

Klára Látalová, Dana Kamarádová, Ján Praško

Suicidialita u psychických poruch



Klára Látalová, Dana Kamarádová, Ján Praško

Suicidialita u psychických poruch



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Kniha vyšla s podporou grantu IGA MZ CR NT11047-4.

doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

MUDr. Dana Kamarádová, Ph.D.

prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

SUICIDIALITA U PSYCHICKÝCH PORUCH

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400

www.grada.cz

jako svou 5818. publikaci

Recenzovali:

prim. MUDr. Petr Možný

doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.

Odpovědná redaktorka PhDr. Alena Palčová

Sazba a zlom Radek Vokál

Návrh a zpracování obálky Jan Dvořák

Počet stran 216

Vydání 1., 2015

Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o., Pardubice

© Grada Publishing, a.s., 2015

Cover Photo © allphoto.cz

ISBN 978-80-247-4305-9 (print)

ISBN 978-80-247-9049-7 (pdf)

ISBN 978-80-247-9050-3 (ePub)

OBSAH

PŘEDMLUVA	7
1. SUICIDIALITA JAKO PROBLÉM SPOLEČNOSTI	9
<i>Ján Praško, Klára Látalová</i>	
2. SUICIDIALITA U PSYCHICKÝCH PORUCH	23
2.1 ÚVOD	23
<i>Klára Látalová</i>	
2.2 SCHIZOFRENNÍ PSYCHÓZY	31
<i>Klára Látalová</i>	
2.3 BIPOLÁRNÍ PORUCHA	49
<i>Klára Látalová</i>	
2.4 DEPRESIVNÍ PORUCHY	58
<i>Klára Látalová, Dana Kamarádová</i>	
2.5 NEUROTICKÉ PORUCHY, ÚZKOSTNÉ PORUCHY A PORUCHY SPOJENÉ SE STRESEM	69
<i>Ján Praško, Klára Látalová</i>	
2.6 PORUCHY SPÁNKU	86
<i>Ján Praško, Dana Kamarádová</i>	
2.7 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	101
<i>Dana Kamarádová</i>	
2.8 ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY	106
<i>Dana Kamarádová, Klára Látalová</i>	
2.9 PORUCHY OSOBNOSTI	117
<i>Ján Praško</i>	
2.10 ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH	138
<i>Ján Praško</i>	

3. ZVLÁDÁNÍ SUICIDIALITY	155
3.1 HODNOCENÍ A KLINICKÉ VEDENÍ SUICIDIÁLNÍHO PACIENTA	155
<i>Ján Praško, Klára Látalová</i>	
3.2 KRIZOVÁ INTERVENCE A PSYCHOTERAPIE	174
<i>Ján Praško, Dana Kamarádová</i>	
3.3 SUICIDIALITA A PSYCHOFARMAKOTERAPIE	196
<i>Klára Látalová, Dana Kamarádová</i>	
3.4 SUICIDIALITA A ELEKTROKONVULZIVNÍ LÉČBA	204
<i>Klára Látalová</i>	
ZÁVĚR	209
REJSTŘÍK	211

PŘEDMLUVA

Suicidiální impulzy a suicidiální chování vyplývají z emocionálně nesnesitelného pocitu psychické trýzně a kognitivního zúžení, které brání nalezení cesty z prožívaného stresu. Tedy v situaci, kdy došlo k selhání zvládacích mechanismů osobnosti. Se zvýšeným rizikem suicidiálního chování souvisí zejména pocity bezmoci a beznaděje, touha uniknout do klidu, volání o pomoc v nesnesitelné situaci, někdy taky říci světu, že křivdil. Motivy jsou různé, někdy více, někdy méně pochopitelné, většinou velmi osobní. Pro psychiatra je důležité, aby těmto motivům dokázal u konkrétního pacienta porozumět, protože pak se naskýtá možnost pomoci v aktuální krizi i v budoucnosti.

Tato publikace je věnována suicidalitě u psychických poruch, kde je nejvážnějším problémem. Jen těžko hledáme situaci, která je profesně pro psychiatra trýznivější, než když jeho pacient spáchá sebevraždu. Téměř vždy v sobě pátrá, kde mohl udělat chybu, co přehlédl, na co se nezeptal, zda mu měl podat ty nebo ony léky, pozvat jej dříve na kontrolu, nepustit na víkendovou dovolenku. Je pro něj podobně těžké mluvit s nešťastnou rodinou.

Nemyslíme si, že tato kniha může nějak výrazněji změnit osudy našich pacientů ani zmírnit trýzeň našeho prožívání s každým pacientem, o kterého máme obavy. Může však pomoci trochu více se orientovat v tom, co je dnes o suicidalitě u jednotlivých poruch známo, a udělat si komplexnější obraz na poli, na kterém se ocitáme každodenně s našimi pacienty. Může pomoci zbystřit pozornost, uvědomit si souvislosti, cíleněji se ptát i cíleněji intervenovat.

Autoři

1. SUICIDIALITA JAKO PROBLÉM SPOLEČNOSTI

Ján Praško, Klára Látalová

Sebevražda (latinsky *suicidium*, ze *sui* = se, sebe a *caedere* = zabít, respektive *caedium* = zabití; řecky *autocheiria*) je čin vědomého a úmyslného ukončení vlastního života. Jedinec, který takový čin realizuje, je sebevrah. Sebevražda je stigmatizující pojem, který souvisí s morálním odsouzením jedince, který se o život úmyslně připravil. „Spáchat“ je v češtině spojováno s obzvláště nepřijatelnými jevy, jako je spáchat zločin nebo spáchat hřích. Křesťanské náboženství tento skutek považuje za těžký hřích. Osobám, které ukončily svůj život sebevraždou, byl v minulosti odepřen křesťanský pohřeb a byly pochovávány za zdmi hřbitova. Zajímavé je, že spojení „spáchat sebevraždu“ se začalo používat relativně pozdě, až v 19. století. Dřívější záznamy volí konkrétnější popis mechanismu činu, užívajíce spojení jako „utopil se“, „oběsil se“ nebo „nalehl na meč“. Pro sebevraždu se používají i různé eufemismy, které mají stigmatizaci zmírnit, např. „dobrovolný odchod ze života“, „vzít si život“, „vztáhnout na sebe ruku“ apod. Pavel Říčan (1995) používá pojmenování *suicidium*, které překládá jako „sebezabití“, což komentuje poznámkou: „Záměrně neužívám slova ‚sebevražda‘, které má odsuzující akcent; ten není u některých suicidií na místě.“ V jiném kulturním kontextu, např. v Japonsku, byla v některých situacích sebevražda dokonce brána jako morální povinnost, např. sebevražda vůdce vojáků po prohrané bitvě. Sebevražedné útoky v boji v Japonsku byly a dosud v některých kulturách jsou pokládány za ušlechtilý čin, který je v zájmu dané society.

SEBEVRAŽEDNOST VE SVĚTĚ

Hlášení výskytu sebevražd celosvětově je podhodnoceno díky náboženským a sociálním tlakům, v některých oblastech není hlášeno vůbec. Protože data mohou být zkreslená, je porovnání mezi jednotlivými státy statisticky nepřesné. Z toho, co je registrováno, jsou viditelné určité tendence.

V roce 1998 Světová zdravotnická organizace zařadila sebevraždu jako dvanáctou nejčastější příčinou smrti na celém světě (World Health Organization, 2002). Ve většině zemí je výskyt sebevražd vyšší než výskyt úmyslných vražd. Celosvětově počet suicidií za posledních 45 let vzrostl o 60 % (Wasserman et al., 2007). V roce 2000 odhadem suicidovalo na světě kolem 1 milionu lidí. To je 16 lidí na 100 000 obyvatel (Michel, 2002). Podobně zpráva Světové zdravotnické organizace za rok 2006 uvádí, že každý rok téměř milion lidí ukončí svůj vlastní život, což je více než počet osob zavražděných nebo zabitých ve válce (World Health Organization, 2006). Tato čísla ukazují, že každých 40 sekund někde ve světě proběhne sebevražda. Odhaduje se, že

celková roční úmrtnost na sebevraždy by na celém světě mohla v roce 2020 vzrůst na 1,5 milionů. Celosvětově se sebevraždy řadí mezi tři hlavní příčiny úmrtí u osob ve věku 15–44 let. Sebevražedné pokusy jsou až dvacetkrát častější než dokonané sebevraždy (World Health Organization, 2006). Podle Národního ústavu pro duševní zdraví (NIMH) v USA je epidemie sebevražednosti vážným problémem, a to zejména pro mladé lidi. Sebevražda může být ulehčena u dospívajících faktem, že jsou často vystaveni zprávám o sebevražedcích v tisku a televizi, zejména významný vliv mají suicidia u celebrit (National Institute of Mental Health, 2006).

Rychlý nárůst suicidality je zjevný obzvláště v zemích, které se transformují (tab. 1.1). Vážný problém je to zejména v Litvě, Rusku, Bělorusku, Lotyšsku, Estonsku a Maďarsku, který zesílil v době ekonomické krize. V těchto zemích roste zejména sebevražednost mužů středního věku, která bývá v dobách stability nízká. Sebevražednost je tedy nejvyšší v pobaltských státech Evropy, kde každý rok zemře suicidiem kolem 40 lidí na 100 000 obyvatel, druhou oblastí v řadě je subsaharská Afrika, kde zemře sebevraždou kolem 32 lidí na 100 000 obyvatel. Nejnižší suicidalita je v Latinské Americe a v několika zemích v Asii (World Health Organization, 2002). V Rusku ročně spáchá sebevraždu přes 60 000 lidí a kolem 30 000 lidí zemře sebevraždou každý rok ve Spojených státech, podobně v Japonsku. Kolem 250 000 osob zemře suicidiem ročně v Číně. V západních zemích muži umírají sebevraždou čtyřikrát častěji než ženy. Ženy mají častější sebevražedné pokusy.

Tab. 1.1 Země s nejvyšším počtem sebevražd za rok 2006

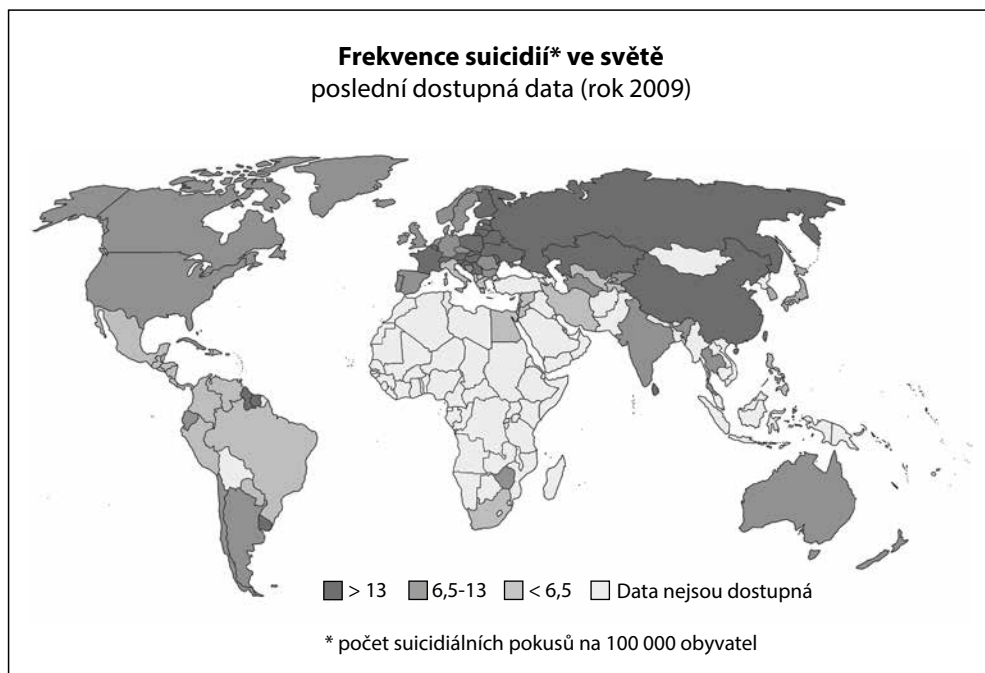
Pořadí	Země	Počet suicidií za rok na 100 000 obyvatel
	Litva	42,0
	Rusko	37,4
	Bělorusko	35,0
	Lotyšsko	34,3
	Estonsko	33,2
	Maďarsko	32,1
	Slovinsko	30,9
	Ukrajina	29,4
	Kazachstán	28,7
	Finsko	24,3

Čína je jedinou zemí na světě, kde počet sebevražd u žen odpovídá počtu u mužů, dokonce statistiky vykazují mírně vyšší počet ženských případů (World Health Organization, 2002, 2009).

Světový přehled počtu sebevražd na 100 tisíc obyvatel v roce 2011 ukazuje obrázek 1.1. Přehled počtu sebevražd na 100 tisíc obyvatel v Evropě (suicidiální mapa Evropy) předkládá obrázek 1.2.

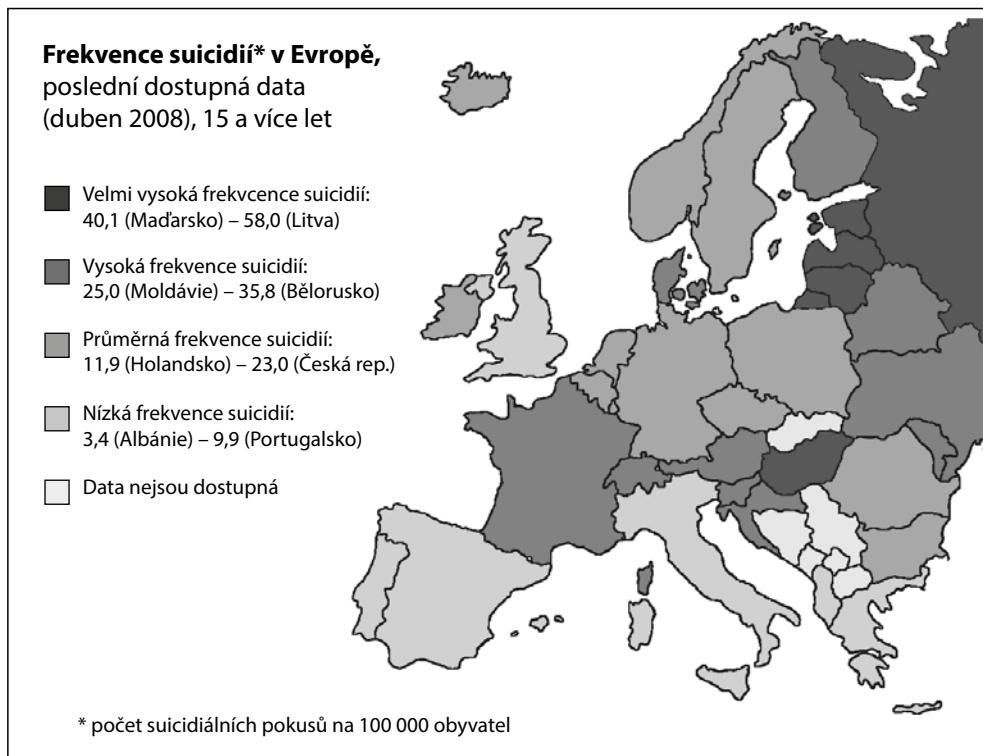
Představa, že sebevražda je častější během zimních prázdnin (včetně Vánoc na severní polokouli), je mýtus, obvykle posílený medializací sebevražd, které se objevily v tomto období. Statistiky NIMH naopak zjistily, že sebevraždy vždy během zimních měsíců klesají a vrchol je obvykle na jaře a počátkem léta (National Institute of Mental Health, 2006). Přitom zimní období koreluje s obdobím depresí, a tak se spekuluje, že na jaře, kdy dochází k nárůstu energie, lidé mají více energie k sebevražedným činům. Variace počtu sebevražd v průběhu každého týdne (významně nejvíce v pondělí a nejméně v sobotu) je podstatně větší než sezonní kolísání.

Určité trendy lze sledovat ve vztahu ke druhu smrti. Ve Velké Británii byl například stálý nárůst sebevražd od roku 1945 do roku 1962, pak po odstranění oxidu uhelnatého při přechodu z dodávek svítiplynu na zemní plyn, zeslábl (Kreitman, 1976). Způsoby sebevraždy se liší mezi kulturami a snadná dostupnost smrtících látek a prostředků hraje důležitou roli.



Obr. 1.1 Akutální celosvětové riziko suicidia

Zdroj: World Health Organization, 2012.



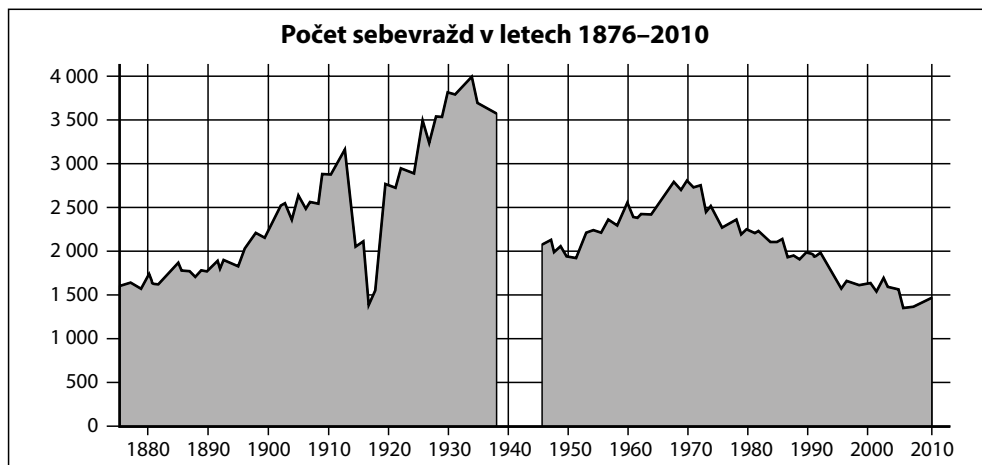
Obr. 1.2 „Suicidiální“ mapa Evropy

Zdroj: Podle Wasserman, 2008.

SEBEVRAŽEDNOST V ČESKÉ REPUBLICE

Sebevražda je v České republice nejčastější příčinou nepřirozeného úmrtí. V období 2001–2005 bylo u nás zaznamenáno 8 023 sebevražd (pro srovnání v tomto období zemřelo 7 010 osob při dopravní nehodě), což tvoří 1,48 % celkového počtu úmrtí a 23,3 % úmrtí vnějšími příčinami. Zvláštní pozornost si zaslouží sebevraždy dětí. V období 2001–2005 bylo u nás zaznamenáno 35 případů (věková skupina do 14 let). Důvodem sebevraždy u dětí u nás je špatná známka na vysvědčení a strach z reakce rodičů. Častým důvodem je také nešťastná láska.

Český statistický úřad má k dispozici údaje o počtu sebevražd na území srovnatelném s dnešní Českou republikou za období od roku 1876 (obr. 1.3). Počty sebevražd jsou v posledním pětiletém hodnoceném období (2006–2010) nižší než kdykoliv dříve. Počet lidí, kteří zemřou sebevraždou, od druhé poloviny sedmdesátých let v České republice klesá. Rok 2007 s počtem 1 375 zemřelých sebevraždou je rokem s historicky nejmenším počtem, druhý je rok 2008. Oba uvedené roky jsou dokonce i pod úrovní roku 1917, u kterého jsou však s ohledem na okolní roky data nevěrohodná. V posledních třech letech sice došlo k nárůstu, přesto však zůstává i údaj posledního roku hodnoceného pětiletí menší než v kterémkoliv dřívějším poválečném roce.



Obr. 1.3 Počet sebevražd v letech 1876–2010

Zdroj: Český statistický úřad, 2011.

SEBEVRAŽEDNOST A DEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY

Ve většině západních zemí je u mužů 3–4krát větší pravděpodobnost, že zemřou sebevraždou, než u žen, i když více žen než mužů se o sebevraždu pokusí. Mužská sebevražednost je vyšší než u žen ve všech věkových skupinách (poměr se pohybuje od 3 : 1 do 10 : 1). Sebevražda je osmá nejčastější příčina úmrtí u mužů a devatenáctá nejčastější příčina úmrtí u žen na světě (World Health Organization, 2006). Vyšší poměr mužů je zřetelný celosvětově kromě Číny. Mnohem častěji (80 % případů) ve většině světa (kromě Číny) sebevraždu spáchají muži. Ženy se pokoušejí o sebevraždu 3–4krát častěji než muži. U mužů čtyřikrát častěji než u žen končí pokus smrtí (Kochanek et al., 2004). Zdá se, že tento poměr je způsoben zejména tím, že muži jsou v této činnosti důslednější. Pokud se k takovému kroku rozhodnou, čin skutečně vykonají. Volí přitom střelnou zbraň nebo oběšení, kde je šance na záchranu velmi malá. Ženy oproti tomu přistupují spíše k předávkování léky a lékařům se daří je zachránit. Muži zpravidla volí jistější metody než ženy. Ženy suicidiální pokus častěji používají jako způsob vyjádření svého trápení nebo „volání o pomoc“. Muži naopak mohou sebevraždu odkládat do té doby, až se bezmoc a zoufalství stanou nesnesitelnými. Suicidia jsou častější u rozvedených než u svobodných a u svobodných jsou častější než u ženatých. Podobně v České republice ukončení vlastního života suicidiem je častější u mužů než u žen. Za poslední sledované pětiletí sebevraždou skončilo dokonce pětkrát víc mužů než žen, na jednu dokonanou sebevraždu žen připadalo 4,8 sebevraždy mužů. V průběhu let od roku 1945 do současnosti narostl poměr mezi muži a ženami z 2,2 : 1 na 4,8 : 1 (tab. 1.2). Vyšší poměr dokonaných suicidií je patrný všech věkových kategoriích.

Tab. 1.2 Sebevraždy podle pohlaví v České republice v poválečném období

Období	Počet		Podíl na celku v procentech		Poměr muži : ženy
	muži	ženy	muži	ženy	
1946–1950	7 002	3 229	68,4	31,6	2,2
1951–1955	7 419	3 246	69,6	30,4	2,3
1956–1960	8 325	3 708	69,2	30,8	2,2
1961–1965	8 286	3 811	68,5	31,5	2,2
1966–1970	9 465	4 191	69,3	30,7	2,3
1971–1975	9 027	3 842	70,1	29,9	2,3
1976–1980	8 003	3 418	70,1	29,9	2,3
1981–1985	7 711	3 098	71,3	28,7	2,5
1986–1990	7 080	2 894	71,0	29,0	2,4
1991–1995	6 915	2 502	73,4	26,6	2,8
1996–2000	6 368	1 738	78,6	21,4	3,7
2001–2005	6 433	1 590	80,2	19,8	4,0
2006–2010	5 887	1 233	82,7	17,3	4,8

Zdroj: Český statistický úřad, 2011.

Nejvíce lidí u nás volilo pro svou dobrovolnou smrt oběšení (muži 67,4 %, ženy 44,8 %). Muži kromě toho volí častěji i smrt zastřelením (11,5 %), v menší míře pak volí způsob otrávením. Naopak ženy mají tendenci k sebeotravám, skokem z výšky. Smrt zastřelením je u nich méně častá.

Nejvíce suicidií se vyskytuje v městských aglomeracích. Ohroženy jsou zejména následující skupiny (Wasserman, 2008):

- lidé trpící afektivní poruchou, která nemusí být plně rozvinutá, stejná je frekvence suicidií u lidí trpících dystymií jako depresivní epizodou, častá je komplikace s další komorbiditou, závislostí na alkoholu nebo komorbiditou se schizofrenií; odhadem kolem 60 % dokonaných suicidií padá na vrub rozpoznaných nebo nerozpoznaných afektivních poruch;
- starší lidé trpící somatickým onemocněním, kteří často komorbidně trpí nerozpoznanou afektivní nebo úzkostnou poruchou;
- muži středního věku, kde analogem poruchy afektivity je podrážděnost a popudlivost, agresivita, znechucenost; hlavním projevem může být zhoršení výkonu v práci, snížení aktivity doma a ve volném čase; velmi často je deprese u mužů přehlédnuta a neléčena;

- pubertální hoši s poruchami chování a adolescenti obou pohlaví znechucení světem, s pocity osamělosti, bezsmyslnosti, bez vnímání perspektiv v budoucnosti; suicidium je čtvrtou nejčastější příčinou smrti u mladých mužů a třetí nejčastější příčinou smrti u mladých žen ve věku 15–19 (Wasserman et al., 2005).

Výskyt suicidií všeobecně roste s věkem. Ovšem první z vrcholů se objevuje u mladých osob mezi 15 a 24 lety. Nejvyšší výskyt je pak u lidí starších 75 let. Poměr sebevražedných pokusů a dokonaných sebevražd je 10 : 1. U starších osob se objevuje méně suicidiálních pokusů, bohužel více dokonaných suicidií.

SEBEVRAŽEDNOST A ZDRAVOTNÍ PÉČE

Sebevražedné pokusy jsou častým důvodem pro přijetí do nemocnice, zejména na oddělení intenzivní péče. V jedné studii např. až 1–2 % všech přijetí na oddělení intenzivní péče a 1–5 % na ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení) bylo pro úmyslné předávkování léky (Bostwick, 2002).

SEBEVRAŽDA JAKO SOCIOLOGICKÉ TÉMA

Sebevraždu jako sociologické téma poprvé zpracovali É. Durkheim (*Le suicide*, 1897) a T. G. Masaryk (v habilitační práci *Der Selbstmord als soziale Massenerscheinung der Gegenwart 1878* (*Sebevražda jako masový sociální jev současnosti*, český překlad 2002)). Masaryk ve své habilitaci uvádí, že u „přírodních a nevzdělaných národů se sebevražda vůbec nevyskytuje“, sebevražednost je podle jeho názoru produktem „pokroku, vzdělání, osvěty“ a je způsobována „nenábožností mas“. Tento názor podporoval také sociolog É. Durkheim. Filozof a sociolog J. Král ve svém spise *Na okraj Masarykovy „sebevraždy“* (Král, 1927) Masarykův spis kritizoval, protože pokládal vztah mezi vyšší sebevražedností a ústupem náboženství za ne úplně prokazatelný a poukazoval na to, že suicidia se vyskytují ve všech společnostech. Původní Masarykova a Durkheimova hypotéza bude pravděpodobně mýtus. Kushner v příspěvku *Sebevražda, gender a strach z modernity* v knize *Dějiny sebevraždy* (Monestier, 2003) uvádí, že statistiky, které měly dokazovat korelaci mezi moderností a vzrůstem sebevražednosti byly tendenčně využívány pro a priori tvrzení, aniž by byly skutečně ověřeny. Šlo o „teorie, na kterých se zakládají fakta“, které vybíraly metody a populaci tak, aby teorii potvrdily, nikoliv falzifikovaly. Kushner si myslí, že šlo o výraz nostalgie po předmoderním, idylickém světě (bez sebevražd). V *Dějínách sebevraždy* lze najít i informace o pokusech o „vymazání“ sebevraždy (Monestier, 2003). Stať *Sebevražda a sociální integrace v bolševickém Rusku* od Pinnowa referuje o nadějích ideologů komunismu, kteří před revolucí předpokládali, že po vytvoření komunistické společnosti sebevražda jako buržoazní přežitek a projev krajního individualismu vymizí. Protože skutečnost byla jiná, údaje o sebevraždách ze všech oficiálních statistik vymizely.

Pro postoje a interpretace týkající se sebevraždy je důležitý výchozí názorový kontext. Za poslední tři staletí se vystřídalo několik takových postojových rámců. Tinková (2004) sledovala fenomén sebevraždy u nás v proměnách legislativního i intelektuálního diskurzu jako vývoj interpretací vzniklých pod zorným úhlem různých pohledů, od „ohavného zločinu“, „plodu bezvěrectví a beznaděje vyvolaných ďáblem“ přes „zoufalství zaviněné společnosti“, či naopak „neobčanský čin“, přes „akt svobody“ až po

„patologický vrozený sklon“. Podobně popsal Monestier v *Dějínách sebevraždy* (2003) to, jak se pohled na suicidium vyvíjel „od hříchu k šílenství“. Západní kultura zažila etablaci „moderní sebevraždy“, čímž je myšlena cesta její dekriminizace, sekularizace a medikalizace. Pokud Tinková (2004) podtrhla pro nový pohled na suicidium zejména vliv myšlenek francouzské revoluce, van Dülmen (2003) zdůraznil význam literatury, kdy v Goethově *Utrpení mladého Werthera*, které zaujalo čtenáře v celé Evropě, poprvé nešlo o moralizování nad činem hlavního hrdiny, ale spíše o soucit a pochopení, vlastně „ospravedlnění sebevraždy jako autonomního aktu lidského individua, který byl přesto hodnocen jako nesprávný“. Podobně podle jungiánského psychologa Hillmana (1997) sebevražda historicky nebyla hodnocena z hlediska vztahu člověka k sobě samému, ale z hlediska celku, jako by člověk „patřil nejprve Bohu, pak králi a teprve potom sám sobě“. V současné době pravděpodobně různé starší i novější pohledy na sebevraždu koexistují. Vedle pojmání suicidia jako jevu „sociální patologie“ se i dnes objevují její odsudky z religiozního pohledu. Celkový posun je však patrný i u samotných křesťanů. Zpravidla dnes už nezastávají názor, že sebevraždu není možné ospravedlnit nebo omluvit. Názor katolického apologetika Chestertona, že „sebevražda je Hřích s velkým H, konečné a absolutní zlo; člověk, který zabije sebe, jako by vyhladil celý svět, i když jenom ten svůj“, dnes také není příliš často slyšet. V souvislosti se sebevraždou Jana Palacha na jeho obranu Tomáš Halík citoval jiný Chestertonův citát: „Sebevrah je člověk, který pohrdá životem, zatímco mučedník pohrdá smrtí.“ Papež Pavel VI. po Palachově smrti řekl, že „není možné schvalovat tragickou formu tohoto svědectví, ale jeho hodnotu uchovejme, protože ukazuje na svrchovanost oběti sebe sama z lásky k druhým“. Podle tohoto pohledu už Palach není sebevrahem, ale dobrovolnou obětí za lepší budoucí svět (Lukavec, 2009).

Vyšší úroveň sociální a národní soudržnosti souvisí se sníženou frekvencí sebevražd. Sebevražednost je naopak vyšší u důchodců, nezaměstnaných, chudých, rozvedených, bezdětných, u obyvatel měst a dalších osob, které žijí v relativní izolaci. Sebevraždy narůstají v dobách ekonomické nejistoty. Epidemiologické studie obecně ukazují, že existuje vztah mezi frekvencí sebevražd či sebevražedného chování a sociálně-ekonomickým znevýhodněním, kam patří omezené vzdělání, bezdomovectví, nezaměstnanost, hospodářská závislost a kontakt s policejním či soudním systémem (Wasserman et al., 2005).

U osob pokoušejících se o sebevraždu nemusí být příčinou vždy zjevná psychická porucha. U většiny psychických poruch je však riziko sebevraždy zvýšené. Podle výzkumů je 30–90 % (záleží na postoji autora výzkumu) sebevražd spojeno s psychickými poruchami, typicky s depresemi, závislostí na alkoholu, schizofrenií a poruchami osobnosti (nejvíce s emočně nestabilní a disociální) (Cougale et al., 2009; Nock et al., 2010; Uebelacker et al., 2013; Angstman a Rasmussen, 2011; Rao et al., 2013; Slade et al., 2013). Sebevražednost se objevuje dokonce i u pacientů, kteří se primárně o svůj život bojí (hypochondrická porucha) či u manických pacientů, kteří jsou plní energie, veselí a rozjaření, kde to většina lidí nečeká. U některých poruch je riziko velmi vysoké: například u pacientů poruchami příjmu potravy je riziko smrti suicidiem 23krát vyšší než v populaci, u depresivní poruchy a závislosti na sedativech 20krát vyšší, u bipolární poruchy 15krát vyšší. Pokud má pacient v anamnéze suicidiální pokus, zvyšuje se riziko smrti sebevraždou až 38krát proti běžné populaci. Podle výsledků studie rizika sebevraždy z velké švédské kohortové studie je riziko vyšší u osob, (a) jejichž matka byla teenager, (b) matka trpí psychickou poruchou (afektivní porucha, závislost, po-

rucha osobnosti), (c) v rodině už někdo suicidoval, (d) je zjistitelný sexuální abúzus v dětství, (e) v dětství člověk zažíval týrání, dětský sexuální abúzus, tělesný abúzus, mentální abúzus, (f) jsou nedobré vztahy v rodině, (g) u nezaměstnanosti, (h) při stěhování se a migraci, (ch) po imigraci, zejména u dětí, které se cítí vyloučeny z nové společnosti a přitom nejsou schopny už držet tradice rodičů (Wasserman, 2008).

GENETICKÉ PROMĚNNÉ

Zdá se, že sebevraždnost se objevuje v některých rodinách častěji než v jiných. Empirické důkazy pro roli *genetických* vlivů v etiologii suicidiálního chování byly zjištěny ve studii Schulsingera et al. (1979), kteří zjistili rodinný přenos suicidiálního chování mezi adoptovanými dětmi. Suicidiální chování se dále objevuje významně častěji u dětí matek, které se psychiatricky léčily pro afektivní poruchu, závislost na návykových látkách nebo poruchu osobnosti, a u otců, kteří se léčili pro schizofrenii nebo závislost na návykových látkách (Mittendorfer et al., 2004). Wasserman et al. (2007) zjistili, že genetická variace v komponentách HPA osy, T-BOX 19 a CRH-1 receptoru, které jsou spojeny s vyšší hostilitou u depresivních mužů, souvisí také s častějšími suicidiálními ideacemi i aktivitou. Zdá se také, že serotoninový transportér a serotoninový receptor 1A může souviset se suicidiálním chováním. SS genotyp 5-HTTLPR byl významně častěji zastoupen u pacientů s vážnými suicidiálními pokusy. Na zranitelnosti se však podílejí i environmentální vlivy. Patří sem zejména nezralost rodičů, násilí v rodině, tělesné a hlavně sexuální zneužívání v dětství, negativní rodinné klima či psychologické zneužívání v dětství. Tabulka 1.3 ukazuje podíl perinatálních a mateřských rizikových faktorů na suicidiálním chování u adolescentů a mladých dospělých.

Tab. 1.3 Perinatální a mateřské rizikové faktory pro projevené suicidiální chování. Kohortová studie 713 370 adolescentů a mladých dospělých ve Švédsku

Rizikové faktory pro suicidium	Poměry rizika *
mladistvá matka (< 20 let)	2,2
nízká porodní váha (< 2 500 g)	2,0
Rizikové faktory pro suicidiální pokus	
mladistvá matka (< 20 let)	2,1
nízké vzdělání matky (< 9 let)	1,4
malá porodní délka (< 47 cm)	1,5
narodit se jako čtvrté a pozdější dítě v pořadí	1,8

* Všechny výsledky statisticky významné.

Zdroj: Mittendorfer et al., 2004.

OSOBNOSTNÍ RYSY

Význam pro sebevražednost mají zejména osobnostní rysy člověka. Vyšší riziko bývá zejména u osob trpících hraniční poruchou osobnosti. Současné negativní životní události jsou často superimponované na podobné zážitky z dětství, což aktuálně mění vnímání současných stresorů. To pak vede k zesíleným reakcím na životní události ve formě nadměrného studu, hněvu, zloby na sebe, narcistických zranění, beznaděje a bezmoci, paradoxní reakce. Suicidialita však souvisí více s impulzivitou a agresivitou než se samotnou regulací nálady.

Rozvoj suicidality také významně souvisí se stresovými událostmi v životě, kam patří zejména ztráty, změny v životě, traumata a chudé sociální podmínky (Wasserman, 2008). Mezi zraňující ztráty patří ztráta blízké osoby (smrtí nebo rozchodem), ztráta národní a kulturní příslušnosti (při emigraci), ztráta zdraví, integrity, hospitalizace, nedávné opuštění nemocnice po propuštění, ztráta zaměstnání, ztráta možnosti studovat, ztráta pozice doma nebo finanční pozice. Velké změny v životě často spouštějí suicidiální chování – patří sem přechody z jedné životní etapy do druhé (odchod do důchodu), kontroverze se zákony a normami, změny způsobené uvězněním, ale i samotný strach z podstatné životní změny. Diatéza bývá dále ovlivněna zevními aktuálními stresory, jako je nedostatek spánku, nedostatečné stravování, zneužití alkoholu nebo drog.

SEBEVRAŽEDNOST A LITERATURA

Sebevražda je v literatuře zobrazována často, zpravidla je východiskem z těžké životní situace nebo nesmíření se s osudem. Ukázka bilanční sebevraždy je popsána už v Bibli (Česká biblická společnost, 2001):

„Pelištejci bojovali proti Izraeli. Izraelští muži před Pelištejci utíkali a padali pobiti v pohoří Gilbóa. Pelištejci se pustili za Saulem a jeho syny. I pobili Pelištejci Saulovy syny Jónatana, Abínádaba a Malkíšu. Pak zesílil boj proti Saulovi. Objevili ho lukostřelci a těžce ho postřelili. Saul řekl svému zbrojnoši: „Vytas meč a probodni mě jím, než přijdou ti neobřezanci, aby mě neprobodli oni a nezneuctili.“ Zbrojnoš však nechtěl, velmi se bál. Saul tedy uchopil meč a nalehl na něj. Když zbrojnoš viděl, že Saul zemřel, také on nalehl na svůj meč a zemřel s ním. Toho dne spolu zemřeli Saul, jeho tři synové, jeho zbrojnoš i všichni jeho mužové. Když izraelští muži na druhé straně doliny a na druhé straně Jordánu viděli, že izraelští muži utekli a že Saul a jeho synové zemřeli, opouštěli města a utíkali. Přišli Pelištejci a usadili se v nich. Pelištejci přišli druhého dne, aby obrali pobité, a našli přitom Saula a jeho tři syny padlé v pohoří Gilbóa. Uťali mu hlavu, vzali zbroj a poslali kolovat po pelištejské zemi jako radostné poselství pro dům svých modlářských stvůr i pro lid. Jeho zbroj uložili v Aštartině domě a jeho mrtvolu přibili na hradby Bét-šanu. I uslyšeli o něm obyvatelé Jábaše v Gileádu, o tom, co Pelištejci se Saulem provedli. Všichni válečníci se vypravili, šli celou noc a sňali mrtvolu Saulovu i mrtvolu jeho synů z bétšanských hradeb. Když došli do Jábaše, spálili je tam. Pak posbírali jejich kosti a pochovali je v Jábaši pod tamaryškem. Poté se postili sedm dní.“

Sebevraždou ukončilo svůj život mnoho významných lidí v minulosti, kteří mají vliv na kulturu dosud. Mezi ně patří Sokrates, Seneca, Goethe, Wolfová, London, Hemmingway a další.

SEBEVRAŽDA A MASMÉDIA

Goethovo *Utrpení mladého Werthera* nebylo šířeno tak masově, jako dnes údaje o sebevraždách celebrit, nicméně vedlo k vlně suicidií po Německu. Sebevražda je mediální atraktor, který ozvláštňuje. Je přitažlivá svojí konečností a domnělou odvahou, vymknutím se z konvenčního myšlení bez ohledu na možné stigma, zároveň nese s sebou přesvědčení, že ten, kdo ji realizoval, se musel trápit způsobem, který u jiných vyvolává soucit. Mediální zprávy o sebevraždě některé z celebrit se dostávají na první stránky tiskovin a lákají k přečtení. Bohužel, podobně jako *Utrpení mladého Werthera*, mohou lákat k následování, zejména pokud jde o mladé lidi a sebevraždu spáchal jejich idol. Sebevraždy tedy pomáhají ke čtivosti novin a k byznysu nakladatelství. Tento výraz může být také zneužit k budování vlastního úspěchu. Kalifornská skupina Suicidal Tendencies (Sebevražedné sklony) je považována za „otce crossover thrashu“. Ke dnešnímu dni má vydaných devět studiových alb a jedno LP, čtyři dělená alba včetně vzácného *Welcome to Venice* a dvě dlouhá videa.

Na webu existuje skupina Sebevražda, která je určena „pro širokou veřejnost a třeba pro ty, kteří se zabývají myšlenkou na tento čin! Zkrátka buďte s námi, budme spolu!!!“ Hromadí se zde dotazy, jak nejlépe sebevraždu realizovat, aby člověk pak nebyl jenom zmrzačen, a povídání o tom, jak koho přestal bavit život. Existují stránky bojující proti sebevraždě *Hrdinové života*, které jsou podstatně méně navštěvované. I když obojí může být založeno recesistickými studenty, zdá se, že tam píšou také lidé, kteří opravdu ze života odejít chtějí, a takové stránky mohou jejich rozhodnutí posílit.

LITERATURA

- Angstman, K. B., Rasmussen, N. H. (2011). Personality disorders: review and clinical application in daily practice. *American Family Physician*, 84 (11), 1253–1260.
- Bostwick, J. M. (2002). Suicidality. In Wise, M. G. Rundell, J. R. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. Psychiatry in the Medically Ill*. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 127–148.
- Cougle, J. R., Keough, M. E., Richardi, C. J., Sachs-Ericsson N. (2009). Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (9), 825–829.
- Česká biblická společnost (2001). Bible. *Písmo svaté Starého a Nového zákona (včetně deuterokanonických knih)*. Český ekumenický překlad. 8. vyd. (1. oprav.). Praha: Česká biblická společnost.
- Český statistický úřad (2011). *Sebevraždy v České republice*. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/sebevrazdy_zaj.
- Hillman, J. (1997). *Duše a sebevražda*. Z angličtiny přeložil Rudolf Starý. Praha: Sagittarius.
- Dülmen, R. van (2003). *Bezectní lidé: o katech, děvkách a mlynářích. Nepočestnost a sociální izolace v raném novověku*. Z němčiny přeložil Josef Boček. Praha: Dokořán.
- Kochanek, K. D., Murphy, S. L., Anderson, R. N. et al. (2004). *Final data for 2002. National Vital Statistics Reports*. Vol. 53, No 5. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

- Král, J. (1927). *Na okraj Masarykovy „sebevraždy“*. Bratislava: Filosofická fakulta University Komenského.
- Kreitman, N. (1976). The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960–71. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 30 (2), 86–93.
- Lukavec, J. *Sebevražda mezi hříchem, zbabělostí a autenticitou*. Dostupné z: <http://dejinyasoucasnost.cz/archiv/2009/8/-kdo-chce-necht-se-usmrti-/>.
- Masaryk, T. G. (1930). *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 3. vyd. Praha: Čin.
- Michel, K., Maltsberger, J. T., Jobes, D. A., Leenaars, A. A., Orbach, I., Stadler, K., Dey, P., Young, R. A., Valach, L. (2002). Discovering the truth in attempted suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 56 (3), 424–437.
- Mittendorfer, E., Rasmussen, F., Wasserman, D. (2004). Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour in offspring: a cohort study. *The Lancet*, 364, 1135–1140.
- Monestier, M. (2003). *Dějiny sebevražd: Dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Přel. Vladimír Čadský. Praha: Dybbuk.
- National Institute of Mental Health (1999). *Suicide Prevention. National Institute of Mental Health (United States)*. Staff (December 1999). Frequently Asked Questions about Suicide. Dostupné z: <http://www.nimh.nih.gov/suicideprevention/suicidefaq.cfm>.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15 (8), 868–876.
- Rao, K. N., Kulkarni, R. R., Begum, S. (2013). Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35 (1), 75–79.
- Říčan, P. (1995). *Agresivita a šikana mezi dětmi. Jak dát dětem ve škole pocit bezpečí*. Praha: Portál.
- Schulsinger, R., Kety, S., Rosenthal, D. et al. (1979). A family study of suicide. In Schou, M., Stromgren, E. (Eds.). *Origins, Prevention and Treatment of Affective Disorders*. New York, NY: Academic Press, 277–287.
- Slade, K., Forrester, A. (2013). Measuring IPDE-SQ personality disorder prevalence in pre-sentence and early-stage prison populations, with sub-type estimates. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36 (3–4), 207–212.
- Tinková, D. (2004). *Hřích, zločin, šílenství v čase odkouzlování světa*. Praha: Argo.
- Uebelacker, L. A., Weisberg, R., Millman, M., Yen, S., Keller, M. (2013). Prospective study of risk factors for suicidal behavior in individuals with anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 43 (7), 1465–1474.
- Wasserman, D., Geijer, T., Sokolowski, M., Rozanov, V., Wasserman, J. (2007). Nature and nurture in suicidal behavior, the role of genetics: some novel findings concerning personality traits and neural conduction. *Physiology & Behavior*, 10, 245–249.
- Wasserman, D., Cheby, Q., Juany, G. X. (2005). Global suicide rates among young people aged 15–19. *World Psychiatry*, 4, 114–120.
- Wasserman, D. (2008). *CME course. Prevention of suicide: Risk groups*. AEP Congress, April 9th 2008, Nice, France.

- World Health Organization (2002). *Mortality and Burden of Disease Estimates for WHO Member States in 2002*. World Health Organization. Dostupné z: <http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bodgbdeathdalyestimates.xls>.
- World Health Organization (2009). *Suicide prevention (SUPRE)*. Geneva: World Health Organization. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html.
- World Health Organization (2012). *Public Health Action for the Prevention of Suicide*. Geneva: World Health Organization.