

Sebevražedná aktivita a autoagresivní jednání

Sebevražda (suicidum) je **vědomé a úmyslné** ukončení vlastního života. Jedinec **si smrt přeje** a očekává, že si jí svým činem přivodí.

- **patická** – na základě psychické poruchy – (nejčastěji deprese, schizoafektivní poruchy a schizofrenie, dekompenzace poruch osobnosti, závislost na alkoholu)
- **biická (bilanční)** – z důvodu neúnosné životní situace, jedinec netrpí duševní porucou, ale dojde k závěru že pro něj i pro okolí bude lepší, když zemře (nevyléčitelná nemoc s nesnesitelnou bolestí, společenské řešení sociálních debaklů – dluhy, prohrané bitvy, zrady, nečestné jednání, *harakiri* v Japonsku, císařem nařízené sebevraždy ve starověkém Římě)
- **impulzivní** – v důsledku akutně probíhající krize
- **rozšířená** – nemocný zavraždí sebe a své blízké v domnělém přesvědčení že jim hrozdí nebezpečí, chtějí je *vzít s sebou*. (často na podkladě těžké psychotické deprese)
- **hromadná** – více lidí se domluví, že spáchá sebevraždu (sekty)

Pokud se sebevražda nezdaří (z různých důvodů – nebyli zvoleny dostatečné prostředky, pomoc se dostavila příliš brzy). Mluvíme o závažném **sebevražedném pokusu: *tentamen suicidii, TS*** nedokonaná sebevražda. Je důležitou anamnestickou informací. Pokud má pacient již TS v anamnéze, je v budoucnu riziko suicidální aktivity zvýšené. Vždy se doptáváme na motivace po proběhlém TS a okolnosti, které k takovému činu vedly.

Jiné formy agrese namířené proti sobě:

Sebeobětování – speciální druh bilanční sebevraždy, jedinec obětuje svůj život pro vyšší cíle (J. Palach). Jedná se o **vystupňování společenského pudu**. Cílem jedince je umřít pro dobro společnosti. (Na rozdíl od demonstrativní reakce, kde jedinec nemá za cíl umřít a sleduje jiné vlastní cíle).

Parasuicidum – demonstrativní sebevražedný pokus – pacient nesleduje cíl zabít se, sleduje jiný cíl (např. získat pozornost a péči okolí) tzv. **volání o pomoc**. Většinou jsou volené nefatální prostředky, nebo pacient načasuje pokus tak, aby se včas dostavila pomoc. Demonstrativní suicidální jednání může předcházet vážnému suicidálnímu jednání. Je výzvou pro okolí.

Sebezabití – jednání často není účelné a není motivováno touhou umřít (např.: člověk v deliriu si splete dveře s oknem a vypadne, člověk uniká před domělým nepřítelem vlivem halucinací a nevšimne si auto na silnici), často je motivováno právě pudem sebezáchovy, kdežto u sebevraždy se jedná o jeho potlačení.

Automutilace – sebezpoškození: projev autoagrese z různých motivací (psychická úleva při nesnesitelném napětí, sebepotrestání, upoutání pozornosti, dysmorfofobie, účelové jednání – získání invalidního důchodu, neodvelení na vojenské mise) časté u poruch osobnosti, vývojových poruch, ale i bilančně. Speciální formou automutilace je **protestní hladovka**.

Vývoj sebevražedné aktivity

1. **myšlenky na sebevraždu** - můžou být vágní bez konkretizací (jaké by to bylo, kdybych nebyl, kdyby utrpení skončilo, myšlenky na nesmyslnost života, přání umřít - také **pasivní suicidální ideace**), nebo konkrétní (myšlenky na konkrétní formy - myšlenky vyskočení z okna, podřezání žil, spolýkání léků **aktivní suicidální ideace**). Pacient se v této fázi myšlenkám spravidla brání, zdůvodňuje proč není možné aby sebevraždu realizoval. Myšlenky na sebevraždu můžou být i v rámci obsedantního syndromu, pacient nemá úmysl umřít, obsesivních myšlenek na sebevraždu se děsí, snaží se je zapudit. Dále se můžou vyskytovat jako navyklý způsob zmírnění úzkosti ("když bude nejhůř, tak se zabiju") - myšlenky krátkodobě přináší úlevu, a tím se jejich výskyt potencuje, časté u osobností s hraničními rysy. I tyto myšlenky můžou vést k suicidálnímu jednání!
2. **sebevražedné tendence** - Pacient se přestává myšlenkám bránit. Navrch k myšlenkám má i záměr na základě těchto myšlenek jednat (intent to act). Tendence výrazně zvyšují riziko suicidálního jednání.
3. **rozhodnutí o sebevraždě** - Pacient vytvoří **plán** k realizaci sebevraždy. Dochází k **paradoxnímu uvolnění**, pacient navenek působí jako spokojený a vyrovnaný. Tato fáze je nebezpečná, protože pozorovateli se pacient jeví jako v psychicky zlepšeném stavu. Pacient zde vypořádává své majetky, píše dopisy na rozloučenou, zařizuje si prostředky k realizaci sebevraždy.
4. **realizace sebevraždy**

Vyhodnocení rizika

Suicidální riziko by mělo být vyhodnocováno vždy individuálně na základě strukturovaného rozhovoru s pacientem.

Presuicidální (Ringelův) syndrom:

- **zúžení subjektivního prostoru** (tunelové vidění - postižený má pocit, že ze situace není úniku, cítí se zavalený, nevidí své možnosti, emoce se směřují jedním směrem: zoufalství, beznaděj, úzkost, strach a bezmoc, není schopnost soustředit se na to, co je v pořádku, co funguje, z čeho je možné čerpat naději a pozitivní energii, zužuje se okruh společenských kontaktů, vztahy, které pacient má, ztrácí hodnotu, nic nepřináší potěšení)
- **zablokovaná nebo proti sobě zaměřovaná agresivita** (jedinec je přesvědčen, že je to jeho vlastní neschopnost a nedostatek kvalit, které ho dovedli tam, kde se nyní nalézá a již není východiska, znevažuje se, verbalizuje pocity nenávisti vůči sobě)
- **naléhavé sebevražedné fantazie** (přinášejí představu úlevy, osvobození, jsou stále lákavější a příjemnější, od sebevražedných úvah, které přišli cestou subjektivního zúžení prostoru je velmi blízko k sebevraždě)

Psychologická mapa (Schneidmanova) sebevražedného terénu

- nesnesitelná psychická bolest
- frustrování psychických potřeb
- snaha vyprostit se
- snaha zbavit se vědomí
- bezmoc a skleslost
- zúžené možnosti

- ambivalence (člověk si podřízne hrdlo a zároveň volá o pomoc- obojí je opravdové)
- sdělování svého záměru (80% lidí co dokoná sebevraždu to svému okolí předtím naznačí)
- úniky (odchody z domova, opuštění zaměstnání, rozchody s partnery)
- celoživotní modely zvládnutí (tendence k záchvatům rozrušení, sklony k uzavřenosti, černobílé vidění světa, způsoby řešení ostrým řezem, tlustou čárou)

Rizikové faktory dokonání sebevražd

- **mužské pohlaví** (i když mají ženy více suicidálních pokusů, muži častěji sebevraždu dokonají, volí častěji tvrdé způsoby -oběšení, skok z výšky, střelná zbraň, ženy volí častěji otravu léky)
- **závislost na psychoaktivních látkách, gambling** (spojená s pocity viny, pocity bezmoci, beznaděje)
- **samota a osamělost**
- **nezaměstnanost**
- **sebevražda v blízkém okolí jedince**
- **bezdomovectví**
- přetrvávající suicidální ideace
- TS v minulosti
- vysoká letalita (smrtelnost) zvolené metody a její dostupnost
- silné přání zemřít
- přetrvávající stresory
- psychická porucha (poruchy nálady, PTSD, PPP, psychózy, úzkosti)
- vážné zdravotní potíže
- nedávná psychiatrická hospitalizace
- psychologické faktory: impulzivita, neuroticizmus, nízká sebehodnota, beznaděj
- psychopatologie a suicidum u rodiče
- fyzické a sexuální zneužívání

Rizikové věkové skupiny

- od pubescence až po mladou dospělost
- střední věk
- stáří

Pomůcky pro vyhodnocení suicidálního rizika:

Sadpersons scale - ještě pořád se používá, ale ukazuje se, že je tak málo senzitivní, že je možné, že může být dokonce více škodlivá, než užitečná.[zdroj](#)

Tab. 1.: *SAD PERSONS SCALE pro orientační hodnocení rizika suicidality. Za každý přítomný rizikový faktor se přičte jeden bod, při nepřítomnosti 0. Rozmezí 0–2 body: bez nutnosti odborné psychiatrické léčby, 3–4 body: vhodná ambulantní léčba, při součtu 5–6 bodů je doporučeno zvážit hospitalizaci a u 7–10 bodů je hospitalizace, popřípadě i nedobrovolná, doporučena, neboť hrozí vysoké riziko sebevraždy*

	legenda akronymu v AJ	riziková skupina	body (1 = ano, 0 = ne)
S	SEX	muž	
A	AGE	pod 20 a nad 45 let	
D	DEPRESSION	přidružená deprese	
P	PREVIOUS ATTEMPT	předchozí pokus	
E	EXCESSIVE DRUG USE	abúzus drog nebo alkoholu	
R	RATIONAL LOSS	ztráta racionálního myšlení	
S	SEPARATED	bez partnera, po rozvodu apod.	
O	ORGANISED PLAN	organizovaný plán	
N	NO SUPPORT	chybí sociální opora	
S	SICKNESS	somatické onemocnění (závažné)	
			součet bodů

Další škály, které se používají:

[zdroj](#)

Columbia suicide severity rating scale používá se na klinických pracovištích, které mají vypracovaný plán pro jednotlivé úrovně rizika. (ambulantní léčba psychiatrická, psychoterapeutická, hospitalizace)

Always ask questions 1 and 2.		Past Month	
1) Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?			
2) Have you actually had any thoughts about killing yourself?			
If YES to 2, ask questions 3, 4, 5 and 6. If NO to 2, skip to question 6.			
3) Have you been thinking about how you might do this?			
4) Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?		High Risk	
5) Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Did you intend to carry out this plan?		High Risk	
Always Ask Question 6		Life-time	Past 3 Months
6) Have you done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life? <i>Examples: Took pills, tried to shoot yourself, cut yourself, tried to hang yourself, or collected pills, obtained a gun, gave away valuables, wrote a will or suicide note, took out pills but didn't swallow any, held a gun but changed your mind or it was grabbed from your hand, went to the roof but didn't jump, etc.</i> If yes, was this within the past 3 months?			High Risk

Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

SABCS

Intenzita odpovědí od 0-5. Nejsou přesně dané cutoff body pro míru rizika a vhodné intervence.

1. Have you ever thought about or attempted to kill yourself?
 Never
 It was just a brief passing thought
 I have had a plan at least once to kill myself but did not try to do it
 I have attempted to kill myself, but did not want to die
 I have had a plan at least once to kill myself and really wanted to die
 I have attempted to kill myself, and really wanted to die

2. How often have you thought about killing yourself in the past year?
Never - - - - - Very Often

3. In the past year, have you had an internal debate/argument (in your head) about whether to live or die?
Never - - - - - Frequently

4. Right now, how much do you wish to live?
Not at All - - - - - Very Much

5. Right now, how much do you wish to die?
Not at All - - - - - - Very Much

6. How likely is it that you will attempt suicide someday?
Not at All - - - - - Very Likely

Suicidal Affect-Behavior-Cognition Scale (SABCS)

Jednání se sebevražedným pacientem

(čerpáno z: *Krizová intervence*, Daniela Vodáčková a kol., Remedium Praha 2012)

Pokud jsme v kontaktu s člověkem, který i jen velmi zlehka naznačuje, že jeho život nemá smysl, zdvořilá ohleduplnost a společenský takt nejsou vhodnými nástroji. Je žádoucí položit otázku, zda pacient myslí na to, že by bylo nejlepší, kdyby tu nebyl a pokud ano, je nutné zeptat se **přímo jestli uvažuje o sebevraždě**. S výjimkou malých dětí je vhodné použít konkrétně slovo sebevražda. Toto pojmenování může přinést úlevu a odtabuizování problému, pacient má pocit, že konečně může svoje myšlenky sdílet s někým, a ten někdo nepropadá panice. Najednou se na to necítí sám. Pokud pacient o sebevraždě uvažuje, ptáme se ho **zdali má konkrétní plán**. Pokud řekne že si možná vezme

nějaké prášky, nebo skočí z nějakého mostu, víme, že se pohybuje ve fázi úvah, kde není ještě formovaná tendence a rozhodnutí a zaujatost smrtí není tak silná jak např. v případě, kde řekne, že má doma infuzní set a smrtící dávku léků, nebo se často prochází na místo, odkud by chtěl skočit.

Pacienti se často setkávají u okolí s bagatelizací myšlenek, která plyne z bezradnosti a z přesvědčení, že pacientovi lze myšlenku na sebevraždu "podsunout" a nejlepší by bylo se v rozhovoru tomuto tématu zcela vyhnout ("nic to není, z toho se vyspí, to má někdy každý"). Pokud pacient ale uvažuje o sebevraždě, potřebuje být povzbuzen o svých úvahách mluvit.

Pokud nás pacient konfrontuje s tím, že se mu snažíme říct, že to nesmí udělat, **pacientovi rozhodnutí sebevraždy aktivně nerozmlouváme**, protože by to mohlo vést k urychlení sebevražedného jednání. Je nutné pacientovi potvrdit jeho právo na vlastní rozhodnutí a uspokojit potřebu autonomie. Jde zde o kompetenci člověka utvářet a rozvíjet svůj život, nebo smrt. ("Vy to samozřejmě můžete udělat, nikto Vám v tom nemůže zabránit", "je to na Vás"). **Dáváme najevo respekt a přijetí. Nevyjádřujeme souhlas!** Zároveň ale nabízíme jiné varianty "sebevražedný čin lze odložit, dát šanci tomu řešení, které v tuto chvíli nevidíte".

Moralizace nefunguje! (apely na odpovědnost člověka vůči dětem, blízkým, rozdělané práci ještě zintenzivňují autoakusace, pocit zoufalství a své vlastní bezcennosti). Pokud ovšem pacient začne sám mluvit o své rodině, nebo práci, můžeme v něm podpořit uvědomění si pevných bodů o které se může opřít.

Na počátku každého suicidálního vývoje je nějaké utrpení z kterého se pacient neumí vymaniit - něco se děje, něco pacient cítí. Povzbuzujeme vyjádřování emocí, potvrzujeme právo člověka cítit to, co cítí, pro vyjádřené emoce poskytujeme bezpečný rámec. **Emoční přijetí** je zásadní.

Ptáme se pacienta **co od smrti očekává** (často je to klid, pokoj, úleva, únik). A také co bude potom, kdo pacienta najde (často je to osoba s níž jedinec pomocí sebevraždy komunikuje). Může se odhalit že se jedná o problém který **lze řešit jinak, než smrtí**.

Pokud si pacient stěžuje, že nemá kuráž na to aby se zabil, vysvětlujeme mu, že není zbabělý, po smrti touží pouze jedna část jeho osoby, zatímco jiná část moc dobře ví, proč se smrti brání, ví proč chce žít.

Ptáme se, jestli už člověk podobnou situaci zažil, podobný stav, jestli už někdy o sebevraždě uvažoval, nebo se o ní pokusil a pokud klient potvrdí. Ptáme se co mu tehdy pomohlo. Snažíme se člověku připomenout jeho vlastní kapacity a přirozené **zdroje pomoci** a pokud možno upozornit na limity této situace, která jednou pomine. Ptáme se na protektivní faktory: Které aspekty vašeho života přispívají k vaší vůli žít? Pokud Vás napadají myšlenky na sebeublížení, které strategie, nebo činnosti byste použili k odklonění těchto myšlenek a zajištění Vašeho bezpečí? Co by Vám pomohlo cítit se více optimisticky, mít více naděje do budoucna?

Cílem je **rozšiřovat tunelové vidění**.

Podle toho, co pacientovi pomohlo v minulosti, které protektivní faktory má nyní v životě mu pak pomáháme vytvořit bezpečnostní plán a nabízíme další možnosti (hospitalizaci, poradenské a psychoterapeutické služby etc.).

Zásady:

- respektování tempa (nedáváme najevo netrpělivost, nespěcháme, nenabízíme slova
- respektování pomlky (nechat pacienta přemýšlet)
- emoční angažovanost (věnovat pacientovi výlučnou pozornost)
- přímá a jasná komunikace
- autenticita
- respekt a ponechávání kompetence (pokud nehrozí bezprostřední nebezpečí)
- být "kotvou" (zachovat klid těla, otevřenou polohu)
- jestliže pacient přijde sám osobně s myšlenkou na sebevraždu, znamená to že chce pomoc
- direktivní jednání je v pořádku, ale s účastí pacienta
- **zachování bezpečí**
 - dle stupně rizika vytvoření jasného plánu

- bezpečné angažmá v domácím prostředí za pomoci druhých osob
 - zintenzivnění kontaktu
 - lůžko na krizovém centru a intenzivní práce s krizí
 - naplánování návazné psychoterapie
 - psychiatrická léčba a hospitalizace v případě, že suicidálita souvisí s psychopatologií
 - v případě bezprostředního ohrožení života pacienta je indikovaná akutní psychiatrická hospitalizace i proti vůli pacienta
- followup (v případě ambulantního řešení, naplánování další návštěvy)

From:

<https://imagined.site/uni/ppa/> - **Psychiatrie pro adiktology**

Permanent link:

<https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=sebevrazda&rev=1730289565>

Last update: **2024/10/30 11:59**

