

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Zdravotně sociální služby pro osoby se sklony k suicidálnímu chování

Diplomová práce

Jméno autora: Bc. Bořivoj Tišl

Jméno vedoucího práce: Doc. Ing. Lucie Kozlová, PhD.

2010

Abstract

The presented graduation thesis is entitled „Health and Social Services For Suicidal Patients“. Lot of learned papers were written on the suicide theme by researches who are trying to find out specific causes, motives, symptoms and interventions related to suicidal behavior.

The professional care includes both medical and non-medical support. In case of an individual who attempted to take his/her life, the help starts after the intervention of the lifesaving service or other factors, mostly in the anaesthesiological-resuscitation wards and intensive care units. As soon as the patient is outside danger to life, he is subjected to a psychological and psychiatric examination. After repeated suicidal tendencies are excluded by the psychiatrist, the care of the client is handed over to outpatient psychiatric clinic. An option of psychotherapy is also considered. His/her integration into normal life may be supported by health and social services that are the subject of this thesis.

This thesis is divided into a theoretical part and a research part. The theoretical part deals with definitions of terms related to the theme of the graduation thesis – suicide, affecting factors, types of suicidal behavior, health and social services for suicidal individuals. The aim of the thesis is to map out the situation in the health and social services rendered to suicidal clients in the Region of Jihlava and to establish the knowledgeability about these services among the population or clients' satisfaction with these services, as exemplified by several case studies. The case studies also describe the treatment of patients after the suicidal attempt, how the life of suicide attempters has changed since the attempt, how do they perceive their suicide attempt retrospectively and also what should be done so that their troubles do not occur again.

The existing thesis may give an insight into the health and social services situation in the region of Jihlava, into availability or non-availability of the services in the region, and may give an idea for broadening health and social services for suicidal individuals.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 24. 5. 2010

.....

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce Doc. Ing. Lucii Kozlové, PhD. za odborné vedení, vstřícný přístup a připomínky, které mně v průběhu zpracování této práce trpělivě poskytovala.

Obsah:

ÚVOD	7
1. SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Sebevražda	8
1.2 Sebevražda z pohledu různých oborů	11
1.2.1 Sebevražda z pohledu sociologického	10
1.2.2 Sebevražda z pohledu psychologického	10
1.2.3 Sebevražda z pohledu medicínského	12
1.3 Rizikové faktory	12
1.3.1 Stres	13
1.3.2 Deprese	13
1.3.3 Poruchy osobnosti.....	15
1.3.4 Závislost.....	15
1.4 Typy sebevražedného jednání.....	16
1.4.1 Bilanční sebevraždy	16
1.4.2 Impulsivní	16
1.4.3 Skupinové sebevraždy	17
1.4.4 Další dělení sebevražď	17
1.5 Práce se sebevražedným jedincem v přímém kontaktu	18
1.5.1 Krizová intervence v přímém kontaktu s jedincem	19
1.5.2 Telefonická krizová intervence.....	20
1.6 Zdravotně sociální služby pro osoby trpící sebevražedným chováním	21
1.6.1 Rozdíl mezi zdravotním a sociálním pracovníkem.....	22
1.6.2 Model řízené péče	22
1.6.3 Akutní péče ve srovnání s péčí po překonání krize	23
1.6.4 Terapeutická práce s rodinou	23
1.6.5 Pomocná zařízení	23
1.6.6 Zdravotně sociální služby pro osoby trpící sebevražedným chováním	23
1.6.7 Sociální služby pro osoby trpící sebevražedným chováním podle zákona 108/2006 Sb.	25
1.7 Zdravotně sociální služby vhodné pro osoby trpící sebevražedným chováním v regionu Jihlava	28
1.7.1 o. s. VOR	28
1.7.2 Psychocentrum – manželská a rodinná poradna kraje Vysočina.....	32
1.7.3 Občanská poradna.....	34
1.7.4 Centrum U Větrníku – Káčko	35
1.7.5 Centrum primární prevence Vrakbar a nízkoprahový klub Vrakbar	37
2. CÍL PRÁCE	39

2.1 Cíl výzkumu.....	39
2.2 Výzkumné otázky	39
3. METODIKA	40
3.1 Plán výzkumu	40
3.2 Metody získání dat.....	40
3.3 Časový harmonogram	41
3.4 Charakteristika výzkumného souboru	41
4. VÝSLEDKY	43
4.1 Analýza jednotlivých případových studií	43
4.1.1 Případová studie 1 – „Rostislav“	43
4.1.2 Případová studie 2 – „Markéta“	48
4.1.3 Případová studie 3 – „Honza“	51
4.1.4 Případová studie 4 – „Standa“	55
4.1.5 Případová studie 5 – „Mírek“	59
4.1.6 Případová studie 6 – „Věra“	62
4.1.7 Případová studie 7 – „Jirka“	67
4.1.8 Případová studie 8 – „Radek“	70
5. DISKUZE.....	75
6. ZÁVĚR.....	82
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	83
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	90
9. PŘÍLOHY	91

Úvod

S tématem sebevražd se v běžném životě lidé setkávají prakticky dnes a denně. Pro společnost jsou ale sebevraždy stále tím samým tabu. Samotné konflikty mezi lidmi se vyskytují neustále – konflikty představ, názorů, zájmů, postojů, vnitřní nebo i mezilidské konflikty. Tyto konflikty mohou být zdrojem problémů vedoucích až k suicidálnímu pokusu.

Nesmíme opomenout, že také násilí přímo v rodinách se vyskytuje ve všech společenských vrstvách a to v různých formách – mezi partnery, mezi rodiči a dětmi a to v obou směrech. Téma dětské agresivity může být spojeno s násilím v rodinách. Toto vše a ještě mnoho dalších faktorů může k samotným sebevraždám vést nebo by alespoň mělo být spojováno s tématem sebevražd. Tato problematika je velmi rozsáhlá a inspirující. Důležitá je nejen prevence, ale také péče po spáchání suicidálního pokusu. Toto vše bylo motivací pro vytvoření diplomové práce zaměřené na zdravotně sociální služby určené pro osoby se sklony k suicidálnímu chování.

Teoretická část diplomové práce je zaměřena na obecný náhled do problematiky sebevražd. V této části jsou rozvedeny příčiny samotného suicidálního pokusu. Dalším diskutovaným tématem budou zdravotně sociální služby, které je možné vyhledat v regionu Jihlava. Zde je možné nahlédnout do fungování jednotlivých organizací a udělat si obrázek o tom, jaká péče je poskytnuta pacientům.

Ve druhé kapitole je stanoven cíl práce a výzkumné otázky. Třetí kapitola nazvaná Metodika obsahuje plán výzkumu, je zde zvolena a diskutována metoda získávání dat, časový harmonogram a v neposlední řadě je charakterizován zkoumaný soubor.

Ve čtvrté kapitole jsou konzultovány výsledky v podobě osmi případových studií. Pro každý případ jsou zodpovězeny výzkumné otázky.

V další kapitole je provedena diskuze a v šesté kapitole jsou diskutované výsledky shrnuty v závěru. Do práce patří také seznam použitých zdrojů, klíčová slova a přílohy.

1. Současný stav

1.1 Sebevražda

Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) je sebevražedným aktem každý akt, jímž si jedinec přivodí fyzickou újmu, ať již jsou nám jeho pravé motivy známé nebo ne, a bez ohledu na dalekosáhlost úmyslu. Sebevraždou se pak myslí smrt zapříčiněná sebevražedným aktem (33). Statistiky ukazují, že zasahuje každou společenskoekonomickou vrstvu, každou věkovou skupinu, všechny úrovně vzdělání, každou profesi, všechna náboženství i obě pohlaví (29).

Podle věku je počet sebevražd rozložen velmi nerovnoměrně. Křivka počtu sebevražd se zvyšuje vzhledem ke stoupajícímu věku a maximum má okolo 50 let. Za tímto vrcholem již absolutní počty klesají, nejprve prudce, pak mírně s opětovnou změnou trendu ve věku kolem 70 až 80 let (2, 8).

Každá pátá dokonaná sebevražda má přímou souvislost s duševním onemocněním. Suicidální jednání v adolescenci je druhou nejčastější příčinou smrti (3, 21). Asi 80% sebevrahů se dokonce pokusí svůj úmysl někomu sdělit, ale často naráží na bagatelizaci. Ti, kterým se skutečně podaří se zabít, představují pouze malou část těch, kteří opravdu zamýšlejí spáchat sebevraždu (2).

Sebevražednost v České republice představuje dlouhodobě asi evropský průměr. V roce 2007 zemřelo sebevraždou v ČR 1617 osob, z toho 1319 mužů a 298 žen. V roce 2008 1245 osob, z toho 928 mužů a 317 žen (43).

Přehled počtu dokonaných sebevražd v České republice v letech 2006 - 2008 podle pohlaví a motivu, podle pohlaví a způsobu provedení, podle pohlaví a rodinného stavu, podle pohlaví a vzdělání je umístěn v příloze č. 1.

Srovnání sebevražednosti s ostatními příčinami úmrtí v letech 2007 a 2008 ukazují tabulky č. 1, 2.

Tab. 1: Srovnání sebevraždnosti s ostatními příčinami úmrtí v České republice v roce 2007

Sebevraždy	Dopravní nehody	Útok druhou osobou (vraždy)
1617	1123	197

Zdroj: Český statistický úřad, Policejní Prezidium České republiky (43).

Tab. 2: Srovnání sebevraždnosti s ostatními příčinami úmrtí v České republice v roce 2008

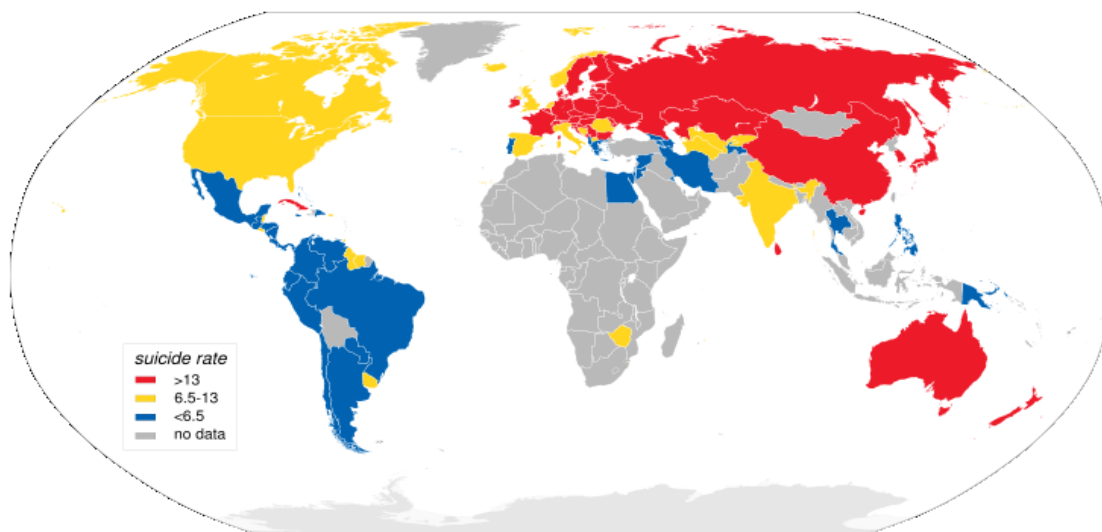
Sebevraždy	Dopravní nehody	Útok druhou osobou (vraždy)
1245	992	202

Zdroj: Český statistický úřad, Policejní Prezidium České republiky (43).

Ve světě spáchá každý rok sebevraždu nejméně milion lidí, což znamená, že za každých 40 sekund přibude jedna dokonaná sebevražda. Sebevražda představuje desátou nejčastější příčinu úmrtí. Více než 30 % případů sebevražd připadá na Čínu. Tento jev je znepokojivý také ve státech bývalého Sovětského svazu. V Evropě je množství sebevražd vyšší v severských zemích. Česká republika se s 16 sebevraždami na 100 000 obyvatel řadí do evropského průměru (47). Mapa sebevražedného jednání ve světě je na obr. 1, s. 10.

Na 10. září byl Mezinárodní asociací pro prevenci sebevražd (International Association for Suicide Prevention – IASP) a Světovou zdravotnickou organizací (WHO) vyhlášen světový den prevence sebevražd. Tímto dnem se tyto organizace snaží upozornit na problém sebevražd (4).

Obr. 1: Sebevražedné jednání ve světě na 100 000 obyvatel



Zdroj: http://fathersforlife.org/health/who_suicide_rates.htm#Map (12)

1.2 Sebevražda z pohledu různých oborů

1.2.1 Sebevražda z pohledu sociologického

Sebevražda z hlediska sociologie je sociálním jevem, který se zabývá hlavně statistikami. Tyto statistiky se týkají vztahu četnosti sebevražd s demografickými, ekonomickými nebo jinými charakteristikami sociálních systémů. Stálý výskyt počtu sebevražd v jednotlivých zemích se může lišit vzhledem k počtu sebevražd v různých společenských systémech (10).

Prudkého rozšíření sebevražd si všímal už T. G. Masaryk. Jako první začal mluvit o určité epidemii sebevražd. Ve svém díle Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty považuje za základní příčinu sebevražedného chování civilizační (tj. společenské) vlivy, které vedou k rozpadu tradiční morálky a víry v boha (29).

1.2.2 Sebevražda z pohledu psychologického

Psychologické teorie hledají vysvětlení sebevražedných tendencí pomocí psychických faktorů. Subjektivně významná zátěž, která může představovat ztrátu

nějaké osobně důležité hodnoty nebo její ohrožení, vede – obyčejně dočasně – k pocitu ztráty smyslu života. V některých případech může vést k takovému oslabení pudu sebezáchovy, které vyústí až v sebevražedné jednání. Jestliže je stresor dostatečně silný, může taková porucha vzniknout i u dosud vyrovnaného a odolného jedince.

Z výsledků různých studií lze zobecnit dispozice k sebevražednému jednání:

- Kognitivní styl (obvyklý způsob uvažování a řešení problémů) – může hrát významnou roli, protože člověk o sebevraždě nejdříve jen uvažuje, hodnotí svou situaci a zkoumá řešení. Suicidální jedinci jsou při řešení problémů rigidní, tedy málo flexibilní a špatně adaptabilní. Tito jedinci nejsou schopni hledat alternativní řešení jakékoliv situace a ani vlastního života. Sebevražda je z tohoto hlediska výsledkem rigidity uvažování. Rigidita úsudku může být podpořena depresí a úzkostí. Je nutné připomenout, že myšlení člověka není nikdy zcela odproštěno od emočních vlivů, a tím spíš ne v zátěžových situacích.
- Depresemi a zoufalstvím bývá charakterizováno emoční prožívání lidí, kteří se pokusili o sebevraždu. Mívají pocity viny, deprese, pocity nepřátelství okolí nebo se cítí sociálně izolováni. Ze studií je patrné, že nejvýznamnější emocí není z hlediska rizika sebevražedného jednání deprese, ale pocit beznaděje, který obyčejně zahrnuje pesimistický pohled na svět včetně negativního sebehodnocení a nedostatečné sebeúcty. Možnost sebevraždy je pro takového člověka součástí jakéhosi sebeopojení. Najdeme i případy sebevražedného jednání klidných a vyrovnaných jedinců, jejichž sebevražda je výsledkem dlouhodobého bilancování (50).

Podle Hillmana se v psychologii věnuje smrti nedostatečná pozornost. Zatímco o různých životních banalitách existují pečlivé studie, o tématu smrti se pojednává jen zřídka. Hillman si pokládá otázku, zda poměrný nezájem akademické psychologie o tato témata sebevražd není jen dalším dokladem, že psychologie ztratila duši a pocítuje strach ze smrti (19).

1.2.3 Sebevražda z pohledu medicínského

Medicínský, resp. psychiatrický přístup je zaměřen na hledání patologických příčin sebevražedného jednání. Duševní onemocnění jsou příčinou jen části dokonaných sebevražd, ovšem obecně zvyšují riziko sebevražedného jednání (18). Mezi možné příčiny patří:

Duševní onemocnění

Deprese – vědci z Národního institutu mentálního zdraví se domnívají, že 40 – 70 % těch, kteří se zabili, mělo v minulosti vážné deprese. Další popis je v kapitole 1.3.2. Vysoké riziko sebevražd existuje i u schizofreniků. Tito lidé za sebou mají většinou dlouhou hospitalizaci, trpí depresemi a pokouší se o sebevraždu krátce po ukončení hospitalizace nebo již během ní (20).

Alkoholismus

Alkoholici mají vysoké sklony k depresím a sebevraždám. Odhadovaných 7 – 21 % z celkového počtu alkoholiků se zabilo v porovnání s 1 % zasebevražděných z celkového počtu ostatní populace (4).

Porucha osobnostního vývoje

Nevyrovnaný osobnostní vývoj zvyšuje tendenci k různému abnormálnímu chování. Obvykle se tomu tak děje v souvislosti s celkově neuspokojivým způsobem života. Sebevražedného jednání může souviset s poruchou pudu sebezáchovy ve spojení s dalším somatickým onemocněním, invalidizací nebo stavem znevýhodňujícím život člověka (50).

1.3 Rizikové faktory

K rizikovým faktorům pro suicidální jednání řadíme:

- stres
- deprese
- poruchy osobnosti
- závislost

1.3.1 Stres

Stres označuje reakci organismu na nadměrnou zátěž. Stresem se nazývá jakákoli událost v našem životě, která nás přinutí se nějakým způsobem vyrovnat s novou situací (20).

Druhy stresu

Eustres – pozitivní zátěž, která v přiměřené míře stimuluje jedince k vyšším anebo lepším výkonům.

Distres – nadměrná zátěž, která může jedince poškodit a vyvolat onemocnění či dokonce smrt (20).

Stresující události:

- smrt rodiče nebo blízkého příbuzného
- rozchod s přítelem nebo přítelkyní
- uvěznění
- zranění nebo nemoc
- potíže ve škole, v zaměstnání
- otěhotnění
- začátek nového školního roku
- změna finanční situace
- prázdniny, svátky
- vynikající osobní úspěch
- významné životní změny (svatba, ...)

1.3.2 Deprese

Mezi poruchy nálady patří samozřejmě deprese. Jedinec se může dostat do špatné nálady vlivem okolních událostí, ale u deprese důvod pro špatnou náladu chybí. Depresivní porucha postihuje asi 3 % populace (1). Někdy může deprese přejít v těžkou formu deprese a z těchto případů se přibližně desetina jedinců o sebevraždu dokonce i pokusí. Pravděpodobnost, že se u zdravého člověka během života vyskytne depresivní epizoda, je asi 17 % (20).

Tři typy deprese podle Vágnerové:

- přechodný stav, který čas od času potrápí každého
- deprese vyvolané konkrétním zážitkem – rozvod, rozchod, smrt atd.
- deprese, které se nazývají velké či endogenní, trvají dlouhou dobu bez zjevného důvodu (50).

Příznaky deprese

Pocit beznaděje, smutek a zoufalství se řadí mezi hlavní příznaky deprese. Depresivní jedinec může být až plačtivý a může pociťovat snížené sebevědomí. Při delším stavu deprese se objevuje váhavost, nerozhodnost, neustálé bezvýsledné omílání jednoho a toho samého. Tím dochází ke zpomalování duševní činnosti depresivního jedince (13, 35).

Po odeznění deprese se většinou vrací původní mentální výkonnost. V průběhu deprese se mohou vyskytnout bludy i halucinace (35).

Bipolární deprese

Bipolární porucha (také zvaná manická deprese) je chronická, vysilující a v některých případech až smrtelná duševní choroba. Charakteristické jsou pro ni záchvaty mánie, deprese a poruch nálady a změny myšlení, energie a chování. Náhlá nálada může kolísat od jednoho extrému k druhému mezi „póly“ mánie (dobrá nálada) a deprese (špatná nálada). Pacienti zažívají období hluboké deprese, kdy se jim zdá, že život už pro ně nemá žádnou cenu, a období radosti nebo mánie spojené s nadměrnou aktivitou. Výkyvy nálady mohou trvat hodiny, dny, týdny i měsíce a mohou zajít do takového extrému, že osoba ztratí kontakt s realitou (stav zvaný psychóza) a není již schopna vykonávat povinnosti běžného každodenního života. Bez účinného zvládnutí onemocnění může bipolární porucha vést k sebevraždě (obvykle v období deprese nebo smíšeného záchvatu). To ji řadí k jedné z nejvážnějších duševních chorob, u které je zaznamenáno nejvíce úmrtí sebevraždou.

Odhaduje se, že bipolární poruchou trpí přibližně dvě osoby ze sta a objevuje se ve stejné míře u mužů i žen. Obvykle se dostavuje kolem dvacátého až třicátého roku, někdy i později, ale trpět jí mohou i děti (36).

Beznaděj

Beznaděj je častá právě u sebevražedných jedinců. Člověk v beznaději nepřijímají svět takový, jaký je. Nevěří, že je schopen řešit své problémy. Dává si nespelnitelné cíle, o kterých si myslí, že je naplní. Tyto jedince je nutné naučit přemýšlet o světě jinak (4).

1.3.3 Poruchy osobnosti

Porucha osobnosti způsobuje každému jedinci zátěž a komplikuje jeho zapojení do společnosti. Právě poruchy osobnosti mohou být také spojovány se sebevražednými sklony (38, 42).

Disociální porucha osobnosti

Disociální porucha osobnosti se vyznačuje lhostejností ke společenským pravidlům a závazkům, nedostatkem citů a nezájmem o ostatní. Jedinci s touto poruchou mají nízký práh pro agresivní explozi, která může být v některých případech použita i proti vlastní osobě (17).

Histrionská porucha osobnosti

Projevuje se emotivitou, dramatizací a teatralností. U těchto jedinců se vyskytuje zvýšená sugestibilita, egocentričnost a neustálá touha po ocenění. Opakování suicidálního jednání je u této poruchy běžné (17).

Úzkostná porucha osobnosti

Tato porucha se vyznačuje pocity napětí, obav i nejistoty. Postižení jedinci trpí zvýšenou citlivostí vůči kritice a odmítnutí. Z těchto pocitů se mohou při zátěži objevit suicidální tendence (27).

1.3.4 Závislost

Nejčastěji jde o závislost alkoholovou. Závislost jako taková často přináší pocity viny, pocity bezmoci. Závislý své okolí i sám sebe stále oklamává, a přitom nemá dostatek vůle se závislosti zbavit (45).

Alkohol (popř. i některé drogy) jednorázově euforizuje a uvolňuje. Dlouhodobé užívání vede k depresi. Alkohol má negativní vliv na psychický stav, sociální situaci

a somatické zdraví postiženého. Podle literatury asi 15 % závislých na alkoholu spáchá sebevraždu (27).

Jako existují rizikové faktory, tak lze definovat i určité chránící (protektivní) faktory. Jsou jimi:

- pevné citové vazby
- rodičovství
- tělesné zdraví
- duševní zdraví
- příznivá ekonomická situace
- náboženská víra (44)

1.4 Typy sebevražedného jednání

Vágnerová rozlišuje tři základní typy sebevražedného jednání:

- bilanční sebevraždy
- impulsivní
- skupinové (50)

1.4.1 Bilanční sebevraždy

Bilanční sebevraždy jsou důsledkem dlouhodobého působení subjektivně závažných motivů. Člověk si opravdu přeje zemřít, prostředky ke spáchání sebevraždy si obvykle velmi pečlivě připraví a promyslí. Tyto sebevraždy bývají častěji dokonané. Bilanční sebevraždy se vyskytují u lidí trpících nevyléčitelnou chorobou, u starého a nemocného člověka, který žije osamocen a od života nic pozitivního nečeká. Člověk se pro ni rozhoduje tehdy, má-li pocit, že jeho život už žádný smysl nemá (50).

1.4.2 Impulsivní

Impulsivní sebevraždy jsou dány afektivně, náhlým rozhodnutím. Člověk jedná pod vlivem okamžitého impulsu, neuvažuje ani o prostředcích sebevraždy, volí aktuálně nejlépe dosažitelnou možnost. Často lze takový sebevražedný pokus nazvat jako „volání o pomoc“, jako krajní prostředek k dosažení osobně významného cíle. Motivem jsou

například problémy v mezilidských vztazích, jejichž řešení by mohl ovlivnit i jiný člověk (50).

1.4.3 Skupinové sebevraždy

Jde o specifickou variantu sebevraždy - sebevražděné jednání více lidí. V tomto případě je rozlišován člověk, který byl iniciátorem, a ostatní lidé. Nejčastějším příkladem skupinové sebevraždy jsou členové různých sekt, kteří se společně pod vlivem svého vůdce rozhodnou ukončit život (50).

1.4.4 Další dělení sebevražd

Zvláštním typem sebevražděného jednání jsou demonstrační a stínové sebevraždy - sebepoškozování.

Demonstrační sebevraždy

Obyčejně nejde o vážný úmysl zemřít, ale o použití této sebevraždy jako prostředek k manipulaci s jinými lidmi, k jejich potrestání či k pomstě. Člověk, který se pokusí o sebevraždu za těchto okolností, si přeje být nalezen a zachráněn. Při pokusu o sebevraždu se však lidé mohou tak vážně zranit, že už je nelze zachránit, přestože si vše pečlivě naplánovali (10).

Stínové sebevraždy

Stínových sebevražd se dopouštějí lidé, kteří ve skutečnosti o sebevraždě neuvažují, ale přitom svůj život vystavují smrtelnému nebezpečí (drogy, alkohol, přejídání, hladovění, bulimie, kouření, nebezpečné řízení motorového vozidla, atd ...).

Zatím co někteří lidé takové věci dělají, ale jinak si na své zdraví dávají pozor, jiní působí dojmem, že se chtějí zabít, aniž by vzali za takový krok zodpovědnost. Přestože po sobě nezanechají dopis na rozloučenou, jejich smrt lze považovat za sebevraždu (10).

Sebevražda jako forma protestu

Tímto aktem sebevražděné jedinci vyjadřují politický postoj a burcují veřejnost. Často jsou oslavováni jako hrdinové. Z českého prostředí sem patří například

sebeupálení Jana Palacha a Jana Zajíce v roce 1969 na protest proti okupaci Československa vojsky Varšavské smlouvy (26).

Zvláštní typy sebevražd

Harakiri – japonská rituální sebevražda. Muž si v kleče prořízne břišní dutinu krátkým samurajským mečem, a to vodorovně zleva doprava. Následně mu pobočník usekne hlavu, aby tak zmírnil jeho utrpení (26). Harakiri bylo součástí samurajského kodexu a nejčastěji bylo používáno pro předejití zajetí nepřítelem nebo opětovné získání cti bojovníka. Samuraj mohl být k sebevraždě vyzván také svým pánem nebo spácháním sebevraždy mohl dát najevo nesouhlas s činy svého pána. Tato forma sebevraždy nebyla povolena jiným společenským vrstvám než samurajům. Od roku 1873 je harakiri zakázáno, ale její obdoby se vyskytují i v současnosti.

Kamikaze (nebo Kamikadze) – sebevražedné útoky japonských letců na konci druhé světové války na spojenecké lodě. Piloti se s letouny napěchovanými výbušninou vrhali na spojenecké lodě. Zpočátku se jednalo o dobrovolníky, ale později byli muži po vstupu do jednotky k tomuto činu vybídnuti. Neexistuje však žádný záznam o přinucení vojáka k tomuto činu popřípadě jakékoliv následné persekuci po odmítnutí realizace kamikaze. Letadla byla napěchována trhavinou (26).

1.5 Práce se sebevražedným jedincem v přímém kontaktu

Práce se sebevražedným jedincem spočívá ve vzájemném respektu, ponechání zodpovědnosti za život klienta v jeho rukou a vcítění se do příčin sebevražedného jednání.

V přímém kontaktu se suicidálním jedincem musíme ovládat svůj hlas. Nesmíme však zapomenout na řeč těla. Nervózní pohyby rukou nebo křečovitá uzavřenost, zkřížení paží a nohou, úzkostně zaťaté pěsti - to všechno jsou signály, které každý člověk vnímá podvědomě a rozumí jim. Naopak klid těla i vnitřní otevřenost vede k uklidnění klienta a k získání jeho důvěry vůči nám (51).

Urgentní akutní stavy řeší především záchranná služba. O pomoc může být zavolán také psychiatr, zvláště tehdy, když okolí ví o předchozí psychiatrické léčbě suicidálního jedince (27).

První pomoc je velice specifická. V každém případě je třeba rychle zhodnotit situaci a navázat s postiženým kontakt. Je potřeba se vcítit do jeho silných emocí. Cílem zásahu je zamezení sebepoškozujícího jednání a odvedení postiženého do bezpečí. V každém případě by mělo následovat psychiatrické vyšetření s rozhodnutím, zda pro další péči a bezpečí bude postačovat ambulantní péče, nebo stav postiženého vyžaduje hospitalizaci (27).

Stupně suicidální aktivity:

- občasné myšlenky na sebevraždu
- sebevražedné tendence (myšlenka na sebevraždu převládá jako řešení)
- sebevražedné úvahy (zvažuje jak provést samotný čin)
- rozhodnutí o sebevraždě – při jednoznačném nalezení způsobu sebevraždy může nemocný vystupovat vyrovnaně a klidně (40)

1.5.1 Krizová intervence v přímém kontaktu s jedincem

Na rozdíl od první pomoci, která musí zvládnout akutní stav a zabránit autodestruktivnímu chování pacienta, je úkolem krizové intervence léčebný zásah orientovaný do budoucna (45).

Krizovou intervencí se snažíme zabránit akutně hrozícímu suicidálnímu jednání, objasnit konflikty a problémy, které motivují k suicidálnímu jednání, diagnostikovat případnou duševní poruchu a zajistit psychiatrickou nebo psychologickou péči.

Náš přístup k suicidálnímu jedinci se liší podle individuálního posouzení případu. Například jiný bude postup u těžce depresivního pacienta se závažnými suicidálními tendencemi, jiný u demonstrační sebevraždy. V prvním případě bude náš přístup spíše podpůrný, v druhém interpretující. Musíme brát v potaz, že i demonstrativní sebevražedné jednání není bez nebezpečí (27).

Pro člověka, který trpí depresí, je velice důležité, abychom mu naslouchali. Jestliže to vypadá, že je přítel nebo člen rodiny v depresích, je dobré snažit se s ním mluvit o jeho pocitech a problémech. Člověk v nesnázích potřebuje někoho, kdo ho vyslechne. Nemusí být snadné hovořit o sebevražedných myšlenkách, které má přítel

nebo příbuzný, ale pro dotyčného je rozhodující, aby byl schopen mluvit o tom, proč chce zemřít (4).

Zbytečné obavy vznikají z toho, že nás nenapadnou vhodná a příznivá slova. Důležité není, co říkáme, ale jak to říkáme (51). Pro porozumění veškerým tvrzením o problémech má být vynaloženo všechno úsilí (4). Jednoduchá sdělení můžeme vícekrát opakovat (51). I když by měl být projeven zájem, je dobré se zdržet vyvozování morálních soudů nebo pokusů dotyčnému čin rozmluvit. Nejlepší, co se dá dělat je naslouchat (37).

Volba otázek

Při komunikaci s osobou se sklony k suicidálnímu chování volíme například tyto otázky:

- *Zda má dotyčný plán?* Jestliže má osoba jasné sebevražedné plány, problém je naléhavější, než když byly její myšlenky méně určité.
- *Má-li zbraň? Kde ji má uloženou?*
- *Kde má v zásobě tablety? Jaké?*

Je vědecky dokázáno, že takto kladené přímé otázky nedodají dotyčnému myšlenky nebo povzbuzení k činu (4).

Na druhé straně jsou i takoví jedinci, kteří vyhledají psychologickou pomoc poté, co se podělili se svými problémy s vnímavými posluchači a mylně cítí, že krize je překonána. Krize následně znovu vzplane. Nové vzplanutí je kritické pro každé preventivní úsilí (16).

1.5.2 Telefonická krizová intervence

Telefonická intervence je stále častěji vyhledávána jedinci se suicidálními tendencemi. Linky důvěry jsou k dispozici většinou nepřetržitě. Potencionální sebevrazi většinou nestojí o rozhovor v přímém kontaktu, preferují anonymitu vznikající právě při telefonování. Zásadním úkolem linky důvěry je navázat s jedincem kontakt a získat čas pro další jednání. Pokud se toto podaří, volající se o problému rozhovoří, a tím se otevře prostor pro diskusi o tom, co se vlastně stalo, čím byla krize odstartována. V průběhu rozhovoru je důležité ujistovat klienta, že ho opravdu slyšíme a bereme v úvahu jeho

pocity, ověřovat si, že mu správně rozumíme. Při rozhovoru neočekáváme pozitivní ladění, vstřícnost, vděčnost volajícího. Zlobit se, urazit se, vracet agresemi si krizový pracovník nemůže v žádném případě dovolit (24).

Na lince důvěry se můžeme setkat s případy, kdy již byl sebevražedný čin započat a sebevražedný vývoj zašel tak daleko, že nám nezbývá než tuto skutečnost respektovat.

Setkat se můžeme ale i s případy, kdy člověk sebevražedný pokus započal, ale uvědomil si, že umřít nechce. Takovýto člověk volá ve velké panice s pořezaným zápěstím, nebo má v sobě nebezpečné léky. Snažíme se jedinci poskytnout první pomoc např. poradit, jak pořezané zápěstí pevně ovázat, vypít maximální množství vody a léky vyvrátit apod. Během toho se snažíme přivolat záchrannou službu, pro kterou je důležité zjistit, kde se postižený jedinec nachází (51).

V příloze č. 3 jsou uvedeny kontakty na krizové linky a centra v ČR.

1.6 Zdravotně sociální služby pro osoby trpící sebevražedným chováním

Definice podle Tomše: Služba v demokratických systémech zahrnuje činnosti, jimiž sociální subjekt pomáhá klientům poskytnutím rady, dávky nebo služby. Služba má povahu:

- ochrannou (sociální prevence) – činnosti směřující k ochraně člověka v jeho přirozeném sociálním prostředí
- zabezpečovací (sociální terapie) – činnosti související se sociálními událostmi, pro které člověk vypadl z jeho přirozeného prostředí
- restituční či rehabilitační (sociální rehabilitace) – činnosti, které souvisí s reintegrací člověka do jeho přirozeného sociálního prostředí (48)

Zdraví 21 se ve svém cíli 6 zabývá snížením sebevražednosti:

Cíl 6 – Zlepšení duševního zdraví.

Do roku 2020 by se měla zlepšit psychosociální pohoda lidí a pro lidi s duševními problémy by měly být plně dostupné komplexní služby.

Konkrétně bod 6.2 - počet sebevražd by měl být snížen alespoň o jednu třetinu, přičemž k nejvýraznějšímu snížení by mělo dojít v těch zemích a u těch skupin obyvatelstva, kde se nyní sebevraždy vyskytují nejčastěji (56).

1.6.1 Rozdíl mezi zdravotním a sociálním pracovníkem

Nemocným lidem slouží zdravotnická zařízení. Ve zdravotnictví pracují zdravotně sociální pracovníci a sociální pracovníci. Toto rozlišení zavedl zákon 96/2004 Sb. (53). Zdravotně sociální pracovníci mají kromě vyšších odborných škol nebo univerzitních programů projít ještě kvalifikačním kurzem pro zdravotně sociální pracovníky. Zdravotně sociální pracovník má větší kompetence než sociální pracovník (realizace preventivních programů, šetření v rodinách, péče o pozůstalé, spolupráce s veřejnou správou, organizace rekondičních programů aj.).

Sociální pracovníci v ústavních zdravotnických zařízeních pomáhají udržovat kontakty klientů s významnými osobami a institucemi a zabývají se tím, do jakých podmínek (vztahových, bytových, finančních) se klient po propuštění z ústavní péče vrátí. Mohou klientům pomáhat i při zvládání stresujících účinků hospitalizace. Po roce 1989 počet sociálních pracovníků z finančních důvodů klesl tak, že některé nemocnice dokonce žádné sociální pracovníky nemají.

Tento fakt může vést k tomu, že zdánlivě zdravý člověk se dostane do psychických problémů po běžném úrazu či operaci. Tyto neřešené problémy mohou vést až k vážným stavům klienta ohrožujícím jeho život (30).

1.6.2 Model řízení péče

Model řízení péče odpovídá požadavkům na pružné přizpůsobování služeb a zkouší se i na některých pracovištích v ČR. Manažerem péče může být vedle psychiatra a psychologa také sociální pracovník. Manažer odpovídá za koordinaci péče, přičemž podle své kvalifikace může některé služby sám poskytovat (30).

1.6.3 Akutní péče ve srovnání s péčí po překonání krize

V období akutní nemoci se využívá lůžkových nebo ambulantních zdravotnických zařízení. Ústavní péče v psychiatrickém zařízení je nutná u pacientů, kteří nemají schopnost zajistit si základní potřeby, a u těch, kdo představují vážné nebezpečí pro sebe (sebevražda) či pro své okolí (násilné chování).

Péče formou docházky do denního stacionáře je možná u těch pacientů, jejichž stav jim umožňuje samostatně se do zařízení dopravovat. Dva druhy léčby, které se dnes převážně vyskytují, jsou farmakoterapie a psychoterapie (30).

1.6.4 Terapeutická práce s rodinou

U nás zatím téměř nedostupná je terapeutická práce s rodinou. Pokud k ní dojde, tak začíná v době, kdy pacient pomalu končí intenzivní léčení. Cílem práce s rodinou je předejít přílišnému pečování o pacienta, ale také jeho zavržení. Práce s rodinou může mít povahu skupinových instruktáží, ovšem musí také reagovat na konkrétní problémy a úskalí jednotlivých rodin (49).

1.6.5 Pomocná zařízení

Psychiatrickí pacienti si u nás v České republice po roce 1989 začali organizovat svépomocné skupiny, které se nazývají patientské kluby. Řada z nich je členem České společnosti pro dušení zdraví (ČSDZ). V České republice jsou již od šedesátých let 20. století vytvářena pracoviště pro krizovou intervenci a pro telefonickou krizovou intervenci. Tato pracoviště se specializují na různé problematiky jednotlivých sociálních i věkových vrstev obyvatelstva. Zřizovateli těchto služeb jsou nestátní organizace nebo městské úřady, církve, zdravotnická zařízení. Telefonická krizová intervence je mnohde poskytována zaškolenými dobrovolníky. Některá pracoviště pro krizovou intervenci jsou vybavena lůžky pro krátkodobý pobyt (30).

1.6.6 Zdravotně sociální služby pro osoby trpící sebevražedným chováním

Záchranná služba - Hlavním předmětem a účelem Zdravotnické záchranné služby je poskytování odborné přednemocniční neodkladné péče v souladu s příslušnými právními předpisy, zejména s vyhláškou č. 434/1992 o zdravotnické

záchranné službě (52). V kompetenci záchranné služby je řešení urgentních akutních psychiatrických stavů. O pomoc může být zavolán i psychiatr zvláště tehdy, když okolí ví o předchozí psychiatrické léčbě suicidálního jedince (40).

Úkoly a činnosti zdravotnické záchranné služby

- vedení komunikace lékaře (suicidální intervence) s osobou, která demonstruje úmysl spáchat sebevraždu, může být přivolán vyjednaváč Policie ČR
- poskytnutí přednemocniční neodkladné péče zraněným v prostoru zásahu a jejich transport do zdravotnických zařízení poskytujících urgentní zdravotní péči
- urgentní terapeutická intervence a fyzické omezení osoby, transport zklidněné osoby, která demonstrovala úmysl sebevraždy do cílového zdravotnického zařízení, které vyzve ke spolupráci operační středisko ZZS k rozhodnutí o hospitalizaci
- konstatování smrti osoby v případě dokonání pokusu o sebevraždu a výkony spojené s ohledáním těla, včetně rozhodnutí o případné pitvě nebo zda nejde o trestný čin (25)

První pomoc je velice specifická. V každém případě je třeba rychle zhodnotit situaci a navázat s postiženým kontakt. Je potřeba se vcítit do jeho silných emocí. Cílem zásahu je zamezení sebepoškozujícího jednání a odvedení pacienta do bezpečí. Poté by mělo následovat psychiatrické vyšetření s rozhodnutím, zda pro další péči a bezpečí bude postačovat ambulantní péče, nebo stav vyžaduje hospitalizaci (40).

V případě hospitalizace bez souhlasu pacienta je nutno do 24 hodin tuto skutečnost ohlásit soudu a dát podnět k zahájení tzv. detenčního řízení. Soud vyšle pracovníka a do 7 dní o nutnosti hospitalizace rozhodne (5, 34).

Při primárním kontaktu s osobou trpící sebevražednými sklony je třeba dodržovat několik základních rad:

- nemocného je třeba respektovat
- snažme se nemocnému porozumět, oč mu jde, jaký má cíl, čeho se snaží svým chováním dosáhnout a čemu naopak zabránit
- jestliže pacient vyhrožuje, musíme ho brát vážně

- snažme se ovládat, nebýt podráždění a chovat se klidně
- největší riziko vzniká tam, kde se setkají podrážděný pacient a podrážděný zdravotník
- nemocného nikdy nezesměšňujeme
- je dobré vždy postup vůči nemocnému krátce promyslet, domluvit se s ostatními a pak teprve jednat
- má-li pacient zbraň, není jednání s ním naší věcí, ale neprodleně přivoláme policii (11)

Psychiatrické oddělení a léčebny - Psychiatrické oddělení poskytují vysoce specializovanou akutní péči pro psychicky nemocné. Poskytují komplexní péči pokrývající celé spektrum duševních poruch. Hospitalizace jsou většinou krátkodobého charakteru. V případě potřeby delší hospitalizace spolupracují s psychiatrickými léčebnami. Součástí psychiatrických oddělení jsou také psychologická laboratoř, psychiatrická ambulance, ambulance dětské a dorostové psychiatrie, ambulance pro léčbu alkoholismu a jiných toxikomanií a ambulance sexuologická.

Terapie – Po návštěvě terapeuta mohou lidé s různými problémy zjistit, že to pro ně bylo užitečné. Mluvit o problémech pro ně může být nepříjemné, ale zároveň se mohou od svých problémů osvobodit. Většina z pacientů cítí po svěřením se úlevu (14).

1.6.7 Sociální služby pro osoby trpící sebevražedným chováním podle zákona 108/2006 Sb.

Zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvků na péči. Zákon se zabývá informacemi ohledně těchto sociálních služeb a věcí s tím souvisejících. V této části práce budou uvedeny pouze ty paragrafy, které by se mohly týkat osob trpících sebevražedným chováním nebo zdravotně sociálních služeb jim poskytovaných.

§41 Tísňová péče

Představuje terénní službu, která poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci s osobami, jež jsou vystaveny stálému riziku ohrožení

zdraví či života z důvodu náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.

Tísňová péče v sobě zahrnuje:

- poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci
- sociální poradenství
- sociálně terapeutické činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

§ 55 Telefonická krizová pomoc

Tato pomoc je poskytována telefonickým rozhovorem mezi pracovníkem krizové pomoci a volajícím. Může se jednat jak o poskytnutí informace (telefonní číslo, kontakt či adresa na příslušnou instituci) tak i o vyslechnutí a řešení aktuální obtížné životní situace volajícího. Volající osoby se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami. Tento druh sociální služby zahrnuje nejen telefonickou krizovou pomoc, ale také pomoc při uplatňování práv, zájmů a pomoc při vyřizování osobních záležitostí.

§ 59 Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení, která poskytují ambulantní, případně terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek. Kontaktní centra obvykle nabízí výměnný program, informace o „bezpečném“ užívání drog, základní zdravotní ošetření, krizovou intervenci, hygienický i potravinový servis, individuální a rodinné psychoterapie.

§ 60 Krizová pomoc

Krizová pomoc je terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu pro ty, kteří se ocitli v situaci ohrožení života nebo zdraví a kteří přechodně nemohou svou sociální situaci řešit sami. Tato pomoc je poskytována i lidem ohroženým násilím, což bývá spojeno s okamžitou ztrátou domova. Krizová pomoc se snaží poskytnout klientům bezpečí, psychickou podporu, naději a tím přispět ke zlepšení

a zvýšení jejich schopností situaci zvládat, umět se přizpůsobovat změnám a mít chuť žít. Jedná se o pomoc krátkodobou, která většinou netrvá déle než týden. Kromě poradenství nabízí i ubytování, stravu a sociálně terapeutické činnosti.

§ 64 Služby následné péče

Jsou to ambulantní nebo pobytové služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách. Podmínkou je, že tyto osoby absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují. Sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatnění práv jsou činnostmi, které služby následné péče poskytují.

Služba následné péče, která probíhá pobytovou formou, poskytuje mimo uvedených činností také ubytování, stravu a pomoc při zajištění stravy.

§ 67 Sociálně terapeutické dílny

Jsou to ambulantní služby, jejichž účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

§ 70 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace jsou činnosti směřující k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Může být poskytována v domácím prostředí klienta, ale také ambulantně v zařízení sociálních služeb, kam klient dochází. Cílem sociální rehabilitace je rozvíjet schopnosti klientů a podporovat je v získávání potřebných pracovních návyků. Terénní i ambulantní služby nabízí poradenství, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Sociálně rehabilitační centra nabízí kromě již jmenovaných činností svým klientům ubytování, stravu a pomoc při osobní hygieně (54, 55).

Zákony dále definují, které služby jsou poskytovány za úhradu a které bezplatně. Určuje také podmínky poskytování sociálních služeb, povinnosti poskytovatelů sociálních služeb a podobně.

Správné fungování sociálních služeb hlídá inspekce poskytování sociálních služeb. Součástí zákona je také financování sociálních služeb.

1.7 Zdravotně sociální služby vhodné pro osoby trpící sebevražedným chováním v regionu Jihlava

V této části práce budou popsány sociální služby, které je možné vyhledat v jednotlivých organizacích v regionu Jihlava. Tyto organizace jsou řazeny v pořadí vzhledem k důležitosti k danému tématu.

1.7.1 o. s. VOR

Občanské sdružení pro podporu a péči o duševně nemocné VOR Jihlava

Komenského 36a

Jihlava

<http://www.os-vor.cz/>

Vznik občanského sdružení se datuje na podzim roku 1998 v rámci projektu MATRA II (= Přejídný sociální program pro střední a východní Evropu). Cílem celého projektu bylo vytvořit takové sdružení, které by dobře doplnilo chybějící články služeb v péči o duševně nemocné. Duševní nemoci a psychické problémy spadají pod psychiatrii a jsou součástí každodenního života, ale poněkud se jejich problematika opomíjí.

Občanské sdružení VOR (VOR = vzájemnost, opora, radost) svou činností podporuje jedince a jejich rodiny, kteří se ocitají v důsledku duševních nemocí v jisté sociální izolaci (nejsou schopni obstát v běžném zaměstnání, jsou znevýhodněni na trhu práce a podobně). Občanské sdružení poskytuje tzv. komunitní služby jako nestátní a nezisková organizace. VOR nabízí služby rozvíjející základní péči a vedoucí k vyšší kvalitě života duševně nemocných i řešení ostatních s tím souvisejících problémů.

Občanské sdružení pro podporu a péči o duševně nemocné VOR pomáhá nějakým způsobem naplnovat volný čas a realizovat se skupině občanů s duševním nebo sociálním deficitem. Klientům jsou poskytovány ambulantní služby. Toto sdružení umožňuje aktivní rekonvalescenci v průběhu léčby i po léčbě pomocí společenského

kontaktem s lidmi, kteří mají podobné problémy nebo chtějí pomoci, dále pak pomocí komunikace, podpory a jistoty a v neposlední řadě i různými individuálními i kolektivními aktivitami. V dnešní době se běžně lidé dostávají do problémů, jako jsou například problémy v osobní nebo mezilidské rovině, lidé trpí nadměrným zatížením a stresem nebo se dokonce cítí sociálně izolovaní.

Většina aktivit a služeb jsou poskytovány v budově Centra denních služeb s technickým a profesionálním zázemím.

V budově Centra denních služeb je možné si příjemně posedět v kavárně. Tato možnost je nejen pro klienty a rodinné příslušníky, ale v odpoledních hodinách i pro veřejnost. V rámci pracovní terapie je tato kavárna využita i z řad klientů. Pod odborným dohledem mohou klienti obsluhovat hosty kavárny.

Vstup klienta do služby je podmíněn absolvováním informativní schůzky, kde klient obdrží informace o službách. Informační pohovor obvykle provádí sociální pracovník. Pokud chce klient služby sdružení VOR využívat, musí projít vstupním pohovorem, při kterém vyplní Registrační formulář.

Kriteria pro poskytnutí služby:

- věk 17 – 65 let
- klient je osoba se zdravotním postižením
- jeho zdravotní stav je stabilizovaný
- klient trvale nebo přechodně bydlí v regionu Jihlava
- vyjadřuje motivaci ke spolupráci

Příkladem toho, kdy může organizace klienta odmítnout, je akutní psychotický stav vyžadující ústavní léčbu, nutnost trvalé ošetrovatelské péče, vliv alkoholu nebo drog na klienta apod.

Integrační program – obsahuje konkrétní služby a činnosti, které rozvíjí sociální kontakt s okolím. Klientovi je pak navozen pocit, že není sám a někam patří. Mezi integrační programy v občanském sdružení VOR patří kreativní dílna, outdoor a klub.

Sociální program – jsou aktivity, které přímo prospívají k osvojení nebo zvýšení dovedností souvisejících s orientací v sociálním prostředí. Je vytvořena skupina, která se zaměřuje na témata z oblasti komunikace, mezilidských vztahů, jednání s autoritami,

zvládání vlastního bydlení a sebeobsluha. Pro klienty je podstatné, že zde mohou říci své aktuální problémy a ve skupině se setkají s podporou a návrhem jejich řešení.

Výukový program – zahrnuje aktivity pro získání nebo zkvalitnění určitých dovedností. Tyto výukové programy mohou přispět ke zvýšení sebedůvěry jednotlivých klientů nebo mohou sloužit pro budoucí pracovní uplatnění. K dispozici klientům je počítačový kurz, kurz anglického jazyka nebo JOB klub.

Edukační skupinový program pro rodinné příslušníky – nabízí kurz o 8 sezeních po dobu dvou hodin. V rámci každého sezení probíhá přednáška a diskuze. Tématy bývají například: Jak zvládat stres v rodině s duševně nemocným, psychologická léčba a rehabilitace, sociálně právní otázky a řešení krizových situací apod.

Sociální poradenství v občanském sdružení VOR

Organizace poskytuje základní sociální poradenství a odborné poradenství zaměřené na lidi s duševní poruchou. Poradenství přispívá k řešení nepříznivé sociální situace klienta. Poradna funguje jak pro klienty, tak pro jejich rodiny a blízké sociální okolí. Je zde možnost také anonymního poradenství a to pomocí identifikačního klíče klienta. Službu speciální intervence vede klinický psycholog.

Sociálně terapeutické dílny v občanském sdružení VOR

Sociálně terapeutické dílny poskytují pracovní rehabilitace. Jsou zde tři formy těchto rehabilitací, a to kavárna, úklid a recepce.

Kavárna – je přístupná jak pro klienty, tak pro veřejnost, čímž dochází k integraci zdravých a hendikepovaných lidí. Provoz kavárny je také příležitost pro prezentaci problematiky duševního zdraví a duševních nemocí. Je zde vedoucí, který zajišťuje provoz kavárny. Klientovi náleží finanční odměna, takže nedílnou součástí práce v kavárně je samozřejmě také pracovní smlouva.

Úklid – náplní práce je úklid v prostorách Centra denních služeb (CDS). Klient má přesně vymezenou dobu úklidu a všechny úkoly k tomu náležící. S klientem je sestavena pracovní smlouva a dostává náležitou finanční odměnu. O materiál a pracovní prostředky se stará terapeut.

Recepce – náplní práce je obsluha recepce v Centru denních služeb, s čímž souvisí poskytování informací přímo na recepci, přepojování telefonních hovorů,

a dokonce také kontaktování jednotlivých klientů. Opět je součástí pracovní smlouva, podle které klientovi náleží finanční odměna.

Služba chráněného bydlení

Podporuje klienta v tom, aby se naučil žít samostatně a podle vlastních představ. Může ho naučit orientovat se lépe ve společenském prostředí a samostatně využívat služby. Podporuje klienta, aby dokázal samostatně žít a zacházet se svou nemocí. Pomáhá v navazování a udržování přirozených sociálních vztahů a služeb.

Chráněné bydlení je určeno pro lidi dlouhodobě duševně nemocné s psychotickými, afektivními a těžkými neurotickými poruchami, kteří v důsledku své nemoci nezvládají samostatné bydlení. Klienti mohou být ve věku od 19 do 64 let, musí mít trvalý pobyt na území kraje Vysočina a musí být motivováni k samostatnému bydlení.

Kapacita služby je maximálně tři místa, a to v jednom dvoulůžkovém a v jednom jednolůžkovém pokoji. Jedná se o jeden samostatný dvoupodlažní byt s vyvýšeným přízemím, kde se v prvním podlaží nachází společná kuchyň a obývací pokoj s veškerým vybavením. V horním patře jsou dva pokoje. Byt má dvě sociální zařízení, sprchový kout a vanu. Součástí vybavení bytu je i pračka, žehlička, televize, lednice a mikrovlnná trouba.

Chráněné bydlení se platí a náklady na jeden den jsou v rozmezí 120 až 180 Kč + další náklady, které jsou v přehledu služby chráněného bydlení. Služba je určena maximálně na dva roky s dvoutměsíční zkušební lhůtou.

Občanské sdružení VOR přijímá pomoc ve formě finančních nebo věcných darů a také ve formě práce jako dobrovolník s využitím při organizační práci nebo ve volnočasových aktivitách (32).

Příklad týdenního programu Sociální rehabilitace v občanském sdružení VOR ukazuje tabulka č. 3. Náplň kreativní dílny v prvním pololetí roku 2010 byla postupně podle měsíců: pletené polštáře, smaltování, velikonoční techniky, peding + košíkaření, keramika a batikování.

Tab. 3: Příklad týdenního programu Sociální rehabilitace v občanském sdružení VOR

Pondělí	9,30-11,30 skupina sociálních dovedností (Mgr. Šťastný)
	9,30-12,00 kreativní dílna (Renata Nápravníková)
Úterý	9,30-12,00 kreativní dílna (Renata Nápravníková)
	13,00-15,30 poradna pro klienty CDS a veřejnost (Mgr. Štěpánek)
Středa	9,30-11,30 arteterapie (Mgr. Štěpánek)
	9,00-12,00 poradna pro klienty CDS a veřejnost (Mgr. Šťastný)
	13,00-15,30 krizová ambulance (Mgr. Šťastný)
	14,00-16,00 kavárenské setkání - první středa v měsíci a ostatní středy - promítání filmů
Čtvrtek	od 9,00 program mimo CDS podle domluvy
	9,30 toulky historickou Jihlavou
Pátek	9,30-12,00 kreativní dílna (R. Nápravníková)

Zdroj: <http://www.os-vor.cz/> (32)

1.7.2 Psychocentrum – manželská a rodinná poradna kraje Vysočina

Pod Příkopem 4

Jihlava

<http://www.psychocentrum.cz/>

Zařízení vzniklo 1. ledna 2004 sloučením několika podobných poraden. Smyslem sloučení jednotlivých organizací bylo vytvoření jednotného manželského a rodinného poradenství v kraji Vysočina a sjednocení odborné činnosti. Tím je vytvořena přirozená vztahová síť mezi odbornými pracovníky a klienty. Jedná se o jedinou organizaci podobného typu v kraji Vysočina. Poskytované psychosociální služby jsou bezplatné a mohou probíhat anonymně. K objednání klientů není potřeba žádných doporučení, stačí si pouze telefonicky nebo osobně sjednat schůzku.

V Jihlavě se nachází pracoviště s Intervenčním centrem, které je určeno pro osoby ohrožené domácím násilím. Ostatní pracoviště v kraji Vysočina jsou ve Žďáře nad Sázavou, Třebíči, Pelhřimově a Havlíčkově Brodě.

Organizace zajišťuje jednak odborné sociální poradenství, které zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti (psychologické poradenství, psychoterapie, sociální poradenství a socioterapie, techniky meditace...) a pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí, provoz Intervenčního centra, které provozuje sociálně terapeutické činnosti (krizová intervence) a pomáhá při uplatňování práv (pomoc při vyřizování běžných záležitostí).

Mezi zásady poskytování odborného sociálního poradenství v Psychocentru patří odbornost, bezplatnost služeb, důvěrnost a bezpečí, respekt a nestrannost, podpora a v neposlední řadě také nezávislost.

Obecným cílem intervenčního centra je napomoci uživateli vyřešit svoji krizovou situaci a vrátit se k běžnému životu. Konkrétními cíli je posílení psychického stavu klienta a integrity osobnosti, stabilizace manželského nebo partnerského života a s tím spojené posílení a stabilizace rodinných stavů a samotná pomoc při zajištění osobního bezpečí.

Mezi cílové skupiny patří rodiny s dětmi, osoby v krizi, děti a mládež ve věku od 6 do 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy a v neposlední řadě také osoby ohrožené domácím násilím. Intervenční centrum se zabývá speciálně těmito osobami.

Klient(i) na počátku absolvují vstupní pohovor, během kterého si s terapeutem vyjasní oboustranné podmínky a možnosti pro další schůzky. O dalším postupu rozhodne terapeut zpravidla po předchozí psychologické diagnostice. Klientovi mohou být poskytnuty psychoterapie ve formě psychoanalyticky orientované psychoterapie (odkrývání a řešení psychických konfliktů), kognitivně behaviorální terapie (zaměřuje se na konkrétní chování pacienta, lze využít zejména u poruch chování a např. poruch příjmu potravy), systemické a integrované psychoterapeutické přístupy, provázení a vedení klienta, relaxace a hypnóza.

Manželské, párové poradenství a psychoterapie

Poradenského procesu se zúčastňuje celý pár, který má možnost společných nebo individuálních konzultací s terapeutem. Pomoc může vyhledat také jednotlivec.

Rodinná terapie

Věnuje se vzájemným vztahům v rodině, tedy i dětí s rodiči. Smyslem je nasměrovat rodinu zpět do života tak, aby docházelo k pozitivnímu vývoji dětí a celé rodiny.

Rozvodové a porozvodové poradenství

Cílem je mírnit strádání všech členů rodiny a hlavně fyzické i psychické zdraví dětí v důsledku dlouhodobého stresu.

Autogenní trénink (výcvik mysli ke zdraví)

Při této technice dochází k tělesnému i psychickému uvolnění. Tento proces lze navodit metodicky a vyžaduje tělesný klid.

Hypnóza

Jsou voleny sugesce cíleně zaměřené na zvládání projevů, které klienta obtěžují nebo se ho snaží posílit pro řešení jeho problémů. Neodstraňuje příčiny problému, ale symptomy.

Trénink asertivity

Klienti se učí přirozeně jednat a vyjadřovat emoce, svůj názor a svá přání. Smyslem asertivity je vzájemná otevřená komunikace.

Pracoviště Jihlava

Již v září roku 1982 vzniklo pod názvem Předmanželská a manželská poradna pracoviště v Jihlavě. Právní subjektivitu získalo o deset let později současně s názvem Psychocentrum Jihlava – manželská a rodinná poradna. Od roku 2004 se pracoviště v Jihlavě stalo centrem krajského zařízení sociálních služeb Psychocentrum – manželská a rodinná poradna kraje Vysočina.

Intervenční centrum pro osoby ohrožené domácím násilím bylo zřízeno v rámci Psychocentra až od ledna roku 2007. Obsah náplně zdravotně sociální služby Intervenčního centra se přímo netýká obsahu tématu diplomové práce, proto nebude dále podrobně rozebírán (39).

1.7.3 Občanská poradna

Žižkova 13

Jihlava

<http://www.obcanskaporadna.cz/>

Občanská poradna zahájila svůj provoz v dubnu roku 1999 jako členská poradna Asociace občanských poraden v České republice. Ve spolupráci se zahraničím bylo možné získat informace o podobných aktivitách například ve Velké Británii. Občanská poradna v Jihlavě pod sebe zahrnuje i ostatní poradny v jiných městech kraje Vysočina.

Občanská poradna Jihlava poskytuje rady, informace, asistenci a aktivní pomoc lidem, kteří se ocitli v tíživé životní situaci, nebo jim taková situace hrozí. Nejenom že občanská poradna funguje pro samotné lidi, ale také pro stát. Při své činnosti naráží na informace ohledně sociálních služeb, které jsou důležité pro stát, pro politiku a pro případné ovlivnění sociálních služeb ve prospěch občanů.

Mezi principy poskytování občanského poradenství jak obecně, tak i v jihlavské poradně patří bezplatnost, diskrétnost (popř. i anonymita), nestrannost a nezávislost. Občanská poradna dodržuje práva uživatelů, respektuje volby uživatelů a snaží se individualizovat podporu pro uživatele. Poradci v občanské poradně jsou zastupitelní, a proto nemá klient možnost si vybírat poradce. Délka konzultace je maximálně 45 min. Na konzultace je klient povinen se objednat. Občanská poradna může své klienty i odmítnout, např. klienty pod vlivem alkoholu nebo i z nedostačující kapacity (31).

1.7.4 Centrum U Větrníku – Káčko

U Větrníku 17

Jihlava

<http://www.kacko-ji.estranky.cz/>

Centrum U Větrníku – Káčko vzniklo díky Oblastní charitě Jihlava a to na počátku roku 1999. O půl roku dříve se charitě podařilo získat část domu, který rekonstruovala, a na jaře 1999 mohlo centrum zahájit svou činnost, která byla prozatím provozově omezena. Necelý rok poté získala charita do pronájmu celou budovu, mohla rozšířit rekonstrukci, a tím i služby a celý provoz centra.

Centrum U Větrníku je nízkoprahové zařízení. Jeho cílem je snížit užívání všech typů drog, a tím i minimalizovat potenciální rizika. Obecně jsou poskytovány odborné sociální služby vycházející z individuálních potřeb. Základní ideou však je poskytovat

kvalitní a komplexní ambulantní služby v oblasti sekundární a terciární protidrogové prevence.

Základním přístupem činnosti centra je samotné akceptování uživatelů omamných látek. Činnost centra zdůrazňuje, že užívání drog je součástí našeho světa i života. Uživatelé drog mohou navrhovat nebo vyjádřit názor na tvorbu programu a služeb. Sociální pracovníci centra prosazují nenátlakový přístup k drogově závislým i komunitám, kde uživatelé žijí. Zároveň se snaží nebagatelizovat i neignorovat reálná nebezpečí vyplývající z užívání legálních a nelegálních drog.

Cílové skupiny, pro které jsou služby Centra U Větrníku určeny, jsou:

- osoby závislé na nelegálních drogách
- experimentátoři
- osoby závislé na gamblingu
- osoby vracející se z léčebny
- abstinující uživatelé drog
- rodiče a osoby blízké
- veřejnost

Soubor nízkoprahově orientovaných služeb je uspořádán do pěti základních programů.

Kontaktní centrum

Umožňuje každodenní kontakt se dvěma skupinami. První skupinou jsou uživatelé omamných a psychotropních látek, kteří v současnosti nechtějí nebo nemohou abstinovat. Druhou skupinou jsou uživatelé, kteří jsou motivováni k abstinenci. Práce s druhou skupinou má krátkodobější charakter. Cílem je pomoci abstinentům v procesu zařazování se do běžného života a v předcházení opětovnému užívání drog.

Terénní program

Služba monitoruje a vyhledává uživatele drog, přičemž se nezaměřuje pouze na Jihlavu, ale i na vzdálenější místa okresu a části přilehlých okresů. Tato služba je terénní, a proto sociální pracovníci nebo dobrovolníci poskytují služby drogově závislým přímo v terénu.

Poradna

Na základě písemně uzavřené dohody probíhá individuální práce s uživatelem drog, popřípadě jeho blízkými (rodina nebo partner).

Pracovní program

Program probíhá dvakrát týdně v keramické dílně v Centru U Větrníku nebo ve spolupracujícím zařízení. Pracovní aktivity pomáhají simulovat pracovní prostředí a upevnit pracovní návyky. Pracovní program lépe umožňuje uplatnit se na trhu práce.

Preventivní besedy

V regionu probíhají preventivní besedy, které jsou zaměřeny na studenty středních škol a odborných učilišť. Cílem je včas a efektivně informovat o službách a nabídce zdravotně sociálních služeb nebo institucí, které se zabývají protidrogovou prevencí (7).

1.7.5 Centrum primární prevence Vrakbar a nízkoprahový klub Vrakbar

Sídlíště U Pivovaru

Jihlava

<http://www.vrakbar.ic.cz/>

Zařízení s názvem Studentský klub bylo otevřeno v roce 1997 pod společným projektem Oblastní charity Jihlava a integrované střední školy stavební (ISŠS). Odpolední program byl zaměřen na prožitkové dílny jako divadlo, bubnování a další a večerní program nabízel během celého týdne diskusní cykly, filmový klub, poslechové hudební pořady, koncertní vystoupení začínajících kapel a podobné akce. Vše bylo určeno hlavně pro středoškolskou mládež.

V roce 1999 proběhla velká rekonstrukce a provozovatelem se stala Oblastní charita Jihlava za stálé podpory od ISŠS Jihlava. Věková hranice cílové skupiny se snížila a to od 13 do 17 let. V klubové části vznikl bar s nabídkou nealkoholických nápojů a v celém objektu byl a stále je zákaz kouření.

Od roku 1999 do roku 2007 fungovaly prostory pod názvem Centrum prevence – klub Vrakbar v těchto třech rovinách – dopolední programy primární prevence pro školní kolektivy, odpolední nízkoprahový klub pro mládež a poslední terénní činnost.

Na začátku roku 2008 musela být změněna právní struktura klubu a do dnešní doby tak funguje jako dvě personálně i ekonomicky oddělené větve.

Centrum primární prevence Vrakbar

Centrum primární prevence Vrakbar poskytuje dopolední programy primární prevence určené pro děti už od mateřských škol až po studenty středních škol a odborných učilišť z celého kraje Vysočina.

Cílem prevence je nejen zajistit primární prevenci proti užívání drog a drogové závislosti, ale také prevenci týkající se rizikového chování ve formě šikany, agresivity, netolerance, rasizmu nebo i rizikovému sexuálnímu chování. Zde by mohl být uveden dlouhý seznam všech dalších cílů prevence. Z nich nelze opomenout podporu zdravého životního stylu, která je v dnešní době sice hodně propagovaná a velmi důležitá, ale svým způsobem zanedbávaná a tím i riziková. Témata pro besedy pro mateřské školky jsou například zdravá výživa, kamarádství, alkohol a cigarety.

Nízkoprahový klub Vrakbar

Nízkoprahový klub Vrakbar pracuje s mládeží ve věku od 14 do 19 let. Jedná se v podstatě o sociální službu, která pomáhá mladým lidem zlepšovat kvalitu života a předcházet rizikovým faktorům pomocí alternativního trávení volného času. Nízkoprahový klub Vrakbar také provozuje terénní službu. Cílem práce je poskytnout klientovi kontakt, sociální pomoc a psychosociální podporu. To vše v kombinaci s volnočasovými aktivitami tvoří bezpečné prostředí s jasně stanovenými pravidly. Mladí lidé mají možnost pobývat v klubu anonymně, dobrovolně a bezplatně a nemusí se zapojit do jakékoliv činnosti (6).

2. Cíl práce

2.1 Cíl výzkumu

Tato diplomová práce si klade za cíl zmapovat zdravotně sociální služby pro osoby trpící sebevražedným chováním v regionu Jihlava. Na několika případových studiích bude zkoumána spokojenost klientů s těmito zdravotně sociálními službami. Případové studie se budou zabývat tématy ohledně péče po suicidálním pokusu klientů. Prvotně budou ale řešeny motivy a možné příčiny suicidálního chování v jednotlivých případech, z nichž potom vychází další možnosti pro využití sociálních služeb a celkově následné pomoci.

2.2 Výzkumné otázky

Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní výzkum, jsou stanoveny výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké služby byly respondentům po jejich sebevražedném pokusu poskytnuty a jaký na ně měly subjektivně vliv?

Další otázky, které byly stanoveny:

Jak oslovení respondenti vidí suicidální pokus, který spáchali nebo se chystali spáchat? Jak reagovalo jejich okolí a jak se změnil jejich život?

Co bylo hlavní příčinou a motivem suicidálního chování u klienta?

Jak dále klienti řešili nastalé problémy, co do budoucna musí změnit a jak vidí další směr jejich života?

3. Metodika

3.1 Plán výzkumu

Vzhledem k tomu, že se toto téma týká jen malého počtu lidí, musí této skutečnosti odpovídat zvolená metoda. Plánem bylo vést několik konkrétních rozhovorů s osobami trpícími sebevražedným chováním. V tomto případě se jedná o konkrétní osudy 8 jednotlivců, a proto byla zvolena forma případové studie. Pracujeme-li s více než jedním případem, jedná se o mnohonásobnou případovou studii (10).

Samotné případové studie byly zaměřeny na období po suicidálním pokusu. Při rozhovoru bylo však nutné zjistit celkové okolnosti pokusu (životní situaci před pokusem) i to, jak se jedinec cítil po suicidálním pokusu nebo k jakým u něj došlo změnám.

Účelem práce je zjistit, jaká zdravotně sociální zařízení klienti navštívili, popřípadě jakých sociálních služeb využili. Pro správné určení sociální pomoci je nutné zkoumat jejich pohled na sebevražedné jednání a samotnou motivaci k tomuto jednání.

Základem úspěchu a splnění cíle práce je získání všech důležitých informací od osoby trpící sebevražedným chováním. Tyto informace budou zhodnoceny a diskutovány. Pro samotné formulování hypotéz (kvalitativní výzkum) je důležité zjistit informace o využitých zdravotně sociálních službách a hodnocení dostupných zdravotně sociálních služeb osobami trpícími sebevražedným chováním.

3.2 Metody získání dat

Položený rozhovor

Položený rozhovor neobsahuje některé z charakteristik řízeného (standardizovaného) rozhovoru, jimiž jsou pevně stanovené otázky i s variantami odpovědí a pořadí. Znamou nevýhodou položeného rozhovoru je obtížná zpracovatelnost výsledků z hlediska statistiky. Pokud se rozhovor stočí k zajímavé části tématu, o které by výzkumník chtěl slyšet více, je vhodné do rozhovoru aktivně zasáhnout (9).

V tématu sebevražd a při samotném rozhovoru se suicidálně se chovajícím jedincem je tento postup maximálně vyhovující.

Pro správné získávání informací byly stanoveny okruhy otázek. Ty jsou umístěny v příloze č. 2. Otázky byly zvoleny na základě potřeb výzkumu a dále konzultovány s odborníky zabývajícími se osobami trpícími sebevražedným chováním. Teoretické poznatky o tématu mohou také přispět ke správné volbě otázek.

Informace od ošetřujícího lékaře

Informace od ošetřujícího lékaře jsou důležitým zdrojem informací pro zpracování případových studií. Pod podmínkou dodržení anonymity a mlčenlivosti bylo možné nahlédnout a využít anamnézy, zprávy z předchozích vyšetření nebo jiné materiály o osobě trpící sebevražedným chováním.

3.3 Časový harmonogram

Výběr tématu diplomové práce, domluva s vedoucí a konzultanty této práce a samotné studium potřebné literatury bylo zahájeno v únoru 2009.

Shromáždění dat do této diplomové práce proběhlo na Psychiatrické léčebně Jihlava, Brněnská 53. Skládalo se ze studia dokumentů a rozhovorů s lékaři a psychology, ze kterých byly vytvořeny poznámky, dále pak samozřejmě z rozhovorů s pozvanými klienty.

Informovaný souhlas s rozhovorem (viz příloha č. 4) byl podepsán klientem, psychologem a výzkumníkem a uložen jako součást spisu na oddělení.

Setkání s respondenty bylo uskutečněno od ledna do dubna 2010. Poté probíhala analýza získaných dat.

3.4 Charakteristika výzkumného souboru

Se získáváním respondentů byla nápomocna PhDr. Jaroslava Šedová. Výzkumná část byla provedena na Psychiatrické léčebně Jihlava, a to konkrétně v psychologické ambulanci, kde probíhaly i samotné rozhovory.

Výběru osob předcházelo nastudování případů a záznamů psychologické ambulance. Z nich bylo ve spolupráci s lékařem vybráno 21 vhodných osob. Pro jejich kontaktování byl sestaven zvací dopis ke kontrolnímu vyšetření. V dopise byly vybrané osoby seznámeny s tím, že vyšetření bude spojeno s rozhovorem s jím neznámou osobou, čímž mohou oslovení jedinci přispět k získání dat pro vypracování diplomové práce.

Rozhovory probíhaly od ledna do dubna 2010, z pozvaných 21 respondentů se k rozhovoru dostavilo 8 respondentů. To je podle mínění PhDr. Šedové dobrý výsledek. Její očekávání bylo maximálně 4 respondenti. Zkušenosti hovoří, že na zvací dopis zareaguje přibližně jedna desetina oslovených osob.

Z osmi jedinců, se kterými byl proveden rozhovor, bylo šest mužů a dvě ženy. Jejich věkové složení je v rozmezí 21 až 50 let. Z tohoto kvalitativního výzkumu budou v závěru formulovány hypotézy.

4. Výsledky

4.1 Analýza jednotlivých případových studií

4.1.1 Případová studie 1 – „Rostislav“

První případová studie se zabývá příběhem Rostislava, kterému je 50 let, je ženatý. Rostislav vystudoval VŠ zemědělskou, ale před suicidálním pokusem pracoval jako úředník na úřadu práce.

Maminka bere léky na nervy (antidepresiva). Pochází z Ukrajiny, přijela do Čech za války, zažila nálety na vlak a jiné stresující válečné události. Bratr se léčil v Kroměříži na otevřeném oddělení pro somatické potíže. Manželka i syn se léčili na psychoterapeutickém oddělení v Jihlavě.

Pacient se narodil jako zdravé dítě, byl starší o pět let než jeho bratr. Do mateřské školky chodil jeden rok před nástupem na základní školu ve vesnici. Na druhý stupeň ZŠ chodil do blízkého městečka s ostatními dětmi z vesnice. Neměl problémy splynout s kolektivem, protože byli všichni z jedné vesnice, přesto jako jediný neměl přezdívku, tu ostatní měli – podle toho, jak se chovali. S kluky ztratil kontakt, když přešel na SŠ zemědělskou. Učení ho bavilo, měl k němu vztah, protože byl z vesnice. Zde už bližší kamarády neměl, protože byl každý odjinud.

Nikdy nebyl „průšvihář“, snažil se nevyčínat, byl vychovávaný k tomu, aby byl slušný a hodný. Dnes je mu to na škodu. Matka byla přísnější než otec, bázírovala na tom, aby s bratrem nelhali a nekradli. Pokud nebylo něco v pořádku, třeba pozdní příchody, dostávali od ní páskou. Přesto mu byla matka bližší, víc si s ní rozuměl, motal se víc v kuchyni.

Po SŠ šel na vojnu, ta proběhla bez potíží. VŠ studoval při zaměstnání. Ani tady žádné bližší kamarády neměl, spolužáci byli z celé republiky. Je spíše samotář.

První zaměstnání bylo v zemědělském zásobování a nákupu, kde dělal vedoucího nákupního síla. Zde se poznali s jeho ženou. Byl ostýchavý, manželka byla jeho první známost. Vzali se ještě během jeho studia na VŠ. Protože neměli kde bydlet, bydleli na střídačku u obou rodičů a přitom stavěli domek. Pomáhala jeho celá rodina

a rodiče v té době zasahovali do jeho manželství. Cítil se rodičům zavázaný, a tak se bál odporovat. Tomu dodnes jeho manželka zazlívá.

Po revoluci musel odejít ze zásobování a našel si práci na NKÚ, která byla vcelku dobře placena. Když dostal na zodpovědnost ekonomické audity, tak měl pocit, že mu na práci nestačí kvalifikace ani intelekt. Neměl ekonomické vzdělání a tak ze zaměstnání odešel. V té době (asi před 5 lety) skončil v Kroměříži na psychoterapeutickém oddělení, protože měl strach, že nenajde jinou práci a neuživí rodinu. Potíže úplně vymizely teprve, až začal pracovat na novém pracovišti v pekárně. Tam se naučil nové věci a dokázal si, že není neschopný. Nejdříve začal pracovat jako řidič, později dělal vedoucího autodopravy. Posléze dostal pracovní nabídku na ÚP, kterou přijal a zužitkoval zde zkušenosti z NKÚ. Pracovně je nyní spokojený, provádí kontroly dotací, požadavky na nová pracovní místa a podobné úkony. Antidepresiva bere asi 5 let od hospitalizace na PL v Kroměříži.

Pacient začal mít komunikační problémy doma s manželkou. Manželka potřebovala více sociálního kontaktu se společností, a tak si začala dopisovat s kamarádem z dřívější doby. V momentě, kdy to Rostislav zjistil, objevily se u něj těžké deprese. Vlivem těchto depresí se pokusil oběsit se. Manželka ho našla těsně před činem a zavolala záchrannou službu.

Pacient byl převezen na Psychiatrickou léčebnu, kde byl přijat na PL Jihlava k první hospitalizaci s diagnostikou – reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, dekompenzace poruchy osobnosti. Celkově jde o druhou psychiatrickou hospitalizaci.

Pacient je štíhlý muž, sportovní postavy. Oblečení má nenápadné, šedomodré barvy, sportovního charakteru. Chůze i držení těla působí nejistě, při sezení se choulí do sebe. Gestikulace je nevýrazná, mimika spíše chudší. Oční kontakt navazuje, ale působí ostýchavě. Tempo řeči i celková psychomotorika se jeví zpomalená, nálada je pokleslá, zjevná je apatie a sebepodceňující výroky. Celkově působí uzavřeně a nejistě.

K vyšetření přichází ochotně, chování je klidné, k výkonu je motivovaný, ale zřejmé je určité napětí. Psychomotorické tempo se jeví zpomalené, koncentrace pozornosti je kolísavá, při delší zátěži je zjevná unavitelnost.

Podle personálu zdržuje na oddělení společenský distanc, čas tráví o samotě, ale práci se nevyhýbá. Všechny povinných aktivit se účastní a povinnosti plní svědomitě. Přátelství s nikým nenavazuje. K personálu je slušný, podrobný. Na skupinové terapii je spíše pasivní, k ostatním zdrženlivý, ale o svých problémech s manželkou hovoří upřímně. Členové skupiny jej vybízeli a motivovali k tomu, aby ukázal, že je chlap a na manželku se rozzlobil, ale on to odmítl s tím, že to není v jeho povaze.

Podle pacienta se jeho stav zhoršil, když zjistil „duševní nevěru manželky“. Dřív prožíval manželství jako spokojené i přesto, že měli vždy s manželkou odlišné zájmy. On rád sportuje, hodně jezdí na kole, manželku to nebaví. Jeho žena je velmi společenská, on je spíše málomluvný samotář. Proto hodně jezdí na kole sám, dokonce občas tráví sám dovolenou na cyklistických zájezdech. Nikdy si dřív neuvědomil, jak chybí manželce jeho společnost a společně strávený čas. Manželka občas naznačovala, že něco není v pořádku, ale on nedbal, protože situaci dostatečně nepochopil. Nyní cítí pocity viny. Původně očekával, že se žena zabaví s kamarádkami u kávy, ale když zjistil, že si skypuje několik hodin denně s přítelem a dokáže si s ním povídat o všem možném, uvědomil si, že tohle jí nikdy nemůže poskytnout. Dorazilo ho, když mu žena řekla, že je to její první láska, kterou si na internetu vypátrala. Přestože ho ujišťovala, že s přítelem nemá fyzický poměr, bylo to pro něj velmi zraňující, protože věděl, jak jsou pro ni city důležité.

Od té doby pociťuje úzkosti, má ze všeho strach, nevěří si, nic ho nebaví a na nic nemá sílu. Vztah manželky s jejím přítelem trvá od léta. Několikrát se údajně sešli a ona mu pomáhala starat se o jeho artistickou holčičku, protože jsou bez maminky. Opět se cítila být užitečná, protože synové jsou již samostatní. Prosil ženu, aby kontakty omezila, ale ona to odmítla s tím, že to nedokáže, že jí tento vztah naplňuje. V důsledku toho se jejich vztah „ochladil“, pohlavně spolu nežijí, ale o svých negativních pocitech s ní nedokáže hovořit.

Pacient přijal mou nabídku ke společnému pohovoru s manželkou, aby se domluvili na podmínkách dalšího soužití. Z rozhovoru vyplývá nespokojenost manželky s dosavadním způsobem fungování manželství. Na požádání pacienta slibuje omezení kontaktů s přítelem a na oplátku požaduje, aby se jí pacient víc věnoval a zastával se jí

před jeho matkou. Pacient se chová spíše submisivně, bere vinu převážně na sebe, konstatuje citové ochlazení, ale na manželku se nezlobí. Na konci sezení oba deklarují ochotu k práci na společném vztahu.

Rostislav trpí úzkostnou poruchou osobnosti, proto je nutná větší motivace k zapojení do společnosti. S jeho poruchou osobnosti jsou spojeny rysy jako zvýšená svědomitost a tendence ke konvenčnosti. V tomto případě je dominujícím rysem nezáměr utvářet blízké vztahy. Naproti tomu pro Schizoidní poruchu osobnosti nasvědčuje samotářské chování, které se projevuje jako stahování se z emočních a společenských kontaktů, dále omezené schopnosti vyjadřování svých citů k ostatním lidem.

Tyto povahové charakteristiky a způsoby chování jsou odlišné od očekávaných společenských norem a podílí se výrazným dílem na maladaptaci v sociální oblasti, přičemž úroveň pracovního výkonu je vyšší než schopnost podílení se na společenském životě.

Pacient je tedy silně introvertní osobnost se submisivním nastavením a psychastenickými rysy. Vzhledem k velkému rozdílu potřeb sociálních a vzájemných kontaktů mezi ním a manželkou dochází k dlouhodobému manželskému nesouladu, jehož vyústěním je konflikt. Omezená je schopnost zvládnutí zátěžových situací díky snížené schopnosti odreagování se.

Jaké služby byly Rostislavovi po jeho sebevražedném pokusu poskytnuty a jaký na něj měly subjektivní vliv?

Pacient byl nalezen těsně před vykonáním suicidálního pokusu svou manželkou, která zavolala Záchranou službu. Byl zajištěn a odvezen na Psychiatrickou léčebnu v Jihlavě. Zde byl pacient z hlediska terapie zapojen do různých aktivit a pomocných prací. Tyto činnosti mu vyhovovaly, i když se během nich s nikým moc nebavil a byl spíše uzavřený.

Pro další léčbu mimo Psychiatrickou léčebnu mu bylo doporučeno občanské sdružení VOR. Zde by mohl pokračovat v pracovní terapii, která mu i v psychiatrické

léčebně pomáhala. Mohl by tak zpět získat snahu zapojit se do společenského života, poznat další osoby s podobnými problémy a začít lépe komunikovat s lidmi.

Další možností pro Rostislava a jeho manželku je návštěva Psychocentra (manželské a rodinné poradny kraje Vysočina), kde by jim odborník pomohl vyřešit jejich společný vztah. Při rozhovoru, kdy byla přítomna i manželka, jim bylo toto navrženo. Manželka s tím neměla problém a po předání kontaktů na Psychocentrum a po samotném propuštění Rostislava z Psychiatrické léčebny byla ochotna tuto schůzku sjednat.

Sledování vlivu těchto služeb na pacienta již z časových důvodů proběhnout nemohlo, protože Rostislav v době studie pobýval stále ještě v Psychiatrické léčebně v Jihlavě.

Jak Rostislav vidí suicidální pokus, který spáchal? Jak reagovalo jeho okolí a jak se změnil jeho život?

Pacient už v Psychiatrické léčebně působil ochotně a klidně, ale byla u něj zjevná unavitelnost z celé situace a stresu. Rostislav vidí svůj suicidální pokus jako nezbytné východisko z nastalé situace. Byl v tak silném presu, že nedokázal najít jiné řešení. On ví, že to byl nesmysl, ale neuměl si s tím sám poradit.

Manželka reagovala velmi ochotně. Nechce Rostislava ztratit ani měnit to, co spolu za ty roky vybudovali. Jen požaduje po Rostislavovi ústupky ve formě toho, že se jí zastane před jeho matkou, že se jí bude více věnovat. Sama ví, že mu tyto věci musí dát jasněji najevo, ba dokonce si o ně přímo říct.

Rostislav žil uzavřeně, takže jeho blízké okolí tvoří pouze jeho rodina a nemá žádné přátele, kteří by na jeho suicidální pokus nějakým způsobem mohli reagovat. Jeho synové se po suicidálním pokusu otce snažili starat o matku a jeho v Psychiatrické léčebně také navštěvovali. Jejich přístup byl velice ochotný.

Co bylo hlavní příčinou a motivem suicidálního chování u Rostislava?

Hlavní příčinou a motivem suicidálního jednání u Rostislava byl komunikační problém s manželkou a to, že zjistil, že má duševního přítele, se kterým si rozumí,

dokáže se s ním bavit o všem a jejich vztah ji naplňuje. Pacient upadl do depresí a pocitů těžkého stresu. Neviděl jiné východisko, než spáchat sebevraždu, nedokázal si jinak pomoci.

Jak dále Rostislav řešil nastalé problémy, co do budoucna musí změnit a jak vidí další směr svého života?

Rostislav je nyní ochoten pracovat v dílnách Psychiatrické léčebny v Jihlavě a pokusí se navštěvovat i občanské sdružení VOR. Jeho ochota spolupracovat je velká a tím by mohl dobře vyřešit své problémy. Pro manželku chce udělat maximum a pokusí se jí vyhovět i po stránce společenské.

Dalším jeho cílem je vrátit se do práce a hlavně do normálního manželského života, který by chtěl společně s manželkou žít.

4.1.2 Případová studie 2 – „Markéta“

Jako druhý příklad sebevražedného jednání si popíšeme případ 21leté dívky, která byla pro naše účely pojmenována „Markéta“. Od osmnácti let uskutečnila několik sebevražedných pokusů, velice často se sebepoškozuje.

Markéta při rozhovoru působí hyperaktivně, vyjadřuje se jasně. Očnímu kontaktu se nevyhýbá.

Dívka je normálního vzrůstu, má obarvené vlasy na blond. Jemně nalíčená. Na předloktí má mnoho jizev po sebepoškozování. Markéta působí uzavřeně a i přes to, že se usmívá, je její úsměv smutný.

Klientka je sledována pro opakované sebepoškozování. V rodině je patrně velice špatné sociální zázemí, dívka má negativní postoj k nevlastnímu otci a matku obviňuje ze střídání partnerů. O sebevraždě uvažuje velice často. Pokusila se již skočit z mostu. Byla několikrát hospitalizována, psychiatrické léčení trvalo až tři měsíce. Markéta dokonce o sebevraždě hovoří velice otevřeně jako o běžné součásti jejího života. Jako diferenciální diagnózu má uvedenou emočně nestabilní poruchu osobnosti hraničního typu, bipolární afektivní porucha.

Markéta v současné době žije v domácnosti s matkou, nevlastním otcem, třemi bratry, z toho dva nevlastní a nevlastní sestrou. S rodiči si citově nerozumí. Rodinná anamnéza je barvitá. Matka je dvakrát rozvedená a její předchozí partner Markétu zneužíval a nyní je ve vězení. Vlastní otec je údajně alkoholik, tvrdí jí matka, osobně ho neviděla. Mámě chce vzkázat: „*aby si přestala vodit ty chlapy, jestli ji má ráda.*“ Matka se léčí na psychiatrii, suicidální tendence nemá. Hlavní důvod sebepoškozování vidí v rodině a v konfliktech, které má s lidmi.

Markéta absolvovala základní školu, poté nastoupila na střední odborné učiliště obor podnikatel, kde měla špatný prospěch a ve třetím ročníku ukončila studium. Dodělala si dva rekvalifikační kurzy, práce s počítačem a zahradnické práce. Zahrádkaření by se chtěla dále věnovat, pokouší se najít v tomto oboru práci, zatím bezvýsledně. Pracovala krátce v továrně, ale vadí jí noční směny, po kterých nemohla usnout, a lidi okolo byli, jak udává, „*divní*“. Nyní je v pracovní neschopnosti, kam ji odeslal obvodní lékař z důvodu špatného psychického stavu.

Při otázce na intimní život přiznává, že má přítele. Její vyjádření: „*Včera prohrál 10 000 Kč v automatech, to zase budu platit já, dost mě naštvá.*“

Markéta provádí sebepoškozování. Pro pálení, pořezání žiletkou, píchání pod kůži sůl s česnekem, bolesti při těchto metodách nepocituje. Říká „*mám potřebu si ublížit, pak mi je líp.*“ Sebepoškozování trvá od osmnácti let. Sebevražedné myšlenky má stále. Plán již má vymyšlen: „*do skautu jsem chodila, vím, jak se váže uzel moc dobře.*“ Psychiatra vyhledá často, ráda si popovídá s psychologem, ale zatím nelituje svých činů a nepovažuje je za nesprávné. Podle lékařských zpráv a názoru psychiatra léčbu velice zanedbává. Poslední suicidální pokus byl při procházce na železničním mostu, kdy impulzivně chtěla skočit, ale kamarádka ji zadržela. Tvrdí: „*Kdybych skočila, měla jsem klid od rodiny, na druhou stranu jsem ráda, že můžu být s kamarády.*“ Kamarádka ji druhý den odvedla k psychiatrovi. Jako první příhodu uvádí spolykání mix prášků v roce 2007, odbornou pomoc nevyhledala: „*Tabletky jsem sebrala matce a pak mi bylo tři dny zle. Spala jsem a měla žaludeční nevolnosti.*“ Matka se více věnuje milencům než dětem, k matčiným přátelům má Markéta averzi. Se sourozenci vychází dobře.

Jaké služby byly Markétě po sebevražedném pokusu poskytnuty a jaké na ni měly subjektivně vliv?

Markéta se nechala hospitalizovat po zásahu kamarádky, která ji zachránila před skokem z mostu. Pobyt na psychiatrii hodnotí: *„Vždy je to stejný, strávím tam tři měsíce, prvně s psychiatrem a pak si povídáme s psychologkou, pak mě propustí a zas v tom jsem znovu.“* Ambulantně dochází na kontroly a skupinové terapie do Centra denních služeb VOR. Ráda si popovídá. Na psychiatry se dívá s absolutním nezájmem a o předepsaných lécích mluví jako o hromadě chemie, po které teda rozhodně nebude šťastná.

Velice si pochvaluje terapeutické skupiny, kde probírají pokaždé jiné téma s lidmi, kteří mají podobné problémy. Udává, že jí terapeutické skupiny baví. Nejzajímavější je, že může otevřeně říct svůj názor a také si vyslechne cizí názory na určitý problém. Dále jsem Markétě doporučil vyhledat Psychocentrum (manželskou a rodinou poradnu kraje Vysočina), které by mohla navštívit se svojí matkou.

Jak Markéta vidí suicidální pokus, který se pokusila spáchat? Jak reagovalo její okolí a jak se změnil její život?

Markétino přání ukončit život je silné, ale je zbabělá na to, aby to opravdu udělala. Pro ni je situace stále stejná, nemá nic, co by ji drželo při životě. *„Já jsem uzavřená na jednom místě, stále se musím vracet do rodiny, kde jsem nešťastná, do toho mám ještě pořád pocit, že lidi jsou divní a dost mě štvou.“* Tato výpověď příliš nesvědčí tomu, že by byla situace od doby jejích pokusů nějak jiná. Mnoho znaků nasvědčuje, že to je pod vlivem její choroby a občasného nedodržování léčebného režimu. *„Já kdybych se měla zamyslet nad všemi pokusy, tak bych si asi musela uvázat smyčku, protože já... Ono je to dobrý, když se z toho vypovídám, třeba s Váma, protože se mi uleví. Ale když o tom přemýšlím sama, tak je to špatný. Pořád nad tím přemýšlím, protože já jsem vlastně mohla být normální nebýt mojí mámy a jejích chlapů.“*

Co bylo hlavní příčinou a motivem suicidálního chování u Markéty?

Markéta sama říká, že nezná přesnou příčinu, že jednala impulzivně po hádce s blízkou osobou, zároveň však obviňuje matku, že střídá partnery a nevěnuje se jí. Protože otevřeně mluví o sebevraždě, nastává otázka, zda se její suicidální pokus může opakovat. Sama tvrdí, že neví.

Jak dále Markéta řešila nastalé problémy, co do budoucna musí změnit a jak vidí další směr svého života?

Markéta po ukončení hospitalizace začala navštěvovat občanské sdružení VOR, kde se účastnila terapeutických skupin. Vyhovovalo jí, že si mohla popovídat s lidmi. Ale z jejího přístupu je zřejmé, že jí jde pouze o to popovídání a že do budoucna žádné další cíle nemá. O příteli se zmínila jen jednou, a to velmi nelichotivě, takže ani on nebude hrát žádnou kladnou roli v jejím životě nebo v návratu do normálního života.

Ambulantně Markéta navštěvuje psychologa, přiznává však, že si někdy předepsané léky nevezme.

V rodině žádný pokrok nenastal. Matka odmítla navštívit Psychocentrum (manželskou a rodinnou poradnu kraje Vysočina). Markéta ji sama nenavštívila. Je evidentní, že u Markéty by došlo ke zlepšení jejího stavu v tom případě, pokud by se zlepšila její rodinná situace, což zatím moc nadějně nevypadá.

4.1.3 Případová studie 3 – „Honza“

Dvacetitřiletý mladík, který bude nazýván Honza, uskutečnil dva sebevražedné pokusy, první v roce 2006 a druhý tři týdny před naším rozhovorem. Pochází z úplné rodiny, matka (45) léčena s vysokým krevním tlakem a otec (46) relativně zdravý, otec otce ve stáří suicidoval oběšením, ostatní rodinnou zátěž popírá. Má dva bratry o dva roky mladší - dvojčata - zdraví.

Rodinnou situaci popisuje *„Ty špatný vzpomínky člověk vytěsňuje, vzpomínám spíš na to lepší, kdy se něco povedlo a tak, vzpomínám si, že máma vždycky hodně pracovala, je to workholik, neměla na nás tolik času, než se narodili bráchové, tak jsem bydlel asi půl roku u babičky, táta je spíš takovej flegmatik, chce mít klid, nic neřeší,*

nechá to na mámě, aby měl pokoj, občas teda vybuchne, ale jinak to dětství bylo celkem dobrý“.

Dokončil základní školu s velmi dobrým prospěchem, míval vyznamenání. Rodiče ho prý často trestali a slibovali mu např. za trest vojenskou školu. On o tom přemýšlel a došel k názoru, že tam půjde sám, protože na ní neviděl nic špatného. Všichni byli rádi, že je již samostatný a nemusí mu přispívat na studium. V druhém roce však školu opustil pro tvrdé podmínky a údajnou šikanu ze strany učitelů. Vrátil se k rodičům a nastoupil na technické lyceum. Problém byl v tom, že ho rodiče museli finančně podporovat, kdežto v Brně byl na rodičích nezávislý. Neustálé vyčítání ze strany matky ho podle něj celý život pronásleduje a dohnalo ho to k prvnímu sebevražednému pokusu, kdy užil matčiny léky. Připouští, že to bylo spíše volání o pomoc: *„Matka něco slíbí, ale po chvíli se vše změní a začne mi každou korunu vyčítat a chce mě vyhodit z domu.“*

Honza opět odešel do Brna, kde pokračoval ve škole a vydělával si na studium. Navštěvoval tam pravidelně psychologa, který snad pracoval psychoterapeuticky i s matkou. Ta slíbila, že bude syna vydržovat na studiích a chtěla, aby se vrátil domů, ale krátce na to svůj slib zrušila. Honza šel tedy pracovat, vytvářel webové stránky a pracoval v továrně *„Zde jsem měl pracovní úraz a byl jsem na neschopence, doma to opět začalo, že jsem si to udělal sám, že nic neumím, dávali mi různé zakazy jak malýmu děcku, zakazovali mi televizi, počítač, což mi připadalo až směšné, brali mě jako nucený zlo, dostával jsem pěknou sodu, byl jsem vystresovanéj, vybuchl jsem, cejtil jsem to napětí, matka ještě dorážela. Rozbil jsem dveře, až jsem se pořezal, tak mě znovu vyhodili z domu“.* Na internetu si našel práci v Kolínské automobilce, kde si chce vydělat a mít vlastní bydlení. V práci se to nějak dozvěděli a dostal výpověď. Do Kolína měl nastoupit až od 1. dubna, proto byl několik dní doma a matka s otcem to zjistili. Opět byl hrozný křik, tentokrát se mu to zdálo nezvratné, i když se opakovaně snažil o smír. Uvažoval tedy o opakovaném siucidiu: *„Chtěl jsem něco udělat? Říkal jsem si, že všechno bude jednodušší, když to skončím... Napsal jsem takovej lístek na rozloučenou.“* Nejprve se chtěl zabít elektrickým proudem, ale napřed zavolał na linku

158. Potom šel na most, kde ho našli policisti. Nyní je odhodlaný začít pracovat v Kolíně a má obavy, aby vše dobře dopadlo a mohl tam nastoupit.

Podle psychologických testů je Honza uzavřený, nesmělý, poněkud nevyzpytatelný s horší sociální přizpůsobivostí, vyhledává pozornost a sympatie. Je podezřívavý vůči druhým, má velké problémy se vztahy a problémy s adaptací. Často potlačuje hostilitu a zlobu vůči svému okolí. Jedinci s tímto profilem často popírají závažné psychické problémy pomocí racionalizace a přesunují viny na druhé. Nepřijímají odpovědnost za své chování a jsou nerealističtí ve svém sebehodnocení. Jedince s tímto chováním diagnostikujeme většinou jako pasivně agresivní nebo paranoidní osobnost. Touží po klidu a podpoře z okolí, snaží se opět nalézt ztracenou sebedůvěru a hledá stabilní žití bez obav, v harmonii a jistotě.

Důležitá je i predispozice - sebevražda v rodinné anamnéze. Honzův dědeček z otcovy strany spáchal sebevraždu strangulací. Dalším rizikovým faktorem vyskytujícím se u Honzy je nezvladatelný stres bez známek deprese, opakující se sebevražedný pokus. Protektivními faktory mohou být dobré vztahy s kamarády, nepřítomnost výrazné psychopatologie, dobrá spolupráce a tolerance při terapii.

Závěr psychiatra je dekompenzace velmi nezralé, nejisté, pasivně závislé osobnosti s průměrnými intelektovými schopnostmi. Psychiatrická diagnóza byla stanovena jako reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, suicidální tendence.

Honza se zajímá o počítače a ve volném čase jezdí na kole. Volných chvílí je ale opravdu málo, protože většinu času tráví v práci.

Alkohol pije příležitostně, vykouří 5 cigaret denně, zkušenost má i s marihuanou, tvrdé drogy ale nebral. Momentálně je v půlroční podmínce za rvačku na diskotéce.

Jaké služby byly Honzovi po jeho sebevražedném pokusu poskytnuty a jaký na něj měly subjektivně vliv?

Před svým sebevražedným pokusem volal tísňovou linku 158. Policie ho našla na mostě, ze kterého chtěl skočit. Přivolaná Záchraná služba poskytla Honzovi léky na

zklidnění a převezla ho na Psychiatrickou léčebnu Jihlava. Zde byl hospitalizován tři týdny, s veškerou léčbou souhlasil a je si vědom potřeby intervence.

Po prvním pokusu, kdy ještě studoval v Brně, docházel k místnímu psychologovi, velice si tuto péči pochvaloval. Doporučil jsem mu i služby psychoterapie, ale Honza zatím nemá potřebu se o svých problémech svěřovat.

Rodiče Honzu při hospitalizaci nenavštěvovali, proto nelze tento problém řešit i s jejich pomocí. Doporučil jsem Honzovi, aby si i v novém prostředí, kam se nyní odstěhuje za prací, našel svého psychologa, kterého bude moci navštěvovat. Ostatní zdravotně sociální služby pro Honzu bylo těžké nalézt, protože stále trval na tom, že nastoupí do nové práce v automobilce v Kolíně.

Během našeho rozhovoru jsem Honzu upozornil na možnost využití telefonické krizové intervence. O tuto službu měl zájem z důvodů anonymity volajícího, proto jsme spolu vyhledali několik kontaktů.

Jak Honza vidí suicidální pokus, který se chystal spáchat? Jak reagovalo jeho okolí a jak se změnil jeho život?

Honza je nyní tři týdny po TS, činu lituje, říká: „*Měl jsem jednat jinak.*“ O jeho nelehké rodinné situaci vypovídá nezájem jeho rodičů, kteří neprojevíli během třítýdenní hospitalizace Honzy jedinou známku hledat svého syna. Honza si myslí, že vědí o jeho hospitalizaci od Policie.

Zatím se jeho život nezměnil, ale změnu očekává s nástupem do nového zaměstnání v automobilce v Kolíně a od odpoutání se od rodičů.

Co bylo hlavní příčinou a motivem suicidálního chování u Honzy?

Hlavní příčinou a motivem Honzova suicidálního jednání bylo chování matky vůči němu. Jeho matka mu dávala najevo zbytečné nároky, výčitky a ultimáta. Jeho zkratovitě jednání je pak jasným vyústěním této situace.

Jak dále Honza řešil nastalé problémy, co do budoucna musí změnit a jak vidí další směr svého života?

Honza má příslibenou práci v kolínské automobilce, kam se opravdu těší a má zde zajištěné bydlení, což považuje za nejdůležitější, protože se odpoutá od rodiny. Svě vlastní rodině už odpustil a nezlobí se na ně. Říká: *„Byl bych rád, aby to fungovalo doma a já abych byl taky v klidu, vždyť já jsem snad pocít lásky a porozumění poslední dobu nezažil, když jsem se s něčím svěřil, tak se mi to akorát při hádce vrátilo, potřebuju se z toho nějak dostat.“*

Kdyby nějaký podobný problém jako tehdy nastal v současné době, Honza by se nejspíš obrátil na někoho ze svých kamarádů, kterým důvěřuje. Momentálně se Honza těší na další životní dráhu do kolínské automobilky, chce se osamostatnit, vydělat si peníze a začít žít normální život.

Po nastěhování se do Kolína chce Honza vyhledat psychologa, kterého bude v rámci prevence pravidelně navštěvovat.

4.1.4 Případová studie 4 – „Standa“

Jako čtvrtý příklad sebevraždného jednání bude popsán případ 36letého muže, který byl pojmenován Standa. Léčí se na psychiatrii od dětství z důvodů depresí, nervozity, úzkosti. Poslední hospitalizace proběhla v roce 2001 s diagnózou alkoholová psychóza. Nyní devět let abstínuje. Bere léky na zklidnění. Hospitalizován je po demonstračním suicidiu.

Matka je 59letá psychicky labilnější, užívá psychofarmaka. Otec 60letý je zdravý, bratr má 33 let a je zdravý. Standa má dvě děti, 12letého syna a 5letou dceru, jsou bez zdravotních obtíží.

Standa je třináct let ženatý, soužití hodnotí jako spokojené, bezproblémové, i když občasné konflikty nepopírá. Tvrdí: *„Můj život je rodina a za tím si budu stát až do smrti.“* Bydlí s rodinou v bytě v nájmu. Momentálně je devět let v invalidním důchodu z důvodu již zmíněné alkoholové psychózy.

O dětství se vyjadřuje: *„Dá se říct, že pěkné, ale byl jsem zlobivý dítě, ted' máme s rodiči výborný vztah. Otec je trošku uzavřenej, ale má dobrý srdce, akorát to nedává znát.“* Alkohol? *„Když jsem byl mladší, tak pil.“* Matka? *„Lítostivá, hodná, nikdy nás nebila.“*

První kontakt s alkoholem byl v 15-ti letech, začal pít často, chodil denně do hospody „*Zalíbilo se mi to, až jsem zjistil po třech letech, že jsem závislej... No podřezal jsem si žíly a vzal si prášky, byl jsem sám ze sebe nešťastnej...*“ V té době pil 6 piv denně, v 22 letech pil až do 1 litru destilátu denně. Léčil se třikrát na protialkoholní léčebně, podařilo se mu abstinovat. Nyní před sebevražedným pokusem 9 let nepil. Kouří 20 cigaret denně.

Standa vychodil ZŠ bez výchovných problémů, poté chodil do učení. Báł se chodit do školy, měl strach z otce – alkoholik: „*Bál jsem se, když přišel z práce, že bude nějaká facka... Prospěchově jsem měl čtyřky. Na učilišti jsem byl spíš odvázaněj... Byl jsem bez rodičů, takže uvolněnost...*“ Na učilišti měl sníženou známku z chování jen jednou a to za nedovolené kouření.

Standa abstínuje od roku 2001, během této doby přerušil abstinenci asi čtyřikrát, vždy si dal jen 2 piva. V pátek před suicidálním pokusem se pohádali s manželkou, na „uklidnění“ vypil jedno pivo, po té proběhla další hádka, po které odešel do hospody, kde si dal 5 piv, po návratu domů manželka v bytě nebyla, proto šel opět do hospody, kde vypil dalších 5 piv.

„*Pak jsem chtěl na sebe upozornit, aby manželka přišla a objala mě... Nechtěl jsem spáchat sebevraždu, já jsem na sebe opatrněj, sedl jsem si na tu zeburu, jak tam nesmí jezdit ty auta, byl jsem tam asi 2 minuty, pak mě našli dva lidi a zavolali policii.*“ Policie ho převezla na LSPP, odtud byl převezen na Psychiatrickou léčebnu Jihlava. Před tímto pokusem udává občasné hádky s manželkou: „*To byly obyčejný impulzivní reakce... Úplný hlouposti... Třeba mě naštvalo, že uklízím a ona po sobě talíře neумыje.*“ Úzkosti? „*Ty jsou občas, a proto беру ty léky... Třeba když jdu nakupovat, někam mezi lidi, tak už je mi hůř.*“ Přiznává, že užívá na předpis psychiatra 9 let Neurol. Vysazení se obává.

Po tomto pokusu následovalo psychiatrické vyšetření se závěrem reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobivosti, syndrom závislosti na alkoholu a sedativních hypnotikách. Standa je osobnost s psychopatickými rysy (impulzivní, závislé, úzkostné). Sebevražedný pokus psychiatr definoval jako demonstrační, sám Standa je kritický ke svému suicidálnímu pokusu a k porušení abstinence.

Následovalo psychologické vyšetření, které poukazuje na poruchy osobnosti, jež se projevují při zátěži nebo při změně prostředí. Podle psychologických testů má průměrné intelektové schopnosti a sklony k psychopatii.

Jaké služby byly Standovi po jeho sebevražedném pokusu poskytnuty a jaký na něj měly subjektivně vliv?

Po suicidálním pokusu byl Standa převezen Policií na LSPP, odkud byl dále transferován Záchranou službou k hospitalizaci na oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava. V rámci tohoto týdenního pobytu proběhlo psychiatrické a psychologické vyšetření. Jelikož se jednalo o demonstrační pokus sebevraždy a byly známy přesné vyvolávající příčiny, závěrem bylo doporučení do domácí péče. Standa si velice pochvaloval hospitalizaci: „*v první fázi mi velice pomohli.*“

Standovi jsem vysvětlil možnosti pokračování v ambulantní léčbě pod vedením psychiatra, který by mu doporučil psychologa, psychoterapie a sledoval by jeho psychický stav. Standa odpověděl: „*svého psychologa mám a ten mi pomáhá, když si potřebuji promluvit, chodím k němu sice nepravidelně, ale důvěřuji mu.*“

Standu zajímala dále možnost telefonické krizové intervence, která v regionu chybí. Poskytl jsem mu telefonní čísla na krizové linky v ČR.

Nemyslím si, že by pro Standu byla vhodná rodinná a manželská poradna, která funguje v kraji Vysočina, ale v případě toho, že by chtěl nějak jinak než doposud trávit volný čas, jsem mu předal kontakt na Občanské sdružení VOR. Vysvětlil jsem mu, jaké zde může absolvovat kurzy a že zde může naplnit volný čas. Pokud by se rozhodl pracovat v místní kavárně, přivydělal by si i nějaké peníze.

Jako člověk, který byl závislý na alkoholu, by mohl Standa využít i služeb Káčka. Doporučil jsem mu však nejdříve vyzkoušet Občanské sdružení VOR a poté, že uvidí. Pro jeho situaci bylo toto řešení z mého pohledu lepší.

Jak Standa vidí suicidální pokus, který se chystal spáchat? Jak reagovalo jeho okolí a jak se změnil jeho život?

Standa v pohledu na svůj sebevražedný pokus vystupuje hodně provinile: „*Já jsem byl hrozně nervózní, byla to impulzivní reakce, byla to hloupost, chtěl jsem na sebe upozornit, potřeboval jsem objetí manželky.*“ Nyní má velkou radost, že v rodině je to zas jako před tím a cítí se velice dobře, manželka mu odpustila. Neustále opakuje: „*Rodina je pro mě vším. Doma jsem nejšťastnější. Dělán doma všechno, jsem v invalidním důchodě, vadí mi jen žehlení...*“ smích... „*ne, doma se starám o dceru a samozřejmě vařím, to je moje hobby.*“ V této tezi lze spatřit nejdůležitější projektivní faktor, a tím je pro Standu rodina.

Standův život se dál nějak zásadně nezměnil. Vzhledem k reakci jeho rodiny, která se snaží ho vzít zpět a odpustila mu, je pro něj jednodušší se vrátit zpět do života, jaký měl.

Co bylo hlavní příčinou a motivem suicidálního jednání Standy?

Motiv svého jednání vidí jasně v hádce s manželkou a porušení abstinence. Když ještě pil, měl různé myšlenky. Uvědomuje si nynější důsledek alkoholové závislosti a sebekriticky vzpomíná na dobu, kdy pil.

Jak dále Standa řešil nastalé problémy, co do budoucna musí změnit a jak vidí další směr svého života?

„*Já jsem ten pokus doopravdy nemyslel vážně, jen mi po hádce strašně chyběla manželka, v tu chvíli jsem ji náhle strašně potřeboval, jak jsem se vrátil z hospody a měl jsem upito, tak jsem neviděl jiné východisko než si jít sednout na přechod, dneska je to už s manželkou v pořádku. Doufám, že už takto nebudu reagovat nikdy, vždyť mám dvě děti a o ty se musím starat. S manželkou se musíme vyvarovat zbytečných hádek a já přestat pít.*“

Standa jako doposud chodí k psychologovi, se kterým si rozumí. Poradil jsem mu i možnosti terapeutických skupin, kde by si mohl popovídat o svých problémech a setkal by se s lidmi s obdobnými problémy. Nabídce se nevyhýbal a o návštěvách zatím jen uvažuje.

Důležitá pro něj je rodina a to, že se o ni dále může svým způsobem starat. V tom vidí i budoucnost a smysl svého života.

4.1.5 Případová studie 5 – „Mirek“

Dalším zkoumaným klientem je 48letý Mirek. Byl hospitalizován po několikadenním alkoholickém excesu, pro suicidální proklamace. Při přijetí se cítil zdravý. Je to jeho prvokontakt s psychiatrií.

Vystudoval VŠ technického směru. Ve svém původním oboru nepůsobí. Pracuje ve firmě jako skladník. Žije v pronájmu. Trvalé bydliště má v Praze.

Mirek má oba rodiče, žijí odděleně. Má dva bratry, s kterými se příliš nestýká. Z rodiny nikdo netrpí psychiatrickým onemocněním. Pouze jeho matka byla krátce hospitalizována na psychiatrii po rozchodu s manželem. Matka je diabetička a je po cévní mozkové příhodě.

Mirek je 10 let rozvedený. Z tohoto manželství má dvě děti 18 a 20 let, s kterými po letech začal obnovovat kontakt. Od rozvodu měl několik partnerek. Soužití s nimi podle jeho slov nefungovalo. Kvůli poslední partnerce odešel na Vysočinu, přestože zde našel jen málo kvalifikované místo. Do vztahu vkládal velké naděje, byl přesvědčen, že tentokrát je to ta pravá. Rozchod od partnerky nečekal, byl pro něj zdrcující.

Při rozhovoru působil nenápadně. Sám do rozhovoru nevstupoval. Držení těla bylo poněkud shrbené. S rukama si nervózně a křečovitě pohrával. Seděl s nohou přes nohu. Jeho verbální projev byl kultivovaný, s dobrou slovní zásobou. V kontaktu zaujímal submisivní roli. Zdá se, že mu vyhovuje jasná strukturovaná situace, kdy dostane jasné otázky.

Po rozvodu (cca před 10 lety): *„Já jsem byl celý rok psychicky na dně, nemohl jsem nic dělat, nic mě nebavilo, ten rozvod mě velmi zasáhl.“* Byl delší dobu sám. Poté vystřídal několik partnerek, ale žádný ze vztahů neměl dlouhé trvání. Děti z prvního manželství vídá zřídka, ale teď častěji oproti době po rozvodu.

Když potkal současnou partnerku, vkládal do vztahu velké naděje. *„S partnerkou jsme se potkali před 1,5 rokem, po třech měsících jsem se za ní stěhoval*

sem na Vysočinu. Pronajal jsem si byt, ve kterém jsme spolu byli, když jsme se pohádali, šla bydlet k rodičům. To se ovšem stalo jen dvakrát.“

Na Vysočinu se přestěhoval za partnerkou, přestože zde našel horší pracovní uplatnění, které neodpovídá jeho vzdělání. Tuto skutečnost však i sám odůvodňuje svým věkem a tedy i svojí zhoršenou uplatnitelností na pracovním trhu. Pracuje jako skladník v malé firmě. Se svojí prací je vcelku spokojený, nehledá jiné možnosti. Říká: *„Práce jsem se nikdy nebál a dokážu pracovat i rukama.*“ S prací je tedy spokojený a je rád, že jeho nadřízení ho chválí za jeho výkony. V pracovním kolektivu je vnímán jako pracovitý a spolehlivý, ale od kolektivu se spíše straní.

Mezi zájmy Mirka patřila rocková hudba, dnes již však nic: *„To bylo dřív, když jsme byli parta, to byly koncerty. Zde žiji 1,5 roku, nemám tady známý a dnes už ani do společnosti nechci chodit.*“

Kouří i přes 20 cigaret denně. Alkohol podle svých slov pravidelně neužívá: *„Občas si zajdu, ale není to moc často ani pravidelně.*“ Léky pravidelně neužívá, jenom občas analgetika na bolesti hlavy nebo zad.

Současný problém Mirka se vztahuje k rozchodu s partnerkou. Pociťoval, že začíná být odtaziť. V den rozchodu mu řekla, že její myšlenky již směřují někam jinam. Našla si někoho jiného, nic spolu neměli, ale chce kvůli němu odejít, již nevidí jejich společnou budoucnost. Řekl jí, že když s ním nechce být, tak ať odejde. Nerozešli se. Partnerka si s Mirkem chtěla ještě promluvit: *„Něco se ve mně zlomilo, nechtěl jsem se vracet do práce, nechtěl jsem dál žít, všechno pro mě skončilo. Co s tím životem, už mě nebude nic bavit, když ona nezmění názor.*“ Několik dní Mirek nejedl, jenom pil.

Na Psychiatrickou léčebnu ho přivezla Záchraná služba poté, co ve svém bytě provolával, že se zabije.

Psychologické vyšetření shodně poukazuje na poruchy osobnosti, které se projeví pod vlivem rozchodu s partnerkou. Mirek nezvládl zvýšenou psychickou a především emocionální zátěž. Jako predisponovaná osoba se dekompenzoval a v tomto stavu se choval sebedestruktivně se suicidální tendencí. Podle psychologických testů jde o nadprůměrně inteligentního jedince. Z dalších testů vyplynulo, že jde o osobu s narušeným sebepojetím, zvýšenou paranoiditou vůči okolí,

s problémy v sociálním kontaktu a interpersonálních, především partnerských vztazích. Má pocit, že se mu „zhroutil svět“, má depresivní nálady se suicidálními myšlenkami v reakci na stres, kterým pro něj byl rozchod. V jeho profilu lze vyčíst i hostilitu, která se manifestuje proti vlastní osobě nebo vůči druhým převážně pasivním agresivním způsobem. Není však vyloučeno, že ve frustrující situaci, která díky jeho nízké frustrační toleranci může nastat velmi záhy, nebude situaci řešit verbální či brachiální agresivitou. Reaguje špatně na kritiku a odmítnutí.

Diagnóza psychiatra: Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení – Poruchy přizpůsobení suicidální proklamace v ebrietě. Depresivní ladění u predisponované osobnosti.

Jaké služby byly Mirkovi po jeho sebevražedném pokusu poskytnuty a jaký na něj měly subjektivně vliv?

Mírek byl nalezen sousedkou v bytě, když prohlašoval, že se zabije. Ta aktivovala Záchranou službu. Na tento moment si Mírek nevzpomíná, ale dnes je rád, že ho sousedka našla a přivolala pomoc. Byl převezen k hospitalizaci na oddělení Psychiatrické léčebny Jihlava.

V rámci tohoto pobytu proběhlo psychiatrické a psychologické vyšetření. Při hospitalizaci se neseťkal s problémem. Po ukončení hospitalizace byl převeden do ambulantní psychiatrické péče.

Začal navštěvovat občanské sdružení VOR, které mu pomáhá dodnes. Zde mu byla nabídnuta skupinová psychoterapie pod vedením klinického psychologa a pomoc s vyřizováním osobních záležitostí. V této organizaci pocíťoval rodinný přístup a i přes neochotu otevřít se společnosti komunikoval. *„Brzy jsem se spřátelil s lidmi, kteří měli i složitější problémy než já, a to mi pomohlo o mých problémech mluvit.“*

Jak Mírek vidí suicidální pokus, který se chystal spáchat? Jak reagovalo jeho okolí a jak se změnil jeho život?

Mírek přičítá vinu svého činu svojí přítelkyni: *„Ona zavinila to, proč jsme dnes tady a proč se musím léčit s nervama.“* Při jakékoliv kritice zaměřené na něj nalézá

slova na svoji obhajobu. Celý měsíc, který uběhl po sebevražedném pokusu, se s bývalou přítelkyní neseťkal. Ona mu volala, ale nezvedal jí telefon. Zatím nechce žádný vztah: „*Bylo to pro mě zdrcující, nechtěl bych to již nikdy zažít. Byla to beznaděj, nevěděl jsem, jak dál tu nastalou situaci řešit. Měl jsem více vztahů, ale na tomto jsem si zakládal, vše se zdálo být v pořádku, nevím, co se s ní stalo.*“

Mírek se od lidí blízkých už dávno před suicidálním pokusem úplně distancoval. Přítelkyni nechce vidět a s ostatními se nikdy moc nestýkal. Svůj život podřídil přítelkyni, za kterou se přistěhoval a žil tady hlavně pro ni. S rozchodem přišel nejenom o ni, ale prakticky o celý život, který žil.

Co bylo hlavní příčinou a motivem suicidálního chování Mirka?

Motivem Mirka je jednoznačně partnerčino rozhodnutí se s ním rozejít. Mírek svoji chybu odmítá, za svůj momentální stav vděčí prý přítelkyni. Situace, při které mu rozchod sdělila, mu rozhodně nepřidala klidu. Mírek měl psychické problémy i po rozvodu se svou první manželkou. Tato skutečnost jistě přispěla k tomu, že věděl, jaké trápení bude následovat.

Jak dále Mírek řešil nastalé problémy, co do budoucna musí změnit a jak vidí další směr svého života?

Mírkovi bylo doporučeno, aby v případě potřeby či nějakých obtíží navštívil psychologa, ke kterému dochází. Vzhledem k jeho důvěře v denním centru VOR může v případě problémů kontaktovat i toto zařízení a je si toho vědom. Občanské sdružení VOR bylo jediným záchytným bodem, který Mírek při svém zoufalství využil. Pro jeho úplné znovuzачlenění do společnosti je důležitá dlouhá terapie.

Směr života a jeho cíle zatím Mírek nějak zásadně neřeší.

4.1.6 Případová studie 6 – „Věra“

Další zkoumanou klientkou bude 27letá Věra. Byla přijata s diagnózou disociativní porucha po hospitalizaci na interním oddělení v třebečské nemocnici, kde požadovala testy DNA pro potvrzení, že je dcerou zemřelého hudebního skladatele

Karla Svobody. Zde byla doporučena hospitalizace v Psychiatrické léčebně Jihlava. Věra již byla několikrát hospitalizována na Psychiatrickém oddělení Jemnice a poté docházela do psychiatrické ambulance, kde byla naposledy před čtyřmi lety.

Věra je menší postavy, obézní, mírně shrbená, s kulatými zády a povolenými rameny. Má tmavé krátké vlasy, upravené. Je snědé pleti, původem Romka, ale necítí se tak, protože byla vychována v „české“ rodině, jak uvádí. Obličej působí upraveně, bez nalíčení. O oblečení příliš nedbá, je bez ozdob. Občas rozhazuje rukama pro zdůraznění svých slov, jinak se opírá lokty o stůl.

Většinu času tráví doma, chodí se sestrou na procházky, pracuje na zahrádce. Kamarádky nemá, je tedy stále jen zavřená doma. Ráda by zašla do kina či divadla, ale díky rodičům, kteří jí v dětství všechno zakazovali, nemá kamarády a nemá si s kým vyrazit. Ráda by zpívala, ale je sevřená problémy a úzkostí tak, že zpívat nemůže. „*Při depresi se přeci nedá zpívat.*“ Ráda by hrála na klavír, ale z práce je natolik vyčerpaná a nemá čas na cvičení.

Od dvou do čtyř let byla Věra v dětském domově, nyní žije se svými adoptivními rodiči. „*Biologickou matku nechci poznat, nenávidím ji za to, že mě takto odložila.*“ O otci byla přesvědčená, že ho najde, a nyní (po smrti Karla Svobody) jí konečně došlo, že „*je to on, její tatíček.*“

Adoptivní matka je v invalidním důchodě doma. Podle Věry je velmi hodná, má ji ráda: „*Je to moje maminka milovaná, prostě taková ženská...!*“ Má k ní nejvřelejší vztah. Nyní ji však zklamala, protože jí nevěří, že je Karel Svoboda její otec a posílá ji na léčení. Adoptivního otce téměř ignoruje, „*je to nedůležitý, cizí člověk.*“ V předchozích vyšetřeních udává, že ji dříve bil a byl despotický, nyní se o tom nezmiňuje. Žije s nimi o rok starší nevlastní sestra, která je mentálně postižená. S ní vychází dobře, chodí spolu na procházky. Cítí však, že jí rodiče nadržují, více jí věří. Má ještě dva adoptivní bratry. Jeden z nich se jí posmívá, že je Romka a nenávidí ji za to. Oba již s rodinou nežijí.

Dětství Věra hodnotí negativně. „*Všechno mi zakazovali, nikam jsem nemohla, proto nemám žádné kamarádky.*“ Ve škole byli všichni rozmazlení, protože měli všechno, ona se nesměla ani denně umývat. Děti ji za to neměly rády. Měla jednu

kamarádku, ale ta už je vdaná a zpychla. Věra se nikdy necítila být doma, chtěla by být u své pravé rodiny. Proto nemá žádný identifikační vzor a z rozhovoru soudím, že se upíná k neznámému otci, od kterého právě tento vzor očekává.

Na základní škole měla do 4. třídy problémy, prý díky tomu, že je z chudé rodiny a neměla dobré zázemí. Potom se prospěch zlepšil. Na SŠ zdravotnické prý moc neprosplávala, protože neměla žádné soukromí a situace doma nebyla příznivá. Po maturitě nastoupila do domova důchodců jako ošetřovatelka a tam je dosud. Práce ji unavuje, vyčerpává, není spokojená. O jiném zaměstnání však neuvažuje. „*Nemá cenu hledat nic jiného, dokud nejsem sama sebou, nemá smysl nic měnit, o něco se snažit!*“ Chtěla by se živit hudbou a zpěvem, a pokud se prokáže, že je skutečně dcerou Karla Svobody, ujme se jí například Karel Gott, naučí jí zpívat a hrát na klavír a potom se bude živit hudbou. Cestovat nepotřebuje.

Partnera nikdy neměla a nemá. Neví, kde by se seznámila, když nikam nechodí, nikoho nezná. A nyní nemá cenu někoho hledat, protože není sama sebou. Kdyby se dostala ke „své“ rodině, pak by byla šťastná a snad by i mohla založit rodinu a mít děti.

Pro Věru je momentálně důležité pouze to, aby se provedly testy DNA a byla prokázána její pravda. Jedině tak bude šťastná, život se jí otevře. Pokud se tak nestane, nemá život smysl. O peníze nestojí, žila celý život v chudobě, je skromná. Chce jen být u své rodiny a naučit se zpívat a hrát na klavír. Cítí však, že sama to nezvládne a nikdo jí nechce poradit. Nevěří, že by sama mohla něco udělat. Plány do budoucna jsou tedy nulové.

Věra vyjadřuje smutek, depresivní náladu a mírnou apatii: „*Nemohu nic dělat, nemá smysl nic dělat.*“ Občas prvky abulie „*...nemohu svůj život ovlivnit, nikdo mi neporadí, nedá se nic dělat...*“, zoufalství, klopí hlavu na znamení, že to nemá řešení.

Věra je vstřícná, ochotně odpovídá na otázky. Spolupráce probíhala bez nervozity a trémy. Ona je klidná a celková atmosféra dobrá.

V dětství byla Věra sledována na kardiologii pro srdeční šelest, prodělala gynekologickou operaci, laparoskopii srůstů v břišní dutině. Od roku 2004 mívá náhlé stavy bezvědomí, recidivující kolapsové stavy. Uvádí problémy ve fázi usínání, trvající již půl roku.

Po smrti hudebního skladatele Karla Svobody je přesvědčená, že je jeho dcerou. Ve snu s ním hovoří, on se jí omlouvá, že se jí nevěnoval a říká, že vše bude dobré. Věra se cítí být hudebně nadaná a věří, že pokud prokáží testy DNA, bude moci díky své „skutečné rodině“ rozvíjet své nadání a hudbou se žít. Navštívila syna pana Svobody, který na ni byl velmi milý a daroval jí CD s písněmi Karla Svobody. Doporučil jí, ať si nechá udělat testy DNA, pokud chce otcovství prokázat.

Věra vidí podobu ve své a Svobodově vizáži, všichni jí to prý potvrzují. Nyní je její pozornost zaměřena výhradně na prokázání testů DNA, potvrzení „své“ rodiny, místo, kam „patří“, poznání sebe sama, protože její jméno je prý smyšlené, to pravé je Svobodová. Požaduje radu, jak testy získat, bojí se o tom však neustále mluvit, protože si o ní všichni myslí, že je blázen. *„Nikdo si nedokáže představit, jaké to je, když nemůže být se svojí pravou rodinou.“* Pokud se jí nepovede prokázat tuto „pravdu“, *„...potom bude konec...“* Pomýšlí na sebevraždu, pokud nebude přijata Svobodovou rodinou.

Jaké služby byly Věře po sebevražedném pokusu poskytnuty a jaký na ni měly subjektivně vliv?

Pacientka byla v době rozhovoru v léčebně teprve krátkou dobu, nebylo tedy ještě v tu chvíli jasné, jakým směrem se bude vyvíjet. Věra byla v péči psychologa, který jí upravoval léky proti úzkostem a depresím, kterými trpěla.

V léčebně se cítila hůř než před nástupem, je tady mezi samými „blázný“. Lékaři jsou hodní, ale nevěří jí. Chce domů. Snaží se přetvařovat, být veselá, aby ji pustili domů. V tomto případě, protože psychiatr nevyloučil možnost dalšího TS, byla nařízena hospitalizace, se kterou po poučení souhlasila i Věra. V léčebně odmítá veškeré služby. Její hospitalizace však bude dlouhodobá.

Jak Věra vidí suicidální pokus, který se chystala spáchat? Jak reagovalo její okolí a jak se změnil její život?

Pacientka je přesvědčená, že je dcerou Karla Svobody a ráda by to dokázala pomocí testů DNA. Všichni si o ní myslí, že je „blázen“, ale nikdo ji nechápe, protože

všichni mají svoji rodinu a nemají představu, v jaké je situaci. Tuto skutečnost si uvědomila po smrti Karla Svobody. Již před tím tušila, že někde její biologický otec je, ale nyní konečně zjistila, kdo to je. Dokud se nedozví pravdu, její život nemá smysl. V léčbě se cítí hůř než před nástupem, je tady mezi samými „blázný“. Lékaři jsou hodní, ale nevěří jí. Chce domů. Snaží se přetvařovat, být veselá, aby ji pustili domů.

Věra svůj pokus zatím nějak nehodnotí a ani nenastaly žádné výrazné změny v jejím životě a ve vztahu k okolí. To je způsobeno tím, že Věra je teprve na začátku své hospitalizace a průběh samotné léčby teprve začíná. Její adoptivní rodiče ví, že potřebuje pomoc odborníků a chodí ji navštěvovat. Ke spolupráci s lékaři ji ale zatím nepřesvědčili. Širší okolí na Věřino vyhrožování sebevraždou nereagovalo, v práci má dlouhodobě neschopnost a kamarády v podstatě žádné nemá.

Co bylo hlavní příčinou a motivem suicidálního chování u Věry?

Věra je přesvědčena, že je dcerou hudebního skladatele Karla Svobody. Ten ji navštěvuje ve snech a omlouvá se jí, že se o ni nestaral. Ujišťuje ji, že vše bude dobré. Pravděpodobně zde zatím nelze hovořit o bludu psychotického charakteru, neboť tato představa vznikla na základě vnější události, o které se hojně hovořilo v televizi a psalo v tisku. Jedná se spíše o mylné upnutí se k jisté osobě, která již nežije. Věře chybí pravá rodina. Tím u ní vzniká pocit prázdnoty a také toho, že neví, kdo je.

Jak dále Věra řešila nastalé problémy, co do budoucna musí změnit a jak vidí další směr svého života?

Pokud se jí nepovede prokázat, že je dcera Karla Svobody, *“potom bude konec...”* Když tato fakta vezmeme v úvahu, je celkem pochopitelné, že se vzhledla ve známé osobnosti, u které hledá společné rysy. Možná i to, že jde o osobu již nežijící, hraje svou roli. Věře tak nikdy nemůže být vyvrácena její myšlenka. Lze předpokládat, že pokud budou testy DNA provedeny a tím prokázáno, že jde o mylnou domněnku, bude Věra přesto tyto výsledky a pravdivost testů zpochybňovat.

Věra je přesvědčená, že k překonání svých problémů potřebuje najít svoji pravou rodinu. Tím by se jí otevřel celý život. Zmizely by deprese a ona by mohla zpívat a tím

se i živit. Pokud by našla sama sebe, chtěla by také založit rodinu. Toto je řešení celé situace podle jejího mínění a v tomto cíli také vidí smysl svého života.

4.1.7 Případová studie 7 – „Jirka“

Sedmým popisovaným klientem je sedmadvacetiletý Jirka. Vystudoval střední školu stavební, nedokončil VŠ vzdělání, i když se poslední rok snažil studovat dálkově. Jako důvod neúspěchu při studiu uvádí nevhodné podmínky v Brně na privátě i doma u rodičů. Byl v evidenci psychiatrické ambulance pro depresivní stavy od roku 2004.

Jirka je vyšší robustní postavy, ne ovšem obézní. Udává, že poslední dobou zhubnul, nejprve cíleně, potom vlivem stresujících okolností. Má delší vlnité tmavé vlasy stažené do culíku. Oblečen přišel v teplákách, mikině a domácích pantoflích, upravený, čistý.

Spolupracuje a odpovídá, avšak spíše stručně, k upřesňování svých odpovědí musí být vyzýván a podrobněji tázán. Mluví dostatečně nahlas. Z psychologických testů je zřetelná tendence utíkat a předčasně opouštět ty úkoly, které mu hned nejdou, na které nemůže přijít nebo ho nebaví.

Jako zájmy udává: „*filmy, hudbu a tak.*“

Celkově působí spíše plaše, možná až snahou vyvolávat lepší dojem, než je. Vždy vidí chybu ve svém okolí, málokdy si přiznává, že by za něco mohl sám.

Matka je zdravá, žije již 13 let s přítelem. Otec Jirky zemřel v 41 letech na leukémii, pacientovi bylo v té době 9 let. Přítele si matka našla asi 2 roky po manželově smrti. Jirka uvádí, že spolu ne vychází nijak dobře, doslova, že si nemají co říct: „*...já už jsem docela dost dospělý a o čem si mám povídat s padesátiletýma lidma...*“ Podobně udává, že společná témata nenachází ani s matkou. Přesto s nimi ale žije v novém domě, kde má svůj pokoj. Na můj návrh připouští, že by byla potřeba zlepšit rodinnou komunikaci a prý už toto padlo i v telefonickém rozhovoru s matkou.

Má staršího bratra, který je již ženatý, má manželku a dvě děti. S ním udává velmi dobrý vztah, přespává u něj například o víkendech.

Jirka s dívkou nikdy nechodil. Holky se mu prý líbí, ale neměl odvahu. Navázat známost byl problém.

Jirka byl přijat do psychiatrické léčebny v den propuštění ze zaměstnání. Tuto skutečnost neunesl a ventiloval sebevražedné tendence před matkou, která kontaktovala psychiatrickou ambulanci. Lékařka ho proto odeslala do psychiatrické léčebny. Jde o první hospitalizaci v psychiatrické léčebně, byl přijat k upřesnění diagnózy a nastavení medikace. Jirka je v evidenci psychiatrické ambulance od roku 2004, od února tohoto roku si již po domluvě s lékařkou na psychiatrické ambulanci vysadil veškeré léky.

Jirka zmínil suicidální úvahy, obtížně se mu uvažuje, má problémy dát dohromady myšlenku, soustředit se. V práci mu vadí i ťukání do stroje a šum v místnosti. Byl málomluvný, trpěl pocity beznaděje, příznaky rozvíjející se deprese a úzkosti. Poslední dobou bylo ve firmě, kde pracoval, velké napětí, čekalo se propouštění. U Jirky se postupně zvyšovaly obavy o budoucnost, začal být zvýšeně podrážděný a snadno unavitelný.

Nyní je klidný, sebevražedné myšlenky nemá, sděluje, že by si nic neudělal, ale ví, jak obtížné je sehnat si nyní práci.

Jirka byl přijat v den, kdy obdržel výpověď ze zaměstnání. Pracoval v soukromé firmě jako manager nákupu materiálu. Udává, že již delší dobu měl s kolegy informace, že bude firma vzhledem k ekonomické krizi a úbytku zakázek končit. Přesto pro něj byla nyní výpověď jakousi poslední kapkou.

Po maturitě na střední škole stavební nastoupil na VŠ stavební, zde absolvoval během sedmi let čtyři ročníky, naposled studoval od září 2008 dálkově při zaměstnání. Před tím měl rok pauzu a pouze docházel do zaměstnání. Nyní byl donucen studium definitivně ukončit pro překročení časového limitu pro dokončení studia. Udává: „*Pro mě bylo studium velmi náročné, nezvládal jsem se učit, především soustředit se na učení mi nešlo. Na pokoji se spolubydlícím to bylo podobné a pro ruch ve studovnách se nešlo učit ani tam. Navíc rodiče dokončovali stavbu domku na vesnici, v posledním půlroce proběhlo stěhování a já neměl na studium klid.*“

Na dotaz, jestli nějak výrazně pomáhal při stavbě domu, ale odpovídá, že ne. Dále udává, že mu vůbec neprospěla ani roční pauza ve studiu, opětovně zmiňuje potíže s koncentrací.

Jaké služby byly Jirkovi po jeho sebevražedném pokusu poskytnuty a jaký na něj měly subjektivně vliv?

Jirkovo suicidální chování bylo odhaleno matkou. Ta ho odvezla na psychiatrickou ambulanci. Bylo to v den, kdy byl Jirka propuštěn ze zaměstnání. Tuto skutečnost neunesl a ventiloval sebevražedné tendence před matkou. Ta se poradila s lékařkou, která Jirku poslala do psychiatrické léčebny.

Odpovídá ochotně, snaží se působit vstřícně. Uvědomuje si, že depresivní stavy, které poslední dobou měl, byly důsledkem obav o ztrátu zaměstnání. O hospitalizaci se vyjadřuje „*Těšil jsem se na den, až budu moci odejít a znovu si začít hledat práci.*“

Jirka navštívil Psychocentrum (manželskou a rodinou poradnu kraje Vysočina), která by mu mohla napomoci překonat krizovou situaci, nikdo z rodiny tam ovšem nedocházel s ním. A tak je situace v rodině stále podobná té před tím, což ho mrzí a to hlavně na otčíma. Jirka neví, jestli bude do poradny docházet vzhledem k neaktivnímu přístupu rodiny.

Jak Jirka vidí suicidální pokus, který se chystal spáchat? Jak reagovalo jeho okolí a jak se změnil jeho život?

Jirka se již nyní nechce k těmto myšlenkám vracet. Říká, že by si nic neudělal. Uvědomuje si však, jak je nyní těžké si najít práci, proto ho tyto myšlenky napadaly. Chce si novou práci hledat.

Jeho matka reagovala na jeho suicidální myšlenky okamžitě. Bohužel potom nereagovala na možnosti navštěvovat Psychocentrum (manželskou a rodinnou poradnu kraje Vysočina). Ovšem od svého syna se nedistancuje a dokonce i její partner se snaží Jirkovi pomáhat při hledání nového zaměstnání. Jirka nechce být na všechno sám. Doma má kamarády a chce se na ně rovněž obrátit s prosbou o pomoc při hledání zaměstnání.

Co bylo hlavní příčinou a motivem suicidálního chování u Jirky?

U Jirky bylo motivů a příčin několik. Propuštění ze zaměstnání, deprese, kterými trpěl při studiu, a částečně rodinná situace (stěhování). Jirka uvádí: *„Poslední kapkou pro mě bylo propuštění z práce.“* Jistě mu neprospěl ani pocit, že se nedokáže soustředit na konkrétní věc a dotáhnout ji do konce (jako například studium).

Jak dále Jirka řešil nastalé problémy, co do budoucna musí změnit a jak vidí další směr svého života?

Jirkovi by mělo pomoci řešení ve zlepšení rodinných vztahů. Je přesvědčen o tom, že by spolu s otčímem a kamarády hledal novou práci. Nyní se musí nahlásit na ÚP. Dále bude v péči psychiatrické ambulance, domluvena též individuální psychoterapie s psychologem.

Pro lepší komunikaci doma by bylo dobré s rodinou pravidelně navštěvovat Psychocentrum (manželskou a rodinnou poradnu kraje Vysočina), ale z hlediska rodiny je k tomuto kroku velice laxní přístup. Jirka tvrdil, že zkusí poradnu navštěvovat sám tak, jak už párkrát učinil.

Jirkovým cílem je najít si práci, která bude poskytovat alespoň nějaké jistoty.

4.1.8 Případová studie 8 – „Radek“

Posledním zkoumaným klientem je 41letý Radek. První hospitalizace v Psychiatrické léčebně Jihlava proběhla v roce 2005 po sebevražedném pokusu medikamenty. Diagnóza byla stanovena jako akutní reakce na stres a poruchy přizpůsobení.

Důvodem tehdejšího sebevražedného pokusu byly neshody s manželkou v posledním půlroce a pocit, že neví, co dál – *„Tenkrát jsem chtěl prostě uhnout. Manželka měla asi rok mimomanželský poměr, a přestože řekla, že ho ukončila, z jejích SMS jsem se dozvěděl, že to není pravda.“* Radek si uvědomil, že svou ženu nezná, neví, co chce a jaké má touhy. Přemýšlel o rozvodu, ale zjistil, že nemá kam jít. Nevěděl, jak dál, tak si řekl, že jim uvolní místo. Několikrát již sebevraždu promýšlel (asi 3 měsíce), *„ten večer jsem se to rozhodl skončit.“* Popírá, že by se pohádali. Žena spala a on si vzal tabletky, které v minulosti užívala jeho matka.

V průběhu pobytu na oddělení se Radek jevil depresivní, ne zcela kritický k TS, málo sdílný, neochotný mluvit o závažných věcech. Nebyly u něj vyloučeny psychotické příznaky (podezřívavost a žárlivost, nejasná motivace činu). Byl léčen antidepresivy.

Při tehdejší hospitalizaci dostal doporučení na návštěvu psychologické nebo manželské poradny, kde mohl řešit problémy v partnerském vztahu.

Současná hospitalizace je pro akutní intoxikaci medikamenty a výfukovými plyny. Radek byl hospitalizován na anesteziologicko resuscitačním oddělení, odkud byl po třech dnech přeložen na přijímací uzavřené psychotické oddělení Psychiatrické léčebny v Jihlavě. Na tomto oddělení proběhlo v následujících dnech psychologické vyšetření. Výsledky psychologických testů spolu s projevy v průběhu vyšetření nepoukazují u Radka na psychické onemocnění. Vyšetření potvrdilo dosavadní předpoklad o úzkostné depresivní poruše. Osobnostně je Radek nezralý, impulzivně podléhá aktuálním podnětům, a to především v situacích únavy a vyčerpanosti.

Je labilní, nejistý, s nízkým sebevědomím a malou přizpůsobivostí. Výrazná je potřeba opory a jistoty ve vnějším prostředí, což mu v současnosti manželství ani zaměstnání nepřináší, a proto přistupuje k impulzivnímu sebevražednému chování.

Radek působí nenápadným dojmem, chová se zdvořile až úslužně, výrazná je snaha vyhovět všem instrukcím, často přitakává a snaží se působit seriózně. Orientuje se, odpovědi jsou přiléhavé. V hlase se někdy objevuje bezradnost a nejistota, při některých tématech je patrný třes rukou. V průběhu rozhovoru se vyjadřuje velmi stručně a obecně, často opakuje stejné věty, má problém rozvést odpověď o více skutečnostech, jeho projev je povrchní. Znatelná je u něj snaha zlehčit některá témata a vyhýbat se hlubšímu sdílení.

Podle svých slov prožil spokojené dětství, má staršího bratra, se kterým vždy vycházel dobře. V současnosti společně opravují chalupu a tráví tím hodně času. Rodiče už nežijí, měl s nimi dobrý vztah. Otec se podle jeho názoru vyrovnával špatně se stresem a novými věcmi, matka trpěla nespavostí.

Radkovo manželství trvá 15 let, manželka mu byla často nevěrná. Měla krátké známosti, vždycky jí to odpustil. On jí nevěrný není, má ji rád. Před pár lety měla delší

známost, která vyústila v manželskou krizi a jeho sebevražedný pokus. Po té se situace urovnala. Manželskou poradnu ale nenavštívili, jak jim bylo doporučeno. Žádné problémy už nemají. V sexuální oblasti se ovšem neshodnou: „*manželka má vyšší potřebu sexu, takže se jí snažím přizpůsobit.*“ Mají dvě dcery ve věku 10 a 12 let, kterým se snaží hodně věnovat.

Radek vystudoval SPŠ strojní s velmi dobrým prospěchem a začal studovat VUT, v průběhu prvního ročníku zjistil, že na studium nestačí a odešel. „*Byl by potřeba lepší mozek... musel bych dřít.*“ 20 let pracoval jako seřizovač obráběcích strojů. V roce 2007 se podnik rozpadl a aby mohl pracovat na kvalifikované pozici, musel začít dojíždět do vzdáleného města. Protože pro něj bylo dojíždění nevyhovující, stal se dělníkem (obsluha balicího stroje na tvaroh) v mlékárnách v místě bydliště.

„*V tomto zaměstnání nejsem spokojený. Práce je nezajímavá, jsou kladeny vysoké nároky na pracovní tempo, nejsou brány ohledy na chybovost strojů. Největším problémem jsou pracovní vztahy, nezapadl jsem do kolektivu a především kolega u stroje je velmi nepříjemný. Vyhrožuje, že pokud nebudu stíhat, dostanu nakládačku, mám z něj strach.*“

Nestěžoval si na něj, podle něj by to nemělo cenu, je to tam tak nastavené, nemá v nikom oporu.

Radek je nekuřák, alkohol pije velmi zřídka, neguje drogy i gambling.

Ke své povaze uvádí, že je „*spíš takovej slaboch, nejsem žádnéj rváč.*“ Není spokojený s tím, že o všem moc přemýšlí – „*všechno moc pitvám.*“ Vždy před spaním musí přemýšlet o problematických situacích, které se během dne staly. Pak nemůže spát a další den je unavený a vyčerpaný, takže v práci nezvládá. Večer se bojí, že zase nebude spát.

Jaké služby byly Radkovi po jeho sebevražedném pokusu poskytnuty a jaký na něj měly subjektivně vliv?

Po první hospitalizaci bylo Radkovi a jeho manželce navrženo, aby navštívili manželskou poradnu. Této možnosti ale nevyužili. Jejich vztah se relativně zlepšil.

Radek byl pro akutní intoxikaci medikamenty a výfukovými plyny svého automobilu převezen Záchranou službou v bezvědomí na anesteziologicko resuscitační oddělení, odkud byl po několika dnech přeložen na přijímací uzavřené oddělení Psychiatrické léčebny v Jihlavě. Na tomto oddělení proběhlo v následujících dnech psychologické vyšetření. V prvních dnech hospitalizace si Radek stěžoval na nespavost a únavu a vyjadřoval obavy ze svého zdravotního stavu. Po úpravě léky v dalších dnech nespavost vymizela, začal disimilovat, popíral jakékoliv obtíže a pobyt v léčebně začal vnímat jako zbytečný. Manželka by ráda navštívila manželskou a rodinnou poradnu kraje Vysočina, o které se dověděla na webu, ovšem Radek odmítá, nesouhlasí a udává, že nepotřebuje „žádného člověka, který mi bude radit“ a nenechá si své názory vyvrátit. Po jeho prvním suicidálním pokusu se jejich rodinná situace doma zlepšila.

Po druhém pokusu, který následoval v důsledku nespokojenosti v práci, byl Radkovi poskytnut psycholog, se kterým vedl při své hospitalizaci rozhovory. Jeho stav se zlepšil, ale těžko soudit, jestli na něj měly lepší vliv rozhovory nebo nasazená medikace.

Je tedy těžké mu doporučovat nějaké další sociální služby, které by mu mohly pomoci. Je vysoká pravděpodobnost, že jich stejně nevyužije. Vzhledem k tomu, že Radkova manželka o něj zájem má, byla informovaná o Občanském sdružení VOR, které by Radek mohl navštěvovat. Velkým problémem je, že Radek nepochází přímo z Jihlavy a do této organizace by musel dojíždět. Tímto argumentem se Radek brání návštěvě, o kterou podle rozhovoru vlastně stejně nemá zájem.

Jak Radek vidí suicidální pokus, který spáchal? Jak reagovalo jeho okolí a jak se změnil jeho život?

Pacient uvádí, že sebevražedné pokusy jsou zkratovitým jednáním. Když už si neví rady, neví, co dál, tak chce v takovou chvíli ode všeho utéct. Dodatečně si uvědomuje, že takové jednání není správným řešením, ale v dané situaci nemůže jednat jinak a nevyklučuje, že se stejně nezachová znovu. Připouští, že pro jeho blízké to může být zraňující, ale toto vědomí pro něj není dostatečným motivem, který by ho od sebevražedného pokusu odradil.

Jeho manželka se snažila Radka navštěvovat a podpořit ho v návratu do normálního života.

Co bylo hlavní příčinou a motivem suicidálního chování u Radka?

Důvodem prvního Radkova sebevražedného pokusu byla nevěra jeho manželky. Vztahy v domácnosti se však urovnaly.

Důvodem druhého Radkova sebevražedného pokusu byly dlouhodobé problémy v práci, nespavost a vyčerpání.

Jak dále Radek řešil nastalé problémy, co do budoucna musí změnit a jak vidí další směr svého života?

Radkova manželka si myslí, že problémy jsou kvůli ní a chce jejich vztah řešit, ale podle něj jsou jejich problémy pryč a nechce se k nim vracet.

Hlavním problémem je práce, na kterou si stále nemůže zvyknout. Uvažuje o její změně, ale v regionu je velká nezaměstnanost a má malou naději na získání kvalifikované pozice. Manželka má práci dobrou v místě bydliště a je spokojená. Představa, že by musel vyvinout aktivitu k hledání nového zaměstnání, která by podle něj stejně vyšla naprázdno, je pro něj tak nepříjemná. Nakonec uvádí, že ve stávající práci zřejmě zůstane a zkusí si tam ještě zvyknout, a teprve pokud by to nešlo, zkusí shánět práci jinou.

Vzhledem k přístupu, jaký Radek má, není výhled do budoucna příliš nadějný a je velká pravděpodobnost opakování sebevražedných pokusů, protože při zmenšení napětí začne potíže okamžitě propírat a nedbá na doporučení odborníků. Další vývoj Radkova onemocnění závisí nejvíce na tom, jestli najde odvahu jít v psychoterapii k podstatě svých problémů a nezůstane pouze u povrchního vidění, jak tomu bylo doposud. V tuto chvíli není k terapii motivován a popírá její nezbytnost.

Bohužel Radka v dalším návratu do normálního života dostatečně nemotivuje ani faktor rodiny.

5. Diskuze

V případových studiích bylo přiblíženo osm osudů lidí, kteří se před uskutečněním výzkumu pokusili nebo chtěli pokusit o sebevraždu.

V kapitole Současný stav v bodě 1.7 byly diskutovány zdravotně sociální služby, které je možné navštívit v regionu Jihlava. Tyto služby byly zařazeny podle důležitosti vzhledem k tématu práce, tzn. vzhledem k jejich využití pro osoby trpící sebevražedným chováním. Pokud to stav pacienta dovozoval, byly mu navrženy tyto zdravotně sociální služby podle vhodnosti k jeho situaci a důvodům sebevražedného pokusu. V kapitole Výzkum jsou pro každého jedince zvlášť navrženy tyto zdravotně sociální služby a ve výzkumných otázkách je diskutováno jejich využití. Společně se zodpovězením otázek týkajících se zdravotně sociálních služeb jsou uvedeny i otázky a odpovědi týkající se suicidálního pokusu jako takového, jednání a reakce okolí a dalších cílů a priorit života jednotlivých klientů.

Získaná data nelze generalizovat na populaci. Výzkum by měl přinést možnosti pro reakci na jednotlivé životní situace. Problematika sebevražd je svým způsobem společenské tabu, ale samo o sobě je to vážné téma, které by nemělo být opomíjeno. Získáním náhledu na zdravotně sociální služby, které mohou pomoci osobám trpícím sebevražedným chováním, je možné těmto osobám jednotlivé zdravotně sociální služby dobře přiblížit. V dalším textu budou shrnuty získané informace a odpovědi na výzkumné otázky.

Skupina zkoumaných osob se skládala z lidí ve věku od 21 do 50 let. Tvořilo ji šest mužů a dvě ženy. Tato fakta jsou pouze náhodná, protože předem nemohlo být jasné, kolik jedinců zareaguje na zvací dopis a kolik z toho bude mužů nebo žen, popř. jaký bude jejich věk. Získané informace budou nyní diskutovány obecně.

Ze skupiny zkoumaných osob jsou dva vysokoškolsky vzdělaní, dva jedinci se pokoušeli studovat vysokou školu, ale své snahy ukončili. Tři osoby jsou středoškolsky vzdělané a jedna je vyučená. Dva klienti absolvovali pouze základní školu.

Zkoumané osoby pocházejí z rozdílných rodinných i sociálně ekonomických podmínek, skupina je co do motivace a rizikových faktorů pro jejich suicidální jednání

poměrně pestrá. To potvrzuje fakt, že statistiky ukazují, že sebevraždy postihují každou společenskoekonomickou vrstvu, každou věkovou skupinu, všechny úrovně vzdělání, každou profesi, všechna náboženství i obě pohlaví (29). Potvrzeno bylo, že podle věku je počet sebevražd rozložen velmi nerovnoměrně (2, 8).

Důležitým faktorem je pro každého z nás rodina. Rodina je také spojena s příběhy jednotlivců, kteří se pokusili o sebevraždu nebo pokus plánovali. Ve čtyřech z osmi případů bylo v rodinné anamnéze zjištěno léčení na psychiatrii, v jednom případě byl dokonce spáchán sebevražedný čin oběšením. V době před suicidálním pokusem měli vážnější problémy v rodině čtyři pacienti, další měl problémy dříve, ale k jeho současnému suicidálnímu pokusu vedlo něco jiného. Ve třech případech se partner nebo partnerka jedince se suicidálními tendencemi snaží situaci řešit, v jednom případě jsou to rodiče jedince se suicidálními tendencemi. Bohužel ale ve dvou případech se rodina od pacienta úplně distancuje a nemá nejmenší zájem něco podniknout nebo pomoci. Toto jsou dost smutné příběhy, ale i s těmi se v životě setkáváme. V jednom případě je rodina neutrální a v posledním případě nechce s blízkou osobou nic řešit pacient.

Sebevražedný pokus může posloužit jako silný impuls v rodině, který „nastartuje“ u ostatních členů rodiny ochotu naslouchat, angažovat se do problému a pomoci (45). Toto bylo potvrzeno v případech, kdy rodina měla zájem dále spolupracovat a za hospitalizovaným jedincem chodila na návštěvy, popř. s ním absolvovala různé terapie. Ovšem v některých případech v rodině nedošlo k „nastartování ostatních členů“ a byl ventilován stále stejný nezájem k člověku s problémy. Toto tvrzení je velmi individuální a záleží na zájmu rodiny, jak se k celé věci postaví.

Pouze jedna osoba ze zkoumané skupiny žije ve špatných sociálně ekonomických podmínkách. Ostatních sedm klientů má méně či více průměrné sociálně ekonomické podmínky pro živobytí.

Ve zkoumané skupině je možné najít různé druhy zaměstnání: úředník na Úřadě práce, dělnice v továrně, skladník, zdravotní sestra v domově důchodců, manažer nákupu materiálu ve výpovědi a dělník – obsluha balícího stroje na tvaroh. Jeden

z pacientů je nezaměstnaný a jeden je v invalidním důchodě. Ze zaměstnaných jsou pouze dva se svým současným zaměstnáním spokojeni a čtyři jsou velmi nespokojeni.

Ve zkoumané skupině osob jsou čtyři osoby, které se úplně nebo částečně izolují od okolního prostředí a od kontaktu s lidmi jako takovými.

Dvě osoby jsou prakticky bez kontaktu s alkoholem nebo cigaretami, pět osob je klasických uživatelů alkoholu. Tři z celé skupiny jsou kuřáci – jeden slabší, dva silnější. Jeden z pacientů je léčený alkoholik, ale v současné době abstinuje. A jeden přiznal zkušenost s marihuanou.

Až 15% alkoholiků spáchá sebevraždu (27). Tento fakt nebylo možné pozorovat, protože ve skupině byl pouze jeden abstinující alkoholik a tématem nebylo zaměřit se na skupinu alkoholiků.

Zajímavé je, že pouze dva sledované případy se vyskytly v prvokontaktu s psychiatrií. Ostatních šest osob ze zkoumané skupiny již bylo v evidenci psychiatrické ambulance, nějakým způsobem se už dostalo do kontaktu s psychiatrií a čtyři z nich se již alespoň jednou pokusili o sebevraždu.

Z tohoto výsledku je patrné, že duševní onemocnění obecně zvyšuje riziko sebevražedného jednání (18). Jak bylo dále zjištěno, příčinou sebevraždy mohou obecně být akutní pocity beznaděje, ale také dlouhodobé balancování klidných a vyrovnaných jedinců (50). Obecně patří ke vzniku suicidálních myšlenek i stres, jako reakce organismu na nadměrnou zátěž (20), a deprese, při níž může dojít až ke zpomalení duševní činnosti (13, 35). Obecně je pravděpodobnost výskytu deprese u zdravého člověka asi 17% (20). Toto bylo pozorováno i v konkrétních případových studiích.

Pokud jde o samotné příčiny a motivy suicidálních pokusů, bylo jejich téma velmi barvité, ale některé případy měly také jistou spojitost. Důvody sebevražedných pokusů ve stručnosti byly: duševní přítel manželky, impulzivní zkrat po hádce s blízkou osobou, nepolevující kritika od matky, hádka s manželkou a porušení abstinence, rozchod s přítelkyní, absence pravé rodiny a hledání sama sebe, propuštění z práce v kombinaci s depresemi při studiu a špatnou rodinnou situací nebo neshody v práci. Ve třech případech sebevražedný pokus souvisel s partnerem nebo partnerkou postižené osoby. Tři případy sebevražedného chování souvisely přímo s rodinou, u jednoho byla

rodinná situace pouze vedlejším důvodem ke spáchání sebevražedného pokusu. Dvakrát bylo přímou příčinou sebevražedného pokusu propuštění nebo neshody v práci. Z toho lze tedy usoudit, že ve zkoumané skupině osob trpících sebevražedným jednáním je ve většině případů hlavní problém v rodině nebo v zaměstnání.

To, že sebevražední jedinci nedokáží ventilovat svoji agresivitu (45), je ve výzkumu potvrzeno jen částečně. Například Standa a Mirek svoji agresi ventilovali pomocí alkoholu, kdežto Radek se neprojevoval a najednou spáchal sebevražedný pokus.

Impulzivní sebevražda („pokus o volání o pomoc“) je páchána pod vlivem okamžitého impulzu a jedinec volí v tu chvíli nejlépe dosažitelnou možnost, jak ji spáchat (50). Takovýto pokus byl spáchán například Mirkem. Nemožnost jiného než suicidálního jednání naznačuje také následující souhrn.

Pohledy zkoumaných osob na svůj sebevražedný pokus jsou různé. Dva pacienti vědí, že to bylo špatné, ale neměli v tu chvíli jinou možnost, a proto svůj čin spáchali. Tři osoby svého činu litují, jedna ho vůbec nehodnotí a jedna se dokonce chce stále zabít. Jeden ze zkoumané skupiny si nepřipouští, že za svůj čin nese zodpovědnost, a vinu přisuzuje přítelkyni. V podstatě v pěti případech je rodina ochotná spolupracovat při léčbě a i po ní nebo pacienta alespoň navštěvuje. Ve dvou případech rodina nespolupracuje a v jednom pacient kontakt s rodinou odmítá.

Při hledání reakcí okolí na sebevražedný pokus jedince nebylo zjištěno mnoho informací. Ve třech případech se o kamarádech nebo okolní společnosti vůbec nehovoří. Pouze v jednom případě byli kamarádi ochotni se zapojit do návratu postiženého jedince k normálnímu životu.

Z těchto informací je patrné, že samotné zapojení rodiny do obnovení normálního života jedince se suicidálními tendencemi je problematické. Ještě více problematičtější je potom zapojení přátel a kamarádů nebo samotného okolí. Je to způsobeno tím, že samotné téma sebevraždy je pro naši společnost ještě stále tabu.

Nedostatek sociálních kontaktů a mezilidských vztahů vede k tomu, že se člověk nakonec připoutá k jedné osobě, s níž pak spojuje vlastní osud (51). Toto bylo potvrzeno ve čtyřech případech, kdy jedinec byl připoután pouze k jedné osobě, a jeho

život na ní byl prakticky závislý. V momentě, kdy došlo ke zpřetrhání vazeb nebo jen nějaké hádce, přišel okamžitě suicidální pokus. Ve všech těchto případech neměli jedinci žádné kamarády nebo sociální kontakty.

U třech osob nebyla projevována žádná snaha o změnu života, dva lidé se chtějí vrátit k původnímu a jeden dokonce své chování zlepšit. Dvě osoby očekávají změnu k lepšímu s nástupem do nového zaměstnání (jeden ho hledá, druhý už ho má).

Způsoby, jakými spáchali sledovaní jedinci suicidální pokus nebo se ho pokoušeli spáchat, jsou různé. Dva se pokusili skočit z mostu, jeden se snažil oběsit, další seděl na přechodu pro chodce a poslední spáchal intoxikaci medikamenty a výfukovými plyny. Další dva pacienti o sebevraždě mluvili a vzhledem k jejich stavu je blízcí nebo Záchraná služba odvezli na Psychiatrickou ambulanci. Poslední pacient byl hospitalizován na doporučení rodičů. Všichni pacienti byli léčeni na Psychiatrické léčebně v Jihlavě, někteří byli v době rozhovoru stále hospitalizováni, jiní byli již v domácí péči.

Péče formou docházky do denního stacionáře je možná u těch pacientů, jejichž stav jim umožňuje samostatně se do zařízení dopravovat (30). Tímto bylo podmíněno další jednání s pacienty a doporučení zdravotně sociálních služeb jejich osobám. Obecně je jakákoliv terapie velice účinná a i když to tak nemusí vypadat, tak většina pacientů cítí po svěřením se úlevu (14).

Pěti osobám trpícím suicidálními tendencemi bylo doporučeno navštívit Občanské sdružení VOR (32). Jejich působení zde mohlo mít různý cíl a to od pomocných prací, přes skupinové terapie až k pomoci s osobními záležitostmi.

V kombinaci s Občanským sdružením VOR nebo s jinými sociálními službami bylo klientům doporučeno také Psychocentrum – manželská a rodinná poradna kraje Vysočina (39). Většinou šlo o doporučení konzultace partnerských vztahů, ale také vztahů mezi matkou a dcerou nebo obecně mezi rodiči a dětmi. Obecně se tvrdí, že terapeutická práce s rodinou je u nás téměř nedostupná (49), toto je ale činností jihlavského Psychocentra vyvráceno.

Možnost navštěvování kontaktního centra Káčko (7) byla doporučena pouze v jednom případě, a to vzhledem k dřívější diagnóze alkoholismu u pacienta. Bylo mu

ale současně navrhnuo jiné řešení, které bylo pro jeho celkovou situaci vhodnější. Je tedy velmi pravděpodobné, že pacient této služby vůbec nevyužije. Tato zdravotně sociální služba spolupracuje i s jinými zdravotně sociálními službami v kraji Vysočina. Tyto služby tedy mohou být částečně spojené.

Telefonická krizová intervence byla doporučena ve dvou případech. V jednom případě o ni měl pacient zájem sám. Ve druhém případě se bude klient stěhovat za prací, proto pro něj je telefonická krizová intervence nejlepším řešením, protože ostatní zdravotně sociální služby v kraji Vysočina mu poskytnout kvůli stěhování nelze. I když telefonická krizová intervence není přímo v regionu Jihlava, ale například v Třebíči, je možné této služby využít z jakéhokoliv místa České republiky.

Služby Občanské poradny (31) jsou spíše právníckého charakteru. Pacienti byli o této možnosti většinou informováni, ale dále tyto služby nebylo potřeba využívat.

Pouze jedna pacientka všechny služby odmítá. Je to způsobeno tím, že její případ je čerstvý a není ještě dostatečně zaléčená proto, aby byla schopna nějaké zdravotně sociální služby přijmout.

V regionu Jihlava je k dispozici také klub Vrak bar pro mladistvé (6). V žádném z případů se však nejednalo o nezletilou osobu. Nejmladšímu ze sledovaných osob bylo 21 let, proto nebyla možnost nikomu klub Vrak bar doporučit.

Pokud osoba se sklony k suicidálnímu jednání začala využívat tyto zdravotně sociální služby, byly pro ně velice prospěšné, a to jak z hlediska rodinných vztahů, tak z hlediska osoby samotné. Přístup ke zdravotně sociálním službám je pro všechny osoby se sklony k suicidálnímu jednání otevřený. Důležité je, jak tyto osoby přesvědčit, aby služby navštívily nebo o nich alespoň začaly uvažovat. To je součástí léčení.

Každý případ je individuální sám od sebe a je zajímavé do této problematiky nahlédnout. Ne každý případ ovšem končí dobře, někdy se stane, že se podaří suicidální pokus spáchat úspěšně.

Tato práce má pomoci nahlédnout do problematiky suicidálního jednání, zamyslet se nad jejím průběhem a pokusit se využít získané poznatky pro prevenci sebevražděného jednání. Každý by mohl znát základní rizikové a projektivní faktory stejně jako motivy suicidálního jednání. Informovanost ohledně zdravotně sociálních

služeb je velmi malá a pracovníci psychiatrických léčeben mohou pouhým doporučením jednotlivým pacientům velmi pomoci.

Z konstatovaných výsledků byly vytvořeny hypotézy:

H1: Nejvyužívanější zdravotně sociální službou pro osoby se sklony k suicidálnímu chování je v regionu Jihlava Občanské sdružení VOR.

H2: V regionu Jihlava chybí telefonická krizová intervence.

H3: Většina osob se suicidálními sklony má konflikt v rodině nebo mezi blízkými.

H4: Poskytované zdravotně sociální služby jsou osobami se sklony k suicidálnímu chování vnímány kladně.

6. Závěr

Sebevraždy jsou i v dnešní době problémem, kterému předchází jisté tabu společnosti. Vzhledem k tomu, že se jedná o lidsky velmi citlivou záležitost, je to z určitého hlediska pochopitelné. Konflikty mezi lidmi se vyskytují neustále, stejně tak jako spousta dalších konkrétních příčin a důvodů k tomu, aby byl suicidální pokus spáchán. Sebevraždy existovaly v jakékoliv době a spousta významných autorů si tohoto tématu všímaly jako například T. G. Masaryk.

V dnešní době se vyskytuje mnoho dostupných zdravotně sociálních služeb, které je možné využít. O jejich existenci se může široká veřejnost dozvědět prostřednictvím internetu. Jedinci se sklony k suicidálnímu chování, kteří spáchali sebevražedný pokus, se mohou o těchto službách dozvědět v psychiatrické léčebně pomocí zdravotně sociálních pracovníků.

Diplomová práce byla zaměřena právě na tyto zdravotně sociální služby a cílem celé práce bylo zmapovat zdravotně sociální služby pro osoby se sklony k suicidálnímu chování v regionu Jihlava. Na základě stanoveného cíle byl pomocí polořízených rozhovorů proveden kvalitativní výzkum s osmi respondenty a z něho byly potom vyvozeny výsledky.

Cíl diplomové práce byl splněn. Z konstatovaných výsledků uvedených v diskuzi byly vytvořeny hypotézy: H1: Nejvyužívanější zdravotně sociální službou pro osoby se sklony k suicidálnímu chování je v regionu Jihlava Občanské sdružení VOR. H2: V regionu Jihlava chybí telefonická krizová intervence. H3: Většina osob se suicidálními sklony má konflikt v rodině nebo mezi blízkými. H4: Poskytované zdravotně sociální služby jsou osobami se sklony k suicidálnímu chování vnímány kladně.

Výsledky předložené diplomové práce mohou sloužit pro zkvalitnění zdravotně sociálních služeb v regionu Jihlava, dále mohou být použity pro zpřístupnění a zvýšení informovanosti o těchto službách pro širší veřejnost nebo jako námět pro další výzkumnou činnost.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1) ANDRES, M.; SKOPOVÁ, J. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. 1. vydání. Praha : Galén, 2006. 291 s. ISBN 80-7262-396-6.
- 2) BAUDIŠ, P. *Praktický lékař a sebevražda - rozpoznání rizik*. Praha : Amireport, 1998. 28 s.
- 3) BENTOVIM, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998. 120 s. 80-7169-629-3.
- 4) *Bullet-in* [online]. 2006 [cit. 2010-03-22]. Fakta o sebevraždách. Dostupné z WWW: <<http://www.bullet-in-cz.estranky.cz/clanky/clanky/fakta-o-sebevrazdach>>.
- 5) BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vydání. Praha : Triton, 2008. 450 s. ISBN 978-80-7254-815-6.
- 6) *Centrum primární prevence Vrakbar a Nizkoprahový klub Vrakbar* [online]. 2008-2009 [cit. 2010-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.vrakbar.ic.cz/>>.
- 7) *Centrum U Větrníku - Káčko* [online]. 2005-2008 [cit. 2010-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.kacko-ji.estranky.cz/>>.
- 8) *Český statistický úřad* [online]. 2006 [cit. 2010-04-05]. Sebevraždy podle věku. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/FB004782D5/\\$File/401206k05.pdf](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/FB004782D5/$File/401206k05.pdf)>.
- 9) DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha : Karolinum, 2007. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

- 10) DRAGOMERICKÁ, E. *Sebevražda jako jev sociální patologie - hledisko filozofické, sociologické a psychologické*. Praha : Amireport, 1998. 28 s.
- 11) ERTLOVÁ, F.; MUCHA, J. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. vydání. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 368 s. ISBN 80-7013-379-1.
- 12) *Fathers for life* [online]. 2009 [cit. 2010-02-04]. Suicide rates in countries throughout the world. Dostupné z WWW: <http://fathersforlife.org/health/who_suicide_rates.htm#Map>.
- 13) FILIP, J., et al. *Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic*. Praha : Psychiatrické centrum, 1997. 75 s.
- 14) FRANKEL, B.; KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. 1. vydání. Praha : Lidové noviny, 1998. 149 s. ISBN 80-7106-234-0.
- 15) GJURIČOVÁ, Š.; KOCOURKOVÁ, J.; KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině*. 1. vydání. Praha : Vyšehrad, 2000. 101 s. ISBN 80-70214-16-3.
- 16) HANUŠ, P.; HELLEBRANDOVÁ, K. *Krizová intervence*. 1. vydání. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 24 s. ISBN 80-86991-84-9.
- 17) HÁLA, J. *Psychosociální práce s maladjustovanými osobami*. 1. vydání. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 52 s. Teologická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. ISBN 80-7040-815-4.
- 18) HERMAN, E.; PRÁŠKO, J.; SEIFERTOVÁ, D. *Konziliární psychiatrie*. 1. vydání. Praha : Medical Tribune, 2007. 624 s. ISBN 978-80-7262-498-0.

- 19) HILLMAN, J. *Klíč k duši: cesta za objevením individuálního životního smyslu*. 1. vydání. Praha : Portál, 2000. 296 s. ISBN 80-7178-393-5.
- 20) HONZÁK, R. *Úzkostný pacient*. 1. vydání. Praha : Galén, 2005. 175 s. ISBN 80-7262-367-2.
- 21) HORT, V., et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha : Portál, s.r.o., 2008. 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
- 22) HÝBNEROVÁ, J. *Sebevražedné jednání u dětí a mladistvých*. Brno, 2006. 168 s. Diplomová práce. Filozofická fakulta Masarykovy Univerzity v Brně.
- 23) JURČA, M. *Náhled do života mladých sebevrahů*. Brno, 2007. 101 s. Bakalářská práce. Katedra sociální pedagogiky, Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně.
- 24) KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha : Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-71783-65-X.
- 25) Katalogový soubor typové činnosti STČ – 02/IZS, Č.j.: PO-734/IZS-2005 ze dne 1. června 2005, typová činnost složek IZS při společném zásahu Demonstrování úmyslu sebevraždy.
- 26) KOMANDOVÁ, K. *Psychické poruchy ako rizikový faktor v suiciálnom procese*. Praha : Karolinum, 2009. 50 s. Časopis PSYCHOLOGIE pro PRAXI, dvojčíslo 1-2/2009. ISBN 80-7178-049-9.
- 27) KOUTEK, J.; KOČMANOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vydání. Praha : Portál, 2003. 127 s. ISBN 80-7178-732-9.

- 28)** KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 2. přeprac. vydání. Praha : Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-642-X.
- 29)** MASARYK, T. G. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 5. vydání. Praha : Masarykův ústav AV ČR, 2002. 220 s. ISBN 80-8649-513-2.
- 30)** MATOUŠEK, O., et al. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- 31)** *Občanská poradna Jihlava* [online]. 2010 [cit. 2010-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.obcanskaporadna.cz/>>.
- 32)** *Občanské sdružení pro podporu a péči o duševně nemocné VOR Jihlava* [online]. 2008 [cit. 2010-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.os-vor.cz/>>.
- 33)** PASCUAL, P. *Fisterra* [online]. 2005 [cit. 2010-03-11]. Suicidální pacient (El paciente suicida). Dostupné z WWW: <<http://www.fisterra.com/guias2/suicida.asp>>.
- 34)** PAVLOVSKÝ, P., et al. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3. rozš. a aktualiz. vydání. Praha : Grada, 2009. 226 s. ISBN 978-80-247-2618-2.
- 35)** PETERKOVÁ, M. *Psychoweb* [online]. 2008 [cit. 2010-04-14]. Deprese - co to je. Dostupné z WWW: <<http://www.deprese.psychoweb.cz/>>.
- 36)** PIRNEROVÁ, D. *Měsíčník zdraví* [online]. 2003 [cit. 2010-04-30]. Bipolární porucha - jednou dole, jednou nahoře. Dostupné z WWW: <<http://www.mesicnikzdravi.cz/200312/bipolarni.htm>>.

- 37) PRAŠKO, J. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006 [cit. 2010-05-04]. Péče o suicidálního pacienta. Dostupné z WWW: <www.psychiatriepropraxi.cz/savepdfs/psy/2006/04/11.pdf>.
- 38) PRAŠKO, J., et al. *Psychotická porucha a její léčba*. 1. vydání. Praha : Maxdorf, 2001. 90 s. ISBN 80-85912-65-1.
- 39) *Psychocentrum - manželská a rodinná poradna kraje Vysočina* [online]. 2005-2010 [cit. 2010-04-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.psychocentrum.cz/>>.
- 40) RADIMSKÝ, M., et al. *Psychiatrie II.* 2. přeprac. vydání. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 217 s. ISBN 80-7013-350-3.
- 41) ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a doplněné vydání. Praha : Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.
- 42) SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nosologie, diagnostika*. 2. revid. vydání. Praha : Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-8.
- 43) STATISTIKY SEBEVRAŽD - Policejní prezidium Praha.
- 44) ŠLAISOVÁ, I.; HOSÁK, L.; MICHÁLKOVÁ, V. *Ošetřovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium*. 1. vydání. Hradec Králové : Nukleus HK, 2004. 89 s. ISBN 80-86225-51-8.
- 45) ŠPATEKOVÁ, N., et al. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vydání. Praha : Grada, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.

- 46) TIŠL, B. *Práce se sebevražedným jedincem v přímém kontaktu*. České Budějovice, 2008. 70 s. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- 47) TOMANOVÁ, V. Svět ohrožují sebevraždy. *Pestrý svět* [online]. 1.3.2007, 3., [cit. 2010-04-30]. Dostupný z WWW: <http://www2.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/1_3_2007_svet_ohrozuj_i_sebevrazdy>.
- 48) TOMEŠ, I. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenosti*. 2. vydání. Praha : Socioklub, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9.
- 49) ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 2. vydání. Praha : Slon, 2007. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.
- 50) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání. Praha : Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
- 51) VODÁČKOVÁ, D., et al. *Krizová intervence*. 1. vydání. Praha : Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
- 52) Vyhláška ministerstva životního prostředí České republiky č. 434/1992 Sb. ze dne 28. července 1992 o zdravotnické záchranné službě.
- 53) Zákon ČNR č. 96/2004 Sb. ze dne 3. března 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).
- 54) Zákon ČNR č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, o sociálních službách.

55) Zákon ČNR č. 206/2009 Sb. ze dne 17. června 2009, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony.

56) *Zdraví 21 : Zdraví pro všechny v 21. století.* Praha : MZ ČR, 2003. 124 s. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. ISBN 80-85047-99-3.

8. Klíčová slova

Náročná životní situace

Sebevražedný jedinec

Suicidální pokus

Typy sebevražd

Zdravotně sociální služby

9. Přílohy

Příloha č. 1 - Statistiky sebevražd za roky 2006 – 2008

Příloha č. 2 - Seznam otázek pro položený rozhovor

Příloha č. 3 - Kontakty na krizové linky a centra v ČR

Příloha č. 4 - Informovaný souhlas s rozhovorem

9. Přílohy

Příloha č. 1 - Statistiky sebevražd za roky 2006 – 2008

Příloha č. 2 - Seznam otázek pro položený rozhovor

Příloha č. 3 - Kontakty na krizové linky a centra v ČR

Příloha č. 4 - Informovaný souhlas s rozhovorem

Příloha č. 1

Statistiky sebevražd rok 2006 – 2007

Sebevraždy podle pohlaví a rodinného stavu - Česká republika (rok 2006)

Rodinný stav	Muži	Ženy	Celkem	Muži v %	Ženy v %	Celkem v %
nezjištěno	66	21	87	4,99	6,25	5,25
svobodný(á)	366	54	420	27,69	16,07	25,33
ženatý, vdaná	516	130	646	39,03	38,69	38,96
rozvedený(á)	252	49	301	19,06	14,58	18,15
ovdovělý(á)	91	79	170	6,88	23,51	10,25
druh, družka	31	3	34	2,34	0,89	2,05
Celkem	1322	336	1658	100,00	100,00	100,00

Sebevraždy podle pohlaví a rodinného stavu - Česká republika (rok 2007)

Rodinný stav	Muži	Ženy	Celkem	Muži v %	Ženy v %	Celkem v %
nezjištěno	100	24	124	7,58	8,05	7,67
svobodný(á)	386	53	439	29,26	17,79	27,15
ženatý, vdaná	485	100	585	36,77	33,56	36,18
rozvedený(á)	241	45	286	18,27	15,10	17,69
ovdovělý(á)	92	74	166	6,97	24,83	10,27
druh, družka	15	2	17	1,14	0,67	1,05
Celkem	1319	298	1617	100,00	100,00	100,00

Sebevraždy podle pohlaví a vzdělání - Česká republika (rok 2006)

Vzdělání	Muži	Ženy	Celkem	Muži v %	Ženy v %	Celkem v %
nezjištěno	543	144	687	41,07	42,86	41,44
základní neukončené	30	11	41	2,27	3,27	2,47
základní ukončené	244	58	302	18,46	17,26	18,21
střední odborné	360	69	429	27,23	20,54	25,87
úplné střední odborné	54	21	75	4,08	6,25	4,52
úplné střední všeobecné	25	13	38	1,89	3,87	2,29
bakalářské	1	0	1	0,08	0,00	0,06
vysokoškolské	65	20	85	4,92	5,95	5,13
Celkem	1322	336	1658	100,00	100,00	100,00

Sebevraždy podle pohlaví a vzdělání - Česká republika (rok 2007)

Vzdělání	Muži	Ženy	Celkem	Muži v %	Ženy v %	Celkem v %
nezjištěno	576	163	739	43,67	54,70	45,70
základní neukončené	24	6	30	1,82	2,01	1,86
základní ukončené	232	54	286	17,59	18,12	17,69
střední odborné	326	45	371	24,72	15,10	22,94
úplné střední odborné	64	14	78	4,85	4,70	4,82
úplné střední všeobecné	23	6	29	1,74	2,01	1,79
bakalářské	3	0	3	0,23	0,00	0,19
vysokoškolské	71	10	81	5,38	3,36	5,01
Celkem	1319	298	1617	100,00	100,00	100,00

Sebevraždy podle pohlaví a způsobu provedení - Česká republika (rok 2006)

Způsob provedení	Muži	Ženy	Celkem	Muži v %	Ženy v %	Celkem v %
jiným způsobem	39	13	52	2,95	3,87	3,14
oběšením, udušením, uškrcením	748	111	859	56,58	33,04	51,81
zastřelením služební zbraní	2	2	4	0,15	0,60	0,24
zastřelením legálně drženou zbraní	100	5	105	7,56	1,49	6,33
zastřelením nelegálně drženou zbraní	61	6	67	4,61	1,79	4,04
zastřelením nezjištěnou zbraní	5	0	5	0,38	0,00	0,30
utopením	12	19	31	0,91	5,65	1,87
otrava plynem	28	1	29	2,12	0,30	1,75
otrava jedy	17	10	27	1,29	2,98	1,63
sečnou zbraní	14	2	16	1,06	0,60	0,97
výbušninou	2	0	2	0,15	0,00	0,12
skokem, lehnutím pod pohybující se objekt	79	23	102	5,98	6,85	6,15
skokem z výšky	88	41	129	6,66	12,20	7,78
drogou nebo léky	48	61	109	3,63	18,15	6,57
úmyslnou havárií	4	0	4	0,30	0,00	0,24
upálením	9	2	11	0,68	0,60	0,66
skokem z mostu	6	1	7	0,45	0,30	0,42
skokem z okna	28	28	56	2,12	8,33	3,38
skokem z přírodního útvaru	3	0	3	0,23	0,00	0,18
podřezáním	29	11	40	2,19	3,27	2,41
Celkem	1322	336	1658	100,00	100,00	100,00

Sebevraždy podle pohlaví a způsobu provedení - Česká republika (rok 2007)

Způsob provedení	Muži	Ženy	Celkem	Muži v %	Ženy v %	Celkem v %
jiným způsobem	47	9	56	3,56	3,02	3,46
oběšením, udušením, uškrcením	766	88	854	58,07	29,53	52,81
zastřelením služební zbraní	4	0	4	0,30	0,00	0,25
zastřelením legálně drženou zbraní	94	4	98	7,13	1,34	6,06
zastřelením nelegálně drženou zbraní	52	1	53	3,94	0,34	3,28
zastřelením nezjištěnou zbraní	2	0	2	0,15	0,00	0,12
utopením	16	14	30	1,21	4,70	1,86
otrava plynem	26	2	28	1,97	0,67	1,73
otrava jedy	12	7	19	0,91	2,35	1,18
sečnou zbraní	16	3	19	1,21	1,01	1,18
výbušninou	2	0	2	0,15	0,00	0,12
skokem, lehnutím pod pohybující se objekt	66	20	86	5,00	6,71	5,32
skokem z výšky	83	42	125	6,29	14,09	7,73
drogou nebo léky	55	68	123	4,17	22,82	7,61
úmyslnou havárií	3	3	6	0,23	1,01	0,37
upálením	5	0	5	0,38	0,00	0,31
skokem z mostu	6	1	7	0,45	0,34	0,43
skokem z okna	36	29	65	2,73	9,73	4,02
skokem z přírodního útvaru	4	0	4	0,30	0,00	0,25
podřezáním	24	7	31	1,82	2,35	1,92
Celkem	1319	298	1617	100,00	100,00	100,00

Sebevraždy podle pohlaví a motivu - Česká republika (rok 2006)

Motiv	Muži	Ženy	Celkem	Muži v %	Ženy v %	Celkem v %
bez zjištěné motivace	317	60	377	23,98	17,86	22,74
konflikty a problémy rodinné	152	36	188	11,50	10,71	11,34
konflikty a problémy sex. či vztahové	58	9	67	4,39	2,68	4,04
konflikty a problémy pracovní	39	8	47	2,95	2,38	2,83
konflikty a problémy školní	4	3	7	0,30	0,89	0,42
konflikty a problémy existenční	125	9	134	9,46	2,68	8,08
politický	0	0	0	0,00	0,00	0,00
náboženský	2	1	3	0,15	0,30	0,18
obava z trestního stíhání	12	1	13	0,91	0,30	0,78
duševní onemocnění	127	87	214	9,61	25,89	12,91
fyzické onemocnění	170	40	210	12,86	11,90	12,67
náhla deprese	170	45	215	12,86	13,39	12,97
psychické problémy	90	30	120	6,81	8,93	7,24
jiná motivace	56	7	63	4,24	2,08	3,80
Celkem	1322	336	1658	100,00	100,00	100,00

Sebevraždy podle pohlaví a motivu - Česká republika (rok 2007)

Motiv	Muži	Ženy	Celkem	Muži v %	Ženy v %	Celkem v %
bez zjištěné motivace	383	53	436	29,04	17,79	26,96
konflikty a problémy rodinné	142	18	160	10,77	6,04	9,89
konflikty a problémy sex. či vztahové	47	7	54	3,56	2,35	3,34
konflikty a problémy pracovní	38	2	40	2,88	0,67	2,47
konflikty a problémy školní	3	2	5	0,23	0,67	0,31
konflikty a problémy existenční	112	11	123	8,49	3,69	7,61
politický	0	0	0	0,00	0,00	0,00
náboženský	0	1	1	0,00	0,34	0,06
obava z trestního stíhání	6	1	7	0,45	0,34	0,43
duševní onemocnění	109	65	174	8,26	21,81	10,76
fyzické onemocnění	165	43	208	12,51	14,43	12,86
náhla deprese	166	38	204	12,59	12,75	12,62
psychické problémy	112	43	155	8,49	14,43	9,59
jiná motivace	36	14	50	2,73	4,70	3,09
Celkem	1319	298	1617	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Policejní prezidium České republiky(43)

Statistiky sebevražd rok 2008

Sebevraždy podle věku, pohlaví a vzdělání - Česká republika (rok 2008)																						
Vzdělání	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
	<15	<15	15-18	15-18	18-20	18-20	20-25	20-25	25-30	25-30	30-40	30-40	40-50	40-50	50-60	50-60	60-70	60-70	>70	>70	Celkem	Celkem
nezjištěno	0	0	0	0	4	0	23	1	30	6	90	14	94	28	125	45	68	30	114	40	548	164
základní neukončené	3	1	2	1	1	1	5	0	1	0	5	0	1	1	4	1	4	1	3	1	29	7
základní ukončené	0	0	13	5	11	4	12	1	19	1	31	8	27	9	46	12	22	6	32	19	213	65
střední odborné	0	0	0	0	3	1	21	3	21	2	73	11	55	10	61	17	28	2	34	6	296	52
úplné střední odborné	0	0	0	0	0	0	6	1	13	1	7	2	16	4	17	3	7	0	3	1	69	12
úplné střední všeobecné	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	12	0	5	1	2	0	0	1	2	0	24	3
bakalářské	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3	1
vysokoškolské	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	8	0	15	2	19	4	7	3	9	4	63	13
celkem	3	1	15	6	19	6	70	7	90	10	226	35	214	56	275	82	136	43	197	71	1245	317

Sebevraždy podle věku, pohlaví a motivu - Česká republika (rok 2008)																						
Motiv	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
	<15	<15	15-18	15-18	18-20	18-20	20-25	20-25	25-30	25-30	30-40	30-40	40-50	40-50	50-60	50-60	60-70	60-70	>70	>70	Celkem	Celkem
bez zjištěné motivace	1	0	4	0	7	0	20	2	26	2	50	7	47	9	67	10	40	10	38	15	300	55
konflikty a problémy rodinné	0	1	0	1	1	0	3	1	6	1	40	2	31	3	23	4	7	1	6	3	117	17
konflikty a problémy sex. Či vztahové	0	0	1	1	3	0	9	0	9	0	14	1	4	2	7	1	2	0	0	1	49	6
konflikty a problémy pracovní	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	5	0	5	2	7	0	1	0	0	0	21	2
konflikty a problémy školní	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
konflikty a problémy existenční	0	0	0	0	1	0	5	0	7	0	22	3	23	6	37	8	5	1	5	0	105	18
politický	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
náboženský	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
obava z trestního stíhání	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5	0	0	0	1	0	2	1	0	0	10	1
duševní onemocnění	0	0	2	0	1	2	1	1	9	2	24	6	24	12	26	19	12	11	10	10	109	63
fyzické onemocnění	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2	15	4	28	9	27	5	82	16	156	36
náhlá deprese	1	0	3	1	2	1	14	0	11	1	22	1	19	5	20	8	11	5	20	7	123	29
psychické problémy	0	0	3	3	1	1	10	2	18	3	30	11	40	11	45	20	22	9	28	15	197	75
jiná motivace	1	0	0	0	2	0	5	1	1	1	12	2	6	2	14	3	7	0	8	4	56	13
celkem	3	1	15	6	19	6	70	7	90	10	226	35	214	56	275	82	136	43	197	71	1245	317

Zdroj: Policejní prezidium České republiky(43)

Příloha č. 2

Seznam otázek pro položený rozhovor

Mohl/a byste mi na začátek povědět něco o sobě?

Jak jste spokojen/á v práci?

Jaké je to nyní doma?

Jak vycházíte s přáteli?

Jak se v poslední době cítíte?

Co rád/a děláte ve svém volném čase?

Jak jste na tom se zdravím (som. obtíže)?

Kouříte?

Pijete alkohol?

Užíváte nějaké drogy?

Je vám často smutno?

Pláčete hodně?

Jak spíte?

Dělá vám potíže usnout?

Budíte se brzo ráno, aniž byste pak mohl/a znovu usnout?

Cítíte se někdy tak nešťastný/a, že bys chtěl/a spáchat sebevraždu?

Když se vás zeptám na předchozí sebevražedný pokus, můžete mi povědět, co se tehdy vlastně stalo?

Jak vám tehdy bylo?

Jak to vidíte dnes?

Jaká byla reakce vašeho okolí na TS?

Jak se k vám chovají dnes?

Změnila se nějak situace doma (mezi přáteli, s partnerem...) po tomto činu?

Pokud ne – jak byste chtěl/a, aby to vypadalo a co byste vy nebo někdo jiný pro to mohl/a udělat?

Docházel/a jste po vašem TS na nějakou terapii?

Jak často? Jak dlouho?

Pokud by byla možnost nějaké dlouhodobé terapie, uvítal/a byste ji?

Legenda: TS - tentamen suicidii (sebevražedný pokus)

Příloha č. 3

800 200 007

Bezplatná linka důvěry pro seniory je jedinou akreditovanou svého druhu v ČR (u ČAPLD - Česká asociace pracovníků linek důvěry).

BLANSKO

Charitní linka důvěry, Tel.: 800 100 108 nonstop

BRNO

Linka naděje, Tel.: 547 212 333 nonstop

Krizová linka Centra pro zneužívané a týrané děti SPONDEA, Tel: 541 235 511 nonstop

Modrá linka, Tel.: 549 241 010

Krizové centrum, Tel.: 547 192 078

ČESKÁ LÍPA

Linka důvěry, Tel.: 487 853 210

ČESKÉ BUDĚJOVICE

Linka důvěry, Tel.: 387 313 030 nonstop

HAVÍŘOV

Linka důvěry, Tel.: 596 410 888 nonstop

HODONÍN

Linka důvěry, Tel.: 518 341 111

HRADEC KRÁLOVÉ

Linka důvěry, Tel.: 495 273 259 nonstop

Krizová linka ambulance pro drogové závislosti, Tel.: 495 515 907, 602 163 739

CHEB

Linka důvěry, Tel.: 354 438 777

CHRUDIM

Krizové centrum Chrudim, Tel.: 469 623 899

KARVINÁ

Linka důvěry, Tel.: 596 318 080 nonstop

KLADNO

Linka důvěry, Tel.: 312 684 444 nonstop

KROMĚŘÍŽ

Linka důvěry, Tel.: 573 331 888 nonstop

KUTNÁ HORA

Linka důvěry, Tel.: 327 511 111

Centrum krizové intervence, Tel.: 327 511 701, 327 515 144

LIBEREC

Linka důvěry, Tel.: 485 106 464 nonstop

MARIÁNSKÉ LÁZNĚ

Kontaktní a krizové centrum KOTEC, Tel.: 354 620 750

MLADÁ BOLESLAV

Linka důvěry SOS, Tel.: 326 741 481

MOST

Linka duševní tísně, Tel.: 476 701 444

NÁCHOD

Linka pro tebe, Tel.: 491 427 159

OLOMOUC

Linka důvěry, Tel.: 585 414 600 nonstop

Centrum krizové intervence, Tel.: 585 223 737, 585 223 453

OPAVA

Linka důvěry, Tel.: 800 120 612, 553 616 407

Centrum krizové pomoci - kontaktní a poradenské centrum, Tel.: 553 718 487

OSTRAVA

Linka důvěry, Tel.: 596 618 908

Krizové centrum pro děti a rodinu, Tel.: 596 123 555, 596 115 822

PARDUBICE

Linka naděje, Tel.: 466 500 075

Krizové centrum AD 466 510 160

PÍSEK

Linka důvěry, Tel.: 382 222 300

Krizové centrum ARKÁDA, Tel.: 382 211 300

PLZEŇ

Linka důvěry a psychologické pomoci, Tel.: 377 462 312 nonstop

Linka dětské pomoci, Tel.: 377 260 221, 603 444 192

Krizové centrum Regionálního institutu duševního zdraví, Tel.: 377 462 314
Centrum SOS Archa, Tel.: 377 223 221

PRAHA

Linka důvěry RIAPS, Tel.: 222 580 697 nonstop
Linka bezpečí, Tel.: 800 155 555 nonstop
Linka důvěry Centra krizové intervence, Tel.: 284 016 666 nonstop
Linka důvěry Dětského krizového centra, Tel.: 241 484 149 nonstop
Linka důvěry Diakonie, Tel.: 222 514 040
Gay-linka pomoci, Tel.: 222 514 040
DONA - linka pomoci obětem domácího násilí, Tel.: 251 511 313 nonstop
Růžová linka pro děti, Tel.: 272 736 263
Linka pro rodiče Linky bezpečí, Tel.: 283 852 222
Senior telefon, Tel.: 222 221 771 nonstop
Otevřená linka armády, Tel.: 220 210 200, 220 210 255
HELP LINE AIDS, Tel.: 224 915 564
Národní linka prevence AIDS, Tel.: 800 144 444
Linka pomoci SAP (Společnost AIDS pomoc), Tel.: 224 814 284
Poradenská linka K-CENTRUM, Tel.: 283 872 186
Poradenská linka PREV-CENTRUM, Tel.: 233 355 459
Poradenská linka Společnosti pro studium sekt, Tel.: 257 314 646
Psychoterapeut.cz, Tel.: 608 284 555, 608 033 677, <http://www.psychoterapeut.cz>
Nádorová telefonní linka, Tel.: 224 920 935
Krizové centrum RIAPS, Tel.: 222 586 768
SOS centrum Diakonie, Tel.: 222 511 912
Centrum krizové intervence, Tel.: 284 016 110
Dětské krizové centrum, Tel.: 241 480 511
Linka vzkaz domů, Tel. 800 111 113
Krizové centrum pro studenty, Tel.: 283 880 816
Linka psychopomoci, Tel.: 224 214 214 pro celou ČR
Diabasis (psychospirituální krize), Tel.: 603 572 710

PRACHATICE

Linka důvěry, Tel.: 388 310 147
Krizové a kontaktní centrum, Tel.: 388 310 147

PŘEROV

Linka důvěry, Tel.: 581 207 900 nonstop
KAPPA - kontaktní a krizové centrum, Tel.: 581 207 901

PŘÍBRAM Linka důvěry, Tel.: 318 631 800

SVITAVY

Linka důvěry, Tel.: 461 541 541
Krizové centrum KROK, Tel.: 461 532 604

SOKOLOV

Linka naděje, Tel.: 352 622 962

TŘEBONĚ

Poradenská linka k problematice drogových závislostí CITADELA, Tel.: 384 722 227

ÚSTÍ NAD LABEM

Linka důvěry, Tel.: 475 600 789 nonstop

Krizová linka pomoci Centra krizové intervence, Tel.: 475 603 390

Centrum krizové intervence, Tel.: 475 603 390

ÚSTÍ NAD ORLICÍ

Linka důvěry, Tel.: 465 524 252

Internet: <http://linkaduveryuo.wz.cz>

VIMPERK

Linka důvěry, Tel.: 388 414 140

Krizové a kontaktní centrum, Tel.: 388 414 140

VLAŠIM

Linka důvěry Střediska křesťanské pomoci mladým, Tel.: 317 844 481 nonstop

VSETÍN

Linka důvěry, Tel.: 571 413 300 nonstop

Krizové centrum pro ženy a děti, Tel.: 571 421 062

ZLÍN

Linka SOS, Tel.: 577 431 333 nonstop

Krizové centrum DOMEK, Tel.: 577 242 786, 606 818 818

ZNOJMO

Linka naděje, Tel.: 515 220 202

(23)

Příloha č. 4

Informovaný souhlas s rozhovorem

Jméno a příjmení pacienta:

RČ.....

Souhlasím, že v rámci kontrolního vyšetření u PhDr. Šedové Jaroslavy se zúčastním rozhovoru s panem Bořivojem Tišlem za účelem výzkumu pro diplomovou práci.

V rámci výzkumu ani při prezentaci výsledků nebudou použity žádné osobní identifikační údaje (jméno, přesné datum narození, rodné číslo, adresa bydliště). Tento informovaný souhlas zůstane součástí dokumentace na Psychiatrické léčebně Jihlava (22).

V Jihlavě dne

Podpis klienta:

Podpis psychologky: