

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Petra Mócová

*Metody práce se suicidálními mladistvými
v Krizovém centru pro děti a dospívající v Brně*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Adéla Adámková

Olomouc 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně na základě zdrojů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci, dne 19. 3. 2015

.....
Petra Mócová

Poděkování:

Za pomoc, odborné vedení, připomínky a cenné rady při vedení této bakalářské práce velmi děkuji Mgr. Adéle Adámkové. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým za jejich velkou podporu a trpělivost. V neposlední řadě bych ráda poděkovala zařízení KC a pracovníkům, kteří se ochotně zúčastnili mého výzkumu.

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část.....	8
1. Suicidium	8
1.1 Suicidální chování a jednání	9
1.2 Suicidální vývoj	10
1.3 Dělení suicidií	12
1.4 Motivy suicidií	14
1.5 Techniky suicidií.....	16
2. Dětství, adolescence a suicidium	18
2.1 Vymezení dětství	18
2.2 Vymezení adolescence.....	19
2.3 Suicidalita dětí a adolescentů.....	21
2.4 Rizikové faktory suicidálního chování dětí a adolescentů.....	23
3. Pomoc suicidálním dětem a adolescentům	25
3.1 Prevence.....	25
3.2 První pomoc (psychologická a zdravotnická).....	26
3.3 Odborná pomoc.....	28
3.3.1 Krizová intervence	28
3.3.2 Terapie.....	31
Empirická část.....	33
4. Metodologie výzkumu	33
4.1 Formulace výzkumného cíle	33
4.2 Metodologický rámec výzkumu.....	33
4.3 Výzkumný soubor	34
4.4 Průběh získání dat	35

4.5	Metoda zpracování dat.....	35
4.6	Limity a rizika výzkumného souboru	36
5.	Analýza kvalitativních dat.....	38
5.1	Průběh práce s klientem	38
5.2	Metody a techniky práce	41
5.3	Spolupráce s rodinou klienta.....	44
5.4	Spolupráce s dalšími institucemi nebo organizacemi	46
6.	Diskuze.....	49
	Závěr	51
	Seznam použitých zkratk	53
	Seznam použitých zdrojů.....	54
	Seznam příloh	57

Úvod

Téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě výkonu mé dvouměsíční praxe v zařízení Krizového centra pro děti a dospívající, sídlící v Brně. Zařízení slouží k sociálně-právní ochraně dětí. Poskytuje pomoc mladistvým, kteří se ocitají v závažné životní situaci a vyžadují okamžitou pomoc. Danou situací mohou být, mimo jiné, suicidální chování dětí a dospívajících. Jelikož je suicidální téma ve společnosti tabuizováno, nemluvě o jeho výskytu v mladší věkové kategorii, pokusím se ve své práci danou tematiku otevřít.

Cílem je zjistit, jaké metody práce využívají psychologové v konkrétním zařízení poskytující sociální péči pro děti a dospívající v Brně. Ve své práci jsem se zaměřila konkrétně na práci se suicidálními jedinci. V zařízení KC jsou to právě psychologové, kteří se suicidálními dětmi a dospívajícími nejvíce pracují a pomáhají jim zvládnout konkrétní situaci nebo problém. Z tohoto důvodu se ve své práci zaměřím především na dané pracovníky a na jejich způsob práce s mládeží.

Bakalářská práce se dělí na dvě části, a to teoretickou a empirickou část. U teoretické části práce, na základě rešerše odborné literatury a periodik, představím dané téma. Tato část je rozdělena do tří na sebe navazujících kapitol. V první kapitole obecně vymezím pojem suicidia. Mou snahou bude představit danou tematiku a nastínit její, jinak velmi obsáhlou, charakteristiku. Vysvětlím suicidální vývoj, různé druhy suicidií, motivy a techniky suicidií. Ve druhé kapitole se budu věnovat vymezení věkové kategorie, na kterou je má práce zaměřena, tedy na dětství a adolescenci. Charakterizuji jednotlivé období a primárně se zaměřím na psychické prožívání jedince v dané době, jelikož tato stránka člověka je rozhodující při uvažování nad suicidiem. Ve své práci se budu věnovat především dětem v období mladšího, staršího školního věku a adolescentům. Ve druhé kapitole také spojím tematiku suicidia a věkové kategorie dětství a adolescence a uvedu možné rizikové faktory, které mohou způsobovat suicidální chování. Třetí kapitola teoretické části se bude orientovat na pomoc suicidálním dětem a adolescentům. Kapitola bude zahrnovat prevenci daného chování a jednání, také první pomoc dětem a adolescentům a následně odbornou pomoc, kde se budu věnovat metodám, které pro práci s jedinci lze využít.

Empirická část mé bakalářské práce tvoří kvalitativní výzkum, který byl proveden pomocí metody interview s pracovníky a mého vlastního pozorování v zařízení KC v Brně. Výzkum se orientuje na práci psychologů se suicidálními dětmi

a dospívajícími, kteří navštěvují dané zařízení. Čtvrtou kapitolou mé práce bude tvořit metodologie výzkumu, výzkumný cíl, charakteristiku výzkumného souboru, průběh a metodu zpracování dat a také limity a rizika výzkumného souboru. V páté kapitole se budu věnovat analýze kvalitativních dat. Šestá kapitola bude obsahovat diskuzi nad výsledky výzkumu.

V rámci celé mé bakalářské práce budu používat pro označení sebevraždy pojem suicidium, jelikož se jedná o synonymum a v současné době je v odborných zdrojích často využíván. Pro označení osoby, která vykonala suicidium, tedy aktéra, budu využívat klasické označení sebevrah.

Suicidální problematiku vidím jako velmi vážnou. Každý sebevrah má pro vykonání činu určité důvody, které by však mohly být řešeny jiným způsobem, než ukončením celého života. Proto je třeba se o celou tematiku zabývat a dát možnost lidem, kteří si se svou situací neví rady, aby se měli na koho obrátit s prosbou o pomoc. Tím, že se o daném problému nebude mluvit, neznamená, že tu nebude. Nelze říct, že suicidium u mladší věkové kategorie je větší tragédie než u dospělých jedinců. Každý život má svoji cenu a každý člověk má svou hodnotu. Je třeba se však zabývat suicidální tematikou i v tomto období. I přes to, že je jich ve společnosti méně, objevují se, a proto je třeba zjistit proč, a jak tomu zabránit.

Tato práce nedává přesný návod jak s dětmi a dospívajícími pracovat. Každý člověk je jiný a každý si zaslouží individuální péči. Má práce slouží k upozornění na danou problematiku, ukázání na možnou pomoc daným lidem a to jak pro laiky (rodinu, přátele), tak i pro odborníky. Především má práce slouží k představení způsobu práce se suicidálními dětmi a dospívajícími v KC v Brně.

Teoretická část

1. Suicidium

Dle statistiky Českého statistického úřadu se v posledních pěti letech počet suicidií v České republice mírně zvýšil. Data z roku 2013 udávají 1573 dokonaných suicidií na celém území České republiky¹. V průměru, podle daných statistik, každý den úmyslně ukončí svůj život suicidiem čtyři osoby. Na celkové míře počtu suicidií v ČR má větší podíl mužská část populace. Na jedno suicidium ženy připadá pět suicidií mužů. Počet suicidií se také zvyšuje na základě věku. Nejvyšší počet suicidií se prokazuje ve věku 50-59 let. V této životní fázi je míra suicidality nejvyšší. V pozdějším věku se míra opět snižuje².

Tématikou suicidia se zabývá mnoho autorů. V této kapitole zmíním několik z nich. Dle Viewegha (1996, s. 14-19) za suicidium považujeme autodestruktivní jednání jedince, které vede k ukončení vlastního života. Člověk se úmyslně pokouší o ukončení vlastního života. Jednání jedince je dobrovolné. Jedinec si zároveň cíleně volí takové prostředky, které považuje za vhodné, a které k smrti povedou. Pro spáchání suicidia je třeba autoreflexe, uvědomění si vlastní osoby, časové dimenze a následků svého jednání.

Koutek (2003, s. 29) popisuje dokonané suicidium jako: „sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít.“

Vágnerová (2002, s. 238) stejně jako Viewegh upozorňuje na dobrovolnost. Suicidium definuje jako dobrovolné násilné jednání člověka, které má za cíl ukončit vlastní život. Dle autorky, člověk musí potlačit pud sebezáchovy, aby mohl dosáhnout takového cíle.

Monestier (2003, s. 235) se zabývá legislativou suicidia. Uvádí, že suicidium trestné není, ale nápomoc k němu ano. Tato nápomoc nemusí být vždy jen fyzická, tedy úmyslné zabití jiného člověka. Ale může se jednat i o pomoc psychickou tedy rada, jak suicidium provést apod.

Dle Koutka (2003, s. 12-13) se suicidium pravděpodobně ve společnosti objevovalo již v minulosti, a to ve všech sociálních vrstvách. Nejedná se tedy o novodobý trend. Postoje a pohledy na osoby, které se pokusily o suicidium, se však

¹ V době zpracování práce nebyly dostupné výsledky z roku 2014.

² Český statistický úřad – Sebevraždy [on-line]. Dostupné 12. 2. 2015 z http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/sebevrazdy_zaj

v průběhu let mění. Ke změnám došlo především při rozšíření křesťanství, jelikož to dobrovolné ukončení vlastního života zakazuje. Dle Vágnerové (2002, s. 252) je v některých případech ve společnosti suicidium akceptováno, někdy naopak odsuzováno. Záleží na konkrétním případě. Pokud je sebevrah zachráněn, je následně společností odsuzován, či stigmatizován. Společnost vidí suicidium přijatelné pouze v případě, kdy jím člověk řeší závažný problém, například nevyléčitelnou nemoc. Společnost se shoduje na tvrzení, že je pro jedince lepší ukončit svůj život suicidiem, než pomalu umírat v důsledku neléčitelné choroby.

1.1 Suicidální chování a jednání

Koutek (2003, s. 11-12) popisuje suicidální chování jako širší pojem, nadřazený suicidálnímu jednání. Obsahem takového chování jsou nápady, myšlenky a výroky, které však nemusí vést k samotnému suicidii. Naopak jako suicidální jednání autor označuje právě takové projevy chování člověka, které směřují přímo k suicidii.

Suicidální jednání však nepředstavuje pouze vykonání suicida. Jedná se o celkový, většinou dlouhodobý průběh, kdy jedinec začne uvažovat nad ukončením vlastního života, začne ho plánovat a poté ho může provést. Není však pravidlem, že jedinec suicidální akt vykoná (Viewegh, 1978, s. 269). Viewegh (1996, s. 23-24) také poukazuje na fakt, že počátek takového jednání je obsažen v suicidální mentalitě. Jedná se o sebevražedné tendence a fantazie. Člověk uvažuje o suicidii a ukončení vlastního života. Tento postoj se nemusí dále vyvíjet. Člověk může znovu najít smysl života a od suicidálních myšlenek upustit. U některých jedinců však může být dané stádium východiskem k počátku opravdového suicidálního vývoje. Proto je důležité brát i toto stádium za riziko a provést různé profylakční (preventivní) opatření.

Dle Koutka (2003, s. 33) musíme suicidální jednání odlišovat od autoagresivního chování. V tomto případě, na rozdíl od suicidálního chování, chybí úmysl zemřít. Jedná se pouze o agresi směřovanou k sobě samému. Příkladem je sebepoškození (řezné rány v oblasti paže, stehna), zneužívání drog, alkoholu, medikamentů, či nevhodné stravovací praktiky (anorexie, bulimie). Autoagresivní chování je často typické pro adolescenty.

1.2 Suicidální vývoj

Suicidální vývoj v sobě skrývá dvě tendence, které si však navzájem odporují. Mluví tak o tendenci jedince ukončit svůj život a tendenci zůstat naživu. Druhou tendenci, tedy snaha zůstat živí, má každý člověk díky svému pudu sebezáchovy. Cílem sebevraha je pak oslabení a překonání sebezáchovného pudu. Celý suicidální vývoj lze rozdělit na tři jednotlivé etapy – *suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium*. Každá etapa má svůj charakteristický popis, navzdory tomu jsou však dohromady spjaty tendencí jedince dobrovolně ukončit svůj život (Viewegh, 1978, s. 284-285). Pro lepší přehlednost v procesu suicidálního vývoje přikládám do příloh práce mé vlastní grafické znázornění suicidálního vývoje dle jednotlivých etap (Graf č. 1 – Suicidální vývoj).

Havránková (2002, s. 488) charakterizuje vývoj první etapy, tedy *suicidální tendence*. Dle autorky lze člověka, který uvažuje nad suicidiem, rozpoznat na základě tzv. presuicidálního syndromu, který vytvořil profesor E. Ringel. Presuicidální syndrom má své místo ještě před konkrétním suicidálním jednáním a tvoří ho tři základní znaky. Prvním je období, kdy se jedinci zmenšuje subjektivní prostor. Člověk se cítí vlastní situací utlačován a přemáhají ho pocity nemožnosti útěku před problémem. Jeho emoce se zužují a směřují pouze k zoufalství, strachu a bezmoci. Jedinec již nedokáže vidět v situaci, či v jeho problému, to pozitivní, či to, co by mu mohlo být nápomocné ve vyrovnání a řešení. Zúžení se projevuje i v oblasti sociální. Člověk se izoluje od ostatních lidí, uzavře se sám do sebe. Ztrácí tak kontakty se společností, a tím i možnost pochopení a pomoci z jejich strany (Havránková, 2002, s. 488-489). Viewegh (1996, s. 264) dodává také ztrátu či zničení hodnot člověka. Každý člověk má svůj svět hodnot, který se formuje v dětství. Pokud však tento domov jedinec nemá, nikdy nevznikl, nebo byl určitým způsobem zničen, člověk je zasažen v oblasti vitálních zdrojů své existence (v energičnosti, živosti či životaschopnosti), a tím ztrácí sílu a schopnost plnohodnotně žít. Dle autora je ztráta a zničení světa hodnot jedince velmi častou příčinou suicidií.

Druhým znakem presuicidálního syndromu je agresivita mířená proti sobě samému. Člověk se ocitá v situaci, která podle něj nemá žádné východiska. Člověk je utvrzen v názoru, že do své situace se dostal z důvodu vlastní neschopnosti a nedostatku vlastních kompetencí. Uvnitř jedince se hromadí negativní myšlenky a hněv, který je směřován k němu samotnému (Havránková, 2002, s. 489).

Třetím a zároveň posledním znakem presuicidálního syndromu jsou suicidální fantazie. Člověk začne vážně uvažovat nad suicidiem. Suicidium představuje pro člověka úlevu a jedinou možnou cestu vedoucí z bludného kruhu vlastních problémů. Člověk touží po ukončení svého trápení, zbavení bolesti (Havránková, 2002, s. 489). Toto stádium tak představuje počátek suicidálního vývoje. Proto je třeba brát i suicidální myšlenky a fantazie jako možné riziko a provést různé profylakční opatření (Viewegh, 1996, s. 23).

Druhou etapou suicidálního vývoje je **suicidální pokus**, neboli tentamen. Dle Koutkovy charakteristiky (2003, s. 28) za takovýto pokus můžeme považovat: „každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem³.“ Jedinec suicidium již přijal jako jediné možné řešení a nyní dochází k ověření. Člověk si prakticky prověřuje, zda již dostatečně zpracoval svůj pud sebezáchovy, a mohl tak vykonat samotné suicidium. Sebevrah pocítuje strach a zná i rizika svého chování. Cítí však potřebu tento čin dokonat. V mnoha případech si člověk po provedení pokusu uvědomí, že není schopen spáchat suicidium a ztratí odvalu na opakování. Pro některé jedince je již pomocí tentamenu dosaženo cíle celého suicidálního jednání, a proto k opakování již není žádný důvod (Viewegh, 1978, s. 286). Tento případ tentamenu popisuje i Koutek (2003, s. 29), který ho charakterizuje jako simulaci suicidálního jednání. Dle autora člověk doopravdy nechce zemřít. Pouze toto jednání předstírá, aby dosáhl určité pozornosti, nebo se něčemu mohl vyhnout. Také poukazuje na nejednoznačnost postoje k vlastní smrti jedince. Tento postoj, kdy člověk sám neví, jestli chce nebo nechce zemřít, je typický pro adolescentní věk. Mnoho osob v tomto věku po tentamenu přizná, že „to pouze zkoušeli“, a kdyby doopravdy zemřeli, tak by to „bylo dobré“, ale to, že přežili, je taky „dobré“. Obě dvě možnosti, smrt i záchrana, jsou pro ně přijatelné a bere je na vědomí. Dospívající tedy „dává svůj život v sázku“, jelikož nemůže vědět, jak jeho suicidální počínání dopadne.

Poslední etapou je **dokonané suicidium**. Jedinec je již schopen jednat pouze suicidálně a jeho tendence ukončit svůj život jsou čím dál silnější. Člověk chce ukončit neustálou nervovou nejistotu, která ho vyčerpává. V této fázi jedince nejvíce ovlivňují aktuální provokující okolnosti a podněty. Ty pak představují tzv. poslední kapku, která vede ke konkrétnímu činu. Poslední kapkou je myšlen určitý usnadňující závěrečný impuls, který popudí jedince k vykonání suicidia. Ve většině případů tento impuls nemá

³ Letálním koncem je myšleno smrtelný, nebo mající za následek smrt (Slovník cizích slov [on-line]).

obsahovou souvislost s motivací jedince. Může jím být např. jednorázová hádka v rodině, či pouze změna atmosférického tlaku (Viewegh, 1978, s. 286-287).

1.3 Dělení suicidií

Dle výše zmíněného, suicidium se vyskytuje v celé společnosti, v celé sociální struktuře a to již od nepaměti. Ve společnosti lze sledovat několik typů suicidií. Na základě toho lze suicidium dělit podle základních dvou způsobů: dle klasického dělení suicidií a dělení suicidií podle Émila Durkheima. V následující kapitole se budu věnovat jednotlivým typům suicidií.

Klasické dělení suicidií v sobě skrývá šest hlavních druhů suicidií, které se v naší společnosti objevují: bilanční suicidium, sebezabití, sebeobětování, suicidální dohoda, rozšířené suicidium, účelové a zkratkovité suicidální jednání (Koutek, 2003, s. 31-33).

Za *bilanční suicidium* považujeme takové dokonané suicidium, kdy člověk o provedení činu nejdříve uvažuje, bilancuje mezi možnostmi (Koutek, 2003, s. 31). Došlo k narušení hierarchie hodnot jedince a tím k vyvolání suicidálních tendencí. Podle Viewegha (1996, s. 22) osoba provádí svůj čin dobrovolně a svobodně. Viewegh zmiňuje (1996, s. 22): „Za bilanční označujeme takovou sebevraždu, kterou provede osoba – v podstatě zcela normální – na základě rozumové úvahy, jako jistou bilanci dosavadního života a zvážení jeho kladných a záporných vyhlídek.“ Koutek (2003, s. 31) uvádí, že nakonec jedinec dojde k závěru, že jeho situace nemá východisko či možné řešení. Cítí, že jeho situace je dál neúnosná, a proto se rozhodne zabít. Příkladem bilančního suicidia mohou být suicidia jedinců s nevléčitelnou nemocí.

Sebezabití je třeba odlišovat od klasického suicidia. U sebezabití chybí vědomí úmysl zemřít. Může se jednat například o těžce duševně nemocného člověka, který vyskočí z okna, aby uprchl před svými bludy, halucinacemi. Jedinec nemá v úmyslu se zabít, ale naopak se zachránit útekem před halucinacemi. K sebezabití může dojít i při impulzivním zkratkovitém jednání či v případě demonstrativního suicidálního pokusu (Viewegh, 1996, s. 19-20).

Dalším typem suicidia je *sebeobětování*. Dle Koutka (2003, s. 33) člověku v tomto případě také chybí touha zemřít, smrt není jeho přáním. Smrt volí ve prospěch jiných lidí, či společnosti. Viewegh (1996, s. 21-22) uvádí zvláštní rozdíl mezi suicidiem a sebeobětí. Odlišností je postoj společnosti k těmto dvěma činům. Suicidium

je společností spíše odsuzována, jelikož převládá přesvědčení o egoistickém konceptu. Naopak sebeobětování je, ve většině případů, hodnoceno kladně. Příkladem je sebeobětování Jana Palacha. Na rozdíl od klasického sebeobětování je však třeba uvést odmítané sebeoběti, tedy příklady terorismu. Takovým příkladem jsou černé vdovy⁴.

Suicidální dohoda je dalším typem suicidia. Jedná se o zvláštní formu suicidálního jednání, kdy se dva nebo více lidí dohodnou spáchat suicidium. Většinou tomuto jednání iniciuje jeden člověk, který přesvědčí další osoby. Příkladem mohou být sekty (Koutek, 2003, s. 32). Jako sekta, která způsobila největší hromadné suicidium, je považována Chrám lidu neboli Svatyně lidu⁵. Na základě rozhodnutí vůdce sekty zemřelo přes 900 osob⁶.

Jako o *rozšířeném suicidiu* mluvíme v případě, kdy jedinec, který je duševně nemocný, sám spáchá suicidium a přitom zabije i někoho ze svých blízkých osob. Jedná pod vlivem deprese či imperativních halucinací. Jedinec může mít pocity nesnesitelnosti života jak pro něj, tak i pro blízkou osobu (např. dítě, partnera). Proto se rozhodne pro suicidium a rozšíření svého úmyslu i na osobu blízkou. Rozšířené suicidium je třeba odlišovat od vraždy a následného suicidia. V tomto případě není přítomna psychotická motivace. Jedná se například o pomstychtivost k partnerovi v období rozvodu, kdy matka nejdříve zavraždí své dítě a následně sebe (Koutek, 2003, s. 32).

Účelové suicidální jednání představuje suicidium, kdy cílem není vlastní smrt, ale vyřešení jinak svízelné situace. Jedinec se nachází uprostřed problému, který nedokáže vyřešit. Jedinou cestu tak vidí v ukončení vlastního života. *Zkratkovitě suicidální jednání* charakterizuje takové jednání, které vede co nejrychleji ke stanovenému cíli. Jedinec se nesnaží porovnávat jednotlivé možné řešení jeho problémové situace, a ani se nad dalšími variantami řešení nezamýšlí. Člověk se snaží vyřešit svoji situaci co nejrychleji, a to i za cenu vlastního života (Koutek, 2003, s. 31).

Autor **Émile Durkheim** je významnou osobností v otázce suicidia. Do oblasti studia suicidality přispěl svým rozdělením suicidií na tři hlavní druhy: egoistické, altruistické a anomické. První typ, *egoistické suicidium*, Durkheim (2002, s. 167-168)

⁴ Černé vdovy jsou sebevražedné atentátnice, které se mstí za své padlé manžele či příbuzné, již byli povstalci proti Ruské invazi (Kdo jsou černé vdovy [on-line]).

⁵ Sektu vedl Jim Jones, který hlásal rovnost mezi lidmi a odstranění diskriminace. Členové sekty vytvořili „město“ Jonestown, které mělo být rájem rovnosti. Konflikt však nastal po návštěvě amerického senátora, která byla uspořádána na základě znepokojujících zpráv o manipulaci lidmi uvnitř sekty. Vůdce sekty Jim Jones nařídil konec a hromadné suicidium, na které se předem připravovali.

⁶ ČT24 – Hromadná sebevražda příslušníků sekty Svatyně lidu v Guyaně [on-line]. Dostupné 21. 2. 2015 z <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/kalendarium/36117-hromadna-sebevrazda-prislusniku-sekty-svatyne-lidu-v-guyane/?mobileRedirect=off>

označuje jako suicidium, které vychází z nedostatku integrace (začlenění) jedince do společnosti. Uvádí, že pokud se ve společnosti objeví krize, míra suicidií bude klesat. Důvodem bude snížení egoismu jedince a naopak podílení se na společenském životě. Pokud se však jedinec nebude podílet na společenském dobru a bude upřednostňovat vlastní potřeby (bude egoistický), nebude pak dostatečně integrován. Tím se objevuje riziko, že spáchá suicidium. Durkheim (2002, s. 175-177) přidává druhý typ, *altruistické suicidium*. Je, naopak od egoistického suicidia, důsledkem příliš silné sociální integrace. Autor uvádí tři kategorie lidí, kteří mohou spáchat altruistické suicidium. První kategorií jsou staří či nemocní muži, druhou jsou vdovy a třetí následníci či služebníci po smrti jejich vůdce. Jedinci suicidium nespáchají proto, že to vidí jako správné, ale naopak, jelikož to vidí jako svou povinnost. Třetí typ dle Durkheima (2002, s. 201, 207) je *anomické suicidium*. Dané suicidium vzniká z důvodu nedostatečné formy regulace (řízení, usměrňování) jedince ze strany společnosti. Potřeby jedince a jejich uspokojování byly regulovány společností. Tato regulace jedince je však narušena a snížena. Tím tak vytváří podmínky pro anomické suicidium. Jedinec se nedokáže vyrovnat s novými podmínkami, má pocit, že nic nemá smysl.

1.4 Motivy suicidií

Dle odborníků, kteří se problémem suicidia zabývají, jsou motivy spáchání suicidia různé. Viewegh (1996, s. 14) popisuje problémy sociálně ekonomické (nedostatek potravy), sexuální motivy (nevěra, ztráta partnera), suicidium jako znak protestu či pomsty. Poslední zmíněný motiv, pomsta, se často objevuje u mladých lidí. Viewegh (1996, s. 79) dbá na rozlišení příčin od motivací. Jako příčiny popisuje vnitřní i vnější negativní vlivy podněcující suicidální jednání. Jako příčinu tedy lze označit sociální prostředí jedince, psychické nebo somatické nemoci apod. Sebevrah si tyto příčiny nemusí uvědomovat, a tudíž je brát jako důvod k ukončení vlastního života. Naopak suicidální motiv představuje vědomý postoj člověka, který zaujímá k otázce vlastního života. Člověk si svobodně vybírá, jestli zvolí cestu žití, nebo smrti. Postoj k vlastnímu bytí je postaven na základě hodnotových důvodů a protidůvodů (zda žít či nežít).

Ve společnosti převládá mýtus o páchání suicidia. Mnoho lidí je přesvědčeno, že příčinou proč člověk spáchá suicidium, je deprese, a také, že „člověku uvažujícímu

o suicidii se prohlubuje deprese.⁷ Není však pravidlem, že všichni sebevrazi trpěli depresí. Mnoho lidí, kteří se rozhodli skoncovat se svým životem, neměli deprese. U těchto lidí se projevovaly jiné poruchy⁸. Avšak lidé, kteří trpí některou z daných poruch, mohou současně trpět i depresí. Je však větší pravděpodobnost, že člověk s uvedenou poruchou, spáchá suicidium, než pacienti trpící pouze depresí (Lilienfeld, Lynn, Ruscio, Beyerstein, 2011, s. 207-209).

Abychom mohli zjistit možné příčiny nebo motivace sebevraha k vykonání aktu, je důležité znát určité skutečnosti, které hrály významnou roli v jeho životě (Viewegh, 1996, s. 156). Koutek (2003, s. 36) zdůrazňuje komplexnost situace. Dle jeho názoru se musíme na celou situaci jedince, u kterého pozorujeme suicidální jednání, dívat komplexně, abychom mohli zjistit možný motiv jeho chování. Je třeba posoudit celkový život jedince, tedy zmapovat jeho životní situaci. Jedinec nám může říct, co ho k takovému jednání vedlo, ale to je často pouze poslední kapka, která následuje po několika dalších problémech. Proto je třeba posoudit celkový život dotyčného, a ne pouze jednu jeho část. Příkladem komplexnosti situace je, když se zabýváme suicidálním chováním u dětí/dospívajících a motivem je, podle slov dítěte, školní neúspěch. Danou skutečnost nemůžeme brát jako konečnou a je důležité zaměřit se i na rodinné zázemí jedince, vztahy k ostatním členům rodiny, či kamarádům. Všechny tyto skutečnosti mají na dítě/dospívajícího vliv a velmi často se navzájem doplňují a potencují.

Koutek (2003, s. 36) uvádí, že nejčastějším motivem, jak bylo zjištěno, bývá duševní onemocnění, zdravotní problémy či tělesná vada, poté rodinné konflikty a další osobní problémy. Motivy k vykonání suicidia se liší u jednotlivých pohlaví a také u různých věkových skupin. U mužů je častějším motivem zdravotní problém, kdežto pro ženy je významnějším motivem duševní onemocnění.

Ve věkové skupině dětí a dospívajících byly motivem dokonání suicidií u chlapců konflikty a problémy v rodině či škole, u dívek to jsou spíše duševní

⁷ OnaDnes.cz – Sebevražedné chování: signály, které by vás měly varovat [on-line]. Dostupné 21. 2. 2015 z http://ona.idnes.cz/sebevrazedne-chovani-signaly-ktere-by-vas-mely-varovat-pif-/vztahy-sex.aspx?c=A081015_113045_zdravi_bad

⁸ Mezi časté patří schizofrenie, zneužívání návykových látek (především alkoholismus), panická porucha (člověk trpí návaly strachu), sociální fobie (jedinec má velký strach vystupovat či mluvit ve společnosti více lidí), emočně nestabilní porucha osobnosti (člověk má nestabilní nálady, mezilidské vztahy, nedokáže ovládat své impulzy), dissociální porucha osobnosti (člověk se chová nezodpovědně až protizákonně), nebo porucha pohlavní identity (člověk se cítí nepříjemně ve svém vlastním těle, má problémy přijmout své vlastní pohlaví) (Lilienfeld, Lynn, Ruscio, Beyerstein, 2011, s. 207-209).

onemocnění a somatické zdravotní problémy. Tyto údaje však nemůžeme považovat za zcela přesné. Jde o předpoklady na základě výpovědi svědků, či dopisů na rozloučenou. (Koutek, 2003, s. 36-37)

1.5 Techniky suicidií

Technik a způsobů, jak vykonat suicidální čin, přibývá a stále se rozvíjejí. Jedinci přichází na nové způsoby, jak dosáhnout svého cíle, tedy dobrovolně ukončit svůj život. I ve chvíli, kdy se zdá, že by člověk svého činu z nějakého důvodu nedokázal dosáhnout, nemusí tomu tak být. Jedinec, který je pevně rozhodnutý svůj život ukončit, si vždy najde způsob, jak svoje myšlenky uskutečnit, a tím splnit svůj stanovený cíl. Monestier (2003, s. 19-21) uvádí také velmi extravagantní techniky. Takovým příkladem může být oběšení na plotě, zábradlí schodiště či na věšácích. Také Masaryk zmiňuje problematiku volby prostředků k suicidiu. Dle Masaryka (1998, s. 105) záleží na poměrech, ve kterých jedinec žije. Udává příklad života na poušti. V takovém prostředí se přirozeně nebude objevovat takový počet suicidií z důvodu utopení, jako v místech, kde je vody dostatek. Stejně jako Monestier, i Masaryk uvádí některé bizarní způsoby suicidií: vyhladovění, zmrznutí či vyhození do povětří.

Existuje několik způsobů, které suicidální jedinci využívají nejčastěji, tedy které jsou nejběžnější. Monestier (2003, s. 19-36) popisuje oběšení, utopení, pořezání/ubodání, otrava jedy/plynem, udušení, polknutí předmětů, smrt za pomoci střelné zbraně/výbušniny, skoky z výšky, nebo upálení.

Výběr možností vykonání suicidia ovlivňují určité faktory jako pohlaví, věk, bydliště, finanční situace, dostupnost prostředků apod. Lidé žijící na venkově častěji ukončí svůj život oběšením, zatímco jedinci bydlící ve městě spíše skokem z výšky, většinou z okna domu. Dostupnost prostředků také lidem brání ve vybrání techniky k suicidiu. Například střelnou zbraň častěji využijí v Americe než v Rakousku, právě kvůli lepší dostupnosti a možnosti vlastnění zbraně. Existuje také rozdíl mezi využívanými technikami u žen a mužů. Muži dávají přednost radikálním prostředkům (zbraně), kdežto ženy sahají spíše po šetrnějších (léky a jedy). Proto je také míra dokonatých suicidií u mužů vyšší než u žen (Monestier, 2003, s. 15-16). Statistiky ČSÚ uvádí, že v posledních pěti letech bylo oběšení nejvíce využívanou metodou jak u mužů, tak i žen. Druhé a třetí místo nejčastějších forem suicidií u mužů obsazují zastřelení

a otrávení, u žen jimi jsou otrávení a skok z výše⁹. Graf s dalšími nejvyužívanějšími technikami u mužů a žen přikládám v příloze mé práce (Graf č. 2 – Suicidia dle způsobu provedení za rok 2013 – muži; Graf č. 3 – Suicidia dle způsobu provedení za rok 2013 – ženy).

Monestier (2003, s. 193-194) se také zabýval rozdílem mezi sebevraždami na venkově a ve městě vykonávanou adolescenty. Nejčastější metodou u mládeže žijící na venkově je suicidium s použitím střelné zbraně či provazu. Po takovém způsobu sáhnou spíše chlapci než dívky v poměru 3:1. Naopak ve městech se dopouští častěji pouze tentamenu. O suicidium se pokoušejí spíše dívky než chlapci (3:1) a ke svému činu nejčastěji volí medikamenty. Dle statistiky zemřelých dětí a dospívajících zveřejněnou ČSÚ za období 2004-2013 je ve věku 10-19 let nejčastějším způsobem vykonání suicidia oběšení (uškrtení, zadušení). Druhou nejčastější metodou je skok z výše¹⁰. Další způsoby suicidií u dětí a dospívajících podle věku jsou uvedeny pomocí grafu v příloze (Graf č. 4 - Nejčastější způsoby suicidií u dětí a adolescentů).

⁹ Český statistický úřad – Sebevraždy [on-line]. Dostupné 12. 2. 2015 z http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/sebevrazdy_zaj

¹⁰ Český statistický úřad – Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech 2004 – 2013 [on-line]. Dostupné 3. 3. 2015 z http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/kapitola/130065-14-r_2014-01

2. Dětství, adolescence a suicidium

Suicidalita se objevuje ve všech věkových kategoriích v naší společnosti. Suicidium páchají dospělí, senioři, ale i děti, adolescenti a mladí dospělí jedinci (Havránková, 2002, s. 492). Z výše zmíněného vyplývá, že se suicidalita nevyhýbá ani mladším věkovým kategoriím, tedy dětem a adolescentům. Proto je důležité vymezit dané období a věnovat se jim v rámci tématu suicidality.

2.1 Vymezení dětství

Dětství charakterizuje vývojovou etapu jedince od narození po dospělost. Zahrnuje v sobě období kojenecké, batolecí, předškolní věk, mladší školní věk a starší školní věk. Každé období je charakteristické svým somatickým a psychickým vývojem u jedince¹¹.

Jak jsem již v úvodu zmínila, ve své práci se budu zabývat především mladším a starším školním věkem jedince, následně pak obdobím adolescence. Jako mladší školní věk Valentová (1992, s. 80) označuje věk od 6 do 11 let dítěte. Pokud má dítě dobré sociální zázemí, dané období vytváří stabilitu dítěte.

Jedinec se na začátku svého života ocitá v procesu socializace. Tento proces Helus (2007, s. 67, 71) charakterizuje jako zespolečňování, tedy proces utváření a vývoje člověka. Z člověka se postupně stává člověk společenský. Socializace probíhá pomocí sociálních vlivů a aktivit ze strany jedince, který pomocí nich na tyto vlivy odpovídá. Člověk se buď se situací vyrovná, podlehne jim, nebo je úspěšně zvládne. Nejde pouze o přizpůsobení, ale o celkovou transformaci jedince. Socializace lze dle Heluse (2007, s. 135) rozdělit na primární a sekundární. V primární socializaci hraje nejdůležitější roli rodina jedince, jelikož daný proces probíhá právě v okruhu nejbližší rodiny. V tomto stádiu je jedinec poprvé v kontaktu se společností a kulturou. Rodina mu zprostředkovává základní vzorce sociokulturního chování a myšlení. Na základě těchto vzorců dítě rozvíjí své vztahy k sobě samému, k druhým lidem a širšímu okolí, věcem apod. Po primární socializaci přichází ke svému místu sekundární. Zde má významnou úlohu škola. V sekundární socializaci je jedinec postaven nejen před pozitivní ale i negativní efekty rodinného působení, které mají velmi rozsáhlé důsledky. Sekundární socializace představuje také předpoklad pro úspěšnou edukaci jedince.

¹¹ MPSV - Vývojová psychologie pro sociální práci [on-line]. Dostupné 9. 11. 2014 z http://www.mpsv.cz/files/clanky/14812/VP_nahled.pdf

Jak píše Valentová (1992, s. 80-85), dítě v mladším školním věku je účastníkem povinné školní docházky, tudíž se setkává s agentem sekundární socializace (školou). Škola je pro dítě novým prostředím, které začíná pravidelně navštěvovat, a ve kterém získává nový společenský status. Jedinec v mladším školním věku se snaží pochopit okolnímu světu, který je pro něj nový. Jelikož je dítě poměrně soběstačné, roste u něj sebevědomí. Na základě toho lépe vrůstá do kolektivu a vytváří si vztahy se svými vrstevníky. Díky tomu se i určitým způsobem odpoutává od rodiny, jelikož do této doby měl vztah pouze k ní. Autorka uvádí, že dítě se v tomto období značně rozvíjí v oblasti emotivity. U dítěte ustupuje egocentrismus a citová labilita. Díky nové sociální roli si dítě začíná více uvědomovat vlastní osobu a začíná samo sebe porovnávat s ostatními lidmi, především vrstevníky. Vedoucím kritériem hodnocení se tak stávají normy skupiny, ke které dítě přilnulo.

Vágnerová a Valentová (Vágnerová, Valentová, 1992, s. 97-103) se věnují období *staršího školního věku* a vymezují dané období od věku 11 do 15 let člověka. U jedince se začnou projevovat velké změny v oblasti tělesné i duševní. Jedinec přestává vypadat a působit jako dítě. Jeho celkový vzhled se liší. Mění se však i povaha člověka. Pro dané období je typická emoční labilita, zvýšená dráždivost a časté změny nálad. V tomto období má člověk sklon k negativním myšlenkám. Jedinec se stává spíše introvertní. Uzavírá se do sebe, vnímá vlastní myšlenky a fantazie. Jedinec hledá vlastní sociální roli, svou sociální hodnotu a smysl života. Hledání není pro jedince jednoduché, jelikož je doprovázeno pocitem nejistoty a strachu ze ztráty sociální pozice. Proto je pro dané období typická tendence se od ostatních lidí určitým způsobem odlišit. Pro odlišení jedinci využívají jiný způsob oblékání či výstřední chování. Velmi častá je plačtivost a pocit méněcennosti. Člověk má potřebu být pochopen a touží po porozumění. Proto se v období staršího školního věku zvyšuje touha po důvěrnějším vztahu. Většinou jsou to přátelství mezi stejným pohlavím. Dané vztahy však nebývají dlouhodobé. Touha po vztahu se projevuje i díky prvním láskám. Jedinec navazuje párové vztahy, ale ty mívají ještě kratší charakter než u přátelství.

2.2 Vymezení adolescence

Adolescence, je odvozeno od latinského slovesa *adolescere*, tedy dorůstat, dospívat. Označení adolescent se tedy volně zaměňuje s pojmem *dopívající*. Jako adolescentní věk označujeme především druhé desetiletí života jedince. Přesné

vymezení adolescence se mění dle názorů jednotlivých autorů. Obecně však lze tuto časovou osu vymezit přibližně od 15 do 20 let věku jedince. V moderním pojetí adolescence se tento pojem používá pro označení celého období mezi dětstvím a dospělostí (Macek, 2003, s. 11-12). Pro začátek období adolescence je charakteristická pohlavní zralost jedince a ukončení základní školy. Konec období představuje nástup do práce, či vysokou školu a určitou ekonomickou nezávislost¹². K tomuto užití pojmu adolescence se přikláním i v této práci.

Dle Marhounové (1996, s. 18) je adolescence jedním z nejdůležitějších úseků v životě člověka díky vývojovým fázím, které v tomto období probíhají. Pokud bychom se více zabývali psychikou adolescenta, zjistíme, že jedinec v tomto období hledá sám sebe. Snaží se porozumět okolnímu světu a tím i přehodnocuje dosavadní vztahy s druhými.

Jedinec je v období adolescence začleněn do společnosti a socializován. Pro adolescenty, jak píše Macek (2003, s. 61), jsou typické některé produkty socializace. Řezáč (1998, s. 52) popisuje několik produktů socializace. Mezi nimi uvádí vědomí sebe sama, které má více druhů. Obsahuje sebehodnocení, sebereflexe, sebepojetí, sebeobraz, aspirace, normativy, hodnoty, svědomí, seberealizace atd. Macek (2003, s. 61-62) udává, že se u adolescentů zvyšuje především sebereflexe. Jedinec si začíná uvědomovat sám sebe, své role, sebe jako aktéra v sociálních situacích. Dále se u adolescenta rozvíjí sebehodnocení. Mění se uvažování o sobě samém. Dívá se na sebe na základě názorů, standardů a norem jiných významných osob či vrstevníků. Adolescent také mění pohled na svou minulost a více se zaměřuje na svou budoucnost. Macek (2003, s. 62) popisuje významnou část pro adolescenty: „tzv. možná já, která vyjadřují představy a přání, které se týkají jejich budoucnosti.“ Dle Macka (2003, s. 62): „stabilně důležité zůstává pro většinu dospívajících tzv. ideální já.“ Dané ideální já v sobě obsahuje prvky chtěného já (tedy jaký by chtěl adolescent být) i prvky požadovaného já (jaký by měl být podle druhých lidí). Tzv. ideální já v průběhu období adolescence zvyšuje svoji důležitost, a to na základě ujasňování hodnot a norem jedince, a také vlastní budoucnosti (Macek, 2003, s. 62).

¹² MPSV - Vývojová psychologie pro sociální práci [on-line]. Dostupné 9. 11. 2014 z http://www.mpsv.cz/files/clanky/14812/VP_nahled.pdf

2.3 Suicidalita dětí a adolescentů

Na suicidium u dětí a adolescentů je třeba pohlížet odlišně než na suicidium u dospělých jedinců. Tato odlišnost v mladších věkových skupinách je dána především nedostatečnou vyzrálostí mladších jedinců, nedostatek zkušeností, nevyhraněné postoje a hodnoty. Typická je také emotivní labilita, což sklouzává k afektivnímu a zkratkovitému jednání. Dítě si nepředstavuje smrt stejně jako dospělý člověk. Nemá dostatek informací a zkušeností, aby dokázalo pochopit, co smrt znamená. U mladších dětí tedy přesně nejde říct, zda se opravdu jedná o suicidium (jako svobodné a dobrovolné rozhodnutí zemřít). Jeho jednání může vypadat jako suicidální čin. Takový čin lze označit za sebezabití, jelikož si dítě plně neuvědomuje následky svého jednání. Čím starší jedinec je, tím více získává životních zkušeností, a tím více si uvědomuje hodnotu života. Proto lze v pozdějším věku zřetelně oddělit suicidium, jako vědomé a dobrovolné rozhodnutí ukončit svůj život, od sebezabití (Viewegh, 1978, s. 275-276).

V dětském věku je suicidální chování osob spíše ojedinělé. Děti mohou mít suicidální myšlenky, mohou o nich hovořit, ale k dokonání suicidia v mnoha případech nedojde. V pozdějším věku, adolescenci, se počet suicidií zvyšuje¹³. V příloze mé práce přikládám graf s počty suicidií v období dětství a adolescence vytvořený na základě statistik ČSÚ (Graf č. 5 - Počet suicidií podle věku).

Dle Macka (2003, s. 96-97) je adolescence velmi citlivé období, ve kterém se mohou rozvíjet rizikové chování. Toto chování pak lze rozdělit do několika oblastí, kde každý z daných okruhů je podmíněn několika faktory a mají i svou specifickou genezi. Těmito oblastmi jsou:

- predelikventní chování a trestní činnost
- agrese, násilí, šikana a týrání
- užívání návykových látek (alkohol, cigarety, drogy)
- sexuální rizikové chování
- poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie)
- tentamen a suicidium.

Punová (2012, s. 95) ve své práci též hovoří o rizikovém chování u mládeže a stejně jako Macek zmiňuje, že právě v období adolescence je u jedince zvýšená

¹³ Český statistický úřad – Sebevraždy [on-line]. Dostupné 12. 2. 2015 z http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/sebevrazdy_zaj

dispozice k rozvoji rizikového chování. Celkově jako rizikovou mládež označuje osoby, které jsou v tíživé životní situaci a jsou nějakým způsobem ohroženi. Na takovou situaci pak mohou reagovat způsobem, který představuje riziko jak pro ně samotné, tak i pro společnost. Sebe samotného ohrožuje především v případě užívání návykových látek, rizikového sexuálního chování, poruchy příjmu potravy či suicidálního chování. Naproti tomu riziko pro své okolí a celou společnost představuje díky svému delikventnímu chování a kriminalitou (Punová, 2012, s. 93-94).

U jedince se následkem určitých negativních situací může rozvíjet frustrace, a následně agresivita. Takovou negativní situací může být například kritika ze strany učitele ve škole. Agresivita se však nemusí projevit přímo proti příčině frustrace. Většinou je směřována na někoho, kdo je v dané situaci nevinně, či s ní vůbec nesouvisí. Násilí také může směřovat k neživým věcem, na kterých si jedinec vybíjí svou agresivitu (bouchání a kopání do nábytku). Agresivní chování však může směřovat i k vlastní osobě. Toto sebepoškozování, či suicidální tendence jsou důsledek přehnaného pocitu viny za danou situaci (Sandström, 1966, s. 149-152).

Situace, která u dítěte či dospívajícího podnítl suicidální jednání, má negativní a stresující význam pro dítě. Představuje pro něj zátěž, které se chce zbavit. Děti a adolescenti často volí suicidium jako řešení pro konkrétní a často jednorázovou událost, se kterou se v jeho životě setkali. Proto jsou jednorázové konflikty pro mladší věkovou skupinu velmi rizikové. Tento znak je odlišný od suicidality u dospělých jedinců. Pro tuto skupinu je spíše typický dlouhodobý průběh celého suicidálního vývoje. Fakt, že suicidium u dětí je často odpovědí na jednorázovou událost či situaci neznamená, že špatné zkušenosti a zážitky v dětství musí vyvolat okamžitou odezvu v suicidálním jednání. Můžou se v člověku uložit, postupně zrát a projevit se až v pozdějším věku (Viewegh, 1978, s. 276).

Obecně lze říci, že skryté úvahy nad provedením suicidálního činu jsou nebezpečnější než ty, které jedinec opakovaně prezentuje před dalšími lidmi. Děti, které bude veřejně a opakovaně projevovat suicidální myšlenky, nejspíš nejde o ukončení vlastního života. Takové dítě se spíše snaží získat pozornost ze strany společnosti (Vojtík, Machová, Břicháček, 1990, s. 113). Jak již bylo nastíněno, u dětí a dospívajících je těžké definovat suicidium, jako suicidium v pravém slova smyslu, z důvodu neúplného uvědomování si důsledků svých činů. Proto je suicidální chování v tomto období často charakterizováno jako volání o pomoc (Fisher, Škoda, 2009, s. 76). Volání o pomoc lze uchopit právě jako potřebu pozornosti od okolí vůči jedinci,

který se ocitá v krizi. Člověk potřebuje, aby mu někdo naslouchal či poskytl pomoc, aby byl brán dostatečně vážně od svého okolí. Děti a dospívající mohou suicidální jednání využívat k manipulaci či demonstraci. Využívají demonstrativní suicidální jednání k dosahování vlastních cílů, dokonce jím mohou vydírat ostatní členy své rodiny. Vzbuzováním úzkosti a nejistoty z vykonání činu získávají vládu a výsadní postavení v celé rodině. Takové chování by se nemělo objevovat a je třeba nastavit určité hranice, limity, které v rodině budou všichni členové dodržovat (Havránková, 2002, s. 493-494). I přes to, že je suicidální chování u dětí často chápáno jako zmíněné volání o pomoc, či pouze nástrojem manipulace a demonstrace, nelze je však opomíjet. I takovéto chování může mít katastrofické důsledky (Fisher, Škoda, 2009, s. 76).

Při suicidálním jednání se uvnitř jedince bouří pocity vzteku, a zároveň pocity bezmoci a zoufalství. Vztek je často směřován k významným osobám v životě jedince, často k vlastním rodičům (Fisher, Škoda, 2009, s. 76). Obecně lze říci, že suicidalita dětí a adolescentů promítá narušení vztahu mezi dítětem a jeho okolím. Pokud tedy dítě či dospívající uvažuje o suicidiu, důvod je schovaný v narušených interpersonálních vztazích. Většinou se jedná o vztah mezi rodiči a dítětem, kdy dochází k nevhodnému zacházení s dítětem, neposkytování dostatek rodičovské lásky a péče, k nedostatečné výchově dítěte. Všechny dané situace mají velmi negativní vliv na dítě, a vytváří tak vhodný prostor pro rozvoj suicidálních tendencí (Viewegh, 1978, s. 277).

2.4 Rizikové faktory suicidálního chování dětí a adolescentů

Dle Koutka (2003, s. 39-40) existují jisté rizikové faktory, které mohou způsobit vznik suicidálního chování u dětí a dospívajících. Vždy však záleží na samotném jedinci, jak se s danými faktory vypořádá. Zvládnutí situace ovlivňuje zranitelnost dítěte či adolescenta a jeho schopnost se adaptovat na danou situaci. Vymezení určitých rizikových faktorů, které mohou podnítit vznik suicidality, je vhodné a důležité pro prevenci takového chování a posouzení, zda se dítě či dospívající ocitá v nebezpečí. Také slouží k rozhodnutí o zaměření terapie s jedincem.

Některé faktory lze považovat za nespecifické, tzn. dítě či dospívající na ně může reagovat různými způsoby. Příkladem může být nepříznivá rodinná situace. U dítěte se mohou začít objevovat psychosomatické obtíže, poruchy chování nebo depresivní poruchy s nebezpečím vzniku suicidálního chování. Avšak určité faktory

jsou specificky působící, např. afektivní porucha. Důsledkem hlubokých depresí jedinec často mívá suicidální myšlenky a tendence (Koutek, 2003, s. 40).

Jako rizikové faktory suicidálního chování dětí a dospívajících Koutek (Koutek, 2003, s. 40-43) uvádí problematickou situaci v rodině, školní neúspěch, problematické vrstevnické vztahy, zhoršený zdravotní stav, špatná sociální situace jedince a jeho rodiny, a také vyznávané náboženství. Poslední faktor, náboženství a víru, uvádí také Fisher a Škoda (2009, s. 80), avšak jako nejednoznačný. Autoři uvádí, že mnoho náboženství se k suicidalitě staví neutrálně, či ji zakazuje. Naproti tomu se ve společnosti objevují náboženské sekty, které vedou své členy k suicidalitě (Fisher, Škoda, 2009, s. 80).

Dané rizikové faktory se mohou vzájemně doplňovat a podporovat. Společně vytváří určité pozadí, které má na jedince velký vliv. Na dané rizikové faktory následně navazují spouštěče neboli poslední podněty, které vyvolávají suicidální jednání. Jako daný spouštěč lze označit konkrétní konflikt s rodiči, rozchod s přítelem/příteľkyní, hádka s kamarády, ztráta blízké osoby apod. Jednotlivé problémy by měl normální člověk s dobrým sociálním zázemím zvládnout. Ve chvíli kdy je vystaven více zátěžovým faktorům působícím společně, mohou se objevit suicidální myšlenky a následně i suicidium (Koutek, 2003, s. 40-45).

Rizikovým faktorům, které způsobují suicidální chování v daném věku, se více věnuji ve své absolventské práci.

3. Pomoc suicidálním dětem a adolescentům

V následující kapitole vymezím prevenci suicidality a způsoby pomoci dětem a dospívajícím, u kterých se projevilo suicidální chování. Havránková (2002, s. 494) uvádí, že člověk je nejvíce otevřený pomoci ve fázi těsně před provedením suicidálního činu (v době suicidálních tendencí), a také ihned po pokusu o suicidium. Podobný náhled má i Špatenková (2011, s. 145), která označuje fázi po neúspěšném tentamenu jako fázi, kdy je člověk nejvíce přístupný a velmi otevřený vůči svým problémům. Avšak daná otevřenost se časem zmenšuje. Proto je třeba, dle Havránkové (2002, s. 494), věnovat takovému člověku pozornost a využít toho, že člověk pomoc přijímá.

Havránková (2002, s. 482-483) též popisuje jisté předpoklady pro pracovníka, který pracuje se suicidálními jedinci. Daný pracovník musí mít ujasněnou otázku smrti a též suicidální tematiku, kterou každý člověk uvnitř sebe nese. Pracovník, který s danými lidmi pracuje, si musí uvědomovat a brát smrt jako součást života. V souvislosti s tím, musí suicidium brát jako svobodnou volbu člověka, který si tak přeje ukončit svou osobní krizi. Pracovník se musí oprostít od vlastních předsudků vůči sebevrahům. Jen takový pracovník, který je vyrovnaný a uvědomělý, může vytvořit se suicidálním klientem rovnovážný vztah a být tak pro něj nápomocným.

Celá terapie dětí a adolescentů se suicidálním jednáním se odvíjí od aktuálního psychického stavu jedince. Také záleží na době, kdy je terapie poskytována. Na základě tohoto faktoru můžeme pomoc dělit na první pomoc, krizovou intervenci a terapii (Koutek, 2003, s. 93). Ve své práci doplňuji i prevenci suicidálního chování, jelikož ji považuji za důležitou část celkové pomoci suicidálním dětem a dospívajícím.

3.1 Prevence

Prevence je důležitou součástí dané problematiky. Úkolem prevence je snížit počet a vliv jednotlivých rizikových faktorů, které způsobují suicidální jednání. Naopak posilují protektivní (ochranné) faktory (Fisher, Škoda, 2009, s. 80). Tyto faktory dle Koutka (2003, s. 40) působí opačným způsobem, než faktory rizikové, tedy proti neadaptivnímu chování. Jako daný protektivní faktor může působit funkční rodina, dobré a uspokojivé vztahy s kamarády, bohaté zájmy dítěte apod.

Fisher a Škoda (2009, s. 80) rozdělují prevenci na tři druhy: primární, sekundární a terciární. Primární prevence je spojena s posilováním protektivních faktorů a duševního zdraví celé populace. Sekundární prevence se již orientuje na skupiny osob,

kteře jsou ohroženy možnými suicidálními tendencemi, jako lidé závislí na návykových látkách, lidé s vážnou nemocí, s depresemi apod. V sekundární prevenci jde především o včasné diagnostikování a zahájení léčby. Poslední druh, terciární prevence, je zaměřena na zabránění opakování suicidálního činu. Kocourková (2003, s. 106) dodává, že prevence u suicidálního chování dětí a dospívajících není zaměřena pouze na konkrétní dítě. Orientuje se také na jeho rodinu (rodiče a sourozence), jeho vrstevníky a také na instituce ovlivňující dítě (především škola).

Prevence suicidálního chování dětí a dospívajících zahrnuje tedy omezení dostupnosti takových prostředků, které by mohli být dětmi použity k vykonání suicidia. Dále také zvýšení informovanosti o dané problematice mezi osobami, které pečují o děti. Je důležité, aby tyto osoby byly schopné rozpoznat rizikové skupiny dětí a adolescentů, rizikové faktory suicidálního chování. Zvýšení informovanosti obsahuje také zvýšení povědomí o zdravotních a sociálních službách, které poskytují pomoc suicidálním osobám. Současně také rozvoj služeb, které přispívají k prevenci suicidality, např. krizová centra a linky důvěry. Prevence se specializuje také na odborníky, kteří pracují s dětmi a dospívajícími. Pomocí profesionálních tréninků se odborníci učí rozpoznat rizika suicidálního chování u dětí a adolescentů a správně na ně reagovat (Kocourková, 2003, s. 109, 111).

Preventivní programy zaměřené na tematiku suicidality, které jsou realizované pro děti, však vedou určitým způsobem k riziku. Tímto rizikem je, že dítě o řešení problémů formou suicidia nevědělo, nebo si jej neuvědomovalo, avšak nyní se s takovým způsobem může identifikovat. Z tohoto důvodu dané specificky zaměřené preventivní programy potřebují řádnou přípravu a znalost dětí, které budou účastny na programu. Častěji, než dané specifické preventivní programy, se využívají nespécifické. Ty mají za cíl zvýšení psychické odolnosti dítěte a schopnost řešit problémy a tíživé situace, se kterými se v jeho životě může setkat. Cílem je, aby si děti osvojili názor, že každý problém se dá vyřešit. Díky programu také získávají informace, kde v případě krize hledat pomoc (Kocourková, 2003, s. 109-110).

3.2 První pomoc (psychologická a zdravotnická)

Cílem poskytnutí první pomoci je především zvládnutí aktuální situace jedince a zabránění jeho suicidálního chování. První pomoc by měl poskytnout kdokoli, kdo je jedinci v dané chvíli nablízku. Většinou se jedná o člena rodiny, kamaráda, spolužáka

ve škole, pedagoga ve škole či přivolaného lékaře. Z toho důvodu můžeme první pomoc označit jako laickou (poskytovanou neodborníky), popřípadě doplněnou o lékařskou pomoc poskytovanou odborníky na zdravotní péči. První pomoc se určitým způsobem liší podle prvních dvou fází suicidálního vývoje jedince. Odlišnou pomoc potřebuje jedinec se suicidálními tendencemi, při akutním riziku suicidálního jednání, nebo po spáchání tentamenu (Koutek, 2003, s. 93-96). Na začátku kontaktu je důležité zachovat klid. i přes to, že se jedná o vážný problém, kdy člověk uvažuje o suicidiu, pomáhající (rodič, kamarád, apod.) se musí chovat klidně a nepropadat panice. Důležité je zhodnotit celkovou situaci (Špatenková, 2011, s. 145).

Stav, kdy má jedinec **suicidální myšlenky a tendence**, nesmí být podceňován (Koutek, 2003, s. 94). Ve chvíli, kdy dítě či dospívající začne mluvit o tom, že by chtělo všechno ukončit, nebo že ho už nebaví žít, je velmi důležité věnovat mu svoji pozornost. Podstatné je zjistit, zda doopravdy myslí na smrt, či je to pouze řečnická fráze. K zjištění, na co dítě myslí, mohou pomoci otázky směřované na pojmenování suicidia, tedy: *Myslíš tím, že by si chtěl zemřít? Myslíš na sebevraždu?* Podle odpovědi lze poznat vážnost celé situace. V případě, že jedinec odpoví, že to tak nemyslel, a že to řekl pouze jen tak, může se upustit riziko, že by spáchal suicidium. Pokud však odpoví, že to je ono, co mu v poslední době leží v hlavě, je třeba celou situaci začít řešit. Pomáhající by měl dítě či adolescenta odkázat na odbornou pomoc. Takovou pomoc může představovat školní psycholog, krizové linky, krizové centra apod. (Havránková, 2002, s. 484).

Ve druhém případě, kdy se první pomoc poskytuje jedinci, u něhož **akutně hrozí suicidální jednání**, je cílem zabránění vykonání suicidia. Pomáhající musí rychle zhodnotit situaci a adekvátně na ni reagovat. S jedincem by měl udržet kontakt a snažit se pochopit jeho emoce. Důležitá je přitom podpora jiných, adekvátních řešení problému a tím i odvedení myšlenek na vykonání suicidia. Stejně jako v předchozím případě následuje odborné psychiatrické vyšetření jedince s rozhodnutím o další pomoci či léčbě (Koutek, 2003, s. 95).

Posledním případem, kdy se poskytuje první pomoc, je **po provedení suicidálního pokusu**. V tomto případě se první pomoc orientuje na přivolání zdravotní pomoci a na stabilizování zdravotního stavu dítěte či mladistvého. Až pomine ohrožení na životě, s jedincem naváže spolupráci psycholog a psychiatr, a provede se psychiatrické vyšetření. (Koutek, 2003, s. 95). Všechny děti a dospívající, u nichž se projeví suicidální tendence, či se pokusili o suicidium, se musejí podrobit

psychiatrickému vyšetření a případné léčbě. Je třeba zjistit vážnost suicidálních tendencí, zda se u nich nevyskytuje deprese či další psychiatrické poruchy, a jaké mají motivy pro spáchání suicidia. Důležité je získat informace, zda se jedinec již někdy dříve pokusil ukončit svůj život, a především se zaměřit na odstranění rizika opakování suicidálního jednání dítěte či adolescenta (Koutek, 2008, s. 408).

Souhrnně lze říci, že první pomoc obsahuje především laickou pomoc, která je orientována na vyslechnutí jedince, podporu a akutní zabránění vykonání suicidia. Zároveň také zdravotní pomoc, která stabilizuje zdravotní stav jedince po pokusu o suicidium. V rámci první pomoci je důležité také jedince odkázat na další pomoc, která je již odborná. Tomuto druhu pomoci se budu věnovat v následující kapitole.

3.3 Odborná pomoc

Odborná pomoc přichází následně po první pomoci. U dítěte či dospívajícího se projevíly suicidální tendence či jednání a z toho důvodu je nutné situaci řešit. Dle Koutka (2003, s. 93) můžeme odbornou pomoc dělit na krizovou intervenci a terapii. Na rozdíl od první pomoci je daná pomoc poskytována odborníky. Odbornou pomoc mohou poskytovat krizové linky, krizové centra, psychologové, psychiatři, apod. Na dané dva druhy, jejich průběh a metody či techniky se zaměřím v následujících kapitolách.

3.3.1 Krizová intervence

Krizová intervence je dle Vodáčkové (2002, s. 60) charakterizována jako: „odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující.“ Důležité je zorientovat se v situaci člověka a jeho pocitech, a zastavit takové jednání, které by pro něj mohlo být ohrožující. V rámci krizové intervence se krizový intervent (dále pouze intervent) spolu s jedincem snaží o řešení problému. Usiluje o využití vlastních sil jedince při překonání problémů a překážek. Krizová intervence by se měla orientovat na všechny stránky člověka. Měla by tedy zasahovat do biologického, psychického, sociálního i spirituálního prostoru jedince. Krizová intervence se bude lišit podle individuálního případu. Každý člověk je jiný, a proto pro každého bude krize představovat něco jiného (Vodáčková, 2002, s. 60). Také se bude lišit podle způsobu poskytování krizové intervence. Může se odehrávat tváří v tvář, či pomocí telefonu (Špatenková, 2011, s. 145). Podobně jako u poskytování první pomoci, intervent by měl zvážit, zda je v konkrétním případě nutná hospitalizace

dítěte či mladistvého, nebo postačí ambulantní péče. Někdy může být vhodný i krátkodobý pobyt v krizovém centru (Koutek, 2003, s. 96).

Krizová intervence má krátkodobý charakter. Dle Špatenkové (2011, s. 145-146) celkový průběh začíná zachováním klidu a zhodnocením celkové situace. Obdobně jako u první pomoci je k posouzení vhodné se otevřeně zeptat, zda jedinec myslí na sebevraždu, a zda již takové myšlenky měl někdy dříve (poté je vhodné zjistit, co mu pomohlo, aby své suicidální plány nedokonal). Následuje *zhodnocení ohrožení*, tedy zda se jedinec aktuálně ocitá v nebezpečí (má připravenou zbraň, požil léky). V takovém případě Špatenková (2011, s. 146) uvádí potřebnost *redukovat aktuální nebezpečí*. Intervent by měl odradit jedince od dokonání suicidia. Např. aby jedinec odložil zbraň ze svého dosahu, nebo, v případě požití léků, si přivodil zvracení a zbavil se dalších léků, u kterých je riziko, že by je mohl později znovu požit (spláchnutím do WC). Ve chvíli kdy pomine aktuální nebezpečí, by intervent *neměl provádět hloubkovou analýzu příčin*. Intervent by si měl odpustit otázky: Proč? Je vhodnější zaměřit se na aktuální podněty, tedy poslední kapky, které jedince k takovému chování vedly (události v posledním týdnu, za poslední den). Zároveň je důležité se vyvarovat několika NE – neobviňovat, neodsuzovat, nemoralizovat, nebagatelizovat a nehádat se s klientem. Intervent by měl naopak *projevit opravdový zájem* a empatii (Špatenková, 2011, s. 146). Je důležité vnímat jedince, soustředit se na jeho problém a celkovou situaci a také ho podporovat ve vyjadřování emocí a pocitů. Intervent mu dává bezpečný prostor projevit své pocity. To může pomoci k uvolnění a postupné uklidnění jedince (Havránková, 2002, s. 486). Následujícím bodem v krizové intervenci je *hledání záchytného bodu*. Cílem je najít určitou hodnotu, která jedinci zůstala, a která je pro něj významná. Tím může být rodina, přítel/kyně, škola. Společně také definují *motivující faktor*, tedy čeho jedinec svým suicidálním jednáním chtěl dosáhnout. Intervent sleduje, zda jedinec vážně chtěl zemřít, či se jednalo o volání o pomoc, o pomstu. Následně intervent navrhne i *jiné alternativy řešení* konkrétního problému. Podstatné je poukázat na to, že sebevražda není jediným způsobem řešení, ale že existují i jiné možnosti. Společně mohou vytvořit *specifický plán*, jak bude jedinec svoji situaci řešit. Intervent může nabídnout i *jiné možnosti pomoci*. V tomto bodě je vhodné, aby intervent znal konkrétní odborníky, na které může přímo odkazovat. Je lepší jedinci sdělit jméno, adresu a kontakt daného odborníka (psychiatra, psychologa, linky důvěry) na koho se může obrátit (Špatenková, 2011, s. 146).

U nezletilých dětí se nesmí opomínat *spolupráce s rodiči dítěte*. To však může pro pracovníka představovat svízelnou situaci. Dítě či adolescent může chtít své suicidální tendence zatajit před vlastními rodiči a odmítá je o problému informovat. Jedinec má právo na mlčelivost ze strany pracovníka. Na druhé straně se však jedná o nezletilého jedince, za kterého mají rodiče zákonnou odpovědnost. Vše záleží na individuální situaci. Pokud hrozí vážné riziko suicidálního jednání dítěte, doporučuje se, aby intervent informoval rodiče nezletilého, a spolupracoval s nimi (Koutek 2003, s. 94-95).

V rámci krizové intervence je také vhodné vytvořit *kontrakt o nespáchání suicidia* neboli smlouvu o přežití. Daná smlouva slouží k získání času, kdy bude možné zajistit jedinci jinou formu pomoci. Působí na racionalitu jedince a vědomí vlastního ohrožení. Posiluje vlastní odpovědnost člověka. Smlouva o přežití má formu slibu, že se jedinec do určitého dne (do konkrétního data) nepokusí o suicidium. Dobu, na kterou se smlouva uzavírá, by si měl jedinec zvolit sám. Lze ji stanovit na základě otázky: Jak dlouho jste si jistý, že nespácháte sebevraždu? Na tuto dobu jedinec slíbí, že zůstane naživu. Neexistuje však záruka, že člověk, který takovou smlouvu s interventem uzavře, se o suicidium nepokusí. Intervent společně s jedincem prodiskutují, jak bude jedinec trávit čas do dalšího setkání. Mohou také společně vytvořit nouzovou kartičku s telefonními kontakty, na které se v případě nouzi může obrátit (kontakt na krizové linky, blízké osoby jedince apod.). Smlouvu lze dále prodlužovat a obnovovat, do té doby, než jedinec dosáhne opravdového přesvědčení, že zůstane naživu a nebude u něj hrozit nebezpečí vykonání suicidia (Špatenková, 2011, s. 147-148).

Krizová intervence může probíhat osobně, i pomocí telefonu. V ČR existuje několik Linek důvěry pro děti a mládež, které poskytují telefonickou krizovou intervenci. Z výzkumu, provedeného Jedličkovou (2005, s. 113), vyplývá, že hlavní roli v poskytování telefonické krizové intervence pro danou skupinu je Linka bezpečí sídlící v Praze, a to především z důvodu její bezplatnosti a vysoké propagaci. V ČR dále existují i další krizové linky zaměřené na děti a mládež¹⁴. Dle výzkumu však tyto linky využívají převážně dospělí jedinci a dá se říci, že jsou tak pro celou populaci (Jedličková, 2005, s. 105-106, 113).

¹⁴ Linka vzkaz domů Praha, Modrá linka Brno, Linka Krizového centra pro děti a mládež Spondea Brno, Linka důvěry pro děti a mládež Olomouc, Linka důvěry Oddělení socialně-právní ochrany dítěte Prostějov, Linka dětské pomoci týraného a zneužívaného dítěte Plzeň atd. (Jedličková, 2005, s. 105-106).

3.3.2 Terapie

Druhým typem pomoci je, jak jsem zmínila, terapie. K terapii suicidálního jednání dítěte či mladistvého se nejčastěji využívá psychoterapie, rodinná terapie a farmakoterapie (Koutek, 2003, s. 97-99). Koutek (2008, s. 408) také uvádí, že se celá terapie odvíjí od výsledků psychiatrického vyšetření, které bylo provedeno po zjištění suicidálních tendencí, či provedení tentamenu. Daná terapie často navazuje na krizovou intervenci, a to z důvodu, že krizová intervence má pouze krátkodobý charakter. Terapie je tedy následnou pomocí suicidálním dětem a dospívajícím.

V rámci práce se suicidálním dítětem či dospívajícím je nezbytná **psychoterapie** a také sociální pomoc dítěti (Koutek, 2008, s. 408). Sociální pomoc je důležitá, jelikož musíme zohlednit veškeré stránky jedince, ne pouze psychickou. Sociální prostředí má na dítě či dospívajícího velký vliv. Je třeba se zaměřit na to, v jaké rodině vyrůstá, jaké má vztahy s vrstevníky, či zda nemá problémy ve škole apod. (Koutek, 2003, s. 40-43). Psychoterapie a sociální pomoc tedy reagují na aktuální problémy dítěte a současně se snaží najít řešení, které bude pro dítě nejvíce vhodné (Koutek, 2008, s. 408).

V rámci psychoterapie se využívá několik technik a metod. Při volbě záleží na konkrétním případě jedince. Nejčastěji se k dané problematice využívá individuální, skupinové psychoterapie, a rodinné terapie (Koutek, 2003, s. 97).

Pro práci s dětmi a dospívajícími mohou být užitečné techniky a metody kognitivní a behaviorální terapie, a humanistická psychoterapie. KBT vychází z teorie učení. Hlavním východiskem KBT je přesvědčení, že poruchy chování jedince jsou naučené reakce z interakcí s prostředím, které lze pomocí určitých technik a metod odnaučit. U dětí a dospívajících se KBT využívá především pro posílení žádoucího chování a odstraňování nevhodného chování. Techniky KBT zahrnují např. techniky operačního podmiňování (na základě odměny u jedince podporujeme žádoucí chování a redukuje nevhodné chování) a kognitivní techniky (techniky zaměřené na změnu dysfunkčních postojů a myšlenek, na zvládnání stresu, sebeovládání a sebeocení). Druhou zmíněnou terapií je humanistická psychoterapie, zejména pak psychoterapeutický přístup C. R. Rogerse – přístup orientovaný na člověka. Rogers představuje dítě jako hodné a projevy agrese připisoval frustraci dítěte a nedostatku možnosti k seberealizaci. Psychoterapeutický přístup C. R. Rogerse zakládá na vztahu terapeuta a dítěte, především na empatii, akceptaci a kongruenci. Terapeut musí být schopen vcítit se do dítěte či adolescenta a porozumět mu. Musí respektovat a akceptovat dítě takové, jaké je. Musí být opravdový, na nic si nehrát, tzn. jeho

profesionální projev se musí shodovat s jeho pocity a myšlenkami (Kocourková, 2008, s. 464–467).

Mezi další psychoterapeutické metody a techniky využívané u dětí a dospívajících Kocourková (2008, s. 473) řadí relaxační postupy (zejména autogenní trénink – obnovuje síly jedince, odstraňuje příznaky napětí a neklidu), imaginativní techniky a interpersonální metody (psychodrama). Koutek (2003, s. 97) přidává i některé metody neverbálních psychoterapeutických přístupů, kterými je muzikoterapie (využívání hudby jako léčebného prostředku), arteterapie (využívání výtvarných technik).

Do terapie je nezbytné zapojit celou rodinu dítěte či mladistvého. Fakt, že se dítě pokusilo o suicidium, zvyšuje napětí uvnitř celé rodiny. Rodiče často neví jak reagovat, a proto se střídají pocity viny a zlosti. Dochází k nadměrné kontrole dítěte ve snaze předejít opakování suicidia (ochránění dítěte), avšak to může zvýšit konflikty v rodině, a tím i paradoxně zvýšení tendence dítěte opět se pokusit o suicidium, které však už může skončit letálně. K předejití opakování suicidia je vhodné ambulantní psychiatrické sledování (Koutek, 2008, s. 408-409). Je třeba se však zabývat a pracovat s celým rodinným systémem. **Rodinná terapie** se orientuje na celkové zvládnutí situace, a řešení konfliktů a problémů uvnitř systému. V rámci rodinné terapie je důležité řešit s rodiči jejich přístup k dítěti (Koutek, 2003, s. 99). Rodinná terapie se tedy orientuje na poznání vzájemných vztahů a interakcí v rodině, zlepšení daných vztahů, a podporu schopnosti rodiny řešit vlastní problémy (Kocourková, 2008, s. 468).

U dospělého člověka je třeba získání souhlasu k danému léčení (k terapii). Avšak u nezletilých dětí a dospívajících je to jiné. Děti nemají kompetence k tomu, aby mohly rozhodovat o léčbě. Dané kompetence za něj vlastní jeho rodič, nebo osoba či zařízení, kterému je dítě svěřeno do péče. Naproti tomu je důležité brát v potaz názor dítěte. Proto je potřebné, aby léčbě porozuměl a správně pochopil její význam. Obdobný průběh se vyskytuje v případě hospitalizace dítěte (Hort, Kocourková, Koutek, 2008, s. 411).

Pokud by se v rámci vyšetření objevilo riziko opakování suicidia, je nutné, jak již jsem dříve zmínila, *hospitalizovat* dítě či mladistvého. Dle Koutka (2003, s. 97) je pro děti a dospívající vhodnou formou také krátkodobý pobyt v krizovém centru, který je určitým mezistupněm mezi ambulantní a lůžkovou léčbou. Pokud byla u dítěte zjištěna psychiatrická porucha, terapie se musí orientovat na danou poruchu. V případě, kdy dítě trpí vážnými depresemi, mohou být předepsány *antidepresiva*.

Empirická část

4. Metodologie výzkumu

V následující kapitole definuji výzkumný cíl dané práce, metodu výzkumu, zkoumaný vzorek, popíši způsob získávání dat a techniku jejich vyhodnocení. K získání teorie pro danou kapitolu jsem využila publikace od autorů Miovského a Dismana.

4.1 Formulace výzkumného cíle

Výzkumným cílem je poznat jakým způsobem pracují pracovníci s jedinci se suicidálním chováním v konkrétním zařízení, které poskytuje sociální službu dětem a dospívajícím.

Stanovila jsem si také tři dílčí cíle:

1. Užívají pracovníci konkrétní metody/techniky práce s klienty?
2. Jak vypadá spolupráce s rodinou klienta?
3. S jakými dalšími institucemi/organizacemi pracovníci spolupracují v rámci řešení klientova případu?

Na základě stanovených cílů jsem si vytvořila základní okruhy, na které jsem se při sbírání dat zaměřila, a na které se budu následně orientovat při analýze dat:

1. Průběh práce s klientem
2. Metody a techniky práce
3. Spolupráce s rodinou klienta
4. Spolupráce s dalšími institucemi/organizacemi

4.2 Metodologický rámec výzkumu

Pro výzkum jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Dle Dismana (2002, s. 285) je možné takový výzkum definovat jako: „nenumerické šetření a interpretace sociální reality.“ Disman (2002, s. 286-287) též uvádí, že cílem je porozumění. Výzkumník získává velké množství informací od menšího počtu respondentů. Následně hledá pravidelnosti, které se objevují v získaných datech, a na základě toho formuje závěry a výstupy výzkumu. Definice jasně vystihuje důvod vybrání daného typu

výzkumu. Mým cílem je především poznat a porozumět práci se suicidálními dětmi a mladistvými v konkrétním zařízení.

V rámci kvalitativního výzkumu jsem využila metodu polostrukturovaného interview (moderovaného rozhovoru). Dle Miovského (2006, s. 159-160) si tazatel předem vytvoří schéma otázek, na které se bude respondentů ptát. Vytváří si tak jádro interview, tedy základní témata a otázky, kterým se bude věnovat. Podle potřeby pak klade respondentům doplňující otázky k vysvětlení či upřesnění odpovědí.

K získání více informací a většího vhledu do problematiky jsem též využila metodu zúčastněného pozorování. Miovský (2006, s. 152) popisuje danou metodu jako pozorování, kdy je výzkumník přímo v místě výskytu jevů, které sleduje. Stává se jedním z aktérů. Výhodou je, že výzkumník tak může získat velmi kvalitní vhled do dané problematiky. Jelikož jsem výzkum prováděla v zařízení, kde jsem vykonávala praxi, určitý čas jsem se tak nacházela v prostoru výskytu daných jevů a mohla jsem tak využít zúčastněného pozorování.

4.3 Výzkumný soubor

Pro výběr výzkumného souboru jsem využila metodu záměrného (účelového) výběru. Miovský (2006, s. 135) danou metodu charakterizuje jako postup, kdy výzkumník cíleně vyhledává respondenty na základě jejich určitého kritéria. Tímto kritériem může být například vlastnost respondentů. Tudiž výzkumník hledá pouze takové respondenty, které danému kritériu splňují a současně jsou ochotni spolupracovat na výzkumu. Daná charakteristika odpovídá mému výběru. Respondenty jsem oslovila přímo v rámci své praxe v konkrétním zařízení. Oslovila jsem všechny potencionální respondenty, tedy pracovníky v zařízení (sociální pracovnice, psychology, pracovnice v sociálních službách – tety). S pracovníky jsem provedla krátké rozhovory, jejichž cílem bylo zjistit, kdo se suicidálními dětmi a dospívajícími nejvíce pracuje. Na základě daných rozhovorů, jsem výběr zaměřila pouze na tři psychology, kteří v zařízení působí a s dětmi a dospívajícími v dané problematice spolupracují. Z tohoto vzorku možných respondentů na spolupráci přistoupili dva. Jeden se na výzkumu neúčastnil a to z důvodu, že s dětmi a dospívajícími se suicidálním chováním nepracuje, tudíž nemá zkušenosti, kterými by do výzkumu přispěl.

Zařízení, kde jsem získávala data pro můj výzkum, jsem zvolila na základě výkonu mé dvouměsíční praxe. Daná praxe probíhala na podzim roku 2014. Jedná se

o zařízení Krizové centrum pro děti a dospívající v Brně. KC je zařízení sociálně-právní ochrany – Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc¹⁵. Orientuje se na děti, které se ocitají v závažné životní situaci, a jednou z takových situací mohou být i suicidální tendence. Zařízení se dělí na ambulantní a lůžkovou část (pro přechodné ubytování dětí a dospívajících). Cílem zařízení je ochránit dítě či dospívajícího před nebezpečím, které pro ně představuje aktuální situace. Prostřednictvím poradenství, psychologické pomoci a možného ubytování, mladistvému pomáhá zvládnout situaci po dobu trvání rodinných, vztahových či osobních krizí.

4.4 Průběh získání dat

Po výběru výzkumného souboru jsem respondentům vysvětlila cíl výzkumu a požádala je o spolupráci na něm. S dvěma respondenty jsem se domluvila na průběhu rozhovoru. Oba rozhovory proběhly v prosinci 2014 v kancelářích pracovníků v zařízení KC. Rozhovory jsem nahrávala na diktafon mobilního telefonu, o čemž byli respondenti informováni. Dle Miovského (2006, s. 197) je audiozáznam výhodný především díky komplexnímu zachycení celého rozhovoru. Zachycuje veškeré mluvené slovo, které v rámci rozhovoru proběhlo. Respondenty jsem též informovala o anonymitě. Jelikož jsem se s pracovníky setkávala během celého průběhu praxe, spolupráce byla nenucená a otevřená. Respondentům jsem kladla předem připravené otázky, zároveň jsem podle situace doplňovala další, ujasňující dotazy.

4.5 Metoda zpracování dat

Následně, po realizaci rozhovorů, jsem provedla transkripci neboli přepis rozhovorů. Miovský (2006, s. 205) charakterizuje transkripci jako převedení netextových dat do textové podoby. Rozhovory nahrané na diktafon jsem přepsala doslovně, jsou tedy zachyceny přesné slova respondentů. Vznikly mi tak dva dokumenty. V rámci přepisu jsem se pokusila zachytit i mlčení respondenta, které v přepisu charakterizují tři tečky [...]. V případě vynechání určité části rozhovoru, z důvodu zbytečnosti, nepotřebnosti, uvádím tři tečky v závorkách [(...)]. Pokud se respondent ve své výpovědi určitým způsobem zaseknul a navázal další větou, uvádím

¹⁵ V době výkonu praxe a sbírání dat k výzkumu existovalo zařízení jako zmíněný typ. Od 1. 1 2015 mělo dojít ke změně a zařízení se mělo změnit na sociální službu registrovanou v Registru poskytovatelů sociálních služeb.

dvě tečky ihned po posledním slovu [..]. Pro zachování anonymity uvádím všechny jména uvedené ve výpovědích (jména respondentů, klientů) pomocí tří hvězdiček [***]. Z důvodu anonymity také uvádím výpovědi všech respondentů ve stejném rodě, a to v mužském. Pro označení jednotlivých respondentů používám zkratku R1, R2.

Po přepsání rozhovorů, jsem odpovědi uspořádala pomocí sedmi kategorií, které mi z nich vplynuly: konzultace, odkazování na instituce, hospitalizace, techniky/metody, krizová intervence, důvěra a rodiče. Dané kategorie jsem si v dokumentech barevně zvýraznila pro lepší přehlednost. Následně jsem kategorie rozdělila do čtyř okruhů, které jsem uvedla v kapitole 4.1. Do prvního okruhu, průběh práce s klientem, jsem sloučila kategorie konzultace a důvěra. Pro druhý okruh, metody a techniky práce, jsem využila kategorii techniky/metody a krizová intervence. Třetí okruh, spolupráce s rodinou, obsahoval kategorii rodiče. Poslední čtvrtý okruh, spolupráce s dalšími institucemi/organizacemi, obsahoval kategorii odkazování na instituce a hospitalizace.

Metodu zúčastněného pozorování jsem využívala během celé doby trvání praxe. Pro zpracování dat jsem využila deník, do kterého jsem si v průběhu zapisovala (přibližně dvakrát za týden) zjištěné informace. Tento deník mi posloužil nejen pro vypracování výzkumu mé bakalářské práce, ale i pro zpracování závěrečné zprávy z praxe.

Jako metodu analýzy dat jsem využila metodu vytváření trsů. Dle Miovského (2006, s. 221) jde o seskupení výroků respondentů do skupin (tzv. trsů). Dané skupiny vznikají na základě vzájemné podobnosti mezi jednotkami.

4.6 Limity a rizika výzkumného souboru

Ve svém výzkumu jsem se chtěla zaměřit na pracovníky, kteří cíleně a hloubkově pracují s dětmi a dospívajícími se suicidálními tendencemi v daném zařízení. Danou charakteristiku splňují právě dva psychologové, kteří působí v KC (dva psychologové ze tří – třetí psycholog neměl zkušenosti práce s danou skupinou v zařízení). Z tohoto důvodu je můj výzkumný vzorek užší, avšak pokrývá účel mého výzkumu.

Limit výzkumného vzorku představuje anonymita, která je ovšem důležitá a nezbytná. Jedná se o anonymitu psychologů, avšak také anonymitu dětí a dospívajících, kteří byli či jsou klienti v daném zařízení, a se kterými psychologové

v zařízení pracovali či pracují. Každý příběh, či situace jedince je velmi specifická a jedinečná, proto by mohlo dojít k prozrazení a tím i porušení anonymity. Z tohoto důvodu se můj výzkum orientuje pouze na obecnou práci s danou skupinou a neobsahuje konkrétní případy a životní příběhy klientů.

Riziko pro mě představovala participace daných pracovníků. Předem jsem si nemohla být jista, zda budou ochotni poskytnout mi rozhovory a podílet se tak na mém výzkumu. Avšak, nejspíš z důvodu výkonu mé praxe v daném zařízení, byli velmi ochotní a na spolupráci přistoupili.

5. Analýza kvalitativních dat

V následující kapitole provedu analýzu kvalitativních dat, které jsem získala z rozhovorů s respondenty. Analýzu provedu podle předem stanovených okruhů uvedených v kapitole 4.1. První oddíl se tedy bude orientovat na průběh práce s klientem, druhý metodám a technikám práce, třetí spolupráci s rodinou klienta a čtvrtý spolupráci s dalšími institucemi či organizacemi.

5.1 Průběh práce s klientem

Po položení otázky: *Jak/Jakým způsobem s klientem pracujete? Jak probíhá práce s klientem?* je dle respondentů práce s klientem velmi individuální. Záleží na tom, s jakým problémem dítě přijde a jak moc vážný tento problém je. Dle respondentů je důležité brát ohled na konkrétní rozpoložení jedince a na to, jak moc se chce svůj problém či pocity sdílet. Celá práce také závisí na aktuální situaci a prožívání jedince. Spolupráce, tedy jednotlivá sezení, mohou probíhat anonymně (pokud si tak dítě či dospívající přeje) a respondent tak nemá žádné informace o dítěti či dospívajícím (jeho příjmení, telefonní kontakt, kontakt na rodiče). Avšak ve chvíli, kdy se nezletilý jedinec respondentovi svěří s tím, že uvažuje o suicidiu, respondent musí situaci zhodnotit a v případě podezření na vážné riziko je třeba provést potřebné opatření (kontaktovat rodiče, psychiatrickou kliniku).

„Jako vždycky je to celý o tom dítěti, že jo. O té jeho konkrétní situaci. O tom jeho životním příběhu a to je vlastně ... Něco prostě co je vlastně taky v tom životním příběhu, takže se to nedá úplně nějak vydělit.“ R1

(...) „Takže většinou, teda já to mám tak, že aspoň jednou za týden bych si chtěl s těmi dětmi promluvit. Ale když je to v nějaké té fázi, že se něco děje, tak je možný že s nimi mluvím i každý den, nebo že třeba i ze strany potom těch institucí jako jsou nějaký požadavky nebo zakázky co ten den, nebo se stane zrovna něco s rodiči. Takže vlastně někdy se i každý den něco děje.“ R1

Jeden s respondentů také uvádí využití psychoterapie při práci s klientem. Odkazuje na nutnost rozšíření klientových možností, které řeší jeho problematickou situaci. Respondent uvádí, že právě tohle je u klienta důležitý krok, který pomáhá redukovat riziko suicidálního jednání.

„Tak je to taky o tom, že se na to začnou dívat z jiných úhlů pohledu. Což někdy právě je důležitý protože když potom je ... Člověk jede v takovém tom tunelu,

tak právě to rozšiřování pohledu, to je vlastně i ta psychoterapie jako taková, že to je o těch jiných úhlech pohledu, o rozšiřování pohledu a zároveň o hledání třeba jiných možností. Což vlastně přináší v podstatě, nebo by mělo postupně přinášet vyřešení nebo řešení té situace.“ (...) R1

Oba respondenti zmiňují pojem důvěry. V práci se suicidálními dětmi a dospívajícími je důvěra velmi důležitá, tudíž je potřeba navázat s klientem dobrý vztah. Někdy však může dojít k ohrožení důvěry, a to především z důvodu informování rodičů či institucí, aniž by si to dítě přálo. Respondenti tak jednájí pro dobro jedince, pro jeho ochranu či dokonce záchranu. Objevuje se však problém v tom, jak takovou situaci přijme jedinec. Jedinec si nepřál, aby se o jeho pocitech a myšlenkách někdo dozvěděl a jediný, komu důvěřoval, byl právě respondent. Avšak ten nyní žádá kontakt na rodiče a chce jedince nechat podrobit vyšetření na psychiatrické klinice. Respondenti danou situaci vidí jako velký problém, kdy je ohrožena důvěra jedince vůči nim.

*(...) „Ono to je vždycky takový trošku blbý, že psycholog, pokud.. Ten člověk, že jo, máte s ním nějaký vztah, a celý je to o nějaký důvěře jo ... Ale když vám ten člověk řekne něco, co prostě.. Něco si prostě nesmíte nechat sami pro sebe, a potřebujete.. Bud' to prostě řeknete té instituci, nebo tomu rodiči, s tím, že riskujete to, že to dítě.. Že ztratíte tu důvěru. A tím pádem, pokud vlastně třeba ... To komu to dítě věřilo, tak najednou ten kontakt, nebo vůbec ta péče, jakoby následná, se tím může totálně zrušit jo. Takže je to vždycky takový debilní, že musí člověk přemýšlet teda, dobrý, tak co je teďka dobrý pro to dítě. Tak vlastně pro něj bude dobrý, když budeme dál pracovat, jo dejme tomu ... Že s tím nebude sám ten člověk. Jo ale na druhou stranu dobrý jo, on si teď něco udělá, a je to průšvih, a já bych mohl jít třeba do vězení kvůli tomu, že jsem jakoby, jako zanedbal tu.. (...) A tím pádem jakoby, by řekl dobrý, tak jako když tady za *** chodím, něco mu řeknu, tak on mě pak pošle někam. Tak radši už budu.. Radši už mu až moc tolik říkat nebudu, jo takže ... takže je to takový komplikovaný tady v tomhle.“ (...) R2*

(...) „Což je ale hodně náročný, protože už mezi tím dítětem třeba vznikne, jako a mnou, nějaká důvěra, vazba nebo při nějaký spolupráci. A to dítě nechce, že jo, třeba jít na tu psychiatrii, nechce jít jako jinam. Takže tohle je třeba těžký, protože se mu musí vysvětlit, že je to potřeba a hrozí tam samozřejmě to, že to narušení tý důvěry, nebo prostě tady těchhle věcí.“ (...) R1

V rámci mého pozorování jsem neměla možnost vidět přímou práci s dětmi a dospívajícími (v době konzultací). Avšak zpozorovala jsem, jakým způsobem a jak často psychologové mívají konzultace s mladistvými. Psychologové mají děti, které

bydlí na lůžkovém oddělení KC, rozdělené. Každý psycholog tak má několik klientů přímo v KC, a k tomu další klienty, kteří chodí do KC ambulantně. Mladiství tak mohou za psychology docházet ambulantně, nebo v rámci pobytu v KC. Pokud se jedná o děti a dospívající, které bydlí v zařízení, psychologové je asi jednou za týden navštíví a společně si pak v kanceláři vykládají o celé situaci, konkrétních problémech či pocitech. Děti mají možnost kdykoli se na psychology obrátit a vyžádat si konzultaci.

Další situací může být, když pracovníce v sociálních službách - tety - zjistí riziko možného suicidálního chování u dítěte či dospívajícího bydlícího v KC. Jelikož jsou v přímém kontaktu s mladistvými celý den, většinou jsou to ony, kdo si daného chování může všimnout jako první. V takovém případě to ohlásí psychologovi (který je klíčovým psychologem pro dané dítě či dospívajícího) a ten pak zjistí vážnost situace, kterou následně řeší. Pokud psycholog při konzultaci zjistí, že je u dítěte či dospívajícího vážné riziko, že by mohl vykonat suicidální čin nebo si určitým způsobem ublížit, musí se obrátit na psychiatrickou kliniku.

Shrnutí

Dle respondentů je celá práce s klientem velmi individuální. Záleží na tom, jaký problém člověk má a v jaké situaci se nachází. Záleží také na tom, jak on sám chce problém či danou situaci řešit. Respondenti s klienty pracují na základě konzultací, které mohou být uskutečňovány na vlastní žádost klienta, nebo respondentů. Respondenti konzultace vyžadují alespoň jednou za týden, proto aby zjistili co se děje s klientem a zároveň určitým způsobem kontrolovali a předcházeli vývoji suicidálního jednání mladistvého.

Ve chvíli, kdy však respondenti objeví riziko, že by si dítě či dospívající mohli nějakým způsobem ublížit, musí o tom informovat rodiče mladistvého a také zajistit návštěvu mladistvého na psychiatrické klinice. S tím je však spojován problém narušení důvěry, se kterým se potýkají oba respondenti. Respondenti vidí důvěru jako důležitou součást celé spolupráce mezi nimi a klienty. Jsou si však vědomi toho, že tato důvěra může být narušena v případě, kdy v rámci akutního rizika informují rodiče či psychiatrii o stavu mladistvého se suicidálními tendencemi. Mladistvý nechce, aby rodiče o jeho myšlenkách věděli, a také nechce být vyšetřen na psychiatrii. O svých myšlenkách pověděl psychologovi a věřil mu. Z tohoto důvodu může být důvěra ze strany dítěte či dospívajícího narušena. Proto je důležité vysvětlit mladistvému, že dané opatření je potřeba provést. Dítě či dospívající by měl situaci rozumět a přijmout ji.

5.2 Metody a techniky práce

Po položení otázky: *Využíváte nějaké techniky při práci se suicidálními klienty? Znáte nějaké techniky, které se dají v rámci práce s danými klienty využít?* mi respondenti sdělili několik způsobů, jak s klienty pracují a jaké techniky využívají. Celkově se shodli na tom, že základní náplní a také technikou je **komunikace a dání prostoru** k vlastnímu otevření klienta. Dle respondentů má jedinec v rámci konzultací možnost zpracovat si svůj problém, své prožívání. Respondenti si spolu s jedincem vykládají o jeho celkové situaci a o tom, jak ji jedinec vidí a hodnotí. Otevírají spolu pojem smrti. Zároveň respektují aktuální nastavení jedince a jeho momentální situaci a pocity.

(...) „Určitě jako to povídání. Záleží jak to dítě je osobnostně nastavený, v jakým je třeba věku, jakože ... Čím je mladší, tím to funguje hůř, jen tak sednout a popovídat si. A někdy ani nemá chuť si povídat, jakože.. Myslím, že je i důležitý respektovat jakoby to jeho momentální prožívání nebo nastavení, jo.“ (...) R1

(...) „Jako co se týče té smrti, tak jako, povídáme si o tom, řešíme, snažíme se zjistit, v čem to jako vězí, co ten člověk potřebuje, vždycky. Nebo v podstatě to je vždycky.. Každý člověk něco potřebuje. Když má nějaký problém tak prostě nějaká ta jeho potřeba není nějakým způsobem naplněna. Tak se snažíme vždycky zjistit co je to, co člověk potřebuje. A že jo, pak se snažím vždycky nějak vymyslet, aby ta potřeba byla naplněna. Takže buď je to v té rodině, nebo.. Nebo to potřebuje to jen nějak sdílet. Jako většinou jako technika nebo tak nějak to zmapovat, fakt jakoby ... Povídat si o tom, o té smrti, nebo o tom ... Jako je to tabuizované téma, který se moc neřeší ani ve společnosti, tak prostě otevřít to a bavit se o tom, co to vlastně znamená, co by to znamenalo, jak by to vypadalo a tak.“ R2

(...) „Jako obecně prostě funguje to povídání si o tom, reflektování nějak pocitů, snažíte se vlastně pochopit. Že jo, pokud se chce někdo zabít, tak asi ho prostě nějak trápí a je to asi hodně závažný, hodně ho to bolí. Tak se prostě snažíme pojmenovat ty pocity, jo, dát mu najevo, že mu rozumím, nějak se do něj vcítit a pochopit, vlastně snažím se pochopit proč vlastně, co ho dovedlo do téhle situace, co jakoby je pro toho člověka je tak hroznýho, že se chce zabít, no. To musí být závažný. Tak se snažím pochopit to, vyjít jakoby z něho, co teda... To má nějak pojmenovat ty pocity, dát mu najevo, že mu v tom rozumím, nějak mu to nevymlouvat, že jo. To je blbost, to je nesmysl, to jako nikam nevede. Prostě spíš člověkovi.. vyjít z toho pochopení a otevření toho tématu vůbec, nějak si o tom povídat.“ (...) R2

Respondenti se také shodli na využívání prvků **krizové intervence**. Jako důležité vidí zmapování celé situace a její vážnosti. Jde především o vyhodnocení situace a zjištění zda hrozí vážné rizika vykonání suicidia. Podle toho se respondenti musí rozhodnout, jak budou situaci dále řešit. Přínosné je také pojmenování suicidia a komunikaci o životě po smrti, tedy co tím člověk získá, co si myslí, že bude po jeho smrti následovat. Jeden respondent též uvádí zmapování zdrojů jedince, tedy určitých záchytných bodů. Dané zdroje jsou určité hodnoty či vztahy, které pořád fungují, a které by mohly být užitečné při řešení jeho situaci nebo problému. Jako přínosné též vidí zjištění motivu, tedy čeho chtěl klient suicidiem docílit.

(...) „ To je nějaká krizová intervence spíš než jakoby.. Nebo aspoň v úvodu, než to člověk zjistí, tak většinou se jakoby se snažím zmapovat jak moc je to závažný. Třeba zjistit jestli přemýšlel ten člověk na tím, co je po smrti, jestli je nějaký posmrtný život, nebo něco takového. Potom třeba zjistit jestli už má jakoby vymyšlený nějaký konkrétní způsob jak to chce udělat. Většinou když to má člověk už promyšlený, tak je to hodně závažný, že už.. Jako pokud už má přesný postup, že jo, jako udělám tohle a tohle, tak to už je špatný, to je.. to je blbý. Pokud vlastně jen tak řekne, no já ještě nevím, jo něco, tak nad tím nepřemýšlel do takový hloubky.“ (...) R2

(...) „Nesnažím se tomu tématu teda nějak jako vyhybat. Jakože prostě když to tam je, to téma, tak prostě se o tom bavíme. Protože si myslím, že je to důležité, právě od toho nějak neuhnout a bavit se i o těch věcech co si vlastně třeba to dítě představuje, co potom jako bude. Jako smrt vypadá nebo co bude po té smrti. Ať už teda, jak jsem o tom mluvil, co se týká toho okolí nejbližšího, ale co třeba bude s ním. Tam jsou pak taky hodně zajímavý věci některý. Třeba ... že bude někde na hvězdě, s nějakým příbuzným, který už je taky na hvězdě. Nebo někdy ani nemusí mít to vědomí té konečnosti.“ (...) R1

(...) „Třeba mě se hodně i osvědčilo mluvit o tom, jaké má to dítě fantazie. Jakoby co vlastně pro něj by to ukončení jako života v té fantazii znamenalo. Někdy je to tak, že je to adresováno někomu, že je to nějaké sdělení jakoby pro nějaký jiný osoby v jeho okolí. Nebo pro nějaký důležitý osoby. A pak se dá pracovat i s tím, jak jinak by to šlo tomu okolí sdělit. Takže pak třeba z toho může vzniknout i nějaká cesta, že tohle není jediný řešení, ale že jsou jakoby i jiné řešení. (...) Tam pak je nejhorší, když řekne, že chce mít klid. Tam je to těžký. Pak někdy může být i to, že se na to nějak připravuje, že se na to chystá. Že si třeba představuje konkrétně jak to jako udělá.“ (...) R1

Jako další metody oba respondenti uvádí neverbální metody a to především v podobě **kreslení**, které využívají oba respondenti při práci s mladistvým jedincem.

Daná technika pomáhá při vyjádření a pojmenování pocitů. Respondenti uvádí, že v kresbě se může zobrazit co se s jedincem aktuálně děje. Dítě či dospívající své pocity či myšlenky určitým způsobem promítne do obrázku. Pro některé jedince může být těžké mluvit o svých emocích, tudíž daná technika napomůže pocity projevit pomocí tužky a papíru. Následně, po kreslení, respondenti spolu s jedincem mluví o tom, co by kresba mohla znamenat, co to v jedinci vyvolává.

(...) A nebo tou kresbou se může vyjádřit, co jakoby prožívá a může třeba zpětně právě naopak.. potom třeba i lépe porozumět. Že ono to dítě nemusí umět jakoby všechno pojmenovat, ono je to složitý, to pojmenovávat. Ale až to třeba udělá nebo nějak zobrazí, to co se děje vlastně, tak najednou ho třeba napadnou k tomu nový věci jako, on to prostě vidí, jinak. Je to prostě taková jiná cesta, jak ho vlastně oslovit.“ R1

(...) „Může prostě jenom třeba kreslit, nemusí jako vůbec chtít mluvit. Může vyjadřovat ty svoje pocity vlastně jakoukoli technikou.. Kresebnou, nebo může si hrát s nějakýma figurkama, s čímkoliv. Nebo třeba s pískem, v létě třeba na pískovišti. Může to jakkoli vyjádřit. Třeba i ty pocity svoje.“ R1

Jeden z respondentů uvádí jako jednu z technik **sebevražednou smlouvu**. Uvádí, že danou techniku zná, ale pro práci se suicidálními dětmi či dospívajícími ji využil v celku asi jednou. Avšak vidí ji jako vhodnou i pro mladší věkovou kategorii tedy pro klienty KC. Respondent mluví o sebevražedné smlouvě jako o určité domluvě s klientem, kdy mu nabízí svou pomoc, avšak za podmínky, že se jedinec nepokusí spáchat suicidium. Může se s jedincem domluvit termín, do kdy bude daná smlouva trvat. Smlouvu jedinec podepíše a tím se určitým způsobem zavazuje. Respondent však uvádí, že taková smlouva nemá žádnou hodnotu, a pokud bude jedinec chtít, tak suicidium spáchá i tak.

(...) „Jako dobrý já vám pomůžu, budeme to spolu nějak řešit, ale do té doby, pokud my spolu budem jakoby nějak to.. Tak vy si nic neuděláte. Nebo domluví se nějaký termín, kdy třeba, dobře tak teďka, dámě si nějakých pět sezení, a do té doby, prostě vy tady podepíšete, že si nic neuděláte, nebo něco takovýho.“ R2

Jelikož jsem nemohla být přítomna na konzultacích, danou oblast nemohu doplnit výsledky z vlastního pozorování.

Shrnutí

Dle výpovědi respondentů je pro práci se suicidálními mladistvými nejužitečnější komunikace. Jako další metody uvádí krizovou intervenci, techniku sebevražedné smlouvy a v určitých případech i kreslení.

Podle výsledků je tedy hlavní metodou krizová intervence. Ta zahrnuje především zjištění akutního rizika suicidálního jednání, otevření tématu a komunikace s klientem. Respondenti uvádí toto zmapování jako nejdůležitější pro zajištění bezpečí klienta. Zjišťují, jak moc vážná je situace. Také se zaměřují na motivy spáchání suicidia, tedy proč to mladistvý chce provést a čeho tak touží dosáhnout. Společně zjišťují další zdroje, které by jedinci mohli pomoci. Jeden z respondentů také uvádí techniku sebevražedné smlouvy. Uvádí, že je možné ji využít i při práci s dětmi, tudíž není zaměřena pouze na dospělé jedince se suicidálními sklony. Při práci s mladistvými ji však využil asi jednou. Je to nejspíše tím, že pokud u dítěte či dospívajícího hrozí, že se o suicidium pokusí, ve většině případu je třeba vyšetření na psychiatrii. Tudíž v zařízení není velká příležitost pro využívání dané techniky.

Jako vhodnou techniku respondenti uvádí také využití arteterapie, tedy využití výtvarných technik pro terapii. Respondenti uvádí, že je vhodná především pro děti a dospívající, jelikož pro ně může být obtížné pojmenovat svoje pocity, nebo je pro ně nepříjemné o nich mluvit. Z toho důvodu využívají techniku kreslení, kdy dítě promítne své pocity a myšlenky do obrázku. Díky malování se může projevit co se s dítětem aktuálně děje. Také může pomoci samotnému dítěti ujasnit si svoje pocity a myšlenky. Díky technice kresby mohou mladistvého napadnout nové myšlenky, které poté spolu s psychologem probírají a rozvádí. Proto je technika kreslení vhodná pro uspořádání myšlenek a otevření sebe a svých pocitů před respondentem

5.3 Spolupráce s rodinou klienta

V rámci otázky: *Kontaktujete rodiče o stavu klienta? V jaké chvíli je kontaktujete?* oba respondenti uvádí oznámení rodičům o situaci jejich dítěte jako ošemetný, ale v určité chvíli důležitý krok, který se nesmí opomínat. Někteří jedinci nechtějí, aby byli jejich rodiče informováni o tom, že do KC dochází, či o tom, že mají suicidální sklony. Avšak jedná se o nezletilé jedince, tudíž za ně mají stále zodpovědnost rodiče a ti by měli znát stav jejich dítěte, jeho problémy a těžkosti. Společně by pak mohli celou situaci vyřešit. Respondenti se shodují na tom, že rodiče

by měli být informováni ve chvíli, kdy je situace vážná a hrozí riziko, že dítě či dospívající se o suicidium pokusí. Pokud respondenti zjistí, že má dítě suicidální tendence, či plánuje provedení suicidia, musejí situaci začít řešit. Respondenti si od jedince vyžádají kontakt na rodiče, které následně o stavu jejich dítěte informují. Celý tento začátek spolupráce s rodiči je ovšem provázaný s pojmem důvěry, o kterém jsem již hovořila v kapitole 5.1 (Průběh práce s klientem). Proto je dle respondentů důležité vysvětlit klientům, proč je třeba o jejich situaci informovat rodiče.

*(...) „S tím, že *** nechtěl, aby to rodiče věděli, protože ... Ono to je vždycky takový trošku blbý, že psycholog, pokud.. Ten člověk, že jo, máte s ním nějaký vztah, a celý je to o nějaký důvěře, jo. Ale když vám ten člověk řekne něco, co prostě.. Něco si prostě nesmíte nechat sami pro sebe, a potřebujete.. Bud' to prostě řeknete té instituci, nebo tomu rodiči, s tím, že riskujete to, že to dítě, že ztratíte tu důvěru.“ (...)* R2

(...) „Vždycky je to potřeba těm dětem nějak dobře vysvětlit. Já teda mám zkušenost, že oni to vezmou. Jakože, sice jako mají k tomu různý ty ... Ale jako vezmou to. (...) Takže i tohle je potřeba jim vysvětlit. Nějak aby to pochopili.“ R1

Jeden z respondentů uvádí, že v některých případech spolupracuje s rodiči a doporučí jim, aby navštívili odborníka, který může celé situaci pomoci vyšetřením a diagnostikou dítěte či dospívajícího.

(...) „A nebo případně odkážu rodiče na nějaký odborný vyšetření, třeba psychologický, neurologický a potom psychiatrický. Protože vlastně, my tady vlastně nedagnostikujeme. Takže ono většinou, když je nějak ta osobnost třeba, může být narušená osobnost nějakým způsobem, tak právě je potřeba to nějak jakoby zdiagnostikovat. a pak třeba i v té terapii trošku víc víte, jak k tomu člověku přistupovat. Když člověk zná nějakou diagnózu, jak se dívá na svět určitým způsobem nebo prožívá určitým způsobem. Jako některý ty poruchy, třeba ty charakterističtější, když už to třeba víte, tak i v té terapii se můžete o něco oprít. Takže mnohdy, i když to není tak závažný, tak třeba ty rodiče odkážu právě třeba, ať si někde zajdou a mezitím s tím dítětem dál nějak pracuju.“ (...) R2

Z vlastního pozorování do dané oblasti také nemohu přispět, jelikož jsem nebyla účastna na konzultacích s rodiči mladistvého. Avšak během doby, kterou jsem strávila v zařízení KC, jsem si mohla všimnout, že někteří rodiče KC navštěvují a podílí se na plánu péči o mladistvého. Děti a dospívající se s vlastními rodiči mohli vidět, pokud chtěli, měli možnost s nimi odejít na procházku či na „dovolenku“ – dítě či dospívající přespí doma u rodičů (jeden den, víkend, či několik dní podle situace).

Shrnutí

Souhrnně lze říci, že respondenti spolupracují s rodiči mladistvého ve chvíli, kdy zjistí vážné riziko suicidálního chování. Mladistvý má právo na anonymitu (když navštěvuje respondenta ambulantně), avšak pokud by došlo ke zjištění jeho suicidálních tendencí, respondenti žádají kontakt na jeho rodiče a další spolupráci s nimi. V první řadě jde především o ochranění mladistvého a jeho života. Jelikož se jedná o vážný problém, je třeba, aby o celé situaci byli rodiče informováni a podíleli se na řešení. Pro děti a dospívající může být informování rodičů problémem a dle respondentů to může narušit důvěru, kterou jsem zmiňovala již v prvním okruhu. Respondenti uvádí, že je třeba, aby mladistvý pochopil, proč je nutné rodiče informovat a přistoupil na spolupráci.

Spolupráce s rodiči také obsahuje odkazování na další odborníky, tedy především psychiatrické vyšetření dítěte či dospívajícího. Díky danému vyšetření se může zjistit určitá porucha či diagnóza, která je pak vhodná k lepšímu porozumění mladistvému. Díky diagnóze mohou psychologové také lépe pracovat, jelikož vědí, na co přesně se mohou zaměřit a co využít pro práci s mladistvými.

5.4 Spolupráce s dalšími institucemi nebo organizacemi

Na základě otázek: *Obracíte se na nějaké organizace nebo instituce v rámci daných klientů? Spolupracujete s nějakými institucemi či organizacemi v rámci daného problému?* jsem zjistila, že primární spolupracující institucí je psychiatrická klinika. Respondenti se shodují, že v případě, kdy do zařízení přijde suicidální klient, či se u klienta z lůžkového oddělení objeví riziko suicidálního jednání, vždy klienta přeposílají na psychiatrii. Je to z důvodu, že v KC není personál na to, aby mohli jedince vyšetřit, případně medikovat.

(...) „A když to udělají děti, když vám dítě řekne, že se chce zabít, tak vy to jako nesmíte nechat a musíte to řešit, protože jste za to jako zodpovědní. Jako je ta zodpovědnost větší. Takže když se chce dítě zabít, tak to musím řešit, protože to je jakoby ta nějaká porucha tak to musím řešit (...).“ R2

(...) „Ono pokud se dítě chce zabít, tak prostě skončí na psychiatrii. Tak jako nevím, jestli to ... Není to asi ideální, ale chápu zase, že ty děti ... Třeba co to zjistili ti psychologové, že se museli nějak krýt. Protože je to někdy o držku no ... když to řeknu tak blbě.“ R2

Respondenti také uvádí a shodují se na tom, že nejdříve je důležité zhodnotit situaci na kolik je vážná. Nejdříve si o celé situaci povídají a zvažují, zda mu mohou pomoci pracovníci v zařízení KC, či je nutná péče ze strany psychiatrie. Pokud mu nemohou pomoci sami a hrozí akutní riziko spáchání suicidia, je nutné jedince odkázat/převést na psychiatrické oddělení.

(...) „Tím že u nás není psychiatr, nejsme zdravotní zařízení a není tady ani takový zdravotnický personál, tak vlastně nejsme tady na to zaměření, takže to dítě takto převážíme a pak se třeba vrací. Někdy se stane, že i během jednoho pobytu se opakovaně, že je to dítě převezeno, a pak se o něco pokusilo, a pak se vrátilo zase sem. Takže někdy je to takový divočejší.“ R1

„Takže to je na zvážení toho člověka, jako jak to tohle, jestli do toho půjde nebo nepůjde. Nevím, jako já tady po tom co tady děláme a je to tady furt policajti a různý trestní oznámení a stížnosti tak si dávám jako bacha, protože nerad bych ... jako samozřejmě se snažím primárně pomoci těm dětem, co tady jsou, zas na druhou stranu nechci kvůli tomu strávit pár let ve vězení.“ R2

Jeden z respondentů se vyjádřil i ke stavu a spolupráci s psychiatrickou klinikou. Uvádí, že spolupráce často nebývá tak, jak by podle něj měla vypadat. Také péče, která je poskytována dětem či dospívajícím, jenž tam respondent odkázal, není vyhovující a dle respondenta zanedbaná. Respondent uvádí, že od psychiatrické kliniky očekává, že klientům, které tam odkáže či doveze, se budou věnovat a vyšetří je. To se však nestává. Dle respondenta, s klienty převezenými na psychiatrickou kliniku nikdo v době pobytu nepracuje, nemluví a neprovádějí žádné testy. Pouze je po týdnu pobytu pošlou zpět do zařízení s tím, že je jedince v pořádku. Dle respondenta si tak dítě či dospívající udělá pouze výlet.

„Takže jako já mám takový pocit, že prostě, je to takový trošku boj, že ... ty služby co tady jsou v tomto případě tak je dost na pytel, když to tak řeknu. Jako nic jinýho asi než ta psychiatrie tady asi není no. (...) Když jsem tam volal, že bych potřeboval tady tu pomoc. Tak prý, no my teď nemáme čas. Tak jsem si říkal no dobrý, tak co mám dělat. Tak jsem musel volat jako rychlou jo, aby tohle ... Jako ještě se cukali, že my ho/ji tady nechceme a my ho/ji nemáme kam dát. Takže prostě ... jako když zavoláte rychlou, tak oni musí ho/ji tam jakoby dát. Ale i přes to volali, že jako, že tam není místo...“ R2

„Je to šílený no. Jako dokud se asi nestane fakt průšvih, tak to prostě tak bude. Že když prostě někdo si něco fakt vyvede, a tak pak se bude zjišťovat, kdo za to mohl, tak ...“ R2

Jeden z respondentů uvedl také další organizace a instituce, se kterými určitým způsobem spolupracují. Uvedl především psychiatrii, lékaře v nemocnicích, OSPOD (Orgán sociálně právní ochrany dětí), popřípadě soud a policie.

„Tak psychiatrie ambulantní, pokud jsou nějaký následný péče, nebo před tím v nějaký péči. Potom teda ti lékaři v té nemocnici, kde je, buď na krizovém centru, nebo v Bohunicích, nebo prostě kde zrovna to dítě je. No potom samozřejmě s OSPODem, který musíme jakoby taky informovat, že jo, o tady těch věcech. Nevím, jinak mě nic... Když si potom vyžádají zprávy nějaký soud, policie, tak ty taky. Ale že by jsme se ještě na někoho obraceli, jako jinýho jako my, tak to asi ne.“ R1

Díky mému pozorování jsem mohla vidět spolupráci s psychiatrickou klinikou, kam se suicidální děti či dospívající přeposílali v případě, kdy hrozilo akutní nebezpečí, že si budou chtít ublížit. V rámci dané problematiky se pracovníci v KC obracejí také na OSPOD. To však závisí na vážnosti situace a míře ohrožení dítěte. OSPOD informují o stavu dítěte či dospívajícího podáváním zpráv. Mezi spolupracující orgány také patří soudy a policie, avšak tato spolupráce není primárně zaměřena na suicidální mládež, tudíž ji nepovažují za podstatnou.

Shrnutí

Dle respondentů je primární spolupracují institucí, pro práci se suicidální mládeží, psychiatrická klinika. Respondenti uvedli, že pokud na základě konzultací s dítětem či mladistvým zjistí riziko suicidálního jednání, je nutné kontaktovat psychiatrii a provést vyšetření, popřípadě hospitalizovat dítě. Spolupráce s psychiatrickou klinikou je důležitá především proto, že v zařízení KC není personál, který by takovou péči mladistvým mohl poskytnout. Proto je nutný převoz na psychiatrii.

Naproti tomu jeden z respondentů uvedl, že spolupráce s psychiatrickou klinikou není vyhovující. Při žádosti o vyšetření je psychiatrie neochotná. Respondent tedy musí zajistit sám převoz, aby byla klientovi péče vůbec poskytnuta a předešlo se riziku suicidia. Dle jeho slov neposkytují takovou péči, jakou by podle něj měli. Podle respondenta, je péče ze strany psychiatrie zanedbaná. I přes to se na kliniku musí obracet, jelikož je třeba zabezpečit bezpečí dítěte či mladistvého a předejít suicidiu.

6. Diskuze

V rámci této kapitoly provedu diskuzi nad výsledky mého výzkumu. Cílem výzkumu bylo poznat, jakým způsobem pracují pracovníci s jedinci se suicidálním chováním v konkrétním zařízení, které poskytuje sociální službu dětem a dospívajícím. Stanovila jsem si také tři dílčí cíle:

1. Užívají pracovníci konkrétní metody/techniky práce s klienty?
2. Jak vypadá spolupráce s rodinou klienta?
3. S jakými dalšími institucemi/organizacemi pracovníci spolupracují v rámci řešení klientova případu?

Respondenti při práci se suicidálními dětmi a dospívajícími postupují dle individuální situace. Základem jsou konzultace, které jsou realizovány ze strany psychologa, nebo podle potřeby dítěte či dospívajícího. V rámci daných konzultací respondenti upřednostňují **metody** krizové intervence, komunikace s mladistvým a využívání neverbální metody – kreslení. Dané metody vidí jako nepřínosnější pro práci se suicidálními mladistvými. Celkově jde především o metodu krizové intervence. Respondenti, na základě komunikace s klientem, zjišťují vážnost celé situace a akutní riziko. V případě, kdy hrozí vážné riziko, respondenti provedou bezprostřední opatření (vyšetření na psychiatrii, informování rodičů). Poté, co je riziko spáchání suicidia odstraněno, respondenti dále s mladistvými spolupracují, snaží se najít možné řešení jeho situace a také dosáhnout vyrovnaného psychického stavu u mladistvého. Při konzultacích často využívají výtvarných **technik** pro terapii, tedy kreslení. Pro děti a dospívající je to vhodná technika pro vyjádření svých pocitů či myšlenek a jejich následné pojmenování. Kreslení také slouží k rozvedení vlastních myšlenek a společně s respondenty pak hledají vhodnou cestu pro řešení jejich situace či problému. Ojedinele respondenti využívají techniku sebevražedné smlouvy, kdy se s mladistvým domluví na určitém datu, do kdy mladistvý slíbí, že nespáchá suicidium.

Dítě či dospívající má právo docházet do zařízení KC ambulantně a anonymně. Tudíž jeho **rodiče** nemusí vědět o jeho konzultacích. Avšak ve chvíli, kdy respondenti zjistí vážný problém a riziko spáchání suicidia, rodiče o všem informují. Jde především o ochranu mladistvého, a proto je třeba takovou situaci řešit. Jelikož jsou rodiče stále zákonnými zástupci mladistvého, měli by se na řešení situace podílet. V některých případech může nastat problém, jelikož mladiství nechtějí informovat o celé situaci své

rodiče. Proto respondenti uvádějí důležitost vysvětlení, proč je dané opatření nutné provést, a že se tak jedná pro jeho vlastní dobro. Respondenti uvádějí, že to děti a dospívající většinou přijmou. Respondenti sdělují, že spolupráce s rodiči také zahrnuje odkazování na další odborníky. Respondenti doporučí rodičům další odborné vyšetření jejich dítěte. Dané vyšetření může být nápomocné pro další spolupráci, jelikož diagnóza může objevit určité poruchy u mladistvého. Pro respondenty je daná diagnóza výhodou, jelikož poté vědí, jak s mladistvým pracovat.

Jako **spolupracující organizace a instituce** při řešení klientova problému respondenti uvádí psychiatrickou kliniku. Respondenti uvádí, že se na psychiatrickou kliniku obrací v případě, kdy hrozí riziko, že se dítě či dospívající pokusí o suicidium. Dle respondentů je třeba zajistit bezpečí jedince, a proto je potřeba provést vyšetření a hospitalizaci. Zařízení KC nemá personál, který by takovou péči zajistil, z toho důvodu je nutné provést dané opatření. Z výsledků výzkumu je však patrné, že spolupráce s psychiatrickou klinikou neodpovídá představám respondentů (nedostatečná péče, vyšetření, neochota spolupracovat apod.).

Souhrnně lze říci, že celá **práce se suicidálními dětmi či dospívajícími** spočívá ve zmapování celé situace mladistvého a zvážení rizika spáchání suicidia. Respondenti sledují suicidální vývoj u jedince a v případě akutního rizika musí na situaci adekvátně reagovat. V takové situaci musí respondenti kontaktovat rodiče mladistvého a zajistit vyšetření jedince na psychiatrické klinice, případně zajistit jeho hospitalizaci. Při celé spolupráci se suicidálním jedincem respondenti dbají na vytvoření a uchování důvěry. Spolu se suicidálním jedincem vytváří vztah, kde má jedinec prostor pro otevření tématu suicidia a též pro sdílení pocitů a myšlenek. Zároveň si jsou vědomi rizika možného narušení důvěry mezi nimi a mladistvými, v rámci provedení akutního opatření v podobě vyšetření na psychiatrické klinice či informování rodičů o stavu mladistvého.

Jako slabinu provedeného výzkumu vidím v malém vzorku respondentů. Je to z důvodu zaměření pouze na jedno konkrétní zařízení. V rámci daného zařízení jsem však pokryla všechny pracovníky, kteří se danou situací u dětí a dospívajících zabývají. Ráda bych podala námět k dalšímu bádání v oblasti daného tématu v jiných zařízeních, které poskytují pomoc dětem a dospívajícím se suicidálním chováním. Také by mohlo být přínosné sledovat situaci z druhé strany, tedy od mladistvého, který má suicidální tendence.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké metody práce využívají psychologové v konkrétním zařízení poskytující sociální péči pro děti a dospívající v Brně. Ve své práci jsem se zaměřila konkrétně na práci se suicidálními jedinci v KC.

V rámci teoretické části jsem představila danou tematiku a její spojení k věkové kategorii dětí a adolescentů. Vymezila jsem základní pomoc, kterou lze suicidálním dětem a dospívajícím poskytnout. Součástí této pomoci jsem uvedla základní metody a techniky pro práci s jedinci. V empirické části jsem na základě kvantitativního výzkumu a vlastního pozorování získala data ohledně způsobu práce psychologů pracujících v zařízení Krizového centra pro děti a dospívající v Brně. Psychologové mi v rámci poskytnutých rozhovorů sdělili, jak se suicidálními dětmi a dospívajícími pracují. Z jejich výpovědí také mohu definovat metody, které při práci využívají. Základní metodou je krizová intervence. Psychologové pomocí konzultací zhodnotí celkovou situaci mladistvého a zjistí, zda vážně uvažují nad suicidiem. V případě, kdy hrozí vážné nebezpečí, že se jedinec pokusí o suicidium, psychologové se obrací na spolupracující instituci – psychiatrickou kliniku. Tam mladistvému zajistí psychiatrické vyšetření, případně hospitalizaci. Souběžně je třeba spolupracovat s celou rodinou jedince a zahrnout ji do řešení dané situace. Při spolupráci s dítětem či dospívajícím psychologové využívají principy z humanistického přístupu (přístup orientovaný na člověka). Základem je empatie, akceptace jedince a kongruence psychologa. V průběhu konzultací s dítětem či dospívajícím hledají společně záchytný bod a jiné způsoby řešení krizové situace nebo problému. Při práci s jedincem psychologové využívají neverbální techniku psychoterapie, konkrétně arteterapii. Před provedením výzkumu jsem neočekávala, že z výpovědí respondentů zjistím, že patří mezi nejčastěji využívanou. Avšak nyní, po vysvětlení jejího praktikování, ji shledávám jako velmi vhodnou pro práci s mladší věkovou kategorií. Děti a dospívající pomocí kresby projevují a uvědomují si své pocity a myšlenky. Slouží také ke snadnějšímu pojmenování vlastního prožívání dané situace. Psychologové využívají techniku kontraktu o nespáchání suicidia (sebevražednou smlouvu) pouze ojediněle, avšak shledávají ji jako vhodnou i pro mladší věkovou kategorii.

Ve své práci jsem neměla možnost využít časopis Sociální práce/Sociální práca, jelikož ve svých vydáních nepojednává o problematice suicidalitu u dětí a dospívajících. V rámci možností jsem však s časopisem Sociální práce/Sociální práca pracovala

a využila některé související odborné články (Telefonická krizová intervence pro děti a mládež v ČR, Resilience v sociální práci s rizikovou mládeží) pro vytvoření teoretické části bakalářské práce.

Domnívám se, že svůj cíl práce mohu považovat za splněný, jelikož jsem v rámci možností uvedla využívané metody práce se suicidálními jedinci. Bakalářská práce bude k dispozici pracovníkům zařízení Krizového centra pro děti a dospívající, tudíž je možné ji využít jako formu zpětné vazby pro pracovníky, kteří se podíleli na výzkumné části práce. Prospěšnost práce vidím také v oblasti informování společnosti o tabuizovaném tématu, a především informování o poskytované službě prováděnou zařízením KC v Brně, se zaměřením na způsob práce se suicidálními jedinci. Také může být nápomocná pro laiky (neodborníky), jako jsou rodiče, příbuzní či kamarádi, kteří mají ve své blízkosti suicidálního jedince a nevědí, jak mu pomoci.

V závěru své práce bych ráda uvedla, že každý by měl pozorně sledovat své okolí a chování svých blízkých. Možná se v jeho blízkosti objevuje člověk, který se ocitá v tíživé situaci a potřebuje pomoc ze strany někoho druhého. Je třeba věnovat takovému člověku svůj čas a vyslechnout jeho problémy. Možná stačí pouze projevit svoji náklonnost a ukázat člověku, že je důležitý. Suicidium není jediné řešení, i přes to, že se člověk k takovému názoru v dané chvíli obrací. Proto nezavírejme oči před problémy a nepodceňujme téma suicidií jen proto, že je nepovažujeme za skutečné. Mohlo by to mít za důsledek smrt člověka.

Seznam použitých zkratek

ČR	Česká republika
např.	například
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
tzn.	to znamená
ČSÚ	Český statistický úřad
KC	Krizové centrum pro děti a dospívající
KBT	Kognitivní a behaviorální terapie

Seznam použitých zdrojů

Odborná literatura:

- Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Univerzita Karlova: Karolinum.
- Durkheim, E. (2002). *Suicide*. London: New York: Routledge.
- Fisher, S., Škoda, J. (2009) *Sociální patologie*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Havránková, O. (2002). Sebevražedná tematika. In Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence (482-498)*. Praha: Portál, s. r. o.
- Helus, Z. (2007). *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Hort, V., Kocourková, J., Koutek, J. (2008). Soudněznalecké otázky v dětské a adolescentní psychiatrii. In Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E., a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie (410-419)*. Praha: Portál, s. r. o.
- Kocourková, J. (2003). Prevence suicidálního chování dětí a adolescentů. In Koutek, J., Kocourková, J. *Sebevražedné chování (105-112)*. Praha: Portál, s. r. o.
- Kocourková, J. (2008). Psychoterapie dětí a adolescentů. In Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E., a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie (458-475)*. Praha: Portál, s. r. o.
- Koutek, J. (2003). Formy, způsoby a motivy suicidálního jednání. In Koutek, J., Kocourková, J. *Sebevražedné chování (27-38)*. Praha: Portál, s. r. o.
- Koutek, J. (2003). Léčba suicidálních dětí a adolescentů. In Koutek, J. Kocourková, J. *Sebevražedné chování (93-104)*. Praha: Portál, s. r. o.
- Koutek, J. (2003). Rizikové faktory suicidálního chování dětí a dospívajících. In Koutek, J. Kocourková, J. *Sebevražedné chování (39-45)*. Praha: Portál, s. r. o.
- Koutek, J. (2003). Úvod k problematice suicidálního vývoje. In Koutek, J. Kocourková, J. *Sebevražedné chování (11-16)*. Praha: Portál, s. r. o.
- Koutek, J. (2008). Suicidalita v dětství a adolescenci. In Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E., a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie (405-409)*. Praha: Portál, s. r. o.
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Ruscio, J., Beyerstein, B. L. (2011). *50 největších mýtů populární psychologie*. Praha: Knižní klub.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál, s. r. o.
- Marhounová, J. (1996). *Dospívání*. Praha: Empatie.
- Masaryk, T. G. (1998). *Sebevražda*. Praha: Ústav T.G. Masaryka.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s.

Monestier, M. (2003). *Dějiny sebevražd*. Praha: Dybbuk.

Řezáč, J. (1998). *Sociální psychologie*. Praha: Paido.

Sandström, C. I. (1970) *The psychology of childhood and adolescence*. Harmondsworth: Penguin.

Špatenková, N. (2011). Sebevražda. In Špatenková a kol. *Krizová intervence pro praxi* (136-153). Praha: Grada Publishing, a. s.

Vágnerová, M. (2002). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, s. r. o.

Vágnerová, M., Valentová, L. (1992) *Psychický vývoj dítěte a jeho variabilita*. Praha: Univerzita Karlova: Karolinum.

Valentová, L. (1992). Mladší školní věk. In Vágnerová, M., Valentová, L. *Psychický vývoj dítěte a jeho variabilita* (80-87). Praha: Univerzita Karlova: Karolinum.

Viewegh, J. (1978). Hodnotově motivační koncepce sebevraždy. In Kocourková, J., Kolaříková, O., Kolečková, A., Konečný, R., Kysilková, H., Mazálková, J., ... Viewegh, J. *Problémy psychického vývoje a osobnosti* (266-294). Praha: Academia.

Viewegh, J. (1996). *Sebevražda a literatura*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.

Vodáčková, O. (2002). Krizová intervence. In Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence* (59-73). Praha: Portál, s. r. o.

Vojtík, V., Machová, J., Břicháček, V. (1990) *Poruchy vývoje dětí a mladistvých a jejich projevy v rodině a ve škole*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Internetové zdroje:

ABZ.cz: *slovník cizích slov* [on-line]. Dostupné 15. 3. 2015 z <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

Český statistický úřad (2015): *Sebevraždy* [on-line]. Dostupné 12. 2. 2015 z http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/sebevrazdy_zaj

Český statistický úřad (2015): *Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech 2004-2013* [on-line]. Dostupné 3. 3. 2015 z http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/kapitola/130065-14-r_2014-01

ČT24 (2008): *Hromadná sebevražda příslušníků sekty Svatyně lidu v Guyaně* [on-line]. Dostupné 21. 2. 2015 z <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/kalendarium/36117-hromadna-sebevrazda-prislusniku-sekty-svatyne-lidu-v-guyane/?mobileRedirect=off>

MPSV (2013): *Vývojová psychologie pro sociální práci* [on-line]. Dostupné 9. 11. 2014 z http://www.mpsv.cz/files/clanky/14812/VP_nahled.pdf

OnaDnes.cz (2008): *Sebevražedné chování: signály, které by vás měly varovat* [on-line]. Dostupné 21. 2. 2015 z http://ona.idnes.cz/sebevrazedne-chovani-signal-y-ktere-by-vas-mely-varovat-pif-/vztahy-sex.aspx?c=A081015_113045_zdravi_bad

TN.cz (2010): *Kdo jsou černé vdovy* [on-line]. Dostupné 20. 2. 2015 z <http://tn.nova.cz/clanek/zpravy/zahranici/kdo-jsou-cerne-vdovy.html>

Odborná periodika:

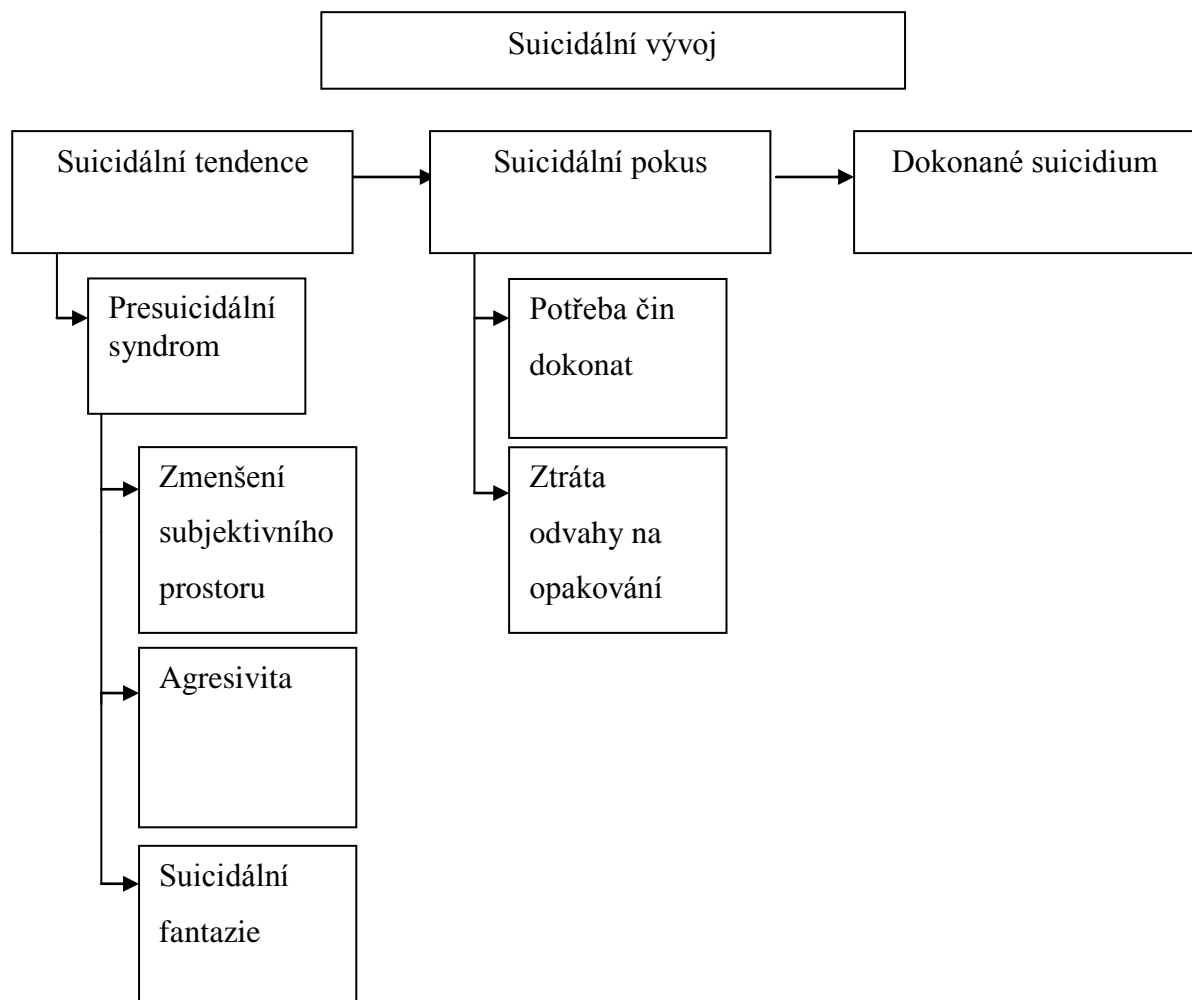
Jedličková, L. (2005). Telefonická krizová intervence pro děti a mládež v ČR – situace v roce 2002 a 2003. *Sociální práce/Sociální práce*, č. 1, s. 101-114.

Punová, M. (2012). Resilience v sociální práci s rizikovou mládeží. *Sociální práce/Sociální práce*, č. 2, s. 90-103.

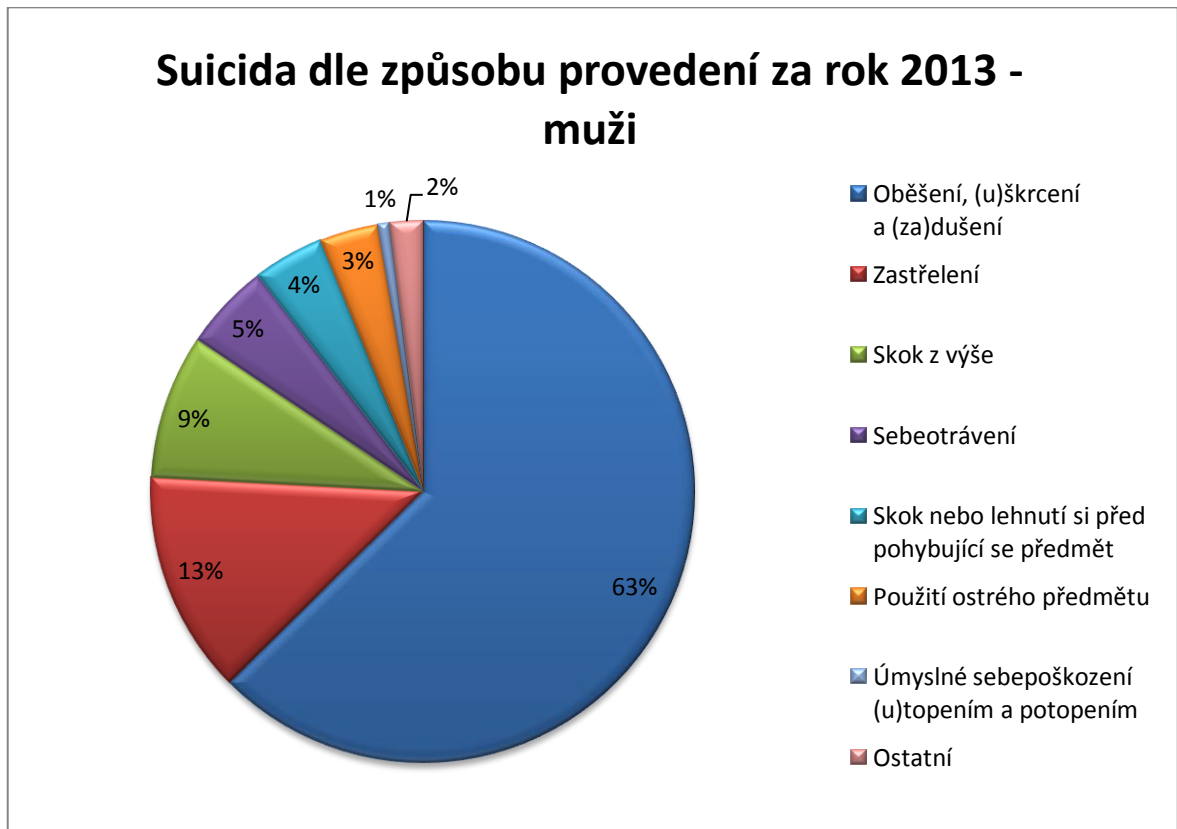
Seznam příloh

Příloha č. 1	Suicidální vývoj
Příloha č. 2	Suicidia dle způsobu provedení za rok 2013 – muži
Příloha č. 3	Suicidia dle způsobu provedení za rok 2013 – ženy
Příloha č. 4	Nejčastější způsoby suicidií u dětí a adolescentů
Příloha č. 5	Počet suicidií podle věku
Příloha č. 6	Struktura výzkumných otázek

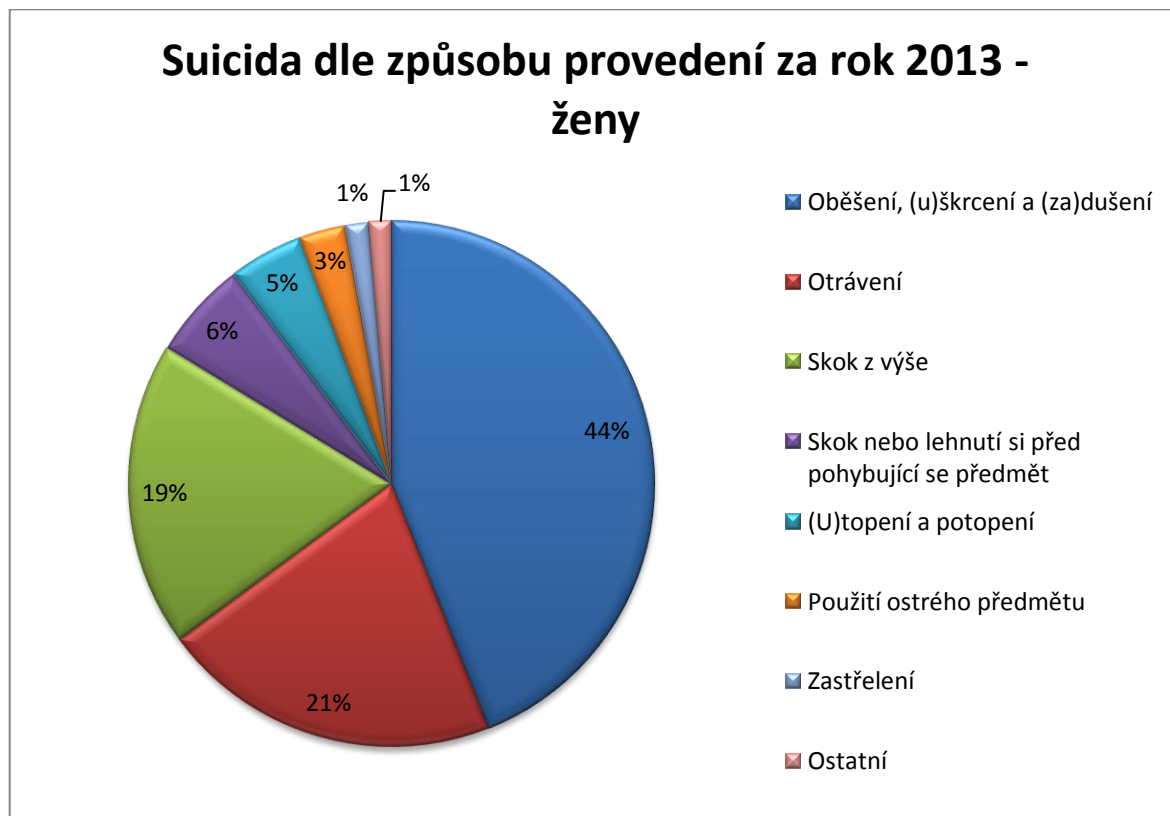
Příloha č. 1 – Suicidální vývoj (zdroj: vlastní)



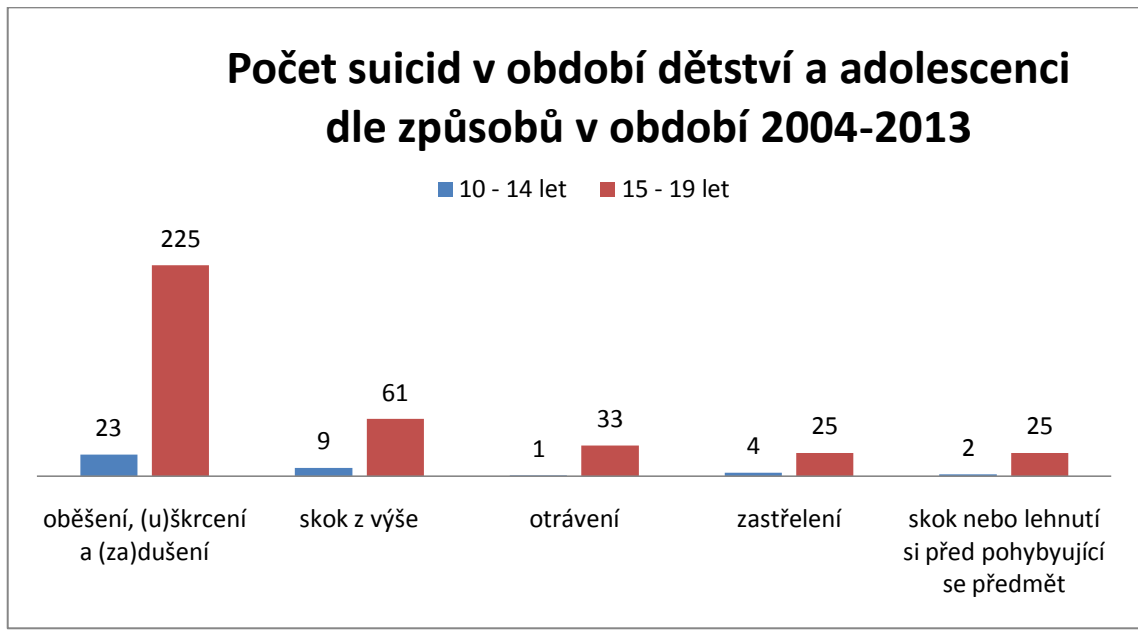
Příloha č. 2 - Suicidia dle způsobu provedení za rok 2013 – muži (zdroj: zpracováno autorem dle údajů ČSÚ)



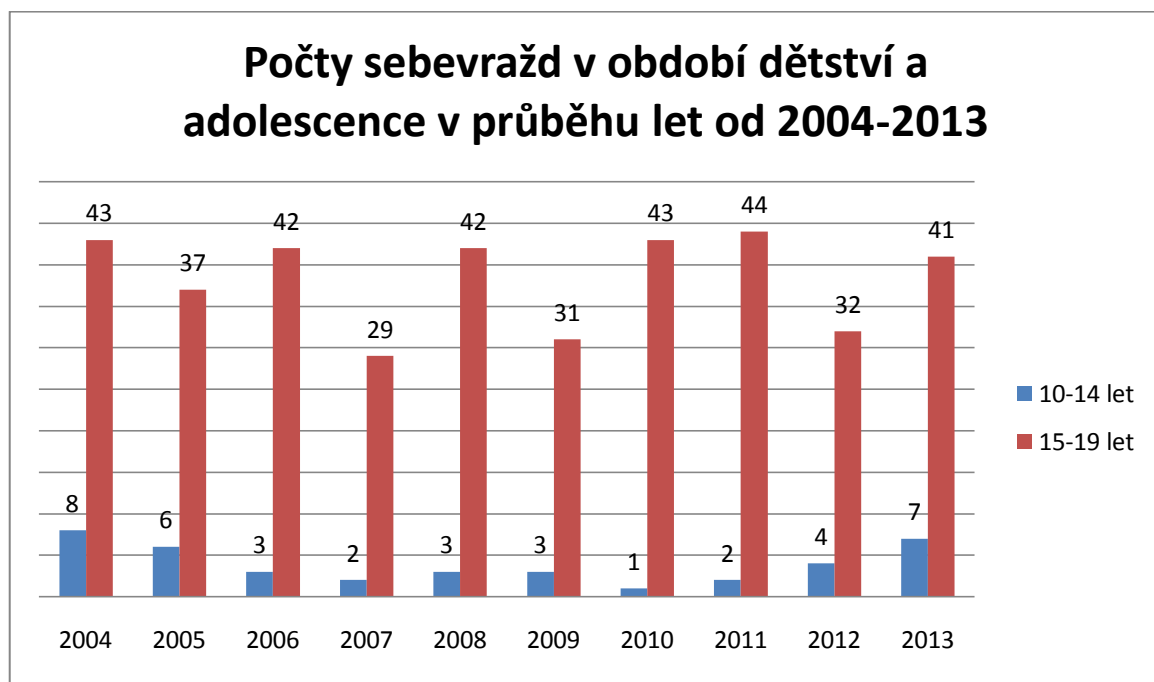
Příloha č. 3 - Suicida dle způsobu provedení za rok 2013 – ženy (zdroj: zpracováno autorem dle údajů ČSÚ)



Příloha č. 4 - Nejčastější způsoby suicidií u dětí a adolescentů (zdroj: zpracováno autorem dle údajů ČSÚ)



Příloha č. 5 - Počet suicidií podle věku (zdroj: zpracováno autorem dle údajů ČSÚ)



Příloha č. 6 - Struktura výzkumných otázek (zdroj: vlastní)

Okruhy:

1. Průběh práce s klientem
2. Metody a techniky práce
3. Spolupráce s rodinou klienta
4. Spolupráce s dalšími institucemi/organizacemi

Otázky:

1. Jak probíhá práce s klientem? Jakým způsobem s klientem pracujete?
2. Jaké využíváte metody a techniky při práci se suicidálními klienty?
Jak fungují?
Jak na jednotlivé metody reagují klienti/děti?
3. Kontaktujete rodiče o stavu klienta?
V jaké chvíli je kontaktujete?
4. Obracíte se na nějaké organizace nebo instituce? Jaké?