Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

Název diplomové práce:

Suicidální chování u dětí a dospívajících

Vypracovala: Věra Kajuková
Vedoucí diplomové práce: PhDr. Petr Goldmann

P r o h l á š e n í

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma
„Suicidální chování u dětí a dospívajících“
jsem vypracovala samostatně.
Použitou literaturu a podkladové materiály
uvádím v přiloženém seznamu literatury.

V Praze dne 22. července 2006

Podpis

Poděkování:

Děkuji PhDr. Petrovi Goldmannovi za cenné rady a připomínky, které mi poskytl při vypracování diplomové práce.

Obsah

Úvod 3
TEORETICKÁ ČÁST 5
1. Suicidium z historického hlediska 5
2. Epidemiologie suicidií 6
2.1 Suicidalita ve světě 6
2.2 Suicidalita v České republice 7
2.3 Suicidalita v dětství a adolescenci 7
3. Pojetí smrti v dětství a v adolescenci 9
4. Suicidální chování 11
4.1 Formy suicidálního chování 11
4.2 Způsoby suicidálního jednání 15
4.3 Motivy suicidálního jednání 16
5. Suicidální vývoj jako proces 17
6. Rizikové faktory 18
6.1 Vnější vlivy 19
6.1.1 Suicidální jednání a osobnost 19
6.1.2 Suicidální jednání a rodina 20
6.1.3 Suicidální jednání a škola 22
6.1.4 Suicidální jednání a zdravotní stav 23
6.1.5 Suicidální jednání a sociální postavení 24
6.1.6 Suicidální jednání a náboženství 24
6.1.7 Ostatní rizikové faktory 24
6.2 Psychiatrické poruchy 25
6.2.1 Deprese 25
6.2.2 Schizofrenie 26
6.2.3 Neurotické a úzkostné poruchy 27
6.2.4 Poruchy příjmu potravy 28
6.2.5 Závislosti 29
6.2.6 Týrání a zneužívání 31
6.2.7 Disharmonický vývoj osobnosti 32
7. Diagnostika suicidálních dětí a adolescentů 32
8. Léčba suicidálních dětí a adolescentů 37
8.1 První pomoc před, při a po sebevražedném pokusu 37
8.2 Krizová intervence 38
8.3 Psychoterapie 39
9. Prevence 43
10. Suicidální jednání a právo 44
10.1 Hospitalizace bez souhlasu jedince 45
10.2 Trestní právo a suicidální jednání 45
11. Společenské postoje k suicidiu 47

11.1 Myšlenkové stereotypy a sebevraždy 47
PRAKTICKÁ ČÁST 50
12. Výzkumný vzorek a formulace problému 50
13. Výzkumná metoda 50
14. Kazuistika I 51
14.1 Rodinná anamnéza 52
14.2 Osobní anamnéza 55
14.3 Školní a sociální anamnéza 58
14.4 Psychiatrická anamnéza 60
14.4.1 Dětská psychiatrická klinika Motol, Psychiatrická klinika Ke Karlovu 61
14.4.2 Psychiatrická léčebna Bohnice 64
14.5 Suicidální chování 70
14.5.1 Suicidální myšlenky a tendence 70
14.5.2 Suicidální pokusy 72
14.6 Současný stav 75
14.7 Prognóza a terapeutické návrhy 75
15. Kazuistika II 76
15.1 Rodinná anamnéza 77
15.2 Osobní anamnéza 81
15.3 Školní a sociální anamnéza 82
15.4 Psychiatrická anamnéza 84
15.4.1 Dětské oddělení nemocnice v Litoměřicích 84
15.4.2 Dětské a dorostové oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice 84
15.5 Suicidální chování 88
15.5.1 Suicidální myšlenky 88
15.5.2 Suicidální pokusy 88
15.6 Stav před ukončením hospitalizace 91
15.7 Prognóza a terapeutické návrhy 91
16. Rozbor případů 92
16.1 Rizikové faktory 92
16.2 Suicidální chování 97
16.3 Shrnutí případů 100
17. Diskuse dat 101
18. Závěr 112
19. Seznam literatury 115
Resumé 125

Úvod

Suicidální chování představuje závažný celospolečenský problém, který se dotýká zdravotní i společenské oblasti lidského života. Přestože v současné době zemře v České republice vlastní rukou více lidí než při dopravních nehodách, je problematika suicidálního chování ve společnosti spíše tabuizována.

Důvodem může být, že sebevrah svým činem devalvuje hodnotu života, kterou společnost považuje za jednu z nejcennějších. Pokud má subjektivně dostatečně silný motiv, je bez ohledu na společenské normy schopen potlačit pud sebezáchovy a dobrovolně ukončit svůj život. Někdy je pro okolí opravdu téměř nemožné pochopit, kudy se ubíral vnitřní proces takového člověka. Možná právě pro tuto nesrozumitelnost je sebevražda pro člověka tak náročná a ohrožující.

Ještě hlubším dojmem než sebevražda dospělého na nás zapůsobí sebevraždy dětí a dospívajících, které v současnosti v celosvětovém měřítku zaujímají třetí místo v příčinách úmrtí. Pokud není přítomna závažná psychiatrická diagnóza, je velice obtížné, mnohdy i nesnadné, představit si motiv, který by byl v tomto věku tak silný, že by mohl dovést utvářející se osobnost až na dno propasti, ze které není návratu.

Suicidalita u dětí a dospívajících představuje velice závažnou a obsáhlou problematiku. Suicidální akt je vždy výrazem nešťastnosti, představuje tragické volání o pomoc. Z tohoto důvodu je velmi důležité zaměřit se na pozadí suicidálního chování, na hledání odpovědi na otázku, co přiměje dítě a dospívajícího k tomuto zoufalému kroku, kdy si namísto života zvolí smrt.

Cílem této práce je zmapování rizikových faktorů a jejich vlivu na suicidální chování a zaměření se na jeho strukturu a dynamiku; a to konkrétně u dvou dospívajících.

Práce je pro přehlednost rozdělena na část teoretickou a na část praktickou. V první části této práce shrnuji dosavadní poznatky o suicidálním chování u dětí a dospívajících. Podávám přehled vývoje výskytu sebevražd a přístupu k suicidalitě v průběhu historie, zabývám se epidemiologickými hledisky. Nechybí zde ani kapitola týkající se pojetí smrti v dětství a adolescenci, kterou pokládám vzhledem k této problematice za nepostradatelnou. V následujících kapitolách se věnuji suicidálnímu chování a rizikovým faktorům - vlivům vnějším i vnitřním (psychiatrickým poruchám). V rámci suicidálního chování se zabývám jeho jednotlivými formami od suicidálních myšlenek a proklamací až po samotný suicidální akt, neopomíjím zmínit ani dynamiku suicidálního vývoje či základní informace o suicidálních způsobech a suicidální motivaci. Ve druhé polovině

teoretické části se věnuji diagnostickému procesu při posuzování suicidálních dětí a dospívajících; dále pak možnostem terapie sebevražedného jednání a to v závislosti na aktuálním psychickém stavu postiženého a na době, ve které je léčba poskytována. Určitý prostor ponechávám také preventivním opatřením.

Teoretickou část uzavírám pohledem do současného pojímání sebevražd ve společnosti a to jak po stránce právní, tak po stránce kognitivní, tj. oblasti myšlenkových stereotypů.

Praktická část práce sestává ze dvou kazuistik. Pro tuto metodu jsem se rozhodla po určitém nepříliš úspěšném období, kdy jsem se snažila získat kvantitativní data týkající se této problematiky. Jelikož je v současné době v platnosti zákon o ochraně osobních údajů, dle kterého je k nahlédnutí do záznamů i k rozhovoru se suicidálním dítětem a dospívajícím nutný souhlas zákonných zástupců (z etického hlediska je samozřejmě nezbytné také kladné vyjádření samotného suicidálního jedince), je možnost získat informace značně ztížena. A to zejména z toho důvodu, že z pohledu rodičů jde o velice bolestivou a v mnohém i stigmatizující oblast, a proto souhlas ve většině případů neposkytnou.

Kazuistiky popisují případ dvou adolescentů, konkrétně dospívající dívky a dospívajícího chlapce, v jejichž anamnéze nalézáme opakované suicidální pokusy. Domnívám se, že nahlédnutí do životního příběhu obou adolescentů nám může pomoci hlouběji pochopit pozadí jejich suicidálního jednání, povahu životních událostí, okolností i motivů, které jejich rozhodnutí ovlivnily. Data prezentovaná v obou kazuistikách jsem získala z rozhovorů se suicidálními jedinci, jejich rodinnými příslušníky i odborníky, u kterých byli v průběhu hospitalizace na psychiatrickém oddělení v péči. Dále jsem také vycházela ze zdravotnických záznamů, které byly v průběhu této hospitalizace vedeny.

Struktura obou kazuistik je téměř shodná. Představované kazuistiky se skládají z rodinné, osobní, školní, sociální a psychiatrické anamnézy, dále pak obsahují data týkající se suicidálního chování, aktuálního stavu adolescenta (v případě adolescentního chlapce stavu před ukončením hospitalizace), prognózy a terapeutických návrhů. V závěru praktické části se v oddělení rozbor případu zaměřím na klíčové okolnosti, rizikové faktory, které dle mého názoru sehrály v suicidálním chování podstatnou roli. Pozornost věnuji také suicidálním formám, suicidální dynamice, suicidální motivaci a konceptu smrti. V rámci diskuse dat zkonfrontuji své závěry s literárními prameny.

Závěr práce obsahuje celkové shrnutí prezentovaných informací z části teoretické i praktické.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Suicidium z historického hlediska

Je pravděpodobné, že se suicidální chování v rámci lidské společnosti vyskytovalo ve všech údobích civilizačního vývoje. Postoje k sebevražednému jednání se vyvíjely a měnily, vycházely z převažujícího názoru na život. Nezanedbatelný vliv zaujímaly také specifické životní podmínky, společenské poměry či náboženství.

Podle Masaryka (1998) patřila sebevražda u některých národů k přirozeným způsobům odchodu ze života. Například staří Keltové a Skandinávci považovali přirozenou smrt za potupnou a jenom smrt na bojišti za čestnou. Staří muži, kteří již nemohli bojovat, se proto vrhali ze skal.

Pokud jde o názory na sebevraždu ve starověkém Řecku a Římě, nebyly zcela jednotné. Pro Aristotela znamenalo sebevražedné chování zbabělý čin a překročení zákona. Stoická škola naopak otevřeně uznávala právo člověka ukončit svůj vlastní život, pokud mu přináší jakékoli utrpení (Vágnerová 1999, s. 239).

Se sebevraždou se u Řeků setkáváme ve vyšším měřítku až po válce peloponéské (431-404 př.n.l.). Jak uvádí Masaryk (1998, s. 110) : *„Protože se u přírodních a nevzdělaných národů sebevražda vůbec nevyskytuje, nalézáme ji u Řeků ve starší době jenom výjimečně a zřídka; teprve asi po válce peloponéské vzniká chorobná sebevražednost a dosahuje největší síly v době, kdy Řecko náleželo Římu.“*

Ani u Římanů ve staré době republiky nebyl výskyt sebevražednosti četným jevem. Hromadněji se vyskytl až v době císařství, kdy se rozmnožil po celé říši, pokud byla vzdělaná. Odchod ze světa sebevraždou se za doby císařství stal frekventovanějším (Masaryk 1998, s. 110). Také v této době (cca 1 st. př. n. l.) se setkáváme s případem v oblasti sebevražedného jednání téměř nejznámějším a to se sebevraždou Kleopatry. Jak se můžeme dočíst v Monestierovi (2003) spáchala staroegyptská královna Kleopatra, poslední z dynastie Ptolemaiovců, sebevraždu po prohrané bitvě u Aktia. Zvolila dobrovolnou smrt uštknutím hada, konkrétně zmije skvrnité.

Ke změně postoje k sebevraždě jako způsobu ukončení života došlo s rozšířením křesťanství, které ji přísně zakazuje a sankcionuje. Křesťanská církev ji stavěla na úroveň vraždy. Podle bible je možné charakterizovat tento vztah jako : Bůh život dal, stvořil k obrazu svému, a proto pouze on má právo člověku život vzít a povolat jej k sobě (

Řehůlková 1982, s. 13). Sebevražda stigmatizovala jak oběť, tak i její rodinné příslušníky. Ti, kteří takto zemřeli, nemohli být pohřbeni do svěcené půdy hřbitova a byli pohřbíváni za hřbitovní zeď. Ve středověku v důsledku tohoto postoje sebevražd pravděpodobně výrazně ubylo, i když jistě nevymizely zcela.

Častějším jevem se stala sebevražda v dobách renesance. V průběhu 18. a zejména 19. století docházelo k vzestupu sebevražedného jednání, zvláště ve městech. Na tom se podílela průmyslová revoluce se stěhováním obyvatel z venkova do měst a s prudkým vzrůstem počtu městského obyvatelstva. Vývoj sebevražednosti v českých zemích tento trend dokazuje. V druhé polovině devatenáctého století prudce vzrůstal počet sebevražd v Čechách a ve Slezsku, tedy v průmyslových oblastech, zatímco na Moravě byl vzestup menší (Koutek; Kocourková 2003, s. 13).

Podle Koutka a Kocourkové (2003) se v průběhu 20. století stala sebevražda poměrně častým jevem. Výkyvy v četnosti tohoto jevu souvisí, jak se zdá, se společenskou situací v našem státě. Vzestup sebevražednosti nastal například začátkem 30. let, což zapříčinila celosvětová hospodářská krize, nebo ve 40. letech z důvodu druhé světové války. V průběhu 60. let došlo k postupnému růstu sebevražednosti, s vrcholem v roce 1970, a poté nastal pozvolný sestup, který trvá doposud. Jiný je však trend sebevražednosti u adolescentů, kde v průběhu 90. let 20. století došlo k vzestupu.

Z výše uvedených informací můžeme dospět k názoru, že zatímco ojediněle se suicidium vyskytuje u všech národů a ve všech dobách, jako společenský hromadný jev vystupuje periodicky (například chorobná sebevražednost v dobách úpadku starých kulturních národů).

2. Epidemiologie suicidií

Epidemiologie sebevražd sleduje výskyt tohoto jevu v různých státech a v různých věkových skupinách. Dle mého názoru je nutné upozornit na skutečnost, že statistická data nemusejí vypovídat o reálné četnosti tohoto jevu, neboť lze předpokládat, že řada suicidií byla vykázána jako úraz, nešťastná náhoda, dopravní nehoda a podobně.

2.1 Suicidalita ve světě

Mezi jednotlivými národy a státy existují v míře sebevražednosti značné rozdíly. Podle statistiky WHO (in Koutek; Kocourková, 2003) se tradičně vysoká suicidalita

objevuje v Maďarsku, v Rusku a také v pobaltských republikách. Na druhém pólu stojí státy Střední a Jižní Ameriky (příkladem je Mexiko, Peru, Brazílie).

2.2 Suicidalita v České republice

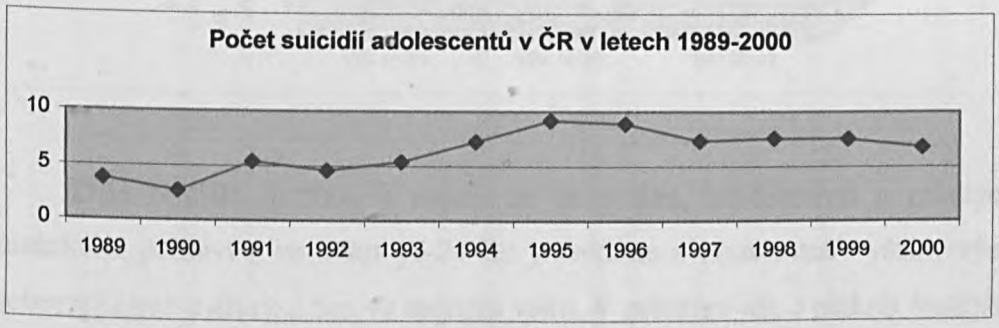
Sebevražednost v České republice představuje dlouhodobě evropský průměr. Podle ČSÚ (2006) spáchalo v letech 1996 – 2003 sebevraždu celkem 12982 osob, z toho 10243 mužů a 2739 žen (jde o absolutní počet). Dle ČSÚ (2006) je podíl sebevražd mužů na počet zemřelých za zkoumané období průměrně 3,74x větší než podíl žen. Sebevražednost mužů ve vztahu k počtu obyvatelstva je průměrně 3,91x větší než sebevražednost žen.

2.3 Suicidalita v dětství a adolescenci

Vývoj suicidality v dětském a adolescentním věku vykazuje v posledních letech vzestupný trend. U dětí do 15 let je suicidální jednání s letálním koncem poměrně vzácné. V roce 1990 takto zemřely tři děti, z toho dva chlapci a jedna dívka (Koutek; Kocourková 2003, s.23). V roce 2000 to podle ČSÚ (2004) bylo již 39 dětí, z toho 29 chlapců a 10 dívek. K podstatnému nárůstu dochází v adolescentní věkové skupině (15-19 let). V roce 1990 suicidovalo v České republice podle Zdravotnické statistiky (1987 – 2001) 48 adolescentů, z toho 37 jedinců pohlaví mužského a 11 pohlaví ženského. V roce 2000 to podle ČSÚ (2004) bylo již 286 osob, z toho 232 chlapců a 54 dívek.

Podle Koutka a Kocourkové (2003) je podstatný přepočet na 100 000 obyvatel dané věkové kategorie. Zatímco v roce 1990 představoval 2,7, v roce 2000 cca 7. Jak můžeme vidět dochází k relativnímu vzestupu počtu sebevražd (ačkoliv se podstatně snížil počet adolescentů v naší zemi, počet zemřelých suicidiem zůstal prakticky stejný) (viz graf 1).

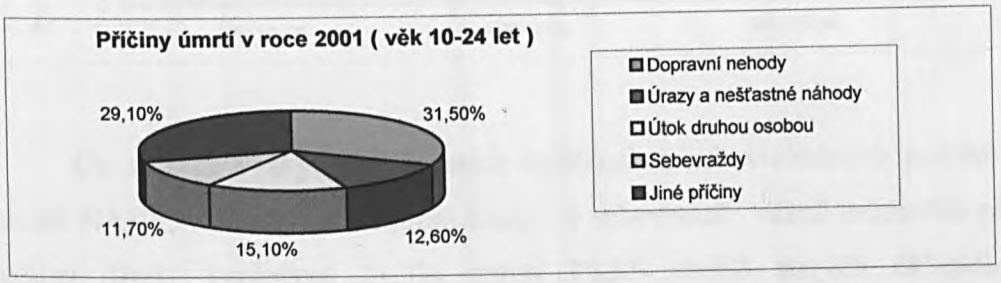
Graf 1



Pokud jde o celosvětový trend, Centrum pro kontrolu nemocí a prevenci (National Adolescent Health Information Center, dále již jen NAHIC) (2004) uvedlo, že v roce

2001 spáchalo sebevraždu 4 243 jedinců ve věku 10-24 let. V přepočtu na 100 tisíc obyvatel činí tento počet 7, což přibližně odpovídá zjištění u české populace. Sebevraždy tak představují 11,7% příčin všech úmrtí této věkové skupiny. To staví sebevraždy na třetí místo příčin úmrtí u dětí, adolescentů a mladých dospělých (hned po dopravních nehodách a úrazech a nešťastných náhodách) (viz graf 2).

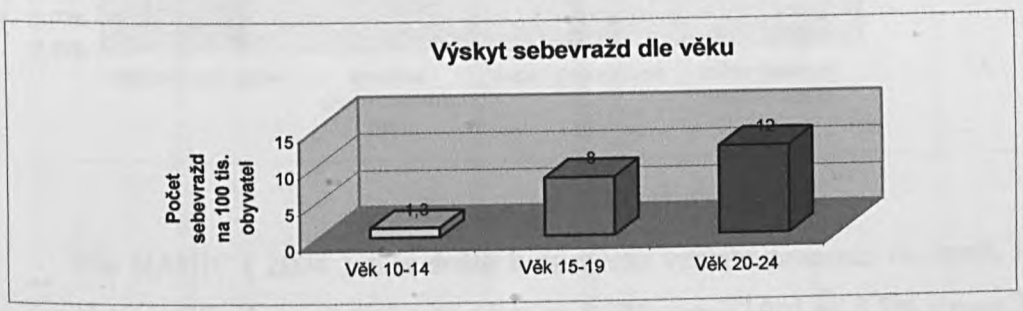
Graf 2



Podle NAHIC (2004) dochází k lineárnímu vzrůstu počtu sebevražd spolu se zvyšujícím se věkem. U adolescentů (15-19 let) je výskyt sebevražd přibližně šestkrát vyšší než u dětí (10-14 let), u mladých dospělých (20-25 let) pak až devětkrát vyšší (viz graf 3).

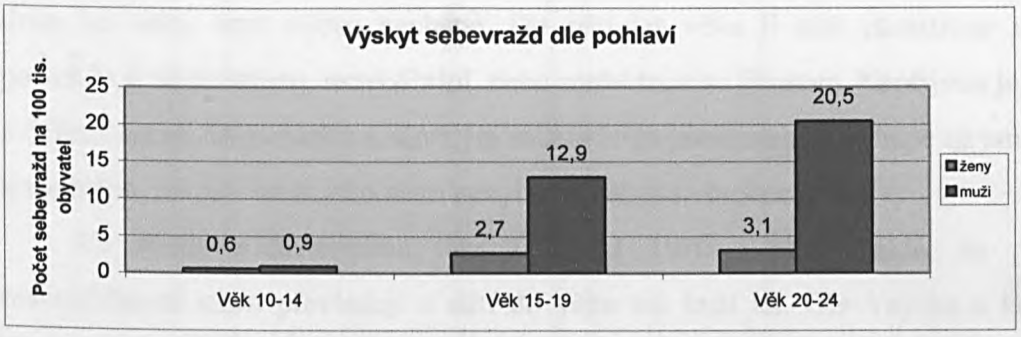
Tento poměr vzrůstá i v dospělosti a to přibližně do 50 roku věku. Od roku 1960 do roku 2000 ve srovnání s počtem sebevražd u ostatní populace (2%) dramaticky vzrostl počet sebevražd u dětí, adolescentů a mladých dospělých (128%).

Graf 3



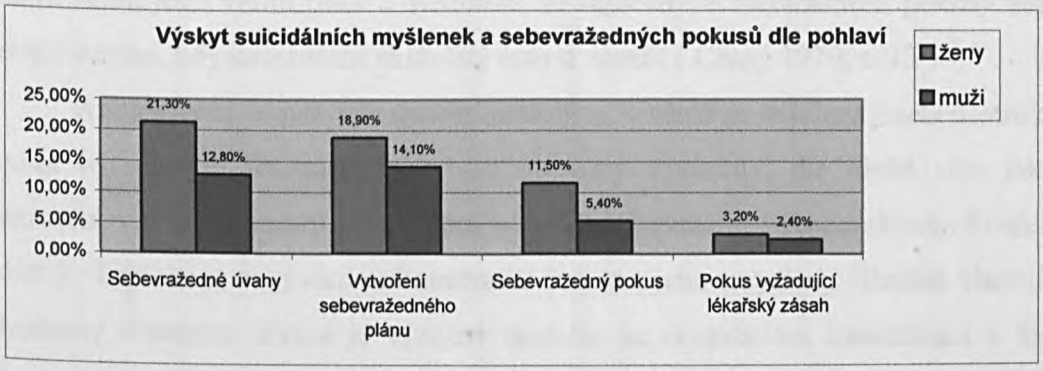
Dále NAHIC (2004) uvádí, že se u dětí, adolescentů a mladých dospělých mužského pohlaví (ve věku 10-24 let) setkáme s konstantně vyšším výskytem počtu sebevražd než u dívek a žen ve stejném věku. V průměru jde o pětkrát častější výskyt (viz graf 4). Jde o dlouhodobý trend – od roku 1981 do roku 2001 tvořili 84% z těch, kteří spáchali sebevraždu ve věku 10-24 let, muži.

Graf 4



Co se týká výskytu suicidálních myšlenek a sebevražedných pokusů dle pohlaví, uvádí NAHIC (2004) následující údaje : o sebevraždě vážně uvažovala přibližně jedna pětina dívek, konkrétně 21,3% oproti 12,8% stejně starých chlapců. Zatímco u adolescentních mužů je častější výskyt dokonané sebevraždy, u adolescentních žen výskyt sebevražedných myšlenek a sebevražedných pokusů. Mezi studenty středních škol v roce 2003 se o sebevraždu pokusilo dvakrát tolik dívek než chlapců, konkrétně 11,5% dívek versus 5,4% chlapců (viz graf 5).

Graf 5



Dle NAHIC (2004) dále došlo k mírnému vzrůstu procenta studentů, kteří ve své anamnéze uvedli sebevražedný pokus a to ze 7,3% v roce 1991 na 8,5% v roce 2003.

3. Pojetí smrti v dětství a v adolescenci

Suicidální jednání v dětství a adolescenci je významně ovlivněno stupněm psychického vyzrávání dítěte a dospívajícího. Abychom mohli suicidální jednání pochopit, je nezbytné přiblížit si svět dítěte a adolescenta, jeho názory na smrt, které se během jednotlivých vývojových etap proměňují.

Chaloupka (1983) poukazuje na zjištění vývojové psychologie, dle které dítě do dvou let věku smrt vůbec nechápe. Do pěti let věku ji dítě ztotožňuje s odchodem, považuje ji za dočasnou, reverzibilní, nebo souběžnou se životem. Nepřijímá její konečnost a definitivnost. Mezi pátým a devátým rokem smrt personifikuje. Chápe už smrt jako něco konečného, nikoliv však jako něco nevyhnutelného a všeobecného.

Ve shodě s Chaloupkou také Černý (1970) předpokládá, že představy o reversibilnosti smrti převládají u dětí do věku asi šesti let. Dle Vojtíka a kol. (1991) vnímá šestileté dítě smrt spíše jako imaginární postavu. Zralejší dítě chápe smrt jako odchod ze života, který je dočasný asi jako spánek. Dále se Černý (1970) domnívá, že ve věku školním, mezi šestým až desátým rokem, se dítě postupně začíná o podstatě smrti poučovat a může již sledovat smrt hmyzu, zvířat. Děti, a to zvláště chlapci, začínají v různých hrách napodobovat příběhy, ve kterých se popravuje a zabíjí. Občas se stane, že během takovýchto her dojde k nějaké nehodě. Podobné případy samozřejmě nelze počítat mezi sebevražedné pokusy, neboť šlo jen o hru s ústředním motivem smrti.

Samotné pochopení a přijetí definitivnosti smrti pak podle Vavrdy (2001) nastává mezi devátým a jedenáctým rokem věku. V tomto období se už můžeme začít setkávat, i když zatím ještě velmi řídce a ojediněle, se skutečnými suicidálními pokusy nebo i s činy dokonanými, kdy nalezneme skutečný úmysl zemřít (Černý 1970, s. 13).

Adolescence je pak vývojovým obdobím, v němž se myšlenky sebedestrukce a smrti zdají být častým fenoménem – jsou citovány výzkumy, dle nichž více jak polovina zkoumaných adolescentů přemýšlela vážně o sebevraždě (Kocourková; Koutek 1996, s. 534). Typické je zabývání se konečností života a jeho smyslem. Hledání vlastní identity a hodnoty vlastního života je výrazně spojeno se skupinovou identifikací a zvnitřněním hodnot. Značný vliv na postoje ke smrti má proto specifická adolescentní kultura. Důležité je, jak vysoká je individuální hodnota lidského života v prostředí, se kterým se adolescenti identifikují, ve kterém se nezanedbatelnou dobu pohybují. Určitý vliv mají také sdělovací prostředky (Koutek; Kocourková 2003, s. 49). Bez významu není ani to, že adolescent žije převážně přítomností, nevěří ve vlastní destrukci („mně se přece nic nemůže stát"), avšak suicidální adolescent se bojí smrti mnohem méně, než jeho vrstevníci (Vojtík a kol. 1991, s. 125 – 127).

4. Suicidální chování

U suicidálního chování a jednání rozlišujeme různé formy - od suicidálních myšlenek až po dokonané suicidium, dále různé způsoby, které jedinec ke svému závěru zvolil. Při posuzování suicidálního chování zaměřujeme svoji pozornost také na motivy, které k tomuto jednání vedly.

4.1 Formy suicidálního chování

Suicidální chování u dětí a adolescentů se vyskytuje stejně jako u dospělých v několika formách. Dle Koutka (2000) zahrnuje suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium.

Suicidální myšlenky jsou myšlenky týkající se smrti (například co by bylo, kdyby člověk nebyl). Jsou v životě člověka typické zejména v období dospívání. Jedná se však spíše o frustní suicidální nápady, postrádající větší intenzitu a tendenci k realizaci.

Suicidální myšlenky jako forma suicidálního chování jsou mnohem intenzivnější, dotyčný se jimi zabývá převážnou část svého času a myšlenky jsou obtížně odklonitelné. Někteří pacienti líčí myšlenky na sebevraždu jako egosyntonní, tj. myšlenky, které považují za své, jsou s nimi srozuměni a nepovažují je za cosi cizorodého. Jiní pacienti však tyto myšlenky líčí jako egodystonní, až nutkavé, které se vracejí, ačkoliv je chce jejich nositel zaplašit (Koutek; Kocourková 2003, s. 28).

Podle F. Poustky (1985 in Koutek; Kocourková 2003) jsou charakterizovány verbálními i neverbálními projevy toho, že se jejich nositel zabývá myšlenkami na sebevraždu. Pokud zkoumáme suicidální myšlenky, musíme se zabývat hodnocením jejich intenzity, kolik času pacientovi zabírají. Důležitým faktorem pro posouzení jejich nebezpečnosti je jejich konkrétnost, tj. nakolik je jasná představa o možnosti sebevraždy, jakým způsobem a na jakém místě by se měla odehrát, zda je například připravován dopis na rozloučenou atd. (Koutek; Kocourková 2003, s. 28,).

Pokud je suicidum už konkrétně připravováno, postižený si již například shromažďuje léky nebo si pořídil za tímto účelem zbraň, hovoříme o **suicidálních tendencích**. Suicidální tendence představují další krok v suicidálním chování směrem k suicidiu (Koutek; Kocourková 2003, s. 28,).

Následujícím stupněm suicidálního chování je **suicidální pokus, tentamen suicidii (TS)**. Suicidální pokus je Koutkem (2000, s. 405) definován jako : *„...každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak s nikoli letálním koncem."*

Je otázkou, zda suicidální pokus je pouze „nepodařená sebevražda", tedy zda je rozdíl pouze kvantitativní, nebo je kvalitativně odlišnou formou suicidálního jednání.

První hledisko, ze kterého ve své práci vycházím, zastává například Vondráček (1973, s.302), který charakterizuje základní typy suicidálního jednání takto : „...*sebevražda je úmyslné zbavení se života. Za sebevražedný pokus nebo nedokonanou sebevraždu označujeme takové jednání, při kterém bylo usmrcení připravováno, ale nebyl zvolen účinný způsob nebo byl sebevrah zachráněn.*" Také Prokop (1940) uvádí, že rozdíl mezi sebevražedným pokusem a sebevraždou je jen v tom, že při sebevražedném pokusu není čin dokonán až k smrti.

Druhé hledisko zastávají ti autoři, kteří vidí suicidální chování a jednání jako kontinuální přímku, kde na jednom pólu jsou suicidální myšlenky a na pólu druhém dokonané suicidum. Mezi suicidiem a suicidálním pokusem jsou uváděny následující rozdíly :

- u žen se vyskytuje častěji suicidální pokus, u mužů dokonané suicidium;
- sebevražedný pokus u obou pohlaví dominuje především v první polovině života, zatímco dokonané suicidium v druhé polovině;
- při sebevražedných pokusech je častěji použita tzv. měkká metoda (například intoxikace medikamenty), zatímco u dokonaných suicidí jsou voleny tzv. tvrdé metody (strangulace, střelná rána);
- motivy vedoucí k suicidálním pokusům jsou většinou z oblasti interpersonálních vztahů, zatímco u sebevraždy bývají motivy z oblasti intrapsychické a z problémů ohrožení;
- k suicidálním pokusům dochází nejčastěji ze spontánního, málo promyšleného rozhodnutí, suicidium je naproti tomu výsledkem delšího plánování a příprav (Viewegh 1996, s. 26).

Kocourková (1978) v podstatě zastává obě hlediska, neboť v rámci suicidální aktivity nekončící smrtí rozlišuje skutečný pokus o sebevraždu a suicidální aktivitu účelovou, a to konkrétně alarmovou (volání o pomoc a porozumění) a nátlakovou (theatrum suicidii) až vyděračskou. V dnešní terminologii bychom hovořili o parasuicidiu a simulaci suicidálního jednání.

Mnozí autoři upozorňují na to, že úmysl zemřít nemusí být jednoznačný. Mohou být přítomny ambivalentní postoje k životu, kdy přání zemřít a žít mohou být v labilní

rovnováze. Suicidální čin může být výrazem hry o život (buď zemřu nebo ne). Nejednoznačnost postoje k přání zemřít je typická pro adolescentní věk.

Pod suicidální pokus ve smyslu suicidálního jednání nekončícího letálně, můžeme zařadit parasuicidium a simulaci suicidálního jednání.

Parasuicidium je zvláštním případem nedokončeného suicidálního jednání. Je definováno jako : *„suicidální pokus, u něhož není přítomen úmysl zemřít, jde tedy spíše o sebepoškození."* (Koutek 2000, s. 405). Důležité je uvědomit si, že i parasuicidium může skončit letálně.

Přímá **simulace suicidálního jednání**, tedy jeho předstírání, nebývá spojeno s autoagresivními projevy a jeho účelem je něčeho dosáhnout, případně se něčemu jinému vyhnout (Koutek; Kocourková 2003, s. 29).

Od sebevražedného pokusu musíme odlišit **sebepoškozování**, které je charakteristické nepřítomností vědomého úmyslu zemřít a jeho důsledkem je poškození tělesné integrity (Koutek; Kocourková 2003, s.73). Podle Klimpla (1998, s. 44) bývá smyslem sebepoškození : *„ ...zmírnění úzkosti (například sebepoškozování vynuceně abstinujících toxikomanů) nebo hledání cest, jak se vyhnout či alespoň dočasně vzdálit ze stresujícího prostředí nebo situace."* Podle Horta (2000) má nejčastěji charakter lokalizované automutilace, ke které většinou dochází pořezáním (nožem, žiletkou, sklem) na zápěstí, ruce, ale i na dolních končetinách, vzácně v obličeji, na prsou, břiše. Dále sem patří například polykání předmětů. Toto jednání může mít rituální složku, jeho spouštěčem bývá stresor působící z okolí. U většiny těch, kteří se poškozují, bývá anamnéza suicidálního jednání.

Nejzávažnější stupeň suicidálního chování představuje **suicidium**. Pokud hovoříme o suicidiu, sebevraždě, musíme ji nejprve odlišit od jiných forem ke smrti vedoucího jednání a to konkrétně od **sebezabití** a **sebeobětování**.

T.G. Masaryk (1978) rozlišuje výstižně sebevraždu v širším slova smyslu od sebevraždy v užším slova smyslu. Podle Masaryka (1978, s. 16) je sebevražda v širším slova smyslu : *"...ten nepřirozený způsob smrti, jenž byl přivozen neúmyslným vsahováním člověka v životní proces, ať kladným, činným vlastním jednáním, nebo záporným, trpným chováním k nebezpečím života."* Tento druh sebevraždy označuje velmi vhodně jako **sebezabití**. V užším a vlastním slova smyslu : *"...je naproti tomu jenom ten sebevrahem, kdo učiní svému životu konec úmyslně a vědomě, kdo si smrti jako takové přeje... "*.

I Prokop (1940) shodně s T.G.Masarykem odlišuje od sebevraždy sebezabití, které: *„ ... vedou k smrti a jsou sice také namířeny proti integritě vlastního těla jako sebevražda,*

avšak které nejsou vedeny touhou zemříti nebo si uškoditi a mají jiný účel nežli se zabít." Viewegh (1996) o sebezabití hovoří například v případě psychotického pacienta, který trpí halucinacemi a během úniku svým domnělým nepřátelům se zabije skokem z okna. Neměl v úmyslu ukončit svůj života, ale naopak zachránit se.

Kocourková (1978) v rámci sebeusmrcení uvádí kromě sebezabití a sebevraždy (s vědomou touhou zemřít) také **sebeobětování.** Zde má smrt význam oběti ve prospěch jiných lidí, společnosti nebo jiných idealistických cílů.

Dokonané suicidium pak Koutek (2000, s.405) definuje jako : *„sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít."*

Mezi dokonané suicidium lze zařadit :

- bilanční sebevraždu,
- biickou sebevraždu,
- účelové suicidální jednání,
- demonstrativní suicidální jednání,
- zkratkovité suicidální jednání,
- suicidální dohodu,
- rozšířenou sebevraždu,
- protrahované suicidální jednání.

Suicidium dokonané na základě předchozího bilancování nazýváme **bilanční sebevraždou.** Jedinec uvažuje o stávající životní situaci a rozhodne se ji ukončit. Dle Vágnerové (1999) jsou sebevraždy tohoto druhu výsledkem dlouhodobého působení subjektivně závažných motivů. S bilanční sebevraždou se setkáme například u člověka trpícího nevyléčitelnou chorobou, starého a nemocného, který žije osamocen a od života nic pozitivního nečeká.

Sebevraždu spáchanou na základě motivů vycházejících z reality, v normálním duševním stavu, označujeme dle Koutka a Kocourkové (2003) jako **sebevraždu biickou.**

Jako jednání s nevědomě sledovaným cílem, jak vyřešit jinak svízelnou situaci, definujeme **účelové suicidální jednání.**

Demonstrativní suicidální jednání se vymezuje podobně, cíl je však v tomto případě sledován vědomě (Koutek; Kocourková 2003, s. 31). V této situaci jde například o předstíraný úmysl k sebevraždě za účelem citového vydírání a manipulace (Vágnerová 1999, s. 248-249).

Zkratkovité (impulzivní) suicidální jednání je taková suicidální aktivita, při níž jedinec jedná zkratkovitě, náhle, bez zamyšlení nad jinými možnostmi. Člověk jedná pod vlivem okamžitého impulsu, volí jakýkoli prostředek, který je dosažitelný. Pro toto chování jsou nejčastějším spouštěčem problémy v mezilidských vztazích.

Suicidální dohoda pak dle Koutka (2000) spočívá v domluvě dvou či více lidí, že společně spáchají sebevraždu (př. hromadné sebevraždy náboženských sekt) (Koutek

2000). Často je jeden z nich induktorem tohoto jednání, který přesvědčí o nutnosti a vhodnosti zemřít toho druhého. Podle Vágnerové (1999) může být motivem snaha získat něco lepšího a hodnotnějšího, než je současná existence.

Patologický podklad nacházíme u **rozšířené sebevraždy**. Jde o případ, kdy člověk zabije někoho blízkého a to s následnou sebevraždou nebo v jejím rámci. Nejčastěji se tak stává pod vlivem chorobných psychotických představ o utrpení a neštěstí, jež hrozí nejbližším lidem, nebo pod vlivem depresí, kdy se duševně nemocní jedinci snaží tímto způsobem o jejich záchranu (Antončíková; Brokešová 1999, s. 9). Viewegh (1974) tento typ sebevraždy nazývá sebevraždou dvojitou, suicide e deux (sebevraždu ve dvou). Kategorii rozšířené sebevraždy pak člení ještě na sebevraždu skupinovou (suicidální jednání více osob, ale v poměrně malém počtu – například „ rodinná sebevražda") a sebevraždu masovou (epidemickou) (sebevražedné jednání zasahující početnější skupiny lidí).

Můžeme se setkat také s **protrahovaným suicidálním jednáním,** které spočívá v opakování sebevražedného pokusu, mnohdy s narůstající intenzitou - například opakovaná intoxikace medikamenty s postupným zvyšováním dávky. Důvodem může být neodhadnutí letální dávky či ambivalentní postoj ke smrti (Koutek; Kocourková 2003, s.31).

4.2 Způsoby suicidálního jednání

Způsob suicidálního jednání je důležitým faktorem pro výsledek každého sebevražedného pokusu. Obsahem téměř všech suicidálních myšlenek bývá úvaha o tom, jakým způsobem lze ukončení života docílit.

Způsoby sebevražedného chování se mohou dělit na tzv. metody tvrdé a měkké. Mezi měkké metody se řadí ty, které většinou nevedou okamžitě ke smrti a u kterých zůstává naděje, že dotyčný bude nalezen včas, tedy například intoxikace medikamenty, povrchní pořezání nebo skok z malé výšky. Tvrdé metody vedou velmi často ke smrti a možnost záchrany je ve většině případů vyloučena. Mezi ně se řadí například oběšení, zastřelení a skok z velké výšky (Koutek; Kocourková 2003, s. 35).

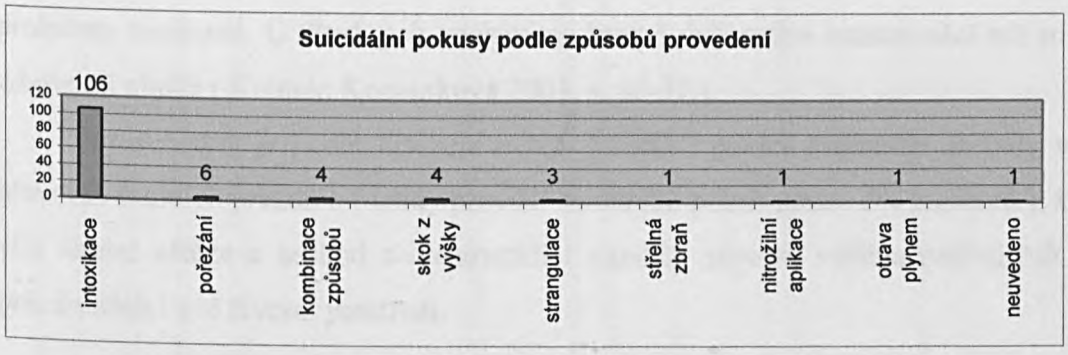
Podstatné rozdíly v metodách suicidálního jednání nacházíme mezi muži a ženami. Muži mají tendenci k použití agresivnějších a tvrdších metod, zatímco ženy používají spíše metody méně drastické. Podle statistik Ministerstva vnitra ČR (2001) zemřelo za rok 2000 intoxikací léky téměř 20% všech na suicidium zemřelých žen, zatímco u mužů to bylo jen 4,7%, u strangulace byl tento poměr opačný. U mužů byla strangulace použita

v téměř 63%, zatímco u žen přibližně ve 45%. Muži dále oproti ženám preferují použití střelné zbraně. Ženami upřednostňované metody jsou skok z výšky a pořezání.

Ve skupině dětí do 19 let převažuje u dokonaných sebevražd převážně intoxikace medikamenty, dále pak oběšení u chlapců a skok z výšky u dívek. Výjimečně vedlo ke smrti sebevraždou pořezání, u starších chlapců pak zastřelení.

Obdobné rozložení způsobů provedení u dětí a dospívajících nacházíme i u sebevražedných pokusů. I v této skupině převažují intoxikace. Pro přehlednost uvádím graf suicidálních pokusů podle způsobů provedení, který vychází z údajů Dětské psychiatrické kliniky FN Motol, kde bylo v letech 1995-1999 hospitalizováno celkem 127 dětí a mladistvých po suicidálním pokusu (Koutek; Kocourková 2003, s. 35-36)(viz graf 6).

Graf 6



Ve volbě způsobů provedení suicidia mohou figurovat různé faktory. Podle Klimpla (1998) závisí volba prostředků nejvíce na dostupnosti prostředků a znalostech sebevraha. Prokop (1940) upozorňuje, že ve způsobu sebevraždy hrají roli také povolání, místní vlivy a tradice a předsudky.

4.3 Motivy suicidálního jednání

Často je velmi obtížné zjistit motiv sebevraždy či analyzovat celou složitou motivaci sebevražedného chování. Obvykle se jako příčina uvádí jen poslední impuls, tedy pouze jedna z příčin, pověstná poslední kapka, kterou zjišťujeme z výpovědí jedinců po suicidálním pokusu či z dopisů na rozloučenou a výpovědí okolí při dokonaných suicidiích. Velmi často však bývá motivů k sebevražednému jednání více, jedná se o kombinaci více faktorů, které se mohou vzájemně doplňovat a umocňovat.

Sebevraždu podmiňuje celý řetězec okolností a příčin, které spojuje nespokojenost se životem. Sebevražda velmi úzce souvisí s celým komplexem frustujících okolností a událostí.

Dle Koutka a Kocourkové (2003) nacházíme u sebevražedných pokusů a sebevražd v motivech určité odlišnosti. Zatímco u sebevražedných pokusů bývají uváděny motivy z oblasti interpersonálních vztahů, u dokonané sebevraždy nalézáme převážně motivy z oblasti intrapsychické a z pocitů ohrožení.

Podle Zdravotnické statistiky (1987 – 2001) byla v roce 2000 motivace určena v 40,6%. V 54,3% nebyla motivace zjištěna, v 5,1% nebyla přítomna srozumitelná motivace. Nejčastěji zjištěným motivem bylo duševní onemocnění (9,8%), zdravotní problémy a tělesná vada (9,3%). Následovaly konflikty a problémy rodinné (7,1%) a jiné osobní konflikty a problémy (6,5%).

U dětí a adolescentů jsou nejčastějšími motivy sebevražedného jednání konflikty a problémy rodinné, u dětí do 14 let následují problémy školní, zatímco u dospívajících problémy vztahové. U dívek pak nacházíme kromě duševního onemocnění též somatické zdravotní obtíže (Koutek; Kocourková 2003, s. 36-37).

Pozoruhodný je podle Fischera a kol. (1963) pokles suicidální aktivity v období hlavních školních prázdnin (tehdy provádí suicidální pokus pouze 2% pacientů), kdy mizí vliv školní zátěže a neshod s vychovateli i s rodiči, protože většina nezletilých mění o prázdninách i své životní prostředí.

5. Suicidální vývoj jako proces

Suicidium představuje závěrečný akt předchozího vývojového procesu. I těžké jednorázové rány osudu nevedou zpravidla k sebevraždě. Nacházíme zde určitý presuicidální vývoj, počínaje pohráváním si se suicidálními myšlenkami, konče přípravou suicidálního plánu.

V rámci suicidálního vývoje se dle Klipmla (1998) setkáváme s typickým obrazem :

1. Období, kdy sebevražda figuruje jako možnost řešení zatěžujících problémů.
2. Období konfrontace, které charakterizuje boj protichůdných, sebezničujících a sebezáchovných tendencí. V tomto stádiu se mohou objevit sebevražedné výhrůžky, volání o pomoc, kontakty s lékařem nebo krizovým centrem a podobně Rozhodně není pravda, že ten, kdo o sebevraždě hovoří, ji nespáchá. Výhrůžku suicidiem je třeba brát vážně a považovat ji za součást pacientovi psychické reality. Převáží-li autodestruktivní tendence, končí toto období závěrem, že není nutné zůstat mezi živými.

3. V další fázi dojde k uklidnění. Buď je sebevražda jako řešení vyloučena zcela nebo je uklidnění jen zdánlivé a znamená totéž co „klid před bouří". Nebezpečí realizace sebevraždy je obtížně rozpoznatelné. V tomto období pacient rozpracovává plán uskutečnění sebevraždy.

Před samotným suicidálním aktem nalézáme určité období, které je charakteristické psychickými obtížemi. Pro posuzování sebevražedného vývoje jako procesu je výhodné sledovat známky presuicidálního syndromu. Podle Ringla (1969 in Kastová 2000) spočívá tento syndrom :

- ve stále narůstajícím psychickém zúžení, kterým rozumí, že se suicidální jedinec stává na různých úrovních prožívání a vnímání, ale také ve své sociální existenci, stále omezenější. Rozlišuje situační zúžení (blízké osoby či ztráta zaměstnání mají pro jedince stále menší význam), dynamické zúžení (jedinec vnímá realitu jednostranně, převládají obranné mechanismy idealizace a popření), mezilidské zúžení (dochází k ochuzení v oblasti mezilidských vztahů) a zúžení v oblasti hodnot (řada hodnot ztrácí na zajímavosti).
- v zablokování agresivity či v jejím obrácení vůči sobě,
- v naléhavých sebevražedných fantaziích.

V dětském a adolescentním suicidálním chování však můžeme v rámci presuicidálního syndromu nalézt některé odlišnosti. Jak upozorňují Študent a Žukov (2001) může u dětí a adolescentů dojít k typickému zvratu zlosti a agrese obrácené proti sobě v agresivitu vůči okolí, zejména vůči rodičům. Může také přejít v difúzní agresivitu s impulsivitou, podrážděností, disociální aktivitou a provokativním chováním, zvláště vůči autoritě.

Někdy v případě projevů v oblasti poruch chování může jít o maskovanou depresivní symptomatologii. Někteří autoři dále popisují funkční potíže nezařaditelné jinam (útěky z domova v posledních pěti letech před pokusem, neklid a agresi vůči rodičům).

6. Rizikové faktory

Suicidální jednání bývá spojeno s některými rizikovými faktory, které se vzájemně prolínají a sdružují. Koutek a Kocourková (2003) hovoří o nespecificky a specificky působících rizikových faktorech. Za nespecificky působící rizikové faktory můžeme považovat ty, na které může dítě a dospívající reagovat rozličnými způsoby (např.

psychosomaticky, poruchami chování či suicidální aktivitou). Dle mého názoru jde například o konfliktní rodinné prostředí či nepřijetí ze strany vrstevníků. Specifickým faktorem pak může být například hluboká deprese, neboť je velice často spojena s výskytem suicidálních myšlenek a suicidálního chování. Mezi rizikové faktory bych zařadila dvě odlišné skupiny a to vnější vlivy a psychiatrické poruchy.

6.1 Vnější vlivy

Za vnější rizikové faktory můžeme považovat například konfliktní rodinnou situaci, rozvod rodičů, problematické postavení ve škole, sociální status a jiné.

Dle Viewegha (1996) se můžeme také setkat se spouštěcí událostí, nějakou jednou konkrétní příhodou, která suicidium vyvolá. Tyto situace jsou dospívajícími prožívány jako ztráta či neúspěch. Může jít například o rozchod s přítelem či kamarádem, neúspěch ve škole či o konflikt s rodiči.

6.1.1 Suicidální jednání a osobnost

V rámci této části práce se nepokouším nalézt jakousi univerzální osobnost sebevraha, pouze poukazuji na některé obdobné osobnostní rysy a prožitky, které můžeme nalézt u suicidálních jedinců. Neznamená to tudíž, že člověk vykazující níže zmíněné faktory se nutně musí stát sebevrahem a naopak, že člověk s odlišnými znaky jím být nemůže.

Dle mínění Hellerové (1998) patří k osobnostním rysům sebevraha malý počet způsobů, jak zvládat problémy, tj. určitá psychická nepružnost. S tím souhlasí i Herman (2004), který se domnívá, že suicidální jednání bývá u jedince spojeno s omezenými coping mechanismy. Mezi další osobnostní rysy oba autoři zařazují zvýšenou úzkostnost, pocit beznaděje, impulsivitu, ztrátu sebekontroly a nízké sebehodnocení. Nízké sebeocenění nalezneme také u Viewegha (1996).

S tím se v podstatě shodují závěry Kocourkové a Koutka (2004) neboť mezi aspekty emočního prožívání souvisejícími se suicidálním rizikem zařazují zejména bezmoc, beznaděj, pocity viny, emoční zranění, stav ego funkcí, úroveň úsudku a sebekontroly.

Významné mohou být také atribuční styly. Wagner, Rouleau a Joiner (2000) se pokusily zjistit, jaké kognitivní faktory mohou souviset s výskytem suicidálních myšlenek u dětí a adolescentů hospitalizovaných na psychiatrii. Dospěli k závěru, že u dětí a

adolescentů se suicidálními myšlenkami převažuje negativní atribuční styl. Pokud dojde k jeho změně ve směru větší pozitivnosti a naděje, suicidální myšlenky značně zeslábnou.

6.1.2 Suicidální jednání a rodina

Dědičné a genetické faktory hrají nepochybně velkou roli v etiologii řady psychiatrických onemocnění a pro sebevražedné chování tak mohou následně představovat značný rizikový faktor. Jde o takové poruchy jako je například deprese či schizofrenie. Významnou roli hraje vzhledem k suicidálnímu chování u dětí a dospívajících také výskyt suicidálního jednání v rodině.

Řada studií na tento výskyt poukazuje jako na faktor ovlivňující suicidální jednání v dětství a adolescenci a to nezávisle na psychiatrické diagnóze. Příkladem je švédská studie Runesona a Asbergové (2003), jejímž cílem bylo porovnání výskytu sebevražd u rodin, v jejichž historii se sebevražda vyskytla a u rodin, jejíž členové zemřeli v důsledku jiných příčin. V národním registru příčin úmrtí občanů identifikovali 8396 osob, které spáchaly sebevraždu a 7568 osob, které zemřely v důsledku jiných příčin (osoby narozené mezi rokem 1949 a 1969). V další fázi výzkumu porovnávali výskyt suicidia mezi skupinami jejich přímých příbuzných (rodičů, sourozenců, dětí). Zjistili, že výskyt sebevražd byl u rodin se suicidální historií dvakrát vyšší (9,4% vs 4,6%) a to nezávisle na vážných duševních poruchách.

Také studie Brenta, Oquenda, Birmahera et al. (2002) potvrzuje, že pokud se člověk během svého života pokusil spáchat sebevraždu, mají i jeho potomci zvýšené riziko sebevražedného jednání. Tento autor zkoumal dvě skupiny depresivních dospělých. Jedna skupina zahrnovala jedince se sebevražednými pokusy v anamnéze, kdy 56% z nich svůj pokus jedenkrát či vícekrát opakovalo (N=81 rodičů), druhá jedince bez sebevražedných pokusů (N=55 rodičů). První skupina rodičů byla ve srovnání s druhou skupinou také častěji sexuálně zneužívána (39% vs. 18%). Autoři dospěli ke zjištění, že děti rodičů se sebevražedným pokusem v anamnéze se o sebevraždu pokusily šestkrát častěji než děti z druhé skupiny. Konkrétně ve 12% případů (22 dětí z celkového počtu 183 dětí) ku 2% případů (2 děti z celkového počtu 116 dětí).

Zajímavé jsou dánské studie, které se zabývají konkordancí suicidálního jednání u jednovaječných dvojčat. Haberlandt zjistil tuto konkordanci u 18% jednovaječných dvojčat, zatímco u dvojvaječných dvojčat byla tato konkordance nulová. Šlo o dvojčata vychovávaná adoptivními rodiči. U jednovaječných párů dvojčat, u nichž se suicidium vyskytlo, v devíti případech suicidovali oba sourozenci. U čtyř párů byla zjištěna afektivní

porucha, zatímco u ostatních nebylo diagnostikováno žádné psychiatrické onemocnění. Důležitým údajem je též 82% diskonkordance, která svědčí o tom, že suicidální jednání je velmi komplexní a je ovlivňováno mnoha dalšími faktory (Koutek; Kocourková 2003, s.40).

Dle Slapa, Goodmana a Huanga (2001) může rizikový faktor pro suicidální pokusy v adolescenci představovat také adopce. V jejich studii zahrnoval finální zkoumaný vzorek 6577 adolescentů, kdy 214 (3,3%) žilo s adoptivní matkou a 6363 (96,7%) s matkou biologickou. U adoptovaných adolescentů byla nalezena vyšší pravděpodobnost suicidálního pokusu než u adolescentů žijících s biologickými rodiči (7,6% vs 3,1%). Adoptovaní adolescenti byli také v minulosti častěji klienty nějakého poradenského zařízení (16,9% vs 8,2%).

Význam sebevražedného jednání v rodině je ovšem také psychologický. Výskyt sebevraždy v rodině může být určitým modelem řešení dalších možných krizových situací.

Zásadní je zejména vliv rodinné výchovy, úroveň integrace a harmonické souhry v rodině. Význam rodinného prostředí a jeho integrity pro vznik suicidálního chování je předmětem mnoha literárních prací, které poukazují na velmi častý výskyt situace nazvané broken home. Také Antončíková a Brokešová (1999) pokládají narušené vztahy v primární rodině, tj. broken home za dynamický rizikový faktor. Tuto situaci můžeme charakterizovat jako ztrátu jednoho nebo obou rodičů smrtí, rozchodem či rozvodem. Patří sem i trvalé konflikty mezi rodiči. U dětí se suicidálními pokusy byla zjištěna nejvyšší procenta takto disociovaných rodin..

Podle Vojtíka a kol. (1991) je nalézána rodinná disharmonie u tří čtvrtin dětí a mladistvých, kteří řešili svůj momentální problém suicidálním pokusem. Tyto negativní faktory jsou nejvýznamnější do věku 12 let dítěte a určitým způsobem dítě přecitlivují. Pak i zdánlivě nepatrná událost v adolescenci (například odmítnutí hochem) vyústí v sebevražedný akt.

Také Pfeffer (1986) poukazuje na specifické rodinné faktory, které jsou s rizikem suicidálního chování u dětí úzce spojeny. Na základě závěrů řady studií upozorňuje na následujících pět charakteristik – rozvod rodičů, separace rodiny, alkoholismus rodičů, zneužívání, deprese a suicidální chování u rodičů. Také Bermanem a Schwartzem (1990) je chronická deprese a závislost na alkoholu rodičů uváděna jako velmi významný rizikový faktor.

Podstatným rizikovým faktorem může také být, jak uvádí například Frankel a Kranzová (1998), úmrtí rodinného příslušníka.

6.1.3 Suicidální jednání a škola

Od okamžiku nástupu školní docházky hraje škola v životě dítěte, respektive celé rodiny nezastupitelnou roli. Mezi faktory ovlivňující dětské prožívání bych zařadila zejména školní úspěch, co se prospěchu i chování týká a vztahy s vrstevníky.

Na dobrém školním prospěchu záleží dnes rodičům mnohem více než kdykoliv dříve a záleží na něm i dítěti samému. Znamená to především, že se vzdělávací nátlak školy a rodiny spojuje a stupňuje tak, že se to pro dítě mnohdy stává neúnosným (Matějček 1986, s. 242). Jelikož úspěch ve škole je pro dítě významným aspektem sebehodnocení, může pro ně školní zátěž, pokud se mu v této oblasti z nějakého důvodu nedaří, představovat relativní přetížení. To pak může vést od pocitu naprosté neúspěšnosti k depresivním prožitkům, někdy dokonce až k suicidálním tendencím.

Týká se to především školáků s menším nadáním, dětí přetěžovaných školním učivem nebo žáků s hyperkinetickým syndromem. Dále se sem řadí i děti s dyslexií a dysgrafií, které jsou svými obtížemi do určité míry hendikepovány.

Jak uvádí Koutek a Kocourková (2003) z důvodů školních problémů suicidovaly v roce 2000 v ČR dvě děti do 14 let a pět dospívajících. V souboru 127 pacientů hospitalizovaných na dětské psychiatrické klinice v letech 1999-1995 po suicidálním pokusu byly školní problémy jako motiv uvedeny v 6%a v kombinaci s konflikty s rodiči v dalších 14%. Zajímavé je zjištění z rozboru pacientů hospitalizovaných v letech 1982-1986. Nejčastěji se suicidální pokusy vyskytovaly v měsících lednu a červnu. Lze usuzovat na to, že v těchto měsících, kdy se očekává pololetní a konečná klasifikace ve škole, narůstá napětí v rodinách.

Důležité jsou také vztahy s učiteli. Komplikovanou může být situace dítěte se sociální úzkostnou poruchou, školní fobií či poruchami chování.

Také školní kolektiv hraje v životě dospívajícího podstatnou úlohu. Pro dítě je velmi důležité, aby bylo v kolektivu pozitivně přijímáno. Ne vždy se to však podaří. Mnohdy se dítě ocitá v izolaci, cítí se osamělé a bezcenné. Pokud se k tomu přidá ještě posměch druhých či pohrdlivá, odsuzující poznámka, může to pro dítě představovat přímo katastrofu. Nejvýraznější ohrožení v dětském kolektivu představuje šikana. Tou jsou ohroženy zejména děti nějakým způsobem se odlišující (například jedinci sociálně, vzhledově či fyzicky handicapovaní, jedinci slabí, bázliví či plaší).

Jedinec, který je šikanován, žije neustále v podvědomém strachu z ohrožení a dalšího ubližování. Pocity strachu jsou zpočátku vázány výlučně na události šikanování, postupně

však přecházejí do trvalé úzkosti a deprese. Ta se projevuje mnoha způsoby včetně poruch usínání, nočním probouzením, nočními můrami, dále bolestmi hlavy, břicha nebo zvracením. Poslední příznaky se častěji objevují ráno, před odchodem do školy. Dlouhodobé šikanování má za následek nízké sebevědomí na hranici hlubokých pochybností o vlastní hodnotě. Deprese a pocity bezmoci mohou nejednou vést k tomu, že si dítě sáhne na život. Pocity samoty a izolace umocňuje skutečnost, že se dítě se šikanou málokdy někomu svěří (Pöthe 1996, s. 79).

Podobný názor zastává také Bendl (2003), který za největší nebezpečí považuje ohrožení somatického i psychického zdraví. Šikana způsobuje dítěti silný sociální stres. Potíže, které se objevují u obětí šikanování, lze zařadit do kategorie posttraumatické stresové poruchy, která se projevuje čistě psychickými i somatizujícími symptomy a může jedince dovést až k suicidálnímu jednání.

6.1.4 Suicidální jednání a zdravotní stav

Podstatným činitelem jsou zejména chronická onemocnění, která bývají spojena s poruchou přizpůsobení, depresivním prožíváním a dalšími psychickými potížemi. Jak uvádí Kondáš (1977) závažné onemocnění může vést ke zvýšenému sklonu k negativním citovým reakcím, úzkosti, přecitlivělosti, zvýšené emocionální zranitelnosti a emocionální labilitě.

Takovéto prožitky zejména v období adolescence mohou mít negativní vliv na formování osobnosti. Závažné životní onemocnění může být prožíváno jako velké znevýhodnění, může komplikovat školní úspěšnost a znesnadňovat začlenění do kolektivu. Pro dospívající takové onemocnění představuje handicap, se kterým se obtížně vyrovnávají. V souvislosti s jinou zátěží či konfliktem pak mohou reagovat suicidálním jednáním.

Obdobná situace může nastat i při těžkém somatickém onemocnění. Dle Koutka a Kocourkové (2003) se po suicidálním pokusu motiv závažného tělesného onemocnění na Dětské psychiatrické klinice FN Motol v letech 1999-1995 vyskytl v šesti případech.

Onemocnění psychickou poruchou je dalším významným faktorem. Specifické riziko představují zejména deprese, schizofrenie, neurotické a úzkostné poruchy či poruchy příjmu potravy (podrobně in 6. Suicidální jednání a psychiatrické poruchy).

6.1.5 Suicidální jednání a sociální postavení

Jelikož žijeme v konzumní společnosti, kde finanční situace představuje podstatnou hodnotu, můžeme již v dětství a adolescenci považovat za rizikový faktor nízký sociální status, tj. špatnou sociální situaci rodiny či nezaměstnanost rodičů. Specifickým faktorem se pak v adolescenci může stát jednak nenalezení pracovního místa či naopak zaměstnání neodpovídající představám či schopnostem daného jedince.

6.1.6 Suicidální jednání a náboženství

Pokud se zaměříme na náboženství, ve své podstatě hrají vzhledem k suicidálnímu riziku spíše pozitivní úlohu, neboť většinou považují sebevraždu za nepřijatelné řešení životní situace.

Problémem se může stát příslušnost k sektě. Podle Porterfieldové (1997) dochází v sektách k systematickému upevňování víry v její učení, každý okamžik dne je plně naplánován a není prostor na vlastní uvažování. Postupně se mění chování a hodnoty, staré jsou potlačovány. V takovýchto situacích mohou věřící splnit jakýkoliv rozkaz, i když se týká „dobrovolného" odchodu ze života.

Cestu k suicidálnímu jednání usnadňují také různé představy o posmrtném životě či reinkarnační teorie.

6.1.7 Ostatní rizikové faktory

Za významný rizikový faktor pro dokonanou sebevraždu je považováno mužské pohlaví, zatímco u žen a dívek je častější výskyt sebevražedného pokusu. Podle statistik Českého statistického úřadu (2006) připadalo během let 1996 až 2003 na jednu dokonanou sebevraždu žen 3,74 sebevražd mužů.

Co se týká měsíců v roce, Český statistický úřad (2006) na základě svého šetření v letech 1996 až 2000 uvedl, že se počet sebevražd s nástupem března nadprůměrně zvyšuje. V dubnu počet sebevražd převyšuje nad průměrem dokonce o 15,5 %. Na jaře sebevraždy dosahují maximálních hodnot, v průběhu léta a podzimu opakovaně klesají. Nejnižšího počtu sebevražd je překvapivě dosahováno v zimních měsících.

Neméně důležitým faktorem, výše nezmíněným, může být sexuální orientace. Dle Remafediho, Frenche, Story et al. (1998) uvedlo v celostátním průzkumu 28,1% bisexuálních a homosexuálních mužů a 20,5% bisexuálních nebo homosexuálních žen suicidální pokus.

Podstatným rizikovým faktorem je také suicidální pokus v anamnéze. Podle některých studií asi 25 % dětí a dospívajících svůj pokus opakuje (Koutek, J., Kocourková, J., s. 44, 2003).

Hawton, Fagg, Platt et al. (1993) uvádějí následující faktory jako rizikové pro suicidální jednání :

- nízká sociální třída,
- nezaměstnanost,
- předchozí psychiatrická léčba,
- zneužívání alkoholu či drog,
- porucha osobnosti,
- suicidální pokus v anamnéze.

Borowsky, Ireland a Rescnick (2001) tyto faktory doplňují o násilný čin a násilnou viktimizaci. U dívek pak specifický faktor představuje suicidální pokus či dokonané suicidium u kamarádky či kamaráda, u chlapců pak homosexuální orientace. Kocourková a Koutek (2004) připojují k významným faktorům představujícím rizikové okolnosti suicidálního chování také závažné životní události.

6.2 Psychiatrické poruchy

Suicidální jednání nepředstavuje v žádné své podobě samostatnou psychiatrickou nozologickou jednotku, je však nutné podotknout, že u řady psychiatrických onemocnění je jeho riziko vysoké.

Suicidální jednání může být spojeno s řadou psychiatrických onemocnění. V první řadě zejména s depresí, ale také schizofrenií, neurotickými a úzkostnými poruchami, poruchami příjmu potravy. Významnou roli hrají také závislosti, týrání a zneužívání či disharmonický vývoj osobnosti.

6.2.1 Deprese

Mnohé studie ukázaly, že přítomnost afektivní poruchy představuje jeden z nejvýznamnějších faktorů přispívajících k sebevražednému chování u dětí a dospívajících. Podle Paclta (2001) je riziko suicidálního chování u depresivních jedinců třicetkrát vyšší než u běžné populace.

V současné 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (1996) nacházíme depresi v rámci afektivních poruch buď jako lehkou, střední nebo těžkou depresivní poruchu nebo jako fázi v rámci bipolární afektivní poruchy. Příznaky deprese jsou přítomny také u

neurotických a úzkostných poruch jako jsou smíšená anxiózně depresivní porucha a porucha přizpůsobení s depresivní symptomatikou. Specificky v dětském věku pak diagnostikujeme v rámci smíšené poruchy chování a emocí depresivní poruchu chování. Trvalou poruchu nálady představuje dystymie.

Depresivní poruchy v dětském věku se vyskytují u dětí v 1–2 %, u adolescentů ve 3–4 %, dysthymie u dětí v 1 % a u dospívajících ve 2–8 %. Nespecifikované depresivní syndromy nalezneme u 5 % předškolních dětí, u 6 % dětí I. stupně základní školy a u 9 % dětí ze škol II. stupně (Paclt 2001, s. 212).

Základní symptom představuje u deprese smutná nálada udávaná subjektivně nebo pozorovaná objektivně. Nálada u deprese bývá popisovaná jako pesimistická, zoufalá, s pocity beznaděje a bezvýchodnosti. Svět je prožíván jako odstíny šedé a černé. Ke dvěma dalším klíčovým symptomům patří ztráta zájmu a prožitku radosti a pokles energie a zvýšená únavnost. Dále je pro ní charakteristická například ztráta sebedůvěry, výčitky a pocity viny (Češková 2001, s. 260). Tyto okolnosti samozřejmě představují významný faktor, který může vést k suicidálnímu chování.

Podle Stengla (1964) nacházíme u depresí nejvyšší suicidální riziko. Také Malá (2000) shledává u depresivních jedinců různé formy suicidálního chování. U starších školáků jde dle jejího názoru zejména o suicidální tendence, u adolescentů pak o suicidální pokusy.

Úvahy o sebevraždě se dle Češkové (2001) vyskytují až u 2/3 depresivních jedinců, jejich realizace pak u 10-15%. Také Drtíková (2005) uvádí u neléčené juvenilní deprese riziko suicidality 15%. Koutek a Kocourková (2003) předpokládají, že se výskyt depresivního syndromu podílí na 70-80% všech dokonaných suicidií.

6.2.2 Schizofrenie

Schizofrenie představuje závažné duševní onemocnění, které se projevuje poruchou vnímání, myšlení a emotivity. Jak uvádí Libiger (2001) psychóza hluboce naruší vztah člověka ke skutečnosti a dochází při ní ke změnárn osobnosti.

Nejčastější doba vzniku je dle Cohena (2002) u mužů mezi 18 a 25 rokem, u žen mezi 23 a 35 rokem.

V dětství je výskyt schizofrenie vzácný. Podle Hrdličky (2005) se před 10. rokem života manifestuje jen 0,1– 1 %, před 15. rokem 4 % a do 21. roku života se poprvé projeví celkem 20 % všech schizofrenních onemocnění. Schizofrenie s časným (a zejména velmi

časným) začátkem je častější u chlapců, poměr je zhruba 2:1. S vzrůstajícím věkem se poměr vyrovnává (1:1).

Významným faktorem přispívajícím k výskytu suicidality je depresivní syndrom, který bývá v afektivní složce součástí psychopatologie. Koutek a Kocourková (2003) uvádějí, že asi u 60% schizofreniků je více či méně přítomna deprese. Kromě toho po akutní atace schizofrenie často přichází tzv. postpsychotický defekt, podle současné psychiatrické klasifikace postpsychotická deprese nebo reziduální schizofrenie. Podle různých prací se odhaduje, že asi 2-13 % schizofreniků dokonaně suiciduje. Na nebezpečí suicidií u schizofrenního nemocného upozorňují také Motlová a Koukolík (2004), suicidální pokusy uvádějí ve 25-50 % případů.

Stejně jako u dospělých, i v dětství a adolescenci se můžeme setkat se suicidálním jednáním více než v běžné populaci. Důvodem je opět depresivní syndrom, který může být v rámci schizofrenie přítomen. Malá (2000) u schizofrenie v dětství upozorňuje na poruchu afektů a vysokou anxietu, kdy kladné emoční odpovědi postupně vyhasínají, dochází ke ztrátě empatie a zájmu o lidi. Objevují se stavy úzkosti, panické reakce na běžné každodenní situace a depresivní ladění.

Významněji bývá depresivní syndrom vyjádřen u smíšených typů poruchy, tj. schizoafektivní poruchy.

Při posuzování suicidálního jednání u osob s diagnózou porucha schizofrenního okruhu, musíme odlišit vlastní suicidální jednání, tj. suicidium, jak ho definuje Kocourková a Koutek (2004, s.276) : „ *vědomé a úmyslné ukončení vlastního života*“, od jiného sebepoškozujícího jednání v rámci psychotických prožitků (například únik od domnělých nepřátel skokem z okna).

6.2.3 Neurotické a úzkostné poruchy

Lidé s neurotickými a úzkostnými poruchami prožívají v podstatě v intenzivnější míře to, co za určitých okolností prožívá každý člověk. Mezi převažující symptomy patří například úzkost a napětí, smutek, strach, deprese. Při neurotické poruše jsou však tyto obtíže intenzivnější a zabírají podstatnou část času nemocného (Koutek; Kocourková 2003, s. 66-67).

Úzkostné poruchy se začátkem specifickým pro dětství zahrnují separační úzkostnou poruchu, fobickou úzkostnou poruchu a sociální úzkostnou poruchu.

Separační úzkostná porucha v dětství se projevuje nadměrnou úzkostí objevující se při odloučení od osob, ke kterým má dítě citovou náklonnost. Děti s touto poruchou trpí

neustálým strachem ze selhání, jsou perfekcionistické, mají zvýšenou míru úzkostnosti a řadu dalších obav. Fobická úzkostná porucha se projevuje nepřiměřeně silnou reakcí strachem a úzkostí vyvolanou určitou situací nebo objektem. Snižují schopnost adaptace dítěte na běžné požadavky okolí. Pro sociální úzkostnou poruchu je typický stálý nebo navracející se strach z cizích lidí, anebo vyhýbání se jim (Propper 2000, s. 257-260).

Jak míní Koutek a Kocourková (2003) i při těchto poruchách se můžeme setkat se suicidálním jednáním. Často jsou tyto poruchy kombinovány s depresivní symptomatikou. Některé poruchy přinášejí svému nositeli subjektivně velmi nepříjemné obtíže až utrpení, které může být spojeno se suicidálním jednáním.

Také posttraumatická stresová porucha může vést k suicidálnímu jednání. Dle Vágnerové (1999) vzniká PTSD jako prodloužená nebo zpožděná odezva na traumatizující událost, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost.

Závažný stresor má obvykle hrozivý ráz, může jít například o násilný trestný čin (únos, fyzické či sexuální násilí a podobně), přírodní nebo průmyslovou katastrofu, válku, úmrtí blízké osoby či jiné ohrožující situace.

Typickými znaky jsou znovuprožívání traumatické události (flashbacky, traumatické sny), vyhýbání se podnětům nebo ustrnutí reagování v chování i prožívání, projevy úzkosti a strachu, stav zvýšené vegetativní hyperaktivace (Kocourková 2000, s. 253-254). Významné je také depresivní prožívání, v některých případech se mohou projevit i suicidální tendence (Vágnerová 1999, s. 211).

6.2.4 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se vyskytují ve formě mentální anorexie a mentální bulimie. Kocourková et al. (1997) konstatují, že typickým začátkem onemocnění mentální anorexií je věk střední adolescence. Mentální anorexií trpí převážně dívky a ženy, u chlapců a mužů se vyskytuje v poměru 1:10 až 1:20. Její prevalence se odhaduje od 0,5 do 1%. Výskyt mentální bulimie se odhaduje cca od 1 do 3% dívek a mladých žen, s nástupem v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti.

Mentální anorexie s sebou přináší riziko závažného somatického postižení, s mortalitou uváděnou v rozmezí 5–10 %. Některé formy těchto poruch mohou přejít do chronického průběhu (Němečková 2002, s. 124). Kromě komplikací kachexie je příčinou smrti suicidium, které může souviset s depresivním syndromem, který se u anorektiček objevuje poměrně často. Podle Stárkové (2005) se úzkost či deprese, zejména v těžších formách deprese v klinickém obrazu objevuje až u 65 % pacientek.

Krch (1999) vysvětluje symptomy deprese jako důsledek různých zdravotních, psychických a sociálních problémů spojených s malnutricí, nepřiměřenou sebekontrolou nebo naopak s neschopností se neustále kontrolovat. Většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost. Tělesná hmotnost se stává centrálním bodem žití. Dle Koutka a Kocourkové (2003) pak již malé přibírání vede k pocitu, že nic nemá smysl. Odtud je k suicidálním nápadům velmi blízko. Podle některých autorů asi 2% anorektiček dokonaně suiciduje.

Také mentální bulimie bývá spojována s depresivními pocity. Pro mentální bulimii jsou typické záchvaty vlčího hladu doprovázené následnými, výraznými pocity viny. Dívky si vyčítají, že opět selhaly, že budou silné, mají depresivní prožitky. Pocity viny nejčastěji řeší tím, že si vyvolají zvracení a požitou stravu vyzvrací. V psychopatologickém obrazu je častá emoční labilita a depresivní prožívání, které může vést opět k suicidálnímu jednání (Koutek 2000, s. 272-273).

6.2.5 Závislosti

Souvislost mezi suicidálním jednáním a závislostmi je velmi úzká. V České republice má velký význam tabakismus. Dle studie Maloneho, Waternauxe, Haase et al. (2003) souvisí kouření cigaret s vyšším rizikem pro suicidia a suicidální pokusy. Dle studie zahrnující vzorek 347 psychiatrických pacientů (s diagnózou deprese, schizofrenie a jiné psychiatrické poruchy) byla u kuřáků nalezena větší pravděpodobnost suicidálního pokusu, suicidálních myšlenek i míry agrese než u kontrolní skupiny nekuřáků. Tento vztah autoři vysvětlují nižší hladinou serotoninu, tj. slabší serotoninovou funkcí způsobenou kouřením. Otázkou zůstává, zda tento stav platí pro všechny psychiatrické diagnózy a zda je validní i pro zdravou populaci.

Nemenší význam zaujímá konzumace alkoholu a alkoholismus. Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, respektive alkoholických nápojů. Již řadu let je udávána průměrná spotřeba téměř deset litrů na jednoho obyvatele za rok (Popov 2003, s.4). Alarmující je stále se zvyšující spotřeba alkoholu u dětí a dospívajících. Dle Mlčocha (2006) se každý čtvrtý obyvatel starší patnácti let „napije“ alespoň dvakrát týdně. Ještě více šokující jsou výsledky z průzkumu provedeného ve 4. třídách základních škol, dle kterých 35% žáků opakovaně požilo alkohol.

Zprvu jsou účinky alkoholu spíše pozitivní. Jednorázově alkohol uvolňuje, euforizuje, odstraňuje zábrany. Dlouhodobé užívání alkoholu ale může vést až k depresi.

Mezi časté sekundární psychiatrické diagnózy k alkoholismu patří vedle deprese také panická úzkostná porucha (Mlčoch 2006). Abúzus alkoholu a závislost na něm je významným rizikovým faktorem pro suicidální pokus i pro dokonané suicidium (Koutek; Kocourková 2003, s. 63-64). Suokas a Lonnqvist (1995) uvádějí u závislých osob 11-15% suicidální riziko.

Danielson, Overholser a Butt (2004) ve své studii zkoumali vztah mezi depresivitou, zneužíváním alkoholu a suicidálními pokusy. Ve vzorku bylo zahrnuto šedesát dva adolescentů, kteří byli rozděleni do dvou skupin na základě kritéria užívaní alkoholu. Do první skupiny bylo zařazeno 25 chlapců a 37 dívek, kteří užívali alkohol zřídka či úplně abstinovali. Do druhé skupiny 36 adolescentů, z toho 20 chlapců a 16 dívek, kteří alkohol užívali ve velkém množství. U 19 adolescentů (10 chlapců, 9 dívek), kteří alkohol nadužívali, byla zjištěna nejen vyšší úroveň depresivního prožívání, ale také sebevražedné pokusy v anamnéze. Zde však musíme vzít v úvahu sekundární alkoholismus, kdy slouží depresivnímu jedinci alkohol k léčbě jeho příznaků.

Nebezpečí alkoholu může spočívat také v jeho uvolňujícím účinku a efektu snižování kontroly a realistického úsudku. V některých případech pak alkohol může před suicidálním pokusem „dodat odvahu".

Alkohol může v suicidálním jednání představovat také sebevražedný prostředek, kdy je použit jako toxická látka a intoxikace alkoholem je způsobem suicidálního jednání. Jak uvádí Koutek a Kocourková (2003) byla v opilosti u adolescentů v roce 2000 provedena tři dokonaná suicidia. Upozorňují však na to, že vzhledem k tomu, že ve většině případů nebyl alkohol zjišťován, lze předpokládat vyšší čísla.

Na významu nabývá také drogová závislost, která v poslední době u dětí a dospívajících závratně stoupá. Psychická i fyzická závislost na omamných látkách může být pro jedince časem neúnosná. Jeho situace se mu může zdát bezvýchodnou a suicidium může představovat jedinou možnou únikovou cestu. Podle některých odhadů až 18% závislých dokonaně suiciduje. Někdy je droga použita také jako suicidální prostředek (u drogově závislých je poslední dávka často označována jako „zlatá rána"). Cavaiola a Lavender (1999) zaznamenali suicidální pokus v anamnéze u 20% z 250 adolescentů podrobujících se krátkodobému léčebnému programu pro drogově závislé, nepřesahující období dvou let před nastoupením léčby. Obdobnou souvislost mezi zneužíváním omamných látek a suicidálním jednáním nalezli také Levy a Deykin (1989). Ve své studii zkoumali 424 zdravých adolescentů ve věku 16-19 let. Dospěli k závěrům, že u jedinců,

kteří v minulosti zneužívali omamné látky, se častěji objevovaly suicidální myšlenky a suicidální jednání než u kontrolní skupiny. Tento efekt byl výraznější u chlapců.

Výše uvedené závěry potvrzuje studie Shafiiho, Carrigana, Whittinghilla et al. (1985), dle které bylo zneužívání alkoholu nebo drog prokázáno v anamnéze 20 dokonaně suicidujících dětí a dospívajících ve věku 12-19 let v 70% případů.

Také patologické hráčství, při kterém dochází ke zchudnutí a zadlužení se, k narušení rodinných vztahů může být motivací k suicidálnímu jednání.

6.2.6 Týrání a zneužívání

U sexuálně zneužitých dětí má prožité psychické trauma krátkodobé ale i dlouhodobé následky. Mezi nejnápadnější krátkodobé příznaky patří strach, úzkost, pocity viny a hanby, deprese a nízká sebeúcta. K nejvýraznějším dlouhodobějším příznakům patří nepřiměřené sexuální chování, sebepoškozující a sebevražedné jednání (Dunovský; Dytrych; Matějček a kol. 1995, s. 80). Také Fifková (2005) zařazuje sebevražedné myšlenky, pokusy a dokonané sebevraždy mezi dlouhodobé či odložené důsledky sexuálního zneužívání.

Podle Frankla a Kranzové (1998) zažívá sexuálně zneužívané dítě pocity strachu, bezmoci a pocity viny. Může si myslet, že samo může za to, že je někdo zneužívá, že ve skutečnosti to bylo ono, kdo je svedlo. Je pro něj příliš děsivé připustit si, že člověk, který by se o něj měl starat, mu ve skutečnosti ubližuje. Proto se pohlavně zneužívané děti samy obviňují nebo popírají, že se děje něco špatného. Všechen vztek na zneužívajícího rodiče pak mohou obrátit proti sobě a v některých případech se mohou objevit sebevražedné myšlenky či jednání jako jediná cesta, jak z této situace uniknout, jak se zbavit hanby.

Také citové zneužívání – křik, urážení, ponižování, nadměrné posmívání a další druhy chování, které podrývají lidskou sebeúctu a sebehodnocení, mohou dítě dovést až k sebevraždě. Ta může představovat jednak určitou formu útěku, jednak způsob, jak se prosadit, jak získat kontrolu (Frankel; Kranzová 1998, s. 88-89).

Fyzicky týrané dítě si může násilné chování ke své osobě spojit s nebezpečným závěrem : že je špatné a bezcenné, že ho rodiče nenávidí. Vztek pociťovaný vůči rodičům může dítě, obdobně jako u sexuálního zneužívání, obrátit proti sobě. Vztek na rodiče se smíchá se vztekem na sebe samého a dítě se pak může zachovat stejně jako jeho rodiče – ubližovat si. Může se objevit sebepoškozování i sebevražedné tendence a pokusy (Frankel; Kranzová 1998, s. 84-86).

6.2.7 Disharmonický vývoj osobnosti

Disharmonický neboli nevyvážený vývoj osobnosti představuje určitý předstupeň diagnózy poruchy osobnosti, které se dle různých autorů mohou diagnostikovat kolem 16 až 18 roku věku. Dle Horta (2000, s. 327) se poruchy osobnosti definují jako „... *přetrvávající, hluboce ve struktuře osobnosti tkvící vlastnosti a projevy, které se manifestují nepřiměřenými reakcemi na nejrůznější osobní a sociální situace. Tyto reakce představují výraznou odchylku od způsobu, jakým průměrná osoba v dané kultuře chápe, myslí a cítí a jak reaguje ve vztahu k druhým lidem.*" V rámci MKN 10 se rozlišuje porucha osobnosti paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní (impulzivní a hraniční), histrionská, anankastická, anxiózní a závislá.

U dětí a dospívajících se přímo nehovoří o poruchách osobnosti, ale o disharmonickém vývoji osobnosti s určitými rysy (například paranoidními či anxiózními), víceméně odpovídající výše zmíněným poruchám. Se suicidálním jednáním mohou být dle Koutka a Kocourkové (2003) spojeny osobnosti s rysy disociativními, histriónskými, anxiózními a emočně nestabilními. Také Antončíková a Brokešová (1999) považují tyto skupiny za nejrizikovější.

Histriónské osobnostní rysy se projevují mělkou a labilní emotivitou, dramatizací a teatrálností. Je zde zvýšená zranitelnost, touha po ocenění, pozornosti a vzrušení. Je zvýšena sugestibilita (Hort 2000, s. 334). Tendence jednat pod vlivem emocí, se sníženou racionální kontrolou, spolu s teatrálností a touhou po pozornosti, pak může vést k opakovaným suicidálním pokusům.

U anxiózní osobnosti se setkáme s pocity napětí, obav, nejistoty a nedostatečnosti, se zvýšenou citlivostí vůči kritice a odmítnutí, s trvalou touhou být milován a akceptován (Hort 2000, s. 337). Tyto pocity mohou při zátěži vést až k suicidálním tendencím či suicidálnímu jednání.

U hraničního typu emočně nestabilní osobnosti se dle Pavlovského (2001) vyskytují pocity prázdnoty, které jedinec kompenzuje rychle pomíjející angažovaností v intenzivních interpersonálních vztazích nebo dramatických událostech. Suicidální pokusy bývají časté.

7. Diagnostika suicidálních dětí a adolescentů

Hodnocení suicidálního chování musí být komplexní a musí odpovídat vývojovému stádiu dítěte a dospívajícího. Cílem diagnostiky není pouze zhodnocení stupně suicidálního

rizika, ale také psychologická a psychiatrická charakteristika dítěte a profil sociálního prostředí, ve kterém se dítě a dospívající pohybuje.

Diagnostické prostředky pro posuzování dítěte a adolescenta

V oblasti suicidálního chování se zaměřujeme zejména na pozorování a rozhovor. Důležitá jsou také anamnestická data získaná od rodiny, školy, přátel a podobně. Během vyšetření se rovněž využívají dotazníkové, testové a projektivní metody.

Každé dítě i dospívající, u nichž došlo k suicidálnímu jednání, by měli být psychologicky a psychiatricky vyšetřeni. Důležitou okolností vyšetření je posouzení míry suicidálního rizika (Kocourková; Koutek 2004, s.6). Je třeba klást jasné a srozumitelné otázky. Proto se používá zejména **strukturovaný rozhovor** s přesně kladenými otázkami. Vzhledem k suicidálnímu riziku je nutné postihnout hloubku suicidálních myšlenek, zda má pacient specifický plán s vysokou letalitou, zda je rozhodnutí k suicidiu pevné. Po suicidálním pokusu je důležité všímat si, jestli pacient nelituje záchrany, jestli jeho suicidální plán či úmysl trvá (Herman 2004, s.81).

Pfeffer (1986) nabízí příklady otázek, které můžeme použít k hodnocení suicidálního rizika u dětí a dospívajících.

1. Suicidální fantazie nebo činy :
   Už jsi někdy přemýšlel o tom, že by sis ublížil?
   Už jsi se někdy pokusil ublížit si?
   Už jsi si někdy přál zabít se nebo jsi to zkoušel?
   Už jsi někdy chtěl, či jsi se pokusil spáchat sebevraždu?
2. Představy o suicidálním aktu :
   Co si myslíš, že by se stalo, pokud by sis ublížil či se zabil?
   Co bys chtěl, aby se stalo?
   Myslel jsi na to, že bys mohl zemřít?
   Myslel jsi na to, že by ses mohl vážně zranit?
3. Okolnosti suicidálního chování :
   Co se stalo v době, když jsi začal myslet na to, že by ses mohl zabít?
   Co se stalo před tím, než jsi se o to pokusil?
   Byl někdo s tebou nebo blízko tebe, když jsi to udělal?
4. Předchozí zkušenosti se smrtí :
   Myslel jsi někdy dřív na to, že by ses mohl zabít?
   Znáš někoho, kdo mluvil o sebevraždě nebo se pokusil zabít?

Myslíš, že se ta osoba opravdu chtěla zabít?

Co se stalo v době, kdy tato osoba uvažovala o sebevraždě či se o ni pokusila?

5. Motivy suicidálního chování :

Proč jsi to chtěl udělat?

Chtěl jsi někoho vystrašit?

Přál sis, aby tě někdo zachránil?

Cítil jsi se být někým odmítnut?

Cítil jsi se zoufalý?

Slyšel jsi nějaké hlasy, které ti řekly, aby ses zabil?

Měl jsi nějaké hrozivé myšlenky?

6. Koncept smrti :

Co myslíš, že se stane, když lidé zemřou?

Mohou se vrátit zpátky?

Věříš v posmrtný život?

Pokud ano, je to lepší místo než tady?

Přemýšlel jsi někdy o vlastní smrti?

Zdají se ti někdy sny o tom, že někdo zemřel?

Znáš někoho, kdo zemřel?

Jaká byla příčina?

Kdy to bylo?

Také podle Koutka a Kocourkové (2004) je při vyšetření dítěte důležité zjistit jeho zkušenosti se suicidálním chováním jiné osoby, například z rodiny, okruhu vrstevníků, nebo někdy z médií. V osobní historii dítěte musíme zachytit traumatizující zážitky v životě, zážitky týrání, zneužívání, traumatické ztráty (Kocourková; Koutek 2004, s.6).

Podstatné je postihnout všechny důležité oblasti života dítěte (rodina, škola), důležité vztahy (k rodičům, cizím dospělým, vrstevníkům, domácím mazlíčkům), jeho emocionální prožitky (jako je například úzkost, deprese, vztek), oblast morálního vývoje, testování reality, fantazie i plánů dítěte do budoucna. To se děje v rámci **semistrukturovaného rozhovoru** (Kocourková 2000, s. 55-56).

K vyšetřování suicidálního dítěte a adolescenta se používají také různé **psychodiagnostické metody**, které slouží k posouzení všech potřebných psychických kvalit. Jsou to zejména metody zaměřené na zhodnocení inteligence a kognitivních schopností, osobnostních charakteristik, interpersonálních vztahů a podobně. Tyto metody

bývají součástí psychologického vyšetření, které je v případě suicidálních dětí plně indikované. Z hlediska posouzení suicidální motivace dítěte jsou používány zejména různé škály zaměřené na depresivní projevy dítěte a dále projektivní metody, které se snaží komplexněji zachytit psychodynamické pozadí, na kterém suicidální motivace dítěte vzniká.

Můžeme použít následující **škály pro hodnocení projevů deprese** :

Bellevueský dotazník deprese (BID) slouží ke kvalitativnímu a kvantitativnímu posouzení deprese u dětí. Jde o semistrukturovaný rozhovor s dítětem a jeho rodičem nebo jinou kompetentní dospělou osobou, kterou může být i učitel. Obsahuje 40 otázek uspořádaných do deseti skupin. Hodnotí se stupeň i trvání problému dítěte.

Sebeposuzovací škála depresivity (CDI) je vhodná pro děti od 9 do 14 let a používá se k diagnostice depresivních dětí v širokém měřítku. Má 27 položek, v nichž dítě hodnotí samo sebe.

Beckova sebeposuzovací stupnice deprese (BDI) obsahuje 13 položek a je užívána jak pro obecnou populaci, tak pro pacienty s těžkou depresí (Koutek; Kocourková 2003, s. 86).

Při psychologickém vyšetření u suicidálních dětí a dospívajících jsou dle Koutka a Kocourkové (2003) nejčastěji používané tyto **projektivní metody** :

Roschachův test, který představuje soubor deseti neurčitých podnětových tabulí, které dítě interpretuje. Z konfigurace znaků jednotlivých odpovědí hodnotíme zejména osobnostní charakteristiky dítěte, psychopatologické odchylky a také projevy suicidálního rizika.

Tematicko-apercepční test a jeho varianty pro děti (CAT, CATO) spočívají ve vyprávění příběhů k předkládaným obrázkům. Cílem zhodnocení testů je poznat zejména osobnostní charakteristiky dítěte, jeho potřeby, motivy a interpersonální vztahy.

Projektivní interview se skládá z několika částí (příkladem je doplňování nedokončených vět), vypovídá o osobnostních rysech, sebehodnocení, emoční reaktibilitě, potřebách a konfliktech dítěte a interpersonálních vztazích.

Test světa představuje konstruktivní techniku, v níž dítě sestavuje svět z předloženého souboru předmětů nebo hraček. Cílem je zhodnotit osobnost, případné psychopatologické charakteristiky, emocionální a vztahové aspekty.

Kresebné projektivní metody pomáhají posoudit kognitivní, osobnostní, emocionální a interpersonální aspekty fungování dítěte, jeho sebepojetí, přání a fantazie. V rámci diagnostiky se využívá následujících kresebných tematických technik :

- **Test stromu** – je určen k hodnocení různých složek osobnosti a jejich dynamiky. Jeho prostřednictvím lze diagnostikovat některé osobnostní vlastnosti, jako je například introverze a extroverze, typické způsoby emočního prožívání a reagování, postoj k sobě i ke světu (Svoboda; Krejčířová; Vágnerová 2001, s. 295). Podle Altmana (1998) můžeme pomocí této metody odhalit potlačené a nevědomé stránky osobnosti, které posuzovaný jedinec často nechce nebo neumí jinak projevit.
- **Draw a person test** – jelikož tento test vychází z předpokladu, že každý jedinec promítá do kresby své základní pocity a postoje, můžeme předpokládat, že se v kresbě dítěte a dospívajícího projeví jeho typické osobnostní vlastnosti (obvykle bývá identifikační postavou ta, která je zobrazena jako první).
- **Kresba rodiny** – význam této kresby spočívá v symbolickém zpracování konstelace primární sociální skupiny tak, jak jí daný jedinec vnímá.
- Symbolické zpracování prožitků a postojů k vlastní rodině ještě ve větší míře stimuluje – **kresba začarované rodiny** (Svoboda; Krejčířová; Vágnerová 2001, s. 287-306).

Pozorování hry může být dalším diagnostickým vodítkem. Prvním kritériem je kvalita kontaktu s realitou během hry. Suicidální děti jsou během hry mnohem více mimo realitu než děti normální. Je velice obtížné jejich hru přerušit.

Druhým potenciálním znakem je častá frekvence témat týkajících se vývojových otázek procesu separace a individuace od rodičů, která jsou po obsahové stránce adekvátní spíše pro děti mladší. V jejich hře se mohou objevovat témata ztráty a opětovného získání, skákání, házení, létání, jejichž úkolem je ochrana před úzkostí, agresí a zármutkem z konfliktů okolo procesu separace a individuace.

Třetím varovným znakem je způsob zacházení s hračkou. Suicidální děti často opakovaně „týrají" hračku či s ní špatně zacházejí. Některé děti hračky agresivně rozbíjejí, házejí s nimi, nebo je upouštějí a vzdávají se jich. To může být důsledkem neschopnosti dětí rozlišit mezi jimi samými a objekty hry.

Čtvrtým znakem je pak nebezpečná a riskantní hra. Tyto děti si mohou stejně jako děti normální hrát na Supermana, Batmana a další superhrdiny, mohou se oblékat do jejich kostýmů a ztvárňovat různé příběhy z jejich života. Od těchto dětí se však děti s rizikem

suicidálního chování odlišují, neboť témata jimi přehrávaná jsou vysoce sadistická nebo nebezpečná (Pfeffer 1986, s. 198-201).

8. Léčba suicidálních dětí a adolescentů

Léčbu suicidálních dětí a adolescentů můžeme vzhledem k času, ve kterém je aplikována, rozdělit na první pomoc, krizovou intervenci a psychoterapii. První pomoc zahrnuje jakési okamžité, fyzické i psychické ošetření a zhodnocení adekvátnosti hospitalizace. Krizová intervence představuje pomoc krátkodobou, jejímž cílem je zvrátit akutně probíhající krizi a psychoterapie je pak dlouhodobou, systematickou léčbou.

Důležité je vzíti v úvahu formu suicidálního chování a aktuální duševní stav (je přítomna psychiatrická diagnóza ?).

8.1 První pomoc před, při a po sebevražedném pokusu

Okolo sebevražd je velmi rozšířený myšlenkový stereotyp, že kdo o sebevraždě mluví, nikdy ji nespáchá. Dle Koutka (2002) je verbalizace suicidálních myšlenek a úvah naopak důkazem toho, že tyto tendence jsou obsahem psychiky, a proto je nutné různé verbální i neverbální projevy jedince pomýšlejícího na sebevraždu nepodceňovat. Většinou je nezbytné psychiatrické vyšetření, které by mělo cíleně odpovědět na několik otázek : Je úvaha o sebevraždě míněna vážně?, Jaký je motiv těchto myšlenek?, Je přítomna psychiatrická porucha?, Je možné zvládnou stav bez hospitalizace?

Při akutně hrozícím sebevražedném jednání je zapotřebí rychle zhodnotit situaci a navázat s postiženým kontakt. Je nutné vcítit se do jeho silných emocí a zachovat navenek klidný postoj a direktivnost při podpoře řešení různých životních problémů. Důležité je především zamezit tomuto jednání a odvést klienta do bezpečí (Koutek 2002).

V případě, že není přítomno závažné psychiatrické onemocnění, je možné využít sítě krizových center (ambulantní či lůžkovou péči). Pokud je riziko sebevražedného chování vysoké (či je přítomna psychiatrická porucha), je nutné pacienta hospitalizovat. Jelikož akutní suicidální nebezpečí naplňuje kritéria nebezpečnosti sobě, lze klienta umístit do zdravotnického zařízení i bez jeho souhlasu (Koutek 2002).

U dětí a dospívajících je nezbytné spolupracovat s rodiči, a pokud je zde riziko sebevražedného jednání významné, je potřebné pracovat s rodiči i přes nesouhlas klienta. Pokud kooperace rodičů není užitečná, je nutné spolupracovat s orgány péče o dítě.

Po každém pokusu o sebevraždu zasahuje samozřejmě nejdříve lékař, který ošetří klienta po somatické stránce, a teprve poté do této problematiky vstupuje psychiatr a

psycholog. Jednotlivé případy je nutné hodnotit individuálně s ohledem na druh použité metody nebo způsob sebevraždy. Pro posouzení situace je nutné získat objektivní údaje od rodiny, učitelů, případně spolužáků. Pokud je riziko opakování tohoto jednání významné, je pro klienta potřebná hospitalizace, ať již v krizovém centru, nebo v psychiatrickém lůžkovém zařízení (Koutek; Kocourková 2003, s. 93-96).

8.2 Krizová intervence

Krizová intervence je nezbytnou součástí péče o suicidálního jedince. Profesionální porozumění suicidální krizi a její adekvátní zvládnutí je cílovým směřováním při záchraně života klienta. Člověk, který začne uvažovat o sebevraždě, se dostává do izolace a do zajetí svých sebevražedných úmyslů a představ. Správně vedený rozhovor ho pak může vyvést z této zničující spirály. Včasné a kvalifikované provedení krizové intervence může klientovi pomoci najít z jeho životní situace jiné řešení než je dobrovolný odchod ze života.

Cílem krizové intervence je tudíž odvrácení presuicidálního syndromu, tj. zabránění obrácení agrese proti sobě a zastavení naléhavých sebevražedných fantazií. Dalším úkolem je nalézt centrální problém a zjistit jeho význam podle odpovídajících pocitů (Kastová 2000, s. 63-64).

Při prvním kontaktu s jedincem, který třeba jen velmi zlehka naznačuje, že jeho život nemá smysl, je na místě položit otázku, zda klient myslí na to, že by tu nejraději nebyl. Pokud je odpověď souhlasná, je nutné zeptat se přímo, jestli uvažuje o sebevraždě. Díky této otázce se pro klienta podstatně mění situace. Najednou může o svých úvahách mluvit a skrze slova se dotknout svých emocí.

V této fázi často klienti potřebují potvrdit právo této volby. Je nutné klientovi naznačit, že na takovéto rozhodnutí má samozřejmě právo, ale že řešení problémů touto cestou je konečné a nezvratné, a že by stálo za to přemýšlet o nějaké jiné cestě, jak zmírnit bolest, strach nebo beznaděj. To, co zaručeně v krizové intervenci nepomáhá, je moralizace, hodnocení a apely na odpovědnost člověka vůči jeho blízkým, partnerovi a podobně. V tuto chvíli je důležité připomenout člověku jeho vlastní kapacity, přirozené zdroje pomoci, a pokud možno upozornit i na limity této situace, která jednou pomine.

Závěrečnou fází je pak dohoda, co konkrétně udělat. Klientovi může být nabídnuto lůžko na krizovém či psychiatrickém oddělení, zprostředkovány kontakty na adekvátní zdroje služeb (například psychoterapeutické pracoviště, psychiatrii). Nezbytná je samozřejmě i otázka, kdo z jeho okolí mu může být v tuto chvíli oporou. Měli by to být

alespoň tři lidé, kteří vytvoří bezpečný kruh, první část záchranné sítě. Podstatné je především to, čím může ohrožený člověk podporovat sám sebe.

Pokud se člověk sebevražedných úvah nevzdává, vytváří se dohoda o odložení realizace suicidia. Důležité je také domluvit se, co konkrétního má klient udělat ve chvíli, kdyby sebevražedné myšlenky byly opět naléhavé. Jaké kroky uskutečnit, aby se nemohly rozvinout v plné síle (Vodáčková 2002, s. 482-487).

8.3 Psychoterapie

Terapie je orientovaná jak na zvládnutí akutní suicidální krize, tak na oslabení tzv. suicidálního rizika do budoucna. Bývá nesnadné citlivě explorovat suicidální motivaci, kterou dítě ze strachu z rodičů nebo hospitalizace může popírat. Někdy se i odborníci obávají dítěte otevřeně ptát na pohnutky, přání či fantazie vztahující se k suicidiu. (Kocourková; Koutek 2004, s. 277).

Způsob psychoterapie je závislý na psychiatrické diagnóze, se kterou je sebevražedné jednání spojeno. Obecně lze říci, že : *„psychoterapie je proces, jímž navozujeme změny v osobnosti, chování a zdravotním stavu dítěte (nebo dospělého) výhradně psychologickými prostředky...“* (Vymětal 2004, s. 175). V rámci léčby existuje spousta terapeutických přístupů. Mezi nejužívanější se dle Koutka a Kocourkové (2003) řadí psychodynamicky orientované a kognitivně-behaviorální psychoterapie. Své uplatnění má v této problematice i psychoterapie skupinová nebo rodinná terapie. Pro děti může být prospěšná některá z forem neverbálních psychoterapeutických přístupů, jako je například muzikoterapie, arteterapie a různé relaxační techniky.

Na počátku terapie je důležité, aby byl pomáhající připraven na ambivalentní postoje postiženého, mohou se objevit i útoky na terapeutovu osobu. Při nich dochází ke zkoušce pevnosti terapeutického vztahu. Pokud jsou tyto emoce adekvátně zvládnuty, navazuje na ně většinou důvěryhodná spolupráce. Jejím cílem by mělo být zprostředkování pozitivního vztahu k životu, aniž by zůstaly nepochopeny motivy sebevražedného jednání. Terapie nemá skončit radostí nad přežitím sebevražedného pokusu, ale měla by vytvořit prostor pro hledání nového a pevného smyslu.

K terapii akutní suicidální krize většinou postačuje pět až deset sezení, ve kterých má být zpracován konkrétní suicidální konflikt. Pohovory se sebevražedným pacientem vyžadují určité prostorové, časové a situační podmínky, což znamená, že by měl být terapeut osvobozen od vnějšího a vnitřního časového tlaku. Naslouchat je důležitější než se

vyptávat. Klient by měl mít pocit respektu vůči své osobě i svým myšlenkám (Rahn; Mahnkopf 2000, s. 407-409).

Terapeut by měl pomoci klientovi vytvořit konkrétní časový a detailní plán, který je třeba promyslet i s nejbližšími příbuznými klienta. Příbuzní pacienta se musí naučit hovořit o krizové situaci a riziku sebevraždy otevřeně.

Skupinová terapie

Skupinová terapie využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce mezi členy skupiny. V současné době převládá eklektické pojetí kombinující dynamickou náhledovou terapii s behaviorálním nácvikem. Je zaměřena na oblast interpersonálních vztahů, v tomto případě konkrétně na význam vztahů dítěte a dospívajícího s vrstevníky a na oblast sociálních dovedností.

Skupinová terapie má podle odborníků z Psychiatrické léčebny Bohnice vést :

- Ke schopnosti mluvit o svých problémech a potížích, vyjadřovat se k tématům, která jsou pro klienty v daném období aktuální, důležitá;
- K tomu naučit se mluvit o určitých tématech s druhými lidmi;
- K tomu dozvědět se, jak působím na druhé a jak moje sdělení chápou;
- Ke schopnosti přijímat odpovědnost;
- K lepšímu porozumění sobě i svým blízkým, přátelům, známým;
- Ke schopnosti efektivnější komunikace;
- K možnosti zorientovat se v rodinném dění i v ostatních skupinách či kolektivech; k možnosti promluvit si o rodinném zázemí, zjistit pohled druhé strany; možnosti získat náhled na danou situaci;
- K tomu naučit se vyjádřit k ostatním klientům, poskytnout zpětnou vazbu;
- K solidaritě, ochotě pomoci ostatním.

Individuální psychoterapie

U suportivní terapie jde o léčebnou metodu podpůrnou, jejímž účelem je zvládnutí sociální krize v rámci nějakého závažného psychiatrického onemocnění. Účelem podpůrné psychoterapie je posílení „já“ dítěte a dospívajícího a podpora jeho adaptačních schopností (Koutek; Kocourková 2003, s. 98).

V rámci individuální psychoterapie je důležité posoudit, který typ psychoterapie je pro daného jedince vhodný. V současnosti se používají například psychoanalyticky

orientovaná terapie, dynamická a interpersonální psychoterapie či kognitivně-behaviorální terapie.

Psychoanalyticky orientovaná psychoterapie se zaměřuje na odkrývání a řešení psychických konfliktů. Jak uvádí Fonagy a Target (2005) soustředí se na to, jak působí vnitřní reprezentace raných zkušeností s primárními postavami z dětství na formování pozdějších vztahů. Ty mohou kulminovat v různých poruchách a psychopatologických stavech. Důraz je kladen zejména na terapeutický vztah, přenos, protipřenos a získání náhledu.

Dynamická a interpersonální psychoterapie se také zabývá dynamickými aspekty vzniku psychických obtíží. Pomáhá klientovi porozumět jeho podílu na problémech, orientuje se na porozumění souvislostem mezi některými jeho minulými zážitky a aktuálními problémy v interpersonálních vztazích (Bouček 2001, s. 470).

V případě poruch chování, poruch příjmu potravy či různých fóbií, můžeme použít kognitivně-behaviorální terapii. Tato terapie se zabývá příznaky zde a nyní. Vychází z teorie, že příčinou psychických potíží jsou chybné způsoby chování a myšlení, a že tyto chybné způsoby a chování jsou naučené a udržované rozpoznatelnými vnějšími i vnitřními faktory. V terapii se je klient může odnaučit či přeučit nebo se může naučit novým, vhodnějším způsobům, jak řešit své problémy (Možný; Praško 1999, s. 18)

Rodinná terapie

Jelikož narušené rodinné vztahy představují rizikový faktor pro suicidální chování a v některých případech mohou být dokonce primární motivací, je rodinná terapie u suicidálních dětí a dospívajících nezbytná. Pokud bychom svoji pozornost zaměřili pouze na jedince, který by se po určité době do neharmonického prostředí rodiny vrátil, mohlo by dojít k repetici suicidálního chování. V průběhu rodinné terapie je proto nutné zaměřit se na rodinné vztahy, a to nejen mezi rodiči a jejich dětmi, ale i na sourozenecká pouta. Důležité je směřovat pozornost na rodinné konflikty a zvládnutí celkové situace.

Rodiče dítěte nebo dospívajícího bývají suicidálním jednáním šokováni, mnohdy jsou jejich reakce nevhodné. Na základě svých pozorování a rozhovorů s personálem Dětské psychiatrie PLB Bohnice bych mezi nevhodné reakce zařadila hyperprotektivní, všeomlouvající přístup, přístup přísně kontrolující a přístup zlostný (například nenavštíví dítě po suicidálním pokusu v nemocnici, aby ho potrestali za jeho čin). Dle Kocourkové a Koutka (1996) rodiče v situaci face to face suicidálnímu chování dítěte prožívají stres,

v němž kolísají od úplného popření závažnosti suicidálního chování až po extrémní úzkost o dítě a posílení patologické (závisle hostilní) vazby s ním.

Rozhovor s rodiči je tudíž nezbytný. Má za cíl i psychoterapeutické působení a zmírnění pocitů strachu, vzteku, viny, nejistoty, které často vůči dítěti prožívají. (Kocourková; Koutek 2004, s. 277). Dále je v rodinné terapii nutné řešit další přístup rodičů k jeho dítěti.

V neposlední řadě musí být dostatečná péče poskytnuta také rodinám, které dítě či dospívajícího v důsledku dokonaného suicidia ztratily. Hlavním úkolem je vypořádat se v první řadě s pocity viny, bezmocí a smutkem.

Farmakoterapie

V rámci farmakoterapie je důležité vycházet z diagnostického posouzení suicidujícího dítěte a dospívajícího. Je nutné zjistit, zda dotyčný již nějakou medikaci užívá a zhodnotit ji z tohoto hlediska. Je nutné dát pozor, zda léky, které chceme naordinovat nejsou s již užívanými medikamenty v kontraindikaci. Důležité je také, zda jde o dlouhodobější medikamentózní léčbu či jednorázovou aplikaci v rámci zklidnění pacienta. Předpokladem pro dlouhodobější medikaci je samozřejmě psychiatrické vyšetření s případným stanovením psychiatrické diagnózy.

V případě deprese jsou předepisována **antidepresiva**. Jak upozorňuje Hrdlička (2000) při medikaci antidepresivy musíme počítat s určitou latencí jejich účinku. Při nasazení tricyklik je nutno čekat na nástup léčebného účinku tři týdny, při podávání preparátů SSRI dokonce čtyři až pět týdnů. Pro dětský a adolescentní věk doporučuje užít zejména fluvoxamin či sertralin. Jak uvádí Koutek a Kocourková (2003) je předností fluvoxaminu tlumivý, anxiolytický a specificky antisuicidální účinek. U adolescentů blížících se dospělému věku lze použít i citalopram. Můžeme je použít také jednorázově ke zklidnění.

V praxi se dále používají **anxiolytika**, zejména **benzodiazepinová**. Jejich indikacemi jsou úzkostné, úzkostně-fobické a smíšené úzkostné depresivní poruchy, úzkost a neklid při akutní psychické reakci na stres a posttraumatické stresové poruše (Švestka 2001, s. 414).

Neuroleptika jsou indikována zejména u psychotických poruch schizofrenního okruhu. Hlavním účinkem je antipsychotický efekt. Užívají se tam, kde jsou zřetelně vyjádřeny krystalizované psychotické příznaky (bludy, halucinace, dezorganizované myšlení a chování (Hrdlička 2000, s. 446).

Při zvažování medikace musíme brát v úvahu dynamiku a toxicitu daného léku (Koutek; Kocourková 2003, s. 100).

Ostatní psychoterapeutické přístupy

Verbalizace problémů bývá mnohdy pro děti a dospívající obtížná. Proto se pro vyjádření pocitů, problémů či konfliktů využívá různých nonverbálních psychoterapeutických přístupů, zejména herní terapie, arteterapie a muzikoterapie. Účinné jsou také relaxační techniky.

Arteterapie, jak se dočteme na webových stránkách Fakultní nemocnice Motol, může být zaměřena více terapeuticky a přímo na samotného klienta. Klientovi jsou zadávána témata týkající se sebepojetí, přístupu k sobě nebo druhým. Klient se zde otevírá a maluje to, co cítí, a jak danou problematiku vnímá.

Muzikoterapie je pak zaměřena hlavně na uvolnění klienta, na odreagování se a odpočinek a zároveň je pojímána jako zapojení klienta do aktivit se svými spolupacienty. Muzikoterapie je také jednou z forem sebevyjádření svých pocitů, jako je radost, smutek nebo vztek.

9. Prevence

Prevence je důležitou součástí dětské psychologie a psychiatrie. Cílem prevence suicidálního chování je snaha snížit výskyt suicidálního jednání v populaci. Prevence související s problematikou sebevražd může být nejúčinnější pomocí a v řadě případů i skutečnou záchranou života. Preventivní přístup v dětské psychiatrii a psychologii směřuje k podpoře duševního zdraví a prevenci patologických projevů dětí a dospívajících. Podpora duševního zdraví dětí je úkolem rodiny, školy, organizací pracujících s dětmi, masmédií a samozřejmě odborníků z oblasti psychologie a medicíny.

Preventivní postupy můžeme rozlišit na tři oblasti :

- Primární prevence je zaměřena na prodromy a varovné signály suicidálního vývoje a odkrývání autodestruktivních tendencí a suicidálního potenciálu (Špitz 1980, s. 169). V této oblasti je důležité především posílení ochranných faktorů, které nebezpečí rozvoje klinické poruchy oslabují. Významnou úlohu zde mají školy a církve, poradny, linky důvěry a služby krizové intervence.

Dle Koutka a Kocourkové (2003) se současný model primární prevence rozlišuje na univerzální, selektivní a indikovanou preventivní intervenci. Univerzální preventivní

intervence je zaměřena na celkovou populaci (například různé preventivní programy pro děti na základních školách, jež se orientují na zlepšení způsobů reakcí v zátěžových situacích či na řešení problémů). Selektivní preventivní intervence se obrací na jedince či skupiny, u nichž je riziko poruchových projevů významně větší. Takovou rizikovou skupinou jsou například dospívající, kteří mají potíže v adaptaci, jsou závislí na užívání návykových látek či mají konflikty v rodině. Třetí okruh primární intervence, tj. intervence indikovaná se specializuje na vysoce rizikové jedince, u nichž jsou zaznamenány subklinické znaky nebo symptomy, které ale dosud nesplňují znaky pro plnou klasifikaci poruchy. Příkladem může být dítě v tíživé životní situaci, s depresivními projevy spojenými s poruchami nálady, sníženým sebehodnocením a pocity bezmoci a beznaděje.

- Sekundární prevence je zaměřena na zásah v kritickém období před samotným suicidálním aktem. Předpokládá diagnostiku a poznání tohoto bezprostředního ohrožení.
- Terciální prevence se orientuje na péči o osoby po suicidálním pokusu. Snaží se zmírnit následky klinické poruchy a zabránit jejímu opakování. Jsou v ní obsažena všechna léčebná a sociální opatření s prevencí opakování suicidálního aktu v budoucnosti. Indikuje ji a určuje samotný suicidální pokus (Špitz 1980, s. 168).

Dle Höschla, Libigera a Švestky (2002) patří k prevenci také důkladná léčba psychických poruch, u kterých se suicidium vyskytuje jako závažná komplikace.

Také WHO (2005) v rámci akčního plánu duševního zdraví pro Evropu uvádí důležité kroky a výzvy, které jsou v oblasti předcházení sebevraždám stěžejní, a které by měly být do pěti až deseti let připraveny a realizovány. Jde o program beroucí v úvahu specifika každého státu, orientující se na národní politiku. Konkrétně je zaměřen například na prevenci a léčbu deprese, úzkosti, škodlivého stresu, sebevražednosti a ostatních rizik, na posílení rodičovských kompetencí, na intervenci přímo ve výchovném prostředí.

10. Suicidální jednání a právo

Suicidální jednání se odráží v právním systému na dvou místech. Tím prvním je hospitalizace bez souhlasu pacienta, tedy nedobrovolný vstup. Tím druhým je pak trestní odpovědnost v případě pohnutí druhého člověka k sebevraždě či v případě neposkytnutí pomoci člověku, jemuž hrozí smrt nebo jeví známky vážné poruchy zdraví.

10.1 Hospitalizace bez souhlasu jedince

Pokud nastane situace, kdy nemocný potřebuje léčbu, ale nesouhlasí s ní, jsou v Zákoně o péči o zdraví lidu číslo 86/1992 Sb. vymezeny indikace, v rámci kterých je možno hospitalizovat pacienta bez jeho souhlasu, v případě dětí a dospívajících bez souhlasu jejich zákonného zástupce.

Dle §23 odstavce 4 je možné bez souhlasu nemocného provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče,

a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,

b) jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo

c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví.

Problematiky sebevražd se dotýká zejména druhý bod. Hrozící suicidální jednání nepochybně spadá pod ohrožení sebe, v některých případech i pod ohrožení okolí (příkladem mohou být rozšířené sebevraždy). Již proběhlé suicidální jednání v sobě často skrývá nebezpečí opakování sebevražedného pokusu. Nebezpečí suicidia je pravděpodobně jedním z nejčastějších důvodů pro hospitalizaci bez souhlasu nemocného (Koutek; Kocourková 2003, s. 114).

Dle §24 tohoto zákona je zdravotnické zařízení povinno převzetí nemocného bez jeho písemného souhlasu do ústavní péče do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo. Převzetí se soudu neoznamuje, jestliže nemocný dodatečně ve lhůtě 24 hodin projevil souhlas s ústavní péčí. Stejnými ustanoveními se řídí podepisování reversu, kdy nemocný (v případě nezletilých jedinců jejich zákonný zástupce) žádá o předčasné propuštění bez ohledu na rady lékaře. V případě dětí a dospívajících se opět jedná o zákonného zástupce.

10.2 Trestní právo a suicidální jednání

Dle Trestního zákona číslo 140/1961 Sb., části o trestních činech proti životu a zdraví, § 230 není suicidium ani suicidální pokus trestným činem. Trestné jsou však některé formy účasti na sebevraždě jiné osoby. Podle odstavce 1 tohoto paragrafu ten, *„kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody na šest měsíců až tři léta.“* Podle odstavce 2 : *„Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin*

uvedený v odstavci 1 na osobě mladší než osmnáct let, na těhotné ženě nebo na osobě stižené duševní poruchou nebo duševně nedostatečně vyvinuté.“

Pokud se podrobněji podíváme na výklad této části trestního zákona, je důležité odlišit účast při sebevraždě a vraždu. Objektivní stránka účasti na sebevraždě spočívá, jak již jsem výše uvedla, v tom, že pachatel pohne jiného k sebevraždě nebo mu k sebevraždě pomáhá (ať již jde o pomoc fyzickou – příkladem může být opatření léků, či psychickou – poskytnutí rady, jak sebevraždu provést). Naproti tomu, donutí-li pachatel k sebevraždě jiného fyzickým nebo psychickým násilím, dopouští se trestného činu vraždy. Stejná situace nastává tam, kde pachatel pohne k sebevraždě takovou osobu, která sama o sobě není pro duševní poruchu či nedostatek věku způsobilá rozpoznat závažnost a důsledky svého jednání.

Důležité je podívat se také na vztah mezi účastí na sebevraždě, spáchanou formou pomoci k sebevraždě a euthanasií. Ten je blízký s ohledem na to, že ke spáchání obou těchto skutků dochází za speciálních podmínek a za zvláštních okolností. V případě euthanasie k činu dochází se souhlasem či na žádost poškozeného, stejně tak jako v případě pomoci k sebevraždě. Eutanazie je však dle trestního zákona klasifikována jako vražda.

Problematiky sebevražd se dotýká také § 207 o neposkytnutí pomoci. Dle tohoto paragrafu,

(1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

(2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.

Psychiatrie rovněž hovoří o rozšířené sebevraždě. Právní věda tento pojem nezná, pro ni jde o vraždu a následnou sebevraždu. Pokud pachatel takového činu přežije, je trestně stíhán. Zde je pak nutné soudně znalecké zkoumání, které odpoví na otázku, zda dotyčný trpěl duševní poruchou, která by nějak ovlivnila jeho rozpoznávací a ovládací schopnosti (Koutek; Kocourková 2003, s. 115).

11. Společenské postoje k suicidiu

Smrt sebevraždou není přirozené úmrtí, a proto na ně lidé i rozdílně reagují. Často se můžeme ve společnosti setkat s názorem, že sebevražda demonstruje odmítnutí vysoce uznávané hodnoty, kterou je život, proto reakce na ní jsou velmi ambivalentní. Někdo může považovat sebevraždu za projev slabosti a zbabělosti, jiný zas suicidálního jedince obdivuje za odvahu vzchopit se k tak radikálnímu řešení. Většinou lidé zastávají názor, že by člověk měl mít i v této věci právo na vlastní svobodné rozhodnutí. Zpravidla však nejsou ochotni přijmout tu skutečnost, že důvody sebevraždy nemohou objektivně posuzovat, poněvadž mají subjektivně rozdílnou hodnotu, která není veřejností často považována za natolik závažnou, aby sebevraždu ospravedlňovala.

Člověk, kterému se sebevražda z jakéhokoliv důvodu nezdařila, bývá považován přinejmenším za podivína, zejména tehdy, jsou-li jeho důvody k ukončení sebevraždy považovány za málo závažné nebo jinak řešitelné. Proto společnost přistupuje rozdílně k člověku, který se pokusil o sebevraždu z důvodu nevyléčitelné choroby, než k jedinci, který se pokusil o sebevraždu z důvodů nenaplněné lásky, finančních problémů a podobně (Vágnerová 1999, s. 252).

11.1 Myšlenkové stereotypy a sebevraždy

Pokud se pohybujeme na poli sebevražd, zákonitě se setkáme s některými myšlenkovými stereotypy, nazývejme je mýty, které je obestírají. Na základě literatury, kterou v této části cituji, uvádím ty z nich, které vnímám jako důležité, a které mohou v mnohém ovlivnit přístup k suicidálním jedincům.

Mýtus 1: Když se někdo rozhodne, že spáchá sebevraždu, nikdo mu v tom nemůže zabránit.

Na celé dlouhé cestě k sebevražednému jednání je možné člověka odvrátit od tohoto tragického úmyslu. Dle Koutka a Kocourkové (2003) se mnoho lidí, kteří se pokoušejí o sebevraždu, pohybuje mezi touhou žít i zemřít. Jejich postoj k výsledku sebevražedného jednání je ambivalentní. Když se jim dostane včasné pomoci a přiměřené léčby, je možné je od sebevraždy odvrátit.

Mýtus 2: Sebevražda přichází bez varování.

U lidí, kteří jsou ohroženi suicidálním jednáním, můžeme pozorovat dosti dlouhou dobu různé známky psychického napětí, poruchy spánku, tělesné obtíže a podobně. Jde o tzv. presuicidální syndrom (Koutek; Kocourková 2003, s. 15).

Mýtus 3: Kdo o sebevraždě mluví, ten ji nikdy nespáchá.

Jde o velmi rozšířený a nepravdivý mýtus. Opak je pravdou. Pokud člověk signalizuje sebevražedné myšlenky, je to důkazem, že sebevražda se dotýká obsahu jeho myšlenek. Významné je i zjištění Pavlíkové (2000), dle kterého čtyři pětiny sebevrahů své úmysly naznačuje, ale jejich okolí to přehlédne.

Mýtus 4: Když se někoho zeptáme na sebevražedné myšlenky, můžeme mu tento nápad vnuknout.

Není žádný důvod se domnívat, že bychom hovorem o sebevraždě mohli tento nápad vnuknout někomu, kdo suicidální není (Koutek; Kocourková 2003, s. 16).

Mýtus 5: Když s ním o tom budu mluvit, nijak mu nepomohu a jeho sebevražedné jednání jenom uspíším.

Dle Vodáčkové (2002) se člověk, který začne uvažovat o sebevraždě, dostává do izolace a do zajetí svých sebevražedných úmyslů a představ. Každý rozhovor ho naopak může vyvést z této zničující spirály. Tento mýtus je široce rozšířen především proto, že se nám na téma sebevraždy nechce mluvit. V případě, že takové úvahy slyšíme, máme tendenci říkat : „Zapomeň na to...“, „O tom mi ani nic neříkej...“ , v domnění, že tím dotyčného uklidníme.

Mýtus 6: Když někdo přežije pokus o sebevraždu, tak se o to příště již nepokusí.

Dle článku - Nebezpečné mýty o nebezpečí sebevražd, kdo jednou překročil pomyslnou hranici mezi životem a smrtí (což není snadné), ten to příště udělá daleko snáz. Většinu dokonaných sebevražd předchází několik „neúspěšných“ pokusů.

Mýtus 7: Když se někdo pokusí o sebevraždu, je ohrožen sebevražedným jednáním navždy.

Osoby, které se pokoušejí o sebevraždu, mohou tímto stavem trpět pouze v určitých obdobích svého života.

Mýtus 8: Lidé, kteří se pokoušejí o sebevraždu, nehledají pomoc.

Je prokázáno, že většina lidí, kteří spáchali sebevraždu, hledala lékařskou pomoc v posledním půlroce před svým činem a rovněž dávala najevo své pocity před svým okolím. V každém suicidálním aktu je obsaženo volání o pomoc (Koutek; Kocourková 2003, s. 15).

Mýtus 9: Většina sebevrahů jsou blázni.

Jak uvádí Frankel a Kranzová (1998), většina lidí, kteří se pokoušejí o sebevraždu, netrpí žádným duševním onemocněním. Mohou například pociťovat hlubokou úzkost, smutek či bezvýchodnost a sebevražda pro ně představuje určitou alternativu.

Mýtus 10: Děti se nedokážou zabít, je to věc až starších lidí.

Sebevraždu mohou spáchat i děti. Sebevražednost dětí a dospívajících se v současné době zvyšuje (Koutek; Kocourková 2003, s. 16).

PRAKTICKÁ ČÁST

V této části práce představím kazuistiky reprezentující popis a rozbor případu dvou adolescentů, u nichž došlo k suicidálnímu jednání.

12. Výzkumný vzorek a formulace problému

Tato práce sestává ze dvou kazuistik, tj. výzkumný vzorek N=2. V první kazuistice se orientuji na adolescentní dívku, v případě druhém na adolescentního chlapce. Ženský a mužský prvek jsem volila záměrně, abych předešla orientaci pouze na jedno pohlaví, která by mohla vést k jednostrannému úhlu pohledu.

Šlo o výběr vzorku ze zdravé adolescentní populace, respektive o adolescenty bez diagnostikované psychiatrické poruchy (např. klinické deprese či schizofrenie). Dalším kritériem k výběru vzorku byl opakovaný suicidální pokus v anamnéze. Pokud jde o obecnou charakteristiku, oba adolescenti pocházejí ze střední sociální třídy, jejich inteligence je v pásmu vyššího průměru. S prezentovanými případy jsem byla podrobněji obeznámena v průběhu stáže v Psychiatrické léčebně Bohnice.

Cílem této práce je prostřednictvím údajů, které jsou obsaženy v anamnézách sledovaných adolescentů, zmapovat rizikové faktory a zamyslet se nad jejich vlivem na suicidální chování. Dále nastínit povahu suicidálního chování - zaměřit se na suicidální proces, formy, motivaci a též na koncept smrti, který vzhledem ke zkoumání suicidálního chování představuje také jedno z ústředních témat.

První problém, na který se orientuji, je tedy nalezení specifických a nespecifických rizikových faktorů a jejich vlivu na suicidální chování, druhý rozbor struktury a dynamiky suicidálního chování.

13. Výzkumná metoda

K účelu výše formulovaných cílů jsem jako metodu zvolila kazuistiku, tj. popis a rozbor případu.

Kazuistiky obsahují rodinnou, osobní, školní, sociální a psychiatrickou anamnézu, dále oddíly zabývající se suicidálním chováním, současným stavem sledovaných adolescentů (v případě dospívajícího chlapce stavem před ukončením hospitalizace), prognózou a terapeutickými návrhy.

Je samozřejmé, že účelové vyšetření dvou individuálních případů má omezenou vědeckou platnost, neboť nelze zachovat kritéria kontrolovaného výzkumu. Z tohoto důvodu zjištěné údaje a nastíněné hypotézy negeneralizuji, jejich platnost omezuji pouze na představený vzorek.

Přesto se však domnívám, že i takovéto zkoumání je hodnotné. Shoduji se s míněním Říčana (1973, s. 83), který předpokládá, že *„výsledek intenzivní studie individuálního případu můžeme chápat takto : je popsána možnost určité souhry funkcí, určitá osobní rovnice. Co platí pro jednoho člověka, platí – s menšími obměnami – obyčejně i pro mnoho dalších.“*

Data, na jejichž podkladě jsem níže uvedené kazuistiky sestavila, jsem získala z rozhovorů se suicidálními adolescenty a jejich rodiči, dále ze záznamů z psychiatrických oddělení, kde byli hospitalizováni. Vycházela jsem z rozhovorů s ošetřujícími psychiatry a psychology i z psychologické diagnostiky (některé z diagnostických metod jsem administrovala a vyhodnocovala).

14. Kazuistika I

První kazuistika se týká osmnáctileté dívky Kristýny, v jejíž anamnéze se vyskytly opakované suicidální pokusy. První tentamen suicidii se datuje do jejích šestnácti let, další do období sedmnáctého roku věku.

Jde o dívku střední výšky, silnější postavy, s hnědými, polodlouhými vlasy. Nosí brýle. Obléká se sportovním způsobem, někdy lehce vyzývavě. Líbí se ji styl hippies, do kterého se stylizuje.

V rozhovoru působí Kristýna zpočátku plachým, tichým dojmem, její jednání je společenské. Postupně se Kristýna uvolňuje, na otázky odpovídá ochotně. Pokud se mluví o všedních věcech, dokáže vtipkovat.

Svou povahu popisuje se značnými obtížemi. Konstatuje, že má velmi mnoho negativních vlastností, na sobě se jí v podstatě *„ vůbec nic nelíbí.“* Nejvíc ji však vadí, že se často cítí smutná, osamělá, má strach z budoucnosti. Když má uvést některé charakterové vlastnosti, které u sebe považuje za kladné a hodnotné, následuje dlouhá pauza. Poté odpovídá : *„....já teď nic nevím,* (znovu protáhlá pomlka)*...možná jsem....spolehlivá, kamarádská....“*

Mezi základní životní hodnoty řadí na první místo zdraví, pak lásku a přátelství.

14.1 Rodinná anamnéza

V rodinné anamnéze uvádím ty osoby, které vnímám v životě Kristýny jako klíčové, nebo které do něj určitým způsobem významně zasáhly. V části rodinná anamnéza shrnu některé údaje o její matce, nevlastním otci a dvou sestrách. Krátce se rovněž zmíním o babičce z matčiny strany a o biologickém otci.

Po narození vyrůstala Kristýna s matkou a s babičkou. Ve dvou měsících byla umístěna do kojeneckého ústavu, v jedenácti měsících do dětského domova, kde setrvala do dovršení druhého roku věku. Dále pak Kristýna vyrůstala jako jedináček s matkou a nevlastním otcem, ke kterému se přistěhovaly, když byly Kristýně tři roky. V rodině bývala spokojená. Svoje dětství hodnotí, vyjma konflikty se spolužáky, jako šťastné. O rodinném soužití před hospitalizacemi ještě říká : *„ když jsem chtěla mít klid, zalezla jsem do pokojíčku, když jsem se chtěla družit, šla jsem za rodičema do obýváku.“*

Co se týká sociálních poměrů, jde o úplnou rodinu žijící v družstevním bytě (3+1) v panelovém domě, kde Kristýna obývá vlastní pokoj.

Babička (z matčiny strany)

Jaroslava L., narozena 1942 (68 let), bytem Praha – základní vzdělání. V domácnosti, později pracovala jako dělnice, nyní v důchodu. Dle informací Marie H. je bez psychiatrické zátěže, v rodině však sklony k alkoholismu.

Vzájemný vztah

Dle Kristýny se s babičkou nestýkají. V dětství docházelo k občasnému kontaktu, který označila za zdvořilostní (přibližně 2krát ročně). Jak Kristýna uvedla : *„S babičkou se nestýkám. Znám ji, ale je to pěkná svině. V dětství jsme se vídaly, ale ona provedla mámě jednu hroznou věc - vyhodila mámu z bytu. Vídat se pak nechtěla ani se mnou. “* Také upozornila na zápornou povahovou vlastnost, kterou vnímá jako překážku jejich vzájemného vztahu : *„...do očí, to se ona chová hezky, ale hned, jak se otočíte, to vás pomluví.“*

Kristýna konstatovala, že vzájemné negativní emoce mohou pramenit z citové propasti mezi její matkou a Jaroslavou L.

Matka

Marie H., narozena 1956 (50 let), bytem Praha - vystudovaná zdravotní sestra. Toto povolání nějaký čas vykonávala, později pracovala jako uklízečka. V současnosti je v

invalidním důchodu. Před šestnácti lety léčena v Psychiatrické léčebně Bohnice pro závislost na alkoholu, v anamnéze tentamen suicidii.

Z rozhovoru s Marie H. vyplynulo, že krátce po absolvování základní školy, po tragické smrti svého otce, převzala povinnosti v péči o domácnost.

Uvedla, že těsně po složení maturitní zkoušky uzavřela manželství po velmi krátké známosti. Přiznala, že ústřední motivaci představoval únik od despotické matky. Toto manželství skončilo rozvodem. Důvodem bylo manželovo psychické i fyzické týrání. Následoval opatrovnický soud týkající se péče o dvě dcery počaté v manželství. Po dvou letech Marie H. svoji snahu vzdala a dcery byly svěřeny do péče otce. Již během manželství začala mít problémy s alkoholem, v období rozvodového řízení se tyto obtíže stupňovaly.

Krátce po rozvodu Marie H. otěhotněla se ženatým partnerem, tímto dítětem byla Kristýna. Přibližně dva měsíce po porodu jí byla dcera, na základě žádosti o prošetření způsobilosti schopnosti péče, odebrána. Tuto žádost na úřad sociální péče podala její matka - Jaroslava L. V rozhovoru Marie H. vypověděla, že dosud nezjistila důvod, který ji k tomuto kroku vedl. Jak uvedla, v té době abstinovala, přesto však soud s ohledem k její alkoholické minulosti rozhodl pro ústavní péči, kde Kristýna strávila téměř dva roky. Během této doby byla Marie H., která opět propadla alkoholu, léčena v PLB pro závislost.

Poté, co soud svěřil Kristýnu po dlouhých průtazích zpět do její péče, Marie H. žila přibližně rok v domácnosti své matky, poté se odstěhovala ke svému novému příteli. Tento vztah byl účelový. Jak uvedla, v té době žila s matkou a toto soužití označila za velmi problematické. Chtěla uniknout z disharmonického prostředí, které dle jejích slov neprospívalo ani jí, ani Kristýně. S tímto partnerem byla později sezdána, v současnosti jde dle jejích slov o harmonický vztah. Přiznala však, že v minulosti byly na denním pořádku bouřlivé hádky týkající se zejména peněz, popřípadě vedení domácnosti či všedních věcí.

Co se týká užívání alkoholu, střídaly se v průběhu let u Marie H. fáze abstinenční s fázemi alkoholové závislosti. V její anamnéze nalezneme také tentamen suicidii, který se datuje do období Kristýnina batolecího věku.

Vzájemný vztah

Jak Kristýna uvedla, dle jejího názoru mají s matkou dobrý vztah. Vypověděla, že když byla mladší (přibližně do 12 roku věku), trávila s rodiči volný čas, jezdily na výlety do přírody, navštěvovali hrady, zámky. S mámou byly v podstatě kamarádky, mohla s ní probrat řadu témat. Jako problematický vnímala matčin alkoholismus, ke kterému se vyjádřila : *„ Mnohokrát jsem přišla domů a máma jen ležela na gauči blábolila,*

nereagovala. To jsem věděla, že je zase opilá, tak jsem si jí nevšímala. Vlastně takhle reagoval i táta, když máma chlastala, dělali jsme mrtvý brouky a čekali, až to přejde."

Poslední dobou před prvním tentamen suicidii měla Kristýna pocit : „ *...že mě nenávidí do morku kostí, jednou mě chce, podruhý mně zas nadává. A já jsem jako ona, taky se chovám z extrému do extrému - jednou chci žít, podruhý zas ne...* "

Marie H. se o Kristýně vyjadřovala láskyplně. Vždy jí prý naprosto důvěřovala, což v současné době vnímá jako velkou chybu. Netušila, že má Kristýna nějaké problémy, předpokládala, že by se jí s nimi svěřila.

Dle psycholožky, u které byla Kristýna v péči během svého pobytu v Psychiatrické léčebně Bohnice, má matka ke Kristýně ambivalentní vztah. Ve své výpovědi uvedla, že sama byla svědkem ambivalentního chování matky k dceři, kdy ji v jedné větě dokázala milovat i nadávat (například : „*Kristýnko, ty moje myšičko, ty krávo jedna*"). Rodiče byli rovněž ambivalentní v tom, jestli si ji nechají doma.

Biologický otec

Biologický otec v rodině nefiguruje. Matka uvádí sklony k alkoholismu.

Vzájemný vztah

Přibližně půl roku před prvním suicidálním pokusem navázala Kristýna se svým otcem příležitostný kontakt prostřednictvím elektronické pošty. Jak uvedla, email si vyžádala od matky, korespondence se týkala všedních témat.

Nevlastní otec

Josef H., narozen 1961 (45 let), bytem Praha - vyučený zámečník, celý život pracuje na dráze. Anamnéza bez psychiatrické zátěže. Po druhém suicidálním pokusu Kristýny selhal jeho oběhový systém, nyní zdráv.

Jak v rozhovoru uvedl, v minulosti se musel mnohokrát postarat o domácnost, neboť Marie H. byla dočasně indisponována. Často žili ve finanční nouzi, kdy byl donucen půjčovat si od příbuzných i známých. V posledních letech se situace relativně upravila, tj. péče o domácnost se rozdělila mezi oba manžele. Také po finanční stránce došlo díky přiznání invalidního důchodu Marii H. ke zlepšení.

Z předchozího manželství má dceru a syna, oba ve věku mladé dospělosti. Ač udává dobré vztahy, frekvenci vzájemných kontaktů označuje za velmi řídkou (cca 1krát za tři roky). Současný manželský vztah i vztah s Kristýnou označuje za dobrý.

Vzájemný vztah

Kristýna vypověděla, že otce má ráda, vnímá ho jako vlastního. Připustila ale, že jejich vzájemný kontakt není moc častý. V podstatě se míjejí, rozhovor zahrnuje pozdrav, občas běžná konverzační témata. Jak uvedla, dříve měli s otcem dobrý vztah, nyní je to ale jiné, nejeví o ni zájem.

Sourozenci

Kristýna má dvě starší, polorodé sestry. Nikdy společně nebydlely, stýkaly se víceméně sporadicky.

Marie T., narozená 1975 (31 let), bytem Lysá nad Labem – vdaná, bezdětná. Vystudovala pedagogickou fakultu UK, nyní pracuje jako učitelka na soukromé střední škole. Je zdráva, bez psychiatrické zátěže.

Vzájemný vztah

Dle Kristýny jsou vzájemné vztahy mezi nimi velmi chladné. Vždy šlo pouze o příležitostný kontakt, osobní setkání se uskutečnila pouze výjimečně. Posledních pět let se neviděly. Uvedla : *„S tou jsme si neměly co říct, nebyla ani moc hravá, i když jsem byla malá.“*

Michaela N., narozená 1978 (28 let), bytem Praha – svobodná, s přítelem má jedno dítě (2 roky, chlapec). Absolvovala obchodní akademii. Pracovala jako asistentka, nyní je na mateřské dovolené. Michaela je zdráva, silná kuřačka, bez psychiatrické zátěže.

Vzájemný vztah

Vzájemný vztah s Michaelou v době před druhým suicidálním popisuje jako blízký. Dle Kristýny měly společné zájmy – zvířata a přírodu, rozuměly si. Po druhém suicidálním pokusu se od ní i s přítelem odvrátili, v současné době s ní odmítají komunikovat.

14.2 Osobní anamnéza

Kristýna se narodila v dubnu 1988. U Marie H. se jednalo o třetí, neplánované těhotenství, přála si chlapečka. Během těhotenství zažívala matka velké stresy - byla v rozvodovém řízení, k tomu se připojily permanentní hádky s matkou. Důvod těchto konfliktů spočíval ve skutečnosti, že Marie H. čekala dítě se ženatým partnerem, tj. dítě nemanželské. Matka, Jaroslava L., se ji snažila přimět k umělému přerušení těhotenství. Situace byla zesílena nevyhovující finanční situací, která Marii H. donutila sdílet s její

matkou společnou domácnost. Tento dlouhodobý stres pravděpodobně vedl k předčasnému porodu (1 měsíc před stanoveným termínem).

Porod byl protrahovaný. Kristýna se narodila s porodní váhou 2800 g, výškou 42 cm. První měsíc po narození strávila Kristýna v nemocnici na jednotce intenzivní péče pro nedonošené děti na porodnické klinice Thomayerovy nemocnice, kde ji matka pravidelně navštěvovala. Kojená nebyla.

Jak Marie H. uvedla, byl Kristýnin zdravotní stav v prvních měsících života dobrý. Kromě mírného strabismu, který se v dětství upravil, byly veškeré smysly i kognitivní funkce v normě.

Očkována byla Kristýna dle kalendáře, úrazy a alergie matka negovala.

Ve dvou měsících věku byla Kristýna přes protest matky umístěna do kojeneckého ústavu, v 11 měsících byla přeložena do dětského domova. Z rozhovoru s Marií H. vyplynulo, že v tomto prostředí došlo ke zpomalení psychomotorického vývoje dítěte.

Dle Marie H. se první dentice objevila kolem 7-8 měsíce. Motorický vývoj byl celkově opožděný, přibližně o dva měsíce. Překulovat se Kristýna začala po 6 měsíci, chodit až ve 13-14 měsících. Pohyblivost byla dobrá (matka – *„ona vždycky byla taková mrštná štika, někdy až moc“*). Co se týká řeči, první slovo se objevilo kolem 1 roku, jednoduché věty kolem 2 let. Do 5 let u Kristýny přetrvával rotacismus bohemicus, po návštěvě logopedie došlo ke spontánní nápravě.

V 1 roce Kristýna onemocněla epiglotitidou a byla hospitalizována na neurologické klinice. Během tří týdnů, které zde strávila, došlo dle informací Marie H. ke ztrátě již nabytých schopností a dovedností. Tuto situaci okomentovala následujícími slovy : *„ Šla úplně dolů. Přestala komunikovat, přestala úplně všechno. Udělali tam z ní úplnýho idiota, musela se učit všechno od začátku, i usmívat, všechno.“* Na základě dostupných informací, ve shodě s názorem matky, se můžeme domnívat, že se u Kristýny vyvinul hospitalismus. Po návratu z nemocnice matka Kristýnu navštěvovala, věnovala se jí s cílem dosáhnout nápravy směrem k původnímu stádiu rozvoje. Jak přiznala, šlo o velmi těžkou a náročnou situaci, neboť krátké návštěvy v dětském domově soustavnou a systematickou péči neumožňovaly.

Dle Marie H. pobyt v ústavní péči a nemocničním zařízení nevedl ke změně pouze v oblasti rozvoje kognitivních funkcí a motoriky, ale také v charakterovém nastavení a sociálním vývoji. Jak uvedla, před umístěním do dětského domova byla Kristýna klidné, tiché dítě. Po návratu by ji charakterizovala spíše jako hyperaktivní. Obtížně navazovala vztahy s druhými lidmi.

Puberta dle výpovědi matky probíhala bouřlivě, ale v rámci normy. Docházelo ke klasickému zpochybňování rodičovských norem a hodnot, odmítání jejich názorů, přeceňování názoru vrstevníků.

Abusus

V anamnéze Kristýny nalezneme abúzus alkoholu a drog (marihuany), aktuálně abúzus negativní.

Vita sex

Pohlavní styk v sedmnácti letech během hospitalizace v Psychiatrické léčebně Bohnice (krátký vztah s pacientem), předtím bez sexuálních zkušeností. Nyní bez partnera i bez pohlavního styku.

Zájmy

Mezi největší Kristýninu zálibu patřila tzv. bílá magie[1]. Magií a jejím studiem se zabývala již od dvanácti let, tedy šest let. V rámci jejího studia prošla sebezasvěcujícím rituálem. Magie jí pomáhala zvládat šikanu, zároveň jí ale dodávala pocit jistoty, že existuje posmrtný život. Dále řekla : *„ Mám pocit, že se ve mně rozvinula i taková intuice, často odhadnu lidi hned na začátku, nebo vím, kdo vešel do pokoje, když stojím zády, aniž bych se otočila.“* Od té doby, co se zabývala bílou magií, občas měla, jak uvedla, věštecké sny.

Některé rituály a kouzla, uvedené v knize Keltská magie, Kristýna využívala ke zvládání a řešení běžných životních situací. Kristýna : *„Používala jsem takový talismany na papíře. Vložila jsem do nich nějakou energii a vždycky před odchodem jsem je poprosila, aby například ke mně byli lidi vstřícný a když jsem tomu věřila, tak to fungovalo. Taky jsem použila takové malé kouzlíčko, abychom se v rodině nehádali, nebo třeba abych měla ve škole dobrý výsledky, našla si kluka a tak.“*

Mezi další zájmy zařadila : *„přírodu, zvířátka, knihy, výlety, poezii, hudbu, malování.“* Skládala básničky, ve kterých reflektovala beznaděj, smutek, někdy až cynismus a zlobu. Konstatovala, že se jí prostřednictvím psaní básní vždy trochu ulevilo. Z četby ji zajímaly zejména publikace týkající se bílé magie, dále science fiction a fantasy.

---

[1] Bílá magie je magie, která má za úkol pomáhat a neškodit, tj. zabývá se dobrem. Je opakem černé magie.

14.3 Školní a sociální anamnéza

Kristýna chodila do mateřské školy, jejímuž prostředí se relativně rychle přizpůsobila. Co se týká sociální adaptace, podle matky má Kristýna problémy s autoritami. Dle její výpovědi - s dětmi Kristýna vycházela velmi dobře, určité problémy měla s učitelkami a to jak ve školce mateřské, tak na základní škole. Okomentovala to slovy : „ *Naprosto neuznává autority. Autority prostě pro ní byly důvodem k rebélii. Čím vyšší autorita, tím větší rebel. Dost možná proto jí ty některé učitelky neměly rády. Protože ona, když měla pocit, že má pravdu, si za tou pravdou stála. Už od malinka.* "

Kristýna se na MŠ dle svých slov již nepamatuje, není schopna si vzpomenout, jak se v jejím prostředí cítila.

V 7 letech zahájila Kristýna po ročním odkladu povinnou školní docházku. Krátce před tím, než nastoupila do 1. třídy, se rodina přestěhovala. V první třídě se tak Kristýna dostala do prostředí neznámého kolektivu. Podle jejích slov se však ve škole velice rychle adaptovala.

Problémy s prospěchem neměla, po celou dobu docházky do základní školy měla většinou vyznamenání, pouze v osmé třídě se vyskytly dvě trojky. Osmou třídu také vnímala jako nejnáročnější. Z rozhovoru vyplynulo, že rodičům na prospěchu záleželo, když měla trojky, byli zklamaní. Kristýny matka k tomu řekla : „*Tenkrát jsem na ní tlačila, protože jsem věděla, že na to má. Nechtělo se jí, ale měla na to, tak jsem jí musela postrčit.* "

Ve škole ji bavil přírodopis a chemie, také dějepis, výtvarná výchova. Neměla ráda tělocvik, matematiku, český jazyk („*nechápala jsem gramatická pravidla*") a angličtinu („*kvůli vyučujícímu*").

V průběhu základní školy navštěvovala Kristýna v první třídě taneční kroužek, dále se pět let věnovala keramice. Na druhém stupni začala docházet do Českého svazu ochránců přírody, se kterým podnikla mnoho exkurzí a výprav, dvakrát se účastnila jejich letního táboru.

Jako problematickou vnímala Kristýna 9. třídu, kdy se nacházela ve velkém stresu z nastávajících přijímacích zkoušek na střední školu. Měla v té době problémy s usínáním, trpěla úzkostmi. Přihlášku si podala na gymnázium a zemědělskou školu. Na gymnázium, po kterém toužila, ji nepřijali. Na zemědělskou školu byla, jak zdůraznila, přijata na základě velmi dobrého prospěchu bez přijímacích zkoušek. Na jednu stranu se na školu -

obor ochrana životního prostředí, těšila, neboť je pro ní tato oblast blízká a zajímá se o ni. Na stranu druhou se obávala, že pro ni budou požadavky školy příliš náročné. Pociťovala strach ze selhání.

Vztahy s vrstevníky

Na prvním stupni základní školy se Kristýna dle jejího názoru řadila, pokud jde o popularitu, mezi průměr. Získala zde dvě velmi dobré kamarádky, se kterými si rozuměla. V páté třídě tyto dvě dívky přešly na gymnázium, čímž s nimi Kristýna ztratila kontakt.

Na druhém stupni sice Kristýna s příchodem nových dívek získala opětovně přítelkyně, dle jejího mínění však nešlo o blízké osoby. Kristýna : *„Byly to kamarádky, s kterýma jsem mohla probírat pouze něco, třeba školu, jiný lidi a tak, takový všední věci. Bylo to asi proto, že byly hrozný puberťačky."* Soukromé záležitosti, intimní pocity a dojmy si zapisovala do deníku, který si vedla již osmým rokem. V poslední době měla kamarádku pouze jedinou, v PLB pak získala také několik nových, se kterými ale komunikovala spíše prostřednictvím telefonu. Kristýna sama přiznala, že se cítila osaměle, že jí přátele chyběli.

Na druhý stupeň základní školy vzpomínala Kristýna jen velmi nerada, neboť se spolu se dvěma kamarádkami staly terčem šikany. Zpočátku docházelo k šikaně ze strany jejích spolužaček, posléze i spolužáků. Kristýna se domnívala, že důvodem mohl být jejich odlišný pohled na svět – názory, zájmy (ekologie), styl oblékání. Určitou roli u Kristýny sehrála také její hmotnost (v páté třídě při výšce 170 cm vážila 75 kg). Jak uvedla, přezdívka *„tlustoprdka"*, která pro ni byla velmi bolestivá, značně snížila její sebehodnocení. V této době poprvé zažila pocit osamocení a opuštění.

Šikana zahrnovala nejen verbální urážky, ale také různé ataky. Kristýna : *„ No kromě toho, že mi nadávali, tak mi třeba flusali do penálu a podobně."*

Dívky byly šikanovány na etapy. Kolektiv se vždy soustředil na jednu dívku, další dvě se jí nezastaly. Kristýna přiznala, že se snažily vyhnout centru pozornosti. Uvedla : *„Za sebe jsme se nepostavily, kryly jsme si záda, nechtěly jsme, aby se zaměřily na nás."*

Dívky si na šikanu stěžovaly u třídní učitelky, ta však problém podcenila. Situaci probrala se třídou a došla k názoru, že problém bude pravděpodobně na straně stěžovatelek. Tento závěr intenzitu šikany ještě zesílil. V 9. třídě dokonce Kristýna odmítla ze strachu, co by následovalo, jet na školu v přírodě.

Vždy před odchodem do školy pociťovala Kristýna žaludeční nevolnost, narůstala v ní tenze. Rodiče o šikaně věděli, situace však byla dle Kristýny neřešitelná.

Kristýny matka o její nechuti docházet do školy věděla, i když jak řekla, netušila, že je to tak vážné : „ *Sama se mi jednou svěřila, že chodí do školy s knedlíkem v krku. A sváděla to na mě, že já jsem na ní měla velký nároky. To je dost dobře možný. Takže říkala, že tam chodila nerada, protože se bála, že dostane špatnou známku, a že já se budu doma zlobit. Ale já si myslím, že jednak to tedy možná byl problém, ale na druhou stranu to bylo taky těma spolužákama. Oni cítili, že je Kristýna jiná a tak se s ní moc nebavili. Jí nikdy nezajímaly ty nezávazný řeči (o módě, o botách, o klukách).*"

Matka uvedla, že se po jednom incidentu pokusila situaci řešit, ze strany školy se však setkala pouze s nezájmem. Marie H. : „ *Já jsem se o to pokusila jednou, když si z ní učitelka dělala legraci před třídou. Já jsem jí večer zavolala a upozornila, co se tam děje, a že by Kristýnu neměla před spolužáky zesměšňovat. Ona mě seřvala s tím, že jí to vůbec nezajímá, a že jsem jí zkazila večer. Pak to bylo ještě horší.*"

Co se týká důvodu neoblíbenosti své dcery, shoduje se její názor s názorem Kristýny: „*Ve škole, to znamená v kolektivu sobě rovnejch, tam byla nepopulární, protože se vymykala, jak oblečením, tak povahou. Kristýna miluje styl hippies, nenosí značkový hadry. Nenosí je schválně proto, že je mají všichni ostatní. Tím je zase popuzuje. S tou popularitou to bylo znát už na prvním stupni.*"

Pokud jde o sexuální zkušenosti, sexuální život zahájila v 17 letech, v této době byla hospitalizována v PLB. O příteli řekla, že „*to byl takový divný vztah.*" Uvedla, že šlo o dvacetiletého pacienta s diagnózou schizofrenie, zpětně o něm hovořila s negativními emocemi („*byl slizkej*"). Dle jejích slov v té době potřebovala kontakt s osobou opačného pohlaví, neboť celý čas trávila na pavilonu spolu s dalšími třiceti ženami.

14.4 Psychiatrická anamnéza

Kristýna byla léčená od srpna 2004, to jest od prvního suicidálního pokusu. V té době jí bylo šestnáct let. Opakovaně byla hospitalizovaná na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Ke Karlovu (PK FN Ke Karlovu) a Dětské psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Motol (DPK FN Motol). Od prosince roku 2005, kdy u ní došlo ke druhému suicidálnímu pokusu, strávila téměř rok jako pacientka v Psychiatrické léčebně Bohnice (PLB).

14.4.1 Dětská psychiatrická klinika Motol, Psychiatrická klinika Ke Karlovu

Po prvním tentamen suicidii, konkrétně po intoxikaci medikamenty, byla Kristýna 25. srpna roku 2004 přijata na metabolickou jednotku Všeobecné fakultní nemocnice. Odtud byla 13. září 2004 přeložena na DPK FN Motol, kde pobývala do listopadu téhož roku. Dle jejích slov byla na dětské psychiatrické klinice v Motole hospitalizována na vlastní žádost. K tomuto přání se vyjadřuje následovně : *„Oni mě chtěli poslat domů, abych šla do školy a tak, ale já jsem se prostě zase začala bát a chtěla jsem do Motola. Tak jsem tam chtěla zůstat. Potřebovala jsem si hodně povídat, a tak jsem si myslela, že to bude lepší, že mi pomůžou, že půjdu do školy a tak".*

Psychiatrické vyšetření

V rámci SPP (vyšetření současného stavu pacienta) byla Kristýna charakterizována jako lucidní, plně orientovaná, klidná a dobře spolupracující. Její projev byl koherentní. Na předloktí pravé horní končetiny měla četné jizvy a exkoriace různého stáří. Toho času byla bez známek tenze, anxiety, patické depresivity, autoagresivity i heteroagresivity. Suicidální myšlenky popírala.

Za dobu hospitalizace od září do listopadu 2004 byla podle propouštěcí zprávy z DPK FN Motol patrná kolísavá tenze, pod jejímž vlivem došlo k opakovanému sebepoškozování ve smyslu exkoriací na horní končetině, od 7. listopadu 2004 se připojilo polykání drobných kovových předmětů (špendlíky, skoba, kovový hrot od pera). Z těchto důvodů byla Kristýna ve FN Motol omezována v lůžku. Kristýna sebepoškozování komentuje následujícími slovy : *„ Vždy jsem pociťovala takový vnitřní napětí, a proto jsem si musela něco udělat. Vždycky, když jsem spolkla nějaký předmět, ulevilo se mi."*

Dále u ní byly naznačeny prvky magického myšlení, které však nedosahovaly psychotické hloubky. Floridní psychotické fenomény nebyly zjištěny. Psychotické onemocnění bylo podle provedeného psychologického vyšetření vyloučeno. Byla nasazena medikace (Cipralex[2], Dogmatil[3]).

---

[2] Cipralex patří do skupiny antidepresiv, je používán k léčbě deprese a snížení suicidálního rizika.

[3] Dogmatil patří do skupiny neuroleptik. Přípravek se užívá při nervových a duševních poruchách, které jsou spojeny s úzkostmi, smutkem a někdy také se zmateností, halucinacemi a utkvělými představami.

Psychologické vyšetření

Během období od 23. srpna do 16. září 2004 podstoupila Kristýna psychologické vyšetření. Cílem bylo zjistit příčiny suicidality, možnou přítomnost nějaké patologie (deprese, porucha osobnosti). Kromě rozhovoru a pozorování byly použity následující psychodiagnostické metody : ROR, MMPI, Raven a projektivní test nedokončených vět.

S vyšetřením Kristýna ochotně souhlasila, jeho realizaci sama navrhovala již několikrát. V domluvený čas však většinou nebyla nachystaná. Dle psycholožky často ležela v posteli, nerada se účastnila společných aktivit. Na oddělení si opakovaně vybrala jednu osobu, se kterou pak chtěla trávit co nejvíce času. Během vyšetření byla patrná zprvu velká snaha, při neúspěchu ve výkonovém testu tenze, nervozita. V průběhu vyšetření se spolupráce měnila, Kristýna demonstrovala svojí únavu – odložit setkání ale odmítala. Afektivita byla přiměřená, emoce v některých situacích málo vyjádřené. V situacích, které byly pro pacientku bolestné, se neobjevovaly projevy smutku, naopak při příjemných situacích byl přítomen „ dětsky oddaný úsměv". Inteligence byla odhadnuta v pásmu průměru, používání řeči bylo na relativně vyspělé úrovni, pacientka však většinou hovořila stručně. Rozpovídala se více pouze o svém zaujetí pro bílou magii. Aktivní, krátkodobé zaměření pozornosti bylo bez obtíží, stejně tak krátkodobá paměť. Také psychomotorické tempo se nacházelo v normě, spolupráce byla označena za průměrnou.

Rozhovor : V rámci rozhovoru Kristýna udávala, že chce zemřít. Prostřednictvím sebevraždy *„ chtěla přejít do jiného stavu bytí."* Podle jejích slov to bylo kvůli tomu, že věří v bílou magii, o kterou se zajímá již čtyři roky. Měla v té době ale i řadu problémů. Vyčítala si, proč si vybírala zemědělskou školu ke studiu, k tomu se připojily hádky s matkou.

ROR : V Roschachově testu uváděla podprůměrný počet odpovědí (vždy jedna interpretace k jedné tabuli). Selhání se nevyskytovala. Z hlediska percepčně kognitivního uchopení šlo dle psycholožky o chudší propracování s převahou celkových odpovědí. Objevilo se perceptuálně významné DZw a směsné odpovědi. Dalo by se usuzovat na projevy vnitřní opozice, tenze ve vztahu s prostředím a slabší autoregulační mechanismy. Za symbolicky významnou můžeme považovat odpověď na IX. tabuli – *„ nádoba s ohněm."*

MMPI: V MMPI nalezen validní výsledek, odpovídající hraniční poruše osobnosti. Patognomické hodnoty nedosahovala žádná ze škál, stupnice deprese vyšla relativně zvýšená, kvalitativně se neobjevilo nic nápadného.

Raven: Aktuální výkon byl dle Ravenova testu výrazně podprůměrný (psychometricky IQ 86).

Nedokončené věty : V nedokončených větách se objevovala touha po úniku, pocity opuštěnosti a strach z budoucnosti. Celkově bych dokončení vět vnímala jako stručná, často tendenční.

Nejčastěji myslím na ….*školu a to, co je po smrti.*

Nejvíc bych si přála… *mít kouzelnou moc.*

Nejvíc se bojím…..*budoucnosti.*

Už nikdy nechci opakovat ….. *základní školu.*

Mým největším trápením je …. *nevědomost.*

Mým největším zájmem je …. *magie a příroda.*

Někdy bych nejradši…. *zmizela z tohoto světa.*

Chtěla bych mít na vysvědčení …. *vyznamenání.*

Závěr psychologického vyšetření konstatoval disharmonický vývoj osobnosti s emočně nestabilními rysy hraničního typu, dále nepříznivé faktory v rodinném prostředí. Intelektový výkon byl aktuálně podprůměrný, přitom je z hlediska studií i zájmů aspirativní. Dle mého názoru však musíme vzít v úvahu podmínky, v jakých byla Kristýna testována. Určitou roli mohl sehrát aktuální psychický stav, dysforická tenzní nálada, popřípadě také medikace. Na základě testů inteligence provedených po propuštění z psychiatrické léčebny lze usuzovat spíše na pásmo vyššího průměru.

Bylo konstatováno obtížnější testování mezi fantazií a realitou. Její postoj k závažnosti suicidálního pokusu byl dle psycholožky neadekvátní. Patologické projevy se jevily být spíše výsledkem osobnostních problémů v adolescenci. Psychosomatická problematiku zjištěna nebyla. Jde o disharmonický vývoj osobnosti s rysy emoční instability.

Průběh hospitalizace

V DPK FN Motol Kristýna docházela na muzikoterapii a arteterapii. Jak sama přiznává, nejdříve se v tomto prostředí cítila příjemně. Pociťovala radost a úlevu, že se ještě nemusí konfrontovat s důsledky svého činu. Měla radost, že se odložil její vstup na střední školu. Postupně však na ni začalo doléhat prostředí léčebny, depresivní ladění některých pacientů a pacientek. Prohlubovala se její smutná nálada a pocity beznaděje. Tento stav komentuje následovně : *„Dostala jsem tam endogenní deprese a ten stav se mi rapidně zhoršil. Měla jsem trudomyslný nálady, nic mě nebavilo, nechtělo se mi vstávat,*

poslouchala jsem jenom pochmurný písničky a tak. Nemohla jsem vůbec brečet. Ale nevím, jestli to bylo tou nemocí nebo tím prostředím tam. Chovala jsem se úplně normálně, ale ve skrytu duše jsem si myslela svý, jako že se zabiju a tak. Myslela jsem na tu sebevraždu, i když jsem věděla, že to rodičům hodně ublíží, prostě už jsem nemohla dál, cítila jsem se strašně mizerně."

Během pobytu v DPK FN Motol se u Kristýny začalo vyskytovat sebepoškozování, zejména ve smyslu pořezávání horních končetin, posléze polykání nejrůznějších předmětů. Jelikož ho praktikovala po vzoru jedné pacientky, dalo by se soudit, že mělo podobu psychické nákazy. Kristýna k tomu uvedla : „*To mě tam navedla jedna pacientka, kamarádka. Myslela jsem si, že si ublížím a uleví se mi. Třeba, že se říznu a tak. Nejprve sem o tom slyšela a když jsem to vyzkoušela, zjistila jsem , že se mi opravdu uleví*".

Některé ze svých úzkostných pocitů a smutných nálad konfrontovala se svojí matkou paní H. Dle jejího názoru si také ona sama, nezávisle na rozhovorech s Kristýnou, uvědomila její zhoršující se psychický stav : „ *V nemocnici, čtrnáct dní po prvním pokusu na interně byla úplně v pohodě. A oni, jak jí strčili na tu psychiatrii (a já myslím, že je to jedno, jestli byla v Motole nebo v Bohnicích), tak tam začala jít dolů. Já pro to mám jediný vysvětlení, když kolem sebe viděla ty ostatní děti, který měly opravdu deprese, tak na tom začala být opravdu špatně. Když vás někdo strčí, ať jste optimista, jakej chcete, mezi děti se samejma depresema, tak holt je máte taky.*"

Jelikož se matka domnívala, že depresivní ladění její dcery má podklad v převažujícím klimatu na dětské psychiatrii, nesouhlasila s hospitalizací dcery na uzavřeném oddělení dospělé psychiatrie PK FN Ke Karlovu, kam byla Kristýna po opakovaném sebepoškozování přemístěna. Naléhala na dimisi na domácí a následně na ambulantní psychiatrickou péči. Také Kristýna pobyt v tomto zařízení odmítla. Jelikož nebyly přítomny známky auto a heteroagresivity ani poruchy myšlení a vnímání, byla Kristýna propuštěna domů. Podle dostupných údajů byly spolu s matkou poučeny o zdravotním stavu, možném vývoji, rizicích a možnostech eventuálního opakování sebepoškozování. Rovněž byly informovány o nutnosti lékařské kontroly v případě jakéhokoliv zhoršení somatického stavu pacientky.

14.4.2 Psychiatrická léčebna Bohnice

V Psychiatrické léčebně Bohnice byla Kristýna hospitalizována 10. prosince 2004, tj. po druhém suicidálním pokusu, do 25. listopadu 2005. V této době byla ještě nezletilá (tehdy sedmnáctiletá) a souhlas opatrovníka, respektive zákonného zástupce s hospitalizací

nebyl k dispozici. Dle názoru psychologa a psychiatra, kteří posuzovali Kristýnin aktuální psychický vztah, však hrozilo nebezpečí opakování suicidia, proto byl nutný nedobrovolný vstup. Opakovaně byla Kristýna překládána mezi klasickým uzavřeným (dále již jen 21. pavilon) a neklidovým oddělením (dále již jen 27. pavilon) pro sebepoškozování. Hospitalizace byla dvakrát přerušena krátkodobou hospitalizací na chirurgii pro již zmíněné sebepoškozování (například suspektní spolknutí žiletky). Poslední hospitalizace je datována od 17. září 2005 do 25. listopadu roku 2005.

Psychiatrické vyšetření

Vyšetření současného stavu pacientky se v hlavních liniích shodovalo se závěry z DPK FN Motol. Kristýna byla opět diagnostikována jako lucidní a plně orientovaná. Myšlení se jevilo koherentní a katatymní, dynamogenie a psychomotorické tempo bez denivelace, odpověď v kategorii bez latencí. Nebyly nalezeny známky psychózy. Subjektivně byla patrná mírná tenze a smutek, objektivně však deprese patrná nebyla. Intelekt a mnestické funkce byly dle psychiatrického vyšetření bez známek deteriorace, koncentrace se nacházela v pásmu normy. Na levé horní končetině byly nalezeny jizvy staršího data po pořezání.

V rámci medikace byl nasazen Olanzapin[4], z důvodu jeho dlouhodobé neúčinnosti (nauzea, zvýšení hmotnosti) byla Kristýna převedena na Ziprasidon[5]. Ustoupilo časté sebepoškozování, došlo k projasnění forie až do klackovitosti, odbrzděnosti, familiérnosti. U Kristýny se dle psychiatra objevovaly časté úvahy o smyslu života, strach z budoucnosti a z běžných životních událostí.

Psychologické vyšetření

V rámci psychologického vyšetření byl použit rozhovor, ROR, test kresby postavy, osobnostní dotazník PSSI, WAIS-R a test tří přání.

---

[4] Olanzapin patří do skupiny atypických neuroleptik užívaných k léčbě schizofrenie. U starších školáků a adolescentů ho lze použít ke zmírnění suicidálního rizika (Malá 2000, s. 166).

[5] Ziprasidon patří do skupiny antipsychotik. Je určen pro akutní a udržovací léčbu schizofrenní poruchy a ve formě intramuskulárních injekcí pro akutní psychotickou agitovanost (Švestka; Doležal 2005, s. 571).

Během psychologického vyšetření se opakovala situace z DPK FN Motol. Ač Kristýna o vyšetření dokonce sama několikrát žádala, nebyla na něj připravená a věnovala se jiným aktivitám.

Rozhovor : V PLB je dle vlastních slov *„kvůli sebevraždě"*. Dodává, že to všechno bylo : *„ ...kvůli mým ideálům - pomáhat lidem, být užitečná, to všechno půjde lépe až opustím své tělo, pak budu moct být nápomocná, navíc jsem ještě cítila strašný pocit samoty."*

ROR : K vyšetření přišla Kristýna ospalá, zívající, ale nechtěla ho odložit. Také v průběhu administrace testu neustále zívala. Podle psycholožky, která vyšetření prováděla, to působilo spíše provokativně. Nezdálo se, že by se jednalo o nemotivované chování. Většinou podávala více odpovědí, s latencemi, s tabulemi od počátku otáčela.

Protokol obsahoval počet odpovědí při spodní hranici průměru. Odpovědi byly podávány s výraznými latencemi, reakční čas byl mírně prodloužený. V kognitivně percepčním uchopení se vyrovnaně objevovaly výklady celků i detailů, převážně obojí v obvyklé kvalitě. Častěji než obyčejně se také objevovaly výklady meziploch, což svědčí o jisté sociální nezávislosti pacientky, která je pravděpodobně méně ovlivnitelná autoritami, řídí se více vlastními hodnotami a potřebami, mohou se objevovat opoziční tendence. V protokolu se nacházely i směsné výklady, které mohou naznačovat originalitu a plasticitu myšlení, zároveň mohou snižovat smysl pro realitu. Index reality, stejně jako procento žádoucích konformních odpovědí byly však v normě. Při zpracování tabulí podněcujících úzkost nebo u tabulí vzbuzujících vnitřní napětí používala pacientka obranného mechanismu regrese vedoucímu až k infantilismu, myšlení se stávalo iracionálním (pars pro tyto fenomény, magické obsahy). Emočně náročné situace se snažila držet pod rozumovou kontrolou, přesto byly naznačeny i rysy impulsivity a afektivní lability. Obsahová variabilita podaných odpovědí svědčila o šíři zájmů, které pacientka má, nezapřela se rovněž inklinace k bílé magii. Špatně zpracovaná mateřská tabule naznačovala problematický vztah se ženami. Protokol nenesl známky psychotické poruchy.

FDT : Dle psycholožky, která vyšetření V PLB prováděla, se po zadání instrukce Kristýna jen zeptala, zda má malovat oblečenou postavu. Začala ženskou postavou. Kresba byla přiměřeně velká, umístěna zhruba uprostřed papíru, linka byla pevná, nepřerušovaná, postava měla náležité detaily, byla nahá. Postavu muže kreslila rychleji a jednodušeji. Muž měl oblečení (sako s mnoha knoflíky, košili, kravatu, kalhoty). Byl umístěn na spodním okraji papíru tak, že se mu nevešly domalovat nohy. Obě postavy měly obličej nakreslen

jako poslední a obě se usmívaly. Jednalo se o jednoduchou, strnulou, ale v podstatě už realistickou kresbu. Mužská postava měla představovat otce : *„ To je můj vlastní táta, hodnej, starostlivej, bohatej...a má mě rád. A tohle, to je moje bývalá spolužačka, je to strašná kráva, která mě šikanovala, a víc k ní nemám co dodat.“* Dle výkladu bylo projektivně patrné vypořádávání se s ambvivalencemi, také nevyzrálost, nedostatek sebedůvěry, nejistota a pocit nedostačivosti. V oblasti sociálních vztahů opět nedostatek sebedůvěry, ale i určitá uvolněnost, tendence nedodržovat konvence, zahleděnost do sebe, možná přání působit sexuálně dráždivě, tendence k lehké provokaci.

Osobnostní dotazník PSSI : V dotazníku byla řada škál signifikantně zvýšených (nad 70 t-skórů), mnohdy se jednalo o škály protichůdné (škála popisující vlastní nejistotu versus sebestřednost až narcismus). Výrazně zvýšená byla škála kriticismu až negativismu, rovněž škála příchylnosti až závislosti (versus škála chladnosti, škála disociality), také škála popisující schizotypní rysy a rysy borderline. Osobnostní struktura se jevila jako značně instabilní, vzorce chování výrazně kolísaly.

WAIS-R : Pacientka byla vnímána jako motivovaná, snažila se podat dobrý výkon. Verbálně však dopředu odhadovala svoje schopnosti jako nízké. Během vyšetření narůstala tenze, pozorovatelný byl lehký třes rukou.

Intelektový výkon se pohyboval na hranici průměru a lehkého podprůměru (IQc=89), při nevyrovnaných výkonech ve verbální (IQv=95) a neverbální (IQp=84) části testu (P.S. =8,7,10,8,9,11 a 12,7,7,8,5). Nedostatek školního vzdělání se odrazil na výkonu v subtestu Informace. Kristýna disponovala malou kapacitou krátkodobé a pracovní paměti, byla snadno rozptýlitelná (Opakování čísel). Projevil se také nedostatek cviku v aritmetických dovednostech (Počty). Nedařily se rovněž ani myšlenkové operace v prostoru, vázla vizuálně motorická koordinace (Kostky), schopnost vhledu (Skládání objektů), rovněž porozumění a předvídání v sociálních situacích (Řazení obrázků). Nejhoršího výsledku dosáhla v subtestu Číselných symbolů, pravděpodobně vlivem úzkosti a tenze. Naopak dobrý byl všeobecný přehled, který odrážel i šíři jejích zájmů (Slovník). To potvrdil i velmi dobrý výkon v subtestu Doplňování obrázků. Schopnost pojmového usuzování byla rovněž dobrá (Podobnosti).

Test tří přání : Tři přání – *„Chtěla bych být zdravá.“; „Chtěla bych být doma.“; „Přála bych si ničeho se nebát.“*

Kdy byla v životě nejšťastnější : *„ Nejšťastnější jsem byla, když jsem se rozhodla, že se zabiju. Cítila jsem takovou úlevu. Teď jsem se ale rozhodla, že už si nebudu ubližovat, že si naplánuju život, pokusím se zachránit školu*

Závěr psychologického vyšetření se plně shodoval s vyšetřením V DPK FN Motol. Za základní diagnózu byla určena emočně nestabilní porucha osobnosti, která osciluje v projektivních technikách ROR, Figure drawing test (FDT) i v osobnostním dotazníku. Dále byl zjištěn intelektový výkon na hranici průměru (IQc = 89). Dle psycholožky se rodinné zázemí jevilo jako značně problematické, matka se pohybovala mezi zřeknutím se své dcery (uvažovala o tom, že ji po propuštění z PLB nevezme domů) a jejím přijetím zpět.

Průběh hospitalizace

Kristýna byla v PLB Bohnice hospitalizována 10. prosince roku 2004. Byla umístěna na uzavřený klidový pavilon. Na oddělení byla vnímána jako manipulativní, místy až servilní, bez schopnosti dodržovat adekvátní hranice, někdy až provokativní. Kristýna se k pobytu na tomto pavilonu vyjádřila : *„Bylo to divný mezi těma starejma ženskejma, ale našla jsem si tam nějaký svý lidi. Měla jsem tam dost volnej režim. Necítila jsem se tam ale dobře, tak jsem se zase sebepoškozovala. Podřízla jsem si tam žiletkou zápěstí, přeřízla jsem si nerv na palci.“* Právě z důvodu opakovaného sebepoškozování byla pak 23. prosince 2004 přeložena na neklidový pavilon, kde strávila přibližně šest měsíců.

Při přijetí na pavilon 27 se jevila jako klackovitá, negativistická, s provokativními projevy, ale spolupracovala. Při exploraci klidně komunikovala, místy se objevil úsměv. Sdělovala, že je smutná, ale ve spontánním projevu smutek patrný nebyl.

Jak Kristýna uvedla, řezala se, protože chtěla být přemístěna na původní pavilon. Po přemístění však sebepoškozování pokračovalo, proto byla opět přemístěna na pavilon 27. Konkrétně se Kristýna řezala do horních končetin, škrtila se, pálila cigaretou. Objevila se i brachiální agrese. Dle záznamů verbalizovala svoje záměry (například chuť na požití žiletky - *„Co by se stalo, kdybych snědla žiletku?“*). Personál vnímal toto chování jako provokativní, demonstrativní. Dále Kristýna odmítala jídlo, držela protestní hladovku (proti pobytu v psychiatrické léčebně). Podle personálu šlo o snahu upoutat na sebe pozornost (příkladem může být incident, kdy se Kristýna škrtila obinadlem a celé situaci se smála).

V únoru se k řezným ranám připojilo polykání drobných kovových předmětů - pantů, špendlíků, kancelářské sponky (na tento akt upozornila). K jednomu incidentu Kristýna uvedla : *„Pořezala jsem se, protože jsem se domluvila s pacientkou na pavilonu 2, že když neustoupí melancholie, tak že umřeme.“* Melancholii popisovala jako úzkost, napětí, smutek a děsivou samotu.

Jak v rozhovoru uvedl lékař, občas se u Kristýny objevovaly i suicidální proklamace. Dle záznamů se Kristýnin psychických stav v dalších měsících zlepšil. S tím však nekoresponduje, že na začátku května byla přistižena při strangulaci šňůrou od lampičky a 10. května byla při večerní kontrole nalezena v koupelně, jak se řeže žiletkou na levém zápěstí. Žiletku si koupila den předtím na volné vycházce. Kristýna k tomu uvedla : *„Pořezala jsem se, protože jsem chtěla umřít. Chtěla jsem se vším skončit, přišlo to náhle jakoby z ničeho nic, před tím jsem se necítila nijak výrazně zle.“* V rozhovoru také uvedla, že pociťovala strach z budoucnosti, nevěděla, jak by dokázala všechno zvládnout.

Další automutilační akt uskutečnila Kristýna 12. května, kdy v noci rozbila zářivku a pořezala se na stejném místě na zápěstí. Použila i nůž. Cílem bylo zabránit přeložení na jiný pavilon, inspirací pro ni byl případ jiné pacientky. Při pohovoru se klackovitě usmívala. Opětovně uváděla strach z budoucnosti, obávala se, že bude muset pracovat a přitom dálkově studovat. Kristýna tuto událost okomentovala následujícími slovy . *„ V tu dobu jsem si stále myslela, že by bylo lepší nežít. Sebevraždu jsem ale neplánovala. Když jsem přemýšlela, jaký by byl nejlepší způsob, říkala jsem si, že bych asi skočila z mostu. Ale v léčebně jsem tenkrát zabít nechtěla. Spíš, až by mě pustily.“* Po zašití řezné rány si vytrhala stehy. Dle jejích slov si je vytrhala jen tak, nelíbily se jí, nevěděla, že by si mohla poškodit nerv.

Od 14.června byla Kristýna znovu hospitalizována na klidovém uzavřeném oddělení následné péče. Koncem července se Kristýna pokusila o suicidium. Byla přivezena policií, která ji zadržela na Žižkově, když chtěla skočit z mostu. Kristýna šla na aktivitu, kam ale nedošla, protože se rozhodla, že chce zemřít. Podle jejích slov, když stála na mostě, dostala strach, že se jí to nepodaří.

Během hospitalizace byl Kristýnin stav kolísavý, výrazně závislý na vztahu s rodinou, hlavně s matkou, na které je Kristýna závislá. Během pobytu v léčebně se rodinné zázemí jevilo naprosto dysfunkční. Dle psycholožky z PLB ji střídavě odmítali a zase připoutávali. Opakovaně jí a dokonce i OPD sdělili, že ji po dimisi již domů nechtějí, pak své rozhodnutí zase změnily. Po telefonátech či návštěvě rodinných příslušníků následovaly opakované krátkodobé dekompenzace, nárůst tenze, suicidální ideace. Byla nutná medikamentózní intervence. V tomto smyslu se objevovaly i tendence k sebepoškozování.

Na konci srpna přišla z OPD zpráva, že rodiče po propuštění dceru nechtějí. Dle ošetřující lékařky nebyla paní H. schopná sdělit důvod. Tvrdila, že s OPD to vyřizoval manžel, ona že by jí domů chtěla. Zároveň ale vyjádřila obavu, jak by to fungovalo. Dle

lékařky se spíše strachovala o sebe, neboť jak prohlásila, kvůli Kristýně je totiž v invalidním důchodu. V rozhovoru paní H. uvedla : *„ Tenkrát to bylo kvůli tomu, že na nás OPD měla spadeno, tak to tak zařídila. Já jsem jí domů rozhodně chtěla.“* Ošetřující lékařce slíbila, že se Kristýna po dimisi domů vrátí. Konstatovala, že si za tím bude stát i příští týden, měsíc i za půl roku, pokud ovšem neumře, je vážně nemocná.

Naposledy byla Kristýna hospitalizována na chirurgii 13.-17. září, kdy v noci oznámila, že snědla žiletku. Tento čin představoval s největší pravděpodobností reakci na předchozí rozhovor s nevlastním otcem, kdy jí bylo sděleno, aby již netelefonovala matce, které není dobře a po telefonátu s Kristýnou se jí ještě přitíží. Tento svůj exces zhodnotila na jednu stranu jako hloupost, na druhou stranu však při pohovoru sama přiznala, že dosáhla svého – rodiče si jí opět začali všímat. Předtím s ní nechtěli hlavně matka vůbec komunikovat. Matka ji začala opět navštěvovat, brát ji na propustky.

Problematickým se však dle mého mínění nejeví pouze vztah rodičů ke Kristýně, ale také rodičů k psychiatrické léčebně. Opakovaně totiž podávali na PL stížnosti a žaloby.

Někdy na začátku října se Kristýna vědomě zavázala, že už se o sebevraždu nepokusí. V rozhovoru řekla : *„ Pak jsem se rozhodla, abych pořád neotravovala, že už to zkoušet nebudu. Hlavně to bylo kvůli mámě, aby za mnou nemusela pořád jezdit, abych jí nezhoršovala tu nemoc, co má a tak. Bylo to spíš kvůli ostatním. Teď zpětně, no myslím, že to bylo dobrý rozhodnutí.“*

Také podle mínění lékařů se Kristýna během posledního úseku hospitalizace jevila celkem klidná, bez sebepoškozujících tendencí, bez suicidálních myšlenek. Avizovala plány do budoucna, rodina verbalizovala snahu o pomoc a podporu pro Kristýnu. Opakovaně zvládala propustky domů. Propuštěna byla ve stabilizovaném stavu.

14.5 Suicidální chování

V rámci suicidálního chování se zaměřím na suicidální myšlenky a tendence. Dále pak na suicidální pokusy včetně reakce rodičů.

14.5.1 Suicidální myšlenky a tendence

Přibližně tři měsíce před prvním suicidálním pokusem se Kristýna začala cítit osaměle, měla pocit, že jí nikdo nerozumí. Domnívala se, že nemá ve svém okolí nikoho, s kým by si o svých emocích, ale i o svých názorech promluvila. Převažujícím pocitem byl dle jejích vlastních slov hluboký smutek.

Zhruba v této době začala uvažovat o posmrtném životě. Jak podotkla : „ *Někdy na konci devátý třídy jsem si vysnila takovej svět. Vlastně mě na to přivedly knížky o magii, kde ta myšlenka o jiný existenci v kontextu je. Myslela jsem si, že až umřu, přejdu do jiného stavu bytí. Budu to v podstatě pořád já, se svými vzpomínkami a názory, jen nebudu mít hmotný tělo, ale stanu se takovou astrální bytostí. I teď věřím, že po smrti se lidi nezměněj, jenom změněj formu. Člověk zůstane takovej, jakej byl. Bude akorát existovat někde jinde, někde, kde je to lepší než tady.* "

Jak Kristýna uvedla, šlo v podstatě o ideální svět, kde jsou lidé posuzováni na základě svých činů. Jejich vzhled či způsob mluvy nejsou na tomto místě pokládány za měřítko jejich hodnocení. Předpokládala, že : „ *...v tomhle světě budu mít neomezený možnosti. Myslela jsem si, že tam potkám hodně lidí, třeba i tvorů z jiných dimenzí. Budu jim pomáhat a starat se o ně. Taky jsem si myslela, že si tam najdu kluka a nebudu už tak sama.* "

Krátce před koncem školy se Kristýna začala zabývat myšlenkami, které se týkaly odchodu ze života. K této ideji ji inspirovala spolužačka ze základní školy. K tématu suicidálních myšlenek se Kristýna vyjádřila následovně : „ *To, že bych se zabila, mě napadlo, krátce před tím létem. Přišla jsem na to díky Monice. Ona se ve škole vytahovala, že si podřízla zápěstí kvůli rodinným problémům a tak, ale nebyla to pravda. Kdyby to udělala, tak by se s tím nevytahovala. No ale já jsem uvažovala o tom, co kdybych to udělala doopravdy.* "

Jak Kristýna uvedla, o svém suicidálním úmyslu matku informovala, Marie H. však suicidálním proklamacím své dcery nepřikládala důležitost.

V této době Kristýna zvažovala důvody pro a proti. Jak sama konstatovala, většinou převážily argumenty hovořící pro smrt. Domnívala se, že by se cítila celkově lépe, nebyla by tak osamělá a smutná. Chtěla být svobodná, nezávislá na lidech, kteří do značné míry ovlivňovali chod jejího života (například na rodičích, ale i na státu, na vládě). Dle vlastních slov se odchodem do jiného světa, tj. suicidiem, chtěla také vyhnout věčným hádkám s rodiči, zvláště s matkou, po kterých nemohla usnout a v noci se probouzela a dále také nástupu na novou, střední školu. Ohledně vstupu na střední školu pociťovala silné obavy : „ *Co se týká školy, tak jsem se bála, že se mi budou posmívat. Kvůli vzhledu a tak. Budou tam samí puberťáci, bála jsem se, že to bude stejný jako na základce.Měla jsem strach, že mě kolektiv nepřijme. Ta nejistota byla strašná.* "

Přemýšlela i o reakci svých rodičů. Na jednu stranu si uvědomovala, že by jim tím ublížila, že by byli velmi smutní. Na stranu druhou však předpokládala, že by se jim ulevilo. Myslela si, že by jim bez ní bylo lépe, že je jim lhostejná až protivná.

Jak sama přiznala, v průběhu času se začala suicidálními myšlenkami zaobírat stále častěji, zároveň nabývaly na intenzitě. V té době měla také sny, které její smrt zobrazovaly. Postupně suicidální myšlenky přešly v konkrétní představu o možnosti sebevraždy, o způsobu a místě, na jakém by se měla odehrát. Když udělala definitivní rozhodnutí, po kterém se cítila *„báječně a hrozně se jí ulevilo"*, uvažovala o způsobu, jakým by sebevraždu uskutečnila. Volila mezi předávkováním medikamenty a podřezáním zápěstí. Dle Kristýny : *„Rozhodla jsem se pro prášky, protože jsem nechtěla udělat bordel. Kdybych se řízla, bylo by tam hodně krve a tak. Taky máma by na to hned přišla. A prášky mi taky přišli nejmíň bolestivý."*

Následovaly suicidální tendence, kdy Kristýna začala suicidium konkrétně plánovat a připravovat. Měsíc před provedením suicidálního pokusu měla již jasnou představu, kdy a jakým způsobem, konkrétně jakými medikamenty tento akt provede. Léky si koupila asi dva týdny před plánovaným provedením suicidia.

14.5.2 Suicidální pokusy

První Suicidální pokus

O suicidium se Kristýna pokusila 25. srpna roku 2004. Dopis na rozloučenou nenapsala, ale do svého deníku zaznamenala vzkazy pro svojí rodinu a přátele. Kristýna k tomu sdělila následující podrobnosti : *„Rodičům, jsem vzkázala, aby se na mě nezlobili a mámě jsem vzkázala, že si myslela, že ji nechápu, ale že jsem ji chápala. Kamarádkám jsem napsala, ať se maj fajn, ať si najdou kluky a tak. Máše jsem napsala, že se moc neukazovala, a že ji za to moc děkuji. Míše jsem napsala, že je nejlepší sestra na světě. Rodičům jsem tam ještě napsala, že kdybych to náhodou přežila, takže nechci do blázince. Babičce jsem napsala, že je svině."*

Večer, než šla spát, si vzala přibližně 60 Ibalginů[6] a 14 Neurolů[7]. Ibalginy si pořídila v lékárně, Neuroly patřily její matce.

---

[6] Ibalgin : Indikační skupina - Antiflogistikum, analgetikum, antipyretikum (k tlumení zánětu, bolesti a horečky). Léčivá látka ibuprofen zabraňuje tvorbě tkáňových působků, tzv. prostaglandinů, které jsou zodpovědné za vznik bolesti a zánětu a uvolňují se v místě poškození tkáně. Ibuprofen zmírňuje bolest a zánět

Když ji matka druhý den v dopoledních hodinách nemohla probudit, zajistila převoz a hospitalizaci na metabolickou jednotku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (dále jen VFN), následně byla hospitalizována na Dětské klinice VFN a 13. září byla přeložena na DPK FN Motol. Po probuzení subjektivně udávala : „ *Chtěla jsem umřít, protože jsem chtěla přejít do jiného stavu bytí.* "

Když se Kristýna probrala z bezvědomí, byla, jak konstatovala : „ ... *strašně šťastná, i když jsem sama vlastně nevěděla proč. Měla jsem radost ze života.* " Hospitalizaci na DPK FN Motol si sama vyžádala, neboť cítila potřebu mluvit o svém problému a také chtěla oddálit návrat do reálného života. Zpočátku zde byla spokojená, postupem času se ale u ní objevilo a prohlubovalo depresivní ladění. Vyskytly se případy sebepoškozování, které jí sloužilo jako prostředek redukce úzkosti a napětí. Opětovně se vynořovaly suicidální myšlenky. Pociťovala strach z budoucnosti a ze selhání.

Druhý suicidální pokus

V listopadu roku 2004 byla Kristýna propuštěna na revers podepsaný její matkou z FN Motol. Jelikož dle ošetřujícího lékaře nebyly přítomny známky autoagresivity ani suicidální riziko, byla dimise povolena.

Jak mi Kristýna sdělila, byla v této době ve velmi sklíčené a pochmurné náladě. Po příchodu z psychiatrie strávila doma jeden týden, během kterého její melancholie vzrůstala. Konstatovala, že suicidální úmysl u ní během pobytu na dětské psychiatrii přetrvával, byla rozhodnuta suicidální aktivitu po návratu domů zopakovat. Opětovně došlo k vytváření suicidálního plánu. Kristýna se k této situaci vyjádřila následovně : „ *Od propuštění jsem měla pořád myšlenky na sebevraždu, který byly hodně intenzivní.. Myslela jsem na smrt, protože jsem se bála, že bych nezvládla život. Když už jsem byla doma, tak jsem vlastně čekala na vhodnou příležitost, kdy to budu moci provést.* "

Jak sama přiznala, rodiče ji velmi hlídali. Dohlíželi na trávení jejího volného času, prostřednictvím telefonu s nimi byla v neustálém kontaktu. Dále se snažili zamezit případnému získání prostředků, které by jí mohly posloužit jako sebevražedný nástroj. Kontrolovali Kristýně peníze, schovali medikamenty, nože a jiné ostré předměty. Kristýna

---

různého původu, zvláště u onemocnění pohybového ústrojí. Ibuprofen rovněž tlumí horečku, která provází např. nemoci z nachlazení.

[7] Neurol : Léčivou látkou přípravku Neurol je alprazolam, patřící do skupiny látek nazývaných benzodiazepiny. Alprazolam působí proti zvýšenému duševnímu napětí, proti strachu, úzkosti, proti depresím a celkově zklidňuje.

však takovouto situaci očekávala a tak si s předstihem jeden nůž, který rodiče nepostrádali, ukryla. Také si za tajně ušetřené peníze nakoupila analgetika.

Koncem týdne odešla na Olšanské hřbitovy, kde si pořezala obě zápěstí. Předtím ještě požila značné množství léků (přibližně 80 Ibalginů). Tento kombinovaný suicidální způsob zvolila, aby zmaximalizovala pravděpodobnost letality. Chvíli poté, co oba tyto úmysly zrealizovala, ji zavolala matka ve zlé předtuše. Kristýna k tomu poznamenala : „ *Najednou jako bych si uvědomila, že umřít nechci. Řekla jsem jí, kde jsem, a aby zavolala záchranku.* "

Po převezení do VFN a nezbytném ošetření však Kristýna cítila lítost nad tím, že se její záměr nezdařil. V tu dobu si přála, aby už to všechno skončilo, buď aby byla mrtvá nebo zdravá. Cítila výčitky vůči rodičům, kterým neustále přidělávala starosti. Velmi ji trápily suicidální myšlenky a touhy - obtížně odklonitelné, které její mysl zaměstnávaly přes polovinu hospitalizace v PLB. Měla snahu řešit tento subjektivně silně pociťovaný problém s personálem. Dle jejího názoru ji však lékaři nedokázali pomoci.

Další suicidální pokusy

Během pobytu v léčebně se kromě sebepoškozování objevily také další suicidální pokusy (resp. byly tak prezentovány) a to konkrétně v květnu roku 2005, kdy šlo o škrcení a 24. července roku 2005, kdy byla zadržena na mostě s jasným suicidálním úmyslem. Uvedla, že tyto činy byly spontánním rozhodnutím, plánovány nebyly. Motivem byla snaha uniknout tíživým pocitům a obavám z budoucnosti.

Reakce rodiny

Po prvním suicidálním pokusu navštívil v nemocnici Kristýnu pouze její otec. Kristýně bylo sděleno, že se matka psychicky zhroutila a byla hospitalizována. Marie H. uvedla, že se na dceru velice zlobila, nedokázala pochopit, jak jim to mohla udělat. Bála se budoucnosti, tato situace jí převrátila život. V rozhovoru s ošetřujícím lékařem Kristýny připustila, že sama cítí, že by potřebovala psychiatrickou léčbu. Byla objednaná. Marie H. : „ *První pokus, to byl pád z výšin, jako když spadnete do propasti, vůbec jsem to nečekala. Psychicky i fyzicky jsem zestárla o sto let.* "

S Kristýnou o suicidálním pokusu ani jeden z rodičů nehovořil.

Druhý suicidální pokus Marie H. dle svých slov předpokládala. Po druhém suicidálním pokusu se Kristýny zřekla její starší sestra Michaela s partnerem. Kristýna : „ *Když jsem to vlastně udělala poprvé, tak za mnou jezdili do nemocnice, podporovali mě a*

tak. Když jsem to udělala podruhé, tak už se neozvali vůbec, nepřijeli, nedali o sobě vědět. Akorát, když mi řekli, že si za všechno můžu sama a ať se mám, jak si zasloužím." Tato napjatá situace ji velice trápila, přála by si, aby se jejich vzájemný vztah upravil. Matka k tomu podotkla : „ *Má to Kristýnce za zlý, nemůže to nějak pochopit.*"

14.6 Současný stav

Měsíc po propuštění z PLB se Kristýna ocitla v krizi. Uvedla, že měla ataky úzkosti, trpěla depresivními náladami, pociťovala strach z budoucnosti. Tyto stavy označila za dozvuk tísnivých nálad, kterými trpěla v léčebně. Jak uvedla, krátce před Silvestrem začala její matka opět pít, což ji přimělo začít se starat nejen sama o sebe, ale i o domácnost. Domnívá se, že tato zaneprázdněnost přispěla ke zlepšení jejího psychického stavu. V současnosti užívá antidepresiva a cítí se relativně dobře.

V této době je Kristýna nesuicidální, bez suicidálních tendencí i myšlenek. Tvrdí, že pokud by nastal nějaký problém, snažila by se ho sama aktivně vyřešit. Pokud by byl nad její síly, svěřila by se s ním matce a společně s její pomocí by se mu postavila. O sebevraždě by uvažovala jen v případě, že by ji opustili všichni její přátelé.

Sebepoškozování neguje. Ke suicidálním pokusům nemá vyhraněný postoj. Na jedné straně uznává, že byly projevem slabosti, na straně druhé však se sebejistým úsměvem dodává, že je to čin vyžadující nesmírnou odvahu.

V souvislosti s blížícím se nástupem na novou střední školu připustila Kristýna silné obavy týkající se zejména začlenění do kolektivu. Jak ale konstatovala snaží se myslet pozitivně.

Konflikty s rodiči i nadále přetrvávají, velmi ostré jsou zejména hádky s matkou. Po vánocích situace vyvrcholila incidentem, kdy rodiče Kristýnu vyhnali z bytu. Ačkoliv došlo ke smíření, alkoholismus Marie H. podněcuje nové a nové konflikty.

V současnosti dochází Kristýna ke klinickému psychologovi, který ji doporučil pracovní terapii. Dále navrhl rodinnou terapii, kterou však Marie H. odmítla s tím, že v této oblasti se problémy nevyskytují.

14.7 Prognóza a terapeutické návrhy.

Co se týká prognózy, před Kristýnou v současné době stojí určité vývojové kroky, se kterými se musí vypořádat. Domnívám se, že jeden z významných mezníků představuje odpoutání se od rodičovské postavy, konkrétně od matky. Ve vztahu Kristýny k její matce

je patrná závislost, která je navíc komplikována alkoholismem matky. S tím jde ruku v ruce nutnost začlenění se do kolektivu vrstevníků a získání přátelských vazeb.

Dalším nezbytným vývojovým úkolem je dosažení středního vzdělání, neboť Kristýna má v současné době, tj. ve svých osmnácti letech, ukončené pouze vzdělání základní.

Ke zvládnutí těchto kroků pokládám za nezbytnou rodinnou terapii, která by usnadnila odpoutání dcery od matky a zajistila by emoční podporu. Podobnou funkci by v případě Kristýny mohl suplovat vztah s emocionálně vyrovnaným a zralým partnerem. Ke zmírnění vztahové závislosti nyní přispívá také pracovní terapie, kdy si Kristýna v rámci brigády vydělává vlastní peníze a netráví ve společné domácnosti s matkou většinu dne. Bylo by vhodné, aby si Kristýna udržela alespoň příležitostnou brigádu i po zahájení docházky na střední školy.

Pokud jde o začlenění do kolektivu vrstevníků, domnívám se, že tento krok by Kristýna mohla zvládnout pomocí nácviku sociálních dovedností a tréninků zaměřených na hledání situací v obtížně řešitelných situacích. Aby byle reálná naděje, že Kristýna dokončí střední vzdělání, je nutná podpora ze strany rodičů a vyvarování se nátlaku na dosažení výborných studijních výsledků.

Pokud by byly tyto podmínky splněny, předpokládám, že by mohlo dojít k úpravě negativního emocionální ladění, popřípadě také k vytvoření vhodných podmínek k osobnostnímu vyzrávání. V opačném případě, pokud se Kristýna opět ocitne v náročné životní situaci a nebude ji poskytnuta dostatečná emoční podpora, u ní opět hrozí riziko suicidálního jednání.

15. Kazuistika II

Tato kazuistika popisuje případ nyní sedmnáctiletého chlapce, hospitalizovaného v květnu 2005 na dětském a dorostovém oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice po opakovaném suicidálním pokusu. První tentamen suicidii se datuje do období jeho patnácti let, druhý následoval přibližně rok po této události, tj. v jeho šestnácti letech.

Daniel je vyššího vzrůstu, astenické postavy. Jde o hezkého chlapce s polodlouhými hnědými vlasy a hnědýma očima. Obléká se sportovním způsobem, působí upraveným dojmem.

Během rozhovoru se Daniel jevil vyrovnaně. Ochotně odpovídal na otázky, v průběhu rozhovoru byl milý, slušný a zdvořilý. Velmi dobře spolupracoval.

Když měl Daniel uvést své základní charakterové vlastnosti, působil bezradně. Po dlouhé pauze uvedl : „ *Jako člověk jsem hodně slabý, neumím hájit své názory. Taky jsem líný. Někdy si připadám hodně zlý, to když přeju někomu, třeba mámě, aby se jí vrátilo, jak se ke mně chová. Někdy si dokonce přeju její smrt. Mám z toho pak často výčitky svědomí. Taky jsem náladový a občas mám deprese.*" Na žádost, aby uvedl některé své kladné stránky, zaváhal, poté řekl : „ *No, myslím, že jsem kamarádský.*"

Za základní životní hodnoty považuje na prvním místě lásku, poté přátelství, na třetí místo umístil zdraví.

15.1 Rodinná anamnéza

Stejně jako v případě Kristýny i zde uvádím osoby, které sehrály v Danielově životě významnou roli, popřípadě mohly nějakým způsobem přispět k jeho suicidálnímu jednání. Kromě jeho primární rodiny se zaměřím také na rodinu matčiny sestry, u které Daniel poslední dobou žil.

Daniel vyrůstal v neúplné rodině, bez stabilnější otcovské postavy. Jeho biologický otec se od rodiny, než Daniel dosáhl půl roku věku, odstěhoval. Ve věku jeho tří let se matka znovu vdala, manželství trvalo čtyři roky. Opět následoval rozvod. Krátce po tomto rozvodu uzavřela matka další sňatek, který opět neměl dlouhého trvání - pouhé dva roky. Během období, kdy Danielova matka nežila s některým ze svých manželů, sdílela svůj byt po většinu času s nějakým přítelem. V roce 1997, když Daniel dovršil osmý rok, se mu narodila sestra.

Co se týká sociálních poměrů v primární rodině, žila rodina ve třípokojovém bytě ve zděném domě v Praze. V tomto období obýval Daniel vlastní pokoj.

Poslední rok a půl před hospitalizací na dětském a dorostovém oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice strávil Daniel v rodině matčiny sestry v Brtňanech, na malé vesnici. Rodina pobývala v nevelkém rodinném domku (3 +1). Zde sdílel pokoj s o tři roky starším bratrancem. Sociální poměry Daniel líčí jako slabší než v primární rodině.

Matka

Matka, Anna K., narozená 1971 (37 let), bytem Praha – středoškolské vzdělání. Nyní pracuje na půl úvazku u Softwarové firmy jako účetní, na půl úvazku jako produkční

v umělecké agentuře (zařizuje divadelní představení). Matka je zdráva, v anamnéze tentamen suicidii v období dospívání.

První sňatek uzavřela Anna K. s Petrem L. v osmnácti letech, v roce 1989, v té době již čekala Daniela. Po necelém roce následoval rozvod. Dle tvrzení Anny K. se její manžel vrátil ke své původní manželce. Do druhého manželství vstoupila v roce 1991, toto manželství trvalo 4 roky. Důvodem rozvodu byl mimomanželský vztah Anny K. Třetí manželství uzavřela v roce 1995 – z něho dcera Kateřina, manželství opět skončilo rozvodem. Anna K. uvedla, že od nich manžel odešel. Domnívala se, že si našel milenku, leč tato domněnka nebyla potvrzena. Po rozpadu tohoto manželství měla několik dalších partnerů, nejdelší z těchto vztahů trval rok. Převážně pak tito partneři bydleli v bytě Anny K.

Anna K. má o deset let starší sestru a o dva roky mladšího bratra. S bratrem se od dětství nestýkají, je závislý na heroinu. Její rodiče stále žijí, kontakt s nimi je však zpřetrhán, nevídají se ani s jejími dětmi. Otec je alkoholik, u její matky nalezneme v anamnéze před jejím narozením tentamen suicidii. Anna K. konstatovala, že o důvodech suicidálního pokusu s matkou nehovořila, tuto skutečnost se náhodou dozvěděla v době dospívání od známého rodiny.

Vzájemný vztah

Jak uvedla, když byl syn malý, potíže s ním nebyly. Byl hodné, bystré dítě. Vztah tehdy měli hezký. Od 4. třídy začaly se synem problémy, zejména se vyskytovalo lhaní a krádeže.

Když nastoupil na víceleté gymnázium, začal se Daniel dle její výpovědi toulat, být na ní drzý. Začal kouřit marihuanu, kvůli chování měl problémy ve škole. Také se mu zhoršil prospěch. Dále uvedla, že Daniel měl časté neshody s jejími partnery. Na základě doporučení psycholožky o vhodné změně prostředí, se domluvila se sestrou, že se k ní Daniel přestěhuje. Dle jejích slov si Daniel s její sestrou rozuměl dobře. Na otázku na současný vzájemný vztah uvedla : *„Nemám si s ním co říct, nerozumíme si. Jsem ráda, že je u sestry.“*

Toto východisko vyřešilo také problematický vztah Daniela a tehdejšího přítele Anny K, který byl doprovázen neustálými konflikty. Daniel uvedl : *„ Vůbec jsem si sním nerozuměl. Chtěl mě vychovávat, něco mi přikazovat a přitom mě vůbec neznal. Bydlel u nás chvíli. Navíc se máma vždycky postavila na jeho stranu“.*

Daniel uvedl, že dle jeho názoru neměli s matkou příliš blízký vztah už od jeho dětství. Ke zhoršení kvality tohoto vztahu došlo přibližně v 1. ročníku na víceletém

gymnáziu (cca 11 let). Od té doby dle jeho slov od matky mnohokrát slýchával, že se raději neměl narodit, jak mohl být její život lehčí a jednodušší.

Za poslední rok a půl se Daniel s matkou stýkal minimálně, kontakt navázali pouze 1krát (telefonicky). Ke vztahu s matkou se vyjádřil následovně : *„ Myslím, že mě máma nemá vůbec ráda. Nestojí o mě, nezajímá se o mě.“*

Otec

Otec, Petr L., narozený 1951 (57 let), bytem Praha – vysokoškolské vzdělání ekonomického zaměření. V současné době pracuje na Ministerstvu zahraničních věcí v hospodářské správě. Otec je zdráv, anamnéza bez psychiatrické zátěže.

Z prvního manželství má dvě děti, se kterými se dle Anny K. nestýkal. Z druhého manželství s Annou K. má syna Daniela. V současnosti není ženatý, aktuálně bez dlouhodobého partnerského vztahu.

Vzájemný vztah

Přibližně do doby, kdy byl Danielovi jeden rok, docházelo alespoň k občasným kontaktům (cca 5krát). Poté se čtrnáct let neviděli, neboť otec o Daniela nejevil zájem. Opět se na základě Danielova impulsu začali stýkat v letech 2004-2005. Během tohoto období se setkali třikrát. Šlo vždy o krátká setkání v kavárně (přibližně hodinová) sestávající z rozhovoru o všedních tématech. Během této doby slíbil otec Danielovi, že ho vezme s sebou do Německa, kde bude dlouhodobě pracovat. Z této nabídky nakonec sešlo.

Daniel současný kontakt označil za sporadický. Ke svému otci se vyjádřil následovně : *„ Je to pro mě cizí člověk, v podstatě ho neznám. V minulosti mě dost trápilo, že o mě nestojí. Pak jsem si na to zvykl a bylo mi to víceméně jedno. Když jsme se začali znova stýkat, myslel jsem si, že bysme ten vztah mohli nějak obnovit, no teda spíš vytvořit. Ale zase se na mě vykašlal, takže to asi nemá cenu. No a taky jede na dlouhou dobu mimo republiku, tak by to stejně nemělo smysl.“*

Sourozenci

Sestra

Sestra Karolína L., narozená 1997 (9 let), bytem Praha – v současnosti navštěvuje třetí třídu základní školy. Jde o polovlastní sestru z matčiny strany. S jejím biologickým otcem, třetím manželem Anna K. již nežije. Otec se s dcerou stýká v průměru 1krát za měsíc.

Vzájemný vztah

Daniel uvedl, že se svou sestrou mají relativně dobrý, ne však moc blízký vztah. Pokládal to za důsledek věkového rozdílu. Dále se domníval, že to může být ovlivněno také odlišným místem bydliště a sporadickým kontaktem.

Teta (sestra matky, Anny K.)

Teta, Marie H., narozená 1961 (47 let), místem bydliště Brtňany – vyučená servírka. V současnosti pobírá plný invalidní důchod. Je podruhé vdaná, z manželství má tři děti. Zdravotní stav má dobrý, bez psychiatrické anamnézy.

Vzájemný vztah

Daniel uvedl, že teta pro něj v podstatě představuje cizího člověka. Ve vztahu ke své osobě ji charakterizoval jako přísnou, citově chladnou ženu. Teta se k němu dle jeho výpovědi chovala s odstupem, neustále ho peskovala, neustále mu zadávala nějaké úkoly, za nic ho nepochválila.

Strýc

Strýc, Josef H., narozen 1960 (48 let), místem bydliště Brtňany – vyučený strojník, v současné době je nezaměstnaný. Zdravotní stav má dobrý, je to silný kuřák, bez psychiatrické anamnézy.

Vzájemný vztah

Daniel ke strýci neměl blízký vztah. Hovořil o něm jako o *„podpantoflákovi, který tetě všechno odkývá.“* Uvedl, že se strýc po celý den v podstatě nevěnoval žádné práci, díval se na televizi, občas zašel za kamarády.

Marie H. a Josef H. mají tři děti, nejstarší Josef s nimi již nežije.

Bratranec

Zdeněk H., narozen 1986 (20 let) - v současnosti studuje poslední ročník SOU - obor prodavač. Je zdráv, bez psychiatrické anamnézy.

Vzájemný vztah

Daniel uvedl, že mezi sebou měli ač nikterak hluboký, tak relativně přátelský vztah. Daniel . *„ Docela jsme si rozuměli, Zdeněk byl celkem v pohodě. Volnej čas jsme spolu ale netrávili.“*

Sestřenice

Sestřenice Kateřina H., narozena 2003 (3 roky) – zdráva.

Vzájemný vztah

Daniel označil sestřenici za jednoho z nejbližších lidí (dále uvedl kamarády). Na základě rozhovoru bylo zřejmé, že k ní chová hluboké city. Daniel : *„Je to takové sluníčko, takový mazlíček.“*

15.2 Osobní anamnéza

Šlo o matčino první těhotenství, neplánované, o pohlaví dítěte nepřemýšlela. Těhotenství probíhalo normálně, porod následoval dva týdny po stanoveném termínu. Zdravotní stav Daniela byl dobrý, ale byla zjištěna vrozená oboustranná tříselná kýla. Psychomotorický vývoj i kognitivní funkce byly v normě, žádná patologie patrná nebyla.

V 11 měsících byl Daniel s tříselnou kýlou operován, v nemocnici strávil několik dní. V dětství prodělal běžné dětské nemoci, jinak dětství bez úrazů. Alergie nejsou známy. Ve dvanácti letech prodělal infekční zánět jater, byl dispenzarizován na gastroenterologii.

Problémové chování

Danielova matka v rozhovoru vypověděla, že od 4. třídy začaly být s Danielem potíže. Ukradl babičce 200 Kč, v 1. ročníku na gymnáziu pak Anně K. 100 EUR. Na otázku, zda znala důvody těchto krádeží, odpověděla : *„ Na to jsem se ho neptala. Ostatně to nebylo důležitý. V tý době se začal chovat jako parchant, vůbec jsem nevěděla, co s ním.“* K první krádeži se Daniel nevyjádřil, respektive se na ni neupamatoval. Druhou krádež okomentoval následovně : *„ Těch 100 EUR jsem mámě vzal po jedný dost velký hádce, máma na mě řvala jakej jsem parchant, jak jí dělám naschvály a tak podobně. Chtěl jsem prostě utéct z domova, tak jsem potřeboval nějaký peníze.“* Po celé odpoledne se Daniel toulal po okolí, navečer se vrátil domů a peníze mámě vrátil. O svých úmyslech ohledně útěku s matkou nehovořil.

Jeho matka dále uvedla, že v období puberty začal být Daniel drzý, byl neustále někde venku, zhoršil se mu prospěch. Ve věcech mu našla cigarety i marihuanu. Jak vypověděla, měla pocit, že *„ho nezvládá.“* Daniel navštívil psycholožku, která, jak již jsem se výše zmínila, navrhla změnu prostředí. Matka se dohodla se svojí starší sestrou, že Daniel bude pobývat u ní. Ač Daniel protestoval a sliboval nápravu, matka neustoupila a do týdne se musel odstěhovat.

Ke svému chování se Daniel vyjádřil následovně : *„ Nemám pocit, že bych se choval nějak příšerně. Když jsem šel někam ven, tak jsem to mámě řekl. Je fakt, že jsem někdy nepřišel v hodinu, ve kterou jsme se domluvili, ale zase jsem se zpozdil maximálně tak o hodinu a v noci jsem se rozhodně netoulal. S mámou jsme se sice hádali, ale nenadával jsem jí, nic takového.“*

Abusus

V době před druhým suicidálním pokusem kouřil Daniel denně 10-15 cigaret. Experimentoval s kanabisem, naposledy 6 měsíců před TS. Alkohol pije příležitostně, v malém množství (př. dvě piva).

Vita sex

Bez pohlavního styku, bez homosexuálních zkušeností, občasné masturbace.

Zájmy

Daniel uvedl četné zájmy. Mezi největší zálibu zařadil četbu (zejména historické a dobrodružné romány), dále hru na kytaru a poslech hudby. Mezi jeho oblíbený styl patřil rock, rád by navštívil nějaký hudební festival.

Volný čas by rád trávil s přáteli, na místě či provozované aktivitě mu v podstatě nezáleželo.

15.3 Školní a sociální anamnéza

Od tří let docházel Daniel do mateřské školky, kde se velice dobře adaptoval. Povinnou školní docházku zahájil v šesti letech. Od 3. třídy začal navštěvovat jazykovou školu, v 7. třídě přestoupil na pražské víceleté gymnázium humanitního směru

Ve škole ho zajímaly zejména humanitní předměty (dějepis, zeměpis), ale také matematika. Prospíval velmi dobře, do 8. třídy měl vyznamenání, poté dvě trojky. Těchto výsledků dosahoval jen při velmi malé, mnohdy zcela absentující domácí přípravě. Daniel okomentoval situaci následovně : *„ Sem tam jsem měl nějakou trojku, ale jinak mi to docela šlo. Moc jsem se učit nemusel, stačilo mi jen si to třeba před hodinou přečíst.“* Na tomto gymnáziu se cítil šťastný, měl tam mnoho přátel s podobnými zájmy.

Z důvodu zhoršeného chování na pražském gymnáziu a nerespektování matky (dle její výpovědi) přestoupil Daniel v patnácti letech na gymnázium podobného zaměření do Lovosic, kde bydlel v blízké vesnici Brtňanech u matčiny sestry. Daniel uvedl : *„Matka mi nejvíce ublížila tím, že mi znemožnila chodit do školy, kde jsem byl rád.* (poznámka – na

gymnázium v Praze) *Na tom novým gymnáziu jsem šel do zaběhnutýho kolektivu, takže jsem tam tak trochu nezapadl.*"

Po krátké době pobytu na gymnáziu v Lovosicích se rozhodl, a to i přesto, že měl obdobné výsledky jako na gymnáziu předchozím, tj. dobré, změnit střední školu. Nastoupil stejně jako jeho devatenáctiletý bratranec Zdeněk na střední odborné učiliště (SOU) - obor prodavač. V době před druhým suicidálním pokusem navštěvoval 1. ročník. Tohoto rozhodnutí později litoval. Připustil, že ho v podstatě učinil na nátlak tety. K rozhodnutí přispěly také ty skutečnosti, že na novém gymnáziu nebyl Daniel ještě zcela adaptován, dále také nadšené vyprávění Zdeňka o studiu na SOU.

Docházka na SOU byla pro Daniela dle jeho slov zklamáním. Přiznal, že výuka byla velice lehká, během vyučování se nudil. Pokud jde o spolužáky, šlo povětšinou o dívky. S některými si rozuměl, ale hlubší přátelství nenavázal. Uvedl : „ *Ty holky prostě byly někde jinde než já. Bavily se dost povrchně.*"

Vztahy s vrstevníky

Daniel se do kolektivu zapojil většinou bez potíží. Na základní škole i na gymnáziu v Praze měl dle svých slov „*kamarádů hodně.*" Povětšinou se kamarádil spíše s dívkami, se kterými si rozuměl více než s chlapci.

Na prvním gymnáziu začal s kolektivem přátel pořádat různé akce – jezdili na výlety, navštěvovali rokové koncerty, občas zašli do hospody na pivo. Poté, co byl Daniel přinucen odstěhovat se do Brtňan, nemohl se s nimi stýkat tak často. Daniel : „ *Jelikož jsem nedostával kapesný, tak jsem neměl ani peníze na jízdenku. Viděl jsem se s nimi tak jednou za týden, ale maximálně tak na dvě hodiny, protože pak by mi autobus k tetě ujel.*" Jak uvedl, tato přátelství mu scházela, neboť „*na lovosickém gymnáziu příliš přátel nezískal, šlo spíše o povrchní kontakty.*"

Po přechodu na SOU navázal Daniel kontakt s některými z jeho nových spolužaček. Společně však s nimi trávil čas pouze v rámci vyučování, po škole se nestýkali. Jedním z důvodů bylo, že musel Daniel do školy dojíždět. Dále také uvedl : „ *Ony byly sice fajn, ale nějak je prostě zajímaly trochu jiný věci. Chodily na diskotéky, v jednom kuse se bavily o klukách. Byly prostě někde jinde než já.*"

V době před druhým suicidálním pokusem měl několik velmi dobrých přátel. Za nejbližší označil šestnáctiletou Jitku, se kterou se spřátelil na pražském gymnáziu. Pro ni také zanechal jeden ze dvou dopisů na rozloučenou.

Vztah s dívkou Daniel negoval.

15.4 Psychiatrická anamnéza

Od 1. ročníku víceletého gymnázia začal mít Daniel problémy s chováním, 4krát navštívil psycholožku. V březnu roku 2004 u něj došlo k prvnímu suicidálnímu pokusu medikamenty. Po tomto suicidálním pokusu v květnu 2004 nebyl Daniel hospitalizován.

Druhý suicidální pokus následoval opět v červnu přibližně rok po prvním tentamen suicidii, tj. roku 2005, následně byl Daniel umístěn na dětské a dorostové oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice, kde setrval od června 2004 do poloviny srpna roku 2005, to jest přibližně dva měsíce.

15.4.1 Dětské oddělení nemocnice v Litoměřicích

Daniel byl v březnu roku 2004 hospitalizován na dětském oddělení nemocnice v Litoměřicích pro suicidální pokus medikamenty v rámci krátkodobé emoční reakce na stres. Zde strávil jeden den. Dlouhodobě hospitalizován nebyl, pouze mu byla doporučena psychoterapeutická péče poskytována MUDr. S. na dětské psychiatrické ambulanci.. Tuto ambulanci navštívil 2krát, na dohodnuté psychoterapie nedocházel, tj. nebyl v péči žádného odborníka.

Od 12. června do 20. června roku 2005 byl Daniel umístěn na dětské oddělení nemocnice v Litoměřicích opět v důsledku uskutečnění suicidálního pokusu medikamenty. Vědomí nebylo alterováno, medikace nasazena nebyla. Po provedeném psychiatrickém konsiliu byl doporučen pobyt na oddělení dětské psychiatrie.

15.4.2 Dětské a dorostové oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice

Na dětském a dorostovém oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice byl Daniel hospitalizován z důvodu trvajícího nebezpečí suicidálního chování (se souhlasem zákonného zástupce) v květnu 2005. V té době mu bylo šestnáct let. Strávil zde přibližně dva měsíce.

Psychiatrické vyšetření

Na základě výsledků vyšetření současného stavu pacienta byl Daniel označen jako lucidní, plně orientován. Kontakt navazoval ochotně, kvalitně. Celkově byl klidný, bez nápadností v chování. Občas se vyskytl náznak halucinací, subdepresivní ladění. V době hospitalizace na dětské psychiatrii PLB byl aktuálně bez suicidálních myšlenek a tendencí.

Vyjadřoval velké obavy týkající se budoucnosti. Vyskytla se u něj mírná tenze a insuficientní ladění. Myšlení bylo koherentní, bez bludů a paranoidity. Poruchy vnímány zjištěny nebyly. Zjištěny rysy impulsivity, tendence ke zkratkovitému jednání. V době hospitalizace byla patrná adolescentní krize, dále citové strádání. Heteroagresivita ani autoagresivita se během hospitalizace nevyskytovala.

Medikace nasazena nebyla.

Psychologické vyšetření

Účel vyšetření spočíval ve zjištění možné patologie, zejména depresivity, dále v osvětlení příčin a okolností Danielova suicidálního chování. Vyjma pozorování a rozhovoru byly použity následující psychodiagnostické metody : ROR, Figure Drawing Test (FDT), test nedokončených vět, Baum test, test tří přání, WISC a ADOR.

Kontakt navázal Daniel dobře, verbální projev byl rozvinutý. V průběhu vyšetření dobře spolupracoval.

Rozhovor : V rozhovoru uvedl, že v PLB je *„kvůli tomu, že se chtěl zabít"*. O sebevraždu se pokusil v návalu silných emocí, ale přemýšlel o tom již delší dobu. Daniel vypověděl : *„Chtěl jsem uniknout z tý příšerný situace. V podstatě jsem si tam s nikým nerozuměl, a vlastně bych tam nikomu ani nechyběl."*

ROR : Asociační produktivita byla průměrná. Obvyklé percepčně kognitivní uchopení, intelektová kapacita průměrná či mírně zvýšená, myšlení relativně pružné, ale méně přizpůsobivé. Kontakt s realitou byl snížen, emotivita měla tendenci k dysforii. Objevovalo se obtížné rozlišování mezi realitou a fantazií, egocentrismus, impulzivita, sklon vybuchnout. Dle psycholožky se v testu vyskytly silné vnitřní impulsy blízko povrchu, současně s neurotickou snahou přizpůsobit se, impulsy potlačit, výsledkem čehož bylo silné vnitřní napětí. Sociální pole bylo stažené, dehumanizované.

FDT : Kresba odpovídala spíše dětskému deprivantovi ve věku kolem 10-11 let. Šlo o nezralou, prázdnou kresbu s malými postavami. Jako první nakreslil Daniel mužskou postavu, která byla ve srovnáním s ženskou postavou přibližně třikrát menší. Mužská postava dle Daniela představovala *„nafoukaného, arogantního a vzpurného kluka"*, ženská postava pak *„milou, přívětivou, společenskou a ochotnou učitelku."* Může jít o projev nízkého sebevědomí, snižování se, připisováním většího významu ženám, pocit nedostačivosti, současně se snahou o mužnost. V kresbě můžeme vidět tenzi přecházející do agresivity, snahu o sociální kontakt, nedostatek sebedůvěry v sociálních situacích,

popřípadě nedostačivost související s regresí. Ruku v ruce s tím jde agresivní výzva a nejistota. Kresba může také představovat sexuální přání.

Nedokončené věty :

Smáli se mi ….. *dost často.*

Nemocný člověk….. *je člověk zlý.*

Je možné, že maminka ….. *mě nemá ráda.*

Nejšťastnější je ten, ….. *kdo umí štěstí rozpoznat.*

Někdy mám strach ….. *ze samoty.*

Nechtěl, aby ….. *tatínek odešel z domu.*

Bylo mi smutno, když jsem musel….. *opustit gymnázium.*

Připadám si ….. *jako blbec.*

Nemohu se zbavit….. *myšlenky na smrt.*

Nelíbí se mi, že doma ….. *mě nechápou.*

Myslím si o sobě….. *nedobré věci.*

V naší rodině ….. *to neklape.*

Když jsem sám, ….. *mám lepší náladu.*

Trápí mě ….. *hodně věcí.*

Peníze jsou….. *až moc důležité.*

Obzvláště se těším ….. *na nic.*

Cítím svírání u srdce, když ….. *jsem doma.*

Největší vztek mám, když …..*se mi nedaří.*

Smysl života je ….. *naplnit ho po okraj.*

Kdyby má matka byla ….. *vstřícnější.*

Mé nervy ….. *jednou prasknou.*

Naši si o mě myslí, že …..*jsem postrach.*

Kdyby náš táta …..*se se mnou více stýkal.*

Tatínkové jsou někdy …..*nevšímaví.*

Myslím, že hodně lidí …..*mě nechápe.*

Z výše uvedených nedokončených vět je dle mého názoru patrné citové strádání, nedostatečné emoční uspokojení ze strany rodiny, osamělost. Dále tenze, pocit nedostačivosti vlastní osoby a jisté depresivní ladění.

Baum test : Strom vyplňoval celý prostor, měl výrazné nadzemní kořeny, široký, pokroucený kmen plný dutin (traumat). Před korunou se nacházely dvě uschlé větve. Uzavřená koruna měla několik nitkovitých větví vznášejících se nad kmenem.

Můžeme uvažovat o pocitu vykořenění, ztráty půdy pod nohama, nevyřešené problémy s rodiči. Jako interpretační hypotéza se vzhledem ke kmeni s dutinami nabízí vývoj plný traumat. Dále můžeme dojít k následujícím interpretacím – zmařené možnosti, vzdání se možností rozvoje a růstu, uzavřenost, neproniknutelnost, citlivost až přecitlivělost, jemnost, schopnost empatie, připravenost reagovat. Popřípadě dále zde můžeme nalézt prvky slabosti a nerozhodnosti či problémy se sebeprosazením. Dále také horší sociální přizpůsobivost.

Test tří přání :

Přál bych se vrátit na původní gymnázium.

Chtěl bych žít někde, kde bych se cítil doma a dobře.

Přál bych si, aby byli lidi, co mám rád, zdraví.

WISC : Výkon ve zkoušce rozumových schopností odpovídal vyššímu průměru, celkové IQ=107. Velmi dobré bylo slovní porozumění, ale percepční uspořádání bylo slabé.

ADOR : U matky, tety i tetina partnera jsme z Danielovy subjektivní odpovědi získali nepříznivé výsledky. U všech sledovaných Daniel označil pozorovaný vztah jako minimální, výraznou hostilitu i nedůslednost – slabé řízení a slabou autonomii.

Závěr psychologického vyšetření konstatoval momentální výkon ve zkoušce rozumových schopností v pásmu vyššího průměru s výrazným rozdílem mezi verbální a performační částí, což poukazovalo na kognitivní deficit (mohlo být způsobeno depresí, která však nebyla diagnostikována, nebo v důsledku organicity na podkladě LMD či ADHD). Také velmi dobré slovní porozumění nekorespondovalo se schopností percepčního uspořádání – ta byla na hranici průměru a podprůměru. Dále bylo konstatována nadprůměrná početní zdatnost a výrazná schopnost zapamatovat si informace, uchovat si a vybavit vědomosti, pilně a mechanicky pracovat.

Z výsledků vyšetření vyplynulo, že Daniel byl citově deprivován, cítil se izolovaný, velmi stál o matčinu přízeň.

Danielův kontakt s realitou byl dle psycholožky, která vyšetření realizovala, snížen. Obtížně rozlišoval mezi svými sny, představami a realitou. Emotivita měla tendenci k dysforii, objevil se egocentrizmus (ať už jako potřeba zrcadlení nebo jako rys). Poměrně výrazná se zdála být impulzivita a snaha vybuchnout. Dysforická tendence a ipulsivita by mohly vyústit až ve zkratkovité jednání, kdy by Daniel nahromaděnou energii obrátil proti sobě. Dle jejího názoru tedy hrozilo suicidální riziko. Dále bylo výrazné velké vnitřní napětí, potlačování spontaneity. Sociální pole bylo stažené, dehumanizované.

Na základě výsledků psychologického vyšetření lze usuzovat na nerovnoměrný vývoj osobnosti s emočně nestabilními rysy směřující velmi suspektně k neurotické poruše. Dále byla předpokládána mírná porucha chování a hlavně emocí, krize dospívání, krize identity, insuficientní výchova (diagnóza F 92.2 = smíšená porucha chování a emocí).

Průběh hospitalizace

V průběhu hospitalizace se Danielův psychický stav jevil jako velice dobrý. Suicidální myšlenky i tendence negoval, k činu se již po týdnu stavěl kriticky. Jelikož jde však o jedince s IQ v pásmu vyššího průměru, je otázkou, zda proklamování pozitivního duševního stavu nebylo pouhou strategií zaměřenou na brzké propuštění z léčebny.

S personálem spolupracoval, kromě kouření cigaret se nedopustil žádného vážnějšího přestupku. Sám uvedl, že se v léčebně cítí docela dobře, našel si tam kamarády a v rámci možností je tam spokojený.

15.5 Suicidální chování

Nyní se zaměřím na suicidální myšlenky a suicidální pokusy včetně následné reakce rodiny.

15.5.1 Suicidální myšlenky

Přibližně tři měsíce před prvním suicidálním pokusem se Daniel musel přestěhovat od své matky do rodiny její sestry, kde jak uvedl : *„ ...se cítil svázaný, cizí.“* Náročný pro něj byl nejen odchod od rodiny, od matky, která ho dle jeho slov *„vyhnala“*, ale také přestup na jinou školu, stěhování z Prahy na malé město, ztráta přátel.

V této době začal být sklíčený, měl smutnou náladu, jak však uvedl, o možnosti sebevraždy neuvažoval. Suicidální pokus byl momentálním rozhodnutím, nepřemýšlel o něm.

Zhruba dva měsíce před druhým suicidálním pokusem si Daniel začal s myšlenkou sebevraždy pohrávat. Když se cítil osamělý či se trápil chladným vztahem jeho matky, tato možnost ho dle jeho slov uklidňovala. Daniel : *„ Vždycky, když mně bylo blbě a cítil jsem se mizerně, třeba po hádkách s tetou, tak jsem si říkal, kdybych se zabil, tak bych měl od všeho pokoj, bylo by mi líp. Prostě bych nebyl, nemusel bych se ničím trápit.“* Věřil, že po smrti existuje posmrtný život, kde se duše zemřelých setkávají, kde člověk dosáhne klidu a míru.

V tomto období připustil také existenci snů a fantazií, jejichž obsahem se stala smrt matky a tety.

Suicidální tendence s přípravou suicidálního plánu u něj nenalezneme.

15.5.2 Suicidální pokusy

V Danielově anamnéze nalezneme dva suicidální pokusy.

První suicidální pokus

První suicidální pokus se u Daniela datuje na 15. března 2004. Tento tentamen suicidii lze vnímat jako emoční reakci na stres.

13. března byl Daniel rodinou obviněn z krádeže zlatého řetízku malé sestřenice, kterou jak uvedl : *„...má z celé té jejich rodiny jedinou rád.“* Dva dny následující po ztrátě tohoto šperku se celá rodina proti Danielovi chovala se značnou zášti a pohrdáním. Jak konstatoval, neustále mu dávali najevo, že ho tam vlastně trpí, že se o něj starají a on se jim takto odvděčí.

Nikdo z celé rodiny mu nevěřil. Toto obvinění se Daniela hluboce dotklo, uvedl : „ *Ty dva dny byly úplně šílený, už jsem to nemohl vydržet. Nechápu, jak si mohli myslet, že bych jí ho vzal.* "

V podvečerních hodinách 15. března situace vyvrcholila. Před tím, než si Daniel vzal z lékárničky v koupelně medikamenty, předcházela ostrá hádka s tetou. Během této hádky byl Daniel tetou označen za *„parchanta, kterýho nechtěj ani vlastní rodiče a není se čemu divit."* Krátce po tomto střetu Daniel požil cca 40 tablet Dogmatilu (viz popis léku in Psychiatrické vyšetření in 14.4.1) a 20 tablet Neurolu (viz popis léku in 14.5.2 Suicidální pokusy), které rozmíchal do sklenice s vodou a poté vypil. Daniel : „ *Chtěl jsem umřít, o tom, co bude potom, jsem nepřemýšlel. Jen už jsem to prostě dál nemohl vydržet. Myslel jsem si, že všechno bude lepší než tohle.* " Dle jeho slov nebyl jeho čin aktem pomsty typu *„uvidíte, jak jste mi ublížili a budete litovat"* , jen už dál nechtěl snášet nastalou situaci. Dopisy na rozloučenou nezanechal.

Daniela ještě při vědomí nalezl jeho bratranec, který zavolal záchrannou službu. Daniel byl odvezen na jednotku intenzivní péče, kde mu byl proveden výplach žaludku. Svého činu nelitoval, naopak bylo mu líto, že jeho akce nebyla úspěšná.

Druhý suicidální pokus

Druhý tentamen suicidii se odehrál 20. června roku 2005 ve dvě hodiny odpoledne, kdy Daniel po konfliktu v rodině spolykal mixturu léků – přibližně třicet tablet Dogmatilu, deset tablet Neurolu (cca 50 mg), asi 12 tablet Dithiadenu[8], dále několik tablet Mucosolvanu[9] a Ibalginu (viz popis léku in 14.5.2 Suicidální pokusy).

Daniel toho dne zapomněl zavřít dveře do předsíně a psi u tety snědli maso pro celou rodinu. Dostal vyhubováno, řekli mu *„ať táhne za svým tátou."* Tento suicidální pokus tedy následoval opět jako reakce na zátěžovou situaci. Jeho cílem bylo dle Danielových slov uniknout z tíživé sociální situace. Ač o takové možnosti řešení Daniel přemýšlel, suicidium delší dobu dopředu neplánoval.

---

[8] Dithiaden patří do indikační skupiny Antihistaminikum. Dithiaden blokuje působení histaminu, jednoho z působků, který se v organizmu uvolňuje při reakci z přecitlivělosti (alergie).

[9] Mucosolvan patří do indikační skupiny Expektorancia, mukolytika. Ambroxol, léčivá látka přípravku Mucosolvan usnadňuje vykašlávání a zmírňuje kašel.

Daniel napsal dva dopisy na rozloučenou – jeden velice agresivní pro rodinu, u které pobýval, druhý láskyplný pro svoji nejlepší kamarádku (viz níže). Poté u sebe v pokoji spolykal výše uvedené množství medikamentů.

Dopisy na rozloučenou (doslovný opis):

Milá rodino,

TÁHNĚTE DO HAJZLU !!!

Nenechám se buzerovat věčně! Co si o sobě vůbec myslíte? Že jste ňáký báječný, bezchybný lidi?Dokud jsem ještě bydlel v Praze u špatnejch, zato normálních lidí, byl jsem v pohodě!

Vám se ale podařilo udělat ze mě magora. Blahopřeju! Teď si ale bohužel budete muset BUZEROVAT někoho jinýho, smůla, co? Vám všem kromě Kateřiny a možná ještě Zdeňka, který jsou normální, přeju ZASRANEJ život a aby byl co nejdelší, to proto, aby jste hodně dlouho trpěli. SEJDEME SE V PEKLE!!!

Milá Jíťo,

To, co ti teď píšu, je to úplně poslední. A píšu to jen proto, abys věděla, co se stalo, protože jinak by ses to asi nikdy nedozvěděla. Jsem mrtvej.

Nezabily mě prášky ani nože, ale zasraná rodina tý tety v Brňanech. Nemoh jsem tu jejich buzeraci dál snášet. Prosím, nebuď smutná. Jednoho dne se sejdeme na druhý straně, fakt tomu věřím. Je to ode mě trochu sobecký, ale jinak to nešlo. Budu tam na tebe čekat, ale nepospíchej.

Vždycky jsem tě miloval a budu tě milovat i nadále, ale to ty dobře víš. Pozdravuj Evču, Klárku, Káju, Marka (není zas tak špatnej) a všechny naše kámoše. Byla jsi fakt bezvadná nejlepší kámoška !!!

Pa lásko, pa

Navždy tvůj Daník.

Daniel byl po nalezení svou tetou převezen v bezvědomí na jednotku intenzivní péče, kde mu byl opět proveden výplach žaludku. Po probuzení z bezvědomí stejně jako po prvním tentamen suicidii pociťoval Daniel lítost, že se jeho čin nezdařil. Daniel k tomu řekl : *„Cítil jsem hroznou bezvýchodnost. K nim už jsem se vrátit nechtěl, ale máma mě domů taky nechtěl, takže jsem vlastně neměl kam jít.“*

Reakce rodiny

Po prvním suicidálním pokusu se teta se strýcem chovali jako by se tato situace nestala. Matka Daniela navštívit nepřijela, telefonický kontakt s ním také nenavázala.

Rozhovoru o Danielově suicidálním pokusu se matka obávala, řekla : *Měla jsem strach, že si budete myslet, že jsem špatná matka, že jsem to nějak zapříčinila.*" V průběhu rozhovoru matka často plakala, ospravedlňovala své chování (*„Daniel je prostě nezvládnutelný"*). Několikrát zopakovala, že má Daniela velmi ráda, ale nemá dost síly na to, aby ho vychovávala. Celkově působila jako citově chladná. Lásku k Danielovi dle mého názoru přehrávala, velice jí záleželo na dojmu milující matky, v jejím tónu hlasu však chyběla potřebná citová vřelost.

Po určité době po prvním suicidálním pokusu Daniel matce zavolal a požádal ji, zda by se nemohl vrátit domů, že to v novém prostředí nezvládá. Řekl jí, že si tam připadá jako cizí člověk, *„jako vetřelec."* Scházela mu tam nějaká pevnější emoční vazba a podpora. Matka jeho žádost zamítla s tím, že *„ ho domů nechce, neboť by ho nezvládla."* Daniel to cítil jako velkou prohru.

Po druhém suicidálním pokusu, když strávil přibližně týden v nemocnici, za ním na krátkou návštěvu přišla teta s bratrancem. Matka se opět neozvala. Daniela navštívila až během jeho hospitalizace na dětském a dorostovém oddělení PLB (po osobním vybídnutí ošetřující lékařkou).

15.6 Stav před ukončením hospitalizace

Před propuštěním z Psychiatrické léčebny Bohnice Daniel neměl suicidální myšlenky, měl kritický postoj ke svému činu. Vyjadřoval očekávání a plány do budoucna, konkrétně chtěl přestoupit na nějaké vhodné gymnázium, uvažoval o přestěhování se k otci.

Na doporučení ošetřující psycholožky měl Daniel docházet na psychoterapii. Domnívala se, že by bylo vhodné nalézt jako psychoterapeuta empatického muže, který by umožnil zrcadlení, projevil by zájem o jeho osobu a pocity. Důležitým úkolem by bylo posilování kompetencí, sebevědomí a funkcí ega.

15.7 Prognóza a terapeutické návrhy.

Prognóza a terapeutické návrhy.

V Danielově případě je nevyhnutelná psychoterapie s cílem posílit sebevědomí a funkce ega. Dále je nezbytná rodinná terapie zaměřená zejména na úpravu vztahu s matkou. Za nezbytné pokládám odstěhování se Daniela z rodiny tety, jejíž prostředí považuji, vzhledem

k psychickému stavu Daniela za nevyhovující. Pokud by tyto kroky byly úspěšně provedeny, domnívám se, že by došlo k úpravě negativního emocionálního ladění i psychického stavu vzhledem k větší Danielově vyrovnanosti. Zlepšení situace by mohlo napomoci také navázání uspokojivého vztahu s otcem, popřípadě přistěhování se k otci.

Za důležitý pokládám také přestup na střední školu odpovídající Danielovým schopnostem, zájmům (např. gymnázium, střední odbornou školu), který by ho motivoval a otevřel mu cestu k perspektivnímu a uspokojujícímu zaměstnání v budoucnosti.

Pokud by se nepodařilo nalézt pro Daniela jiné místo k bydlení, než u jeho tety, doporučila bych střední školu s internátem.

U Daniela může, pokud s ním i s jeho matkou nebude systematicky pracováno, a pokud nedojde ke změně prostředí, v budoucnu znovu dojít ke vzniku suicidální aktivity

16. Rozbor případů

V této fázi je důležité zaměřit se v anamnézách sledovaných adolescentů na rizikové faktory, které mohly vzhledem k suicidálnímu chování sehrát určitou roli. Dále je nezbytné orientovat se na rozbor suicidálního chování, konkrétně na suicidální proces, formy, způsoby a motivaci suicidálního chování. Též se zmíním o konceptu smrti.

16.1 Rizikové faktory

Nyní uvedu hypotetické rizikové faktory, které jsem nalezla v rodinné, osobní, školní, sociální a v neposlední řadě v psychiatrické anamnéze. Tyto rizikové faktory nejen představím, ale pokusím se zamyslet nad tím, jakým způsobem mohly suicidální chování ovlivnit.

Nejdříve se budu věnovat případu adolescentní dívky Kristýny, poté případu adolescentního chlapce Daniela.

Kristýna

V případě Kristýny nalezneme v její anamnéze řadu rizikových faktorů nespecificky působících na suicidální chování. Specifické rizikové faktory nejsou v jejím případě patrné.

V první řadě se zaměřím na okolnosti provázející její vývoj v raném a předškolním období, konkrétně na prostředí a vztahy s blízkými osobami, které tento vývoj provázely. Pokusím se zdůraznit momenty, které mohly suicidální chování v adolescenci ovlivnit. Dále se budu věnovat důležitým událostem z období její školní docházky a zaměřím se na osobnostní vlivy.

Za významný rizikový faktor považuji dlouhodobější pobyt v ústavních zařízeních, který nalézáme v anamnéze v raném věku Kristýny. V této době byla Kristýnina matka závislá na alkoholu a krátce před dovršením druhého roku věku její dcery absolvovala léčení. Matka sice sdělila, že Kristýnu během ústavní péče navštěvovala, je však otázkou, nakolik toho byla v rozvinuté fázi alkoholismu schopná, popřípadě nakolik byla takováto návštěva hodnotná.

V tomto momentě si lze položit otázku, zda měla Kristýna v raném věku možnost vyvinout si specifický vztah k mateřské osobě, který má podle všeho zásadní význam pro vytvoření pocitu základní jistoty a bezpečí ve světě. Tento vztah ovlivňuje organizaci úzkosti, podmiňuje prvotní formování dětské osobnosti. Domnívám se, že přesto, že se mateřské pouto v plné míře obnovilo, když se Kristýna ve věku dvou let navrátila do péče matky, mohlo to v jejím pojímání světa vůbec a sebe sama ve světě, popřípadě i ve vývoji osobnosti zanechat negativní následky. A to konkrétně ve smyslu nezískání dostatečné důvěry v bezpečnost světa, nezískání dostatečných kompetencí vyrovnávání se s různými životními změnami a nedůvěřování své schopnosti zvládat životní nároky. Absence pevné vazby s pečující osobou mohla také přispět ke zvýšené úzkostnosti. Z této doby může pocházet Kristýnin pocit osamělosti ovlivněný právě již zmíněnou absencí stabilního trvalého emočního vztahu s rodičovskou postavou. Důsledkem absence pevné vazby v dětství může být také snížená schopnost navazovat sociální kontakty a z toho pramenící sociální izolace, která v Kristýnině životě patrná.

Bez významu nelze pohlížet ani na rok strávený v disharmonickém prostředí v domácnosti s babičkou ze strany matky. Trvalé konflikty, hádky a negativní emocionální ladění, to vše se odrazilo na rodinné atmosféře a náladě matky, které dítě velmi citlivě vnímá. Konfliktní prostředí může způsobovat v dítěti pocity viny za negativní vyladění matky, zvyšovat jeho úzkost, nepředvídatelnost prostředí. Může přispět k emocionální i sociální nestabilitě.

Vzhledem k suicidálnímu chování této dívky je nezbytné zaměřit se na rodinné poměry od jejích dvou let výše. V případě Kristýny, ač vyrůstala v úplné rodině, nelze nicméně toto prostředí charakterizovat jako harmonické, které je pro zdravý vývoj dítěte nezbytné. V rodině probíhaly a v současné době stále probíhají bouřlivé konflikty, jak mezi manžely, tak mezi rodiči a Kristýnou. Vyjma těchto častých konfliktů, které vzhledem ke své dlouhodobosti mohou představovat jeden z nespecificky působících rizikových faktorů, neboť mohou přispívat k emocionální instabilitě a zvýšené tenzi, zde v první řadě nalezneme již výše zmíněný alkoholismus na straně matky.

Alkoholismus se u její matky střídavě vyskytoval po celou dobu jejího dětství a dospívání. Během období, kdy matka své závislosti propadla, neměla Kristýna v rodině žádnou emoční podporu, neboť vztah s otcem, ač charakterizovaný jako relativně dobrý, postrádá v podstatě jakýkoliv zájem či důvěrnost. Pocit, že ač jsou oba rodiče přítomni, přesto se na ně nemohu spolehnout, mohl u Kristýny vzbudit a zakořenit pocit osamělosti, úzkost a strach týkající se zvládání nároků rozličných situací.

Důležitá je také informace o tentamen suicidii matky datující se do období Kristýnina batolecího věku. V případě Kristýny lze uvažovat kromě případných genetických faktorů, také o vlivu výchovném a identifikačním. Jelikož byla Kristýna o suicidálním pokusu své matky obeznámena v období puberty, lze dále vytvořit hypotézu o případné skryté agresi vůči matce, kterou mohla obrátit proti své osobě. Její základ bychom hledali v pocitu nedostatku mateřské lásky (jak může matka spáchat sebevraždu, když vychovává své dítě?).

V rámci rodičovského vztahu je také nutno poukázat na jeho jistou ambivalentnost. Z dostupných informací je známo, že rodiče opakovaně odmítali převzít za dceru zodpovědnost spojenou s ukončením hospitalizace v PLB a následným návratem do rodiny. Kristýnino chování v průběhu hospitalizace bylo značně závislé na kontaktu s rodinou. Když rodiče kontakt negovali, docházelo u Kristýny k sebepoškozování, které mělo za cíl snížení tenze, ale také připoutání pozornosti rodičů, tj. zčásti mělo demonstrativní charakter. Tato závislost na rodičích společně s jejich postojem střídavého připoutávání a zavrhování představuje pro Kristýnu nejistotu v tomto základním vztahu, neboť nezískává od rodičů stabilní, tzv. nepodmíněné kladné emoční přijetí.

Pokud zůstaneme u rodinných poměrů, bez významu není ani absentující kontakt s biologickým otcem, který o svoji dceru nejevil zájem od jejího početí. Za významný považuji Kristýnin popis mužské postavy v FDT „ *To je můj vlastní táta, hodnej, starostlivej, bohatej...a má mě rád.*“ (viz psychologické vyšetření in 14.4.2), který vypovídá o Kristýnině touze po lásce biologického otce. Podstatný je také negativní vztah s jediným prarodičem – babičkou a absence vztahu se starší sestrou. Absentující či negativně vyladěné vztahy mohly v Kristýně vzbudit pocity vlastní nedůležitosti, nízké hodnoty sebe sama pro ostatní.

Také ve školní anamnéze, zejména ve vztazích se spolužáky, můžeme pozorovat jeden ze zdrojů jejího pocitu osamocení a bezvýchodnosti situace. Kristýna, jak je výše zaznamenáno (viz 12.3 školní a sociální anamnéza), byla terčem šikany celé třídy, navíc jí v období dospívání scházelo stabilnější, hlubší přátelské pouto. Cítila se osamocena, scházela jí možnost někomu se svěřit se svými pocity a potřebami. Kolektivní šikanování v ní vzbudilo

pocity bezvýchodnosti, úzkosti, deprese. Prohloubil se pocit vlastní nedostatečnosti, pochybnosti o vlastní hodnotě, nízké sebevědomí. Lze však namítnout, že negativně laděné vztahy s vrstevníky mohly být důsledkem právě nízkého sebevědomí, pociťované úzkosti a depresivního ladění. Z informací uvedených v části Vztahy s vrstevníky (in 12.3 školní a sociální anamnéza) je známo, že Kristýna měla pocit, že řešení dané situace neexistuje.

Význačným může být také stres z nadcházejících přijímacích zkoušek datující se do 9. ročníku docházky na základní školu, popřípadě nepřijetí na gymnázium.

Mezi rizikové faktory bych v případě této dívky zařadila také určité rysy osobnosti, konkrétně afektivní labilitu, impulsivitu, nízké sebehodnocení, negativní sebepojetí a úzkostné ladění. Důležitá je diagnostikovaná emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu.

Bez významu nelze pohlížet ani na subjektivní depresivní ladění předcházející druhému suicidálnímu pokusu, které pokračovalo i v průběhu hospitalizace v PLB, a jež dle mého mínění ovlivnilo i suicidální pokusy následující. Také tendence k sebepoškozování je dokladem špatného psychického stavu, konkrétně zejména pociťovaného napětí, tenze, k jejíž redukci sloužilo.

Daniel

V Danielově anamnéze, obdobně jako v případě Kristýny, lze nalézt určité nespecificky působící rizikové faktory. Specifické rizikové faktory zde nenacházíme. Zaměřím se zejména na rodinné, školní a osobnostní vlivy.

Za nejvýznamnější rizikový faktor pokládám zejména charakter emoční vazby s matkou. V době před prvním suicidálním pokusem nebyl Daniel se svojí matkou již delší dobu v kontaktu. Z obou stran zde nacházíme proklamaci odcizení a chladu v tomto vztahu. Danielova matka uvedla, že si se synem nerozumí, že je ráda, že je u sestry. Daniel se vyjádřil ve smyslu nedostatku mateřské lásky. Toto výrazné odcizení se dle chlapcovy matky datuje na druhý stupeň základní školy, dle Daniela nebyla dostatečná emoční blízkost ve vztahu patrná již od dětství. Ztrátu kladného emočního pouta s matkou, zvláště pokud neměl chlapec ve svém okolí jinou dospělou osobu, ke které by mohl přimknout, pokládám za velice významnou okolnost. Potřeba matčiny lásky byla v tomto případě dlouhodobě frustrována, což u Daniela mohlo vzbudit silné napětí a agresivitu, které však potlačoval, a které mohly vyústit až v autoagresivní chování.

Důležitými momenty jsou také výroky Danielovy matky týkající se jeho narození. Daniel v rozhovoru uvedl, že matka mu v afektu několikrát sdělila, že by byla raději, kdyby se

byl nenarodil. Takováto skutečnost zasáhne dítě i dospívajícího do hloubky jeho osobnosti, naruší pojetí hodnoty sebe sama, přispívá k zesílení pocitu vlastní nedostačivosti.

Ve vztahu k matce je nezbytné poukázat na její četné partnerské vztahy a Danielovy neshody s těmito partnery. Matka v rozhovoru uvedla, že Danielův odchod mimo jiné vyřešil časté konflikty s jejím tehdejším partnerem. Pocit, že matka v podstatě zvolila svého partnera, upřednostnila ho před svým ještě neosamostatněným synem, musel být pro Daniela velice obtížný a mohl ještě více prohloubit pocit absence mateřské lásky.

Za podstatnou okolnost považuji také ztrátu otcovské postavy, která se datuje do raného věku Daniela (cca 1 rok). Situace, kdy o moji osobu nejeví vlastní otec zájem, může v dítěti probudit pocity osamělosti, smutku i již výše zmíněné nízké hodnoty sebe sama.

V rodinné anamnéze nalézáme na straně matky, i na straně chlapcovy babičky (matka matky), tentamen suicidii, dalo by se tedy uvažovat o jisté hereditární dispozici.

Mezi rizikové faktory bych zařadila také negativně laděné sociální klima nasměrované k Danielově osobě, ve kterém v rodině matčiny sestry dlouhodobě pobýval. Vyjma nedospělé sestřenice zde Daniel nenavázal pevnější kladné citové pouto, nezískal v tomto věku tolik potřebnou emoční podporu.

Z výsledků získaných v rozhovoru i z psychologického vyšetření je patrný pocit izolace, osamělosti, úzkost a tenze pociťovaná v rodině (viz projektivní test nedokončených vět). Dále také výrazně minimální vztahy a hostilita, kterou Daniel vnímá ze strany členů rodiny, jak ji uvedl v psychologickém dotazníku ADOR (viz psychologické vyšetření in 15.4.2).

V případě primární rodiny i rodiny matčiny sestry lze uvažovat o citové deprivaci.

Pokud se zaměříme na školní anamnézu, za nespecificky působící faktor vzhledem k suicidálnímu jednání lze považovat změnu střední školy, konkrétně přechod z gymnázia do učebního oboru bez přítomnosti zjevných důvodů. Jelikož jde o chlapce s inteligencí vyššího průměru a velmi dobrou pamětí, s přechodem na SOU ztratil schopnost realizovat své schopnosti. Škola ho nestimulovala, neprobudila v něm žádný zájem o obor, který studoval. V jeho nerovnoměrném vývoji mohla ztráta možnosti vzdělání jistě přispět k negativnímu emocionálnímu ladění, ztrátě perspektivní budoucnosti a tedy spolu s dalšími faktory k suicidálnímu jednání.

Bez významu nelze pohlížet ani na změnu místa bydliště a to konkrétně z hlavního města na vesnici. Tato změna s sebou přinesla vyjma omezené možnosti věnovat se z jeho koníčkům (například návštěvě koncertů), také ztrátu blízkých přátel, respektive výrazné omezení možnosti trávit s nimi čas. Jelikož kamarády označil Daniel spolu se sestřenicí za

nejbližší osoby, musela pro něj tato být ztráta velice obtížná a zcela jistě vedla k zesílení pocitu osamělosti.

V Danielově případě je vzhledem k suicidálnímu chování důležitý také diagnostikovaný disharmonický vývoj osobnosti s emočně nestabilními rysy, smíšená porucha chování a emocí, dysforická tendence, impulzivita, negativní sebepojetí a pocit osamocení.

16.2 Suicidální chování

V této části práce se orientuji na suicidální proces, formy suicidálního jednání, provedení suicidálního pokusu, suicidální motivaci a koncept smrti, které jsem u sledovaných adolescentů nalezla. V případě Kristýny se zmíním také o automutilačním jednání.

Kristýna

U adolescentní dívky lze sledovat určitý presuicidální vývoj. V jeho první fázi vystupuje suicidium jako možnost řešení situace, ve fázi druhé dochází k protichůdným tendencím spojeným s verbalizací suicidálního úmyslu, ve fázi třetí pak k uklidnění (Kristýna : *„nejšťastnější jsem byla, když jsem se rozhodla, že se zabiju.“*) a k samotnému suicidálnímu pokusu.

Pokud se zaměříme na formy suicidálního jednání, u Kristýny se setkáme s následujícími : suicidálními myšlenkami zahrnujícími představy na téma vlastní smrti, suicidálními tendencemi zahrnujícími přípravu plánu a suicidálním pokusem.

Naléhavost suicidálních myšlenek se u Kristýny vyskytla přibližně dva měsíce před prvním suicidálním pokusem. Tyto myšlenky charakterizovala jako intenzivní a obtížně odklonitelné. Přibližně do tohoto období se datuje verbalizace suicidálního záměru, která pokračovala i v průběhu obou výše zmiňovaných hospitalizací. V tomto aktu nacházíme ambivalenci, nerozhodnost a vnitřní boj mezi tendencí žít a autodestruktivními tendencemi, lze ho vnímat jako volání o pomoc.

První dva suicidální pokusy Kristýna plánovala, čas i suicidální strategie byly dopředu stanoveny a promyšleny, tj. šlo o suicidální tendence. Za suicidální způsob zvolila měkkou metodu suicidia, konkrétně orální užití medikamentů a to zejména z důvodu nejmenší bolestivosti a invazivnosti. V druhém případě byla tato metoda zkombinována s řeznými ranami na zápěstí s cílem zmaximalizovat úspěšnost záměru.

Další suicidální pokus, konkrétně pokus o škrcení, byl impulzivní, bez předem promyšleného plánu. Jelikož byl proveden v dosahu jiných osob, v prostředí psychiatrické léčebny, lze uvažovat o demonstrativním záměru. Mohlo se jednat také o radikálnější

automutilační akt. Pokud jde o úmysl ukončit svůj život skokem z mostu, šlo také o impulsivní akt.

Co se týká suicidální motivace, Kristýna jako motiv uváděla touhu přejít do jiného stavu bytí. Neboť však posmrtný život představoval pro Kristýnu život šťastný, lze předpokládat, že ve hře byl celý řetězec okolností a příčin spojujících se v nespokojenost se stávajícím životem. Určitou roli zde sehrály zejména hádky s rodiči, pocity osamělosti, smutná nálada, úzkost a strach z budoucnosti, konkrétně ze vstupu na novou střední školu (strach ze šikany, se kterou se setkala na základní škole). Jelikož první tentamen suicidii se odehrál na konci měsíce srpna, lze předpokládat, že blížící se přechod na SŠ mohl být jedním z klíčových motivů.

Vystupuje zde ještě jeden motiv, který nemusí být plně uvědomovaný. Jak Kristýna uvedla, v době před prvním suicidálním pokusem měla dojem, že ji matka nenávidí, že by se rodičům její smrtí značně ulevilo. Suicidium zde tak mohlo zčásti vystupovat jako sebepotrestání či snaha zbavit rodiče starostí svým trvalým odchodem.

Lze též uvažovat o nevědomé motivaci, konkrétně hostilitě a vzteku pociťovanými vůči rodičům, které jsou důsledkem snahy vymanit se ze závislého vztahu.

Vzhledem k suicidálnímu chování je u této dívky důležité zmínit její koncept smrti. V souvislosti s bílou magií, kterou se Kristýna zabývala, si přibližně v období počátečního vynořování suicidálních myšlenek vykonstruovala pojetí smrti jako vstupní brány do nového života, kde zůstane sama sebou, pouze v astrální podobě. Tento posmrtný život byl v jejím pojetí veskrze pozitivní. Kristýna by v něm zažívala pocity hodnoty sebe sama. Lze se domnívat, že tyto fantazie pro Kristýnu představovaly na jedné straně únik od tíživých pocitů, rodinných konfliktů a situace nepřijetí vrstevníky, na straně druhé usnadnily její rozhodnutí, zesilovaly suicidální úmysl.

V případě Kristýny si můžeme povšimnout, že si myšlenku na smrt postupně začleňovala do hierarchie svých životních hodnot, až smrt postupně zaujala pozici velice silnou. Smrt byla zprvu začleňována do kontextu života jen ve fantazii. Fantazie se týkala představ o vlastní smrti, následném posmrtném životě, později představ suicidia a nakonec se týkaly promýšlení suicidálního děje.

Vzhledem ke suicidálnímu chování je v případě Kristýny nezbytné zmínit také četné sebepoškozování objevující se během obou hospitalizací, jejichž cílem bylo snížení tenze. Jelikož se toto chování vyskytlo na psychiatrickém oddělení, mimo ně se nevyskytovalo a ani v současné době se nevyskytuje, šlo dle mého názoru o psychickou nákazu. S tímto názorem

koresponduje také Kristýnina výpověď, že sebepoškozování začala praktikovat na radu jiné pacientky, dále na základě vlastního pozorování.

Daniel

U Daniela se setkáváme se dvěma formami suicidálního jednání – suicidálními myšlenkami a suicidálními pokusy.

První suicidální pokus lze považovat za impulzivní reakci, za zkratkovité suicidální jednání. Suicidální aktivita byla v Danielově případě řešením, jak se co nejrychleji vymanit z obtížné sociální situace, jak se vyhnout subjektivně negativním emocím. Lze předpokládat, že cílem suicidální chování bylo učinit tak co nejrychleji a nejpříjemněji, bez zamyšlení se nad jinými alternativami. Suicidálnímu pokusu předcházela emočně náročná situace trvající dva dny. V této době byl Daniel terčem útoků téměř celé rodiny. Za spouštěcí událost lze u tohoto tentamen suicidii považovat výrok tety (Daniel byl označen za *„parchanta, kterýho nechtěj ani vlastní rodiče a není se čemu divit.“*), který se dotkl Danielova citlivého místa a to jeho vztahů s rodiči. Tento pokus lze pokládat za emoční reakci na stres. Přestože Daniel cítil lítost nad nezdařeným pokusem, nebyl hospitalizován.

Zhruba dva měsíce před druhým suicidálním pokusem se Daniel začal zabývat suicidálními myšlenkami. Převážně se tyto myšlenky týkaly představ o vlastní smrti. V této době prožíval Daniel také fantazie o smrti své matky a své tety, které v něm vyvolávaly výčitky svědomí. Jeho představy zahrnovaly jak autoagresivní, tak heteroagresivní prvky. Se suicidálními tendencemi, kdy by došlo k propojení přání zemřít a volní složky, tj. k přípravě a realizaci plánu, se u Daniela nesetkáváme.

Druhý suicidální pokus opět následoval po konfliktu v rodině. Jeho cílem byl únik z nepříznivé sociální situace. Cílem tohoto sebepoškozujícího aktu bylo zemřít, za spouštěcí událost lze pokládat hádku s tetou.

V obou případech zvolil Daniel měkkou metodu, tj. požití medikamentů a to z důvodu jejich snadné přístupnosti.

Co se týká suicidální motivace lze v Danielově případě uvažovat o komplexu propojených motivů a okolností. Vědomou a proklamovanou motivací je zde únik ze stresujících sociálních situací. Únik z citově chladného emočního prostředí, ve kterém Daniel poslední rok a půl přebýval, a kde jak se vyjádřil, se cítil *„svázaný a cizí“*.

V dopise adresovaném této rodině je patrná značná nenávist, zlost a agresivita. Daniel v něm expresivně vyjádřil názory na své obtíže, přisoudil této rodině vinu za jím zrealizované

suicidální chování. Lze proto předpokládat, přestože Daniel tuto domněnku neguje, že suicidální pokus mohl být aktem pomsty, trestem okolí.

U Daniela můžeme nalézt také nevědomou motivaci a to v první řadě neuspokojivé emoční pouto s biologickými rodiči, zejména s matkou, ke které chová Daniel ambivalentní pocity. Na jedné straně u Daniela stojí touha po matčině lásce a přízni, na straně druhé vztek a hostilita, neboť potřeba lásky není naplňována. Lze se domnívat, že se tato heteroagresivita, která je ohrožující a nemůže být realizována, mohla obrátit v autoagresivitu. V pozadí by mohla stát touha pomstít se objektu (v tomto případě matce), který je prožíván jako frustrující.

Důležitý je také koncept smrti, který u Daniela nacházíme. Jak již jsem se výše zmínila (viz 12.5.1 suicidální myšlenky) a jak je patrné z dopisu na rozloučenou pro Danielovu kamarádku Jitku, věří tento adolescent v posmrtný život, ve kterém nalezne klid a mír, a ve kterém se setká se zemřelými osobami.

Pokud jde o poruchy chování, které se u Daniela začaly výrazněji projevovat přibližně v 1. ročníku na víceletém gymnáziu, mohly bychom je vnímat jako předzvěst suicidálního chování, neboť v jejich pozadí stojí impulzivita a nerovnoměrný vývoj osobnosti. Mohlo by se jednat také o zvrat zlosti a agrese obrácené proti sobě v agresivitu a impulzivní podrážděnost vůči okolí, zejména vůči autoritě.

16.3 Shrnutí případů

Nyní se zaměřím na přehled nejpodstatnějších rizikových faktorů, které jsem v anamnéze nalezla a informací zjištěných o podstatě suicidálního chování.

Kristýna

V anamnéze Kristýny nalezneme řadu nespecificky působících rizikových faktorů. Jde o dívku s nepříznivými faktory v rodinném prostředí, která je dlouhodobě hůře adaptovaná zejména na vrstevnické prostředí, v němž se necítí přijímaná. Její zájem o magii může mít ráz emočního úniku a také zhoršuje testování hranice fantazie a reality (víra v posmrtný život, reinkarnaci). V tomto případě však může jít také o řešení světonázorových otázek pro období dospívání typických.

U Kristýny se setkáváme s následujícími formami suicidálního chování – suicidálními myšlenkami, suicidálním tendencemi a suicidálními pokusy. V případě této dívky lze usuzovat na presuicidální sny s tématikou vlastní smrti. U Kristýny nacházíme typický suicidální vývoj, zahrnující suicidální nápad, rozhodování o jeho uskutečnění a suicidální

pokus. Pokud jde o bazální suicidální motivaci, lze jmenovat snahu o únik z neuspokojivého života.

Není bez významu zdůraznit, že během celé doby první hospitalizace v DPK FN Motol a během více než dvou třetin pobytu v PLB, se Kristýna vážně zabývala suicidálními záměry a to i přes odbornou péči, která jí byla poskytnuta. Nedošlo u ní ke změně postoje k sebevraždě jako způsobu řešení problémů, nedošlo ke zmírnění existujících rizikových faktorů. Její záměr zvolit si život byl motivován spíše ohledy k rodičům než skutečnou vůlí k životu.

Daniel

Jde o chlapce s krizí identity, s masivní nejistotou ve vnějších vztazích. Daniel často volí únikové reakce, mezi než patří kromě útěků z domova také suicidální aktivita.

V Danielově anamnéze nalezneme řadu nespecificky působících rizikových faktorů. Zejména jde o nedostatečné kladné emoční přijetí ze strany chlapcovy rodiny, tj. v podstatě o citovou deprivaci, pocit izolace, dále ztrátu možnosti realizace jeho schopností a přátelských pout. Významné je dysforické ladění a impulzivita.

U Daniela jsme se setkaly s následujícími formami suicidálního jednání – suicidálními myšlenkami a suicidálními pokusy. Problémy v chování datující se cca 5 let před suicidálním pokusem, mohou být předzvěstí suicidálního pokusu, výrazem zvratu agresivity pociťované vůči vlastní osobě směrem k okolí.

17. Diskuse dat

V této části práce shrnu a podrobněji rozpracuji názory nastíněné v oddílech rozbor případu. Nejprve se orientuji na okolnosti a faktory, které pokládám vzhledem k suicidálnímu chování za nespecificky působící, poté na samotné suicidální chování.

Co se týká rizikových faktorů za společné u obou adolescentů pokládám určité osobnostní charakteristiky, diagnostikovanou poruchu osobnosti, disharmonické rodinné prostředí, tentamen suicidií v rodinné anamnéze, absenci přátelské vazby a opakovaný suicidální pokus. V případě Kristýny se dále orientuji na dlouhodobý pobyt v ústavních zařízeních, alkoholismus její matky, prožité šikanování a stres v posledním ročníku na základní škole; u Daniela na odmítnutí ze strany matky, emočně neuspokojivé prostředí v rodině, ve které poslední dva roky pobýval a ztíženou možnost seberealizace.

Pokud se zaměříme na osobnostní charakteristiky, výrazně do popředí u obou dvou adolescentů vystupuje nízké sebehodnocení. Domnívám se, že v suicidálním chování má

sebehodnocení prvořadý význam. Dle mého názoru je prožitek nedostatečné hodnoty sebe sama klíčový, neboť smysl života nemůže být vytvořen bez hodnotového postoje k vlastní osobě. Zde se opírám o tvrzení Viewegha (1996), dle kterého hodnotový prožitek vlastního já (sebehodnocení) zprostředkovává ústřední zážitek smysluplnosti nebo nesmysluplnosti života.

V tomto momentě je nezbytné položit si otázku, jak konkrétně může nízké sebehodnocení přispět k suicidálnímu chování. Předpokládám, že člověk s nízkým sebehodnocením, který nevěří ve svoji schopnost adekvátně vyřešit problémovou situaci, může reagovat únikem, v extrémním případě únikem suicidálním. Podporu této hypotézy nacházíme v pojetí Řehůlkové (1982), dle níž jedinci se sníženým sebehodnocením často zátěžové situace předem vzdávají, aniž by je zvážili a posoudili, aniž by se je pokusili řešit. Raději od nich utíkají, neboť jsou plně přesvědčeni o své neschopnosti učinit cokoliv a proto raději nechávají jednat druhé. Neřešené situace se pak hromadí a přerůstají do situací řešitelných jen s velkým vypětím, při nichž selhávají i adekvátní obranné mechanismy.

V osobnosti sledovaných adolescentů vystupují také společné rysy impulzivity, tenze, dysforického prožívání. U obou je evidentní pocit osamělosti. Tenze jako napětí ovlivněné interakcí osob či vnitřních nebo vnějších vlivů (ve formě zjevné či skryté agresivity, intrapsychického či interpersonálního konfliktu a jiné) a impulzivita jako sklon jednat náhle a bez rozvahy na podkladě silného vnitřního popudu, které za významné psychologické vlivy pokládá mimo jiné Herman (2004), mohou svoji povahou v koincidenci s dalšími vlivy vést ke zkratkovitému suicidálnímu jednání. Dysforické prožívání, neboť působí negativně na celkové vnímání vztahů i situací, bývá dle Read a Purse (2006) spojeno s vyšším rizikem suicidality. Také vnitřní osamocenost, tj. pocit osamělosti je dle mého mínění výrazným momentem v osobnostním ladění obou suicidálních adolescentů. Zde se mohu opřít o tvrzení Řehůlkové (1982) dle níž vnitřní osamocenost, pocit, že nejste viděn, vnímán a slyšen, provokuje nutně prožitek úplného znehodnocení. Plné potvrzení člověka druhými lidmi je ideální možností, která se téměř nikdy nerealizuje. Prakticky jde jen o určitou míru tohoto potvrzení, pro subjekt však nezbytnou.

V případě suicidálního chování v adolescenci je však třeba vzíti v úvahu některé rysy typické pro toto období. Jak jsem se výše zmínila, u obou adolescentů nacházíme emocionální instabilitu a impulzivitu. Ta je však laděním pro toto období typickým. Dle Příhody (1967) lze časnou adolescenci pokládat za čas zvýšené emoční lability, posunům nálad k negativním rozladám, období krizí a pocitových zvratů. Také nízké sebehodnocení může být v některých fázích spíše výrazem adolescentního vývoje. Například dle Švancary (1975) je

sebehodnocení v tomto období kolísavé, sebecit labilní. Nelze vyloučit, že výskyt afektivní lability, dysforické tendence, impulzivity či nízkého sebehodnocení u obou adolescentů může být pouze výrazem tohoto období. Dle mého názoru jde však o trvalejší osobnostní charakteristiky, které ať již jde o frekventovanější adolescentní profil či nikoliv, je třeba vzít vzhledem k suicidálnímu chování sledovaných adolescentů v potaz.

Za rizikový nespecifický faktor pokládám v souladu s Koutkem a Kocourkovou (2003) též emočně nestabilní poruchu osobnosti hraničního typu u Kristýny a disharmonický vývoj osobnosti s emočně nestabilními rysy v případě Daniela. Souhlasím s Pavlovským (2001), který u těchto poruch osobnosti poukazuje na časté suicidální pokusy. Dle mého názoru, ve shodě s míněním Horta (2000), k tomu přispívá zejména impulzivita, nízká sebekontrola, nevypočitatelnost nálady u emočně nestabilní poruchy a chronický pocit prázdnoty u hraničního typu. U Daniela je také významná diagnostikovaná smíšená porucha chování a emocí, která je dle Malé (2000) mimo jiné charakteristická úzkostí a derealizací. Zvýšená hladina úzkosti přispívá k negativnímu emocionálnímu ladění a k anticipujícím obavám z nadcházejících událostí, derealizace ve smyslu zhoršeného testování mezi fantazií a realitou (nacházíme i u Kristýny) může ovlivnit rozlišování mezi vlastními fantaziemi a představami a realitou. Tyto okolnosti pak mohou v kumulaci s jinými faktory být vzhledem k suicidalitě také faktorem rizikovým.

U adolescentní dívky i u adolescentního chlapce nacházíme disharmonické rodinné prostředí, zahrnující v obou případech ztrátu biologického otce v raném věku a rodinnou atmosféru naplněnou konflikty mezi biologickými rodiči a jejich partnery (u Kristýny v raném věku také mezi matkou a babičkou). Takovéto prostředí lze nazvat situací broken home, která představuje faktor působící pozitivně ve směru výskytu suicidálního chování. Dítě a dospívající vyrůstající v nesouladném prostředí, může pociťovat vinu za probíhající hádky, zvýšenou míru tenze, stát se emocionálně nevyrovnaným, což koresponduje s diagnostikovanou emočně nestabilní poruchou osobnosti u Kristýny a disharmonickým vývojem osobnosti s emočně nestabilními rysy u Daniela. Tato moje domněnka se shoduje s názorem Stengla (1964, s. 47), který předpokládá, že *„situace „broken home" v dětství má vliv na utváření osobnosti ve směru emoční i sociální instability, která predisponuje jedince k různým druhům krizí směřujícím ve svém výsledku až k suicidální aktivitě."*

Dalším společným znakem je tentamen suicidii, který nalézáme v rodinných anamnézách u dospívající dívky i dospívajícího chlapce. V obou případech jde o suicidální aktivitu na straně matek, u Daniela také na straně babičky po maternální linii. Lze se domnívat, že suicidální chování vyskytující se u mateřských osob, je rizikovým faktorem pro

výskyt suicidality u jejich potomků. S tím korespondují závěry americké longitudální studie Lieba, Bronische, Hoflera et al. (2005), která sledovala 933 adolescentů. V této studii ve srovnání s potomky matek bez suicidality vykazovali adolescenti, jejichž matky měly v anamnéze výskyt suicidálních myšlenek a suicidálních pokusů, signifikantně vyšší riziko suicidality. Otázkou zůstává, zda je vyšší míra suicidální aktivity u potomků suicidálních matek důsledkem heredity, či zda může být ovlivněna určitými výchovnými postoji či rysy osobnosti.

V případě Kristýny i v případě Daniela nalézáme v době před suicidálními pokusy subjektivní pocit nedostatku přátelství. Pocit, že nemám blízkou osobu, které bych se mohl svěřit, se kterou bych mohl sdílet své prožitky i zájmy, může stupňovat pocit osamělosti. Toto tvrzení podporuje Příhoda (1967), který se domnívá, že přátelství v tomto období představuje ochranu před osamělostí. U Daniela, pokud vezmeme v úvahu poznatky Hendina (1985), by frustrace takovýchto vztahů mohla snadno rekapitulovat intenzivní prožitek nešťastnosti, který zažíval ve svých prvotních intenzivních vztazích k rodičovským postavám. Tento pocit dle Hendina představuje předchůdce suicidality.

Za jeden z nejzávažnějších znaků vzhledem k suicidálnímu riziku pokládám v anamnéze u obou dvou adolescentů opětovně realizovaný suicidální pokus. Domnívám se, že v tomto případě může suicidální aktivita představovat způsob řešení náročných životních situací, který se díky svému opětovnému provedení mohl zafixovat a může tudíž být v subjektivně neřešitelné situaci opětovně zvolen. Nezanedbatelným se v této souvislosti jeví také to, že další suicidální aktivita by mohla mít letální důsledky, neboť by mohlo dojít ke stupňování zvolených podmínek suicidální aktivity (volba místa, času i způsobu). Také Koutek a Kocourková (2004) pokládají předcházející suicidální pokus, jak v dětství a dospívání, tak i v dospělosti za významný rizikový faktor.

V případě Kristýny nelze pohlížet bez významu na dlouhodobý pobyt v ústavních zařízeních, který ji neumožnil vytvořit si v raném věku bezpečnou vazbu k rodičovské osobě. Ve shodě s Stenglem (1964) se domnívám, že nedostatek blízkého vztahu k rodičovské postavě v dětství, může mít později negativní vliv na schopnost osoby navazovat blízké vztahy k druhým lidem. Tito jedinci jsou pak více ohroženi sociální izolací, která představuje jeden z významných suicidálních motivů.

Dále předpokládám, že absence pevné emocionální vazby v Kristýnině raném věku, neumožnila vytvořit si představu bezpečného světa a schopnosti v tomto světě obstát, tj. adekvátně se vyrovnávat s jeho nároky. Zde se opírám o poznatky Yiu-Kee Chana (1994, s. 283), který se domnívá, že *„nepřítomnost vazby s primární osobou v dětství může narušit*

strukturu a organizaci dětského světa a pocit bezpečí. Dítě nemá bezpečnou emocionální základnu k tomu, aby si vytvořilo dostatečné self kompetence potřebné k vyrovnávání se s proměnlivostí světa." Dle jeho názoru s větší pravděpodobností takovéto děti zažívají pocity beznaděje, které představují faktor vzhledem k suicidálnímu chování velmi významný.

Také odmítnutí rodičů vzít si Kristýnu z PLB domů se jeví jako významný činitel. Můžeme zde vnímat určitou ambivalenci, na jedné straně prezentovanou lásku a péči, na straně druhé únik od odpovědnosti za dceru a zřeknutí se jí. Nacházíme zde nedostatek nepodmíněného pozitivního přijetí, pro pocit hodnoty člověka tak podstatného. Dle Vymětala ambivalentní postoje rodičů k dítěti *„dítě znejišťují, vyvolávají v něm zmatek, protože dítě neví na čem vlastně je , co se od něj požaduje, a jsou-li dlouhodobé, vedou nejčastěji k úzkosti.*" (Vymětal 2004, s. 118). Kristýnina reakce na střídavé připoutávání a odmítání, tj. automutilační aktivita a demonstrativní suicidální chování může naznačovat, jakou cestu může k řešení podobných situací volit (zejména k redukci úzkosti a snížení tenze) i jak významné se vzhledem k psychickému stavu této dívky takovýto rodičovský akt jeví. Odmítnutím ze strany rodičů suicidálních adolescentů, které nacházíme také u Jacobse a Teichera (1967), se budu podrobněji zabývat v souvislosti s adolescentním chlapcem.

I alkoholismus Kristýniny matky lze pokládat za jeden ze spouštěčů suicidálního chování a lze ho tedy považovat za nespecifický rizikový faktor. Jak již jsem se výše zmínila, během období, kdy Kristýnina matka alkoholu propadla, u ní nenacházela emoční podporu, kterou nemohl suplovat ani vztah s nevlastním otcem postrádající pocit blízkosti. Předpokládám, že tato situace mohla přispět k pocitu osamělosti, vyšší míře napětí a dysforickému prožívání. V tomto bodě se mohu opřít o zjištění Bergera (1993), dle jehož mínění se u mnoha dětí, jejichž rodiče jsou alkoholici, setkáme s osamělostí, chronickou depresí, prožitky beznaděje.

U Kristýny je velice důležitá prožitá šikana. Šikanování výrazně přispělo k pocitům osamocenosti, bezvýchodnosti, k negativnímu sebepojetí. Tato moje domněnka koresponduje s Kolářem (1997), dle kterého dochází u „mírně" šikanovaných obětí (tzv. subtilní násilí – izolace, verbální urážky, útoky, ponižování...) k frustraci, poruchám sebehodnocení, negativnímu sebepojetí, nejistotě a stálému strachu, pocitu „nikdo mě nemá rád", pocitu bezmoci, ponížení, vlastní ubohosti. Tyto pocity pak mohou vést až k sebevraždě. Domnívám se, že nadcházející přestup na střední školu a strach před možností opětovně prožívaného šikanování, představoval pro Kristýnu vzhledem k suicidalitě impuls velmi významný.

Co se týká školní anamnézy podstatnou okolností může být také stres z nadcházejících přijímacích zkoušek, který Kristýna zažívala v 9. třídě. Jak uvedla, v té době měla problémy

s usínáním, trpěla úzkostmi. Dle mého názoru mohou psychické reakce na stres, jak je uvádí Vágnerová (1999, s. 35) zejména *„úzkost, kdy člověk reaguje pocitem napětí a obav z nějakého, blíže neurčeného ohrožení a deprese, tj. smutek jako reakce na pocit neřešitelnosti určité zátěžové situace"* (pozn. deprese jako reakce na prožívanou šikanu) také představovat nespecifický rizikový faktor.

U Daniela nalézáme odmítnutí ze strany matky, nedostatečný zájem a insuficientní emocionální blízkost. V případě tohoto chlapce lze dále uvažovat o hostilitě ze strany matky, která však není otevřeně vyjádřena, je relativně potlačována (příklad hostility vůči synovy je vyjádřen v oslovení *„parchant"* in 12.2. osobní anamnéza). Souhlasné výsledky nacházíme u Jacobse a Teichera (1967), kteří u suicidálních adolescentů nalezli nedostatek emocionální blízkosti ze strany rodičů. V rodinách suicidálních dětí a dospívajících jsou dle jejich zjištění běžná odmítnutí, zlost a hostilita, nedostatek intimity, spontaneity a uzavřenost. Takovéto pocity mohou podle mého názoru ve svém důsledku vést k zážitku nechtěného dítěte, k přesvědčení o nízké hodnotě sebe sama. Potvrzení tohoto názoru nacházíme v určité modifikaci například u Sabbatha (1969), který u suicidálních adolescentů předpokládá prožitek snadno postradatelného, nahraditelného dítěte.

Zážitek nedostatečně hodnotného člena rodiny mohou dále umocňovat výroky Danielovy matky vyjadřující negativní pocity vzhledem k jeho narození. Dle Frankla a Kranzové mohou tyto výroky vést k tomu, že *„...si děti z takovýchto rodin mohou často připadat jako nechtěné. Takové děti se mohou cítit tak provinile za to, že zlobily , že když se dostaví silný zážitek – láska, vztek, nadšení nebo i smutek – tak také cítí vinu."* (Frankl; Kranzová 1998, s. 94).

V případě Daniela není bez významu emočně neuspokojivé prostředí, které pociťoval v rodině své tety. Jeho suicidální pokusy bychom pak ve shodě se Stengelem (1964) mohli chápat jako volání po změně ve vztazích, které se pro něj staly nesnesitelné. Pokus se tak stává krajním prostředkem, jak docílit něčeho, co se nepodařilo dosáhnout přiměřenými způsoby.

U tohoto adolescentního chlapce lze v souladu s názorem psycholožky, která ho měla v péči během jeho pobytu v PLB, usuzovat na citovou deprivaci. O té vypovídá pocit izolace, nedostatečné emoční pouto s matkou, která se datuje dle Daniela již do období jeho dětství, i označení vztahů se všemi dospělými v rodině za minimální, z výraznou hostilitou (viz údaje z kazuistiky a ADOR). Tyto skutečnosti by korespondovaly s pojetím citové deprivace dle Langmeiera a Matějčka (1974, s. 22) jako neuspokojením potřeby citové jistoty a bezpečí *„v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu."* Lze předpokládat, ve shodě s míněním

Vágnerové (1999), že citová deprivace určitým způsobem ovlivnila vývoj jeho osobnosti. A to konkrétně ve směru negativního sebepojetí i sebehodnocení, nedostatečného pocitu jistoty a bezpečí, nedostatečné sebedůvěry v sociálních situacích. Tyto výsledky korespondují s výsledky rozhovoru i psychologického vyšetření. Lze však namítnout, že citová deprivace má nejzávažnější následky, pokud proběhla v raném dětství. A tedy, že k takovémuto závěru nemáme dostatečné informace, popřípadě, že Danielovo vnímání kvality těchto vazeb je velice ovlivněno současnou situací i citovým rozpoložením, tj. posuzováním minulosti z nynější perspektivy. Avšak domnívám se, že nedostatečné emoční pouto k rodičovským postavám i během dospívání negativně ovlivňuje formování identity.

Dále je nutné poukázat na přechod z gymnázia do učebního oboru zcela neodpovídajícímu Danielovu intelektu v pásmu vyššího průměru i velmi dobrým školním výsledkům. Nemožnost rozvíjet prostřednictvím školního vzdělávání své schopnosti, stejně jako ztráta perspektivy budoucího uspokojivého zaměstnání může být faktorem vzhledem k suicidalitě poměrně rizikovým. Důležité je také uvědomit si, že dle Příhody (1967, s. 74) *„tři nebo čtyři pětiletí vlastního života nepostačí ještě k tomu, aby si člověk mohl plně promyslit a uvědomit celoživotní perspektivu. Jeví se tu častý regres k dětskému prezentismu. Těžká přítomnost se izoluje od celku života.“*

Nezbytné je pozastavit se nad pocity k druhým lidem, které Daniel prožíval v době před suicidálním pokusem. Podstatná je jeho výpověď, ve které uvedl, že v době suicidálních myšlenek zažíval také fantazie o smrti své tety a matky, za což cítil výčitky svědomí, pocity viny. Dále uvedl, že vůči matce a tetě vnímal hostilní pocity. S tím koresponduje předpoklad Hendina (1991), že u suicidálních adolescentů dominují pocity zoufalství, pocity beznaděje, pocity viny a vztek. Hostilní komponenta může být vědomě i nevědomě zaměřena proti rodičovským postavám a může se vyskytnout například ve snech. Jak už jsem se výše zmínila, dle mého názoru mohlo dojít k obrácení agrese pociťované vůči těmto osobám proti své osobě, přeměnu ohrožující heteroagresivity v autoagresivitu.

Nyní se zaměřím na samotné suicidální chování. Pozastavím se u forem, které jsem u sledovaných adolescentů odkryla. Zaměřím se na suicidální chování jako proces, na suicidální motivaci i koncept smrti.

U Kristýny nalézáme následující formy suicidálního chování – suicidální myšlenky datující se přibližně dva měsíce před suicidálním pokusem, suicidální tendence a suicidální pokusy. V případě Daniela se setkáváme se suicidálními myšlenkami a suicidálními pokusy.

Toto zjištění se plně shoduje s formami suicidálního chování, jak je uvádí Koutek a Kocourková (1993).

V tomto momentě je však nezbytné podotknout, že samotný výskyt suicidálních myšlenek a přání zemřít nemusí vždy vést až k suicidálnímu jednání. O tom vypovídají výsledky studie Gláslové, Paclta a Morcínka (2000) zahrnující respondenty normální neklinické populace ve věku 13-15 let (celkem 296 dotázaných), kdy na otázku *„přemýšlím o tom, že bych se zabil/a, ale neudělal/a bych to“* , odpovědělo kladně 27% chlapců a 35% dívek.

Také Vymětal (2004, s. 61) se domnívá, že řešení obtížné situace na úrovni suicidálních fantazií *„nebývá v období dospívání žádnou vzácností, neboť mládež je emočně labilní a má sklon ke zkratkovitému myšlení a jednání.“*

Co se týká suicidálního chování základní rozdíl mezi sledovanými adolescenty nalezneme v aktu suicidálního pokusu. U Kristýny šlo v prvních případech o promyšlený čin, u Daniela v obou případech spíše o zkratkovité impulzivní jednání.

Zkratkovité jednání v případě Daniela koresponduje s jeho poruchami chování, které vypovídají o impulzivitě a nerovnoměrném vývoji osobnosti, a které mohly představovat předzvěst suicidální aktivity. O neuvážlivém, zkratkovitém charakteru suicidií hovoří také Student a Žukov. V Danielově případě by se dalo ve shodě s těmito autory uvažovat také o *„ typickém zvratu zlosti a agrese obrácené proti sobě (anger-in) v agresivitu vůči okolí (anger-out), zejména vůči rodičům. Může také přejít v difúzní agresivitu spojenou s impulzivitou, podrážděností, disociální aktivitou a provokativním chováním, zvláště vůči autoritě. Často předcházejí školní neúspěchy a záškoláctví.“* (Student; Žukov 2001, s. 529). V podstatě podobný názor nacházíme u Řehůlkové (1982), dle které mohou být poruchy chování výrazem negativního vztahu k vlastní osobě, maskované depresivní symptomatologie.

Musíme však vzít v úvahu, že problémové chování mohlo být důsledkem diagnostikované smíšené poruchy chování a emocí, popřípadě odrazem psychologických charakteristik pro toto vývojové období příznačných, kdy jsou dle Langmeiera a Krejčířové typické konflikty s rodiči a může dojít ke zhoršení prospěchu, neboť *„obtíže při koncentraci pozornosti spojené s emoční nestálostí ztěžují často soustavné učení a nezřídka dochází k výkyvům ve školním prospěchu.“* (Langmeier; Krejčířová 1998, s. 143).

Pokud se orientujeme na suicidální proces, v případě adolescentní dívky lze nalézt fáze suicidálního vývoje, jak je uvádí Klimpl (1998), tj. období, kdy sebevražda vystupuje jako

možnost řešení problémů, období konfrontace a období uklidnění završené suicidálním pokusem.

U adolescentního chlapce nacházíme spouštěcí, vyvolávací událost, které Frankl a Kranzová (1998) považují za nějakou konkrétní příhodu, která může sebevraždu vyvolat. V Danielově případě by u obou suicidálních pokusů šlo o obvinění z prohřešku následované hádkou s tetou.

Nyní se zaměříme na suicidální motivaci. Kristýna uvedla motiv následující: *„přechod do jiného stavu bytí."* Tento výrok je výrazem nespokojenosti se životem a touhy po životě lepším, která by suicidální motivaci vyjadřovala. Určitou roli mohly sehrát hádky s rodiči, osamělost a strach ze vstupu na novou školu. V podstatě bychom tento motiv mohli označit za snahu uniknout ze subjektivně tíživé životní situace. Dle mého názoru bychom zde nalezli také další motiv a to konkrétně ve shodě s Černým (1970, s. 19) *„snahu zbavit vychovatele starostí svým trvalým odchodem."*

Vzhledem k motivaci, přichází u Kristýny v úvahu také motivace nevědomá. Jak uvedla psycholožka z PLB, u které byla Kristýna v péči, spatřovala ve vztahu Kristýny k rodičům silnou závislost. Snaha vymanit se z této závislosti by pak mohla provokovat pocity, které by eventuelně mohly suicidální aktivitu spustit. Dle Kocourkové a Koutka (1996, s. 535) *„... je riziko suicidálního chování adolescenta tam, kde je ztížený separační vývojový proces a kde u adolescenta převažuje vnitřně konfliktní a ambivalentní vazba k některému z rodičů, z níž se dospívající nemůže vymanit. Afektivní stavy, jako je vztek a hostilita, a pocity viny vůči rodičům posilují vazbu závislosti, které se adolescent brání. Suicidální chování se pak jeví jako patologické řešení."*

V Danielově případě byl proklamovaným suicidálním motivem únik z tíživé sociální situace, tj. nalézáme zde obdobný motiv jako v případě adolescentní dívky. Suicidální akt mohl být také ne zcela uvědomovanou, popřípadě také v rozhovoru neprezentovanou formou pomsty, trestu okolí. Jak konstatuje Černý (1970, s. 19) suicidium vystupuje jako pomsta v případech, *„kdy se jedinec nemůže domoci zlepšení své životní situace, splnění svých přání a požadavků."*

V Danielově dopisu na rozloučenou adresovanému rodině je zřetelně vyjádřena hostilita, jsou v něm označeni viníci jeho psychického stavu a tedy i suicidálního aktu samotného.

Pokud jde o nevědomou motivaci, respektive v tomto případě nevědomé psychodynamické procesy, lze usuzovat, jak již jsem se výše zmínila, na zvrat heteroagresivity v autoagresivitu. Danielova touha po matčině lásce byla stále frustrována,

což u něj vzbuzovalo napětí a agresivitu, kterou se snažil neuroticky potlačovat, přizpůsobovat se, chovat se, jak se má. Díky tomu vzrůstalo vnitřní napětí, které mohlo vyvrcholit spolu s vyvolávajícím momentem (hádka s tetou) až k autoagresivnímu jednání. Toto tvrzení lze podpořit názorem Freuda, dle něhož je sebedestruktivní chování *„útokem proti milovaným osobám, se kterými se jedinec identifikoval."* (Freud 1957 In Stengel 1964, s. 47) Sebedestrukce by pak byla alespoň částečně aktem vraždy, byla by výrazem zvratu vzteku a agrese zaměřené vůči druhým ke své osobě. O tom hovoří také H. Hendin (1991), který sebevraždu pokládá ve své podstatě za deviantní, skrytou a symbolickou formu vraždy nenáviděných osob. Vlastní smrt by pak byla trestem a odplatou namířenou vůči těmto osobám.

Pokud se orientujeme na suicidální aktivitu, musíme si u sledovaných adolescentů povšimnout konceptu smrti. V obou případech je posmrtný život vnímán pozitivně. Také Pfeffer (1986) se domnívá, že mnoho suicidálních dětí věří, že smrt představuje příjemný stav, kdy následuje úleva od napětí. V rozporu s našimi zjištěními u sledovaného vzorku nalezla také představu, že je to stav reverzibilní. Tento rozpor je zcela pochopitelný, neboť naše data pocházejí z adolescentního vzorku, tj. od osob o dva-tři roky starších než respondenti ze souboru Pfeffer.

Na základě uvedených dat lze předpokládat, že suicidální chování je složitým problémem, v jehož výskytu hraje roli řada okolností a faktorů, které mohou dítě a dospívajícího přivést do situace, kterou subjektivně velice těžce prožívá. Domnívám se, že klíčový stimul k suicidálnímu chování u obou adolescentů představovala snaha uniknout ze situace, ze které nenacházeli východisko. V případě Kristýny šlo zejména o konfliktní rodinné prostředí, šikanování či jeho předpoklad, dysforické ladění, osamělost i úzkostné prožívání; u Daniela o emočně neuspokojivé rodinné vazby, nenaplňující vzdělávání, dysforické ladění i osamělost. U obou dvou je tedy patrný předpoklad bezvýchodnosti situace, nedostatek subjektivně pociťované naděje ve změnu stávajících podmínek. V podstatě se tedy shoduji s Vymětalem, který předpokládá, že pokud bezvýchodná situace *„trvá delší dobu a dospívající subjektivně ztrácí naději, že se jeho situace změní, hrozí někdy nebezpečí i suicidálního jednání."* (Vymětal 2004, s. 61).

V naději ztělesňující lepší budoucnost můžeme nalézt přání a touhy, které jsou pro člověka klíčová. U našich dvou adolescentů přání nalézáme v testu tří přání (viz psychologické vyšetření), v případě adolescentní dívky jde o pocit absolutního zdraví, tj. psychický stav bez neutuchající touhy ukončit svůj život, bez všudypřítomného strachu, v případě Daniela o nalezení pocitu domova a návrat na gymnázium (k přátelům, k možnosti

seberealizace, k víře v budoucnost). Tyto touhy jsou zhmotněny v hodnotách, kteří tyto adolescenti umístili na první místo – u Kristýny – zdraví, u Daniela – láska.

Shrnutí

U adolescentů, jejichž životní příběh jsme sledovali, vystupuje do popředí řada faktorů, které pokládám za rizikové. Jejich obsahem je zejména rodinné prostředí, svět školy a vrstevníků. Důležité jsou i určité rysy osobnosti. Je zřejmé, že suicidální chování je komplexním problémem, v němž hraje roli řada faktorů a okolností.

Na základě prezentovaných dat, hypotéz i závěrů výše zmíněných se domnívám, že samotný výskyt určitých rizikových faktorů nemusí k suicidálnímu jednání vždy vést, spíše k němu může za určitých podmínek přispět. Důležitá je zejména souhra rozličných faktorů a okolností i vulnerabilita osobnosti.

Co se týká samotného suicidálního chování, formy, zvolené způsoby i suicidální proces odpovídají zjištěním autorů zabývající se suicidalitou. V případě suicidální motivace je nezbytné vzít v potaz nejenom motivaci vědomou či proklamovanou, ale také hypotetické motivy nevědomé. Důležité je zaměřit pozornost také na koncept smrti.

18. Závěr

Cílem této práce bylo zmapování rizikových faktorů a jejich vlivu na suicidální chování a představení jeho struktury a dynamiky. A to konkrétně u dvou adolescentů.

Z důvodu přehlednosti jsem práci rozdělila na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsem se věnovala koncepci suicidia v rámci vývoje společnosti a epidemiologii suicidií v České republice i ve světě. Dále jsem se zabývala pojetím smrti u dětí a dospívajících a samotným suicidálním chováním, konkrétně jeho formami, způsoby a motivy. Orientovala jsem se také na suicidální vývoj jako proces.

Podrobněji jsem se zabývala zejména faktory, které jsou vzhledem k suicidálnímu chování považovány za rizikové. Pro přehlednost jsem je rozdělila na faktory vnější a vnitřní (konkrétně psychiatrické poruchy).

Ve druhé polovině teoretické části jsem představila diagnostické prostředky užívané pro posuzování suicidálního dítěte a adolescenta, dále jsem se zaměřila na nástroje léčby zohledněné vzhledem k aktuálnímu psychickému stavu suicidálního dítěte a dospívajícího a době, před jakou byl suicidální akt spáchán. Nezbytný prostor jsem ponechala také možnostem prevence.

V závěru teoretické části jsem ze zamyslela nad společenským postojem k suicidálním jedincům a kompatibilním právním předpisům.

Praktickou část tvořily dvě kazuistiky, jejichž obsahem byl popis a rozbor případu dvou adolescentů s opakovaným suicidálním pokusem v anamnéze. V prvním případě šlo o adolescentní dívku Kristýnu, v případě druhém o adolescentního chlapce Daniela. Kazuistiky se skládaly z rodinné, osobní, školní, sociální a psychiatrické anamnézy, nedílnou součást představovaly oddíly týkající se suicidálního chování, současného stavu adolescenta (v případě dospívajícího chlapce stavu před ukončením hospitalizace), prognózy a terapeutických návrhů.

V rámci rozboru případů jsem se zabývala specifickými a nespecifickými suicidálními faktory a suicidálním chováním.

U obou dvou adolescentů jsem nalezla pouze nespecifické rizikové faktory. V jejich anamnézách se shodovaly faktory následující : určité osobnostní charakteristiky, diagnostikovaná porucha osobnosti, disharmonické rodinné prostředí, tentamen suicidií v rodinné anamnéze, absence přátelské vazby a opakovaný suicidální pokus. Pokud jde o osobnostní charakteristiky výrazně do popředí u sledovaných adolescentů vystupovalo nízké sebehodnocení, rysy impulzivity, tenze a dysforické prožívání. U Kristýny se významnou

jevila diagnostikovaná emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu, u Daniela disharmonický vývoj osobnosti s emočně nestabilními rysy a smíšená porucha chování a emocí. V případě disharmonického rodinného prostředí jsem uvažovala o situaci broken home, v případě tentamen suicidií v rodinné anamnéze o možném hereditárním vlivu. Za podstatnou jsem považovala absenci přátelské vazby jako zdroje osamělosti a opakovaný suicidální pokus jako riziko budoucí suicidální aktivity končící letálně.

V případě Kristýny jsem za další závažný faktor označila dlouhodobý pobyt v ústavních zařízeních a alkoholismus její matky, které ovlivnily zejména vytvoření primární bezpečné vazby s pečující osobou. Prožité šikanování a stres v posledním ročníku na základní škole, které vyplynuly z dat ve školní a sociální anamnéze, jsem rovněž zařadila k nespecifickým rizikovým faktorům.

V případě Daniela jsem shledala tyto nespecifické rizikové faktory - odmítnutí ze strany matky, emočně neuspokojivé prostředí v rodině, ve které poslední dva roky pobýval a ztíženou možnost seberealizace.

Co se týká suicidálního chování základní rozdíl mezi sledovanými adolescenty jsem nalezla v aktu suicidálního pokusu. U adolescentní dívky šlo v prvních případech o promyšlený čin, u adolescentního chlapce v obou případech spíše o zkratkovité impulzivní jednání, kterému předcházela spouštěcí, vyvolávací událost – hádka s tetou.

Pokud jde o formy suicidálního chování, u Kristýny byly patrné suicidální myšlenky, suicidální tendence a suicidální pokus, u Daniela suicidální myšlenky a suicidální pokus.

U adolescentní dívky jsem nalezla následující fáze suicidálního vývoje - období, kdy sebevražda vystupovala jako možnost řešení problémů, období konfrontace a období uklidnění završené suicidálním pokusem. Poruchy chování v Danielově případě můžeme pokládat za předzvěst suicidálního chování, popřípadě za zvrat agresivity pociťované vůči vlastní osobě v agresivitu zaměřenou k okolí.

U adolescentní dívky byla při prvním suicidálním pokusu použita měkká metoda suicidia, konkrétně požití prášků, při druhém suicidálním pokusu pak byla zkombinována s povrchním pořezáním. U následujících suicidálních pokusů měla v úmyslu použít tvrdou metodu suicidia (strangulaci a skok z výšky). Daniel se rozhodl pro měkkou metodu suicidia – rovněž požití medikamentů. U obou adolescentů byla měkká metoda zvolena z důvodů dostupnosti a bezbolestnosti.

Když se zaměříme na suicidální motivaci, v prvním případě byl proklamovaným motivem přechod do jiného stavu bytí, což vyjadřovalo nespokojenost se současným životem. Za hypotetický motiv jsem též označila sebepotrestání a hostilitu a vztek vůči rodičům jako

důsledek snahy vymanit se ze závislého vztahu, popřípadě zčásti také snahu zbavit vychovatele svým odchodem starostí. Ve druhém případě byl sděleným motivem únik ze stávající sociální situace. Nalezla jsem také prvky trestu okolí a přeměnu heteroagresivity v autoagresivitu.

Pokud jde o koncept smrti, u obou adolescentů do popředí vystupovala představa pozitivního posmrtného života.

Z výše prezentovaných údajů je patrné, že suicidální chování představuje složitý fenomén, ve kterém hraje roli celá řada rizikových faktorů. Tyto faktory určitým způsobem spolupůsobí a ve svém výsledku mohou být završeny suicidálním jednáním. Záleží zejména na jejich koincidenci i na přítomnosti protektivních faktorů.

Co se týká suicidálního chování, jeho formy, zvolené způsoby, suicidální proces i koncept smrti by se daly považovat za typické, nikterak se nevymykající zjištěním autorů zabývajících se suicidalitou.

19. Seznam literatury

Knižní a časopisecké zdroje :

1. ALTMAN, Z. *Test stromu-příručka.* Praha : PPP, 1998.
2. ANTONČÍKOVÁ, M.; BROKEŠOVÁ, A. Co znamená sebevražda. *Psychologie dnes.* 1999, roč. 5, č. 3, s. 8-11. ISSN 1212-9607.
3. BENDL, S. *Prevence a řešení šikany ve škole.* Praha : ISV nakladatelství, 2003. ISBN 80-86642-08-9.
4. BERGER, G. *Alcoholism and the family.* New York : Franklin Watts, 1993. ISBN 0531125483.
5. BERMAN, A.I.; SCHWARTZ, R.H. Suicide attempts among adolescent drug users. *American Journal of Diseases of Children.* 1990, vol. 114, no. 3, s. 310-314. ISSN 0002-922X.
6. BOROWSKY, I.W.; IRELAND, M.; RESNICK, M.D. Adolescent suicide attemps : risk and protectors. *Pediatrics.* 2001, vol. 107, no. 3, s. 485-493. ISSN 0031-4005.
7. BOUČEK, J. Léčba urgentních stavů a první pomoc v psychiatrii. In RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. ET AL. *Psychiatrie.* Praha : Galén a Karolinum, 2001, s. 488-500. ISBN 80-7262-140-8 (Galén), ISBN 80-246-0390-X (Karolinum).
8. BRENT, D.A.; OQUENDO, M.; BIRMAHER, B. ET AL. Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives of General Psychiatry.* 2002, vol. 59, no. 9, s. 801-807. ISSN 1214-1216.
9. CAVAIOLA, A.A.; LAVENDER, N.J. Suicidal behavior in chemically dependent adolescents. *Adolescence.* 1999, vol. 34, s. 735-744. ISSN 0001-8449.
10. COHEN, R.M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi.* Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.
11. ČERNÝ, L. *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření.* Praha : Avicenum, 1970.
12. ČEŠKOVÁ, E. Afektivní poruchy. In RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. ET AL. *Psychiatrie.* Praha : Galén a Karolinum, 2001, s. 253-273. ISBN 80-7262-140-8 (Galén), ISBN 80-246-0390-X (Karolinum).
13. DUNOVSKÝ, J.; DYTRYCH, Z.; MATĚJČEK, Z. A KOL. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě.* Praha : GRADA Publishing, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

14. FIFKOVÁ, H. Terapie dospělých osob sexuálního zneužívání v dětství. In WEISS, P. A KOL. : *Sexuální zneužívání dětí.* Praha : GRADA, 2005, s. 171-184. ISBN 80-247-0929-5.
15. FISCHER, J. A KOL. *Dětská psychiatrie pro mediky a lékaře.* Praha : Avicenum, 1963.
16. FONAGY, P.; TARGET, M. *Psychoanalytické teorie : perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie.* Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-993-3.
17. FRANKEL, B.; KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách.* Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 1998.
18. HAWTON, K.; FAGG, J.; PLATT, S. ET AL. Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *British Medical Journal.* 1993, vol. 306, no. 6, s. 1641-1644. ISSN 0959-8146.
19. HENDIN, H. Psychodynamics of suicide, with particular reference to young. *American Journal of Psychiatry.* 1991, vol. 148, no. 9, s. 1150-1158. ISSN 0002-953X.
20. HENDIN, H. Suicide among young : Psychodynamics and demography. In PECK, M.L.; FARBEROW, N.L.; LITMAN, R.E. (eds.) : *Youth suicide.* New York : Springer Publishing Company, 1985.
21. HORT, VL. Disharmonický vývoj osobnosti. In HORT, VL.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. A KOL. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha: Portál, 2000, s. 325-342. ISBN 80-7178-4729-9.
22. HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. *Psychiatrie.* Praha : Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.
23. HRDLIČKA, M. Psychofarmaka a biologické léčebné metody. In HORT, VL.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. A KOL. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha : Portál, 2000, s. 421-458. ISBN 80-7178-4729-9.
24. CHALOUPKA, L. *Úvod do sociální patologie. Sebevražednost dětí a mládeže.* Praha : Univerzita Karlova, 1983.
25. JACOBS, H.; TEICHER, J. Broken homes and social isolation in attempted suicides of adolescents. *International Journal of Social Psychiatry.* 1967, vol. 13, no. 2, s. 139-149. ISSN 0020-7640.
26. KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní : typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence.* Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-365-X.

27. KLIMPL, P. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci.* Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-324-3.

28. KONDÁŠ, O. *Klinická psychológia.* Martin : Osveta, 1977.

29. KOCOURKOVÁ, J. Specifika rozhovoru s dítětem, adolescentem a rodinou. In HORT, VL.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. A KOL. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha : Portál, 2000, 55-59. ISBN 80-7178-4729-9.

30. KOCOURKOVÁ, J. A KOL. *Problémy psychického vývoje a osobnosti.* Praha : Academia, 1978.

31. KOCOURKOVÁ, J. ET AL. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání.* Praha : Galén, 1997. ISBN 80-85824-51-5.

32. KOCOURKOVÁ, J.; KOUTEK, J. Psychodynamické aspekty agrese suicidálního chování v adolescenci. *Československá psychologie.* 1996, roč. XL, č. 6, s. 534-537. ISSN 0009-062X.

33. KOLÁŘ, M. *Skrytý svět šikanování ve školách.* Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-123-1.

34. KOUTEK, J. Suicidalita v dětství a adolescenci. In HORT, VL.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. A KOL. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha: Portál, 2000, s. 405-409. ISBN 80-7178-4729-9.

35. KOUTEK, J.; KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování : současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících.* Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.

36. KRCH, F.D. A KOL. *Poruchy příjmu potravy : vymezení a terapie.* Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-627-7.

37. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie.* 3. přepracované a doplněné vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X.

38. LANGMEIER, J.; MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství.* 3. doplněné vyd. Praha : Avicenum, 1974.

39. LEVY, J.C.; DEYKIN, E.Y. Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence. *American Journal of Psychiatry.* 1989, vol. 146, no. 11, s. 1462-1467. ISSN 0002-953X.

40. LIBIGER, J. Schizofrenie. In RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. ET AL. *Psychiatrie.* Praha: Galén a Karolinum, 2001, s. 227-252. ISBN 80-7262-140-8 (Galén), ISBN 80-246-0390-X (Karolinum).

41. LIEB, R.; BRONISCH,T.; HOFLER, M. ET Al. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring : findings from community study. *American Journal of Psychiatry.* 2005, vol. 162, no. 9, s. 1665-1671. ISSN 0002-953X.
42. MALÁ, E. Deprese. In HORT, VL.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. A KOL. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha : Portál, 2000, s. 189-214. ISBN 80-7178-4729-9.
43. MALONE, K.M.; WATERNAUX, C.; HAAS, G.L. ET AL. Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry.* 2003, vol. 160, no. 4, s. 773-779. ISSN 0002-953X.
44. MASARYK, T.G. *Sebevražda : hromadným jevem společenským moderní osvěty.* 4. české vyd. Praha : Ústav T.G. Masaryka, 1998. ISBN 80-901971-4-0.
45. MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti.* Praha : Avicenum, 1986.
46. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd : dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti.* Praha : Dybbuk, 2003. ISBN 80-903001-8-9.
47. MOTLOVÁ, L.; KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie : neurobiologie, klinický obraz, terapie.* Praha : Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3.
48. MOŽNÝ, P.; PRAŠKO, J. *Kognitivně-behaviorální terapie : úvod do terapie a praxe.* Praha : Triton, 1999. ISBN 80-7254-038-6.
49. PALČOVÁ, A. *Duševní poruchy a poruchy chování. Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* 2. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 80-85121-44-1.
50. PAVLÍKOVÁ, K. Mýty kolem sebevražd. Praha : *MF DNES*, 14.10. 2000.
51. PAVLOVSKÝ, P. Specifické poruchy osobnosti. In RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. ET AL. *Psychiatrie.* Praha : Galén a Karolinum, 2001, s. 330-334. ISBN 80-7262-140-8 (Galén), ISBN 80-246-0390-X (Karolinum).
52. PFEFFER, C.R. *The suicidal child.* New York : The Guilford Press, 1986. ISBN 0-89862-664-1.
53. PORTERFIELDOVÁ, K.M. *O sektách.* Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 1997. ISBN 80-7106-233-2.
54. PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení.* Praha : G plus G, 1996. ISBN 80-901896-5-2.
55. PROKOP, J. *O sebevraždě.* Praha : Bursík & Kohout, Knihkupci České Univerzity Karlovy, 1940.

56. PROPPER, L. Úzkostné poruchy se začátkem specifickým pro dětství. In HORT, VL.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. A KOL. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha : Portál, 2000, s. 257-262. ISBN 80-7178-472-9.
57. PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky II. Vývoj člověka od patnácti do třiceti let.* Praha : SPN, 1967.
58. RAHN, E.; MANKOPF, A. *Psychiatrie.* Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0.
59. REMAFEDI, G.; FRENCH, S.; STORY, M. ET AL. The relationship between suicide risk and sexual oriention : results of a population-based study. *American Journal of Public Health.* 1998, vol. 88, no 1, s. 57-60. ISSN 0090-0036.
60. RUNESON, M.D.; ASBERG, M.D. Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry.* 2003, vol. 160, no. 8, s. 1525-1526. ISSN. 0002-953X.
61. ŘEHŮLKOVÁ, J. *Příspěvek k problematice suicidálního chování u adolescentů se zaměřením na výzkum autodestruktivních tendencí.* Praha, 1982. s. 99, s. příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce O. Mikšík.
62. ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti.* Praha : Orbis, 1973.
63. SABBATH, J. The suicidal adolescent - The expendable child. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 1969, vol. 8, no. 2, s. 272-289. ISSN 0890-8567.
64. SHAFII, M.; CARRIGAN, S.; WHITTINGHILL, J.R. ET AL. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry.* 1985, vol. 142, no. 9, s. 1061-1064. ISSN 0002-953X.
65. SLAP, G.; GOODMAN, E.; HUANG, B. Adoption as a Risk Factor for Attempted Suicide During Adolescence. *Pediatrics.* 2001, vol. 108, no. 2, s. 1-8. ISSN 0031-4005.
66. STENGEL, E. *Suicide and attempted suicide.* Harmondsworth : Penguin Books, 1964.
67. SUOKAS, J.; LONNQVIST, J. Suicide attempts in wich alcohol is involved. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1995, vol. 91, s. 36-40. ISSN 0001-690X.
68. SVOBODA, M.; KREJČÍŘOVÁ, D.; VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících.* Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.

69. ŠPITZ, J. Prevence suicidálních pokusů a suicidií v dětském věku. In FISCHER, J. A SPOLUPRACOVNÍCI. *Dětská psychiatrie pro pediatry*. Praha : Avicenum, 1980, s.163-171.

70. ŠTUDENT, V.; ŽUKOV, I. Sebevražda a násilí. In RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. ET AL. *Psychiatrie*. Praha : Galén a Karolinum, 2001, s. 528-536. ISBN 80-7262-140-8 (Galén), ISBN 80-246-0390-X (Karolinum).

71. ŠVANCARA, J. *Kompendium vývojové psychologie*. Praha : SPN, 1975.

72. ŠVESTKA, J. Farmakoterapie. In RABOCH, J.; ZVOLSKÝ, P. ET AL. *Psychiatrie*. Praha : Galén a Karolinum, 2001, s.397-460. ISBN 80-7262-140-8 (Galén), ISBN 80-246-0390-X (Karolinum).

73. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

74. VAVRDA, V. Ontogeneze úzkosti a strachu. In VYMĚTAL, J. A KOL. *Speciální psychoterapie : (úzkost a strach)*. Praha : Psychoanalytické nakladatelství, 2001, s. 44-77. ISBN 80-86123-15-4.

75. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Praha : Psychologický ústav AVČR, 1996. ISBN 80-85880-10-5.

76. VODÁČKOVÁ, D. A KOL. *Krizová intervence*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

77. VOJTÍK, V. A KOL. *Dětská a dorostová psychiatrie pro dětské sestry*. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80-7013-053-9.

78. VONDRÁČEK, VL. *Speciální psychiatrie*. 5. vyd. Praha : SPN, 1973.

79. VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-830-9.

80. WAGNER, K.D.; ROULEAU, M.; JOINER, T. Cognitive factors related to suicidal ideation and resolution in psychiatrically hospitalized children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 2000, Vol. 157, No. 12, s. 2017-2021. ISSN 0002-953X.

81. YIU-KEE CHAN. Children and adolescent suicide : An overview. *Asian Journal of Counselling*. 1994, vol. 3, no. 1, s. 279-288. ISSN 1560-8255.

82. ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA. *Sebevraždy, 1986-2000*. Praha : ÚZIS, 1987 – 2001.

Internetové zdroje :

83. AKČNÍ PLÁN DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ PRO EVROPU : ČELIT VÝZVÁM, NALÉZAT ŘEŠENÍ [online]. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, EVROPA (EUR/04/5047810/7 , 14. ledna 2005, 52671) [cit. 21.května 2006]. Dostupné na WWW: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psych105/plan.htm>.
84. Cipralex [online]. Lékárna [cit. 21.května 2006]. Dostupné na WWW : <http://www.lekarna.cz/p/leky-volne-prodejne/ibalgin-400-10x400mg-potahovane-tablety/>.
85. DANIELSON, C.K.; OVERHOLSER, J.C.; BUTT, Z.A. Association of Substance Abuse and Depression Among Adolescent Psychiatric Inpatients. *The Canadian Journal of Psychiatry* [online]. 2003, no. 12 [cit. 20. dubna 2006]. Dostupné na WWW: <http://www.cpa-pc.org/Publications/Archives/CJP/2003/december/danielson.asp>.
86. Dithiaden [online]. Lékárna [cit. 21.května 2006]. Dostupné na WWW : <http://www.lekarna.cz/p/leky-volne-prodejne/ibalgin-400-10x400mg-potahovane-tablety/>.
87. Dogmatil [online]. Lékárna [cit. 21.května 2006]. Dostupné na WWW : <http://www.lekarna.cz/p/leky-volne-prodejne/ibalgin-400-10x400mg-potahovane-tablety/>.
88. DRTÍKOVÁ, I. Prospěch a rizika antidepresivní léčby u dětí a adolescentů. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2005, č. 2, s.77-78 [cit. 21.května 2006]. Dostupné na WWW : <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200502-0005.php>. ISSN 1213-0508.
89. Fact sheet on suicide : Adolescents and young adult [online]. NAHIC 2004 [cit. 20.března 2006]. Dostupné na WWW: <http://nahic.ucsf.edu/downloads/Suicide.pdf>.
90. Fakultní nemocnice Motol [online]. Praha : Fakultní nemocnice Motol [cit. 10.března 2006]. Dostupné na WWW: <http://www.fnmotol.cz/main.asp?cat=2&page=13>.
91. GLÁSLOVÁ, K.; PACLT, I.; MORCINEK, T. Rizika suicidality v časné adolescentní populaci. *Psychiatrie* [online]. 2000, č. 3 [cit. 10.června 2006]. Dostupné na WWW: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/SUPL01/01/04abstra.htm>.

92. HELLEROVÁ, A. Syndrom rizikového chování v dospívání [online]. MEDICÍNA – ODBORNÉ FÓRUM LÉKAŘŮ A FARMACEUTŮ. KONFERENCE, SEMINÁŘE//14.4.1998/STRANA25/MEDICÍNA 4/V [cit. 15.května 2006]. Dostupné na WWW: <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med498/m498_40.html>.
93. HERMAN, E. Suicidalita v ambulantní psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, č. 2, s. 80-82 [cit. 21.dubna 2006]. Dostupné na WWW : <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200402-0008.php>. ISSN 1213-0508.
94. HRDLIČKA, M. Schizofrenie v dětském a adolescentním věku. *Pediatrie pro Praxi* [online]. 2005, č. 5, s. 240-242 [cit. 21.března 2006]. Dostupné na WWW : <http://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-200505-0004.php>. ISSN 1213-0494.
95. Ibalgin [online]. Lékárna [cit. 21.května 2006]. Dostupné na WWW : <http://www.lekarna.cz/p/leky-volne-prodejne/ibalgin-400-10x400mg-potahovane-tablety/>.
96. KOCOURKOVÁ, J.; KOUTEK, J. Riziko suicidálního chování v dětském a adolescentním věku. *Pediatrie pro praxi* [online]. 2004, č. 6, s. 276-278 [cit. 16.března 2006]. Dostupné na WWW : <http://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-200406-0003.php>. ISSN 1213-0494.
97. KOUTEK, J. První pomoc při suicidálním jednání z pohledu psychiatra. *TEMPUS MEDICORUM* [online]. 2002, č. 6 [cit. 12.března 2006]. Dostupné na WWW: <http://www.lkcr.cz/tm/clanek.php?id=67>.
98. Kriminalita v roce 2000 ve statistických číslech : Sebevraždy evidované policií ČR [online]. Misterstvo vnitra ČR, datum aktualizace 5.1. 2001 [cit. 24.března 2006]. Dostupné na WWW: <http://www.vnitro.cz/statistiky/krim_stat/2000/sebevraz.html>.
99. MLČOCH, Z. : *Alkoholismus jako nemoc – psychika, somatika. Statistiky* [online]. 2006 [cit. 21.dubna 2006]. Dostupné na WWW:<http://www.alkoholik.cz/statistiky.htm>.
100. MLČOCH, Z. : *Druhotné nemoci k alkoholismu.* [online]. 2006 [cit. 21.dubna 2006]. Dostupné na WWW:< http://www.alkoholik.cz/druhotne_nemoci.htm>.
101. Mucosolvan [online]. Lékárna [cit. 21.května 2006]. Dostupné na WWW : <http://www.lekarna.cz/p/leky-volne-prodejne/ibalgin-400-10x400mg-potahovane-tablety/>.
102. Nebezpečné mýty o nebezpečí sebevraždy [online]. Škola zdraví, 1.7.2006 [cit. 20.května 2006]. Dostupné na WWW: <http://sz.ordinace.cz/detail.php?id=308>.

103. NĚMEČKOVÁ, P. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2002, č. 3, s.124-128 [cit. 20.dubna 2006]. Dostupné na WWW : <http://www.solen.cz/artkey/psy-200203-0008.php?back=search.php%3Fquery%3Dporuchy%20p%F8%EDjmu%20potravy%26mag%3Dpsy%26sfrom%3D0%26spage%3D30>. ISSN 1213-0508.

104. Neurol [online]. Lékárna [cit. 21.května 2006]. Dostupné na WWW : <http://www.lekarna.cz/p/leky-volne-prodejne/ibalgin-400-10x400mg-potahovane-tablety/>.

105. PACLT, I. Specifické aspekty depresivních poruch v dětském a adolescentním věku. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2001, č. 5, s. 212-215 [cit. 23.března 2006]. Dostupné na WWW: <http://www.solen.cz/artkey/psy-200105-0005.php?back=search.php%3Fquery%3DSpecifick%E9%20aspekty%20depresivn%EDch%20poruch%20v%20d%ECtsk%E9m%20a%20adolescentn%EDm%20v%ECku.%20%26sfrom%3D0%26spage%3D30>. ISSN 1213-0508.

106. POPOV, P. Závislost na alkoholu. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2003, č. 1, s. 4-7 [cit. 23.února 2006]. Dostupné na WWW: <http://www.solen.cz/artkey/int-200210-0013.php?back=search.php%3Fquery%3DZ%E1vislost%20na%20alkoholu%26sfrom%3D0%26spage%3D30 >. ISSN 1213-0508.

107. Psychiatrická léčebna Bohnice [online]. Praha : Psychiatrická léčebna Bohnice [cit. 10.března 2006]. Dostupné na WWW: < http://www.plbohnice.cz>.

108. READ, K.; PURSE, M. *What is Dysphoria?* [online]. [cit. 1.července 2006]. Dostupné na WWW: <http://bipolar.about.com/cs/faqs/f/faq_dysphoria.htm>.

109. Sebevraždy podle měsíců v letech 1996 – 2000 [online]. Český statistický úřad, datum aktualizace 16.1. 2006 [cit. 24.března 2006]. Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/67003838DC/$File/401201me.pdf>.

110. Sebevraždy podle pohlaví v letech 1996 – 2003 [online]. Český statistický úřad, datum aktualizace 16.1. 2006 [cit. 24.června 2006]. Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/sebevrazdy_podle_pohlavi>.

111. Sebevraždy podle věkových skupin v letech 1996 – 2000 [online]. Český statistický úřad, datum aktualizace 16.1. 2006 [cit. 4.března 2006]. Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/670037F973/$File/401201ve.pdf >.

112. STÁRKOVÁ, L. Poruchy příjmu potravy – psýché a soma. *Pediatrie pro praxi* [online]. 2005, č. 1, s. 11-15 [cit. 5.března 2006]. Dostupné na WWW :

<http://www.solen.cz/artkey/ped-200501-0003.php?back=search.php%3Fquery%3Dst%E1rkov%E1%26sfrom%3D0%26spage%3D30 >. ISSN 1213-0494.

113. ŠVESTKA, J.; DOLEŽAL, T. : Ziprasidon. *Farmakoterapie* [online]. 2005, č. 6 [cit. 10.května 2006]. Dostupné na WWW: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_4553.html>. ISSN 1801-1209.

114. Trestné činy proti životu a zdraví (komentář k § 230) [online]. Hradec Králové : Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta [cit. 20.května 2006]. Dostupné na WWW: <http://www.kspsp.info/sylaby/05-06/pravo/definice-trestnich-cinu.htm>.

115. Trestní zákon, Zákon č. 140/1961, Část druhá, Zvláštní část, Hlava sedmá : Trestné činy proti životu a zdraví, § 230 Účast na sebevraždě [online]. Business center [cit. 20.května 2006]. Dostupné na WWW: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni_zakon/cast2h7.aspx>.

116. Trestní zákon, Zákon č. 140/1961, Část druhá, Zvláštní část, Hlava pátá : Trestné činy hrubě narušující lidské soužití, § 207 Neposkytnutí pomoci [online]. Business center [cit. 20.května 2006]. Dostupné na WWW: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/trestni_zakon/cast2h5.aspx>.

117. Zákon o péči o zdraví lidu číslo 86/1992 Sb.- § 23 Poučení a souhlas nemocného; § 24 [online]. Zákony na webu [cit. 20.května 2006]. Dostupné na WWW: < http://www.sbcr.cz/cgi-bin/khm.cgi?typ=1&page=khm:SB1992\08692A01_004.HTM>.

Resumé

This thesis is discussing suicidal behaviour in children and adolescents. Suicidal behaviour is very serious matter of wide comprehension. Suicidal attemts coresponds with a call for help and therefore it is greatly important to concentrate on a background of a suicidal behaviour in order to search for answer, what it is, that make child or an adolescent to choose death instead of live.

The goal of this thesis is to map risk and dangerous factors and their influence over the suicidal behaviour, its structure and dynamic, espessially on two cases with adolescents.

In order to preserve unity and coherence, this thesis is devided into two sections, theoretical and practical. In the first part, I am summarizing mine up today knowledge about suicidal behaviour in children and adolescents. I am presenting summary of how the suicides were understood in the history and also from epidemiology point of view. The part dealing with an understanding of an suicide in a childhood and adolescent age. In following parts I am concentrating on suicidal behaviour and on risk factors – outern and inner influence (mental disorders). According to suicidal behavior, I am concentrating on a particular forms, dynamism, manners and motives. In a second half of theoretical part I am dealing with diagnostical assets used for judging suicidal child or adolescent s behaviour and the therapy treatments. I am also mentioning all the neccesarry prevention. In conclusion of the theoretical part, I am talking about what atitude is the society taking upon individuals with suicidal behaviour and compatible legal rules and paragraphs.

The practical part is created by two analysis, their content describes two different cases of adolescents with repeated suicidal behaviour in anamnesia. First case is about adolescent girl Kristina, second case is about adolescent boy Daniel. Kazuistics are created from family, personal, school, social, and mental anamnesia, integral parts are dealing about suicidal behaviour, present condition of each adolescent (in case of the boy before his treatment was over), prognosis and therapeutic proposals.

As a part of analysis of both cases I am mentioning risk factors and their possible influence over the suicidal behaviour. In these anamnisias there are following unamities: certain personal chracteristics, diagnosed personal disorder, unbalanced family backgroung, suicidal attempt in anamnesis of family, absence of friendships and repeated suicidal attempts. In case of Kristyna I have found out, that she has been several times in mental treating facilities, chicane and stress in last year of elementary. In Daniel's case, there is rejection

from his mother, emotionally unsatisfiyble environment in family, within which he has been living past two years and lower possibility of self realization. In both cases I am talking about suicidal behaviour and its forms, manners, its evolution and the concept of death.

Ústřední knih.Pef UK
2592063296