

Psychické poruchy
a poruchy správania

**Prevencia samovrážd:
príručka pre praktických
lekárov**

Dr. J. M. Bertolote et. al.
SUPRE WHO
Suicide Prevention
Live your life

Vydavateľstvo

F psychiatria
psychoterapia
psychosomatika

T r e n č í n

Duševné poruchy a poruchy správania
Oddelenie pre duševné zdravie
Svetová zdravotnícka organizácia
Ženeva
2000

Názov originálu: Mental and Behavioural Disorders Preventing Suicide: a resource for Social Change and Mental Health
Autor: Department of Mental Health General physicians World Health Organization, 2000 Geneva

Táto práca je jednou zo série príručiek, určených špecifickým spoločenským a profesionálnym skupinám, ktoré pracujú na prevencii samovrážd.
Bola vyhotovená ako súčasť SUPRE, celosvetovej iniciatívy Svetovej zdravotníckej organizácie pre prevenciu samovrážd.
Kľúčové slová: samovražda
/ prevencia / príručka / praktickí lekári / výcvik / primárna zdravotnícka starostlivosť.

Táto práca nie je oficiálnou publikáciou Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) a všetky práva si ponecháva SZO. Práca sa môže voľne ukazovať, skracovať, reprodukovat', prekladať po častiach alebo vcelku, ale nie je určená pre komerčné účely a tak nie je na predaj. Za názory, vyjadrené v práci od uvedených autorov, nesú zodpovednosť výlučne títo autori.

WHO/MNH/MBD/00.1

© World Health Organization, 2000

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, in part or in whole, but not for sale in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Preklad: MUDr. Pavel Kondratev - Nejman
Lektorovali: PhDr. Silvia Jandová
MUDr. Jozef Benkovič
MUDr. Jozef Hašto, PhD
Grafická úprava: Mgr. Juraj Suško
Obálka: Mgr. art. Peter Bližňák
Obrázok na obálke: Michelangelo, Stvorenie človeka, detail kresby v Sixtínskej kaplnke

© Svetová zdravotnícka organizácia, 2000

Slovenské vydanie
© Vydavateľstvo F, Pro mente sana s. r. o. Trenčín 2007, www.vydavatelstvo-f.sk
nepredajné

ISBN 978-80-88952-46-6

OBSAH

Predslov	4
Výskyt samovrážd	6
Samovražda a duševné poruchy	6
Samovražda a telesné poruchy	11
Samovražda a sociodemografické faktory	12
Ako rozpoznať pacientov s vysokým rizikom samovražedného správania	13
Starostlivosť o suicidálnych pacientov	17
Odporúčanie odbornej starostlivosti	18
Súhrn krokov v prevencii samovraždy	20
Literatúra	21

PREDSLOV

Samovražda je zložitý jav, ktorý po celé storočia priťahuje pozornosť filozofov, teológov, lekárov, sociológov a umelcov. Podľa francúzskeho filozofa Alberta Camusa, v jeho diele Mýtus o Sifyzovi samovražda predstavuje jediný vážny filozofický problém.

Samovražda, ako vážny zdravotnícky problém, si vyžaduje našu pozornosť, ale žiaľ jej prevencia a kontrola nie sú ani trochu jednoduché. Aktuálne výskumy ukazujú, že prevencia samovraždy, pokiaľ je možná, zahŕňa celé spektrum aktivít, začínajúc od zabezpečenia najlepších možných podmienok pre výchovu našich detí a mládeže, cez efektívne liečenie duševných porúch až po environmentálnu kontrolu rizikových faktorov. Zodpovedná distribúcia informácií a vyzdvihovanie úrovne vedomia predstavujú kľúčové elementy úspechu programu pre prevenciu samovraždy.

V roku 1999 Svetová zdravotnícka organizácia začala program SUPRE – celosvetovú iniciatívu pre prevenciu samovrážd. Táto príručka predstavuje segment v sérii materiálov pripravených v rámci SUPRE programov určených pre špecifické spoločenské a odborné skupiny, ktoré sú obzvlášť významné pre prevenciu samovrážd. Príručka predstavuje spojivo v dlhom a rôznorodom reťazci, ktorý zahŕňa široký rozsah ľudí a skupín, ako sú zdravotnícki pracovníci, pedagógovia, sociálne služby, vlády, zákonodarné orgány, sociálni pracovníci, právnicki, rodiny a komunity.

Osobitne sme zviazaní Dr. Jean – Pierre Soubrierovi z nemocnice Cochin, Paríž, ktorý vypracoval prvú verziu tejto príručky. Text potom recenzovali nasledovní členovia Medzinárodnej siete SZO pre prevenciu samovraždy, ktorým taktiež ďakujeme:

Dr. Sergio Pérez Barrero, Nemocnica Bayamo, Granma, Kuba

Dr. Anette Beautrais, Lekárska fakulta, Christchurch, Nový Zéland

Profesor Diego de Leo, Univerzita Griffith, Brisbane, Austrália

Dr. Ahmed Okasha, Univerzita Ain Shams, Káhira, Egypt

Profesor Lourens Schlebusch, Natalská univerzita, Durban, Juhoafrická republika

Dr. Airi Värnik, Tartu Univerzita, Talin, Estónsko

Profesor Danuta Wasserman, Nacionálne centrum pre výskum a kontrolu samovrážd, Štokholm, Švédsko

Dr. Shutao Zhai, Nemocnica pre neurológiu lekárskej fakulty, Nanjing, Čína.

Ďakujeme tiež **Dr. Lakshmi Vijayakumar**, SNEHA, Čenaj, India, pre jej pomoc v pripravovaní pre tlač predchádzajúcich verzií tejto práce.

Táto práca sa teraz nachádza v procese masovej distribúcie v nádeji, že bude preložená a prispôbena lokálnym podmienkam – čo je nevyhnutnou podmienkou pre jej efektívnosť. Pripomienky a žiadosti o povolenie na preklad a úpravu sú vítané.

Dr J. M. Bertolote
Kordinátor, Psychické poruchy a poruchy správania
Oddelenie pre mentálne zdravie
Svetová zdravotnícka organizácia

PREVENIA SAMOVRAŽDY PRÍRUČKA PRE PRAKTICKÝCH LEKÁROV

Jedna z najhorších vecí, s ktorou sa lekár môže stretnúť, je samovražda pacienta. Obvyklou reakciou lekárov, ktorí prešli touto skúsenosťou, sú pochybnosti, strata sebadôvery, hnev a hanba. Samovražda pacienta môže vyvolať pocit neodobnosti, spochybnenia vlastnej kompetentnosti a strach o reputáciu. Okrem toho lekár čelí obrovským ťažkostiam pri jednaní s rodinou a priateľmi zosnulého.

Táto príručka je určená predovšetkým praktickým lekárom. Jej cieľom je, aby sa načrtli hlavné poruchy a iné činitele združené so samovraždou a aby sa poskytli informácie, ktoré pomáhajú rozpoznať suicidálnych pacientov a poskytnúť im potrebnú starostlivosť.

VÝSKYT SAMOVRAŽD

Podľa odhadov SZO je pravdepodobné, že počas roku 2000 približne jeden milión ľudí spácha samovraždu. Samovražda je vo všetkých krajinách medzi desiatimi hlavnými príčinami úmrtia a jednou z troch hlavných príčin úmrtia vo vekovej skupine od 15 do 35 rokov.

Psychologický a spoločenský vplyv samovraždy na rodinu a spoločnosť je nezmerateľný. V priemere jedna samovražda bezprostredne zasahuje minimálne ďalších šesť ľudí. Ak sa stane v škole alebo na pracovisku, má vplyv na stovky ďalších ľudí.

Množstvo samovrážd sa môže odhadnúť pomocou ukazovateľa DALY (roky stratené v práceneschopnosti a predčasným úmrtím). Podľa tohto ukazovateľa v roku 1998 samovražda bola zodpovedná za 1,8% celkového počtu chorôb na celom svete, pričom je to 2,3% v krajinách s vysokými príjmami a 1,7% v krajinách s nízkymi príjmami. To sa rovná počtu spôsobenému vojnami a vraždami, čo je zhruba dvakrát viac ako pri cukrovke a rovná sa počtu pri asfyxii a traume pri pôrode.

SAMOVRAŽDY A MENTÁLNE PORUCHY

Samovražda sa teraz chápe ako viacdimenzionálna porucha, výsledok zložitého vzájomného vplyvu biologických, genetických, psy-

chologických, sociologických a environmentálnych faktorov. Výskumy ukazujú, že 40 – 60 % pacientov ktorí spáchali samovraždu, navštívili lekára v mesiaci pred týmto činom, z toho oveľa častejšie praktického lekára než psychiatra. V krajinách, v ktorých služby na ochranu duševného zdravia nie sú dobre rozvinuté, je pravdepodobné, že je väčší počet ľudí, ktorí v suicidálnej kríze konzultujú praktického lekára.

Zistenie, ohodnotenie a starostlivosť o suicidálnych pacientov je dôležitá úloha lekára, ktorý má kľúčovú úlohu v prevencii samovraždy.

Samovražda sama o sebe nie je choroba a nemusí byť ani prejavom choroby, ale psychické poruchy sú hlavným faktorom sprevádzajúcim samovraždu.

Výskumy z rozvojových krajín, ako aj z rozvinutých krajín ukazujú celkovú prevahu duševných porúch od 80 do 100% v prípadoch spáchaných samovrážd. Odhaduje sa, že u osôb s poruchami nálady (hlavne depresie) životné riziko samovraždy je 6-15%, pri alkoholizme 7-15% a pri schizofrénii 4-10%.

Značný počet ľudí, ktorí páchajú samovraždu, zomiera bez predchádzajúcej návštevy odborníka na duševné zdravie. Preto je zlepšenie detekcie, konzílií a spôsobu liečenia psychiatrických porúch v primárnej starostlivosti veľmi dôležitým krokom v prevencii samovraždy.

U osôb, ktoré spáchajú samovraždu, často sa vyskytuje viac ako jedna porucha. Poruchy, ktoré sa obvykle vyskytujú spolu, sú alkoholizmus a poruchy nálady (depresia), poruchy osobnosti a iné psychiatrické poruchy.

Spolupráca s psychiatrom a zabezpečenie adekvátnej a vhodnej liečby je najdôležitejšia úloha lekára

PORUCHY NÁLADY

Všetky poruchy nálady sprevádzajú samovraždu. Zahrňajú bipolárnu afektívnu poruchu, depresívnu epizódu, recidivujúcu depresívnu poruchu a pretrvávajúce poruchy nálady (napr. cyklotýmia a dystýmia), ktoré tvoria kategórie F31–F34 v MKCH-10(1). Pri nerozpoznaní a neliečenej depresii je vysoké riziko samovraždy. Depresia má vysokú prevalenciu v celkovej populácii a mnohí ju neuznávajú za chorobu. Odhaduje sa, že 30% pacientov, ktorí navštívia lekára trpia depresiou. Okolo 60% z tých, čo hľadajú pomoc, najprv navštívi praktického lekára. Pre lekára je to osobitná výzva, aby zároveň pracoval s telesnými chorobami a psychickými poruchami. V mnohých prípadoch je depresia maskovaná a pacient vyjadruje len somatické sťažnosti.

Pri typickej depresívnej epizóde jedinec obvykle má:

- **depresívnu náladu (smútok, skleslosť)**
 - **stratu záujmov a radosti**
 - **zmenšenú energiu (pocit únavy a zníženú aktivitu)**
-

Obvyklé symptómy depresie sú:

- únava
- smútok, „strata nálady“
- nedostatočná schopnosť sústrediť sa
- úzkosť
- podráždenosť
- poruchy spánku
- bolesti alebo iné nepríjemné pocity v rozličných častiach tela

Tieto symptómy by mali upozorniť lekára na prítomnosť depresie a mali by viesť k určeniu rizika samovraždy. Špecifickými klinickými nálezmi združenými so zvýšeným rizikom samovraždy sú(2):

- dlhodobá nespavosť
- zanedbávanie seba samého
- vážna choroba (predovšetkým psychotická depresia)
- poruchy pamäti
- nepokoj

- záchvaty paniky

U osôb, u ktorých je prítomná depresia, nasledovné faktory zvyšujú riziko samovraždy (3):

- muži, ak sú mladší ako 25 rokov
- počiatočná fáza choroby
- zneužívanie alkoholu
- depresívna fáza bipolárnej poruchy
- zmiešaný (mánio–depresívny) stav
- psychotická mánia

Depresia je významným faktorom pri samovraždách adolescentov a starších osôb, ale väčšie riziko je u osôb s neskoršou manifestáciou depresie.

Nedávne pokroky dosiahnuté v liečbe depresie sú významné pre prevenciu samovražd v primárnej starostlivosti. Ukázalo sa, že vo Švédsku vzdelávanie praktických lekárov v identifikácii a liečbe depresie zmenšilo počet samovražd (4). Epidemiologické údaje ukazujú, že použitie antidepresív u chorých na depresiu znižuje riziko samovraždy. Plnú terapeutickú dávku treba používať počas niekoľkých mesiacov. U starších niekedy je potrebné, aby sa s liečbou pokračovalo aj 2 roky po zotavení. Zistilo sa, že u pacientov, ktorí sú nastavení na udržiavacej terapii lítium, riziko samovraždy je menšie (5).

ALKOHOLIZMUS

Alkoholizmus (zneužívanie alkoholu a závislosť od alkoholu) je častá diagnóza u páchatel'ov samovražd, zvlášť u mladých ľudí. Existujú biologické, psychologické a sociologické vysvetlenia na koreláciu medzi samovraždou a alkoholizmom. Špecifické faktory spojené so zvýšeným rizikom samovražd u alkoholikov sú:

- skorý začiatok alkoholizmu
- dlhodobé pitie
- vysoký stupeň závislosti
- depresívna nálada
- zlý telesný stav
- zlý pracovný výkon

- výskyt alkoholizmu v rodine
- nedávne narušenie alebo strata hlavného medziľudského vzťahu.

SCHIZOFRÉNIA

Medzi chorými schizofrenikmi je samovražda najčastejšia samostatná príčina predčasnej smrti. Špecifické rizikové faktory samovraždy sú (6):

- mladí nezamestnaní muži
- opakované zhoršenie choroby
- strach z deteriorácie, zvlášť u tých s vysokými intelektuálnymi schopnosťami
- pozitívne symptómy paranoidných bludov a halucinácií
- depresívne symptómy

Riziko samovraždy je najväčšie v nasledujúcich prípadoch:

- skoré štádium choroby
- skoré zhoršenie choroby
- skoré uzdravenie

Riziko samovraždy sa znižuje s narastajúcim trvaním choroby.

PORUCHY OSOBNOSTI

Nedávne výskumy skúmajúce mladých ľudí, ktorí spáchali samovraždu, ukazujú veľkú prevahu (20–50%) porúch osobnosti. Poruchy osobnosti, ktoré sú častejšie spojené so samovraždami, sú hraničné a antisociálne poruchy osobnosti (7).

Histrionské a narcistické poruchy osobnosti a isté psychologické črty, ako sú impulzivita a agresivita, tiež sa môžu viazať so samovraždou.

ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Medzi úzkostnými poruchami je panická porucha najčastejšie spojená so samovraždou a za ňou nasleduje obsedantno - kompulzívna porucha. Somatoformné poruchy a poruchy príjmu potravy (anorexia

nervosa a bulímia) sú tiež spojené so samovražedným správaním.

SAMOVRAŽDA A TELESNÉ OCHORENIA

Riziko samovraždy sa zväčšuje pri chronických telesných chorobách (8). Okrem toho u ľudí s telesnou chorobou existuje obvykle zvýšené percento psychiatrických porúch, zvlášť depresie. So samovraždami je združená aj chronickosť, postihnutie a negatívna prognóza.

NEUROLOGICKÉ CHOROBY

Epilepsia je spojená s väčším výskytom samovražd. Riziko sa pripisuje zvýšenej impulzivite, agresivite a chronickému postihnutiu spojenému s epilepsiou.

Zranenie chrbta a mozgu tiež zvyšuje riziko samovraždy. Nedávne výskumy ukazujú, že 19% pacientov po cievnej mozgovej príhode, obzvlášť s prítomnosťou posteriorných lézií, ktoré spôsobujú väčšie postihnutie a telesné poškodenie, je depresívnych a majú sklon k samovražde.

NEOPLAZMY

Riziko samovraždy je najvyššie v čase stanovenia diagnózy a v prvých dvoch rokoch terminálnej choroby a ešte sa zväčšuje v prípadoch progresívnej malignity. Bolesť značne prispieva k rozhodnutiu spáchať samovraždu.

HIV/AIDS

HIV infekcia a AIDS predstavujú zvýšené riziko samovraždy u mladých s vysokým percentom dokonaných samovražd. Riziko je väčšie v čase potvrdenia diagnózy a v skorých štádiách choroby. Užívatelia drog intravenóznym spôsobom sú vystavení ešte väčšiemu riziku.

ĎALŠIE STAVY

Ďalšie chronické interné choroby, ako sú chronické ochorenie obličiek, pečene, choroby kostí a kĺbov, kardiovaskulárne choroby a gastrointestinálne poruchy sú spojené so samovraždami. Postihnu-

tia pohybového ústrojenstva, slepota a hluchota tiež môžu zapríčiniť samovraždu.

Počas posledných rokov eutanázia a asistovaná samovražda sa stali spornými otázkami, s ktorými sa lekár môže bezprostredne stretnúť. Aktívna eutanázia je protizákonná takmer vo všetkých právnych systémoch a asistovaná samovražda je zapletená do morálnej, etickej a filozofickej kontroverzie.

SAMOVRAŽDA A SOCIODEMOGRAFICKÉ FAKTORY

Samovražda je individuálny čin, avšak deje sa v kontexte danej spoločnosti a sú s ňou spojené určité sociodemografické faktory.

POHLAVIE

Vo väčšine krajín muži páchajú samovraždu častejšie ako ženy. Pomer mužov a žien je v jednotlivých krajinách rozdielny. Čína je jediný štát, v ktorom je počet samovrážd žien vo vidieckych oblastiach väčší ako u mužov a približne rovnaký v mestských oblastiach.

VEK

Vekové skupiny so zvýšením rizikom samovraždy sú starší ľudia (nad 65 rokov) a mladí (15-30 rokov). Údaje za posledné obdobie poukazujú na nárast percenta samovrážd u mužov v strednom veku.

MANŽELSKÝ STAV

Rozvedení, ovdovelí a osoby žijúce osamelo majú väčšie riziko samovraždy. Zdá sa, že manželstvo je pre mužov ochranný faktor pri riziku samovraždy, ale nie tak výrazne pre ženy. Manželská odlúčenosť a život oddelene zvyšujú riziko samovraždy.

POVOLANIE

Pri niektorých povolaniach, ako sú veterinári, chirurgovia, farmaceuti, stomatológovia, poľnohospodári a zdravotnícki pracovníci existuje väčšie riziko samovraždy. Pre tieto zistenia neexistuje očividné vysvetlenie, aj keď príčinami by mohli byť prístup k vražedným

prostriedkom, pracovné zaťaženie, spoločenská izolácia a finančné problémy.

NEZAMESTNANOSŤ

Je pomerne silný súvis medzi percentom nezamestnanosti a percentom samovrážd, ale podstata tohto súvisu je dosť zložitá. Na základe nezamestnanosti dochádza pravdepodobne k chudobe, izolácii, domácim problémom a beznádeji. Na druhej strane u ľudí so psychickými poruchami je väčšia pravdepodobnosť, že budú nezamestnaní ako u osôb bez psychickej poruchy. V každom prípade je potrebné zobrať do úvahy rozdiel vo význame nedávnej straty práce a dlhodobej nezamestnanosti: väčšie riziko samovraždy je spojené nedávnou stratou zamestnania.

DEDINA / MESTO

V niektorých krajinách sú samovraždy častejšie v mestskom prostredí a v niektorých krajinách sú častejšie v dedinskom prostredí.

MIGRÁCIA

Migrácia spolu so sprievodnými problémami ako sú chudoba, zlé ubytovanie, nedostatok spoločenskej podpory a nesplnené očakávania zvyšujú riziko samovraždy.

INÉ FAKTORY

Na zvýšenie rizika samovraždy pôsobia aj určité spoločenské faktory ako sú ľahký prístup k prostriedkom pre spáchanie samovraždy a stresové situácie v živote.

AKO ROZPOZNAŤ PACIENTOV S VYSOKÝM RIZIKOM SAMOVRAŽEDNÉHO SPRÁVANIA

Celý rad klinicky užitočných, individuálnych i sociodemografických faktorov je spojených so samovraždou(9):

- psychiatrické poruchy (depresie, alkoholizmus, poruchy osobnosti);

- somatické ochorenie (smrteľné, bolestivé alebo oslabujúce ochorenie, AIDS);
- predchádzajúce pokusy o samovraždu;
- výskyt samovraždy, alkoholizmu a/alebo iných psychiatrických porúch v rodine;
- rozvedenosť, vdovstvo a život bez partnera;
- život bez rodiny (spoločenská izolácia);
- nezamestnanosť alebo dôchodok;
- úmrtie blízkej osoby v detstve.

Ak sú pacienti psychiatricky liečení, riziko je väčšie:

- u osôb, ktoré boli nedávno prepustené z nemocnice;
- u osôb, ktoré sa už pokúsili o samovraždu.

Okrem toho, stres vyvolávajúce faktory, ktoré sa odohrali v nedávnom období, prispievajú k zvýšenému riziku samovraždy. Sú to:

- manželská odlúčenosť,
- úmrtie blízkej osoby,
- rodinné problémy,
- zmena zamestnania alebo finančnej situácie,
- odvrhnutie zo strany dôležitej osoby,
- hanba a strach z rozsudku.

Existujú rozličné škály pre odhad rizika samovraždy, ale dobré klinické interview je omnoho užitočnejšie pri rozpoznávaní osôb, ktoré sú v bezprostrednom riziku spáchať samovraždu.

Lekár sa môže stretnúť zoči-voči s rozmanitými podmienkami a situáciami spojenými so samovražedným správaním. Starší muž, nedávno ovdovelý, liečený na depresiu, ktorý žije sám a už sa predtým pokúsil o samovraždu a mladá žena s niekoľkými škrabancami na podlaktí, ktorú nechal chlapec sú dva extrémne príklady. V realite väčšina pacientov sa nachádza medzi týmito dvoma extrémami a môže fluktuovať z jednej kategórie do druhej.

Keď lekár má opodstatnený dojem, že pacient môže byť náchylný k samovražde, musí čeliť dileme, ako postupovať. Niektorí lekári sa cítia nepríjemne v kontakte so suicidálnymi pacientmi. Je dôležité, aby si boli vedomí tohto pocitu a aby vyhľadali pomoc od kolegov a možno

aj od odborníkov pre ochranu duševného zdravia, keď prichádzajú do styku s takýmito pacientmi. Základom je, aby sa riziko neignorovalo a nenegovalo.

Ak sa lekár rozhodne pokračovať ďalej, prvý a okamžitý krok je v duchu si vyhradiť adekvátny čas na pacienta a to aj vtedy, ak mnohí ďalší čakajú pred ordináciou. Lekár začína vytvárať pozitívny vzťah s pacientom tak, že ukáže ochotu porozumieť pacientovi. Otázky so ztvoreným koncom a priame otázky na začiatku rozhovoru nie sú veľmi užitočné. Výroky ako: „*Vyzeráte veľmi nešťastná, povedzte mi niečo o tom.*“, sú užitočné. Počúvanie s empatiou samo o sebe je hlavným krokom v znížení hladiny suicidálneho zúfalstva.

Mýty	Realita
Pacienti, ktorí rozprávajú o samovražde, ju zriedka spáchajú.	Pacienti, ktorí spáchajú samovraždu, obvykle vopred naznačia alebo hrozia. Vyhrážky sa tiež musia brať vážne.
Pýtanie sa na samovraždu môže pacienta vyprovokovať k suicidálnemu činu.	Kladenie otázok týkajúcich sa samovraždy obvykle znižuje anxiózu, ktorá sprevádza emočný stav. Pacient môže pocítiť úľavu a narastá u neho pocit, že je lepšie chápaný.

AKO SA PÝTAŤ?

Nie je ľahké klásť pacientom otázky o ich samovražedných myšlienkach. Užitočné je, ak k téme pristupujete postupne.

Poradie užitočných otázok je nasledovné:

- Cítite sa nešťastne a bezmocne?
- Pociťujete zúfalstvo?
- Cítite sa neschopný/á riešiť každodenné problémy?
- Myslite si, že život je bremenom?
- Máte pocit, že nemá cenu ďalej žiť?
- Chceli by ste skončiť so životom, spáchať samovraždu?

KEDY SA TREBA PÝTAŤ?

Dôležité je klásť tieto otázky:

- keď je vytvorený vzťah medzi lekárom a pacientom;
- keď sa pacient už necíti nepríjemne počas vyjadrovania svojich pocitov;
- keď pacient vyjadruje negatívne pocity/city.

ĎALŠIE OTÁZKY:

Proces sa nekončí potvrdením prítomnosti samovražedných myšlienok. Pokračuje ďalším kladením otázok s cieľom určiť častotú a vážnosť tejto myšlienky a možnosť spáchania samovraždy. Dôležité je dozvedieť sa, či pacient už má nejaký plán a či disponuje prostriedkami, ktorými by spáchal samovraždu. Ak pacient spomína, že by sa zastrelil, ale nemá prístup k strelným zbraňam, riziko je menšie. Avšak ak pacient už naplánoval spôsob a má aj prostriedok (napr. tabletky) alebo je spomenutý prostriedok ľahko dostupný, riziko je väčšie. Dôležité je, aby otázky neboli požadovačné alebo vnucujúce, ale aby boli srdečné, aby bola viditeľná lekárova empatia k pacientovi. Otázky môžu byť nasledovné:

- Máte už nejaký plán na ukončenie svojho života?
- Ako to plánujete spraviť?
- Máte u seba tabletky? Vlastníte strelné zbrane? Máte iné prostriedky?
- Už ste rozmýšľali kedy to spravíte?

Upozornenie:

- **Klamlivé zlepšenie. Keď sa nepokojný pacient zrazu stane pokojným, možno sa už rozhodol spáchať samovraždu a pokoj pociťuje, že už spravil toto rozhodnutie.**
- **Zapieranie. Pacienti, ktorí veľmi vážne myslia na spáchanie samovraždy, môžu úmyselne zapierať takéto myšlienky.**

STAROSTLIVOSŤ O SUICIDÁLNYCH PACIENTOV

Ak je pacient emocionálne rozrušený a má len vágne myšlienky na samovraždu, možnosť prediskutovať svoje myšlienky a pocity s lekárom, ktorý prejavuje záujem, môže byť postačujúca. Avšak mala by byť zabezpečená následná kontrola, hlavne ak pacient nemá adekvátnu spoločenskú podporu. Bez ohľadu na to, aký je problém, suicidálna osoba má obvykle tieto tri emócie - bezmocnosť, beznádej a zúfalstvo.

Tri najčastejšie stavy sú:

1. **Ambivalencia.** Väčšina suicidálnych pacientov je nerozhodná až do konca. Je to boj medzi želaním žiť a želaním zomrieť. Ak lekár využije túto nerozhodnosť, aby zvýšil chuť do života, riziko samovraždy sa môže znížiť.
2. **Impulzivnosť.** Samovražda je impulzívny fenomén a impulz je vo svojej podstate pominuteľný. Ak sa podpora poskytne v momente impulzu, kríza môže prejsť.
3. **Rigidita.** Suicidálne osoby majú obmedzené rozmýšľanie, náladu a konanie a ich uvažovanie sa pohybuje v rozmedzí buď/alebo. Preskúmaním niekoľkých možných alternatív k smrti so suicidálnym pacientom, lekár zľahka umožňuje pacientovi uvedomiť si, že existujú aj ďalšie možnosti, aj keď nie sú ideálne.

ZÍSKANIE

Lekár by mal vyskúšať dostupný systém podpory a zapojiť rodinu, priateľov, známych alebo iné osoby, ktoré by mohli podporovať pacienta a požiadať ich o pomoc v mene pacienta.

DOHODA

Zapojenie sa do dohody o „neuskutočnení samovraždy“ je užitočná technika v prevencii samovraždy. Aj ďalšie osoby, ktoré sú blízke pacientovi, môžu byť zapojené do vypracovania dohody. Vypracovanie dohody môže navodiť diskusiu o rôznych závažných problémoch. Vo väčšine prípadov sa pacienti pridriavajú sľubu, ktorý dajú lekárovi.

Dohoda je vhodná len ak pacient má svoje činy pod kontrolou.

Ak nie je prítomná závažná psychická porucha alebo samovražedný úmysel, lekár môže začať farmakologickú terapiu hlavne anti-depresívami a tiež aj psychologickú (napr. kognitívno – behaviorálnu, podpornú) terapiu. Väčšina ľudí má osov z prebiehajúcich kontaktov, ktoré musia byť prispôsobené potrebám pacientov.

S výnimkou liečenia skrytých chorôb, len niekoľko pacientov potrebuje podporu dlhšiu ako 2- 3 mesiace a táto podpora by sa mala zamerať na poskytovanie nádeje, podporu samostatnosti a na pomoc pacientovi naučiť sa rozličné spôsoby zvládania životných ťažkostí.

ODPORÚČANIE ODBORNEJ STAROSTLIVOSTI

Kedy odoslať pacienta?

Pacienta treba odoslať k psychiatrovi, keď má:

- psychiatrickú poruchu;
- predchádzajúci pokus o samovraždu,
- výskyt samovraždy, alkoholizmu a psychiatrickej poruchy v rodine;
- telesné ochorenie,
- nedostatok spoločenskej podpory.

Ako odoslať?

Po rozhodnutí, že pacienta odošle k psychiatrovi, lekár musí:

- venovať čas, aby vysvetlil pacientovi dôvod odoslania k psychiatrovi;
- znížiť anxiózu viazanú na stigmú a psychotropné lieky;
- vysvetliť, že farmakologická a psychologická terapia je účinná;
- zdôrazniť, že odoslanie k špecialistovi neznamená, že sa ho vzdáva;
- zariadiť vyšetrenie u psychiatra;
- vyhradiť čas pre pacienta po jeho návšteve u psychiatra;
- zabezpečiť, aby vzťah s pacientom pokračoval.

Kedy hospitalizovať pacienta?

Uvedené sú niektoré indikácie pre okamžitú hospitalizáciu pacienta:

- opakujúce sa myšlienky na samovraždu;
- veľmi silný úmysel zomrieť v blízkej budúcnosti (v priebehu nasledujúcich niekoľkých hodín alebo dní);
- rozrušenosť alebo panika;
- existencia plánu použiť násilný a okamžitý spôsob na spáchanie samovraždy.

Ako hospitalizovať pacienta?

- nenechávajte pacienta osamote,
- zariadte hospitalizáciu,
- zariadte prevoz do nemocnice sanitkou alebo policajným autom,
- oznámte to zainteresovaným orgánom a rodine.

SÚHRN KROKOV PRI PREVENCII SAMOVRAŽDY

Nasledujúca tabuľka predstavuje súhrn hlavných krokov na diagnostiku a starostlivosť o pacientov, keď lekár začne mať podozrenie, alebo rozpozná riziko samovraždy.

Riziko samovraždy, diagnostika a plán akcie			
Riziko	symptóm	určenie	akcia
0	Nie je prítomný nepokoj	-	-
1	Emocionálne rozrušený	Pýtajte sa na samovražedné myšlienky	Počúvajte s empatiou
2	Vágne myšlienky na smrť	Pýtajte sa na samovražedné myšlienky	Počúvajte s empatiou
3	Vágne suicidálne myšlienky	Určte úmysel (plán a postup)	Preskúmajte možnosti, nájdite podporu
4	Suicidálne myšlienky, ale bez psychiatrickej poruchy	Určte úmysel (plán a postup)	Preskúmajte možnosti, nájdite podporu
5	Suicidálne myšlienky a psychiatrická porucha alebo vážne životné stresory	Určte úmysel (plán a postup) Spravte dohodu	Odporúčajte k psychiatrovi
6	Suicidálne myšlienky a psychiatrická porucha alebo vážne životné stresory alebo nepokoj a predchádzajúce pokusy	Zostante s pacientom (aby sa zamedzil prístup k prostriedkom)	Hospitalizujte

LITERATÚRA

1. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol.1. Geneva, WHO, 1992.
2. Angst J., Angst F., Stossen HM. Suicide risks in patients with major depressive disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 67 – 62.
3. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 53 – 56.
4. Rutz W., von Knorring L., Walinder J. Long - term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85: 83-88.
5. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 1998, 50: 254-59.
6. Gupta S. et. al. Factor associated with suicidal attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 1998, 10: 1353-55.
7. Isometsa ET, et al. Suicidal among subjects with personality disorders, *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153: 667 – 73.
8. Gonzalez Seijo JC, et al. Population groups at high risk. U: Bobes Garcia J et al., ur. *Prevention of Suicidal and Parasuicidal Behaviours*, Masson, Barcelona 1997, 69 – 77.
9. Gunnell D., Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. *British Medical Journal*, 1999, 308: 1227 – 33.