

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM

2019–2023

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lucie Halbrštátová

**Suicidialita u pražských adolescentů jako sociálně
patologický jev**

Praha 2023

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR FULL-TIME STUDIES

2019–2023

BACHELOR THESIS

Lucie Halbrštátová

**Suicidality in Adolescents From Prague as a Socially
Pathological Phenomenon**

Prague 2023

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 12. 2. 2023

Lucie Halbrštátová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce panu PhDr. Zdeňkovi Mouchovi, CSc. za jeho ochotu, cenné rady, pečlivý a vstřícný přístup při vedení bakalářské práce. Poděkovat bych současně chtěla účastníkům výzkumu, kteří mi poskytli rozhovory k danému tématu. Poděkování patří také mé rodině za podporu, trpělivost a poskytnutí dostatku času na zpracování práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá suicidiálním jednáním pražských adolescentů jako sociálně patologickým jevem. Ve své teoretické části se zaměřuje na problematiku adolescence, sociální patologie, suicidiálního jednání, rizikových a protektivních faktorů tohoto jednání, jeho vývojem, diagnostikou, léčbou suicidiálních adolescentů a prevencí suicidiálního jednání. Praktická část zahrnuje kvalitativní výzkum realizovaný metodami polostrukturovaného rozhovoru a případové studie. Prezentuje výsledky výzkumu, které odpovídají na stanovené výzkumné otázky, a poskytuje doporučení pro praxi.

Klíčová slova

Adolescent, duševní onemocnění, sebevražda, sebevražedné jednání, sociálně patologický jev.

Annotation

Bachelor thesis deals with suicidal behavior adolescents from Prague as socially pathological phenomenon. The theoretical part focuses on the issue of adolescents, social pathology, suicidal behavior, risky and protective factors of this behavior, it's development, diagnostics, therapy of suicidal adolescents and prevention of suicidal behavior. The practical part contains qualitative research realized by methods of semi-structured interview and case study. This thesis presents results of research, which answers the stated research questions and provides recommendations for practice.

Keywords

Adolescent, mental illness, socially pathological phenomenon, suicidal behavior, suicide.

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 OBDOBÍ ADOLESCENCE	11
1.1 Charakteristika a časová specifikace období	11
1.2 Proces socializace a komunikace	12
1.3 Rizikové chování a jeho projevy	14
1.4 Postoj k životu a smrti	15
2 PROBLEMATIKA SOCIÁLNÍ PATOLOGIE	17
2.1 Terminologické vymezení sociální patologie	17
2.2 Sociální patologie a rodina	18
3 PROBLEMATIKA SUICIDIALITY	20
3.1 Terminologické vymezení suicidality.....	20
3.2 Suicidialita jako společenský problém	21
3.3 Příčiny a motivy jednání	22
3.4 Formy a způsoby provedení.....	23
4 RIZIKOVÉ A PROTEKTIVNÍ FAKTORY SUICIDIALITY	25
4.1 Sociální prostředí	25
4.2 Duševní poruchy u adolescentů	26
4.3 Sebepoškozování	27
5 SUICIDIALITA V OBDOBÍ ADOLESCENCE.....	29
5.1 Vývoj suicidality.....	29
5.2 Diagnostika suicidiálních adolescentů	30
5.3 Léčba suicidiálního adolescenta	31
5.3.1 Psychoterapie	32
5.3.2 Farmakoterapie.....	33
6 PREVENCE SUICIDIALITY U ADOLESCENTŮ	34
6.1 Typy prevence.....	34
PRAKTICKÁ ČÁST	36
7 METODOLOGIE VÝZKUMU	36
7.1 Vymezení cíle výzkumu	37

7.2	Stanovení výzkumných otázek	37
7.2.1	Výběr vzorku zkoumání.....	37
7.3	Metody výzkumu	38
7.3.1	Rozhovor.....	38
7.3.2	Kazuistika	40
7.4	Průběh výzkumu a interpretace výsledků	42
7.5	Závěry výzkumu a doporučení pro praxi	54
	ZÁVĚR	61
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	63
	SEZNAM TABULEK.....	67
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

S problematikou sebevraždy se lidstvo setkává již od nepaměti a toto téma je stále aktuální. Tento fakt, nepodařil změnit ani negativní postoj společnosti k tomuto způsobu jednání. Jedinec, který spáchá suicidium je společností stigmatizován, morálně odsouzen a toto „označkování“ se dotýká také jeho blízkých. Pojem sebevražda bývá někdy nahrazován použitím více slov, ale bohužel ani toto nemůže zmírnit fakt, že došlo ke ztrátě života, a to dokonce vlastním přičiněním.

Téma sebevraždy považujeme vždy za téma ožehavé, obzvláště tehdy, pokud se jedná o adolescenta, mladého člověka, který se teprve hledá, sebehodnotí a snaží se nalézt svou roli a identitu. Musíme říci, že bohužel ani mladým lidem, kteří se teprve „rozhlíží“ jak naložit se životem, jak se v něm uplatnit, se duševní onemocnění nevyhýbá. U adolescentů se setkáváme se sebevražedným jednáním jako projevem patologickým, při kterém dochází k potlačení pudu sebezáchovy a projevu autoagrese.

Odborníci z mnoha vědních oborů se zabývají zkoumáním souvislostí, příčin, a motivů sebevražedného jednání, aby byly minimalizovány zbytečné ztráty lidských životů a docházelo ke snížení počtu rodin, jež tento projev potlačení pudu sebezáchovy nekompromisně zasáhl.

V bakalářské práci je řešen fenomén sebevražedného jednání pražských adolescentů jako sociálně patologický jev.

Cílem bakalářské práce je analýza, syntéza a popis stavu a příčin suicidiálního jednání u osob v adolescentním věku.

Teoretická část bakalářské práce poskytuje teoretická vymezení problematiky sebevraždy jako sociálně patologického jevu. Zaměřuje se na období adolescence, které považuje za období dospívání jedince ve všech jeho souvislostech. Terminologicky vymezuje problematiku sociální patologie a v této souvislosti se zaměřuje na rodinné prostředí adolescenta. Problematika období adolescence a sociální patologie je v kapitole třetí doplněna o problematiku suicidalitu. Suicidialitě se věnuje nejen z pohledu terminologického vymezení, ale z pohledu celospolečenského a dalších důležitých aspektů tohoto jednání. U problematiky suicidalitu zůstává přiblížením

rizikových a protektivních faktorů, poskytuje pohled na suicidalitu v období adolescence, diagnostiku, léčbu a prevenci tohoto negativního jevu.

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na metodologii výzkumu, vymezení výzkumného cíle, stanovení výzkumných otázek, určení a výběr výzkumného vzorku, stanovení a charakteristiku zvolených výzkumných metod. Pro dosažení stanoveného cíle výzkumu a zodpovězení výzkumných otázek byly zvoleny výzkumné metody, konkrétně polostrukturovaný rozhovor a případová studie. V praktické části je uvedeno sedm případových studií, které byly zpracovány na základě informací od pražských adolescentů, kteří mají vlastní zkušenost s problematikou suicidiálního jednání.

Hlavní výzkumná otázka se zaměřuje na zjištění příčin suicidiálního jednání u pražských adolescentů.

Celkovým přínosem bakalářské práce je kvalitativní pohled na suicidalitu adolescentů v konkrétní lokalitě, Hlavním městě Praze a navržená praktická doporučení pro praxi, a to shrnutím výsledků výzkumu a jejich interpretací.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBDOBÍ ADOLESCENCE

V kapitole první nazvané Období adolescence bude pozornost zaměřena na problematiku adolescence, jako na specifické vývojové období každého jedince. Budeme se zabývat nejen charakteristikami typickými pro toto období, ale adolescenci přiblížíme také z hlediska časového. Z tohoto úhlu pohledu se budeme zabývat odlišnými názory na vymezení období adolescence z hlediska věku.

Za důležité považujeme k tématu zařadit proces socializace, ke kterému dochází i v období adolescence. Opomenuta nebude ani pro toto období specifická oblast komunikace adolescentů s rodiči a jejich vrstevníky.

Vzhledem k tomu, že období adolescence je obdobím hledání sama sebe, tato oblast bude výstižně doplněna o rizikové chování adolescentů. Nastíněny budou projevy takového chování, a to včetně látkových a nelátkových závislostí.

V závěru kapitoly se budeme věnovat palčivému tématu, a to odlišnému postoji adolescentů ke smrti. Vzhledem k tomu, že každé vývojové období jedince je spojeno s určitými obavami, popř. strachy, téma bude doplněno také o tuto oblast.

1.1 Charakteristika a časová specifikace období

Období adolescence chápe Sobotková a kol. (2014, s. 26) jako biologické, psychické a sociální dospívání jedince, kdy dochází k rychlému tělesnému růstu, a v důsledku hormonálních změn získává jedinec možnost reprodukce. Současně dochází k sociálnímu ukotvování jedince, při kterém se formuje jeho vlastní role a identita. Období adolescence, jak ji vnímá Vágnerová (2012, s. 367), je životní etapou, v které jedinec hledá sám sebe a svoji identitu.

„V souvislosti s výskytem mnoha biologických, psychických a sociálních změn je toto období spojeno s řadou specifických nejistot, rozporů a ambivalencí, které podporují rozvoj pro daný věk typických obsahů strachu.“ (Michalčáková, 2007, s. 45)

Období adolescence bývá vymezováno autory odlišně.

Věkové období adolescence vymezuje Macek (2003, s. 9-10) jako období od 15 do 20 (22) roků. Adolescenci dělí na časnou, střední a pozdní. Přičemž časnou adolescenci vymezuje věkem od 10 (11)-13, střední věkem 14-16 a pozdní od 17-20 let, nebo také déle.

„Období adolescence zahrnuje v novějším pojetí širokou věkovou kategorií od 10 let až do dosažení dospělosti, která je obvykle současnými autory rozdělována na tři etapy: raná adolescence (10-13 let), střední adolescence (14-17 let) a pozdní adolescence (18 a více let), přičemž věkové hranice mezi jednotlivými údobími se překrývají.“
(Urbanovská, 2010, s. 24)

Období adolescence Vágnerová (2012, s. 369-371) dělí na ranou adolescenci, tj. pubescenci a adolescenci pozdní. Ranou adolescenci vymezuje ve věku mezi 11 až 15 rokem. V tomto období se nejvíce mění fyziologické znaky jedince a v souvislosti s psychickým vývojem jedince, dochází také k individuálnímu prožívání emocí. Klade důraz na potřebu adolescentů, a sice vytváření vazeb se svými vrstevníky, s nimiž souvisí první přátelství i první partnerství. Pro toto období je také charakteristické hledání nových životních jistot, které se v průběhu dospívání mění. Pozdní adolescenci vymezuje obdobím od 15 do 20 roku života. Pro období pozdní adolescence je typické ukončení procesu pohlavního dospívání. Co se týká změn v sociální oblasti, dochází v tomto období k ukončení středního vzdělání, diferenciaci na orientaci v profesním životě nebo pokračováním ve studiu. Dochází také k rozvoji partnerských vztahů a získávání nových životních rolí.

1.2 Proces socializace a komunikace

Socializaci v období adolescence chápe Hort a kol. (2000, s. 38), lze chápat také jako období změn, ve kterém se jedinec začíná osamostatňovat a vytváří si vlastní životní styl.

Socializaci v období rané adolescence popisuje Vágnerová (2012, s. 395-398) tak, že adolescenti jsou velmi kritičtí a nekompromisní k názorům dospělých. Často se dohadují s autoritami a odmítají jejich názory ne z toho důvodu, aby je pokořili, ale aby sami získali autoritu. Adolescenti často mívají kritický pohled na sebe sama, avšak

o tomto postoji, vědí jen jejich nejbližší přátelé. Na proces socializace mají významný vliv určité sociální skupiny, mezi které patří rodina, škola, zájmové instituce a v neposlední řadě vrstevníci. Pro období dospívání je typické získávání a osvojování si nových sociálních rolí. Proces socializace v období pozdní adolescence charakterizuje hledáním profesního uplatnění a tím i postavení a nové role ve společnosti. V pozdní adolescenci se jedinec stává dospělým a tedy způsobilým k právním úkonům. Mění se také důležité sociální skupiny, jimiž zůstává rodina a vrstevníci, dále vzdělávací instituce a nově zaměstnání. Vrstevnická skupina je podle Vágnerové (2014, s. 423) oporou v procesu vytváření identity jak skupinové, tak individuální.

O komunikaci v období adolescence se zmiňuje Hort a kol. (2000, s. 58) a to tak, že adolescenti jsou schopni zdatně komunikovat a v rovině kognitivní jsou schopni obratně uvést informace vedoucí k odhalení jejich případných obtíží.

V souladu s Vágnerovou (2012, s. 443-445), je komunikace adolescenta ovlivněna nejen časovým obdobím adolescence, ale také tím, s kým komunikuje. V období rané adolescence je důležitou sociální skupinou, se kterou adolescent komunikuje, rodina. Rodiče si často stěžují na nezúčastněnost a nekomunikativnost adolescenta. Adolescent si často velmi úpěnlivě chrání své soukromí a začíná si vytvářet určitá témata, o kterých s rodiči nechce mluvit. Často rodičům říká pouze to, co rodiče zdánlivě chtějí slyšet. Významnou roli hraje také komunikace s vrstevníky. Tato komunikace je velmi specifická a také odlišná, než jak adolescent komunikuje s dospělými. V komunikaci mezi vrstevníky navzájem, jsou důležité také další atributy, které vytváří unikátní osobnost daného jedince, jako např. způsob oblékání a úprava vzhledu. V tomto období je časté neustálé posílání SMS zpráv a telefonních rozhovorů jako udržení symbolického vztahu mezi sebou. Pozdní adolescenci považuje za období běžné komunikace ze strany adolescentů, tj. ustupují znaky jako dramatičnost, hlučnost a výrazná gestikulace. Dospělí přestávají adolescenty považovat za děti, a proto jim začínají vykat. Adolescenti naopak chtějí dospělým tykat, aby pocítili svoji rovnoprávnost.

1.3 Rizikové chování a jeho projevy

Za rizikové chování v období adolescence považuje Sobotková a kol. (2014, s. 39) takové chování, které může být příčinou poškození zdraví nebo ohrožení života. Problematika rizikového chování adolescentů je velmi důležitá zejména pro jejich budoucí vývoj, a proto se stává předmětem mezinárodních výzkumů. Rizikovým faktorem podle Koutka a Kocourkové (2007, s. 108) je to, jak se jedinec začlení do kolektivu, zejména je významné, jakou hodnotu má sebevražedné jednání ve skupinách vrstevníků.

„Rizikové chování v adolescenci je široce zkoumaným pojmem vývojové a sociální psychologie ... Pojem „rizikové chování“ chápeme jako nadřazený k pojmům „problémové, asociální, delikventní, antisociální a disociální chování“... Fenomén rizikového chování je rozsáhlým tématem a vyžaduje mezioborový pohled.“ (Sobotková a kol., 2014, s. 39-40)

Projevy rizikového chování chápe Macek (2003, s. 109) jako více zřejmé v dnešní moderní době, a to z důvodu uvolnění mravů a snížení kontroly státu nad obyvateli po pádu komunistického režimu.

Rizikové chování se může dle Sobotkové a kol. (2014, s. 40, 45, 47) projevovat např. látkovými závislostmi, tj. alkoholismus, závislost na drogách, tabakismus, Tyto formy rizikového chování jsou mezi adolescenty nejčastější. Další formou rizikového chování závislostního charakteru jsou závislosti nelátkové jako např. hazardní hráčství, závislost na nakupování, závislost na internetu a poruchy příjmu potravy. Mezi poruchy příjmu potravy řadí mentální anorexii a mentální bulimii. Poruchami příjmu potravy se také zabývá Vágnerová (1999, s. 227), která poukazuje na to, že právě období dospívání je obdobím, kdy dospívající může své tělo vidět jinak, než jaké reálně je.

„Velké nebezpečí spočívá v tom, že tyto poruchy jsou často spojené s dalším rizikovým chováním, jako je sebepoškozování, sebevražednost, abúzus drog a alkoholu, depresivita.“ (Sobotková a kol., 2014, s. 46)

Za další projevy rizikového chování považuje Sobotková a kol. (2014, s. 40-41) projevy agrese a šikany, vandalismus, čímž rozumíme poškozování cizího majetku, kriminální jednání, nevhodné chování na internetu a s tím spojená problematika kyberšikany,

problémy spojené s lhaním a záškoláctvím, promiskuita a možná prostituce, extremismus, xenofobie a rasismus.

1.4 Postoj k životu a smrti

V období adolescence pohled na život, jak zmiňuje Macek (2003, s. 107, 109) ovlivňují hodnoty a postoje adolescentů. Důležitým faktorem pro vnímání života je přijetí životní role a reality, ve které se jedinec nachází. Velmi důležité je pozitivní prožívání emocí, které má vliv na kladnější sebehodnocení. Pokud člověk zažívá tyto pocity zřídka, mívá nízké sebehodnocení, a to může ovlivňovat postoj k životu. Dříve existovala představa, že mužské sebehodnocení bývalo hodnoceno jako vyšší, než u žen. Toto odlišné pojetí sebehodnocení u mužů a žen, je dnes již minulostí.

„Zejména pro období adolescence je příznačné, že člověk může současně zažívat vysokou míru jak pozitivních, tak negativních pocitů vztahovaných k vlastnímu životu a k vlastnímu já.“ (Macek, 2003, s. 108)

Postojem k životu a smrti u adolescentů se věnují také Koutek a Kocourková (2007, s. 49), kteří postoj adolescentů ke smrti charakterizují u nesuicidiálních adolescentů a adolescentů suicidiálních. Nesuicidiální adolescenti vnímají smrt pouze na základě vlastních prožitků. Prožitek může být spojen se smrtí někoho blízkého a při myšlence na smrt zažívají pocity strachu. Naopak suicidiální adolescenti ve svých představách fantazírují o smrti. Období adolescence souvisí s úvahami o konci života. Velkou roli zde hrají média, která zobrazují různé postoje ke smrti a v neposlední řadě také prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Některé sociální skupiny si života neváží, naopak jiné sociální skupiny považují hodnotu života za významnou. Mühlpachr (2001, s. 62) také poukazuje na to, že na postoj k životu a smrti adolescentů mají vliv média, která poskytují různé pohledy na otázku života a smrti.

Pohled na problematiku postoje k životu a smrti u adolescentů přibližuje také Vágnerová (2012, s. 468-471) tím, že adolescenti obtížně hledají svoji identitu, nevědí, kterým směrem se v životě vydat a snaží se nalézt jeho smysl, tak jejich postoj k životu představuje v určitém slova smyslu obavu ze života. Postoj k životu je také ovlivněn obdobím adolescence, ve kterém se jedinec nachází. Starší adolescenti zjišťují, že život není nekonečný, obávají se své existence, a proto obtížně hledají smysl nebo důvody

proč žít. Smysl života a důvody proč žít nacházejí až po nalezení své vlastní identity a ztotožnění se s tím, že reálný život nejsou pouze jistoty. Důležitým faktorem ovlivňujícím postoj k životu je také předpoklad osamostatnění se, odpoutání od rodiny, s čímž úzce souvisí převzetí zodpovědnosti za vše, co se v životě jedince děje.

Faktory ovlivňující postoj adolescentů ke smrti jsou znázorněny v příloze B.

2 PROBLEMATIKA SOCIÁLNÍ PATOLOGIE

Druhá kapitola se zabývá problematikou sociální patologie a sociálně patologických jevů. Pozornost je věnována terminologickému vysvětlení pojmů, sociální patologii a rodině a v neposlední řadě zdrojů a příčinám psychopatologického chování. Psychopatologie se zabývá zejména kriminalitou, sebevraždami, alkoholismem, prostitucí a dalšími sociálně patologickými jevy.

2.1 Terminologické vymezení sociální patologie

Vznik pojmu sociální patologie pochází dle Fischer In: Fischer a Škoda (2014, s. 15), a to z latinského slova „pathos“ - utrpení, choroba.

„Sociální patologie je shrnující pojem pro nezdravé, nenormální, obecně nežádoucí společenské jevy, tzn. společnosti nebezpečné, negativně sankcionované formy deviantního chování, ale hlavně označení pro studium příčin jejich vzniku a existence.“

(Mühlpachr, 2001, s. 7). Termín sociální patologie do vědního oboru sociologie, jak přibližuje Mühlpachr (2001, s. 7) zavedl významný sociolog Herbert Spencer. Pojem sociální patologie, jak vysvětlují Fischer a Škoda (2014, s. 19, 24), bývá zaměňován za pojem sociální deviace, avšak tyto jevy se liší tím, že jevy deviantní nemusí vždy představovat jevy patologické. V praxi je proto nezbytné chápat tyto termíny jako rozdílné. Hovoří o tom, že společnost považuje podle sociálně patologické jednání za abnormalitu, protože se vymyká sociálnímu standardu, který je v určitém časovém období společností uznáván.

Orel a kol. (2012, s. 16) dává do souvislosti to, že psychopatologie úzce spolupracuje s psychiatrií a jinými vědními disciplínami jako je např. psychologie. Psychopatologii dělí na obecnou a speciální. Obecná psychopatologie se zabývá především lidskou psychikou a jejími změnami. Speciální psychopatologie se zaměřuje zejména na konkrétní psychiatrické diagnózy.

V posledních letech se výrazně zvyšuje nárůst psychopatologického chování, jak vhodně doplňují Fišer a Škoda (2014, s. 15-16). Toto chování označují jako nechtěné nebo nežádoucí, protože porušuje sociální, právní a morální normy. Z tohoto důvodu

kladou důraz na prevenci psychopatologického chování a riziky s nimi spojenými. Sociální patologie byla původně jedno z odvětví sociologie.

Sociálně patologické chování, jak zdůrazňují Fischer a Škoda (2014, s. 29, 31, 34) vzniká vlivem biopsychosociálních faktorů. Příčiny vzniku sociálně patologického chování jsou chápány jako multifaktoriální, je také uváděn vliv faktorů společenských. Uvádí, že biologickou teorii známe již z Antiky a její teorii nerovnováhy tělních tekutin, byla chápána jako příčina nemorálního chování. Ve středověku byli za psychopatologické osobnosti považováni ti, kteří měli nějakou fyziologickou anomálii, a důsledky toho pro ně byly často tragické. Sociálně psychologické teorie chápou psychopatologickou osobnost, jako osobnost s jistou abnormalitou, kterou je třeba léčit a kontrolovat. Psychologické teorie chápou deviantní chování jako výsledek lidské psychiky. Odborníci vychází z toho, že psychopatologické jednání není dědičné, nýbrž vzniká v procesu socializace. Fischer a Škoda (2014, s. 15) považují znalost zdrojů a příčin sociálně patologických jevů za nezbytnou pro další práci s klientem. Odborní pracovníci se zaměřují na osobnostní rysy a vlastnosti klienta, což je nápomocné při hledání způsobů a technik, jak s klientem pracovat.

2.2 Sociální patologie a rodina

Rodinu definují Fischer a Škoda (2004, s. 155) jako malou primární a neformální sociální skupinu, která je zároveň nejdůležitější sociální skupinou v životě jednotlivce vůbec. „*Z hlediska společnosti plní rodina řadu funkcí: biologických, ekonomických, sociálních, psychologických.*“ (Fischer a Škoda, 2004, s. 158)

Problematika sociální patologie, jak přibližují Fischer a Škoda (2014, s. 157, 159) se nevyhýbá ani rodinnému prostředí, ve kterém důležitou roli hrají rodiče a uvádí několik situací, ve kterých právě působení rodičů může významně ovlivnit budoucí vývoj dítěte. Jedná se o situace, kdy se rodiče o dítě z nějakého důvodu nemohou, neumí, nedovedou, nechtějí starat nebo používají hyperprotektivní výchovný styl. Pokud se o své dítě rodiče nemohou starat, tak to může mít jak vnější, tak vnitřní příčiny např. z důvodu nemoci, invalidity, špatného ekonomického zázemí nebo vyšší moci. Pokud se o své dítě rodiče starat neumějí nebo nedovedou, jedná se většinou o situace, kdy se příliš

mladí lidé stanou rodiči. V některých případech se dítě stane pomyslným nástrojem vzájemné manipulace nebo dokonce vydírání mezi rodiči navzájem. V případě, že se rodiče o dítě starat nechtějí, jedná se o velmi závažnou situaci, kdy rodiče dítě zanedbávají v biopsychosociálních oblastech. V případě hyperprotektivní výchovy dochází ze strany rodičů k poskytování nadstandardní pozornosti, což může negativně ovlivnit schopnost dítěte řešit reálné problémy. Poukazují na to, že rozvod rodičů může negativně ovlivnit jedince, a to právě v období adolescence, tedy v období utváření hodnot a postojů, které nejsou pro život vhodné a přijatelné.

3 PROBLEMATIKA SUICIDIALITY

Kapitola třetí se zaměřuje na problematiku suicidalitu nejen z hlediska terminologického, ale pohlíží na suicidalitu jako společenský problém. Zabývá se příčinami a motivy suicidiálního jednání, věnuje se také formám a způsobům provedení. Poukazuje na potřebu odstranění předsudků a stigmat suicidiálního jednání.

3.1 Terminologické vymezení suicidality

„Sebevražda (latinsky suicidium, ze sui = se, sebe a caedere = zabít, respektive caedium = zabít; řecky autocheiria) je čin vědomého a úmyslného ukončení vlastního života.“ (Látalová a kol., 2015, s. 9)

Vymezením pojmu sebevraždy se zabývalo mnoho významných osobností. Například Émile Durkheim chápal sebevraždu *„jako každý případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem činu nebo opomenutí spáchaného jedincem, o němž věděl, že vede ke smrti.“* (Koutek, Kocourková, 2007, s. 12)

Suicidalitu Fišer a Škoda (2014, s. 59) považují za nejvyšší stupeň autoagrese. Současně vyslovují názor, že nemusí být jednoznačné, že jedinec chce zemřít, může mít velmi ambivalentní postoj k životu. Chce žít, ale zároveň chce zemřít. Sebevražedné jednání bývá chápáno jako útěk před zátěžovou situací. V některých případech se jedná o pouhou demonstraci, kdy jedinec nemá uspokojené některé své životní potřeby. Sebevraždu neboli suicidium Haškovcová a Kučerová (2020, s. 145) chápou jako poruchu pudu sebezáchovy. Uvádí, že sebevražedné aktivity mají své stupně, než dojde k suicidii. Nejprve má dotyčný sebevražedný nápad, kdy ho pouze napadne myšlenka, že nechce žít. Další fází jsou sebevražedné myšlenky, kdy dotyčná osoba přemýšlí o sebevraždě opakovaně. Poté nastávají sebevražedné úvahy, kdy přemýšlí o sebevraždě konkrétně a o způsobech, jak ji provést. Předposlední fází jsou sebevražedné tendence, kdy dochází k uvažování o způsobu sebevraždy a možnostech jak si opatřit nástroje ke spáchání sebevraždy. Poslední fází je sebevražedný pokus (tentamen suicidii). Pokud se pokus nezdaří, hovoříme o něm jako o nedokonané sebevraždě. Pokud dojde k usmrcení sebe sama, hovoříme o dokonaném suicidii. Koutek a Kocourková (2007, s. 11) vyslovují názor, že sebevražda stojí na pomezí medicínských oborů. Pokud se jedná

o nedokonané suicidium, zasahují lékaři somatických oborů a poté psychiatři a psychologové, aby posoudili psychické zdraví pacienta.

Jak vysvětluje Mühlpachr (2001, s. 56) v problematice sebevražd existuje množství různých výkladů a v odborné literatuře terminologických neshod.

3.2 Suicidialita jako společenský problém

Celosvětově jsou výsledky výzkumů počtu sebevražd, jak udává WHO 2002 In: Látalová, Kamarádová, Praško (2015, s. 9) velmi zkreslené díky náboženským a sociálním aspektům. Podle výzkumu World Health Organisation, tedy Světové zdravotnické organizace, k roku 1998 byla sebevražda dvanáctou nejčastější příčinou smrti.

V České republice, je podle Látalové, Kamarádové, Praška (2015, s. 9-15, 19) nejčastější příčinou nepřírozené smrti sebevražda. Ve většině případů muži spáchají dokonanou sebevraždu, i když ženy se o sebevraždu pokusí častěji. Ženy se pokouší o sebevraždu 3x-4x častěji než muži. U mužů častěji končí sebevražedný pokus smrtí, protože jsou důslednější. Muži totiž volí tvrdší metody než ženy. Sebevražedné pokusy vedou k hospitalizacím na jednotkách intenzivní péče. Pro masmédia se sebevraždy stávají jistým druhem „atrakce“. Medializování sebevražd celebrit bývá na titulních stránkách časopisů a je poutavé, čímž může motivovat jedince ke spáchání sebevraždy. Goethovo dílo Utrpení mladého Werthera nebylo šířeno v takovém rozsahu, jako v dnešní době informace o sebevraždách známých osobností, přesto to v Německu vyvolalo hromadné sebevraždy.

Sebevraždu jako téma v oblasti sociologie podle Látalová, Kamarádová, Praško (2015, s. 15) zavedl významný sociolog Émile Durkheim a Tomáš Garrigue Masaryk.

Stigmatizaci jako společenský problém popisují Kučerová a Haškovcová (2020, s. 25-26) jako proces nálepkování jedince, který vede k vyloučení ze sociální skupiny. Uvádí, že stigmatizace přetrvává i v dnešní době a vytváří bariéry pro osoby s duševním onemocněním nebo lidem, kteří se pokusili o sebevraždu. Stigmatizace jako nálepka pro duševně nemocné a hlavně sebevrahy je v historii známá již od nepaměti. Dotyčný tedy není na základě své odlišnosti schopný začlenit se do většinové společnosti. Nyní je velká snaha o destigmatizaci (odstranění stigmatizace) např. festivalem, který pořádá

Psychiatrická nemocnice Bohnice s názvem Mezi ploty. Poukazují také na termín sebestigmatizace jako důležitý fenoménem a charakterizují ho jako přidělení si nálepky duševně nemocného a vyloučení se tak ze společnosti. Vágnerová (1999, s. 168-169) označuje stigmatizaci jako „značkovací proces“, ve kterém jsou jedinci s duševním onemocněním chápáni jako obtížní a méněcenní.

Sebevražda, jak ji chápou Látalová, Kamarádová, Praško (2015, s. 9) je morálním problémem společnosti. Slovo „spáchat“ značí něco nepřijatelného. Jedinci, který spáchal sebevraždu, nebylo v minulosti umožněno mít křesťanský pohřeb a byl pohřben za zdi hřbitova. Určitá slova v rámci destigmatizace pomáhají zmírňovat význam slova sebevražda jako např. vzít si život, vztáhnout na sebe ruku.

Úřad Světové zdravotnické organizace, Česká republika, *Situační analýza prevence sebevražd v České republice v Podkladech pro Národní akční plán prevence sebevražd 2020–2030* (2020, s. 10) uvádí, že „Navzdory dlouhodobě vysoké míře sebevraždění v ČR a dostupné evidenci o efektivních intervencích zůstává prevence sebevražedného jednání v zásadě opomíjena.“

3.3 Příčiny a motivy jednání

Posuzování motivů suicidiálního jednání považují Koutek a Kocourková (2007, s. 36) za problematické, protože při zkoumání důvodů, proč se jedinec pokusil o sebevraždu, musíme uvažovat komplexně a v souvislostech. Uvádí, že se motivy sebevražedného jednání vzájemně doplňují. Myšlenku vzájemného působení více motivů rozvíjí tím, že se motivy mohou vzájemně umocňovat. O rozdílech v motivech suicidiálního jednání hovoří v případě suicidiálních pokusů, kdy chápou motivy jako interpersonální a v případě dokonání sebevražd hovoří o motivech intrapsychických.

Ve shodě s Koutkem a Kocourkovou chápou Fischer a Škoda (2014, s. 63), že příčinu suicidiálního jednání je nutné hledat ve vzájemné návaznosti více motivů a poukazují na latenci sebevražedných sklonů. Černý (1970, s. 15-17) upozorňuje na názorové a teoretické odlišnosti příčin sebevražedného jednání a potvrzuje kumulaci příčin vedoucích k suicidiálnímu jednání. Zdůrazňuje, že jedince, který žije v určitém sociálním prostředí nelze od působení tohoto prostředí izolovat. Proto musíme při zkoumání příčin suicidiálního jednání vycházet nejen z vnitřních příčin, ale nesmíme

zapomenout na příčiny vnější jako např. rodinné prostředí a vlivy působící v prostředí pracovním.

Problematice odlišnosti motivů sebevražedného jednání se věnuje také Mühlpachr (2001, s. 56-57), který za jeden z motivů sebevražedného jednání považuje tzv. bilanční sebevraždu, kterou páchají například osoby nevyléčitelně nemocné nebo osoby, které mají vážné existenční potíže. Poukazuje na subjektivitu příčin sebevražd u dětí a mladistvých. Přibližuje specifické motivy k suicidiálnímu jednání mužů, které zařadil např. do oblasti ekonomické a pracovní. U žen spatřuje suicidiální motivy např. v oblasti mezilidské, lásky a manželství. Problematiku suicidiálních motivů rozšířil o termín „rizikové listiny“, o kterém hovoří jako o seznamu sebevražedných motivů a jejich váhy.

„Bezprostřední motiv, který vede k sebevraždě, se může jevit nejasný, nesmyslný či malicherný. Obyčejně totiž sebevražedné jednání vyvolá poslední problém, který lze chápat spíše jako spouštěč.“ Vágnerová (1999, s. 246)

Na motivaci k sebevražednému jednání nahlíží Vágnerová (1999, s. 247) také z pohledu závažnosti její motivace. Z tohoto úhlu pohledu rozlišuje sebevraždu jako cíl, kdy chce jedinec skutečně zemřít nebo sebevražedné jednání jako prostředek. Sebevraždou jako prostředkem rozumí demonstrativní jednání sloužící ke svému účelu.

S příčinami a motivy suicidiálního jednání souvisí také formy a způsoby provedení, kterým se věnuje podkapitola 3.4.

3.4 Formy a způsoby provedení

Za formy suicidiálního jednání považují Koutek a Kocourková (2007, s. 27-31) suicidiální myšlenky, sebevražedné tendence, suicidiální pokus a dokonané suicidium. Rozlišují, že jednotlivé formy se od sebe liší mírou suicidiálního rizika. Suicidiální myšlenky přiřazují zejména k období dospívání, při nichž nenacházíme tendenci k jejich uskutečnění. Dále uvádí, že suicidiální myšlenky, které považujeme za formu suicidiálního jednání se těžko odvracejí. O suicidiálních tendencích hovoří jako o formě, při které má již jedinec prostředky na spáchání suicidia. Za další stádium suicidiálního jednání považují suicidiální pokus, který popisují jako formu, při které nemá dojít k dokonanému suicidii. Pro období dospívání je v otázce postoje

k životu a smrti typická ambivalentnost. Formu suicidiálního pokusu přirovnávají k adrenalinovým sportům. Dokonané suicidium definují jako vědomý a úmyslný čin, jehož následkem je smrt. Pojednávají také o další formě suicidia, a to bilanční sebevraždě. O sebevraždě bilanční hovoří také Orel a kol. (2012, s. 81), který v případě sebevraždy bilanční spatřuje motiv v řešení např. špatné ekonomické situace nebo vážného somatického onemocnění. Neopomijí také sebevraždu patickou, u které hledá příčinu v duševní poruše. Příčiny a motivy bilanční a patické sebevraždy popisují také Látalová, Kamarádová, Praško (2015, s. 28), a to ve shodě s již uvedeným.

Uvedené formy suicidiálního jednání rozšiřují Koutek a Kocourková (2007, s. 31-33) o suicidiální jednání účelové, demonstrativní, zkratkovité, suicidiální dohodu a rozšířenou sebevraždu. Uvádí, že smrt není záměrem účelového ani demonstrativní suicidiálního jednání, ale i tak může ke smrti vést. Zkratkovité suicidiální jednání, jak již název napovídá, popisují jako jednání zkratkovité, které má splnit svůj cíl, a to bez jakýchkoliv alternativ. Suicidiální dohodu charakterizují jako dohodu za účelem spáchání suicidia, kterou uzavírá více osob. Rozšířenou sebevraždu definují jako patologický čin, při které jedinec rozhodne i za své blízké, stává se vrahem a následně sebevrahem.

Způsoby a formami sebevražd se také zabývá Masaryk (2002, s. 105), a to tak, že jedinec, který se chystá spáchat sebevraždu, chce způsob rychlý, bezbolestný a bez vynaložení úsilí. Ke způsobům spáchání suicidia doplňují Koutek a Kocourková (2007, s. 33-35), že právě to, jakým způsobem bude suicidium spácháno, rozhoduje o jeho výsledku. Důraz přikládají tomu, že hlavně děti nemusí správně odhadnout míru rizika při intoxikaci léčivými přípravky, které jsou volně dostupné. Rozdělují způsoby sebevražděného jednání na měkké způsoby a způsoby tvrdé. Měkké způsoby popisují jako takové, u kterých je riziko dokonané sebevraždy nižší. U tvrdých způsobů uvádí, že ve většině případů končí smrtí jedince. Použití měkkých metod přiřazují spíše k ženám a použití metod tvrdých k mužské populaci.

Souhrnný přehled způsobů sebevražd poskytuje MKN-10 (2018, s. 782-786) v části nazvané Úmyslné sebepoškození. Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí 25 možných způsobů spáchání sebevraždy, které označuje jako X60-X84.

4 RIZIKOVÉ A PROTEKTIVNÍ FAKTORY SUICIDIALITY

V kapitole čtvrté je nastíněna problematika rizikových a protektivních faktorů suicidality jako je např. sociální prostředí, které zahrnuje rodinu, socioekonomický status rodiny, vrstevnické skupiny a náboženství. Jsou uvedeny také rizikové faktory, mezi které patří psychiatrická a somatická onemocnění.

4.1 Sociální prostředí

Jedním z nejvýznamnějších protektivních faktorů je rodina. „*Rodina je podle sociologické definice skupina osob vzájemně spjatých pokrevními svazky.*“ (Sobotková a kol., 2014, s. 96). Na druhou stranu Koutek a Kocourková (2007, s. 39-41, 108) poukazují na to, že i rodina může být rizikovým faktorem, např. rozvod, násilí, alkoholismus, drogová závislost, sexuální zneužívání, rodinná psychiatrická zátěž tedy výskyt sebevražedného jednání blízkých osob nebo nápodoba vzorců chování členů rodiny, které jsou rizikové. Smrt některého z rodičů vnímá Mühlpachr (2001, s. 59) jako důležitý rizikový faktor suicidality, a to tehdy, pokud se s ní člověk setká příliš brzy.

Na životní standardy jsou kladeny čím dál tím větší nároky, a jak vysvětluje Černý (1970, s. 72), málo která rodina na takovou úroveň dosáhne, což může být rizikovým faktorem pro suicidiální jednání. Na druhou stranu existují také protektivní faktory, mezi které lze zařadit dobré školství, fungující zájmové aktivity a zájem o dítě ze strany školy.

Faktorem, který podle Koutka a Kocourkové (2007, s. 43) lze zařadit spíše mezi faktory protektivní, je náboženství. Jako důvod uvádí to, že ve většině náboženství je sebevražda zakázána, avšak není tím, co by zajistilo, že se adolescent o sebevraždu nepokusí, na straně druhé příslušnost k sektě může být faktorem rizikovým, což dokládá fakt hromadných sebevražd spáchaných v minulosti.

Mezi další důležité rizikové faktory, které se vzájemně doplňují, zařadili Koutek a Kocourková (2007, s. 39-45) např. představy o posmrtném životě, předchozí sebevražedný pokus, školní neúspěch, nižší sociální statut rodiny, psychiatrická onemocnění a vážná somatická onemocnění. Důležitou roli při užívání návykových

látek hrají podle Mühlpachra (2001, s. 18) party a přátelé. Poskytnutý přehled rizikových faktorů doplňuje Vágnerová (1999, s. 285-286), která poukazuje na to, že k suicidiálnímu jednání může vést i šikana, a to v různých svých podobách. Říčan (1995, s. 25-26) považuje šikanu za určitý druh agrese. Mezi projevy šikany ve školním prostředí se nejčastěji řadí bití, ničení věcí, nadávky a vydírání. Pro více citlivé děti je takové chování traumatizující a ve většině případů se bojí svěřit učiteli nebo rodičům. Šikana se odehrává někdy dokonce i ve třídě, kdy se spolužáci za oběť nepostaví, ale dokonce se tím i výborně baví.

4.2 Duševní poruchy u adolescentů

Suicidiálním jednáním adolescentů se zabývají Koutek a Kocourková (2007, s. 55-61), kteří hovoří o tom, že suicidiální jednání má určitý vývoj. Své tvrzení rozvíjí tím, že u adolescentů můžeme po tuto dobu pozorovat psychické potíže, které nazýváme presuicidiální syndrom. Dochází k depresivním výkyvům a psychosomatickým potížím. Sebevražedné jednání bývá spojováno s psychiatrickým onemocněním, nejčastěji s depresivním syndromem. Depresi dělí na endogenní tzv. vnitřní, u které se předpokládá určitá biologická vloha, a exogenní tzv. vnější, kdy se jedná například o ztrátu blízké osoby. Jako projevy deprese uvádí např. sebeobviňování, ztrátu chuti k jídlu, snížení školní výkonnosti a nespavost. Po dlouhé době napětí a dysforické nálady, což znamená, že jedinec prožívá úzkosti a deprese, může pociťovat úlevu a zlepšení celkového stavu. Toto zlepšení celkového stavu může být varovným signálem a může následovat suicidiální jednání.

Suicidiální jednání Koutek a Kocourková (2007, s. 62-71) spojují také se schizofrenií, která se projevuje poruchou myšlení, vnímání a poruchami nálady. U jedince způsobuje rozpad osobnosti. Ve více než polovině případů jedinců trpících schizofrenií je přítomna i deprese. Jedinci trpí utkvělými bludy a halucinacemi, kdy slyší imperativní příkazy např., aby ukončili svůj život. Sebevražedné jednání úzce spojují také s problematikou závislostí, zejména u alkoholu, kdy jeho dlouhodobé užívání vede k depresi. Nemusí se jednat o závislost na alkoholu, ale akutní intoxikace alkoholem může být přímým nástrojem k dokonání suicidia. Drogová závislost a abstinční příznaky mohou být spouštěcím faktorem k sebevraždě. Droga také může být použita jako suicidiální nástroj. Mezi častou příčinu suicidiálního jednání řadí poruchy příjmu potravy, do

kterých se řadí mentální anorexie a mentální bulimie. Výrazná podvýživa a rozvrat metabolismu zapříčiňuje výskyt deprese. Již malé přibírání na váze vede k myšlence, že nic nemá smysl. Problematiku doplňují o neurotické a úzkostné poruchy, jako je například úzkost, panická porucha, fobie, obsedantně-kompulzivní porucha, u kterých se můžeme také setkat se suicidiálním jednáním, obzvláště pokud se stane úzkostné prožívání nesnesitelným. Disharmonický vývoj osobnosti považují za předstupněm poruchy osobnosti. Jedná se o osobnostní anomálie a rysy, které mají dědičný původ. Pro jedince s poruchou osobnosti je typická nízká frustrační tolerance, což znamená nízká tolerance vůči zátěži. V dospělosti se rozlišuje porucha paranoidní, schizoidní, disociální, emočně-nestabilní, anankastická, závislá a emočně vyhubá. U poruch osobnosti se objevuje velmi často sebepoškození. K problematice suicidiálního jednání doplňují posttraumatickou stresovou poruchu, ke které dochází tehdy, pokud je jedinec vystaven nějaké traumatizující události, jako je např. smrt blízké osoby nebo sexuální zneužívání. Jedinec může cítit pocity viny, zejména u sexuálního zneužívání a může se pokusit o sebevraždu.

4.3 Sebeпоškození

„Sebeпоškození představuje chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity.“ Koutek a Kocourková (2007, s. 73)

Sebeпоškození charakterizují Koutek a Kocourková (2007, s. 73-75) jako akt agrese. Sebeпоškození neboli automutilace, se vyskytuje především v adolescentním věku, má sociální a kulturní význam. Poukazují na to, že je těžké určit, zda se jedná o módní trend a konvenční normu (tetování a piercing) či sebeпоškození v psychopatologickém slova smyslu, kdy sebeпоškození může mít symboliku pro pocity viny a následné potrestání se. Sebeпоškození (self-harming) vymezují vědomým a záměrným sebezraňováním bez vědomé snahy zemřít. Přibližují jeho různé formy např. řezné poranění kůže, škrábance, vyřezávání znaků do různých částí těla, nejčastěji ostrými předměty např. žiletkou či sklem. Jako další způsob sebeпоškození uvádí popáleniny např. zapalovačem či cigaretou. Sebeпоškození posuzují jako jedno z kritérií poruchy osobnosti, zejména hraničního typu. Za sebeпоškození považují i opakované předávkování léky bez úmyslu zemřít. Motivem k sebeпоškození může

být tzv. „volání o pomoc“ a snaha získat pozornost, vyhnout se nějaké nepříjemné situaci či získat nějaké výhody.

V odborné literatuře se na vztah sebepoškození a suicidiálního jednání, jak pojednává Koutek a Kocourková (2007, s. 76-77) vyskytují dva různé pohledy. Jeden názor je takový, že sebepoškození a suicidalita jsou dva odlišné fenomény. Argumenty pro to, že tyto problematiky jsou odlišné, jsou takové, že sebepoškození nemá smrtelný účinek, vede k častému opakování, a že suicidiální úmysl je při sebepoškození ojedinělý. Druhý přístup deklaruje, že sebepoškození a suicidiální jednání jsou spolu ve vzájemném vztahu, protože u člověka, který se sebepoškozuje, dochází ke zvyšování rizika spáchání suicidia, z důvodu toho, že prožívá depresi a beznaděj, má suicidiální myšlenky, suicidiální fantazie a projevy hraniční osobnosti.

„Psychoterapie sebepoškození vychází z celkového posouzení jedince, charakteru jeho klinických poruch, typu osobnostního fungování, psychosociálních okolností jeho života a subjektivního významu, který sebepoškození vyjadřuje.“ (Fischer a Škoda, 2014, s. 79)

5 SUICIDIALITA V OBDOBÍ ADOLESCENCE

V páté kapitole je pozornost zaměřena na vývoj suicidality v Praze v letech 2010 až 2021, která se týká osob ve věku od 10 do 24 let. U problematiky zůstaneme také přiblížením diagnostického procesu suicidiálních adolescentů a léčbou nejen z pohledu psychoterapie, ale také farmakoterapie.

5.1 Vývoj suicidality

Statistická data týkající se počtu sebevražd eviduje a zveřejňuje Český statistický úřad podle příčin smrti, pohlaví a věku v České republice, krajích a okresech na svých webových stránkách. Z údajů této instituce vyplývá, že od roku 2010 do roku 2021 spáchalo v hlavním městě Praze sebevraždu 121 mladých osob ve věku 10–24 let. Český statistický úřad vede statistiky úmyslného úmrtí, které se týká sledovaného období v intervalech 10–14 let, 15–19 let a 20–24 let.

Tabulka 1: Přehled sebevražd v Praze osob ve věku 10–24 let za období 2010–2021

Rok	Věkové rozmezí (let)		
	10–14	15–19	20–24
2010	-	6	10
2011	-	1	12
2012	1	1	3
2013	-	4	6
2014	1	2	11
2015	1	4	5
2016	-	2	5
2017	-	1	6
2018	-	2	5
2019	1	3	8
2020	-	5	4
2021	-	4	7
Celkem	4	35	82

Zdroj: Český statistický úřad, online, cit. 2022-12-25

Z tabulky 1 je zřejmé, že adolescenti ve věku od 10 do 14 let se na počtu všech dokonáných suicidií v letech 2010 až 2021 podíleli v menším počtu, než tomu bylo u osob ve vyšším věku. Tento statistický údaj je v shodě s tvrzením Mühlpachra (2001, s. 62), který hovoří o tom, že „*U dětí do 14 let je suicidiální jednání méně časté než v dospívání, kdy jeho výskyt výrazně roste.*“ Současně uvádí, že v roce 1986 byla sledována nejen dokonaná suicidia, ale i suicidiální pokusy. Grafické znázornění údajů uvedených v tabulce 1 je uvedeno v příloze G.

Vývojem suicidiality adolescentů se zabývají také Koutek a Kocourková (2007, s. 23, 25), kteří hovoří o tom, že dokonaná suicidia u adolescentů do patnácti let jsou spíše vzácná. K významnému nárůstu suicidiálního jednání, jak uvádí, dochází v období ve věku od patnácti do devatenácti let. Příčiny spatřují v mnoha proměnných, ale významný podíl tohoto negativního trendu přičítají drogové problematice. Poukazují na to, že ve vývoji suicidiálního jednání se zrcadlí zdraví celé společnosti.

5.2 Diagnostika suicidiálních adolescentů

Diagnostiku suicidiálních projevů adolescentů považují Koutek a Kocourková (2007, s. 81-83) za složitý proces, při kterém musíme pracovat s vědomím odlišnosti každého jedince, nejen z pohledu kognitivního vývoje, ale také z pohledu vývoje emočního. Projevy suicidiálního jednání představují vždy určité riziko, a proto je nelze podceňovat. V rámci diagnostiky suicidiálních projevů v období adolescence je důležité také zaměřením se na rizikové faktory. Problematice rizikových a protektivních faktorů jsme se věnovali v kapitole čtvrté. Poukazují na to, že dětská diagnostika by se měla kromě vývoje kognitivního a emocionálního zaměřovat na posouzení komplexu faktorů např. osobnostní vývoj jedince, reakce na stresové situace, afektivní prožívání, interpersonální oblast, prožitá traumata a psychosexuální vývoj, kterému v některých případech nebývá věnována dostatečná pozornost. Důraz kladou na to, že celkové zlepšení stavu suicidiálního adolescenta, které jeho okolí zaznamená, může být právě tím varovným signálem spojeným s rozhodnutím spáchat suicidium.

Mezi diagnostické metody zařadili Koutek a Kocourková (2007, s. 83-87) především metodu pozorování, polostrukturovaný a nestrukturovaný rozhovor, který by neměl obsahovat moralizující nebo dokonce odsuzující vyjádření. Současně uvádí, že se

v diagnostice suicidiálních adolescentů používají metody dotazníkové a projekční. Pozorování považují za vhodnou metodu pro zahájení diagnostického procesu, při kterém se odborník zaměřuje na projevy verbální i neverbální. Kromě již uvedeného k diagnostikování suicidiálních jedinců, převážně mladších dětí, řadí aktivity spojené s hrou, při které mohou být zjevné znaky suicidality např. ničení hraček a sklony k nebezpečné hře. Tématu diagnostiky se dotýkají také z pohledu somatického vyšetření, které může přinést důležité informace např. o sebepoškozování a odlišnostech jedince, které snižují jeho sebehodnocení a mohou být rizikovým faktorem.

O psychodiagnostických metodách, které bývají součástí komplexního psychologického vyšetření suicidiálních adolescentů, hovoří Koutek a Kocourková (2007, s. 86-87). Téma psychodiagnostických metod rozvíjí o škálování např. Sebeuposuzující škála depresivity, Beckova sebeuposuzující stupnice depresivity a projektivní metody, mezi které řadíme např. Rorschachův test, Projekční interview a Kresebné projektivní metody. Hort a kol. (2000, s. 408) hovoří také o vhodnosti využití posuzovacích škál k diagnostice suicidiálních adolescentů.

„Porozumění psychodynamickému procesu suicidiálního chování je podstatné pro dosažení odborné jistoty v návrhu terapeutických a preventivních strategií.“ (Koutek a Kocourková, 2007, s. 82)

5.3 Léčba suicidiálního adolescenta

O léčbě suicidality poskytuje Orel a kol. (2012, s. 187-233) ucelený přehled léčebných terapií používaných v psychiatrii. Terapie rozdělují na biologicky a psychologicky zaměřené, dále přístup celostní a rehabilitaci. V části 5.3.1 se zaměříme na jednu z psychologicky zaměřených terapií, konkrétně psychoterapii. Na problematiku farmakologie jako jednu z biologicky zaměřené léčby se podíváme v části 5.3.2. Léčbě psychiatrických onemocnění se věnují také Haškovcová a Kučerová (2020, s. 120), které léčebné psychiatrické metody člení na psychoterapii, farmakoterapii a rehabilitační léčbu. Za specifickou metodu považují terapii elektrokonvulzivní.

5.3.1 Psychoterapie

Jak již bylo uvedeno, psychoterapii zařadili Orel a kol. (2012, s. 224-230) mezi psychologicky zaměřené terapie. Za hlavní cíl psychoterapie považují zmírnění nebo odstranění obtíží jedince. Psychoterapie je oborem interdisciplinárním, který se také dotýká mnoha oborů lidské činnosti, má své styly, formy a prostředky. Psychoterapii provádí odborník v dané oblasti, psychoterapeut, který by měl pracovat na terapeutickém vztahu s klientem. Psychoterapeutický proces je proces složitý, protože do něho vstupuje velké množství různých faktorů nejen na straně pacienta, ale i na straně psychoterapeuta. Poukazují na velké množství psychoterapeutických směrů, z nichž jsme vybrali terapii:

- **kognitivně-behaviorální**, která si klade za cíl nahrazení naučeného patologického myšlení a jednání vzorci chování a myšlení, které mají racionální základ,
- **rodinnou**, která se zaměřuje nejen na pacienta, ale současně na jeho rodinné prostředí,
- **arteterapii**, která využívá k léčebnému procesu výtvarných aktivit, které poskytují informace o problémech, které by jinak zůstaly skryté,
- **muzikoterapii**, která se zaměřuje na navození terapeutického procesu prostřednictvím hudby.

„V psychoterapii je podstatné, kdo ji provádí, s kým ji realizuje, čím a jak působí, na co se zaměřuje, čeho chce dosáhnout a co se při ní děje. Svou roli hraje rovněž motivace a spolupráce klienta.“ (Orel a kol., 2012, s. 226)

Při psychoterapii, jejímž objektem zájmu je dítě, zdůrazňuje Hort a kol. (2000, s. 459), že důležitým úkolem psychoterapeuta je pochopení dětského světa a všeho, co by s řešeným problémem mohlo třeba jen vzdáleně souviset. Myšlenku pochopení dětského prožívání rozšiřují o úlohu rodičů, která se týká vyhledání odborné pomoci.

5.3.2 Farmakoterapie

Farmakoterapie jako biologicky zaměřená léčba zahrnuje léčebný proces, který je navozen prostřednictvím podávání léků. Mezi základní skupiny léků řadí Haškovcová a Kučerová (2020, s. 120) např. antidepresiva, antipsychotika, stabilizátory, anxiolytika a hypnotika. O vztahu psychofarmak a suicidality hovoří Látalová a kol. (2015, s. 196) jako o významném prostředku v boji proti suicidalitě a poukazuje na to, že prokázaný antisuicidiální účinek mají pouze lithium a klozapin. Vliv antidepresiv a antipsychotik se na snižování suicidality zřejmě podílí nepřímo, prostřednictvím snížení projevů psychického onemocnění. „*Antidepresiva a antipsychotika... mohou přímo nebo nepřímo různými způsoby ovlivňovat prediktory sebevražedného chování.*“ (Látalová a kol., 2015, s. 197)

Ucelený pohled na psychofarmaka nabízí Orel a kol. (2012, s. 188, 191-205, 210-211). Mezi přípravky ovlivňující činnost mozku a tedy lidskou psychiku řadí např. antidepresiva, thymoprofylaktika (stabilizátory nálady), antipsychotika, anxiolytika a hypnotika. Při medikaci psychofarmaky, musíme mít na paměti, že mezi jednotlivými léky mohou vznikat nežádoucí interakce. Při předepisování psychofarmak je důležité každého jedince posuzovat individuálně, protože reakce na léky mohou být u každého pacienta zcela odlišné. Orel a kol. (2012, s. 213-214) otevírají otázku farmakoterapie a vývojových stádií jedince. Kladou důraz nejen na vhodnost přípravku, ale také jeho dávkování. O problematice farmakoterapie u suicidiálních adolescentů hovoří Koutek a Kocourková (2007, s. 99-101). Medikaci při dodržení určitých podmínek považují za vhodný způsob léčby. Ve shodě s již uvedeným kladou důraz na možnost interakce léčiv a v této souvislosti např. hormonální antikoncepci. Důraz kladou na možnost zneužití předepsaných farmak adolescenty, a to za účelem intoxikace. Uvádí léky, jako benzodiazepiny, neuroleptika a antidepresiva, které jsou podávány při krizové intervenci.

6 PREVENCE SUICIDIALITY U ADOLESCENTŮ

Kapitola šestá se věnuje důležité problematice spojené se suicidalitou, a to prevenci suicidiálního jednání. V této kapitole je pozornost zaměřena na primární prevenci pro jedince i celou společnost. Dále se zabývá sekundární prevencí, která se snaží o včasné zachycení a léčbu. Je zde zmíněna i terciární prevence, která zahrnuje rehabilitaci a zmírnění následků suicidiálního jednání.

6.1 Typy prevence

Prevenci považují Hort a kol. (2000, s. 476) za důležitou a členění ji na primární, sekundární a terciární. Primární prevence se zaměřuje na jedince bez známek klinických poruch, jedná se o posilování duševního zdraví. Sekundární prevence, jejíž součástí je krizová intervence, se snaží o zachycení a léčbu. O prevenci terciární, za jejíž součást považují rehabilitaci, hovoří v souvislosti se zmírněním následků psychického onemocnění a snaže zajistit, aby k opakování obtíží nedocházelo. Na problematiku prevence zaměřují pozornost také Orel a kol. (2012, s. 234). Prevenci dělí také podle úrovně na primární, sekundární a terciární.

Problematiku prevence suicidiálního jednání rozvíjí Fischer a Škoda (2014, s. 75), kteří uvádí, že „... cílem je oslabit počet a vliv rizikových faktorů a posílit protektivní faktory na straně jedince, rodiny i prostředí, v němž se potenciální sebevrah zdržuje.“

Prevenci sebevražedného jednání u dětí a mladistvých považuje Černý (1970, s. 71-72, 101-102) za úkol náročný, protože do procesu vstupuje velké množství proměnných. Důležitost přikládá dostatku času na výchovu dětí a mladistvých, zejména hovoří o rodičích. V opačném případě dochází v rodinách k omezení komunikace, zvyšování rozvodovosti a k nutnosti řešení problémů spojených s jednou ze základních potřeb, bydlením. Poukazuje i na to, že jedinci, kteří mají příliš volného času, mohou začít vyhledávat aktivity rizikové a pomyslný „bludný kruh“ se začíná uzavírat. Důraz je kladen na kvalitu školského systému, jako účinného prostředku prevence sebevražedného jednání mladých lidí. Zavedení preventivních opatření ve fungujících rodinách považuje za vcelku bezproblémové. Problém s jejich zavedením spatřuje v rodinách, ve kterých jsou velké výchovné nedostatky. Pro připomenutí uvádíme, že

problematice rodiny z hlediska rizikových a protektivních faktorů suicidality jsme hovořili v části 4.1.

Z praktického hlediska Vágnerová (1999, s. 253) klade důraz na linky důvěry, jako na fungující službu, díky které může být jedincům poskytnuto východisko ze situace, se kterou si nedovedou pomoci vlastními silami. Pomoc v krizové situaci je poskytována odborníkem, který „podá“ pomocnou ruku a poskytne dostatek empatie.

Haškovcová a Kučerová (2020, s. 84) uvádí, že *„Nejlepší prevencí sebevražedných aktivit je tedy včasné rozpoznání vážného psychického problému postiženého, nepodceňování jeho hovorů o sebevraždě...“*.

Preventivní paradigma dle Maris, Berman a Silverman (2000, s. 528-529) se zabývá atributy duševního zdraví společnosti, primární prevencí, porozumění etiologii suicidality, tedy příčinám vzniku a zasažení předtím, než začne celý proces suicidiálního jednání. Preventivní model se vyvinul do multifaktoriálního systému, který se snaží rozeznat sebedestruktivní chování. Model duševního zdraví společnosti se zaměřuje na predispozice vedoucí k suicidiálnímu jednání. Snaží se zabránit duševnímu onemocnění předtím, než se rozvine jak u jednotlivce, tak u společnosti. Brzká intervence se zaměřuje na copingové strategie zvládání u dětí, omezení přístupu ke střelným zbraním a edukaci rodičů a společnosti.

Do přílohy C jsme umístili návrh letáku, který upozorňuje na možnost telefonické pomoci.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODOLOGIE VÝZKUMU

V rámci metodologie výzkumu byl vymezen výzkumný cíl, byly formulovány výzkumné otázky a určen a vybrán výzkumný vzorek a byly stanoveny výzkumné metody.

Pro provedení výzkumu byl zvolen kvalitativní výzkum. O kvalitativním výzkumu hovoří Ferjenčík (2000, s. 245) jako o zkoumání jedince, skupiny nebo nějakého jevu ve všech souvislostech a hledání vzájemných souvislostí. Současně dodává, že v kvalitativním výzkumu nemají získaná data číselnou podobu. Za jeho hlavní znaky považuje Gavora (2000, s. 142) intenzivnost, dlouhodobost a zpracování podrobného záznamu, který může mít také audiovizuální podobu.

Za účelem získání dat od výzkumného vzorku byly zvoleny výzkumné metody, a to polostrukturovaný rozhovor a případová studie. Uvedené výzkumné metody byly vybrány vzhledem k delikátnosti tématu sebevraždy pražských adolescentů. Za použití zvolených výzkumných metod byly získány odpovědi na výzkumné otázky a bylo dosaženo stanoveného cíle. Vybrané výzkumné metody jsou v této kapitole blíže popsány.

Pro analýzu získaných dat bylo použito kódování, které je blíže popsáno v příloze E a vychází z informací poskytnutých Straussem a Corbinovou (1999), Hendlem (2005) a Miovským (2006). Při kódování byly získané informace rozděleny do pěti kategorií a jejich subkategorií. Rozdělení do kategorií a subkategorií je uvedeno v příloze F.

V průběhu výzkumu byl kladen důraz na využití výhod vybraných metod a naopak eliminace nevýhod, které vybrané metody mají.

7.1 Vymezení cíle výzkumu

Cílem bakalářské práce byla analýza, syntéza a popis stavu a příčin suicidiálního jednání u osob v adolescentním věku a poskytnutí praktických doporučení pro praxi, a to shrnutím výsledků výzkumu a jejich interpretací.

Za účelem dosažení cíle obsahuje bakalářská práce dvě části, a to část teoretickou a praktickou. Teoretická část přináší řešení terminologických otázek a je východiskem pro objasnění cíle výzkumu a jeho volbu. Praktická část je zaměřena na metodologii výzkumu, stanovení cíle, výzkumných otázek a výzkumného vzorku.

7.2 Stanovení výzkumných otázek

Hlavní výzkumnou otázkou je:

- jaké jsou příčiny suicidiálního jednání u pražských adolescentů?

Dílní výzkumné otázky jsou:

- jaká je kauzalita mezi rodinným prostředím pražských adolescentů a suicidiálním jednáním?
- jak ovlivňuje rodinná psychiatrická zátěž a prožitá traumata suicidiální jednání pražských adolescentů?
- může být jednou z příčin suicidiálního jednání pražských adolescentů nízká míra jejich sebehodnocení umocněná šikanou ve školním prostředí?
- lze nalézt souvislost mezi psychickým onemocněním, úzkostmi, pocity beznaděje a suicidiálním jednáním pražských adolescentů?
- může být kumulace rizikových faktorů příčinou suicidiálního jednání pražských adolescentů?
- mohou být plány do budoucna protektivním faktorem suicidality?
- může být pouze sexuální orientace příčinou suicidiálního jednání adolescentů?

7.2.1 Výběr vzorku zkoumání

Základním souborem byli všichni suicidiální pražští adolescenti.

Výzkumný soubor zahrnuje sedm pražských suicidiálních adolescentů.

Výzkum byl zaměřen na pražské suicidiální adolescenty, kteří z hlediska svého věku, jak vymezuje Macek (2003) a Vágnerová (2012), patří do období pozdní adolescence.

7.3 Metody výzkumu

Výzkumným metodám rozhovor a případová studie jsou věnovány části 7.4.1 a 7.4.2, ve kterých jsou tyto metody blíže charakterizovány. Použité metody přináší dostatečné výsledky využitelné v závěrech výzkumu. Uvedené metody jsou popsány tak, aby bylo možné ověřit validitu výsledků výzkumu.

7.3.1 Rozhovor

Rozhovor, jinými slovy interview je dle Skutila (2011, s. 89) výzkumná metoda, jejíž využití je náročným úkolem, se kterým se musí výzkumník vypořádat. K problematice rozhovoru doplňuje Ferjenčík (2000, s. 171-172) názor, že výzkumník svým působením při rozhovoru ovlivňuje množství, ale také charakter informací, které mu účastník výzkumu poskytne. Dále uvádí, že využití této metody, jako metody verbální, zahrnuje proces obsahující svůj záměr, kódování, přenos a dekodování informace.

„Interview patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získávání kvalifikovaných dat.“ (Mioviský, 2006, s. 155)

O třech typech interview hovoří, Skutil (2011, s. 90-91), který interview dělí na strukturované, polostrukturované a nestrukturované. Strukturovaný rozhovor popisuje jako přesně stanovené otázky, které jsou kladeny v neměnném pořadí. Tento typ rozhovoru vyžaduje důslednou přípravu. Polostrukturovaný rozhovor patří mezi nejvíce používaný typ rozhovoru, kdy výzkumník klade připravené otázky, ale má možnost reagovat na přicházející podněty. Nestrukturovaný rozhovor bývá ze strany výzkumníka veden jako běžný, tedy přirozený rozhovor, který může přinést nové informace. Tento typ interview klade nároky na zkušenosti a pohotové reakce výzkumníka.

Metoda rozhovoru může být přínosem, jak ji chápe Pelikán (1998, s. 119) za podmínek vytvoření vstřícné atmosféry, zpracování otázek, které na sebe navazují a získání důvěry osoby, které budou otázky kladeny. Získání důvěry však neznamená, že se rozhovor vymkne kontrole a přejde ve volnou konverzaci. Gavora (2000, s. 111) hovoří

o vhodném prostředí pro interview, tedy o prostředí, které je klidné, tiché a od ostatního dění izolované.

Výhody a nevýhody rozhovoru

Za důležitou výhodu interview považuje Kerlinger (1972, s. 457, 464) možnost zkoumání souvislostí do hloubky a také důvodů, které vedly účastníka výzkumu k dané odpovědi. Na druhé straně považuje za hlavní nevýhodu časovou náročnost, která se projevuje zvýšeným úsilím a finančními náklady. Současně si klade otázku, zda nesporné výhody interview vyrovnávají jeho nevýhody.

Interview považuje Ferjenčík (2000, s. 171) za nenahraditelnou metodu při získávání informací o postojích, názorech a důvodech jednání účastníků výzkumu. Z tohoto důvodu bývá tato metoda používána v mnoha oborech lidské činnosti. Na straně druhé uvádí, že naše pocity nebo myšlenky nelze ve všech případech řeči adekvátně vyjádřit.

Výhodu rozhovoru spatřuje Pelikán (1998, s. 122, 124) v bezprostředním kontaktu výzkumníka a účastníka výzkumu, který umožňuje klást doplňující otázky, sledovat verbální a neverbální komunikaci zkoumané osoby. Interview považuje za nenahraditelnou metodu např. při realizaci případových studií. Na druhé straně metodu rozhovoru považuje za náročnou, a to nejen z důvodu vlastní realizace, ale také náročnosti zpracování získaných informací, protože získané informace v sobě zahrnují osobitost každého účastníka výzkumu. Z důvodu časové náročnosti této metody s ní nelze oslovit velké množství účastníků výzkumu. Gavora (2000, s. 110, 114) vyzdvihuje interview, když výzkumník hledá odpovědi na delikátní téma.

V případě otázek, které mají být při rozhovoru kladeny, existují podle Kerlingera (1972, s. 462-464) tato kritéria pro jejich sestavování:

- existuje souvislost mezi výzkumnými otázkami, výzkumným problémem a výzkumným cílem?
- jedná se o správný a vhodný typ otázky (otevřená, uzavřená, alternativní, škálovací atd.)?
- je otázka jasná a jednoznačná?
- nejde o otázku, která již navrhuje odpověď?
- bude na otázku dotazovaný schopen odpovědět (má dostatečné informace)?

- dotýká se otázka osobního nebo choulostivého tématu, že účastník výzkumu nebude chtít odpovědět?
- lze na otázku odpovědět tak, aby odpověď byla sociálně žádoucí?

V případě interview Miovský (2006, s. 163-169) hovoří o následujících vzájemně navazujících fázích:

Přípravná a úvodní část interview: obsahuje přípravu otázek a navázání kontaktu s potenciálním účastníkem za předpokladu respektace etických principů. V této fázi se může výzkumník potýkat se složitostí získávání účastníků pro interview. Pro snadnější získávání účastníků výzkumu je vhodné využít prostředí, v němž se potenciální účastník výzkumu nachází např. školské zařízení, zaměstnání, zdravotnické zařízení. Velmi důležitým faktorem je získání a udržení motivace potenciálního účastníka výzkumu.

Vzestup a upevnění kontaktu: zjišťujeme ochotu účastníka, věnujeme se obecnějším tématům, zaměřujeme se na verbální a neverbální komunikaci účastníků výzkumu a snažíme se pochopit její význam. Důležitým úkolem výzkumníka je podporovat a motivovat účastníka, aby se výzkumu účastnil až do jeho konce. Druhá fáze by měla postupně přecházet do fáze třetí.

Jádro interview: pozornost se zaměřuje na nejdůležitější okruhy otázek, které mají souvislost s cíly výzkumu a výzkumnými otázkami. Ve třetí fázi je důležité zaměřit se také na sledování reakcí účastníka výzkumu a v případě zaznamenání únavy nebo velké tenze se k řešenému tématu vrátit až po odeznění únavy nebo napětí.

Závěr a ukončení: tato fáze má být zaměřena na dokončení řešeného tématu a důstojné ukončení spolupráce s účastníkem výzkumu. „*Neukončujeme pouze výzkumnou situaci, ale ukončujeme především lidské setkání a měli bychom tento fakt respektovat. Člověk, který se nám otevřel a byl ochoten nám nechat nahlédnout do svého vnitřního světa, by za všech okolností měl od nás cítit respekt a elementární úctu...*“ (Miovský, 2006, s. 169). Neméně důležitou částí této fáze je zjištění, zda jsme účastníkovi výzkumu rozkrytím citlivého tématu nezpůsobili stav, který by vyžadoval ošetření nebo krizovou intervenci.

7.3.2 Kazuistika

Pro případovou studii se dle Maňáka, Švece, Švece (2005, s. 51) také používá synonymum kazuistika. Původ slova spatřují, stejně jako Moussová (2005, s. 3),

v latinském slově „casus“, což znamená případ. Současně hovoří o možném využití kazuistiky k popisu jednotlivých případů, které se týkají jedince, skupiny nebo instituce a dále uvádí, že se jedná o metodu, která umožňuje porovnání případů, které nesou známky podobnosti. O případové studii hovoří také Hendl (2005, s. 104) a to, že kazuistika se zabývá detailním zkoumáním jednoho konkrétního případu nebo jen několika málo případy. Myšlenku dále rozvíjí tím, že se případová studie se snaží zachytit zkoumaný případ ve všech jeho souvislostech. Hodnotu kazuistiky přirovnává k mikroskopu, tedy čím více je „zaostřena“ na zkoumaný případ, tím je hodnotnější. Její přínos spatřuje v lepším pochopení podobných zkoumaných případů. Dále uvádí, že se provádí validita zjištěných výsledků.

Podle sledovaného případu Hendl (2005, s. 104-105) definuje následující typy případových studií: osobní případová studie, studie komunity, sociálních skupin, studium organizací a institucí. Jako poslední typ doplňuje zkoumání událostí, rolí a vztahů. Hendl (2005, s. 226) přibližuje také analýzu dat získaných v rámci případové studie, kterou lze provést s využitím postupů používaných v etnografickém přístupu nebo metodou zakotvené teorie.

V souvislosti s problematikou kazuistiky se používá také termín anamnéza, který popisuje, Skutil (2011, s. 113) takto: „*Anamnéza (z lat. anamnesis, „rozpomínání“)* je metoda, kterou zjišťujeme údaje z minulosti jedince, o nichž předpokládáme, že mají významný vztah pro poznání osobnosti a pochopení zkoumaného problému.“ Anamnéza se zaměřuje dle Skutila (2011, s. 113-115) na data tvrdá, která jsou objektivně platná a ověřitelná jako např. vzdělání rodičů. Problematiky anamnézy se dotýká také z pohledu měkkých dat, u kterých uvádí, že mohou být ovlivněna subjektivním vnímáním každého jedince např. názor na výchovný styl. Mezi časté okruhy používané v anamnéze řadí téma rodiny, prenatální a perinatální vývojová období, zdraví a prodělané nemoci, psychomotorický vývoj, sociální vztahy, vývoj ve školním prostředí, hodnotový systém jedince, návyky a zlovyky.

Kazuistika, stejně jako všechny výzkumné metody, má své výhody a nevýhody. Výhody a nevýhody poskytuje výčtem Cohen, Manion a Morrison In: Skutil (2011, s. 109), takto:

Výhody:

- celistvý pohled na problematiku,
- různá interpretace dat, což může vést ke komplexitě daného pohledu,
- zjištěné výsledky kazuistik mohou být návodem, jak dále působit na jedince nebo sociální skupinu.

Nevýhody:

- zjištěné výsledky nejsou platné pro všechny případy,
- obtížný přezkum výsledků a náročná příprava,
- osobní představy a ideje, které mohou zkreslovat výsledek.

7.4 Průběh výzkumu a interpretace výsledků

V rámci výzkumné části bakalářské práce bylo osloveno sedm účastníků výzkumu s bydlištěm v Praze, kteří mají zkušenost se sebevražděným jednáním. Účastníci výzkumu byli osloveni na sociální síti Facebook, konkrétně na facebookové skupině pro duševně nemocné a sociální síti Instagram. Vyhledání vhodných účastníků výzkumu, bylo vzhledem k delikátnosti problematiky sebevražděnosti velmi složité. Existuje pouze malá část informantů, kteří o této problematice hovořili „s lehkostí“ a to za účelem poskytnutí informací pro zpracování výzkumné části bakalářské práce. Na straně druhé byli účastníci výzkumu, kterým se o své zkušenosti se sebevražděným jednáním mluvilo velmi obtížně. Výzkum probíhal od června 2021 do září 2021, vzhledem k tomu, že v některých případech byla obtížná domluva s účastníky výzkumu, a to kvůli jejich opakovaným hospitalizacím v psychiatrických nemocnicích. Každý rozhovor trval průměrně 1,5 hodiny. Veškeré informace byly zapisovány ručně v přítomnosti osoby, která informace poskytovala. V průběhu rozhovoru byla pozornost výzkumníka zaměřena také na projevy neverbální komunikace. Bezprostředně po rozhovoru byly informace přepsány do elektronické podoby, a to s využitím aplikace Microsoft Word. Při přepisu byl kladen důraz na zachování úplnosti poskytnutých informací. Účastníci výzkumu s poskytnutím informací, záznamem a jejich využitím pro účely zpracování bakalářské práce vyslovili souhlas. Při získávání informací od účastníků výzkumu a při jejich zpracování bylo s informacemi nakládáno ve smyslu

etických principů, a to v souvislosti s ochranou důvěrnosti získaných informací a ochranou účastníků výzkumu.

Z celkového počtu sedmi rozhovorů bylo pět rozhovorů realizováno při osobních schůzkách a dva byly vedeny formou on-line rozhovorů. Prostředí, ve kterém byly rozhovory realizovány, bylo klidné. Otázky, které byly účastníkům výzkumu v průběhu rozhovorů kladeny, byly předem řádně zpracovány.

Kazuistika A

Ženě L. je 18 let, bydlí v Praze a pracuje jako obsluha pizzerie.

Co se týče rodinného zázemí, tak otce nezná a matce se nesvěřuje. Matka by jí chtěla pomoci, ale zjistila, že hraniční porucha osobnosti vzniká z rodiny, takže se cítí vinna. Matka má firmu na výrobu bazénů. S prarodiči se vidí zhruba jednou za dva měsíce a důvěrněji se jim nesvěřuje. Je jedináček.

Bydlí u matky, ale nemá svůj pokoj, což se jí hodně nelíbí. Nelíbí se jí ještě to, že má psa, ale nemůže ho mít u sebe. Matka ji vychovávala demokraticky a k samostatnosti. Atmosféra doma je spíše negativní a napjatá. Finančně hodně strádá, protože má nízký příjem. Tvrdí, že vzhledem k její diagnóze je obtížné si najít brigádu.

Nikdo z rodiny se neléčí s psychickým onemocněním ani se nepokusil o sebevraždu.

Psychomotorický vývoj byl v pořádku, s ničím se neléčila.

Byla šikanována, poté ve škole propadla a opakovala ročník. Informantka přestoupila z gymnázia na jiné gymnázium, které bylo velmi náročné. Šikana ve škole začala hlavně kvůli tomu, že je homosexuální. Nyní je součástí malé party. Má nejlepšího kamaráda.

Přes den dlouho spí, chodí ven s přáteli, chodí do práce.

Informantka má nízké sebehodnocení. Uvádí, že se umí postarat o své kamarády, je empatická. Její záporné vlastnosti rozvíjí to, že nad vším hodně přemýšlí. Stres snáší velmi špatně.

Alkohol pije pouze příležitostně a kouří.

Má diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti a poruchu příjmu potravy. Vše začalo ve 13 letech, kdy se sebepoškozovala, poté následovalo období hladovění. Na střední škole se vše zhoršilo a byla jí stanovena diagnóza hraniční poruchy osobnosti, a to po sebevražedném pokusu. Poté docházela do Psychiatrické nemocnice Bohnice na stacionář, má terapeuta i psychiatra. Nedávno jí byl přiznán invalidní důchod. Nedodrží dávkování předepsaných léků. Jako příznaky jejího onemocnění uvádí černobílé vidění, sebepoškozování, úzkosti a deprese. Často má sebevražedné myšlenky, a to i v současnosti.

O sebevraždu se pokusila třikrát, z toho jednou podřezáním žil a dvakrát předávkováním léky. Očekávala, že skutečně zemře. O posmrtném životě nepřemýšlí.

Pocity beznaděje nemívá. Vždy vidí naději, jen na ni rezignuje.

Za důvod, proč žít, považuje svého psa. Plánuje si pořídit auto a přestěhovat se do města, kde pracuje. Rodinu neplánuje, děti nechce.

Fyzická onemocnění neguje.

Resumé: Kazuistika poskytuje pohled na ženu, která pochází z napjatého rodinného prostředí, které není zatíženo psychickým onemocněním. Tato žena byla ve škole vystavena šikaně, hlavně kvůli své homosexuální orientaci, má psychické onemocnění a opakovaně se pokusila o sebevraždu. Její sebehodnocení je nízké a velmi špatně zvládá stresovou zátěž. Žena finančně strádá, přestože pracuje jako brigádnice a pobírá invalidní důchod.

Kazuistika B

Ženě K. je 20 let, bydlí v Praze a pracuje na Úřadu práce České republiky jako sociální pracovnice.

Rodinu má neúplnou, rodiče se rozvedli. Nejvíce se svěřuje matce, ale největší důvěru má k babičce, která ji nejvíce rozumí. Nevlastní otec zemřel. Matka je v invalidním důchodu, biologický otec také. Otec podnikal a matka pracovala v dělnických profesích. Babičku má daleko, ale snaží se s ní vídat jednou za dva měsíce. Telefonuje s ní alespoň jednou týdně. Má sestru a dva bratry.

Bydlí v bytě s manželem. Doma se ráda dívá na filmy, čte a maluje na kameny. Raději je venku než doma. Výchova rodičů byla spíše zanedbávající, dodnes se cítí emočně deprivovaná. Oba rodiče byli nevypočitatelní, nevěděla, co má od nich čekat. Otčím a matka nemají příbuzné, takže rodinné oslavy neprobíhaly. Atmosféra byla napjatá, protože otčím hodně pil alkohol. Prababička se pokusila o sebevraždu. Sama měla myšlenky na sebevraždu, pokusila se o ni ve 12 letech, kdy málem zemřela a podruhé v 16 letech. Jednou užila hodně semínek durmanu a byla 3 dny v bezvědomí. V 16 letech užila nadměrné množství léků. Biologický otec je alkoholik.

Co se týká vývoje, když byla její matka těhotná, byla týrána partnerem. Informantce byla diagnostikována epilepsie, měla vadu řeči, díky čemuž ji šikanovali ve škole.

Školní prospěch měla dobrý do páté třídy, ale poté utekla z domova a pokusila se o sebevraždu. Byla šikanovaná, a proto musela přejít na jinou školu. Na střední škole měla kázeňská opatření. Byla součástí party. Nejvíce si však rozumí pouze s jedním nebo dvěma lidmi.

Většinu času tráví v práci, poté maluje, čte, uklízí, chodí na procházky, do divadla, do kina, do přírody a ráda cestuje.

Sebehodnocení má kolísavé, snaží se zdokonalovat. Je chytrá, nadaná na kresbu, má cit pro barvy, je tvůrčí a dokáže pomáhat lidem. Mívá úzkosti a strach ze smrti. Alkohol konzumuje příležitostně, dříve kouřila marihuanu a kokain, čímž jí propukla schizofrenie. Odjela do Anglie, kde nemohla spát, užila léky na spaní, vypila láhev vína a pak se rozhodla, že vyhledá odbornou pomoc. Na autobusovém nádraží užila kokain. Měla halucinace a byla hospitalizována v psychiatrické nemocnici v Anglii. V současnosti je medikována. Nyní myšlenky na sebevraždu nemá, spíše se smrti bojí. Mívá pocity beznaděje. Jednou měsíčně navštěvuje psychiatra a jednou za čtrnáct dní psychologku.

Rodina má pro její onemocnění pochopení, ale občas ji její členové zesměšňují nebo si o ní myslí, že je slabá a podceňují ji. Nemá černobílé vidění. Přemýšlí o posmrtném životě. Za důvod, proč žít považuje pomoc druhým. Do budoucna by si přála mít miminko.

Resumé: V kazuistice je popsán příběh ženy, která se dodnes cítí emočně deprivovaná, což připisuje rodinnému prostředí, ve kterém vyrůstala. Ve školním prostředí, kvůli

vadě řeči, zažívala šikanu. V rodině ženy, jejíž příběh je zachycen, se prababička pokusila o spáchání sebevraždy, ona sama se o sebevraždu pokusila opakovaně. Byla jí diagnostikována psychická onemocnění, pro která má rodina pochopení. Svůj čas tráví nejen v zaměstnání, ale i různými volnočasovými aktivitami, má umělecké nadání.

Kazuistika C

Muži Z. je 19 let, bydlí v Praze, pracuje v IT firmě.

Občas se svěřil matce, na které se mu ale nelíbí hysterický přístup a to, že nedokázala v období jeho dospívání řešit problémy. Matka má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, konkrétně dvě střední školy – ekonomickou a zdravotnickou. Prarodiče nikdy neviděl. Biologický otec zemřel, ale má otce nevlastního. Biologický otec byl závislý na alkoholu a hodně kouřil. Poté zemřel na rakovinu slinivky.

Má nevlastní sestru, které je 33 let a bratra, kterému je 9 let.

Styl výchovy ze strany matky byl autoritářský a ochranářský. Narozeniny a Vánoce se doma slaví jen kvůli bratrovi. Klima rodiny považuje za napjaté. Hodně se doma křičí.

Matka pracuje v odběrovém centru na Covid-19 a nevlastní otec je truhlář. Bydlí v bytě s přítelkyní. Doma rád sleduje seriály a hraje PC hry.

Psychomotorický vývoj měl v normě, jen začal později mluvit.

V začátku studia měl ve škole jedničky, a poté se prospěch zhoršil. Kázeňská opatření měl od první třídy, dostával ve škole poznámky do žákovské knížky, napomenutí třídního učitele a ředitelskou důtku, hlavně za vyrušování. Schovával před matkou žákovskou knížku, aby nebyla naštvána za špatné známky a kázeňská opatření. Matka je perfekcionistka. Matka chtěla, aby informant sportoval, ale vždy ho vyloučili nebo ho to nebavilo.

Ve škole se ze začátku začlenil do kolektivu, ale poté přestoupil na jinou školu a začali ho šikanovat. Posmívali se mu, že nosí staré oblečení, říkali mu, že smrdí, brali mu věci, které vyhazovali do popelnice a nakonec se ho snažili vyprovokovat. Fyzicky ho napadali.

Má heterosexuální orientaci. První sexuální styk měl ve 21 letech. Běžný den tráví v práci, s přítelkyní na kávě či drinku. Rád tráví čas venku.

Je velmi sebekritický a má nízké sebehodnocení. Jeho zápornou vlastností je hlavně výbušnost. Pozitivní vlastnosti jsou, že je empatický a nápomocný.

Alkohol konzumuje příležitostně. Kouří.

Léčí se se závislou a hraniční poruchou osobnosti a depresi. V současnosti je medikován. Začátky popisuje ve 3. ročníku střední školy, kdy byl po dokončení studia hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Deprese se projevují jako pocity smutku, samoty a beznaděje. Měl sebevražedné myšlenky. Má za sebou jeden sebevražedný pokus, a to podřezáním si žil.

Důvody proč žít je budoucnost, hlavně přítelkyně.

Po fyzické stránce je zdravý.

Dříve rodina neměla pro psychické onemocnění pochopení, nyní už ano, a to hlavně díky přítelkyni.

Resumé: Tato kazuistika zachycuje příběhem muže, který vyrůstal v napjatém rodinném prostředí, s otcem závislým na alkoholu. Zažíval hysterické jednání matky a nepoznal své prarodiče. Muž byl ve škole šikanován a fyzicky napadán, má nízké sebehodnocení, psychické onemocnění a jednou se pokusil spáchat sebevraždu. Součástí příběhu je to, že se muž léčí se závislou a hraniční poruchou osobnosti, depresi, pro jehož psychické onemocnění neměla jeho rodina dříve pochopení.

Kazuistika D

Ženě M. je 19 let, bydlí v Praze, pracuje jako zdravotní sestra a studuje na vysoké škole, obor Všeobecná zdravotní sestra.

S otcem vůbec nemluví, matce se nesvěřuje. Otec je vyučený automechanik a matka kosmetička. S prarodiči se nestýká. Má tři sestry. Bydlí sama v bytě. Doma ráda sleduje televizi a poslouchá hudbu nebo si čte.

Výchovný styl rodičů byl spíše zanedbávající. Klima rodiny je napjaté kvůli jejím psychickým obtížím a alkoholismu strýce. Narozheniny a svátky slaví. Rodiče jsou rozvedení. Otec je řidič kamionu a matka uklízečka. Nikdo se v rodině nepokusil o sebevraždu. Otec, dědové i strýc jsou alkoholici.

Psychomotorický vývoj byl v normě. Školní prospěch měla přiměřený, byly jí uděleny třídní důtky, protože chodila za školu. Byla součástí špatné party. Hrála florbal, měla svou sportovní skupinu a ve třinácti letech se stala součástí party, kde byly užívány drogy, a začala kouřit. Má nejlepší kamarádku.

Je bisexuální. První sexuální styk měla ve 13 letech.

Chodí běhat, jezdí na bruslích, na kole a ráda sportuje.

Má nízké sebehodnocení, není sama se sebou spokojena. Stres vůbec nezvládá. Má velký strach z toho, že zůstane sama. Nadměrně užívá alkohol a kouří. Léčí se s atypickou mentální anorexií a hraniční poruchou osobnosti. Počátky nemoci začaly ve třinácti letech po šikaně. Hospitalizována byla třikrát, nyní je medikována. Její onemocnění se projevuje tím, že nejí, má deprese a výkyvy nálad. Měla a má i v současnosti často sebevražedné myšlenky. Pokusila se dvakrát o sebevraždu. Jednou spolykala velké množství léků a podruhé si podřezala žíly. Očekávala, že skutečně zemře. Nástroje pro spáchání sebevraždy pro ni byly dostupné. Zažívá pocity beznaděje.

Za důvody, proč žít považuje dobrou práci, kamarády a budoucí rodinu.

Somatický stav má velmi špatný, vývod z močového měchýře a podvyživenost.

Rodina pro její psychické onemocnění nemá pochopení.

Úzkosti ji trápí často. Mívá černobílé vidění. Přemýšlí často o posmrtném životě.

Resumé: Kazuistika je příběhem ženy, která vyrůstala v napjatém rodinném prostředí, převážně kvůli jejímu psychickému onemocnění, pro které nemá rodina pochopení. Jde o ženu, která se stala součástí party, ve které byly užívány drogy, s nízkým sebehodnocením, která nezvládá stresu a má strach z osamocení. Součástí příběhu ženy, která byla také vystavena šikaně, je její psychické onemocnění. O sebevraždu se pokusila opakovaně, stále má sebevražedné myšlenky a její somatický stav je velmi špatný.

Kazuistika E

Ženě M. je 18 let, bydlí v Praze a studuje na gymnáziu.

Co se týče rodinné anamnézy, nejvíce se svěruje matce, mají lepší vztah než s otcem, protože jak uvádí informantka, tak za většinu jejich problému „může“ otec. Bližší informace k tomu neuvedla. Matka má pochopení pro její duševní onemocnění, ale otec problémy bagatelizuje. Má velký strach, že to nezvládne a půjde znovu do nemocnice. Matka nedodělala vysokou školu z důvodu těhotenství. Nyní pracuje jako referentka, otec je podnikatel. Účastnice výzkum má velkou důvěru k babičce z matčiny strany. Má bratra, kterému je deset let. Bratr má také psychické problémy, ale ještě se neví, co mu je, protože teprve půjde na Rorschachův test. Bydlí v domě, ve kterém bývá nerada, protože se jí zdá, že zde na ni vše „padá“. Výchovní styl rodiny byl autoritářský. Svátky a narozeniny slaví celá rodina. Rodina je úplná. V rodině převládá spíše napjatá atmosféra kvůli časové vyčerpání rodičů. Finančně nestrádá.

Co se týče patologie rodiny, tak babička ze strany matky se léčí s depresemi, ale nikdo z rodiny se o sebevraždu nepokusil.

Fyzický stav má uspokojivý, neměla úrazy, uvádí, že byla takové „normální“ dítě.

Školní vývoj zkomplikovala šikana, kdy jí spolužáci brali svačiny, říkali jí, jak je tlustá. Uráželi ji. Začala se přejídat, a to spustilo záchvatovité přejídání. Ani v současnosti se nemůže těchto návyků zbavit. Přibrala 20 kg, za což může dle informantky nejspíše nasazení antipsychotik. Uvádí, že se nikdy mezi své vrstevníky nezačlenila. Za svou hlavní zálibu považuje hoopers, což je psí sport, kde psi probíhají překážkami. Dále navštěvuje spolek Skaut a ráda chodí na procházky. Nyní je součástí party. Mezi spolužáky má nejlepšího kamaráda. Je velmi pečlivá, nikdy nedostala pětku a za život měla třikrát čtyřku. Chtěla by jít na vysokou školu, obor psychologie.

Informantka je heterosexuální orientace, neměla sexuální styk.

Za své špatné vlastnosti považuje perfekcionismus a přílišnou důvěřivost. Dle informantky je perfekcionistická již od malička. Za své dobré vlastnosti považuje to, že je chytrá a empatická, více dobrých vlastností neguje. Sebehodnocení má průměrné, spíše horší. Není sama se sebou spokojená kvůli vzhledu, proto se sebepoškozovala. Nezvládá stres.

Nekouří, ani to nikdy nezkoušela.

Trpí disharmonickým vývojem osobnosti, záchvatovitým přejídáním a disociativní poruchou osobnosti. Od dětství měla bludy, vídala prvoky, kteří jí létali před obličejem. Později na ni začali i mluvit. Bála se přijímacích zkoušek a prvoci na ni začali mluvit, ať se zabije a něco si udělá. Totéž se jí zdálo i ve snech. V roce 2019 byla hospitalizovaná ve Fakultní nemocnici Motol. Má černobílé vidění, vidí svět v extrémech. Nyní vysazuje léky. Nemoc bere jako zkušenost. Stále bere antidepresiva.

Měla naplánovanou sebevraždu, ale rodiče ji odvezli do Fakultní nemocnice Motol. Sebevražedné myšlenky má denně. Chtěla spáchat sebevraždu tak, že měla smrtelnou alergii na citrusy a snědla citron. Alergii měla hodně psychosomatickou, takže se jí nic nestalo. Očekávala, že skutečně zemře. Často mívá pocity beznaděje.

Za jediný důvod proč žít považuje svého psa. Do budoucna plánuje stát se psychoterapeutkou, děti nechce, protože se bojí dědičnosti psychických nemocí.

Resumé: Kazuistika představuje ženu z úplné rodiny, ve které převládá napjatá atmosféra. Této ženě bylo diagnostikováno duševní onemocnění, pro které má matka pochopení, ale otec problémy bagatelizuje. Kvůli svému duševnímu onemocnění se obává další hospitalizace. Její bratr má také psychické problémy, ale zatím nebyla stanovena diagnóza. Její babička se léčí s depresemi. Ve školním prostředí byla šikanována. Je perfekcionistická a důvěřivá, což považuje za své špatné vlastnosti. Stres nezvládá, plánovala sebevraždu, denně má sebevražedné myšlenky a nemoc bere jako zkušenost.

Kazuistika F

Ženě M. je 20 let, bydlí v Praze, studuje i pracuje. Studuje Pedagogickou fakultu Univerzity Karlovy, obor dějepis a základy společenských věd. Pracuje v soukromé základní škole.

Víc si rozumí s otcem, ale spíše se svěřuje matce. Když se informantky matka na něco zeptá, tak jí odpoví, ale sama za ní nepřijde. Na otci má ráda, že rád plánuje, naopak matka je spontánní. Na matce má ráda, že si dokáže vše zařídit sama. Matka má

středoškolské vzdělání na zemědělské škole, otec je vyučený dřevomodelář. Babičku s dědou z matčiny strany vidá jednou do měsíce a telefonují si. Z otcovy strany se vidá s babičkou jednou za čtvrt roku a také si telefonují. Babičce z otcovy strany důvěřuje, může jí říct cokoliv. Babičce z matčiny strany říkat vše nemůže, protože babička je dle ní „moralista“ a má na vše svůj názor. Má dva sourozence, a to dvojčata dívku a chlapce. Bude jim sedmnáct let. Bydlí v bytě s nejlepší kamarádkou. Má svůj pokoj. Nejraději leží na gauči a sleduje televizi. Výchovný styl rodiny byl demokratický. Narozeniny a svátky slaví v širší rodině. Rodina je úplná. Emocionální rodinná atmosféra je většinou neutrální, ale když bydlela doma, tak byla atmosféra napjatá. Matka je ředitelka kulturního centra, otec pracuje ve firmě u lisu. Materiálně nestrádá. Babička se pokusila na počátku pandemie o sebevraždu spolykáním velkého množství léků. Otec i matka inklinují k psychickým problémům. Otec je abstinující alkoholik.

Vážně nestonala, neměla úrazy ani vady řeči. Měla velmi často angíny až šestkrát do roka.

Na základní škole měla dobrý prospěch, ale dostala kázeňská opatření za nenošení domácích úkolů a pomůcek. Na základní škole se cítila dobře, ale na střední škole se cítila ostrčená. Jako koníček má veslování, kde má partu kamarádů. Na vysoké škole má hodně kamarádů. Hraje v divadle, kde mají také partu. Má nejlepší kamarádku, se kterou bydlí. Je bisexuální orientace. V patnácti letech měla první sexuální styk. Jako své špatné vlastnosti uvádí závistivost, žárlivost a lenivost. Na druhou stranu uvádí, že je komunikativní, organizovaná, milá a vstřícná. Sebehodnocení má zdravé. Často se záměrně podceňuje, aby jí lidé chválili. Alkohol konzumuje příležitostně, kouří, je závislá na nosním spreji.

Léčí se s hraniční poruchou osobnosti. Tvrdí, že počátky jejích problémů souvisí s jejím raným dětstvím, a to v souvislosti s narozením sourozenců, kdy na ni neměl nikdo čas a otec byl alkoholik. Před 2,5 lety vyhledala odbornou pomoc. Nyní je medikována. Hospitalizována nebyla. Měla sebevražedné myšlenky, občas je má i v současnosti. Nikdy se nepokusila o sebevraždu. Mívá pocity beznaděje.

Smysl jejího života nedokáže popsat. Má krátkodobější cíle jako např. dlouhodobý vztah, úspěšně dokončit vysokou školu.

Nemá fyzické onemocnění.

Rodina se snaží pochopit její duševní onemocnění, ale občas ji nechápou. Mívá úzkosti třikrát týdně. Má strach z toho, že ji nemá nikdo rád. Má černobílé vidění. Přemýšlí o posmrtném životě, o tom, kdo by jí přišel na pohřeb a má vybrané písničky.

Resumé: Kazuistika popisuje příběh ženy z úplné rodiny, jejíž babička se pokusila o sebevraždu a její otec i matka inklinují k psychickým problémům. Ženy, která se na střední škole cítila „odstrčená“, závislé na nosním spreji, se zdravým sebehodnocením a diagnostikovanou hraniční poruchou osobnosti, s rodinným zázemím, které se snaží její onemocnění pochopit. Tato žena se nepokusila spáchat sebevraždu, ale objevují se u ní sebevražedné myšlenky a nedokáže popsat, co je smyslem jejího života.

Kazuistika G

Ženě I. je 18 let, bydlí v Praze a pracuje jako výrobní dělnice v malé rodinné firmě.

Co se týká rodiny, má pouze matku, se kterou je denně v kontaktu, přestože už s ní nebydlí. Má v ní důvěru, nicméně se jí nesvěřuje se vším. Na matce se jí líbí, že je velmi silná, ale zároveň klidná a hodná osobnost. Matka má středoškolské vzdělání na zemědělské škole v oboru zootechnik.

Účastnice výzkumu má bratra, kterému má 27 let a žije se svou snoubenkou. Účastnice výzkumu bydlí s přítelem v bytě, kde spolu všechno sdílí, na což si stěžuje, protože nemá žádný volný čas pro sebe.

Výchova byla vzhledem ke špatnému zdravotnímu a psychickému stavu matky nedostačující. Informantka uvádí, že jí chyběla „pevná ruka“, v jiných ohledech jí chyběla zase benevolentnost. Z finančních důvodů neměli prostor pro seberealizaci nebo zájmové aktivity. Na jednu stranu se informantka cítila zanedbávaná, protože matka se současným přítelem denně navštěvovala restaurace. Na druhou stranu, když už se sešli všichni doma, tak se hodně komunikovalo a vysvětlovalo. Rodina byla narušená tragickou smrtí sestry a později i otce. Informantka uvedla, že v době prvního tragického úmrtí v rodině jí bylo deset let. V úzké rodině je příjemné klima, jen občas bývá trochu napjaté.

Matka je zaměstnaná také jako výrobní dělnice v dílně pro fyzicky znevýhodněné. V době, kdy účastnice výzkumu studovala, uvádí, že rodina měla finanční potíže.

V rodině se nikdo nepokusil o sebevraždu, ale po sérii úmrtí v rodině začala matka denně konzumovat alkohol.

Žádné vážné nemoci ani vady informantka neuvádí.

Ve škole měla dobrý prospěch, celou střední školu včetně závěrečných zkoušek, měla nejlepší prospěch ze třídy. Kázeňská opatření měla zejména za zapomínání úkolů a školních pomůcek.

Uvádí, že se nikdy nedokázala začlenit do kolektivu. Sebehodnocení má zdravé. Domnívá se, že možná proto se začlenila do „špatné party“ mimo školu a byla samý „průšvih“. Naučila se kouřit ve třinácti letech a také se poprvé setkala s drogami, ale nežívala je.

Má nejlepšího přítele. Je heterosexuální orientace a první pohlavní styk měla v 15 letech s tehdejším přítelem.

Její běžný den spočívá v práci na směny. Pokud má čas pro sebe, tak se snaží odpočívat, pečovat o domácnost, vařit a trávit čas s přítelem. Její velkou zálibou je umění, hlavně poslech hudby a prohlížení si obrazů. Alkohol pije pouze příležitostně a již nekouří.

Léčí se se středně těžkou úzkostně depresivní poruchou, posttraumatickou stresovou poruchou a poruchou začlenění. Hospitalizována nikdy nebyla, ačkoli jí to bylo několikrát nabídnuto, a to pro případ, že by se její stav zhoršil. Depresivní stavy, úzkosti a sebevražedné myšlenky začala vnímat už v deseti letech a už v té době dost pochybovala o smyslu svojí existence a přidalo se sebepoškození. Zhruba v osmnácti letech měla stavy, kdy si zakazovala jíst, tyto stavy se občas objevují i v současnosti. K lékaři začala docházet až po šestnáctých narozeninách, kdy se zhroutila a celkově se její stav zhoršil. Nebyla schopná běžného života ani pracovat. Uvádí, že ji bratr krmil po lžičkách a občas musel použít i násilí. Byla jí nasazena Asentra, Mirzaten, Rivotril a Lexaurin. Dle informantky Asentra měla velmi nepříjemné vedlejší účinky, a to živé sny a bludy. Rivotril a Lexaurin brala společně ve vysokých dávkách s tím, že jí bylo jedno, zda se probudí, nebo ne. Později zapíjela Oxazepamy alkoholem. Obecně k sobě měla velmi negativní vztah.

Dodnes občas mívá pocity beznaděje, pocity jako kdyby už nikdy nemělo být dobře.

Jako důvody proč žít uvádí ostatní lidi. Do budoucna plánuje rodinu. Fyzicky je zdravá.

Ze všeho nejvíc momentálně řeší úzkosti a obavy. Bojí se chodit do obchodu, bojí se řídit auto a má strach o svoje blízké. Před cizími lidmi není schopna mluvit.

O posmrtném životě přemýšlí často.

Resumé: Tento příběh se zaměřuje na ženu, jejíž život byl poznamenán tragickou smrtí její sestry a následně tragickou smrtí otce. Ženy, která byla vystavena pohledu na to, že její matka po tragických úmrtích v rodině denně konzumuje alkohol. Pochází z rodiny, ve které se nikdo nepokusil o sebevraždu, rodiny, která se potýkala s finančními problémy. V deseti letech začala vnímat deprese, úzkosti, sebevražedné myšlenky a sebepoškozovala se. Léčí se s úzkostně depresivní poruchou, posttraumatickou stresovou poruchou a poruchou začlenění. Pociťuje beznaděj, řeší úzkosti, obavy a přemýšlí o posmrtném životě.

7.5 Závěry výzkumu a doporučení pro praxi

Na základě provedeného výzkumu, při kterém byly použity výzkumné metody, a to polostrukturovaný rozhovor a případová studie, byl dosažen cíl bakalářské práce a byly získány odpovědi na hlavní výzkumnou otázku a dílčí výzkumné otázky, které jsou stanoveny v podkapitole 7.2.

Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že všichni informanti, se kterými byly vedeny rozhovory, na základě kterých byly zpracovány případové studie, vyplývá, že rodinné klima, ve kterém vyrůstali, bylo napjaté. Z výzkumu vyplývá, že napjaté rodinné klima a zanedbávající nebo autoritářský styl výchovy zvyšuje riziko sebevražedného jednání. Informanti v průběhu rozhovoru sdělili, že rodinné prostředí, jehož byli součástí, považují za jednu z příčin jejich psychických rozlad a suicidiálního jednání.

Tabulka 2: Rodinné klima a výchovný styl rodičů

Kategorie	Rodinné prostředí adolescenta	
Subkategorie	Rodinné klima	Výchovný styl rodičů
Kazuistika A	negativní a napjaté	demokratický
Kazuistika B	napjaté	zanedbávající
Kazuistika C	napjaté, hodně se křičí	autoritářský a ochranářský
Kazuistika D	napjaté kvůli jejím psychickým problémům a alkoholismu strýce	zanedbávající
Kazuistika E	napjaté kvůli vyčerpání rodičů	autoritářský
Kazuistika F	neutrální, když bydlela doma, tak napjaté	demokratický
Kazuistika G	příjemné klima, jen někdy trochu napjaté	zanedbávající

Zdroj: autor práce, 2021 (vlastní šetření)

Provedený výzkum prokázal, že rodinná psychiatrická zátěž a traumata, která adolescenti prožili, mohou být jednou z příčin jejich sebevražedného jednání. Psychiatrická rodinná zátěž, o které informanti hovořili, zahrnuje alkoholismus, sebevražedný pokus člena rodiny a depresivní onemocnění. Rodinná psychiatrická zátěž účastníků výzkumu, mohla být jednou z příčin jejich psychického onemocnění a zároveň následného suicidiálního jednání. Jedna z informantek uvedla, že tragické úmrtí sestry a následně tragické úmrtí otce, bylo příčinou vzniku posttraumatické stresové poruchy a sebevražedných myšlenek.

Tabulka 3: Rodinná psychiatrická zátěž a prožitá traumata

Kategorie	Rodinné prostředí adolescenta	
Subkategorie	Rodinná psychiatrická zátěž a prožitá traumata	
Kazuistika A	žádná	
Kazuistika B	alkoholismus u otčima, prababička se pokusila o sebevraždu	
Kazuistika C	alkoholismus u biologického otce	
Kazuistika D	otec, dědové, strýc - alkoholismus	
Kazuistika E	babička z matčiny strany se léčí s depresemi	
Kazuistika F	otec i matka inklinují k psychickým problémům, otec abstinující alkoholik, babička se v době pandemie pokusila o sebevraždu	
Kazuistika G	tragická smrt otce a sestry	

Zdroj: autor práce, 2021 (vlastní šetření)

Výsledky kvalitativního výzkumu poukazují na fakt, že nízká míra sebehodnocení většiny informantů je umocněna šikanou. Šikana ve školním prostředí, jakožto negativní a traumatizující prožitek může být příčinou suicidiálního jednání. Tyto vlivy se mohou vzájemně doplňovat, kumulovat a v neposlední řadě umocňovat, což může vyvolat sebevražední jednání.

Tabulka 4: Sebehodnocení a šikana

Kategorie	Osobní anamnéza adolescenta	Školní prostředí
Subkategorie	Sebehodnocení	Šikana
Kazuistika A	nízké	ano
Kazuistika B	kolísavé, ale snaží se zdokonalovat	ano, musela přejít na jinou střední školu
Kazuistika C	nízké	ano
Kazuistika D	nízké	ano
Kazuistika E	průměrné, spíš horší	ano
Kazuistika F	zdravé	ne
Kazuistika G	zdravé	ne

Zdroj: autor práce, 2021 (vlastní šetření)

Z odpovědí informantů vyplývá, že jim byla diagnostikována psychická onemocnění, a to hraniční porucha osobnosti, poruchy příjmu potravy, schizofrenie, deprese, závislá porucha osobnosti, disharmonický vývoj osobnosti, disociativní porucha osobnosti, posttraumatická stresová porucha a porucha začlenění. Psychická onemocnění v korelaci s úzkostmi a pocity beznaděje mohou vést k sebevražednému jednání.

Tabulka 5: Psychiatrické poruchy a úzkosti, strachy, pocity beznaděje

Kategorie	Patologie osobnosti adolescenta	
Subkategorie	Psychiatrické poruchy	Úzkosti/strachy/pocity beznaděje
Kazuistika A	hraniční porucha osobnosti, poruchy příjmu potravy	pocity beznaděje nemívá
Kazuistika B	schizofrenie	úzkosti ano, strach ze smrti
Kazuistika C	hraniční porucha osobnosti, deprese, závislá porucha osobnosti	úzkosti, strach z opuštění, pocity beznaděje

Kategorie	Patologie osobnosti adolescenta	
Subkategorie	Psychiatrické poruchy	Úzkosti/strachy/pocity beznaděje
Kazuistika D	hraniční porucha osobnosti, atypická mentální anorexie	úzkosti, strach z toho, že zůstane sama, pocity beznaděje
Kazuistika E	disharmonický vývoj osobnosti, záchvatovité přejídání, disociativní porucha osobnosti	pocity beznaděje
Kazuistika F	hraniční porucha osobnosti	úzkosti, pocity beznaděje, strach z toho, že ji nikdo nemá rád
Kazuistika G	deprese, posttraumatická stresová porucha, porucha začlenění	úzkosti, pocity beznaděje

Zdroj: autor práce, 2021 (vlastní šetření)

V rámci výzkumu bylo zjištěno, že informanti mají různé plány do budoucna, jako např. pořízení automobilu a přestěhování se do města, jejich domácí mazlíček, založení rodiny, přátelé a dobrá práce nebo jiné krátkodobější cíle. Informanti ve shodě uvedli, že právě jejich životní cíle jsou důvody pohledu do budoucna a mají významný vliv na omezení jejich případného suicidiálního jednání.

Tabulka 6: Plány do budoucna

Kategorie	Osobní anamnéza adolescenta
Subkategorie	Plány do budoucna
Kazuistika A	pes, pořízení automobilu a přestěhovat se do města, kde pracuje, rodinu neplánuje, děti nechce
Kazuistika B	mít s manželem miminko
Kazuistika C	založit s přítelkyní rodinu
Kazuistika D	dobrá práce, budoucí rodina a přátelé
Kazuistika E	pes
Kazuistika F	nedokáže popsat, má krátkodobější cíle
Kazuistika G	vlastní rodina

Zdroj: autor práce, 2021 (vlastní šetření)

Sexuální orientace výzkumného vzorku byla pestrá tj. heterosexuální, homosexuální a bisexuální. Všichni informanti ve shodě uvedli, že jejich sexuální orientace nebyla příčinou jejich suicidiálního jednání. Současně také bez výjimek uvedli, že svoji sexuální orientaci považují za něco přirozeného. Jedna informantka uvedla, že byla

kvůli své homosexuální orientaci ve školním prostředí šikanovaná. Z výzkumu vyplynulo, že pouze sexuální orientace jedince není příčinou suicidiálního jednání. Jiná situace však může nastat v případě „odlišné“ sexuální orientace, která odstartuje šikanu ve školním prostředí, která již může být příčinou suicidiálního jednání.

Tabulka 7: Sexuální orientace

Kategorie	Osobní anamnéza adolescenta
Subkategorie	Sexuální orientace
Kazuistika A	homosexuální
Kazuistika B	heterosexuální
Kazuistika C	heterosexuální
Kazuistika D	bisexuální
Kazuistika E	heterosexuální
Kazuistika F	bisexuální
Kazuistika G	heterosexuální

Zdroj: autor práce, 2021 (vlastní šetření)

Informanti uvedli několik rizikových faktorů jako příčinu jejich suicidiálního jednání, a to napjaté rodinné klima, psychiatrickou zátěž a traumata, nízké sebehodnocení, špatné zvládnání stresu, psychická onemocnění, úzkosti, pocity beznaděje a šikanu. Kumulace rizikových faktorů byla pro informanty velmi důležitá v otázce suicidiálního jednání. Účastníci výzkumu shodně uvedli, že pro každého z nich byla jinak významná míra daného rizikového faktoru.

Z výsledků výzkumu, jejich shrnutí a interpretace vyplývají praktická doporučení pro praxi. Naše první doporučení se zaměřuje na oblast rodinného prostředí. Z výzkumu vyplynulo, že v dnešní době není samozřejmostí, že adolescenti jsou součástí klidného rodinného prostředí, naopak někteří žijí v prostředí, které je z různých důvodů napjaté. Osobám, které se podílí, v rámci rodinného prostředí na výchovném procesu doporučujeme, aby vytvářely příjemné rodinné prostředí, které je tolik důležité pro zdravý vývoj adolescentů, jejich dětí. Za nezbytnou součást klidného, příjemného rodinného prostředí považujeme dostatečnou komunikaci rodičů s dětmi, které prochází složitým adolescentním obdobím. Z tohoto důvodu doporučujeme, aby rodiče, přestože to v dnešní hektické době nemusí být snadné, věnovali dostatek času komunikaci

s dospívajícími jedinci. Doporučujeme u adolescentů podporovat jejich přiměřené sebevědomí, uplatňovat demokratický výchovný styl, určovat hranice jejich chování, učit adolescenty zvládat stres a v neposlední řadě je připravit na život, který nepřináší jen to dobré, ale i určité životní překážky. S vytvářením klidného rodinného zázemí pro adolescenty, souvisí i přiměřené nároky rodičů na jejich výkon, které se mohou týkat různých oblastí např. studijních výsledků. Přestože známky získané ve škole v praktickém životě již nikoho nezajímají, je důležité si uvědomit, že v životě dítěte mohou „hrát“ významnou roli, a i v případě elementárního neúspěchu adolescenta, mohou být zátěžovou situací, na kterou dospívající zareaguje suicidiálním jednáním.

V případě rodinné psychiatrické zátěže nebo adolescenty prožitých traumat, doporučujeme zajistit již při prvních projevech patologického jednání odborné vyšetření adolescenta, a v případě potřeby zabezpečit navazující odbornou péči např. psychoterapii, včasnou medikaci, případně hospitalizaci. Pokud se v rodině objevily patologické jevy, je nutné jejich řešení, aby dítě nepřevzalo dané projevy pomocí nápodoby.

Praktická doporučení se zaměřují také na případný výskyt šikany ve školním prostředí, který může být rizikovým faktorem sebevražedného jednání. V tomto ohledu doporučujeme všem osobám zúčastněným na výchovném procesu zaměřovat se na jakékoliv projevy šikany ve školním prostředí. Současně doporučujeme velmi důsledně řešit a potírat jakékoli její projevy. Adolescentům, kteří jsou šikaně vystaveni nebo těm, kteří by se s tímto negativním jevem v budoucnu mohli setkat, doporučujeme, aby se bezodkladně obrátili na rodiče a současně o pomoc požádali školního poradce a metodika prevence. Vzdělávacím institucím doporučujeme, aby využívaly svého potenciálu k oslovení studentů, a to formou edukačních programů zaměřených na problematiku šikany a poskytly adolescentům informace o možnosti využití krizových linek a jejich bezplatných služeb, které jsou dostupné nonstop.

V případě, že bylo adolescentovi diagnostikováno psychického onemocnění, doporučujeme poskytovat tomuto jedinci zvýšenou pozornost a podporu nejen ze strany rodiny, školy, ale také od jeho vrstevníků. Zvýšenou pozornost doporučujeme zaměřit také při projevech úzkostných pocitů nebo pocitů beznaděje. Zvýšenou pozorností o adolescenta ze strany rodiny, máme na mysli např. zjišťování, jak se mu daří

a v případě, že bude vykazovat známky nepohody, tak si s ním promluvit a probrat, co se děje. Ze strany školy za zvýšenou pozornost považujeme např. to, aby výchovný poradce a metodik prevence sledoval stav adolescenta a případně mohl zasáhnout pomocí rozhovoru, poskytnout kontakty nebo informovat rodiče o stavu adolescenta. V neposlední řadě je velmi důležité, aby ve školách probíhala edukace a preventivní programy. Zvýšenou pozornost od vrstevníků považujeme také za důležitou, protože daný jedinec se svými vrstevníky tráví velké množství času a při neformální komunikaci může nějakou formou sdělit to, co by jinak mohlo, zůstat latentní.

Doporučení, které považujeme za velmi důležité je nebagatelizování, třeba i sebemenších náznaků sebevražedného jednání, které nám adolescent „poskytne“. Tyto zdánlivě bezvýznamné náznaky mohou být „voláním o pomoc“ nebo již dokonce poslední pomyslnou kapkou. Máme na paměti, že období adolescence je složitým vývojovým obdobím, a právě proto i sebemenší náznak patologického jednání, může odstartovat proces kumulace a vzájemného ovlivňování všech faktorů navzájem, a to s fatálním koncem, úmrtím mladého člověka.

V období adolescence doporučujeme rodičům podněcovat vytváření plánů do budoucna, protože plánovaná vize budoucnosti je z hlediska suicidiálního jednání, jak prokázaly výsledky výzkumu, faktorem protektivním. Konkrétní vize budoucnosti, právě v období „hledání se“ a hledání „pevného“ bodu, ukazuje životní směr a poskytuje důvody proč žít.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku sebevraždy pražských adolescentů, mladých lidí, kteří se hledají, snaží se nalézt své místo v životě a ve společnosti. Téma sebevraždy nás velmi zajímá, a to nejen proto, že se jedná o téma, které bývá zahaleno mýty, předsudky a stigmatizací.

Když se z médií dozvíme, že mladý člověk, kterého neznáme, spáchal sebevraždu, zřejmě nás napadne, že je to škoda mladého života a utrpení pro jeho blízké. Pokud spáchá sebevraždu adolescent např. od našich sousedů, tento patologický čin vnímáme intenzivněji. Pokud se sebevražedné jednání týká přímo nás, našich dětí, prožívání je extrémní! Ihned přemýšlíme o tom, co jsme měli dělat jinak, že jsme se svými dětmi měli více komunikovat, kde jsme udělali chybu atd.

Období adolescence je obdobím, kterým prochází každý jedinec, a nejen proto je potřeba nebýt vůči sobě navzájem lhostejní, ale zajímat se o druhé, kteří mohou naši podporu a pomoc potřebovat. Je důležité si uvědomit, že sebevražedné jednání úzce souvisí s kumulací více příčin a posledním podnětem, který bývá označován jako spouštěč. Na sebevražedné jednání adolescentů je nezbytné nahlížet ne pouze jako na fakt, ale je potřeba vyvíjet veškeré úsilí k předcházení tohoto jednání.

V teoretické části byly mimo jiné uvedeny příčiny suicidiálního jednání tak, jak je uvádí odborné zdroje. Z výsledků výzkumu, ve shodě s odbornými zdroji, vyplynulo, že příčiny suicidiálního jednání se mohou vzájemně doplňovat, kumulovat a umocňovat. Výzkum potvrdil teze uvedené v odborných zdrojích, a to, že příčiny suicidiálního jednání nejsou pouze vnitřní, ale také vnější, které nelze opomíjet. Z výzkumu vyplynula subjektivita příčin suicidiálního jednání a závislost tohoto jednání na různých faktorech. Bylo zjištěno, že důležitou roli hraje napjaté rodinné klima, rodinná psychiatrická zátěž jako je duševní onemocnění v rodině nebo pokus o sebevraždu některého z člena rodiny. Velkou roli hraje také šikana, která je často umocněna nízkou mírou sebehodnocení adolescentů. Dále byla sledována kauzalita mezi psychickým onemocněním, úzkostmi, pocity beznaděje a sebevražedným jednáním. Z výzkumu také vyplynulo, že protektivním faktorem suicidiálního jednání mohou být plány do budoucna. Na druhou stranu nebylo prokázáno, že by sexuální orientace byla jednou z možných příčin suicidiálního jednání.

Autorka bakalářské práce doporučila nejen pro vysokoškolskou oblast, ale také pro oblast praxe bližší prozkoumání protektivního, ale také rizikového faktoru suicidiálního jednání, tedy rodinného prostředí adolescentů.

Bakalářská práce může sloužit jako průvodce při seznamování se s problematikou suicidiálního jednání pražských adolescentů, a to nejen vzhledem k teoretickému vymezení zkoumané problematiky, ale také využitelnosti výsledků výzkumu v reálné praxi. Za hlavní přínos bakalářské práce považujeme pohled na popis stavu a zjištění příčin suicidiálního jednání adolescentů v hlavním městě Praze.

Z údajů Českého statistického úřadu vyplývá, že za období roků 2010–2021 spáchalo v Praze sebevraždu 121 mladých lidí ve věku od 10–24 let. Tento údaj považujeme za alarmující!

Za všeobecně známou informaci, kterou je vhodné v souvislosti s tématem bakalářské práce připomenout, je to, že každoročně na 10. září připadá Světový den prevence sebevražd a 10. říjen je Světovým dnem duševního zdraví.

Tlak na výkon, prakticky ve všech oblastech života a stále rostoucí nároky ze strany společnosti, vytváří nedostatek času. Dochází k omezení osobní komunikace rodičů s dětmi a naopak. Na závěr si klademe otázku, zda náš životní styl stojí za smrt mladého člověka. Na tuto otázku je pro nás odpověď jednoznačná...!

Jsme toho názoru, že je důležitá vlastní angažovanost v procesu duševního zdraví, např. zapojení se do procesu destigmatizace. Autorka bakalářské práce se angažuje v procesu destigmatizace duševního zdraví formou článků v tisku, rozhovorů v rozhlase, televizními spoty, podcasty, účastí na panelových diskuzích, konferencích a tvorbou posterů. Jako konkrétní ukázkou angažovanosti autorky bakalářské práce uvádíme v příloze D její článek uveřejněný v časopise.

Bakalářská práce vyjadřuje i osobní postoj autorky:

Hodnotu lidského života nelze vyčíslit, protože se jedná o hodnotu absolutní, a to nejen pro jedince samotného, jeho rodinu, přátele, ale i pro celou společnost. Člověk v průběhu svého života tvoří hodnoty, a to nejen z důvodu vlastního zájmu, ale svou činností přispívá k rozvoji celé společnosti.

Lucie Halbrštátová

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- ČERNÝ, L., 1970. *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*. Praha: Avicenum.
- FERJENČÍK, J., 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-367-6.
- FISCHER, S. a J. ŠKODA, 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-9416-7.
- GAVORA, P., 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.
- HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- HORT, V., M. HRDLIČKA, J. KOCOURKOVÁ, E. MALÁ a kol., 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-472-9.
- KERLINGER, F. N., 1972. *Základy výzkumu chování: pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: Academia.
- KOUTEK, J. a J. KOCOURKOVÁ, 2007. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-349-9.
- KUČEROVÁ, H. a H. HAŠKOVCOVÁ, 2020. *Sebevraždy*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-521-4.
- LÁTALOVÁ, K., D. KAMARÁDOVÁ a J. PRAŠKO, 2015. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-9049-7.
- MACEK, P., 2003. *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál. ISBN 80-7178-747-7.

- MAŇÁK, J., Š. ŠVEC a V. ŠVEC, 2005. *Slovník pedagogické metodologie*. Brno: Masarykova univerzita. Pedagogický výzkum v teorii a praxi. ISBN 80-7315-102-2.
- MASARYK, T. G., 2002. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 5. české vyd. Praha: Masarykův ústav AV ČR. ISBN 80-86495-13-2.
- MICHALČÁKOVÁ, R., 2007. *Strachy v období rané adolescence*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu - Barrister & Principal. Psychologie (Barrister & Principal). ISBN 978-80-87029-15-2.
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- MÜHLPACHR, P., 2001. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2511-5.
- OREL, M. a kol., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-7170-0.
- PAULOVČÁKOVÁ, L., J. HUK, J. KLUGEROVÁ, T. VACÍNOVÁ a D. BENEŠOVÁ, 2015. *Jak vypracovat bakalářskou a diplomovou práci*. 6. aktualiz. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-7452-106-5.
- PELIKÁN, J., 1998. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-569-8.
- ŘÍČAN, P., 1995. *Agresivita a šikana mezi dětmi: jak dát dětem ve škole pocit bezpečí*. Praha: Portál. Pedagogická praxe. ISBN 80-7178-049-9.
- SKUTIL, M., 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-778-7.
- SOBOTKOVÁ, V. a kol., 2014. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-9308-5.
- URBANOVSKÁ, E., 2010. *Škola, stres a adolescenti*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-244-2561-0.

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

VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-2846-2.

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1. 1. 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

STRAUSS, A. L. a J. CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.

MARIS, R. W., A. L. BERMAN & M. M. SILVERMAN, 2000. *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York: The Guilford Press. 978-1-57230-541-0.

Seznam použitých internetových zdrojů

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2010 až 2019* [online]. [cit. 2022-12-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zemreli-podle-seznamu-pricin-smrti-pohlavi-a-veku-v-cr-krajich-a-okresech-2010-az-2019>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2011–2020* [online]. [cit. 2022-12-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zemreli-podle-seznamu-pricin-smrti-pohlavi-a-veku-v-cr-krajich-a-okresech-he3gmlyvoa>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2012–2021* [online]. [cit. 2022-12-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/kraje-podle-pohlavi-a-veku-za-rok-2021>

HADJ MOUSSOVÁ, Z. *Případová studie – kazuistika* [online]. Liberec, 2005 [cit. 2020-02-26]. Technická univerzita v Liberci. Dostupné z: https://turbo.cdv.tul.cz/pluginfile.php/6369/mod_book/chapter/4481/Diagnostika/Kazuistika.pdf

Světová zdravotnická organizace Regionální úřad pro Evropu, Úřad Světové zdravotnické organizace, Česká republika. *Situační analýza prevence sebevražd v České republice: Podklady pro Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030* [online]. Praha, 2019 [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/pdf/situation-analysis-of-suicide-prevention-in-the-czech-republic_december_2019_fin_2.pdf

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Přehled sebevražd v Praze osob ve věku 10–24 let za období 2010–2021 ..	29
Tabulka 2: Rodinné klima a výchovný styl rodičů	55
Tabulka 3: Rodinná psychiatrická zátěž a prožitá traumata	55
Tabulka 4: Sebehodnocení a šikana.....	56
Tabulka 5: Psychiatrické poruchy a úzkosti, strachy, pocity beznaděje.....	56
Tabulka 6: Plány do budoucna.....	57
Tabulka 7: Sexuální orientace.....	58

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Osnova kazuistiky	I
Příloha B – Faktory ovlivňující postoj adolescentů ke smrti.....	III
Příloha C – Návrh letáku upozorňující na možnost telefonické pomoci	IV
Příloha D – Článek uveřejněný v časopise Psychomat.....	V
Příloha E – Metoda kódování	VII
Příloha F – Rozdělení kategorií a subkategorií pro účely bakalářské práce	VIII
Příloha G – Přehled sebevražd v Praze osob ve věku 10–24 let	X

Příloha A – Osnova kazuistiky

Úvod:

- věk,
- pohlaví,
- vzdělání a zaměstnání.

Anamnéza rodinná:

- rodiče (komu se svěříš, s kým si více rozumíš, co se ti na rodičích líbí/nelíbí),
- prarodiče (jak často se s nimi stýkáš, rozumí ti, podpoří tě),
- domov (byt/dům, vlastní pokoj, co doma děláš rád/a, co se ti doma líbí),
- sourozenci (počet, pohlaví, věk, jak jsou úspěšní),
- výchovný styl rodičů (demokratický, autoritářský, zanedbávající, ochranářský),
- klima a úplnost rodiny (společné oslavy svátků, narozenin, výročí, rozvod, emocionální atmosféra, úmrtí rodičů, vzdělání rodičů),
- socioekonomická situace (zaměstnání rodičů, finanční prostředky, případné exekuce),
- patologie rodiny a traumata,
- psychiatrická zátěž (suicidiální pokusy, dokonaná suicidia, duševní onemocnění, alkoholismus, drogy, kriminalita).

Anamnéza osobní:

- vývoj jedince (psychomotorický vývoj, řeč, onemocnění, úrazy),
- školní vývoj (prospěch, kázeňská opatření, reakce na špatné známky ve škole),
- vztahy v sociálním prostředí (škola, zájmové organizace, kroužky, adaptace jedince, přezdívk):
 - jsi součástí nějaké party,
 - kdo je tvůj nejlepší přítel,
 - líbí se ti holky nebo kluci,
 - první pusa, první sexuální styk,

- charakteristika osobnosti (osobnostní rysy, sebehodnocení, kladné a záporné vlastnosti, zvládání stresu, frustrační tolerance, z čeho máš strach),
- užívání alkoholu nebo jiných návykových látek,
- psychiatrické poruchy (počátky, průběh, příznaky, hospitalizace a její dobrovolnost/nedobrovolnost, farmakoterapie),
- sebevražedné pokusy/myšlenky:
 - metody suicidia a očekávání letality,
 - impulzivita, úzkost a beznaděj,
 - dostupnost suicidiálních nástrojů.

Současný stav:

- trávení času (popiš svůj standardní den, co nejraději děláš, máš nějaké koníčky),
- ambice a plány do budoucna (pracovat v jaké profesi/nepracovat, mít vlastní dítě/děti).

Resumé:

Zdroj: vlastní úprava podle HADJ MOUSSOVÁ, Z. *Případová studie – kazuistika* [online]. Liberec, 2005 [cit. 2020-02-26]. Technická univerzita v Liberci

Příloha B – Faktory ovlivňující postoj adolescentů ke smrti



Zdroj: vlastní grafické zpracování podle informací Koutka a Kocourkové (2007, s. 48) s využitím aplikace diagrams.net

Příloha C – Návrh letáku upozorňující na možnost telefonické pomoci



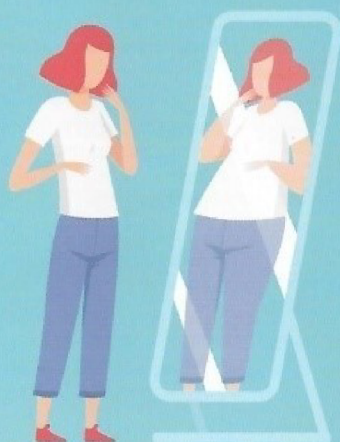
Zdroj: vlastní zpracování s využitím návrhu designu produktu Microsoft PowerPoint s předplatným Microsoft 365, obsahující fiktivního telefonní číslo



SEBEPOJETÍ

A SEBEDESTRUKCE

S duševním onemocněním se potýkám již pěknou řádku let. Nejprve jsem v dospívání onemocněla mentální anorexií, kdy jsem poprvé začala cítit nenávisť k sobě a vlastnímu tělu.



Ačkoliv bych zde mohla popisovat svoji zkušenost s anorexií, depresemi a hraniční poruchou, mám pocit, že bych se opakovala. Opakovala bych vše, co již bylo řečeno v mnoha článcích a knihách. Pokusím se tedy čtenářům ukázat svůj pohled na sebepojetí a integritu vlastního těla. V době anorexie jsem nenáviděla sama sebe a pokoušela jsem se svoje tělo zničit.

Nejprve jsem se snažila zhubnout, abych byla krásně štíhlá, později jsem však chtěla zhubnout, abych nebyla. Abych zmizela. Zmizela z tohoto světa. To se mi o pár let později vlastním přičiněním málem povedlo. Dodnes děkuji Bohu za to, že jsem dostala druhou šanci. Jak řekla jedna moje dobrá kamarádka: „Jsi náš anděl, ale zůstaň prosím na Zemi.“ Dodnes mi ta věta zní v uších.

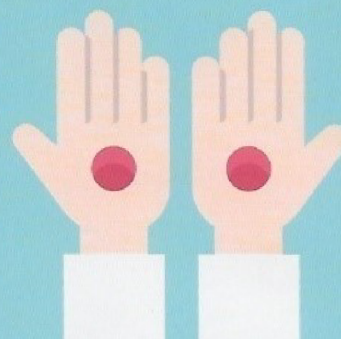
Během hospitalizace v nemocnici mi byla diagnostikována hraniční porucha osobnosti. Najednou všechno začalo dávat smysl. Všechny ty vzlety a pády. Život jako na horské dráze. Dlouhou dobu jsem trpěla sebenenávisťí a nenávisťí k vlastnímu tělu.

Hospitalizace a nový přítel, který má mimo jiné také diagnostikovanou hraniční poruchu osobnosti, mi pomohli k tomu, abych opět začala jíst a pomału ale jistě se dostávala ze spárů anorexie. Anorexie sice vždy přichází po špičkách, ale při odchodu bouřlivě mlátí dveřmi. Bylo velmi těžké najít aspoň špetku sebelásky.

I když anorexie odešla, hraniční porucha zůstala. A s ní i sebe destruktivní sklony, které jsem měla odjakživa. Od malicka jsem cítila pocit přílišné odpovědnosti za věci kolem mě.

Snažila jsem se být co nejdokonalejším člověkem, a pokud se mi jen něco málo nepovedlo, dokázala jsem se za to pořádně potrestat.

Nejprve jsem se trestala hladověním, které však s anorexií odešlo. Sebedestrukce formou užívání projímadel, pálení se a řezání bylo na denním pořádku. Jak už to u hraniční poruchy bývá, jsou horší a lepší chvíle. Pokud však přijde propad v podobě horšího období, sebemenší maličkost u mě dokáže spustit staré známé sebe destruktivní sklony. Sebeпоškozování je hodně tabuizované téma. Většina lidí nechápe, proč si ubližujeme, proč poškozujeme svá těla. Prostě proč? Nechápaté výrazy, když se někdo podívá na jizvy, které mi zůstaly a které nezakryji.



A proč je mám vůbec zakrývat? Protože se mám stydět za to, že mám bolest jak na těle, tak na duši? Je to ten správný důvod? Já své jizvy zakrývám pouze proto, protože mi to je tak moc líto. Je mi líto, že si ubližuji a nechci tím zraňovat ostatní lidi. Je mi líto, že poškozují své tělo s cílem se potrestat.

Možná si kladete otázku, jak se člověk při a po sebepoškození cítí? Obrovská úzkost a tenze. Obrovská potřeba vzít veškerou „vinu“ na sebe a ukázat okolí, že za nic nestojíte.

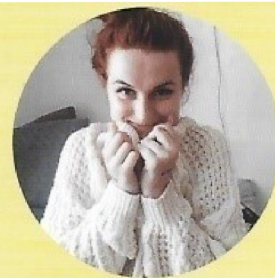
Jen co to uděláte, koukáte na své poničené tělo a začne vám to být moc líto. Jakmile zmizí ten impulzivní opar, který zatemňoval vaši mysl. Přesně takhle to funguje. Nejsem na svoje jizvy hrdá. Snažím si vážit toho, že mám obě ruce, kterými můžu objímat ty lidi, které miluji a nikdy je nepustit. Jizvy, nejizvy.

Prosím važme si víc sami sebe, protože to za to stojí.

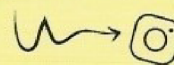
autor: Lucie Halbrštátová



-7-



Jmenuji se Lucie Halbrštátová a je mi 23 let. S duševním onemocněním se potýkám od 15 let. Konkrétně s mentální anorexií, depresemi a hraniční poruchou osobnosti. Ale co všechna tato slova znamenají? Jsou to pouhá slova, která mě nedefinují. Dříve jsem se bála stigmatizace ze strany okolí. Teď už nemám strach. A proč? Protože moje osoba není diagnóza. Jsem holka, která miluje kávu (nebo káva miluje mě?-)), milovnice všeho alternativního, milovnice piercingů a tetování. Tohle jsem já! Pokud tento článek budete číst, uvědomte si prosím, kdo jste opravdu Vy. Jste skutečně diagnóza nebo člověk se všemi radostmi a strastmi života? @halbrstatovalucy



Sebedestruktivní chování je patologické chování vedoucí k sebepoškození a k sebevraždným tendencím. Toto chování je buď podmíněno duševní poruchou, nebo jde o snahu uniknout z nějaké nepříjemné situace.

Zdroj: Halbrštátová, L. Sebepojetí a sebedestrukce. *Psychomat: pomáháme lidem mluvit o duševním zdraví*. 2021, č. 07. 10/2021, s. 6-7. ISSN: 2695-0871

Příloha E – Metoda kódování

Kódování, jak charakterizují Strauss a Corbin (1999, s. 39-40) je analytickou metodou, která zahrnuje operace, které umožňují získané informace rozebrat, konceptualizovat a následně nově složit. Jinými slovy se jedná o proces, kterým se vytváří z údajů teorie. Za hlavní typy kódování považují kódování otevřené, axiální a selektivní. Uvádí, že hranice mezi jednotlivými typy jsou stanoveny v teorii, ale v praxi téměř neexistují, protože lze mezi nimi rychle a bez povšimnutí přecházet.

Naše pozornost bude dále zaměřena na kódování otevřené. Otevřené kódování charakterizuje Strauss a Corbin (1999, s. 42) jako „*Proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, konceptualizace a kategorizace údajů*“. Současně uvádí, že jednotlivé pojmy jsou řazeny do obecnějších skupin, kategorií. Otevřené kódování popisují Strauss a Corbin (1999, s. 151) jako přípravu na skládání puzzle spočívající v uspořádání, rozdělení dílků podle barev, vnímání detailů, tedy tak, aby mohl být složen celkový obraz dohromady. Dle Hendla (2005, s. 247) je možné kódovat každé slovo, kódovat podle odstavců, textů nebo jednotlivých případů. Za důležité považuje sledování cíle kódování tj. rozkrytí textu. Názvy kategorií a podkategorií, jak uvádí Miovský (2006, s. 229), by měly být pojmenovány tak, aby byly „šité na míru“ jejich obsahu.

Příloha F – Rozdělení kategorií a subkategorií pro účely bakalářské práce

Kategorie 1: Rodinné prostředí adolescenta:

- subkategorie Vztah s rodiči,
- subkategorie Vztah s prarodiči,
- subkategorie Sourozenci,
- subkategorie Výchovní styl rodičů,
- subkategorie Rodinné klima,
- subkategorii Úplnost rodiny,
- subkategorie Psychiatrická zátěž a traumata.

Kategorie 2: Sociální anamnéza adolescenta:

- subkategorie Socioekonomická situace rodiny,
- subkategorie Styl bydlení.

Kategorie 3: Osobní anamnéza adolescenta:

- subkategorie Průběh porodu a těhotenství,
- subkategorie Somatický stav,
- subkategorie Farmakoterapie,
- subkategorie Hospitalizace v psychiatrické nemocnici,
- subkategorie Charakteristika osobnosti,
- subkategorie Sebehodnocení,
- subkategorie Zvládání stresu/frustrační tolerance,

- subkategorie Plány do budoucna,
- subkategorie Sexuální orientace.

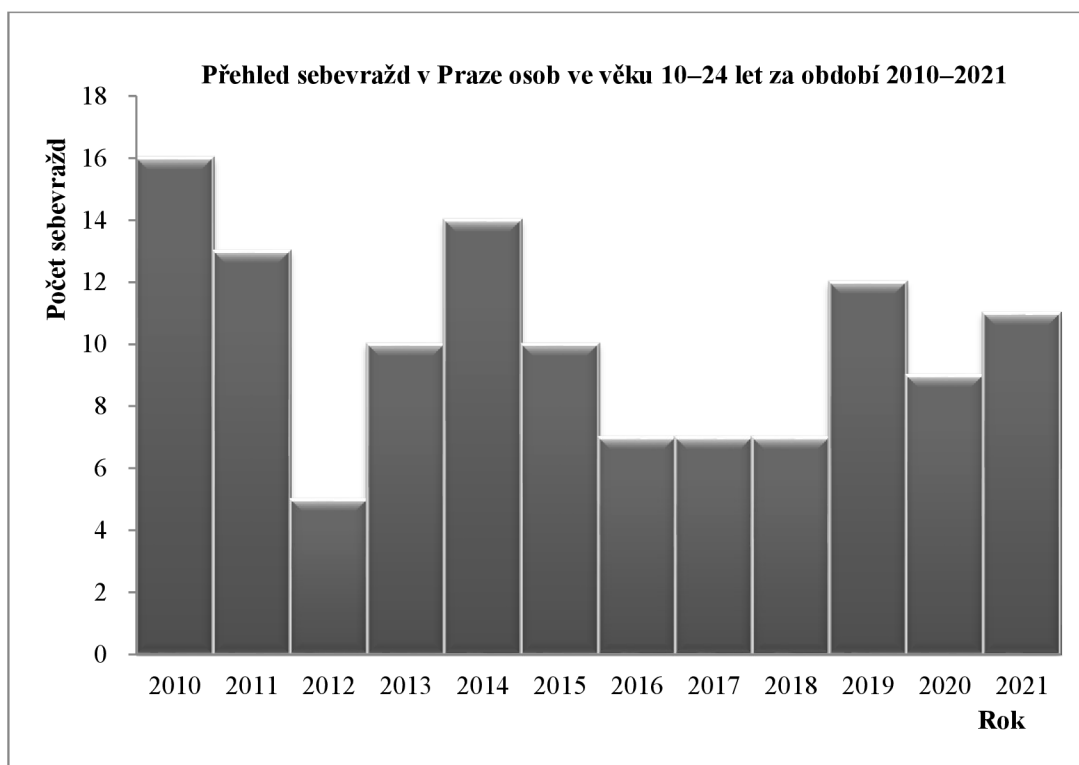
Kategorie 4: Patologie osobnosti adolescenta:

- subkategorie Psychiatrické poruchy,
- subkategorie Vývoj psychiatrické poruchy,
- subkategorie Sebevražedné pokusy/myšlenky,
- subkategorie Impulzivita,
- subkategorie Úzkosti/strachy/pocity beznaděje,
- subkategorie Černobílé vidění,
- subkategorie Užívání návykových látek.

Kategorie 5: Školní prostředí adolescenta:

- subkategorie Školní vývoj,
- subkategorie Školní prospěch,
- subkategorie Kázeňská opatření,
- subkategorie Vztahy v sociálním prostředí,
- subkategorie Šikana.

Příloha G – Přehled sebevražd v Praze osob ve věku 10–24 let



Zdroj: vlastní zpracování z údajů Českého statistického úřadu, online, cit. 2022-12-25

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lucie Halbrštátová

Obor: Resocializační a penitenciární pedagogika

Forma studia: prezenční studium

Název práce: Suicidialita u pražských adolescentů jako sociálně patologický jev

Rok: 2023

Počet stran textu bez příloh: 55

Celkový počet stran příloh: 10

Počet titulů českých použitých zdrojů: 26

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 5

Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Moucha, CSc.