlienok

K tomu, aby boli definované provokujúce podnety vzniku suicidálnych myšlienok, som analyzovala výpovede účastníkov, ktoré sa týkali popisu obdobia pred suicidálnym jednaním, príčiny, ktoré sami uvádzali ako spúšťacie pre vznik suicidálnych myšlienok a udalosti, ktoré zakreslili na čiaru vývinu suicidálneho procesu. Analýza dát ukazuje, že suicidálne myšlienky môžu vznikať ako reakcia na:

- psychickú poruchu
- záťažovú životnú udalosť

Psychická porucha

Tri osoby popísali ako provokujúci faktor vzniku suicidálnych myšlienok prítomnosť psychickej poruchy, dve z nich ale za neskorší spúšťáč suicidálneho jednania uviedli prítomnosť životných udalostí.

„... myslím si, že to byla taková, takovej blbej poslední impuls, že opravdu se mi to, tohle se mi ale klidně může stát znova, si myslím. Že když opravdu mi není dobře, jsem v nějaký depresi, přemýšlím, že by to bylo řešení, tak mě to posune od té fáze, že by to bylo řešení k akci, opravdu něco

takovýdleho jako ta hádka s tím manželem nebo něco takovýho, co mě rozhodí ještě víc, tak věřím tomu, že se to klidně může opakovat.“ (25)

Dve osoby uvádzali takmer kontinuálnu prítomnosť suicidálnych myšlienok v priebehu života, s krátkymi obdobiami ich neprítomnosti. K zvýšeniu intenzity suicidálnych myšlienok dochádzalo v období situácií, ktoré považovali za záťažové a ktoré súviseli s prítomnosťou životných stresorov.

Záťažová životná udalosť

Ostatné osoby výskumného súboru popisovali rozvoj suicidálnych myšlienok spoločne s výskytom životných udalostí, ktoré vnímali ako príčinu zvažovania suicidálneho jednania. Môžeme tak povedať, že suicidálne myšlienky vznikali väčšinou na pozadí životných udalostí. Nemusí to byť iba jedna udalosť, ktorá stojí na počiatku suicidálneho procesu, ale môže sa tiež jednať o súbeh viacerých životných udalostí.

„... prostě byly problémy. Osobní ... i v práci byl určitý naplnizmus ... A do toho ještě jsem řešila ještě osobnostní vztahy ...“ (18)

„Takže to bylo takové rozčarování nad tím, že se mi nepodařilo naplnit vlastně nějaký svůj cíl, taková frustrace ... do toho přišla autonehoda ... se přidali dluhy ... do toho přišel rozchod rodičů ... 2 školy, kde jsem zjistil, že jednu nestíhám ... a když se k tomu přidalo rozchod s přítelkyní ... tak to byla poslední ...“ (23)

Typy životných udalostí predchádzajúce vzniku suicidálnych myšlienok:

18. Životná udalosť, ktorá výrazne prevažovala a bola najviac zastúpená, sa týkala interpersonálnych udalostí. Keďže sa jednalo o interpersonálne udalosti rôzneho typu, rozdelili sme ich nasledovne:

- Dlhodobý nefunkčný vzťah, konflikty v manželskom alebo partnerskom vzťahu, nevera
- Obavy týkajúce sa anticipovaného rozchodu partnerov
- Straty partnerského vzťahu (rozchody, rozvody, smrť partnera)
- Konfliktné vzťahy v pôvodnej rodine (konflikty s rodičmi)
- Udalosti spojené s deťmi (konflikty, obavy o dieťa, výchovné problémy alebo odchod detí z domova (tzv. syndróm prázdneho hniezda)).

Výskyt udalostí interpersonálneho charakteru bol zastúpený v rovnakej miere u oboch pohlaví (ak zohľadníme počet mužov a žien vo výskumnom súbore).

Jediný rozdiel sme nachádzali u udalostí spojených s deťmi, ktoré boli uvádzané iba ženami (3 osoby). Problémy s deťmi popisoval i jeden muž, výchovné problémy ale uvádzal ako provokujúci podnet partnerskej krízy. Ženy, ktoré menovali tento typ životných udalostí ako príčiny rozvoja suicidálnych myšlienok, typicky percipovali seba ako „špatné matky“ a problémy svojich detí videli ako dôsledok ich výchovy.

19. Ďalším typom životných udalostí boli finančné ťažkosti. Finančné ťažkosti sa týkali dlhov, hrozby exekúcie a finančných strát. V tomto type životnej udalosti sme v našom súbore nenašli rozdiely medzi mužmi a ženami.
20. Pracovné ťažkosti uviedli ako stresujúcu udalosť iba muži. Tieto udalosti sa typicky spojovali s pocitmi zlyhania.
21. Obava zo somatického ochorenia bola ako príčina suicidálnych myšlienok uvádzaná jednou osobou. Tieto myšlienky súviseli s neistotou ohľadne ochorenia a nedostatkom informácií a naopak, to, čo pôsobilo protektívne, bolo získanie informácií o ochorení, ktoré viedlo k zníženiu neistoty.
22. Neprijatie psychického ochorenia bolo spojené s obmedzeniami, ktoré so sebou prinášalo (invalidný dôchodok, zníženie pracovného výkonu) a s jeho opakovanosťou.
23. V jednom prípade bolo ako provokujúci podnet uvádzané psychické týranie a dlhodobé ponižovanie v rámci sekty.

Súhrne môžeme povedať, že najčastejšie uvádzaným typom boli životné udalosti interpersonálneho charakteru. Boli najčastejším typom udalostí vo všetkých vekových kategóriách dospelosti a vyskytovali sa približne v rovnakej miere u mužov aj u žien. Životnými udalosťami, ktoré boli typickejšie pre mužské pohlavie, boli problémy v pracovnej oblasti, pre ženy boli zase typickejšie udalosti týkajúce sa detí.

Z hľadiska dĺžky trvania sa jednalo o udalosti krátkodobé (suicidálne myšlienky vznikali krátko po vzniku udalosti, jednalo sa o udalosti prebiehajúce nie viac než 1 mesiac) i dlhodobo prítomné v živote človeka (i niekoľko rokov).

Predchádzajúci život (do výskytu životnej udalosti, ktoré boli obe boli spojené s náhlou stratou) môže byť tiež popisovaný ako spokojný. (2 o.)

„... jako kdyby se nestali tyto věci, který se stali, tak jako z mého pohledu tam nebyl žádný důvod k sebevraždě, já jsem byl maximálně spokojený ...“ (3)

Rozvoj suicidálnych myšlienok sa spieval nielen s udalosťami už prítomnými, ale vyskytoval sa i udalostí anticipovaných, ktorých vzniku sa jedinec obával.

„... ja som si začala sama v sebe nahovárať presvedčovať sa, že to je problém, že to je ohrozenie, že to je dôvod, ktorý nás nakoniec rozdelí ...“

(17)

Typov životných udalostí, ktoré sa môžu pred rozvojom suicidálneho procesu objaviť, je určite viac, než tie, ktoré sme identifikovali v tomto výskumnom súbore. Avšak, to nebolo našim zámerom. Vzhľadom k priebehu suicidálneho procesu považujeme za významné, že životné udalosti suicidálnym myšlienkam veľmi často predchádzajú a že v rozvoji suicidálneho procesu zohrávajú dôležitú úlohu.

Interpretácia provokujúceho podnetu

Životné udalosti boli popisované ako závažné, bezvýhodné, neriešiteľné, ohrozujúce, nezvládnuteľné a netolerovateľné. Takáto interpretácia viedla k rozvoju beznádeje a negatívneho prežívania.

Životná udalosť sa stáva rizikovou pre rozvoj suicidálneho procesu v prípade, ak ju jedinec subjektívne hodnotí ako závažnú, neznesiteľnú, neovplyvniteľnú, nezlučujúcu sa s jeho predstavou o živote a predstavuje pre neho významnú stratu.

„... jestli spolu nebudeme, tak že přijdu o všechno a že teda prostě nebudu.“ (8)

„... tím, že jsem ho ztratila, ten můj životní cíl a jakoby tu chuť do toho života. Takže proto. A proto, že tentokrát to bylo vážný a nebyla to žádná malichernost ... tak jsem to vzala vážně.“ (19)

„... já jsem cítil jako tak velkou beznaděj, že prostě já jsem nevěděl co bude, že jo, já jsem prostě nevěděl, co mám dělat dál.“ (26)

Pod stratou môžeme rozumieť stratu vonkajšiu, ale i stratu vnútornú, ktorá sa týka straty predstavy, ktorú má človek sám o sebe a ktorá predstavuje negatívny zásah do jeho sebapoňatia (ak ju interpretuje ako dôsledok svojho zlyhania).

„Pocity selhání, viny, prostě jakoby se ten svět zhroutil ...“ (3),

„Říkal jsem si, že ani toto už neudělám. To byla ta poslední rána ... podceňování se, beznaděj, sebeúcta žádná ... Zklamal jsem.“ (7)

Výskyt životnej udalosti jedinec pripisoval buď sebe, svojmu okoliu alebo „nespravedlnosti“ života. Podľa toho, kde je videná príčina životnej situácie, v ktorej sa

nachádzali, bola smerovaná ich negatívna emocionalita a hnev. Ak za zdroj záťaže vnímali seba samého, obracali hnev proti sebe vo forme výčitiek, sebaobviňovania až sebaznehodnotenia. V prípade, že kládli zodpovednosť za vznik danej situácie na svoje okolie alebo život celkovo, boli prítomné pocity hnevu na okolie, zvýšená konfliktnosť, obviňovanie okolia, pocity ukrivdenia a sebaľútosti. Vo väčšine prípadov bola príčina vzniku záťažovej životnej situácie striedavo vnímaná v rámci všetkých troch oblastí (jedinec, životná udalosť, okolie).

Copingové stratégie

Väčšina osôb uvádzala, že v období predchádzajúcom suicidálnemu jednaniu podnikla určité kroky v snahe o zmenu životnej situácie (či už bola dôsledkom životnej udalosti alebo psychickej poruchy). Najčastejším krokom bolo kontaktovanie blízkych alebo kontaktovanie odbornej pomoci (psychológa, psychiatra, manželskej poradne).

Spôsoby riešenia sme rozdelili na tie, ktoré sa týkali aktívnej zmeny situácie a na tie, ktoré sa týkali pasívneho typu reakcie (očakávanie pomoci, poprenie problému a pod.). Aktívne prístupy prevažovali v prvých fázach u viacerých osôb než vo fázach ďalších, kde boli častejšie pasívne reakcie. Rozdiel medzi jednotlivými osobami bol predovšetkým v počte aktívnych krokov a v dĺžke snahy o zmenu situácie alebo o vyrovnanie sa s ňou. Kým niektoré osoby interpretovali situáciu ako neovplyvniteľnú a nezmeniteľnú po prvých pokusoch o zmenu, iní sa o zmenu situácie pokúšali dlhšiu dobu. Na porovnanie uvádzame tieto príklady:

„Já jsem si vlastně hned na začátku...si říkala, tak, teď vlastně jsem udělala chybu, protože jestli se to provalí, tak já nebudu mít jinou možnost ... Říkala jsem si, tak jestli se to provalí, tak to bude tak, jak to bude.” (19),

„Já jsem, já jsem se nesnažil dělat nic jinýho než najít nějaký body, o který se opřít. Hrozně moc jsem chtěl najít nějaký řešení.” (26)

„... to běželo spoustu let a sem tam jsem zašla nebo zkontaktovala toho svého terapeuta, řešili jsme i ty drogy ... jsem měla informace o všem, což bylo pro mě strašně důležitý, abych měla informace. A pak jsem se na všechno, ne, na všechno jsem se vykašlala, protože jsem ztratila důvěru, kohokoliv, včetně sebe a pak to už jelo všechno z kopce až byla ta sebevražda.” (2)

Ako sme už uviedli, najčastejším typom bolo vyhľadanie pomoci u blízkych alebo kontaktovanie odbornej pomoci. Tieto stratégie buď neboli úspešné, alebo boli nedostatočné alebo v prípade, že úspešné boli, dostavila sa úľava a nádejnejšia interpretácia životných okolností. Medikácia bola spojovaná s úľavou. Ak sa jednalo o provokujúci podnet z kategórie psychickej poruchy a nevyskytla sa ďalšia udalosť (ktorá by pôsobila ako provokujúci podnet), bola medikácia uvádzaná ako dostatočný prostriedok zmeny (uviedli 2 osoby u viacerých depresívnych epizód spojených so suicidálnymi myšlienkami) a suicidálne myšlienky potom nevedli k suicidálnemu jednaniu.

„... většinou jsem to řešila s doktorkou, jako prostě zhoršení stavu. Takže medikací ...“ (25)

Ak bola hlavným provokujúcim podnetom životná udalosť, medikácia bola prostriedkom slúžiacim k dočasnej úľave, ale nedostatočným prostriedkom k zmene suicidalinity.

Medzi ďalšie spôsoby zvládania situácie, ktoré môžeme označiť ako únikové spôsoby, patrili užívanie alkoholu, nadužívanie liekov alebo zaspanie problému.

„... a řešila jsem to někdy, tak jednou týdně sezením se svou kolegyní a s alkoholem.“ (2)

„... já se někdy totiž těma lékama předávkuju ... tak jako mně ty léky když jako, tak jako mi ty oči zatlačí prostě jo donutí mě to usnout. Je to lepší, než se snažit usnout.“ (14)

„... jsem začala ty prášky zneužívat ... ale věděla jsem, že když si toho ... vezmu víc, tak celý den prospím a že ty problémy nemusím řešit ...“ (15)

Ako únikové stratégie boli popísané aj suicidálne myšlienky a vytváranie suicidálneho plánu. V tejto súvislosti boli popisované ako nájdenie východiska, čo bolo často spojené s tým, že jedinec už nevykonával ďalšie kroky na vyrovnanie sa alebo zmenu situácie. Reagovanie suicidálnymi myšlienkami už v prvej fáze sa vyskytovalo hlavne u osôb, ktoré popisovali schéma úniku ako dlhodobou používanú stratégiu pri strete s problémovými situáciami.

„Já jakoby dost bojuju s tím, že většinou před problémama, což je vidět i na tomhle, co jsem udělala, že před těma problémama jako utíkám.“ (19)

„... vždycky jsem si jakoby říkal, když se tohle nepovede, tak se zabiju. Mně to vždycky nějak jako uklidnilo, ta myšlenka, že jakoby když se to náhodou nepovede, tak mám prostě tuhle možnost která bude rychlá, jednoduchá. Takže jsem se tím dost často utěšoval. A vlastně i tak přemítal celou dobu o těch způsobech jak bych to mohl udělat, aby to bylo co nejefektivnější ...“
(27)

Ďalšou užívanou stratégiou bolo neustále premýšľanie nad problémom, neschopnosť od neho odvrátiť pozornosť, ktoré mohlo mať až ruminačný charakter.

Vyskytovala sa tiež snaha problém potlačiť, nemyslieť na neho a bola popisovaná ako snaha „prekonať to“. Z aktívnych krokov boli uvádzané jednania priamo súvisiace s danou situáciou. Menované boli i stratégie vedúce k uvoľneniu, k odvedeniu pozornosti alebo k vybitiu.

Ak jedinec nenachádzal spôsoby, akými túto situáciu ovplyvniť alebo zmeniť a nenachádzal iné spôsoby jej zvládnutia alebo vyriešenia, než tie, ktoré už použil, dochádzalo k rozvoju beznádeje, bezradnosti a bezmoci. V dôsledku nezmenenia situácie bola situácia interpretovaná ako nemajúca riešenie a nie je z nej východisko. Ak došlo k rozvoju depresívnej symptomatiky, bol tento stav ešte silnejší a o to častejšie používané boli pasívne stratégie. Opakované neúspechy v aktívnom riešení problému viedli k zníženiu snahy o aktívny prístup.

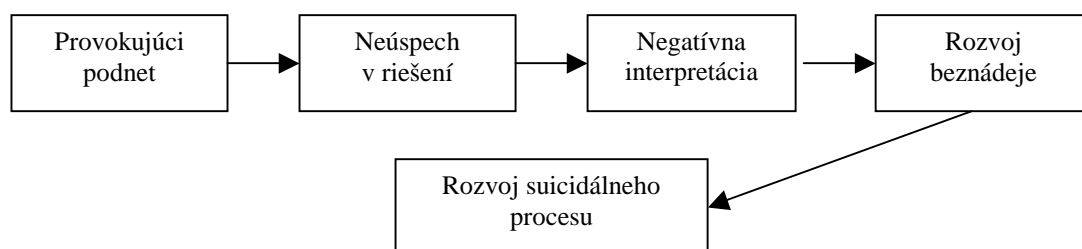
„Nedokázal jsem s tím pohnout. A nějak mě to tak šíleně rozladilo a rozhodilo, že ty 2 měsíce předtím.“ (7)

U ľudí, ktorí za osobu zodpovednú za riešenie ich životnej situácie považovali seba a v kroky jej zvládnutí alebo ovplyvnení situácie interpretovali ako neúspešné, sa častejšie dostavovali pocity zlyhania a neschopnosti. U osôb, ktoré sa orientovali predovšetkým na očakávanie pomoci od druhých, boli menej časté pocity vlastnej neschopnosti a zlyhania a prejavovali väčší hnev k svojmu okoliu alebo k životu celkovo (bližšie popíšeme v kapitole Štýl vysvetľovania suicidálneho jednania).

Súvislosť medzi životnou udalosťou a suicidálnym jednaním nie je priama. Ich spojitosť je ovplyvnená jedincovou interpretáciou udalosti, jeho reakciou na ňu a výsledkami, ku ktorým táto reakcia vedie (obr. 12.2). Analýza dát ukazuje, že rozvoj suicidálnych myšlienok je najčastejšie zasadený do kontextu životných udalostí, ktoré jedinec subjektívne hodnotí ako bezvýchodné, závažné, netolerovateľné, ohrozujúce a negatívneho prežívania, ktoré je dôsledkom takejto interpretácie životnej udalosti.

Dôležitá sa tak javí byť predovšetkým subjektívna interpretácia a význam týchto udalostí pre daného jedinca.

Ako sme ukázali na týchto príkladoch a ako popíšeme v ďalších kapitolách, i keď je provokujúcim faktorom životná udalosť, môže byť sprevádzaná rozvojom depresívnych symptómov. Ak sme teda na začiatku tejto kapitoly vymedzili, že najčastejším provokujúcim podnetom suicidálneho procesu sú psychická porucha a životná udalosť, na základe analýzy dát sa domnievame, že najčastejšie sa jedná o kombináciu oboch. K rozvoju depresívnej alebo úzkostnej symptomatiky môže dochádzať pred provokujúcim podnetom alebo až po ňom.



Obr. 12.2 – Provokujúci podnet vo vzťahu k rozvoju suicidálneho procesu

Suicidálne myšlienky

Suicidálnemu jednaniu môžu a nemusia predchádzať suicidálne myšlienky. Ak sú prítomné, líšia sa v intenzite, konkrétosti a dobe ich prítomnosti.

Môžu to byť ideácie bez konkrétneho suicidálneho plánu, vyskytujúce sa skôr vo forme občasných nápadov, s nízkou intenzitou, jedinec je schopný ich odkloniť a zastaviť. Jedinca teda v období pred suicidálnym jednaním suicidálne myšlienky napadajú, ale nevytvára si konkrétny suicidálny plán. Nad suicidálnym aktom síce premýšľa, ale tieto myšlienky sú skôr v rovine nápadov než konkrétneho plánovania. Suicidálne myšlienky môžu ostávať v nekonkrétnej rovine až do suicidálneho jednania, ktoré je v týchto prípadoch často náhle, bezprostredne nasledujúce rozhodnutie, avšak suicidálny proces je tu dlhší. Môžeme povedať, že jedinec sa k suicidálnemu jednaniu rozhodne v prípade, ak tzv. posledná kvapka dopadne na vulnerabilný terén.

„No, ten večer keď jsem tam jela, za tím přítelem, tak jsem neměla v úmyslu vůbec nic takového dělat, jela jsem tam jenom si vlastně vyřešit

svoje spory ... to byl blok, zkrat a zkratkovitý jednání. Ale ty myšlenky před tím byly.“ (28)

Suicidálne myšlienky charakteristické nízkou konkrétnosťou (to znamená, že jedinec neplánuje suicidálny akt) môžu tiež prechádzať do druhej formy, ktorá je charakteristická plánovaním suicidálneho aktu. Môžeme povedať, že sa zvyšuje ich konkrétnosť.

Konkrétne suicidálne myšlienky sú spojené s vytváraním suicidálneho plánu. Po vytvorení suicidálneho plánu je nasledujúce obdobie popisované ako „odhodlávacie sa“, „čakanie na príležitosť“ alebo na to, ako situácia, ktorú jedinec vníma ako ohrozujúcu, dopadne. Ak si jedinec vytvorí konkrétny suicidálny plán, môže tiež nastať obdobie prípravy na suicidálny akt v zmysle ukončovania záležitostí (uviedla jedna osoba). Okrem toho, u niektorých ľudí vedie vytvorenie suicidálneho plánu k tomu, že nehľadajú konkrétne spôsoby vyrovnania sa so životnou situáciou alebo prestanú hľadať pomoc a ukludňujú sa myšlienkou na to, že v prípade zhoršenia situácie majú vytvorený suicidálny plán. Doba ich prítomnosti je variabilná (od pár dní po niekoľko mesiacov).

„V průběhu napadalo mně to právě čím dál častěji, takže, a pak defakto už to bylo hodně intenzivní, že jsem víceméně jakoby na to myslela a už jsem spíš konstruovala jak to udělat než, než že by to bylo lepší, ale už jsem opravdu ten jakoby si řekla, jo to bude nejlepší. To je ta cesta jakoJakoby těch půl roku bylo, že jsem na to prostě myslela, jako opravdu že to, pak už jsem věděla, že to udělám právě asi ty, v době dva měsíce před tím už jsem to jakoby už i nějak plánovala nebo se chystala ve smyslu toho, že jsem věděla, že v práci to musím uzavřít, aby prostě když po mně někdo přijde, aby to jako všechno bylo tak jako uzavřený ... takže o všechno aby jako, abych opravdu tady jako, abych nikomu tady nechyběla nebo já nevím jak bych to řekla ...“ (30)

Suicidálne myšlienky nie sú prítomné, avšak jedinec má časté predstavy spojené s prianím klľudu, odpočinku a úniku zo situácie, v ktorej sa nachádza a ktorú vníma ako záťažovú a neznesiteľnú. Suicidálne jednanie potom môže byť prekvapivou reakciou, ako pre okolie, tak aj pre osobu samotnú. Vyskytujú sa v spojitosti so stavom zúženia, o ktorom budeme písať neskôr.

„Že jsem strašně unavená, že už nechci nic řešit, že už nechci na nic odpovídat, že už prostě chci mít od všeho pokoj ... Klid.“ (12)

Suicidálnemu jednaniu nemusia suicidálne ideácie vždy predchádzať. Jedinec nad suicidálnym aktom nepremýšľa a nemá ani fantázie týkajúce sa úniku z danej situácie. Obdobie predchádzajúce suicidálnemu jednaniu tak môže byť charakteristické:

- priamo vyjadrenými suicidálnymi myšlienkami
 - spojené so suicidálnym plánovaním
 - bez suicidálneho plánovania
- myšlienkami týkajúcimi sa kl'udu, úniku
- neprítomnosťou suicidálnych myšlienok

Ďalším typom myšlienok boli suicidálne ideácie spojené s predstavou, čo by sa stalo, keby jedinec zomrel, ako by na jeho smrť reagovalo jeho okolie, kto by mu prišiel na pohreb a podobne. V tomto súbore hovorili o takýchto fantáziách buď v priebehu suicidálneho aktu alebo v období pred ním štyri osoby. Tri z nich patrili do najmladšej vekovej kategórie výskumného súboru (20 – 25 rokov).

Na základe analýzy všetkých suicidálnych jednaní, o ktorých sme mali dostatočné informácie (42 suicidálnych jednaní), prítomnosť suicidálnych myšlienok suicidálnemu jednaniu v 2/3 predchádzala. Môžeme tak predpokladať, že z hľadiska suicidálneho procesu je typickejšie, že človeka pred samotným suicidálnym jednaním suicidálne myšlienky určitú dobu napadajú.

Suicidálne myšlienky sa nespojujú len s konkrétnym suicidálnym jednaním, ale môžu byť i dlhodobo prítomné v živote jedinca.

„Vždycky když přijde nějaká těžká situace, tak si říkám „kdybys to tenkrát udělal, tak už máš klid“, to je první myšlenka která mi přijde na mysl. Né prostě jak to vyřešit, ale jak z toho uniknout.“ (27)

V takomto prípade sa zväčša jedná o dlhodobú stratégiu, ku ktorej sa jedinec obracia v čase problematických situácií a sú spôsobom reagovania alebo riešenia pre neho záťažových situácií.

Suicidálne myšlienky sa môžu vzťahovať tiež k tomu, že jedinec volí samovraždu ako spôsob ochrany niekoho iného.

„... v t'ý době jsem si říkala, jako když už jsme měla takový ty stavy, že mu něco udělám, tak jsem si říkala, ale jako radši já než on. Jsem se tím jakoby jistila t'ěma myšlenkama.“ (25)

Zúženie v období pred suicidálnym jednaním

Zúženie sme určili ako charakteristický stav prechádzajúci suicidálnemu aktu a prítomný v jeho priebehu. Zúženie sa týka oblasti afektivity, percepcie, kognitívnych procesov, hodnotového systému, správania. Na základe prevedenej analýzy dát sa domnievame, že je prítomný u suicidálnych aktov, ktoré sú plánované, i u suicidálnych aktov neplánovaných, ktoré jedinec vykoná na základe momentálneho rozhodnutia. Zúženie tak môže byť postupne prebiehajúcim procesom alebo môže byť náhle vznikajúce.

Suicidálny proces v kontexte postupného zúženia

Jedná sa o postupujúci proces afektívneho, percepčného, kognitívneho a hodnotového zúženia. V rámci tohto procesu sa môžu suicidálne myšlienky vyskytovať, ale i nemusia. Jedinec tak týmto procesom môže prechádzať i bez toho, že by priamo suicidálne jednanie zvažoval. Často sú ale prítomné fantázie o úniku a túžba po kľude a úľave.

Afektívne zúženie znamená postupné zúženie afektivity na oblasť negatívnych emócií. Negatívne emócie sú charakteristické postupne sa zvyšujúcou intenzitou. Sú prežívané pocity beznádeje, bezradnosti, zúfalstva. Jedinec je v stave zvýšeného napätia, môže pociťovať nedostatok síl na zvládnutie aktuálnej situácie. Prítomná býva emočná labilita, prežívané sú tiež pocity ľútosť, krivdy, zmaru, hnevu, prázdnoty, úzkosť. Niektoré osoby nazývajú tento stav priamo ako bolestivý.

„Nějaká beznaděj naprostá. Iracionalita naprostá. Nevnímal jsem nic. Nevnímal jsem lidi kolem sebe a když mi někdo něco řekl, tak jsem nereagoval.“ (7)

„Asi jenom, jenom ta beznaděj. Nic jinýho.“ (15)

Percepčné a kognitívne zúženie sa týka zúženia pozornosti na problém a kognitívnych distorzií. Typická je zameranosť na problém, schopnosť od neho odkloniť pozornosť je znížená, životná situácia je centrálnym obsahom myslenia. Zaoberanie sa riešením problému môže mať až ruminačný charakter.

„Protože okamžitě, jak jsem tu pozornost odvedla jinam, tak mi tam naskočil ten problém s klukem. Já jsem přerušila práci, šla jsem si zapálit a už jsem přemýšlela. Tisíckrát za den. Jela jsem metrem, pořád jsem brečela,

protože pohledem jsem hledala známou postavu ... a prostě bylo to nekontrolovatelný.“ (2)

„... takový to cédéčko se točilo v hlavě, co jsem neudělal, co jsem měl udělat ...” (7)

Kognitivne distorzie sa týkajú prítomnosti nadmerného zovšeobecňovania a dichotomického myslenia. Jediniec postupne premýšľa v kategóriách áno – nie, stane sa – nestane sa, nenachádza alternatívy, možné riešenia vidí čoraz viac a viac ako neuskutočiteľné, až za jediné východisko alebo riešenie z danej situácie považuje suicidálny akt. Každodenné stresy si preformulováva ako svoje zlyhania a prisudzuje im negatívny význam alebo ich vníma ako dôsledok nepriazne osudu.

„Sebedestruktivní pocity. Bez nějakých nadějí do budoucna, nic nemá smysl. Zklamal jsem.“ (7)

Hodnotové zúženie sa týka toho, že jediniec postupne dochádza k záverom, že jeho život je nehodnotný, že on ako osoba nemá žiadnu hodnotu, nemá čo okoliu ponúknuť. To, čo bolo pôvodne hodnotné a významné v jeho živote, postupne svoju hodnotu stráca, jediniec sám seba presvedčuje, že nie je nič, kvôli čomu by bolo možné ďalej žiť a nič, čo je v živote hodnotné. Samovražedný akt sa tak pre neho stáva zrozumiteľným spôsobom jednania.

„Protože jsem neviděl hodnotu žádnou nikde. Života. Pak jsem si probíral známí a říkal jsem si sakra, vždyť možná jim ublížíš. Pak jsem si probíral rodinu a přátelé a říkal jsem si, vždyť jim to bude stejně jedno. Ono to bude lepší.“ (7)

„Prožívala jsem beznadějí. Prožívala jsem takovou, prostě nechut' k životu. Já nevím, jak bych vám to popsala. Všechno mě rozčilovalo, říkala jsem si, jaká je to nespravedlnost, když prostě dřete a nikde nic není, všechno je pryč, k čemu to všechno je. K čemu se dřít, k čemu žít. Proč?“ (11)

„Věděla jsem že přidělám starosti určitě, věděla jsem že to rodičům ublíží, víc jsem teda myslela na tátu, ale říkala jsem si že jako to pochopí ...“ (30)

„Tam nebylo absolutně nic. Všude nula. To bylo úplně prázdný, bez ničeho. To je opravdu takový prázdný.“ (15)

U tohto typu suicidálneho procesu je charakteristickou ambivalencia. Ambivalencia sa prejavuje tým, že kým nedôjde k úplnému zúženiu, jediniec porovnávajú svoju hodnotu,

zvažujú svoje vnútorné presvedčenia, avšak postupne prechádzajú k negatívnejším a negatívnejším záverom. Ambivalencia je potom vnútornou rečou osoby zvažujúcej suicidálne jednanie, jeho vnútorným dialógom týkajúcim sa hodnoty jeho života, hodnôt, ktoré v priebehu svojho života vnímal ako významné a hodnoty, ktorú prisudzoval sebe samému. Jedinec si sprvu kladie otázky, na ktoré sa snaží nájsť kladnú odpoveď v jeho každodennom živote. Ak ju nenachádza, zúženie sa zväčšuje. Zúženie sa netýka len prítomnosti. Pri pohľade do minulosti je jedinec zameraný na minulé zlyhania a s postupujúcim procesom zúženia nachádza menej udalostí, ktorým prisudzuje kladný význam, na základe čoho ešte viac klesá jeho sebahodnota a zvyšuje sa pocit nekompetentnosti a nepotrebnosti. Tento proces môžeme tiež nazvať bilancovaním.

„A tak, jak jsem začal sčítat ... co vlastně, kde žiju a jak žiju a co mě baví a co mě nebaví, tak jsem začal docházet, byť jsem se tomu bránil, že mě vlastně vůbec nic z toho nebaví nejdřív, pak spíš, že mě to vadí, pak že mě to hrozně vadí a že už se netěším ani na to, na co jsem se dřív těšil ... No a pak se to ještě nějak prohlubovalo ... že jsem došel k tomu, že opravdu tohleto nechci ... No, tak jsem si říkal, jsou 2 možnosti, možná 3. Léčit se, tak jsem tam volal, oni říkali, přijďte za měsíc, za dva ... Pak druhá možnost, že bych se dal na pití ... Třetí možnost je teda, jako že bych to nějak tak jakoby třeba ukončil ...“ (22)

V priebehu tohto procesu môže dochádzať k chvíľkovému rozšíreniu, obdobie silne negatívnych emócií je vystriedané s obdobiami ich ústupu. V prípade, že došlo k zlepšeniu situácie, v ktorej sa jedinec nachádzal, či už v dôsledku zmiernenia problému, ktorý stál na počiatku alebo zníženiu intenzity negatívnych emócií a s nimi pridružených symptómov pomocou medicíny, jedinec pocítil úľavu. Úľava je spojovaná s nádejou, že sa životná situácia zlepší. Ak mal jedinec suicidálne myšlienky v období predchádzajúcom zlepšeniu, tieto spoločne s pocitovanou úľavou ustúpili tiež. Po znovuobjavení sa symptómov alebo zhoršení životnej situácie opätovne prežíval beznádej a premýšľal nad suicidálnym jednaním.

„... jsem šel k paní doktorce, která mi předepsala prášky ... a to jsem se poprvé vyspal. A padla na mě taková úleva. A když jsem tam šel, tak se mě paní doktorka ptala a nechcete si ublížit náhodou a já jsem jí říkal, no tak chvíli jsem na to myslel ... a pak jsem se chvíli uklidnil a pak jsme měli

nějaké rozhovory zase další a už mě to tak strašně štvalo, že jsem na to začal myslet ...” (7)

Ak osoby nad suicidálnym jednaním premýšľali, bolo prítomné zvažovanie metódy suicidálneho aktu. V prípade, že túto metódu nájde, je jeho presvedčenie o suicidálnom jednaní silnejšie, odpadne ďalšia brzda, ktorá by mu v ňom mohla brániť. Ak pre konkrétnu metódu nie je rozhodnutý, nastáva obdobie jej intenzívneho hľadania.

„V průběhu napadalo mně to právě čím dál častěji, takže, a pak defakto už to bylo hodně intenzivní, že jsem víceméně jakoby na to myslela a už jsem spíš konstruovala jak to udělat než, než že by to bylo lepší, ale už jsem opravdu ten jakoby si řekla, jo to bude nejlepší.“ (30)

„... už jsem nemyslel na nic jiného než, že se to musí nějak provést ...“ (7)

Je charakteristickejšie, že ak zvažuje dopad svojho suicidálneho jednania na okolie, tak je to skôr v rámci toho, aby ho týmto aktom nepoškodil, to znamená neprivodil ľuďom z okolia nejake negatívne dôsledky (napr. sociálne stigma, šok z jeho nájdenia po samovražde). Avšak neuvažuje nad tým, že by on sám mohol byť pre svoje okolie stratou. Predpokladáme, že je to dôsledkom sebaznehodnotenia, teda prežívania seba ako bezvýznamného, nehodnotného, zbytočného.

U tohto typu suicidálneho procesu sú v správaní typické sťahovanie sa z medziľudských kontaktov, obmedzenie fungovania na základné aktivity (často je posledným miestom fungovania zamestnanie), zanedbávanie koníčkov a záľub, môže byť prítomná zvýšená konfliktnosť.

„Jednak jsem se snažil to, o to bylo to horší nedát na sobě znát, aby to nikdo nepoznal, z těch, co mě mají rádi nebo aspoň já mám rád je, aby to nepoznali. Což je dost vysilující.“ (22)

„... těch posledních 14 dní jsem byla sama, vyhledávala jsem vysloveně samotu. Že se mi ani nechtělo komunikovat s nikým, ani vlastně nic řešit, to bylo tak těch posledních 14 dní předtím.“ (16)

Analýza dát ukazuje na postupné zužovanie v oblasti emócií, kognície, percepcie a hodnôt u väčšej časti osôb výskumného súboru. Prítomnosť priamo vyjadrených suicidálnych myšlienok nie je jeho nutným predpokladom. Môže k nemu dochádzať, i keď človek nad samovražedným jednaním nepremýšľa, v tomto prípade ale bývajú časté predstavy o úniku alebo úteku zo situácie, ktorú subjektívne hodnotí ako neznesiteľnú a nenachádza z nej riešenie.

Proces postupného zúženia je v mnohých prípadoch identický s depresívnymi príznakmi. V takomto prípade bývajú prítomné poruchy spánku (nespavosť alebo naopak nadmerná spavosť, znížený výkon, už uvedené sťahovanie sa zo sociálnych kontaktov, môže sa vyskytovať zvýšená plačivosť, nechutenstvo).

Suicidálny proces v kontexte labilnej emotivity

Jedna z variant sa týka zúženia ako výrazu bezradnosti a nemohúcnosti situáciu zmeniť prezentovaného v obraze vysokej afektivity, emočnej lability, impulzivity a striedania nálad.

„To bylo takový jako prostě dolů nahoru, dolů nahoru, prostě nebylo to tak jistý, já říkám, jako třeba myšlenky byli večer a pak ráno se probudila a byla jsem v pohodě a pak zase. Takový byli prostě střídavý nálady a jako prostě jsem už byla opravdu v těch depresích ...“ (6)

„to byli fakt takový výkyvy, že opravdu jsem se jeden den držela, že byl v pohodě a další den byl jenom díky tomu, že jsem si musela vzít Neurol. Abych jsem si trošku sklidnila pocuchaný nervy.“ (8)

Suicidálne myšlienky sa tu väčšinou objavujú pri reakciách okolia interpretovaných ako odmietnutie a neprijatie alebo situáciách nezdaru alebo frustrácie potrieb. Pri takomto suicidálnom procese sa obdobia prítomnosti a neprítomnosti suicidálnych myšlienok pomerne rýchlo striedajú. Prítomnosť suicidálnych myšlienok je často rýchlou reakciou na podnet a tiež pomerne rýchlo odoznievajú spolu s odoznením podnetu. U tohto typu procesu býva prítomné dlhšie obdobie charakterizované emočným vypätím, nervozitou, negatívnymi emóciami, môžu sa vyskytovať stavy úzkosti, smútku, hnevu, beznádeje, vyčerpanosti. Jedinec sa môže sťahovať zo sociálnych kontaktov, sociálne okolie je popisované ako záťažové, častejšie vstupovať do konfliktov. Svoje emócie a správanie môže považovať za nezvládateľné s neschopnosťou ich kontroly.

„Všechno to dusím v sobě a pak najednou to bouchne. Všechno to bouchne, já se rozbrečím, a to je známka toho, že už je hodně zle a v podstatě se úplně sesypu a je konec.“ (24)

Oproti predchádzajúcemu typu je ale zvažovanie dopadu suicidálneho jednania na okolie menšie, hodnota života je zvažovaná kratšie a s menšou intenzitou, jedinec tiež pomerne rýchlo vyhodnotí, že je nepotrebný, zlyhávajúci, neschopný.

Suicidálny proces v kontexte náhleho zúženía

Proces postupného zužovania nie je u všetkých ľudí prítomný. U náhlych, impulzívnych suicidálnych aktov, dochádza k momentálnemu zúženiu, ktorého intenzita môže byť úplne rovnaká ako u ľudí, u ktorých zužovanie predstavuje postupný proces. Rozdiel teda nie je ani tak v intenzite, ako skôr v rýchlosti, akou k tomuto stavu dochádza. Zúženie je tu spôsobené silnou afektívnou reakciou na spúšťací podnet, ktorá vedie k tomu, že človek nepremýšľa a nezvažuje možné alternatívy.

„... v tú chvíľu som nebola schopná racionálne uvažovať a iba som mala, akýmkoľvek spôsobom ho donútiť k tomu, aby urobil to, čo chcem.“ (17)

Ďalším rozdielom je tiež to, že tým, že k tomuto zúženiu dôjde rýchlo, jedinec nezvažuje možné dôsledky svojho jednania, ani pre seba, ani pre svoje okolie, nepremýšľa nad hodnotou života a ak áno, tak skôr v zmysle rýchlej odpovede – ak toto nie je, tak to nemá význam. To znamená, že zúženie je prítomné, ale skôr v zmysle jednosmernej afektivity, nízkej hodnoty života, ktorá často nie je ani zvažovaná. Percepčno-kognitívne zúženie je charakteristické zameraním na cieľ (ktorým môže byť úľava, únik, riešenie, dosiahnutie niečoho a pod.) a nevidením inej alternatívy.

„Nebyl tam nějaká myšlenka tak já něco udělám, prostě úplně bezmyšlenkovitě to bylo jako když se otočí vypínačem.“ (4)

Suicidálne akty realizované bez predchádzajúceho postupného zúženía sú často skratkovitými jednaniami, pri ktorých jedinec jedná suicidálne následne po spúšťacom podnete za prítomnosti silnej afektivity.

Rozhodnutie k suicidálnemu jednaniu

Z analýzy dát vyplýva, že rozhodovanie k suicidálnemu aktu sa odlišuje podľa okolností, v ktorých prebieha. Okolnosti, ktoré sme definovali, ako významné z hľadiska charakteristiky rozhodovania k pristúpeniu k suicidálnemu aktu, sú rýchlosť rozhodnutia a reakcia na rozhodnutie.

Rýchlosť rozhodnutia – znamená nakoľko je rozhodnutie urobené rýchlo alebo nakoľko je výsledkom dlhodobého zvažovania životnej situácie.

- rozhodnutie je výsledkom zvažovania rôznych alternatív
- rozhodnutie je urobené bez zvažovania iných alternatív

Reakcia na rozhodnutie – znamená, v akom časovom odstupe bude jedinec na základe rozhodnutia jednať.

- odloženie – po tom, čo sa človek pre suicidálne jednanie rozhodne, toto jednanie odkladá
- bezprostredné jednanie – osoba jedná bezprostredne po tom, čo sa pre suicidálne jednanie rozhodne, rozhodnutie je tak nasledované bezprostredným suicidálnym aktom

Môžeme teda popísať nasledujúce štyri typy rozhodnutí:

24. Rozhodnutie v dobe predchádzajúcej suicidálnemu jednaniu + výsledok zvažovania rôznych alternatív – K takémuto rozhodnutiu osoba dochádza na základe bilancie. Zvažuje možné alternatívy, avšak nenachádza inú možnosť, než na svoju životnú situáciu reagovať suicidálnym aktom. Tieto rozhodnutia sú časovo dlhšie a jedinec nejedná po rozhodnutí hneď, ale jednanie odkladá.
25. Rozhodnutie v dobe predchádzajúcej suicidálnemu jednaniu + bez zvažovania iných alternatív – K suicidálnemu jednaniu sa rozhodne bez zvažovania rôznych alternatív, pristúpi k nemu pomerne rýchlo. Rozhodnutie k suicidálnemu aktu je tak jednou z prvých reakcií na nejakú udalosť, ktorú interpretuje ako pre neho závažnú, neprekonateľnú a z ktorej nevidí východisko. Tento spôsob rozhodnutia je charakteristický rýchlosťou, jedná sa o náhle rozhodnutie. Realizáciu suicidálneho aktu ale odkladá.
26. Rozhodnutie tesne pred suicidálnym jednaním + výsledok zvažovania rôznych alternatív – I tesne pred suicidálnym aktom môže jedinec zvažovať, či k suicidálnemu aktu pristúpi alebo nie. To znamená, že nejedná náhle, ale že zvažuje možné alternatívy. K suicidálnemu aktu ale pristúpi bezprostredne po rozhodnutí.
27. Rozhodnutie tesne pred suicidálnym jednaním + náhle, bez zvažovania iných alternatív – Tento typ rozhodnutia je typický pre náhle, impulzívne suicidálne akty, kde osoba často jedná v stave silných emócií.

Ak sa človek rozhodne pre odklad suicidálneho jednania, to znamená, že k nemu nepristúpi ihneď, nachádzame ešte rozdiely v tom, či si definuje presné podmienky, za ktorých k suicidálnemu jednaniu pristúpi alebo či si tieto podmienky takto presne nedefinuje.

Prvý spôsob rozhodnutia znamená, že jedinec sa rozhodne, že bude suicidálne jednáť v prípade, ak nastane určitá situácia, napríklad, ak dôjde k rozchodu s partnerom alebo ak ho prepustia zo zamestnania alebo ak sa jeho psychický stav do týždňa nezmení. V takýchto prípadoch, ak sa nezaktivizujú alebo nemá k dispozícii presvedčenia

odporujúce suicidálnemu jednaniu alebo ak nedôjde k zmene situácie, je vysoká pravdepodobnosť, že k suicidálnemu aktu pristúpi pomerne rýchlo.

Pri druhom spôsobe sa síce jedinec pre suicidálne jednanie rozhodne, avšak odhodláva sa k nemu, čaká na príležitosť, zmenu, vhodný okamih, čo poukazuje na ambivalenciu ohľadne suicidálneho jednania. Realizácia suicidálneho aktu opäť závisí od výskytu protektívnych alebo rizikových faktorov v nasledujúcom období. V oboch týchto prípadoch je tak ešte otázka suicidálneho jednania otvorená.

Tretím spôsobom odkladu suicidálneho jednania je, ak je jedinec pre suicidálne jednanie rozhodnutý a zmenu už neočakáva, ale vytvára podmienky pre ukončenie svojho života (napr. dokončuje a uzatvára svoje povinnosti, dáva do poriadku záležitosti, ktoré považuje za významné).

Metódy suicidálneho jednania a výber metódy

Najčastejším prostriedkom zvoleným pre realizáciu suicidálneho aktu boli lieky. Túto formu uvádza 18 osôb, v minulosti tento spôsob použilo 10 osôb. Druhou najčastejšou metódou bolo porezanie (6 osôb), ďalším spôsobom bol náraz autom (3 osoby), v jednom prípade išlo o prevedenie suicidálneho aktu pomocou alkoholu, v jednom prípade sa jednalo o skok pod dopravný prostriedok, v jednom prípade o elektrický prúd.

Všetky osoby, ktoré zvažovali náraz autom ako spôsob prevedenia samovražedného pokusu, si samovraždu rozmysleli a nakoniec samovražedný pokus neukončili. Všetky osoby, ktoré túto metódu použili, boli muži (3 osoby), v dvoch prípadoch bola táto metóda zvažovaná ženami, avšak ani jedna z nich nakoniec nepristúpila k jej realizácii.

Zvažovanými, ale nerealizovanými metódami boli tiež skok z výšky, skočenie pod dopravný prostriedok, obesenie, použitie strelnej zbrane alebo otrava plynom.

Intoxikácia liekmi bola najčastejšie používanou metódou. Jej výber bol spájaný s predstavou bezbolestnosti, šetrnosti a najjednoduchšieho prevedenia, ako aj dostupnosťou a možnosťou okamžitej realizácie. Bezbolestnosť, šetrnosť a jednoduchosť bola uvádzaná ženami. V dvoch prípadoch bola voľba tejto metódy ovplyvnená aj predstavou najmenej násilnosti na okolie. Ak je zvolenou metódou intoxikácia liekmi, osoby si ich niekedy odkladajú a zhromažďujú.

„... by to mohlo byť prijateľnejší, že bych mohla usnout, a už se neprobrat.“ (8)

„... takový nejlepší, že bych usnula ... Nejšetrnější ... taková jakoby nejjednodušší cesta ...” (15)

„... *to nejjednodušší, asi bezbolestný.*“ (18)

„... *to bylo okamžitý rozhodnutí a možnost okamžitý realizace.*“ (1)

„... *vždycky teda s pomocí prášků. Protože to jsem vždycky měla nějak po ruce.*“ (13)

Zvažované nevýhody použitia tejto metódy boli spojované s neznalosťou účinku a s možnosťou, že bude osoba nájdená a suicidálny akt tak nedokončí.

Niekoľko ľudí dokonca uviedlo, že neprístupnosť k liekom je pre nich brzdiacim faktorom, pretože bráni impulzívnemu suicidálnemu jednaniu.

Skok z výšky bol síce zvažovaný, avšak ani jedna osoba ho nakoniec nerealizovala. Považovali ho za definitívny spôsob ukončenia života a spojovali ho s predstavou bolesti. Na druhej strane, u niektorých osôb je skok naopak spojovaný so strachom z nedefinitívnosti suicidálneho aktu a s možnosťou trvalých následkov. Najčastejšie uvádzaným dôvodom nepristúpenia k tejto metóde, či už sa týkalo o predstavu definitívnosti alebo nedefinitívnosti takto zvoleného suicidálneho jednania, bol uvádzaný strach. Ak už osoby pristúpili k suicidálnemu jednaniu týmto spôsobom (to znamená, že napr. sedeli v okne), uvádzali, že od metódy odstúpili z toho dôvodu, že nepozbierali dostatok odvahy k jej realizácii.

„... *neskočím jakoby někde z mostu nebo z budovy, to jsem věděla. Protože já jsem si jako nechtěla ublížit. Já jsem chtěla jakoby aby to bylo opravdu jako definitivní. Já jsem nechtěla jakoby si ubližovat, takže rizika toho ublížení, že bych skočila a přežila bych, tak to bych nechtěla, takže to jsem jako vyloučila ...*“ (30)

„... *nesebral jsem dost odvahy ...*“ (27)

Výber metódy prevedenia suicidálneho aktu je ovplyvnený niekoľkými faktormi:

- Dostupnosť metódy
- Časový faktor – možnosť jej okamžitej realizácie
- Predstavy s ňou spojené – napr. bezbolestnosť, násilnosť
- Informácie o metóde
- Prijateľnosť metódy pre daného človeka
- Vplyv na okolie (napr. privedenie komplikácií okoliu, sociálne stigma pre blízkych, utrpenie šoku pri násilnej metóde)

Pri opakovanom suicidálnom jednaní bolo užitie rovnakej metódy alebo jej zmena v tejto výskumnej vzorke približne rovnaké. V priebehu suicidálneho procesu môže

dochádzať k hľadaniu istejšej metódy (1 osoba). Voľba suicidálneho prostriedku sa v rámci suicidálneho procesu môže meniť, jedinec v náhlom impulze zvolí iný prostriedok.

Voľba samovražedného prostriedku môže byť náhodná, to znamená, že osoba siahne po metóde alebo prostriedku, ktoré sú „po ruke“. Deje sa tak predovšetkým v impulzívnych suicidálnych aktoch, kde jedinec nad samovražedným jednaním už v minulosti uvažoval, ale skôr vo forme suicidálnych nápadov a konkrétnu realizáciu nepremýšľal alebo v prípade, že nad samovražedným činom neuvažoval vôbec a tento akt bol momentálnym jednaním v emočne vypätej situácii.

Naopak, niektoré osoby, vo chvíľach často nezáväzných suicidálnych úvah, teda ešte pred rozhodnutím svoj život ukončiť, nad výberom metódy premýšľajú, vyhľadávajú si informácie o možnostiach prevedenia suicidálneho aktu, o letalite metód a prostriedkov. K častým zdrojom patrí internet a internetové blogy. Tieto informácie sú vyhľadávané pre prípad, že by sa raz k suicidálnemu aktu jedinec rozhodol a bol tak informovaný o tom, ktorú metódu je „najlepšie“ použiť. Zdrojom informácií o voľbe prostriedku môže byť tiež kontakt s osobou, ktorá sa o ukončenie života pokúšala alebo náhodné rozprávanie o samovražednom akte.

Premýšľanie nad voľbou samovražednej metódy je typické pre osoby, ktoré suicidálny akt plánujú. Vo chvíli, kedy sa pre konkrétnu metódu rozhodnú, nastáva obdobie „odhodlávania sa“ k uskutočneniu suicidálneho aktu.

„A já jsem si říkal, vždyť já mám doma prášky. To je to nejlepší, co by měl člověk udělat. A pak jsem už myslel jen na ty prášky. A pak jsem nespál, já nevím, 3, 4 noci jsem nespál, a dával jsem si ty prášky na hromádku a nějak jsem se odhodlával.“ (7)

Výber metódy suicidálneho jednania je ovplyvnený viacerými okolnosťami. Najčastejšie zvolenou metódou sa javí byť tá, ktorá je pre jedinca prijateľná, spojuje ju s najmenšou bolesťou alebo s rýchlosťou jej realizácie, účinnosťou, informáciami, ktoré o metóde má a dostupnosťou. Predovšetkým v náhlých suicidálnych aktoch sú používané metódy rýchlo a ľahko dostupné. Zamedzenie prístupu k metóde okamžitého použitia môže byť dôvodom pre nerealizáciu suicidálneho aktu, príčinou vyhľadania pomoci, a tým jedným z prostriedkov prevencie a intervencie.

Suicidálny akt

Suicidálny akt bol vo väčšine prípadov popisovaný ako náhly akt, či už bol predtým zvažovaný, plánovaný alebo nie. Takmer všetci popisujú tzv. poslednú kvapku alebo spúšťač suicidálneho jednania.

Samotný suicidálny akt bol popisovaný ako náhly čin, či už mu suicidálne myšlienky predchádzali alebo nie.

„... až jeden den a to jsem opravdu nepomyslela nad tím, že je to ten poslední den ... netušila jsem opravdu ještě ve 4 odpoledne, že to udělám ...“ (2)

Provokujúci podnet suicidálneho jednania

„A tam zřejmě potom musel bejt takovej ten poslední impuls, taková ta jiskra, která to zapálila ...“ (28)

Suicidálne jednanie (v zmysle započatia realizácie suicidálneho aktu) býva vo väčšine prípadov spustené nejakým provokujúcim podnetom, ktorý nemusí byť príčinou suicidality daného jedinca.

Pod spúšťačím alebo provokujúcim podnetom rozumieme taký podnet, ktorý sa vyskytne tesne pred suicidálnym jednaním a ktorý priamo predchádza rozhodnutiu jednať a realizovať suicidálny akt. Tento spúšťačí podnet bol často nazývaný „poslední kapka“. Takýmto podnetom boli rôzne udalosti, ale i očakávanie nejakej udalosti alebo napríklad požitie alkoholu.

„Když to už přeteklo ten hrnec.“ (15)

„... pak jsme měli mít nějakou rozhovor ... nějakou schůzi, kde jsme měli něco řešit ... jsem věděl, že to dopadne blbě ...“ (7)

„Určitě jsem tu láhev neotevírala s tím, že bych jsem si chtěla nějak ublížit. To rozhodně ne.“ (12)

Niektoré osoby priamo zmieňujú, že sa domnievajú, že nebyť tejto poslednej kvapky, neboli by jednali suicidálne.

„... mě nebylo dobře, ale bez té hádky by se to nebylo stalo ...“ (25)

„Já si myslím, že za střízliva bych to nebyla schopná udělat. Protože ten pud sebezáchovy mám a s tím alkoholem jakoby se odboural.“ (2)

Menované udalosti priamo predchádzajúce suicidálnemu aktu boli interpersonálneho charakteru (hádky, rozchody) alebo udalosti týkajúce sa finančných otázok a ich dopadu na život jedinca alebo jeho okolia (napr. list týkajúci sa rizika exekúcie, autohavária a s ňou spojená možnosť finančnej straty).

Konflikty priamo predchádzali suicidálnemu jednaniu v 16-tich prípadoch z 45. suicidálnych jednaní. Rozchod bol priamym spúšťačom suicidálneho jednania u 7 osôb. Nielen už prebehnuté udalosti boli spúšťačom suicidálneho jednania, tiež očakávanie týchto udalostí mohlo pôsobiť ako podnet. Spúšťačom suicidálneho jednania bolo tiež nereagovanie nejakej osoby, nedosiahnutie očakávanej podpory.

Suicidálne akty sú často sprevádzané užitím alkoholu. Požitie alkoholu počas suicidálneho aktu uviedlo 12 osôb. Alkohol bol uvádzaný ako spúšťač suicidálneho jednania, to znamená, že osoba sa k suicidálnemu jednaniu rozhodla až po jeho užití alebo alkohol užíla až v priebehu suicidálneho jednania. Jedna osoba zmenila alkohol ako prostriedok suicidálneho jednania. Dve osoby sa domnievajú, že nebyť užitia alkoholu, tak by sa k suicidálnemu jednaniu nerozhodli.

„... co to asi úplně rozjelo, tak to byl alkohol. Kdy jsem se vlastně po hodně dlouhé době napila alkoholu, v ten den, a začala jsem být strašně lítostivá a opravdu jsem se začala strašně obviňovat, ale předtím jsem na to opravdu nikdy nemyslela ...“ (16)

Jedna osoba považovala neužitie alkoholu za protektívny faktor, ktorý jej pomohol zabrániť suicidálnemu jednaniu. Užitie alkoholu bolo prítomné u osôb, ktoré ho užívali predtým ako spôsob vyrovnávania sa s problémami, štyri osoby uviedli jeho momentálne užitie ako odchýlku od ich bežného správania.

Alkohol tak môže byť prostriedkom, ktorý v čase naakumulovania negatívnych udalostí alebo v prípade depresívneho prežívania prostredníctvom jeho všeobecne známych depresogénnych účinkov zvýši negatívne prežívanie danej osoby, uvoľní existujúce zábrany a vedie človeka k rýchlejšiemu rozhodovaniu. Alkohol ale môže byť aj prostriedkom, ktorý odchýli suicidálny plán danej osoby, ktorá pod jeho vplyvom začne komunikovať s okolím, a tým vlastne vyvolá „záchrannú akciu“ svojho okolia. U niektorých osôb (prevažne mladého veku) bol alkohol menovaný ako spôsob, akým si „spríjemníť“ suicidálny akt.

Úmysel k prevedeniu suicidálneho aktu

„... jsem chtěla, aby byl konec něčeho, něčeho, co jsem nemohla vydržet.“ (18)

Pod úmyslom k suicidálnemu jednaniu rozumiem cieľ, ktorý chce osoba svojím jednaním dosiahnuť. Úmysel môže byť uvedomovaný aj neuvedomovaný.

- dosiahnutie klľudu, úľavy

„... a konečně budu mít klid ...“ (2)

„... že už budu mít ten pocit úlevy ...“ (3)

- uniknutie od bolesti, neznesiteľného stavu, situácie vnímanej ako bezvýhodnej, neriešiteľnej a ich ukončenie. Únik môže byť želaný ako trvalý alebo ako dočasný.

„... už jsem nechtěla ty myšlenky, už jsem nechtěla v těch myšlenkách pokračovat. Už prostě jsem chtěla, aby byl konec něčeho, něčeho, co jsem nemohla vydržet ... Ukončit něco nesnesitelného.“ (18)

„... Já jsem prostě chtěla, aby to všechno skončilo. Všechno tohleto trápení ...“ (20)

- nebyť na svete, prestať existovať

„... už jsem nechtěla být na světě.“ (15)

„... byla to nějaká touha tady nebýt ... Chtěla jsem se zabít. Chtěla jsem přestat existovat.“ (13)

- dosiahnuť nejaký cieľ (menovali 2 osoby)

„... akýmkoľvek spôsobom ho donútiť k tomu, aby urobil to, čo chcem.“ (17)

„... ty se to dozvíš a ty se vrátíš ...“ (24)

- zachrániť niečo, ochrániť niekoho

„... protože myslela jsem si, že tady tímto zachráním všechno tady to, co se děje kvůli té hypotéce ...“ (21)

„... jediný řešení jakoby i jak ochránit tu rodinu ...“ (3)

- vyriešiť niečo

„... mňa to okamžite napadlo, proste, že sa to tým vyrieši ...“ (17)

- potrestanie niekoho, pomsta

„... neměl jsem žádný myšlenky jakoby, že to chci ukončit, byl tam opravdu ten vztek, já ti ukážu ...“ (4)

- stretnutie s mŕtvymi (tento úmysel vyjadrili 2 osoby)

„... chtěla jsem za za tátou. A mámou ...“ (2)

„Chtěla jsem jít za bráchou.“ (21)

Najčastejším pomenovaným úmyslom k suicidálnemu jednaniu bol únik zo situácie, v ktorej sa jedinec nachádzal alebo od stavu, ktorý prežíval. Najmenej často menovaným úmyslom bolo potrestanie niekoho, pomsta. Uviedla ho iba jedna osoba. Avšak pocity hnevu na okolie boli so suicidálnym jednaním spojené častejšie, buď mu predchádzali alebo boli prítomné i v priebehu samotného aktu. Môžeme sa domnievať, že tento úmysel, i keď v jeho neuvedomovanej forme, môže byť častejší, než je priamo osobami zdelovaný.

Úmysel umrieť nemusí byť u suicidálneho aktu prítomný, ale môže byť tiež spojený s predstavou dočasnej úľavy alebo úniku bez toho, že by osoba takto jednajúca chcela svoj život ukončiť (2 osoby).

„Člověk může udělat nějakou bilanční sebevraždu, když si to sečte pro a proti a tak se k tomu může rozhodnout. Ale já nemám pocit, že jsem se v podstatě jakoby rozhodla ukončit život, já spíš mám pocit, že už jsem nemohla dál setrvávat nebo s těma myšlenkama, který jsem měla, že prostě s tím obsahem mojí mysli jsme už nechtěla mít nic společného ...“ (18)

Osoba môže tiež takto jednať v prípade, že má predstavu, že týmto aktom zmení situáciu alebo dosiahne nejaké riešenie, pričom myšlienka smrti a ukončenia života v tejto chvíli byť prítomná nemusí. Jednanie je potom skôr zamerané na dosiahnutie cieľa než na vedomé privedenie si smrti (1 osoba).

„... tak ako som bola v tom afekte, že ja musím dosiahnuť svojho, úplne za každú cenu musím, tak to proste zacvaklo v sebe v tej jednej chvíli a v tej chvíli to bolo okamžité rozhodnutie, impulzívne. No, som sa tam proste, som tam proste skočila.“ (17)

Suicidálny akt je v období pred jeho prevedením popisovaný ako spôsob riešenia problému (19 osôb z 29), záchrana alebo ochrana niekoho alebo niečoho, ako

prostriedok k dosiahnutiu úľavy a únik alebo útek od situácie alebo stavu, ktoré jedinec považuje za neúnosné.

Suicidálne jednanie tak môže byť:

- únikom od nepríjemného stavu, snahou o ukončenie niečoho, čo jedinec prežíva ako netolerovateľné
- prostriedkom k dosiahnutiu niečoho, čo jedinec považuje za významné
- výrazom bezradnosti niečo zmeniť alebo nájsť riešenie
- snahou o záchranu niekoho alebo niečoho
- výrazom bezmoci niečo zmeniť alebo ovplyvniť
- výrazom bezradnosti nájsť riešenie životnej situácie
- volaním o pomoc, upozornením, že sa s jedincem niečo deje
- formou potrestania niekoho

Suicidálne jednanie je vo väčšine prípadov kombináciou viacerých uvedených. Je prostriedkom k dosiahnutiu niečoho (úľavy, kľudu, ochrany, záchrany, pozornosti, upozornenia, riešenia, zmeny apod.) a únikom od niečoho (emócií, situácie, riešenia a pod.).

Charakteristiky suicidálneho aktu

„... a najednou bylo temno ...“ (28)

Najcharakteristickejším stavom prítomným v priebehu suicidálneho aktu bolo zúženie. Zúženie, ako bolo uvedené už predtým, sa týka percepcie, kognícií, afektov a hodnôt. Beznádej a nevidenie riešenia alebo východiska z danej situácie typicky predchádzali a sprevádzali suicidálne jednanie. Prežívanie beznádeje priamo pomenovala viac než polovica osôb, na jej prítomnosť u ďalších je možné usudzovať z ich popisu emočného stavu a kognitívnych procesov predchádzajúcich alebo sprevádzajúcich suicidálne jednanie.

Afektivita

„... to už bolo také úplne zúfalé, úplne v emočnom, úplne som bola zaplavená emóciami, neschopná ich akoby nejak potlačiť a aby prevážilo to rúcie.“ (17)

Suicidálny akt bol charakteristický afektívnym zúžením. Prežívanými emóciami boli beznádej, zúfalstvo, ľútosť. U mnohých bol prítomný hnev, ktorý môže a nemusí byť priamo vyjadrený a prežívaný (hnev uvádza väčšina osôb).

Afektívne zúženie sa môže prejavovať dvomi spôsobmi:

28. Silné, intenzívne emócie – emócie sú popisované ako intenzívne, nekontrolovateľné, zahlcujúce, stav je popisovaný ako zaplavenie emóciami, neschopnosť racionálneho premýšľania v dôsledku vysokej intenzity emócií. Emočný stav je prežívaný ako neznesiteľný, nevydržateľný.

„... to už bolo také úplne zúfalé, úplne v emočnom, úplne som bola zaplavená emóciami, neschopná ich akoby nejak potlačiť a aby prevážilo to ráció.“ (17)

„Stav, který jsem pocítovala jako nesnesitelný. Je to jako když vás jako třeba bolí zub, já nevím, celou noc vás třeba bolí zub, prostě pak už kdyby vám dali jakýkoliv analgetikum, i kdyby jste věděla, že je to třeba opium, tak řeknete jo. Jo, protože já to už nevydržím, tu bolest.“ (18 – 3.TS)

29. Chýbajúce emócie – emócie sú akoby ustrihnuté, jednanie je naoko racionálne, logické, rozhodné.

„Prostě jsem to měla v tý hlavě najednou srovnaný...Prostě absolutně v klidu. Fakt si pamatuju, že jsem u toho nebrečela, nebo jsem se nevztekala. Prostě v klidu...jsem u toho vůbec nebrečela, nebyla jsem vůbec z toho smutná, a neměla jsem vůbec z toho výčitky svědomí, že bych mohla ublížit dětem...vůbec jsem nebyla nerozhodná nebo že bych nad tím nějak váhala. To bylo jakoby si šla udělat kafe. Absolutně jasný to bylo v tu chvíli.“ (12)

Tieto emočné stavy sa v priebehu suicidálneho jednania môžu striedať. K ich striedaniu môže dochádzať priamo v priebehu suicidálneho aktu:

„... když mi ten přítel zavolal, tak já právě vůbec nebrečela. Jsem prostě věděla, že je to prostě ztracený. Něco jako, nějaká lítost, pak to na mě trochu přišlo, pak jsem trochu brečela, brečela jsem tomu...tam do telefonu, ale jakoby vyloženě v tu chvíli vyloženě jsem nebrečela, sama sobě jsem se divila, jako bych byla suchar najednou. Jako kámen. Jakože jako bych byla najednou úplně bez citu. Jako kdyby to šlo všechno okolo mě a mnou to už neproplouvalo, protože mnou to už proplouvat nemělo a měl to být konec.“ (19)

Ďalšou variantou bolo, že rozhodnutiu k prevedeniu suicidálneho aktu predchádzal silný afektívny stav a po rozhodnutí sa k jeho realizácii došlo k skludneniu a odstrihnutiu emócií:

„... byla jsem nepřičetná, ječela jsem, vyčítala ... něco se ve mně jako zlomilo. Takže jsem se sklidnila ... Uplně v naprostém klidu jsem si našla všechny prášky, co jsem měla nashromážděný ... a uplně v naprostém klidu, prostě jakoby zapadl ten poslední kousek puzzle ... Tam prostě nebyl vztek, tam nebylo nic. Tam byla jenom beznaděj ...“ (2)

Väčšia časť osôb sa k suicidálnemu jednaniu rozhodla za prítomnosti vysokej afektivity (silných emócií). Častejšie sa tento intenzívne afektívny stav vyskytoval u ľudí, ktorí sa k suicidálnemu aktu rozhodli v tom momente.

Najčastejšie menovanými emóciami boli prežívanie beznádeje, zúfalstvo, hnev, pocity poníženia, krivdy, ľúlosti, ublíženia, pocity prázdnoty, smútku, vyčerpanosti, nedostatku síl, únavy, úzkosť. Hnev bol smerovaný k sebe samému, k okoliu alebo k životu. Niektoré osoby popisovali svoj stav v čase suicidálneho jednania ako bolesť.

„... ten vztek, ten vztek hlavne ...“ (6)

„Byla jsem nepřičetná vzteky. Jsem byla fakt jako vzteklá.“ (25)

„To jsem měl vztek, co si tak pamatuju. Ale hlavne na sebe teda.“ (26)

„Jakože absolutní zoufalství ... Absolutní zoufalství a opravdu veškerá ztráta síly.“ (24)

„Jsem se cítila strašně ponížena ...“ (15)

„Bylo mi to všechno hrozně líto. Celej život, který jsem prožila vlastně, mi připadal smutný, najednou. A já jsem prožívala lítost. Asi sama taky nad sebou, určitě jsem se litovala ...“ (29)

„... byla jsem strašně unavená, všechno bylo strašně těžký pro mě ...“ (18)

„... cítila jsem v sobě hrozný prázdno a pocit takové nicoty ...“ (29)

„To napětí prostě. Úzkost. Asi napětí a úzkost.“ (13)

„tá bolest' bola tak intenzívna“ (17)

Suicidálny akt môže byť tiež prežívaný ako príjemný. Niektoré osoby uvádzajú, že sa v jeho priebehu cítili príjemne, pocítili úľavu. S príjemnými pocitmi je u niekoho spojené i rozhodnutie k suicidálnemu aktu. Uvádzané sú hlavne tešenie sa na to, že nezniesiteľná situácia skončí, dostaví sa úľava a želaný klud. Aj tu opäť nachádzame

zúženie, ktoré je zreteľné z vyjadrení týchto osôb, že už mysleli iba na to, že sa dostaví úľava, opadne stres, dosiahnu pokoj a klúd.

„... mi nebylo vôbec špatně, bylo mi krásně ...” (28)

„Když jsem cítila, že už usínám, tak jsem se hrozně těšila ... Já věřím na posmrtný život a tam nahoře mám strašně moc známých. Na ně jsem se těšila, prostě myslela jsem na to. Hrozně moc.“ (21)

„No, bylo mi strašně dobře. Najednou jsem prostě viděla tu cestu, naprosté uvolnění, spokojenost. Vím, že mi bylo hrozně dobře, cítila jsem se hrozně fajn. Najednou jsem byla v bezpečí, najednou jsem byla doma... To bylo v tu chvíli, když jsem se rozhodla a po celou tu dobu, co jsem je brala.“ (13)

Na prítomnosť afektívneho zúženia a vysokej intenzity afektivity v čase prevedenia suicidálneho aktu môžu ukazovať i vyjadrenia dvoch osôb, ktoré v jeho priebehu popisovali stav depersonalizácie.

Kognitívne procesy

„Nějak, že už, jako kdyby, prostě člověk v té chvíli jakoby vůbec nepoužíval rozum ... prostě to je jako mlha. Víte, jako prostě když jste v mlze nebo v nějaký vánici a deset metrů, to jak vlastně tehdy v Krkonoších zahynuli ty sportovci a oni byli asi 50 metrů od té chaty a oni umrzli. A to je přesně asi ten pocit, že jste v mlze nebo v nějaký vánici a není, nemáte se čeho prostě chytit. Není žádný řešení, není, prostě neexistuje.“ (18)

Pre priebeh suicidálneho aktu je typické kognitívne zúženie. Prejavuje sa kognitívnymi distorziami. Osoba nevidí riešenie alebo východisko z danej situácie, jediným riešením sa zdá byť samovražedný čin. Späťne je popisovaná neschopnosť premýšľať, často v dôsledku silných emócií. V prípade, že jedinca iné možnosti napadnú, zhodnotí ich ako nereálne, pre neho nedostupné. Suicidálny akt je videný ako najpriateľnejšia alternatíva.

Typickými kognitívnymi procesmi je nadmerné zovšeobecňovanie a dichotomické myslenie. Pri popise suicidálneho aktu používali všetky osoby vyjadrenia krajného typu: všetko, nič, nikdy, nikto, všetci, totálny, absolútny, šíalený a pod.

*„... jsem se už cítila **strašně zoufalá** a vyčerpaná, bez energie, **všechno** jsem viděla **černě**, že mě prostě **vůbec nic** nevyjde, neviděla jsem **vůbec žádnou** budoucnost ...” (16)*

„Pocit, že jsem v podstatě **všechno** zkažila a že už **není možný** to napravit.“ (18 – 3.TS)

„... nebylo **žádné řešení**, nebyla **žádná cesta**, nebyla **žádná spása**, nebylo **žádný odpuštění**, už jsem měla pocit, že **nikdy** se to nepodaří vyřešit nebo najít řešení, cestu.“ (18 – 3.TS)

„Že prostě co udělám, **všechno** je špatně. ... **všechno** to obracelo **furt** proti mě ...“ (6)

„Jsem měla **úplně**, ta beznaděj, tam nebylo **nic**.“ (15)

„... **mně se zhroutil úplně** svět.“ (28)

Hodnoty

„Protože jsem neviděl hodnotu žádnou nikde. Života. Pak jsem si probíral známí a říkal jsem si sakra, **vždyť možná jim ublížíš**. Pak jsem si probíral rodinu a přátelé a říkal jsem si, **vždyť jim to bude stejně jedno**. Ono to bude lepší. Když už jsem si 3 tejdny hledal způsob a místo, tak jako, akorát nebyla odvaha ... Ta odvaha přišla, protože mi přišlo, že nikomu tím neublížím, metro nezastavím, vlak se nezastaví, nebudou mě muset tahat pod skálou někde, a tak.“ (7)

Okrem afektívneho a kognitívneho zúženía dochádza tiež k zúženiu v oblasti hodnôt. Toto zúženie sa vzťahuje k zníženiu hodnoty života, znehodnoteniu predtým významných hodnôt v živote a strate vlastnej hodnoty.

Život je prežívaný ako bezcenný, bez zmyslu. Suicidálna osoba sa domnieva, že je zbytočné v ňom pokračovať.

„Prostě přijde mi ten život takový zbytečný tady.“ (21)

„A začalo mi to zase všechno proč, co tu, jakej to má smysl. A tak vlastně nevím. Zas to nemá smysl, zas nemám proč.“ (11)

K zúženiu v oblasti hodnôt dochádzalo dvomi spôsobmi. Prvým spôsobom bolo, že predtým významné hodnoty v živote považoval suicidálny jedinec za nedostačujúce, ich význam sa strácal. Hodnoty, pre ktoré malo predtým význam žiť a naplňovať ich, sa stávali bezvýznamné a zbytočné, nedostatočné pre to, aby malo význam v živote pokračovať. Druhým spôsobom bolo, že osoba si v stave afektívneho a kognitívneho zúženía na tieto hodnoty ani nespomenie a nad nimi nepremýšľa.

„... vlastně pro to, co žiju, za to žít nestojí. Jo, jestli žít takovýdle život, raději žádněj.“ (4)

„Ale v tu chvíli jsem vůbec neřešil rodinu, si teď pamatuju. To jsem vůbec neřešil, jak to budou nést oni.“ (23)

Vlastná osoba bola považovaná za nehodnotnú, bezcennú, nepotrebnú, nahraditeľnú. Vníkala sa ako zlyhávajúca a neschopná. Často dochádzalo k úplnému sebaznehodnoteniu, osoba sa domnievala, že jej smrť bude pre ostatných prínosom, pretože im uľaví.

„Prostě proč? Co budu dělat dál? Na co jsem tady? Na nic.“ (21)

„... cítila jsem se jako nula.“ (13)

Zúženie sme určili ako charakteristický stav prechádzajúci suicidálnemu aktu a prítomný v jeho priebehu. Na základe prevedenej analýzy dát sa domnievame, že je prítomný u suicidálnych aktov, ktoré sú plánované, i u suicidálnych aktov neplánovaných, ktoré jedinec vykoná na základe momentálneho rozhodnutia.

Ak dôjde k rozšíreniu čo len v jednej z oblastí (percepčnej, kognitívnej, afektívnej alebo hodnotovej), osoba si väčšinou suicidálny akt rozmyslí a k suicidálnemu jednaniu nedôjde (bližšie v kapitole Protektívne faktory).

Neukončenie suicidálneho aktu

Keďže niektoré osoby mali niekoľko suicidálnych aktov vo svojej životnej histórii, zhodnotili sme celkovo 48 suicidálnych jednaní, u ktorých sme mali dostatočné informácie o tom, akým spôsobom sa stalo, že osoba suicidálne jednanie prežila.

Najčastejším spôsobom bolo prerušenie suicidálneho aktu samotnou osobou, to znamená, že si suicidálne jednanie rozmyslela a nedokončila ho. Vo väčšine prípadov nasledovalo okamžité vyhľadanie pomoci alebo bola pomoc vyhľadaná v priebehu niekoľkých dní po suicidálnom jednaní. Jednalo sa o skontaktovanie blízkych osôb alebo o vyhľadanie odbornej pomoci.

Druhým najčastejším dôvodom bolo to, že osoba bola niekým nájdená po ukončení suicidálneho jednania (v stave intoxikácie alebo až po porezaní) bez toho, že by sama túto osobu predtým kontaktovala. Vo väčšine prípadov sa jednalo o rodinných príslušníkov. Ďalším dôvodom bola intervencia druhej osoby v priebehu suicidálneho aktu. To znamená, že suicidálny akt bol prerušený, pretože v čase jeho priamej realizácie zasiahla iná osoba. Ďalším typom bolo poskytnutie intervencie po tom, čo

osoba odpovedala na niekoho telefonát. Dôvodom, prečo suicidálne jednanie nebolo fatálne, bolo tiež zlyhanie použitej metódy alebo že bola poskytnutá intervencia po tom, čo niekoho sama kontaktovala.

Súhrn dôvodov neukončenia suicidálneho jednania uvádzam v tabuľke 12.1.

Dôvod neukončenia suicidálneho aktu	Počet osôb
zlyhanie metódy	7
príchod niekoho v priebehu suicidálneho aktu	7
intervencia na základe tel. kontaktu	4
intervencia na základe odpovede na tel.	3
sám prerušil	14
nájdenie niekým	13

Tab. 12.1 – Dôvody neukončenia suicidálneho jednania

Prerušenie suicidálneho jednania na základe vlastného rozhodnutia

Niektoré osoby do suicidálneho jednania vstúpia (to znamená, že napr. vezmú lieky, porežú sa, naberú rýchlosť autom apod.), avšak v priebehu si to rozmyslia a suicidálne jednanie aktívne zastavia (10 osôb) alebo podniknú kroky k suicidálnemu jednaniu, ale krátko pred jeho realizáciou sa k nemu nerozhodnú a suicidálny akt nerealizujú (4 osoby).

Dôvody nevstúpenia do suicidálneho aktu:

- myšlienky na rodinu a deti, zodpovednosť voči nim a uvedomenie si dopadu suicidálneho aktu na ne – tento dôvod uviedlo 5 osôb
- zmenený postoj k suicidálnemu jednaniu (uvedomenie si, že samovražda nie je riešením alebo že je to útek) – zmienili 4 osoby
- strach z bolesti – bol prítomný v jednom prípade
- strach zo smrti – uviedla jedna osoba
- nemožnosť použitia okamžitej metódy a tým okamžitej realizácie suicidálneho aktu – 1 osoba
- obava zo vzniku vážnych somatických následkov – 2 osoby

V jednom prípade si osoba na dôvody neukončenia nemohla spomenúť, jedna osoba tieto dôvody uviedla dva, bola to kombinácia zodpovednosti voči deťom a zmenený postoj k suicidálnemu jednaniu.

Z týchto dôvodov je zrejmé, že sa všetky týkajú rozšírenia – osoba začne premýšľať nad dôsledkami suicidálneho aktu. Môžeme tak predpokladať, že základným faktorom brániacim v realizácii alebo v neprerušení suicidálneho jednania je práve rozšírenie (percepčno-kognitívne, hodnotové, afektívne).

Prerušenie na základe vlastného rozhodnutia alebo nevstúpenie do suicidálneho aktu nebolo možné rozlíšiť na základe toho, či suicidálny akt bol alebo nebol plánovaný. U oboch typov suicidálneho jednania bol počet jeho prerušenia rovnaký (7:7).

Suicidálne hrozby

Ďalšou formou suicidálneho správania sú suicidálne hrozby. Suicidálne hrozby sú také prejavy správania, kedy jedinec oznamuje svojmu okoliu, že ide svoj život ukončiť.

„... já nevím, jestli to bylo, abych jí ještě ublížil na konec nebo abych jsem se rozloučil, neumím to popsat ten pocit, jsem zvedl telefon a zavolał jsem jí a řekl jsem jí, že jí přeju všechno hezký do dalšího života a že se s ní loučím a že končím. A zavěsil jsem.“ (5)

Suicidálne hrozby môžu byť tzv. volaním o pomoc, prostriedkom ako dať svojmu okoliu najavo, že sa s ním niečo deje a že by potreboval pomôcť.

Ak okolie na tieto reakcie neodpovedá, môže dôjsť k tomu, že jedinec začne plánovať suicidálny akt, ktorý môže byť opäť ponímaný ako volanie o pomoc a ak sa jedná o opakované suicidálne správanie, môže plánovať zvyšovanie letality metódy.

„... teď kdybych to udělala, tak bych to musela udělat tak, aby to bylo opravdu vážný ... kdybych opravdu byla v té nemocnici, jo, když jsem si dala ty prášky, tak taky jsem nebyla v nemocnici, to bych musela jít do nemocnice, aby to fakt bylo se mnou vážný.“ (14)

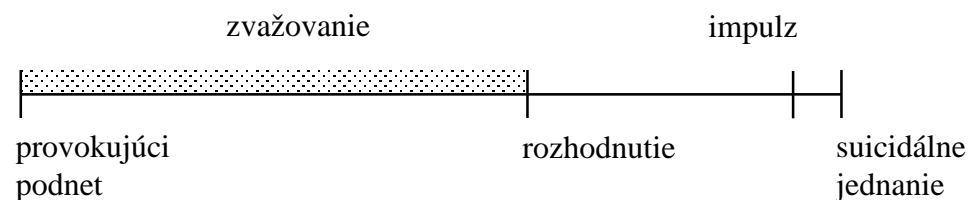
Jedinec môže k suicidálnym hrozbám pristúpiť v stave zúženia, ktoré vzniká na základe situácie, ktorú nie je schopný akceptovať a interpretuje ju ako pre neho netolerovateľnú.

Typy priebehu suicidálneho procesu

Na základe analýzy popísaných kategórií sme určili štyri základné typy suicidálneho procesu, ktoré teraz bližšie charakterizujeme.

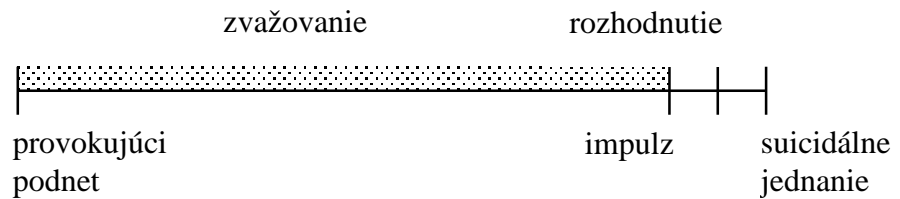
Jedinec sa k suicidálnemu jednaniu rozhodne na základe dlhodobejšieho zvažovania. V tomto prípade má suicidálny proces charakter postupného zúženia. V jeho priebehu jedinec zvažuje možnosti, ktoré má a k suicidálnemu rozhodnutiu dospieva vtedy, ak zväži, že jeho životná situácia je pre neho neúnosná. V priebehu tohto procesu suicidálne myšlienky môžu a nemusia byť priamo vyjadrené. Základnou charakteristikou je tu dlhodobé zvažovanie životnej situácie. Zvažovanie alebo bilancovanie môže byť ale ovplyvnené postupujúcim zúžením, pre ktoré sú charakteristické kognitívne distorzie, čo znamená, že človek potom nie je schopný vidieť možné alternatívy. Nadmerné zovšeobecňovanie je zase základom toho, že i malé neúspechy vidí v negatívnejšom svetle.

Ak sa jedinec pre suicidálne jednanie rozhodne a zúženie nie je úplné, ale je prítomná ambivalencia ohľadne suicidálneho aktu alebo nemá prístup k metóde suicidálneho aktu alebo čaká na výsledok situácie, ktorú si stanovil ako podmienku suicidálneho jednania, potom toto jednanie odkladá. K realizácii suicidálneho aktu pristúpi, ak príde impulz vo forme tzv. poslednej kvapky alebo situácie, ktorú považuje za vhodnú k realizácii suicidálneho aktu. Rizikom tohto typu môže byť to, že ak sa v stave zúženia nachádza, nemusí pociťovať potrebu hľadať inú alternatívu (obr. 12.3).



Obr. 12.3 – Prvý typ suicidálneho procesu

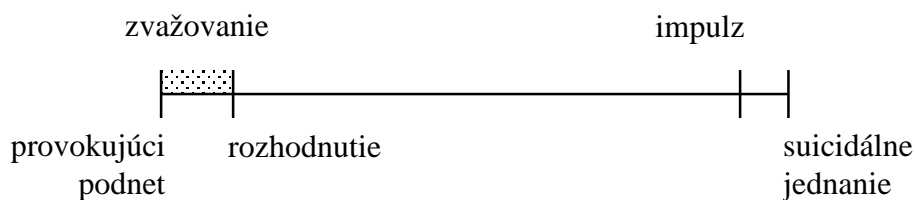
Druhou variantou tohto typu suicidálneho jednania je, že suicidant svoju životnú situáciu zvažuje, ale k suicidálnemu rozhodnutiu dospeje až krátko pred suicidálnym jednaním na základe impulzu, ktorý douzavrie postupujúce zúženie. Rozhodnutie a jednanie sú potom v tesnej náväznosti, a preto bývajú tieto akty niekedy interpretované ako náhle, impulzívne suicidálne akty, avšak suicidálny proces je tu prebiehajúci dlhšiu dobu (obr. 12.4).



Obr. 12.4 – Druhý typ suicidálneho procesu

Odlišným typom je suicidálne jednanie na základe pomerne rýchleho zváženia a vyhodnotenia životnej situácie. Chýba tu proces postupného zúženia a zvažovania rôznych alternatív. Zúženie prebieha náhle, po rýchlom vyhodnotení situácie. Opäť sa vyskytuje v dvoch variantách.

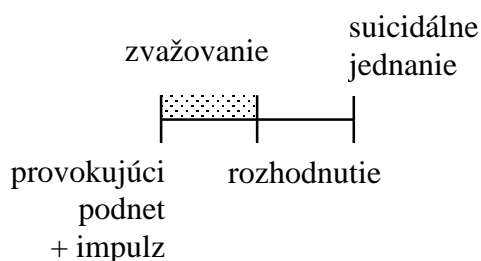
Jedinec pomerne rýchlo vyhodnotí životnú situáciu ako pre neho neúnosnú, avšak k realizácii suicidálneho aktu hneď nepristúpi, pričom dôvody k odloženiu suicidálneho jednania môžu byť rovnaké ako u predchádzajúceho typu (nie je prítomné celkové zúženie, jedinec nemá prístup k metóde alebo čaká na výsledok situácie, ktorú si stanovil ako podmienku suicidálneho jednania) (obr. 12.5). V dobe pred suicidálnym jednaním sa môže nachádzať v stave prežívania negatívnych emócií alebo naopak môže pociťovať dočasnú úľavu, pretože našiel „riešenie“ svojej životnej situácie.



Obr. 12.5 – Tretí typ suicidálneho procesu

Jedinec k suicidálnemu jednaniu pristúpi rýchlo, bezprostredne po provokujúcom podnete, bez zvažovania rôznych alternatív (obr. 12.6). Pre tento typ suicidálneho jednania je typickejšie, že mu suicidálne myšlienky nepredchádzajú, nad suicidálnym jednaním predtým nepremýšľa. Pred suicidálnom aktom sa môže nachádzať v stave zvýšeného napätia, ak je prítomná hrozba nejakej situácie, ktorej sa obáva a ktorá ho ohrozuje, avšak nejedná sa tu o postupné zúženie, ako u predchádzajúcich typov suicidálneho jednania. Nie je to ale nutnou podmienkou, jedinec môže takto

bezprostredne reagovať na provokujúci podnet i bez predchádzajúceho negatívneho prežívania. Tento typ suicidálneho správania je charakteristický pre skratkovité suicidálne akty. Je vykonaný v stave silných emócií. Často u neho chýba úmysel umrieť, ale môže byť motivovaný snahou po rýchlom riešení, priáním niečo dosiahnuť alebo z niečoho rýchlo uniknúť a pod. Provokujúci podnet je často interpretovaný ako ohrozujúci. Častejšie než u ostatných typov suicidálneho jednania je popisovaná depersonalizácia alebo neschopnosť rozpačovať sa na niektoré časti jeho priebehu, čo poukazuje na veľmi silné emócie, ktoré ho môžu sprevádzať. Prostriedok suicidálneho jednania býva u tohto typu taký, ktorý má osoba momentálne k dispozícii.



Obr. 12.6 – Štvrtý typ suicidálneho procesu

Porovnanie výsledkov tejto časti analýzy s výsledkami analýzy suicidalít v priebehu života ukazuje na to, že posledné dva typy suicidálneho procesu bývajú pomerne časté u osôb s trvalou vulnerabilitou k suicidálnemu jednaniu.

Suicidálny proces nie je jednotný, ale vyskytuje sa v rôznych formách. Jedná sa o jednanie, ktoré môže byť náhle, bez predchádzajúcich signálov alebo o jednanie, ktoré síce náhle je, ale signály tu môžeme nájsť už predtým. Okrem jedného typu suicidálneho procesu je prítomný priestor pre zmenu a intervenciu.

Hodnotenie prežitia

Hodnotenie prežitia sa týka toho, akým spôsobom človek hodnotí to, že suicidálne nejednal, suicidálne jednanie prerušil alebo že bol zachránený.

Prvé hodnotenie prežitia

Väčšia skupina ľudí (približne polovica opýtaných) v prvej chvíli po suicidálnom jednaní hodnotila to, že suicidálny akt prežili alebo nedokončili negatívne. Druhú polovicu tvoria osoby, ktoré prežitie hodnotia pozitívne, ambivalentne alebo to, že prežili v prvej chvíli nehodnotia.

S negatívnym hodnotením sa spájajú pocity sklamaní, ľútosť a hnevu, ktorý je smerovaný na okolie (za to, že bol človek zachránený) alebo na seba samého, že suicidálny akt nedokonal. Ak bol hnev smerovaný na seba, prežitie suicidálneho aktu bolo vnímané ako potvrdenie vlastnej neschopnosti a považované za svoje zlyhanie.

„Bylo to ukrutný zklamání ... ono se mi to nepodařilo ...“ (2)

„... jsem byla vzteklá sama na sebe ... vztek, že se neumím ani zabít ...“ (6)

„Že jsem selhal zas ...“ (23)

Neukončenie suicidálneho aktu vnímané ako dôsledok vlastného zlyhania a prejav vlastnej neschopnosti, môže viesť k rozvinutiu ešte väčšej beznádeje a bezradnosti, než boli prítomné v predchádzajúcom období.

Pozitívne hodnotenie je spojované s prežívaním pocitov úľavy a vyjadrovaním vďačnosti za to, že suicidálny akt nebol ukončený a že osoba prežila alebo že svoje jednanie zastavila. Môžu byť prítomné pocity strachu zo smrti a už v tejto fáze môže byť suicidálny akt hodnotený ako „hlúposť“ a prežitie považované za šancu k zmene.

„... úľava strašná a taká nejaká vďačnost' ... ten detinský pocit, ďakujem vám, ja už to nikdy neurobím, ja už budem dobrá ...“ (15)

„... že jsem udělala strašnou hloupost ...“ (16)

„... strach ... nechtěla jsem zavřít oči, aby se nestalo to, co jsem ... se rozhodla ...“ (20)

Len malá časť osôb hodnotila prežitie ambivalentne alebo to, že prežili v tejto chvíli nehodnotila. Tieto hodnotenia boli spojované s apatiou, ktorá po suicidálnom akte u niektorých osôb nastáva v dôsledku fyzických komplikácií alebo psychického vyčerpania, u iných osôb boli prejavy ambivalencie spôsobené tiež ambivalentným prístupom k životu a k smrti a nízkou hodnotou života.

„... mě to tak nějak bylo jedno ...“ (9)

„... nějak jsem to neřešila vůbec ...“ (21)

Hodnotenie prežitia v nasledujúcom období

„Že když jsem to už takhle přežila, nepřezítelný, když jsem přežila, tak prostě jsem strašně šťastná, že tady jsem.“ (9)

Porovnanie hodnotenia prežitia tesne po suicidálnom jednaní a v nasledujúcom období s odstupom od suicidálneho jednania ukazuje, že počas tohto obdobia dochádza k jeho zmenám. Väčšina osôb uvádza pozitívnu interpretáciu i v prípade, ak predtým hodnotili prežitie negatívne a ak bolo sprevádzané pocitmi hnevu, sklamania, ľútosť a prežitie považovali za dôkaz ich zlyhania a neschopnosti. Pozitívne hodnotenie môže byť prítomné i v prípade prítomnosti suicidálnych myšlienok, ak je sprevádzané nádejou na zmenu. Zmena v hodnotení prežitia z hľadiska času bola rozdielna. U niektorých osôb sa dostavovala už po niekoľkých hodinách po suicidálnom akte.

Negatívne hodnotenie prežitia v nasledujúcom období sa vyskytlo u 3 osôb. Jedna z týchto osôb sama suicidálny akt zastavila a v ďalšom období suicidálnych myšlienok pomoc vyhľadala.

„Já měl ten pocit, prostě jakože jsem nula, která to nedokázala ukončit a teď musí řešit ty samé. Když to nedokázala ukončit, tak tady budeš muset řešit ty selhání, teď se v tom budeš muset babrat.“ (23)

Časový odstup hodnotenia týchto osôb od suicidálneho aktu bol rozdielny, od dvoch týždňov po niekoľko rokov. Negatívne hodnotenie je spojené s beznádejou a nezmenenou životnou situáciou, je sprevádzané hnevom na životné okolnosti, ale i na seba samého.

Osoby, ktoré vykazovali pozitívnu zmenu v hodnotení sa od osôb, ktoré túto zmenu neuvádzali, líšili predovšetkým v nádejnejšom pohľade do budúcnosti a vyjadrovali nižšiu mieru beznádeje.

Okolnosti a životná situácia v období po suicidálnom jednaní

Keďže suicidálne jednanie bolo často uvádzané v kontexte životných udalostí, vyjadrenia týkajúce sa týchto udalostí boli prítomné i v popise nasledujúceho obdobia. Pôvodný problém bol popisovaný v kontexte započatej zmeny, vyriešenia problému, jeho pretrvávania v nezmenenej podobe alebo v zhoršení jeho životnej situácie.

- Pôvodná situácia ostáva rovnaká – k zmene životnej situácie alebo psychického stavu nedochádza, jedinec je v rovnakej situácii ako pred suicidálnym jednaním.

„V mým životě se nic nezměnilo a nic se nezmění a já nevím, jaký postoj teď dál ... jsem o tom přesvědčená, že mě už není pomoci, že tak to je už daný a tak to bude.“ (11)

„... já jsem byla pořád strašně unavená, protože pořád jsem ty tři měsíce neviděla žádné východisko, všechno to bylo, ono to bylo pořád stejný, akorát jsem si uvědomila, co jsem to udělala těm dětem.“ (28)

- Pôvodná situácia sa pozitívne zmení – v dôsledku jedincovej aktivity alebo reakcie okolia dochádza k pozitívnej zmene pôvodnej situácie.

„... taky došlo k tomu, že se to vyřešilo to s tím přítelem.“ (19)

- Zmeny sú prítomné, ale sú neisté – dochádza k pozitívnym zmenám v pôvodnom probléme, avšak tieto zmeny sú zatiaľ na počiatku.

„To musím, protože jsem nevyřešil ještě vůbec nic. A mám to jenom, tak jako to plánuju. No posunul bych to nahoru určitě.“ (22)

- Zhoršenie pôvodnej situácie

„... akoby si uvedomujem akoby s takým väčším pocitom akoby zmierenia alebo s väčšou vyrovnanosťou to, že ten vzťah naozaj skončil.“ (17)

Hodnotenie prítomnosti a budúcnosti bolo ovplyvnené spôsobom, akým bola súčasná situáciu interpretovaná.

Prítomnosť suicidálnych myšlienok v období po suicidálnom jednaní

V nasledujúcom období uvádza približne polovica osôb suicidálne myšlienky. Tieto myšlienky môžu byť pretrvávajúce alebo občasné, prichádzajúce v určitých situáciách aj po krátkom období ich neprítomnosti a nezvažovania opakovaného suicidálneho aktu. V prípade, že sa jedná o pretrvávajúce myšlienky, doba ich pretrvávania je rozličná, môže to byť obdobie nasledujúce krátko po suicidálnom jednaní alebo sú tieto myšlienky pretrvávajúce dlhodobo.

Ak sa suicidálne myšlienky objavujú, môžu byť:

- Občasné – suicidálne myšlienky sa objavujú iba v určitých momentoch a rýchlo odoznievajú, nie sú konkrétne.

„... nebyly dlouhodobý. Byly to takový záblesky jako když problikne ohňostroji a pohasne.“ (4)

- Pretrvávajúce krátkodobo – suicidálne myšlienky sú prítomné nielen v určitých momentoch, ale osoba nad nimi intenzívne premýšľa po určitú kratšiu dobu, túto dobu som stanovila do týždňa po suicidálnom jednaní.

„... ten první den jsem měl ještě takový úvahy ...” (7)

„... Na začátku ... možno během dvou třech dní ...“ (6)

- Pretrvávajúce dlhodobo – suicidálne myšlienky sú prítomné nielen v určitých momentoch, ale osoba nad nimi intenzívne premýšľa po dobu dlhšiu než týždeň.

„... celý ten pobyt jsem přemýšlela jenom o tom ...“ (15)

„Tak dalo by se to charakterizovat, sakra, nevyšlo to. Asi budu to muset zkusit znova ... Že jsem to chtěl skončit, a stejně se tady budu muset ještě nějakou chvíli babrat s tím, než to skončím ... No do té střechy. Kdy jsem začal přemejšlet.” (26)

Tieto myšlienky sa môžu objaviť alebo pretrvávajú aj v prípade, že prvotné hodnotenie prežitia je pozitívne alebo tiež v prípade, že suicidálny pokus z vlastného rozhodnutia nedokončil a vyhľadal pomoc (a jeho reakcia na zastavenie tohto jednania je pozitívna).

„Že jsem udělala úplnou hloupost ... byl to hroznej pocit, že vlastně jsem si uvědomila, že bych jim byla vlastně ublížila ... já jsem doma zase spadla do takového nějakého beznadějnýho stavu ... prostě se mi zase vracely takový ty pocity, že se mi nechce žít, vracelo se mi to pořád zpátky.“ (16)

Rizikové faktory

Suicidálne myšlienky v období nasledujúcom po suicidálnom jednaní súviseli s týmito okolnosťami:

- pretrvávajúce alebo zhoršenie psychického stavu – symptómy depresie, úzkosti a pod.

„Napadlo mě to v těch chvílích ... kdy to šlo dozadu a kdy bylo ještě to rozpojování mysli, takže v té depresi mě to napadlo.“ (2)

- pretrvávajúce beznádejného pohľadu - myšlienky na to, že situácia je rovnaká, problémy pretrvávajú ďalej, osoba nenachádza riešenie a prežíva neistotu a bezradnosť ohľadne budúcnosti

„Bylo to ve chvíli, kdy ty problémy nebyly ještě řešeny. Nebylo to řešeno s prací, tady, nevěděl jsem co bude dál, těch problémů bylo hodně

kumulovanejch přede mnou a vypadalo, že je budu muset řešit všechny najednou. To asi byl ten největší okamžik, ve chvíli, když jsem si uvědomil, co všechno jsem způsobil, co se stalo, s tím, že by se to mohlo třeba opakovat, jestli to všechno zvládnou. Jestli mě tady za týden nevyhodějí a já se v tom budu plácet dál.“ (4)

- vyskytnutie sa ďalších stresorov - ktoré môžu súvisieť so základným spúšťacím problémom (negatívna reakcia okolia, ďalšie životné udalosti) alebo sa môže jednať o nové situácie, ktoré nevie jedinec riešiť a prežíva v nich beznádej (emočne vypäté situácie, situácie interpersonálnych konfliktov, situácie, v ktorých prežíva nepochopenie okolím alebo pocity zlyhania)

„V pondělí jsem měla hodně nepříjemný rozhovor s mojí máti a v podstatě mě to dostal tam, do toho stavu, kde jsem byla předtím ...“ (24)

„Nechtěla jsem to udělat, neplánovala jsem nic. Byly to černý myšlenky prostě. Byla to nemohoucnost prostě, s tím, že se to, že to je hrozně těžký, že mě nechápe nikdo ...“ (13)

Súhrne je možné povedať, že podnety, ktoré k zamýšľaniu sa nad opakovaným suicidálnym jednaním vedú, sú veľmi podobné tým, ktoré viedli k suicidálnemu premýšľaniu aj v predchádzajúcom období a odrážajú pretrvávajúce pocity beznádeje a bezradnosti.

Protektívne faktory

To, že sa u jedinca suicidálne myšlienky vyskytujú, môže a nemusí viesť k priamemu suicidálnemu jednaniu. V prípade, že jedinca suicidálne myšlienky napadali, ale na základe ich prítomnosti nejednal, bolo to za prítomnosti dôvodov, ktoré sa týkali:

- prevedenia suicidálneho aktu - nemožnosť okamžitej realizácie, nenachádzanie metódy

„Ono to už trvalo dost dlouho. Jo, tam už, protože ty prášky, to bylo okamžitý rozhodnutí a možnost okamžitý realizace. Kdežto tohle to bylo moc časově náročný, kam, kdy, jak, jo, ale to už tam, to jsem nezvlád jako.“ (1)

- hospitalizácie neumožňujúcej suicidálne jednanie

„... jednak byl kolem něho nějaký saniták ...“ (7)

„... tak co tady jako můžu dělat ...“ (18)

- medikácie
„... člověk byl zblblej práškama ...“ (7)
- aktivizácie a podpory sociálneho okolia
„... to jsem tam pak měla tu podporu daleko větší ...“ (15)
- presvedčení týkajúcich sa uvedomenia si dopadu suicidálneho jednania na okolie, ktoré predstavujú vnútorné prekážky k opakovaniu suicidálneho aktu
„Jako zahnat je. Jako říkat, na toto nemůžeš vůbec myslet, jako už jsi to jednou udělala a jako po druhý to už nemůžeš, prostě nesmíš ... Dítě, rodiče, prostě všechno to, co v té nemocnici. A že jsem si prostě říkala, vždyť ti bude 30, život sakra ještě nekončí, vždyť teprve začíná.“ (16)
- nádeje na zmenu
„... protože jsem doufala, že se to změní.“ (2)
- menšej intenzity týchto myšlienok alebo k ich kratšieho trvania
„Byly to černý myšlenky, ale byly vzdálený.“ (13)
- rezignácie
„... ten den jsem si dala jako ten den D, už jsem se k tomu rozhodla a najednou, najednou vlastně to nevyšlo. A to, jak jsem říkala ta varianta, že by to nevyšlo, tu jsem vůbec nebrala v úvahu, takže já jsem tam neměla „Co když to nevyjde? Co budu dělat potom?“. Tak jsem z toho byla úplně najednou, prostě jsem s tím nepočítala a už jsem chtěla to mít za sebou, a teďka, najednou jsem tady byla a co teď? Co budu dělat teď?“ (30)

Dôvody nepristúpenia k suicidálnemu jednaniu sú odlišné. Na jednej strane to môžu byť dôvody spadajúce do kategórie percepčného, kognitívneho, hodnotového a afektívneho rozšírenia, ktoré osobe umožňujú vzťahnúť sa k adaptívnym presvedčeniam a nádejnejšiemu pohľadu, ale môžu to byť i reštrikčné opatrenia týkajúce sa zamedzeného prístupu k suicidálnemu jednaniu, ako i zhoršenie stavu v zmysle rezignácie a zvýšenia bezradnosti, ktoré človeku v jednaní bránia.

Dôvodom k neopakovaniu suicidálneho jednania tak nemusí byť iba zlepšenie psychického stavu, úľava z prežitia alebo zmena v postojoch. Jedinec môže tiež hodnotiť prežitie suicidálneho aktu negatívne a mať pretrvávajúce suicidálne myšlienky vysokej intenzity, avšak k opakovaniu suicidálneho pokusu nepristúpi. Môže to byť spôsobené nenachádzaním prostriedku k prevedeniu suicidálneho aktu, nedostatkom

energie potrebnej k suicidálnemu plánovaniu a jednaniu, prehĺbením bezradnosti a beznádeje, ktoré ho ale skôr zneschopňujú v jednaní. V predchádzajúcom období si našiel východisko, ktoré sa ale ukázalo ako nefunkčné a ostáva bez neho, čo vedie k zintenzívneniu uvedených stavov, ktoré môžu viesť k apatii alebo rezignácii. V tomto prípade sa ako kľúčové javí nenachádzanie metódy k suicidálnemu aktu, ktoré môže viesť k vyhľadaniu pomoci.

Opakovanie suicidálneho aktu

U pretrvávajúcich suicidálnych myšlienok je riziko opätovného plánovania suicidálneho aktu a jeho následnej realizácie vysoké, ak jedinec nedisponuje protektívnymi faktormi, ktoré by mu v tomto jednaní bránili alebo ak dôjde k zhoršeniu jeho psychického stavu alebo životnej situácie a nevyhľadá pomoc.

„... celý ten pobyt jsem přemýšlela jenom o tom ... Nikdo se mnou nepracoval, nikdo se mnou nemluvil ... Protože mi nikdo nechtěl pomoci ... Tam nebyl nikdo. Tam vlastně třeba když jsem mluvila s našima, tak já jsem s nima mluvila s takovým odstupem ... Kdy to vyvrcholilo k něčemu. Takže předtím se to dalo nějak vydržet a pak jsem měla pocit, že to už nejde vydržet a že už to prostě musí skončit.“ (15)

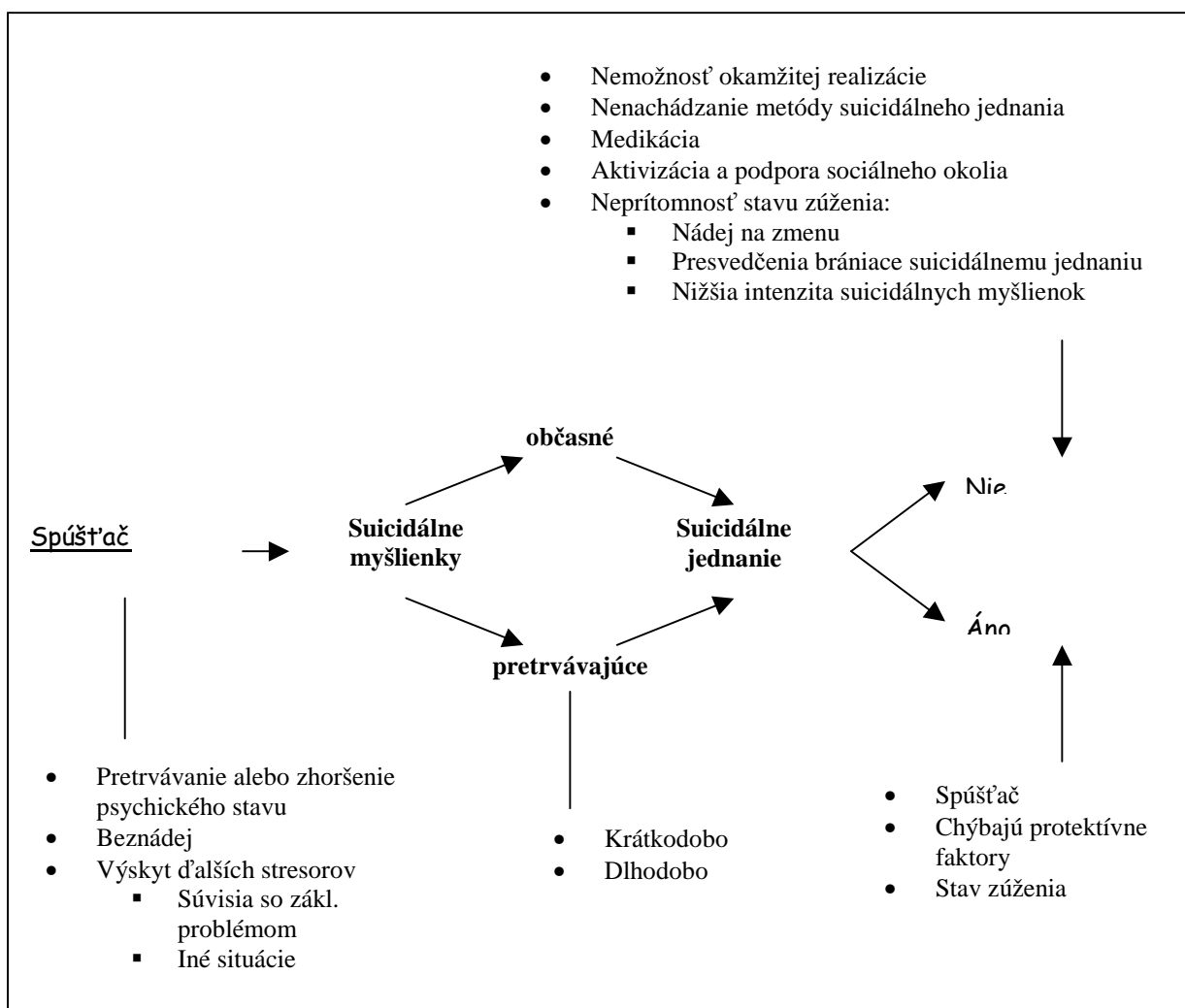
Z 29 osôb, ktoré tvorili výskumný súbor, opakovalo suicidálny pokus v priebehu celého života 10 osôb. 4 z týchto osôb opakovali suicidálne jednanie v priebehu jedného roku. Suicidálne ideácie alebo prerušované suicidálne jednanie v predchádzajúcich životných obdobiach boli časté. 4 osoby opakovali suicidálne jednanie v priebehu jedného mesiaca.

Ak sa suicidálne jednanie opakuje v priebehu niekoľkých dní nasledujúcich po suicidálnom akte, hovoríme o protrahovanej suicidálnej kríze s opakovaným suicidálnym jednaním (Koutek, Kocourková, 1999). Opakované suicidálne jednanie v krátkom časovom období sa v tomto súbore vyskytlo jedenkrát a bolo sprevádzané zmenou použitej metódy. Toto jednanie bolo nasledované po zlyhaní predchádzajúcej metódy. Jedna osoba chcela suicidálny pokus opakovať, k tomuto činu sa ale nemohla odhodlať a rozhodla sa pre vyhľadanie pomoci.

Pre opakovanie suicidálneho jednanie v krátkom časovom období sa jedinec môže rozhodnúť i po tom, čo medzi týmito obdobiami referuje odoznenie suicidálnych myšlienok a vyvinie určité úsilie na zmenu situácie, v ktorej sa nachádza, avšak ak v tomto úsilí zlyhá alebo sa vyskytne ďalší stresor.

„... ty prášky ... mě nějak ztlumily a chtěla jsem prostě už do té práci, kde fakticky nad tím už ani nepřemýšlela a říkám a přemýšlela nad tím, možná jo, možná ne ... Deset dnů jsem byla tady a pak mě pustili domů a za dva týdny, co se mi stalo v práci, co se mi stalo ... prostě co udělám, všechno je špatně ...“ (6)

Charakter suicidálního procesu sa môže v jednotlivých suicidálnych jednaniach meniť. Kým prvé suicidálne jednania môžu byť charakteristické plánovaním suicidálneho aktu, ďalšie môžu byť neplánované, náhle, impulzívne akty, kedy sa jedinec rozhoduje a jedná suicidálne v rozmedzí niekoľkých hodín po spúšťacom podnete. Zmena je opäť možná i na opačnú stranu, kedy ďalšie suicidálne akty môžu byť letálnejšie a premyslenejšie (obr. 12.7).



Obr. 12.7 – Opakovanie suicidálneho aktu

Odoznenie suicidality a prostriedky k jej odozneniu

Väčšina osôb uvádza, že nad opakovaním suicidálneho jednania v rôznom odstupe od suicidálneho jednania prestala premýšľať. Pri hodnotení posledného suicidálneho jednania to bolo 23 osôb. Do tejto skupiny patrili aj osoby, ktoré prežitie v prvej chvíli hodnotili negatívne.

„... já vlastně bezprostředně ještě po tom, když jsem přišla k sobě, tak jsem zase znova cítila zradu od toho života, když už jsem se k tomu konečně odhodlala, proč teda se mi to nepodařilo ... pak když jsem uviděla ty děcka, tak to bylo jasný všechno prostě, že udělali dobře ... Přesto že jsem potom ... nebyla jsem s tím životem vyrovnaná ... přesto jsem už o tom vůbec neuvažovala během toho roku. Ani jednou.“ (28)

Z časového hľadiska dochádza k odozneniu suicidálnych myšlienok hneď na začiatku nasledujúceho obdobia po suicidálnom jednaní alebo až v jeho priebehu.

Odoznenie suicidálnych myšlienok bolo spojované s:

- zlepšením psychického stavu, odoznením symptómov – prostredníctvom medikácie, odpočinku od vypätých emócií za pomoci hospitalizácie
- uvedomením si dopadu suicidálneho jednania na svoje okolie – prostredníctvom kontaktu s blízkymi osobami a pozitívne interpretovanými reakciami okolia, toto uvedomenie bolo sprostredkované tiež samotným suicidálnym aktom
- uvedomením si, že samovražda nie je riešením problémov – prostredníctvom vystavenia sa krajnému spôsobu jednania alebo odstupu od záťažovej situácie
- vyriešením životnej situácie – pomocou vlastných zdrojov alebo za pomoci okolia
- zmeneným pohľadom na životnú situáciu – na základe zrelativizovania svojich ťažkostí prostredníctvom kontaktu s inými ľuďmi v záťažových životných situáciách
- uvedomením si definitívnosti života – prostredníctvom vystaveniu sa krajného spôsobu reakcie

Odoznenie suicidálneho jednania tak môže byť spojené so samotným suicidálnym aktom, prostredníctvom medikácie, hospitalizácie, psychoterapie, vyriešením životnej situácie a reakciou okolia.

Krajná životná situácia

Už samotné suicidálne jednanie môže predstavovať prostriedok zmeny suicidality. Predstava, že jedinec suicidálne jednal alebo že sa k suicidálnemu jednaniu pripravoval, môže vytvárať silný motivátor k zmene.

Ak osoby hodnotili suicidálne jednanie ako neadekvátny spôsob reakcie a prekvapenie nad tým, že k takémuto typu správania pristúpili (nemuselo to byť iba u náhlych suicidálnych aktov), predstavovalo toto zistenie výrazný zásah do ich sebaoňatia. Predstava, že boli schopní zájsť až k takto krajnému jednaniu, ich viedla k presvedčeniu potreby zmeny (ich života, prístupu k nemu alebo k snahe o osobnostnú zmenu).

„No asi ten extrémny zážitok. Ten šok z toho, že som niečo také urobila, že som naozaj toto bola schopná urobiť.“ (17)

„Pomohlo možná to vědomí, že to opravdu dokážu. Že opravdu bych dokázal si na ten život šáhnout. Že to není, do té doby to všechno bylo jenom takový pokusy nebo myšlenky, kdy se to rozplynulo a tentokrát jsem to dokázal. Kdybych to nevyzvracel, tak by ty prášky zabraly. Jo, takže jsem si uvědomil, že to, možná to je taky to, že to není nějaký planý varování v mém mozku, ale že je to reálná skutečnost.“ (4)

Uvedomenie si možnosti smrti môže viesť k uvedomeniu si hodnoty života, k vyhľadaniu pomoci a, alebo aktívnemu postaveniu sa k riešeniu problému.

„Najednou jsem si uvědomila, co jsem udělala a co se vlastně opravdu mohlo stát ... tohleto pro mě bylo takové uvědomění si vlastního života. A toho jak je to sobecké. Myslím si, že jedna věc je o něčem mluvit, a druhá věc je, když to zkusíte, tak zjistíte, že by to mohlo být opravdu definitivní.“ (20)

Aktivizácia vnútorných presvedčení sprostredkovaná suicidálnym aktom môže byť silným protektívnym faktorom i za prítomnosti pretrvávajúcích suicidálnych myšlienok. Predpokladám, že protektívne tu pôsobí to, že v dôsledku stretu s krajnou životnou situáciou jedinec zaktivizuje svoje vnútorné presvedčenia a hodnotový systém.

Stretnutie s blízkymi osobami, reakcie okolia

Stretnutie s blízkymi osobami sa týka uvedomenia si dopadu suicidálneho jednania na okolie a môže byť sprevádzané pocitmi ľútosť a silnou citovou odozvou, ak bol suicidálny akt realizovaný. V období po suicidálnom jednaní môže dochádzať k zvýšeniu empatie k svojmu okoliu, k posunu od seba k druhým. Ak bolo toto uvedomenie prostriedkom zmeny, tvorilo významný protektívny faktor i v prípade, že jedinca suicidálne ideácie napadali aj v ďalšom období. U niektorých osôb sa stalo významným dlhodobým protektívnym faktorom i v ďalšom živote a v obtiažnych životných situáciách.

„Asi že jsem těm lidem kolem sebe musela strašně ublížit. Že když jsem viděla tu ... , že mi přišlo, že najednou je o 30 kilo hubenější, prostě s kruhami pod očima, uplakanou, tak prostě jsem si říkala, tak to bylo snad to nejhorší, co jsem mohla udělat.“ (12)

„Ten pokus o tu sebevraždu, kdy vlastně já jsem neviděla cíl, udělala jsem to, a když přišli druhý den k posteli ty moje dvě děti, tak ty mi otevřeli oči, jsem si říkala panebože, jak jsem jim to mohla udělat. A řekla jsem si, tohle

už jim nikdy udělat nesmím, a musím, aby se to nestalo, tak musím něco změnit ve svém životě. A rozhodla jsem se pro to, že se rozvedu.“ (28)

Reakcia okolia

Pozitívne reakcie poskytujúce podporu, záujem, môžu napomôcť v riešení krízy, hľadani možnosti riešenia alebo úľavy. Môžu slúžiť ako prostriedok k uvedomeniu si vlastnej hodnoty a významnosti pre druhých, k zvýšeniu sebahodnoty, k nádeji, že situácia (problém alebo psychický stav) sa zlepší. Môžu viesť k aktivizácii alebo novovytvoreniu si vnútorných protektívnych faktorov, najmä tých, ktoré sú spojené s uvedomením si dopadu suicidálneho jednania na blízke okolie (deti, partner, rodina, kamaráti a pod.). Jej efekt bol uvádzaný jednak v spojitosti s pocitom podpory a pomoci. Podpora okolia môže poskytnúť dôležité záchytné body a napomôcť v riešení problému. Jedinec sa potom necíti osamotený, čo zvyšuje jeho nádej do budúcnosti, že situácia sa zmení. Pozitívne reakcie okolia dodávajú tiež pocit, že jedinec je pre druhých významný, čo následne zvyšovalo jeho sebahodnotu. .

Medikácia

Medikácia, ktorá viedla k zníženiu symptómov, sprostredkovala úľavu od záťažového psychického stavu, zníženie anxiety, napätia apod.

„Samozrejme i léky.“ (16)

Hospitalizácia

Hospitalizácia chápaná ako chránené prostredie, ktoré poskytuje odstup od problémov môže viesť k prežívaniu pocitu úľavy. Tento efekt môže byť významný u ľudí, ktorí suicidálne jednájú s priáním si odpočinúť alebo uniknúť od problémov, na ktoré nenachádzajú riešenie.

„No a právě strašně jsem nad sebou hloubal nebo přemýšlel jsem, jak jakoby dál. Byli pořád nějaký pohovory. Měl jsem jakoby možnost na těch procházkách s tou cigaretou tady se, prostě měl jsem čas přemýšlet.“ (23)

„Asi jsem si hodně odpočinula. Protože jsem tady první dny, i když byli Vánoce a mě to bylo úplně jedno, protože jsem byla úplně v nějakém tranzu, čili jsem tak jako pospávala, ty prášky jsem měla a potom, když se mi začali vracet neodbytný myšlenky, tak jsem si řekla ne, teď tady nesmíš vůbec nesmíš na nic myslet, musíš tady načerpat sílu.“ (18)

Psychiatrická hospitalizácia cez efekt chráneného prostredia, vzdialenie sa od problémov a vystúpenie zo situácie hodnotenej ako záťažovej, môže prinášať pocit

úlavy. Jedinec má pocit, že na neho nie je vyvíjaný tlak. Zníženie tlaku potom môže viesť k rozšíreniu a môže tak nachádzať riešenia, ktoré predtým nenachádzal.

Porovnanie seba s inými bolo posudzované ako prostriedok k relativizácii vlastných problémov. Situácia, ktorá bola predtým vnímaná ako neprekonateľná, je nazeraná zo širšej perspektívy a jedinec tak má možnosť si uvedomiť hodnoty, ktoré v jeho živote prítomné sú. Na druhej strane môže poskytovať uvedomenie, že nie je sám, kto má problém, čo vedie k zníženiu tlaku na seba.

„... tam jsem viděl nemocní lidi a říkal jsem si, no jako, ty lidi jsou opravdu nemocní a na život si nesáhli. A trpěj ...“ (7)

Psychoterapia

Psychoterapia ako prostriedok zmeny bola uvádzaná v spojitosti so spätnými väzby ostatných, možnosťou pozrieť sa na seba cez ne, cez problémy druhých nachádzať riešenia svojej životnej situácie. Opäť bolo ako prostriedok zmeny uvádzané porovnanie seba s druhými, ktoré viedlo k relativizácii svojich problémov a k rozšíreniu alternatív riešenia.

„Že jsem si tady vyslechla spoustu příběhů, který byli strašný, od týrání v dětství, zneužívání a tak dále. Přes různý peripetie, co se týče nemocí a tak. A já jsem si vlastně uvědomila, že jsem zdravá ženská, která vlastně má celej život před sebou, má zdravý dítě a vlastně jí chybí ta síla.“ (16)

Psychoterapeutický efekt je významný tiež v naučení sa novým copingovým schopnostiam.

„... tady jsem se naučila, no dobře, tak když to nevyřešíš hned, tak to vyřešíš jinak, budeš to vidět jinak nebo tak.“ (12)

Skupinová terapia môže prinášať nádej, že zmena je možná.

„Tak celkom nová bola pre mňa včera tá psychoterapeutická skupina, kde ako som vlastne zistila, že tie problémy sú tak skoro identické alebo u každého trošku iné, u niekoho trošku posunuté, ale ako bol tam práve jeden pán, ktorý to popisoval skoro identicky, ako to mám ja, takže a mala som z neho aj ten pocit, že je v podobnej fázy, akoby teraz, že nachádza v sebe nejakú cestu, ako z toho von, že to podobným spôsobom prežíva. Tak ako aj také uvedomenie, že niekto to má rovnako a dokáže to podobne riešiť. Že som z neho mala pozitívny pocit, že to ide, že sa niekam posúva. Tak taká šanca, že to pôjde aj mne. Taký pocit, že hej, že je to možné.“ (17)

Prostriedky k zmene môžu byť rôzne. Pohybujú sa na škále od zmeny postoja v dôsledku uvedomenia si definitívnosti suicidálneho jednania, nemožnosťou svoj život následne ovplyvniť, cez pozitívne reakcie okolia, ktoré jedinec vníma ako podporujúce a poskytujúce mu pomoc, ale i aktivizáciu presvedčení týkajúcich sa zodpovednosti voči blízkym a uvedomenia si dopadu suicídia na jeho okolie, cez úľavu a zníženie napätia prostredníctvom odstupe od problémov pomocou hospitalizácie, medikácie, ktorá zníži prežívané pocity napätia alebo pridružené symptómy a skvalitní tak človeku jeho bežné fungovanie, až po psychoterapiu, ktorá môže viesť k zrelativizovaniu problémov, pocitu, že jedinec nie je sám, kto problém má, sprostredkovať mu nádej, že v jeho životnej situácii je možnosť zmeny, naučeniu copingových mechanizmov a pomoci pri riešení pôvodnej životnej udalosti.

Postoj k suicidálnemu jednaniu

Definovanie a hodnotenie suicidálneho jednania

„... sebevražda je útěk. Útěk před povinnostmi, před realitou, před tím se rozhodnout ... je to vysvobození jenom pro toho, kdo to udělá, ne pro ty ostatní. Protože ty se budou jenom trápit.“ (20)

Vo fáze predchádzajúcej suicidálnemu aktu je suicidálne jednanie považované za jedinú možnú alternatívu, za jediné možné riešenie alebo východisko zo situácie, ktorá je hodnotená ako neúnosná, ohrozujúca, neznesiteľná, odporujúca ďalšiemu pokračovaniu v živote. Ponímanie samovraždy pred suicidálnym jednaním ako spôsobu riešenia uviedlo 19 z 28 opýtaných osôb. Analýza výpovedí vzťahujúca sa k nasledujúcemu obdobiu po suicidálnom jednaní ukazuje, že pohľad na suicidálne jednanie sa v tomto období u jednotlivých ľudí značne líši.

Najčastejšími pojmami spojenými so suicidálnym jednaním boli riešenie, únik a útek. V niekoľkých prípadoch (4 osoby z 29) bolo suicidálne jednanie označené za volanie o pomoc. Takýmto spôsobom hodnotili osoby zväčša suicidálne jednanie, ktoré bolo vo väčšom časovom odstupe, to znamená, že to bolo jednanie, ktoré sa vyskytlo v minulosti a nejednalo sa tak o posledný suicidálny akt alebo bol odstup od tohto aktu časovo dlhý (v tomto prípade 20 rokov).

K samovražde ako riešeniu sa vyjadrilo 13 osôb. Riešenie spojovali s nasledovnými charakteristikami alebo popismi: „extrémní“, „nejblbější“, „nebylo to správný řešení“, „definitivní“, „není to řešení“, „nejhorší z možných“, „řešení pro mě, není to řešení

situace“, ale i „*správný řešení*“, „*jediné možné*“. 9 z týchto 13 osôb sa vyjadrilo, že samovraždu za riešenie nepovažujú, 3 osoby vyjadrovali ambivalentný postoj (napr.: „... *nebylo správný řešení ... v tu chvíli to bylo správný řešení ...*“, (19)) a 1 osoba vníma suicidálne jednanie ako síce extrémne, ale v danej situácii jediné možné a v určitých životných situáciách adekvátne jednanie.

Tieto charakteristiky ukazujú, že ľudia môžu svoje suicidálne jednanie hodnotiť ako „nesprávne“, alebo naopak, suicidálne jednanie považovať za adekvátne danej situácii a problému, s ktorým sa stretli alebo ho za takéto považovať v určitých životných situáciách.

Únik a útek má v tomto období skôr negatívnu konotáciu a väčšinou sa spojuje s predchádzajúcim pojmom riešenia, kedy je samovražedný akt hodnotený nie ako riešenie, ale skôr ako útek od problému. Takýmto spôsobom sa vyjadrilo 8 z 28 osôb.

Kým v období pred suicidálnym jednaním bol suicidálny akt ponímaný ako jediné možné východisko a jediný možný spôsob riešenia alebo dosiahnutia úľavy, v tomto období ho väčšia časť hodnotí ako: „*sobecký*“ (6, 24), „*zbytečný*“ (7), „*nesmysl*“ (9, 17), „*blbost*“ (12, 17), „*směšný*“ (12), „*zlý*“ (16), „*totálna kravina*“ (17) a podobne. Takéto hodnotenia nachádzame vo výpovediach 16 ľudí.

Typy postojov k suicidálnemu jednaniu

Definovanie a hodnotenie suicidálneho jednania vytvára postoj k suicidálnemu jednaniu. Postoj sa môže pohybovať na dimenzii súhlasu a nesúhlasu s týmto jednaním, môže byť na rovine všeobecnej alebo konkrétnej a môže sa vyskytovať v súvislosti s konkrétnymi alebo naopak nešpecifickými predstavami týkajúcimi sa suicidálneho aktu.

Postoj tak môže byť súhlasný, všeobecný alebo odmietavý (tab. 12.2).

- Súhlasný postoj k suicidálnemu jednaniu – suicidálne jednanie je hodnotené rovnako ako v období pred ním, je vyjadrovaný súhlas a je považované za adekvátne správanie v životnej situácii.
- Všeobecný postoj k suicidálnemu jednaniu – na jednej strane je vyjadrované pochopenie suicidálneho jednania ako extrémneho správania, uvedomenie si jeho dopadu na sociálne okolie a na druhej strane hodnotenie suicidálneho jednania ako v danej chvíli adekvátnej reakcie, jediného možného činu. Suicidálne správanie je označované za pochopiteľný spôsob riešenia v určitých

životných situáciách. Suicidálne správanie je hodnotené s pochopením a je negatívne hodnotené iba vo všeobecnej rovine. Je prítomný postoj áno, ale

„... to byla blbost, protože každá situace má alespoň jedno řešení, pouze smrt už nemá žádné řešení. Ale druhej postoj je, že chápu ... že to, nastávají situace, kdy tohle lidi udělaj ... A dneska, chápu, že tam, v tom okamžiku to bylo jediný možný řešení, definitivní ... skončení se životem je v každém případě určité řešení nějaký životní situace.“ (1)

- Odmietavý postoj k suicidálnemu jednaniu – u tohto typu postoja je prítomné ponímanie suicidálneho jednania ako úniku, úteku, neadekvátneho spôsobu riešenia problému alebo samovražedné jednanie za spôsob riešenia považovaný nie je. Často sú používané už zmienené negatívne hodnotenia suicidálneho jednania. K svojmu suicidálnemu jednaniu je vyjadrovaný odmietavý postoj a rozhorčenie a ľútosť nad týmto jednaním a zároveň tu nie je prítomný postoj áno, ale ... Často je sprevádzané otázkou: Ako je možné, že som takto jednal?
„...to není řešení ... Je to řešení pro mě, není to řešení situace ... útěk a zbabělost ...“ (22)

	Nezmenený postoj	Všeobecný postoj	Odmietavý postoj
Hodnotenie suic. jednania vo všeobecnosti	rovnako ako predtým súhlasné	sebecké a pod.	nie je to riešenie, je to útek, nezmysel a pod.
Hodnotenie vlastného suic. jednania	rovnako ako predtým súhlasné	adekvátne danej situácii pochopiteľné	neadekvátne danej situácii
Hodnotenie dopadu na okolie	Môže byť všeobecná predstava, ale znehodnocovaná (okolie by sa s tým vyrovnalo)	všeobecná predstava	konkrétna predstava

Tab. 12.2 – Charakteristika typov postojov k suicidálnemu jednaniu

Hlavným rozdielom medzi všeobecným a odmietavým postojom je miera súhlasu so suicidálnym správaním u seba samého. Kým ľudia so všeobecným postojom k suicidálnemu jednaniu vzťahujú negatívne konotácie vo všeobecnej rovine, k vlastnému suicidálnemu jednaniu sa stavajú s pochopením a považujú ho za danej situácie za

zrozumiteľné. U ľudí, ktorí k samovražednému jednaniu zaujímajú odmietavý postoj, je typické, že ho nepodávajú k hodnoteniu samovraždy iba vo všeobecnosti, ale tento postoj zaujímajú predovšetkým k svojmu vlastnému suicidálnemu jednaniu. Charakteristické je, že si uvedomujú negatívny dopad suicidálneho jednania na okolie a pohľad presúvajú od seba na druhých.

„Přišlo mi to strašně líto. Byla to lítost, že jsem jim musela strašně ublížit těm holkám.“ (12)

Môžeme teda povedať, že základným rozdielom je miera zvnútornenia tohto postoja. Odmietavý postoj potom nenachádzame iba v rovine všeobecnej, ale i v rovine konkrétnej. Dôležité je tiež to, nakoľko je postoj spojený s konkrétnou predstavou.

Príklad všeobecného postoja:

*„Nebo na základě ty sebevraždy, že to nebylo správný řešení těch problémů a že řešení je vždycky víc. Ač je to třeba pomoc od toho kamaráda.“
„Napadá vás nějaké jiné řešení?“ „Ani ne. Já mám v sobě pořád pocit, že to bylo správný řešení, že v tu chvíli to bylo správný řešení.“ (19)*

Príklad konkrétneho postoja:

„No to, že bych tu nebyl vlastně. Zítřka má přijít dcera za mnou na návštěvu, vlastně já bych jí už nikdy potom neviděl. A že by to asi bylo uspěchaný a to není řešení. Je to řešení pro mě, není to řešení situace. Když jsem se zabýval tím, co bude, když mě vyhodí, třeba, jak já budu tuhleto dceru podporovat a tak. Tak když já se ukončím, takhle, v tomhleto ohledu, tak jak já tohleto ovlivním. No tak to nastane určitě. To nebude co když se to stane, ale to se stane ...“ (22)

Je pravdepodobné, že konkrétna predstava môže v čase krízy vytvárať silnejšiu zábranu pred suicidálnym jednaním než postoj, ktorý je všeobecný. Na zmenu v postoji k samovražde ukazuje to, nakoľko je jedinec schopný tento postoj zastávať na konkrétnej rovine a vo vzťahu k sebe samému.

Zmena hodnotenia suicidálneho jednania z hľadiska času

K zmenenému hodnoteniu samovražedného jednania prichádzajú ľudia bezprostredne po ňom, iní až s dlhším časovým odstupom alebo naopak už počas samotnej realizácie suicidálneho aktu alebo pred ním (obr. 12.9).

Bezprostredne po suicidálnom jednaní myslíme jednu z prvých reakcií, ktorú jedinec po suicidálnom jednaní má a ktorou toto jednanie hodnotí. Nasledujúce obdobie sa týka doby, ktorá nasleduje po suicidálnom jednaní a zároveň sa nejedná o jednu z prvých reakcií. Táto doba môže byť rôzne dlhá. K zmene postoja môže dochádzať i až po niekoľkých samovražedných aktoch.

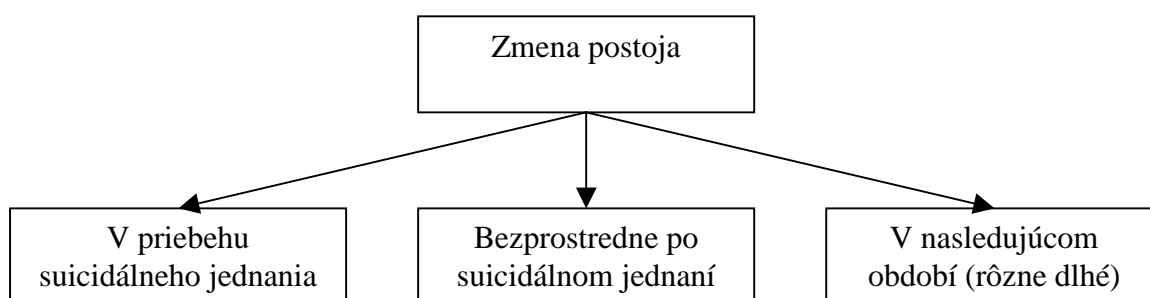
Zmena postoja pred suicidálnym aktom alebo v jeho priebehu, je uvádzaná ako jeden z dôvodov, prečo suicidálne jednanie človek zastavil.

„Nepokusil jsem se proto, protože jsem na tý střeše zjistil, že je to blbost. A že nedělám nic jiného než že utíkám z toho problému.” (26)

Na to, že jediným významným faktorom ovplyvňujúcim postoj k suicidálnemu jednaniu nie je iba vyriešenie pôvodnej životnej situácie alebo odoznenie symptómov, poukazujú:

- zmena hodnotenia samotnými účastníkmi výskumu z hľadiska času:
K zmene hodnotenia suicidálneho jednaní a postoju k nemu môže dochádzať už pred samotným suicidálnym jednaním alebo v jeho priebehu. V takomto prípade predstavuje odmietavý postoj k samovražednému jednaniu protektívny faktor, ktorý jedincovi zabráni v realizácii suicidálneho aktu alebo ho na jeho základe preruší.
- porovnanie podľa doby odstupe prevedenia rozhovoru od suicidálneho jednaní:

Porovnanie ukázalo, že suicidálne jednanie negatívne hodnotili i osoby, ktoré suicidálne jednali a s ktorými bol rozhovor prevedený s krátkym časovým odstupom (do týždňa po suicidálnom jednaní), naopak nezmenené alebo ambivaletné hodnotenie bolo prítomné i u osôb, s ktorými bol rozhovor prevedený v dlhšom časovom odstupe (v tejto súvislosti bol najdlhší odstup 2 a pol roku).



Obr. 12.9 – Zmena postoja k suicidálnemu jednaniu z hľadiska času

Vzťah medzi pozitívnym hodnotením prežitia a postojom k suicidálnemu jednaniu

Zmena hodnotenia prežitia a postoja k suicidálnemu aktu (tj. ako človek svoje suicidálne jednanie hodnotí a ako suicidálny akt definuje) nie sú jednou kategóriou a ani vzťah medzi nimi nie je priamy. Osoby, ktoré zaujímali odmietavý postoj k suicidálnemu jednaniu, hodnotili prežitie suicidálneho aktu alebo jeho nerealizovanie pozitívne.

Avšak i osoby, ktoré prežitie hodnotili s odstupom pozitívne, zaujímali nezmenený alebo všeobecný postoj k suicidálnemu jednaniu a hodnotili ho ako adekvátne situácii, v ktorej sa nachádzali. Suicidálne jednanie naďalej popisovali ako spôsob riešenia problému a uvádzali, že v prípade vyskytnutia sa rovnakej alebo podobnej situácie by vysoko pravdepodobne jednali rovnako.

Kognitívne štýly

Štýl vysvetľovania suicidálneho správania – možnosť jeho ovplyvnenia

Štýl vysvetľovania suicidálneho správania sa týka toho, akým spôsobom jedinec vysvetľuje svoje suicidálne správanie. Typy vysvetľujúceho štýlu sa týkali nasledovných vlastností: príčina, schopnosť kontroly, postoj, zodpovednosť.

Prvým typom je vysvetľovanie suicidálneho správania ako dôsledku vonkajších okolností, nad ktorými jedinec nemá vplyv.

Druhým typom je také vysvetľovanie suicidálneho jednania, u ktorého jedinec vníma ako príčinu svojho suicidálneho správania vonkajšie okolnosti i vnútorné charakteristiky a myslí si, že na tieto okolnosti a charakteristiky nemá vplyv (nemá nad nimi kontrolu). Svoje suicidálne jednanie má tendenciu vysvetľovať prostredníctvom ťažkých životných okolností, prítomnosti psychickej poruchy, správania okolia k nemu a, alebo svojou osobnostnou štruktúrou. Ak aj uvádza suicidálne jednanie v súvislosti s povahovými vlastnosťami, typom emocionalitou a pod., tak k nim nezaujíma aktívny postoj, ale používa ich skôr ako ospravedlnenie svojho správania.

„Já vím, že to je strašně špatný, ale já vím, že to je nějaký můj, jak bych to řekla, můj problém.“ (24)

Osoby, ktoré takýmto spôsobom spätne vysvetľovali svoje suicidálne jednanie, videli možnosť svojho vplyvu na život ako malú, mali tendenciu skôr očakávať pomoc a zmenu z vonku. Je možné povedať, že k ovplyvneniu svojho života zaujímajú pasívny postoj a za jeho obsah nepreberajú zodpovednosť. Na zmenu skôr čakajú, než by ju

sami ovplyvnili. Príčiny tak môžu byť videné i ako vnútorné, ale dôležité je, či si jedinec myslí, že nad nimi má alebo nemá kontrolu.

„... jsem věděla, že kdyby k té situaci došlo znovu, tak to udělám zase.“ (24)

Tretím typom vysvetľovacieho štýlu je uvedomovanie si príčin suicidálneho správania vo vonkajších okolnostiach, schopnosť ich pomenovať, ale zároveň i pomenúvať svoj vplyv na tieto udalosti. Prítomné je spätné zamýšľanie sa nad tým, prečo tieto udalosti jedinec nechal plynúť a neovplyvnil ich. Za prebehnuté udalosti potom preberá zodpovednosť.

„... jak jsem mohla být tak blbá a řešit to tímto způsobem a jednak mi přijde jako hrozně, řekla bych možná nezodpovědný, že jsem tu depresi nechala zajít až takhle daleko. Protože tu depresi mám spoustu let a vždycky jsem to nějak jako vybalancovala. Nikdy jsem se nedostala do takového stavu ...“ (12)

„Ale že takto se to stalo a teď mám zodpovědnost za to, že se to tak stalo.“ (7)

Všetky osoby spojovali obdobie po suicidálnom jednaní s potrebou zmeny. Táto zmena sa týkala buď zmeny vonkajších okolností alebo sa týkala vnútornej zmeny.

Vonkajšia zmena bola uvádzaná všetkými osobami. Oproti tomu, potrebu vnútornej zmeny všetky osoby neuvádzali. Vonkajšia zmena sa týkala najmä zmeny vonkajších udalostí, ktoré stáli na počiatku suicidálneho procesu a boli popisované ako provokujúci faktor. Potreba vnútornej zmeny sa týkala uvedomenia si potreby zmien vo svojom prístupe k životu a jeho utváraní.

Vonkajšia zmena

Očakávanie vonkajšej zmeny alebo uvádzanie vonkajšej zmeny ako prostriedku na ovplyvnenie suicidalít sa týka externého miesta kontroly. Suicidálne správanie je potom spojované s prítomnosťou životných udalostí alebo psychickej poruchy a nesuicidálne správanie je spojované s ich neprítomnosťou. Suicidálne správanie do budúcnosti je spojené s vonkajšími okolnosťami a ich zmenou - na to, aby v budúcnosti človek nejednal suicidálne, považuje za dôležitú zmenu súčasných životných okolností.

„Zbavení se dluhů. Mít jistotu, že mám kde bydlet. Vědět, že můžu dětem pomoci. To by určitě bylo ono.“ (11)

„... já myslím, že když se vyřešej věci s matkou a už jí v životě neuvidím, pak budu úplně v klidu. Protože mě čeká něco novýho. Fakt to chci spoznat, co mě čeká. Hodně ta přítelkyně tam hraje roli teďka. Má mě ráda, stará se o mě.“ (21)

„Ale do těchletých extrémních situací mě celý život dostává rodina. Takže si myslím, že když budu od té rodiny pryč, že žádné takové myšlenky nebudu mít.“ (24)

To, či jedinec je alebo nie je suicidálny potom záleží na prítomnosti alebo neprítomnosti zmeny. Možnosť ďalšieho suicidálneho jednanía je dávaná do súvislosti s tým, na koľko sa životná situácia zmení.

Vnútoraná zmena

Suicidalita a smer ďalšieho života sú ponímané v spojitosti so zmenou vnútornou – interné miesto kontroly. Po suicidálnom jednaní je uvedomovaná potreba nielen zmeny vonkajšej, ale i potreba zmeny vnútornej – zmeny prístupu k životu, k udalostiam, potreba naučiť sa zachádzať so svojimi osobnostnými vlastnosťami a pod.

„A ako to uvedomenie si, že nestačí si veci iba pomenovať, ale že sa musí s nimi ako, že keď si niečo pomenujete, že sa to samo nestačí, že sa to samo nezmení, že vy na tom musíte pracovať, že vy to musíte aktívne meniť, že to, že pomenujete, ano, toto je takto a teraz čakám, že ako sa stane nejaký zázrak alebo niekto zhora to zariadi, aby to bolo inak, tak že to nestačí.“ (17)

„... a teď vlastně si říkám, teď to záleží všechno jenom na tobě, jak to všechno uchopíš a jak to všechno zpracuješ. A když to prostě vezmeš za ten správný konec, netvrdím, že jsem prostě zase takovej šílenec, že si myslím, že se nic špatnýho v životě nestane, ale že jako hrozně mě posiluje to vědomí, že jsem to, já jsem ten tvor, kterej prostě odsud vykročí a záleží jenom na něm, že máš to právo volby a vybrat si a jít tím směrem, kterým ty chceš.“ (12)

Za dôležitú môže byť považovaná i zmena vonkajších podmienok, ale dôraz je kladený na zmenu vnútornú. Ďalšie správanie je spojované s naučením sa zachádzať so sebou (svojimi vlastnosťami, typom emocionality a pod.) a budúci výsledok, prípadne

možnosť opakovaného suicidálneho správania, je považovaný za následok jedincovej aktivity v jeho ovplyvnení.

„... prostě vím, že můžu na sobě pracovat tak sama, tak, že prostě to záleží jenom na mě, jak si ten život vytvořím, jaké k tomu zaujmu postoj ...“ (12)

„To je ta jediná věc, která by mě mohla zase ohrozit. A budu-li prostě ve formě, tak to zvládnou, to je jediný, co pro to můžu udělat ... chci ještě pracovat na tom, abych jsem nebyla až taková rychlá, abych to uměla říct inteligentnějc, potíšejc. Tak jako, to bych jsem ještě ráda zvládla.“ (2)

Smerom do budúcnosti sa teda opäť ako dôležité javí nielen to, kde jedinec vidí príčinu zmeny (interná vs. externá príčina) a na ktorú z nich kladie dôraz, ale i nakoľko percipuje seba samého ako majúceho kontrolu nad sebou.

Môžeme tu teda hovoriť o dvoch odlišných kognitívnych štýloch, akými jedinec atribuje príčinnosť udalostí. Kým jeden štýl sa týka pasívneho prístupu k udalostiam v živote a k sebe samému a nepreberania zodpovednosti za to, čo si človek uvedomuje ako príčinu svojho jednania, druhý štýl sa týka aktívneho prístupu k udalostiam v živote a k sebe samému, ochoty prijať za to zodpovednosť a vyvinúť pre zmenu úsilie. Tieto kognitívne štýly nachádzame v interpretácií správania a udalostí minulých, ako i udalostí a správania prítomných a budúcich. Pre zmenu je dôležité nielen to, že človek je schopný príčinu svojho jednania pomenovať, ale i to, aký postoj k tejto príčine zaujme (aktívny alebo pasívny).

Typy procesu v období po suicidálnom správaní

Typy suicidality boli zostavené podľa kritérií prítomnosti vs. neprítomnosti suicidálnych myšlienok a odstupe od suicidálneho aktu a podľa kategórií, ktoré uvádzam v tabuľke v prílohe.

30. Suicidalita je bez väčšej zmeny, vulnerabilita k suicidálnemu jednaniu pretrváva
31. Suicidalita nie je prítomná, nie je prítomná osobnostná zmena
32. Suicidalita nie je prítomná, je prítomná osobnostná zmena

Suicidalita je bez väčšej zmeny, vulnerabilita k suicidálnemu jednaniu pretrváva

Nedochádza k väčšej zmene suicidality, vulnerabilita a pohotovosť k suicidálnemu jednaniu pretrvávajú, i keď jedinec aktuálne nemusí byť suicidálny, domnieva sa, že sa

nič nezmenilo a že šanca k zmene nie je. Postoj k suicidálnemu správaniu ostáva súhlasný, prežitie je hodnotené ambivalentne alebo negatívne, hodnota života je nízka, nevidí možnosť ovplyvnenia života, suicidalita je dávaná do vzťahu s vonkajšími udalosťami, pretrváva beznádejný pohľad. Kvalita života ostáva rovnaká. Môžeme povedať, že kríza nie je úspešne zvládnutá.

Suicidalita nie je prítomná, nie je prítomná osobnostná zmena

Jedinec nad suicidálnym jednaním neuvažuje, je prítomná nádej, že životné okolnosti budú lepšie, prežitie je hodnotené kladne, kvalita života zodpovedá životu pred suicidálnym obdobím, to znamená, že sa výraznejšie nemení vzťah k sebe ani hodnota života. Krízové obdobie úspešne prekoná, ale bez väčšej osobnostnej zmeny.

Suicidalita nie je prítomná, je prítomná osobnostná zmena - prežitie suicidálneho aktu ako šanca k zmene

Jedinec prejde zmenou, kvalita jeho života sa zvýši oproti obdobiu pred suicidálnou epizódou. Mení sa jeho pohľad na život, ktorý poníma ako hodnotný, dochádza u neho k preskupeniu hodnôt. Prežíva väčšie potešenie a uspokojenie zo života, ku ktorému pristupuje aktívne, s vedomím vlastného vplyvu na jeho priebeh a preberá za neho zodpovednosť. Naučí sa novým copingovým stratégiám, ktoré v prípade krízy môže využiť. Prežitie je spojované so šancou k zmene, novou príležitosťou, potrebou vnútornej zmeny. Zvyšuje sa sebahodnota, sú prítomné pozitívne plány do budúcnosti, nádej na zmenu, radosť z prežitia, zvyšuje sa empatia k okoliu, pohľad na životnú situáciu sa mení, problémy sú relativizované, hodnota života je zvýšená, ako i sebahodnota a vzťah k sebe sa zlepšuje. Postoj k samovražde je negatívny.

„Asi to vedomie, že som dostala tú novú príležitosť. A že si môžem ... vytvoriť ... sama k sebe ... ako zdravší, sebavedomejší vzťah ... naučiť sa ako sama stáť ... pevnejšie na vlastných nohách ...“ (17)

„... jakobych dostala druhou šanci ... Jakobych si řekla, jo, tak tohleto skončilo a máš druhou šanci to začít dělat nějak jinak ... jseš tady, tlustá čára a začneš jinak ...“ (12)

„... vždycky máte dvě možnosti. Buď se posunout dál anebo prostě zůstanete stát. Buď se zvětšíte, anebo vás to prostě utopí.“ (20)

- uvedenie si definitívnosti svojho jednania

„No, že som tam fakt mohla zostať. Alebo že som mohla proste zostať na vozíku.“ (17)

- zmena postoja k samovražde

„Ukončiť život znamená ukončiť si trápení, ktorá opravdu je hrozný, takový jaký jsem nikdy nevěřil a činí ten život nesnesitelný, ale zároveň je to de facto útek a zbabělost. Ukončit život vám může někdo, když prohrajete v souboji třeba, ale ukončit si ho sám znamená ukončit si ho ještě před soubojem. Nebo v průběhu souboje. Ne, teď už ne, protože už se mi chce zase nějak bojovat.“ (22)

„To je ten escapismus dovedenej až úplně dokonce. Člověk ztratí smysl pro zodpovědnost, ztratí smysl pro sebezáchovu, to není žádné řešení. Člověk je srab, utíká, neřeší to nic, je to zbytečný.“ (7)

- uvedomenie si hodnoty života a zvýšenie hodnoty života

„Smysl, že tady sedím a že můžu plácát. To nemuselo bejt. Že je to vlastně zázrak.“ (7)

„Jednak jsem se naučila si vážit víc toho života vůbec, to je první věc. Jednak nahlížím na spoustu věcí jinak.“ (12)

- aktívny prístup k životu

„Řekl jsem si v tu chvíli, je to blbost, jseš sice možná na dně, ale nikde není napsáno, že nemůžeš bejt ještě níž, takže s tím něco dělej prostě.“ (26)

„... já jsem v tom viděla nějakou tu sílu, co mi to dalo, že vlastně o svém životě si rozhoduju sama. Nikdo jiný nemá právo mi ho řídit.“ (20)

- prevzatie zodpovednosti za svoj život

„... že ten život mám a takhle, to bude znít frázovitě. A když ho mám, tak bych ho už neměl zklamat.“ (7)

„... Ale hlavně jsem si uvědomila, že člověk se fakt musí, asi to nebude hned, ale že se člověk musí naučit hodit takovou tu kotvu nebo brzdu, když se ta nemoc začne rozjíždět, tak prostě to nenechat dojít do toho bodu, kdy už jako se vezete, aniž by jste s tím mohla cokoli dělat.“ (12)

- potreba zmeny vonkajšej i vnútornej

„Asi to vedomie, že som dostala tú novú príležitosť. A že si môžem ako vytvoriť ako sama k sebe ... ako zdravší, sebavedomejší vzťah. Ako naučiť sa ako sama stáť ako pevnejšie na vlastných nohách, tak aby som nemala potrebu hádzať svoje starosti na iných, ani aby som nebola tak odvislá od iných ľudí, aby som nebola tak odvislá od toho porovnávania sa s inými ľuďmi a by som si bola viac istá sama sebou. Ako to je teraz pre mňa taký motor, že to je úloha, ktorú mám pred sebou ...“ (17)

- preskupenie hodnôt
- empatia k okoliu, orientácia na druhých, uvedomenie si dopadu suicidálneho aktu na okolie

„A byli to zas ty osudy jiných na těch sezeních, kdy jsem viděl, že ty lidi jsou skutečně nešťastní a trpěli a já jsem v podstatě netrpěl, já jsem byl docela šťastnej člověk.“ (7)

„... je to strašně sobecké. Odejít a nechat ty ostatní okolo v tom, je prostě jednoduché pro toho kdo to udělá, ale co ti ostatní?“ (20)

- zvýšená sebahodnota a zvýšené sebavedomie

„... uvědomení si, že člověk není lhostejnej, že to není pravda“ (7)

„... vždyť jseš docela hodnotnej, ale musíš pokračovat ještě, nějak to dokázat.“ (7)

- nádej

„Je to naděje, těším se docela do práce ...“ (2)

- viera vo svoje schopnosti

„Přece já nemůžu být tak slabá, aby mě zničilo chování teda manžela, nebo že jsem si ho nechala líbit tak strašně dlouho, a nemůžu být slabá, protože musím vychovat kluky.“ (20)

- zmena pohľadu na svoj život

„... jsem začala vnímat ty lidi kolem sebe a říkala jsem si, pane bože, vždyť ty lidi jsou fakt jako nemocní, vždyť mě zase tak jako nic moc není a začala jsem si uvědomovat, že prostě co jsem to udělala za šílenou kravinu, že prostě jsou lidi, kteří jsou na tom daleko hůř než já a že mě vlastně jako vůbec nic nechybí, že vlastně vůbec nechápu, proč jsem to vlastně udělala.“ (12)

- potešenie zo života
- negatívny postoj k samovražde
- orientácia na uskutočňovanie toho, čo predtým človek zanedbával

„A taky, že si budu odpočívát. Odpočívát po svém, a to znamená, že jako, ono to má opravdu veliký význam, si na 5 minut někde sednout a dýchat si a povídat si sama se sebou a udělat si pro sebe něco. Je to ta hygiena, je to potřeba.“ (2)

„... že mám druhou šanci k tomu, abych jsem si ten život začala žít taky pro sebe konečně. A začít se starat o sebe a nějak si ten život začít užívat. Jo, nasměrovat se prostě tak, aby mi ten život začal být příjemnej ...“ (12)

Uvedomenie si definitívnosti svojho jednania znamená uvedomenie si toho, že ak človek spácha samovraždu, jeho život končí. Spolu s ním končí jeho možnosť ovplyvniť veci budúce, ako aj zahodenie a vymazanie predchádzajúcich snažení. S tým súvisí zmena postoja k samovražde. Kým samovražda je v predchádzajúcom období ponímaná ako prostriedok riešenia problému, tu nie je považovaná za je riešením, ale ako útek od problému. Dochádza k uvedomeniu si hodnoty života. Život, ktorý bol predtým prežívaný ako bezcenný a nehodnotný, je následkom toho, že človek mohol o neho prísť, prežívaný ako hodnotný. Akoby pri stretnutí sa s možnosťou jeho straty si ho začali vážiť a sú vďační za to, že prežili, za to, že je možné, aby svoj život mohli utvárať. Hodnota života nemusí byť vzťahovaná iba k definitívnosti suicidálneho aktu, ale môže byť tiež následkom toho, že život sa skvalitnil. Zmena je chápaná ako dôsledok aktívneho prístupu, je potreba k nej nasadiť vlastné sily. S tým súvisí prevzatie zodpovednosti za svoj život, život je vnímaný ako výsledok vlastného jednania. Ide o uvedomenie si vlastných možností, ktoré predtým človek nevidel. Ako dôležitá je potreba zmeny nielen vonkajšej, ale i vnútornej. Ak má ísť človek životom ďalej, musí si ho preštrukturovať. Na to je ale potrebné urobiť vnútornú premenu, ktorá povedie k plnšiemu prežívaniu života. S tým súvisí tiež potreba zmeny životného štýlu a preskupenie hodnôt. Život sa stáva hlavnou hodnotou, žitie pre seba alebo pre okolie, naplnenie života zmysluplnými hodnotami sa stáva dôležitou komponentou predstavy následného žitia. S tým súvisí zrelatívnenie predchádzajúcich problémov. To, čo bolo predtým vnímané ako neznesiteľná situácia, problém, ktorý bol vnímaný ako obrovský, sa naraz zmenšuje. V porovnaní so stratou života a s nemožnosťou aktívne sa na ňom účastniť sa zdá byť menej závažným. K tomuto môže dôjsť aj na základe porovnania

svojich problémov s problémami druhých. Jedinec začína vnímať ľudí okolo seba a tým sa necíti v problematickej situácii sám. Je schopný vnímať ťažkosti druhých a na základe toho sa neprežívať ako ten, ktorému sa v živote dostáva málo. Je schopný vnímať nielen to, čo ho trápi alebo čo mu v živote chýba, ale je schopný vnímať aj to, čo je v jeho živote prítomné a čo má hodnotu. Vidí nielen to, čo nemá, ale i to, čo má a čo mohol stratiť. Dochádza k uvedomeniu si dopadu samovraždy na okolie, ktoré sa týka toho, že samovražda by bola negatívnym zásahom. Empatia k okoliu sa zvyšuje, a to nielen v pojmoch vplyvu suicidálneho aktu na ostatných, ale i v pojmoch väčšieho porozumenia okoliu. Sebahodnota a sebavedomie sa zvyšujú na základe spätných väzieb okolia alebo na základe uvedomenia si svojho významu pre druhých. Jedinec vníma sám seba ako hodnotného, prínosného a dôležitého pre druhých. Zvýšené sebavedomie súvisí s tým, že skompetentňuje seba samého ako zodpovedného za svoj život, jeho naplnenie a smer a verí, že je schopný vo svojom živote urobiť zmenu. Typické je prežívanie nádeje na zlepšenie situácie, viera vo svoje schopnosti a v ďalších fázach, to je potešenie zo života. Pripúšťa, že v jeho živote sa môže vyskytnúť krízová situácia, ale sám seba vidí ako kompetentného k tomu, aby životnú krízu zvládol a v prípade potreby vyhľadal pomoc.

V tejto kategórii sa nachádzali osoby z každej skupiny dĺžky odstupu, a to od minimálneho odstupu (do 7 dní) až po odstup najdlhší (20 rokov). Prežitie suicidálnej krízy môže tak ako akákoľvek iná kríza v živote človeka v sebe niesť potenciál pre zmenu. Ak človek tento potenciál využije, vychádza z krízy zmenený a je schopný svoj život pevnejšie riadiť a usmerňovať.

Protektívne faktory

Protektívne faktory sú príčiny, ktoré ľudia uvádzajú ako významné pre to, aby nejednali suicidálne, to znamená také príčiny, ktoré im v suicidálnom jednaní bránia. Protektívne faktory boli uvedené už u analýzy príčin, pre ktoré ľudia suicidálny akt zastavili a nepokračovali v ňom a tiež v časti týkajúcej sa dôvodov, prečo na základe suicidálnych ideácií v období po suicidálnom správaní nejednali suicidálne. V ďalšej analýze som zhodnotila všetky výpovede celkovo, to znamená, že boli analyzované celé texty, nielen pasáže týkajúce sa suicidálneho aktu. Táto časť je teda súhrnom protektívnych faktorov nielen v dobe suicidálneho jednania, ale i v obdobiach nezáväzných suicidálnych ideácií. Analyzovala som teda texty s otázkou, čo ľudí vedie k tomu, aby napriek

myšlienkam na samovraždu toto jednanie nerealizovali. Na základe tejto analýzy boli vytvorené nasledovné kategórie.

Vnútorne protektívne faktory – presvedčenia a postoje

Sú to presvedčenia a postoje, ktoré sprostredkovávajú jedincovi významné hodnoty v jeho živote a ktoré v čase suicidálnych myšlienok predstavujú dôvody, aby suicidálne nejednal.

Zodpovednosť voči deťom, rodine, blízkym osobám a okoliu

Tento protektívny faktor patril k najčastejším dôvodom, prečo osoby, ktoré nad samovraždou premýšľali, k suicidálnemu jednaniu nepristúpili alebo ho zastavili. Celkovo tento dôvod uviedlo 21 z 29 osôb. Túto kategóriu som ďalej rozdelila na štyri subkategórie.

Do subkategórie zodpovednosť voči deťom boli zahrnuté všetky výroky, ktoré boli spojené iba s deťmi (nie výrokov vzťahujúcich sa k rodine). Celkovo uviedlo tento dôvod 13 osôb zo 17 majúcich detí. Zodpovednosť voči deťom bola väčšinou považovaná za jeden z najsilnejších dôvodov brániacim v suicidálnom jednaní.

„Ale vždycky mě tam skočili ty děti a ty rodiče, že prostě bych jim tím strašně ublížila, že vlastně by ty děti vlastně to nemohli jako. To prostě nejde ... ať myslím na to, že děti budou vyrůstat s tím, že mají mámu sebevražedkyni. Tak to úplně jsem se zhrozila, to jsem říkala, to nechci, aby takhle s tím dle děti vyrůstali. A ty myšlenky skončili ...” (9)

Rozdiely v tejto kategórii boli dané intenzitou ich významu. Jedna žena síce deti ako protektívny faktor uviedla, ale len v niektorých obdobiach života a nepovažovala ho za najdôležitejší protektívny faktor.

Subkategória rodina a blízke osoby sa týka presvedčení vzťahujúcich sa k rodine ako celku (mimo tie, kde boli deti uvedené zvlášť) a presvedčení týkajúcich sa blízkych osôb, ako sú kamaráti a známi. Zodpovednosť voči rodine a blízkym osobám uviedlo celkom 12 osôb.

„Vím, že bych ublížila mámě. No a slíbila jsem to ještě těm dvoum kamarádkám ...“ (13)

Ďalším okruhom sú zodpovednosť voči okoliu. Do tejto kategórie sme zaradili výroky, ktoré sa týkali zodpovednosti mimo okruh rodiny a blízkych osôb.

„... ke mně chodili zákazníci. A já jsem věděla, že nemůžu, že to prostě nejde. Že už jsem měla nějakou povinnost, něco.“ (15)

Do tejto kategórie som zaradila i výroky týkajúce sa domácich zvierat, pretože 4 osoby uviedli starosť o domáce zviera a obavy o jeho ďalšiu existenciu ako dôvod k váhaniu nad suicidálnym jednaním alebo nepristúpeniu k nemu. Všetky tieto osoby boli ženy, bezdetné a slobodné. Jedna osoba uviedla, že si domáce zviera zaobstarala s tým, že predpokladala, že by jej starosť o neho bránila v potenciálnom suicidálnom jednaní.

„... vlastně jsem měla i období nebo chvíle kdy, kdy jsem se na ni dívala a říkala jsem si, že já ji, že ji nenávidím za to, že jsem si ji pořídila, jako že je, a že, a pak se to vrátilo i ke mně, že vlastně proč jsem si ji pořizovala, teďka nemůžu nic udělat. Teď nemůžu nic, to je, a vlastně, zase jsem se dostala k tomu, ale, a pak jsem si ale zase uvědomila, vždyť to si takhle chtěla. To byla tvoje obrana.“ (30)

Zodpovednosť voči cieľom a záväzkom

Táto subkategória bola uvádzaná ako významná aj v prípade, že sa osoba pre suicidálne jednanie rozhodla, ale jeho realizáciu kvôli nedokončeným záväzkom alebo úlohám odkladala.

„... jak jsem si říkala, já musím ještě vydržet, ještě musím přežít tohle, musím ještě vyřešit tohle, mám ještě furt nějaký úkol ...” (12)

„... já jsem měla různé akce ... který jsem musela dotáhnout. Takže to mě táhlo, i když jsem měla chuť si někam zalézt, prostě nekomunikovat, ale na druhou stranu jsem musela, protože to všechno leželo jenom na mě ...“ (8)

Nádej na zmenu

Nádej na zmenu sa týka nádejného postoja, že sa situácia prežívaná ako neriešiteľná alebo psychický stav prežívaný ako bolestný zmení. Tento dôvod vyjadrilo 12 osôb.

„... to nemůžeš vzdát, musíš vydržet ... Že prostě to přejde, že to přejde a bude líp ...“ (16)

„... protože jsem doufala, že se to změní ...“ (2)

Obavy týkajúce sa samotného suicidálneho aktu

Tieto obavy sa týkali následkov suicidálneho aktu v prípade jeho nedokončenia (fyzické poškodenie) a strachu z bolesti, ktorá môže byť s ním spojená. Tento dôvod uviedlo 8 osôb.

„Zbabělost, prostě. Strach z bolesti. Pak jsem si říkal, co když se mi to nepovede?“ (27)

„... jsem se bála toho, že by to znova zase nemuselo dopadnout, ale třeba bych přežila s horší, jako s nějakýma následkama ...“ (30)

Negatívne postoje k samovražde

Negatívne postoje k samovražde sa týkajú postoja, že suicidálny akt nie je riešením problému a má dopad na okolie. Dôvody týkajúce sa postojov k samovražde a uvedomenie si suicidálneho jednania ako úteku a neriešenia problému uviedlo 5 osôb ako významné pri rozhodovaní sa pre nejednanie pri prítomnosti suicidálnych myšlienok.

„To pomýšlení na to, že je to útek. Útek, že já si pomůžu a ostatním asi moc ne.“ (22)

V prípade vnútorných faktorov záleží na význame, ktorý im prikladá daný jedinec. Čím silnejší je daný faktor, o to je suicidálne riziko nižšie. Dôležitá je teda nielen samotná prítomnosť protektívnych faktorov, ale tiež ich intenzita a miera významu pre danú osobu. Ak jedinec vie, že by samovraždu nemal páchať kvôli tomu, že má deti, ale je to pre neho iba všeobecný, nezvnutornený fakt, bez afektívneho a hodnotového vzťahnutia sa k nemu, môže byť potom tento faktor v čase suicidálnych ideácií menej protektívny, než u osoby, u ktorej je uvedomenie si dopadu suicídia na svoje okolie spojované so silným afektívnym a hodnotovým významom, ktorý mu prisudzuje. O čo silnejšie tieto presvedčenia a postoje sú, o to protektívnejšie potom v čase aj závažných životných kríz môžu pôsobiť.

Vonkajšie protektívne faktory – podporujúce protektívne faktory

Prítomnosť sociálnej podpory

Prítomnosť sociálnej opory bola z tejto kategórie dôvodov najpočetnejšie zastúpená. Ako dôležitý protektívny faktor ju vnímalo 10 ľudí.

„Měla jsem tam oporu v rodičích.“ (15)

„Ta kamarádka taky právě. Že jsem měla možnost jakoby s někým o tom mluvit.“ (19)

Zamestnanosť, aktivity, ciele

„... zase jsem si našla novou tu práci, řekla fajn, bude to v pohodě, takže nějak ten kolektiv byl fakt suprovej, perfektní, tak dala se tak nějak dohromady ...“ (6)

„Začal jsem si něco plánovat ... naplánoval jsem si odjezd do zahraničí, těšil jsem se na to, cítil jsem se docela i psychicky silnej, po dlouhý době jsem se radoval ze života ... nějak jakoby ten život měl najednou nějaký smysl.“ (27)

Zmena vonkajších podmienok (vyriešenie problému), zlepšenie životnej situácie alebo primárneho problému (i dočasné)

Zlepšenie životnej situácie a vyriešenie primárneho problému, ktorý stál na počiatku suicidálnych úvah, vedie k odstúpeniu od rozhodnutia k suicidálnemu jednaniu. Zmena vonkajších podmienok vedie k tomu, že jedinec má nádej na zlepšenie situácie. Ak je táto zmena iba dočasná, úľava je tiež dočasná a pri opätovnom zhoršení situácie bolo uvádzané opätovné premýšľanie nad suicidálnym aktom. Tento dôvod uvádzalo 5 osôb.

„Vždycky prostě něco málo se objevilo, kdy prostě byl den dva klid, tak relativní klid ... tak jsem vždycky měla pocit, že to bude lepší. Že už si uvědomil co se děje, že to v podstatě je špatně, a že bude líp ...“ (20)

„Asi to nebylo tak hrozný. Jako byla jsem, myslím si, že jsem byla v depresích, že jsem celý dny jenom ležela, dívala se na strop, ale jako nic se nedělo. Bylo to sice jenom takový prázdno, ty myšlenky přišli, ale nedělo se nic extrémně zlého ...“ (15)

Možnosť odbornej pomoci

Možnosť kontaktovať a obrátiť sa v čase suicidálnych nápadov na lekára, psychológa alebo terapeuta zhodnotilo 6 osôb ako pomáhajúcu okolnosť.

„... záchranný body mám i ... třeba psychologka, doktor ... ale už se to dá někomu říct.“ (30)

Medikácia

Medikácia je videná ako spôsob, akým je možné vo chvíli suicidálnych nápadov danej osobe uľaviť. Úľava od určitých symptómov (napr. nespavosť, depresívna nálada a pod.) môže následne viesť k tomu, že osoba nevníma svoj stav ako natoľko bolestivý alebo po zmiernení depresívnych symptómov dôjde aj k zníženiu intenzity suicidálnych ideácií alebo je v stave popisovanom ako utlmený, kedy nad suicídiom nepremýšľa.

„... mi předeepsala prášky ... jsem se poprvé vyspal. A padla na mě taková úleva ...” (7)

Nedostupnosť k prostriedku prevedenia suicidálneho aktu

Táto kategória sa týka prostriedkov k suicidálnemu aktu. Niektoré osoby, ak si nie sú isté spôsobom prevedenia suicidálneho aktu, k jeho realizácii nepristúpia.

„... hodně mě napadaly myšlenky, že stejně nevím jak a stejně to zase prostě zkažím, tak že z toho nic nebude ...“ (30)

Protektívne môže pôsobiť i to, že prístup k metóde, ktorú by bolo možné okamžite použiť, je zamedzený. V prípade, že takáto metóda nie je „po ruke“, zvyšuje sa možnosť, že suicidálny akt nebude realizovaný a bude vyhľadaná pomoc.

„... nemít hodně léků doma, protože to je ta nejsnadnější cesta pro mě ... Dokonce než jsem přišla sem teďko, jsem sbalila všechny prášky, co jsem měla doma. Co jsem měla, co jsem nepoužívala. Že to bude taková lepší jistota je tam nemít.“ (13)

Nemožnosť okamžitej realizácie sa javí byť významná hlavne pri impulzívnych suicidálnych aktoch, kedy k suicidálnemu činu dochádza okamžite po rozhodnutí a neskôršie sa mnohé osoby vyjadrujú, že v prípade nemožnosti okamžitej realizácie by suicidálne nejednali. Ako významný sa javí predovšetkým prístup k liekom, ktoré sú najčastejším prostriedkom okamžitého použitia (bližšie v kapitole o voľbe suicidálneho prostriedku). Prostriedkom k nedostupnosti metódy a tým k nemožnosti realizácie suicidálneho aktu môže byť tiež hospitalizácia, ktorú uviedli dve osoby.

Ťažký depresívny stav (charakterizovaný diagnostickými kritériami podľa MKN-10, F32)

Tento dôvod síce uviedli iba dve osoby, avšak vzhľadom k zloženiu výskumnej vzorky môže byť významný. Závažný psychický stav je spojovaný s nedostatkom energie k jeho vykonaniu a k bezradnosti, čo vedie k neschopnosti sa k nemu rozhodnúť.

„... to už jsem byla ve stavu, kdy už bych si ani nic neudělala. Že na to je potřeba vyvinout určitou aktivitu, prostě se nějak rozhodnout a nějak prostě ... Chce to poměrně dost energie.“ (25)

Protektivně tu pôsobí predovšetkým nedostatok energie potrebnej k suicidálnemu plánovaniu a realizácii.

Copingové stratégie

Copingové stratégie sa týkajú konkrétnych spôsobov, ktoré pomáhali v tom, aby na základe suicidálnych myšlienok nejednali suicidálne. Sú to spôsoby, ktoré poskytujú dočasnú úľavu od nepríjemných emócií alebo situácie, na ktorú jedinec reaguje suicidálnymi myšlienkami alebo vedú k hľadaniu spôsobu, akým danú situáciu zmeniť. Predstavujú spôsob riešenia a vyrovnávania sa so stresujúcim podnetom.

Najčastejšie zmieňovanými stratégiami boli zaspanie problému, práca, kreatívna činnosť, šport, kontaktovanie blízkej osoby, ale tiež nadužívanie liekov alebo spôsobenie si inej bolesti.

„Když tyhle myšlenky mám, tak jdu prostě, vezmu kolo a jedu 150 kilometrů na kole, nebo vlezu do bazénu, zaplavu si pět kilometrů a ony zmizí. Prostě já to utluču fyzickou aktivitou.“ (26)

„Jakoby hodně nějaká taková titěrná práce, na co se musí člověk soustředit.“ (13)

Užitie nadmerného množstva liekov slúžilo k privedeniu si spánku, ktorý je percipovaný ako spôsob unikania z pre osobu neznesiteľnej situácie a menovaná je tiež jeho podobnosť so stavom nebytia. Užitie zvýšeného množstva liekov uviedli 3 osoby, unikanie do spánku bolo pomerne častým mechanizmom.

„... že jsem začala ty prášky zneužívat k tomu, že ... tak celý den prospím a že ty problémy nemusím řešit. Takže já jsem pak z toho utíkala takhle, že jsem celý dny prospala. Já jsem to už neřešila, bylo mi vlastně dobře. Když byl problém, tak jsem usnula. Takže já jsem z toho začala unikat jakoby jiným způsobem. Ta podpora nějaká byla, nebo věděla jsem, že to není úplně beznadějný, ale nevěděla jsem, jak z toho, tak jako takovej prozatimní, taková byli ty léky.“ (15)

„... já když spím ... si říkám takhle vlastně jako nejsem, jako možná že mi to dává takovej že vlastně nic neprožívám a nejsem.“ (30)

Ďalšou z uvádzaných copingových stratégií je odloženie suicidálneho jednanie (túto stratégiu uviedli 2 osoby) alebo kontaktovanie odbornej pomoci. Používané bolo tiež potlačenie a poprenie.

„Jako zahnat je. Jako říkat, na toto nemůžeš vůbec myslet, jako už jsi to jednou udělala a jako po druhý to už nemůžeš, prostě nesmíš.“ (16)

V čase suicidálnych myšlienok tak boli užívané stratégie behaviorálne, rozptyľujúce i kognitívne, adaptívne (napr. šport, kreatívna činnosť) i neadaptívne (napr. spôsobenie si bolesti, užívanie nadmernej dávky liekov).

Typy protektívnych faktorov sú vo vzájomnej interakcii a vzájomne sa ovplyvňujú. Ak má človek zmysluplné vzťahy, ktoré mu zároveň poskytujú podporu, na základe procesu zvnútorňovania sa tieto vzťahy stávajú základom presvedčenia, že suicidálne jednanie má negatívny dopad na jeho okolie a že má voči tomuto okoliu zodpovednosť. Toto presvedčenie mu potom spolu s odmietavým postojom k suicidálnemu jednaniu môže umožniť vyhľadať podporu a pomoc okolia v čase krízy (copingový mechanizmus).

Ako predpoklad sa ponúka, že časť vonkajších faktorov sa stáva v dôsledku procesu zvnútorňovania presvedčením alebo postojom a ďalšie z týchto faktorov sa zaktivizujú v zmysle vytvorenia copingových mechanizmov. Napríklad vonkajší faktor sociálnej podpory sa zvnútorňuje na presvedčenia a postoje týkajúce sa blízkych osôb a zodpovednosti voči nim a zároveň môže slúžiť ako základ copingového mechanizmu vyhľadania pomoci v čase krízy. K využitiu týchto copingových mechanizmov dochádza za predpokladu, že jedinec disponuje vnútornými presvedčeniami a postojmi, na základe ktorých sa rozhoduje pre nespáchanie samovražedného pokusu a ich použitie.

Protektívne faktory v čase

Otázkou tiež je, čo spôsobuje, či tieto protektívne faktory v čase suicidálnej krízy budú alebo nebudú zohrávať dôležitú úlohu v jedincovom rozhodovaní k suicidálnemu jednaniu. Pri porovnaní výpovedí týkajúcich sa období suicidálnych myšlienok so suicidálnym jednaním a výpovedí osôb, ktoré suicidálny pokus realizovali a ktoré ho prerušili. Ako základný rozdiel sa javí byť zúženie.

V čase suicidálnych ideácií bez suicidálneho jednanía alebo v prípade, že jedinec suicidálne jednanie prerušil, boli používané nasledovné vyjadrenia, ktoré poukazujú na neprítomnosť zúženía:

„...najednou mi probliklo...“ (4), „...v tu chvíli mi promítlo...“ (4), „...vždycky mě tam skočili...“ (9), „... jsem furt měla ten rozum zdravej...“ (9), „...zkoušela jsem to překonat, přemýšlet nad tím...“ (13), „...že jsem se dokázala uklidnit...“ (13), „...protože mi začaly docházet některý věci...“ (15), „...ve chvílích, kdy jsem cítila už jakoby na doraz, tak jsem si uvědomovala...“ (18), „...pomyšlení na to...“ (22), „...v tu chvíli mi asi docvaklo...“ (26), „...nějaká racionální chvílka mi říkala...“ (26), „...začla jsem si uvědomovat to...“ (29), „...začala jsem myslet zase znova, nějak přemýšlet...“ (29), „...už jsem ty lidi viděla...“ (30)

Naopak, v situácii suicidálneho aktu boli používané vyjadrenia poukazujúce na zúženie:

„...úplně jsem zazdila...“ (28), „... jsem o tom dletem vůbec nepřemýšlela...“ (12), „...vůbec jsem prostě neměla před očima...“ (9), „...neschopná ich akoby nějak potlačit' a aby převážilo to ráció...“ (17), „...v tu chvíli jsem vůbec neřešil...“ (23), „...jsem se zhodnotila jako naprosto neschopná...“ (18).

Protektívne faktory som následne rozdelila podľa toho, v akom psychickom stave sa jedinec nachádza - neprítomnosť stavu zúženía, prítomnosť stavu zúženía.

Neprítomnosť stavu zúženía

Neprítomnosť stavu zúženía znamená, že jedinec sa nenachádza v stave percepčného, kognitívneho, afektívneho a hodnotového zúženía. Človek, ktorý sa nachádza v tomto stave, je schopný vnímať svoje okolie a možné dopady suicidálneho aktu na okolie (zodpovednosť voči okoliu), je schopný veriť v možnosť zmeny (nádej, že stav, ktorý prežíva ako neznesiteľný alebo situácia, ktorú vníma ako ohrozujúcu, skončí alebo sa zmení), má presvedčenia odporujúce suicidálnemu jednaniu (negatívny postoj k samovražde), uvedomuje si význam svojich cieľov a záväzkov a môže si uvedomovať obavy zo suicidálneho aktu (strach z bolesti, z možného poškodenia). Neprítomnosť stavu zúženía tak umožňuje aktivizáciu vnútorných protektívnych faktorov, ktoré sa týkajú presvedčení alebo postojov.

Prítomnosť stavu zúženia

V prípade, že sa jedinec nachádza v stave zúženia, sa ako najdôležitejší faktor javí zamedzenie možnosti realizácie suicidálneho aktu. Nápomocná môže byť medikácia.

Rizikové faktory

Na základe analyzovaných dát predpokladáme tieto rizikové faktory:

- Podnet (psychická porucha, životná udalosť alebo ich kombinácia), ktoré osoba negatívne interpretuje
- Percepcia a kognície – kognitívne distorzie (dichotomické myslenie, nadmerné zovšeobecňovanie), nenachádzanie alternatív ako dôsledok dlhodobých kognitívnych štýlov a nízkej schopnosti riešenia problémov alebo ako dôsledok postupujúceho zúženia, prípadne psychickej poruchy
- Hodnoty – zníženie sebahodnoty, hodnoty života, predtým významných hodnotových oblastí ako dôsledok postupného zúženia, psychickej poruchy alebo ako dlhodobo prítomná charakteristika, kedy život je dlhodobo percipovaný ako málo hodnotný
- Afektivita – smútok, beznádej, napätie, úzkosť, zúfalstvo, labilná afektivita
- Zlyhávanie v riešení problému
- Neprítomnosť alebo nedostatok protektívnych faktorov
- Prístup k metóde suicidálneho jednania
- Dlhodobá vulnerabilita k suicidálnemu správaniu
- Nedostupnosť alebo neznalosť intervencie
- Bezprostredný podnet

13. Kvantitatívny prístup

Ciele a výskumné otázky

Použitie kvantitatívneho prístupu sme zvolili s cieľom, aby sme zistili, či osoby, ktoré do suicidálneho jednania vstúpia, sa líšia v subjektívnom hodnotení miery depresívnych symptómov, prežívania zmyslupnosti a presvedčení týkajúcich sa nespáchania samovraždy od osôb, ktoré do tohto jednania nevstúpia alebo ho prerušia sami bez intervencie inej osoby. Druhým cieľom bolo porovnanie zmeny subjektívneho hodnotenia symptómov depresie, prežívania zmyslupnosti a presvedčení týkajúcich sa nespáchania samovraždy u osôb v dobe suicidálnej krízy a v čase realizovania zberu dát. Stanovili sme si tieto výskumné otázky:

Je subjektívne hodnotenie symptómov depresie, prežívania zmyslupnosti a presvedčení týkajúcich sa suicidálneho jednania odlišné v období pred suicidálnym jednaním a po ňom?

Existujú rozdiely v subjektívnom hodnotení depresie, prežívaní zmyslupnosti a presvedčení týkajúcich sa suicidálneho jednania medzi osobami, ktoré do suicidálneho aktu nevstúpia alebo ho prerušia a osobami, ktoré suicidálne jednanie neprerušia?

Hypotézy

Hypotéza 1

Osoby, ktoré suicidálny akt prerušia alebo do suicidálneho aktu nevstúpia budú vo všetkých škálach dosahovať rovnaké skóre ako osoby, ktoré suicidálny akt neprerušia.

Hypotéza 2

V období po suicidálnom jednaní bude subjektívne hodnotenie depresie signifikantne nižšie než v období pred suicidálnym jednaním.

Hypotéza 3

V období po suicidálnom jednaní bude prežívanie zmyslupnosti signifikantne vyššie než v období pred suicidálnym jednaním.

Hypotéza 4

V období po suicidálnom jednaní budú presvedčenia týkajúce sa nespáchania suicidálneho aktu signifikantne vyššie než v období pred suicidálnym jednaním.

Metódy zberu dát, výskumný súbor

Sledovanými premennými boli subjektívne hodnotenie depresie, prežívanie zmysluplnosti života a presvedčenia týkajúce sa nespáchania suicidálneho aktu. Na meranie stanovených premenných som použila tieto metódy (presný popis týchto metód je uvedený v kap. Vymedzenie metodológie):

Subjektívne hodnotenie depresie - Beckova sebaopisujúca škála depresie (BDI-II). Jej voľba bola ovplyvnená častotou jej použitia vo výskumných štúdiách.

Zmysluplnosť života – Škála zmysluplnosti života. Túto metódu som zvolila z dôvodu, že okrem celkového prežívania zmysluplnosti meria tiež kognitívnu, afektívnu a motivačnú komponentu zmysluplnosti života.

Presvedčenia týkajúce sa nespáchania suicidálneho aktu – RFL-48, ktorá patrí k často používaným škálam v oblasti výskumu suicidalít a presvedčení, ktoré sa týkajú dôvodov pre nespáchanie suicidálneho aktu. Jej výber bol ovplyvnený cieľmi výskumu, ktorými bolo zachytenie prípadného rozdielu v presvedčeniach týkajúcich sa nespáchania samovražedného aktu v období suicidálnej krízy a v súčasnosti.

Uvedené metódy boli vyplňované za obdobie poslednej suicidálnej krízy a za aktuálne obdobie.

Mieru subjektívne hodnotenej depresie, zmysluplnosti a presvedčení týkajúcich sa dôvodov pre nespáchanie suicidálneho aktu som porovnávala pre obdobie suicidálnej krízy a pre nasledujúce obdobie najprv u celého súboru. K tomu som použila výsledky škál podľa ich vyplnenia za obdobie suicidálnej krízy a za obdobie doby prevedenia rozhovoru. Porovnaných bolo 29 osôb.

Ďalej som výskumný súbor rozdelila na 2 skupiny, a to podľa kritéria suicidálneho správania. Prvú skupinu tvorili osoby, ktoré suicidálne jednanie prerušili alebo suicidálne nejednali. Túto skupinu tvorilo 11 osôb. Druhá skupina bola tvorená osobami, ktoré suicidálne jednali a toto jednanie neprerušili. Do tejto skupiny bolo zaradených 18 osôb.

Charakteristiky výskumného súboru podľa suicidálneho správania uvádzame v tabuľke 13.1. Ďalšie charakteristiky výskumného súboru (pohlavie, vek, odstup od suicidálneho jednania) na tomto mieste neuvádzame, popisujeme ich v podkapitole Výskumný súbor.

Typ suicidálneho správania	Počet osôb skupina 1	Počet osôb skupina 2
Suicidálne hrozby	1	0
Suicidálne tendencie	5	0
Suicidálny akt prerušený samotnou osobou	5	0
Suicidálny akt neprerušný Samotnou osobou	0	18
Spolu	11	18

Tab. 13.1 – Charakteristika porovnávaných skupín výskumného súboru podľa typu suicidálneho správania

Spracovanie dát

Vzhľadom k veľkosti súboru a neznalosti distribúcie skórov sme pre štatistické spracovanie dát použili neparametrické metódy.

Pre porovnanie rozdielu distribúcie zmenového skóru v súboroch triedených podľa prerušenia a nevstúpenia alebo neprerušenia suicidálneho aktu sme použili Wilcoxonov dvojvýberový test.

Na analýzu zmeny v období pred a po suicidálnom správaní meranú premennými subjektívnej miery depresie, presvedčení týkajúcich sa príčin pre nespáchanie suicidálneho aktu a miery zmysluplnosti sme použili Wilcoxonov párový test. Túto metódu sme zvolili, pretože sme nepredpokladali, že rozdiely v obdobiach pred a po suicidálnom správaní sú u jednotlivých osôb normálne rozložené. Testovali sme zmenu mediánov rozdielov.

Výsledky

Výsledky deskriptívnej štatistiky uvádzame v tabuľkách uvedených v prílohe.

Na začiatku sme kontrolovali rovnaký stav predchádzajúci suicidálnemu jednaniu (u osôb, ktoré suicidálne jednanie prerušili alebo do neho nevstúpili a u osôb, ktoré suicidálne jednanie neprerušili), ktorý by mohol veľkosť zmeny ovplyvniť. Testovali sme zhodnosť distribúcie škál použitých dotazníkov pred a po období suicidálneho správania. Zo všetkých škál sme zistili signifikantný rozdiel na hladine významnosti

$p < 0,05$ iba u jednej škály (škála týkajúca sa obáv zo suicidálneho aktu). Na základe toho môžeme konštatovať, že stav pred suicidálnym jednaním bol u oboch skupín takmer rovnaký. Z tohto dôvodu tiež nepredpokladáme intervenujúci efekt počiatočných hodnôt na analýzu zmeny u našich skupín.

Hypotéza 1 bola potvrdená.

Zmenu sme merali rozdielom skórov po suicidálnom jednaní a pred ním. Tento skór vykázal odlišnú distribúciu na hladine významnosti $p < 0,05$ bol u všetkých škál, okrem dvoch škál RFL-48, a to škály týkajúcej sa obáv zo suicidálneho aktu (SK4) a obáv zo sociálneho odmietnutia (SK5). Tieto výsledky ukazujú na signifikantnú zmenu v miere subjektívne hodnotenej depresie, presvedčení týkajúcich sa nespáchania suicidálneho aktu a miery zmyslupnosti. Zároveň ale poukazujú na to, že signifikantná zmena nie je prítomná v obavách zo suicidálneho aktu a u obáv zo sociálneho odmietnutia.

Hypotéza 2 a hypotéza 3 boli potvrdené. Hypotéza 4 bola potvrdená čiastočne.

Interpretácia výsledkov

Osoby, ktoré sa o suicidálny akt pokúsia a svoje jednanie nezastavia, subjektívne nehodnotia svoj stav predchádzajúci suicidálnemu jednaniu ako depresívnejší než osoby, ktoré suicidálnym jednaním hrozia alebo k suicidálnemu jednaniu sa pripravujú, ale v poslednej chvíli si ho rozmyslia alebo osoby, ktoré do suicidálneho jednania vstúpia, ale prerušia ho. Osoby suicidálne jednajúce (bez prerušenia suicidálneho aktu) nevykazujú tiež signifikantne nižšiu mieru zmyslupnosti života. Presvedčenia týkajúce sa nespáchania samovražedného aktu sú u oboch skupín takmer rovnaké.

V období po suicidálnom jednaní (myslíme i suicidálnych hrozbách, tendenciách) sa signifikantne znížila miera subjektívne prežívanej depresie. Došlo k signifikantnej zmene v hodnotení a prežívaní zmyslupnosti života, osoby nachádzali motivačné zdroje k jeho naplneniu. Nastala zmena v oblasti presvedčení, ktoré sa týkajú nespáchania suicidálneho pokusu, a to presvedčení vzťahujúcich sa k zodpovednosti voči rodine, obavám o deti, zvýšili sa morálne prekážky voči samovražde. Osoby viac verili vo svoju schopnosť a možnosť vyrovnáť sa s problémami, ich pohľad na život sa tak oproti predchádzajúcemu obdobiu stal nádejnejší.

Na druhej strane ale môžeme uvažovať nad tým, že ak človek vstúpi do suicidálneho jednania, obavy spojené s prevedením suicidálneho aktu ostávajú nezmenené. Tieto presvedčenia potom pre neho nevytvárajú protektívny faktor brániaci mu pred

prípadným ďalším suicidálnym jednaním. Zdá sa, že to isté platí i pre presvedčenia týkajúce sa obáv zo sociálneho odmietnutia. To, ako by toto jednanie vnímalo jeho okolie (s výnimkou blízkych osôb) je pre neho málo podstatné i naďalej. Tieto presvedčenia tak nie sú významným protektívnym faktorom, ktoré by mohli vytvárať tzv. brzdu pred suicidálnym jednaním v budúcnosti.

14. Intervenčné postupy

Intervenčné prístupy sa týkajú prevencie i konkrétnej práce s osobou, ktorá je v ohrození suicidálneho jednania alebo ktorá suicidálne jednala.

Prevencia

Ako jeden z predpokladov prevencie suicidalít sa ukazuje dostupnosť odbornej pomoci v čase krízy. Dostupnosť pomoci znamená nielen existenciu odborných pracovníkov, ktoré takúto pomoc ponúkajú, ale i informovanosť verejnosti o ich existencii a funkci a informovanosť širokej verejnosti.

Vyjadrenia účastníkov poukazujú na to, že ich informácie o tomto type pomoci neboli vždy dostačujúce. Nie sú to len predstavy o psychiatrických liečebniach, ale tiež predstavy o profesii psychológa, psychiatra, o fungovaní krízových centier. Mnoho z opýtaných účastníkov uviedlo, že znalosť možnosti pomoci je pre nich uľavujúca a v otázke možnosti zvládnutia prípadnej ďalšej suicidálnej krízy ju považujú za jednu z najdôležitejších.

„A třeba mě hrozně uklidňuje takový ten, možná je to blbost, takový ten, že tady je to krizový centrum, mi dodává takovou jistotu a pocit bezpečí, že kdyby bylo tak jako jo špatně, že prostě tady někdo je těch 24 hodin a vlastně tím, že to tady už znám, tak se sem člověk asi přestane. Jako jo, dřív bych jsem si řekla, co bych tam asi tak dělala. Jako já nepojedu někam do blázince, no to nepřichází vůbec v úvahu, ale teď vím ... že bych jsem sem jela s tím, že mi není dobře a že vím, že by mi někdo prostě pomohl ... Mě fakt strašně uklidňuje to vědomí toho, že prostě když bude nejhůř, že prostě můžu sednout do auta a přijet.“ (12)

Ďalším významným bodom môže byť informovanosť verejnosti o psychických poruchách, a tiež o priebehu životných kríz, pretože prevedená analýza poukazuje na to, že životné udalosti môžu byť jedným zo spúšťacích faktorov suicidálnej krízy.

Významnou otázkou je dostupnosť prostriedkov suicidálneho jednania. Vyjadrenia účastníkov poukazujú na to, že predovšetkým v náhlych suicidálnych aktoch zohrávajú významnú rolu prostriedky okamžitého použitia, ktoré má jedinec k dispozícii a že jedným možným typom správania je, že ak osoba takýto prostriedok nemá, je vyššia pravdepodobnosť, že suicidálne jednanie nebude, ale že vyhľadá pomoc, či už odbornú

alebo pomoc okolia. Úplne zamedziť prístup k prostriedkom suicidálneho jednania je úlohou nereálnou, avšak je úlohou aspoň čiastočne reálnou v jednotlivých prípadoch.

Intervencia

Spôsoby intervencie rozlišujeme podľa stavu, v akom sa jedinec nachádza:

Stav pohotovosti - intenzívneho zúženia

Ak sa sa jedinec nachádza v stave percepčného, kognitívneho, afektívneho a hodnotového zúženia, je riziko suicidálneho jednania vysoké. Základnou intervenciou je jeho zabezpečenie a zamedzenie prístupu k prostriedku realizácie suicidálneho aktu. Takýmto prostriedkom môže byť medikácia, hospitalizácia a rozšírenie, ktoré umožní jedincovi aktivizáciu jeho vnútorných protektívnych faktorov.

Krízová intervencia by v tomto prípade mala byť zameraná na poskytnutie rozšírenia. Ak sa jedinec v takomto stave nachádza, nenachádza alternatívy k životnej situácii, významné hodnoty buď strácajú význam alebo si ich neuvedomuje, často sa nachádza v stave silných emócií, ktoré vedú ku kognitívnym distorziám (dichotomické myslenie, nadmerné zovšeobecňovanie) a ktoré môžu ovplyvňovať jeho schopnosť nachádzať alternatívne riešenia. Rozšírenie sa týka ponúknutia možných alternatív k danej situácii, podpory existujúcich významných hodnôt a presvedčení a postojov.

Ak sa osoba nachádza v stave intenzívnych emócií, môže napomôcť tiež medikácia sprostredkujúca ich skľudnenie.

Neprítomnosť stavu zúženia:

V prípade, že sa jedinec v stave zúženia nenachádza a nie je v akútnom ohrození suicidálneho jednania, sa opäť ako základný protektívny faktor javí odstránenie prostriedku okamžitého použitia, aby v prípade náhleho suicidálneho impulzu nemal tento prostriedok k dispozícii. Na základe vyjadrení účastníkov môžeme predpokladať, nedostupnosť okamžitej metódy môže byť v niektorých prípadoch protektívna a viesť osobu k vyhľadaniu pomoci. V terapii je dôležité zamerať sa na aktivizáciu a posilnenie presvedčení a postojov a copingových mechanizmov, ako aj na odstránení stresoru, ktorý k suicidálnemu zvažovaniu viedol (či už je to životná udalosť, ktorú jedinec vníma ako neriešiteľnú alebo psychický stav, ktorý považuje za neznesiteľný).

Môžeme predpokladať, že významné je posilnenie adaptívnych životných prevedčení a postojov, ktoré vedú k odmietnutiu suicidálneho jednania ako spôsobu riešenia nielen na všeobecnej rovine, ale predovšetkým na rovine konkrétnej. Prevedená analýza dát

poukazuje na to, že ak má jedinec konkrétnu predstavu dopadu suicidálneho aktu na jeho okolie, táto predstava sa môže stať významným dôvodom brániacim v realizácii suicidálneho aktu.

U ľudí, ktorí popisovali odmietavý postoj k suicidálnemu jednaniu nielen vo všeobecnej rovine, ale spojovali ho i s konkrétnou predstavou dopadu suicidálneho aktu, bol typický interný lokus kontroly, vyjadrovali možnosť svojho ovplyvnenia životných udalostí i seba samého a zároveň mali vysoké self-efficacy. V terapii môže byť efektívne zamerať sa na schopnosť kontroly a možnosť ovplyvnenia života i seba samého, v presunutí na aktívny prístup k životu i k sebe samému. Ak človek tento postoj nemá, môže byť riziko suicidálneho jednania u neho pri strete so záťažovou životnou situáciou (či už je jej príčinou životná udalosť alebo psychická porucha) zvýšené. Dôležité je nielen pomenovanie problému, ale i aktívny prístup k jeho riešeniu. Sprostredkovanie adaptívnych copingových stratégií môže napomôcť v čase ďalšej suicidálnej krízy. Adaptívne copingové stratégie by mali byť zamerané na kognitívne štýly a schopnosť riešenia problémov, ako i na reguláciu emotivity. Z copingových stratégií sa ako významné javia tie, ktoré rozširujú alternatívy riešenia, napomáhajú generovať možné riešenia problémov a znižujú nadmerné zovšeobecňovanie. Pre úspešné odstránenie suicidalít sa ako významné javí vedenie klienta k zvýšeniu vnímanej sebaúčinnosti.

Ku copingovým stratégiám zameraným na reguláciu emotivity patria také, ktoré napomáhajú zvládnutiu negatívnej emocionalít a zníženiu intenzity afektov, ktoré umožnia jedincovi racionálny prístup k problému.

„Protože ono jak jste v té černé díře, tak ono, myslet, to je hezký, ale to můžete skončit tak, že tam člověk zasa padá zpátky a že když tam má jako nějaký takový chňapky, jenom to třeba, že tam začne dechat nebo tak ...”

(7)

„... jsem se naučila, no dobře, tak když to nevyřešíš hned, tak to vyřešíš jinak, budeš to vidět jinak nebo tak.” (12)

Väčšina osôb uvádzala, že k suicidálnemu jednaniu nepristúpili vo chvíli, keď boli schopní premýšľať nad dôsledkami svojho aktu, a preto predpokladám, že i disponovanie copingovými stratégiami na zníženie intenzity afektov a ich použitie môže predstavovať jeden z protektívnych faktorov.

Dobre zvládnutá suicidálna kríza môže byť rovnako, ako akákoľvek iná kríza v živote človeka, začiatkom osobnostného rastu. Zdá sa, že k tomu, aby človek mohol z tejto krízy vyjsť zmenený, sú potrebné dve veci. Jednou je motivácia daného človeka a uvedomenie si potreby zmeny a druhou je poskytnutie mu tejto možnosti kvalitnou starostlivosťou. Výstižne to vyjadrujú slová jednej z účastníčok výskumu:

„Já poprvé chodím k psychologovi a netušila jsem, že vlastně cizí člověk když slyší, mi může říct, proč se to tak děje. Protože jsem měla pocit, že si to můžu vyřešit sama, a ono to nejde, některé věci. Ale tu sílu změnit něco, musíte mít v sobě, podle mě si myslím.” (20)

Efekt prípadnej hospitalizácie môže byť odlišný v tom, akým spôsobom ju využije. Vo väčšej časti prípadov bola chápaná ako prostriedok k ochrane (chránené prostredie, „efekt skleníku“). Prostredníctvom odstupu od problému môže poskytnúť zníženie tlaku, ktorý jedinec ohrozený suicidálnym jednaním prežíva a pomocou toho tiež znížiť intenzitu stavu zúženia a napomôcť mu byť schopným generovať viac potenciálnych riešení k životnej situácii.

V terapii sa ako významné javí zameranie sa na rozšírenie klientových perspektív a zameranie na zvýšenie aktívneho prístupu k problémom.

15. Diskusia

Cieľom tejto práce je hlbší pohľad do fenoménu suicidality a popísanie procesu, ktorý predchádza suicidálnemu jednaniu a ktorý po ňom nastáva. Na začiatku tejto práce stála otázka, čo suicidálny proces ovplyvňuje a ako prebieha. Aké sú jeho možné typy a za akých podmienok sa ľudia pokúsia svoj život ukončiť. Nemenej dôležitou bola otázka, čo sa s človekom deje po tom, či k suicidálnemu jednaniu pristúpi a toto jednanie prežije.

Už samotné vymedzenie suicidálneho pokusu je pomerne nejasné. Niektorí autori ho považujú za kvalitatívne inú formu správania než je dokonané suicídium, kým ďalší definujú suicidálne správanie na kontinuu, na ktorom suicidálny pokus stojí pred dokonanou samovraždou (Koutek, Kocourková, 2003). Analýza rozhovorov poukazuje na značnú rôznorodosť suicidálneho správania. Kým niektoré suicidálne akty osôb výskumnej vzorky boli dlhodobo premýšľané a zvažované, u iných sa jednalo o náhle jednanie, bez predchádzajúceho zvažovania, ale ako výsledok momentálneho rozhodnutia. Môžeme tak uvažovať nad tým, že samovražedný pokus vo všeobecnosti môže byť nejednotným fenoménom, ktorého zaradenie na kontinuum suicidality alebo jeho vymedzenie ako kvalitatívne odlišného jednania, môže byť obmedzujúce. Stanoviť úmysel suicidálneho jednania je taktiež obtiažne, pretože koncept úmyslu je problematický. Na základe analýzy dát sa ponúka predpoklad, že úmysel, teda cieľ, s ktorým jedinec do suicidálneho aktu vstupuje, môže byť kombináciou viacerých. Môže sa jednať o pranie po klude, úľave, odpočinku, uniknutie od stavu alebo situácie, ktoré považuje za pre neho neznesiteľné, ale môže byť i prostriedkom k dosiahnutiu nejakého cieľa, formou riešenia problému, z ktorého nenachádza východisko, potrestanie niekoho, i snaha niekoho naopak ochrániť.

Kategóriou, ktorá sa vynorila už v počiatkových fázach výskumu, bolo zúženie. Tento pojem už vymedzil E. Ringel, vo svojej teórii ho používa i E. Shneidman (1992). Analýza dát poukazuje na predpoklad, že tento stav je prítomný i v impulzívnych suicidálnych aktoch, ktoré, ako sa zdá, sú realizované za prítomnosti intenzívnych afektov, avšak prebieha tu oveľa rýchlejšie. Shneidman (1992) definuje samovražedný akt ako zúfalý čin osoby, ktorá je rozrušená, jej myslenie je zúžené a trpí neznesiteľnou a nezrozumiteľnou bolesťou. Rush a Beck (1978) definujú suicidálne jednanie ako prejav túžby uniknúť problému, ktorý sa javí byť neriešiteľný alebo situácii, ktorá je považovaná za neznesiteľnú. Beznádej a bezradnosť sú charakteristickým sprievodným

javom suicidálneho jednanía. Beznádejnosť a bezmocnosť sa týkajú negatívnych očakávaní vzťahujúcich sa k sebe a k budúcnosti. Jedinec si myslí, že je neschopný a očakáva, že pre neho neexistuje pomoc a že aktuálna záťažová situácia sa v budúcnosti nezmení. Suicidálne myšlienky sa potom vzťahujú k tomu, že vníma svoju situáciu ako neznesiteľnú, neudržateľnú alebo beznádejnú. Svoje zážitky negatívne interpretuje a zároveň očakáva negatívne dôsledky jeho aktuálnej situácie. Vzťah beznádejnosti a samovražedného správania je dlhodobo skúmaný a výskumy v tejto oblasti poukazujú na to, že beznádej silnejšie predikuje suicidálne správanie než depresia (napr. Beevers, Miller, 2004; Brown et al., 2000; Sidley et al., 1999), ktorá je uvádzaná z psychických porúch ako najčastejší rizikový faktor.

Z hľadiska prevencie a terapie suicidálneho jednanía považujem za dôležité zmieniť otázku kognitívnych štýlov, miesta kontroly a vnímanej sebaúčinnosti. Predpokladom môže byť, že ak jedinec nevníma seba ako osobu majúcu vplyv na vývin svojho života a udalostí, s ktorými sa stretne, môže jeho suicidalita byť viac závislá od vonkajších podmienok. Pre zmenu je dôležité nielen to, že človek je schopný príčinu svojho jednanía pomenovať, ale i to, či k tejto príčine zaujme aktívny alebo pasívny postoj, teda či prevezme zodpovednosť za svoj život a za svoje správanie. Yalom (1980) uvádza, že prijatie zodpovednosti za svoj život je v spojitosti s vnútorným a vonkajším lokusom kontroly. Ak človek prijme zodpovednosť za svoj život, môže potom vyvíjať väčšiu aktivitu v jeho ovplyvnení. Naopak, ak túto zodpovednosť neprijme, nevyvíja potom aktivitu k tomu, aby svoj život ovplyvnil a je vydaný napospas vonkajším udalostiam alebo emóciám, čo môže v záťažových situáciách viesť k beznádejnosti, o ktorej som sa zmieňovala vyššie. Môžeme povedať, že tento kognitívny štýl zodpovedá Seligmanovej naučenej bezmocnosti. Výsledky viacerých výskumov hypotézu vzťahu medzi vnímaním vlastného vplyvu na udalosti a rozvojom suicidality potvrdzujú. Napríklad Wingate et al. (2006) a Malone et al. (2000) zistili, že presvedčenia, že človek je schopný zvládnuť alebo mať kontrolu nad vonkajšími alebo vnútornými ohrozeniami, predstavujú protiklad k beznádejnosti, a tým môžu chrániť pred suicidálnym jednaním.

Tiež Jack a Williams (1991) zistili, že u suicidálnych jedincov sú prítomné dysfunkčné atribúcie, ktoré sa týkali stabilných, globálnych a negatívnych atribúcií. Dysfunkčné atribúcie pri strete s nepríjemnými udalosťami vytvárajú pocity beznádejnosti a deficitu v copingových schopnostiach. Ak sú dysfunkčné atribúcie skombinované s vysokou úrovňou porúch nálady, môžu vytvárať riziko ďalšieho sebaublženia.

Kognitívne distorzie, ako sú dichotomické myslenie, nadmerné zovšeobecňovanie, nenachádzanie alternatív, môžu byť dôsledkom postupujúceho zúženia alebo dlhodobých kognitívnych štýlov jedinca. Tieto sú bohato rozpracované predovšetkým v kognitívne orientovaných výskumov, za hlavné práce tu patria výkumy Neuringera (1961, 1967) alebo Becka (napr. Weishaar, Beck, 1990). Jedným z typov suicidálneho procesu je postupujúci proces zúženia. Avšak Petrie, Chamberlain a Clarke (1988) sa domnievajú, že kognitívna rigidita je skôr odrazom depresívneho ladenia týchto osôb než unikátneho suicidálneho vzorca myslenia. Ak sa pozrieme na rizikové faktory, ktoré sa s týmto procesom postupného zúženia spájajú, je možné v nich nájsť mnoho znakov spoločných s depresívnymi symptómami.

Na zníženie zmysluplnosti života a jeho hodnoty u suicidálnych jedincov poukazoval už Frankl (1999). Analýza dát poukazuje na to, že k tomuto zníženiu môže dochádzať dvomi spôsobmi. Môže odrážať postupujúci proces zúženia alebo sa môže jednať o trvalo nízku mieru prežíanej zmysluplnosti a hodnoty života. Orbach et al. (2003) uvádzajú, že suicidálne osoby dosahujú nižšie skóre v životnom zmysle a vyššie skórujú v psychickej bolesti. Ďalej zistili signifikantne negatívne korelácie medzi životným zmyslom na jednej strane a psychickou bolesťou a suicidálnym správaním na strane druhej. Niektoré pokusy o samovraždu tak môžu byť spojené s existenciálnym vákuom, bezcieľnosťou života, neschopnosťou nájsť v ňom konkrétny, špecifický zmysel. Naopak, schopnosť vidieť životnú perspektívu, životné smerovanie a cieľ, mať realistické plány do budúcnosti a poznať dôvody "prečo žiť" môžu vytvárať oporu aj v kritických a náročných situáciách jedinca.

K diskusii ešte považujem za dôležité zmieniť, že analýza postojov poukazuje na rozdiel vo všeobecnosti a konkrétnosti výpovedí. Tieto som v práci definovala pojmami všeobecný a odmietavý postoj k suicidálnemu jednaniu. Rozdiel medzi nimi je daný práve konkrétnosťou, s akou jedinec suicidálne jednanie odmieta. Je možné predpokladať, že čím konkrétnejší je nesúhlas so suicidálnym správaním (to znamená konkrétna predstava týkajúca sa dôsledku suicidálneho jednania spájajúca sa s postojom k nemu), o to väčšia bude pravdepodobnosť, že v situácii záťaže k suicidálnemu jednaniu nepristúpi. Výsledky výskumu, ktorý previedli McAuliffe et al. (2003), ukazujú na to, že tolerantnejšie postoje k samovražde sa spájajú s považovaním samovraždy ako možného riešenia problémov a že osoby so závažnejšími suicidálnymi myšlienkami majú tolerantnejší postoj k samovražde (McAuliffe et al., 2003). Zhodné

výsledky priniesol výskum realizovaný v populácii mladých ľudí (Joe, Romer, Jamieson, 2007).

Weishaar a Beck (1990) zaraďujú medzi špecifické kognitívne deficity suicidálnych jedincov predovšetkým dysfunkčné predpoklady a postoje, dichotomické myslenie, kognitívnu rigiditu a deficity v riešení problémov. Títo autori sa domnievajú, že v prípade, že suicidálny jedinec zlyhá v riešení situácie a nie je schopný vytvoriť alternatívne riešenie problému, volí samovraždu ako únik z takejto situácie.

Provokujúcim podnetom vedúcim k vzniku suicidálnych myšlienok boli negatívna interpretácia životnej udalosti a, alebo prítomnosť psychickej poruchy. V zhode s Hawtonom (2002) môžeme povedať, že suicidálne jednanie sa často vyskytuje v nadväznosti na také životné udalosti, ktoré daný jedinec vníma ako pre neho negatívne a ktoré sa objavia na pozadí dlhodobjších životných problémov. Tieto udalosti môžu byť rôzneho druhu a môžu byť kombináciou viacerých udalostí. Samovražedné správanie je potom bezprostrednou reakciou na akútnu alebo chronickú frustráciu pri čelení zdanlivo neriešiteľnej situácii. Opäť sa ale môžeme vrátiť k beznádejnosti a nenachádzaniu alternatív riešenia. Ako významné sa javili také udalosti, ktoré jedinec interpretoval ako netolerovateľné, nezlučiteľné so životom, neúnosné a ktoré viedli k rozvoju alebo momentálnemu prežívaniu bezradnosti a bezmocnosti.

Do výskumnej vzorky boli tiež zahrnuté osoby, ktoré pri prítomnosti suicidálnych myšlienok suicidálne nejednali alebo suicidálne jednanie zastavili. Výsledky kvalitatívnej analýzy ukázali na protektívne faktory, ktoré sa týkali copingových mechanizmov, presvedčení a postojov a vonkajších protektívnych faktorov, ktoré napomáhajú pri prítomnosti suicidálnych myšlienok k tomu, aby osoba nejednala suicidálne. Protektívnymi faktormi, ktoré sa týkajú presvedčení a postojov, sú: zodpovednosť voči okoliu, rodine a deťom; zodpovednosť voči cieľom a záväzkom; nádej na zmenu; obavy týkajúce sa suicidálneho aktu; negatívny postoj k samovražde.

Na kvantitatívne zhodnotenie som použila dotazník RFL-48, ktorý zisťuje mieru presvedčení týkajúcich sa dôvodov pre nespáchanie samovraždy. Škály, ktoré obsahuje, sa týkajú: copingu a nádeje (presvedčenie, že človek je schopný sa s ťažkosťami vyrovať); zodpovednosti voči rodine a okoliu; obáv o deti; strachu zo samovražedného aktu; strachu zo sociálneho odmietnutia; morálnych prekážok voči samovražde.

Porovnanie obsahového významu škál dotazníku RFL-48 a kategórií protektívnych faktorov poukazuje na ich zhodnosť, s výnimkou škály RFL-48 strachu zo sociálneho odmietnutia. Táto kategória nebola účastníkmi pomenovávaná ako postoj, ktorý by im

bránil v realizácii suicidálneho aktu. Výsledky kvantitatívneho spracovania dát poukazujú na to, že v období po suicidálnom pokuse v tejto škále nedochádzalo k signifikantnej zmene. Môžeme usudzovať na to, že v oboch typoch metodologického prístupu nebol strach zo sociálneho odmietnutia významným presvedčením pre nespáchanie suicidálneho aktu.

Kvantitatívne výsledky tiež ukazujú na to, že osoby, ktoré suicidálne nejednali alebo suicidálne jednanie prerušili v porovnaní s osobami, ktoré suicidálne jednali, sa signifikantne nelíšili v miere subjektívne hodnotených depresívnych symptómov, prežívaní zmysluplnosti a presvedčení týkajúcich sa dôvodov pre nespáchanie suicidálneho aktu. Keďže dotazníky boli vyplňované s inštrukciou o zhodnotenie posledného týždňa a nie samotného suicidálneho aktu, môžeme tak vysloviť hypotézu, že jedným z predpokladov pre nespáchanie suicidálneho aktu je neprítomnosť zúženía.

Jedinou škálou so signifikantným rozdielom bola škála týkajúca sa strachu zo suicidálneho jednania. Môžeme predpokladať, že jedinci, ktorí samovražedný akt zastavia, majú väčšie obavy zo samovraždy, než osoby, ktoré suicidálne jednanie nezastavia. Môžeme uvažovať nad tým, v ktorej časti suicidálneho procesu potom dochádza k zmene. Analýzy výpovedí osôb, ktoré suicidálne nejednali, vytvárajú predpoklad, že hlavným rozdielom sa javí byť rozšírenie a aktivizácia vnútorných protektívnych faktorov. Linehan et al. (1983) ich potvrdzujú ako významné dôvody pre nespáchanie samovražedného pokusu a ktoré významne odlišujú suicidálne a nesuicidálne osoby.

Z hľadiska procesu sa javí ako významné to, či prevažuje miera beznádeje alebo nádeje v prežívaní a interpretácii životnej situácie.

Štýl copingu a emočnej regulácie sa vzťahuje k tomu, akým spôsobom jedinec zvláda a vyrovnáva sa so stresujúcimi podmienkami alebo udalosťami (aktívnym alebo pasívnym spôsobom) a akým spôsobom reguluje vlastné emočné, fyziologické, behaviorálne a kognitívne reakcie na stres (Coyne, Lazarus, Aldwin, 1981). Optimálnou copingovou stratégiou je využitie rôznych spôsobov copingu, tzn. copingu zameraného na reguláciu emócií i copingu zameraného na riešenie problému. Pod štýlom copingu môžeme rozumieť i to, aké stratégie jedinec používa na zvládnutie suicidálnej krízy.

Tieto výsledky nám môžu ukazovať cestu psychologickému intervencii u ľudí ohrozených suicidálnym jednaním. Predpokladáme, že zameranie sa na prijatie zodpovednosti, schopnosť usmerňovať a riadiť svoj život a posilnenie vedomia, že zmenu je možné dosiahnuť, môže byť účinným spôsobom v prevencii suicidálneho správania. Ako

významné sa javia tiež copingové mechanizmy, ak jedinec nimi disponuje, jeho ohrozenie suicidálnym jednaním môže byť nižšie.

Z podporujúcich protektívnych faktorov analýza poukázala na prítomnosť sociálnej podpory, zamestnanosť, aktivity, ciele, zmena vonkajších podmienok (vyriešenie problému), zlepšenie životnej situácie alebo primárneho problému, možnosť odbornej pomoci, medikácia a nedostupnosť k prostriedku prevedenia suicidálneho aktu a adaptívne copingové mechanizmy. V prípade, že jedinec disponuje týmito protektívnymi faktormi, je pravdepodobnejšie, že i v čase suicidálnych myšlienok nebude jednať suicidálne.

Z analýzy obdobia nasledujúcom po suicidálnom jednaní sa vynorila téma prežitia ako šance k zmene. Môžeme predpokladať, že suicidalita môže u jedinca pretrvávajúť, alebo môže odoznieť, alebo môže odoznieť a zároveň priniesť zvýšenie kvality života. Posledná kategória znamená, že sú osoby, ktoré využijú obdobie nasledujúce po suicidálnom jednaní k osobnostnému rastu. Vzhľadom k tomu, že osoby výskumnej vzorky boli v rôznych časových odstupoch od suicidálneho jednania, som porovnávala tieto výsledky i so zastúpením jednotlivých osôb v týchto skupinách. Toto porovnanie ukázalo, že v každej z týchto skupín sa vyskytovali osoby s rôznym časovým odstupom od samovražedného jednania.

Na prežitie ako šancu k osobnostnej zmene tiež poukazujú Yalom (1980) a Kastová (2000). Kastová (2000) uvádza, že človek môže zo suicidálnej krízy vyjsť zmenený a práve v tomto období byť otvorený psychoterapii. Tiež Granello a Granello (2007) vymedzujú 3 možné štýly zvládnutia krízy – jedinec zostáva v nízkej úrovni fungovania aj po odznení krízovej situácie alebo sa vráti do predchádzajúcej úrovne fungovania alebo z krízy vystúpi s vyššou úrovňou fungovania než bola tá, ktorá sa vyskytovala pred ňou. To znamená, že si vytvorí nové schopnosti copingu a obnoví si prostredníctvom tejto skúsenosti pocit sebaúčinnosti. Tento koncept môžeme nájsť v teóriách krízy ako šance. Subkategórie, ktoré sa vzťahovali ku kategórii vnútornej zmeny boli definované nasledovne: prežitie je šancou k zmene, zvýšenie hodnoty života, prevzatie zodpovednosti za svoj život, potreba zmeny vonkajších podmienok i zmena vnútorná, preskupenie hodnôt, empatia k okoliu a orientácia na druhých, zvýšená sebahodnota a zvýšené sebavedomie, nádej, viera vo svoje schopnosti, zmena pohľadu na svoj život, potešenie zo života, orientácia na sebarealizáciu, samovražda ako definitívum, zmena postoja k samovražde, uvedomenie si dopadu suicidálneho aktu na okolie, negatívny postoj k opakovaniu suicidálneho jednania.

Keďže tieto zmeny, okrem posledných štyroch, nachádzame aj v spojitosti s efektom psychoterapie, môžeme tu uvažovať nad tým, čo túto zmenu spôsobí. Ak zhodnotíme skupinu osôb, u ktorej sme identifikovali kategóriu vnútornej zmeny, boli to osoby, ktoré po suicidálnom jednaní prešli psychoterapiou, ale i osoby, ktoré psychoterapiu neabsolvovali. Na jednej strane to teda môže byť už vkročenie do suicidálneho aktu, ktoré u niektorých ľudí môže pôsobiť natoľko silne, že tento akt zabrzdia a začnú hľadať iné spôsoby zvládania alebo riešenia ich súčasnej situácie. Tieto osoby akoby sa pri strete s najkrajnejšou možnosťou reakcie obrátili, pozreli sa naspäť a začali spätne dohľadávať také možnosti reagovania, ktoré nie sú v kontraste so životom. Tiež samotný suicidálny akt ako spôsob krajného jednania bol v niektorých prípadoch príčinou ďalšieho nezvažovania suicidálneho jednania. Na základe analýzy dát sa ponúka hypotéza, že práve vystavenie sa takto krajnému jednaniu môže v jedincovi vyburcovať sebazáchovné mechanizmy a stať sa pre neho motiváciou k zmene. Účastníci výskumu, ktorí uvádzali prežitie ako šancu k zmene a uvedomenie si tohto následne po suicidálnom akte alebo v jeho priebehu, hovorili o uvedomení si hodnoty života, významných hodnôt v živote a o zhrození sa nad tým, že zašli k takto krajnému spôsobu jednania.

Na druhej strane, táto zmena ale môže byť tiež efektom psychoterapie, pretože nie všetky osoby, ktoré v období nasledujúcom po suicidálnom jednaní hodnotili potrebu vnútornej zmeny, takto reagovali už po suicidálnom pokuse.

V zhode s Kastovou (2000) môžeme premýšľať nad tým, či suicidálna kríza je u niektorých ľudí krízou podobnou iným životným krízam, ale s extrémnym spôsobom reakcie. Kastová (2000) uvádza, že medzi nimi môžeme nájsť mnoho podobných znakov – mimoriadne zúženie životných možností, ochudobnenie emócií a neschopnosť sa presadiť alebo kreatívne vyriešiť problém. Životné udalosti stoja často na počiatku suicidálnej krízy, rovnako ako je tomu u iných životných kríz. Pre potvrdenie tejto hypotézy by som navrhla katamnesticke sledovanie alebo longitudinálny výskum osôb po suicidálnom pokuse, u ktorých môžeme nájsť uvedené znaky.

Suicidalita tak zrejme môže prebiehať v kontexte dlhodobej vulnerability jedinca k tomuto jednaniu, byť výrazom depresívnych symptómov alebo dôsledkom životnej udalosti, ktorú jedinec interpretuje ako neriešiteľnú, neúnosnú a zaťažujúcu.

V tejto časti sa ešte pozastavím u metodologickej stránky práce a jej limitoch. Pre naplnenia cieľa práce som zvolila kvalitatívny prístup a pre spracovanie dát metódu zakotvenej teórie. Tento prístup so sebou prináša obmedzenia týkajúce sa

zovšeobecnenia výsledkov na širšiu populáciu, čo je dané nereprezentatívnosťou vzorky a menším počtom skúmaných osôb. Cieľom tejto práce nebolo zovšeobecnenie výsledkov na celú populáciu, ale zachytenie a popísanie suicidálneho procesu. Práve kvalitatívne metódy umožňujú zachytiť študovaný jav v jeho hĺbke a dynamike (Švaříček, Šed'ová et al., 2007; Strauss, Corbinová, 1999).

Limitom tohto prístupu je možné subjektívne skreslenie dát vplyvom osobného spracovania a skúseností s danou témou. Pri použití metódy rozhovoru môže vzniknúť skreslenie dané tým, že skúmaná osoba si uvedomuje, že je skúmaná, a preto sa štylizovať do určitej role. Z tohto dôvodu som sa snažila o zvýšenie validity tým, že som použila metódu triangulácie, ktorá je najčastejšie používanou v kvalitatívnom výskume. Jej základom je použitie rôznych zdrojov dát (vzorky), rôznych spôsobov získavania dát, spätná väzba odborníkmi a validizácia prostredníctvom odbornej literatúry. Na zvýšenie reprezentatívnosti problému boli dáta zozbierané od odlišných ľudí v odlišnom čase od suicidálneho jednania, v odlišnom veku, zastúpené sú obe pohlavia. Pre získanie dát boli použité viaceré metódy, a to rozhovor, pozorovanie, anamnestické údaje a dotazníkové metódy. Použila som tiež kombináciu prístupov a na poskytnutie pohľadu z inej perspektívy som zaradila i kvantitatívny prístup. Prostriedkom k zníženiu subjektivity hodnotenia analyzovaných dát a zaistenie väčšej objektivity boli konzultácie s odborníkmi, ktoré sa týkali kódovania aj interpretácie dát. K dodatočnej validizácii výsledkov, ako i názvu niektorých kategórií, mi slúžila odborná literatúra.

K zníženiu skreslenia výpovedí som sa tiež snažila zaistiť atmosféru dôvery. Uvedomujem si, že práve téma suicidality, aktuálnej prítomnosti suicidálnych myšlienok a postoja k suicidálnemu jednaniu je rizikovou témou predovšetkým v prípade, že skúmaná osoba je v čase realizácie výskumu v ústavnej psychiatrickej liečbe. Skreslenie môže byť dané tým, že jedinec sa môže obávať dôsledkov svojich výpovedí. K zníženiu tohto dopadu som používala opakované, inak formulované otázky, ktoré sa k týmto kategóriám vzťahovali. Okrem toho, pri analyzovaní dát sme sa zamerali nielen na to, čo daná osoba vypovedá, ale i na to, akým spôsobom svoje postoje a názory formuluje. Napriek uvedeným možným obmedzeniam, ktoré sa vzťahovali k jednému z miest zberu rozhovoru (hospitalizácia v psychiatrickej liečebni), niektoré osoby prítomnosť suicidálnych myšlienok i možnosť opakovania suicidálneho pokusu v budúcnosti uvádzali.

Za významné nielen pre hľadisko validity výskumu, ale i pre hľadisko klinickej praxe s populáciou suicidálnych osôb, považujem zmieniť to, že štýl, akým sa pýtame, môže do značnej miery ovplyvniť odpoveď, ktorú dostaneme. Priama otázka na premýšľanie nad suicidálnym jednaním môže byť značne nevalidná. Ako užitočné sa mi javili otázky: Čo by vás v budúcnosti mohlo priviesť k myšlienkam o samovražde?, V akej situácii by ste nad samovraždou premýšľal znova? a pod. Domnievam sa, že takto postavené otázky nám o suicidalite jedinca vypovedia viac, než priamo položené. Tiež analýza dát poukazuje na to, že jedinec môže vo všeobecnej rovine verbalizovať názor, že suicidálne jednanie je „sebecké“, „zlé“, ale zároveň podávať rýchlu odpoveď, v akých situáciách by jednal suicidálne (pozorovanie). Za užitočnú považujem tiež otázku týkajúcu sa toho, akým spôsobom by človek riešil situáciu, ktorá ho k suicidálnemu jednaniu priviedla. Takáto otázka nám môže ukázať, že jedinec nedisponuje dostatočnými copingovými zdrojmi k riešeniu krízových situácií a v prípade výskytu záťažovej udalosti môže zvyšovať pravdepodobnosť, že jedinec bude jednať suicidálne. Na deficit v riešení problémov poukazujú mnohé výskumy (napr. Weishaar, Beck, 1990).

Aby bola vzorka reprezentatívna vzhľadom k výskumnému problému, boli do výskumného súboru zaradené i osoby, ktoré suicidálne jednanie zastavili alebo k suicidálnemu jednaniu napriek prítomnosti suicidálnych myšlienok nepristúpili. Zaradenie týchto osôb pomohlo v definovaní rozdielov a podobností medzi osobami, ktoré suicidálne jednú a ktoré suicidálne nejednú alebo suicidálne jednanie prerušia. Na druhej strane, ako obmedzenie tohto výskumu si uvedomujem neprítomnosť osôb so závažným somatickým postihnutím po jeho vykonaní, ktorých zaradenie by mohlo ovplyvniť charakter analyzovaných kategórií týkajúcich sa obdobia nasledujúceho po suicidálnom jednaní. Ďalším limitom týkajúcim sa zostavenia výskumnej vzorky je tiež nezaradenie osôb s psychotickou poruchou. Doplnenie vzorky o tieto osoby by mohlo taktiež rozšíriť informácie o suicidálnom procese a o období po ňom nasledujúcom a priniesť informácie o tom, na koľko je tento proces odlišný a v čom sa zhoduje. Zaradenie kvantitatívneho prístupu sme zvolili s cieľom, aby sme zistili, či osoby, ktoré do suicidálneho jednania vstúpia, sa líšia v subjektívnom hodnotení miery depresívnych symptómov, prežívania zmysluplnosti a presvedčení týkajúcich sa nespáchania samovraždy od osôb, ktoré do tohto jednania nevstúpia alebo ho prerušia sami bez intervencie inej osoby. Druhým cieľom bolo porovnanie zmeny subjektívneho hodnotenia symptómov depresie, prežívania zmysluplnosti a presvedčení týkajúcich sa

nespáchania samovraždy v dobe suicidálnej krízy a v súčasnosti. Nevýhodou, ktorá môže skresľovať výsledky je spätný zber dát. Výsledky tak môžu vykazovať nižšiu validitu zapríčinenú časovým odstupom, pretože výskumná osoba si nemusí byť schopná presne spomenúť, ako sa v tejto dobe cítila alebo ako premýšľala. K zaradeniu týchto metód ma napriek možnosti uvedeného skreslenia viedla snaha zistiť subjektívne hodnotenie stavu pred suicidálnym jednaním a subjektívneho posunu a zmien osôb po suicidálnom jednaní. Ďalším obmedzením použitých dotazníkových metód môže byť to, že neboli štandardizované na českú populáciu, čo môže ovplyvniť ich validitu.

Za prínos tejto práce považujem jednak zhrnutie výskumov v oblasti suicidality a pohľad na rôzne typy suicidálneho procesu, jeho možného pokračovania v období po ňom, definovania rizikových a protektívnych faktorov a ich vzájomnej účinnosti. Pre intervenčné postupy sa uvedené rizikové a protektívne faktory môžu stať miestom vyššej pozornosti. Znak, ktoré sa objavujú u jedincov s úspešným zvládnutím suicidálnej krízy by bolo vhodné ešte overiť pomocou ďalšieho výskumu pomocou katamnestického alebo longitudinálneho designu výskumu. Sledovanie i tých osôb, ktoré úspešne prejdú suicidálnou krízou môže byť významným prínosom pre pole suicidológie v oblasti prevencie a terapie osôb po suicidálnom pokuse alebo aktuálne suicidálnych.

ZÁVER

Suicidálny proces je komplexný fenomén vyskytujúci sa v rôznych variantách. Vzniká na podklade životných udalostí, psychickej poruchy, dlhodobej vulnerability jedinca k suicidálnemu správaniu alebo ich kombinácie. V prípade, že na počiatku suicidálneho procesu stojí životná udalosť, k rozvoju suicidálneho procesu dochádza vtedy, ak ju jedinec subjektívne hodnotí ako významnú, nezlučiteľnú s pokračovaním v živote a nenachádza z nej riešenie.

Suicidálnemu jednaniu nemusia vždy suicidálne myšlienky predchádzať. K rozhodnutiu k realizácii suicidálneho aktu môže človek dôjsť buď v období predchádzajúcom suicidálnemu jednaniu a ďalej sa k nemu odhodlávať alebo čakať na výsledok situácie, ktorú hodnotí ako neúnosnú alebo k nemu môže dôjsť až v čase tesne pred suicidálnym jednaním. V takomto prípade jedná následne po spúšťacom podnete. Tento typ je charakteristický pre skratkovité suicidálne akty, avšak môže sa vyskytnúť i u osôb, ktoré nad suicidálnym jednaním uvažovali už v období predtým alebo mali predstavy o úniku zo situácie prežívanej ako neznesiteľnej. Iným typom suicidálneho procesu je postupné zúženie v oblasti afektov, percepcie, kognícií a hodnôt.

K suicidálnemu jednaniu dochádza, ak sa jedinec nachádza v situácii, ktorú vníma ako neznesiteľnú alebo neriešiteľnú, ak sa nachádza v stave zúženia, nedisponuje protektívnymi faktormi alebo nie je schopný ich v dôsledku zúženia percipovať a ak má prístup k metóde suicidálneho aktu. V dynamike suicidálneho procesu je základom prevaha beznádejnosti alebo naopak, protektívnych faktorov, akými sú predovšetkým silné presvedčenia odporujúce samovražde, zodpovednosť voči okoliu a nádej.

Protektívne faktory, ktoré môžu osobu v suicidálnom jednaní zabrzdiť, sú presvedčenia a postoje, ktoré zastáva a ktoré samovražde odporujú, podporujúce faktory a copingové mechanizmy. Presvedčenia sa týkajú zodpovednosti voči rodine, deťom, blízkym osobám, zodpovednosti voči cieľom a záväzkom, nádeje na zmenu, obáv spojených so suicidálnym aktom a predovšetkým odmietavý postoj k suicidálnemu správaniu. Významné pre ďalšiu zmenu je zaujmutie aktívneho postoja.

Suicidálne jednanie môže byť jednorázovým spôsobom jednania človeka, ktorý sa nachádza v pre neho neznesiteľnej situácii, z ktorej nevidí riešenie. Môže byť tiež opakovaným vzorcom správania, akým sa správa v situáciách, ktoré poníma ako neznesiteľné a nemajúce východisko. Predpokladám, že na to, aby sa suicidalita stala

jednorázovým aktom, je nutné úspešné zvládnutie suicidálnej krízy, ktoré v sebe nesie nielen vyriešenie okolností spojených so vznikom suicidálnych myšlienok (či už je to nejaká životná udalosť alebo depresívne symptómy), ale i zmenu postoja k suicidálnemu správaniu, postoj k sebe, k životu, k okoliu, teda tzv. vnútornú zmenu. Prežitie suicidálneho pokusu a aktívny postoj k ďalšiemu životu potom môže byť u niektorých osôb začiatkom osobnostného rastu.

Predpokladáme, že u osôb, ktoré využijú suicidálnu krízu k osobnostnému rastu, je nižšia pravdepodobnosť, že v ďalšom živote, i pri strete s náročnými životnými situáciami, budú reagovať suicidálne. Na to, aby sme tento predpoklad mohli potvrdiť, doporučili by sme výskum osôb, ktoré vykonali suicidálny pokus pred mnohými rokmi a od tej doby suicidálne nejednali. Ďalším vhodným designom by mohli byť longitudinálne štúdie, v rámci ktorých by osoby po suicidálnom jednaní boli skúmané dlhodobo.

LITERATÚRA

ALDWIN, C. M. et al. (1989). Does Emotionality Predict Stress? Findings from the Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, vol. 56, iss. 4, pp. 618 – 624.

ANDOVER, M. S., ZLOTNICK, C., MILLER, I. W. (2007). Childhood Physical and Sexual Abuse in Depressed Patients with Single and Multiple Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007, vol. 37, iss. 4, pp. 467 – 474.

APTER, A., OFEK, H. (2002). Personality Constellations and Suicidal Behaviour. In Van Heeringen, K. (ed.). *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2002, pp. 94 – 120. ISBN 0-471-98803-0.

APTER, A. et al. (1991). Correlates of Risk of Suicide in Violent and Nonviolent Psychiatric Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 1991, vol. 148, iss. 7, pp. 883 – 887.

ARENSMAN, E., KERKHOF, J. F. M. (1996). Classification of Attempted Suicide: A Review of Empirical Studies, 1963 – 1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, vol. 26, iss. 1, pp. 46 – 67.

BALDESSARINI, R. J., TONDO, L. (2001). *Suicide: Historical, Descriptive, and Epidemiological Considerations* [online]. c2001 [cit. 2007-03-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.medscape.com/viewarticle/413194>>.

BANCROFT, J., SKRIMSHIRE, A. M., SIMKIN, S. (1976). The Reasons People Give for Taking Overdose. *The British Journal of Psychiatry*, 1976, vol. 128, iss. 6, pp. 538 – 548.

BARNOW, S., LINDEN, M. (2000). Epidemiology and Psychiatric Morbidity of Suicide Ideation among the Elderly. *Crisis*, 2000, vol. 21, no. 4, pp. 171 – 180.

BAUMEISTER, R. F., LEARY, M. R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin*, 1995, vol. 117, iss. 3, pp. 497 – 529.

BAUMEISTER, R. F. (1990). Suicide as Escape from Self. *Psychological Review*, 1990, vol. 97, no. 1, pp. 90 – 113.

BEAUTRAIS, A. L. (2006). Women and Suicidal Behavior. *Crisis*, 2006, vol. 27, no. 4, pp. 153 – 156.

BEAUTRAIS, A. L. (2002). A Case Control Study of Suicide and Attempted Suicide in Older Adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2002, vol. 31, iss. 2, pp. 1 – 9.

BEAUTRAIS, A. L. (2001). Suicide and Serious Suicide Attempts: Two Populations or One? *Psychological Medicine*, 2001, vol. 31, iss. 5, pp. 837 – 845.

BEAUTRAIS, A. L., JOYCE, P. R., MULDER, R. T. (1998). Unemployment and Serious Suicide Attempt. *Psychological Medicine*, 1998, vol. 28, iss. 1, pp. 209 – 218.

BEAUTRAIS, A. L. et al. (1996). Prevalence and Comorbidity of Mental Disorders in Persons Making Serious Suicide Attempts: A Case Control Study. *The American Journal of Psychiatry*, 1996, vol. 153, iss. 8, pp. 1009 – 1014.

BECK, A. T., STEER, R. A., BROWN, G. K. (1999). *Beckova sebespozovací škála depresivity pro dospělé BDI – II: příručka*. Brno: Psychodiagnostika, 1999. 22 s.

BECK, A. T. et al. (1990). Relationship between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication with Psychiatric Outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 1990, vol. 147, iss. 2, pp. 190 – 195.

BECK, A. T., BROWN, G., STEER, R. A. (1989). Prediction of Eventual Suicide in Psychiatric Inpatients by Clinical Ratings of Hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, vol. 57, iss. 2, pp. 309 – 310.

BEEVERS, CH. G., MILLER, I. W. (2004). Perfectionism, Cognitive Bias, and Hopelessness as Prospective Predictors of Suicidal Ideations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2004, vol. 34, iss. 2, pp. 126 – 137.

BERMAN, A. L., JOBES, D. A., SILVERMAN, M. M. (2007). *Adolescent Suicide: Assessment and Intervention*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2007. 456 p. ISBN 978-1591471936.

BERTOLOTE, J. M. et al. (2004). Psychiatric Diagnosis and Suicide: Revisiting the Evidence. *Crisis*, 2004, vol. 25, no. 4, pp. 147 – 155.

BILLE-BRAHE, U. et al. (1995). Background and Introduction to the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Crisis*, 1995, vol. 15, no. 2, pp. 72 – 78, pp. 84.

BLATT, S. J. (1995). The Destructiveness of Perfectionism: Implications for the Treatment of Depression. *American Psychologist*, 1995, vol. 50, iss. 12, pp. 1003 – 1020.

BLUMENTHAL, S. J. (1990). An Overview and Synopsis of Risk Factors, Assessment and Treatment of Suicidal Patients over the Life Cycle. In Blumenthal, S. J., Kupfer, D. J. (eds.). *Suicide over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment and Treatment of Suicidal Patients*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990, pp. 685 – 734. ISBN 0-88048-307-5.

BONGAR, B. (2002). Inpatient Management and Treatment of the Suicidal Patient. In Bongar, B. *The Suicidal Patient: Clinical and Legal Standards of Care*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2002, pp. 177 – 211. ISBN 978-1557987617.

BONGAR, B. et al. (2000). Marriage, Family, Family Therapy, and Suicide. In Maris, R. W., Berman, A. L., Silverman, M. M. (eds.). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. 1st ed. New York, NY: The Guilford Press, 2000, pp. 222 – 239. ISBN 978-1-57230-541-0.

BORGES, G. et al. (2004). A Case-Crossover Study of Acute Alcohol Use and Suicide Attempt. *Journal of Studies on Alcohol*, 2004, vol. 65, iss. 6, pp. 708 – 714.

BRADY, J. (2006). The Association Between Alcohol Misuse and Suicidal Behavior. *Alcohol & Alcoholism*, 2006, vol. 41, no. 5, pp. 473 – 478.

BRODSKY, B. S. et al. (2006). Interpersonal Precipitants and Suicide Attempts in Borderline Personality Disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2006, vol. 36, iss. 3, pp. 313 – 322.

BRODSKY, B. S. et al. (1997). Characteristics of Borderline Personality Disorder Associated with Suicidal Behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 1997, vol. 154, iss. 12, pp. 1715 – 1719.

BROWN, G. K. et al. (2005). The Internal Struggle between the Wish to Die and the Wish to Live: A Risk Factor for Suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 2005, vol. 162, iss. 10, pp. 1977 – 1979.

BROWN, M. Z., COMTOIS, K. A., LINEHAN, M. M. (2002). Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 2002, vol. 111, iss. 1, pp. 198 – 202.

BROWN, G. K. et al. (2000). Risk Factors for Suicide in Psychiatric Outpatients: A 20-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, vol. 68, iss. 3, pp. 371 – 377.

BROWN, J. et al. (1999). Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1999, vol. 38, iss. 12, pp. 1490 – 1496.

CANETTO, S. S. (2008). Women and Suicidal Behavior: A Cultural Analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2008, vol. 78, iss. 2, pp. 259 – 266.

CANETTO, S. S., SAKINOFSKY, I. (1998). The Gender Paradox in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, vol. 28, iss. 1, pp. 1 – 23.

CASSIDY, T., LONG, C. (1996). Problem-Solving Style, Stress and Psychological Illness: Development of a Multifactorial Measure. *British Journal of Clinical Psychology*, 1996, vol. 35, no. 2, pp. 256 – 277.

CHANG, E. C., RAND, K. L. (2000). Perfectionism as a Predictor of Subsequent Adjustment: Evidence for a Specific-Diathesis Mechanism among College Students. *Journal of Counseling Psychology*, 2000, vol. 47, iss. 1, pp. 129 – 137.

CHESLEY, K., LORING-MCNULTY, N. E. (2003). Process of Suicide: Perspective of the Suicide Attempter. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 2003, vol. 9, no. 2, pp. 41 – 45.

COHEN-SANDLER, R., BERMAN, A. L., KING, R. A. (1982). A Follow-Up Study of Hospitalized Suicidal Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1982, vol. 21, iss. 4, pp. 398 – 403.

COLUCCI, E., MARTIN, G. (2008). Religion and Spirituality along the Suicidal Path. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2008, vol. 38, iss. 2, pp. 229 – 244.

COMTOIS, K. A., LINEHAN, M. M. (2006). Psychosocial Treatments of Suicidal Behaviors: A Practice-Friendly Review. *Journal of Clinical Psychology*, 2006, vol. 62, iss. 2, pp. 161 – 170.

CONAGHAN, S., DAVIDSON, K. M. (2002). Hopelessness and the Anticipation of Positive and Negative Future Experiences in Older Parasuicide Population. *British Journal of Clinical Psychology*, 2002, vol. 41, no. 3, pp. 233 – 241.

CONNER, K. R. et al. (2001). Psychological Vulnerability to Completed Suicide: A Review of Empirical Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, vol. 31, iss. 4, pp. 367 – 385.

CONWELL, Y. (2001). Suicide in Later Life: A Review and Recommendations for Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, vol. 31, iss. 1, pp. 32 – 46.

COX, B. J., ENNS, M. W., CLARA, I. P. (2004). Psychological Dimensions Associated with Suicidal Ideation and attempts in the Nationality Comorbidity Survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2004, vol. 34, iss. 3, pp. 209 – 219.

COYNE, J. C., LAZARUS, R. S., ALDWIN, C. (1981). Depression and Coping in Stressful Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 1981, vol. 90, iss. 5, pp. 439 – 447.

CRANE, K., WILLIAMS, J. M. G., HAWTON, K. (2007). The Association between Life Events and Suicide Intent in Self-Poisoners with and without a History of Deliberate Self-Harm: A Preliminary Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007, vol. 37, iss. 4, pp. 367 – 378.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2006). *Sebevraždy v České republice – 2001 až 2005*. [online]. 2006 [cit. 2007-06-14]. Dostupný z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/p/4012-06>>.

DE HERT, M., PEUSKENS, J. (2000). Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Schizophrenia. In Hawton, K., van Heeringen, K. (eds.). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2000, pp. 120 – 134. ISBN 978-0-470-84959-0.

DE LEO, D. et al. (2006). Definitions of Suicidal Behavior: Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 2006, vol. 27, no. 1, pp. 4 – 15.

DEAN, P. J., RANGE, L. M. (1999). Testing the Escape Theory of Suicide in an Outpatient Clinical Population. *Cognitive Therapy and Research*, 1999, vol. 23, no. 6, pp. 561 – 572.

DEBATS, D. L. (1996). Meaning in Life: Clinical Relevance and Predictive Power. *British Journal of Clinical Psychology*, 1996, vol. 35, no. 4, pp. 503 – 516.

DENNING, D. G. et al. (2000). Method Choice, Intent, and Gender in Completed Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, vol. 30, iss. 3, pp. 282 – 288.

DERVIC, K. et al. (2004). Religious Affiliation and Suicide Attempt. *The American Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 161, iss. 12, pp. 2303 – 2308.

DIXON, W. A., HEPPNER, P. P., RUDD, M. D. (1994). Problem-Solving Appraisal, Hopelessness, and Suicide Ideation: Evidence for a Mediational Model. *Journal of Counseling Psychology*, 1994, vol. 41, iss. 1, pp. 91 – 98.

DIXON, W. A. et al. (1992). Use of Different Sources of Stress to Predict Hopelessness and Suicide Ideation in a College Population. *Journal of Counseling Psychology*, 1992, vol. 39, iss. 3, pp. 342 – 349.

DOUGLAS, K. S. et al. (2006). Psychopathy and Suicide: A Multisample Investigation. *Psychological Services*, 2006, vol. 3, no. 2, pp. 97 – 116.

DRUSS, B., PINCUS, H. (2000). Suicidal Ideation and Suicide Attempts in General Medical Illness. *Archives of Internal Medicine*, 2000, vol. 160, iss. 10, pp. 1522 – 1526.

DUBERSTEIN, P. R. et al. (2004). Poor Social Integration and Suicide: Fact or Artifact? A Case-Control Study. *Psychological Medicine*, 2004, vol. 34, iss. 7, pp. 1331 – 1337.

DUMAIS, A. et al. (2005). Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *The American Journal of Psychiatry*, 2005, vol. 162, iss. 11, pp. 2116 – 2124.

DURKHEIM, É. (2007). *On Suicide*. 1st ed. London: Penguin Classics, 2007. 480 p. ISBN 978-0140449679.

D'ZURILLA, T. J., GOLDFRIED, M. R. (1971). Problem Solving and Behavior Modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, vol. 78, iss. 1, pp. 107 – 126.

EDWARDS, M. J., HOLDEN, R. R. (2001). Coping, Meaning in Life, and Suicidal Manifestations: Examining Gender Differences. *Journal of Clinical Psychology*, 2001, vol. 57, iss. 12, pp. 1517 – 1534.

ELLIOTT, J. L., FRUDE, N. (2001). Stress, Coping Styles and Hopelessness in Self-Poisoners. *Crisis*, 2001, vol. 22, no. 1, pp. 20 – 26.

ELLIS, J. B., SMITH, P. C. (1991). Spiritual Well-Being, Social Desirability and Reasons for Living: Is there a Connection? *International Journal of Social Psychiatry*, 1991, vol. 37, no. 1, pp. 57 – 63.

ELLIS, T. E. (1986). Toward a Cognitive Therapy for Suicidal Individuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1986, vol. 17, iss. 2, pp. 125 – 130.

ERIKSON, E. H. (1999). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1999. 128 s. ISBN 80-7106-291-X.

ERLANGSEN, A. et al. (2006). Suicide among Older Psychiatric Inpatients: An Evidence-Based Study of a High-Risk Group. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006, vol. 14, iss. 9, pp. 734 – 741.

ERLANGSEN, A. et al. (2004). Loss of Partner and Suicide Risk among Oldest Old: A Population-Based Register. *Age and Aging*, 2004, vol. 33, no. 4, pp. 378 – 383.

EVANS, E. et al. (2005). The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2005, vol. 35, iss. 3, pp. 239 – 250.

FAZAA, N., PAGE, S. (2003). Dependency and Self-Criticism as Predictors of Suicidal Behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2003, vol. 33, iss. 2, pp. 172 – 185.

FENTON, W. S. (2000). Depression, Suicide and Suicide Prevention in Schizophrenia. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, vol. 30, iss. 1, pp. 34 – 49.

FERGUSSON, D. M., BODEN, J. M., HORWOOD, L. J. (2008). Exposure to Childhood Sexual and Physical Abuse and Adjustment in Early Adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 2008, vol. 32, iss. 6, pp. 607 – 619.

FERGUSSON, D. M., WOODWARD, L. J., HORWOOD, L. J. (2000). Risk Factors and Life Processes Associated with the Onset of Suicidal Behavior during Adolescence and Early Adulthood. *Psychological Medicine*, 2000, vol. 30, iss. 1, pp. 23 – 39.

FLAMENBAUM, R., HOLDEN, R. R. (2007). Psychache as a Mediator in the Relationship between Perfectionism and Suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, 2007, vol. 54, iss. 1, pp. 51 – 61.

FLAVIN, D. K., FRANKLIN, J. E. jr., FRANCES, R. J. (1990). Substance Abuse and Suicidal Behavior. In Blumenthal, S. J., Kupfer, D. J. (eds.). *Suicide over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990, pp. 177 – 204. ISBN 0-88048-307-5.

FOLKMAN, S. et al. (1986a). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, vol. 50, iss. 5, pp. 992 – 1003.

FOLKMAN, S. et al. (1986b). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, vol. 50, iss. 3, pp. 571 – 579.

FRANKL, V. E. (1999). *Teorie a terapie neuróz*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 171 s. ISBN 80-7169-779-6.

GAIR, S., CAMILLERI, P. (2000). Attempted Suicide: Listening to and Learning from Young People. *Queensland Journal of Educational Research*, 2000, vol. 16, no. 2, pp. 183 – 203.

GIBB, B. E., ANDOVER, M. S., BEACH, S. R. H. (2006). Suicidal Ideation and Attitudes toward Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2006, vol. 36, iss. 1, pp. 12 – 18.

GODDARD, L., DRITSCHER, B., BURTON, A. (1996). Role of Autobiographical Memory in Social Problem Solving and Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1996, vol. 105, iss. 4, pp. 609 – 616.

GOLDSMITH, S. J., FYER, M., FRANCES, A. (1990). Personality and Suicide. In Blumenthal, S. J., Kupfer, D. J. (eds.). *Suicide over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990, pp. 155 – 176. ISBN 0-88048-307-5.

GOODWIN, R. D., MARUSIC, A., HOVEN, CH. W. (2003). Suicide Attempts in the United States: The Role of Physical Illness. *Social Science and Medicine*, 2003, vol. 56, iss. 8, pp. 1783 – 1788.

GRANELLO, D. H., GRANELLO, P. F. (2007). *Suicide: An Essential Guide for Helping Professionals and Educators*. 1st ed. Boston, MA: Pearson Education, 2007. 352 p. ISBN 0-205-38673-3.

GUTIERREZ, P. M., THAKKAR, R. R., KUCZEN, C. (2000). Exploration of the Relationship between Physical and/or Sexual Abuse, Attitudes about Life and Death, and Suicidal Ideation in Young Women. *Death Studies*, 2000, vol. 24, iss. 8, pp. 675 – 688.

HAATAINEN, K. M. et al. (2003). Stable Hopelessness and its Predictors in a General Population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2003, vol. 33, iss. 4, pp. 373 – 380.

HAIGHT, B. K., HENDRIX, S. A. (1998). Suicidal Intent/Life Satisfaction: Comparing the Life Stories of Older Women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, vol. 28, iss. 3, pp. 272 – 284.

HALAMA, P. (2007). *Zmysel života z pohľadu psychológie*. 1. vyd. Bratislava: Slovak Academic Press, 2007. 224 s. ISBN 978-80-8095-023-1.

HALL, C. S., LINDZEY, G. (1997). Súčasná psychoanalytická teória: Erik Erikson a ďalší. In Hall, C. S., Lindzey, G. *Psychológia osobnosti*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské Pedagogické Nakladateľstvo, 1997, s. 62 – 87. ISBN 80-08-00994-2.

HARKAVY-FRIEDMAN, J. M. et al. (1999). Suicidal Behavior in Schizophrenia: Characteristics of Individuals Who Had and Had Not Attempted Suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 1999, vol. 156, iss. 8, pp. 1276 – 1278.

HARRIS, E. C., BARRACLOUGH, B. (1997). Suicide as an Outcome for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 1997, vol. 170, iss. 3, pp. 205 – 208.

HARWOOD, D. M. J. et al. (2006a). Life Problems and Physical Illness as Risk Factors for Suicide in Older People: A Descriptive and Case Control Study. *Psychological Medicine*, 2006, vol. 36, iss. 9, pp. 1256 – 1274.

HARWOOD, D. M. J. et al. (2006b). Suicide in Older People without Psychiatric Disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006, vol. 21, iss. 4, pp. 363 – 367.

HARWOOD, D., JACOBY, R. (2002). Suicidal Behaviour among the Elderly. In Van Heeringen, K. (ed.). *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2002, pp. 276 – 291. ISBN 0-471-98803-0.

HAW, C. et al. (2001a). Psychiatric and Personality Disorders in Deliberate Self-Harm Patients. *The British Journal of Psychiatry*, 2001, vol. 178, iss. 1, pp. 48 – 54.

HAW, C. et al. (2001b). Deliberate Self-Harm Patients with Alcohol Disorders: Characteristics, Treatment and Outcome. *Crisis*, 2001, vol. 22, no. 3, pp. 93 – 101.

HAWTON, K. et al. (2005). Schizophrenia and Suicide: Systematic Review of Risk Factors. *The British Journal of Psychiatry*, 2005, vol. 187, iss. 1, pp. 9 – 20.

HAWTON, K. et al. (2003). Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders in Patients Who Attempted Suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 2003, vol. 160, iss. 8, pp. 1494 – 1500.

HAWTON, K. (2002). The Treatment of Suicidal Behaviour in the Context of the Suicidal Process. In Van Heeringen, K. (ed.). *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2002, pp. 212 – 229. ISBN 0-471-98803-0.

HAWTON, K. et al. (1998). Deliberate Self Harm: Systemic Review of Efficacy of Psychosocial and Pharmacological Treatments in Preventing Repetition. *British Medical Journal*, 1998, vol. 317, no. 7156, pp. 441 – 447.

HEARD, H. L. (2000). Psychotherapeutic Approaches to Suicidal Ideation and Behaviour. In Hawton, K., van Heeringen, K. (eds.). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2000, pp. 503 – 518. ISBN 978-0-470-84959-0.

HEILA, H. et al. (1999). Life Events and Completed Suicide in Schizophrenia: A Comparison of Suicide Victims with and without Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1999, vol. 25, no. 3, pp. 519 – 531.

HEISEL, M. J., FLETT, G. L. (2004). Purpose in Life, Satisfaction with Life and Suicide Ideation in a Clinical Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2004, vol. 26, no. 2, pp. 127 – 135.

HENDIN, H. et al. (2006). Problems in Psychotherapy with Suicidal Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 2006, vol. 163, iss. 1, pp. 67 – 72.

HENDIN, H. et al. (2001). Recognizing and Responding to a Suicide Crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, vol. 31, iss. 2, pp. 115 – 128.

HENDL, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HENSELER, H. (2000). *Narzisstische Krisen: Zur Psychodynamik des Selbstmords*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2000. 208 s. ISBN 978-3531230580.

HEWITT, P. L. et al. (2003). The Interpersonal Expression of Perfection: Perfectionistic Self-Presentation and Psychological Distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003, vol. 84, iss. 6, pp. 1303 – 1325.

HEWITT, P. L., FLETT, G., WEBER, C. (1994). Dimensions of Perfectionism and Suicide Ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 1994, vol. 18, no. 5, pp. 439 – 460.

HEWITT, P. L., FLETT, G. L. (1993). Dimensions of Perfectionism, Daily Stress and Depression: A test of the Specific Vulnerability Hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 1993, vol. 102, iss. 1, pp. 58 – 65.

HEWITT, P. L., FLETT, G., TURNBULL-DONOVAN, W. (1992). Perfectionism and Suicide Potential. *British Journal of Clinical Psychology*, 1992, vol. 31, no. 2, pp. 181 – 190.

HEWITT, P. L., FLETT, G. L. (1991). Dimensions of Perfectionism in Unipolar Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, vol. 100, no. 1, pp. 98 – 101.

HIRSCH, J. K. et al. (2006). Future Orientation and Suicide Ideation and Attempts in Depressed Adults Ages 50 and Over. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006, vol. 14, iss. 9, pp. 752 – 757.

HIRSCH, J. K., CONNER, K. R. (2006). Dispositional and Explanatory Style Optimism as Potential Moderators of the Relationship between Hopelessness and Suicidal Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2006, vol. 36, iss. 6, pp. 661 – 669.

HJELMELAND, H., GRØHOLT, B. (2005). A Comparative Study of Young and Adult Deliberate Self-Harm Patients. *Crisis*, 2005, vol. 26, no. 2, pp. 64 – 72.

HJELMELAND, H. et al. (2002). Why People Engage in Parasuicide: A Cross-Cultural Study of Intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2002, vol. 32, iss. 4, pp. 380 – 393.

HOLDEN, R. R. et al. (2001). Development and Preliminary Validation of a Scale of Psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 2001, vol. 33, iss. 4, pp. 224 – 232.

HOLDEN, R. R., SERIN, R. C., MENDONCA, J. D. (1989). Suicide, Hopelessness and Social Desirability: A Test of an Interactive Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, vol. 57, iss. 4, pp. 500 – 504.

HOLMES, T. H., RAHE, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, vol. 11, iss. 2, pp. 213 – 218.

HORESH, N. et al. (1999). Impulsivity as a Correlate of Suicidal Behavior in Adolescent Psychiatric Inpatients. *Crisis*, 1999, vol. 20, no. 1, pp. 8 – 14.

HUGHES, D., KLEESPIES, P. (2001). Suicide in the Medically Ill. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, vol. 31, iss. 1, pp. 48 – 59.

HUNTER, E. C., O'CONNOR, R. C. (2003). Hopelessness and Future Thinking in Parasuicide: The Role of Perfectionism. *British Journal of Clinical Psychology*, 2003, vol. 42, no. 4, pp. 355 – 365.

ISOMETSÄ, E. T. et al. (1996). Suicide among Subjects with Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 1996, vol. 153, iss. 5, pp. 667 – 673.

ISOMETSÄ, E. T. et al. (1994). Suicide in Major Depression. *The American Journal of Psychiatry*, 1994, vol. 154, iss. 4, pp. 530 – 536.

JACK, R. L., WILLIAMS, J. M. G. (1991). The Role of Attributions in Self-Poisoning. *British Journal of Clinical Psychology*, 1991, vol. 30, no. 1, pp. 25 – 35.

JAMISON, K. R. (1999). *Night Falls Fast: Understanding Suicide*. 1st ed. New York, NY: Vintage Books, 1999. 432 p. ISBN 0-375-70147-8.

JOE, S., ROMER, D., JAMIESON, P. E. (2007). Suicide Acceptability is Related to Suicide Planning in U.S. Adolescents and Young Adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007, vol. 37, iss. 2, pp. 165 – 178.

JOHNSON, J. G., ZHANG, B., PRIGERSON, H. G. (2008). Investigation of a Developmental Model of Risk for Depression and Suicidality Following Spousal Bereavement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2008, vol. 38, iss. 1, pp. 1 – 11.

JOINER, T. E., BROWN, J. S., WINGATE, L. R. (2005). The Psychology and Neurobiology of Suicidal Behavior. *American Review of Psychology*, 2005, vol. 56, pp. 287 – 314.

JOINER, T. E., PETTIT, J. W., RUDD, D. M. (2004). Is There a Window of Heightened Suicide Risk If Patients Gain Energy in the Context of Continued Depressive Symptoms? *Professional Psychology: Research and Practice*, 2004, vol. 35, iss. 1, pp. 84 – 89.

JOINER, T. E., VOELZ, Z. R., RUDD, M. D. (2001). For Suicidal Young Adults with Comorbid Depressive and Anxiety Disorders, Problem-Solving Treatment May Be Better Than Treatment as Usual. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2001, vol. 32, iss. 3, pp. 278 – 282.

JOINER, T. E., RUDD, M. D. (2000). Intensity and Duration of Suicidal Crises Vary as a Function of Previous Suicide Attempts and Negative Life Events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000, vol. 68, iss. 5, pp. 909 – 916.

JOINER, T. E., RUDD, M. D. (1995). Negative Attributional Style for Interpersonal Events and the Occurrence of Severe Interpersonal Disruptions as Predictors of Self-Reported Suicidal Ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, vol. 25, iss. 2, pp. 297 – 303.

KAPLAN, K. J., HARROW, M. (1996). Positive and Negative Symptoms as Risk Factors of Later Suicidal Activity in Schizophrenics versus Depressives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1996, vol. 26, iss. 2, pp. 105 – 121.

KASALOVÁ-DAŇKOVÁ, Š. (2006). *Analýza: Metody používané při samovražděném jednání* [online]. 2006 [cit. 2008-05-02]. Dostupný z WWW: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=246>.

KASTOVÁ, V. (2000). *Krize a tvořivý přístup k ní*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-365-X.

KERKHOF, A. J. F. M., ARENSMAN, E. (2002). Pathways to Suicide: The Epidemiology of the Suicidal Process. In Van Heeringen, K. (ed.). *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2002, pp. 15 – 39. ISBN 0-471-98803-0.

KERKHOF, A. J. F. M. (2000). Attempted Suicide: Patterns and Trends. In Hawton, K., van Heeringen, K. (eds.). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2000, pp. 49 – 64. ISBN 978-0-470-84959-0.

KIENHORST, I., VAN HEERINGEN, K. (2002). Psychotherapeutic Implications of the Suicidal Process Approach. In Van Heeringen, K. (ed.). *Understanding Suicidal*

Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2002, pp. 273 – 287. ISBN 0-471-98803-0.

KJELLANDER, C., BONGAR, B., KING, A. (1998). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Crisis*, 1998, vol. 19, no. 3, pp. 125 – 135.

KLEESPIES, P. M. et al. (1999). Managing Suicidal Emergencies: Recommendations for the Practitioner. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1999, vol. 30, iss. 5, pp. 454 – 463.

KOVACS, M., BECK, A. T. (1977). The Wish to Die and the Wish to Live in Attempted Suicides. *Journal of Clinical Psychology*, 1977, vol. 33, iss. 2, pp. 361 – 365.

KOVACS, M., BECK, A. T., WEISSMAN, A. (1975). The Use of Suicidal Motives in the Psychotherapy of Attempted Suicides. *American Journal of Psychotherapy*, 1975, vol. 29, no. 3, pp. 363 – 368.

KÖLVES, K. et al. (2006). The Role of Alcohol in Suicide: A Case Control Psychological Autopsy Study. *Psychological Medicine*, 2006, vol. 36, iss. 7, pp. 923 – 930.

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. (2006). Suicidální pokus u dětí a dospívajících – motivy a rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*, 2006, č. 3, s. 131 – 132.

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. (2003). *Samovražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-732-9.

KUBÍČKOVÁ, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2001. 267 s. ISBN 80-85866-82-X.

LATHAM, A. E., PRIGERSON, H. G. (2004). Suicidality and Bereavement: Complicated Grief as Psychiatric Disorder Presenting Greatest Risk for Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2004, vol. 34, iss. 4, pp. 350 – 362.

LESTER, D., BADRO, S. (1992). Depression, Suicidal Preoccupation and Purpose in Life in a Subclinical Population. *Personality and Individual Differences*, 1992, vol. 13, no. 1, pp. 75 – 76.

LINDAHL, V., PEARSON, J. L., COLPE, L. (2005). Prevalence of Suicidality During Pregnancy and the Postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 2005, vol. 8, no. 2, pp. 77 – 87.

LINEHAN, M. M. et al. (2006). Two Year Randomized Controlled Trial and Follow-Up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 2006, vol. 63, no. 7, pp. 757 – 766.

LINEHAN, M. M. et al. (2000). Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Personality Disorders. In Hawton, K., van Heeringen, K. (eds.). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2000, pp. 147 – 178. ISBN 978-0-470-84959-0.

LINEHAN, M. M. et al. (1994). Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 1994, vol. 151, iss. 12, pp. 1771 – 1776.

LINEHAN, M. M., HEARD, H. L., ARMSTRONG, H. E. (1993). Naturalistic Follow-Up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 1993, vol. 50, no. 12, pp. 971 – 974.

LINEHAN, M. M. et al. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 1991, vol. 48, no. 12, pp. 1060 – 1064.

LINEHAN, M. M. et al. (1986). Presenting Problems of Parasuicides versus Suicide Ideators and Nonsuicidal Psychiatric Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986, vol. 54, iss. 6, pp. 880 – 881.

LINEHAN, M. M. et al. (1983). Reasons for Staying Alive When You Are Thinking of Killing Yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, vol. 51, iss. 2, pp. 276 – 286.

LÖNNQVIST, J. K. (2000). Psychiatric Aspects of Suicidal Behavior: Depression, Suicide and Attempted Suicide. In Hawton, K., van Heeringen, K. (eds.). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2000, pp. 107 – 120. ISBN 978-0-470-84959-0.

LUKASOVÁ, E. (2006). *I tvoje utrpení má smysl: Logoterapeutická útěcha v krizi*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006. 191 s. ISBN 80-85319-79-9.

MACLEOD, A. K. et al. (2005). Hopelessness and Positive and Negative Future Thinking in Parasuicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 2005, vol. 44, no. 4, pp. 495 – 504.

MACLEOD, A. K. et al. (1998). Recovery of Positive Future Thinking Within a High-Risk Parasuicide Group: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 1998, vol. 37, no. 4, pp. 371 – 379.

MACLEOD, A. K., ROSE, G. S., WILLIAMS, J. M. G. (1993). Components of Hopelessness About the Future in Parasuicide. *Cognitive Therapy and Research*, 1993, vol. 17, no. 5, pp. 441 – 455.

MALONE, K. M. et al. (2000). Protective Factors against Suicidal Act in Major Depression: Reasons for Living. *The American Journal of Psychiatry*, 2000, vol. 157, iss. 7, pp. 1084 – 1088.

MALTSBERGER, J. T. et al. (2003). Determination of Precipitating Events in the Suicide of Psychiatric Patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2003, vol. 33, iss. 2, pp. 111 – 119.

MANN, J. J. et al. (2005). Family History of Suicidal Behavior and Mood Disorders in Probands with Mood Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 2005, vol. 162, iss. 9, pp. 1672 – 1679.

MANN, J. J. et al. (1999). Toward Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 1999, vol. 156, iss. 2, pp. 181 – 189.

MARIS, R. W. (2002). Suicide. *The Lancet*, 2002, vol. 360, no. 9329, pp. 319 – 326.

MARIS, R. W. et al. (2000). Age and the Life Span. In Maris, R. W., Berman, A. L., Silverman, M. M. (eds.). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. 1st ed. New York, NY: The Guilford Press, 2000, pp. 127 – 144. ISBN 978-1-57230-541-0.

MARIS, R. W., BERMAN, A. L., SILVERMAN, M. M. (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. 1st ed. New York, NY: The Guilford Press, 2000. 650 p. ISBN 978-1-57230-541-0.

MARIS, R. W. (1995). Suicide Prevention in Adults (Age 30-65). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, vol. 25, iss. 1, pp. 171 – 179.

MARIS, R. W. (1992). The Relationship of Nonfatal Suicide Attempts to Completed Suicides. In Maris, R. W. et al. (eds.). *Assessment and Prediction of Suicide*. 1st ed. New York, NY: The Guilford Press, 1992, pp. 362 – 380. ISBN 0-89862-791-5.

MARTENS, W. H. J. (2001). Suicidal Behavior as Essential Diagnostic Feature of Antisocial Personality Disorder. *Psychopathology*, 2001, vol. 34, no. 5, pp. 274 – 276.

MARUSIC, A., GOODWIN, R. D. (2006). Suicidal and Deliberate Self-Harm Ideation among Patients with Physical Illness: The Role of Coping Styles. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2006, vol. 36, iss. 3, pp. 323 – 328.

MARX, E. M., CLARIDGE, G. G., WILLIAMS, J. M. G. (1992). Depression and Social Problem Solving. *Journal of Abnormal Psychology*, 1992, vol. 101, iss. 1, pp. 78 – 86.

MASARYK, T. G. (2002). *Samovražda*. 5. vyd. Praha: Masarykův ústav AV ČR, 2002. 221 s. ISBN 80-86495-13-2.

MCAULIFFE, C. et al. (2003). Risk of Suicide Ideation Associated with Problem-Solving Ability and Attitudes Toward Suicidal Behavior in University Students. *Crisis*, 2003, vol. 24, no. 4, pp. 160 – 167.

MCINTOSH, J. L. et al. (1994). Theories of Suicide. In McIntosh, J. L. (ed.). *Elder Suicide: Research, Theory and Treatment*. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association, 1994, pp. 63 – 99. ISBN 978-1-55798-240-7.

MCINTOSH, J. L. (1992). Methods of Suicide. In Maris, R. W. et al. (eds.). *Assessment and Prediction of Suicide*. 1st ed. New York, NY: The Guilford Press, 1992, pp. 381 – 397. ISBN 0-89862-791-5.

MCLAREN, S. et al. (2007). The Association of Depression and Sense of Belonging with Suicidal Ideation among Older Adults: Applicability of Resiliency Models. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007, vol. 37, iss. 1, pp. 89 – 102.

MCMAIN, S. (2007). Effectiveness of Psychosocial Treatments on Suicidality in Personality Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2007, vol. 52, no. 6, pp. 103 – 114.

MEHRABIAN, A., WEINSTEIN, L. (1985). Temperament Characteristics of Suicide Attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1985, vol. 53, iss. 4, pp. 544 – 546.

MENNINGER, K. A. (1996). Psychoanalytic Aspects of Suicide. In Maltzberger, J. T., Goldblatt, M. J. (eds.). *Essential Papers on Suicide*. 1st ed. New York, NY: New York University Press, 1996, pp. 20 – 35. ISBN 0-8147-5550-X.

MILLER, A. L., RATHUS, J. H., LINEHAN, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. 1st ed. New York, NY: The Guilford Press, 2007. 346 p. ISBN 978-1-59385-383-9.

MINOIS, G. (1999). *History of Suicide: Voluntary Death in Western Culture*. 1st ed. Baltimore, MY: The Johns Hopkins University Press, 1999. 387 p. ISBN 0-8018-6647-2.

MISHARA, B. L. (1999). Conceptions of Death and Suicide in Children Ages 6 – 12 and Their Implications for Suicide Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1999, vol. 29, iss. 2, pp. 105 – 118.

MOSCICKI, E. K. (1995). Epidemiology of Suicidal Behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, vol. 25, iss. 1, pp. 22 – 34.

MURPHY, G. E. (2000). Psychiatric Aspects of Suicidal Behaviour: Substance Abuse. In Hawton, K., van Heeringen, K. (eds.). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2000, pp. 135 – 146. ISBN 978-0-470-84959-0.

MURPHY, G., WETZEL, R. (1982). Family History of Suicidal Behavior among Suicide Attempters. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1982, vol. 170, iss. 2, pp. 86 – 90.

NEELEMAN, J., DE GRAAF, R., VOLLEBERG, W. (2004). The Suicidal Process: Prospective Comparison between Early and Later Stages. *Journal of Affective Disorders*, 2004, vol. 82, iss. 1, pp. 43 – 52.

NEURINGER, CH. (1964). Rigid Thinking in Suicidal Individuals. *Journal of Consulting Psychology*, 1964, vol. 28, no. 1, pp. 54 – 58.

NEURINGER, CH. (1961). Dichotomous Evaluations in Suicidal Individuals. *Journal of Consulting Psychology*, 1961, vol. 25, no. 5, pp. 445 – 449.

NEWPORT, D. J. et al. (2007). Suicidal Ideation in Pregnancy: Assessment and Clinical Implications. *Archives of Women's Mental Health*, 2007, vol. 10, no. 5, pp. 181 – 187.

O'CONNOR, R. C. (2007). The Relationship between Perfectionism and Suicidality: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2007, vol. 37, iss. 6, pp. 698 – 715.

O'CONNOR, R. C. (2003). Suicidal Behavior as a Cry of Pain: Test of a Psychological Model. *Archives of Suicide Research*, 2003, vol. 7, iss. 4, pp. 297 – 308.

O'CONNOR, R. C., O'CONNOR, B. D. (2003). Predicting Hopelessness and Psychological Distress: The Role of Perfectionism and Coping. *Journal of Counseling Psychology*, 2003, vol. 50, iss. 3, pp. 362 – 372.

OQUENDO, M. A. et al. (2008). Issues for DSM-V: Suicidal Behavior as a Separate Diagnosis on a Separate Axis. *The American Journal of Psychiatry*, 2008, vol. 165, iss. 11, pp. 1383 – 1384.

OQUENDO, M. A. et al. (2004). Prospective Study of Clinical Predictors of Suicidal Acts after a Major Depressive Episode in Patients with Major Depressive Disorder or Bipolar Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 161, iss. 8, pp. 1433 – 1441.

ORBACH, I. et al. (2003). Mental Pain and its Relationship to Suicidality and Life Meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2003, vol. 33, iss. 3, pp. 231 – 241.

PARIS, J. (2004). Personality Disorders over Time: Implications for Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 2004, vol. 58, no. 4, pp. 420 – 429.

PATSIOKAS, A. T., CLUM, A. G. (1985). Effects of Psychotherapeutic Strategies in the Treatment of Suicide Attempters. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1985, vol. 22, iss. 2, pp. 281 – 290.

PATSIOKAS, A. T., CLUM, A. G., LUSCOMB, R. L. (1979). Cognitive Characteristics of Suicide Attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, vol. 47, iss. 3, pp. 478 – 484.

PAYKEL, E. S., PRUSOFF, B. A., MYERS, J. K. (1975). Suicide Attempts and Recent Life Events: A Controlled Comparison. *Archives of General Psychiatry*, 1975, vol. 32, no. 3, pp. 327 – 333.

PAYKEL, E. S. (2003). Life Events: Effects and Genesis. *Psychological Medicine*, 2003, vol. 33, iss. 7, pp. 1145 – 1148.

PELLMAR, T. C., KLEINMAN, A. M., BUNNEY, W. E. (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. 1st ed. Washington DC: National Academic Press, 2002. 512 p. ISBN 978-0309083218.

PETRIE, K., BROOK, R. (1992). Sense of Coherence, Self-Esteem, Depression and Hopelessness as Correlates of Reattempting Suicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 1992, vol. 31, no. 3, pp. 293 – 300.

PETRIE, K., CHAMBERLAIN, K., CLARKE, D. (1988). Psychological Predictors of Future Suicidal Behaviour in Hospitalized Suicide Attempters. *British Journal of Clinical Psychology*, 1988, vol. 27, no. 3, pp. 247 – 257.

PFEFFER, C. R. (2000). Suicidal Behaviour in Children: An Emphasis on Developmental Influences. In Hawton, K., van Heeringen, K. (eds.). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2000, pp. 237 – 248. ISBN 978-0-470-84959-0.

PFEFFER, C. R. (1986). *The Suicidal Child*. 1st ed. New York, NY: Guilford Press, 1986. 318 p. ISBN 978-0898626643.

POMPILLI, M. et al. (2008). Psychache and Suicide: A Preliminary Investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2008, vol. 38, iss. 1, pp. 116 – 122.

POMPILLI, M. et al. (2004). Suicide and Awareness of Illness in Schizophrenia: An Overview. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 2004, vol. 68, iss. 4, pp. 297 – 318.

POWELL, K. E. et al. (2001). Alcohol Consumption and Nearly Lethal Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, vol. 32, iss. 1, pp. 30 – 41.

PRIESTER, M. J., CLUM, G. A. (1992). Attributional Style as a Diathesis in Predicting Depression, Hopelessness and Suicide Ideation in College Students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1992, vol. 14, no. 2, pp. 111 – 122.

RADOMSKY, E. D. et al. (1999). Suicidal Behavior in Patients with Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 1999, vol. 156, iss. 10, pp. 1590 – 1595.

RASMUSSEN, S. A., O'CONNOR, R. C., BRODIE, D. (2008). The Role of Perfectionism and Autobiographical Memory in a Sample of Parasuicide Patients. *Crisis*, 2008, vol. 29, no. 2, pp. 64 – 72.

RICH, C. L. et al. (1991). Suicide, Stressors and the Life Cycle. *The American Journal of Psychiatry*, 1991, vol. 148, iss. 4, pp. 524 – 527.

RICH, C. L., SHERMAN, M., FOWLER, R. C. (1990). San Diego Study: The Adolescents. *Adolescence*, 1990, vol. 25, no. 100, pp. 855 – 955.

RICH, C. L. et al. (1988). Some Differences between Men and Women Who Commit Suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 1988, vol. 145, iss. 6, pp. 718 – 722.

RINGEL, E. (1986). *Das Leben wegwerfen?* 3. Aufl. Wien: Herder, 1986. 282 s. ISBN 978-3210245683.

ROSSOW, I., ROMELSJÖ, A., LEIFMAN, H. (1999). Alcohol Abuse and Suicidal Behaviour in Young and Middle Aged Men: Differentiating between Attempted and Completed Suicide. *Addiction*, 1999, vol. 94, no. 8, pp. 1199 – 1207.

ROY, A. et al. (2000). The Genetics of Suicidal Behaviour. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2000, pp. 209 – 222. ISBN 978-0-470-84959-0.

ROY, A. (1983). Family History of Suicide. *Archives of General Psychiatry*, 1983, vol. 40, no. 9, pp. 971 – 974.

RUDD, M. D. (2000). The Suicidal Mode: A Cognitive-Behavioral Mode of Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, vol. 30, iss. 1, pp. 18 – 33.

RUDD, M. D. et al. (2000). Personality Types and Suicidal Behavior: An Explanatory Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, vol. 30, iss. 3, pp. 199 – 212.

RUDD, M. D. et al. (1999). The Outpatient Treatment of Suicidality: An Integration of Science and Recognition of Its Limitations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1999, vol. 30, iss. 5, pp. 437 – 446.

RUDD, M. D. (1998). An Integrative Conceptual and Organizational Framework for Treating Suicidal Behavior. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1998, vol. 35, iss. 3, pp. 346 – 360.

RUDD, M. D., JOINER, T. E., RAJAB, M. H. (1995). Help Negation after Acute Suicidal Crisis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, vol. 63, iss. 3, pp. 299 – 503.

RUDD, M. D., RAJAB, M. H., DAHM, P. F. (1994). Problem-Solving Appraisal in Suicide Ideators and Attempters. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1994, vol. 64, iss. 1, pp. 136 – 149.

RUSH, A. J., BECK, A. T. (1978). Cognitive Therapy of Depression and Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 1978, vol. 32, no. 2, pp. 201 – 219.

ŘÍČAN, P. (1990). *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 435 s. ISBN 80-7038-078-0.

SALTER, D., PLATT, S. (1990). Suicidal Intent, Hopelessness and Depression in a Parasuicide Population: The Influence of Social Desirability and Elapsed Time. *British Journal of Clinical Psychology*, 1990, vol. 29, no. 4, pp. 361 – 371.

SANTA MINA, E. E., GALLOP, R. M. (1998). Childhood Sexual and Physical Abuse and Adult Self-harm and Suicidal Behavior: A Literature Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1998, vol. 43, no. 8, pp. 793 – 800.

SARFATI, Y., BOUCHAUD, B., HARDY-BAYLÉ, M. C. (2003). Cathartic Effect of Suicide Attempts Not Limited to Depression. *Crisis*, 2003, vol. 24, no. 2, pp. 73 – 78.

SCHNEIDER, B. et al. (2008). How Do Personality Disorders Modify Suicide Risk? *Journal of Personality Disorders*, 2008, vol. 22, iss. 3, pp. 233 – 245.

SCHOTTE, D. E., COOLS, J., PAYVAR, S. (1990). Problem-Solving Deficits in Suicidal Patients: The Vulnerability or State Phenomenon? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, vol. 58, iss. 5, pp. 562 – 564.

SCHOTTE, D. E., CLUM, G. A. (1987). Problem-Solving Skills in Suicidal Psychiatric Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, vol. 55, iss. 1, pp. 49 – 54.

SCHOTTE, D. E., CLUM, G. A. (1982). Suicide Ideation in a College Population: A Test of a Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1982, vol. 50, iss. 5, pp. 690 – 696.

SCHWARTZ, R. C., COHEN, B. N. (2001). Risk Factors for Suicidality among Clients with Schizophrenia. *Journal of Counseling & Development*, 2001, vol. 79, no. 3, pp. 314 – 319.

SHEA, S. C. (2002). *The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors*. 1st ed. New York, NY: John Wiley & Sons, 2002. 316 p. ISBN 0-471-23761-2.

SHEARIN, E. N., LINEHAN, M. M. (1992). Patient-Therapist Ratings and Relationship to Progress in Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 1992, vol. 23, iss. 4, pp. 730 – 741.

SHERRY, S. B. et al. (2003). Perfectionism Dimensions, Perfectionistic Attitudes, Dependent Attitudes and Depression in Psychiatric Patients and University Students. *Journal of Counseling Psychology*, 2003, vol. 50, iss. 3, pp. 373 – 386.

SHNEIDMAN, E. (1996). *The Suicidal Mind*. 1st ed. New York, NY: Oxford University Press, 1996. 187 p. ISBN 0-19-510336-1.

SHNEIDMAN, E. (1992). A Conspectus of the Suicidal Scenario. In Maris, R. W. et al. (eds.). *Assessment and Prediction of Suicide*. 1st ed. New York, NY: The Guilford Press, 1992, pp. 50 – 64. ISBN 0-89862-791-5.

SIDLEY, G. L. et al. (1999). The Prediction of Parasuicide Repetition in a High-Risk Group. *British Journal of Clinical Psychology*, 1999, vol. 38, no. 4, pp. 375 – 386.

SLATER, J., DEPUE, R. A. (1981). The Contribution of Environmental Events and Social Support to Serious Suicide Attempts in Primary Depressive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 1981, vol. 90, iss. 4, pp. 275 – 285.

SOLOFF, P. H., FABIO, A. (2008). Prospective Predictors of Suicide Attempts in Borderline Personality Disorder at One, Two and Two-to-Five Year Follow-Up. *Journal of Personality Disorders*, 2008, vol. 22, iss. 2, pp. 123 – 134.

SOLOFF, P. H., FESKE, U., FABIO, A. (2008). Mediators of the Relationship between Childhood Sexual Abuse and Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 2008, vol. 22, iss. 3, pp. 221 – 232.

SOLOFF, P. H. et al. (2005). High-Lethality Status in Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 2005, vol. 19, iss. 4, pp. 386 – 399.

SOLOFF, P. H. et al. (2000). Characteristics of Suicide Attempts of Patients with Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comparative Study. *The American Journal of Psychiatry*, 2000, vol. 157, iss. 4, pp. 601 – 608.

SOLOFF, P. H. et al. (1994). Risk Factors for Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 1994, vol. 151, iss. 9, pp. 1316 – 1323.

SONNECK, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. 1st ed. Stuttgart: UTB, 2000. 316 p. ISBN 978-3825221232.

STACK, S. (2000). Work and the Economy. In Maris, R. W., Berman, A. L., Silverman, M. M. (eds.). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. 1st ed. New York, NY: The Guilford Press, 2000, pp. 193 – 221. ISBN 978-1-57230-541-0.

STARTUP, M. et al. (2001). Autobiographical Memory and Parasuicide in Borderline Personality Disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 2001, vol. 40, no. 2, pp. 113 – 121.

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. 198 s. ISBN 80-85834-60-X.

STRAVYNSKI, A., BOYER, R. (2001). Loneliness in Relation to Suicide Ideation and Parasuicide: A Population-Wide Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, vol. 31, iss. 1, pp. 32 – 40.

STROEBE, M., STROEBE, W., ABAKOUMKIN, G. (2005). The Broken Heart: Suicidal Ideation in Bereavement. *The American Journal of Psychiatry*, 2005, vol. 162, iss. 11, pp. 2178 – 2180.

STURMAN, E. D., MONGRAIN, M. (2005). Self-Criticism and Major Depression: An Evolutionary Perspective. *British Journal of Clinical Psychology*, 2005, vol. 44, no. 4, pp. 505 – 529.

SZANTO, K. et al. (1997). Suicidal Ideation in Elderly Bereaved: The Role of Complicated Grief. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1997, vol. 27, iss. 2, pp. 194 – 207.

ŠVARŤÍČEK, R. et al. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TALBOT, N. L. et al. (2004). Preliminary Report on Childhood Sexual Abuse, Suicidal Ideation and Suicide Attempts among Middle-Aged and Older Depressed Women. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2004, vol. 12, iss. 5, pp. 536 – 538.

TANNEY, B. L. (2000). Psychiatric Diagnoses and Suicidal Acts. In Maris, R. W., Berman, A. L., Silverman, M. M. (eds.). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. 1st ed. New York, NY: The Guilford Press, 2000, pp. 311 – 356. ISBN 978-1-57230-541-0.

TONDO, L., BALDESSARINI, R. J. (2001). *Suicide: Causes and Clinical Management* [online]. c2001 [cit. 2007-03-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.medscape.com/viewarticle/413195>>.

USEDA, J. D. et al. (2007). Personality Differences in Attempted Suicide versus Suicide in Adults 50 Years of Age or Older. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2007, vol. 75, iss. 1, pp. 126 – 133.

VAILLANT, G. E., BLUMENTHAL, S. J. (1990). Introduction – Suicide over the Life Cycle: Risk Factors and Life-Span Development. In Blumenthal, S. J., Kupfer, D. J. (eds.). *Suicide over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990, pp. 1 – 14. ISBN 0-88048-307-5.

VAN HEERINGEN, K. (2002). The Suicidal Process and Related Concepts. In Van Heringen, K. (ed.). *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2002. pp. 3 – 14. ISBN 0-471-98803-0.

VAN PRAAG, H. M. (2000). Serotonin Disturbances and Suicide Risk. *Crisis*, 2000, vol. 21, no. 4, pp. 160 – 162.

VERONA, E., HICKS, B. M., PATRICK, CH. J. (2005). Psychopathy and Suicidality in Female Offenders: Mediating Influences of Personality and Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005, vol. 73, iss. 6, pp. 1065 – 1073.

VERONA, E., SACHS-ERICSSON, N., JOINER, T. E. (2004). Suicide Attempts Associated with Externalizing Psychopathology in an Epidemiological Sample. *The American Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 161, iss. 3, pp. 444 – 451.

VIEWEGH, J. (1996). *Samovražda a literatura*. 1. vyd. Brno: Psychologický ústav AV ČR, 1996. 282 s. ISBN 9788085880106.

VINCENT, P. J., BODDANA, P., MACLEOD, A. K. (2004). Positive Life Goals and Plans in Parasuicide. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2004, vol. 11, iss. 2, pp. 90 – 99.

WAERN, M., RUBENOWITZ, E., WILHELMSON, K. (2003). Predictors of Suicide in the Old Elderly. *Gerontology*, 2003, vol. 49, iss. 5, pp. 328 – 334.

WALKER, R. L., JOINER, T. E., RUDD, M. D. (2001). The Course of Post-Crisis Suicidal Symptoms: How and for Whom Is Suicide „Cathartic“? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, vol. 31, iss. 2, pp. 144 – 152.

WEISHAAR, M. E., BECK, A. T. (1990). Cognitive Approaches to Understanding and Treating Suicidal Behavior. In Blumenthal, S. J., Kupfer, D. J. (eds.). *Suicide over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment and Treatment of Suicidal Patients*. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990, pp. 1 – 14. ISBN 0-88048-307-5.

WEYRAUCH, K. F. et al. (2001). Stressful Life Events and Impulsiveness in Failed Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2001, vol. 31, iss. 3, pp. 311 – 319.

WILLIAMS, J. M. G. et al. (2005). Problem Solving Deteriorates Following Mood Challenge in Formerly Depressed Patients with a History of Suicidal Ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 2005, vol. 114, iss. 3, pp. 421 – 431.

WILLIAMS, J. M. G., POLLOCK, L. R. (2002). Psychological Aspects of the Suicidal Process. In Van Heeringen, K. (ed.). *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2002, pp. 76 – 93. ISBN 0-471-98803-0.

WILLIAMS, J. M. G., POLLOCK, L. R. (2000). The Psychology of Suicidal Behaviour. In Hawton, K., van Heeringen, K. (eds.). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2000, pp.79 – 93. ISBN 978-0-470-84959-0.

WILLIAMS, J. M. G., BROADBENT, K. (1986). Autobiographical Memory in Suicide Attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 1986, vol. 95, iss. 2, pp. 144 – 149.

WINGATE, L. R. et al. (2006). Suicide and Positive Cognitions: Positive Psychology Applied to the Understanding and Treatment of Suicidal Behavior. In Ellis, T. E. (ed.). *Cognition and Suicide: Theory, Research and Therapy*. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2006, pp. 261 – 283. ISBN 978-1591473572.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). *Country Reports and Charts Available* [online]. c2008, 2008 [cit. 2008-08-17]. Dostupný z WWW: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/>.

YALOM, I. D. (1980). Meaninglessness. In Yalom, I. D. *Existential Psychotherapy*. 1st ed. New York, NY: Basic Books, 1980, pp. 419 – 483. ISBN 0-465-02147-6.

YANG, B., CLUM, G. A. (2000). Childhood Stress Leads to Later Suicidality via Its Effect on Cognitive Functioning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, vol. 30, iss. 3, pp. 183 – 198.

YANG, B., CLUM, G. A. (1996). Effects of Early Negative Life Experiences on Cognitive Functioning and Risk for Suicide: A Review. *Clinical Psychology Review*, 1996, vol. 16, iss. 3, pp. 177 – 195.

YEN, S. et al. (2005). Recent Life Events Preceding Suicide Attempts in a Personality Disorder Sample: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2005, vol. 73, iss. 1, pp. 99 – 105.

YEN, S. et al. (2003). Axis I and Axis II Disorders as Predictors of Prospective Suicide Attempt: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 2003, vol. 112, iss. 3, pp. 375 – 381.

YUFIT, R. I., BONGAR, B. (1992). Suicide, Stress, and Coping with Life Cycle Events. In Maris, R. W. et al. (eds.). *Assessment and Prediction of Suicide*. 1st ed. New York, NY: The Guilford Press, 1992, pp. 553 – 573. ISBN 0-89862-791-5.

ZIKA, S., CHAMBERLAIN, K. (1992). On the Relation between Meaning in Life and Psychological Well-Being. *British Journal of Psychology*, 1992, vol. 83, no. 1, pp. 133 – 145.

PRÍLOHY

	N	Minimum	Maximum	Mean	Štandardná odchýlka
Coping PRED	29	24	95	44,8	18,5
Coping PO	29	39	141	104,3	26,7
Zodpovednosť voči rodine PRED	29	7	42	22,6	10,6
Zodpovednosť voči rodine PO	29	7	42	33,0	8,8
Obavy o deti PRED	29	3	18	7,0	4,7
Obavy o deti PO	29	3	18	10,6	6,2
Strach zo samovraždy PRED	29	7	34	16,6	8,2
Strach zo samovraždy PO	29	7	37	17,4	7,9
Obavy zo sociálneho odmietnutia PRED	29	3	17	6,6	4,2
Obavy zo sociálneho odmietnutia PO	29	3	16	7,4	4,4
Morálne prekážky PRED	29	4	20	6,2	3,7
Morálne prekážky PO	29	4	15	7,9	4,0
Celkové skóre RFL PRED	29	55	186	103,8	34,6
Celkové skóre RFL PO	29	94	245	180,8	36,7
Celkové skóre RFL bez 3. škály PRED	29	52	169	96,8	32,9
Celkové skóre RFL bez 3. škály PO	29	91	232	170,2	34,1
Coping rozdiel pred a po	29	14	111	59,5	28,8
Zodpovednosť voči rodine rozdiel pred a po	29	-6	32	10,4	10,2
Obavy o deti rozdiel pred a po	29	-5	15	3,6	4,8
Strach zo samovraždy rozdiel pred a po	29	-21	11	0,8	7,2
Obavy zo sociálneho odmietnutia rozdiel pred a po	29	-6	12	0,9	3,7
Morálne prekážky rozdiel pred a po	29	-6	8	1,7	3,7
Celkové skóre pred a po bez 3. škály rozdiel pred a po	29	10	156	73,4	40,2
Celkové skóre rozdiel pred a po	29	10	171	77,0	43,7
Kognitívny komponent zmysluplnosti PRED	29	6	23	11,3	4,3
Kognitívny komponent zmysluplnosti PO	29	8	30	20,4	5,5
Motivačný komponent zmysluplnosti PRED	29	10	22	15,0	3,7
Motivačný komponent zmysluplnosti PO	29	12	26	21,1	3,8
Afektívny komponent zmysluplnosti PRED	29	6	21	12,0	3,7
Afektívny komponent zmysluplnosti PO	29	6	30	21,3	6,1
Celkové skóre zmysluplnosti	29	24	58	38,3	9,7

PRED					
Celkové skóre zmyslupnosti PO	29	28	84	62,9	14,2
Kognitívny komponent zmyslupnosti rozdiel pred a po	29	-1	23	9,1	6,3
Motivačný komponent zmyslupnosti pred a po	29	-2	15	6,1	5,1
Afektívny komponent zmyslupnosti rozdiel pred a po	29	-6	20	9,3	5,8
Celkové skóre zmyslupnosti rozdiel pred a po	29	-6	56	24,6	15,1
Subjektívne hodnotenie depresie rozdiel PRED	29	19	62	43,3	10,1
Subjektívne hodnotenie depresie PO	29	4	48	16,8	10,5
Subjektívne hodnotenie depresie rozdiel pred a po	29	-9	48	26,5	12,4
Valid N (listwise)	29				

Deskriptívna štatistika – základné štatistické charakteristiky premenných

Wilcoxonov párový test - analýza zmeny pred a po suicidálnom jednaní

Škály	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Coping	-4,70	0,000
Zodpovednosť voči rodine	-4,17	0,000
Obavy o deti	-3,32	0,001
Strach zo samovraždy	-1,26	0,208
Obavy zo sociálneho odmietnutia	-1,07	0,284
Morálne prekážky voči samovražde	-2,31	0,021
Celkové skóre RFL	-4,70	0,000
Celkové skóre RFL bez škály 3	-4,70	0,000
Kognitívny komponent zmyslupnosti	-4,58	0,000
Motivačný komponent zmyslupnosti	-4,32	0,000
Afektívny komponent zmyslupnosti	-4,55	0,000
Celkové skóre zmyslupnosti	-4,52	0,000
Subjektívne hodnotenie depresie	-4,68	0,000

Wilcoxonov dvojitýberový test – rozdiel distribúcie posunu podľa typu suicidálneho jednanja

Škály	suicidálne nejednali, suicidálne jednanie zastavili			suicidálne jednali, neprerušili		
	Mean	Median	Std. Deviation	Mean	Median	Std. Deviation
Coping	49,6	44,0	22,5	65,6	61,0	31,0
Zodpovednosť voči rodine	8,4	6,0	9,8	11,7	11,5	10,5
Obavy o deti	2,6	0,0	3,6	4,2	3,5	5,5
Strach zo samovraždy	-1,3	-2,0	2,7	2,1	4,0	8,7
Obavy zo soc.odmietnutia	1,5	0,0	4,2	0,6	0,0	3,4
Morálne prekážky voči samovražde	1,1	0,0	2,3	2,1	1,0	4,4
Celkové skóre RFL bez 3.škály	59,3	55,0	33,7	82,0	73,0	42,3
Celkové skóre RFL	61,9	59,0	35,2	86,2	75,0	46,7
Kognitívny komponent zmyslupnosti	8,1	8,0	3,2	9,8	8,0	7,6
Motivačný komponent zmyslupnosti	5,8	6,0	4,6	6,3	5,5	5,4
Afektívny komponent zmyslupnosti	8,4	9,0	5,8	9,9	8,5	5,9
Celkové skóre zmyslupnosť	22,3	24,0	12,0	25,9	20,5	16,9
Subjektívne hodnotenie depresie	27,0	32,0	14,5	26,2	25,5	11,4

Wilcoxonov dvojitýberový test – rozdiel distribúcie posunu podľa typu suic. jednanja

škály	z	p-hodn
Coping	-1,51	0,134
Zodpovednosť voči rodine	-1,04	0,317
Obavy o deti	-0,72	0,492
Obavy zo samovraždy	-2,52	0,011
Obavy zo soc. odmietnutia	-0,14	0,912
Morálne prekážky proti samovražde	-0,75	0,492
Celkové skóre RFL – bez 3. škály	-1,30	0,204
Celkové skóre RFL	-1,21	0,238
Kognitívny komponent zmyslupnosti	-0,23	0,842
Motivačný komponent zmyslupnosti	-0,02	0,982
Afektívny komponent zmyslupnosti	-0,05	0,982
Celkové skóre zmyslupnosti	-0,18	0,877
Subjektívne hodnotenie depresie	-0,79	0,438

Škály	suicidálne nejednali, suicidálne jednanie zastavili			suicidálne jednali, neprerušili			Celkový súbor		
	Mean	Median	Std. Dev.	Mean	Median	Std. Dev.	Mean	Median	Std. Dev.
Coping	49,64	44	22,46	65,56	61	31,04	59,52	56	28,75
Zodpovednosť voči rodine	8,36	6	9,83	11,72	11,5	10,48	10,45	8	10,20
Obavy o deti	2,64	0	3,59	4,17	3,5	5,46	3,59	3	4,82
Strach zo samovraždy	-1,27	-2	2,72	2,11	4	8,70	0,83	1	7,17
Obavy zo sociálneho odmietnutia	1,45	0	4,23	0,56	0	3,36	0,90	0	3,67
Morálne prekážky	1,09	0	2,26	2,06	1	4,40	1,69	0	3,71
Celkové skóre RFL bez 3. škály	59,27	55	33,71	82,00	73	42,26	73,38	69	40,20
Celkové skóre RFL	61,91	59	35,16	86,17	75	46,66	76,97	69	43,67
Kognitívny komponent zmyslupnosti	8,09	8	3,18	9,78	8	7,63	9,14	8	6,29
Motivačný komponent zmyslupnosti	5,82	6	4,62	6,28	5,5	5,42	6,10	6	5,05
Afektívny komponent zmyslupnosti	8,36	9	5,78	9,89	8,5	5,95	9,31	9	5,83
Celkové skóre zmyslupnosti	22,27	24	12,00	25,94	20,5	16,92	24,55	22	15,12
Subjektívne hodnotenie depresie	27,00	32	14,46	26,17	25,5	11,38	26,48	26	12,39

Základné štatistické charakteristiky premenných zmeny

Kategórie hodnotenia typov procesu po suicidálnom jednaní

Postoj	Nesúhlasný – všeobecný - ambivalentný
Hodnotenie prežitia	Kladné - záporné
Príčina suicidálneho jednania	Vonkajšia - vnútorná
Vplyv na život	Nízky - vysoký
Požadovaná zmena	Vnútorná - vonkajšia
Hodnota života	Nízka - vysoká
Empatia k okoliu	Nízka - vysoká
Vzťah k sebe	Kladný - záporný
Nádej	Áno - nie
Zmena pohľadu, relativizácia ťažkostí	Áno - nie
Radosť zo života	Áno - nie
Orientácia na seba	Áno - nie
Viera vo svoje schopnosti	Zvýšená - nízka
Vnímaná osobnostná zmena	Áno - nie