

SAMOVRAŽDY A SAMOVRAŽEDNÉ POKUSY U MLADISTVÝCH

A. STANČÁK

Psychiatrická klinika Lek. fakulty Univerzity P. J. Šafárika,
Košice

Venované k 60. narodeninám prof. dr. A. Jurovského, DrSc.

Podľa svetových štatistík o samovražedných pokusoch a samovražďach, umiera pre samovraždu viacej mladistvých vo veku 15—19 rokov, ako na zápalové choroby srdca, pľúc, obličiek a tbc ochorenia (7). Podľa našich autorov Černého a Mečířa (3), zo 100 zomrelých mladistvých umiera 12 pre samovraždu.

V našej republike pre samovraždu umiera podľa zdravotníckej štatistiky 20 ľudí na stotisíc obyvateľov, v Čechách 22 a na Slovensku 13, zo všetkých dokonaných samovrážd 5 % pripadá na vekovú skupinu 15—19 rokov. Samovražedných pokusov na stotisíc obyvateľov je 48, v Čechách 58 a na Slovensku 25. Skupina mladistvých sa na samovražedných pokusoch podieľa v 29 %. V celkovej populácii sa na dokonaných samovražďach v 70 % podieľajú muži a v 30 % ženy. Tento pomer je obrátený pri samovražedných pokusoch. Samovražedné pokusy včítane demonštratívnych pokusov, dokonané samovraždy, ako aj kriminalita, sexuálne aberácie, alkoholizmus, neurotické ochorenia, to všetko sú ukazovatele spoločenskej tenzie (9). K riešeniu týchto otázok treba pristupovať z hľadiska politicko-právneho, sociologického a psychologického. Problém samovrážd a samovražedných pokusov u mladistvých sa pokúsime osvetliť z hľadiska motivácie, ktorá vedie k samovražednému konaniu a pokúsime sa o analýzu faktorov, ktoré hrajú rozhodujúcu úlohu pri vzniku samovražednej motivácie, do akej miery sa na nej podieľa spoločenské prostredie a do akej miery faktory psychologické a psychopatologické.

MATERIÁL, METÓDA A HLAVNÉ CHARAKTERISTIKY ŠTUDOVANÝCH PRÍPADOV

Takmer jedna tretina samovražedných pokusov v Čechách i na Slovensku pripadá na vekovú skupinu mladistvých. Previedli sme katamnestickej rozbor samovražedných pokusov u mladistvých, hospitalizovaných na Psychiatrickej klinike v Košiciach v rokoch 1963—1967. Výsledky uvádzame na tabuľke 1.

Tabuľka poukazuje na stúpajúcu tendenciu samovražedných pokusov najmä v skupine žien, čo je v súlade s celoštátnymi štatistickými údajmi i s našimi predchádzajúcimi výskumami (17). Zachovaný je aj pomer hospitalizovaných mužov a žien. V skupine pacientov, hospitalizovaných pre iné psychiatrické ochorenia je zachovaný pomer medzi mužmi a ženami. Z celkového počtu 351 prijatých mladistvých pacientov bolo pre samovražedný pokus hospitalizovaných 44 % (z toho 9,16 % mužov a 34,75 % žien) a 56 % s inými psychiatrickými ochoreniami (z toho 28,5 % mužov a 28 % žien). Z uvedeného rozboru plynie, že najčastejšou príčinou hospitalizácie bolo samovražedné správanie v skupine žien. Je zachovaný charakteristický vzťah medzi pohlavím, zatiaľ čo v súbore pacientov s inými psychiatrickými ochoreniami sú rovnako zastúpené obidve pohlavie.

Tab. 1. Hospitalizovaní mladiství pre samovražedné pokusy a iné psychiatrické ochorenia

	1963		1964		1965		1966		1967		Celkom		Spolu
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	
Samovraž. pokusy	4	17	3	26	4	18	9	28	12	33	32	122	154
% M	2,6		1,9		2,6		5,8		7,8		20,8		100
% Ž		11,0		16,9		11,9		18,2		21,4		79,22	
Iné psych. ochorenia	17	16	24	13	17	29	23	16	19	23	100	97	197
% M	8,6		12,2		8,6		11,7		9,6		50,7		100
% Ž		8,1		6,6		14,7		8,1		11,7		49,2	

Nepomer medzi dokonanými a nedokonanými samovraždami pri percentuálne vyššom samovražednom konaní u žien (55 : 45) je podmienený spôsobom prevedenia samovraždy. Muži uskutočňujú samovraždy tzv. agresívnymi metódami ako je obesenie, použitie strelných zbraní, podrezanie, skok z okna a ženy pasívnymi metódami napr. otrava analgetikami, svietiplynom a pod. V dôsledku rozdielne použitých metód sú aj väčšie možnosti záchrany života u žien. Z celkového počtu žien, ktoré sa pokúsili o samovraždu, letálne skončilo 9 %. Zo skupiny mužov 20 % zomrelo a 25 % sa včasným zákrokom zachránilo.

Najčastejším samovražedným prostriedkom u našich pacientov bolo požitie liekov, a to 62 % u mužov a 82 % u žien. Otravou svietiplynom v 13 % u mužov a v 9 % u žien, obesením 6 % mužov a 0,81 % žien, prerezanie žil 6 % mužov a 1,5 % žien, strelnou zbraňou 3 % mužov a 0 % žien, skok z okna 3 % mužov a 0 % žien, iné otravné látky 3 % mužov a 3 % žien. Ostatné formy samovražedného konania sú z hľadiska štatistického zanedbateľné.

Najčastejšími formami samovražedného konania bolo použitie liekov a svietiplynu, čo je v súlade aj pri porovnaní s formami samovražedných pokusov v iných vekových skupinách a nie sú rozdiely ani medzi jednotlivými oblasťami a krajinami našej republiky.

Pri štúdiu rodinného prostredia a celkových životných podmienok mladistvých so samovražedným správaním sme došli k nasledovným poznatkom: 81 % mužov a 74 % žien pochádza z robotnícko-roľníckej rodiny, z úradníckej rodiny 13 % mužov a 15 % žien. V ostatných prípadoch povolanie rodičov nebolo určené. Prevážna väčšina našich mladistvých pacientov pochádza z početnejšej rodiny (72 % mužov a 83 % žien). Keďže ide o skupinu mladistvých, väčšina je slobodná a len 3 % mužov a 6 % žien vstúpilo do manželského stavu. Súbor našich pacientov žije v rodinnom prostredí, preto sme si všimli nielen povolanie rodičov, ale aj rodinnú atmosféru, v ktorej mladiství žijú a vyrastajú. Zistili sme, že 25 % mužov žije len s jedným rodičom (pre rozvod, úmrtie a nemanželský pôvod) a 75 % žije s obidvoma rodičmi, súlad v manželstve udávalo 50 % rodičov, ktorý potvrdzovali aj mladiství. V skupine žien z tých istých dôvodov žije 30 % s jedným rodičom a 70 % s obidvoma rodičmi, avšak súlad v rodine rodičia i mladiství udávali len v 32 %. Z uvedených údajov vyplýva, že v ne-

príaznivom rodinnom prostredí vyrastalo 50 % mužov a takmer 70 % žien. Tieto údaje sa ukazujú byť cenným poznatkom pri štúdiu faktorov samovražedného konania.

Pri štúdiu osobnosti hospitalizovaných pacientov so samovražedným správaním sme sa sústredili na rozbor vzdelanostnej úrovne, zamestnania, povahových črt, ako aj na samotné rozhodnutie zomrieť.

Na tabuľke č. 2 uvádzame vzdelanie pacientov podľa absolvovanej školy. Z uvedeného počtu 7 žien získalo maturitu. Skupina stredoškolákov a učňov v priemere absolvovala 11 tried a mala priemerný prospech. Veľmi slabý prospech malo 16 % mužov a 18 % žien. S vynikajúcim prospechom študovalo len 2,4 % žien. Rozbor vzdelanostnej úrovne a školského prospechu sledovanej skupiny jednoznačne poukazuje na výrazné ťažkosti v školskom prospechu, ktoré rozhodne môžu byť určitým ukazovateľom intelektovej úrovne. Uvedené zistenia a v niektorých prípadoch aj intelektové skúšky poukazujú na priemerný a ľahko znížený intelekt, v ktorom vidíme jednu zo závažných príčin neadekvátneho hodnotenia rôznych konfliktných a stresových životných situácií. Súbor našich pacientov podľa charakteristiky rodičov i vlastného subjektívneho hodnotenia sa pacientov, vyznačoval sa veselou spoločenskou povahou s extrovertívnym zameraním, a to v 44 % u mužov a v 29 % u žien. Povahové rysy uzavretosti so všetkými črtami introverzie sme zistili v 18 % u mužov a v 19 % u žien. Labilita nálady, rýchle prechody zo stavu veselosti do smútku s náležitým motorickým prejavom sme zistili u 32 % mužov a u 45 % žien.

Tab. 2. Vzdelanie pacientov podľa absolvovanej školy

Vzdelanie	Počet			
	M	%	Ž	%
Neukončená ZDŠ	6	18,57	21	17,21
Ukončená ZDŠ	4	12,50	23	18,85
Štúdium na SVŠ a odbornej škole	6	18,75	55	45,08
V učňovskom pomere	14	43,75	14	11,47
Štúdium na vysokej škole	0	0	1	0,81
Nezistené	2	6,25	8	6,55

Samotné prevedenie samovražedného pokusu s úmyslom zomrieť bolo u mužov 59 % a u žien 69 %. Zostávajúca časť prevedených pokusov mala u oboch skupín demonštratívny charakter.

Samovražedné pokusy prevedené v stave skratkového konania, ako impulzívna reakcia na konfliktnú situáciu, boli v 63 % u mužov a v 64 % u žien. Ostatné samovražedné pokusy boli prevedené po uvážení, krátkodobej príprave, a to v 32 % u mužov a v 30 % u žien.

V oboch skupinách v 92 % boli samovražedné pokusy prevedené s nepychotickým stave. Zjavnú depresívnu symptomatológiu malo 16 % mužov a 14 %

žien. Psychopatické rysy osobnosti boli zistené u 16 % mužov a 13 % žien. Vo väčšine prípadov boli zaradení do skupiny — skratkové konanie v konfliktovej situácii (56 % mužov a 65 % žien). Aj u tejto skupiny je možné predpokladať, že k samovražednému konaniu došlo v afektivej búrke. Sústreďujeme svoju pozornosť na objasnenie konfliktných situácií, ktoré boli bezprostredným motívom samovražedného pokusu.

MOTIVÁCIA SAMOVRAŽEDNÝCH POKUSOV

Podľa zdravotníckej štatistickej ročenky z r. 1965 a 1966 hlavným motívom samovražedných pokusov u mladistvých v celoštátnom merítku sú konflikty rodinného a erotického charakteru, a to až v 60 %. Príčiny samovražedných pokusov u našich hospitalizovaných pacientov uvádzame na tabuľke 3.

Tab. 3. Príčiny samovražedných pokusov

Motivácia	Počet			
	M	%	Ž	%
1. Erotický konflikt	5	15,63	39	31,96
2. Rodinný konflikt	12	37,50	36	29,50
3. Konflikt v zamestnaní — škole	10	31,25	33	27,04
4. Nezistený	3	9,37	11	9,01
5. Konflikt so zákonom	1	3,12	3	2,45
6. Z toho kombinovaný	4	12,50	22	18,03

Z rozboru príčin samovražedného správania vyplývajú 3 typy konfliktných situácií, ktoré sú bezprostrednou príčinou samovražedných pokusov. Sú to: erotické konflikty, rodinné a konflikty v zamestnaní alebo v škole. Dôležitosť jednotlivých konfliktov sa diferencuje podľa pohlavia. U žien dominujú erotické konflikty, potom rodinné a v pracovnom prostredí. U mužov sú na prvom mieste konflikty rodinné, pracovné a napokon erotické. Tieto rozdiely sú podmienené odlišnou psychosexuálnou vyspelosťou obidvoch pohlaví mladistvých. Podrobnejší rozbor erotických konfliktov opäť vykazuje niekoľko základných skupín. Hádky, tehotenstvo, rozchod, bránenie v známosti zo strany rodičov, tvorili podstatu erotických konfliktných situácií, ktoré viedli k reaktívnym skratkovým impulzívnym reakciám vo forme samovražedného konania.

DISKUSIA

Na základe predloženého katamnestickeho rozboru sledovaných pacientov je možné diskutovať k niekoľkým, dosiaľ spoľahlivo neriešeným problémom. Stále je otvorená otázka, čo je samovražda, ako sa na nej podieľajú endogénne a exogénne činitele a aký je najpravdepodobnejší mechanizmus samovražedného konania.

Vo všeobecnosti sa akceptuje stanovisko, ktoré diferencuje samovraždy na oblasť psychopatologickú a psychologickú. Prvú skupinu tvoria samovraždy

a samovražedné pokusy prevedené v psychóze (melanchólie, schizofrénie), druhej skupinu tvoria samovražedné pokusy prevedené v reaktívnom stave. Reaktívne samovraždy sa chápu ako reakcie na nepriaznivé životné okolnosti pre neschopnosť sa im prispôbiť a neschopnosť prijať nežiadúce postavenie.

Z rozboru príčin samovražedného konania u nášho súboru plynie, že sú to erotické, rodinné, pracovné alebo školské konflikty, ktoré sa udávajú ako hlavná motivácia samovražedných pokusov. Detailnejší rozbor jednotlivých konfliktov poukazuje na ich spoločného menovateľa, a tým je opustenosť a strata osobnej istoty. Jadrom erotického konfliktu bola strata milovaného partnera (bránenie v známosti alebo rozchod) a následné prežívanie osamotenosti. Konflikty v rodinnom prostredí boli v prevážnej väčšine podmienené ľahostajnými alebo úzkostnými, prísňými vzťahmi rodičov k mladistvým. Z týchto vzťahov sa opäť vyvíjali prežívanie osamotenosti alebo neporozumenie. Neúspechy v škole alebo v zamestnaní sa neohraničovali len na školský alebo pracovný kolektív, ale spravidla sa prenášali aj do domáceho prostredia. Reagovaním na tieto životné situácie bolo prežívanie opustenosti, zbytočnosti, straty osobnej istoty. V dôsledku negatívnych impulzov sa vyvíja u samovrahov špecifická črta, niekedy až vo forme presvedčenia o vlastnej opustenosti, nepochopení, zbytočnosti a strate osobnej istoty. S takým psychopatologickým obrazom depresie u mladistvých sa stretávame niekoľko hodín po nadobudnutí vedomia, ktorý sa postupne po niekoľkých dňoch zastiera alebo úplne mizne. Depresia je kardinálny symptóm väčšiny samovražedných pokusov. U mladistvých sa vyskytuje v menej čistej forme, preto mnohí autori pochybujú o rozhodujúcej úlohe depresie a vysvetľujú ho impulzívnosťou. Gould (6) sa kloní k názoru, že depresia v adolescencii je častejšia, ako sa mnohými zisťuje. Vyznačuje sa stratou záujmu o sociálne prostredie, pocitom smútku a samoty, nechutenstvom, nespavosťou, hypomotilitou a pocitom osamelosti. Černý a Černá (2) v súbore 100 samovrážd detí a mládeže zistili 47 % depresívnych syndrémov a 30 % reaktívnych depresívnych stavov. Podľa Sullivana (18) pocity osamelosti u mladistvých sú častejšie ako úzkosť. Gould (6) pripúšťa ľahké prehliadnutie depresie v adolescencii pre jej menej výraznú a zamaskovanú formu, ale je práve tak ako u dospelých, takmer vždy časťou psychodynamiky samovrážd.

Príznaky depresie sa u samovrahov po nedokonanej samovražde zistili aj Rorschachovým vyšetrením. Lindner (11) zistil pri Rorschachovom vyšetrení v 4. tabuľke zvláštne interpretácie: „zhnité zuby“, „pne stromov“, „zhorené alebo zuhoľnatelé drevá“, ktoré považuje za agresívny syndróm so samovražednými tendenciami. Schachter (16) overoval tento predpoklad a dospel k záveru, že ľudia so samovražednými pokusmi pri 4. tabuľke a vykazujú šok, ba niekedy ju dokonca odmietajú. Nepotvrdil obsahovú reprodukciu. Z 30 pacientov so samovražedným pokusom, tzv. samovražednú interpretáciu malo len 10 pacientov. U samovrahov zistil príznaky úzkosti, nelstoty, čo je všeobecným prejavom depresii, ale nezistil tzv. špecifický samovražedný syndróm. Ringel (15) predpokladá, že k samovražde dochádza v stave tzv. presuicidálneho syndrómu, ktorý sa vyznačuje v zuženej mentálnej oblasti so silne prejavým komplexom menejcennosti, vyjadrenej alebo utlmenej agresie. Agresivita spôsobuje pokrivenie charakteru a pri jej odtlmení môže dôjsť k samovražde. Bolo by žiadúce, aby sa širšou aplikáciou psychologických metód presnejšie vyhranila charakteristická symptomatológia, ktorá je v priamej súvislosti so samovražedným konaním. Zdá

sa, že súčasné poznatky psychológie a psychopatológie samovrahov nám takého vyčlenenie syndrómu neumožňujú. Ringelov [15] presuicidálny syndróm je možné skôr hodnotiť ako vhodný psychologický terén, na báze ktorého sa vyvíjajú postuje k samovražde, a to buď minimálne, stredné alebo maximálne zaujatie samovražednými predstavami. Za týchto psychologických predpokladov môže dôjsť v konfliktovej situácii k vystupňovaniu depresívnych príznakov a v afektivej búrke sa zrealizujú samovražedné tendencie.

Na základe vlastných skúseností a literárnych poznatkov [14] predpokladáme, že u psychotikov dochádza k samovraždám a samovražedným pokusom v dôsledku zníženia alebo porušenia pu du sebazáchovy. Psychotické zmeny osobnosti sú evidentné pred samovražedným pokusom. Väčšina samovražedných pokusov sa neuskutočňuje na psychotickej báze [12]. Príznaky depresie pred samovražedným pokusom v našom súbore boli anamnesticky zistené v 10 % u mužov a v 14 % u žien. Ostatné prípady z psychopatologického hľadiska neboli okoliu ničím nápadné. Zistené pocity osamelosti, strata istoty, neschopnosť zreznovať z niektorých citových vzťahov nás vedie k hypotetickému predpokladu, že aj v týchto prípadoch sa môže samovražedné rozhodnutie previesť v reaktívnom stave za predpokladu takej hlbokaj zmeny osobnosti, ktorá sa na ohraničenú krátku dobu samovraždy vyrovnáva psychotickej zmene osobnosti. Do tejto skupiny podľa Prokopa [14] a Martonovej [12] zaraďujeme len tie samovražedné pokusy, ku ktorým samovrahovia pristúpili v pevnom rozhodnutí zomrieť, čo sa dá dokázať aj použitými samovražednými spôsobmi. Nezaradujeme sem sebazabítie, seba obetovanie, bilančné samovraždy a indukované samovraždy. Všetky samovraždy s úmyslom zomrieť sa uskutočňujú za predpokladu psychopatologickej zmeny osobnosti a rozdiely medzi psychotickými a reaktívnymi samovraždami sú v rozdielnom psychickom obraze pred a po skončení nedokonanej samovraždy a spoločné sú v ohraničenom tragickom časovom úseku samovražedného pokusu.

Túto možnosť pripúšťa aj Prokop [14], keď hovorí o samovražde za predpokladu abnormného afektu, pod vplyvom ktorého sa aj zdánlivo zdravá osoba dostáva do abnormálneho stavu. Dôkaz pre túto domnienku sa ťažko môže získať exaktným psychologickým vyšetrením, predpokladajú sa len na základe empirických skúseností.

Vo všeobecnosti sa pri vzniku samovražedného postoja poukazuje na endogénne a exogénne činitele, avšak dosiaľ nie je objasnená otázka mechanizmu samovražedného konania.

Neobyčajne ťažké je určiť aj podiel endogénnych a exogénnych faktorov pri vzniku samovražedného postoja. Zdá sa nám, že ozrejenie prevalencie endogénnych a exogénnych činiteľov je nutné pri ozrejení dynamiky samovražedného konania. Z endogénnych činiteľov za najdôležitejšie považujeme nedostačnú ucelenosť osobnosti, nedostatočnú intelektovú vyspelosť, emocionálnu labilitu s tendenciami k depresívnym reakciám na strane jednej a na strane druhej psychotickej zmeny osobnosti (schizofrénia, depresia).

Z tzv. vnútorných faktorov významnú rolu hrá intelektová úroveň a emocionálna vyváženosť jedincov. Toolan [19] sa zaoberal otázkou intelektovej úrovne u mladistvých so samovražednými pokusmi a najčastejšie samovražedné pokusy zistil v skupine s IQ od 80 po 109. V našom materiáli takmer všetci mali priemerný prospech a 16 % mužov a 18 % žien malo slabý prospech. Aj keď pro-

spech v škole nemusí odrážať skutočná úroveň intelektu, predsa je možné súhlasiť s Toolanom, že ľudia s menšou intelektovou kapacitou pri súčasnej emocionálnej deprivácii majú väčšie sklony k vývoju samovražedného postoja a konania.

Ak zoberieme do úvahy emocionálny stav u mladistvých, ich výraznú emocionálnu labilitu s prevážnym extrovertovaným postojom, ako sme to zistili u našich pacientov a ich závislosťou na spoločenskom prostredí pri minimálnej odolnosti voči emocionálnej deprivácii, tak za takejto konštelácie najdôležitejších zložiek osobnosti sa môžu vyvíjať samovražedné postoje vo vyjadrených i zamaskovaných depresívnych symptómoch.

Z exogénnych činiteľov prvé a rozhodujúce miesto prináleží rodinnému prostrediu, v ktorom mladistvý vyrastal a žije. Aj dnes sa akceptuje Durkheimov (4) názor, že domáce prostredie, dobré rodinné ovzdušie neutralizuje sklon k samovražednému konaniu. Harmonická rodina sa uplatňuje ako znižujúci faktor pre výskyt samovrážd. Vysvetľuje sa to predovšetkým tým, že ľudia so schopnosťami žiť v harmonickom manželstve sú jedinci s endogénne ucelenejšou osobnosťou, najmä v porovnaní so skupinou ľudí, ktorá žije v rozháranom manželstve. Harmonický manželský život vytvára podmienky pre zdravý rozvoj osobnosti a je aj dostatočnou podporou v kritických a konfliktových životných situáciách mladistvých. Otázke rodinného prostredia sa venuje veľká pozornosť aj v súčasnej literatúre (1). Zilboorg (20) pokladá stratu rodičov alebo odlúčenie od rodičov (od jedného z rodičov), za jeden z najdôležitejších faktorov pre vznik samovražedného postoja. Levi (10) usudzuje, že strata jedného z rodičov do 7. roku života má väčší význam pre vznik samovražedného postoja, ako ich strata v neskoršom veku.

Z našich pacientov 25 % mužov a 29 % žien predčasne stratilo jedného z rodičov následkom rozchodu alebo úmrtia a len 25 % mužov a 31 % žien žilo v usporiadaných rodinných pomeroch. Jedna tretina pacientov žila v zlej atmosfére rodinného prostredia a prežila traumatizácie, vyplývajúce zo straty jedného z rodičov. Pri porovnaní atmosféry rodinného prostredia u skupiny pacientov s iným psychiatrickým ochorením so skupinou so samovražednými pokusmi ukazujú sa značné rozdiely.

V skupine pacientov s iným psychiatrickým ochorením len 12 % mužov a 15 % žien predčasne stratilo jedného z rodičov a vo všeobecnosti sa neudáva disharmónia v manželstve. V súhlase s Leviho (10) pozorovaniami je možné odlúčenosť od rodičov považovať za významný fenomén v skupine pacientov so samovražednými pokusmi. Domnievame sa, že nielen strata rodičov, ale aj nepriaznivé rodinné prostredie ohrozuje osobnú istotu mladistvého a tým narušuje zdravý vývoj integrity osobnosti. Úzkostlivá alebo ľahostajná citová väzba mladistvého na rodičov môže sa podieľať na vývoji presuicidálneho syndrómu.

Zdá sa, že rovnaká zodpovednosť za vznik presuicidálneho syndrómu prináleží endogénnym a exogénnym činiteľom. Odpoveď na otázku, prečo sa jeden človek pokúsi o samovraždu a druhý za tých istých životných podmienok sa o to nepokúša, treba hľadať v dvoch faktoroch, a to v štruktúre osobnosti a v osobnostných postojoch, ktorými sa človek riadi.

Človek v priebehu života získava postoje k nižším a vyšším osobným potrebám, a to odporovaním, naučením i vlastným uvažovaním. V tomto procese sa uplatňujú vplyvy kultúry prostredia, jeho zvyky, normy a predsudky, nábo-

ženské tradície, ktoré človek preberá. Jedna časť ľudí tieto všeobecné normy prijíma bez výhrad, len subjektívne si ich uspôsobuje a druhá časť sa k podobným normám samostatne dopracuje. Človek si vytvára schémy hodnôt, podľa ktorých sa v živote riadi a hodnotí svoj vnútorný a vonkajší svet, slovom, vytvára si svoju osobnú životnú filozófiu.

Aké miesto v osobnej životnej filozófií prináleží napr. obliekaniu, uznaniu, zabezpečeniu, sexuálnym vzťahom a voľnosti a aké pravde, spravедlivosti, kráse, mravnosti, sociálnym vzťahom vôbec, to všetko je závislé od prostredia, výchovy, objektívneho poučenia, osobných skúseností a predovšetkým od emocionálnej vyrovnanosti a intelektovej zrelosti.

Psychoanalytická teória predkladá ucelenú koncepciu samovrážd. Podľa Freuda (5) sebanenávisť, pozorovaná v depresii, vyvoláva zlosť na objekt lásky, obrátenú na seba. Samovraždu považuje za konečnú formu tohto fenoménu a nebolo by samovraždy bez prv potlačenej túžby zabiť niekoho iného. Menninger (13) vychádzajúc z psychoanalytickej koncepcie postavil hypotézu, podľa ktorej každá samovražda obsahuje 3 podstatné elementy, a to: túžbu zabiť, byť zabitý a túžbu zomrieť. Na jednotlivé elementy usudzuje na základe použitých samovražedných metód — agresívne vyjadrujú túžbu zabiť a keď agresivita nedosiahla svoj objekt v prostredí, obrátila sa na seba. Pri použití tzv. pasívnych metód odzrkadľujú sa masochistické tendencie byť zabitý. V protiklade s dômyselnou psychoanalytickou koncepciou predpokladáme iný mechanizmus samovražedného správania. V zmysle aktivačnej teórie emócií, vzniklé negatívne emócie (ako reakcie na traumy) ovplyvnia celú psychiku, funkciu intelektovú, pudovú, do takej miery, že človek nie je schopný kriticky usudzovať a za takeho stavu samovražda je východiskovým riešením, únikom. Je však možné predpokladať aj primárny zástoj intelektových funkcií ako o tom svedčia prípady premyslených, pripravovaných samovrážd. Pri samovraždách dochádza k strate, k zmene alebo prehodnoteniu niektorých hodnôt, napr. neveru hodnotí viacej ako svoj život. Podľa našej mienky, kľúč k pochopeniu mechanizmov samovražedného konania je v poznaní úrovne náhľadov individua na svet, v poznaní emocionálnej a intelektovej zrelosti, v poznaní tráum a konfliktov; hlavne však v poznaní smeru a hĺbky reakcie na negatívne podnety.

Vychádzajúc z týchto predpokladov nie je samovražedný pokus s úmyslom zomrieť prejavom ani zbabelosti ani hrdinstva, ale je výkrikom v bezvýchodiskovej situácii, pretože v čase samovraždy dosahujú zmeny osobnosti pravdepodobne stupeň psychózy.

Z Á V E R

Podľa celoštátnej zdravotníckej štatistiky sa na nedokonaných samovraždách v 30 % podieľa skupina mladistvých vo veku 15—19 rokov. Previedli sme katanestický rozbor prijatých mladistvých pacientov na Psychiatrickej klinike v Košiciach, v rokoch 1963—1967. Pre samovražedné pokusy bolo prijatých 154 mladistvých a 197 pre iné psychiatrické ochorenia. V psychopatologickom rozbere u skupiny so samovražednými pokusmi sme sa sústredili na štúdium motívacie samovražedného konania, v ktorom poukazujeme na význam niektorých endogénnych a exogénnych činiteľov pri vzniku samovražedného postoja a samovražedného konania. Z endogénnych činiteľov významnú úlohu hrá ucelenosť štruktúry osobnosti, úroveň intelektu, emocionálna labilita s dispozíciami k de-

presívnym reakciám. Z exogénnych príčin je to rodinné prostredie, strata rodičov, disharmonické rodinné ovzdušie. Študované endogénne a exogénne činitele znižujú odolnosť osobnosti v konfliktových situáciách (erotických, rodinných, pracovných) a tým umožňujú vznik samovražedného postoja a konania. Predpokladáme, že k samovražedným pokusom s úmyslom zomrieť dochádza za zmeneného stavu osobnosti, ktorá v danom časovom úseku dosahuje stupeň psychózy. Diskutované sú aj možné mechanizmy samovraždy.

LITERATURA

1. Block, Jeanne, A test of Hendin's hypotheses relating suicide in Scandinavia to child-rearing orientations. *Scand. J. Psychol.*, 7, 267—288, 1966.
2. Černý, L., Černá, M., Depresivní syndrom u dětí a mladistvých ve vztahu k sebevražednosti a vytyčení hlavních prognostických možností. *Čs. psychiat.*, 58, 162—169, 1962.
3. Černý, L., Mečíř, J., Sebevraždy dětí a mladistvých. *Čs. pediat.*, 16, 294—298, 1961.
4. Durkheim, E., *Le suicide*. Free Press of Glencoe, Ill. 1950.
5. Freud, S., *Mourning and melancholia* (1917). *Collected Papers*, Hogarth Press, London, 4, 152—170, 1949.
6. Gould, R. E., *Suicide problems in children and adolescents*. Prednesené na psychoterapeutickej konferencii v New Yorku 1954.
7. Hendin, H., *Suicide in Sweden*. *Psychiat. Quart.*, 36, 1—28, 1962.
8. Hendin, H., *The psychodynamics of suicide*. *J. nerv. ment. Dis.*, 136, 236—244, 1963.
9. Hendin, H., *Suicide in Denmark*. *Psychiat. Quart.*, 34, 443—460, 1960.
10. Levi, L. D., *Separation and attempted suicide*. *Arch. Gen. Psychiat.*, 15, 158—164, 1966.
11. Lindner, R. M., *Some significant Rorschach responses*. *J. Crim. Psychopath.*, 5, 775—778, 1944.
12. Martonová, F., *Suicidální pokusy*. *Čs. psychiat.*, 60, 97—101, 1964.
13. Menninger, K. A., *Psychoanalytic aspects of suicide*. *Internat. J. Psychoanalysis*, 14, 376, 1933.
14. Prokop, J., *O sebevraždě*. Bursík & Kohout, Praha, 1940, 223 s.
15. Ringel, E., *Der Selbstmord*. Maudrich, Wien, 1953.
16. Schachter, M., *Conduites ou névroses suicidaires, et test de Rorschach*. *L'Encéphale*, 46, 146—165, 1957.
17. Stančák, A., *Najčastejšie príčiny hospitalizácie detí a mladistvých na psychiatrii s osobitným zreteľom na problém samovražd*. V zborníku *Problémy psychológie dieťaťa a mládeže*. Slov. ped. nakl. Bratislava, 211—218, 1964.
18. Sullivan, H., *The interpersonal theory of psychiatry*. W. W. Norton, New York 1953.
19. Toolan, J. M., *Suicide and suicidal attempts in children and adolescents*. *Amer. J. Psychiat.*, 118, 719—724, 1962.
20. Zilboorg, G., *Differential diagnostic types of suicide*. *Arch. Neurol. Psychiat.*, 35, 270, 1936.

РЕЗЮМЕ

Самоубийства
и попытки самоубийства
у несовершеннолетних

А. Станчак

По общегосударственным медицинским статистическим данным 30 % неудачных попыток самоубийства относятся к группе несовершеннолетних в возрасте 15—19 лет. Мы подвергли катамнестическому анализу несовершеннолетних пациентов, принятых в 1963—1967 гг. в Психиатрическую клинику в г. Кошице. Было принято 154 несовершеннолетних со случаем попытки самоубийства и 197

случаев других психиатрических заболеваний. В психопатологическом анализе группы с попытками самоубийства мы сосредоточились на изучении мотивации совершения самоубийства, в котором мы отмечаем значение некоторых эндогенных и экзогенных факторов возникновения направленности на самоубийство и совершения самоубийства. Среди эндогенных факторов важную роль играет единство структуры личности, интеллектуальный уровень, эмоциональная неустойчивость с предпосылками к депрессивным реакциям. Экзогенные причины включают семейную среду, потерю родителей, дисгармоническую семейную атмосферу. Изучаемые нами эндо-

генные и экзогенные факторы понижают устойчивость личности в конфликтных ситуациях (эротических, семейных и трудовых) и, таким образом, способствуют возникновению направленности на самоубийство и его совершению. Мы предполагаем, что попытки самоубийства с намерением умереть возникают в ситуации измененного состояния личности, которая в данном отрезке времени доходит до психоза. Обсуждаются также возможные механизмы самоубийства.

SUMMARY

Suicides and Suicidal Attempts in the Young

A. Stančák

According to national medical statistics, juveniles in the 15—19 age bracket account for 30% of attempted suicides. A catamnestic analysis of patients admitted to the Psychiatric clinic in Košice between 1963 and 1967 showed the following results. 154 juveniles were admitted for at-

tempts at suicide and 197 for other psychiatric disorders. In the psychopathologic analysis of the group with suicidal attempts we concentrated on a study of the motives for this behaviour in which we point to the significance of certain endogenous and exogenous factors leading to a suicidal attitude and suicidal acts. Among the endogenous factors an important role is played by the overall personality structure, intellectual level, emotional lability and disposition to depressive reactions. The endogenous reasons include family environment, loss of parents, a disharmony in the family environment. These endogenous and exogenous factors diminish the resistance of personality in conflict situations (erotic, family, working) and thereby allow suicidal attitudes and acts to arise. We presume that suicidal attempts with intention of dying follow from an altered personality state, which in the given time sector attains the degree of psychosis. Possible mechanisms of suicide are also discussed.