

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské výchovy
Sociální pedagogika

Veronika Juřicová

Sebevražedné chování mladistvých

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Doc. Ing. Mgr. Mgr. Peter Tavel, Ph.D.

2011

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala
samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.*

.....
Podpis autora práce

Poděkování

Za pomoc, připomínky, laskavý přístup a cenné rady při vedení této bakalářské práce velmi děkuji panu docentu Ing. Mgr. Mgr. Petru Tavelovi, Ph.D.

Dále poděkování směřuje k mé kamarádce, díky které mohl být kvalitativní výzkum realizován.

Děkuji.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 VYMEZENÍ POJMU SEBEVRAŽDA, SEBEVRAŽEDNÉ CHOVÁNÍ	7
2 HISTORIE SEBEVRAŽD.....	9
3 RIZIKOVÉ FAKTORY SUICIDÁLNÍHO CHOVÁNÍ DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH.....	12
3.1 SUICIDÁLNÍ JEDNÁNÍ A RODINA.....	13
3.2 ŠKOLNÍ NEÚSPĚCH	14
3.3 VÝZNAM VRSTEVNICKÝCH VZTAHŮ	15
3.4 ZDRAVOTNÍ STAV	15
3.5 SOCIÁLNÍ SITUACE	16
3.6 DALŠÍ RIZIKOVÉ FAKTORY	16
4 FORMY SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ.....	18
4.1 SUICIDÁLNÍ MYŠLENKY	18
4.2 SUICIDÁLNÍ POKUS.....	19
4.3 SUICIDIUM.....	20
4.3.1 KLASICKÉ DĚLENÍ SEBEVRAŽD.....	21
4.3.2 DĚLENÍ DLE MNOŽSTVÍ ANGAŽOVANÝCH OSOB.....	21
4.3.3 DĚLENÍ DLE PŮVODU MOTIVU.....	22
4.3.4 DĚLENÍ DLE EMILA DURKHEIMA	22
4.4 NĚKTERÉ TECHNIKY SUICIDIA	23
4.4.1 OBĚŠENÍ.....	23
4.4.2 UTOPENÍ.....	23
4.4.3 POŘEZÁNÍ A UBODÁNÍ.....	23
4.4.4 OTRAVY JEDEM	23
4.4.5 POLKNUTÍ PŘEDMĚTŮ	24
4.4.6 OTRAVY PLYNEM A UDUŠENÍM.....	24
4.4.7 STŘELNÉ ZBRANĚ	24
4.4.8 SKOK Z VÝŠKY.....	24
4.4.9 UPÁLENÍ.....	24
4.4.10 SMRT POD DOPRAVNÍM PROSTŘEDKEM	25
4.4.11 SEBEVRAŽDA ZA POMOCI ZVÍŘAT.....	25
4.4.12 SEBEVRAŽDA VÝBUŠNINOU	25

4.5	RŮZNÉ VLIVY	26
5	„STÍNOVÉ SEBEVRAŽDY“: SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	28
5.1	ZPŮSOBY SEBEPOŠKOZOVÁNÍ	29
5.2	SEBEPOŠKOZOVÁNÍ A SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ	31
6	PREVENCE A LÉČBA SUICIDÁLNÍHO CHOVÁNÍ	33
6.1	DRUHY POMOCI	34
6.1.1	TERAPIE	34
6.1.2	KRIZOVÁ INTERVENCE	35
6.1.3	PSYCHOTERAPIE	36
6.1.4	FARMAKOTERAPIE	36
7	PRAKTICKÁ ČÁST	37
7.1	FORMULACE VÝZKUMNÉ OBLASTI	37
7.2	CÍL VÝZKUMU	37
7.3	METODOLOGIE	37
7.4	METODY SBĚRU A ZPRACOVÁNÍ DAT	37
7.5	ANALÝZA DAT	38
7.6	ETICKÉ OTÁZKY VÝZKUMU	38
7.7	PŘÍPADOVÁ STUDIE	39
7.7.1	ÚVOD	39
7.7.2	NAROZENÍ A DĚTSTVÍ	39
7.7.3	PUBERTA	41
7.7.4	KAROLÍNINA ÚVAHA O SEBEPOŠKOZOVÁNÍ, KTEROU SI NAPSALA DO DENÍKU V OBDOBÍ TOHOTO JEDNÁNÍ	43
7.7.5	STŘEDNÍ ŠKOLA	44
7.7.6	VYSOKÁ ŠKOLA	46
7.7.7	MOŽNÉ DŮVODY KAROLÍNINA SUICIDÁLNÍHO CHOVÁNÍ	47
7.7.8	MOŽNÉ OKOLNOSTI, KTERÉ KAROLÍNĚ PŘI STRESOVÝCH SITUACÍCH POMOHLY	48
7.8	SROVNÁNÍ S LITERATUROU	49
	ZÁVĚR	52
	POUŽITÉ ZDROJE	53
	SEZNAM PŘÍLOH	55

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou suicidálního chování. Je rozdělena do části teoretické a části praktické.

V části teoretické se pozornost zaměřuje na vymezení pojmu sebevražda a sebevražedné chování, historii sebevražd, rizikové faktory suicidálního chování dětí a dospívajících, formy a techniky sebevražedného jednání, sebepoškozování, prevenci a léčbu suicidálního chování.

Jako formu výzkumu v části praktické, zvolil badatel kvalitativní výzkum s výzkumnou strategií případové studie. Volba respondenta byla předem jasná, jelikož tuto osobu zná badatel bezmála osmnáct let a pojí je dlouhodobé přátelství. Jejich přátelský vztah je odjakživa založen na důvěře, porozumění a svěřování. Rovněž v postupu let výzkumník věděl o tomto závažném problému, s kterým se zkoumaná osoba potýká.

O tuto tematiku se badatel zajímá delší dobu, jelikož se s ní setkal v několika případech, jak v nejbližším okolí, tak i nepřimo. Některé případy skončily tím nejhorším možným vyústěním, jiné naštěstí ne. Proto je třeba na tento fenomén upozornit a snažit se přijít na různé okolnosti, které určité osoby vedou k tak beznadějnému a závažnému jednání, jako je suicidální chování a suicidium. Badatel se snaží prostřednictvím kvalitativního výzkumu alespoň krátce pohlédnout do života mladého člověka, který se řadu let s problémem suicidálního chování potýkal, popřemýšlet nad tím, co může mladého člověka k takovému jednání vést, co prožívá a položit si otázku, zda už tedy v rámci budoucnosti, bude jeho životní cesta nasměrovaná vhodnějším směrem, či je vlastně člověk s takovým prožitkem jednou nohou tady a jednou tam, kde je vše jiné. Ovšem najít odpověď a hledat řešení bývá velmi náročné.

1 VYMEZENÍ POJMU SEBEVRAŽDA, SEBEVRAŽEDNÉ CHOVÁNÍ

„Jako sebevraždu označujeme všechny smrtelné případy, jež jsou důsledkem činu spáchaného přímo obětí s úmyslem, nebo s cílem se zabít, pokud nejde o obětování.“
*Achille Delmas (1932)*¹

„Sebevražda je čin, jímž si člověk, obvykle vědomě, přivodí smrt, kterou pokládá za prostředek, nebo konec.“ *Baechler (1975)*²

Suicidium a suicidální chování patří mezi závažné problémy, kterými se zabývá řada odborníků. Můžeme na tento problém pohlížet z mnoha hledisek, ať už z hlediska medicínského, psychologického, etického, právního, filozofického, či sociologického. Při tomto jednání velmi často dochází k porušení zdraví a také ke smrti. V těchto případech nezasahují jen praktičtí lékaři, ale také další odborníci z tzv. somatických oborů dle charakteru poranění a aktuálního postižení zdravotního stavu. Pokud není bezprostředně ohrožen život pacienta a je tedy jeho stav stabilizován, na pomoc přichází psychiatři a psychologové, jejichž úkolem je posoudit psychický stav a navrhnout následné řešení a léčbu. V každém případě, pokud je zřejmé nebezpečí sebevražedného chování a nedošlo ještě k přímému poškození zdraví, potom prvotní role náleží psychologům a psychiatrům. Je jasné, že v momentě, kdy došlo k dokonané sebevraždě, tedy k letálnímu završení sebevražedného jednání, medicína již pomoci této osobě nemůže.³

Do suicidálních projevů patří široká škála chování a prožívání, na nichž se podílejí behaviorální, emoční, kognitivní a interpersonální aspekty. U těchto projevů existují přítomné vědomé i nevědomé motivy a souvislosti.⁴

Suicidium tedy znamená vědomé a úmyslné ukončení vlastního života. V širším slova smyslu existuje pojem suicidální chování, který zahrnuje vedle

¹ MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti.* Praha: Dybbuk, 2003.

² MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti.* Praha: Dybbuk, 2003.

³ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících.* Praha: Portál, 2007.

⁴ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících.* Praha: Portál, 2007.

dokonaných suicidií i suicidální pokusy, myšlenky, fantazie, záměry. Přitom přání člověka zemřít nemusí být tolik jednoznačné. Velké množství osob, které se o suicidium pokusí, může mít ambivalentní postoj k životu. Chtějí zároveň žít i zemřít. Tato myšlenka bývá rovněž spojena s různými fantaziemi, depresivního i agresivního směru.⁵

Po úrazech a vraždách je sebevražda třetí nejčastější příčinou smrti dospívajících. V celkovém průměru se ale mezi mladými lidmi vyskytuje suicidální chování velmi zřídka. S věkem stoupá počet sebevražd a výrazně narůstá až u osob ve věku nad 60 let. I v současné době se vyskytuje nejméně sebevražd ze všech věkových kategorií ve věkové skupině mezi 15 a 24 lety.⁶ Nicméně se sebevraždy dospívajících staly bolestivým problémem, jelikož se jejich počet za posledních čtyřicet let ztrojnásobil.⁷

Lidé plánující sebevraždu dávají ve velké většině případů tento svůj stav nějakým způsobem najevo. Také člověk, uvažující o sebevraždě, v důsledku silné deprese, bude své rozpoložení projevovat určitými známkami.⁸ V dospívajícím období jsou stavy jako deprese a riziko sebevraždy daleko obtížněji rozpoznatelné, jelikož deprese často bývá obvyklou součástí dospívání. Vhodné podmínky pro vznik deprese může způsobit např. tělesný růst, hormonální změny, větší odpovědnost, nové možnosti, tlaky a napětí spojené s oddělováním od rodiny a mnohé další. Tyto dramatické a rychlé situace si vyžadují zpracování a přizpůsobení a mohou být tedy velmi stresující. I člověk, který není v depresi, může být po určitou dobu přemožen množstvím nových požadavků, kterým je nutné se přizpůsobit. Stres se může nahromadit také v důsledku rozvádějících se rodičů, či v důsledku závažných domácích změn, jelikož konflikt s rodiči je dalším typickým znakem dospívání.⁹

⁵ Srov. *Suicidium* [online]. Posl. aktualizace 2010 [cit. 8. 1. 2011]. Dostupné na WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/06/03.pdf>>.

⁶ Srov. FRANKEL, B. KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. Praha: NLN, s. r. o., 1998.

⁷ Srov. FRANKEL, B. KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. Praha: NLN, s. r. o., 1998.

⁸ Srov. FRANKEL, B. KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. Praha: NLN, s. r. o., 1998.

⁹ Srov. FRANKEL, B. KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. Praha: NLN, s. r. o., 1998.

2 HISTORIE SEBEVRAŽD

Suicidium (nebo-li sebevraždnost jako sociální jev) má nejen dimenzi „osobní“, individuální, která je neodmyslitelná, ale rovněž i dimenzi civilizační, sociokulturní. Se světem lidských hodnot, zejména tedy s postojem člověka ke smrti vůbec, úzce souvisí sebevražedné jednání. Tento postoj je podmíněn mimo jiné i sociokulturně a historicky. V minulosti, či v přítomnosti nelze studovat žádnou sebevraždu mimo širší sociokulturní rámec. Svobodně rozhodnout o zániku lidské existence, což je specificky lidská výsada, je tedy do jisté míry dobově podmíněno.¹⁰

Ve všech údobích civilizačního vývoje člověka sebevraždu nacházíme a zdá se také, že počet suicidií roste s rozvojem civilizace. Není rovněž výjimkou, že se sebevražedné chování vyskytuje u národů a skupin s nízkou civilizační úrovní. Způsoby a motivy provedení činu se u nich v podstatě shodují se suicidálním jednáním civilizovaných národů. Sexuální motivy jsou zvýrazněny u primitivních skupin, jako je např. nevěra, tedy obava před trestem za nevěru, ztráta partnera, dále zde patří motivy protestu vůči špatnému nakládání a nesvobodě. Motiv msty se rovněž uplatňuje ve větší míře (sebevražda jako msta figuruje v našich sociokulturních podmínkách především v suicidálním jednání mládeže).¹¹

Sebevražedné chování bývá také ovlivněno nejrůznějšími pověrami a specifickými životními podmínkami těchto primitivních etnických skupin. Také existují národy, které pokládají dobrovolnou smrt za přirozenou (např. severoasijské kmeny). Mezi kladnou hodnotu dobrovolné smrti, nebo vůbec násilné smrti člověka v jeho plné síle vyplývá představa, že se mrtvý člověk octne na onom světě ve stavu takovém, v jakém zemřel. Suicidium je u těchto skupin velmi časté.¹²

Vliv tradic a představ, které jsou podmíněny bráhmanismem, konfucianismem a buddhismem přežívá do současnosti v názorech na dobrovolnou smrt. Např. japonské „harakiri“, které patří do rituálních forem sebevraždy a jedná se o suicidium rozříznutím břicha, se udrželo až po naše dny. Původně byla tato sebevražda významnou součástí kodexu cti válečné kasty samurajů a vyjadřovala

¹⁰ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Copyright, 1996.

¹¹ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Copyright, 1996.

¹² Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Copyright, 1996.

určitou pohotovost těchto válečníků ke krajní sebeoběti pro vládcu. V pozdější době se stalo „harakiri“ symbolem protestu vůči jednání, které jedince pokořovalo, či zneuctvovalo. Tento zafixovaný postoj k sebevraždě umožnil japonskému vojenskému velení za 2. světové války zřizovat čtyři dobrovolníky, kteří se v přímém útoku na nepřátelský cíl ve speciálních letadlech, či torpédech dobrovolně obětovali. Následně po porážce Japonska spáchal větší počet osob suicidium, rovněž mimo jiné formou „harakiri“. Tento způsob sebevraždy je v našem sociokulturním prostředí zcela ojedinělý.¹³

Krose v roce 1906 uvedl, že ještě v Indii roku 1820 bylo zaznamenáno 2366 případů veřejného upálení ovdovělých žen. Tento způsob suicidálního chování je odlesk staletých, až tisíciletých náboženských tradic Východu. Dobrovolná smrt hadím uštknutím, kterou si zvolila staroegyptská vládkyně Kleopatra, byla zaznamenána již antickými historiky a spisovateli. Na podkladě moderních poznatků o způsobu života ve starém Egyptě ukázal v roce 1925 Spiegelberg, že tuto formu sebevraždy Kleopatra nevolila pro její bezbolestnost, ale proto, že dle tehdejších egyptských náboženských představ znázorňovali had a krokodýl inkarnovaná zvířata. Tímto způsobem chtěla Kleopatra zdůraznit božský původ své vlády.¹⁴

V antickém Řecku a Římě se období, která byla příznivá suicidiu, střídala s obdobími, ve kterých bylo suicidium odsuzováno a postihováno, buď veřejným míněním, či státní mocí. Donucen vnějšími okolnostmi, skončil sebevraždou Sokrates, jež patřil k vynikajícím řeckým osobnostem. Platon, který byl Sokratův žák, odsuzoval jakoukoliv násilnou a nepřírozenou smrt. Za zbabělce považoval sebevraha Aristoteles. V pozdější době některé antické směry, kupříkladu stoicismus, dobrovolnou smrt prezentovaly jako pozitivní lidský postoj. Ke konci starověku se v Řecku a v Římské říši mimořádně sebevražednost rozšířila v důsledku všeobecného ekonomického, morálního a politického úpadku.¹⁵

Křesťanský středověk se vůči sebevraždě stavěl jednoznačně negativně. Z hlediska křesťanského není sebevražda jen „útekem ze života“, ale „vzpourou proti Bohu“. Sebevražda je proto pro křesťana smrtelným hříchem. Tudíž se sebevraždy vyskytovaly ve středověku jen v mizivém procentu. Je třeba ale přiznat, že mohly být

¹³ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Copyright, 1996.

¹⁴ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Copyright, 1996.

¹⁵ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Copyright, 1996.

někdy okolím sebevrahů utajovány. Potom figurovaly kupříkladu jako nešťastná náhoda (sebezabití), či jako duševní porucha. V aktivně žitých křesťanských společnostech je dodnes výskyt sebevraždy nízký, přitom u katolíků je nižší sebevraždy než u protestantů, což v minulosti konstatoval už Masaryk.¹⁶

V dalších stoletích (již v novověku) učinili průlom do křesťanského středověkého pojetí sebevraždy zastánci osvícenské a humanisticko-racionalistické filozofie. Do zastánců této filozofie patřil Th. Morus (1478-1555), později Hume (1711-1776), Ch. L. Montesquieu (1689-1755), A. Voltaire (1694-1778) a J. J. Rousseau (1712-1778). I když s určitými výhradami hlásali právo člověka rozhodovat svobodně o svém životě. Naopak Kant jednoznačně sebevraždu odsuzoval.¹⁷

Zhruba na přelomu 18. a 19. století nastává zásadní obrat v posuzování sebevraždy. Pozornost se obrací na faktickou stránku suicidálního chování. Do té doby se posuzoval problém sebevraždy třemi základními aspekty a to eticko-náboženskými, filozofickými a právními úvahami. Začíná být položen základ vědeckého výzkumu sebevraždy. V tomto období vznikají první statistické přehledy o suicidích.¹⁸

Tím se pomalu dostáváme do současnosti, kdy vznikají samostatné výzkumné přístupy k suicidům z pozice jednotlivých vědních disciplín.¹⁹

¹⁶ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Copyright, 1996.

¹⁷ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Copyright, 1996.

¹⁸ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Copyright, 1996.

¹⁹ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Copyright, 1996.

3 RIZIKOVÉ FAKTORY SUICIDÁLNÍHO CHOVÁNÍ DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Rizikové faktory suicidálního chování patří do důležité problematiky při prevenci, při posuzování hrozby suicidálního jednání a plánování následné terapie. Některé z faktorů působí spíše na úrovni biologické, jiné na úrovni psychologické, či sociální. Také je patrné, že různé faktory a okolnosti se mohou ve svém účinku doplňovat i umocňovat. Příkladem se může stát předcházející suicidální chování v rodině. Kde u této osoby může docházet k biologicky podmíněné hereditární dispozici, k možnosti identifikace a nápodoby, k vzorcům interakce v rodině apod. Pro dospělý věk uvádí Kaplan a Sadock tyto důležité rizikové faktory: předcházející suicidální pokusy, nebo gesta, násilnost metody, důkladnost plánu a přípravy, vážný úmysl zemřít, malá možnost záchrany, bizarnost metody, psychiatrické onemocnění, anamnéza somatického onemocnění, životní situace, současný stres, rodinná historie, rodinný stav.²⁰

Některé z těchto okolností platí jak pro dospělý věk, tak pro dětský a adolescentní věk. Nespecifickým faktorem se může stát dlouhodobě nepříznivá situace v rodině, rozvod rodičů, či konfliktní rodina. Na takovou situaci dítě reaguje různě, od psychosomatických obtíží, přes poruchy chování, až k depresivní poruše s případným sebevražedným jednáním. Je možno tedy uvažovat o faktorech spouštějících suicidální jednání, do kterých lze zařadit například konflikt s rodiči, s přítelem, či s přítelkyní, školní neúspěch a mnoho dalších situací. Následně tyto spouštěče často navazují na již vzniklá rizika a společně vedou k suicidálnímu jednání. Je ale důležité uvést i jiné faktory a okolnosti působící naopak proti neadaptivnímu chování a jednání. Tímto faktorem může být například fungující rodina, bohaté zájmy, dobré vztahy ve vrstevnickém kolektivu atd.²¹

Ve studiích a analýzách suicidálního chování u mladších věkových kategorií a v úvahách o jejich odlišnosti od sebevražd dospělých, se rovněž málo přihlíží k důležité okolnosti, že totiž suicidium nedospělého člověka a to zejména dítěte,

²⁰ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

²¹ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

je většinou bezprostřední reakcí na nějakou konkrétní a v nemálo případech jednorázovou negativní událost zátěžového, nebo stresového charakteru (např. konflikt v rodině, neúspěch ve škole apod.). Naopak u dospělého člověka prochází určitý negativní prožitek složitou generalizací: zobecněn („ontologizován“), následně se teprve potom stává integrální součástí hodnotového systému jedince. Z hlediska odhadu suicidálního rizika, tedy možnosti realizace sebevraždy, je proto pro dítě a vůbec pro nedospělou osobu jednorázová a nenadálá stresová situace daleko více nebezpečnější, než pro člověka dospělého. Tato okolnost ale nevylučuje i další nepříznivou možnost a to, že zážitky v dětství a v dospívání, či negativní životní zkušenosti, nemusí suicidální odezvu vždy vyvolat bezprostředně, či v krátkém časovém odstupu, mohou však položit u některých osob základy k dlouhodobému suicidálnímu vývoji, jehož důsledky se projeví následně v dospělém věku.²²

3.1 SUICIDÁLNÍ JEDNÁNÍ A RODINA

Je zcela zřejmé, že pro harmonický vývoj dítěte je nutná harmonická rodina a tedy fungující tzv. primární vazba se základní vztahovou osobou, to je nejčastěji s matkou. Mezi zmíněné rizikové faktory patří nefungující rodinné vztahy, ztráta základní vztahové osoby, citová deprivace. Dlouhodobé konflikty v rodině, komplikovaný rozvod rodičů a následné dlouhodobé porozvodové spory patří mezi traumatizující okolnosti. Týrání a sexuální zneužívání dítěte je velmi významným negativním faktorem.²³

Riziko suicidálního jednání u dětí je dle Pffeferové spojeno se separací rodiny, rozvodem rodičů, zneužíváním, rodičovským alkoholismem, depresí a suicidálním chováním u rodičů. Je nutné zdůraznit pět charakteristik typických pro rodiny suicidálního dítěte: nedostatečné mezigenerační hranice, velmi konfliktní

²² Srov. VIEWEGH, J. *Problémy psychického vývoje a osobnosti*. Praha: Academia, 1978.

²³ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

vztahy mezi rodiči, projíkování pocitů rodiče do dítěte, symbiotická vazba dítě-rodič a rigidní rodinný systém.²⁴

V případě již proběhlého suicidálního pokusu je rovněž význam rodinného prostředí pro dítě značně důležitý, jelikož předchozí suicidální pokus představuje riziko pro opakování tohoto jednání. Kolikrát rodiče často reagují strachem a tím zvyšují napětí v rodině, které může vést k opětovnému sebevražednému pokusu. Je nutné tedy celou rodinu zapojit do léčby a terapeuticky s ní pracovat.²⁵

Obvykle si v dětství přejeme, aby se o nás rodiče starali. Rovněž k nim vzhlížíme a věříme, že jsou silní a mocní, aby nás mohli lépe ochránit. Chceme si také myslet, že mají vždy, či většinou pravdu, abychom se od nich učili. Silnou potřebu mít dobré, starostlivé rodiče mají i děti z rozvrácených rodin, dokonce i děti týrané a zneužívané. Tyto děti si chtějí o svých rodičích myslet také jen to nejlepší.²⁶

Nejvlastnějším domovem pro člověka je jeho svět hodnot. Tento hodnotový svět nazýváme „domovem“ proto, že jsou většinou jeho základy položeny v dětství, tedy ve skutečném domově rodiny. Zda byl nějakým způsobem tento domov zničen, či nebyl dokonce vůbec vytvořen, pak tedy bývá člověk ochromen a zasažen přímo ve vitálních bazálních zdrojích své existence a rovněž ztrácí sílu a schopnost plnohodnotným životem žít.²⁷

3.2 ŠKOLNÍ NEÚSPĚCH

Značnou roli v životě dítěte i celé rodiny hraje škola. Školní neúspěch může zvyšovat nebezpečí suicidálního jednání. Ať už je to neúspěch prospěchový, či v chování. Mezi děti ohrožené školními problémy lze zařadit školáky s menším nadáním, školsky přetěžované, či s hyperkinetickým syndromem. Problémy ve škole mají rovněž často děti s dyslexií a dysgrafií. Důležité je tedy pochopení okolí, jelikož tato školní zátěž pro ně může znamenat určité přetížení, které také může vést od pocitu

²⁴ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

²⁵ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

²⁶ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

²⁷ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Copyright, 1996.

neúspěšnosti k depresivním prožitkům a někdy až k suicidálním tendencím. Školní situace a školní úspěch závisí nejen na rodinné situaci, ale patří zde také vztahy dítěte s učiteli.²⁸

3.3 VÝZNAM VRSTEVNICKÝCH VZTAHŮ

Je jasné, že i školní kolektiv hraje v životě dítěte a dospívajícího velkou roli. Správné zapojení a dobrá pozice mezi vrstevníky vede k přiměřenému sebevědomí dítěte, či dospívajícího. Na druhé straně šikanování ze strany spolužáků, pocit neúspěchu mezi nimi, či nedostačivost vede k nebezpečí sebevražedného jednání. Děti, které nějakým způsobem vybočují a jsou mezi ostatními nápadné, bývají často ohroženy. Tyto děti mívají sníženou adaptabilitu, jsou uzavřené, úzkostné. Špatné postavení mezi vrstevníky mohou mít děti méně tělesně obratné, obézní, což je typické v období staršího školního věku. Třináctý až čtrnáctý rok věku je také jedním z období nejčastějšího výskytu poruch příjmu potravy. Lze pozorovat, že v posledních letech vzrůstá vliv sociálních rozdílů mezi dětmi. Proto i postavení dítěte mezi vrstevníky může zhoršovat špatná sociální situace rodiny. Mezi negativní faktory také zařazujeme skutečnost, že se dítě nachází v tzv. partě, ve vrstevnickém kolektivu, který má tendence k negativnímu, například delikventnímu jednání. Může zde docházet k zneužívání drog a jsou dokonce popsány i případy sebevraždy více členů takové party. Naopak pozitivní význam mají mimoškolní aktivity, sport, zájmy.²⁹

3.4 ZDRAVOTNÍ STAV

Zvláště v dospělosti představuje závažné tělesné onemocnění rizikový faktor pro suicidální jednání. Chronické onemocnění má v jednotlivých případech velký vliv. Je spojeno s poruchou přizpůsobení, depresivním prožíváním a dalšími psychickými obtížemi. Také vývoj osobnosti značně komplikuje a může být v adolescenci

²⁸ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

²⁹ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

prožíváno jako životní znevýhodnění, nesnadné navázání vztahů s opačným pohlavím, či nesnadné pracovní uplatnění. Pro suicidální jednání existuje specifické riziko, které představuje onemocnění psychickou poruchou. Charakteristicky jsou se suicidalitou spojeny afektivní poruchy, schizofrenie a toxikomanie.³⁰

3.5 SOCIÁLNÍ SITUACE

Nižší sociální statut, nižší vzdělání, horší postavení v zaměstnání a nezaměstnanost jsou považovány v dospělosti za rizikový faktor. V dětství a adolescenci hraje velkou roli nepochybně sociální situace rodiny, nezaměstnanost rodičů.³¹

3.6 DALŠÍ RIZIKOVÉ FAKTORY

Mužské pohlaví je považováno za rizikový faktor pro dokonané suicidium. Dívky a ženy jsou ohroženy více suicidálním pokusem.³²

Hawton shrnul tyto následující rizika pro opakování sebevražedného pokusu:

- mužské pohlaví, zvláště u starších mladistvých;
- dřívější suicidální pokusy;
- původ z velké rodiny;
- psychická onemocnění;
- narušené vztahy mezi členy rodiny;
- alkoholismus v rodině;
- odloučení od rodiny;
- zneužívání alkoholu, nebo drog;
- chronické problémy a poruchy v chování;
- špatné školní výsledky;

³⁰ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

³¹ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

³² Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

- sociální izolace;
- depresivní tendence.³³

Odborníci uvádí, že při nejmenším do věku devíti, či deseti let, děti nechápou smrt jako fenomén nezvratné destrukce a uniká jim.³⁴ Dvacetkrát až třicetkrát častější jsou sebevraždy dětí mezi desátým a patnáctým rokem (zejména v Rusku, v Maďarsku, na ostrově Mauricius, v Bulharsku, v Surinamu a v Japonsku, kde v roce 1993 spáchalo sebevraždu 131 dětí ve věku jedenáct až čtrnáct let z důvodu toho, protože je ostatní spolužáci šikanovali).³⁵

Dobrovolná smrt je velmi patrná v období mezi patnáctým a dvacátým čtvrtým rokem života. Každým rokem sebevraždy mladých lidí rozvíří veřejné mínění v různých zemích. Může se zdát, že se společnost zpravidla stydí a bojí zároveň. Je zřejmé, že sebevraždy adolescentů a mladých dospělých jsou jedním z problémů budících ve společnosti největší úzkost.³⁶

Dle některých studií přibližně 25 % adolescentů zopakuje svůj suicidální pokus, podle švédské studie 4,3 % mladistvých nakonec po suicidálním pokusu sebevraždou zemře (10% chlapců a 2,9 % dívek).³⁷

³³ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

³⁴ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

³⁵ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

³⁶ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

³⁷ Srov. *Suicidalita u adolescentů-rizikové faktory a prevence* [online]. Poslední aktualizace 2008 [cit. 15. 1. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.solcn.cz/pdfs/ped/2008/05/07.pdf>>.

4 FORMY SUICIDÁLNÍHO JEDNÁNÍ

Stejně jako u dospělých se suicidální chování u dětí a adolescentů vyskytuje v několika formách. Řadíme zde suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium. Je stále otázkou, zda se formy sebevražděného chování od sebe liší pouze kvantitativně, či je mezi nimi kvalitativní rozdíl. V případě prvním, by toto chování dle některých autorů leželo na jedné kontinuální přímce a rozdíl by byl pouze v intenzitě suicidálních tendencí a v pevnosti rozhodnutí zemřít. Pokud by toto rozhodnutí jednoznačné nebylo, potom by se sebevražděné jednání projevovalo pouze myšlenkami a silnější intenzita suicidálních tendencí by byla spojena s konkrétním plánováním suicidia. Sebevražděným pokusem a dokonanou sebevraždou se pak projevuje nejsilnější tendence zemřít. Dle jiných autorů toto chování neleží na jedné přímce a neliší se pouze kvantitativně, ale liší se i kvalitativně. Z tohoto hlediska tedy něco jiného znamenají suicidální myšlenky i suicidální tendence a sebevražděný pokus potom není jen nepodařená sebevražda.³⁸

Suicidální jednání vzniká často postupně. Zpočátku nemají myšlenky na sebevraždu konkrétní obsah a postižený se je snaží zapuzovat a brání se jim. V dalším stupni, tedy v suicidální tendenci, se již postižený nebrání, ale má k těmto myšlenkám prozatím ambivalentní postoj. V následujícím vývoji se už s myšlenkami na konec života ztotožňuje, promýšlí také nejvhodnější způsob smrti, tedy se u něho objevují suicidální úvahy. Poté v další fázi přichází rozhodnutí o realizaci suicidia, které také může vést k určitému paradoxnímu uklidnění a pro okolí tento stav může vypadat jako zlepšení stavu postiženého.³⁹

4.1 SUICIDÁLNÍ MYŠLENKY

Téměř každého z nás napadla myšlenka, co by bylo, kdyby člověk nebyl, kdyby usnul a už se neprobudil. Velmi typicky jsou tyto myšlenky spojeny s dospíváním. Ve většině případů jde ale pouze o frustrní suicidální nápady, bez velké intenzity a chybí u nich tendence k realizaci. Charakterově mají spíše nutkavou

³⁸ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražděné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

³⁹ Srov. *Péče o suicidálního pacienta* [online]. Poslední aktualizace 2006 [cit. 15. 1. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>>.

vlastnost. Suicidální myšlenky, které řadíme do formy suicidálního chování, jsou daleko intenzivnější, člověk se jimi zabývá převážnou většinou svého času a tyto myšlenky jsou pro něho obtížně odklonitelné.⁴⁰

Sebevražedné myšlenky jsou dle Poustky charakterizovány verbálními i neverbálními projevy toho, že se dotyčný člověk zaobírá myšlenkami na sebevraždu. Pro posouzení jejich nebezpečnosti je velmi důležitý faktor, který se zabývá jejich konkrétností, tedy, nakolik je představa o možnosti sebevraždy jasná, na jakém místě by se měla odehrát, jakým způsobem by byla provedena, zda dotyčný připravuje dopis na rozloučenou apod.⁴¹

O sebevražedných tendencích mluvíme tehdy, pokud je toto suicidium konkrétně připravováno, například si člověk pořídil za tímto účelem zbraň, shromažďuje si léky. Tyto tendence udávají další krok v sebevražedném chování směrem k suicidiu.⁴²

4.2 SUICIDÁLNÍ POKUS

Mezi další stupeň tohoto chování řadíme suicidální pokus. Definujeme ho jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, ale nikoli s letálním koncem.⁴³ Rozdíly mezi suicidiem a suicidálním pokusem jsou uváděny následující:

- suicidální pokus se u žen vyskytuje častěji než u mužů, u mužů převládá dokonané suicidium;
- v první polovině života dominuje především u obou pohlaví sebevražedný pokus; dokonané suicidium dominuje v druhé polovině života;
- tzv. měkká metoda (například intoxikace medikamenty) je častěji použita při sebevražedných pokusech; tzv. tvrdé metody (strangulace, střelná rána) jsou voleny u dokonaných sebevražd;

⁴⁰ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

⁴¹ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

⁴² Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

⁴³ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

- motivy, které vedou k sebevražedným pokusům, jsou velmi často z oblasti interpersonálních vztahů; u sebevraždy motivy bývají z oblasti intrapsychické a z problémů ohrožení; sebevražedné pokusy vznikají často ze spontánního, méně promyšleného rozhodnutí; sebevražda je na rozdíl od toho výsledkem delšího plánování a příprav.⁴⁴

Ze stručného přehledu problematiky sebevražedného pokusu můžeme vyvodit, že:

a) od dokonané sebevraždy se suicidální pokus liší zásadně tím, že pachatel zůstává naživu (psychologovi je tak dána i možnost přímého vyšetření suicidanta, tedy nikoliv ex post technikami);

b) tentamen však nemůžeme jednostranně oddělovat od dokonání suicidia, obě formy totiž vyplývají ze společného základu: úmyslu člověka dobrovolně ukončit život;

c) je však heuristicky výhodné, pokládat tentamen a dokonané suicidium za relativně samostatné fenomény;

d) domníváme se tedy, že neadekvátnější je považovat sebevražedný pokus za jednu z etap (která není vždy bezpodmínečně nutná) suicidálního vývoje.⁴⁵

4.3 SUICIDIUM

„Dokonané suicidium je charakterizováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít.“⁴⁶

Zmíněná definice naráží na problém kombinace vědomé a nevědomé motivace a nejednoznačnosti úmyslu zemřít. Stengel proto definoval sebevraždu jako každý záměrný sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije. I když připouštíme složku nevědomé motivace, k sebevražednému aktu patří úmysl zemřít „zde a nyní“. Mluvíme o časově

⁴⁴ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

⁴⁵ Srov. VIEWEGH, J. *Problémy psychického vývoje a osobnosti*. Praha: Academia. 1978. s. 273.

⁴⁶ KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

ohraničeném aktu, který je v průběhu jedné chvíle, několika minut, nebo hodin, nanejvýše několika dnů.⁴⁷

4.3.1 KLASICKÉ DĚLENÍ SEBEVRAŽD

- Bilanční sebevražda
 - Jedná se o dokonané suicidium na základě předchozího bilancování, kdy dotyčný dojde k závěru, že je jeho situace pro další život neúnosná; dojde k ní na základě pro a proti své existence.
- Impulzivní sebevražda
 - Dochází ke zkratkovitému jednání. Člověk reaguje tímto způsobem na nějakou aktuální událost (například úmrtí partnera, špatné vysvědčení apod.).
- Demonstrativní sebevražda
 - Dotyčný chce připoutat pozornost okolí, může to být jakési volání o pomoc. Nejedná s úmyslem zabít se.
- Sebevražedný pokus viz. výše
- Sebezabití
 - V tomto případě se jedná o úmrtí vlastním přičiněním, ovšem bez původního záměru (například smrtelný úraz z pádu opilého člověka).⁴⁸

4.3.2 DĚLENÍ DLE MNOŽSTVÍ ANGAŽOVANÝCH OSOB

- Párová sebevražda
 - Po vzájemné dohodě se sebevražedného jednání dopustí například manželé, či milenci.
- Rozšířená sebevražda
 - Při páchání tohoto sebevražedného činu vezme dotyčný takřikajíc někoho s sebou (například matka předávákuje nejen sebe, ale i své děti, aby nezůstaly samy).

⁴⁷ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

⁴⁸ Srov. *Sebevraždy* [online]. Poslední aktualizace 2011 [cit. 11. 2. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/3/typy-sebevrazd>>.

- Hromadná sebevražda
- Jedná se o obdobu rozšířené sebevraždy, ale souvisí ještě s větším počtem osob; může souviset s nejrůznějšími hnutími, které se zabývají například problematikou spasení, či konce světa.⁴⁹

4.3.3 DĚLENÍ DLE PŮVODU MOTIVU

- Biická sebevražda
- Sebevražda provedená v normálním duševním stavu, která vyvstává z motivů vycházejících z reality (například dluhy, nemoc).
- Patická sebevražda
- Motiv sebevraždy vychází z psychopatologie (bludy, halucinace; kdy suicidium například vykoná pacient trpící schizofrenií, aby tímto způsobem unikl svým halucinovaným pronásledovatelům).⁵⁰

4.3.4 DĚLENÍ DLE EMILA DURKHEIMA

- Altruistická sebevražda
- Motivace je v tom, že člověk chce pomoci druhým lidem; obětování se za společnost.
- Anomická sebevražda
- Toto suicidium vychází z toho, že dotyčný má pocit, že společenské hodnoty jsou bezobsažné, nicotné, že nic nemá tedy smysl.
- Egoistická sebevražda
- Je motivovaná přetržením vazeb jedince k druhým, pocitem hrubého selhání jedince.⁵¹

⁴⁹ Srov. *Sebevraždy* [online]. Poslední aktualizace 2011 [cit. 11. 2. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/3/typy-sebevrazd>>.

⁵⁰ Srov. *Sebevraždy* [online]. Poslední aktualizace 2011 [cit. 11. 2. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/3/typy-sebevrazd>>.

⁵¹ Srov. *Sebevraždy*[online]. Poslední aktualizace 2011 [cit. 11. 2. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/3/typy-sebevrazd>>.

4.4 NĚKTERÉ TECHNIKY SUICIDIA

4.4.1 OBĚŠENÍ

- Oběšení bylo a stále zůstává nejrozšířenější technikou suicidia. Představuje také polovinu použitých prostředků. Výjimku tvoří ale Spojené státy, kde zastřelení patří k nejběžnějším způsobům sebevraždy. Možná také proto, že dostupnost střelných zbraní je zde snadnější.⁵²

4.4.2 UTOPENÍ

- Na celém světě přitahují kandidáty sebevraždy vodní plochy a toky. Hned po oběšení je utopení nejčastěji používáno těmi, kteří se zabíjejí mimo domov.⁵³

4.4.3 POŘEZÁNÍ A UBODÁNÍ

- Ne všichni sebevrazi se oběsí, či utopí, jelikož existuje mnoho možností. Někteří raději zvolí způsob suicidia za použití řezných nástrojů. Tito lidé se nejvíce uchylují k nožům, dále k břitvám, dýkám, nůžkám, skleněným střepům, skalpelům apod.⁵⁴

4.4.4 OTRAVY JEDEM

- Již od vrcholné antiky má jed své přívržence. V dnešní době dávají lidé, kteří se rozhodli otrávit, přednost farmaceutickým produktům moderní medicíny. Zvláštností jedů také je, že mohou umožnit hromadný odchod ze života, například v případech kolektivních sebevražd.⁵⁵

⁵² Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

⁵³ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk., 2003.

⁵⁴ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

⁵⁵ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

4.4.5 POLKNUTÍ PŘEDMĚTŮ

- Jedy mají tu schopnost, že organismus otráví, zatímco spolknutí předmětů zneprůchodní a naruší určité životní funkce, aniž by to muselo vždy vést ke smrti.⁵⁶

4.4.6 OTRAVY PLYNEM A UDUŠENÍM

- I tento způsob suicidia má své přívržence. Nejde jen o sebevraždy uskutečněné pověstným kysličníkem uhelnatým, ale i o případy, kdy dotyčný „vyhodil do povětří“ celý dům, či o navlečení igelitového pytle, nebo sáčku na hlavu a utažení jeho okrajů kolem krku.⁵⁷

4.4.7 STŘELNÉ ZBRANĚ

- Je zřejmé, že střelné zbraně jsou nejrychlejší a nejradiálněji prostředek ukončení života. Jak už bylo naznačeno, ve Spojených státech je tato technika sebevraždy nejužívanější.⁵⁸

4.4.8 SKOK Z VÝŠKY

- Již od starověku lákal skok z výšky mnoho lidí, kteří se rozhodli skoncovat se svým životem. Ve většině případů si tito lidé volí skok z vrcholků budov.⁵⁹

4.4.9 UPÁLENÍ

- Zde můžeme uvést případ Jana Palacha, který se upálil zaživa během Pražského jara. Událost měla i ve světě ohlas. K tomuto druhu suicidia dochází téměř ve všech případech na veřejné komunikaci. Nejčastěji se provádí způsobem políání benzínem.⁶⁰

⁵⁶ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

⁵⁷ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

⁵⁸ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

⁵⁹ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

⁶⁰ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

4.4.10 SMRT POD DOPRAVNÍM PROSTŘEDKEM

- Tato forma sebevraždy se objevuje ve 20. století, zejména v jeho druhé polovině s vývojem a aplikací technologických poznatků. Především železnice je oblíbeným cílem kandidátů smrti.⁶¹

4.4.11 SEBEVRAŽDA ZA POMOCI ZVÍŘAT

- Je patrná zejména v zoologických zahradách celého světa, kdy člověk, který chce spáchat tento způsob suicidia, zdolá například mříže, aby se dal všanc šelmám.⁶²

4.4.12 SEBEVRAŽDA VÝBUŠNINOU

- Enormní nárůst těchto sebevražd byl zaznamenán v první polovině 20. století. Tato technika se stala v posledních letech opět aktuální díky suicidálním útokům členů militantních islámských skupin, kteří tímto způsobem podstupují dobrovolnou smrt, která je spojena s masakrem těch, proti kterým bojují.⁶³

⁶¹ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

⁶² Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

⁶³ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

4.5 RŮZNÉ VLIVY

Je patrné, že na způsob ukončení existence má vliv mnoho faktorů, ať už je to věk, prostředí, povolání, pohlaví a další okolnosti, které jsou těžko vymežitelné.⁶⁴

Jak už bylo několikrát uvedeno, muži dávají přednost radikálním prostředkům, pokud chtějí odejít ze života, zatímco ženy nejčastěji volí především léky a jedy. Setkáváme se s tím ve třech čtvrtinách pokusů. Z toho tedy plyne, že je míra úspěšných sebevražd u mužů třikrát vyšší než u žen.⁶⁵

V první polovině života dominují u obou pohlaví sebevražedné pokusy. Dokonané suicidium je častější ve druhé polovině života. U pokusu jsou použité sebevražedné prostředky mírnější, u dokonáních sebevražd bývají tvrdší. Motivy suicidálního pokusu nejsou tolik výrazné a pocházejí většinou z oblasti interpersonálních konfliktů (např. konflikty ve sféře rodinné a erotické). Naopak u dokonáních sebevražd vedle interpersonální problematiky existují i motivy vyplývající z ohrožení existence jedince (např. nevyléčitelné nemoci).⁶⁶

Je třeba uvést, že u žen na čtyřicet pět let byl zaznamenán ústup od lékařských prostředků k prostředkům násilným, jako je utopení, oběšení, či skok z výšky. Odborníci na sebevraždy vysvětlují to, že se u žen projevuje od určitého věku sklon ke skokům z výšky tak, že při tomto jednání na sebe nemusí vztáhnout ruku i když tento způsob má v sobě cosi odstrašujícího, co by je od toho mělo odradit.⁶⁷

Čísla z roku 1969 ukazují, že tendence stavět stále vyšší budovy způsobila to, že tato forma sebevraždy předstihla například udušení a to i u mužů. Přitom ale, se při sebevražedných pokusech obracely ženy třikrát častěji k lékům a adolescenti a mladí dospělí dokonce v naprosté většině.⁶⁸

⁶⁴ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

⁶⁵ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

⁶⁶ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Copyright, 1996.

⁶⁷ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

⁶⁸ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

Způsob suicidia se samozřejmě mění v čase a dle oblastí, ale zdá se, že každý národ má svůj způsob smrti, kterému dává přednost, ať už z tradice, či z konjunkturálních důvodů. S utopením se ve Švédsku, v Norsku a v Dánsku setkáváme velmi vzácně. Otrava plynem je častá zvláště ve Španělsku a v Itálii. S oběšením se setkáváme častěji v Německu a ve Francii, kde je také na postupu použití sečných a bodných zbraní. Zatímco v Africe je vzácností použití sečných a bodných zbraní a silicí kontakt se Západem zapříčiňuje to, že vede ke stále častějšímu použití střelných zbraní. Přesto je nejrozsáhlejším prostředkem sebevraždy v Africe oběšení a poté s velkým odstupem náleží druhé místo utopení.⁶⁹

Z celkové statistiky můžeme říci, že střelné zbraně, oběšení a otravy představují 40 až 60 % způsobů používaných ve světě k dobrovolnému odchodu ze života.⁷⁰

⁶⁹ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

⁷⁰ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003.

5 „STÍNOVÉ SEBEVRAŽDY“: SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

*„Sebeпоškozování představuje chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity. Přesná definice takového jednání je nesnadná a nemá charakter přesné klinické deskripce a klasifikace.“*⁷¹

Někdy vystavují svůj život smrtelnému nebezpečí lidé, kteří ve skutečnosti o sebevraždě neuvažují. Alkohol, drogy, anorexie, bulimie, kouření, různé hazardní kousky, nebezpečné řízení, promiskuita, rizikové chování v sexu a další nebezpečné věci mohou člověku zapříčinit vážné zranění, či smrt.⁷² Někteří lidé takové věci dělají, přitom si jinak na své zdraví dávají pozor a někteří působí dojmem, že se zabít chtějí, aniž by za takový krok vzali zodpovědnost. I když po sobě tito lidé nezanechají dopis na rozloučenou, lze jejich smrt považovat za sebevraždu.⁷³

V klinickém slova smyslu představuje sebeпоškozování kategorii, která má sociální kontext a sociokulturní pozadí. Zacházení s lidským tělem je rovněž determinováno sociálními rituály a okolnostmi, které mají sociální a kulturní význam. Právě tyto okolnosti rozhodují o tom, které zásahy do lidského těla považujeme za konvenční normu (např. piercing, či tetování) a které již mají v patologickém slova smyslu charakter sebeпоškozování.⁷⁴

Dle většiny studií, s kterými je možno se setkat, jsou nejrozsáhlejší skupinou sebeпоškozujících se osob právě adolescenti. Dospělí lidé, kteří sebeпоškozováním trpí, měli povětšinou první zkušenost, kterou lze za sebeпоškozování pokládat, právě ve věku adolescentním (Ross, Heath, 2002). Obecně jsou adolescenti méně disponovaní k řešení nelehkých problémových situací než dospělí lidé a mohou se přiklánět k neadekvátnímu způsobu řešení (McLaughlin, Miller a Warrick, 1996). Dle J. Muehlenkampa se nejčastěji sebeпоškozování poprvé objeví v období mezi třinácti až patnácti lety.⁷⁵

⁷¹ KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

⁷² Srov. FRANKEL, B. KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. NLN, s. r. o., 1998.

⁷³ Srov. FRANKEL, B. KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. NLN, s. r. o., 1998.

⁷⁴ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

⁷⁵ Srov. *Sebeпоškozování* [online]. Poslední aktualizace 2009 [cit. 15. 2. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/cernaetal.pdf>>.

Průběh aktu sebepoškození má tyto znaky:

- přítomnost spouštěcí, vyvolávající události (např. ztráta významného vztahu);
- zesilující pocity, napětí, úzkosti a dysforie;
- časté myšlenky na sebepoškození;
- snaha sebepoškozující chování odvrátit;
- nastává sebepoškození;
- výslednou fází je uvolnění napětí.

U jedinců, u kterých dochází k sebepoškozování, hraje velmi často důležitou roli precipitující, spouštěcí událost (např. ztráta významné vazby), kde tuto událost nelze vyřešit adaptivním způsobem a tudíž specificky stimuluje rozvoj pocitů bezmoci, vzteku, lítosti, křivdy a přání pomstít se. Agrese se tedy obrátí vůči vlastnímu tělu.⁷⁶

5.1 ZPŮSOBY SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Automutilace (self-mutilation) představuje sebepoškození, kde vyplývá nejčastější motivace z psychotické poruchy a kde sebepoškození může mít symbolický význam. Příkladem lze uvést automutilaci zaměřenou proti části těla (např. ruce, jazyk, genitálie, oči), která symbolicky vyjadřuje patologické pocity viny a sebepotrestání při těžké depresi. U pacientů trpících schizofrenním onemocněním se mohou vyskytnout bizarní automutilace. Automutilace také může nastat jako vedlejší produkt neobvyklých sexuálních praktik sadomasochistického charakteru, nebo rovněž v zátěžových situacích u osob s poruchami osobnosti, jako je např. pobyt ve vězení, trestní stíhání, nedobrovolná hospitalizace. Tato automutilace může mít účelový charakter.⁷⁷

Sebepoškozování (self-harm, self-injury, self-wounding) označuje termín, který nejčastěji znamená vědomé, záměrné a často vyskytující se opakované sebepoškozování (sebezraňování) bez vědomé suicidální motivace, v němž

⁷⁶ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

⁷⁷ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

je narušena tělesná integrita, bez závažného letálního dosahu. Nejčastější formou sebepoškozovacího jednání jsou řezná poranění kůže, předloktí, zápěstí, hřbetů rukou, škrábance, vyřezávání znaků do kůže. Toto sebepoškození se tedy děje za pomoci ostrých předmětů, např. žiletka, nebo sklo. Mezi další formy sebepoškození řadíme popálení, které se děje např. cigaretou, či zapalovačem. Motivy pro toto jednání jsou rozličné, nejčastěji je však uváděn pocit vzteku na sebe samého, úleva od napětí a někdy také přání zemřít. Sebepoškozování se považuje za jeden ze znaků narušené osobnosti, často hraničního charakteru. Ovšem někteří autoři koncipují sebepoškozující chování spíše jako návykovou poruchu (addiction), než jako příklad specifické poruchy osobnosti. Předávkování léky, které bývá opakováno a není u něj patrný přímý suicidální motiv, můžeme rovněž do tohoto okruhu zahrnout. I když v takovémto chování lze nalézt určitý apel na okolí, nebývá jen snaha o získání pozornosti okolí jediným motivačním mechanismem.⁷⁸

Syndrom záměrného sebepoškozování (deliberate self-harm) předkládá rozvinutější pojetí sebepoškozujícího chování, které nepatří do kategorie suicidálních pokusů a zahrnuje sebepoškozování jako specifický patologický projev u poruch osobnosti (asociální, hraniční, histrionské, mnohočetné poruchy osobnosti), nebo se vyskytuje u pacientů s poruchami příjmu potravy (především mentální bulimie), či u pacientů závislých na návykových látkách.⁷⁹

Syndrom pořezávaného zápěstí (wrist-cutting, slashing) je sebepoškozující chování, v němž převládá pořezávání (nejčastěji na zápěstí a předloktí), které ale nemá vědomý suicidální motiv. Je popisováno, že afektivní projevy, které sebepořezávání provázejí, mají specifický průběh a dynamiku. Pacienti prožívají dysforii a tenzi. Sebepořezání přináší pocit úlevy a dochází k opakování tohoto jednání. Osoby, které takto jednají, mají snahu proti tomuto sebepořezání bojovat, ale při snaze ovládnout se, prožívají vztek, napětí, dysforii, afektovou kombinaci, která nakonec vede k opakování sebepoškozujícího jednání.⁸⁰

⁷⁸ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

⁷⁹ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

⁸⁰ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

Předávkování léky (self-pisoning, overdosing) označuje neindikované, nadměrné, nepřiměřené užití dávky léků bez předešlého suicidálního úmyslu. Rovněž i předávkování bývá často opakované. Jedná se často o léky, které má pacient předepsány, či patří někomu z rodiny, ale mohou to být i léky takové, které náhodně najde v domácí lékárnice.⁸¹

5.2 SEBEPOŠKOZOVÁNÍ A SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ

K sebepoškození se v odborné literatuře objevují dva odlišné přístupy. V prvním přístupu se posuzuje sebepoškozující jednání odděleně od suicidálního chování a zdůrazňuje lišící se psychodynamický průběh a motivaci. Argumenty, které k tomuto názoru vedou, se opírají o tyto rozdíly:

- způsoby sebepoškození nemají následně letální důsledky;
- sebepoškození vede k velmi častému opakování sebepoškození (více než 60 % osob, které se sebepoškozují, opakují toto chování ve vysokém počtu případů);
- při sebepoškození je suicidální úmysl spíše výjimečný.⁸²

Druhý přístup, který vymezuje spíše spektrum autodestruktivního chování, nám dokládá, že sebepoškození a sebevražedné chování jsou přinejmenším ve vzájemném vztahu (například u jedinců, kteří se sebepoškozují, je potom větší riziko, že se pokusí o suicidium). Nejméně jeden suicidální pokus uskuteční přibližných 55-85 % osob, které se sebepoškozují. Větší riziko suicidálního chování nacházíme u sebepoškozujících se pacientů z následujících důvodů:

- sebepoškozující se lidé prožívají beznaděj a depresi;
- mají často suicidální fantazie a myšlenky;
- jsou agresivnější, afektivně nestabilní a projevuje se u nich hraniční osobnostní patologie;

⁸¹ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

⁸² Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

- podceňují riziko autodestruktivního chování a tedy věří, že mohou být zachráněny, mají tendenci méně definitivně pojímat smrt.“⁸³

Velké množství literárních údajů uvádí, že rovnítka mezi sebepoškozováním a suicidálním chováním vést nelze, ale zdůrazňuje, že se sebepoškozování může u téže osoby vyskytnout spolu se závažnějšími způsoby sebezranění, jako je například oběšení, předávkování léky, či skok z výšky. Velkou úlohu hraje při posuzování souvislosti sebepoškozování a suicidálního chování osobnost pacienta a typ osobnostní patologie. Sebepoškozování a suicidální chování bude u hraniční osobnosti pravděpodobně souviset s problémy osobnostní patologie.⁸⁴

⁸³ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

⁸⁴ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

6 PREVENCE A LÉČBA SUICIDÁLNÍHO CHOVÁNÍ

Cílem prevence je snížit výskyt sebevražděného chování v populaci, tedy prevence patologických jevů ve společnosti. Můžeme ji rozdělit na prevenci primární, sekundární a terciární. Tato prevence je zaměřena na snížení výskytu poruchy, nebo úplnou eliminaci příčinných a rizikových faktorů, které souvisejí s tímto neadaptivním chováním. Primární prevence se orientuje na osoby, u kterých známky duševní poruchy nemusí být patrné. Součástí prevence je podpora duševního zdraví a také posílení projektivních faktorů, které působí proti faktorům rizikovým. U adolescentní populace jde o podporu rodinných vztahů, kde má svůj význam dostupnost dobrého vzdělání, popřípadě zaměstnání a dostatečné možnosti mimoškolních aktivit. Mezi důležité aktivity patří aktivity eliminující dostupnost drog. Cíl sekundární prevence je včasné zachycení a léčba klinických projevů. Zde lze zařadit krizovou intervenci a následnou léčbu zjištěné psychopatologie. Terciární prevence se snaží zmírnit následky již proběhlého suicidálního jednání a zábránit opakování tohoto chování.⁸⁵

Množství lidí, kteří byli v minulosti tak nešťastní, že se o sebevraždu pokusili, později dospělo k uspokojujícímu a naplňujícímu životu. Při hledání pomoci může být první krok bolestivý, ale je to bolest, která může také přinést úlevu a případně i radost.⁸⁶

Terapie suicidálního chování je závislá nejen na aktuálním psychickém stavu, ale rovněž na době, ve které je poskytována léčebná pomoc. V rámci sebevražděného jednání lze poskytnout první pomoc, krizovou intervenci a systematickou léčbu. Zásahy v léčbě mohou být psychoterapeutické, farmakoterapeutické a občas je zapotřebí i zásahů sociálních. Je nutné se v léčbě suicidálního jednání zaměřit jak na léčbu akutních sebevražděných projevů, tak na pozadí psychopatologické, jako je např. deprese, závislost, poruchy chování apod.⁸⁷

⁸⁵ Srov. *Suicidalita u adolescentů-rizikové faktory a prevence* [online]. Poslední aktualizace 2008 [cit. 5. 3. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/ped/2008/05/07.pdf>>.

⁸⁶ Srov. FRANKEL, B. KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. Praha: NLN, s. r. o., 1998.

⁸⁷ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražděné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

6.1 DRUHY POMOCI

6.1.1 TERAPIE

Lidé s různými problémy a všech věkových skupin často zjišťují, že jsou velmi užitečné některé druhy terapie, nebo poradenství. Vzdělaný terapeut může pomoci prožít a přijmout všechny pocity a stejně tak i poznat, které pocity jsou založené na skutečnosti a které na zkreslených, či nepravdivých představách.⁸⁸

Terapie souvisí samozřejmě s přítomností, nebo nepřítomností psychické poruchy. Pokud by byla zjištěna psychická porucha, mělo by se postupovat jak farmakoterapeuticky, tak psychoterapeuticky. Ochrana před sebezníčením do té doby, než je suicidální pacient opět schopen převzít tuto zodpovědnost zpět na sebe, je cílem péče o suicidanta.⁸⁹

Pokud je u pacienta riziko sebevražedného jednání významné, je nutné ho hospitalizovat. Pokud však u něho není přítomno závažné psychiatrické onemocnění, je v současné době možné využít sítě krizových center. Jestli ale pacient nesouhlasí a je případně diagnostikována hluboká deprese, či jiné závažné psychiatrické onemocnění, potom je nutné přistoupit k hospitalizaci v psychiatrickém zařízení i přes odpor postiženého. Zda se pacient rozhodne pro ambulantní péči, je třeba si uvědomit, že tato péče patří do rukou zkušeného psychiatra, stejně tak i případná medikace. U dětí a dospívajících by se mělo spolupracovat s rodiči. Občas se přihodí, že se dítě, či adolescent obrátí se svými problémy na tohoto odborníka, kdy odmítá informovat rodiče. Tato situace může být dosti komplikovaná. Existuje zde právo pacienta, či klienta na odborníkovu mlčenlivost, ale rovněž zákonná odpovědnost rodičů za nezletilého do osmnácti let. Situaci je třeba posuzovat individuálně, ale mít na paměti na prvním místě záchranu lidského života. Nutností bývá rodiče do spolupráce zapojit a to i přes nesouhlas pacienta, pokud riziko suicidálního jednání se u dítěte, či adolescenta ukazuje jako nezanedbatelné.⁹⁰

⁸⁸ Srov. FRANKEL, B. KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. Praha: NLN, s. r. o., 1998.

⁸⁹ Srov. *Péče o suicidálního pacienta* [online]. Poslední aktualizace 2006 [cit. 16. 3. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>>.

⁹⁰ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

Nejúčinnější častokráte je, zapojit do terapie celou rodinu dospívajícího. Někteří rodinní terapeuti se s členy rodiny setkávají zvlášť a i s celou rodinou dohromady. Někteří se zaměřují více na rodiče, jiní zapojují do terapie i sourozence. Cílem této rodinné terapie je změnit rodinné vztahy tak, aby byly pro všechny více uspokojivé. Terapie tak dává každému možnost se otevřít a umožňuje najít cestu, jak v rodině přistupovat ke vztahům a problémům.⁹¹

6.1.2 KRIZOVÁ INTERVENCE

Zvládnutí akutního stavu a zabránění autodestruktivního chování pacienta je účelem první pomoci, kdežto úkolem krizové intervence je též léčebný zásah orientovaný do budoucna. Krizová intervence by měla zvládnout zabránit akutně hrozícímu sebevražednému jednání, objasnit problémy a konflikty, které k tomuto jednání motivují, následně diagnostikovat případnou duševní poruchu a zajistit psychologickou, či psychiatrickou péči. Tato intervence musí být rovněž zaměřena na vyloučení rizika opakování neadaptivního chování.⁹²

Stejně jako při poskytování první pomoci je nutné zvážit, zda bude stačit léčba ambulantní, či bude nutná hospitalizace na lůžku. U dětí a adolescentů se suicidálními problémy je způsob léčby závislý na diagnóze a celkovém posouzení rizika sebevražedného jednání. Opět je tedy nutné provést psychiatrické a psychologické vyšetření, které odhalí popřípadě psychiatrickou poruchu a problémy v osobnostním fungování. Potom je třeba stanovit terapeutický plán, kdy se bude zvažovat buď léčba ambulantní, či lůžková.⁹³

⁹¹ Srov. FRANKEL, B. KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. Praha: NLN, s. r. o., 1998.

⁹² Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

⁹³ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

6.1.3 PSYCHOTERAPIE

Způsob psychoterapie je stejně jako ostatní formy terapie závislý na psychiatrické diagnóze, s kterou je sebevražedné jednání spojeno. Své uplatnění může mít skupinová psychoterapie, rovněž i rodinná terapie. Užitečné jsou u dětí také neverbální psychoterapeutické přístupy, jako je arteterapie, muzikoterapie, herní terapie a relaxační techniky.⁹⁴

6.1.4 FARMAKOTERAPIE

Svůj význam má při terapeutickém zvládnání hrozícího, či proběhlého sebevražedného jednání medikamentózní léčba. Význam je různý dle toho, jestli poskytujeme první pomoc, krizovou intervenci, či jde o komplexní ambulantní léčbu, nebo léčbu v lůžkovém zařízení. Nesmí se samozřejmě zapomenout na to, že některé léky, či jejich kombinace, mohou vést ke vzniku deprese a tím zvýšit, nebo vyvolat riziko suicidální. Je nutné zjistit, zda pacient nějakou medikaci užívá a z tohoto hlediska ji zhodnotit a zvážit případné interakce s léky, které by byly užity.⁹⁵

⁹⁴ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

⁹⁵ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007.

7 PRAKTICKÁ ČÁST

7.1 FORMULACE VÝZKUMNÉ OBLASTI

Tento výzkum se zabývá problémem suicidálního chování u jediného případu zkoumané osoby a jeho vývojem od narození po adolescenci. Rovněž poukazuje na různé i skryté faktory, které s problematikou suicidálního chování v rámci tohoto případu souvisí. Zaměřuje se celkově na jednoho jedince, na jeho povahové rysy, na prostředí, ve kterém vyrůstá, na rodinné zázemí, vztahy s vrstevníky, vztahy s okolím.

7.2 CÍL VÝZKUMU

Výzkum poukazuje na vývojové období jedince, který se dostal tak daleko, že se pokusil překročit určitým krokem vlastní rukou hranici, která dělí život od smrti. Cílem výzkumu je zkoumání suicidálního fenoménu na základě dat, která jsou získána v kvalitativních rozhovorech a na základě dlouholetého vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Tato studie ukazuje jakýsi obraz příčin a situací, které suicidálnímu chování u tohoto jedince předcházely a také průběh tohoto jednání a celkový sled událostí v životě zkoumané osoby.

7.3 METODOLOGIE

Pro volbu metodologie byl v tomto výzkumu zvolen kvalitativní výzkum s výzkumnou strategií ve formě případové studie. Případ byl tedy sledován dlouhodobě a hluboce. Mezi výzkumníkem a zkoumaným jedincem existuje určitý dlouhodobý, přátelský vztah založený pevně na důvěře, proto rovněž byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu, neboť umožňuje získat jisté podrobnější informace o důvodech, které suicidálnímu chování předcházely a proč k němu vedly.

7.4 METODY SBĚRU A ZPRACOVÁNÍ DAT

Jak již bylo zmíněno, s ohledem na to, že mezi badatelem a respondentem existuje dlouhodobý vztah a výzkumník o této problematice suicidality, která se týká zkoumané osoby, věděl i v postupu let, proto byly informace a data lépe uchopitelná a zpracovatelná. Badatel zná jedince od dětství, respektive od nástupu na základní školu, kterou obě osoby absolvovaly v jedné třídě. Posléze spolu navštěvovaly

i střední školu. Po celou dobu je pojilo dobré přátelství a společně zažívaly různé chvíle. Sběr dat je těmito okolnostmi ovlivněn a v jistém případě napomocen.

Zkoumaná osoba nenamítala nic proti připravovanému výzkumu, tudíž se na této práci chtěla podílet a rovněž byla se vším dlouhodobě seznámena. Také ale byl dotyčný jedinec ujištěn, že informace budou zcela anonymní, tedy je jeho jméno pozměněno. V tomto případě nebyl ani zapotřebí čas na rozmyšlenou a dotyčný projevil okamžitě zájem spolupracovat.

Výzkum byl proveden formami nestrukturovaných rozhovorů - narativních rozhovorů s otevřenými otázkami, které byly zaznamenávány na diktafon mobilního telefonu a také formou psaných rozhovorů, jelikož byly situace, kdy jedinec volil tuto formu z důvodu toho, že vždy rád vyjadřoval své pocity tímto způsobem.

Rozhovory probíhaly přirozeně, s navozením určité atmosféry s tím, že respondentu stimulovaly otevřené otázky k přirozenému vyprávění. V některých situacích bylo u jedince patrné jisté napětí a připomínka něčeho z minulosti navozovala určitou „špatnou“ vzpomínku. Přesto ale zkoumaná osoba nenuceně projevila zájem si tuto událost připomenout psanou formou, jelikož je pro ni tento způsob vyjádření velmi vhodný.

7.5 ANALÝZA DAT

Data byla tříděna postupně, chronologicky. Vytvořila celkově jakýsi prozatímní obraz života tohoto jedince. Rovněž informace ukazují také události a situace, se kterými se účastník výzkumu setkal a mohou přispívat k uvědomění si příčin vzniklého suicidálního jednání.

7.6 ETICKÉ OTÁZKY VÝZKUMU

Účastník studie byl předem informován o průběhu a okolnostech výzkumu. Také mu bylo s předstihem sděleno, že může kdykoliv svou účast na tomto výzkumu ukončit. Dále byl respondent ujištěn, že soukromí osob ve výzkumu bude zajištěno uváděním jmen pod pseudonymy. Z důvodu zmíněné vzájemné důvěry a přátelství, které u badatele a zkoumané osoby existuje, probíhalo svěřování respondentu spontánně, přirozeně a nenuceně.⁹⁶

⁹⁶ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005.

7.7 PŘÍPADOVÁ STUDIE

7.7.1 ÚVOD

Tento kvalitativní výzkum se zaměřuje tedy na jediný případ suicidálního chování. Jedná se o dívku, které budeme říkat Karolína. Jak už bylo výše zmíněno, jméno je pozměněno. Již před volbou tématu bakalářské práce se autor předem obrátil na tuto dívku s otázkou, či by byla u výzkumu s tematikou suicidálního chování nápomocna. Po souhlasu a zájmu Karolíny byla volba zaměření práce jasná.

S Karolínou se badatel zná přibližně osmnáct let a vždy věděl o situacích, které se v jejím životě odehrávají a byl jí jakousi oporou a důvěrníkem. Také zná prostředí, ve kterém se pohybuje, její povahové rysy, zájmy a těžkosti a spousty jiných podrobností, se kterými se v pubescenci a v adolescenci potýkala.

Její účast na výzkumu je tedy zcela dobrovolná a spočívala v několika setkáních, nestrukturovaných rozhovorech a psané formě, kterou Karolína poskytla. Rovněž badatel zná přímo okolnosti z života zkoumané osoby, proto také byly informace získány ve velkém množství bezděčně, s ohledem na dlouholetý vztah účastníků výzkumu.

Momentálně je Karolíně 24 let, studuje vyšší odbornou školu cestovního ruchu.

7.7.2 NAROZENÍ A DĚTSTVÍ

Rodiče Karolíny měli svatbu, když jejímu otci bylo 22 let a matce 19 let. Krátce po svatbě se narodila Karolína. Narodila se v roce 1987 v malém městě na Střední Moravě. Žila s oběma rodiči ve společné domácnosti přibližně do jejich tří let. Poté se rodiče rozvedli údajně z důvodu toho, že si přestali rozumět a podstatnou roli, jak Karolína řekla, hrál alkohol na straně otce. Dále vypověděla: „... jako, že by měl nějaký problém s alkoholem, to prý asi ne, ale, rád se napil a často chodil do hospody za chlapama a mamce se to nelíbilo, ona je spíš takový introvert, knížky a tak, takže si pak prý přestali rozumět...já jsem byla tehdy malá, tak si to ani nepamatuju a mamka o tom vůbec nemluví, vím jen tady to...“

Po rozvodu se Karolínina matka s Karolínou přestěhovaly do bytu k rodičům Karolíniny matky. Tam bydlely spolu v dřívějším dětském pokoji na patrové posteli. Její otec se údajně za práci odstěhoval do jiného většího města, kde si posléze našel

novou rodinu. Karolína si nepamatuje, že by se s otcem nějak intenzivně stýkala ani po rozvodu. Jen si vzpomíná, že k němu v prvních letech po rozvodu jezdila v létě na prázdniny: „... na prázdninách jsem u něho bývala jen párkrát a to vždycky jedině v létě na pár dní, na Vánoce nám většinou poslal pohled a časem jezdil tak jednou za rok na kávu za mamkou a to bylo tak všechno.“ „... mamka se pak od vztahů nějak distancovala a ani teď nemá nikoho, nikdy jsem ji s nikým neviděla a ani nikam nechodí, jen z domu do práce a z práce domů... už tolik let...“

Dále Karolína uvádí, že její dětství nebylo špatné, ačkoliv se rodiče rozvedli. Dětství u babičky a dědy bylo pro ni šťastné, příjemné a byla zahrnována pozorností. Největší autoritou byla pro ni babička v kladném slova smyslu: „S babičkou jsem si vždycky rozuměla a nejvíc se jí svěřovala, protože mamka je ještě víc uzavřenější než já...“ „Mamku mám ráda, ale nějak jsem ji nikdy nebrala jako mamku, to spíš babička byla pro mě taková opora a stále je.“

Toto období Karolína považuje za šťastné. Babiččina přítomnost jí vyhovovala, jelikož je její babička velmi přátelská, milá, komunikativní, moderní, jak sama říká. S dědou to bylo horší, protože ten je v jistém slova smyslu nepřístupný. Karolína začala navštěvovat základní školu a její matka chodila pravidelně do práce: „Mamka dělá vlastně celý život v jedné práci, pracuje jako pekařka v pekárně. Přitom má střední chemickou školu a je dost chytrá a sečtělá, čte pořád, to je její největší zájem, ale je neprůbojná a tichá, bojí se lidí... já taky, ale ona ještě víc.“

Karolína tedy bydlela až do svých deseti až jedenácti let s mamkou, s babičkou a s dědou. Toto společné bydlení jí vyhovovalo. Jak dále ale uvádí, už jako malá se cítila nejistá ve společnosti cizích lidí a nerada chodila ven, hrát si s dětmi: „... raději jsem byla doma a četla si.“ Karolína k sobě nepřipouštěla cizí děti, kromě asi dvou kamarádek, které měla a s kterými také chodívala ven a hrála si.

7.7.3 PUBERTA

V deseti až v jedenácti letech se Karolína přestěhovala do bytu samostatně se svou matkou. Vztah s matkou uvádí v pořádku, konflikty nebyly, ale říká, že byl vztah takový neutrální: „My se nehádaly, problémy nebyly, ale taky jsme se moc nesvěřovaly, nepovídaly si, jako bychom žily každá pro sebe, někdy mě to mrzelo, někdy vyhovovalo, já nevím...“

Na základní škole měla tedy Karolína jen pár kamarádek: „Většina ostatních mě moc nemusela a já je taky ne.“

Jak dále uvádí, vše se zlomilo v osmé až deváté třídě na základní škole. S několika novými kamarádkami začala poprvé chodit za školu, trochu pít a navštěvovat diskotéky „pro děti“.

„Tam jsem poznala přes kamarády jednoho kluka, znali jsme se pár měsíců, pak něco mezi námi proběhlo a asi za měsíc jsme se spolu vyspali... ale bylo to dobrovolně a za střízliva, pak to bylo ještě jednou, ale už jsme se nekontaktovali...“

Poté, také ve čtrnácti letech, potkala o rok staršího kluka, kterému budeme říkat Michal: „Michal tehdy chodil na učňák, byl to takový flákač, hodně pil a scházel se se skinheady.“ Po seznámení s tímto klukem se Karolína přestala zajímat o školu, hodně pila, moc se neučila. Stále ale dodržovala příchody domů a matka zatím nevypozorovala nějaké hrozící problémy.

Problém u ní ale s prospěchem na základní škole výrazný nebyl, jelikož Karolína nikdy nějak zvláště komplikace s učením neměla, kromě matematiky, kterou ale nakonec zvládla. Avšak matka Karolíny musela navštívit třídní učitelku z důvodu absence, kterou měla Karolína stupňující, proto třídní učitelka včas zasáhla. Karolína si už ani nepamatuje, jak se matce přímo „vymluvila“, ale nakonec jí matka uvěřila, že se nadále absence nebudou opakovat a že se bude snažit dodržovat školní docházku. To rovněž i dodržela, ale stále se stýkala s Michalem. „Do školy jsem chodila a příchody domů dodržovala, mamka na mě nepoznala, že jsem třeba opilá, většinou jsme se při příchodu domů pozdravily a já rychle šla do svého pokoje, vše mi nějak procházelo... Byla ráda, že vše dodržuju a to jí stačilo, už na mě neměla nějaké kecy...“ „Narážky vždycky jen měla, když jsem přišla třeba o deset minut pozdějc, to už mě sledovala a začaly jsme se hádat.“

„Někdy v té době, tady mám ale fakt okno, ani nevím, kdy přesně to začalo a proč, jsem si občas po hádkách začala řezat ruce, nebo se často škrábat po rukách a tak...“ Dle Karolíny se do těchto stavů vždy dostávala po nějaké hádce s matkou, či s Michalem.

„Vztah-nevztah“ s Michalem, jak říká Karolína, byl pro ni velmi těžký, ani nechápe, proč se k němu stále vracela a vše mu odpouštěla. Michal byl totiž majetnický a agresivní a i při intimních chvílích se takto projevoval i když z toho byly zase chvíle, kdy byl velmi pozorný. Karolína byla na něm dle rozhovoru nějakým způsobem závislá. Někdy v šestnácti letech ji popálil zapalovačem ruku. Karolína si to však nechala dobrovolně, Michal o jejím problému se sebepoškozováním věděl: „Byla to prostě sázka, jestli to vydržím, to mi bylo šestnáct... ještě předtím občas od něho proběhla nějaká facka.“

Jelikož Karolínu ruka dost bolela, musela navštívit tehdy lékařku, která ruku pár stehy zašila a zavázala. „Doktorka se dívala celkově na ruce, jestli neberu drogy... řekla jsem jí, že jsem si to udělala sama, že jsem měla nějaký stres a že se to nebude opakovat... nikam mě neposlala...“ Doteď má Karolína, kromě jiných jizev, na ruce výraznější jizvy po tomto incidentu.

„Michal mě ale tenkrát nenechal na pokoji, čekal na mě po škole a párkrát mě ještě zbil a jednou dost škrtil... Šla jsem na policii a přestupkové řízení a tam se mi div nevysmáli, asi mi moc nevěřili a on z toho neměl žádný problém... to mi celkem srazilo ještě víc sebevědomí, takové jednání...“

Michal se naštěstí zaleknul po tomto kroku Karolíny a jejich „vztah-nevztah“ skončil. „Nakonec byl ve vězení kvůli něčemu jinému a předtím, jak jsme spolu chodili, byl ještě i v pasťáku, tak jsem ráda, že jsem neměla problém taky, protože jsem ho jednou skrývala a zapírala, když utekl...“

Karolíniny prarodiče, ale o těchto problémech neměli tušení, matka ji začala více hlídat a častěji telefonicky kontaktovat, pokud byla mimo domov, jelikož o popálených rukou, které nešly zatajit, věděla. Rovněž matce slíbila, že bude navštěvovat dětskou psycholožku. K ní docházela pravidelně, ale nikdy jí toho moc nesvěřila, jak sama uvádí. „Psycholožka si myslela, že je problém se školou a ne s něčím jiným, tak jsem jí to nevyvracela... I mamka věděla o tom sebepoškozování, ale nikdy jsme se o tom prostě nějak otevřeně nebavily.“

S matkou si ale Karolína přestala úplně rozumět. Říká, že zažívala jakýsi pocit nepochopení: „Ani ta psycholožka nic netušila, bylo to takové směšné...“

Já jsem jí to ale neulehčovala, nerada se svěřuji neznámým lidem, neměla jsem důvěru.“

7.7.4 KAROLÍNINA ÚVAHA O SEBEPOŠKOZOVÁNÍ, KTEROU SI NAPSALA DO DENÍKU V OBDOBÍ TOHOTO JEDNÁNÍ

„Kdo nezažil, nepochopí, ale než nás začne odsuzovat jako pozéry/slabochoy/psychopaty apod., tak by se mohl zamyslet. A pro ty, co se v tom plácají taky, to snad bude aspoň malé ulehčení, že má někdo stejný pocity. My nechceme nikomu ubližovat, i když víme, že naše okolí, hlavně rodinu, pokud o tom ví, to trápí. Asi bychom taky byli nešťastní, kdyby se naše dítě řezalo. Ale my chceme trápit sebe. Ne ostatní, i když oni to tak nevidí. Je to sobecké? Asi ano. Ale je to silnější. Je to závislost, droga. Někdo si dá na uvolnění panáka, někdo cigaretu, někdo se pořeže (někdo všechny tyto možnosti, třeba já). Můžete si tisíckrát říkat, končím s tím! Stejně, jako si to říkáte, když jste závislí na čemkoliv jiném. Ale pokud chybí síla, motivace, nebo cokoliv, co by vám pomohlo toho nechat, tak se k tomu zase vrátíte. Vždyť je to tak jednoduché. Tak vzrušující (tím nechci dělat sebeпоškozování reklamu, ale proč bychom to dělali, kdyby se nám nelíbila ta pálivá bolest a pohled na vlastní krev). Spalující sebenenávist, většinou kombinovaná se samotou. Nikdo vás neutěší? Nikdo neřekne, že to bude dobrý (anebo vám to říkají všichni, ale vy už nevěříte a jenom se ušklíbnete)? Žiletka/nůž/nůžky/,cokoliv je tu pro vás. Pro nás, co se ještě bojíme udělat definitivní krok do tmy, ale zároveň se tak nenávidíme, že potřebujeme cítit tu bolest. Zničit se. Tak absolutní pohrdání vlastním tělem a životem. A ať se vám ostatní snaží pomoci, ať na vás koukají skrz prsty, to rozhodnutí je jen vaše. Něco, co vám nikdo nesebere, když vám život (a ty hyeny, co tu s námi žijí) sebral naději. Někdo může říct, že je to blbina, jak to můžeš dělat, nech toho, ale jak už jsem zmínila, je to jako závislost na čemkoliv jiném. Dokonce toho můžete na dlouhou dobu nechat, taky jsem měla doby, kdy jsem se spoustu měsíců sama sebe ani nedotkla. Stejně jako někdo nemusí dlouhou dobu pít, fetovat, nebo kouřit, ale pak se najednou něco zlomí a vzpomene si na staré dobré řešení. Je to kolotoč a mix sobectví k vašim blízkým, vzteku na ostatní a nenávisti k sobě.“

7.7.5 STŘEDNÍ ŠKOLA

Po rozchodu s Michalem se Karolína začala dobře učit a nechodit tolik za školu, ale stále dost pila a měla hodně nezávazných vztahů na jednu noc. Měla pocit, jako by si tím něco dokazovala, že má o ni někdo zájem. Tyto „vztahy“, ale končily hned, jak začaly. Většinou se tak dělo při alkoholovém opojení po „dětské diskotéce“, kterou stále tajně navštěvovala. „Těchto „vztahů“ bylo moc, ani to sama teď nechápu a stydím se... Když jsem pila, byla jsem prostě hovornější, nebála jsem se tolik lidí...“

S dovolením Karolíny přikládám i zkušenost, kterou by, jak sama uvádí, nejraději vymazala ze své mysli:

„Já si to vůbec nepamatuju, byla jsem na diskotéce, to mi bylo asi sedmnáct, nebo tak nějak, mamce jsem se prostě vymluvila, dlouho jsem totiž před ní sekala dobrotu. Bavila jsem se tam s nějakými kluky, hodně jsme pili. Ani nevím, co bylo, možná jsem to nějak vytěsnila z hlavy... Každopádně od mamky vím, že mě ráno našla na lavičce v parku, prostě taková strašná náhoda, zrovna šla do města. Nepamatuju si ani, jak mě našla, ale černé kalhoty, které jsem měla na sobě, jsem měla oblečené obráceně. Nevím, jak jsme se dostaly domů, nevím, co bylo v noci...“

Hádky s matkou se tedy ještě více stupňovaly a Karolína se stále sebepoškozovala. Zkoušela občas i užít nějaké medikamenty, které doma našla, ale jen tak, jak vypovídá, aby na chvíli na vše zapomněla. Karolínina matka o těchto situacích s léky nevěděla.

Brzy si pak našla nového kluka, kterého začala mít velmi ráda. Situace se u ní vylepšovala a cítila se šťastnější. Se školními povinnostmi problémy neměla.

Nicméně tento vztah posléze skončil a Karolínu to značně trápilo, chtěla vztah zpátky: „Měla jsem ho nejrači ze všech kluků, které jsem poznala... Asi půl roku po rozchodu s ním, to jsem se hodně pořezala, nejvíc co si pamatuju, trošku jsem ho tím vydírala, pořezala jsem se a mu to nedalo a přijel pro mě tam, kde jsem mu předtím říkala, že jsem... Nějak jsme to tenkrát ututlali a nějak se to obvázalo, cítila jsem se zesláble...“

Karolína zažívala pocit samoty, i když měla asi dvě opravdové kamarádky, kterým se vždy svěřovala, které znala od dětství a které jí byly oporou. Stejně ani to tehdy nepomáhalo.

„Pak jsem si jen říkala, že to zkusím víc, prostě si vzít prášky, ale už ani nevím, kolik jich bylo, vzala jsem, co jsem doma našla, ale nechtěla jsem se asi zabít, to ne, asi ne... Víím, že mi bušilo srdce, bolela hlava...“

Karolína dále byla hospitalizována několik dní v nemocnici.

„Já už ani nevím, jak to bylo, jen prý jsem to s práškama přehnala a bylo to zlé...“

O celém incidentu se dozvídá babička, která je vším znepokojena. Karolína na popud matky a babičky začne navštěvovat psychiatrickou.

„O pobytu v psychiatrické léčebně u mě nikdo neuvažoval, asi to nebylo tak vážné ...Sice se říká, že po každém pokusu o sebevraždu, vás pak sanitka odveze do léčebny, ale není to tak vždycky. Je ale pravda, že nejhorší stavy mají lidé s depresiemi okolo Vánoc a Silvestra, kdy asi člověk obzvlášť cítí potřebu s někým být.“

Psychiatricka Karolíně předepíše antidepresiva, která vlastně užívá dodnes. Jak sama uvádí, s psychologem a s psychiatrickou dobré zkušenosti neměla a samozřejmě zdůrazňuje, že to tak vždy nemusí být a uznává i svou chybu způsobenou její introvertností a nepřístupností. Nikdy se s odborníky o problému suicidálního chování nebavila, ani její matka dokonce neupozornila na tento jev. Dále vypovídá: „Mamka antidepresiva brala dlouho, ale teď už je nebere, protože se prý nějak neshodla se svým doktorem, teď má hlavně problémy s migrénou.“

Přiznává, že jí antidepresiva opravdu pomohla a že se po jejich užívání cítí psychicky lépe.

I když ve škole problémy nějak zvláště nebyly, začala se studiu Karolína věnovat více. Také rodina pocítila jistou změnu v chování a přizpůsobení se.

Střední školu Karolína ukončila nakonec s vyznamenáním. Vše ale nemusí být tolik růžové, jak se zdá. Karolína, jak sama řekla, je smířená s tím, že vždy bude pro určité lidi zvláštní, nekomunikativní, nepřístupná. Jelikož to je jedna stránka její povahy. Dělá jí nadále problémy věřit lidem, občas se rovněž straní společnosti a odebírá se často do samoty.

Pokus o přijetí na vysokou školu se nevydařil, proto Karolína navštěvovala roční pomaturitní studium cizího jazyka, což ji velmi bavilo.

7.7.6 VYSOKÁ ŠKOLA

V dalším roce byla Karolína přijata na vysokou školu do jiného, většího města. Začala studovat anglický jazyk a literaturu. Tyto dva předměty měla vždy nejraději. Rovněž ji odjakživa bavilo studium cizích jazyků, proto také zvolila tento obor. V tomto městě se nachází současné bydliště jejího otce. Karolínin otec o jejím působení ve městě po celou dobu ví, přesto nikdy neprojevil zájem a v tomto směru ji nepodporoval. Po celou dobu následující po rozvodu Karolíniných rodičů, hradí její otec matce alimenty v částce pět set korun. Tak se tomu děje i do dnešního momentu. Výrazným pomocníkem je v takové situaci babička Karolíny, která ji ve škole podporuje v tomto i v jiných směrech.

Během tohoto období, asi ve dvaceti, nebo dvaceti jedna letech se přes jednu známou z internetu začala věnovat hnutí Hare Kršna, a ačkoliv ho prakticky nevyznává (jakože by dodržovala všechny jejich principy), tak to na ni mělo pozitivní vliv i když rodina z matčiny strany je celkově ateistická.

Na vysoké škole se Karolíně líbilo, ale bohužel zde strávila pouze dva roky, jelikož se jí nepodařila zkouška, která jí chyběla z předešlého ročníku.

Z této situace byla Karolína v určitém stresu, ale naštěstí tato okolnost nezapříčinila problémy, s kterými se v „minulosti“ potýkala. Důležitá pro ni byla opět babiččina pomoc s výběrem jiné školy (soukromé) a komunikace se svými přáteli o celé situaci, kteří jí byli oporou.

V dalším roce Karolína tedy nastupuje ve stejném městě, kde studovala literaturu a cizí jazyk, na jinou školu, a to na školu vyšší s oborem cestovní ruch, kde je vlastně dodnes a je tam relativně spokojená.

„Jsem i ráda, že se pohybuju přes týden v jiném městě, kde je větší anonymita a kde se mi líbí... Taky mám i přítele, uvidíme, jak to vše ještě bude... Teď už hodně dlouho problémy se sebepoškozováním ani myšlenky na sebevraždu nemám, není to asi přímo kvůli náboženství... zajímám se o něj, ale nejsem nějak aktivní, ale asi tak celkově změnou postoje... Antidepressiva beru pořád a jsem za to vlastně ráda, ale vím, že není úplně po všem, ta úzkost tu občas je, je to i tou mou povahou...“

7.7.7 MOŽNÉ DŮVODY KAROLÍNINA SUICIDÁLNÍHO CHOVÁNÍ

Karolína ve své výpovědi uvádí, že jí nejčastěji přitěžovalo, když se s někým pohádala a to nejvíce, pokud se jednalo o hádku s přítelem, či s matkou. Dále dodává: „Taky jsem to dělala v situaci, když jsem měla nějakou depku, nebo pocit, že jsou na mě lidi zlí, nebo si mě nevšímají. Někdy jsem to taky dělala ze vzteku, když mě něco fakt naštvalo, prostě, jako někdo si dá ve stresu, nebo po hádce cigaretu, nebo panáka na uklidnění, tak já jsem se řízla.“

O svém vztahu k otci vypovídá následující: „Taťka mi nechybí vůbec, i kvůli tomu směšnému výživnému, které na mě s nevolí posílá... Taky dlouho ví, že jsem ve městě a neozval se atd. Nemyslím si, že by ty problémy byly kvůli tomu, že s námi nežije, protože si ani nepamatuju, když s námi bydlel, takže to neberu jako nějakou ztrátu.“

„Ohledně mamky ani nevím, jestli mi chybí, že jsme se spolu o tom všem nebavily. Jako já nevím, nechtěla jsem ji tím asi na jednu stranu zatěžovat a na druhou stranu jsem třeba chtěla cítit její zájem.“

Rovněž Karolína přiznává, že byla dosti poutaná ke vztahu k opačnému pohlaví. V dnešní době vnímá chybu v tom, že byla vždy určitým způsobem na partnerech závislá a pokud nastala ve vztahu rozepře, či neshody, řešení hledala v tomto způsobu chování.

I v současnosti si Karolína uvědomuje, že jakési poutání k příteli ve vztahu stále pociťuje. Již sice ne tolik razantně, ale přeci. Je možné u ní sledovat, že se určitým způsobem „bojí“ být sama bez přítele a bez vztahu. Po ukončení jednoho vztahu netrvá dlouhou dobu, kdy začíná vztah další. Povětšinou byl v minulosti záměr rozchodu ze strany Karolíniných partnerů.

7.7.8 MOŽNÉ OKOLNOSTI, KTERÉ KAROLÍNĚ PŘI STRESOVÝCH SITUACÍCH POMOHLY

Karolína vypovídá, že jí nejvíce v takovém momentu pomohlo nejen povídání s přáteli, ale také s babičkou, s kterou má skvělý vztah do dnešní doby. Rovněž uznává, že se v minulosti bezdůvodně obávala babičce vše svěřit, měla obavy, že by jí tím zradila, zranila a hlavně zklamala. Přátel nemívala nikdy mnoho, povětšinou se svěřovala dvěma nejbližším kamarádkám, což jí v takových stavech pomáhalo k určité úlevě. Často se i seznamovala s novými lidmi přes internet, s kterými si ráda povídala a s kterými navazovala jakási virtuální přátelství. Nemusela se totiž bát přímého kontaktu, ve virtuálním světě se cítila poněkud anonymnější. Dnes Karolína připouští, že pomoc v rámci terapie, by možná tenkrát také uvítala, ale na druhou stranu se bála někomu jinému otevřít, někomu dát najevo své pocity a uznává, že velký vliv k těmto pocitům měl její celkový přístup a bázlivost, zajisté i určitá nedostupnost vztahu mezi jí a matkou a rovněž si uvědomuje, že dnes by byla k babičce otevřenější než dříve.

Ohledně hnutí Hare Kršna Karolína říká: „Hare Kršna mi pomohlo tak, že jsem přes ně našla zajímavé lidi a knížky, které mi hodně daly, ale nikdy jsem to nebrala nijak fanaticky a se všemi těmi lidmi jsem si psala jen přes internet.“

„Ale co konkrétně mi pomohlo, to ani nevím, možná změna života, jako, že jsem přestala tak moc pít, víc se učit, zajímat se o různé věci... a mám pocit, že je to i tím, že jsem tak nějak z toho "vyrostla"- ale tím nechci říct, že někdo, kdo má takové problémy i po dvacítce je nějak nevyzrálý! ... Taky pořád užívám i ty antidepresiva...“

7.8 SROVNÁNÍ S LITERATUROU

V závislosti na tom, že se vnější podmínky lidského života neustále mění, proměňují se i generační projevy chování. S prostou vzpomínkou na vlastní mládí žádný z rodičů při výchově svého dorůstajícího dítěte dnes nevystačí. Usměrnování vývoje svého potomka se přitom rodič nevyhne, protože i kdyby přenechal programově někomu jinému celou tíhu odpovědnosti, působí výchovně již jeho chování samotné a jeho životní styl.⁹⁷

Pokud hovoříme o neúplné rodině, jedná se o stav, kdy v rodině chybí otec, či matka. Nepřítomnost otce bývá mnohem častější, než nepřítomnost matky.⁹⁸ Řešení problémů, plynoucích z neúplnosti rodiny, které je buď úspěšné, či nikoliv, je ovlivňováno tím, co příčinou neúplnosti bylo, respektive, jak se vyrovnává s neúplností matka.⁹⁹

Výzkumně bylo také doloženo, že děti, které prožily do věku deseti let ztrátu důležité osoby, mohou prožívat aktuální depresivní stav až po dobu šesti měsíců a v dospělosti reagují až v padesáti procentech na stresové situace depresí.¹⁰⁰

Pokud uznáme, že dnešní děti jsou jiné než jejich rodiče a prarodiče, zbývá hledat odpověď na otázku, v čem především tato odlišnost tkví a jak lze charakterizovat dnešní mladou generaci. Jelikož vývojový proces má své mezníky, je třeba je zjistit na základě projevů chování. Rostoucí organismus je dynamický, otevřený systém, který je schopný být formován zevním prostředím. Španělská pediatrie se v roce 1978 dotázala svých kolegů v různých světových zemích, jestli také oni v tak masové míře pozorují dřívější nástup fáze dospívání. Jeden z průkazných dokladů byl výskyt první menstruace u většiny španělských dívek a to již ve věku deseti až jedenácti let. Pediatrie se shodli na výrazném vývojovém posunu, ke kterému v průmyslových zemích světa v poslední době došlo.¹⁰¹

Odborníci průmyslově vyspělých zemí se rovněž shodli, že existuje obrovská propast mezi urychleností somatickou a sociálním zráním. Tato propast je dána nejen urychlením somatického vývoje, ale také zvyšujícími se nároky na vzdělání

⁹⁷ Srov. MARHOUNOVÁ, J. *Dospívání*. Praha: Empatie, 1996.

⁹⁸ Srov. HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007.

⁹⁹ Srov. HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007.

¹⁰⁰ Srov. MARHOUNOVÁ, J. *Dospívání*. Praha: Empatie, 1996.

¹⁰¹ Srov. MARHOUNOVÁ, J. *Dospívání*. Praha: Empatie, 1996.

a přípravu na povolání, což vede k asociálním projevům. Se vším zmíněným samozřejmě souvisí častější nástup autoerotických praktik a rovněž brzké heterosexuální styky.¹⁰²

Pozadí odchylek kontur od běžného jednání je známé. Celkové pojetí abnormality je závislé na kulturně-historickém kontextu té které společnosti, jak již bylo připomenuto. V našich podmínkách je jasně vymezeno jako abnormální chování takové, které vede ke konfliktu se zákonem. Existují však ještě mimo tyto hranice další způsoby chování, například jsou jedny z nich ty, které dříve, či později vyžadují kontakt s odbornými službami v rámci péče psychiatrické.¹⁰³

Sebepoškozování se častěji vyskytuje u žen než u mužů a to ve velké míře v období dospívání a rané dospělosti. Cílem tohoto sebepoškozování je především zvládat nepříjemné duševní stavy. Těch může existovat celá řada, např. přetížení, negativní emoce, jako pocity frustrace, lítosti, vzteku, ztráty kontroly, osamělosti. Jsou to tzv. flashbacky, tedy intenzivní a náhlé vzpomínky na prožitá traumata. Vztahovat problémy na sebe a sebeobviňovat se mají především ženy, proto se také častěji zraňují než muži. Oproti tomu muži mívají naopak větší potíže s agresí vůči svému okolí.¹⁰⁴

Diagnostikování duševních poruch u mladistvých bývá vzhledem k věku opatrnější. I když nebyla ještě stanovena formální diagnóza, mají sebepoškozující se dospívající řadu společných charakteristik. Typická bývá nízká frustrační tolerance, poruchy sebeovládání, impulzivita, náladovost a podrážděnost.¹⁰⁵

Někteří autoři považují suicidální pokus a dokonanou sebevraždu za způsoby sebevražedného jednání, které jsou relativně samostatné. Suicidální pokusy jsou také ve většině statistických přehledů uváděny odděleně od dokonaných sebevražd. Už čistě z praktických důvodů je toto členění oprávněné, jelikož pachatel po sebevražedném pokusu zůstává naživu a jsou nutná další léčebně preventivní opatření.¹⁰⁶

¹⁰² Srov. MARHOUNOVÁ, J. *Dospívání*. Praha: Empatie, 1996.

¹⁰³ Srov. MARHOUNOVÁ, J. *Dospívání*. Praha: Empatie, 1996.

¹⁰⁴ Srov. *Sebepoškozování* [online]. Poslední aktualizace 2007 [cit. 18. 3. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=News&file=print&sid=112>>

¹⁰⁵ Srov. *Sebepoškozování* Poslední aktualizace 2007 [cit. 18. 3. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=News&file=print&sid=112>>

¹⁰⁶ Srov. VIEWEGH, J. *Problémy psychického vývoje a osobnosti*. Praha: Academia, 1978. s. 271.

Janota se ve stručném, ale obsahově hutném příspěvku zabývá pojmem suicidální pokus. Toto Janotovo pojetí je ale protikladem psychologicky a vývojově zaměřených koncepcí. Zásadní rozdíl mezi pokusem a dokonanou sebevraždou autor nevidí. Jestli má pachatel rozhodný úmysl zemřít a k tomuto cíli si zvolí promyšleně konkrétní postup, není jisté nikdy, zda bude cíle dosaženo. V takovém smyslu je každé sebevražedné chování suicidálním pokusem. O sebevraždě mluvíme, pokud pokus dosáhl cíle. Jestli bylo jednání nějakým způsobem přerušeno, jde tedy potom o suicidální pokus. Je ale nutno rozlišit suicidální pokus od napodobení, nebo-li předstírání sebevražedného jednání. Avšak osoba může přijít o život i při tzv. demonstrativním sebevražedném jednání, potom tedy mluvíme o sebevraždě. Za rozhodující pokládá Janota kritérium pro vymezení sebevražedného pokusu a to vnější chování tohoto pachatele. Mezi suicidální pokus Prokúpek navrhuje zařazovat jednak případy, kde je pevný úmysl pachatele zemřít prokázán a jednak případy u nichž je v rovnováze takový úmysl s rozhodnutím zůstat naživu. Avšak Janotův názor o sebevražedném pokusu jako nezdařené sebevraždě nezastává. Jedná se o dva odlišné způsoby jednání, které se ale mohou v některých případech překrývat.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Srov. VIEWEGH, J. *Problémy psychického vývoje a osobnosti*. Praha: Academia, 1978. s. 271.

ZÁVĚR

Hlavní myšlenkou této bakalářské práce bylo, ukázat to, že se každý člověk může vyznačovat určitou jinakostí v prožitcích, v chování, ve vnímání zátěžových situacích a nakonec poukázat na to, že občas jisté psychické stavy mohou vést u některých jedinců k nepřiměřenému jednání.

Cílem bylo rovněž pohlédnout do jakéhosi obrazu příčin a situací, které suicidálnímu chování u této respondentky předcházely a také do průběhu tohoto jednání a celkového sledu událostí v životě zkoumané osoby.

Výzkum se zaměřuje na jediného jedince a snaží se proniknout do jeho životního příběhu, alespoň takovým malým vniknutím. Popisuje některé události a cesty, kterými se zkoumaná osoba vydávala od narození po adolescenci.

Mezi badatelkou a respondentkou existuje dlouhodobý vztah, jak už bylo vícekrát zmíněno, proto byla tímto rovněž výpověď zkoumané osoby ovlivněna v tom smyslu, že tuto zpověď charakterizuje jakási otevřenost, věrohodnost a upřímnost.

Je jistě potřebné, zabývat se tímto fenoménem, pokusit se odhalit faktory, které mohou zvyšovat riziko suicidálního chování a také se snažit zasáhnout včas způsoby, které by zabraňovaly vzniku suicidálního chování. Také je patrné, že v adolescentním věku bývá nepřiměřené chování časté a velkou roli u člověka samozřejmě hraje jeho psychický stav, sociální stav, charakter a různé další faktory.

POUŽITÉ ZDROJE

Literatura:

FRANKEL, B. KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. Praha: NLN, s. r. o., 1998. ISBN 80-7106-234-0.

HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1168-3.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování-Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.

MARHOUNOVÁ, J. *Dospívání*. Praha: Empatie, 1996. ISBN 80-901618-7-1.

MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd-dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Praha: Dybbuk, 2003. ISBN 80-903001-8-9.

VIEWEGH, J. *Problémy psychického vývoje a osobnosti*. Praha: Academia, 1978. ISBN 21-023-78.

VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. Brno: Copyright, 1996. ISBN 80-85880-10-5.

Internetové zdroje:

Suicidum [online]. Poslední aktualizace 2004 [cit. 8. 1. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/06/03.pdf> >.

Suicidalita u adolescentů-rizikové faktory a prevence [online]. Poslední aktualizace 2008 [cit. 15. 1. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/ped/2008/05/07.pdf>>.

Péče o suicidálního pacienta [online]. Poslední aktualizace 2006 [cit. 15. 1. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>>.

Sebevraždy [online]. Poslední aktualizace 2011 [cit. 11. 2. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/3/typy-sebevrazd>>.

Sebepoškozování [online]. Poslední aktualizace 2009 [cit. 15. 2. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/cernaetal.pdf>>.

Sebepoškozování [online]. Poslední aktualizace 2007 [cit. 18. 3. 2011]. Dostupné z WWW: <<http://sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=News&file=print&sid=112>>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I. – Rozhovor s Karolínou

V předešlém textu se badatel snažil nastínit prostřednictvím výpovědi respondenta životní situace a příběh mladého člověka, který se potýkal s problémem suicidálního chování. V této části autor přikládá poslední rozhovor se zkoumanou osobou, který byl veden formou písemnou, jelikož účastník výzkumu o tento způsob výpovědi stál.

Jak bys nyní popsala svůj vztah s matkou? Jaká je mezi vámi komunikace? Co k ní cítíš? Mrzelo Tě určité neprojevení zájmu o hovor na toto téma z její strany, jak si sama vypověděla?

„Můj vztah s mamkou je stále takový neutrální... Jako nejsou mezi námi nějaké rozepře, nebo hádky a tak podobně, jako to bylo dříve. Jak už jsem předtím řekla, má mamka je člověk uzavřený, nekomunikativní, žijící ve svém světě. Nikdy jsme se navzájem sobě nesvěřovaly, ale odpovědět na to, jestli mi to chybělo, nebo ne, nevím... Tenkrát jsem byla mladší a vše brala jinak, je to složité... Třeba, kdyby možná zaujala trochu jiný postoj, nebo se snažila mi víc porozumět, byla by tam i větší otevřenost z mé strany. Tím ji ale nechci z ničeho obviňovat, neměla to se mnou lehké. Ale taky se tak nějak prý ještě víc uzavřela po tom rozchodu s otcem. Nikdy jsem pak o žádném jiném příteli v jejím životě nic neslyšela a ani ji s nikým neviděla. Jak jsem řekla, prostě z domu do práce, z práce domů a doma je jen vždy na internetu, nebo si čte. Ještě chodí ven s naší fenkou, kterou má moc ráda, zvířata má celkově dost ráda, stejně jako já. Ani žádné její kamarádky k nám nikdy nechodily, myslím, že ani opravdovou kamarádku nemá. Taky vím od lidí, kteří s ní tolik let pracují, že ani s nimi se nějak nebaví. S jediným člověkem chodí ven a to s babičkou občas na procházky a ta jediná nás vlastně navštěvuje. Jsem teď vždy přes týden v jiném městě, takže se občas vídáme o víkendu, ale ne dlouho, jelikož jezdím za svým přítelem většinou na víkendy. Prostě svěřování a tak u nás nikdy nebylo. Ví vždy, s kým chodím, ale nikdy ty kluky ani vlastně neviděla. Ani kamarádky k nám moc nechodily, spíš já k nim. Ne, že by nechtěly, ale já jsem se cítila spíš u nich doma dobře, než, kdybychom byly u nás s mou mamkou, protože mamka není na návštěvy zvyklá. Máme s mamkou i podobné zájmy, jako je čtení, literatura, hudba, zájem o cizí jazyky a o tom občas něco prohodíme, ale jinak se bavíme spíš tak „povrchně“. I když nejsou žádné problémy.“

Jak bys popsala svůj vztah s prarodiči? Navštěvujete se? Komunikujete spolu otevřeně?

„Vztah s babičkou je pohodový a vždy vlastně byl. S tou jsem se nikdy nebála mluvit o různých věcech z mého života i když ze začátku o mých problémech nevěděla, asi jsem se styděla jí to říct a měla by potom velký strach. Babička je taková otevřená, společenská, kolikrát jsem jako dítě s ní i s máma dvěma kamarádkama chodívala ven i s jejím pejskem a bylo to fajn. Možná jsem spíš jí vnímala jako takovou větší autoritu, jak jsem řekla a víc jako důvěrnici než mamku. Jsem vlastně její jediná vnučka a vždy mě zahrnovala pozorností a všímavostí. Snažila se mi kolikrát pomoci a je mi v její přítomnosti dobře. Podporuje mě i ve škole a prostě cítím z její strany upřímnost, lásku a zájem a tak jsem to cítila vždy.“

„S dědou spolu moc nekomunikujeme. Děda je takový taky celkem uzavřený. Je to autorita, ale jinak než babička. Z dědy jsem měla vždy respekt. Vlastně se spolu ani nějak nenavštěvujeme, babička k nám chodí na návštěvy sama.“

Co bys řekla o svém vztahu k otci? Jak ho nyní vnímáš?

„Taťku vlastně neznám, neprojevoval o mě zájem. Možná jsem si myslela, že se ozve, když budu studovat ve městě, kde bydlí, ale studuju tam už čtvrtým rokem a zájem neprojevil vůbec. Jak jsem řekla, nechybí mi ale, nepamatuju si, když s náma bydlel. Vlastně ani jeho rodiče o mě zájem neměli. Taťka pochází z velké, početné rodiny a babička má dost vnoučat. Ani k narozeninám, nebo k svátku mi nepíše. Já mu taky ne. Má se svou další ženou dvě děti, ani ty neznám. Nechtěla jsem se mu kdysi vnucovat a teď už vůbec ne. Mamka o něm nemluví vůbec, jenže mamka nikdy o ničem nemluví.“

Zkus mi říci něco o svých vztazích s opačným pohlavím z minulosti. Jak je teď zpětně vnímáš?

„Mé vztahy-nevztahy ze začátku byly takové zbrklé. Jak většinou začaly, tak i skončily. První sex jsem měla dost brzo s někým, s kým ani pak vztah nebyl. S dalším klukem, to jsem s ním byla teda celkem dlouho tenkrát. Nevím proč, ale nedá se mluvit o nějakém vztahu. Bylo mi s ním na jednu stranu fajn, vyslechl mě a tak. Na druhou stranu byl hrubý a zlý a já nevím, proč jsem se k němu pořád vracela. Hodně jsme spolu pili a tak. Ale nehledala jsem pak vždy podobné typy, jako to tak někdy bývá. Měla jsem fajn, hodné kluky, ale vždy to nějak skončilo. Nikdy jsem nebyla dlouho sama, o tom jsme se spolu kolikrát bavily. Já jsem vlastně

vždy brzy našla někoho jiného a když ne, tak jsem se cítila sama. Ale ty kluky jsem nepodváděla, byla jsem ráda, že je mám. Když jsem je neměla, tak jsem bohužel měla takové náhodné známosti v opilosti, jako bych pořád někoho hledala a potřebovala a cítila se sama, za to se stydím. Teď jsem taková uvědomělejší. Seznamovala jsem se pak s klukama hlavně přes internet, kde jsem je poznala a kde jsem se nestyděla s nimi mluvit a tak. Ty vztahy nebyly špatné, ale tak nějak jsem se na ně dost vážala a připadaly mi v ten moment moc důležité. Ještě doteď se seznamuju nejvíc většinou přes internet.“

A co Tvůj současný vztah? Jak bys ho hodnotila? Co bys o něm mohla říci?

„V tomto vztahu je mi dobře, jsme spolu sice ještě krátce, ale cítím se dobře. Je to muž, který je ode mě o sedm let starší. Ráda za ním jezdím. Taky ale ještě nevím, co a jak bude, co ukáže čas. Seznámili jsme se na internetu a po nějakém čase jsme si dali schůzku a začali se vídat víc a víc a nakonec jsme spolu. Někdy jsou nějaké neshody, ale zase se tolik nevidíme, takže se na sebe většinou těšíme. Nevím, jak by to ale bylo, kdybychom se vídali častěji, to zatím nemůžu posoudit.“

Jak se momentálně cítíš? Přepadají Tě ještě někdy pocity jako dříve? Vypověděla si, že stále užíváš antidepresiva...

„Teď se cítím relativně dobře. Jako nikdy nebudu, kdo ví jaký optimista, který má pocit, že vše zvládne a věří si, to vím, že nikdy nebudu. Jsem takový člověk, který se zbytečně dost věcí bojí, prostě si nevěří a předem možná nějaké věci vzdávám. Jsem na jednu stranu uzavřený člověk a na druhou jsem zase ráda, když s nějakými přáteli někam vyrazím a pobavím se, ale to je tak určitě víc lidí. Takové pocity, že bych si chtěla něco udělat už ani nemám. Jsem pořád takový nervózní typ, který pak neví, co s rukama a nohama, když se něco děje, ale nemám takové myšlenky jako dřív.“

„A ty antidepresiva beru už dost let, já nevím proč třeba i teď... ale taky nevím, co by to udělalo, kdybych je nebrala, jak bych se cítila... zvykla jsem si je brát... Někdo třeba říká, že by možná byla nějaká terapie lepší, možná i ano, nevím...“

Jak se s touto zkušeností vyrovnáváš teď?

„Tak tohle je zkušenost, na kterou samozřejmě nikdy nezapomenu, to by ani nešlo. Já neříkám, že je vše teď super a vše za mnou. Nikdy to za mnou úplně nebude, myslím na to někdy. Ale jsou věci, které jsem si po tomto výzkumu zpětně uvědomila, že jsem vlastně i nějaké situace z minulosti vymazala z hlavy a tímto

se mi připomněly. Ale jsem ráda, že jsme si o nich mohly promluvit teď s postupem času. Že jsme si i dost věcí tak nějak uvědomily, jak jsme to prožívaly kdysi a jak teď. Byla jsem ráda za to vyslechnutí i když si o těch skoro všech věcech věděla a pomohlo mi to, si tak zase popovídat.“

Jak bys sama sebe nyní charakteristkovala, jak sama sebe vnímáš?

„Jsem líná, samotářská, empatická, urážlivá, věčně zasněná anarchofeministka se zálibou v gothické subkultuře, žijící hudbou, fascinovaná Indií a východními filozofiemi, milující punk a nesnášející neonacismus, rasismus, netoleranci a fanatismus v jakékoli podobě.“