

Sebastijan Krajnc¹, Alina Holnthaner², Saša Ucman³, Brigita Novak Šarotar⁴

Osebnostne značilnosti in prisotnost socialne podpore samomorilno ogroženih posameznikov

Suicidality in Relation to Personality Traits and Social Support

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: samomorilno vedenje, osebnostne značilnosti, Velikih pet, čustvena stabilnost, socialna podpora

IZHODIŠČA. V dosedanjih raziskavah o povezavi med posameznimi osebnostnimi dimenzijami po modelu Velikih pet in samomorilnim vedenjem so raziskovalci ugotovili večje tveganje za samomorilno vedenje pri posameznikih z višje izraženim nevroticizmom, manjše tveganje za samomorilno vedenje pa so predstavljale višje vrednosti dimenzij vestnosti, ekstravertiranosti in sprejemljivosti, medtem ko se je odprtost pozitivno povezovala s prisotnostjo samomorilnih misli, negativno pa z dokončanim samomorom. Socialna podpora se je v dosedanjih raziskavah izkazala kot varovalni dejavnik, ki zmanjšuje tveganje za samomorilne ideacije in poskus samomora. **METODE.** Udeleženci v raziskavi so bili samomorilno ogroženi pacienti, ki so bili hospitalizirani na oddelku za psihiatrično zdravljenje ($n = 24$; 12 moških, 12 žensk; starost 20–64 let). Raziskava je potekala v obliki pogovorov ob sprejemu in pred odpustom z oddelka. Uporabili smo demografski vprašalnik, polodprt intervju, prilagojeno lestvico SAD PERSONS, Sarasonov vprašalnik o socialni podpori, vprašalnik Samoocenjevalna lestvica simptomov (The Symptom Checklist-90-Revised) in vprašalnik Velikih pet za oceno osebnosti. Statistično povezanost in razlike za zvezne spremenljivke smo preverjali s Wilcoxonovim testom in Spearmanovim koeficientom povezanosti (ρ). **REZULTATI.** Povezanost med povprečno oceno subjektivnega zadovoljstva s socialno podporo in nižjo samomorilno ogroženostjo pred odpustom se je izkazala za pozitivno in statistično značilno ($p < 0,05$), prav tako ugotavljamo srednjo do zmerno veliko negativno povezanost ($\rho = -0,471$, $p < 0,05$) med stopnjo samomorilne ogroženosti pred odpustom in dimenzijo čustvene stabilnosti. **RAZPRAVA.** Z raziskavo smo potrdili hipotezo, da se bo dimenzija čustvene stabilnosti negativno povezovala s samomorilno ogroženostjo, in deloma potrdili hipotezo, da se bo močnejša socialna podpora negativno povezovala s samomorilno ogroženostjo.

¹ Sebastijan Krajnc, dr. med., Splošna bolnišnica Celje, Oblakova ulica 5, 3000 Celje; sebastijan.krajnc1@gmail.com

² Alina Holnthaner, dr. med., Splošna bolnišnica Izola, Polje 40, 6310 Izola

³ Dr. Saša Ucman, univ. dipl. psih., Center za mentalno zdravje, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Grablovičeva ulica 44a, 1000 Ljubljana

⁴ Doc. dr. Brigita Novak Šarotar, dr. med., Center za mentalno zdravje, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Grablovičeva ulica 44a, 1000 Ljubljana; Katedra za psihiatrijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana

ABSTRACT

KEY WORDS: suicidality, personality traits, the Big Five, neuroticism, social support

BACKGROUNDS. Higher risks of suicide have been observed in individuals who scored high on neuroticism traits on the Big Five personality model, and lower risks in those who scored high in the conscientiousness, extraversion and agreeableness traits. Openness has been positively correlated with suicidal ideations but negatively with carried out suicide attempts. Studies have thus far consistently implicated the protective role of social support in preventing suicidal ideation and suicide attempts. **METHODS.** Clinical interviews and self-reported questionnaires were administered to a sample of 24 ($n = 24$; 12 male, 12 female; age 20–60 years) patients with increased suicide risk who were hospitalized. Each patient was interviewed twice, on admission and before discharge. Data was obtained by means of a semi-structured interview, demographics questionnaire, the Big Five Questionnaire, Social Support Questionnaire, Symptom Checklist-90-Revised questionnaire, and suicide risk was determined with the Modified SAD PERSONS Scale. Statistical significance was determined using the t-test for dependent samples and Spearman's rank correlation coefficient (ρ). **RESULTS.** We have found a positive and statistically significant correlation between high trait neuroticism and suicidality ($\rho = -0.471$, $p < 0.05$). Perceived rate of satisfaction with social support was statistically significantly correlated with lower suicidality before discharge ($p < 0.05$). **DISCUSSION.** We have confirmed our hypothesis that neuroticism will be positively correlated with suicidal behaviour, and partially confirmed the hypothesis that strong social support will be negatively correlated with suicidality, presenting a protective factor in preventing suicide risk.

IZHODIŠČA

Vsako leto zaradi samomora umre več kot 700.000 ljudi, kar predstavlja približno 1,5% vseh smrti (1–4). Na vsak zaključen samomor se zgodi približno 20–30 poskusov, kar nanese približno 16–20 milijonov poskusov samomora letno (1, 2, 4). Zaključenih samomorov je več pri moških, medtem ko sta izražanje samomorilnega vedenja in samomorilne ideacije pogostejša pri ženskah (1, 2, 4–6). Leta 2021 je samomorilni količnik, ki predstavlja število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev, v Sloveniji znašal 20,50 (31,94 za moške in 8,96 za ženske) (7). V absolutnih številkah to pomeni, da je za posledicami samomora v letu 2021 pri nas umrlo 432 oseb (338 moških in 94 žensk) (7).

Dejavniki tveganja za samomorilno vedenje

Razvoj samomorilnega vedenja je zapleten proces, na katerega vplivajo biološki (npr. pozitivna družinska anamneza, genetska nagnjenost), psihopatološki oz. klinični (prisotnost določenih duševnih bolezni), psihološki (npr. izraženost določenih osebnostnih lastnosti, nižje spoznavne sposobnosti), družbeni (npr. družbena izoliranost, nižji socialno-ekonomski položaj) in okoljski dejavniki (npr. gospodarske krize) (8–13). Zaradi medsebojnega prepleta vseh teh dejavnikov je opredeljevanje tveganja za samomor pri posamezniku pogosto zelo težaven proces (12, 13).

Prisotnost duševnih bolezni izrazito poveča tveganje za samomorilno vedenje

(11, 12, 14, 15). Pri osebah, ki so umrle s samomorom, so namreč zelo pogosto prisotne motnje razpoloženja, predvsem velika depresivna motnja in bipolarna motnja (12, 14–16). Tveganje za samomor je večje tudi pri osebah z osebnostnimi motnjami, posebej tistih z mejno osebnostno motnjo, in pri osebah, ki zlorabljajo alkohol in droge, posebej ob sočasno prisotnih sindromih odvisnosti (12, 17–19, 21). Samomor je med vodilnimi vzroki za smrt tudi pri pacientih s shizofrenijo (22, 23). Pogostost samomorov je prav tako večja v obdobju po odpustu iz psihiatričnih ustanov (24, 25).

Émile Durkheim in sodelavci so v raziskavi s konca 19. stoletja med prvimi izpostavili vpliv odmaknjenosti posameznika od njegovega družbenega okolja na večje tveganje za samomor (26). Številne novejšje raziskave so natančneje opredelile vpliv določenih družbenih dejavnikov na pojavnost samomora, tako je npr. pri odraslih tveganje za samomor manjše, kadar so poročeni in kadar živijo v skupnosti, v katero so vključeni (27, 28). V tem kontekstu pomembni dejavniki tveganja za samomor so tudi izguba službe oz. brezposelnost, nizek socialno-ekonomski položaj, nizka družbena stabilnost, stroge družbeno-kulturne norme v ožjem družbenem okolju in pripadnost skupnosti lezbijk, gejev, biseksualnih in transspolnih oseb (LGBT+) (12, 28–30).

Psihološki dejavniki in samomorilno vedenje

S psihološkega vidika je eden od ključnih dejavnikov, ki prispevajo k pojavljanju samomorilnih ideacij in samomorilnega vedenja, t. i. nevzdržna psihična bolečina (12). V zadnjih letih, ko je v ospredju t. i. biopsihosocialni model proučevanja dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje, prevladuje miselnost, da sama prisotnost hude psihične bolečine ni dovolj za nastop samomorilnega vedenja pri posameznikih, temveč je potreben zapleten preplet raz-

novrstnih elementov, kot so npr. prisotnost občutkov brezupa, visoke impulzivnosti in drugih t. i. proksimalnih dejavnikov (občutkov premaganosti in ujetosti, zmožnosti načrtovanja in uresničevanja načrtov, izpostavljenosti samomorilnemu vedenju v bližnji okolici idr.), določenih kognitivnih primanjkljajev oz. zavor (npr. nezmožnosti reševanja zapletenih problemov, razcepljenega mišljenja, ruminacij, motenj spomina), kot tudi poznavanje in dostop do potencialno smrtonosnih sredstev in dejanj (12, 28, 31–35).

Osebnostne lastnosti in samomor

Vedno več dokazov, pridobljenih v dosedanjih raziskavah, kaže na povezavo med določenimi osebnostnimi lastnostmi in samomorilno ogroženostjo (28, 36, 37). Model Velikih pet dejavnikov osebnosti (Big Five Personality Traits, BIG5), katerega namen je empirično, s pomočjo v ta namen posebej oblikovanih vprašalnikov, kot sta BFQ (Big Five Questionnaire) in BFI (Big Five Inventory), izmeriti izraženost petih osebnostnih dimenzij pri posamezniku, in sicer ekstravertiranosti, sprejemljivosti, vestnosti, čustvene stabilnosti (v angleški literaturi se uporablja izraz nevroticizem, ki predstavlja nasprotni pol iste skale, kar pomeni, da ima oseba z visoko izraženim nevroticizmom nizko čustveno stabilnost in obratno) in odprtosti, predstavlja enega od najbolj razširjenih, uveljavljenih in splošljivih modelov pojasnjevanja osebnosti (36–39).

Blüml in sodelavci so v raziskavi iz leta 2013, izvedeni na reprezentativnem vzorcu nemške populacije, raziskovali povezavo med izraženostjo osebnostnih dimenzij po BIG5 in samomorilno ogroženostjo. Ugotovili so, da se nevroticizem in odprtost pozitivno povezujeta s samomorilno ogroženostjo, medtem ko se ekstravertiranost in vestnost z njo negativno povezujeta in s tem predstavljata varovalna dejavnika, ter tako potrdili ugotovitve nekaterih predhodnih

raziskav (37). Rezultati so se statistično značilno razlikovali med spoloma – ekstravertiranost in vestnost sta se izkazala kot varovalna dejavnika predvsem pri moških, nevroticizem in odprtost pa sta bila povezana z višjim samomorilnim tveganjem le pri ženskah (37).

Povezava med visoko izraženo ekstravertiranostjo in nagnjenostjo k pozitivnemu doživljanju in čustvovanju (tudi pozitivnemu afektu) je v literaturi relativno dobro raziskana in uveljavljena (37, 40–42). Prav tako velja, da so osebe z nižjimi rezultati na tej dimenziji bolj nagnjene k občutkom brezupa, k negativnemu čustvovanju in depresivni simptomatiki (40, 43, 44). Dimenzija ekstravertiranosti je bila že v več raziskavah povezana z zmanjšanim tveganjem tako za samomorilne ideacije kot tudi za poskus samomora (37–39, 46–49).

Nizko izražena čustvena stabilnost oz. visoko izražen nevroticizem se, obratno kot ekstravertiranost, povezuje z večjo nagnjenostjo k negativnemu čustvovanju in depresivnim simptomom ter z večjim tveganjem za samomorilno vedenje (37–40, 43–48). Za osebe z nizko mero čustvene stabilnosti so značilne lastnosti, kot so ranljivost, izrazita čustvenost, nestrpnost, razdražljivost in impulzivnost (36). Impulzivnost, ki pomeni predvsem večjo verjetnost, da bo posameznik kaj storil, ne da bi pred tem razmišljal o posledicah svojih dejanj, je osebna lastnost, ki je bila v dosedanjih raziskavah zelo pogosto izpostavljena kot dejavnik tveganja tako za samomorilne ideacije kot tudi poskus samomora (12, 31).

Nizko izražena sprejemljivost se je v nekaterih raziskavah izkazala za dejavnik tveganja tako za samomorilne ideacije kot tudi poskus samomora (39, 49, 50). Osebe z visoko izraženo sprejemljivostjo so običajno bolj empatične, prijaznejše, nesebične, prijateljske in v skupnosti raje sodelujejo z drugimi, kar najverjetneje zmanjša tveganje za samomor (36, 39, 49, 50). Visoko izražena vestnost se negativno povezuje

s prisotnostjo samomorilnih ideacij in predstavlja varovalni dejavnik za samomorilno vedenje (37–39, 49, 50). Odprtost se je v več raziskavah pozitivno povezovala s samomorilnimi ideacijami in višjim tveganjem za samomor, v nekaterih pa statistično značilne povezave niso uspeli potrditi (37–39, 50).

Samomor in socialna podpora

Socialna podpora je definirana kot vse, kar daje posamezniku občutek in prepričanje, da je ljubljen, da je zanj poskrbljeno in je cenjen ter da je član družbene mreže z medsebojno odvisnimi zadolžitvami (51). V kontekstu zniževanja tveganja za samomor pomeni socialna podpora predvsem prisotnost bližnjih, ki posamezniku pomagajo shajati s stresnimi dogodki v njegovem življenju in težavami, ki jih povzročajo njegova lastna psihopatologija (51). V dosedanjih raziskavah je bilo ugotovljeno, da lahko socialna podpora predstavlja varovalni dejavnik tako pred samomorilnimi ideacijami kot tudi pred poskusi samomora bodisi neposredno bodisi posredno z večanjem učinka drugih varovalnih dejavnikov, kot je dobra samopodoba, ali zniževanja simptomov tesnobe in depresije (51–56).

Nekateri avtorji poročajo, da je subjektivno doživetje podpore (oz. percepcija), ki je posameznikom na voljo, morda celo pomembnejše kot njihovi dejanski medosebni stiki (57).

Ključne uporabljene definicije

- Samomor (suicid) je dejanje, s katerim človek sam, namerno in s pričakovanjem o smrtnem izidu tega dejanja povzroči svojo smrt (31, 32).
- Poskus samomora je vasa usmerjeno samomorilno dejanje brez usodnega izida smrti, ki pa bi lahko vodilo v smrt, tudi če pri njem ne pride do poškodbe (31).
- Suicidalne ideacije predstavljajo razmišljanje o samomoru, pretehtavanje in načrtovanje samomora (31).

- Parasuicid oz. parasuicidalna gesta je poskus samomora, pri katerem si oseba ne želi zares umreti (31).

Namen raziskave in hipoteze

Narava odnosa med konstrukti samomorilnega vedenja, socialne podpore in osebnostnih značilnosti je v slovenskem prostoru manj raziskano področje, zato je bil namen pričujoče raziskave pridobiti poglobljene podatke o samomorilno ogroženih posameznikih, ki so bili hospitalizirani na oddelku za psihiatrično zdravljenje. S pomočjo polodprtih intervjujev in uporabe merskih instrumentov smo želeli natančneje opredeliti vrsto in okoliščine samomorilnega vedenja teh posameznikov, opredeliti izraženo psihopatološko simptomatiko in morebitne spremembe v le-tej med hospitalizacijo, si ustvariti predstavo o njihovih osebnostnih lastnostih in njihovem družbenem okolju ter pridobiti vpogled v življenjske okoliščine, ki so jih pripeljale do prelomne točke. Prav tako nas je natančneje zanimalo, na kakšen način se na omenjenem vzorcu izraženo posameznih osebnostnih lastnosti po BIG5 in jakost socialne podpore povezuje s samomorilnim vedenjem.

Na podlagi ugotovitev predhodnih raziskav smo si zastavili naslednje hipoteze:

- Ekstravertiranost se negativno povezuje s samomorilnim vedenjem.
- Čustvena stabilnost se negativno povezuje s samomorilnim vedenjem.
- Vestnost se negativno povezuje s samomorilnim vedenjem.
- Odprtost se pozitivno povezuje s samomorilnim vedenjem.
- Sprejemljivost se negativno povezuje s samomorilnim vedenjem.
- Močna socialna podpora se negativno povezuje s samomorilnim vedenjem.

METODE Udeleženci

V raziskavo so bili vključeni samomorilno ogroženi posamezniki, ki so bili hospitali-

zirani na oddelku za psihiatrično zdravljenje in so izpolnjevali vključitvene kriterije. Vključenih je bilo 24 preiskovancev, starih 20–64 let, od tega jih je bilo deset hospitaliziranih po samomorilnem poskusu. Povprečna starost preiskovancev je bila 39,1 leta (SD = 14,3).

Vključitveni in izključitveni kriteriji

V raziskavo so bili vključeni samomorilno ogroženi posamezniki, stari nad 18 let, hospitalizirani na kliničnem oddelku za psihiatrično zdravljenje. Vključeni so bili tako tisti, ki so bili hospitalizirani po poskusu samomora (vključno s primeri, ko je šlo za parasuicidalne geste), kot tudi tisti, ki so imeli zgolj samomorilne misli z načrtom oz. brez načrta.

Izključitveni kriteriji so bili: prisotnost psihoze, bipolarna motnja razpoloženja, sindrom demence oz. prisotnost kognitivnega upada in starost pod 18 let. Demografske značilnosti udeležencev v raziskavi prikazuje tabela 1.

Postopek

Raziskava je potekala v obdobju med aprilom 2018 in septembrom 2019. Vse kandidate smo na oddelku za psihiatrično zdravljenje najprej seznanili s potekom raziskave in pridobili njihovo pisno soglasje. Vsi so bili seznanjeni s tem, da je sodelovanje v raziskavi prostovoljno in ga lahko kadar koli prekinejo. Za sodelovanje niso prejeli nadomestila. Z njimi smo se sestali dvakrat – prvič v okviru 48 ur po sprejemu na oddelk, drugič pa na dan odpusta oz. dan pred tem. Prvi pregled smo izvedli s kratkim zamikom, ker bi lahko bili preiskovanci takoj po sprejemu še preveč nestabilni, ob daljšem čakanju pa bi se lahko simptomi že umaknili. Ob prvem pregledu smo udeležence prosili, naj rešijo demografski vprašalnik. Nato smo z njimi opravili klinični pregled oz. pogovor. Med pogovorom smo pridobili odgovore na vprašanja v polodprtem intervjuju ter ocenili samomorilno

Tabela 1. Demografske značilnosti udeležencev v raziskavi. N – število posameznikov.

		N	Delež (%)
Spol	moški	12	50
	ženski	12	50
Izobrazba	osnovnošolska	2	9
	srednja (poklicna) šola	10	42
	gimnazija	6	25
	dodiplomski univerzitetni program	2	8
	višješolski program	2	8
	magisterij	2	8
	doktorat	0	0
Prebivališče	vas	13	54
	manjše mesto	5	21
	večje mesto	6	25
Zaposlitev	zaposlen	13	54
	samozaposlen	1	4
	brezposeln	3	12
	upokojenec	3	13
	invalidski upokojenec	0	0
	dijak/študent	4	17
Zakonski status	samski	7	29
	v razmerju	4	17
	poročen	6	25
	v zunajzakonski skupnosti	4	17
	ločen	3	12
	ovdovel	0	0
Socialno-ekonomski položaj	visok	0	0
	srednji	17	71
	nizek	7	29
Prisotnost psihiatrične diagnoze pri preiskovancu	da	14	58
	ne	7	29
	ne vem	3	13
Psihiatrična diagnoza pri svojcih	da	10	42
	ne	14	58

ogroženost. Nato smo jih prosili, naj rešijo vprašalnik o socialni podpori in o psihopatološki simptomatiki. Pred odpustom smo opravili ponovni klinični pregled in ocenili stopnjo samomorilne ogroženosti. Ponovno so rešili vprašalnik o socialni podpori in psihopatološki simptomatiki. Pred odpustom, ko je bilo njihovo psihično stanje stabilno, so izpolnili še osebnostni vprašalnik.

Uporabljeni merski instrumenti

Demografski vprašalnik

Oblikovali smo demografski vprašalnik, ki je zajemal: starost, spol, poklic, najvišjo doseženo stopnjo izobrazbe, zaposlitveni in zakonski status, bivališče, socialno-ekonomski položaj ter prisotnost psihiatrične diagnoze pri preiskovancih in njihovih svojcih.

Prilagojena lestvica SAD PERSONS

Za oceno samomorilne ogroženosti smo uporabili prilagojeno lestvico SAD PERSONS (Modified SAD PERSONS Scale, MSPS), ki se pogosto uporablja v klinični praksi in je primerna tudi za zdravnike brez psihiatrične izobrazbe (58, 59). Vprašalnik je prikazan v tabeli 2. Vsaka črka predstavlja dejavnik tveganja za samomorilno vede-

nje. Če je pri posamezniku dejavnik tveganja prisoten, dobi ustrezno število točk. Hockberger in Rothstein sta v raziskavi, v kateri sta oblikovala lestvico MSPS, poročala, da je imel rezultat ≤ 5 točk 95-% negativno napovedno vrednost za potrebo po bolnišničnem zdravljenju, rezultat ≥ 6 točk pa je napovedal potrebo po bolnišničnem zdravljenju s 94-% občutljivostjo in 71-% specifičnostjo (58). V eni izmed kasnejših raziskav, v kateri so uporabili lestvico MSPS pri izključno psihiatrični populaciji, so izračunali občutljivost lestvice 100 % in specifičnost 60 % (59).

Vprašalnik socialne podpore 6

Za oceno socialne podpore smo uporabili skrajšano šesto verzijo Sarasonove lestvice socialne podpore (Social Support Questionnaire 6, SSQ6). Vprašalnik je sestavljen iz dveh delov, vsak del pa iz šestih vprašanj. V prvem delu mora preiskovanec pri vsakem vprašanju naštetih osebe, ki mu predstavljajo oporo v različnih situacijah, in navesti, v kakšnem odnosu je z njimi (dobimo rezultat število na Sarasonovi lestvici socialne podpore (Social Support Questionnaire Number, SSQN)), v drugem delu pa oceni zadovoljstvo (dobimo rezultat

Tabela 2. Prilagojena lestvica SAD PERSONS (Modified SAD PERSONS Scale, MSPS) (58).

Črka	Faktor	Točke
S	Spol (angl. <i>sex</i>) – moški	1
A	Starost (angl. <i>age</i>) – < 19 ali > 45 let	1
D	Depresija ali brezup (angl. <i>depression or hopelessness</i>)	2
P	Prejšnji poskusi samomora ali psihiatrična zdravljenja (angl. <i>previous attempts or psychiatric care</i>)	1
E	Prekomerna raba alkohola ali drog (angl. <i>excessive alcohol or drug use</i>)	1
R	Izguba razumske presoje (angl. <i>rational thinking loss</i>)	2
S	Ločen/-a ali ovdovel/-a (angl. <i>separated, divorced, widowed</i>)	1
O	Organiziran ali resen načrt (angl. <i>organized or serious attempt</i>)	2
N	Brez družbene mreže (angl. <i>no social support</i>)	1
S	Izražen namen za samomorilni poskus v prihodnosti (angl. <i>stated future attempt</i>)	2

zadovoljstvo na Sarasonovi lestvici socialne podpore (Social Support Questionnaire Satisfaction, SSQS)) s posameznim vidikom socialne podpore (6 – zelo zadovoljen/-na; 1 – zelo nezadovoljen/-na). V raziskavi, v kateri je Sarason s sodelavci oblikoval SSQ6 na podlagi izvirnega vprašalnika lestvice socialne podpore (Social Support Questionnaire, SSQ), je bila dokazana visoka zanesljivost pri ponovnem testiranju in notranja zanesljivost vprašalnika (koeficient Cronbach α je za vprašalnik SSQ6 znašal 0,90–0,93) (60). Prav tako so s primerjavo psihometričnih značilnosti SSQ6 s SSQ dokazali, da je SSQ6 sprejemljivo nadomestilo za SSQ, kadar je treba upoštevati čas reševanja vprašalnika (60). Vprašalnik SSQ6 je bil zaradi uporabe v naši raziskavi prirejen iz angleškega jezika v slovenščino z enosmernim prevodom.

Vprašalnik Samoocenjevalna lestvica simptomov

Psihopatološko simptomatiko pri preiskovancih smo ocenili s pomočjo Samoocenjevalne lestvice simptomov (Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R®). Sestavljena je iz 90 vprašanj o pogostosti simptomov v določenem časovnem okviru (zadnji teden). Pri vsakem vprašanju preiskovanec na lestvici 0–4 oceni, do katere mere so ga posamezne težave v zadnjem tednu obremenjevale (0 – sploh ne; 4 – skrajno). Z vprašalnikom je mogoče izmeriti izraženost simptomov na devetih različnih dimenzijah: somatizacija, obsesivno-kompulzivna simptomatika, medosebna občutljivost, depresivnost, anksioznost, sovražnost, fobična anksioznost, paranoidna ideacija in dodatni simptomi (61). Povprečen rezultat vseh 90 postavk daje vrednost GSI (Global Severity Index), ki se pogosto uporablja kot globalni indeks psihološkega distresa (62). Notranja zanesljivost za lestvico je bila v dosedanjih raziskavah (1997, 1999 in 2014) neprestano visoka, in sicer je koeficient Cronbach α meril 0,82–0,98 za

posamezne poddimenzije ter 0,81–0,98 za GSI (61).

Vprašalnik Velikih pet z desetimi postavkami

Za oceno osebnosti smo uporabili kratko verzijo vprašalnika po modelu Velikih pet dejavnikov osebnosti z desetimi postavkami (Big Five Questionnaire with 10 statements, BFQ10), ki sta ga leta 2007 razvila Rammstedt in John. Sestavila sta ga tako, da sta izbrala tiste postavke iz vprašalnika BFQ11, ki so bile najbolj reprezentativne za vsakega izmed BIG5-dejavnikov osebnosti. Razvit je bil na vzorcu ameriških ($n = 1.627$) in nemških študentov ($n = 833$) in vsebuje po dve postavki za vsako dimenzijo: postavki ena in šest ocenjujeta ekstravertiranost, postavki dve in sedem sprejemljivost, postavki tri in osem vestnost, postavki štiri in devet čustveno stabilnost, postavki pet in deset odprtost. Vsako postavko posameznik oceni z vrednostmi 1–5, glede na to, koliko se mu zdi veljavna zanj (1 – sploh ne velja zame; 5 – popolnoma velja zame). Rezultat za posamezno dimenzijo je seštevek vrednosti za to dimenzijo, s tem da se postavke ena, sedem, tri, devet in pet vrednotijo obratno, kar pomeni, da se ocene pri teh postavkah simetrično prezrcalijo preko središčne ocene. Zanesljivost vprašalnika je bila preverjena s ponovnim testiranjem čez šest do osem tednov pri obeh skupinah študentov. Test-retest korelacije so variirale med 0,86 in 0,84. Povprečen koeficient stabilnosti po drugem testu je znašal 0,75 ($r = 0,72$ pri ameriških in $r = 0,78$ pri nemških študentih), kar nakazuje na zadovoljivo zanesljivost vprašalnika (63–65).

Statistična analiza

Podatke smo obdelali z računalniškim programom Microsoft® Office Excel in jih statistično analizirali z računalniškim programom IBM® SPSS® Statistics. Po pregledu opisne statistike in testov normalnosti porazdelitve pri vključenih spremenljivkah

smo ugotovili, da porazdelitev podatkov odstopa od normalne, zato smo v nadaljevanju uporabili neparametrične teste. Za izračun povezanosti med spremenljivkami smo uporabili Spearmanov koeficient povezanosti (ρ), v nadaljevanju je bil uporabljen tudi Wilcoxonov primerjalni test za odvisne vzorce. Za kriterij statistične značilnosti smo upoštevali vrednost $p < 0,05$.

Dovoljenje za opravljanje raziskave

Vsi preiskovanci so bili seznanjeni z raziskavo in so pristali na sodelovanje s pisnim dovoljenjem. Raziskavo je odobrila Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko dne 10. 4. 2018 (št. odločbe 0120-163/2018/4).

REZULTATI

Rezultati, pridobljeni v sklopu dveh polodprtih intervjujev

Tabela 3 prikazuje vprašanja, ki smo jih preiskovancem zastavili v sklopu dveh polodprtih intervjujev ob sprejemu in pred odpustom, in razporeditev odgovorov na ta vprašanja. Iz tabele je razvidno, da je na vprašanje: »Ali ste pred tokratnim sprejemom poskušali narediti samomor?« osem od skupno 24 preiskovancev odgovorilo, da so pred sprejemom imeli zgolj samomorilne misli. Takoj za tem sledijo tisti, ki so bili hospitalizirani po resnem poskusu – sedem udeležencev. Šest preiskovancev je opisovalo samomorilne misli z načrtom, prisotne pred sprejemom, trije preiskovanci pa so bili hospitalizirani po parasuicidalni gesti. Vprašanje »Kako pogosto ste imeli samomorilne misli v zadnjih dveh mesecih?« je bilo preiskovancem zastavljeno samo ob prvem pogovoru kmalu po sprejemu v bolnišnico. Največ preiskovancev (devet) je navajalo, da so se jim samomorilne misli pojavljale zelo pogosto oz. vsak dan. Petim preiskovancem so se samomorilne misli pojavljale pogosto oz. večkrat na teden, prav tako jih je pet opisovalo pojav samomorilnih misli le na dan oz. večer pred samo-

morilnim poskusom. Štirje preiskovanci so navajali samomorilne misli redko oz. nekajkrat na mesec, pri posamezniku/-ici, ki je na vprašanje odgovoril/-a z »nikoli«, pa se je izkazalo, da je bil/-a sprejet/-a v bolnišnico zaradi parasuicidalne geste.

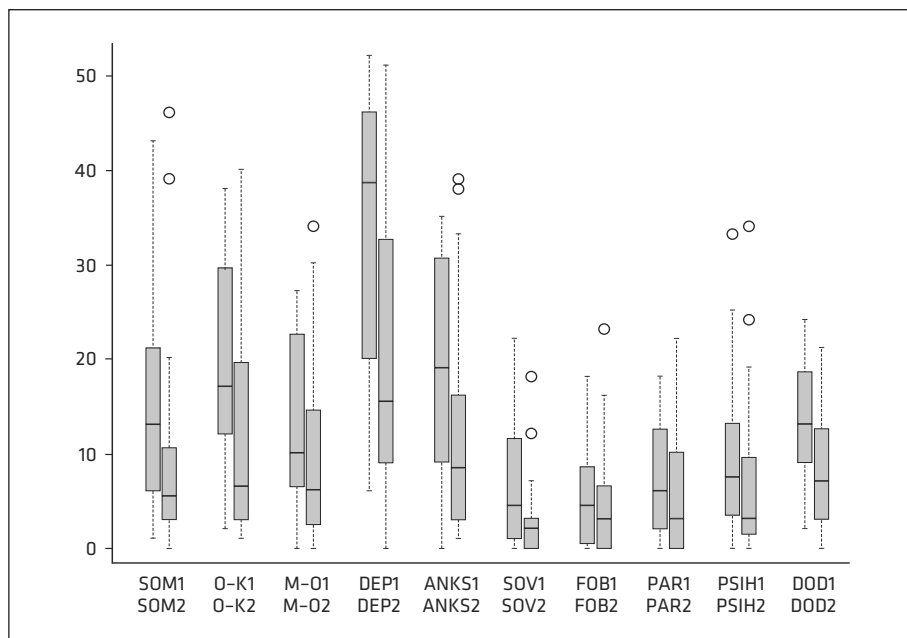
Večina (dvajset) jih je opisovala pojav vsaj enega stresnega dogodka v zadnjih šestih mesecih pred sprejemom, najpogosteje ločitev oz. razvezo, težave v partnerskem odnosu in stres na delovnem mestu. Na vprašanje »Ali ste že kdaj v preteklosti poskušali storiti samomor?« je osem preiskovancev odgovorilo pritrdilno, 14 pa jih je pretekli poskus samomora zanikalo. Na vprašanje »Kako se je vaše razpoloženje spremenilo v zadnjem mesecu?«, ki je bilo preiskovancem zastavljeno ob prvem pogovoru, je 21 preiskovancev odgovorilo »na slabše«, dva sta navajala razpoloženska nihanja, eden pa ni navajal sprememb. Ob drugem pogovoru (tik pred odpustom z oddelka za psihiatrično zdravljenje) je 20 preiskovancev navajalo subjektivno izboljšanje razpoloženja v primerjavi s prejšnjim pogovorom, štirje pa niso opazili sprememb. Na vprašanje »Ali imate še vedno samomorilne misli/načrt?« je v prvem pogovoru 17 preiskovancev odgovorilo, da nima več samomorilnih misli, sedem jih je samomorilne misli še navajalo. Ob drugem pogovoru jih 18 ni več navajalo samomorilnih misli, pri šestih posameznikih pa so se te še vedno pojavljale.

Spremembe v izraženosti psihopatološke simptomatike od sprejema do odpusta

Slika 1 prikazuje spremembo v izraženosti psihopatološke simptomatike, ocenjene s pomočjo vprašalnika SCL-90-R®, v času med dvema pogovoroma, ki sta bila opravljena ob sprejemu in pred odpustom. Iz slike je razvidno, da je bila povprečna izraženost simptomov v sklopu posameznih psihopatoloških dimenzij in dodatnih simptomov pred odpustom nižja kot ob sprejemu.

Tabela 3. Odgovori na vprašanja, zastavljena v sklopu dveh polodprtih intervjujev.

Vprašanja (intervju, v katerem je bilo vprašanje zastavljeno)	Odgovori	Število preiskovancev, ki so odgovorili s tem odgovorom
Ali ste pred tokratnim sprejemom poskušali narediti samomor?	Ne.	0
(prvi intervju)	Imel/-a sem samomorilne misli.	8
	Imel/-a sem samomorilne misli z načrtom.	6
	Poskušal/-a sem narediti samomor.	7
	Poskušal/-a sem narediti samomor, vendar nisem želel/-a zares umreti.	3
Kako pogosto ste imeli samomorilne misli v zadnjih dveh mesecih?	Nikoli.	1
(prvi intervju)	Redko (nekajkrat na mesec).	4
	Le dan/večer pred poskusom samomora.	5
	Pogosto (večkrat na teden).	5
	Zelo pogosto (vsak dan).	9
Ali se vam je v zadnjih šestih mesecih zgodil kateri izmed naslednjih dogodkov?	Ločitev/razveza.	6
(prvi intervju)	Težave v partnerskem odnosu.	6
	Smrt bližnjega.	3
	Huda bolezen.	3
	Huda bolezen bližnjega.	5
	Stres na delovnem mestu.	6
	Izguba službe.	2
	Drug stresen dogodek.	6
Ali ste že kdaj v preteklosti poskušali storiti samomor?	Da.	8
(prvi intervju)	Ne.	14
Kako se je vaše razpoloženje spremenilo v zadnjem mesecu?	Na slabše.	21
(prvi intervju)	Na boljše.	0
	Opazil/-a sem nihanja razpoloženja.	2
	Nisem opazil/-a spremembe.	1
Kako se je vaše razpoloženje spremenilo od zadnjega pogovora?	Na slabše.	0
(drugi intervju)	Na boljše.	20
	Nisem opazil/-a spremembe.	4
Ali imate še vedno samomorilne misli/načrt?	Ob prvem pogovoru.	Da. 7
(oba intervjuja)		Ne. 17
	Ob drugem pogovoru.	Da. 6
		Ne. 18



Slika 1. Izraženost psihopatološke simptomatike ob sprejemu in pred odpustom. Število ena ob posamezni dimenziji pomeni izraženost simptomatike ob sprejemu. Število dve ob posamezni dimenziji pomeni izraženost simptomatike pred odpustom. SOM – somatizacija, O-K – obsesije in kompulzije, M-O – medosebna občutljivost, DEP – depresivnost, ANKS – anksioznost, SOV – sovražnost, FOB – fobična anksioznost, PAR – paranoidnost, PSIH – psihotizem, DOD – dodatni simptomi.

Spremembe v izraženosti socialne podpore od sprejema do odpusta

Slika 2 in slika 3 prikazujeta spremembe v reševanju vprašalnika SSQ6. Slika 2 prikazuje spremembo v povprečnem številu oseb, ki so jih preiskovanci navedli pri posameznem vprašanju (rezultat SSQN), medtem ko je s slike 3 razvidna sprememba v subjektivni oceni zadovoljstva s socialno podporo pri posameznem vprašanju (rezultat SSQS).

Za preverjanje razlik v podani oceni zadovoljstva s socialno podporo in povprečnem številu oseb, ki so jih navedli na vprašalniku SSQ6 ob sprejemu in pred odpustom, smo uporabili neparametrični Wilcoxonov test. Preiskovanci so v drugem pogovoru našli več oseb ($Me = 2,60$), ki so jim v oporo, kot v prvem pogovoru ($Me = 2,60$), pri čemer se je razlika izkazala za statistično značilno ($z = -2,35$, $p < 0,05$).

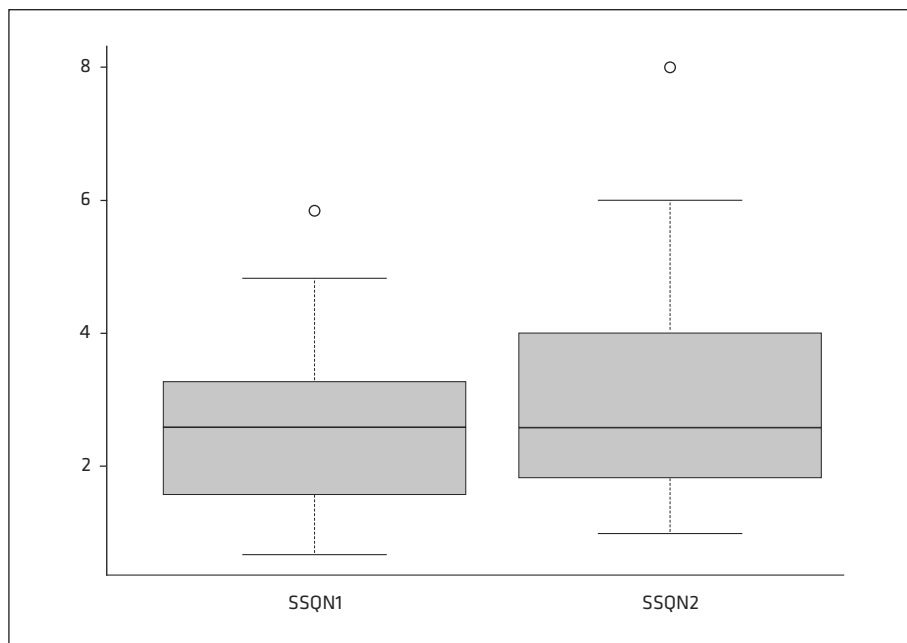
Za statistično značilno se je izkazala tudi razlika v subjektivnem zadovoljstvu s socialno podporo ($Me_{pred} = 5,59$; $Me_{po} = 5,50$) med obema pogovoroma ($z = -2,17$, $p < 0,05$).

Spremembe v stopnji samomorilne ogroženosti

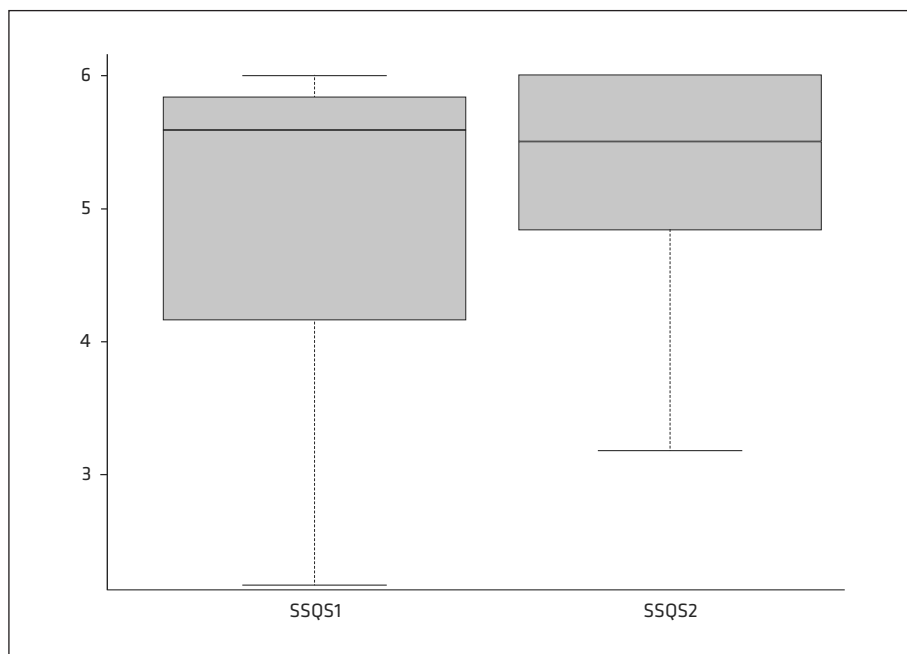
Wilcoxonov test kaže, da je bila izmerjena stopnja samomorilne ogroženosti ob sprejemu ($Me = 4,50$) višja kot pred odpustom ($Me = 3,00$), razlika se je izkazala za statistično značilno ($z = -3,79$; $p < 0,001$). Spremembe so prikazane tudi na sliki 4.

Subjektivno zadovoljstvo s socialno podporo ob odpustu se povezuje s samomorilno ogroženostjo

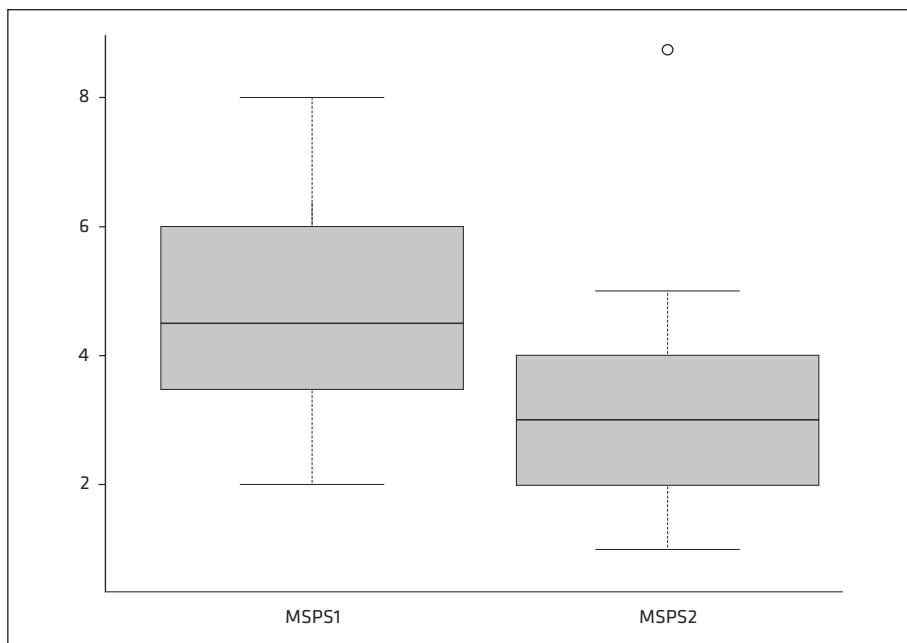
Tabela 4 prikazuje povezanost med rezultati SSQN in SSQS ob sprejemu ter pred odpustom s stopnjo samomorilne ogroženosti,



Slika 2. Spremembe v povprečnem številu oseb, ki so jih posamezniki navedli pri Sarasonovi lestvici socialne podpore (Social Support Questionnaire Number, SSQN). SSQN1 – rezultat ob sprejemu, SSQN2 – rezultat pred odpustom.



Slika 3. Ocena zadovoljstva s socialno podporo na Sarasonovi lestvici (Social Support Questionnaire Satisfaction, SSQS). SSQS1 – rezultat ob sprejemu, SSQS2 – rezultat pred odpustom.



Slika 4. Stopnja samomorilnosti ob sprejemu in pred odpustom, merjena s prilagojeno lestvico SAD PERSONS (Modified SAD PERSONS Scale, MSPS). MSPS1 – stopnja samomorilne ogroženosti ob sprejemu, MSPS2 – stopnja samomorilne ogroženosti pred odpustom.

merjene z MSPS, prav tako ob sprejemu in pred odpustom. Iz tabele je razvidno, da je povezanost med povprečno subjektivno oceno zadovoljstva s socialno podporo pred odpustom (SSQS2) in stopnjo samomorilne ogroženosti pred odpustom (MSPS2)

negativna ter srednje do zmerno velika in statistično značilna ($p < 0,05$). To pomeni, da so tisti, ki so se pred odpustom ocenjevali kot bolj zadovoljne s svojo socialno podporo, imeli takrat tudi nižjo stopnjo samomorilne ogroženosti in obratno. Povezanosti med

Tabela 4. Povezanost (p) med SSQN, SSQS in MSPS ob sprejemu in pred odpustom. SSQN1 – število na Sarasonovi lestvici socialne podpore ob sprejemu (Social support questionnaire Number 1), SSQN2 – število na Sarasonovi lestvici socialne podpore pred odpustom (Social support questionnaire Number 2), SSQS1 – zadovoljstvo na Sarasonovi lestvici socialne podpore ob sprejemu (Social Support Questionnaire Satisfaction 1), SSQS2 – zadovoljstvo na Sarasonovi lestvici socialne podpore pred odpustom (Social Support Questionnaire Satisfaction 2), MSPS1 – prilagojena lestvica SAD PERSONS ob sprejemu (Modified SAD PERSONS Scale 1), MSPS2 – prilagojena lestvica SAD PERSONS pred odpustom (Modified SAD PERSONS Scale 2).

Spremenljivka	1	2	3	4	5	6
1 SSQN1	1					
2 SSQS1	0,343	1				
3 MSPS1	-0,102	-0,197	1			
4 SSQN2	0,765	0,054	0,079	1		
5 SSQS2	0,409	0,703	-0,248	0,310	1	
6 MSPS2	-0,290	-0,309	0,690	-0,184	-0,458	1

dejanskim številom oseb, ki predstavljajo socialno podporo posameznikom (SSQN1, SSQN2), in stopnjo samomorilne ogroženosti (MSPS1, MSPS2) se niso izkazale za statistično značilne v nobenem izmed pogovorov. Prav tako so povezanosti med zadovoljstvom s socialno podporo v prvem pogovoru (SSQS1) in stopnjo samomorilne ogroženosti (MSPS1) nizke in niso statistično značilne.

Povezanost dimenzij Velikih pet s stopnjo samomorilne ogroženosti pred odpustom

Za izračun povezanosti med dimenzijami BIG5 in MSPS, izpolnjeno pred odpustom, smo uporabili ρ . Povezanosti med dejavniki ekstravertiranosti ($\rho = -0,105$), sprejemljivosti ($\rho = -0,121$), vestnosti ($\rho = -0,208$) in odprtosti ($\rho = 0,020$) s stopnjo samomorilne ogroženosti pred odpustom se niso izkazale za statistično značilne, medtem ko ugotavljamo srednjo do zmerno močno negativno povezanost ($\rho = -0,471$, $p < 0,05$) med stopnjo samomorilne ogroženosti pred odpustom in dimenzijo čustvene stabilnosti. Osebe, ki so dosegale višji rezultat na MSPS2 (so bile bolj samomorilno ogrožene), so izkazovale večjo nagnjenost k nevroticizmu in obratno – bolj čustveno stabilne osebe so se pokazale kot samomorilno manj ogrožene.

RAZPRAVA

V pričujoči raziskavi smo s pomočjo polodprtih intervjujev želeli pridobiti poglobljene informacije o osebnostnih lastnostih, družbenem okolju in življenjskih okoliščinah samomorilno ogroženih posameznikov, ki so bili hospitalizirani na kliničnem oddelku za psihiatrično zdravljenje, in nato s pomočjo predložitve merskih instrumentov ter statistične analize ugotoviti, ali je v našem vzorcu prišlo do sprememb v izraženosti psihopatološke simptomatike (somatizacije, obsesij in kompulzij, medosebne občutljivosti, depresivnosti, anksioznosti, sovražnosti, fobične anksi-

oznosti, paranoidnosti, psihoticizma ter dodatnih simptomov, merjenih z vprašalnikom SCL-90-R®) med hospitalizacijo, ter ali je obstajala povezanost med izraženostjo posameznih osebnostnih lastnosti po BIG5 in izraženostjo družbene podpore ter samomorilno ogroženostjo.

Demografske značilnosti našega vzorca

Največ preiskovancev v naši raziskavi je ocenilo svoj socialno-ekonomski položaj kot srednjega, nihče pa kot visokega. Večina (18 od 24) jih je dosegla V. stopnjo izobrazbe (končana osnovna šola, srednja (poklicna) šola ali gimnazija). Nižji družbeni položaj, povezan s nižjo stopnjo izobrazbe, slabše plačanim mestom zaposlitve in nizkim povprečnim letnim zaslužkom posameznika predstavlja dejavnik tveganja za samomorilnost (4, 10–12). Večina samomorov (78 %) v svetu se namreč zgodi v državah z nizkimi do srednje visokimi prihodki (angl. *low to middle income countries*) (4). V naši raziskavi so preiskovanci sicer podali subjektivno oceno lastnega socialno-ekonomskega položaja, ki ni nujno zanesljiv pokazatelj dejanskega ekonomskega položaja posameznika, za razliko od zanesljivejših mer, kot je npr. višina mesečnega dohodka posameznika oz. družine.

Spremembe psihološkega stanja med hospitalizacijo

Rezultati kažejo, da je pri udeležencih med hospitalizacijo prišlo do izboljšanja v vseh psihopatoloških dimenzijah. Med pogovorom je 20 udeležencev opisalo tudi subjektivno izboljšanje razpoloženja (kar smo ugotavljali z vprašanjem »Kako se je vaše razpoloženje spremenilo od zadnjega pogovora?« v sklopu polodprtega intervjuja), štirje pa niso opazili sprememb. Predvidevamo, da so te spremembe posledica kombinacije umiritve akutne psihološke stiske in uspešnih interventnih pristopov. V nadaljnjih raziskavah bi bilo smiselno

podrobneje proučiti tiste dejavnike oz. interventne pristope, ki vplivajo na izboljšanje psihopatološke simptomatike med hospitalizacijo.

Ugotovitve kvalitativnih intervjujev

Velik delež naših preiskovancev je imel pred bolnišničnim zdravljenjem pogosto prisotne samomorilne misli, vendar jih je le sedem dejansko poskusilo narediti samomor oz. so bili hospitalizirani po resnem poskusu samomora. Kadar govorimo o samomorilnem vedenju v kontekstu kriznih intervencij, se moramo zavedati, da so le-te velikokrat potrebne tudi pri posameznikih, pri katerih ni prišlo do poskusa samomora, ampak so pri njih izražene druge oblike samomorilnega vedenja, kot so na primer parasuicidalne geste ali samomorilne ideacije. V novejših raziskavah je namreč pogosto izpostavljena pomembnost prehoda iz slednjih, ki predstavljajo razmišljanje o samomoru, pretehtavanje in načrtovanje samomora, v dejanski poskus samomora, in razlikovanja med tema dvema pojavoma (31, 33, 38). Večina posameznikov ima namreč nadzor nad lastnimi samomorilnimi ideacijami, zato prisotnost le-teh v večini primerov ne privede do poskusa samomora. Raziskovalci prav tako ugotavljajo, da so samomorilne ideacije zelo raznolik pojav, ki lahko dramatično niha v jakosti, trajanju in značaju (65). Pri večini naših preiskovancev so bile samomorilne misli (brez načrta) prisotne najmanj vsak teden pred hospitalizacijo, nekaj preiskovancev pa je poročalo, da so se jim misli na samomor pojavile le na dan oz. večer pred samomorilnim poskusom.

V raziskavah so bili kot dejavnik tveganja za samomorilno vedenje pogosto izpostavljeni stresni življenjski dogodki, kot so npr. smrt bližnjega, ločitev, pojav hude bolezni, izguba službe ipd. (12, 66). Tudi v naši raziskavi je večina udeležencev opisovala enega ali več stresnih dogodkov

v zadnji polovici leta pred hospitalizacijo (najpogosteje ločitev oz. razvezo, težave v partnerskem odnosu in stres na delovnem mestu).

Osebnostne lastnosti in samomorilno vedenje

Z raziskavo smo želeli raziskati povezanost izraženosti posameznih osebnostnih dimenzij po BIG5 s samomorilno ogroženostjo posameznikov. Hipotezo, da se bo dimenzija čustvene stabilnosti negativno povezovala s samomorilno ogroženostjo, smo potrdili. Dobljeni rezultati se skladajo z ugotovitvami drugih avtorjev, ki ugotavljajo, da se nizka čustvena stabilnost najpogosteje izmed petih dimenzij osebnosti povezuje z višjo samomorilno ogroženostjo (37–40, 43–48).

Posamezniki z nizko mero čustvene stabilnosti imajo običajno višje izraženo impulzivnost, kar pomeni, da je verjetnost za impulzivna dejanja pri njih večja kot pri posameznikih, ki so bolj čustveno stabilni, kar se je v dosedanjih raziskavah pokazalo kot pomemben dejavnik tveganja za samomorilno vedenje, predvsem pri prehodu iz samomorilnih ideacij v poskus samomora (36, 63, 67–70). Povezavo lahko razlagamo tudi z večjo dovzetnostjo za negativna občutja pri osebah z nizko izraženo čustveno stabilnostjo in posledično nagnjenostjo k občutkom brezupa in depresivnosti, ki sta sama po sebi dejavnika tveganja za samomor (33, 40, 43, 44). Lahko pa povezanost nizke čustvene stabilnosti s samomorilno ogroženostjo razlagamo tudi s slabše razvitimi mehanizmi spoprijemanja s stresom (71).

Statistično značilna povezanost med samomorilno ogroženostjo in dimenzijo sprejemljivosti, ki se je v nekaterih dosedanjih raziskavah izkazala kot varovalni dejavnik pred samomorom, se ni pokazala. Prav tako se ni pokazala statistično značilna povezanost med dimenzijami ekstravertiranosti, odprtosti, vestnosti in samomorilnim

vedenjem. Razlog bi lahko bil v premajhnem številu preiskovancev, predvsem tistih, ki so dejansko poskušali narediti samomor. Tovrstni rezultati bi lahko bili tudi posledica nizke zastopanosti posameznih starostnih skupin, saj nekateri avtorji poročajo o različnih povezavah med osebnostnimi lastnostmi in samomorilno ogroženostjo glede na starostne skupine. V raziskavi iz leta 2020, opravljeni na vzorcu korejske populacije, so se namreč pri mladih odraslih samomorilne ideacije negativno povezovala s sprejemljivostjo in pozitivno z odprtostjo. Slednja se je statistično značilno pozitivno povezovala s samomorilnimi ideacijami tudi v skupini starejših udeležencev, pri čemer pa se je v tej starostni skupini z omenjenim konstruktom statistično značilno negativno povezovala še vestnost. Dimenzija čustvene stabilnosti se je edina izmed BIG5-dimenzij osebnosti izkazala kot statistično značilen napovednik samomorilnega vedenja v vseh starostnih skupinah (39).

Socialna podpora in samomorilno vedenje

Kot drugo smo z raziskavo želeli ugotoviti povezavo med samomorilno ogroženostjo in jakostjo socialne podpore, ki se je v dosedanjih raziskavah, bodisi na posreden (predvsem z zniževanjem depresivnosti) ali neposreden način, izkazala za varovalni dejavnik pred samomorilnimi ideacijami in poskusom samomora (51–56).

Namenili smo se ugotoviti, kolikšno je število takšnih posameznikov v družbenem krogu preiskovancev, na katere se lahko le-ti zanesejo, ko se znajdejo v stiski, da smo lahko podali natančno številčno oceno moči socialne podpore pri vsakem preiskovancu. Zanimalo nas je tudi njihovo subjektivno zadovoljstvo s socialno podporo.

Ugotovili smo statistično značilno povezanost med subjektivno oceno zadovoljstva s socialno podporo in nižjo stopnjo samomorilne ogroženosti pred odpustom, ne

pa tudi povezanosti med dejanskim številom oseb, ki predstavljajo socialno podporo in stopnjo samomorilne ogroženosti. Prav tako nismo uspeli dokazati povezanosti med samomorilno ogroženostjo in posameznimi vidiki socialne podpore ob sprejemu. Tako smo hipotezo, da se močnejša socialna podpora negativno povezuje s samomorilno ogroženostjo, z našo raziskavo le deloma potrdili.

Tako povprečno število oseb, ki so jih preiskovanci našli kot vir socialne podpore, kot tudi povprečje subjektivne ocene zadovoljstva s podporo, je v drugem pogovoru naraslo. To bi lahko pripisali splošnemu izboljšanju psihološkega stanja med bolnišničnim zdravljenjem in posledično spremenjenemu doživljanju virov moči, ki so posamezniku na voljo. Raziskave in pogovori s samomorilno ogroženimi posamezniki namreč kažejo, da se doživljanje pred samomorom močno spremeni, v literaturi se v tem kontekstu pojavlja koncept t.i. presuicidalnega sindroma (angl. *pre-suicidal syndrome*) oz. sindroma suicidalne krize (angl. *suicide crisis syndrome*), ki med drugim vključuje afektivne motnje, izgubo kognitivnega nadzora, občutek brezizhodnosti, ujetosti, odtujenosti in nagnjenost k izolaciji od družbe (72, 73).

Pomanjkljivosti raziskave in predlogi za izboljšave

Z večjim številom udeležencev oz. večjim vzorcem in kontrolno skupino bi pridobili večjo statistično zanesljivost podatkov. Uporabili smo SSQ6, ki ni bil standardiziran na slovenski populaciji in bi ga bilo priporočljivo preveriti tudi na slovenskem vzorcu ter opraviti dvosmeren prevod vprašalnika v slovenščino. Vprašalnik za oceno osebnosti so preiskovanci rešili le v pogovoru pred odpustom, s čimer smo se želeli izogniti vplivu nenadne psihološke stiske. Res je, da se je pri večini najhujša stiska do drugega pogovora poglobila, vendar bi lahko udeležence prosili, da vprašalnik rešijo

večkrat in z razmikom daljših časovnih obdobij. Zanesljivost ocene osebnosti bi lahko povečali tudi z uporabo vprašalnika z večjim številom postavk in večjo mero notranje zanesljivosti, kot je na primer vprašalnik za merjenje strukture osebnosti po BFQ, ki vključuje 132 trditev (36).

Za oceno samomorilne ogroženosti smo se zanesli na MSPS. Lestvica lahko predstavlja uporaben pripomoček v klinični praksi, saj gre za enostavno tehniko pomnjenja, ki uporabniku nudi iztočnice za vodenje kliničnega intervjuja pri preverjanju samomorilne ogroženosti. Vendar raziskave kažejo, da lestvica v svoji trenutni obliki nima zadostne klinične vrednosti, da bi se lahko varno uporabljala kot edino merilo samomorilnega tveganja (74, 75). Višjo napovedno vrednost ima npr. Beckova lestvica samomorilne ideacije (Beck Scale for Suicide Ideation) ali Paykelova lestvica samomorilnega vedenja (The Paykel Suicide Scale), ki bi ju lahko uporabili v nadaljnjih raziskavah (76, 77).

Ugotovili smo, da sta visoko izražena čustvena stabilnost po BIG5 in socialna podpora oz. njeno subjektivno doživljanje varovalna dejavnika pred samomorom, s čimer smo potrdili ugotovitve dosedanjih raziskav. V zapletenem procesu, ki pri posamezniku privede do poskusa samomora, imata osebnost in socialna podpora torej zelo pomembno vlogo. Posamezniki, ki so bili vključeni v našo raziskavo, so bili samomorilno

ogroženi, kar pomeni, da jih je ta zapleten proces iz več dejavnikov že pripeljal do točke, ko je bila potrebna nujna intervencija, katere osnovni namen je razrešitev nenadne psihične stiske do te mere, da je možna ponovna vključitev v domače okolje. Spreminjanje osebnostnih lastnosti je dolgotrajen in zapleten proces, ki pogosto zajema večletne terapije, zato imajo ugotovitve te raziskave o povezanosti določenih osebnostnih lastnosti z večjo verjetnostjo za samomorilno ogroženost v kontekstu akutnega preprečevanja samomorilnega vedenja le omejeno vlogo, imajo pa nedvomno velik pomen za ugotavljanje samomorilne ogroženosti in dolgotrajnejšo psihoterapevtsko obravnavo samomorilnih posameznikov, ki je večinoma potrebna – npr. razvijanje obvladovanja impulzivnosti, odzivanja na stresne dogodke in posledičnega negativnega čustvenega doživljanja. Socialna podpora pa ima na drugi strani lahko večjo vlogo tudi v samih kriznih intervencijah, npr. v sklopu pogovorov o tem, koliko bolnišnično zdravljenim pacientom pomenijo njihovi bližnji in do kakšne mere jim lahko zaupajo svoje težave, ter tudi nadaljnjega dela pri njihovem povezovanju z ožjo in širšo skupnostjo, kar bi moralo biti ozaveščeno pri vseh zdravstvenih in socialnih delavcih, ki so pri delu v stiku s samomorilno ogroženimi posamezniki.

LITERATURA

1. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med*. 2020; 382 (11): 1078.
2. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative [internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citirano 2022 Feb 2]. Dosegljivo na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
3. World Health Organization. Suicide. [internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citirano 2022 Feb 3]. Dosegljivo na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
4. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15 (7): 1425.
5. Dye M. The gender paradox in prison suicide rates. *Women & Criminal Justice*. 2011; 21 (4): 290–307.
6. Freeman A, Mergl R, Kohls E, et al. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*. 2017; 17 (1): 234.
7. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Svetovni dan preprečevanja samomora v 2022 [internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2022 [citirano 2022 Sep 11]. Dosegljivo na: <https://www.nijz.si/sl/svetovni-dan-preprecevanja-samomora-v-2022>
8. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, et al. Suicides associated with the 2008–10 economic recession in England: Time trend analysis. *BMJ*. 2012; 345: e5142.
9. Whitley E, Gunnell D, Dorling D, et al. Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. *BMJ*. 1999; 319 (7216): 1034–7.
10. Qin P, Agerbo E, Mortensen P. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *Am J Psychiatry*. 2003. 160 (4): 765–72.
11. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009; 373 (9672): 1372–81.
12. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019; 5 (1): 74.
13. Batty DG, Gale CR, Tanji F, et al. Personality traits and risk of suicide mortality: Findings from a multi-cohort study in the general population. *World Psychiatry*. 2018. 17 (3): 371–2.
14. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychol Med*. 2003; 33 (3): 395–405
15. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013; 34: 119–138.
16. Goodwin F, Jamison K. Suicide. In: Goodwin F, Jamison K. *Manic-depressive illness*. 2nd ed. New York, N.Y.: Oxford University Press; 2007. p. 247–69.
17. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, et al. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2004; 364 (9432): 453–61.
18. Paris J. Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2019; 55 (6): 223.
19. Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: Empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004; 28 (5 Suppl): 6S–17S.
20. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: An empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend*. 2004; 76 Suppl: S11–9.
21. Yuodelis-Flores C, Ries RK. Addiction and suicide: A review. *Am J Addict*. 2015; 24 (2): 98–104.
22. Ventriglio A., Gentile A., Bonfatto I. Suicide in the early stage of schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2016; 7: 116.
23. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol*. 2010; 24 (4 Suppl): 81–90.
24. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry*. 2003; 182: 537–42.
25. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, et al. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74 (7): 694–702.
26. Khan AR, Shimul SMAK, Arendse N. Suicidal behaviour and the coronavirus (COVID-19) pandemic: Insights from Durkheim's sociology of suicide. *Int Soc Sci J*. 2021; 71 (Suppl 1): 7–21.
27. Bennett P. Disorders of mood. In: Bennett P. *Clinical psychology; Psychopathology through the lifespan*. 1st ed. Maidenhead: Open University Press; 2015. p. 138–53.
28. Batty GD, Kivimäki M, Bell S, et al. Psychosocial characteristics as potential predictors of suicide in adults: An overview of the evidence with new results from prospective cohort studies. *Transl Psychiatry*. 2018; 8 (1): 22.
29. Gunnell JD, Lopatzidis A, Dorling D, et al. Suicide and unemployment in young people, Analysis of trends in England and Wales, 1921–1995. *Br J Psychiatry*. 1999; 175 (3): 263–70.

30. Whitley E, Gunnell D, Dorling D, et al. Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. *BMJ*. 1999; 319 (7216): 1034–7.
31. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016; 12: 307–0.
32. Harrison P, Cowen P, Burns T, et al. Suicide and deliberate self-harm. In: Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M., eds. *Shorter Oxford textbook of psychiatry*. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2018. p. 609–20.
33. Ribeiro J, Huang X, Fox K, et al. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. *Br J Psychiatry*. 2018; 212 (5): 279–86.
34. Horesh N, Rolnick T, Iancu I, et al. Anger, impulsivity and suicide risk. *Psychother Psychosom*. 1997; 66 (2): 92–6.
35. Litinsky A, Haslam N. Dichotomous thinking as a sign of suicide risk on the TAT. *J Pers Assess*. 1998; 71 (3): 368–78.
36. Bucik V. Konvergentna in diskriminativna veljavnost modela »velikih pet« faktorjev osebnosti. *Psihološka obzorja* (Ljubljana). 1998; 7 (2): 5–24.
37. Blüml V, Kapusta ND, Doering S, et al. Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population. *PLoS ONE*. 2013; 8 (10): e76646.
38. Lester D. Depression, Suicidal ideation and the big five personality traits. *Austin J Psychiatry Behav Sci*. 2021; 7 (1): 1077.
39. Na K, Cho S, Hong J, et al. Association between personality traits and suicidality by age groups in a nationally representative Korean sample. *Medicine* (Baltimore). 2020; 99 (16): p.e19161.
40. DeNeve KM, Cooper H. The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychol Bull*. 1998; 124 (2): 197–229.
41. Lucas RE, Le K, Dyrenforth PS. Explaining the extraversion/positive affect relation: Sociability cannot account for extraverts' greater happiness. *J Pers*. 2008; 76 (3): 385–414
42. Smillie LD, Deyoung CG, Hall PJ. Clarifying the relation between extraversion and positive affect. *Journal of Personality*. 2015; 83 (5): 564–74.
43. Hakulinen C, Elovainio M, Pulkki-Råback L, et al. Personality and depressive symptoms: Individual participant meta-analysis of 10 cohort studies. *Depress Anxiety*. 2015; 32 (7): 461–70.
44. Siv G, Eystein S, Ulla KR, et al. The Relationship among neuroticism, extraversion, and depression in The HUNT Study: In relation to age and gender. *Issues Ment Health Nurs*. 2012; 33 (11): 777–85.
45. Singh RN, Pathak N. Big five factors and suicidal ideation among adolescents. *J Community Psychol*. 2017; 13 (1): 13–23.
46. Brezo J, Paris J, Tremblay R, et al. Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychol Med*. 2006; 36 (2): 191–202.
47. Kerby DS. CART analysis with unit-weighted regression to predict suicidal ideation from Big Five traits. *Pers Individ Dif*. 2003; 35 (2): 249–61.
48. Fang L, Heisel MJ, Duberstein PR, et al. Combined effects of neuroticism and extraversion: Findings from a matched case control study of suicide in rural China. *J Nerv Ment Dis*. 2012; 200 (7): 598–602.
49. McCann SJ. Suicide, big five personality factors, and depression at the American state level. *Arch Suicide Res*. 2010; 14 (4): 368–74.
50. Soltaninejad A, Fathi-Ashtiani A, Ahmadi K, et al. Personality factors underlying suicidal behavior among military youth. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16 (4): e12686.
51. Kleiman EM, Liu RT. Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord*. 2013; 150 (2): 540–5.
52. Chioqueta AP, Stiles TC. The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation: Identification of protective factors. *Crisis*. 2007; 28 (2): 67–73.
53. Meadows LA, Kaslow NJ, Thompson MP, et al. Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *Am J Community Psychol*. 2005; 36 (1): 109–21.
54. Kleiman EM, Riskind JH. Utilized social support and self-esteem mediate the relationship between perceived social support and suicide ideation: A test of a multiple mediator model. *Crisis*. 2013; 34 (1): 42–9.
55. Chu H, Yang Y, Zhou J, et al. Social support and suicide risk among chinese university students: A mental health perspective. *Front Public Health*. 2021; 9.
56. Kim B, Kihl T. Suicidal ideation associated with depression and social support: A survey-based analysis of older adults in South Korea. *BMC Psychiatry*. 2021; 21 (1): 409.

57. Eagle D, Hybels C, Proeschold-Bell R. Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *J Soc Pers Relat.* 2018; 36 (7): 2055–73.
58. Hockberger RS, Rothstein RJ. Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the SAD PERSONS score. *J Emerg Med.* 1988; 6 (2): 99–107.
59. Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hosp Psychiatry.* 2000; 22: 445–51.
60. Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN. A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *J Soc Pers Relat.* 1987; 4 (4): 497–510.
61. Sereda Y, Dembitskyi S. Validity assessment of the symptom checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. *BMC Psychiatry.* 2016; 16: 300.
62. Groth-Marnat G. Brief instruments for treatment planning, monitoring, and outcome assessment. In Groth-Marnat G. *Handbook of psychological assessment.* 4th ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2003. p. 579–93.
63. Rammstedt B, John OP. Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *J Res Pers.* 2007; 41 (1): 203–12.
64. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L, et al. Model »Velikih pet«: Pripomočki za merjenje strukture osebnosti: priročnik. Ljubljana: Produktivnost, center za psihodiagnostična sredstva; 1997.
65. Harmer B, Lee S, Duong TVH, et al. Suicidal Ideation. StatPearls [internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citirano 2022 Feb 23]. Dosegljivo na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33351435/>
66. Fjeldsted R, Teasdale TW, Jensen M, et al. Suicide in relation to the experience of stressful life events: A population-based study. *Arch Suicide Res.* 2017; 21 (4): 544–55.
67. Beatrice B. The psychometric properties of the Big Five inventory-10 (BFI-10) including correlations with subjective and psychological well-being. *Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues.* 2018; 8 (2): 61–9.
68. Gvion Y, Levi-Belz Y, Hadlaczky G, et al. On the role of impulsivity and decision-making in suicidal behavior. *World J Psychiatry.* 2015; 5 (3): 255–9.
69. Klonsky DE, May AM. Impulsivity and suicide risk: Review and clinical implications. *Psychiatric Times.* 2015; 32 (8).
70. Boot K, Wiebenga J, Eikelenboom M, et al. Associations between personality traits and suicidal ideation and suicide attempts in patients with personality disorders. *Compr Psychiatry.* 2022; 112: 152284.
71. Afshar H, Roohafza HR, Keshteli AH, et al. The association of personality traits and coping styles according to stress level. *J Res Med Sci.* 2015; 20 (4): 353–8.
72. Ringel E. The presuicidal syndrome. *Suicide Life Threat Behav.* 1976; 6 (3): 131–49.
73. Schuck A, Calati R, Barzilay S, et al. Suicide crisis syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behav Sci Law.* 2019; 37 (3): 223–39.
74. Bolton JM, Spiwak R, Sareen J. Predicting suicide attempts with the SAD PERSONS scale: A longitudinal analysis. *J Clin Psychiatry.* 2012; 73 (6): e735–41.
75. Katz C, Randall JR, Sareen J, et al. Predicting suicide with the SAD PERSONS scale. *Depress Anxiety.* 2017; 34 (9): 809–16.
76. De Beurs DP, Fokkema M, De Groot MH, et al. Longitudinal measurement invariance of the Beck Scale for Suicide Ideation. *Psychiatry Res.* 2015; 225 (3): 368–73.
77. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol.* 1988; 44 (4): 499–505.