

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno**

Suicidium jako řešení životní krize, východiska a situace

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Antonín Olejníček**

**Vypracovala:
Helena Skácelová**

Brno 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Suicidium jako řešení životní krize, východiska a situace zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 5. 3. 2011

.....

Helena Skácelová

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Antonínu Olejníčkovi za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat své mamince, sestře a dceři za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytly při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Helena Skácelová

OBSAH

Úvod.....	2
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	4
1. Sociální patologie a suicidium	4
1. 1 Sociální patologie a sociální deviace	4
1. 2 Historie suicidality	8
1. 3 Suicidium a současná společnost	11
1. 4 Dílčí závěr.....	14
2. Problematika suicidality	15
2. 1 Formy a druhy suicidálního jednání.....	15
2. 2 Motivy a příčiny suicidálního jednání.....	18
2. 3 Rizikové faktory suicidálního jednání.....	20
2. 4 Dílčí závěr.....	24
3. Specifika suicidia u dětí a adolescentů.....	26
3. 1 Vývojové zvláštnosti u dětí a adolescentů	26
3. 2 Rizikové faktory u dětí a dospívajících.....	28
3. 3 Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci	33
3. 4 Dílčí závěr.....	35
4. Krize v životě člověka.....	36
4. 1 Životní situace.....	36
4. 2 Zvládání náročných životních situací.....	39
4. 3 Krizové životní situace.....	40
4. 3 Životní krize a suicidium	41
4. 4 Dílčí závěr.....	42
5. Formy pomoci a prevence suicidálního jednání.....	43
5. 1 Formy pomoci při suicidálním jednání	43
5. 2 Prevence suicidálního jednání.....	46
5. 3 Úloha sociální pedagogiky.....	47
5. 4 Dílčí závěr.....	50
II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	52
6. Průzkumné šetření	52
6. 1 Cíl průzkumu.....	52
6. 2 Metoda průzkumu	52
6. 3 Charakteristika výběrového vzorku	53
6. 4 Vyhodnocení výsledků.....	74
6. 5 Interpretace výsledků	80
6. 6 Dílčí závěr.....	84
Závěr.....	85
Resumé	87
Anotace.....	88
Seznam použité literatury	89

Úvod

Sebevražda (z lat. *suicidium*) je čin, kterým člověk dobrovolně ukončuje svůj život. Je to akt nevratný a trvalý. Pohledy společnosti na sebevraždu se v minulosti mnohokrát měnily. Byla zakazována, tabuizována, trestána, někde dokonce i uctívána a oslavována. V současnosti je označována za sociálně patologický jev a je vnímána jako závažný společenský problém, který vyžaduje zvýšenou pozornost při jeho eliminaci.

Sebevražedné jednání, stejně jako ostatní sociálně patologické jevy, se neustále vyvíjí. S rozvojem společnosti přibývá stále více problémů a různých životních situací, které je jedinec nucen řešit. Dnešní doba je velmi složitá zejména pro děti a adolescenty, kteří jsou nuceni se vyrovnávat nejen se zátěží, kterou na ně klade moderní společnost, ale také s mnoha náročnými vývojovými úkoly, které jsou pro tento věk typické.

Analýza motivů a příčin, které nutí jedince spáchat sebevraždu, je nezbytně nutná k nalezení prostředků, kterými lze sebevraždu ve společnosti zabránit a jak pracovat s lidmi, kteří se o sebevraždu pokusili.

Studovaný obor, sociální pedagogika, patří k vědním oborům, které se věnují pomoci a prevenci sociálně patologických jevů ve společnosti a znalost aktuálních příčin a motivů, které vedou k sebevražednému jednání, je tedy pro práci sociálního pedagoga nutností.

Cílem předkládané bakalářské práce nesoucí název „*Suicidium jako řešení životní krize, východiska a situace*“, je nalezení odpovědi na otázku, jaké jsou motivy a příčiny sebevražedného jednání u dětí a adolescentů a tohoto cíle dosáhnout analýzou zátěžových situací, ve kterých se sebevrah v době spáchání, nebo při přípravě, tohoto činu nachází a zároveň provést analýzu sociálního prostředí, ve kterém žije.

Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a empirickou. Ty jsou dále rozděleny na jednotlivé kapitoly a podkapitoly.

Teoretická část práce pojednává o sociálně patologických jevech a počátcích studia těchto jevů v minulosti. Zabývá se popisem vnímání sebevražd v historii a také současnou situací v této problematice. V následujících kapitolách jsou zmíněny formy, druhy, motivy a příčiny sebevražedného jednání. Velká pozornost je věnována rizikovým faktorům, které zvyšují připravenost jedince k tomuto sociálně

patologickému jednání a to zejména ve věkové skupině dětí a adolescentů. Sebevražedné jednání je velmi často motivováno únikem ze zátěžové situace. Tyto situace jsou v práci popsány společně s možnými způsoby jejich zvládnání. Poslední kapitola teoretické části obsahuje možnosti pomoci při sebevražedném jednání a zejména možnosti prevence v této oblasti. Pozornost je věnována sociální pedagogice a možnostem, které má v oblasti pomoci jedincům ohroženým sebevraždou a možnostem, které má tato pomáhající profese při eliminaci tohoto jevu ve společnosti.

Teoretická část bakalářské práce je tvořena zejména poznatky získanými z odborných vysokoškolských učebnic a monografií z oblasti sociologie, psychologie, psychiatrie a sociální pedagogiky. Doplnují je informace z odborných časopisů, poznatky, které byly předneseny na mezinárodní konferenci o sociální pedagogice a také statistické informace.

Cílem empirické části bakalářské práce je zjistit, jaké jsou motivy a příčiny sebevražedného jednání dětí a adolescentů. K získání potřebných dat mělo být provedeno několik šetření. Analýza spisových dokumentů klientů dětského a dorostového oddělení psychiatrické kliniky, kteří byli hospitalizováni z důvodu sebevražedného jednání, případně rozhovory s nimi. Tato analýza měla být doplněna názory skupiny dětí a skupiny adolescentů ze základní a střední školy na příčiny a motivy, které mohou vést k sebevraždě. Po bližším seznámení se s problematikou, po rozhovorech s klinickou psycholožkou oddělení dětské a dorostové psychiatrie a po konzultaci s vedoucím bakalářské práce, byl cíl empirické části pozměněn. Rozhovory s klienty psychiatrického oddělení nebyly psycholožkou doporučeny z důvodu možného narušení právě probíhajícího léčebného procesu. Dotazníkové šetření u běžné populace dětí a adolescentů, které mělo za úkol objasnit možné příčiny a motivy sebevražd, se ukázalo jako nevhodné pro naplnění cíle bakalářské práce. U jedince, který se ocitá v životní krizi a východisko z ní hledá v sebevraždě, dochází ke změnám prožívání a chování pod vlivem této krize a nelze proto z názorů dětí a adolescentů, kteří se v takové situaci neocitli, zjišťovat příčiny a motivy sebevražedného jednání. Motivы a příčiny tohoto sociálně patologického jevu budou tedy zjišťovány analýzou spisových dokumentů klientů dětského a dorostového oddělení psychiatrické kliniky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Sociální patologie a suicidium

1.1 Sociální patologie a sociální deviace

Společenský život člověka je řízen normami a pravidly, které určují, jaké chování je vhodné a přiměřené a jaké je nepřijatelné. Dlouhodobější nedodržování těchto norem by přivedlo narušení vztahů mezi lidmi, ztrátu fungování společenských organizací a popření funkčnosti institucionálních principů.¹ Chování, vedoucí k nedodržování těchto norem, je nazýváno sociálně patologické. V poslední době lze zaznamenat nárůst tohoto chování ve společnosti a to zejména u mladé generace. Společnost se snaží o odstranění tohoto chování podle pravidla, které říká, že čím je toto chování škodlivější a nebezpečnější pro společnost, tím je i větší zájem o jeho řešení.²

Pojem sociální patologie (z lat. *Pathos* = utrpení, choroba) je souhrnným označením nezdravých, abnormálních a obecně nežádoucích společenských jevů. Jejich popisu a studiu se věnuje celá řada vědních disciplín. Jsou to sociologie, psychologie, lékařské vědy, disciplíny pedagogiky a další. Zabývají se rozбором příčin a faktorů, které vedou ke vzniku konkrétních sociálně patologických jevů a analýzou zdrojů a příčin, které umožňují jejich existenci ve společnosti. Taktéž stanovují a aplikují preventivní a korekční doporučení a postupy, jejichž společným cílem je jejich eliminace.³

Pojem sociální patologie zavedl britský sociolog a filosof H. Spencer (1820-1903), který hledal shodu mezi patologií sociální a patologií biologickou.⁴ V současné době je někdy pojem sociální patologie nahrazován pojmem sociální deviace. Oba pojmy se od sebe ovšem liší. Sociálně patologické jevy jsou vždy pro společnost nebo jednotlivce negativní, což v případě deviantních jevů platit nemusí. Fisher uvádí, že: „*sociální deviace (z lat. deviatio = odchylka, úchylka) je způsob jednání, které není konformní vůči společenské normě, která je akceptována většinou populací*“. Je to

¹ Sekot, A. Aktuální problémy sociální patologie. Brno: IMS, 2009, s. 4

² Fischer, S., Škoda, J. Sociální patologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, s. 13

³ Fischer, S., Škoda, J. Sociální patologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, s. 14

⁴ Sekot, A. Aktuální problémy sociální patologie. Brno: IMS, 2009, s. 6

narušení kterékoliv sociální normy, nejen normy sankciované právně, nábožensky nebo morálně⁵

Lidské chování se může od sociální normy odchylovat ve smyslu jejího dodržování až do krajnosti (pozitivní deviace). Příkladem může být absolutní abstinence. Nebo se může projevovat ve smyslu jejího naprostého porušení až ke krajnosti (negativní deviace). Jako příklad lze uvést alkoholismus.⁶ Žádná norma ovšem nebývá dodržována naprosto striktně. Chování odsuzované nebo sankciované v jedné společnosti, nemusí být takto vnímáno ve druhé. To, co bylo sankciováno společností před sto lety, může být dnes vnímáno jako běžné chování v rámci běžně uznávané normy.⁷ Deviantní a patologické jednání tedy vzniká ve vztahu ke společnosti. To, proč sociálně patologické a deviantní jednání ve společnosti vzniká, se už dlouhou dobu snaží objasnit mnoho sociologů, psychologů, lékařů a jiných odborníků. Při své práci používají různé teoretické přístupy. Lze je členit na přístupy biologické, psychologické a sociální. Při bližším zkoumání lze ovšem pozorovat, že jednotlivé teorie se mezi sebou prolínají. Nejlépe propracované jsou teorie, které se snaží objasňovat zejména kriminalitu. Důvodem je zvýšený zájem společnosti toto sociálně patologické jednání řešit.⁸

Biologické teorie patří k nejstarším teoriím sociální deviace. Jejich historie spadá až do antiky, přičemž zkoumání vztahu stavby lidského těla a chování pak do 15. a 16. století.⁹ Příčinu deviace vidí v genetických, anatomických a fyziologických faktorech. Zaměřují se hlavně na studium kriminálního chování a analýzu zločinu, který je podle jejich mínění páchan biologicky determinovanými jedinci. Nejznámější je italská pozitivistická škola kriminologie, která se rozšířila ve druhé polovině 19. století. Snaží se dokázat, že existují typy lidí, kteří jsou předurčení k deviantnímu chování. Jsou rozeznatelní na základě měřitelnosti anatomických charakteristik.¹⁰ Za zakladatele této školy je možno považovat italského psychiatra Cesare Lombrosa (1835-1909). Působil v léčebně pro duševně nemocné, kde byli hospitalizováni i duševně nemocní zločinci. Ti jej zaujali a začal se věnovat jejich studiu. Lombroso provedl za 50 let praxe 25000

⁵ Fischer, S., Škoda, J. Sociální patologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, s. 13

⁶ Munková, G. Sociální deviace. Praha: Karolinum, 2001, s. 9

⁷ Munková, G. Sociální deviace. Praha: Karolinum, 2001, s. 9 -10

⁸ Fischer, S., Škoda, J. Sociální patologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, s. 29

⁹ Sochůrek, J. Úvod do sociální patologie. Liberec: Technická univerzita, 2009, s. 20

¹⁰ Mühlpachr, P. Sociální patologie. Brno: Masarykova univerzita, 2002, s. 10

antropologických měření na odsouzených v italských věznicích a jeho závěry vyústily v představu existence určitých typů rodilých zločinců.¹¹ Podle Lombrosa se zločinci od běžné populace odlišují typickými stigmaty a fyziologickými anomáliemi. Podle nich lze proto odhalit potencionálního narušitele zákona. Za stěžejní znak považoval Lombroso tvar lebky.¹² Vytvořil i typologii zločince. Zločince dělil na rozené delikventy, pachatele z vášně a náruživosti, pachatele duševně nemocné a další. Později svoje názory revidoval nebo od nich ustoupil a začal uznávat i jiné příčiny kriminálního chování.¹³

V 1. polovině 20. století se biologické teorie sociálních deviací zaměřily na vztah mezi tělesnou stavbou, charakterem a chováním. Německý psychiatr Ernest Kretschmer (1888-1964) specifikoval tři typy tělesné stavby (typ astenický, atletický a pyknický) a podle ní předpokládal vztah jedince k různým duševním nemocem.¹⁴ Na Kretschmerovu typologii navázal Američan William H. Sheldon (1898- 1977), který zkombinoval stavbu těla s intelektem, temperamentem a emocemi a vytvořil typ endomorfní, mezomorfní a ektomorfní. Jednotlivé typy se podle něj liší stavbou těla (délka kostí, mohutnost svalů), způsobem života, výbušností, postojem k druhým lidem, postojem k bolesti, rychlostí reakce atd. Přístupy Lombrosa a jeho pokračovatelů byly později zpochybněny a některé i vyvráceny. Jejich přínosem je to, že obrátili pozornost k osobnosti zločince a podmínkám, ve kterých se vyvíjí.¹⁵

Společně s biologickými teorie považují psychologické teorie deviaci za úchytku a devianty za nositele jisté abnormality.¹⁶ Ústředním tématem psychologických teorií je osobnost člověka, způsoby a formy jeho vnějších projevů a to zejména z hlediska duševního zdraví jedince ve spojení s jeho fungováním ve společnosti.¹⁷

Nejnámější psychologickou teorií je psychoanalytická koncepce Sigmunda Freuda (1856-1939), který se problematikou deviace zabýval především z hlediska jejich patologických projevů v individuálním životě jednotlivce. Podle Freuda je život jednotlivce ovládán pudy. Za základní považuje pud sexuální a pud destruktivní, které se

¹¹ Sochůrek, J. Úvod do sociální patologie. Liberec: Technická univerzita, 2009, s. 21

¹² Mühlpachr, P. Sociální patologie. Brno: Masarykova univerzita, 2002, s. 10

¹³ Sochůrek, J. Úvod do sociální patologie. Liberec: Technická univerzita, 2009, s. 21

¹⁴ Hřeka, M. Sociální deviace. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, s. 157

¹⁵ Sochůrek, J. Úvod do sociální patologie. Liberec: Technická univerzita, 2009, s. 23 - 24

¹⁶ Mühlpachr, P. Sociální patologie. Brno: Masarykova univerzita, 2002, s. 11

¹⁷ Sochůrek, J. Úvod do sociální patologie. Liberec: Technická univerzita, 2009, s. 25

shodují i se dvěma protikladnými principy, které určují život člověka - principem slasti a principem smrti. Když se člověk chová přirozeně, je deviantní pro společnost, a pokud jeho chování vyhovuje společnosti a jejím normám, je deviantní ke své přirozenosti. Tímto způsobem společnost vyrábí a vychovává devianty a ty pak trestá za porušování svých pravidel.¹⁸ Psychologický ani biologický přístup nevysvětlují kolektivní aspekty deviantního chování osob bez vrozených psychopatologických rysů. Určité vlastnosti osobnosti mohou představovat predispozici k deviantnímu chování, ale nemohou ji vysvětlit v plném rozsahu.¹⁹

Sociologické teorie sociální deviace zdůrazňují vliv prostředí a sociokulturních či skupinových faktorů na porušování sociálních norem, které mohou při vzrůstající intenzitě a rozsahu rozvrátit nebo dokonce zničit celou společnost.²⁰ Počátky sociologických teorií sociálních deviací se datují od konce 19. století, kdy v roce 1895 francouzský sociolog Emile Durkheim (1858-1917) sepsal „*Pravidla sociologické metody*“.²¹ Durkheima zajímala situace sociální změny. Rozebíral tedy společenské mechanismy, kterými společnost udržuje svoji celistvost a analyzoval situace, ve kterých je tato integrita ohrožena. Zavedl do sociologie pojem anomie. Označuje stav, kdy nejsou ve společnosti jednoznačně stanoveny hodnoty a normy. Lidé mají pocit, že jejich chování není společností regulováno a dávají přednost vlastním sobeckým cílům. Tato situace nastala na přelomu 19. a 20. století, kdy průmyslový kapitalismus otřásl tradičními hodnotami. Rozvoj ekonomiky probíhal rychleji než změny morálních pravidel, které regulují lidské jednání. Řešení takového stavu ve společnosti Durkheim spatřuje v nastolení nových pravidel, vymezujících práva a povinnosti jedinců v daných profesích ve vztahu k ostatním. To by posílilo sociální kontrolu nad jejich chováním.²²

Podle Ondrejkooviče byly na přelomu 19. a 20. století za sociálně patologické jevy ve společnosti považovány zejména sebevraždnost, alkoholismus, homosexualita, prostituce, rozvodovost, nezaměstnanost a válka. Později se k nim přidaly narkomanie, drogové závislosti, násilí a agresivita, patologie rodiny a pohlavní choroby.²³

¹⁸ Mühlpachr, P. Sociální patologie. Brno: Masarykova univerzita, 2002, s. 12

¹⁹ Hřeka, M. Sociální deviace. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, s. 173 - 174

²⁰ Sochůrek, J. Úvod do sociální patologie. Liberec: Technická univerzita, 2009, s. 30

²¹ Munková, G. Sociální deviace. Praha: Karolinum, 2001, s. 18

²² Sochůrek, J. Úvod do sociální patologie. Liberec: Technická univerzita, 2009, s. 31 - 34

²³ Hroncová, J.; Kraus, B. et al. Sociálna patológia pre sociálnych pracovníkov a pedagógov. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB, 2006, s. 8

V současnosti lze do okruhu sociálně patologických jevů zařadit zejména kriminalitu a delikvenci, drogové a alkoholové závislosti, prostituci a pohlavní choroby, patologii rodiny, xenofobii a rasismus, agresivitu a šikanu.²⁴ Za vysoce aktuální lze považovat problémy spojené s neschopností kontrolovat chování. Vedle již zmiňovaných závislostí je to netomanie, závislost na televizi, mobilomanie, patologické nakupování, sexuální závislost, bulimie a anorexie, workholismus, gambling a s ním související lichva.²⁵

1. 2 Historie suicidality

Sebevražda provází lidstvo ve všech etapách civilizačního vývoje člověka.²⁶ Vyskytovala se ve společnosti i tehdy, když byla odmítána a trestána.²⁷ Historií sebevražd se zabýval i T. G. Masaryk (1850- 1937), který viděl sebevraždu jako historický proces a úkolem společnosti je poznat zákonitosti postupu tohoto procesu. Podle Masaryka se sebevraždy vyskytují pouze u civilizovaných a vzdělaných národů.²⁸

Zmínky o sebevraždách lze najít v písemných památkách starých kultur Indie, Číny a Japonska pocházejí z doby několik staletí před naším letopočtem.²⁹ Extrémním případem, jak lze vnímat sebevraždu, bylo chování Vikingů. U nich měly náboženské sebevražedné koncepce vznešený příklad v podobě dobrovolné smrti samotného boha Ódina. Sebevražda se stala natolik žádoucí, že kdo zemřel přirozenou smrtí, měl pověst zbabělce a zasluhoval muka pekelná. U národů předkolumbovské Ameriky byla sebevražda motivována nábožensky, politicky i sociálně. Civilizace Mayů uctívala dokonce bohyni sebevražd jménem Ixtab. Všichni sebevrazi, zejména oběšenci putovali přímo na zvláštní místo v nebi. U Inků, pokud zemřel šlechtic, bylo často povinností jeho nejbližších obětovat svůj život a následovat ho na onen svět.³⁰

U Řeků ve starší době lze sebevraždu nalézt pouze ve výjimečných případech. Byla odsuzována jako jednání nečestné, tolerována nanejvýše ve stavu krajní nouze a v

²⁴ Hroncová, J.; Kraus, B. et al. Sociální patológia pre sociálnych pracovníkov a pedagógov. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB, 2006, s. 8

²⁵ Sekot, A. Aktualizace sociálněpatologických jevů v kontextu perspektiv sociální pedagogiky. In sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě. Brno: IMS, 2009, s. 523

²⁶ Viewegh, J. Sebevražda a literatura. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 1996, s. 14

²⁷ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 487

²⁸ Masaryk, T. G. Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998, s. 109 - 110

²⁹ Viewegh, J. Sebevražda a literatura. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 1996, s. 14

³⁰ Monestier, M. Dějiny sebevražd. Praha: Dybbuk, 2003, s. 312 - 314

případech odůvodněných nezměrným utrpením způsobeným chorobou nebo jako východisko a záchrana před neodvratnou potupou. Někteří řečtí filozofové ovšem zastávali názor, že každý člověk má právo a výsadu rozhodovat o svém životě. Sokrates obhajoval názor, že život je postavení, ze kterého se člověk může kdykoliv vzdálit podle své vůle. Aristoteles ve svém spisu *Etika* vidí sebevraždu jako bezpráví spáchané proti státu, ne však proti vlastní osobě.³¹ K většímu nárůstu sebevražd došlo ve starém Řecku až po peloponéské válce a největšího rozmachu dosáhl jejich počet v době, kdy Řecko patřilo pod nadvládu Říma. U Římanů se sebevraždy rozšiřují až v době císařské, hlavně na přelomu 1. a 2. století n. l., kdy byl celý antický svět naladěn pesimisticky, lidé nešťastní a nespokojení. Následkem toho docházelo mezi lidmi k více sebevraždám.³²

První křesťané, podobně jako příslušníci některých barbarských národů, obětovali svůj život, aby se mohli podílet na věčných oslavách bohů. Mučednictví jim poskytovalo jistotu vykoupení, neboť smazalo jejich hříchy. Prvotní katolická církev totiž učila, že pozemský život je nesnesitelný, plný pokušení a zoufalství a jenom posmrtný život lidem zaručí skutečné štěstí. Šílenství smrti dosáhlo obrovských rozměrů. Lidé se dávali pokřtít jen proto, aby se okamžitě nechali popravit, anebo spáchali sebevraždu a ocitli se v blaženosti. První, kdo na toto sebevražedné šílenství reagoval, byl svatý Augustin.³³ Ve svém spise „*De civitate Dei*“, sebevraždu bezvýhradně odmítl. Odsoudil ji jako zločin, který nelze ničím ospravedlnit.³⁴ Činil nátlak na biskupy, aby tomuto šílenství učinili přítrž. Při svých argumentacích vycházel i z šestého přikázání, které hlásá: „*Nezabiješ*“. Život je dar boží, zbavit se ho je urážkou Boha, kdo zabíjí sebe, zabíjí Boha, zavrhuje ho.³⁵ Církev tedy na popud svatého Augustina na orleánském shromáždění církevních zástupců (Synod orleánský) v roce 533 postavila sebevraždu na roveň nejhorších zločinů. Synod odepřel církevní obřady při pohřbu sebevraha a zakázal uložení jeho ostatků v posvěcené půdě, tedy na hřbitově.³⁶

³¹ Růžička, L. Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického. Praha: Academia, 1968, s. 9

³² Masaryk, T. G. Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998, s. 110

³³ Monestier, M. Dějiny sebevražd. Praha: Dybbuk, 2003, s. 334

³⁴ Růžička, L. Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického. Praha: Academia, 1968, s. 10

³⁵ Monestier, M. Dějiny sebevražd. Praha: Dybbuk, 2003, s. 334 - 336

³⁶ Růžička, L. Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického. Praha: Academia, 1968, s. 10

Rozšířením křesťanství sebevraždnost v křesťanském světě vymizela a ve středověku se téměř nevyskytovala.³⁷

Po celý středověk, kdy autorita církve dosahovala vrcholu, byly sebevraždy církví tvrdě potírány a vznikala taktéž právní legislativa, která sebevražedné jednání trestala. V 10. století bylo v některých zemích trestné i napomáhání k sebevraždě. Doprovázelo ho vyhostění z církve a propadnutí majetku církvi.³⁸

V 16. století došlo k uvolnění víry, obdivu ke starověku a touze napodobit ho. Počet sebevražd se začal zvyšovat. Anglický právník, politik a spisovatel Thomas Morus (1478- 1555), který byl považován za jednoho z největších vzdělavců své doby, pravděpodobně jako první připustil právo člověka zvolit si možnost, jak ukončí svůj život. Osoba, která je těžce nemocná a trpící neléčitelnou nemocí a toto utrpení nelze zmírnit žádnými prostředky, si může vzít život. Tento čin musí být ovšem schválen panovníkem nebo správním úřadem. Francouzský myslitel Michel Montaigne (1533- 1592) zastával názor, že každý člověk má právo ukončit svůj život. Dle něj je dobrovolná smrt nejkrásnější způsob konce života.³⁹ Justice i církev ovšem nadále pokračovaly v potlačování sebevražedného jednání.⁴⁰

V 18. století došlo k dalšímu rozmachu sebevražednosti. Francouzští osvícenci A. Voltaire (1694 – 1778) a J. J. Rousseau (1712 – 1778) vystupovali proti církevní autoritě a kladli důraz na právo člověka rozhodovat o svém životě.⁴¹ Naopak zastánce našla církev ve filozofovi I. Kantovi (1724- 1804). Ve shodě se svým filosofickým názorem, podle kterého má každý člověk určité místo v obecném zákonu přírody, dospěl k popření práva na sebevraždu.⁴²

Na přelomu 18. a 19. století nastal v otázce vnímání suicidálního jednání obrat. Sebevraždy byly do té doby posuzovány z pohledů eticko - náboženských a filozoficko-právních. Vedle nich se pozornost obrací přímo na akt sebevraždy.⁴³ Lékaři, sociologové, demografové a statistikové začali zkoumat společenské, sociální a hygienické aspekty sebevraždy.⁴⁴ V průběhu 19. století se začaly objevovat první

³⁷ Masaryk, T. G. Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998, s. 110

³⁸ Monestier, M. Dějiny sebevražd. Praha: Dybbuk, 2003, s. 338

³⁹ Růžička, L. Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického. Praha: Academia, 1968, s. 10

⁴⁰ Růžička, L. Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického. Praha: Academia, 1968, s. 10

⁴¹ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 488

⁴² Růžička, L. Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického. Praha: Academia, 1968, s. 11

⁴³ Viewegh, J. Sebevražda a literatura. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 1996, s. 18

⁴⁴ Růžička, L. Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického. Praha: Academia, 1968, s. 12

pokusy o vypracování teorie sebevraždy. Francouzský sociolog Emil Durkheim (1858-1917) ve své monografii „*Le Suicide*“ z roku 1897 uvádí, že sebevražedné jednání podléhá vlivům společnosti. Sebevraždy dělí na egoistické, altruistické a anomické. Důvod pro egoistickou sebevraždu vidí jako selhání schopnosti člověka včlenit se do společnosti. Altruistická sebevražda je jednání, kdy jedinec reaguje na společenskou pohromu sebedestrukci a příčinou anomické sebevraždy je neschopnost člověka přijmout sociální roli přiměřenou novým, např. majetkovým poměrům.⁴⁵ Kritici jeho teorie upozorňují na přeceňování vnějších vlivů a podceňování psychologických faktorů sebevraždy. Podle Durkheima, se může stát sebevrahem každý, kdo se ocitne v nějaké nepříznivé situaci.⁴⁶

T. G. Masaryk ve svém habilitačním spise „*Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*“ vidí důvod ve vzrůstajícím počtu sebevražd v sekularizaci společnosti. Člověk díky tomu ztrácí pocit zakotvení ve světě a smysl života. Úkolem společnosti je vštípit lidem sílu a energii k životu a dát jim mravní oporu.⁴⁷

1. 3 Suicidium a současná společnost

Sebevražda je latinsky označována termínem *suicidium*, který je odvozený ze slov *sui* - sebe a *caedere* - zabít. Tento termín lze tedy přeložit jako zabití sebe.⁴⁸

Problematika sebevražednosti patří na přelomu 20. a 21. století k nejpálčivějším problémům sociální patologie. Světová zdravotnická organizace (WHO) každoročně vyhlašuje společně s mezinárodní asociací pro prevenci sebevražednosti (IASP), 10. září Světovým dnem prevence sebevražd.

Ve výskytu sebevražednosti u různých národů, států i světadílů existují rozdíly. Dlouhodobě je nejvyšší míra sebevražednosti, tedy počet sebevražd na 100 000 obyvatel, v Evropě, poté následuje Severní Amerika, Oceánie a Austrálie. Jsou to oblasti z různých částí světa a jejich společným jmenovatelem je propojení s evropskou

⁴⁵ Mühlpachr, P. Sociální patologie. Brno: Masarykova univerzita, 2002, s. 57 – 58

⁴⁶ Viewegh, J. Sebevražda a literatura. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 1996, s. 38

⁴⁷ Masaryk, T. G. Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998, s. 180

⁴⁸ Hroncová, J.; Kraus, B. et.al. Sociálna patológia pre sociálnych pracovníkov a pedagógov. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB, 2006, s. 160

kulturou. Nejmenší počet sebevražd se vyskytuje v Latinské Americe a Africe. Sebevražednost v Asii patří v počtu sebevražd někam doprostřed. V rámci Evropy je nejvyšší míra suicidality v Maďarsku, ve skandinávských státech a u národů postsovětských republik. K nejméně sebevraždám dochází dlouhodobě na jihu Evropy.⁴⁹ Zde je prostor pro Masarykovu teorii sebevražednosti z důvodu sekularizace společnosti. Protestantický sever Evropy se dlouhodobě vyznačuje vysokým počtem sebevražd vedle nízkého počtu tohoto jednání u států jižní Evropy, které jsou dodnes silně katolické. Dalším důvodem může být neochota katolických příbuzných nahlásit nebo rozpoznat úmrtí jako sebevraždu. Odmítavý postoj katolické církve k sebevraždě totiž přetrvává dodnes.⁵⁰

Podle statistik patří Česká republika k zemím s největším počtem sebevražd. Údaje publikované Světovou zdravotnickou organizací říkají, že naše země zaujímá 22. místo v souboru uváděných zemí. Statistické údaje, které tuto skutečnost potvrzují, se evidují v České republice už 130 let. Lze z nich vyčíst, že v letech 1870- 1913 vzrůstala sebevražednost v českých zemích prudkým tempem. Nejvyšší míry dosáhla v roce 1913 a poté v průběhu 1. světové války výrazně poklesla. Po jejím skončení počet sebevražd začal opět narůstat. Pokles opět nastal v období 2. světové války. Snížením počtu sebevražd během válek se věnovala řada odborníků. Menší množství sebevražd v těchto obdobích vysvětlují jednak poznatkem, že sebevražda je projevem agresivity, která se v mírových podmínkách obvykle obrací proti vlastní osobě, kdežto během válečného konfliktu je zde možnost obrátit ji proti nepříteli. Dalším vysvětlením je, že během války dochází k odsunu osobních problémů do pozadí a dochází také ke změně v hodnotovém žebříčku. K nárůstu počtu sebevražd dochází opět až na konci války, v době po překonání utrpení, kdy si lidé začnou uvědomovat dopad válečných útrap.⁵¹

Po druhé světové válce můžeme podle statistických údajů rozlišit tři různá období vývoje sebevražd v České republice. Po velkém množství sebevražd v roce 1945 postupně docházelo ke snižování až do roku 1951. Následovalo dvacetileté období, ve kterém počet sebevražd stoupal. Maxima dosáhl na počátku 70. let 20. století a od této doby má vývoj počtu sebevražd v ČR klesající tendenci. Odborníci očekávali

⁴⁹ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 17 - 21

⁵⁰ Džúrová, D.; Dragomírecká, E. Sebevražednost obyvatel České republiky v období transformace společnosti. Praha: Univerzita Karlova, 2002, s. 20

⁵¹ Džúrová, D.; Dragomírecká, E. Sebevražednost obyvatel České republiky v období transformace společnosti. Praha: Univerzita Karlova, 2002, s. 24

v postkomunistických zemích na počátku 90. let nárůst počtu sebevražd v důsledku transformace společnosti, kdy dochází ke ztrátě tradičních norem a nové ještě nejsou plně nastolené. Jejich prognózy se ve většině těchto zemí, kam lze zařadit i ČR, nepotvrdily. Naopak v roce 1996 dosáhla podle statistik u nás míra sebevražd nejnižšího minima v celé poválečné historii. Příznivý pokles lze vysvětlit měnícími se životními podmínkami ve společnosti. Stále více lidí vyhledává odbornou pomoc, zvyšuje se nabídka krizové a psychosociální péče a také nabídka psychofarmak.⁵² Jiná situace je ovšem ve věkové skupině adolescentů, tedy ve věkové skupině 15. a 19. let. U této skupiny je od 90. let 20. století vidět mírný nárůst počtu sebevražd.⁵³

Podle nejnovějšího přehledu příčin úmrtí, který byl vydán Českým statistickým úřadem, ukončilo v České republice v roce 2009 svůj život sebevraždou 1464 lidí. Mezi těmito lidmi byly 3 děti ve věku 10 - 14 let a 31 adolescentů ve věku 15 - 19 let.⁵⁴

Statistická data počtu dokonaných suicidií ovšem bývají často zkreslena nebo podhodnocena. Sebevražděné jednání je mnohdy ukryto za jinou příčinou. Často to bývá utonutí, automobilová nehoda apod. Statistická data také neuvádějí sebevraždu jako příčinu úmrtí, jestliže o tomto způsobu smrti existují pochybnosti.⁵⁵ Ještě více nepřesné jsou informace o suicidálních pokusech. Podle statistických údajů Evropské unie se ve státech EU každý rok pokusí o sebevraždu asi 700 000 osob a 43000 zemře sebevraždou. Z toho vyplývá, že na 1 sebevraždu připadá 16 sebevražděných pokusů. Jiné zdroje uvádí dvacetinásobek suicidálních pokusů, některé dokonce hovoří o čtyřicetinásobku. V bývalém Československu bylo dříve povinností každého lékaře hlásit veškeré sebevražděné pokusy, se kterými se ve své praxi potkal. V roce 1992 byla ovšem tato povinnost zrušena a neexistují tudíž zdroje statistických dat k této problematice.⁵⁶

⁵² Džúrová, D.; Dragomirecká, E. Sebevražděnost obyvatel České republiky v období transformace společnosti. Praha: Univerzita Karlova, 2002, s. 24 - 26

⁵³ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražděné chování. Praha: Portál, 2007, s. 24

⁵⁴ [http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/BC0030BE6D/\\$File/401910rg06.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/BC0030BE6D/$File/401910rg06.pdf)

⁵⁵ Džúrová, D.; Dragomirecká, E. Sebevražděnost obyvatel České republiky v období transformace společnosti. Praha: Univerzita Karlova, 2002, s. 72

⁵⁶ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražděné chování. Praha: Portál, 2007, s. 18 - 19

1. 4 Dílčí závěr

Sociálně patologické jevy a tedy i sebevraždy se vyskytují ve společnosti už velmi dlouho. Proč jedni lidé normy porušují a druzí nikoliv se stalo cílem bádání mnoha vědců z různých oborů. Podle svého zaměření se snažili objasňovat příčiny vzniku kriminality, prostituce, sebevražd a jiných jevů. I když určili, že tento člověk je rozený kriminálník, které má všechny předpoklady k tomu, aby se stal zločincem, nikdy jejich úvahy nefungovaly stoprocentně a vždy se našel někdo, kdo je částečně vyvrátil. Nelze ovšem tyto teorie zcela zavrhnout. Neustále přinášejí nové pohledy na danou problematiku a pomáhají k částečnému pochopení jedinců, kteří se sociálně patologického chování dopouštějí. V současnosti je pozornost vědců v problematice suicidality soustředěna na analýzu příčin a motivů suicidálního jednání a to zejména u dětí a adolescentů, u kterých počet tohoto jednání neustále stoupá, stejně jako stoupá počet ostatních sociálně patologických jevů u této věkové skupiny.

2. Problematika suicidality

2.1 Formy a druhy suicidálního jednání

Suicidium (z lat. *suicidium* = sebevražda) lze definovat jako vědomé a úmyslné ukončení vlastního života.⁵⁷

Definicí suicidia se zabývala celá řada lékařů, psychologů, filozofů a dalších odborníků. Patří mezi ně již zmiňovaný E. Durkheim, který chápal sebevraždu „*jako každý případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem činu nebo opomenutí spáchaného jedincem, o němž věděl, že vede k smrti*“.⁵⁸

Světová zdravotnická organizace (WHO), která se mimo jiné zabývá také problematikou suicidality, přijala roku 1968 tuto definici: „*Sebevražedný čin je útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevražda je sebezničující čin s fatálním následkem*“.⁵⁹ Širším pojmem než suicidium je suicidální chování. Zahrnuje suicidální nápady, myšlenky, výroky a proklamace, aniž by nutně muselo dojít k samotnému suicidiu. Dalším s pojmů uváděných v souvislosti se sebevraždou je suicidální jednání. Lze ho vymežit jako lidské chování aktivně směřující k sebevražednému počínání. Takové jednání může mít formu přípravy prostředků ke spáchání suicidia, autoagresivní jednání ve formě suicidálního pokusu nebo dokonaného suicidia.⁶⁰

Při studiu suicidálního jednání je nutné věnovat pozornost nejen samotnému aktu suicidia, ale i počátkům vzniku suicidálních myšlenek. Každý člověk si určitě alespoň jednou v životě zahrával s myšlenkou, co by bylo, kdybych usnul a už se nevzbudil. Tyto myšlenky se ve větším množství vyskytují především v období dospívání. U většiny případů jde pouze o záchvaty lehkých suicidálních myšlenek, ale chybí úmysl je skutečně realizovat. Psychiatr J. Koutek definuje nebezpečné suicidální myšlenky takto: „*Suicidální myšlenky jako forma suicidálního chování jsou intenzivní, dotýčný se jimi zabývá převážnou část svého času a myšlenky jsou obtížně odklonitelné*“. Při hodnocení míry závažnosti suicidálních myšlenek je tedy důležitá

⁵⁷ Fischer, S.; Škoda, J. Sociální patologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, s. 62

⁵⁸ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 12

⁵⁹ Monestier, M. Dějiny sebevražd. Praha: Dybbuk, 2003, s. 14

⁶⁰ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 12

míra jejich intenzity, čas, který jim člověk věnuje i to, nakolik jsou tyto myšlenky odklonitelné a konkrétní.⁶¹

V okamžiku, kdy se jedinec dostane až do fáze příprav sebevraždy, mluvíme o suicidálních tendencích. Suicidální tendence se obvykle vyvíjí po delší dobu a tento proces mívá několik fází:

1. Fáze počátečních úvah o sebevraždě

Člověk se ocitne v problémech, které se mu subjektivně zdají obtížně zvládnutelné. Při úvahách o způsobech řešení těchto problémů vidí jako jednu z alternativ suicidium. Nachází se zatím v rovině úvah a představ. Tuto fázi charakterizuje postoj „*Mohl bych to udělat*“.

2. Konkretizace způsobu provedení

Jedinec vidí sebevraždu jako jedinou cestu vyřešení problému a zaobírá se myšlenkami, jakým způsobem ji uskutečnit. Přemýšlí o různých prostředcích, zvažuje jejich dostupnost a přijatelnost. Tuto fázi lze charakterizovat jako úvahu „*Jak bych to mohl udělat*“.

3. Fáze realizace sebevražedného úmyslu

Jsou to konkrétní činy vedoucí k ukončení života. Toto období přípravy sebevraždy lze vyjádřit slovy „*Udělám to*“.

Celý proces může mít různou dobu trvání a nemusí obsahovat všechny fáze. Někdy také může proběhnout velmi rychle, člověk v tom případě jedná pod vlivem náhlého zkratkovitého rozhodnutí.⁶²

Další formou suicidálního jednání je suicidální pokus (latinsky *tentamen suicidii*). Lze jej definovat jako každý život ohrožující akt, u kterého nechybí úmysl zemřít, ale nemá za následek smrt.⁶³ Odborníci se nemohou shodnout, zda lze vidět mezi sebevražedným pokusem a dokonanou sebevraždou pouze výsledek, tedy přežití nebo smrt, nebo zda-li jsou mezi nimi i kvalitativní rozdíly. Těmi je myšlena například

⁶¹ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 28

⁶² Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 501 - 502

⁶³ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 12

použitá metoda. Měkká metoda⁶⁴ je používána spíše u suicidálních pokusů. U dokonaných sebevražd lze naopak najít tvrdé metody.⁶⁵ Dalším rozdílem může být promyšlenost suicidálního jednání. U suicidálních pokusů se častěji jedná o spontánní, málo promyšlené rozhodnutí. Naopak u dokonaného suicidia lze častěji vysledovat delší plánování a přípravy.⁶⁶

Zvláštní formou suicidálního pokusu je parasuicidium. To lze definovat jako suicidální pokus, u něhož není přítomen úmysl zemřít – jde tedy spíše o sebepoškození. Špatným odhadem zvoleného prostředku, dávkováním nebo souhrou náhod může ovšem skončit smrtí. Lze se také setkat se simulací, tedy předstíráním suicidálního jednání, za účelem něčeho dosáhnout, případně se něčemu vyhnout.⁶⁷ Je typický pro jedince se sklonem k hysterii. Ti používají například větu: „*Jestliže mi nesplníte moje přání, tak si něco udělám*“.⁶⁸

Dokonané suicidium stojí na nejvyšším stupni uvedených suicidálních forem. Podle cíle, který chce sebevrah svým činem dosáhnout a podle způsobu provedení, lze rozlišovat různé druhy sebevražd.

Bilanční suicidium je jednání na základě předchozího hodnocení života, kdy jedinec dojde k závěru, že nejlepším řešením pro něho bude odchod ze světa. Je to sebevražda jedince bez přítomnosti patologie. K jeho rozhodnutí ukončit život vedou racionální důvody, které jsou přiměřené jeho situaci. Touto situací může být například onkologické onemocnění s nepříznivou prognózou.⁶⁹

Impulsivní suicidium lze chápat jako jednání v afektu. Jedinec obvykle nemá vážný úmysl zemřít. Jedná impulzivně, nepřemýšlí o metodě, obvykle volí nejdostupnější způsob, který se mu právě nabízí.⁷⁰ Tento druh suicidálního jednání lze chápat jako formu „*volání o pomoc*“.⁷¹

Existují ovšem i jiné druhy sebevraždy, které je ovšem od výše zmíněných odlišit. Liší se v některých bodech, které jsou pro typické suicidální jednání charakteristické.

⁶⁴ např. intoxikace léky, alkoholem

⁶⁵ např. oběšení, střelné rány, skok z výšky

⁶⁶ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 29

⁶⁷ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 29

⁶⁸ Viewegh, J. Sebevražda a literatura. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 1996, s. 20 - 21

⁶⁹ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 31

⁷⁰ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 31

⁷¹ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 501 - 502

Sebeobětování je druh suicidálního jednání, který někteří autoři přiřazují k suicidiu a jiní k sebezabití. Toto odlišné chápání sebeobětování lze spatřovat v odlišném způsobu hodnocení suicidia v různých kulturách. V naší sociokulturní oblasti je suicidium většinou chápáno negativně ve smyslu egoistického činu. Sebeobětování je naopak přijímáno kladně. Příkladem může být matka, které pro záchranu života svého dítěte obětuje ten svůj.⁷²

Sebezabití lze vymezit jako takové jednání, kdy chybí úmysl zemřít. Tento způsob lze najít u osob, které trpí některou duševní nemocí.⁷³ Dalším případem sebezabití jsou poruchy vědomí při intoxikacích apod. Někdy může dojít k sebezabití pod pohružkou násilí. Většinou se tyto případy nachází ve sféře partnerských nebo hromadných sebevražd.⁷⁴

Rozšířené sebevraždy jsou charakteristické svým patologickým základem. Duševně nemocný člověk se rozhodne při spáchání sebevraždy sebou vzít další osobu nebo osoby. Postižený má například představu o nesnesitelnosti života svého i svého dítěte. Jako východisko vidí usmrcení sebe i dítěte. Od tohoto jednání s patologickým podkladem je ovšem nutno odlišit situace, kdy se nevyskytuje psychotická motivace. Typickou situací pro tento druh jednání je rozvod. Matka se rozhodne otci pomstít tím, že zabije jejich společné dítě a poté se sama pokusí o sebevraždu nebo ji dokoná.⁷⁵

V tomto přehledu suicidálních forem a způsobů jednání je nutno zmínit také sebepoškozování. Tato forma autoagresivního jednání je specifikována v kapitole 4. 3.

2. 2 Motivy a příčiny suicidálního jednání

Jak již bylo zmíněno výše, suicidální jednání se v lidské společnosti vyskytuje od nepaměti. Co vede člověka k tak radikálnímu činu? Co ho motivuje k tomu, aby si dobrovolně vzal život? Jaké jsou příčiny jeho chování? Podle dnes převládajícího názoru je každé sebevražedné jednání výsledkem selhání v několika rovinách. Růžička uvádí, že: „*k sebevražednému úmyslu a jeho realizaci vede celý sled okolností,*

⁷² Viewegh, J. Sebevražda a literatura. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 1996, s. 21

⁷³ Viewegh, J. Sebevražda a literatura. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 1996, s. 19

⁷⁴ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 490

⁷⁵ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 31

skloubených vzájemně jako články řetězu“. Důvod, který suicidant uvádí, obvykle bývá pouze poslední kapkou, která je spouštěcím mechanismem suicidia. Jestliže se objasňuje dokonané suicidium, je příčina zjišťována hlavně z výpovědí osob z blízkého okolí zemřelého nebo z dopisů na rozloučenou. Tyto údaje mohou být ovšem úmyslně i neúmyslně zkresleny. Pozůstalí například nechtějí na mrtvého vrhat špatné světlo, případně sebevrahovi motivy mohou být úplně jiné, než se na první pohled jeví. Jiná je situace při zjišťování příčin u suicidálních pokusů. Pokud může šetření provádět specialista, ať už psychiatr, psycholog nebo sociolog a u suicidanta zjistit zdravotní stav, zejména stav psychiky, je větší naděje dobrat se všech souvislostí a událostí, které byly příčinou osudného jednání.⁷⁶

Při výzkumu motivace suicidálního činu je nutno odlišovat příčiny a motivy. Příčiny svého jednání si suicidant nemusí uvědomovat a ty nemusí být vědomě kladeny do souvislosti se suicidálním jednáním, přestože ho jednoznačně podmiňují.⁷⁷ Lze za ně považovat všechny vnější a vnitřní nepříznivé vlivy neboli rizikové faktory, které na jedince působí a mohou vyvolat suicidální jednání.⁷⁸

Suicidální motivace dle Viewegha vyjadřuje aktivní a z hlediska jedince svobodnou volbu žít nebo nežít. Teprve motivace odkrývá způsob, jímž sebevrah na některou z příčin reaguje, a kterou zpracovává suicidálně. Motivы jsou tedy vědomým podkladem pro pohnutky k činu.⁷⁹

Nejsilněji působí motivace hlavně u bilanční sebevraždy, nejméně u suicidií, kde je v popředí nějaká patologie⁸⁰ Rozdíl v síle motivace lze demonstrovat na příkladech. Suicidium, které je konáno pod vlivem alkoholu a suicidium, které spáchal člověk s rakovinou. V prvním případě je svobodné rozhodování člověka ovlivněno alkoholovým opojením a jednání člověka omezováno patologickým procesem, který ovlivňuje svobodnou volbu. Oproti tomu stojí situace, kdy se psychicky zdravý člověk dozví, že onemocněl rakovinou a rozhodne se pro sebevraždu. Karcinom nebyl příčinou suicidia, nemocný se nemusel rozhodnout tímto způsobem. Jeho rozhodování

⁷⁶ Růžička, L. Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického. Praha: Academia, 1968, s. 110 - 111

⁷⁷ Vykopalová, H. Sociálně patologické jevy v současné společnosti. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, s. 135

⁷⁸ Viewegh, J. Sebevražda a literatura. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 1996, s. 79

⁷⁹ Vykopalová, H. Sociálně patologické jevy v současné společnosti. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, s. 135

⁸⁰ např. psychóza

pravděpodobně ovlivnilo mnoho důvodů, díky nimž, mu přišlo jako nejvhodnější svůj život ukončit. Tomuto rozhodnutí předcházelo jisté „schvalovací řízení“.⁸¹

Sílu motivace zemřít provázejí různé příznaky, podle nichž lze usuzovat na závažnost možnosti suicidálního jednání. Jedinec vážně uvažující nad sebevraždou často napíše dopis na rozloučenou, případně i závěť. Při činu chce být sám a volí proto takové načasování, aby byla co nejmenší pravděpodobnost toho, že mu bude v činu bráněno nebo se ho někdo pokusí zachránit. V případě nezdařeného suicidia nestojí o žádnou formu pomoci a i nadále si přeje umřít. Takový člověk lituje, že se mu čin nezdařil a věří, že příští pokus už bude úspěšný. Pravděpodobně nejdůležitějším kritériem, které určuje míru motivace suicidia, je suicidální plán. Určuje se u něho letalita⁸² metody, dostupnost zvolených prostředků, promyšlenost detailů suicidia a připravenost umřít.⁸³

2. 3 Rizikové faktory suicidálního jednání

Při hledání příčin vedoucích k suicidálnímu jednání, lze nalézt celou řadu rizikových faktorů, které jedince v jeho rozhodování mohou ovlivňovat.⁸⁴ Podle nejnovějších poznatků v problematice sebevražd lze rizikové faktory vymezit schematicky jako faktory individuální a faktory vnější.⁸⁵

Faktory individuální:

- biologická podmíněnost
- struktura osobnosti
- duševní onemocnění
- zneužívání návykových látek
- anamnéza somatického onemocnění

Faktory vnější:

⁸¹ Viewegh, J. Sebevražda a literatura. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 1996, s. 81

⁸² úmrtnost, smrtnost

⁸³ Praško, J. Péče o suicidálního pacienta. Psychiatrie pro praxi [online]. 2006, č. 4 [cit. 2011–03–06], s. 191 – 195. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>

⁸⁴ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 491

⁸⁵ [Demografický informační portál Články](#)

- společnost, sociální prostředí (rodinné vazby), sociální situace (nezaměstnanost, ekonomická situace)
- vnější faktory, fyzické prostředí
- širší sociální prostředí (politické, náboženské faktory)

O dominantnosti jednotlivých faktorů vedou odborníci jednotlivých vědních oborů spory.⁸⁶ Pokud se vezmou v úvahu oficiální statistiky a nebude brán ohled na možná zkreslení, která jsou uvedena výše, jsou nejčastějšími příčinami sebevražedného jednání u dospělých rodinné poměry (24%), duševní nemoci a poruchy (22%) a somatická onemocnění (20%).⁸⁷

Podle psychiatrů jsou nejrizikovějším faktorem sebevražednosti duševní poruchy a nemoci, zvláště ve spojení s alkoholem nebo jinou návykovou látkou. Vágnerová uvádí jako nejvíce rizikové depresi, schizofrenii a poruchy osobnosti.⁸⁸

Depresivní syndrom je podle Mezinárodní klasifikace nemocí zařazen do skupiny afektivních poruch. Stejně jako jiná onemocnění, se objevuje v různých formách.⁸⁹ Rozlišuje se lehká, střední nebo těžká depresivní fáze, nebo jako tato fáze v rámci bipolární afektivní poruchy. Trvalou poruchu nálady představuje dystymie.⁹⁰

Už v antickém Řecku, kde depresi nazývali „*melancholií*“, byla hledána tělesná příčina vzniku této nemoci. Například Hippokrates viděl příčinu v nadbytku „*černé žluči*“. Ve středověku nacházeli důvod v posedlosti démony nebo přímo v posedlosti ďáblem. S. Freud prezentoval depresi jako výsledek potlačovaného vzteku a zlosti vůči jiným lidem, které ovšem nemocný obrací proti sobě.⁹¹

Ani současné znalosti týkající se depresivních poruch nedokáží jednoznačně objasnit jejich vznik. Mezi odborníky se diskutuje o genetických faktorech, účincích

⁸⁶ Sekot, A. Úvod do sociální patologie. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 150

⁸⁷ [Demografický informační portál Články](#)

⁸⁸ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 491

⁸⁹ Zvolský, P. Speciální psychiatrie. Praha: Karolinum, 1996, s. 89

⁹⁰ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 59

⁹¹ Praško, J.; Prašková, H.; Prašková, J. Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. Praha: Portál, 2003, s. 58

stresu, o biochemických změnách v mozku apod. Vedle těchto hypotéz existují hypotézy psychologické a teorie opírající se o vlivy prostředí.⁹²

V dospělosti se často stávají častými spouštěči depresivní poruchy vážné životní ztráty⁹³ nebo jejich hrozba. Vliv na vznik deprese může mít i užívání některých léků⁹⁴, jimiž se léčí některá somatická onemocnění a také nadměrná konzumace alkoholu nebo závislost na drogách.⁹⁵

Depresivní epizoda se projevuje jako smutek, sklíčenost, plačtivost, ztráta zájmů, sebeúcty a sebedůvěry. Člověk pociťuje zvláštní emoční vyprahlost, nevidí ve své existenci nic pozitivního a opakovaně myslí na smrt. Takový způsob uvažování vede k vyhasínání motivace k jednání a rezignaci.⁹⁶ Onemocnění mívá většinou počátek mezi 15. a 35. rokem života, přičemž nejméně polovina případů začíná již před 25. rokem. Postihuje stejně často ženy i muže, přičemž u mužů začíná v průměru o několik let dříve.⁹⁷

Mezi nejzávažnější situace, kdy dochází u pacientů s depresí k suicidálnímu jednání, patří období zmírnění těžké deprese. Člověk má najednou energii na to, aby realizoval své suicidální myšlenky.⁹⁸ Lidé s depresí se při nezdařené sebevraždě tohoto jednání dopouštějí i opakovaně. Často je totiž u nich přítomen jednoznačný úmysl zemřít a tím se zbavit svého utrpení.⁹⁹

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které narušuje schopnost jedince srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Existuje v řadě forem, které se odlišují v psychopatologickém projevu, v průběhu a míře poškození.¹⁰⁰ Projevuje se poruchami myšlení, vnímání a afektivity.¹⁰¹ Narušení vztahu člověka ke skutečnosti způsobuje změny osobnosti. Postižený není schopen pokračovat v životě tak, jak žil před vypuknutím nemoci. Snižuje se jeho společenské uplatnění, zvláště v profesích, které vyžadují vysoké výkon a zodpovědnost. Dochází k poruchám vnímání¹⁰² a

⁹² Vašína, L. Základy psychopatologie a klinické psychologie. Brno: IMS, 2010, s. 142

⁹³ úmrtí partnera, rozchod

⁹⁴ např. kortikoidy

⁹⁵ Praško, J.; Prašková, H.; Prašková, J. Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. Praha: Portál, 2003, s. 61 - 66

⁹⁶ Vašína, L. Základy psychopatologie a klinické psychologie. Brno: IMS, 2010, s. 144

⁹⁷ Praško, J.; Prašková, H.; Prašková, J. Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. Praha: Portál, 2003, s. 61 - 66

⁹⁸ Praško, J. Péče o suicidálního pacienta. Psychiatrie pro praxi [online]. 2006, č. 4 [cit. 2011 - 03 - 06], s. 191 - 195. Dostupné z: <
<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>

⁹⁹ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 491

¹⁰⁰ Raboch, J. Psychiatrie. Praha: Galén: Karolinum, 2001, s. 227 - 241

¹⁰¹ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 62

¹⁰² např. k halucinacím

k poruchám jednání. Nemocný prožívá stav vnitřního napětí, který je spojený s pocitem odcizení vlastního prožívání. Typické je vztahovačné myšlení, většinou se silou bludného přesvědčení. Člověk je přesvědčen, že vše kolem něho je zinscenované, někým řízené a s neznámým cílem. To mu způsobuje duševní napětí a nutí ho jednat zbrkle a neuváženě.¹⁰³ Sebevražedné riziko u schizofrenie je velmi vysoké. Pavlovský (1996) uvádí, že: „v prvním roce od počátku onemocnění se o sebevraždu pokusilo 10 % lidí“. Tuto tendenci posiluje deprese, pocity selhání a opuštěnosti, beznaděj, stigmatizace, zavržení rodinou a také zvýšená konzumace alkoholu a užívání drog.¹⁰⁴

Poruchy osobnosti lze zařadit k dalším psychickým poruchám, které mohou být rizikovými faktory zvyšující pravděpodobnost suicidálního jednání. Osoby, u kterých se vyskytuje některá z forem poruch osobnosti, se vyznačují trvalou povahovou odchylkou od normy. Počátky onemocnění lze najít už v dětství a konečné podoby dosahuje v dospělosti. K příčinám vzniku těchto poruch patří vlivy dědičné a vlivy psychosociální. Z psychosociálních vlivů je to zejména výchova. Zásadní vliv na vznik onemocnění přitom mají vlivy dědičné. Během života může ovšem dojít k sekundární změně osobnosti v důsledku tělesného nebo duševního onemocnění a vlivem dlouhotrvajícího stresu.¹⁰⁵ Vágnerová uvádí jako další příčiny sníženou toleranci k zátěži a celkový neuspokojivý způsob života, se sklony k nadužívání alkoholu, případně jiných psychoaktivních látek.¹⁰⁶

Lidé trpící těžkým somatickým onemocněním nebo trvalou invaliditou, kterým tato postižení brání v kvalitním a naplněném životě, jsou také velmi často náchylní k suicidálnímu jednání. Důvody jejich rozhodnutí spáchat sebevraždu, lze vidět v chronické bolesti, tělesné bezmocnosti, nepříznivé prognóze. Většinou jde o důkladně promyšlenou bilanční sebevraždu. Nejčastěji se důvod sebevraždy z důvodu somatického onemocnění vyskytuje u osob ve vyšším věku. Dle Džurové lze vidět ve zvýšení věku sebevrahů z důvodu somatického onemocnění v oddalování smrti používáním náročných lékařských technologií (operace, transplantace, účinnější léky). Mladí lidé, kteří dříve ukončovali svůj život z důvodu nemoci, mají v dnešní době

¹⁰³ Raboch, J. Psychiatrie. Praha: Galén: Karolinum, 2001, s. 227 - 241

¹⁰⁴ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 491

¹⁰⁵ Raboch, J. Psychiatrie. Praha: Galén: Karolinum, 2001, s. 329

¹⁰⁶ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 491

mnohem větší šanci na přežití. Otázkou ovšem zůstává kvalita jejich života.¹⁰⁷ Zvýšené množství sebevražd, bylo v posledních letech zaznamenáno také u osob HIV+. U těchto osob může být rozhodnutí spáchat sebevraždu ovlivněno nejen nepříznivou prognózou, ale často je důvodem i sociální stigmatizace.¹⁰⁸

Podle psychiatra E. Hermana jsou nejčastějšími somatickými onemocněními, která se objevují u lidí v souvislosti se suicidálním jednáním neurologická onemocnění. Z nich lze jmenovat roztroušenou sklerózu, Huntingtonova nemoc a úrazy mozku a míchy. Z dalších to jsou maligní nádory, již zmiňované HIV, vředová choroba, obstrukční plicní nemoc (hlavně u mužů), chronická dialýza, chronická bolest a nemoci narušující soběstačnost.¹⁰⁹

K rodinným problémům, které mohou zvyšovat pravděpodobnost suicidálního jednání, patří i vztahy mezi partnery navzájem. Dostupné statistiky dokládají, že u osob, které žijí v rodině, je četnost sebevraždy nižší, než u jedinců svobodných, rozvedených nebo ovdovělých. Sociální vazby působí tedy jako prevence suicidalita a posilují pocit smyslu života. Naopak neuspokojivé nebo dokonce chybějící vztahy, dlouhodobá osamělost a chybějící partner, který je oporou, jsou faktory riziko sebevraždy zvyšující.¹¹⁰

2. 4 Dílčí závěr

Suicidální jednání se objevuje v nejrůznějších formách a z nejrůznějších příčin. Pochopit motivy, které vedou jedince k tak závažnému jednání, kterým je bezpochyby suicidium, je velmi náročné. Člověk, který sám neprožil suicidální krizi, může jenom ztěžil chápat pocity, které vnímá suicidant. Ani blízcí tohoto člověka mnohdy netuší, že se člověk, se kterým žijí, se chystá svůj život ukončit sebevraždou. Na vzniku suicidálního jednání se totiž podílí řada nejrůznějších rizikových faktorů, které jedince ovlivňují. Každý člověk je jiný a každý tyto faktory vnímá jinak, proto nelze dopředu

¹⁰⁷ Džúrová, D.; Dragomirecká, E. Sebevražednost obyvatel České republiky v období transformace společnosti. Praha: Univerita Karlova, 2002, s. 34

¹⁰⁸ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 492

¹⁰⁹ Herman, E. Suicidalita v ambulantní praxi. Psychiatrie pro praxi [online]. 2004, č.2 [cit. 2011 - 03 - 06], s.80 – 82. Dostupné z: < <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/02/08.pdf>

¹¹⁰ Džúrová, D.; Dragomirecká, E. Sebevražednost obyvatel České republiky v období transformace společnosti. Praha: Univerita Karlova, 2002, s. 31 - 32

nikdy říci, kdo a kdy suicidium spáchá. Proto je tento druh lidského jednání závažným jevem, který je neustále studován a hledají se další a další možnosti, jak mu předcházet.

3. Specifika suicidia u dětí a adolescentů

V této části textu bude pracováno s pojmy dítě a adolescent. Je proto vhodné tyto pojmy blíže specifikovat.

Statistické údaje v oblasti suicidalit pracují s věkovými skupinami v době dětství a dospívání jako se skupinou dětí v období 10 až 14 let a skupinou adolescentů od 15 do 19 let. Z tohoto důvodu je toto členění použito i zde.

3.1 Vývojové zvláštnosti u dětí a adolescentů

V období dětství a zvláště v období dospívání dochází v životě člověka k významným vývojovým změnám, které jej činí velmi zranitelným. Proto jsou děti a adolescenti považováni za nejohroženější populační skupiny ve výskytu rizikového chování. Mezi rizikové chování lze řadit i suicidální jednání.¹¹¹ Zatímco v populaci dospělých počet sebevražd klesá, u dětí a zvláště pak u adolescentů, se výskyt suicidálního jednání zvyšuje. Koutek uvádí, že možným důvodem může být zvýšený tlak na úspěch a školní výkon, či stále se stupňující sociální rozdíly ve společnosti. Jako nejpravděpodobnější důvod vzrůstu počtu sebevražd ovšem Koutek vidí v rozšíření konzumace drog u této věkové skupině.¹¹²

Stejně jako u dospělých lze i u dětí a adolescentů rozlišovat různé formy suicidálního chování a jednání. Jsou to suicidální myšlenky, tendence, suicidální pokusy a dokonané suicidium. Dle Černého jsou pro děti a adolescenty nejtypičtější tyto formy suicidálního jednání: suicidální výhrůžky, suicidium jako pomsta nebo trest okolí, sebepotrestání, suicidium jako zkratková reakce, ojediněle suicidium jako napodobení a také suicidium jako následek depresivních stavů.¹¹³

Suicidální chování u dětí mladších deseti let bývá velmi neobvyklé. Jeho výskyt lze jen velmi těžko hodnotit. Dítě je totiž teprve mezi 9. - 11. rokem života schopno

¹¹¹ Marková, M. Vliv sociálních faktorů na problémové chování adolescentů. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, č. 3 [cit. 2011 – 03 – 06], s. 190 – 191. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/03/11.pdf>

¹¹² Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 23

¹¹³ Černý, L. Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p., 1970, s. 15 - 20

pochopit smrt jako něco, co se už nedá vrátit zpět.¹¹⁴ Teprve v okamžiku, kdy je dítě schopno myslet hypoteticky, tzn. na úrovni pouhé možnosti, může pochopit i smrt. Z tohoto důvodu je proto pro jeho postoj k suicidiu důležitá vývojová změna myšlení.¹¹⁵ Přesto se výjimečně objevuje suicidální jednání už u sedmiletých dětí a velmi vzácně i u mladších.¹¹⁶ Většinou je suicidální jednání u dětí zkratovou reakcí. Dítě má z něčeho strach, chce uniknout nějakému ohrožení, např. trestu nebo ponížení.¹¹⁷

Adolescence, je vývojové období v životě člověka, které je spojeno s řadou vývojových úkolů. Lze mezi ně řadit úkoly spojené s vývojem vlastní identity, akceptace sexuální role, odpoutání se od rodičů, schopnost navazovat vztahy s druhými lidmi a také schopnost přijmout určité normy a ideály. K tomuto vývojovému stadiu patří také pochybnosti o sobě, o vlastním těle, o své úloze ve světě a další. Adolescenti mají specifický přístup ke smrti. Často o ní přemýšlejí, zabývají se myšlenkou, co bude po smrti a častěji než ostatní lidé jsou ochotni riskovat vlastní život.¹¹⁸

Pod vlivem těchto vývojových specifíků se mladý člověk v období adolescence často dostává do situace, kdy se cítí bezradný a nenachází smysl vlastní existence. Objevuje se u něho subjektivní pocit, že selhal a že toto selhání je definitivní. Vlivem špatného zhodnocení situace vidí východisko z tohoto problému v suicidálním jednání. Pro toto vývojové období je charakteristické emoční hodnocení situace, které převažuje nad racionálním přístupem.¹¹⁹

Vágnerová definuje emoce jako: „*schopnost reagovat prožitkem libosti či nelibosti, spojeným s fyziologickými reakcemi a změnou aktivity, eventuálně i dalšími projevy*“. Funkcí emocí je regulace projevů chování směřující k adaptaci na dané podmínky. Emocionální problémy mohou u adolescentů v některých případech vyústit až k poruchám emocionality. Důsledkem může být sebepoškození a suicidální jednání.¹²⁰

¹¹⁴ Hort, V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, s. 406

¹¹⁵ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 503

¹¹⁶ Hort, V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, s. 406

¹¹⁷ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 502

¹¹⁸ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 48

¹¹⁹ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 503

¹²⁰ Vágnerová, M. Základy psychologie. Praha: Karolinum, 2004, str.167

3. 2 Rizikové faktory u dětí a dospívajících

Zatímco u dospělé populace jsou nejčastěji uváděnými příčinami suicidálního chování rodinné poměry, duševní a somatická onemocnění, u dětí jsou somatické problémy nahrazeny problémy spojenými se školou. Ve skupině adolescentů jsou to stejné problémy jako u dětí, ovšem na prvním místě doplněné skupinou problémů vztahových a sexuálních.¹²¹

Při diagnostice duševních poruch u dětí a adolescentů je nutné společně posuzovat nejen duševní stav daného jedince, ale také jeho tělesný stav a individuální sociální situaci.¹²²

Deprese se v dětství a adolescenci vyskytuje velice často. Na rozdíl od dospělých je ovšem častěji spojována s poruchami chování a agresivitou. Vyskytuje se asi u 1- 8% dětí a adolescentů. Malá uvádí, že: „mezi rizikové faktory pro vznik deprese u dětí a adolescentů patří rodičovská psychopatie, konfliktní rodinné prostředí, nedostatečné sociální dovednosti a způsoby zvládání stresu, chudé nebo žádné přátelské, vrstevnické vztahy“. Riziko suicidia u dětí a adolescentů s depresivním syndromem je až dvacetkrát vyšší než v běžné populaci.¹²³

Schizofrenie u dětí a adolescentů, stejně jako u dospělé populace, patří k závažným psychickým onemocněním. Ačkoli je toto onemocnění v dětství extrémně vzácné a v adolescenci stále ještě vzácné, je mu nutno při diagnostice suicidálního jednání věnovat pozornost.¹²⁴ Stejně jako u dospělých, se lze u dětí a adolescentů se schizofrenií setkat s větším výskytem suicidálního jednání, než je obvyklé v běžné populaci těchto jedinců. Důvodem je častý depresivní syndrom, který se u nich vyskytuje. Obzvláště v období adolescence může být zdánlivě bezdůvodné suicidální jednání prvním příznakem schizofrenního onemocnění.¹²⁵

Poruchy osobnosti u dospělých, které lze označit jako psychopatie, jsou výsledkem poruchového vývoje v dětství a adolescenci. Pro tento vývoj v období dětství a adolescence se ustálilo označení disharmonický vývoj osobnosti. Zatímco u

¹²¹ Sekot, A. Úvod do sociální patologie. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 152 - 154

¹²² Hort, V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, s. 109

¹²³ Hort, V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, s. 190

¹²⁴ Hort, V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, s. 145

¹²⁴ Koutek, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 62

¹²⁵ Koutek, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 62

dospělého jedince je osobnost v základu, včetně abnormalit, již utvořena, u dítěte a adolescenta se teprve vytváří a s postupem vývoje prodělává významné změny. Na to, jak se osobnost u dítěte a adolescenta dotvoří, mají vliv nejen genetické predispozice, ale také vývojové podmínky prostředí, výchovné působení a také léčebné postupy.¹²⁶

Vymezení poruch osobnosti, které jsou v povědomí dosud chápané jako psychopatie, je velmi složité. Jde o přetrvávající vlastnosti a projevy osobnosti, které se projevují nepřiměřenými reakcemi na osobní a sociální situace. Tyto projevy jsou odchylkou od chování, které je pro průměrnou osobu v dané kultuře běžné.¹²⁷

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) lze rozlišovat poruchu osobnosti paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní (s variantou impulzivní a hraniční), histrionskou, anankastickou, anxiózní a závislou.¹²⁸ U dětí a adolescentů však hovoříme o disharmonickém vývoji osobnosti s rysy např. anxiózními. Podle diagnostických kritérií lze totiž poruchu osobnosti specifikovat až po 16. roku věku.¹²⁹

Poruchy osobnosti snižují adaptabilitu dítěte či adolescenta a každá trochu jiným způsobem stěžuje jejich zapojení do společnosti. Suicidální jednání se vyskytuje zejména u poruch osobnosti s rysy disociálními, histrionskými, anxiózními a emočně nestabilními.¹³⁰

K dalším závažným duševním onemocněním, která mohou vyvolávat suicidální jednání, patří poruchy příjmu potravy. Tyto poruchy provázejí změny v oblasti psychické i tělesné. Existují ve dvou variantách. Je to mentální anorexie a mentální bulimie. Společným znakem těchto poruch příjmu potravy je touha po extrémní štíhlosti.¹³¹

Mentální anorexie znamená vědomé omezování příjmu potravy a následné hubnutí. Dochází jednak ke změnám tělesným, ale také psychickým. Tělesné změny vyplývají z dlouhodobé podvýživy, zvýšené konzumace léků, které podporují hubnutí, případně vyprazdňování. Psychické změny jsou patrné zejména v oblasti depresivního

¹²⁶ Mühlpachr, P. Sociální patologie. Brno: Masarykova univerzita, 2002, s. 84

¹²⁷ Hort, V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, s. 327

¹²⁸ Hort, V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, s. 327

¹²⁹ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 68

¹³⁰ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 68

¹³¹ Hort, V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, s. 263

syndromu, zvýšené dráždivosti a zejména v poruše vnímání svého těla, kdy je postižený jedinec přesvědčen i v okamžiku extrémní vyhublosti o své nadváze.¹³²

Psychiatr Koutek uvádí, že: „*mentální bulimie je charakteristická opakovanými záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti*“. Po sněžení většího množství jídla dochází u postiženého k pocitům viny a snaze následky přejídání snížit. Nejčastějším způsobem je zvracení.¹³³ Počátek výskytu onemocnění lze sledovat zejména do období adolescence a postihuje zejména dívky. Jde o onemocnění s vysokou úmrtností. Mortalita je uváděna mezi 5 - 17%, v průměru tedy kolem 8%. K úmrtnosti dochází z důvodu patologické vyhublosti vedoucí až k selhání životně důležitých orgánů a z důvodu suicidia. Pro postiženého totiž každé přibrání vede k pocitům, že nic nemá smysl a odtud je už blízko k suicidálním tendencím. Podle některých autorů asi 2% anorektiček dokonane suiciduje.¹³⁴

Oblast závislostí na návykových látkách je velkým problémem celé společnosti. U dětí a adolescentů mají ovšem návykové látky specifická rizika. Patří sem zvýšené riziko těžkých otrav, rychlejší vytváření závislosti, zaostávání v psychosociálním vývoji, vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky a další.¹³⁵

V dětství a adolescenci je význam nadužívání alkoholu v souvislosti se suicidálním jednáním nižší, než u dospělé populace, přesto může mít alkohol u dětí a adolescentů funkci prostředku vhodného ke spáchání suicidia. Také bývá používán jako podpurný prostředek na „*dodání odvahy*“ k suicidiu.¹³⁶

Dramatický vzestup drogové závislosti v posledních letech u dětí a adolescentů v souvislosti s následným abstinenčním syndromem znamená významný rizikový faktor u této skupiny jedinců. Důležitou úlohu hraje jednak samotné působení látky a s ním spojené abstinenční příznaky, ale také mnohdy bezvýhodná situace závislého při shánění financí na nákup drogy. Koutek uvádí, že: „*podle některých odhadů až 18% závislých na drogách dokonane suiciduje*“. Snadnější přístup k drogám na počátku 90. let 20. století podle něj pravděpodobně způsobil i zvýšenou sebevražednost u dětí a

¹³² Hort, V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, s. 264 - 265

¹³³ Hort, V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, s. 271

¹³⁴ Koutek, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 65 - 66

¹³⁵ Hort, V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, s. 285

¹³⁶ Koutek, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 64

adolescentů.¹³⁷ Doba dospívání je totiž charakteristická touhou poznat něco nového, tabuizovaného, patřit do nějaké skupiny, dokázat svoji nezávislost na rodičích a jiných autoritách. To vše zvyšuje riziko vzniku závislosti na drogách.¹³⁸

K rizikovým faktorům zvyšující možnost suicidálního jednání patří i patologické hráčství. Neustálý nedostatek peněz a zvyšující se dluhy mohou jedince dostat do bezvýchodné situace. Jako jedno z možných řešení volí často suicidium. Koutek uvádí: „řada gamblerů se odhodlala k léčbě, poté co se dostali do zdravotnického zařízení po suicidálním pokusu“.¹³⁹

Rodina je místo, kde bychom se měli cítit bezpečně. Je to místo, kde se děti učí žít v lidské společnosti, učí se, jak žít v partnerství a jak vychovávat vlastní děti. Rodina má proto při formování osobnosti dítěte největší vliv. Je nutné, aby plnila veškeré své funkce, které plnit má. Jsou jimi funkce biologicko reprodukční, sociálně ekonomická, funkce ochranná, socializačně výchovná a zásadní a nezastupitelná funkce emocionální.¹⁴⁰

Podle toho, jak rodina tyto funkce plní, je možné rozlišovat rodinu funkční, která přiměřeně plní všechny svoje funkce. V rodině dysfunkční nejsou některé funkce plněny dostatečně, avšak celkový život rodiny není zásadně ohrožen. Rodina afunkční nezvládá své základní funkce a touto skutečností je zásadně narušen vývoj dítěte.¹⁴¹

Při analýze rodinného prostředí u suicidálních dětí se velmi často nachází emoční chlad a nezáměr ze strany rodičů. Nedostatečný čas strávený rodiči s jejich dětmi často vede k pasivnímu trávení volného času, bezcílnému toulání a užívání alkoholu a jiných návykových látek jako způsobu odpočinku a zábavy. Praktikování příliš tvrdé výchovy s prvky agresivity a drastickými tresty patří také k rizikovým faktorům suicidia u dětí a adolescentů.¹⁴²

Podle Pffeerové jsou dalšími rizikovými faktory suicidálního jednání u dětí a adolescentů ve spojení s rodinou separace dítěte od rodiny, rozvod rodičů, příchod nového partnera jednoho z rodičů do rodiny, rodičovský alkoholismus nebo drogová

¹³⁷ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 64 - 65

¹³⁸ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 562

¹³⁹ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 65

¹⁴⁰ Kraus, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008, s. 81 - 83

¹⁴¹ Kraus, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008, s. 80

¹⁴² Marková, M. Vliv sociálních faktorů na problémové chování adolescentů. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, č. 3 [cit. 2011 - 03 - 06], s. 190 - 191. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/03/11.pdf>

závislost, zneužívání dítěte členem rodiny, deprese a suicidální chování rodičů.¹⁴³ Velkým problémem může také být úmrtí jedno z rodičů.¹⁴⁴ V řadě výzkumů byla potvrzena také vazba výchovného stylu a emočního vztahu k dětem na vývoj rizikového chování dětí. Jako optimální způsob výchovy vidí Čáp v kladném emočním vztahu rodičů k dětem v kombinaci se středním řízením. Lhostejná nebo naopak autokratická výchova je v souvislosti s rizikovým chováním a tedy i suicidálním jednáním nepříznivá.¹⁴⁵

Škola zastává v životě dnešního dítěte i adolescenta nezastupitelnou úlohu. Dítě tráví ve škole velkou část dne a školní prostředí napomáhá formovat společně s rodinou osobnost dítěte. V dnešní společnosti jsou na žáky a studenty kladeny stále vyšší nároky, vzdělání hraje v životě jednotlivce velmi důležitou úlohu a zvyšuje jeho možnosti při hledání zaměstnání s vysokým sociálním statusem. Škola a velmi často také rodiče mají proto na děti vysoké nároky.

Školní neúspěch, ať v oblasti prospěchu nebo chování, tedy často znamená pro jedince velmi traumatizující situaci. Ta může vyústit až k suicidálnímu jednání. K ohroženým jedincům lze zařadit děti a adolescenty s menším nadáním, hyperkynetickým syndromem nebo jinak hendikepované. Význam školního selhání je také často závislý na rodinné situaci a na vztazích dětí a adolescentů k rodičům.¹⁴⁶

Se školním prostředím souvisí také problematika vrstevnických vztahů. Jestliže jsou děti nebo adolescenti dobře zapojeni mezi vrstevníky, vede to k jejich přiměřenému sebevědomí. V opačném případě, kdy například dochází ze strany spolužáků k šikanování, může docházet k pocitům vyloučenosti a neúspěchu, které mohou zvyšovat riziko suicidálního jednání.¹⁴⁷

Šikana je v současnosti vnímána jako jeden z nejpálčivějších problémů sociálně patologických jevů zejména u dětí a adolescentů. Je řazena mezi agresivní chování a v současnosti řešena jako celosvětový problém. Zvláště zářející je stále se snižující věk agresorů. Slovo šikana pochází z francouzského slova „*chicane*“, což znamená

¹⁴³ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 41

¹⁴⁴ Hort, V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, s. 407

¹⁴⁵ Čáp, J., Mareš, J. Psychologie pro učitele. Praha: Portál, 2007, s. 303 - 326

¹⁴⁶ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 41

¹⁴⁷ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 42

zlomyslné obtěžování, týrání, pronásledování a opakované požadování nesmyslné činnosti po jiném jedinci.¹⁴⁸

Šikanou může být ohrožen kdokoliv, ale za zvláště rizikové jedince lze považovat takové děti a adolescenty, kteří se nějakým způsobem odlišují. Může jít o děti uzavřené, bázlivé, obézní, tělesně málo obratné, děti ze sociálně slabých rodin, ale i děti nadprůměrně nadané.¹⁴⁹

3. 3 Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci

Sebepoškození je fenomén, který překračuje hranice běžného chápání a racionality. Za posledních 20 let je zaznamenán jeho nárůst až 250% a lze ho nazvat „*novou patologií současnosti*“.¹⁵⁰

Sebepoškození je nutno vnímat v sociálním kontextu a na sociokulturním pozadí. Už u primitivních národů probíhalo rituální sebezraňování za účelem ozdobným, ale také jako znamení příslušnosti k určité sociální skupině. I v současnosti lze najít sebezraňování jako znak příslušnosti k určité skupině. Tetování například slouží u určité skupiny adolescentů jako specifická značka. Může se jednat o nacistické symboly u skinheadů nebo jako značka příslušnosti k pouličnímu gangu. Podobnou funkci plní také piercing.¹⁵¹ Takové jednání je ovšem nutno odlišovat od sebepoškození v patologickém smyslu.¹⁵²

M. Kriegelová ve své knize použila jednu z nejnovějších definic sebepoškození z roku 1999, jejímž autorem je Armando R. Favazza. Ten definuje sebepoškození jako „*úmyslné zranění vlastního těla bez zjevného suicidálního záměru a bez záměru sexuálního nebo dekorativního*“. Dle autorky se jedinec tímto chováním snaží zmírnit

¹⁴⁸ Vykopalová, H. Sociálně patologické jevy v současné společnosti. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, s. 104

¹⁴⁹ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 42

¹⁵⁰ Ryšánková, M. Proč se dospívající sebepoškozují. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, č. 3 [cit. 2011-03-06], s. 383-387. Dostupné z: <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/06/07.pdf>>

¹⁵¹ Babáková, Z. Sebepoškození v dětství a adolescenci. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2003, č. 4 [cit. 2011-06-03], s. 1-4. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/04/05.pdf>>

¹⁵² Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 73

psychické napětí a tím dosáhnout emocionální rovnováhy.¹⁵³ K sebepoškození dochází bez účasti cizí osoby, je neohrazené ve smyslu formy, kvantity a míry naléhavosti.¹⁵⁴

Záměrné sebepoškození je typické pro období adolescence a může pokračovat dalších 10- 15 let. Nejčastějším typem sebepoškození u adolescentní populace je tzv. impulzivní typ, jehož výskyt v posledních letech stoupá. Mezi klienty psychiatrických oddělení v adolescentním věku je to 40 - 61 %. U běžné adolescentní populace se tento typ sebepoškození vyskytuje v rozmezí 14 - 39% a v poměru 4 : 1 převažují dívky nad chlapci.¹⁵⁵

Impulsivní sebepoškození se může objevovat v různých formách. Může jít o řezná poranění kůže, předloktí, hřbety rukou, popálení od cigarety, škrábance nehtem ale i poleptání. Objevily se i případy extrémního okusování nehtů nebo zlomeniny zubů.¹⁵⁶ K sebepoškození bývají používány rozmanité předměty, jako jsou nože, žiletky, nůžky nebo i sklo.¹⁵⁷

Impulzivní typ sebepoškození má funkci seberegulačního mechanismu. Často se vyskytuje při nadměrné emoční zátěži.¹⁵⁸ Příčiny mohou být ovšem i jiné. Většinou se jedná o nevědomé motivy, kdy jedinec obrací agresivitu vůči sobě nebo se spekuluje i o jakési formě sebetrestání. Velké procento jedinců, kteří se záměrně sebepoškozují, má sadomasochistické fantazie. Podle některých psychologických vysvětlení je důvodem prožitek určité sebekontroly a krvácení jim přináší uklidnění.¹⁵⁹ Žádný z běžných způsobů sebepoškození ve většině případů nebývá přímou příčinou smrti. Ovšem vzhledem k častému společnému výskytu sebepoškození a závažných psychických poruch je nutno odlišovat sebepoškození s nízkým rizikem ohrožení života a sebepoškození s rizikem vysokým. Popsány jsou taktéž souvislosti s biologickými dispozicemi a s krizovými životními situacemi.¹⁶⁰

¹⁵³ Kriegelová, M. Záměrné sebepoškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada, 2008, s. 10

¹⁵⁴ Babáková, Z. Sebepoškození v dětství a adolescenci. Psychiatrie pro praxi[online]. 2003, č. 4 [cit. 2011 – 06 – 03], s. 1 – 4. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/04/05.pdf>

¹⁵⁵ Ryšánková, M. Proč se dospívající sebepoškozují. Pediatrie pro praxi [online]. 2008, č. 3 [cit. 2011 – 03 – 06], s. 383 – 387.

Dostupné z: <<http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2008/06/07.pdf>

¹⁵⁶ Babáková, Z. Sebepoškození v dětství a adolescenci. Psychiatrie pro praxi[online]. 2003, č. 4 [cit. 2011 – 06 – 03], s. 1 – 4.

Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/04/05.pdf>

¹⁵⁷ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 74

¹⁵⁸ Ryšánková, M. Proč se dospívající sebepoškozují. Pediatrie pro praxi [online]. 2008, č. 3 [cit. 2011 – 03 – 06], s. 383 – 387.

Dostupné z: <<http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2008/06/07.pdf>

¹⁵⁹ Hort, V. et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2008, s. 341

¹⁶⁰ Ryšánková, M. Proč se dospívající sebepoškozují. Pediatrie pro praxi [online]. 2008, č. 3 [cit. 2011 – 03 – 06], s. 383 – 387.

Dostupné z: <<http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2008/06/07.pdf>

Přístupy k posuzování sebepoškození se v odborné literatuře mohou odlišovat. Jeden přístup posuzuje sebepoškození odděleně od suicidálního jednání. Jako důvod uvádí rozdílnou motivaci a psychodynamický průběh. Hlavní rozdíly mezi sebepoškozením a suicidálním jednáním vidí v rozdílu v důsledcích. Sebepoškození nemá latentní důsledky, velmi často dochází k opětovnému jednání a suicidální úmysl se při sebepoškození vyskytuje pouze výjimečně.¹⁶¹

Druhý přístup vidí vzájemný vztah mezi sebepoškozením a suicidálním jednáním. U osob, které se sebepoškozují, existuje větší riziko suicidálního pokusu. Koutek uvádí, že „přibližně 55-85% osob, které se sebepoškozují, uskuteční nejméně jeden suicidální pokus“.¹⁶²

3. 4 Dílčí závěr

Suicidální jednání v dětství a adolescenci se oproti suicidálnímu jednání ostatní populace vyznačuje určitými specifiky. Při zjišťování příčin a motivů suicidálního jednání dětí a adolescentů je nutné věnovat zvýšenou pozornost rodinnému prostředí těchto dětí. Dítě je nuceno často žít v prostředí hádek, opilosti, s novými partnery rodičů a nemůže z tohoto prostředí odejít tak snadno, jak by mohl dospělý člověk. Jejich psychický stav se pod vlivem nežádoucích projevů v rodině zhoršuje a děti mohou vidět východisko, jak z tohoto prostředí uniknout, v suicidálním jednání. Rodiče jsou v dnešní době často pracovně vytížení, v rodinách je také běžné, že místo věnování se dětem sledují rodiče televizi. Mnoho dospělých také podlehl vlivu internetu a na rodinný život nezbyvá čas. Rodič si proto často ani nevšimne, že má jeho potomek nějaké problémy. V rodinách se vytrácí vzájemná komunikace. Děti poté, co se dostanou do problémů, ani neumí s rodiči problém řešit. Velmi často se lze také setkat s rodiči, kteří chtějí, aby jejich dítě dosáhlo v životě mnohem lepšího postavení, než mají sami. Vyvíjejí tlak na výkony dítěte a to mnohdy tuto zátěž neunesou.

¹⁶¹ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 76

¹⁶² Praško, J. Péče o suicidálního pacienta. Psychiatrie pro praxi [online]. 2006, č. 4 [cit. 2011-03-06], s. 191 – 195. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>>

4. Krize v životě člověka

Rizikové faktory suicidálního jednání jak u dětí a adolescentů, tak i u dospělých, je nutno hodnotit jako nespecifické. Pouze zvyšují pohotovost k sebevražednému jednání.¹⁶³ I když jsou známy rizikové faktory, stále neexistuje spolehlivý způsob, jak předvídat, který člověk se dopustí suicidálního jednání a který, i když je vystaven stejným rizikům, takto jednat nebude.¹⁶⁴ Proto je při posuzování rizikových faktorů důležité brát v potaz také faktory spouštějící suicidální jednání a faktory protektivní.¹⁶⁵

Spouštěče suicidálního jednání nasedají na již existující rizika a společně vedou k suicidálnímu jednání. Jako spouštěče mohou fungovat konflikty s rodiči, stres, neúspěch ve škole a v zaměstnání, smrt partnera nebo dítěte a mnoho dalších životních situací. Protektivní faktory snižují riziko suicidálního jednání. Mohou jimi být například fungující rodina, dobré vrstevnické vztahy nebo bohaté zájmy.¹⁶⁶

4.1 Životní situace

Každý člověk se během svého života dostává do velkého množství různých životních situací. Každá taková situace je jiná a lze říci, že naprosto stejná situace se v lidském životě nikdy neopakuje.¹⁶⁷

Pojem situace vysvětluje Kraus jako „*komplex podnětů (jevů, osob, vztahů mezi nimi) vyskytujících se v určitém místě a v určitém čase*“.¹⁶⁸ Jedinec není pouze nečinným účastníkem těchto situací, ale je nucen je řešit. Některé vyřeší snadno a jejich zvládnutí je pro něho běžnou každodenní činností. Jiné životní situace se mu mohou jevit jako složité a vyžadují od něho více úsilí k vyřešení. V tom případě lze hovořit o jedinci, který se ocitl v tzv. náročné neboli zátěžové životní situaci.¹⁶⁹ Špatenková uvádí tabulku náročných životních situací, kterou v roce 1964 sestavili Holmes a Rahe. Za nejnáročnější životní situace na prvních deseti místech považují smrt životního partnera,

¹⁶³ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 491

¹⁶⁴ Praško, J. Péče o suicidálního pacienta. Psychiatrie pro praxi [online]. 2006, č. 4 [cit. 2011-03-06], s. 191 – 195. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>

¹⁶⁵ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 40

¹⁶⁶ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 40

¹⁶⁷ Kraus, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008, s. 141

¹⁶⁸ Kraus, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008, s. 140

¹⁶⁹ Kraus, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008, s. 141

rozvod, rozvrat manželství, uvěznění, úmrtí blízkého příbuzného, úraz nebo vážné onemocnění, sňatek, ztrátu zaměstnání, usmíření a přebudování manželství a odchod do důchodu.¹⁷⁰

Podle toho, jak náročné životní situace vznikají, a podle možných následků lze specifikovat základní druhy zátěží.¹⁷¹

Frustrace vzniká, jestliže dojde ke zmaření aktivity, kterou jedinec vynakládá při dosahování nějakého cíle.¹⁷² Za frustrující životní situaci lze považovat stav, kdy je jedinci znemožněno dosáhnout uspokojení pro něho důležité potřeby nebo důležitého cíle, ačkoli byl přesvědčen, že ho dosáhne. Člověk neočekává, že tato situace nastane a to u něj vyvolává pocit zklamání a začíná aktivovat organismus k tomu, aby se s danou situací vyrovnal. Při vyrovnávání se s frustrací může jedinec používat různé metody. Odloží uspokojení, zvýší úsilí k dosažení cíle, změní motiv nebo rezignuje a o dosažení této potřeby přestane usilovat.¹⁷³

Frustrující situace lze rozlišovat podle zdroje na vnitřní a vnější. Vnitřní zdroje vycházejí z jedince samotného. Jde například o zábrany, které má jedinec pro určitý způsob chování. Příkladem může být muž, který touží po sexuálním styku s cizí ženou, ale ví, že by byl tento čin spojen s nevěrou, která je pro něho nepřijatelná. Frustrující může být pro jedince i to, že si klade cíle, na které svými schopnostmi nemůže dosáhnout. Za vnější zdroje frustrace lze považovat fyzické překážky nebo chování a postoje okolí. Jde například o zamčený byt, k němuž ztratil klíče nebo o výroky, které útočí na ego jedince.¹⁷⁴

Konflikt je zvláštním případem frustrace.¹⁷⁵ Patří k častým potížím, se kterými se člověk opakovaně setkává. Významným a patogenním se pro jedince stává až v okamžiku, kdy trvá delší dobu, osobně se ho dotýká a má potíže s jeho řešením. Rozlišují se konflikty vnitřní a vnější. V rovině psychopatologie jsou pro člověka důležitější vnitřní neboli interpersonální konflikty.¹⁷⁶

¹⁷⁰ Špatenková, N. Krize: psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada, 2004, s. 19 - 21

¹⁷¹ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 48

¹⁷² Heretik, A.; Heretik, A. jr. et al. Klinická psychologie. Nové Zámky: Psychoprof, spol. s r.o., 2007, s. 111

¹⁷³ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 48

¹⁷⁴ Nakonečný, M. Motivace lidského chování. Praha: Academia, 1997, s. 121 - 122

¹⁷⁵ Nakonečný, M. Motivace lidského chování. Praha: Academia, 1997, s. 125

¹⁷⁶ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 49

Existují různé modely interpersonálních konfliktů. Nakonečný uvádí často používaný model K. Lewina (1931), který vymezuje konflikt jako „*situaci, ve které na individuum působí současně protikladně zaměřené, přitom ale přibližně stejně silné tendence*“. Podle tohoto modelu se rozlišují tři typy konfliktů.¹⁷⁷

Konflikt apetence - apetence je situace, ve které je jedinec nucen se rozhodnout mezi dvěma různými, ovšem stejným způsobem příjemnými a přitažlivými cíly. Konflikt je vyřešen v okamžiku, jestliže se jeden cíl stane pro člověka z nějakého, třeba i nepatrného důvodu, atraktivnějším. Tento druh konfliktu je pro jedince nejméně náročný.¹⁷⁸

Konflikt averze - averze. Jde o konflikt mezi dvěma stejně nepříjemnými a pro jedince nepřijatelnými cíly. Je proto mnohem více náročné ho vyřešit. Člověk často rozhodování takového konfliktu oddaluje, ale stejně jako v předchozí situaci se nakonec pro jedno řešení rozhodne.¹⁷⁹

Konflikt apetence - averze lze označit jako zvláštní případ interpersonálního konfliktu. Jde o situaci, kdy je určitý objekt zároveň přitažlivý a odpudivý.¹⁸⁰ Příkladem takového konfliktu může být týrané dítě, které se touží vyhnout bolesti a přitom chce být se svými rodiči, kteří ho bijí.¹⁸¹

Stres je stav, kdy se člověk dostane do neobvykle silné a životně důležité frustrující situace. Lze jej vymezit jako reakci organismu na nadměrnou zátěž.¹⁸² Pojem stresu poprvé použil kanadský biochemik H. Selye (1907-1982). Toto označení využil pro pojmenování charakteristické fyziologické reakce, pomocí které se organismus brání zátěži. Podněty, které stres způsobují, lze rozdělit na fyzické, psychické a sociální. Mezi fyzické lze zařadit nadměrný hluk nebo příliš vysokou teplotu okolí. Příkladem psychických stresorů jsou potlačovaný vztek, trvalý spěch atd. Sociální stresory jsou silné afekty pocházející ze vztahů mezi lidmi. Může jít o šikanu na pracovišti nebo o trvale neuspokojivé manželství.¹⁸³

¹⁷⁷ Nakonečný, M. Motivace lidského chování. Praha: Academia, 1997, s. 127

¹⁷⁸ Nakonečný, M. Motivace lidského chování. Praha: Academia, 1997, s. 128

¹⁷⁹ Nakonečný, M. Motivace lidského chování. Praha: Academia, 1997, s. 128

¹⁸⁰ Nakonečný, M. Motivace lidského chování. Praha: Academia, 1997, s. 128

¹⁸¹ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 49

¹⁸² Heretik, A.; Heretik, A. jr. et al. Klinická psychologie. Nové Zámky: Psychoprof, spol. s r.o., 2007, s. 112

¹⁸³ Nakonečný, M. Motivace lidského chování. Praha: Academia, 1997, s. 133

Stres ovšem nemusí mít pouze negativní dopad na psychiku člověka. Přiměřená míra stresu může člověka nutit k aktivitě, účelně danou situaci vyřešit. Někteří jedinci dokonce stresové situace vyhledávají. Dochází při nich k vyplavování endorfinů do mozku a navozování příjemných pocitů. Adrenalinové sporty jsou toho příkladem.¹⁸⁴

Trauma představuje reakci na situaci, která vznikla náhle a přesahuje běžnou lidskou zkušenost.¹⁸⁵ Má pro jedince výrazně negativní význam, určitým způsobem ho poškozují nebo v něm vyvolávají pocit, že něco ztratil.¹⁸⁶

Trauma se u člověka projeví především v emočním prožívání. Charakteristickým znakem je ztráta pocitu jistoty a bezpečí, smutek nad ztrátou něčeho důležitého, úzkost, narušení objektivitu uvažování a atd. Ke změnám pod vlivem traumatu dochází i v chování, které se zaměřuje na únik před další životní situací, která by mohla být potencionální traumatizací. Toto chování může vést buď k izolaci člověka, nebo se projevovat jako útočné a agresivní. Situace, která přivedla u jedince trauma, se může stát pro něho zdrojem stresu a vyvolat posttraumatickou stresovou poruchu.¹⁸⁷

4. 2 Zvládání náročných životních situací

Každý jedinec se s náročnou životní situací vyrovnává jinak. Míru odolnosti k zátěžovým situacím lze označit jako frustrační toleranci. Novějším termínem používaným v literatuře je *hardiness* neboli pevnost, tvrdost a vyjadřuje stupeň odolnosti k náročné životní situaci. Schopnost odolávat zátěži v čase se označuje jako *resilience*. Znamená houževnatost a nezdolnost. Frustrační toleranci vymezuje Vágnerová jako „*komplex protektivních faktorů, jež člověku pomáhají zvládnout nepříznivé události a přečkat je při zachování duševní rovnováhy*“.¹⁸⁸

Jako protektivní faktor zvládání zátěže působí u člověka to, jak moc je situace pro něj důležitá, zda ji vnímá jako ohrožující, jaké u něj vyvolává emoční reakce. Dále to může být schopnost udržet kontrolu nad situací, zda dokáže zapomenout na nepříjemné

¹⁸⁴ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 50

¹⁸⁵ Špatenková, N. Krize: psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada, 2004, s. 18

¹⁸⁶ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 52

¹⁸⁷ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 52

¹⁸⁸ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 54

zážitky a atd. Důležitým protektivním faktorem zvládnání zátěže je sociální opora. Může mít formu pomoci rodiny, přátel nebo i profesionálů.¹⁸⁹

Vyrovňávání se zátěží umožňují člověku obranné reakce. Jde o formy svépomoci.¹⁹⁰ Aktivní variantou takové pomoci je agrese.¹⁹¹ Podle psychoanalýzy je agrese vrozená, ale nelze také vyloučit vliv učení. Lze ji definovat jako útočné chování, které se může projevovat útokem na zdroj ohrožení, ale také ve formě autoagrese.¹⁹² Krajním případem autoagrese při řešení životní situace je suicidální jednání.¹⁹³

Obrannou reakcí opačnou k agresi je únik ze zátěžové situace. Formy úniku mohou mít různý charakter.¹⁹⁴ Může jít o únik faktický, tedy útěk. Nebo se člověk poddá fantazijním představám, kdy si představuje vyřešení situace.¹⁹⁵ Běžným způsobem úniku je přenesení řešení situace na někoho jiného, případně může jedinec také vyřešení situace vzdát.¹⁹⁶

Při vyrovňávání se s náročnými životními situacemi, může člověk používat různé způsoby zvládnání, které si může i nemusí uvědomovat.¹⁹⁷ Jedním ze způsobů vědomého zvládnání zátěžové situace je coping. Copingové strategie lze dělit na dva typy. Jedním je coping zaměřený na řešení problému, tzn. odstranění problému a druhým typem je coping zaměřený na ovládnutí emocionálních následků zátěžové situace, tzn. smíření se jedince s daným stavem, snížení zlosti, hledání jiného smyslu života apod.¹⁹⁸

4. 3 Krizové životní situace

Krizi popisuje Špatenková spolu s Bašteckou jako „*reakci na situaci, kterou jedinec nemůže snadno řešit v rámci obvyklých strategií, jakými je zvyklý zvládat různé druhy zátěže*“. Každý člověk hodnotí zátěžovou situaci jinak, každý jedinec připisuje různým zátěžovým situacím jiný význam a proto je vymezení životní krize subjektivní. Krizová životní situace je tedy ta, kterou jedinec za krizi považuje. Lze ovšem obecně vymezit

¹⁸⁹ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 55

¹⁹⁰ Špatenková, N. Krize: psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada, 2004, s. 35

¹⁹¹ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 56

¹⁹² Nakonečný, M. Motivace lidského chování. Praha: Academia, 1997, s. 202

¹⁹³ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 57

¹⁹⁴ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 57

¹⁹⁵ Špatenková, N. Krize: psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada, 2004, s. 35

¹⁹⁶ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 57

¹⁹⁷ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 57

¹⁹⁸ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 58

symptomy, které, jsou-li přítomny, s největší pravděpodobností krizi způsobují. Špatenková je specifikuje takto:

- intenzivní kritická událost vybočující z každodenní reality
- prožívání situace jako ztráty, ohrožení nebo šance
- přítomnost negativních emocí a zážitků
- pocit nejistoty z budoucnosti
- náhlé narušení obvyklých vzorců chování jedince, jeho způsobu života, denního rytmu, návyků apod.
- stav emočního napětí trvající nějakou dobu (nejčastěji 2 - 6 týdnů, někdy dokonce měsíců).
- nutnost změny a přizpůsobení se nové situaci¹⁹⁹

Stejně, jak je pro každého jedince specifické, kterou životní situaci vyhodnotí jako krizovou, tak jsou individuální také reakce na tuto krizi. Je ovšem možné identifikovat společné determinanty, které tuto reakci ovlivňují. Jinak totiž bude reagovat na krizi dítě a jinak dospělý člověk. Důležitou roli hrají také vlastnosti osobnosti²⁰⁰ a pohlaví. Ženy vyhledávají častěji odbornou pomoc a muži krizi řeší spíše alkoholem nebo útekem. Velkou výhodou pro člověka, který se ocitl v krizové životní situaci, je možnost sociální opory ze strany rodiny nebo přátel. Takový člověk se bude cítit lépe, když má jistotu, že v okolí existuje někdo, kdo mu může pomoci.²⁰¹

4.3 Životní krize a suicidium

Životní krize, kterou má jedinec v úmyslu řešit sebevraždou, patří ke krizovým situacím, při kterých je nutná okamžitá intervence ze strany společnosti. Lze ji proto zařadit mezi neodkladné krizové stavy.²⁰²

¹⁹⁹ Špatenková, N. Krize: psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada, 2004, s. 18 - 21

²⁰⁰ např. temperament, emoční labilita apod.

²⁰¹ Špatenková, N. Krize: psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada, 2004, s. 34 - 35

²⁰² Špatenková, N. Krize: psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada, 2004, s. 31

Při diagnostice toho, zda se u jedince jedná o akutní ohrožení života z důvodu možného suicidálního jednání, je důležitý tzv. presuicidální syndrom. Tento syndrom předchází suicidálnímu jednání a vídeňský profesor E. Ringel (1969) jej charakterizuje hlavně jako komplexní pocit zúžení a omezení dalšího života člověka, jeho neperspektivnosti. Jedinec zužuje svoje aktivity a kontakty s druhými lidmi, nemá o nic zájem, o nic se nesnaží, všechno pro něho ztratilo smysl. V oblasti emocí není schopen pozitivního emočního prožívání. Má pocit omezení vlastních životních možností. Myslí si, že není natolik kompetentní, aby svou situaci zvládal jiným způsobem než sebevraždou. Tento jedinec se prezentuje chováním, které má jednoznačně depresivní charakter. V jeho myšlení převažují suicidální sny, myšlenky a fantazie.²⁰³

4. 4 Dílčí závěr

Už od dětství je jedinec nucen se vyrovnávat s různými úkoly a situacemi, které v životě nastávají. Zvláště období dětství a adolescence je plné překážek, které jsou dané vývojem, a nelze se na ně dostatečně připravit. O to víc je pro ně těžké, přibudou – li k nim krizové situace ve škole, doma nebo ve vrstevnických vztazích. Proto je velmi důležité učit děti a adolescenty, jak lépe krizové situace zvládat. Naučit je vyrovnat se s překážkou, s možným odmítnutím partnerem, s neúspěchem ve škole, s tím, že ne vždy dostanou vše, co si přejí. Bohužel někdy nastanou situace, na které člověk nebude připraven nikdy. Smrt blízkého, živelná katastrofa a mnoho dalších událostí mohou být situací, kterou nelze zvládnout bez pomoci druhých. Proto je také důležitou dovedností vědět, kdy a jak o pomoc požádat a nenechávat si trápení pro sebe.

²⁰³ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004, s. 502

5. Formy pomoci a prevence suicidálního jednání

V okamžiku, kdy není jedinec schopen řešit krizovou situaci sám, případně s pomocí svých nejbližších a přátel, přichází na řadu institucionalizovaná odborná pomoc. Tento druh pomoci je označován jako formální pomoc.²⁰⁴

5.1 Formy pomoci při suicidálním jednání

Pro člověka, který se ocitne v životní krizi, a je ohrožen suicidálním jednáním, existuje několik možností akutní pomoci.

První pomoc při suicidálním jednání je zajišťována lékaři somatických oborů a lékaři a psychology z psychiatrických oddělení. Jejich úkolem je zvládnutí akutního stavu, zabránění suicidálnímu jednání a v případě nedokonaného suicidia poskytnout lékařské ošetření.²⁰⁵

Po každém suicidálním pokusu zasahuje nejprve lékař některého z tzv. somatických oborů podle druhu poškození. Při větším poškození a při ohrožení života je tedy suicidant nejprve hospitalizován na příslušném oddělení somatického oboru a teprve pomine-li nebezpečí života, bývá povolán psychiatr a psycholog.²⁰⁶

Při zjištění suicidálních myšlenek, tendencí a při akutně hrozícím suicidálním jednání je taktéž indikováno okamžité psychiatrické vyšetření.²⁰⁷

K hospitalizaci na lůžkovém psychiatrickém oddělení se přistupuje vždy, když je u jedince v souvislosti se suicidálními myšlenkami a tendencemi přítomno i psychiatrické onemocnění, a to i přes odpor postiženého.²⁰⁸ Zákon, konkrétně § 23, odst. 4 zák. ČNR č. 86/ 1992 Sb. vymezuje situace, kdy je možné hospitalizovat jedince i bez jeho souhlasu.²⁰⁹ U dětí a adolescentů do 18 let věku dává souhlas s hospitalizací zákonný zástupce, případně orgán péče o dítě.²¹⁰ Dalším případem nutné hospitalizace je situace, kdy má jedinec jasný plán sebevraždy s vysokou letalitou a je pevně rozhodnut

²⁰⁴ Špatenková, N. Krize: psychologický a sociologický fenomén. Praha: Grada, 2004, s. 35

²⁰⁵ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 96

²⁰⁶ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 95

²⁰⁷ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 94

²⁰⁸ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 94

²⁰⁹ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 113

²¹⁰ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 95

k suicidiu.²¹¹ Hospitalizace po suicidálním pokusu je taktéž nařizována vždy, když se jedinec pokoušel překazit opatření, která mu měla v činu zabránit a neustále u něho trvá úmysl zemřít. Hospitalizace je nutná také v případě, kdy suicidant lituje záchrany, jedná se o muže nad 45 let s počínající psychickou poruchou a také v případě, kdy se u jedince vyskytuje změna psychického stavu vlivem somatického onemocnění.²¹²

Ambulantní psychiatrická léčba při suicidálním jednání je vhodná v případech, kdy byl suicidální pokus reakcí na náročnou životní situaci a pohled suicidanta se na význam této situace změnil. Příkladem takové situace je neúspěch u zkoušky, partnerský rozchod nebo konflikt. Od hospitalizace se ustupuje také v případě suicidálního pokusu, kde byla použita metoda, u které je malá pravděpodobnost úmrtí a také při dobré spolupráci suicidanta s lékaři. Velmi přínosné pro upuštění od hospitalizace je také vhodné rodinné zázemí a celková spolupráce rodiny.²¹³

V případě, že není nutná hospitalizace na psychiatrii a jedinec potřebuje akutní pomoc a hlavně s pomocí souhlasí, může využít sítě krizových center.²¹⁴

Krizová intervence je souhrnem služeb, jejichž cílem je poskytnout klientovi bezpečí, podporu, naději a vedení. Tyto formy pomoci mají za úkol zvýšit schopnost klienta situaci zvládat a vrátit se zpátky do běžného života, který předcházel krizovému stavu.²¹⁵

Cíle krizové intervence lze rozdělit na cíl aktuální a cíl perspektivní. Aktuálním cílem je stabilizovat stav klienta a snížit stav nebezpečí možného prohlubování jeho krizového stavu. Perspektivním cílem krizové intervence je pomoci klientovi zvládnout blízkou budoucnost a nasměrovat ho na jinou možnost řešení krizové situace, než kterou je suicidální jednání.²¹⁶ Tato pomoc má komplexní charakter a poskytuje klientovi pomoc nejen psychiatrickou a psychologickou, ale také pomoc sociální a právní.²¹⁷

²¹¹ Herman, E. Suicidalita v ambulantní praxi. Psychiatrie pro praxi [online]. 2004, č. 2 [cit. 2011 - 03 - 06], s. 80 – 82. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/02/08.pdf>>

²¹² Herman, E. Suicidalita v ambulantní praxi. Psychiatrie pro praxi [online]. 2004, č. 2 [cit. 2011 - 03 - 06], s. 80 – 82. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/02/08.pdf>>

²¹³ Herman, E. Suicidalita v ambulantní praxi. Psychiatrie pro praxi [online]. 2004, č. 2 [cit. 2011 - 03 - 06], s. 80 – 82. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/02/08.pdf>>

²¹⁴ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 94

²¹⁵ Vodáčková, D. Krizová intervence. Praha: Portál, 2007, s. 53

²¹⁶ Vodáčková, D. Krizová intervence. Praha: Portál, 2007, s. 55

²¹⁷ Mlčák, Z. Emergenční psychologie a krizová intervence. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005, s. 23

Sociální krizová intervence má klientovi pomoci zejména v situaci akutně vzniklé životní nouze či při frustraci vzniklé z nedostatku základních životních potřeb. Může mít podobu materiální, finanční, informační, sociální a emocionální opory nebo sociálního poradenství.²¹⁸

Právní krizová intervence má za úkol zajišťovat obnovení ohrožených práv a potřeb klienta, který se dostal do společensky problémové situace. Základní formou této pomoci je právní poradenství.²¹⁹

V ČR může jedinec, který potřebuje pomoc v rámci krizové intervence, využít několik forem pomoci. Jsou to:

- ambulantní forma
- hospitalizace na krizovém lůžku
- forma terénní služby
- forma krizové pomoci a služby v klientově přirozeném prostředí
- telefonická forma pomoci²²⁰

Součástí akutní pomoci se často stávají také složky Integrovaného záchranného systému. Bez technické pomoci těchto složek by často nebyla možná okamžitá pomoc a z toho důvodu je jejich úloha velmi důležitá.

Na první pomoc a krizovou intervenci by měly v případě potřeby navazovat další možnosti odborné pomoci. Tuto pomoc lze členit podle resortů, které ji poskytují²²¹

V oblasti zdravotnictví se jedná o různé druhy psychoterapeutických zásahů. Může jít o individuální psychoterapii se suicidálním jedincem, ale také o rodinnou terapii.²²²

Rodinná terapie zastává důležitou úlohu hlavně při sebevražedném jednání v dětském a adolescentním věku. Konflikty v rodině a nefungující rodina jsou často rizikovými faktory suicidálního jednání. Často jsou vztahy mezi rodiči a dětmi natolik narušené, že bez pomoci odborníka by další setrvání dítěte v takové rodině nebylo

²¹⁸ Mlčák, Z. Emergenční psychologie a krizová intervence. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005, s. 23

²¹⁹ Mlčák, Z. Emergenční psychologie a krizová intervence. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005, s. 23

²²⁰ Vodáčková, D. Krizová intervence. Praha: Portál, 2007, s. 55

²²¹ Vodáčková, D. Krizová intervence. Praha: Portál, 2007, s. 501

²²² Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 97

možné. Rodiče si totiž často vůbec neuvědomují, že svým přístupem k rodinnému životu svým dětem velmi ubližují.

V souvislosti se suicidálním jednáním a rodinnou terapií nelze opomenout konflikty, které jsou způsobeny špatnými sourozeneckými vztahy, případně v rámci rodiny preferování jednoho dítěte před druhým. Rodinné terapie, jako formy pomoci, se využívá také v okamžiku dokonání suicidia. V těchto situacích má psychoterapie velký význam pro další duševní zdraví rodičů i sourozenců.²²³

5.2 Prevence suicidálního jednání

Suicidální jednání vzniká interakcí biologických, psychologických a sociálních faktorů.²²⁴ Cílem prevence suicidálního jednání je zúžit spektrum a vliv rizikových faktorů a naopak posílit protektivní faktory na straně jedince, jeho rodiny i na straně prostředí, ve kterém se potencionální suicidant zdržuje.²²⁵ Preventivní postupy lze dělit na tři oblasti: primární, sekundární a terciální

Primární prevence se soustřeďuje na snížení výskytu suicidálního jednání v celé populaci. Hlavním úkolem je eliminace příčinných a rizikových faktorů, které toto jednání spolupodmiňují. Pozornost věnuje i jedincům, u kterých dosud nejsou patrné projevy suicidálního jednání, ale kteří jsou tímto jevem ohroženi. U těchto osob se snaží o podporu duševního zdraví a posílení protektivních faktorů, které riziko sebevraždy snižují.²²⁶

Sekundární prevence se orientuje na včasné zachycení suicidálního jednání a léčbu postižených jedinců. Zaměřuje se na rizikové skupiny osob, mezi které patří depresivní jedinci, závislí na psychoaktivních látkách, lidé v období po sdělení závažné diagnózy.²²⁷

²²³ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 98 - 99

²²⁴ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 106

²²⁵ Fischer, S.; Škoda, J. Sociální patologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, s. 80

²²⁶ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 106

²²⁷ Fischer, S.; Škoda, J. Sociální patologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, s. 80

Terciární prevence má za úkol zmírnit následky suicidálního jednání a zabránit jejímu opakování.²²⁸

Specifickou skupinu v oblasti prevence suicidálního jednání tvoří děti a adolescenti. Prevence je u této skupiny zaměřena nejen na ně samotné, ale také na rodiče, sourozence, vrstevníky, školní prostředí a organizace, které se věnují volnočasovým aktivitám dětí a adolescentů.²²⁹

5.3 Úloha sociální pedagogiky

Pomoci a prevenci v oblasti sociálně patologických jevů a tím i v oblasti suicidality se věnuje široký soubor různých profesí. Vyznačují se bezprostřední prací s lidmi v oblasti sociální, výchovně vzdělávací i zdravotnické a jsou více službou a posláním, než rutinní prací. Ve spektru jejich zájmů je i pomoc jednotlivci či skupinám při řešení náročných a problémových životních situací. Tyto profese se označují jako pomáhající a řadí se k nim i profese sociálního pedagoga.²³⁰

Sociální pedagogika je vědní obor, který je specifický svou mezioborovou působností. I když má nejužší vztah se sociologií, z pohledu životní praxe soustřeďuje a dále rozvíjí poznatky pedagogiky, společenských a i dalších vědních disciplín.²³¹

Předmětem sociální pedagogiky, jako pomáhající profese, je sociálně výchovná činnost a pomoc dětem, adolescentům, ale i dospělým. Sociální pedagogika se podílí na pomáhajícím, edukačním, preventivním a reedukačním působení na jednotlivce a sociální skupiny.²³²

²²⁸ Fischer, S.; Škoda, J. Sociální patologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, s. 80

²²⁹ Koutek, J.; Kocourková, J. Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2007, s. 106

²³⁰ Emmerová, I. Sociální pedagog jako pomáhající profesie, současný stav a perspektivy. In sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě. Brno: IMS, 2009, s. 173

²³¹ Kraus, B.; Poláčková, V. Člověk – prostředí – výchova. Brno: Paido, 2001, s. 12

²³² Emmerová, I. Sociální pedagog jako pomáhající profesie, současný stav a perspektivy. In sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě. Brno: IMS, 2009, s. 174

Prudký nárůst sociálně patologických jevů si vyžádal intenzivnější rozvoj pomáhajících profesí, které pomáhají jednotlivci, rodině i škole při řešení problémů, které sami nezvládají. Problematika prevence sociálně patologických jevů u celé populace patří ke stěžejním oblastem zájmu sociální pedagogiky a je v současnosti prostorem pro uplatnění sociálního pedagoga jako profese. Při prevenci sociálně patologických jevů je důležité myslet nejen na to, aby se jedinci těchto činů nedopouštěli, ale i na to, aby se nastali obětí. V tomto smyslu je důležitá prevence zejména u dětí a adolescentů.²³³

Působení sociálního pedagoga na školách je umožňováno například díky dotaci v rámci projektu „*Inkluzivní vzdělávání žáků ve školách v spádově sociálně vyloučených lokalitách*“, v tzv. romských školách. Tento projekt je spolufinancován z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky. Sociální pedagog spolupracuje s obecními a městskými úřady, zdravotnickými zařízeními, policií, soudy, státními zastupitelstvími a dalšími zainteresovanými orgány a organizacemi.

- Provádí sociálně právní poradenství a sociální terapii s problémovými jedinci.
- Zprostředkovává pomoc odborných poradenských a zdravotnických pracovišť a jiných odborných zařízení.
- Vytváří podmínky pro navázání kontaktu a pomáhajícího vztahu s rodinami v oblasti vzdělávání, spolupráce s rodinou.
- Zaměřuje se na včasné odhalení ohrožených dětí (izolace, týrání, zanedbávání, sociálně patologické jevy, kriminalita).
- Poskytuje pomoc rodinám, ve kterých nejsou podmínky pro domácí přípravu dětí do školy (zprostředkování přípravy na vyučování, přijímací zkoušky).
- Koordinuje kariérové poradenství, spolupracuje s třídními učiteli, učiteli, asistenty, žáky, rodiči, úřady práce a organizacemi, které se zabývají kariérovým poradenstvím (IQ Roma servis, Drom – romské středisko).

²³³ Emmerová, I. Sociální pedagog jako pomáhající profesie, současný stav a perspektivy. In sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě. Brno: IMS, 2009, s. 174 - 175

- Řídí mentorské programy, exkurze, besedy, dny otevřených dveří, Veletrh SŠ
- Zajišťuje přípravu na přijímací řízení (pomoc sociálně znevýhodněným žákům s agendou spjatou s přijímacím řízením – přihlášky apod.)²³⁴

Součástí zájmu sociální pedagogiky je i oblast volného času a mimoškolní výchovy dětí a mládeže. Aktivní a smysluplné využívání volného času patří k významným protektivním faktorům prevence drogové závislosti, ale i suicidality a dalších sociálně patologických jevů.²³⁵

Lze si klást otázku, zda v oblasti volnočasových aktivit má sociální pedagog co nabídnout. Zda existuje rozdíl v přístupu sociálního pracovníka a sociálního pedagoga. Lze říci, že ano. Sociální pedagogové jsou totiž mnohem více, než sociální pracovníci, vybaveni znalostmi příbuzných vědních disciplín. Zejména se jedná o znalosti z oblasti psychologie, které umožňují zohledňovat nejen specifika vyplývající z náročné životní situace, ale i specifika vývojová. Příkladem přínosu působení sociálního pedagoga může být situace během volnočasové aktivity dětí, kterou je stolní fotbal. Sociální pracovník bere hru jako zaplnění volného času, případně jako vhodnou situaci k navázání kontaktu. Během hry, dochází ke sporům, hádkám i rvačkám. Děti nedokáží zvládnout okamžik prohry a uchylují se k agresi. Obvykle je hříšník vykázán ze hry, s odůvodněním porušení pravidel. Sociálně pedagogická činnost se ubírá jiným směrem. Učí děti koncentraci při hře, připravuje je na možnou prohru a dává dětem rady, jak náročnou situaci zvládnout a připravuje je tak i na zvládnání náročných situací v běžném životě.²³⁶

Důležitou oblastí zájmu sociální pedagogiky v souvislosti se suicidálním jednáním je rodina a rodinné problémy vznikající v důsledku společenských změn. Vlivem sociálních, ekonomických a dalších změn rostou nároky na rodinu a na její členy jsou kladené vyšší požadavky. Změny a náročné životní situace zasahují do prostředí rodiny a to vyvolává problémy na straně rodičů i dětí. Vzrůstá stres, únava a vyčerpanost rodičů a život rodiny se odehrává pouze v zabezpečování materiálních požadavků. Dochází k oslabování citové vazby mezi dětmi a rodiči a rodina přestává plnit svoji

²³⁴ <http://www.osmec.cz/socialni-pedagog.php>

²³⁵ Emmerová, I. Sociální pedagog jako pomáhající profesie, správný stav a perspektivy. In sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě. Brno: IMS, 2009, s. 174 - 175

²³⁶ Caltová Hepnarová, G. Uplatnění sociálního pedagoga v sociálních službách. In sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě. Brno: IMS, 2009, s. 86 - 87

nejdůležitější roli nebo ji plní nedostatečně. Nedostatečná emocionální opora je u dětí a adolescentů závažným rizikovým faktorem sociálně patologických jevů.²³⁷

V prevenci sociálně patologických jevů v souvislosti s rodinným prostředím je těžiště práce sociální pedagogiky zejména v oblasti výchovy k rodičovství, ovlivňování rodinného prostředí a ve spolupráci se sociálními pracovníky řešení již vzniklých problémů.²³⁸ Při řešení těchto problémů je nezbytná sanace rodinného prostředí, kterou se rozumí aktivity směřující k zachování nebo obnovení funkcí rodiny. Konkrétně se jedná o organizování a zprostředkování účasti na programech, trénincích a aktivitách zaměřených na podporu plnění rodičovských práv a povinností, utváření a upevňování vztahů mezi manželi, mezi rodiči a dětmi, schopnost řešit problémy a adaptovat se na nové situace.

Společným úsilím všech pomáhajících profesí je poskytnout rodině pomoc a tím snížit rizika sociálně patologických jevů vycházejících z rodinného prostředí.²³⁹

5. 4 Dílčí závěr

V naší zemi existuje spousta možností, jak lze lidem v krizi, kteří jako východisko z ní volí suicidium, pomoci. Pro některé ovšem tato pomoc přichází pozdě. Mnohem lepší variantou je suicidálnímu jednání předcházet. Neustále se zvyšující počet sociálně patologických jevů, kam patří i suicidální jednání, ukazuje, že v oblasti prevence tohoto jednání existují neustále rezervy. Zvláště potřebné je preventivní působení na děti a adolescenty. Velká pozornost v prevenci sociálně patologických jevů na školách je věnována šikaně, drogové závislosti, týrání a zneužívání dětí a adolescentů. Přitom nejvíce rizikových faktorů, které podněcují vznik suicidálního jednání zvláště ve skupině dětí, vychází z rodinného prostředí. Nemusí se vždy jednat o týrané a zneužívané dítě, které suiciduje. Nepřipravenost rodičů na výchovu dětí, rozvody,

²³⁷ Hudcová, A. Rodina z pohľadu sociálnej pedagogiky a z pohľadu sociálnej práce. In sborník príspevků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě. Brno: IMS, 2009, s. 267

²³⁸ Hudcová, A. Rodina z pohľadu sociálnej pedagogiky a z pohľadu sociálnej práce. In sborník príspevků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě. Brno: IMS, 2009, s. 268

²³⁹ Hudcová, A. Rodina z pohľadu sociálnej pedagogiky a z pohľadu sociálnej práce. In sborník príspevků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě. Brno: IMS, 2009, s. 272 - 274

nezám a pracovní vytížení jsou také velmi rizikové faktory, které mohou být příčinou suicidia u dětí a adolescentů. Působení na rodiny by mělo být proto v prevenci tohoto jednání prioritou.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

6. Průzkumné šetření

6.1 Cíl průzkumu

Cílem empirické části bakalářské práce je na základě výzkumných metod analyzovat příčiny a motivy suicidálního jednání dětí a adolescentů. Z informací uvedených v teoretické části bakalářské práce vyplynulo, že při zjišťování motivů a příčin suicidálního jednání je nutno tyto dva pojmy rozlišovat. Motivů jsou vědomým podkladem pro pohnutky k činu. Příčiny suicidálního jednání mohou být vědomé i nevědomé. Lze za ně považovat všechny vnější i vnitřní rizikové faktory, které na jedince působí. Mnohdy ani nebyvají v souvislosti se suicidálním jednáním uváděny, přestože ho jednoznačně podmiňují. V problematice suicidálního jednání dětí a adolescentů jsou za nejčastější příčiny uváděny rizikové faktory pocházející ze sociálního prostředí. U dětí jsou to nejvíce problémy rodinné. U adolescentů jsou problémy v rodině uváděny na druhém místě, hned za problémy vztahovými a sexuálními. V souvislosti s těmito skutečnostmi bude průzkumné šetření zaměřeno na rodinné prostředí suicidálních dětí a adolescentů.

6.2 Metoda průzkumu

Pro naplnění cíle bakalářské práce byla použita kvalitativní výzkumná strategie, která umožňuje získat detailní informace k dané problematice. Pro sběr dat a analýzu daného problému byla použita metoda analýzy spisových dokumentů. Z ohledu na aktuální psychický stav dětí a adolescentů, kteří jsou předmětem průzkumu, nebyla klinickou psycholožkou doporučena přímá práce s nimi. Analýzou spisových dokumentů byla získána osobní a rodinná anamnéza dotčeného souboru, výsledky psychologických a psychiatrických vyšetření, zprávy z psychoterapie a rodinné terapie, přepisy rozhovorů se suicidanty a jejich rodiči. Z těchto informací byly vytvořeny případové studie, které byly dále analyzovány. Vzhledem k použité kvalitativní výzkumné strategii nebyly stanoveny hypotézy, ale výzkumné teze, které byly během průzkumu ověřované a rozhodováno se o jejich platnosti a neplatnosti.

Výzkumné teze:

VT 1. Motivem suicidálního jednání byla většinou aktuální krizová situace ve formě konfliktu, frustrace, stresu nebo traumatu.

VT 2. Tato situace se vyskytovala v rodinném prostředí.

VT 3. V rodině se většinou vyskytují více než dva rizikové faktory, které jsou v odborné literatuře uváděny v souvislosti se suicidálním jednáním dětí a adolescentů.

VT 4. Rodiče většinou dlouhodobě selhávají při výchově dítěte nebo adolescenta.

VT 5. Ze strany rodičů je snaha o nápravu situace v rodině.

6. 3 Charakteristika výběrového vzorku

Do průzkumného šetření bylo zahrnuto 11 dětí a adolescentů, z toho bylo 6 dívek a 5 chlapců ve věkovém rozmezí 11 - 18 let. Kritéria pro výběr byla pouze dvě. Ve skupině měli být zastoupeni děti a adolescenti a u každého z nich se měla vyskytovat nějaká forma suicidálního chování nebo jednání. U všech dětí a adolescentů dotčeného souboru byla vypracována případová studie. Z etických důvodů a citlivosti dané problematiky nejsou v těchto studiích uvedena data, která by mohla vést k přímé identifikaci jednotlivých případů. Děti a adolescenti byli klienty Oddělení dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické kliniky při Fakultní nemocnici Brno. Hospitalizace probíhala od února do září roku 2010.

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno poskytuje léčebnou a preventivní péči duševních poruch a nemocí, se zaměřením na péči o akutní stavy s potřebou krátkodobější hospitalizace. Mimo základní komplexní psychiatrickou péči pro klienty ze spádové oblasti poskytuje vysoce specializovanou diagnostickou a terapeutickou péči a vede preventivní programy v oblasti duševního zdraví.

Součástí kliniky je Oddělení dětské a dorostové psychiatrie, které se zaměřuje na veškerou problematiku dětské a dorostové psychiatrie pro děti a adolescenty od 3 do 18 let věku. Oddělení disponuje 18 lůžky a při oddělení pracuje i základní škola. V nutných a odůvodnitelných případech je na oddělení možná i hospitalizace dítěte s matkou, kdy pro matku je zajištěno lůžko na Krizovém centru Psychiatrické kliniky.

K oddělení patří i dětská a dorostová ambulance na Psychiatrické klinice FN Brno a detašovaná dětská psychiatrická ambulance v Dětské nemocnici FN Brno-Černá Pole.

Jako klinické pracoviště se Oddělení dětské a dorostové psychiatrie zaměřuje především na diagnostiku a terapii psychických poruch a umožňuje překlady složitých případů z jiných zařízení z celé republiky.

Mezi nejčastější diagnózy mladších dětí léčených na oddělení patří hyperkinetické poruchy/ADHD a různé typy poruch chování, u adolescentů převažují poruchy příjmu potravy nebo úzkostné a depresivní stavy. Zvláštní pozornost je věnována závažným diagnózám, jako je dětská nebo adolescentní schizofrenie, suicidální jednání a dětský autismus.

Koncepce psychoterapeutické péče na Oddělení dětské a dorostové psychiatrie zahrnuje několik vzájemně propojených okruhů, tvořených individuální, skupinovou a rodinnou psychoterapií. Psychoterapeutický program je stanoven individuálně pro každého hospitalizovaného klienta podle věku, úrovně spolupráce s rodinou a charakteru potíží. Speciální programy jsou tvořeny pro problematiku poruch příjmu potravy, poruch pozornosti s hyperaktivitou, emočních poruch a poruch chování, které souvisí se vztahovou problematikou v rodině - včetně odborné pomoci při řešení závažných krizových situací, např. v souvislosti s týráním a zanedbáváním péče.

Průběžně poskytuje oddělení psychiatrickou a psychologickou pomoc týraným a zanedbávaným dětem a dle možností i řešení sociální. V návaznosti na Krizové centrum kliniky je oddělení schopno přijmout kdykoliv ohrožené dítě, v případě potřeby i s matkou a v budoucnosti by se chtělo zaměřit na prohloubení práce s rodinami dětských psychotických pacientů.

Případová studie č. 1

Jméno: David

Věk: 11 let

Suicidální forma: suicidální tendence

Diagnóza: Porucha přizpůsobení

Rodinná anamnéza: Matka Davida pracuje jako kuchařka a od dětství se léčí pro epilepsii. V 17 letech se po rozchodu s přítelem pokusila o suicidium intoxikací léky. David se matce narodil za svobodna. S jeho otcem se rozešla 2 měsíce před porodem. Otec o Davidovi ví, ovšem alimenty neplatí. Viděli se pouze jednou, když bylo Davidovi 6 let. Dva roky po narození Davida se matka provdala za jiného muže a z tohoto manželství má David nevlastní sestru.

Osobní anamnéza: David se narodil z prvního těhotenství matky, které probíhalo jako rizikové. Porodila dva týdny před termínem. Chlapec v dětství navštěvoval logopedii z důvodu zadržávání, které trvá i nadále. Do mateřské školy nastoupil ve 3 letech, špatně pobyt snášel, separoval se od ostatních dětí, avšak později si na kolektiv zvykl. Školní docházku zahájil v 6 letech. Do 4. třídy byl ve škole bez problémů, poté se u něho prospěch začal zhoršovat a přestal chtít chodit do školy. V 7 letech byl David sexuálně obtěžován a poté čtyřikrát hospitalizován na psychiatrii. Zde byla lékařem stanovena psychiatrická diagnóza porucha přizpůsobení, v důsledku prožitých stresových životních situací. Po propuštění vždy pokračovala psychoterapie a společně s matkou probíhala i rodinná terapie. Matka ovšem postupy, které byly dohodnuty při těchto terapiích, nedodržovala, naopak její přístup Davidův stav neustále zhoršoval. Syn i matka negují pití alkoholu nebo požívání jiných návykových látek.

Popis problému: David žije s matkou, sestrou a matčíným současným přítelem v bytě o velikosti 2 + 1. Když bylo Davidovi 7 let, matka se rozvedla s mužem, se kterým měla dceru. Jako důvod matka uvádí, že nechodil do práce, byl přísný na děti, při výchově používal nepřiměřené tresty. To vše bylo důvodem neustálých hádek. Poté si matka našla dalšího přítele, který se k nim nastěhoval. K dětem se choval hezky, ale pouze když byl střízlivý. Problémy s alkoholem se stupňovaly a to byl důvod pro další matčín rozchod. Okamžitě se do rodiny přistěhoval jiný muž, kterého si David velmi oblíbil.

Vše mu dovolil, nevyžadoval, aby se David připravoval do školy. Žil s nimi dva roky a poté si matka našla nového přítele, se kterým měl David taktéž pěkný vztah, ale po nějaké době začal muž používat při výchově, na které se podílel společně s matkou, fyzické tresty a situace v rodině se zhoršila. David po matce neustále požadoval, aby přítel z rodiny odešel. Před 4 lety navštívil David babičku. Je to matka bývalého manžela matky, kterou měl David velmi rád. S babičkou bydlel otčímův bratr, který po Davidovi v době nepřítomnosti babičky v bytě chtěl, aby chodil nahý, osahával a umýval ho na intimních místech a ukazoval mu pornografii. Po návratu chlapce domů matka okamžitě vyhledala odbornou pomoc a čin byl oznámen na policii. Od této doby se Davidovo chování začalo zhoršovat. Došlo také k ovlivňování Davida nevlastním otcem. Ten po něm chtěl, aby u soudu odvolal obvinění strýce ze sexuálního obtěžování. Navštěvoval Davida ve škole, sliboval mu dárky, pokud řekne, že si vše vymyslel. Druhý den zase Davidovi vyhrožoval, dokonce ho i zbil, i když měl styk s chlapcem zakázaný. U soudu poté David čin strýce popřel. Od té doby se začal Davidův psychický stav zhoršovat, začal být výbušný, často střídal nálady. Začal mít větší problémy ve škole, byl drzý na učitele, provokoval spolužáky a poté byl jimi šikanován kvůli koktavosti. Odmítal do školy chodit. Neustále měl na matku nějaké požadavky. Když je matka odmítla splnit, což se stávalo často, vždy si svůj vztek vybil na mladší sestře, kterou surově zbil. Několik let navštěvoval skautský oddíl, kam ho ovšem matka přestala pouštět. V období, kdy probíhal soud se strýcem, dovedla Davida domů policie. Místo skautské schůzky se potuloval po parku, plakal a říkal, že mu nikdo nedokáže pomoci, ani lékaři, ani matka a jediným řešením je pro něho sebevražda. Nechce ho ani biologický otec, kterého David kontaktoval, a domluvili si setkání. Otec ovšem daný slib nedodržel a na schůzku nepřišel. Na psychiatrii byl David přivezen po konfliktu s matkou, který byl impulsem k nastalé situaci. Konflikt vznikl poté, co matka odmítla předat Davidovi slíbené dárky. Chlapec otevřel okno, stoupl si na parapet a křičel, že se chce zabít. Poté vzal kuchyňský nůž a držel si ho pod krkem. Ještě před transportem do nemocnice stihl brutálně zbit mladší sestru.

Shrnutí: Vzhledem k vážnému psychickému stavu, který byl způsobený dlouhodobými výchovnými pochybeními, citovou deprivací v dětství, koktavostí a několika traumatickými zážitky byla u Davida po skončení hospitalizace doporučena dlouhodobější separace z rodinného prostředí, během které by se měly pomoci

medikace, individuální i rodinné terapie zlepšit vzájemné vztahy. Velmi bude záležet na přístupu matky, která ovšem už několikrát při nápomoci řešení Davidova stavu selhala.

Případová studie č. 2

Jméno: Nikola

Věk: 16 let

Suicidální forma: suicidální pokus

Diagnóza: Porucha přizpůsobení

Rodinná anamnéza: Matka Nikoly je zdravá a pracuje jako sanitárka v nemocnici. Současně studuje při zaměstnání střední zdravotnickou školu. Otec je alkoholik a s rodinou nežije. Rozvod rodičů proběhl v dívčinyých 6 letech. Pro oba rodiče to bylo už druhé manželství. Nikola má 4 starší nevlastní sourozence. Se sourozenci ze strany otce, ani s otcem, se nestýká. Ze strany matky má bratra a sestru.

Osobní anamnéza: Nikola se narodila ze třetího matčina těhotenství, které bylo bezproblémové. Porod proběhl po termínu. V dětství prodělala Nikola pouze běžné dětské nemoci. Z důvodu špatného vývoje řeči navštěvovala logopedii a foniatrii. Do mateřské školy nastoupila ve 4 letech a ze začátku měla potíže se začleněním se do kolektivu. Školní docházku zahájila až v 7 letech pro časté nemoci a drobnou postavu. Nyní navštěvuje 1. ročník středního odborného učiliště, obor potravinářský. Prospěch ve škole je velmi špatný, chování ovšem bez problémů. Mezi její zájmy patří zvířata a hodně času tráví u počítače na internetových sociálních sítích. Od dětství mívala potíže se začleněním do kolektivu, nyní má dvě kamarádky. Ve vztazích se projevuje nejdříve nedůvěřivě, poté co jedince dostatečně pozná, by se nejraději rozdala. Z důvodu šikany na základní škole je dlouhodobě sledována Odborem sociálně právní ochrany dítěte. Od 13 let sledována na dětské psychiatrii pro sebepoškozování a poruchu přizpůsobení, která byla zapříčiněna traumatem z důvodu odchodu otce od rodiny. Neguje, že by požívala alkohol nebo jiné návykové látky.

Popis problému: Nikola žije s matkou v bytě 2 + 1, pravidelně se vídá se staršími sourozenci ze strany matky. Bratr jí údajně nahrazuje otce. Když bylo Nikole 6 let, otec odešel z domova. Při odchodu Nikole tvrdil, že odchází ke svému otci venčit psa. Druhý den zavolala Nikole cizí žena a řekla jí, ať na tatínka nečeká, že už se domů nevrátí. Od

té doby se otec s dcerou nevidá. Nikola se s touto situací nedokázala vyrovnat a tři roky spávala v posteli společně s matkou. Měla strach, že ji opustí i ona. Ve 13 letech se Nikola stala obětí šikany spolužaček. Důvodem byla její odlišnost, nesnadné navazování vztahů, levné oblečení. Aby se spolužačkám vyrovnala a zabránila dalším útokům proti ní, začala matce krást peníze. V době šikany se poprvé začala sebepoškozovat - pořezávat se na rukách, utíkala z domu a matka u ní objevila sebevražedný dopis na rozloučenou. Z těchto důvodů dvakrát navštívila psychologa, ale k dlouhodobější spolupráci nedošlo. V 15 letech se její stav opět začal zhoršovat. Často bývá sama doma, matka studuje při zaměstnání. Nikola ví, že to má matka těžké, ale vyčítá jí časté pánské návštěvy. Matka se snaží najít si přítele a při každé očekávané pánské návštěvě požaduje, aby dcera pečlivě uklidila byt. Jakmile není vše tak, jak si matka představuje, zahrne Nikolu výčitkami. Té také stále více vadí, že ji otec nechce. S matkou téměř nekomunikuje a chtěla by žít s otcem. Před rokem se opět vrátila k sebepoškozování. Jakmile má nějakého přítele, tak se cítí lépe, zvedne jí to sebevědomí a se sebepoškozováním přestane. Když se s ním rozejde, opět se začne pořezávat. Během posledního půl roku navázala Nikola vztah se dvěma staršími muži. Jedním byl 25letý bratranec, kdy došlo pouze k dotykům, ke koitu nikoliv, byť o to Nikola velmi stála. Druhý vztah byl s 20letým mužem, ten také o sexuální styk s Nikolou nestál. Nikola byla přivezena do nemocnice poté, co požila léky. Matka si toho ihned všimla a zavolala pomoc. Jako důvod suicidálního pokusu Nikola uvádí, že kamarád ze školy, se kterým byla několikrát venku, se s ní už dál nechce stýkat. Nikola se do něj zamilovala, on si poté začal všímat jiné dívky. Nikola si myslela, že zase něco pokazila, že už nikdy nebude šťastná, že nic nemá smysl a nejlepší bude umřít. Po suicidálním pokusu odmítá hovořit s matkou. Jediné, o co se zajímala, zda o situaci ví otec. Po několika dnech od suicidálního pokusu je Nikola ráda, že se jí čin nezdařil. Zjistila, že některým lidem na ní záleží, hlavně kamarádovi ze školy, který Nikolu navštívil a také snad matce.

Shrnutí: Nikola měla problémy už od dětství s navazováním vztahů, s odchodem otce se nikdy nevyrovnala. Matka na Nikolu kvůli zaměstnání, studiu a hledání nového partnera nemá čas. Vztah s matkou je narušen. Dívka velmi touží po partnerském vztahu, který bude naplněn sexuálním stykem, což se jí nedaří. Po skončení hospitalizace byla u Nikoly doporučena medikace, dlouhodobá psychoterapie a také rodinná terapie, kterou je matka velmi ráda ochotna podstoupit.

Případová studie č. 3

Jméno: Růžena

Věk: 15 let

Suicidální forma: suicidální pokus

Diagnóza: Porucha přizpůsobení

Krátkodobá depresivní reakce

Rodinná anamnéza: Matka zdráva, pracuje jako šička. Otec alkoholik, pracoval jako kuchař, zemřel na cirhózu jater před osmi lety. Rodiče se rozvedli, když byly Růženě tři roky. Má 4 vlastní a 3 nevlastní sourozence.

Osobní anamnéza: Růžena se narodila matce jako čtvrté dítě. Těhotenství i porod v normě, na logopedii nechodila. Prodělala pouze běžné dětské nemoci. Do MŠ nastoupila ve třech letech a snášela ji výborně. Základní školu začala navštěvovat v 7 letech. Nyní je žačkou osmé třídy, prospěch má dobrý, dokonce došlo i ke zlepšení. Chování se ale v poslední době zhoršilo. Zajímá ji zejména zpěv a hudba celkově. Má kamarádkou povahu, snadno navazuje kontakty a dokonce velmi dobře s chlapci. Alkohol neguje, skrytě zkouší kouřit cigarety. V 7 letech byla sexuálně obtěžována dědečkem.

Popis problému: Rodiče se rozvedli, když měla Růžena 3 roky. Vzpomínky na otce si idealizuje, i když ji tenkrát často bil. Matka byla po rozvodu delší čas sama a nedávno se opět provdala. V současnosti Růžena žije s matkou, otčímem, se 4 vlastními sourozenci a 3 dětmi otčíma. U dívky začaly psychické problémy asi před půl rokem, kdy se s matkou a sourozenci přestěhovala k novému manželovi matky. Matka má na ni méně času, v novém prostředí začala mít problémy s vrstevníky, dle matky se nechává ponižovat, aby nevypadla z kolektivu. Neustále dceru nabádá k sebevědomí, nutí ji přestat se s kamarády stýkat. Růžena byla zbita kamarády jiné dívky, která se domnívala, že jí Růžena přebrala chlapce. Doma matka podléhá vlivu nového manžela, který ji nutí k větší přísnowi k dceři. Vztahy Růženy s otčímem jsou velmi napjaté. U matky se objevilo podezření na rakovinu a Růženě řekla, že se raději nebude léčit a

umře, jestliže Růžena nebude nového otce poslouchat. Matka nerespektuje dceřino přání mít přítele a pokaždé, když dívka nějakého má, tak ji nutí, aby se s ním rozešla. K rozpadu vztahů mezi Růženou a jejími partnery dojde ovšem vždy z iniciativy chlapce. Matka také trvá na tom, aby novému otčímovi říkala „*taťko*“ a ve sporech, které má Růžena s otčímem, stojí při manželovi. Začala být uzavřená, neustále měla špatnou náladu, začala se řezat žiletkou do rukou a objevily se u ní první úvahy o sebevraždě. Matka o sebepoškozování věděla, ale nechtěla, aby o tom dcera mluvila nebo se léčila. Poté si Růžena našla přítele a situace se zlepšila. Do nemocnice byla převezena pro akutní intoxikaci alkoholem. Byla nalezena nevlastní sestrou doma na podlaze, nekontaktní, pozvracená a pokálená. Neustále lituje, že se jí čin nezdařil. Nechce žít, nevidí smysl svého života. Jako důvod suicidálního jednání uvádí rozchod s přítelem, který ji opustil kvůli jiné dívce. S matkou nechce komunikovat. Otčím matku neustále popouzí proti dceři, neuznává, že potřebuje pomoc. Spíše chce, aby matka dceru za čin potrestala.

Shrnutí: Růžena prodělala v dětství několik psychotraumat. Alkoholismus otce, rozvod rodičů, smrt otce, sexuální obtěžování dědečkem. V současnosti traumatizována stěhováním a novou rodinou, obzvláště otčímem. Často navazuje vztahy s chlapci, které ovšem vždy končí debaklem. Vlivem sexuálního obtěžování Růžena nesnese intimní blízkost muže. Touží po vztahu a zároveň se jí dělá nevolno, pokud chlapec stojí moc blízko. To je také asi jeden z důvodů rozchodů s chlapci. Po hospitalizaci byla u Růženy doporučena farmakoterapie, psychoterapie a rodinná terapie, která ovšem díky trvajícím negativnímu přístupu matky a zejména otčíma zřejmě nebude možná.

Případová studie č. 4

Jméno: Eva

Věk: 18 let

Suicidální forma: parasuicidální pokus

Diagnóza: Disharmonický vývoj osobnosti s emočně nestabilními rysy

Rodinná anamnéza: Matka středoškolačka, pracuje jako úřednice. Otec zemřel na mozkovou malformaci, když bylo Evě 9 let. Má staršího bratra, který je bez potíží.

Osobní anamnéza: Eva se narodila jako matčino druhé dítě. Těhotenství bylo fyziologické a porod proběhl v termínu. V dětství proděla pouze běžné dětské nemoci. Do MŠ nastoupila ve třech letech a základní školu začala navštěvovat v 6 letech. V současnosti navštěvuje střední odborné učiliště s dobrým prospěchem. Chování ve škole taktéž v normě. Eva má mnoho koníčků. Hraje závodně florbal, doposud navštěvuje skautský oddíl, kde působí jako vedoucí oddílu malých děvčat. Nekouří a nepije.

Popis problému: Když bylo Evě 9 let, našla otce, když ho šla vzbudit, mrtvého. Měla ho velmi ráda. Rodina trávila volný čas společně. Často jezdili na výlety. Po otcově smrti všechno skončilo a jak sama Eva uvádí: „*všechno se rozbilo*“. O smrti otce, o tom, že ho sama našla a také o tom, jak moc jí chybí, nikdy s nikým nemluvila. Od 13let má špatné vztahy s bratrem, který ji měl sexuálně obtěžovat. Od té doby se ignorují a téměř spolu nekomunikují. Evě vadí, že matka bratra preferuje přesto, že jí krade peníze. Toto matčino jednání Eva bere jako křivdu. Matka si po smrti otce našla přítele, se kterým postavili svépomocí dům. S přítelem matky měla Eva povrchní vztah a měla ho docela ráda. Matka uznává, že se dětem v té době málo věnovala. Eviny problémy začaly před dvěma lety, kdy se Eva svěřila školní psycholožce, že se sebepoškozuje. Měla problémy ve škole, má pocit, že ji spolužáci nemají rádi, protože toho umí víc než oni. Konkrétně měla na mysli florbal. Také vidí ve vztahu ke spolužákům problém v tom, že s nimi nechodí kouřit. Posměchy ve škole ji trápily nejvíce a nechtěla tam chodit. Matka si po rozhovoru se školní psycholožkou začala Evy více všímat. Eva ovšem jakoukoliv komunikaci s matkou odmítala, stala se uzavřenější a stále více začala přemýšlet o smrti. Začala mít také problémy s jídlem. Matka jí neustále vyčítala její váhu. S bulimií se ovšem nikomu nesvěřila. Matka u ní našla v deníku spoustu zápisků. Jednalo se o věty typu: „*řezat se pouze jednou denně*“ nebo „*tvářit se neutrálně*“. Když se řezala žiletkou do rukou a nohou, tak se jí vždycky ulevilo a tolik nemyslela na smrt. V té době také poprvé utekla z domova. Doma nechala dopis na rozloučenou, chtěla se zabít. Byla venku, chodila po ulicích a plakala a nakonec se vrátila domů. Matka ji okamžitě zavezla do krizového centra, kde byla doporučena psychoterapie. Eva si ovšem s terapeutkou nerozuměla a do poradny přestala docházet. Léky, které ji měly pomoci, brala pouze sporadicky. Ve škole se situace zlepšila, ale před dvěma měsíci, po vyhroceném konfliktu s matkou, byla hospitalizována pro těžkou intoxikaci léky. Matka jí před prarodiči řekla, že je „*tlusté prase*“. Tyto urážky matka vůči Evě používala

opakovaně. Po hospitalizaci byla propuštěna s doporučením intenzivní psychoterapie. Naposledy přijata na psychiatrii po parasuicidálním jednání. Jako důvod uvádí drobné neshody s matkou a bratrem kvůli úklidu a neúspěch ve škole. Nejprve se doma pořežala žiletkou, což jí nepřineslo úlevu, poté utekla z domu, vylezla na plošinu s veřejným osvětlením do výšky 30 metrů a slezla za pomoci policejního vyjednavče. Jako důvod, proč si vybrala sloup veřejného osvětlení, uvádí, že je to jistota smrti. Při svém jednání byla přesvědčena, že už není cesty zpět. Sama hodnotí tento čin jako „volání o pomoc“.

Shrnutí: Eva se v dětství setkala s krizovými životními situacemi. Byla to smrt otce a sexuální obtěžování bratrem. Tato traumata s ní nikým neřešila a tím pádem v ní přetrvávala. Problémy se spolužáky, narážky matky na její váhu a pocit, že má matka raději bratra řešila sebepoškozováním a následně suicidálním jednáním. Po ukončení hospitalizace byla doporučena farmakoterapie, psychoterapie a kvůli vážně narušeným vztahům v rodině také rodinná terapie, se kterou matka i bratr souhlasí.

Případová studie č. 5

Jméno: Tomáš

Věk: 14 let

Suicidální forma: suicidální pokus

Diagnóza: depresivní porucha

Rodinná anamnéza: Matka středoškolačka, otec vysokoškolák, vysoce postavený armádní velitel. Rodiče žijí v manželství, které je pro oba první. Tomáš má jednu vlastní sestru.

Osobní anamnéza: Tomáš se narodil z druhého těhotenství matky, které probíhalo fyziologicky. Porod proběhl v termínu. Chlapec prodělal pouze běžné dětské nemoci. Do MŠ nastoupil ve třech letech a základní školu začal navštěvovat v 6 letech. Má nadprůměrné IQ, testované v 10 letech. U Tomáše se vyskytuje velká obava ze školy. Má trému, je neschopný veřejného vystoupení, známky jsou vybrečené, spolužáci se jeho chování smějí. Je velmi citlivý a často se vzteká. Mimo školu má mnoho aktivit, které po něm vyžaduje otec. Hraje tenis, kopanou, florbal a provozuje i další sporty. Kamarády má, ale více o nich sdělit nechce. Alkohol chlapec i rodiče negují.

Popis problému: Situace v rodině je v poslední době napjatá, u otce panují obavy z možného propuštění ze zaměstnání. Výchovný styl obou rodičů je celé Tomášovo dětství rozporný. Rodiče velmi mnoho času tráví sledováním televize. Otec bývá často služebně mimo domov. V těchto dnech je výchova ze strany matky benevolentní, až nedůsledná. Otec naopak zase požaduje naprosto perfektní plnění povinností doma, ve škole i při sportu. Tomášova sestra vše zvládá lépe a chlapec má pocit, že ji mají kvůli tomu rodiče raději. Otec v komunikaci s Tomášem velmi často používá výrazy „musíš“ a „měl bys“. Nutí ho k neustálému zvyšování výkonu. Tomáš se neustále srovnává se sestrou, cítí, že se jí nedokáže vyrovnat a dostává se do velkého tlaku. Před půl rokem upozornila matku prodavačka v drogerii, že si Tomáš často kupuje osvěžovače vzduchu. Matka s chlapcem okamžitě navštívila psychologickou poradnu, kde byl vyšetřen a slíbil, že už to dělat nebude. Nyní matka při příchodu z práce našla Tomáše doma v bezvědomí, s podřezaným zápěstím a kolem něho bylo osm prázdných osvěžovačů vzduchu. Matka netušila, že syn s čicháním pokračuje. Jako důvod svého činu chlapec uvádí, že se druhý den měl otec vrátit ze služební cesty a on se bál, že po něm bude opět chtít zvýšenou aktivitu při plnění úkolů, že ho rodiče nemají rádi a že se cítí zbytečný. I po činu nechce komunikovat a i nadále má depresivní náladu. Otec si myslí, že za čin syna mohou nevhodní kamarádi a špatná výchova ze strany matky. Tomáš tvrdí, že jeho čin je výsledkem otcova tlaku na něho a nejvíce si přeje více času trávit s kamarády. Tento názor na výchovu otce má i sestra. Tomáš se bojí návratu do školy, že nebude stíhat učivo kvůli delší absenci, že začne opět brečet a spolužáci se mu budou smát.

Shrnutí: Tomáš vyrůstal v rodině, kde byl uplatňován rozporný styl výchovy ze strany matky a otce. Ten vyvíjel vysoký tlak na syna kvůli výsledkům ve škole a při sportu. Naopak matka byla k synovi benevolentní a nedůsledná. Po Tomášově suicidálním pokusu, který otcem velmi otřásl, panují mezi rodiči velmi napjaté vztahy. Oba se obviňují z podílu na Tomášově činu a ze svých názorů nechtějí ustoupit. Po ukončení hospitalizace je u Tomáše doporučena psychoterapie a zejména rodinná terapie, kterou jsou rodiče ochotni podstoupit.

Případová studie č. 6

Jméno: Vendula

Věk: 17 let

Suicidální forma: opakované suicidální pokusy

Diagnóza: Emočně nestabilní porucha osobnosti

Hyperkynetická porucha chování

Depresivní porucha

Rodinná anamnéza: Matka zdráva, středoškolačka. Otec zdravý, jeho otec suicidoval oběšením. Rodiče jsou rozvedeni. Vendula má jednu mladší vlastní sestru a jednu nevlastní, která je z otcova nového manželství.

Osobní anamnéza: Narodila se z matčina prvního těhotenství, které probíhalo fyziologicky. Porod byl v termínu. Vendula prodělala pouze běžné dětské nemoci. Do MŠ nastoupila ve 3 letech a bez potíží. Základní školu začala navštěvovat v 6 letech s podprůměrným prospěchem. Nyní studuje střední školu s maturitou. Jedná se o školu s uměleckým zaměřením. Konkrétně jde o malování skla. Se spolužáky vychází dobře, vztahy s nimi jsou spíše povrchní, dříve chodila s chlapcem, který je schizofrenik. Nyní nemá důvěru v nový vztah. Matka uvádí, že Vendula je nepořádná, má časté výkyvy nálad a bývá rozladěná kvůli maličkostem. Mezi zájmy patří psaní poezie a četba psychologické literatury. Dívka uvádí, že alkohol pije příležitostně, v minulosti experimentovala s marihuanou a hašišem. Od 16 let navštěvuje psychologa pro výkyvy nálad, negativismus, úzkostné stavy, depresivní ladění. Doporučovanou medikaci ovšem odmítla.

Popis problému: Když byly Vendule 4 roky, narodila se jí mladší sestra. S touto skutečností se Vendula dlouho nedokázala smířit. Velmi na sestru žárlila a měla pocit, že ji rodiče už nemají rádi. Rodiče se rozvedli, když bylo Vendule 7 let. Rozvodu předcházelo dlouhé konfliktní klima v rodině. Vendula touto situací velmi trpěla. Poté byla soudem svěřena do péče matky. Ve společné domácnosti žije Vendula s matkou, mladší sestrou a babičkou. S otcem se vídala 1x týdně. Po nástupu na střední školu bydlela Vendula na internátě. V polovině 2. ročníku ovšem došlo k výrazným změnám

v psychickém stavu a Vendula začala navštěvovat psychologa. Vlivem potíží, došlo i k velkému zhoršení školního prospěchu. Ten provázely i konflikty s některými učiteli. Matka poté, co Vendula dostala na pololetní vysvědčení dvě pětky, vyjednala přestup na jinou střední školu. Tam se Vendule nelíbilo a chtěla se vrátit zpět na školu uměleckou. Matka s návratem nesouhlasila. Otec, který má s matkou neustále konfliktní vztah, Vendule vyhověl a přestup na původní školu dojednal. Vztahy Venduly s matkou se výrazně i za přispění otce zhoršily a ta otce přesvědčila, že chce bydlet u něho. Svěření Venduly do péče řešil i soud. Soudní řízení bylo nakonec přerušeno. Rodiče se mimosoudně dohodli na střídavé péči. V době řešení tohoto konfliktu Vendula začala se sebepoškozováním. Řezala se na obou předloktích žiletkou a dvakrát byla hospitalizována pro intoxikaci léky. K těmto činům se pokaždé uchýlovala po konfliktech s matkou. Několikrát byla hospitalizována na dětské psychiatrii a pokaždé donutila matku, aby zařídila „revers“ a byla předčasně propuštěna domů. Se sebepoškozováním nepřestala ani během hospitalizace a po návratu domů pokračovala také. Na Oddělení dětské a dorostové psychiatrie byla přijata pro opakované sebepoškozování a opakované demonstrativní suicidální pokusy.

Shrnutí: Chování Venduly je zřejmě způsobeno genetickou zátěží a dlouhodobým konfliktním vztahem obou rodičů. Rodinné zázemí je nestabilní, střídavá péče není při Vendulině psychickém stavu vhodným řešením. Vendula rodiče svými činy vydírá a snaží se s nimi manipulovat. Ti ji pod tlakem provedených suicidálních pokusů neustále ustupují. Vendula není schopna adekvátně řešit zátěžové situace. Jedná impulsivně, ztrácí kontakt s realitou je u ní přítomna vysoká míra psychotismu, má sklony k manipulacím. Po propuštění bude u Venduly nutná dlouhodobá farmakoterapie, dlouhodobá psychoterapie a sjednocení výchovného vedení rodičů. Proto byla doporučena i rodinná terapie, se kterou matka i otec souhlasí.

Případová studie č. 7

Jméno: Rostislav

Věk: 18 let

Suicidální forma: suicidální pokus

Diagnóza: Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese s psychotickými příznaky

Rodinná anamnéza: Matka je vyučena a je zaměstnána jako dělnice. Otec taktéž vyučen a pracuje jako nástrojař. Rodiče žijí v manželství, které je harmonické. U matky se jedná už o druhé manželství. Z tohoto svazku má Rostislav dvě nevlastní starší sestry, které jsou obě zdravé a bez potíží.

Osobní anamnéza: Rostislav se narodil ze třetího matčina těhotenství, gravidita fyziologická, porod proběhl pět týdnů před termínem. Rostislav se proto narodil jako nedonošený a několik týdnů strávil v inkubátoru. Několik let navštěvoval logopedii, poté došlo ke zlepšení stavu. Nyní opět zhoršení. Do MŠ nastoupil ve 3 letech a byl bez problémů. Školní docházku zahájil bez odkladu v 6 letech. Po celou dobu dosahoval podprůměrných výsledků. Nyní navštěvuje 2. ročník středního odborného učiliště, kde se učí obráběčem kovů. Jeho prospěch je i nadále podprůměrný, zvláště v teoretickém vyučování. Při testování IQ dosáhl vysoce nadprůměrného výsledku, což je ovšem v kontrastu s jeho školním prospěchem. Mezi jeho zájmy patří rybaření a počítač, zvláště rád se na počítači věnuje sociálním sítím. Povahově se projevuje zakřiknutě, klidně a neprůbojně. Ve škole kamarády nemá, několik povrchních v místě bydliště. Rostislav nekouří, občas uvádí, že se opije, nyní čím dál častěji. Drogy neguje.

Popis problému: Rostislav žije v bytě 3 + 1 společně s rodiči a dvěma nevlastními staršími sestrami. Manželství rodičů trvá už 20 let a je po celou dobu harmonické. Na výchově dětí se podílejí oba. Výchovně přísnější je otec, ovšem více se na výchově podílí matka. Poslední 2 měsíce má Rostislav pocit, že jeho vrstevníci mají lepší život, že si dokáží více užívat než on. Nic ho nezajímá, stále se nudí, nedokáže se z ničeho radovat. Intenzivně touží po intimním vztahu, ale bojí se pro to něco udělat. Má strach ze zklamání. Neustále se sebeobviňuje, že je jiný než ostatní. Začal přemýšlet o sebevraždě, přesvědčený o tom, že nemá cenu žít. Vztah s rodiči hodnotí jako dobrý.

Pouze mu vadí, že neakceptují jeho názory. K hospitalizaci byl přijat poté, co cestou do školy spolykal prášky a na nádraží upadl do bezvědomí. Později uvedl, že léky našel doma. Jako důvod svého činu uvádí, že ho večer před tím nechala dívka, se kterou si psal přes ICQ a do které se zamiloval. Více o tom nechce hovořit. Během hospitalizace se vlivem farmakoterapie a psychoterapie jeho stav zlepšuje a začíná mít zájem o dění kolem sebe. Už se mu život nezdá tolik beznadějný a nemá suicidální myšlenky a tendence. Svého činu lituje a připouští, že to byla od něj „*blbost*“.

Shrnutí: U Rostislava se díky depresivnímu syndromu vyskytl pocit sociálního vyčlenění, výčitky a sebeobviňování. Díky tomu, že porucha nebyla včas rozpoznána a léčena, došlo až k suicidálnímu pokusu. Po ukončení hospitalizace je doporučena antidepressivní medikace a psychoterapie. Rodinná terapie z důvodu bezproblémového rodinného zázemí a pochopení rodičů nebyla indikována.

Případová studie č. 8

Jméno: Hana

Věk: 16 let

Suicidální forma: suicidální tendence a myšlenky

Diagnóza: Disharmonický vývoj osobnosti s emočně nestabilními rysy

Rodinná anamnéza: Matka vysokoškolsky vzdělaná, působí jako vysokoškolský pedagog. Několik let se léčí pro reaktivní deprese. Otec taktéž vystudoval vysokou školu a také pracuje jako vysokoškolský pedagog. Je vysoce postavený workoholik. Rodiče žijí v manželství, pro oba je prvním. Hana má jednu mladší vlastní sestru.

Osobní anamnéza: Hana se narodila z prvního matčina těhotenství, které probíhalo včetně porodu v normě. Na logopedii nechodila. Do MŠ nastoupila ve 3 letech, ale pro plačtivost a smutek musela docházku přerušit. Podruhé nastoupila ve 4 letech a byla bez problémů. Mateřskou školu navštěvovala pouze rok, poté odjela s rodiči do zahraničí, kde otec pracoval jako pedagog. První třídu vychodila v ČR, 2. třída zase v zahraničí, ale v jiné zemi. 3. -7. třída v jiném místě, ale opět v zahraničí. Poslední dva roky základní školy opět navštěvovala v ČR. Nyní studuje jazykové gymnázium. K jejím zájmům patří četba hororů a sci-fi literatury. Nejvíce ji zajímá psychologická a psychiatrická literatura. Velmi ráda také maluje. Nejraději by ovšem cestovala. Za

nejlepší zážitek ve svém životě považuje návštěvu ZOO. Matka uvádí, že Hana u ničeho dlouho nevydrží, chová se slušně, do kolektivu se nezapojuje. Díky času strávenému s rodiči v zahraničí se cítí výjimečná a nadřazená ostatním dětem. Alkohol pije občas, nekouří a drogy ona i matka negují.

Popis problému: Hana nyní žije s rodiči a mladší sestrou v bytě. Manželství rodičů trvá 20 let. Rodinné soužití je už dlouhou dobu problematické, v rodině vládne značné napětí. Matka opakovaně uvažuje o rozvodu, nyní už reálně. Hana od dětství s rodiči cestovala. Otec učil na univerzitách v různých částech světa. Hana si návrat do ČR nepřála a z návratu byla velmi rozčarovaná. Ještě nyní se s touto skutečností nesmířila a chtěla by opět žít v cizině. V posledním otcově působišti měla hodně kamarádů a byla nucena je opustit. Haniny potíže začaly asi před rokem a půl, kdy se u ní projevila mentální anorexie a začala se sebepoškozovat. Od té doby je psychoterapeuticky vedena. Situace v rodině je stále horší. Otec většinu času pracuje, když je doma, neustále se s matkou hádají. Matka křičí a zapojuje do hádek i děti. Otec naopak zůstává v klidu a do konfliktu se nenechá vtáhnout. Hana o svých potížích s rodiči nemluví. Jediný komu se občas svěřuje, je sestra. S otcem má neustálé konflikty. Pro své pracovní vytížení neplní sliby a nemá na ni čas, což ji hodně vadí. Hana také nezvládá školní povinnosti. Má pocit, že jsou ona i spolužáci přetěžováni. Pře půl rokem se rodičům svěřila, že už týden přemýšlí o sebevraždě a chce se s nimi rozloučit. Ti na ní nic nepoznali. Okamžitě byla hospitalizována na psychiatrii z důvodu suicidálních proklamací. Po propuštění pokračovala v sebepoškozování. Vždycky, když má pocit, že se chce zabít, tak se podřeže a uleví se jí. Řeže se kružítkem, žiletkou, nehty, nůžkami na předloktí a na vnitřní straně stehén. Nyní byla přijata k hospitalizaci opět pro suicidální myšlenky a tendence. Zamkla se v pokoji a chtěla skočit z okna. Po činu uvádí, že spouštěcími situacemi bylo hodně úkolů ze školy a neustálé hádky rodičů.

Shrnutí: Hana byla nucena s rodiči v dětství často měnit prostředí, vliv na její psychický stav mají neustálé hádky rodičů. Matka navíc Hanu zatěžuje svými ventilacemi konfliktů s otcem. Díky matčinu zobecňování mužských chyb, má Hana vypěstovaný problematický vztah k mužům. Po propuštění je u Hany doporučena psychoterapie a zejména rodinná terapie, kde bylo doporučeno zejména větší zapojení otce do rodinného života.

Případová studie č. 9

Jméno: Kristýna

Věk: 17 let

Suicidální forma: suicidální pokus

Diagnóza: Disharmonický vývoj osobnosti s emočně nestabilními rysy, hraniční typ.

Rodinná anamnéza: Matka středoškolačka, otec taktéž. Žijí v harmonickém manželství. Kristýna má jednoho vlastního mladšího bratra.

Osobní anamnéza: Narodila se matce z druhého těhotenství, které bylo fyziologické. Porod proběhl v termínu. Logopedii nenavštěvovala. Prožila pouze běžné dětské nemoci. Do MŠ nastoupila ve 3 letech a pobyt byl bez problémů. Základní školu začala navštěvovat v 6 letech a vedla si úspěšně. Nyní studuje gymnázium. Dříve bývala společenská, v poslední době se od spolužáků izoluje. Zvláštní koníčky nemá. Kouří, občas se opije, drogy neguje.

Popis problému: Kristýna žije společně s rodiči a bratrem v rodinném domku. Manželství rodičů trvá 18 let a je harmonické. Do 15 let bezproblémová dívka, která vyrůstala ve stabilním rodinném prostředí. V 15 letech začala studovat gymnázium, zpočátku s výborným prospěchem. Zanedlouho začala držet diety a hodně zhubla. Postupně se stávala uzavřenou, přestala komunikovat s rodiči i s bratrem. V 16 letech měla vztah s 27letým mužem. Občas se u ní začalo objevovat záškoláctví. S rodiči komunikovala pouze, pokud chtěla peníze a přetrvávala porucha příjmu potravy. Po rozchodu s o mnoho let starším mužem se poprvé pokusila o suicidium. Byla hospitalizována pro intoxikaci léky. Po propuštění začala chodit na psychoterapii, ovšem nerespektovala dohodnutá pravidla. Pokud se dostala do stresu, vždy vyhrožovala sebevraždou. Před necelým rokem začala homosexuální vztah s o deset let starší ženou. Rodiče si vztah nepřáli a nutili Kristýnu vztah ukončit. Nakonec se s ní rozešla přítelkyně, která navázala vztah s jinou mladou dívkou. Po tomto rozchodu se začala Kristýna poprvé sebepoškozovat, nadále výrazně zhubla, začala často zvracet a docházelo k poruchám spánku. Začala si dělat, co chce, nerespektovala žádná pravidla. Naposledy byla přijata k hospitalizaci pro intoxikaci léky a závažné pořezání levého zápěstí. Po nástupu je hysterická, plačtivá, neustále u ní přetrvávají suicidální tendence. Myslí si, že sebevražda je pro ni jediným řešením. Během léčby se její stav zlepšoval.

Byla nasazena antidepresiva a Kristýna pomalu začala komunikovat s rodiči, začala se těšit do školy.

Shrnutí: Kristýna byla do svých 15 let bezproblémová dívka, která vyrůstala v harmonickém rodinném prostředí. Její psychický stav se začal zhoršovat v 15 letech poté, co začala trpět mentální anorexií. Její vztahy s o mnoho let starším mužem a ženou výrazně zhoršily vztahy s rodiči, které byly už tehdy špatné. Nedokázala se přenést přes rozchody s partnery a chovala se hystericky. Po propuštění byla doporučena i nadále farmakoterapie a psychoterapie. Pro zlepšení vztahu s rodiči byla navržena i rodinná terapie, se kterou rodiče souhlasili.

Případová studie č. 10

Jméno: Šárka

Věk: 15let

Suicidální forma: suicidální pokus

Diagnóza: Porucha přizpůsobení se smíšenou poruchou emocí a chování

Rodinná anamnéza: Matka středoškolačka, zdravotní sestra. Otec alkoholik, který umřel před 14 dny na selhání orgánů. Rodiče jsou dva roky rozvedeni, nežili spolu 10 let. Šárka má dva vlastní bratry. Starší se léčil pro suicidální pokusy, byl členem sekty. Druhý bratr je už 5 let ve výchovném ústavu. Kradl matce peníze a utíkal z domu.

Osobní anamnéza: Šárka se narodila ze třetího matčina těhotenství, které bylo fyziologické, porod v termínu. Prožila pouze běžné dětské nemoci, na logopedii nechodila. MŠ začala navštěvovat ve 3 letech a byla bez problémů. Školní docházku zahájila v 6 letech a dokončila s průměrnými výsledky. Nyní navštěvuje 1. rokem střední odborné učiliště, obor cukrářka. Škola ji baví. Se spolužačkami vychází výborně, mají podobné životní zkušenosti. Šárka má už delší dobu problémy. Utíká z domu, krade peníze matce, absence ve škole. Dle matky je neposlušná, vzdorovitá. Často pije alkohol a bývá opilá, zkušenosti s kanabionidy, experimentování s psychostimulancii, halucinogeny. Za nejlepší životní zážitek považuje večer, kdy se s „kámoškou“ poprvé opila.

Popis problému: Dětství poznamenané dysfunkcí rodiny. Otec byl silný alkoholik. Mezi rodiči docházelo k častým hádkám z důvodu otcova alkoholismu a také proto, že matka preferovala bratry před Šárkou. Když bylo Šárce 5 let, tak matka otce vyhodila z domu. Ten žil poté u své matky. Tam ho Šárka navštěvovala a měla s ním pěkný vztah. Vídali se spolu alespoň jednou týdně. Velmi ráda má také babičku, otcovu matku. Šárčiny problémy trvají už delší dobu. Před rokem a půl navázala vztah s chlapcem, který ji měl rád, ale často ji i bil. Nedávno byl odsouzen za krádeže, jízdu bez řidičského průkazu a jízdu pod vlivem drog. Nyní je ve výkonu trestu. Společně s kamarády a přítelem Šárka už od 13 let experimentuje s drogami a pije alkohol. Ve 13 letech byla opilá znásilněna. Více o tom nechce hovořit. Pouze říká, že to byl nejhorší zážitek jejího života. S matkou, která často slouží noční směny a dceři se nevěnuje, Šárka už půl roku téměř nekomunikuje. Před půl rokem byla Šárka na večírku napadena a málem opět znásilněna známým. Byla hospitalizována a matka přes Šárčin silný nesouhlas kontaktovala policii. To Šárka brala jako zradu a druhý den ráno se v nemocnici poprvé pořežala. Nikomu nevěří, nejméně matce. Hospitalizována byla po suicidálním pokusu. Spolykala šrouby. V týdnu před suicidálním pokusem se rozešla s přítelem, který je ve vězení a také se dozvěděla, že otec, kterého má velmi ráda leží na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v terminálním stadiu nemoci. Selhávají mu orgány. Šárka uvádí, že když se jí tyto dva zážitky sečetly, začala přemýšlet o smrti a nechtěla žít. Během Šárčiny hospitalizace otec zemřel a Šárčin stav se opět zhoršil. Nadále u ní přetrvávají suicidální myšlenky a tendence.

Shrnutí: Šárčino dětství bylo ovlivněno konflikty mezi rodiči, cítila se dlouhodobě matkou odstrkovaná. Musela prožívat společně s matkou problémy s oběma bratry. Ve 13 let prožila traumatickou událost, kdy byla znásilněna. Rok a půl měla vztah s mužem, který ji bil a se kterým experimentovala s drogami a často se opíjela. Otcův vážný zdravotní stav její psychiku také narušil. Dlouhodobě špatný vztah s matkou se projevil v naprostém odmítání jakéhokoliv kontaktu s ní. Po ukončení hospitalizace byla u Šárky doporučena psychoterapie a rodinná terapie. Matka souhlasí, avšak dcera o komunikaci s matkou a zlepšení vzájemného vztahu nestojí.

Případová studie č. 11

Jméno: Václav

Věk: 16 let

Suicidální forma: suicidální pokus

Diagnóza: Středně těžká depresivní fáze

Rodinná anamnéza: Václavova matka má středoškolské vzdělání a pracuje jako učitelka v mateřské škole. Po porodu Václava měla poporodní deprese. Léčila se půl roku, nyní je zdravá. Otec pracuje jako elektromontér a podle matky je nervově labilnější. Po požití alkoholu bývá agresivní. Rodiče žijí v manželství, které je ovšem dlouhodobě konfliktní. Matka delší čas přemýšlí o rozvodu, ale bojí se finančních problémů. Václav má 3 vlastní starší sourozence.

Osobní anamnéza: Těhotenství matky bylo fyziologické, porod proběhl v termínu. Vývoj řeči bez problémů, logopedii nenavštěvoval. Prodělal pouze běžné dětské nemoci. Do MŠ nastoupil ve 3 letech. Pobyt bez problémů, matka zde byla zaměstnána. Školní docházku zahájil v 7 letech, kvůli narození na podzim. Základní školu dokončil s průměrnými výsledky, nyní navštěvuje 1. ročník středního odborného učiliště, obor kuchař, číšník. Při praxi patří k nejšikovnějším. K jeho zájmům patří zvířata, zpívá v hudební škole a v kostele. Chtěl studovat konzervatoř. Matka chtěla, aby se raději něčím vyučil, kdyby ztratil hlas. Nejraději pracuje na zahradě, cítí se poté dobře. Dle matky je citlivý, ochotný pomoci, ale dokáže být i vznětlivý. Kamarády má mezi bývalými i současnými spolužáky. Příležitostně kouří, od nástupu na učiliště kouří marihuanu až 3x denně. Od osmé třídy má sklony k alkoholu. Když je smutný, popíjí doma sám, zejména o víkendech. Pro nesoustředěnost a nestíhání při vyučování byl opakovaně vyšetřen v pedagogicko - psychologické poradně. Byl zjištěn intelekt v normě, snížená schopnost koncentrace, pomalé pracovní tempo, zvýšené zapomínání, stavy nevnímání okolí.

Popis problému: Václav žije s rodiči a třemi sourozenci v rodinném domě. V rodině je dlouhodobě zvýšené napětí. Rodiče mají mezi sebou neustálé konflikty. Václav začal mít potíže ve škole. V kolektivu se cítil hloupě, měl pocit, že nedokáže být agresivní ve vzájemné komunikaci jako ostatní. Nedokázal říci vtip a připadal si hloupě. Neustále se

sebeobviňoval, že je k ničemu. Aby se vyrovnal spolužákům, začal s nimi kouřit marihuanu. Střídaly se u něho dny, kdy byl před spaním čiperný, pak zase dny, kdy jenom spal. V těchto dnech kombinoval léky s marihuanou a alkoholem. Často nešel do školy, případně odešel dříve a šel za matkou do školky. Začal být plačtivý. Přestal mít chuť k jídlu, neměl zájem o žádné aktivity, od jedné činnosti přebíhal k druhé, nic nedokončil. Asi tři měsíce má neustálé suicidální myšlenky a tendence. Zvláště, pokud si vezme léky. Má roztráštěné myšlenky, silně mu tlouče srdce. Nedokáže přestat s alkoholem a marihuanou. Má pocit, že ho všichni nenávidí. 2x matce ukazoval nachystanou směs s léky a říkal, že se chce zabít. Také matce ukazoval stříkačku, kterou si do žíly stříkne vzduch a zabije se. Matka nijak nezasáhla. Poslední měsíc začal mít motorické tiky hlavou a tiky dolních končetin. K hospitalizaci byl přijat po suicidálním pokusu. Nešel do školy, užil směs léků a půl litru vína. Uvádí, že už nechce žít a myšlenky na smrt u něho přetrvávají. Nedokáže se začlenit mezi spolužáky, neustále u něho přetrvávají pocity méněcennosti. Neustále si vyčítá, že udělal hroznou věc a chce zemřít. Uvádí, že po požití marihuany si nechal od fenky olizovat přirození a dotýkal se genitálií fenky. Velmi se za to stydí a sdělil to pouze matce. Také má výčitky svědomí, že pod vlivem marihuany sprejem se spolužáky postříkali most.

Shrnutí: Václav od dětství trpí pocity méněcennosti a nejistoty. Dlouhodobě nepříznivá situace v rodině, neustálé hádky a alkoholismus otce jeho psychický stav zhoršují. Po nástupu do učení se chtěl vyrovnat spolužákům. Sklony ke zvýšené konzumaci alkoholu měl již dříve, poté jej začal kombinovat s marihuanou a léky. Dostal se až do stavu závislosti. Matka věděla o jeho problémech i suicidálních myšlenkách a tendencích a nijak nezasáhla. Alkohol popíjel většinou doma, což se jeví také jako selhání rodičů při výchově. Václav také těžce nese, že mu matka nedovolila studium zpěvu na konzervatoři. Po propuštění je doporučována Václavovi psychoterapie, abstinence, léčba závislosti. Taktéž doporučena rodinná terapie a léčba otcova alkoholismu. Rodiče s navrhovaným postupem souhlasí.

6. 4 Vyhodnocení výsledků

VT 1. Motivem suicidálního jednání byla většinou aktuální krizová situace ve formě konfliktu, frustrace, stresu nebo traumatu.

V případové studii č. 1 byla tato teze **verifikována**. David jako důvod uvedl konflikt s matkou, která mu nechtěla dát slíbený dárek.

V případové studii č. 2 byla tato teze **verifikována**. Nikola se ke svému činu rozhodla poté, co se s ní přestal stýkat kamarád ze školy, do kterého se zamilovala.

V případové studii č. 3 byla tato teze **verifikována**. Růžena se rozhodla skoncovat se životem po rozchodu s přítelem.

V případové studii č. 4 byla tato teze **verifikována**. Eva se o suicidium pokouší opakovaně. Většinou vždy po konfliktu s matkou nebo bratrem.

V případové studii č. 5 byla tato teze **verifikována**. Tomáš jako důvod suicidálního pokusu uvádí, že měl strach z otcova návratu domů. Měl velmi silný pocit, že ho rodiče nemají rádi a cítil se zbytečný.

V případové studii č. 6 byla tato teze **verifikována**. Vendula se k suicidálním pokusům uchyluje po konfliktech s matkou.

V případové studii č. 7 byla tato teze **verifikována**. Jako důvod svého jednání uvádí Rostislav, že ho přes internet odbyla dívka, do které se díky dopisování s ní zamiloval.

V případové studii č. 8 byla tato teze **verifikována**. Hana uvádí, že se u ní suicidální myšlenky a tendence objevují vždy, když dostane hodně úkolů ve škole, případně když se rodiče hádají.

V případové studii č. 9 byla tato teze **verifikována**. Kristýna se opakovaně dopouští suicidálního jednání po rozchodech s partnery. Myslí si, že sebevražda je jediným řešením její situace.

V případové studii č. 10 byla tato teze **verifikována**. Šárka uvádí jako důvod svého jednání rozchod s přítelem a vážný zdravotní stav otce.

V případové studii č. 11 byla tato teze **verifikována**. Václav se nedokáže začlenit do kolektivu. Aby lépe zapadl a netrpěl pocity méněcennosti, začal užívat marihuanu a pod jejím vlivem provádí věci, se kterými se poté nedokáže vyrovnat. Ocítl se v kolotoči závislosti a výčitek svědomí. Jako východisko z této situace zvolil suicidium.

Výzkumná teze č. 1 byla verifikována u všech případových studií.

VT 2. Tato situace se vyskytovala v rodinném prostředí.

V případové studii č. 1, 4, 5, 6, 8, 10 byla tato teze **verifikována**. V případové studii č. 8 byl důvodem suicidálního jednání společně s rodinnými problémy také stres z nadměrného zatěžování ve škole. V případové studii č. 10 se k traumatu ze špatného zdravotního stavu otce přidal ještě rozchod s přítelem.

V případové studii č. 2, 3, 7, 9, 11 byla tato teze **falzifikována**. U případu č. 2, 3, 7, 9 se jednalo o problémy v partnerských vztazích a v případě č. 11 byl motivem k suicidálnímu jednání vnitřní konflikt způsobený závislostí na droze.

Výzkumná teze č. 2 byla falzifikována.

VT 3. V rodině se většinou vyskytují více než dva rizikové faktory, které jsou v odborné literatuře uváděny v souvislosti se suicidálním jednáním dětí a adolescentů.

V případové studii č. 1 byla teze **verifikována**. V Davidově případě se jedná o velké množství rizikových faktorů, které mohou zvyšovat pravděpodobnost suicidálního jednání. Jsou jimi neúplná rodina, která byla často doplňována jinými partnery matky, alkoholismus u jednoho z partnerů, časté fyzické tresty, sexuální zneužívání a částečná neochota matky spolupracovat na zlepšení Davidova stavu.

V případové studii č. 2 byla teze **verifikována**. Nikola byla v dětství traumatizována otcovým odchodem od rodiny, neúplná rodina, časté střídání matčiny partnerů, zaneprázdněnost matky díky studiu, snaha o kontakt s otcem, který ovšem nadále nestojí o styky s dcerou.

V případové studii č. 3 byla teze **verifikována**. Růžena byla v dětství vystavena rodinným konfliktům, otcovým alkoholismem, rozvodem rodičů, smrtí otce a traumatizována sexuálním zneužíváním dědečkem. V současnosti vystavena zátěži

vlivem matčina nového sňatku s partnerem a přestěhování do jeho bydliště. Mezi Růženou a otčímem dochází k neustálým konfliktům, při kterých se matka staví na stranu svého nového manžela.

V případové studii č. 4 byla teze **verifikována**. Eva se v dětství setkala s traumatickou životní situací, kdy našla otce doma mrtvého. Následně s ní nikdy tento zážitek nebyl rozebrán a až do nynějška se jím trápí. V dětství byla také údajně sexuálně obtěžována vlastním bratrem. S tímto traumatem se ovšem také nikomu nesvěřila. Matka se jí v dětství moc nevěnovala, protože stavěla s novým přítelem dům. Vztah mezi nimi se stal chladným, zhoršovaný neustálými matčinými narážkami na Evinu tělesnou váhu. Eva má také pocit, že má matka raději bratra. Vztahy mezi Evou, matkou a bratrem jsou velmi konfliktní.

V případové studii č. 5 byla teze **verifikována**. Ve výchově Tomáše je evidentní rozporný styl výchovy rodičů. Matčina výchova je velmi tolerantní, velmi často hraničící až s nezájmem. Otec preferuje extrémně přísný výchovný styl. V rodině také dochází v poslední době ke konfliktům mezi rodiči. Důvodem jsou otcovy problémy v zaměstnání. Tomáš také vidí jako křivdu lepší vztah rodičů k sestře.

V případové studii č. 6 byla teze **verifikována**. Vendula byla v dětství vystavena dlouhodobému konfliktnímu vztahu rodičů a poté jejich rozvodem. Vendula se demonstrativních suicidálních pokusů dopouští opakovaně. Zvláště matka je nedůsledná při výchově a při Venduliných hospitalizacích jí dovolí předčasně odejít domů.

V případové studii č. 7 byla teze **falzifikována**. Rostislav žije v bezkonfliktním rodinném prostředí a jeho suicidální jednání pramení z depresivní poruchy.

V případové studii č. 8 byla teze **verifikována**. Hana byla od dětství vystavena neustálému stěhování rodiny. Při posledním stěhování velmi těžce nesla odloučení od přátel. Vztahy mezi rodiči jsou velmi napjaté. Velmi často dochází k hádkám mezi rodiči, do nichž je Hana neustále matkou vtahována. Otec je workoholik, který se na výchově téměř nepodílí a díky svému vytížení nikdy neplní sliby, které dětem dal.

V případové studii č. 9 byla teze **falzifikována**. Kristýna vyrůstala v bezkonfliktním prostředí. Její vztahy s rodiči se začaly zhoršovat v důsledku mentální anorexie a špatně zvoleným vztahům, které rodiče odmítali respektovat.

V případové studii č. 10 byla teze **verifikována**. Šárka vyrůstala v konfliktním prostředí. Dětství bylo poznamenáno otcovým alkoholismem, neustálými hádkami mezi rodiči a následným otcovým odchodem od rodiny. Matka vždy preferovala Šárčiny bratry, což brala dívka jako křivdu. Jeden ze Šárčiných bratrů se pokusil o sebevraždu, druhý je ve výchovném ústavu. Matka pracuje velmi často v noci a dívce se nevěnuje. Vztahy matky s dcerou jsou dlouhodobě konfliktní, Šárka ztratila k matce důvěru. Naposledy byla traumatizována otcovým velmi vážným zdravotním stavem.

V případové studii č. 11 byla teze **verifikována**. Václav vyrůstá v rodině poznamenané konflikty rodičů, alkoholismem otce a jeho agresivním chováním v opilosti. Chlapec toužil studovat konzervatoř, což mu matka nedovolila a Václav to velmi těžce nese. Často se doma opíjí, což rodičům delší dobu unikalo. Matce se několikrát svěřil se suicidálními myšlenkami a tendencemi, ta tomu nevěnovala žádnou pozornost. Rodičům také unikla Václavova závislost na marihuaně a s tím spojené změny Václavova chování.

Celkově byla teze č. 3 **verifikována**.

VT 4. Rodiče většinou dlouhodobě selhávají při výchově dotčeného.

V případové studii č. 1 byla teze **verifikována**. David dlouhodobě vyrůstá v dysfunkční rodině. Matka trvale nedodrжуje výchovné postupy, které byly dohodnuty při rodinné terapii.

V případové studii č. 2 byla teze **verifikována**. Nikola nejdříve žila v dysfunkční rodině, která byla narušená otcovým alkoholismem, později v neúplné rodině. Matka studuje, pracuje, hledá si nového partnera a nemá na výchovu dcery dostatek času.

V případové studii č. 3 byla teze **verifikována**. Růžena vyrůstala do tří let v dysfunkční rodině, poznamenané otcovým alkoholismem. Po rozvodu rodičů vyrůstala pouze s matkou a čtyřmi sourozenci. V 7 letech byla sexuálně obtěžována vlastním dědečkem.

V případové studii č. 4 byla teze **verifikována**. Když bylo Evě 7 let, zemřel jí otec. Do té doby rodina fungovala bezvadně, po smrti otce se rodinný život rozpadl. Ve třinácti letech byla sexuálně obtěžována bratrem, kterého matka preferuje. Později si

matka našla přítele a stavěli dům. Sama matka přiznává, že jí na výchovu dětí nezbýval čas.

V případové studii č. 5 byla teze **verifikována**. V rodině je dlouhodobě praktikovaný rozporný styl výchovy obou rodičů. Tomáš je méně nadaný než sestra, což ovšem otec odmítá respektovat. K dceři se chová lépe, což uznává i ona.

V případové studii č. 6 byla teze **verifikována**. Vendula vyrůstala v rodině, která byla narušena dlouholetým konfliktním vztahem rodičů. Rozvod proběhl ve Venduliných sedmi letech, od té doby žila pouze s matkou a mladší sestrou. Přesto, že má Vendula potíže s psychikou a chováním, je Vendula ve střídavé péči rodičů, mezi kterými dochází i po deseti letech k neustálým konfliktům. Vendula těchto konfliktů využívá a otec plní Vendule přání, které nechce splnit matka a naopak.

V případové studii č. 7 byla teze **falzifikována**. Rostislav vyrůstal v harmonické rodině a suicidální jednání se vyskytlo v důsledku depresivní poruchy, která nevznikla vlivem nevhodné výchovy.

V případové studii č. 8 byla teze **verifikována**. Hana se byla od dětství nucena neustále stěhovat, v důsledku otcova pracovního působení v různých částech světa. Mezi rodiči je velmi konfliktní vztah, do kterého matka zapojuje i děti.

V případové studii č. 9 byla teze **falzifikována**. Kristýna vyrůstala ve stabilním a harmonickém prostředí a její vztah s rodiči byl narušen až v 15 letech, kdy u ní probíhala bouřlivá puberta.

V případové studii č. 10 byla teze **verifikována**. Šárka vyrůstala v dysfunkční rodině, jejíž fungování bylo narušeno otcovým alkoholismem. Když bylo Šárce 10 let, tak se otec odstěhoval. Matka nezvládla výchovu ani u dvou Šárčiných bratrů. Starší se pod vlivem sekty pokusil o sebevraždu, mladší je už 5 let ve výchovném ústavu.

V případové studii č. 11 byla teze **verifikována**. Rodiče Václava žijí dlouhodobě v konfliktním manželství, otec je alkoholik, který bývá v opilosti agresivní. Václav už delší dobu popíjí doma alkohol, čehož si rodiče nevšimli. Matka také vnutila Václavovi učební obor, se kterým chlapec nesouhlasí.

Výzkumná teze č. 4 byla verifikována.

VT 5. Ze strany rodičů je snaha o nápravu situace v rodině.

Pro zlepšení psychického stavu klientů byla klinickou psycholožkou většinou doporučována farmakoterapie a psychoterapie. Pro zlepšení často velmi narušených vztahů klientů s rodiči doporučovala rodinnou terapii.

V případové studii č. 7 nebyla rodinná terapie nutná, proto **nelze tezi hodnotit**.

V případové studii č. 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10 a 11 byla teze **verifikována**. V těchto případech rodiče s navrhovanou rodinnou terapií souhlasí.

V případové studii č. 3 byla teze **falzifikována**. Matka a otcím o zlepšení vztahů mezi nimi a Růženu nestojí.

Celkově však lze říci, že teze č. 5 byla **falzifikována**.

6. 5 Interpretace výsledků

Z průzkumného šetření, které se uskutečnilo u 11 dětí a adolescentů ve věku 11 – 18 let vyplynulo, že nejčastěji uváděnými motivy suicidálního jednání jsou krizové životní situace, které souvisí se sociálním prostředím těchto jedinců. Nejvíce motivů přitom pocházelo z rodinného prostředí. Menší počet dětí a adolescentů uvádělo jako motiv svého jednání vrstevnické a partnerské vztahy a nejméně motivy, které souvisely se školním prostředím. Krizové životní situace působily na děti a adolescenty ve formě stresu, frustrace, traumatu a konfliktu.

Konflikt s rodiči, jako motiv suicidálního jednání byl uváděn Davidem, Evou a Vendulou. U Václava se jednalo o **interpersonální konflikt**, kdy Václav volil mezi závislostí na marihuaně, na alkoholu a lécích a špatným zdravotním a psychickým stavem, který tato závislost způsobovala.

Stres byl motivem suicidálního jednání u Tomáše a Hany, kteří volili sebevraždu jako únik z prostředí, které tento stres způsobovalo.

Frustrace z odmítnutí při partnerském vztahu byla motivem suicidálního jednání u Nikoly, Rostislava a Růženy a Šárky, kdy u všech dívek dochází k rozhodům opakovaně a vždy z iniciativy partnera.

Trauma, jako motiv suicidálního jednání, lze definovat u Šárky. Šárka byla traumatizována velmi vážným zdravotním stavem otce, kterého měla velmi ráda a rozhodem s přítelem, který je ve vězení.

Dítě nebo adolescent se s krizovou životní situací nedokáže vyrovnat a řešení hledají v suicidiu. Schopnost řešit krizové životní situace je v tomto věku omezena nedostatkem životních zkušeností, které by jim této situace mohly být nápomocny. Vzhledem k použitým prostředkům, místům a formám suicidálního jednání je možné konstatovat, že se ne vždy jednalo o suicidální jednání se zřejmým úmyslem umřít. Často se jednalo o nepromyšlené reakce, tedy **impulzivní typy sebevraždy**. Dítětem nebo adolescentem zvolené prostředky se nacházely v jeho nejbližším okolí a byly snadno dostupné. Jednalo se o léky, alkohol, nůž, skok s okna. Za místo suicidálního pokusu byl často volen domov dítěte, kde byla velká pravděpodobnost, že bude dotyčný včas nalezen. Z uváděných motivů lze vyvodit, že často pouze chtěli **utéct** před konkrétním problémem a jiné řešení v té chvíli neviděli. Příkladem může být Tomáš,

který chtěl utéct před otcovým návratem domů. Velmi často je také motivem pouze „**volání o pomoc**“. Dítě nebo adolescent zvolil tento postup řešení své krizové situace, protože jiné způsoby selhaly a on už neví, jak jinak by upozornil na svoje trápení. Eva se několikrát pokusila o sebevraždu a stále jí nikdo nedokázal pomoci. Ve skupině suicidantů je také případ Venduly, která svým suicidálním jednáním **manipuluje** s oběma rodiči.

Průzkumné šetření taktéž odhalilo, že dítě nebo adolescent, které řeší krizovou situaci v životě, často nejdříve volí jiné způsoby vyrovnávání se s touto situací. Rodiče ovšem mnohdy těmto signálům nevěnují dostatečnou pozornost. V případě Davida, Evy a Šárky se jedná o **útěky z domova**.

Všechny dívky z uvedených případových velmi často volí jako prostředek k uvolnění nahromaděného stresu **sebeпоškozování**. Tento způsob řešení problému lze najít u Nikoly, Růženy, Venduly, Hany, Kristýny i Šárky.

Ventilace nahromaděného stresu, který se projevuje ve formě **agrese** vůči ostatním lze vysledovat u Davida, který ve stresu ubližuje mladší sestře a spolužákům. Agresivně se projevuje také Vendula a to vůči učitelům ve škole.

Dalším ze způsobů, který děti nebo adolescenti volí, jako únik od problémů, je užívání psychostimulantiv. **Psychoaktivní látky** jako prostředek řešení volil Tomáš, který se ve stresových situacích uchýloval k inhalaci osvěžovačů vzduchu, Vendula, která experimentovala s marihuanou a hašišem, a také Šárka a Václav. Šárka experimentovala s marihuanou, halucinogeny, alkoholem i jinými psychoaktivními látkami. Václav kombinoval marihuanu s léky a alkoholem. Alkohol jako prostředek úniku se vyskytuje také u Rostislava, Hany a Kristýny.

Při bližší analýze sociálního prostředí souboru klientů dětského a dorostového oddělení psychiatrické kliniky lze ovšem říci, že suicidanty uváděné motivy jsou často pouze impulsy, jinak řečeno spouštěče, které suicidální jednání vyvolávají. Skutečné příčiny jejich jednání bývají často nevyřčené. Dítě nebo adolescent si je ani nemusí uvědomovat. Jsou jimi vnější i vnitřní rizikové faktory, které podmiňují suicidální jednání. Z rozboru jednotlivých případových studií vyplynulo, že nejvíce těchto příčin lze najít v rodině dítěte nebo adolescenta. Často se jedná o více jak dva rizikové faktory suicidálního jednání u každého z nich. Dítě a adolescent je často dlouhodobě vystaveno

působení těchto faktorů, které se mohou projevit ve formě **psychické poruchy, nebo nemoci**. U jedince dochází ke změnám prožívání a chování a při setkání se náročnou životní situací může jednat suicidálně.

K nejčastějším psychickým poruchám, které se vyskytly v uvedených případových studiích, patří **afektivní poruchy, poruchy chování a emocí** a také **poruchy příjmu potravy**.

Z rozboru případových studií vyplynulo, že velmi častou příčinou, která může být důvodem suicidálního jednání, je také **dlouhodobý konfliktní vztah obou rodičů**. Stresu z konfliktů mezi rodiči bylo dlouhodobě vystaveno 6 klientů. Jde o Nikolu, Vendulu, Hanu, Šárku, Tomáše a Václava.

Za další rizikový faktor lze považovat **rozvod rodičů** nebo **smrt jednoho z rodičů**. Rozvod rodičů, který je velkou traumatizující životní situací nejen pro partnery, ale i pro děti, prožila Nikola, Růžena a Vendula. Za dítě z rozvedeného manželství lze považovat ovšem i Davida, který vyrůstal s otčímem od dvou let. Smrt rodiče se objevila v případech Růženy a Evy. U Evy je negativní vliv této události umocněn tím, že právě ona byla ta, která otce našla mrtvého.

S rozvodem a smrtí rodičů souvisí také problémy, které mohou nastat ve vztahu k novému partnerovi jednoho z rodičů. **Doplněná rodina** patří k dalším rizikovým faktorům suicidálního jednání u dětí a adolescentů. Problémy s novým partnerem rodiče měl zejména David, Růžena a lze do této skupiny zařadit i Nikolu, které vadí matčino časté střídání partnerů.

Život dítěte je také často negativně ovlivňován alkoholismem rodičů. V případových studiích, ve kterých se objevuje **alkoholismus rodiče**, se konkrétně jedná o závislost otce. Průvodním jevem alkoholismu často bývá agresivita. Mezi děti, které žily s alkoholikem, patří David, Nikola, Růžena, Šárka a Václav.

Velmi negativně na prožívání dítěte nebo adolescenta působí **emoční chlad a nezáměr** ze strany rodičů. Emoční chlad a nezáměr rodičů o výchovu dítěte často souvisí s pracovním vytížením rodičů, dalším studiem, stavbou rodinného domu, hledáním nového partnera. Rodiče nevěnují dítěti dostatek času a propast mezi nimi se zvětšuje. Z důvodu chyb při komunikaci, dochází ke konfliktům, které zvětšují propast mezi nimi. Působení tohoto rizikového faktoru byl dlouhou dobu vystavený David,

Nikola, Růžena, Eva a Šárka. Václav se snažil matce říci, že má problém, ta ovšem na jeho projevy suicidálních tendencí nijak nereagovala. Hana se velmi trápila otcovým nezájmem o její život. Do tohoto souboru lze zařadit i Tomáše, u kterého se střídala období, kdy byl nucen k velkým výkonům, s obdobími nezájmu ze strany matky.

K rizikovým faktorům zvyšující pravděpodobnost suicidálního jednání v dětství a adolescenci patří také **rozporný výchovný styl**. Může se jednat rozporný styl u rodiče jednotlivě nebo rozporný výchovný styl matky a otce. Negativně působil tento způsob výchovy zejména na Tomáše a Šárku.

Jako problematická oblast, která může mít negativní dopad na dítě nebo adolescenta, se jeví i **preferování jednoho dítěte před druhým**. Dítě nebo adolescent takové jednání rodičů berou jako velkou křivdu, se kterou se jen těžko vyrovnávají. Velmi těžce takové jednání rodičů snášela Eva, Tomáš, Vendula a Šárka.

V několika případových studiích se objevilo **sexuální obtěžování**, případně i **znásilnění** dítěte nebo adolescenta. Sexuálně obtěžování rodinným příslušníkem byli David, Růžena a Eva. Šárka byla ve 13 letech znásilněna kamarádem.

Suicidálním jednáním dětí byli rodiče často překvapeni. Přitom z analýzy případových studií vyplynulo, že dítě často svými projevy chování jasně dávalo najevo, že o suicidiu přemýšlí, případně demonstrovalo suicidální tendence. V několika případech se dokonce jednalo o **opakované suicidální jednání**. I když bylo dítě delší dobu vedeno psychologicky a rodiče o jeho problémech věděli, jejich přístup k výchově se nezměnil. S výjimkou Rostislava byla u všech doporučena **rodinná terapie**, která byla odmítnuta pouze v případě Růženy. Otázkou ovšem zůstává, zda rodiče slib daný při propuštění dítěte z psychiatrie dodrží. V některých případech totiž rodinná terapie už probíhala, ale buď byla předčasně ukončena, nebo postupy domluvené při ní nebyly rodiči dodržovány, což vztahy mezi rodiči a jejich dětmi ještě více zhoršilo.

6. 6 Dílčí závěr

Cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou motivy a příčiny suicidálního jednání dětí a adolescentů, související s rodinným prostředím. Tento cíl byl splněn a získané poznatky jasně ukazují, že negativní vlivy, které pocházejí z rodinného prostředí, mohou výrazně zvyšovat riziko výskytu suicidálního jednání u dětí a adolescentů.

Rodinné prostředí souboru klientů Oddělení dětské a dorostové psychiatrie se vyznačuje přítomností velkého množství rizikových faktorů, které mohou zvyšovat výskyt suicidálního jednání v této věkové skupině. Rodiče si často vůbec neuvědomují, případně nechtějí uvědomovat, jak může jejich přístup k výchově negativně jejich dítě ovlivňovat. Dopouštějí se chyb, které se dítěte na první pohled netýkají. Do manželství vstupují neuváženě, případně žijí dlouhodobě v nefungujícím a konfliktním vztahu s partnerem, jsou závislí na alkoholu, na práci a výchovu dítěte vnímají jako něco, co přichází samo a do čehož není potřeba dávat čas ani energii. Vytrácejí se vazby mezi rodiči a dětmi v důsledku zběsilého životního tempa, zabezpečování ekonomického standardu rodiny, častého hledání nových partnerů a dalších aktivit, kdy nezbývá čas na výchovné a emocionální působení na děti. Rodina prochází krizí a jednou z šancí, které by mohly těmto rodinám pomoci, jsou aktivity spojené se sanací rodiny. Sanace rodiny je v současnosti velkým úkolem zejména pro sociální pedagogiku. V této problematice je totiž potřeba nejen pomoci napravovat již vzniklé chyby při výchově, ale také jim předcházet. Sociální pedagogika by měla vzdělávat jedince v oblasti výchovy k rodičovství a učení se jednotlivým rolím v rodině. Učit rodiče, jak naslouchat svým dětem, informovat rodiče o možných problémech, které vývojové období dětství a adolescence přináší a učit je, jak dětem s jejich problémy a starostmi pomoci.

Závěr

Sebevražedné jednání je sociálně patologický jev, který provází společnost od pradávna. Jeho studiu se věnuje celá řada vědních disciplín, které se snaží odhalovat mechanismy vzniku tohoto ve společnosti nežádoucího chování.

Teoretická část bakalářské práce popisuje sociálně patologické jevy a tedy i sebevraždu z pohledu dávné i nedávné historie, popisuje různé formy a způsoby sebevražedného jednání. Zabývá se analýzou životních situací, které se mohou stát důvodem, proč chce člověk svůj život ukončit a také seznamuje s rizikovými faktory, jež zvyšují pravděpodobnost, že se člověk rozhodne svoji náročnou životní situaci vyřešit suicidiem. Velká pozornost je věnována specifikům suicidálního jednání dětí a adolescentů, kteří společně se seniory patří k nejvíce ohroženým skupinám v této oblasti sociálně patologických jevů. Práce rozlišuje různé formy pomoci a prevence v této problematice a zaměřuje se zejména na možnosti sociální pedagogiky při řešení těchto problémů.

Cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou motivy a příčiny suicidálního jednání u dětí a adolescentů. Zvolená kvalitativní výzkumná strategie se ukázala být vhodným řešením. Z průzkumného šetření vyplynulo, že při analýze suicidálního jednání je nutno jednotlivé případy studovat podrobněji. V mnoha případech se ukázalo, že suicidantem uváděný motiv byl pouhým spouštěčem suicidálního jednání. Při bližším zkoumání sociálního prostředí dítěte nebo adolescenta se zjistilo, že byli často vystaveni mnoha dalším jiným stresorům, které jejich rozhodování spáchat sebevraždu ovlivňovaly. Některé si sami ani neuvědomovali. Právě kvantitativní výzkumná strategie, která umožňuje podrobnou analýzu zkoumaných jevů, pomohla tyto skryté příčiny odhalit. Pokud by totiž byly brány v potaz pouze důvody, které suicidant uvádí, mohly by se způsoby, jak tomuto jednání v budoucnosti zabránit, ubírat špatným směrem.

Výsledky podrobného zkoumání případových studií 11 klientů hospitalizovaných na dětském a dorostovém oddělení psychiatrie prokázaly, že nejvíce rizikových faktorů, které mohou ovlivňovat jedince v tom, že v krizové životní situaci volí jako způsob řešení suicidium, pochází z rodinného prostředí. Nejčastěji se jednalo o dlouhodobý konfliktní vztah mezi rodiči, rozvod rodičů, sexuální delikty páchané na dětech, emoční

chlad a lhostejnost rodičů a alkoholismus otce. Velmi často dítě nebo adolescent špatně snášeli rozdíly, které rodiče dělali při výchově mezi jednotlivými sourozenci.

Za závažnou skutečností, která byla při analýze případových studií zjištěna, je přítomnost sebepoškozování u všech dívek z tohoto souboru. Je tedy vhodné tomuto jevu, v souvislosti se suicidálním jednáním, věnovat zvýšenou pozornost.

Při studiu odborných pramenů, které se věnují prevenci sociálně patologických jevů, lze najít preventivní programy, které se orientují zejména na prevenci drogové závislosti, zneužívání dětí, šikany, rasové nenávisti a pozornost je zaměřena hlavně na sociálně znevýhodněné skupiny obyvatel. V poslední době se začíná pozornost obracet i na sanaci rodiny, tedy na řešení problémů v rodinách. Tyto projekty jsou ovšem často určeny pro rodiny, ve kterých se už nějaké problémy vyskytují. Jedná se zejména o rodiny s dítětem v pěstounské péči, rodiny, které jsou ohroženy odebráním dítěte, rodiny s dítětem s poruchami chování nebo učení a podobně. Bohužel se ukázalo, že problémy byly i v rodinách, kde by je nikdo neočekával. Společnost a zejména sociální pedagogika by měla pracovat na projektech, které budou předcházet vzniku problémů v rodinách a ne je pouze řešit. Pracovat s rodinou, ve které jsou už vzájemné vztahy narušeny, je velmi složité a jak ukázalo průzkumné šetření, často i neúčinné.

Zjištěné motivy a příčiny suicidálního jednání dětí a adolescentů mohou sloužit jako podklad pro vypracování vhodných preventivních postupů při sanaci rodiny. Jejich úkolem by měla být příprava dětí na rodičovství, učít je rodičovské roli, učít je řešit problémy v partnerských vztazích, tolerovat druhé, umět jim naslouchat a učít se mezi sebou komunikovat. Vysvětlovat, jak moc je působení rodiče na dítě důležité, že láska a emocionální opora jsou zásadním faktorem, které bude jejich dítě ovlivňovat po celý zbytek života. Tato možnost řešení snižování výskytu suicidálního jednání ve společnosti ovšem předpokládá větší zastoupení profese sociálního pedagoga ve školách a také větší časový prostor ve výuce pro předměty, které se budou touto problematikou zabývat.

Suicidální jednání je natolik složitý jev, že nebylo možné v této práci objasnit všechny stránky tohoto problému. Jistě by za pozornost stálo zmínit specifickou formu suicidálního jednání, kterou je asistovaná sebevražda nebo suicidální jednání seniorů, kteří patří k nejvíce suicidalitou ohroženým skupinám.

Resumé

Předkládaná bakalářská práce se zabývá suicidálním jednáním jako sociálně patologickým jevem. Je členěna na část teoretickou a empirickou.

Teoretická část bakalářské práce nejprve popisuje sociálně patologické jevy ve společnosti a seznamuje s neznámějšími teoriemi sociálně patologického chování a s vnímáním sebevražd v minulosti. Další kapitola definuje různé formy a druhy suicidálního jednání, zabývá se motivy a rizikovými faktory sebevražd. Zvláštní pozornost je věnována specifikům tohoto jednání u dětí a adolescentů. Vymezuje různé krizové situace v životě člověka, které se mohou stát spouštěčem suicidálního jednání. Poslední kapitola teoretické části bakalářské práce se zabývá formami pomoci a prevence sebevražedného jednání a také úlohou sociální pedagogiky v této problematice.

Empirická část bakalářské práce pojednává o motivech a příčinách suicidálního jednání dětí a adolescentů. Analýzou 11 případových studií dětí nebo adolescentů hospitalizovaných na psychiatrii pro nějakou formu suicidálního jednání se snaží o zjištění aktuálních motivů a příčin, které k tomuto jednání vedou. Zvláštní pozornost je věnována rodinnému prostředí těchto dětí a adolescentů.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou sebevražedného jednání. Teoretická část popisuje sebevraždu jako sociálně patologický jev a nahlíží na sebevraždu z historického hlediska. Vysvětluje formy, druhy, motivy a příčiny sebevražedného jednání u dospělých, dětí a adolescentů. Vymezuje životní situace, které mohou být impulsem k suicidálnímu jednání. Poslední kapitola teoretické části se zaměřuje na formy pomoci a prevence suicidálního jednání. Cíl empirické části bakalářské práce je zjistit motivy a příčiny suicidálního jednání dětí a adolescentů.

Klíčová slova

Sociální patologie, sociální deviace, sebevražda, motivy sebevražd, příčiny sebevražd, životní krize, pomoc v krizi, druhy prevence, sociální pedagogika.

Anotation

The Bachelor's Thesis presented deals with the issue of suicidal behaviour. In the theoretical part of the Thesis, suicide is analysed as a social pathological phenomenon and is inspected from the historical point of view. Different forms, types, causes and motives for suicidal behaviour of adults, children or adolescents are set forth. Life situations giving an impulse for suicidal behaviour are defined. The last section of the theoretical part of the Thesis is dedicated to the means of help and prevention of suicidal behaviour. The aim of the empirical part of the Thesis is to establish the causes and motives for suicidal behaviour of children and adolescents.

Key words

Social pathology, social deviation, suicide, suicide motives, causes of suicide, life crisis, help in crisis, types of prevention, social pedagogy, child, adolescent.

Seznam použité literatury

Knihy a monografie

1. ČÁP, J.; MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2007, 656 s. ISBN 978-80-7367-273-7.
2. ČERNÝ, L. *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p., 1970, 136 s.
3. DZÚROVÁ, D.; DRAGOMIRECKÁ, E. *Sebevražednost obyvatel České republiky v období transformace společnosti*. Praha: Univerzita Karlova, 2002, 80 s. ISBN 80-86561-03-8.
4. FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Sociální patologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, 134 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
5. HERETIK, A.; HERETIK, A. jr. et al. *Klinická psychologie*. Nové Zámky: Psychoprof, spol. s r.o., 2007, 815 s. ISBN 978-80-89322-00-8.
6. HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
7. HRČKA, M. *Sociální deviace*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, 302 s. ISBN 80-85850-68-0.
8. HRONCOVÁ, J.; KRAUS, B. et al. *Sociálna patológia pre sociálnych pracovníkov a pedagógov*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB, 2006, 252 s. ISBN 80-8083-223-4.
9. KOUTEK, J.; KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 2007, 128 s. ISBN 978-80-7367-349-9.

10. KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál, 2008, 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
11. KRAUS, B.; POLÁČKOVÁ, V. *Člověk – prostředí – výchova*. Brno: Paido, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
12. KRIEGELOVÁ, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2008, 174 s. ISBN 978-80-247-2333-4.
13. MASARYK, T. G. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998, 221 s. ISBN 80-901971-4-0.
14. MLČÁK, Z. *Emergenční psychologie a krizová intervence*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005, 62 s. ISBN 80-7368-036-X.
15. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd*. Praha: Dybbuk, 2003, 414 s. ISBN 80-903001-8-9.
16. MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2002, 104 s.
17. MUNKOVÁ, G. *Sociální deviace*. Praha: Karolinum, 2001, 134 s. ISBN 80-246-0279-2.
18. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1997, 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
19. PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H.; PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál, 2003, 180 s. ISBN 80-7178-809-0.
20. RABOCH, J. *Psychiatrie*. Praha: Galén: Karolinum, 2001, 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
21. RADVAN, E.; VAVŘÍK, M. *Metodika psaní odborného textu a výzkumu v sociálních vědách*. Brno: IMS, 2009, 57 s.

22. RŮŽIČKA, L. *Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického*. Praha: Academia, 1968, 156 s.
23. ŘEHORŮ, A. *Metodické pokyny pro vypracování bakalářské práce*. Brno: IMS, 2006.
24. SEKOT, A. *Aktuální problémy sociální patologie*. Brno: IMS, 2009, 106 s.
25. SOCHŮREK, J. *Úvod do sociální patologie*. Liberec: Technická univerzita, 2009, 186 s. ISBN 978-80-7372-448-1.
26. ŠPATENKOVÁ, N. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004, 132 s. ISBN 80-247-0888-4.
27. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004, 356s. ISBN 80-246-0841-3
29. VAŠINA, L. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: IMS, 2010, 181 s.
30. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 1996, 282 s. ISBN 80-85880-10-5.
31. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007, 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.
32. VYKOPALOVÁ, H. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, 154 s. ISBN 80-244-0337-4.
33. ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996, 206 s. ISBN 80-7187-206-6.

Příspěvky ve sborníku

34. CALTOVÁ HEPNAROVÁ, G. *Uplatnění sociálního pedagoga v sociálních službách*. In sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě. Brno: IMS, 2009, 651 s.

35. EMMEROVÁ, I. *Sociálny pedagog jako pomáhající profesia, súčasný stav a perspektivy*. In sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě. Brno: IMS, 2009, 651 s.

36. HUDCOVÁ, A. *Rodina z pohľadu sociálnej pedagogiky a z pohľadu sociálnej práce*. In sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě. Brno: IMS, 2009, 651 s.

37. SEKOT, A. *Aktualizace sociálněpatologických jevů v kontextu perspektiv sociální pedagogiky*. In sborník příspěvků z mezinárodní konference Sociální pedagogika ve střední Evropě. Brno: IMS, 2009, 651 s.

Internetové zdroje

38. Babáková, Z. *Sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Psychiatrie pro praxi [online]. 2003, č. 4 [cit. 2011 – 06 – 03], s. 1 – 4. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/04/05.pdf>

39. Herman, E. *Suicidalita v ambulantní praxi*. Psychiatrie pro praxi [online]. 2004, č. 2 [cit. 2011 - 03 – 06], s. 80 – 82. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/02/08.pdf>

40. Marková, M. *Vliv sociálních faktorů na problémové chování adolescentů*. Pediatrie pro praxi [online]. 2008, č. 3 [cit. 2011 – 03 – 06], s. 190 – 191. Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2008/03/11.pdf>

41. Praško, J. *Péče o suicidálního pacienta*. Psychiatrie pro praxi [online]. 2006, č. 4 [cit. 2011–03-06], s. 191 – 195. Dostupné z:

<<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>

42. Ryšánková, M. *Proč se dospívající sebepoškozují*. Pediatrie pro praxi [online]. 2008, č. 3 [cit. 2011–03–06], s. 383 – 387. Dostupné z:

<<http://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2008/06/07.pdf>

43. <http://www.czso.cz>

44. <http://www.demografie.info>

45. <http://www.osmec.cz/socialni-pedagog.php>