

VÝVOJOVÉ ASPEKTY SUICIDÁLNEHO SPRÁVANIA

KATARÍNA KOMADOVÁ

Suicidálne správanie sa vyskytuje okrem najnižšieho veku vo všetkých vývojových obdobiach. Charakteristickými vekovými vrcholmi suicidality je adolescentný a starší vek. Väčšina rizikových faktorov je pre jednotlivé vekové obdobia podobná. Zdá sa ale, že sa líši ich miera a váha pre dané vekové obdobie, to znamená, že sila ich pôsobnosti je v každom vekovom období odlišná. Okrem toho, v každom vekovom období môžeme nájsť špecifické rizikové faktory suicidálneho jednania, ktoré sú dané vývojovými charakteristikami daného obdobia. V detskom veku sú to predovšetkým rizikové faktory na strane rodičov a rodinného prostredia, ako aj vrstovnicke vzťahy. V dospelosti sa ako externé rizikové faktory javia byť predovšetkým interpersonálne udalosti a konflikty, finančné ťažkosti, rizikovo môže pôsobiť tiež nezamestnanosť. V staršom veku sa jedná predovšetkým o osamelosť, stratu životného partnera alebo somatické ochorenia. Spoločnými rizikovými faktormi prechádzajúcimi naprieč všetkými vývojovými obdobiami je depresia a beznádejnosť, ktoré zároveň patria k najsilnejším prediktorm suicidálneho správania.

Kľúčové slová: suicidálne správanie, vekové obdobia, špecifické rizikové faktory

Dokonaná samovražda je zriedkavosťou u detského veku do 12 rokov, častejšou sa stáva po puberte, jej prevalencia stúpa v adolescentnom veku a svoj vrchol dosahuje v mladosti vo veku okolo 23 rokov. Druhým a zároveň najvyšším vrcholom v počte samovrážd 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 pomalému klesaniu počtu samovrážd (Maris, Berman, Silverman, 2000).

Z vývojového hľadiska môžeme uvažovať, že prevalencia samovražednosti môže narastať v čase vývojových prechodov, 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 stúpnuť 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 a samovražedné správanie 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. 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, nižšia incidencia depresie a zneužívania psychoaktívnych látok a vyššia prítomnosť rodinnej podpory než v iných vekových obdobiach, ako aj menší prístup k letálnym prostriedkom, čo môže pôsobiť protektívne a chrániť dieťa pred vstupom do suicidálneho jednania (Maris et al., 2000).

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. Štatistiky suicidálneho správania sú v každom vekovom období nižšie, než je reálny počet suicídií a pre toto vekové obdobie to platí obzvlášť (tendencia popierať suicidálne správanie je zvlášť vysoká v prípade, že sa jedná o dieťa). Mnoho rodín utajuje suicidálne správanie ich detí z obavy zo sociálnej stigmatizácie. U dokonaných samovrážd je často uvádzanou príčinou smrti namiesto samovraždy nehoda.

Suicidálne správanie, či už sa jedná o suicidálne pokusy, alebo o dokonané suicídiá, je typickejšie a častejšie u chlapcov než u dievčat. Pfeffer et al. (1996) nezistili významné

rozdiely v závažnosti suicidálneho správania u predpubertálnych detí na rozdiel od dospeljej populácie, kde prevádzajú dokonané samovraždy u mužov a suicidálne pokusy u žien.

V suicidálnom jednaní a vôbec v pochopení samovraždy je z vývojového hľadiska dôležitý 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. V dnešnej dobe k nemu môžu prispievať 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, regresovať 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. Ďalej sú to 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 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.

Rizikovými faktormi charakteristickými v predpubertálnom veku sú prítomnosť psychických ťažkostí, problémy v rodinnom prostredí a prítomnosť psychopatológie v rodine (Granello, Granello, 2007; Pfeffer, 2000; Pfeffer et al., 1996). 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; Pfeffer et al., 1996). Významným rizikovým faktorom sa javí byť tiež introjekcia (Pfeffer et al., 1996).

Rovnako ako v iných vekových kategóriách je najčastejším rizikovým faktorom z psychických porúch depresia, ale ešte silnejším prediktorom suicidálneho správania je beznádejnosť. Deti, ktoré sú nešťastné, majú nízku sebaúctu a sú depresívne, môžu byť rizikovými pre spáchanie samovraždy, avšak ak sa k tomu navyiac 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).

Ďalším rizikovým faktorom je ADHD, kde sa riziko suicidálneho jednania spojuje s vyššou impulzívnou, 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, ktoré sa zdajú byť viac impulzívne podmienené a často sa vyskytujú bez predchádzajúceho plánovania (Granello, Granello, 2007).

Hlavným enviromentálnym rizikovým faktorom suicidálnych myšlienok a jednaní je rodičovská absencia a rodinná dysfunkcia, zahŕňajúca konflikty medzi rodičmi, násilie v rodine, abúzus návykových látok u rodičov, fyzické násilie, neflexibilitu a uzavretosť voči zmenám, nejasné hranice a nejasnú definíciu rolí v rodine (Granello, Granello, 2007). Suicidálne správanie sa typicky objavuje v kontexte stresujúcich, chaotických a nepredvídateľných rodinných situácií. V prípade, že sa dieťa cíti neschopné mať na tieto udalosti vplyv, môže sa uchýliť k samovražde ako k zúfalemu, poslednému pokusu ovplyvniť alebo prinútiť k zmene tých, ktorí ohrozujú jeho pohodu (Cohen-Sandler, Berman, King, 1982). V niektorých prípadoch pácha dieťa samovraždu v predstave, že jeho smrť nebude pre nikoho významná a že samovraždou ulávi svojmu okoliu od záťaže jeho existencie. V pozadí takto motivovaných suicidií stojí komunikovanie dospelých dieťaťu, že je rozpínajúce 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). K riziku suicídia môžu prispievať tiež šikana a viktimizácia dieťaťa v detskom kolektíve (Granello, Granello, 2007).

Z kognitívnych faktorov je to predovšetkým rigidné myslenie, ktoré vedie k dichotomickému mysleniu a bráni deťom v nachádzaní 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).

Koutek a Kocourková (2003) uvádzajú ako ďalšie rizikové faktory 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).

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).

Za hlavné protektívne faktory tohto obdobia môžeme považovať pevné a kvalitné rodinné vzťahy poskytujúce dieťaťu oporu a bezpečie, v predpubertálnom období tiež dobrú zapaťenosť do vrstevníckych vzťahov a neprítomnosť psychopatológie.

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. Český statistický úrad (2006) uvádza 29 dokonaných samovrážd vo vekovej kategórii 15–19 rokov za rok 2005 (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, je typické otázkami po zmysle 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. 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“ samovráždám. 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. Na druhej strane zvýšená identifikácia sa s hrdinami a davmi môže viesť ku konfúzii a strate identity a môže sa 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. V súčasnosti môžu ako príklad slúžiť zvýšené počty suicidií nasledujúce po samovražde populárnej osobnosti (napr. nárast suicidálneho jednania v populácii mladistvých po smrti speváka Kurta Cobaina).

Ďalšou charakteristikou suicidálneho správania 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 dokonaný 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.

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), pričom v tomto období je 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“, „samotári“ 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.

Berman, Jobs 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 a 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, dlhobohjšie problémy v kolektíve vrstovníkov, závažné ochorenie atď. Autori ďalej uvádzajú, že z psychických porúch 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.

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

Berman, Jobs 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 užívať 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 úrovni 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 psychickými a závislosťnými 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 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.

Mladá dospelosť

Obdobie mladej dospelosti (20–34 rokov) je životným obdobím, v ktorom sú základnými vývojovými potrebami a životnými úlohami vytvorenie intimity, nájdenie životného partnera, naučenie sa spoločnému životu, zaobstaranie si ekonomického zabezpečenia prostredníctvom práce, vytvorenie si domova, založenie rodiny a vychovávanie detí a vytvorenie a naplňovanie pracovných cieľov a aspirácií. V prípade, že sa mladému dospelému darí tieto životné úlohy naplňovať, dochádza k dozretiu a utvoreniu vlastnej identity, pocitu pevnejšieho miesta v živote.

Vzhľadom k veľkému množstvu životných úloh, ktoré musí mladý dospelý naplniť a zvládnuť, môžu niektorí mladí ľudia prežívať vysoký stres v porovnávaní seba s ostatnými v dosahovaní a v naplňovaní týchto cieľov (Granello, Granello, 2007). Môžu prechádzať rôznymi krízami, či už tranzitórnymi alebo traumatickými, ktoré môžu mať suicidálny vývoj. Špecifickými stresormi mladej dospelosti, ktoré môžu zvyšovať depresívne symptómy v tejto vekovej skupine, sú zmeny rôl (z dieťaťa a študenta na manžela alebo manželku, rodiča a zamestnaného).

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; Stillion, McDowell, 1996; 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). Tieto záťažové životné udalosti (manželské problémy, problémy spojené s rodičovstvom a výchovou detí a pracovný stres) sú typické pre väčšinu osôb tejto vekovej skupiny, avšak rizikovými sa môžu stať u jedincov so slabými copingovými mechanizmami.

Uvedené rizikové udalosti spojené so suicidálnym jednaním sa líšia u mužov a u žien. Kým u mužov prevažujú predovšetkým problémy spojené so zamestnaním, u žien sú rizikovými udalosťami predovšetkým manželské problémy, problémy spojené s výchovou detí a sťahovanie rodiny (Stillion, McDowell, 1996).

Uvedené stresory sú často zvyšované prechodom 30 rokov, kedy môžeme hovoriť o vývojovej kríze 30 rokov spojovanej s prehodnocovaním predchádzajúcich rozhodnutí. Prehodnotenie životných volieb sa týka dôležitých životných rozhodnutí, ako je napríklad voľba kariéry, manželského partnera, rodičovstva a môže viesť k zvýšenému stresu a následne potom zvyšovať suicidálne riziko (Stillion, McDowell, 1996).

Ďalším rizikovým faktorom tohto vývojového obdobia môže byť nedostatok intímnych interpersonálnych vzťahov. Mladá dospelosť je kritickým obdobím pre vytvorenie priateľských vzťahov, ktoré jedinca chránia pred izoláciou a pridruženým pocitom osamotenía. 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). Goldney (1981) zistil v štúdiu žien vo veku 18–30 rokov, že ženy, ktoré nemali žiadne významné osobné vzťahy, vykazovali častejšie a letálnejšie suicidálne pokusy.

K rizikovým faktorom týkajúcich sa psychických porúch patrí predovšetkým depresia (ktorej prítomnosť je jedným z najsilnejších rizikových faktorov vo všetkých vekových kategóriách) a schizofrénia. 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.

Pri porovnávaní osôb po samovražde nad 30 rokov a mladších než 30 rokov nezistil Maris (1995) rozdiely 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). U osôb pod 30 rokov sa častejšie vyskytovali takmer všetky ďalšie rizikové faktory vzťahujúce sa k suicidálnemu správaniu (okrem mužského pohlavia), ako sú nazeranie na smrť ako na pomstu, nezamestnanosť, prítomnosť suicidia

v rodine a rozvodu rodičov, excesívna konzumácia alkoholu, nedosiahnutie hlavných životných cieľov, nespokojnosť, nízka sebaúcta a viaceré suicídálne pokusy v anamnéze.

Čo sa týka prevalencie suicídálneho 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).

Silným protektívnym faktorom, predovšetkým v období mladšej dospelosti, je starostlivosť o nedospelé deti. Protektívne môže pôsobiť tiež to, že s vývojom od adolescencie do strednej dospelosti sa zvyšuje trpezlivosť a tolerancia hostility a smutných pocitov. Obranné mechanizmy charakteristické pre adolescenciu môžu byť v tomto životnom období vystriedané potlačením, altruizmom, empatiou, sublimáciou a humorom (Vaillant, Blumenthal, 1990).

Stredný vek

Do životného obdobia stredného veku zaraďujeme 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. Životnými úlohami sú výchova detí a vytváranie hodnôt prostredníctvom práce a zamestnania. Ak sa táto potreba nenaplní, môže dochádzať ku stagnácii a ochudobneniu.

V priebehu obdobia stredného veku dochádza tiež k zmenám v štruktúre života, ako sú odchod detí z domova, zmena náplne voľného času, možná je nutnosť zmeniť zamestnanie, dochádza k ubúdaniu fyzických síl, môžu nastupovať niektoré somatické ochorenia, u niektorých dochádza k rozvodu alebo separácii. Dochádza k životnému predelu, ktorý bol po prvýkrát pomenovaný C. G. Jungom ako kríza životného streda, ktorá je charakteristická otázkami po zmysle života (Řičan, 1990). Je to obdobie premien osobnosti, prehodnocovania hlavných životných cieľov a preformulovania svojho miesta a úlohy v živote. Je časom opúšťania niektorých plánov, ktoré už nebude možné uskutočniť, a naopak potreby vytvorenia nových. Vedie k intenzívnemu hľadaniu zmyslu života. 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). Uvedomenie si, že jedinec nedosiahne jeho idealistických mladistvých snov, môže u niektorých osôb viesť k ďalšiemu dôkazu ich neschopnosti a môže slúžiť ako „...prídavné palivo pre osobnú nespokojnosť, zvýšenie depresie a suicídálne ideácie.“ (Stillion, McDowell, s. 155). Na druhej strane jedinci, ktorí sú schopní reštrukturalizácie hierarchie hodnôt sa v tomto vekovom období môžu lepšie adaptovať na zmeny, ktoré sú jeho súčasťou.

Maris (1995) sa domnieva, že základom suicídálneho jednania tohto vekového obdobia je, že niektoré osoby v strednom veku „...jednoducho nedokážu prekonať prechod streda života...“ (Maris, 1995, s. 172). Samovraždu tak chápe ako dôsledok stagnácie vo vývoji a ako výsledok „...naakumulovaných vývojových dlhov ...“ (Maris, 1995, s. 173).

Suicídálne správanie tohto veku je najčastejšie spojené s nahromadením negatívnych alebo záťažových životných udalostí, afektívnymi poruchami, predovšetkým depresiou

a alkoholizmom (Maris et al., 2000; Stillion, McDowell, 1996). Negatívne záťažové udalosti najbežnejšie spojené so suicidalitou tohto vekového obdobia sú zhoršené zdravie, finančné straty, znížené kariérne príležitosti a interpersonálne straty alebo smrť blízkeho. Vo výskume, ktorý realizovali Rich et al. (1991) boli v strednom veku (40–49 rokov) hlavnými záťažovými udalosťami ekonomické problémy, pričom tieto boli typickejšie pre mužov než pre ženy (v pomere 2 : 1).

Interpersonálne konflikty a straty vytvárajú významný rizikový faktor. Rozvedení a osamelí sú z hľadiska suicidality ohrozenejšou skupinou než ľudia žijúci v harmonickom partnerskom zväzku a s pevným rodinným zázemím. Ako poukazujú Slater a Depue (1981), udalosti, ako sú smrť, separácia alebo rozvod, sú typické pre toto vývojové obdobie a osoby v tomto životnom štádiu majú vyššiu pravdepodobnosť, že v nedávnej minulosti zažili rozvod, separáciu, stratili rodiča alebo dieťa alebo odchod dieťaťa z domova.

Ďalším špecifickým problémom stredného veku môže byť izolácia, vznikajúca pravdepodobne v spojitosti s veľkými pracovnými požiadavkami. Sociálna osamotenosť potom opäť vytvára zvýšené riziko suicidálneho správania v dôsledku obmedzenej siete sociálnej podpory (Slater, Depue, 1981). Slater a Depue (1981) zistili, že dospelí v strednom veku častejšie než iní žijú sami alebo len s deťmi a chýba im dôverná osoba.

Od stredného veku tiež narastá prítomnosť zdravotných problémov a somatických ochorení ako životného stresoru, ktoré kumulujú a stávajú sa hlavným rizikovým faktorom suicidálneho jednania v období staršieho veku (Rich et al., 1991).

Uvedené 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; Stillion, McDowell, 1996; Paykel, Prusoff, Myers, 1975). Suicidálny dospelý má vyššiu pravdepodobnosť, že v krátkom časovom období prežije viac záťažových životných udalostí. Ak dôjde k nakuumulovaniu týchto udalostí, jedinec sa môže cítiť zavalený nešťastím a pohromami a domnievať sa, že stratil kontrolu nad svojím životom. Samovraždu môže potom mylne považovať za jediný spôsob, akým opätovne získať kontrolu nad svojím životom (Maris et al., 2000). Suicidálne správanie býva zväčša výsledkom toho, aké copingové stratégie si jedinec v priebehu života vytvoril.

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 depresii a nastupujú negatívne dôsledky dlhodobého užívania alkoholu (rozvody, strata práce, zdravotné ťažkosti...). Abúzus alkoholu je častým komplikujúcim faktorom v samovraždách osôb stredného veku, predovšetkým mužov. Zvýšená konzumácia alkoholu býva tiež jedným z varovných signálov a manifestáciou problémov, ktorá ďalej zvyšuje mieru depresívnych symptómov a ďalej tak zvyšuje riziko suicidálneho jednania.

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 (Maris et al., 2000).

Maris odporúča pri zhodnotení suicidálneho rizika u osôb stredného veku nezabúdať na to, že najsilnejším rizikovým faktorom je to, že 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 a sprevádzané navrhnutím pomoci. Keď sa osoby stredného veku dostanú do ťažkostí, väčšinou to nikto neočakáva (Maris, 1995).

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. Proti riziku vytvorenia sociálnej izolácie je dôležitá flexibilita v nadväzovaní nových priateľských vzťahov. Významným protektívnym faktorom je kognitívna flexibilita (Stillion, McDowell, 1996). Osoby, ktoré sú kognitívne flexibilné, majú nižšiu pravdepodobnosť k rozvoju rigidného, dichotomického myslenia typického pre suicidálnych jedincov. Zároveň vykazujú vyššiu flexibilitu v prispôbení sa životným zmenám, ku ktorým v tomto vekovom období dochádza. 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 tiež pôsobiť protektívne voči suicidálnym myšlienkam a suicidálnemu jednaniu.

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 ochorení, 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 a sociálnej izolácie menšia sociálna podpora vytvárajúca menšie riziko záchranu, 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 pranie 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 (Barnow, Linden, 2000; Beautrais, 2002; Szanto et al., 1997, Waern, Rubenowitz, Wilhelmson, 2003), 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. Riziko suicidálnych znakov je pri depresii až 40-krát zvýšené (Barnow, Linden, 2000). Waern, Rubenowitz a Wilhelmson (2003) uvádzajú prítomnosť depresie u suicidálnych osôb vo vekovej kategórii nad 75 rokov v 42 % a vo vekovej skupine 65–74 rokov takmer 50 %, pričom ako prediktory suicidálneho správania sa nejavia len závažné formy depresie, ale aj miernejšie formy. Autori ďalej uvádzajú, že depresia býva u vekovej skupiny nad 75 rokov menej často liečená.

Conwell (2001) spolu s ďalšími autormi (napr. Beautrais, 2002; Erlangsen et al., 2006) zdôrazňujú dôležitosť liečby depresívnych príznakov a odporúčajú 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).

Somatické ochorenie je so suicidalitou staršieho vekového obdobia veľmi často spojované. Patrí k významným prediktorm 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 (Beautrais, 2002; Waern, Rubenowitz, Wilhelmson, 2003). 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 suicidií u terminálnych ochorení je 2–4 %, avšak aj u terminálne chorých sú suicidálne myšlienky a úmysly pri neprítomnosti depresie zriedkavé (Pellmar, Kleinman, Bunney, 2002).

Harwood et al. (2006a) uvádzajú, že zo somatických ochorení sú významné aj ochorenia typické pre tento vek (osteoartritída, poškodenie zraku a chronické dýchacie ochorenia), ako najčastejší špecifický symptóm prispievajúci k suicidálnemu riziku menujú bolesť (vyskytoval sa u ¼ vzorky). Obvyklé bolo tiež funkčné obmedzenie. U 60 % osôb, u ktorých bolo problémom somatické ochorenie v poslednom roku pred smrťou, bola v poslednom mesiaci pred suicidiom prítomná aj depresia, čo opätovne poukazuje, že spojitosť medzi somatickým ochorením a samovraždou môže byť mediovaná depresiou.

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. Harwood et al. (2006b) potvrdzujú, že silnejším rizikovým faktorom suicidálneho správania je dlhodobé komplikované trúchlenie (strata viac než pred rokom) než trúchlenie všeobecne.

Vo výskumnom projekte, ktorý realizovali Szanto et al. (1997) sa aktívne alebo pasívne suicidálne ideácie vyskytovali u 75 % pozostalých s komplikovaným trúchlením vo veku 50–85 rokov, avšak suicidálne ideácie sa zriedkavo vyskytovali pri absencii depresívnej symptomatológie a ich výskyt bol 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. Erlangsen et al. (2004) ďalej zistili, že 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.

Okrem najčastejšie uvádzaných rizikových faktorov tohto životného obdobia (somatické ochorenie, trúchlenie a interpersonálne ťažkosti) môžu riziko zvyšovať tiež finančné problémy (predovšetkým dlhy), problémy s prispôbením, odchod do dôchodku (pri prežívaní straty sebahodnoty) a strach z blížiaceho sa sťahovania do domovov dôchodcov z dôvodu zvyšujúcej sa fyzickej závislosti. Ukazuje sa, že finančné ťažkosti môžu byť aj v tejto skupine dôležitým rizikovým faktorom, a to hlavne v mladšej skupine staršej populácie (Harwood et al., 2006b).

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 vyjadrovali 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 pretrvávajúcim počas celého života (tieto ženy hovorili o tom, 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.

Dôležité je ešte zmieniť nepriame sebadeštruktívne správanie. V literatúre sa pri poukazovaní na nepriame sebadeštruktívne správanie, ktoré môže viesť k smrti, môžeme stretnúť s pojmami „sub-intencionálna samovražda“, „tichá samovražda“, „úmyselné život ohrozujúce správanie“ alebo „nepriame sebadeštruktívne správanie“. K tomuto typu správania patrí napr. odmietanie jedla alebo tekutín, nespolupráca pri liečbe alebo extrémne zanedbanie. Je charakteristickejšie práve pre starší vek než pre ostatné vývojové štádiá, jeho frekvencia je tu v porovnaní s ostatnými vyššia. 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. Vo väčšine prípadov odráža prítomnosť depresívnych symptómov.

Protektívnymi faktormi tohto životného obdobia sa zdajú byť pocit spolupatričnosti, existencia blízkych a dôverných vzťahov, spokojnosť so svojim súčasným a predchádzajúcim životom, aktívny postoj k životu a optimistický, ale zároveň realistický pohľad.

Zhrnutie

Suicidálne správanie sa vyskytuje okrem najnižšieho veku vo všetkých vývojových obdobiach. Charakteristickými vekovými vrcholmi suicidality je adolescentný a starší vek. Väčšina rizikových faktorov je pre jednotlivé vekové obdobia podobná. Zdá sa ale, že sa líši ich miera a váha pre dané vekové obdobie, to znamená, že sila ich pôsobnosti je v každom vekovom období odlišná. Okrem toho, v každom vekovom období môžeme nájsť špecifické rizikové faktory suicidálneho jednania, ktoré sú dané vývojovými charakteristikami daného obdobia. V detskom veku sú to predovšetkým rizikové faktory na strane rodičov a rodinného prostredia, ako aj vrstovnicke vzťahy. V dospelosti sa ako externé rizikové faktory javia byť predovšetkým interpersonálne udalosti a konflikty, finančné ťažkosti, rizikovo môže pôsobiť tiež nezamestnanosť. V staršom veku sa jedná predovšetkým o osamelosť, stratu životného partnera alebo somatické ochorenia. Spoločnými rizikovými faktormi prechádzajúcimi naprieč všetkými vývojovými obdobiami je depresia a beznádejnosť, ktoré zároveň patria k najsilnejším prediktorm suicidálneho správania.

LITERATÚRA

- BARNOW, S., LINDEN, M. (2000). Epidemiology and Psychiatric Morbidity of Suicide Ideation among the Elderly. *Crisis*, vol. 21, no. 4, 171–180.
- BEAUTRAIS, A. L. (2002). A Case Control Study of Suicide and Attempted Suicide in Older Adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 31, iss. 2, 1–9.
- BERMAN, A. L., JOBES, D. A., SILVERMAN, M. M. (2007). *Adolescent Suicide: Assessment and Intervention*. Washington, D.C.: American Psychological Association. ISBN 978-1591471936.
- BRADY, J. (2006). The Association Between Alcohol Misuse and Suicidal Behavior. *Alcohol & Alcoholism*, vol. 41, no. 5, 473–478.
- 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*, vol. 21, iss. 4, 398–403.
- CONWELL, Y. (2001). Suicide in Later Life: A Review and Recommendations for Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 31, iss. 1, 32–46.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (2006). *Sebevraždy v České republice – 2001 až 2005*. [on-line]. 2006 [cit. 2007-06-14]. Dostupný z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/p/4012-06>>.
- ERIKSON, E. H. (1999). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-291-X.
- ERLANGSEN, A. et al. (2004). Loss of Partner and Suicide Risk among Oldest Old: A Population-Based Register. *Age and Aging*, vol. 33, no. 4, 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*, vol. 35, iss. 3, 239–250.
- GOLDNEY, R. D. (1981). Attempted Suicide in Young Women: Correlates of Lethality. *British Journal of Psychiatry*, vol. 139, iss. 5, 382–390.

- GRANELLO, D. H., GRANELLO, P. F. (2007). *Suicide: An Essential Guide for Helping Professionals and Educators*. Boston, MA: Pearson Education. ISBN 0-205-38673-3.
- HAIGHT, B. K., HENDRIX, S. A. (1998). Suicidal Intent/Life Satisfaction: Comparing the Life Stories of Older Women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 28, iss. 3, 272–284.
- HARKAVY-FRIEDMAN, J. M., RESTIFO, K., MALASPINA, D., KAUFMANN, C. A. et al. (1999). Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 156, no. 8, 1276–1278.
- 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*, vol. 36, iss. 9, 1256–1274.
- HARWOOD, D. M. J. et al. (2006b). Suicide in Older People without Psychiatric Disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 21, iss. 4, 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* (pp. 276–291). Chichester: John Wiley & Sons. ISBN 0-471-98803-0.
- 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* (pp. 212–229). Chichester: John Wiley & Sons. ISBN 0-471-98803-0.
- HJELMELAND, H., GRØHOLT, B. (2005). A Comparative Study of Young and Adult Deliberate Self-Harm Patients. *Crisis*, vol. 26, no. 2, 64–72.
- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. (2006). Suicidální pokus u dětí a dospívajících – motivy a rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*, č. 3, 131–132.
- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. (2003). *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.
- MANN, J. J. et al. (1999). Toward Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 156, iss. 2, 181–189.
- 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* (pp. 127–144). New York, NY: The Guilford Press. ISBN 978-1-57230-541-0.
- MARIS, R. W., BERMAN, A. L., SILVERMAN, M. M. (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York, NY: The Guilford Press, 2000. ISBN 978-1-57230-541-0.
- MARIS, R. W. (1995). Suicide Prevention in Adults (Age 30–65). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 25, iss. 1, 171–179.
- 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*, vol. 29, iss. 2, 105–118.
- PAYKEL, E. S., PRUSOFF, B. A., MYERS, J. K. (1975). Suicide Attempts and Recent Life Events: A Controlled Comparison. *Archives of General Psychiatry*, vol. 32, no. 3, 327–333.
- PELLMAR, T. C., KLEINMAN, A. M., BUNNEY, W. E. (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. Washington D.C.: National Academic Press. ISBN 978-0309083218.
- 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* (pp. 237–248). Chichester: John Wiley & Sons. ISBN 978-0-470-84959-0.
- PFEFFER, C.R. et al. (1996). Suicidal Behavior in Child Psychiatric Inpatients Outpatients and in Nonpatients. 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.
- PFEFFER, C. R. (1986). *The Suicidal Child*. New York, NY: Guilford Press. ISBN 978-0898626643.
- RADOMSKY, E. D. et al. (1999). Suicidal Behavior in Patients with Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 156, iss. 10, 1590–1595.
- RICH, C. L. et al. (1991). Suicide, Stressors and the Life Cycle. *The American Journal of Psychiatry*, vol. 148, iss. 4, 524–527.
- RICH, C. L., SHERMAN, M., FOWLER, R. C. (1990). San Diego Study: The Adolescents. *Adolescence*, vol. 25, no. 100, 855–955.
- ŘÍČAN, P. (1990). *Cesta životem*. Praha: Panorama. ISBN 80-7038-078-0.
- 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*, vol. 90, iss. 4, 275–285.
- STILLION, J. M., McDOWELL, E. E. (1996). *Suicide across the life span*. Washington, D.C.: Taylor & Francis. ISBN 978-1560323044.

- SZANTO, K. et al. (1997). Suicidal Ideation in Elderly Bereaved: The Role of Complicated Grief. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 27, iss. 2, 194–207.
- 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* (pp. 1–14). Washington, D.C.: American Psychiatric Press. ISBN 0-88048-307-5.
- WAERN, M., RUBENOWITZ, E., WILHELMSON, K. (2003). Predictors of Suicide in the Old Elderly. *Gerontology*, vol. 49, iss. 5, 328–334.
- 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* (pp. 469–489). Washington, D.C.: American Psychiatric Press. ISBN 0-88048-307-5.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008). *Country Reports and Charts Available* [on-line]. c2008, 2008 [cit. 2008-08-17]. Dostupný z WWW: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/.

DEVELOPMENTAL ASPECTS OF SUICIDAL BEHAVIOR

K. KOMADOVÁ

ABSTRACT

Suicidal behavior occurs in all development periods except the earliest age. Characteristic age peak of suicidal tendencies is in adolescence and elderly age. Most of the risk factors in different ages are similar. But it seems that their extent and weight differs for each age category, that means that the strength of their impact is various in each age. Beside that we can find specific risk factors for suicidal behavior in each life period. These are given by the developmental characteristics of the period. In childhood the risk factors are in particular on the side of parents and family environment as well as on the side of peer relationships. In adulthood the external risk factors seem to be above all the interpersonal events and conflicts, financial problems, unemployment. In elderly age it is mainly loneliness, loss of life partner or physical illness. Risk factors shared across all development periods are depression, hopelessness – these are the strongest predictors of suicidal behavior.

Key words: suicidal behavior, age period, specific risk factors

ENTWICKLUNGSASPEKTE DES SUIZIDALEN VERHALTENS

K. KOMADOVÁ

ABSTRAKT

Suizidales Verhalten sieht man außer dem jüngsten Alter in allen Entwicklungsphasen. Durch suizidales Verhalten typisch sind die Adoleszenz und das hohe Alter. Die meisten Risikofaktoren sind für die einzelnen Altersgruppen ähnlich. Es scheint aber, dass sich deren Ausmaß und Gewicht für jedes Alter unterscheidet, das heißt, dass die Stärke des Einflusses in jedem Alter unterschiedlich ist. Außerdem kann man in jedem Alter spezifische Risikofaktoren des suizidalen Verhaltens finden, die zu den Entwicklungscharakteristiken des Lebensabschnittes gehören. Im Kindesalter sind es Risikofaktoren an der Seite der Eltern und Familie, sowie Beziehungen in der Kindergruppe. Im Erwachsenenalter sind als externe Risikofaktoren vor allem zwischenmenschliche Geschehnisse und Konflikte, finanzielle Probleme und manchmal auch Arbeitslosigkeit zu bezeichnen. Im höheren Alter handelt es sich um Einsamkeit, Verlust des Partners oder somatische Erkrankungen. Gemeinsame Risikofaktoren für alle Altersgruppen sind Depression, Hoffnungslosigkeit, die zugleich sehr starke Prediktoren des suizidalen Verhaltens sind.

Schlüsselwörter: suizidales Verhalten, Altersgruppen, spezifische Risikofaktoren

Mgr. Katarína Komadová, Ph.D., Katedra psychologie FF UK v Praze